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

UNITE – TRAVAIL – PROGRES

PLAN NATIONAL
DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DU TCHAD
2009-2012

TOME 2 : PROGRAMMATION, SUIVI ET EVALUATION

Octobre 2008

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 2

CHAPITRE 1 : OBJECTIFS, RESULTATS ATTENDUS 6

I. RAPPEL DES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE (PNS) 7

II. OBJECTIFS ET PROGRAMMES D'ACTION 7

2.1. OBJECTIF GLOBAL 7

2.2. OBJECTIFS STRATEGIQUES (OS) 7

2.3 Programmesd'Action (PA) 8

CHAPITRE 2 : PROGRAMMATION DES ACTIVITES 10

III OBJECTIFSTRATEGIQUE I (OS1) 11

3.1 Programmes d'Action I : Renforcement des capacités des gestions de services des services à tous les niveaux du système national de santé 11

3.2 Programmes d'Action II : Renforcement de la coordination et du partenariat 17

IV OBJECTIFSTRATEGIQUEII(OS2) 19

4.1 Programme d'Action III : Renforcement de la mobilisation des ressources (au moins a 10%) et de la gestion budgétaire 19

4.2 Programmes d'Action IV : Développement des Ressources Humaines 20

4.3 Programmes d'Action V : Renforcement de l'accessibilité et de la disponibilité et de Médicaments 24

4.4 Programme d'Action VI: Amélioration de l'accessibilité géographique aux soins 25

4.5 Programmes d'Action VII : Amélioration de l'accessibilité financière et culturelle aux soins 26

V OBJECTIFSPECIFIQUEOS3 28

5.1 Programmes d'Action VIII : Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant 28

5.2 Programme d'Action IX : Lutte contre le VIH / SIDA 32

5.3 Programme d'Action X : Lutte contre le Paludisme, la Tuberculose et les Autres maladies prioritaires 33

CHAPITRE 3 : CADRE LOGIQUE 36

VI CHRONOGRAMME 36

OS 1 : AMELIORER L'EFFICACITE DU SYSTEME DE SANTE 37

OS2 : AMELIORER L'ACCES AUX SERVICES ET LA QUALITE DES PRESTATIONS DES SOINS 46

VII HYPOTHESES 63

7.1 OBJECTIF STRATEGIQUES N°1 63

7.2 OBJECTIF STRATEGIQUE N° 2 64

7.3 OBJECTIF STRATEGIQUE N° 3 67

CHAPITRE 4 : SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION 68

VIII RAPPELS DES PRINCIPES DE SUIVI ET EVALUATION 69

IX SYSTEME DE SUIVI DU PNDS 70

9.1 Les indicateurs de suivi 70

9.2 Organisation du système 72

X Outils de suivi et de gestion des risques 74

10-1 MATRICE DE SUIVI PAR OBJECTIF OPERATIONNEL 74

10-2 MATRICE DES RISQUES TRANSVERSAUX MAJEURS 74

10-3 MATRICE DES RISQUES PAR OBJECTIF OPERATIONNEL 75

LISTE DES ABREVATIONS ET ACRONYMES

ARV	Anti Rétrovirus
BEF	Bien être Familial
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDVA	Centre de Dépistage volontaire et Anonyme
CID	Circuit Informatisé des Dépenses
CNS	Comité National de Santé
COGES	Comité de Gestion
COSAN	Comité de Santé
CPA	Centrale Pharmaceutique d'Achats
CRF	Centres Régionaux de Formation
CS	Centre de Santé
CTLE	Comité Technique de Lutte contre les Epidémies
DAFM	Direction des Affaires Financières et du Matériel
DGAS	Direction Générale des Activités Sanitaires
DHMA	Division de l'Hygiène du Milieu et Assainissement
DMT	Division des Maladies Transmissibles
DOSS	Division de l'Organisation des Services Sanitaires
DPML	Direction de la Pharmacie des Médicaments et Laboratoire
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	District sanitaire
DSR	Délégation Sanitaire Régionale
DSRV	Direction de la Santé de la Reproduction et de la vaccination
DSIS	Division du Système d'information sanitaire
ENASS	Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux
FACSS	Faculté des Sciences de la Santé
FVV	Fistule Vésico Vaginale
HGRN	Hôpital Général de Référence nationale
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IEC	Information Education Communication
IRA	Infections Respiratoires Aigues
IS	Institut de Formation
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MEG	Médicament Essentiel Générique
MES	Ministère de l'Enseignement Supérieur
MFE	Ministère des Finances et de l'Economie
MFP	Ministère de la Fonction Publique
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONGs	Organisations Non Gouvernementales
OS	Objectif Spécifique
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNS	Politique Nationale de Santé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PSDRH	Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines
PTME	Prévention de la Transmission Mère enfant
RA	Résultat Attendu

SAASDE	Stratégie Africaine d'Accélération pour la Survie et le Développement de l'enfant
SFDE	Sage femme diplômé d'Etat
SEI	Surveillance épidémiologique intégrée
SIS	Système d'Information Sanitaire
SNRP	Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté
SOE	Soins Obstétricaux Essentiels
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence Complets
SSEI	Service de Surveillance Epidémiologique Intégré
SSEI	Service de Surveillance épidémiologique intégré
UE	Union Européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USE	Unité de la surveillance épidémiologique
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome Immunodéficitaire Acquis
ZR	Zone de Responsabilité

CHAPITRE 1 : OBJECTIFS, RESULTATS ATTENDUS

I. RAPPEL DES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE (PNS)

La Politique Nationale de Santé (PNS) découle de l'analyse des besoins sanitaires de la population et s'appuie sur les valeurs nationales et universelles contenues dans la Loi fondamentale du Tchad ainsi que sur les principes fondamentaux des institutions internationales, notamment les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et la stratégie pour la réduction de la pauvreté (SNRP). Il s'agit : (i) des droits de l'homme dont le droit à la santé ; (ii) de la solidarité entre citoyens ; (iii) de l'équité dans l'accès aux soins ; (iv) de l'éthique dans les pratiques professionnelles ; (v) de la prise en compte de l'approche genre ; (vi) de l'intégration des activités de soins ; (vii) de la décentralisation du système.

La PNS vise à améliorer l'état de santé de la population en dotant la nation d'un système de santé cohérent, performant et accessible à tous les citoyens, orienté vers les soins de santé primaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et soutenu par un système hospitalier performant.

Elle s'attache ainsi à :

- Sélectionner des stratégies et des approches à haut impact sur les OMD, reposant sur des bases factuelles et ayant un bon rapport coût/efficacité telles que la Stratégie Africaine d'Accélération pour la Survie et le Développement de l'enfant (SAASDE), la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, etc. ;
- Promouvoir la transparence et la responsabilité à tous les niveaux notamment l'obligation de rendre compte dans l'atteinte des OMD ;
- Renforcer le partenariat avec les différents acteurs, notamment le secteur privé, les associations de la société civile et professionnelles pour une meilleure utilisation des ressources et une meilleure coordination des activités de santé ;
- Définir clairement les rôles et responsabilités aux différents niveaux du système, y compris le niveau communautaire pour une compréhension commune des stratégies visant à améliorer les indicateurs de santé en mettant l'accent sur la décentralisation de la prise de décision et l'établissement des contrats de performance entre les différents acteurs.

II. OBJECTIFS ET PROGRAMMES D'ACTION

2.1. OBJECTIF GLOBAL

Assurer à la population l'accès aux services de santé base de qualité pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité afin de contribuer à l'atteinte des OMD à l'horizon 2015.

2.2. OBJECTIFS STRATEGIQUES (OS)

Les 3 objectifs stratégiques suivants concourent à l'objectif global. Le premier concerne la systémique de l'offre de soins, le deuxième et le troisième concernent la réponse du système à la demande de soins.

OS1 : Améliorer l'efficacité du système de santé

Améliorer l'efficacité du système c'est :

- renforcer la gestion des services selon la pratique d'une « culture managériale »,
- bénéficier d'une plus large autonomie de gestion au travers de la déconcentration/décentralisation et de l'approche contractuelle,
- associer l'ensemble des acteurs travaillant pour la santé par la coordination du partenariat entre tous les secteurs (autres Départements publics, secteur privé, ONGs, bailleurs de fonds).

OS2 : Améliorer l'accès aux services et la qualité de prestation des soins

Améliorer l'accès et la qualité de prestation des soins c'est disposer de :

- ressources financières suffisantes et de rationaliser les allocations budgétaires sur la base de l'évaluation des résultats par rapport aux ressources engagées,
- ressources humaines formées, compétentes, motivées et disponibles,
- de médicaments à un coût accessible,
- de normes et de standards,
- d'une recherche opérationnelle dynamique pour améliorer les connaissances relatives aux attentes des bénéficiaires.

C'est permettre aux bénéficiaires une meilleure accessibilité :

- géographique, par une répartition harmonieuse et suffisante des structures de soins,
- financière au travers du développement de l'assurance maladie,
- culturelle par la mobilisation communautaire.

OS3 : Réduire la mortalité et la morbidité liées aux problèmes prioritaires de santé de la population générale et particulièrement ceux de la santé de la mère et de l'enfant

La réduction de la mortalité et de la morbidité des maladies transmissibles ou non transmissibles passe :

- par une prestation complète et de qualité du PMA et du PCA, surtout dès les premières heures de prise en charge des malades (ceci plus particulièrement pour les soins SONUB/SONUC et la PCIME),
- par une information, éducation, communication (IEC) impliquant la Communauté, afin d'obtenir l'adhésion des bénéficiaires à l'offre de soins et changer leurs comportements néfastes,
- par répondre à l'hostilité environnementale autour d'activités d'approvisionnement en eau potable, de l'assainissement et du traitement des déchets (en particulier des déchets hospitaliers).

2.3 Programmes d'Action (PA)

A chacun des objectifs spécifiques tels que définis ci-dessus se rattachent un ou plusieurs Programmes d'Action (PA). La réalisation de ces Programmes d'Action passe par un ou plusieurs objectifs opérationnels (ensemble d'opérations ou activités qui concourent à résoudre le problème.

→ **A l'objectif stratégiques OS1 : « Améliorer l'efficacité du système de santé »** se rattachent aux 2 Programmes d'Action suivants :

Programmes d'Action I : Renforcement des capacités des gestions de services *(planification, ressources, coordination, supervision, suivi et évaluation) des services à tous les niveaux du système national de santé*

Programmes d'Action II *:* ***Renforcement de la coordination du partenariat***

→ **A l'objectif stratégiques OS2 : « Améliorer l'accès aux services et la qualité de prestations des soins** » se rattachent aux 5 Programmes d'Action suivants :

Programmes d'A*ction III :* Renforcement de la mobilisation des ressources (au moins a 10%) et de la gestion budgétaire

Programmes d'A*ction *IV : Développement des ressources humaines

***Programmes d'A*ction V** *: Renforcement de l'accessibilité et de la disponibilité et de Médicament*

Programmes d'A*ction VI : Amélioration de l'accessibilité géographique aux soins*

Programmes d'A*ction VII : Amélioration de l'accessibilité financière et culturelle aux soins*

→ **A l'objectif spécifique OS3 : « Réduire la mortalité et la morbidité liées aux problèmes prioritaires de santé de la population générale et plus particulièrement ceux de la santé de la mère et de l'enfant** » se rattachent les aux 3 Programmes d'Action suivants :

Programmes d'A*ction* VIII : Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant

Programmes d'A*ction IX : Lutte contre le VIH / SIDA*
PRG 10 : Paludisme, Tuberculose et Autres maladies prioritaires

Programmes d'A*ction X: Lutte contre le Paludisme, la Tuberculose et les Autres maladies prioritaires transmissibles et non transmissibles ;*

CHAPITRE 2 : PROGRAMMATION DES ACTIVITES

III OBJECTIF STRATEGIQUES I (OS1)

3.1 Programmes d'Action I : Renforcement des capacités des gestions de services à tous les niveaux du système national de santé

OBJECTIF OPERATIONNEL OO1 : Développer une culture managériale et une communication moderne dans un cadre de travail approprié.

L'analyse situationnelle ayant précédé la rédaction du PNDS a mis en évidence trois problèmes majeurs qui affectent la gestion des services :

- un management des services peu efficace,
- un déficit global de communication à la fois interne au MSP et entre le MSP et les partenaires,
- une désorganisation des services et des difficultés de communication dues à la dispersion des services administratifs du MSP.

Dans la plupart des services du MSP, la gestion relève plus d'un mode de pilotage à vue que d'un mode de gestion prévisionnelle. En l'absence d'une gestion des services dirigée dans l'esprit d'une « culture managériale d'entreprise », les outils de gestion ne peuvent, à eux seuls, permettre une amélioration de l'organisation du système. Les cadres des directions centrales, des services départementaux et des entités administratives et de soins du MSP doivent se transformer en « managers » pour analyser les comportements, les changements environnementaux, les anticiper et les traduire à tous les niveaux de l'offre de soins. Ceci est d'autant plus important que le personnel est hétérogène, souvent peu motivé et peu habitué au changement. Il est demandé aux « managers » une compétence technique, mais surtout des capacités à accompagner le changement.

Aujourd'hui à l'ère de l'informatique, tous les espoirs de travailler collectivement en temps réel sont permis. Pour améliorer la communication interne et externe du Département, il y a lieu d'élaborer un « schéma directeur de l'informatique et des réseaux ». Les objectifs de ce schéma étant de : (i) définir les principes directeurs du développement de l'information et les réseaux informatiques dans les différents services du Département ; (ii) développer l'architecture en réseau, (iii) identifier les différentes étapes du développement de l'information et de la mise en réseau dans un premier temps, des services centraux et progressivement des bureaux des DSR. Tout en sachant que les quatre années imparties au PNDS ne permettront pas encore d'étendre le réseau au niveau des districts.

Activité 1 : Elaborer un programme national de formation au management des services.

S/Activité 1.1: Identifier et recruter un cabinet /consultant pour élaborer un programme de formation en management

Activité 2 : Former 250 cadres au management des services.

***S/activité 2.1** : Identifier un cabinet / consultant spécialisé dans la formation au management.*

***S/activité 2.2** : Mettre en œuvre le plan de formation*

***S/activité 2.3** : Suivre et évaluer chaque année la mise en œuvre du plan de formation*

***S/Activité 2.4** : Evaluer les pratiques managériales des cadres formés à la fin du PNDS.*

Activité 3 : Mettre en place des moyens de communication modernes

***S/activité 3.1** : Doter les services concernés en NTIC*

***S/activité 3.2 :** Elaborer un schéma directeur de l'informatique et des réseaux*.

***S/activité 3.3** : Mettre en réseau les services du niveau central et intermédiaire du MSP.*

***S/activité 3.4** : Créer un site Web du MSP.*

***S/activité 3.5** : Former 100 cadres des niveaux central et intermédiaire en outil informatique.*

***S/activité 3.6 :** Etendre l'installation des RAC à tous les DS et à 50% des CS*

Activité 4 : Améliorer la circulation de l'information entre et à l'intérieur de chaque service

Activité 5 : Construire le siège du MSP

Activité 5 : Poursuivre la construction des bureaux et logements des DSR et des DS.

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO2: Améliorer les capacités de gestion du cycle de planification

Lors d'une étude réalisée en 2007, les personnels enquêtés du MSP ont souligné la faiblesse de suivi et de coordination de leurs interventions en raison de : (i) l'absence de cadre d'échange entre les Programmes qui sont trop verticaux ; (ii) l'absence d'évaluation de performance des Directions et Programmes ; (iii) le faible suivi technique et financier de l'exécution des projets ; (iv) l'absence d'outils de suivi technique ; (v) le manque de connaissance de l'exécution des procédures des bailleurs de fonds.

L'analyse situationnelle dans le cadre de la préparation à la présente programmation a de son côté mis en évidence deux problèmes majeurs :

- une insuffisance globale de planification à tous les niveaux du système;
- une faiblesse de la coordination[1] de la plupart des activités du MSP dans le cadre des programmes nationaux de santé et du partenariat.

Activité 1 : Finaliser, publier et diffuser la carte sanitaire.

Activité 2 : Déployer de nouvelles ressources à la Division de la Planification (DPlan)

[1] (i) La coordination entre les divers plans d'actions et leurs chronogrammes respectifs n'est pas souvent assurée ; (ii) La coordination de l'ensemble des programmes nationaux est faible, (iii) Le partenariat avec les autres secteurs publics dans le cadre de la collaboration intersectorielle est peu développé ; (iv) Les relations entre le MSP et les acteurs privés à but lucratif sont peu développées.

***S/activité 2.1** : Mettre à la disposition de la Division de La Planification des ressources en personnels (2 statisticiens, 2 démographes, 2 planificateurs, 2 épidémiologistes, 2 économistes de santé, 2 maintenanciers en informatique), équipements et logistiques (voir plan d'action de la DPlan).*

***S/activité 2.2** : Assurer la formation continue des agents de la Division de la Planification en méthodes et outils de planification*

Activité 3 : Organiser chaque année un atelier d'élaboration des PAO basés sur les résultats et l'évaluer périodiquement.

Activité 4 : Former 200 cadres du niveau central, intermédiaire et périphérique aux méthodes et techniques de planification et suivi évaluation

***S/activité 4.1** : Organiser 1 session de formation de 50 cadres par an sur les méthodes et techniques de planification et suivi-évaluation*

***S/activité 4.2** : Elaborer un programme national de formation à la planification*

Activité 5 : Rendre opérationnels les organes et outils de gestion dans tous les hôpitaux et les centres de santé

***S/activité 5.1 :** Rendre effective l'application des textes et manuels de procédures régissant les formations sanitaires*

Activité 6 : Redynamiser la coordination des Programmes nationaux

S/activité 6.1 : Organiser les réunions trimestrielles avec les différents programmes

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO3 : Développer la supervision, le suivi / évaluation et le contrôle à tous les niveaux du système.

La supervision est rarement effective car d'une par elle demande des moyens conséquents en véhicules et carburants et d'autre part elle n'est pas généralement programmée. La supervision doit être formative pour maintenir la compétence des ressources humaines et non un moyen de contrôle. Enfin, elle doit être un élément de motivation des personnels qui doivent se sentir comme acteur à part entière du système.

Le suivi et l'évaluation sont des mécanismes plus complexes que la supervision et demandent des ressources encore plus importantes et ils sont aussi comme la supervision rarement mis en œuvre.

Le PNDS veillera particulièrement à ce que ces activités puissent être effectives.

Activité 1 : Publier et diffuser le guide national de supervision

Activité 2 : Doter les DSR et les DS en moyens logistiques pour les supervisions

Activité 3 : Superviser/évaluer périodiquement les prestations du PMA/PCA

Activité 4 : Doter l'Inspection Générale (IG) en moyens humains et matériels de contrôles

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO4 : Elaborer et développer une politique moderne de l'Information, Education et Communication pour la santé *(IEC)*

Les populations, par ignorance, méconnaissances et désinformation, n'ont pas toujours les comportements adéquats pour faire face aux maladies. L'objectif global d'une politique d'IEC de santé publique nationale, utilisant les moyens les plus modernes de communication, doit concourir à changer les comportements néfastes pour la santé. A moyen et long terme ceci doit contribuer à atténuer la morbidité liée aux maladies (transmissibles ou non transmissibles).

Les deux objectifs spécifiques de l'IEC sont de :

- promouvoir la participation de la population à la mise en œuvre de la PNS. Ceci passe par le dialogue entre tous les acteurs participant au développement de la santé. En particulier, le dialogue avec les communautés doit être accentué. La participation communautaire, maillon essentiel de la politique des soins de santé primaires telle que définie à Alma Ata en 1978, n'ayant pas jusqu'à ce jour atteint ses objectifs, doit être modernisée. Cette modernisation passe par l'octroi d'une plus grande autonomie au travers de l'approche contractuelle et par une formation adéquate aux problématiques sociales.
- promouvoir les messages essentiels visant à améliorer la santé. Les moyens de communication (télévision, appareils téléphoniques portables, informatique, internet,…) permettent aujourd'hui d'amplifier les messages de santé publique visant à lutter contre les comportements néfastes à la santé. Les addictions comme le tabac, l'alcool, la drogue, les consommations alimentaires excessives doivent être combattues aux travers de ces moyens modernes de communication.

Activité 1 : Elaborer un plan multi média et moderniser les thèmes et méthodes d'IEC.

Activité 2 : Rendre les structures de santé fonctionnelles pour la pratique de l'IEC (locaux, matériels didactiques et de communication).

Activité 3 : Relever le niveau de formation technique des personnels en IEC ;

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO5: Améliorer la performance du système d'information sanitaire

Le système d'information sanitaire (SIS) de routine est peu efficient et peu réactif. Il consomme beaucoup de temps, de ressources humaines et financières pour une production de données relativement peu fiables. De plus, à tous les niveaux du système, ces données ne sont que partiellement analysées et très peu utilisées pour la prise de décision.

Le SIS, est plus dirigé vers l'information destinée à l'offre (indicateurs de gestion, de santé), que vers une information tournée vers la demande (enquêtes sur les ménages, études sur les comportements, attitudes, pratiques). Or, l'équilibre entre ces deux types d'information est nécessaire à l'adéquation entre l'offre de soins et la demande des populations bénéficiaires.

Dans le cadre du PNDS, deux orientations prioritaires ont été retenues :

- d'une part, au-delà du besoin de renforcement de la collecte des données en routine et du système de surveillance épidémiologique, Il parait important d'élaborer prioritairement, **un cadre stratégique du SIS sous forme d'un schéma directeur**. Ce schéma définit

l'organigramme du SIS et les missions de chacune des composantes ou sous systèmes qui le constituent. Il décrit les activités à entreprendre et les moyens nécessaires pour l'opérationnalisation de chacun des sous-systèmes. La Division du Système d'information sanitaire (DSIS) devient alors le véritable point focal de coordination du SIS.

- d'autre part, la mise en œuvre **d'un SIS déconcentré au niveau des DSR** donnera une plus grande réactivité de l'information car le système sera alors plus rapproché des lieux de production de l'information. Chaque DSR, après analyse des données, utilisera au mieux ces dernières pour une prise de décision éclairée au niveau régional. Une synthèse de ces données sera ensuite transmise au niveau central pour la prise de décision.

Activité 1 : Elaborer un schéma directeur du SIS

Activité 2 : Rendre le système de collecte et de transmission des données plus efficient

S/activité 2.1 : *Réactiver la commission nationale du système d'information sanitaire et les sous-commissions au niveau des DSR*

S/activité 2.2 : *Elaborer un plan de formation des RH en statistique sanitaire*

S/activité 2.3 : *Recruter les statisticiens au niveau des DSR ou des pools*

Activité 3 : Former les agents de la DSIS à l'analyse et la diffusion des données

Activité 4 : Former les responsables à l'utilisation des données statistiques pour la prise de décision.

Activité 5 : Poursuivre la déconcentration du SIS au niveau des Délégations Sanitaires Régionales

Activité 6 : Restructurer le système de surveillance épidémiologique intégrée et en particulier rendre fonctionnels les sites de surveillance sentinelle.

S/activité 6.1 *: Elaborer et mettre en œuvre un Plan de prévention et de riposte aux épidémies*

S/activité 6.2 *: Mettre en place un mécanisme de coordination entre les différentes institutions impliquées dans la SE et dans la riposte contre les épidémies;*

S/activité 6.3 *: Mettre en place un mécanisme de contrôle de qualité interne et externe dans les laboratoires ;*

S/activité 6.4*: Mettre en place des mécanismes de coordination avec les pays limitrophes.*

S/ activité 6.5 *: Equiper les différentes entités responsables de la SE et de la riposte aux trois niveaux de la pyramide sanitaire*

Activité 7 : Mettre en place un Observatoire de la Santé et le rendre opérationnel.

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO6: Renforcer la réglementation

L'analyse situationnelle à identifié une insuffisance de la réglementation qui se traduit par :

- une faiblesse de description des postes et tâches spécifiques[2],
- des textes incomplets,
- un manque de suivi de leur application et une diffusion tardive.

Ce contexte participe pour une grande part à la désorganisation du système en ne permettant pas de bien identifier les missions et responsabilités précises de chaque acteur du système.

Il s'agira de faire au niveau central une revue ou une relecture des textes existants (décrets, arrêtés…), d'identifier les insuffisances, d'élaborer et de faire valider rapidement les nouveaux textes. Tous les arrêtés, décisions, décrets, lois et ordonnances seront transmis à la Division de la Législation et de la Documentation (DLD) qui en assurera la diffusion à tous les niveaux. Au niveau régional, toutes les circulaires, arrêtés produits seront transmis à la DLD qui jugera de l'opportunité de les diffuser à large échelle.

L'information se perd rapidement faute d'un système d'archivage. L'archivage doit permettre de sécuriser et de sauvegarder les informations. Des locaux abritant les documents devront être identifiés et sécurisés, les moyens informatiques seront mis à disposition pour faire des copies électroniques.

Il s'agira d'organiser un séminaire sur la politique de documentation et d'archivage. Ce séminaire sera piloté conjointement par la DLD et la DSIS. La DSIS, chargée de centraliser, diffuser les informations sanitaires et de constituer une documentation appropriée sur le département de la santé doit être associée à l'élaboration de la politique de documentation et d'archivage.

Activité 1 : Compléter et appliquer la législation et la réglementation en matière de santé

Activité 2 : Elaborer et mettre en œuvre une stratégie d'archivage et de conservation au niveau central et au moins dans 1/3 des DSR

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO7 : Poursuivre le processus de déconcentration / décentralisation

Bien que le processus politique de déconcentration/décentralisation dépende du Ministère en charge de la Décentralisation, le MSP a aussi engagé quelques procédures.

Il est prévu par exemple, la mise en place progressive d'une relative autonomie de gestion de certains services de santé notamment dans quelques hôpitaux régionaux.

Activité 1 : Poursuivre la décentralisation de la gestion (déploiement, formation, personnel, finances) au niveau des Délégations sanitaires régionales.

Activité 2 : Faire signer et appliquer les textes régissant les quatre hôpitaux en voie d'autonomie

Activité 3 : Accélérer le processus d'autonomisation des hôpitaux régionaux

[2] L'élaboration par exemple d'un décret fixant les postes et attributions de chaque service du MSP pour structurer les services centraux autour de missions thématiques prioritaires paraît urgente.

3.2 Programmes d'Action II : Renforcement de la coordination et du partenariat

La finalité du partenariat consiste à mobiliser les acteurs étatiques et non étatiques du secteur de la santé vers les objectifs communs de la PNS.
Le MSP doit assumer son rôle normatif, de coordination, de suivi et contrôle sur l'ensemble des acteurs de santé même en dehors du Département.

L'analyse situationnelle à identifié :

- un partenariat intersectoriel (avec les autres Départements) peu développé ;
- un partenariat avec les ONGs et le secteur privé à but lucratif très insuffisant ;
- une insuffisance de coordination des interventions des partenaires ;
- une collaboration avec la médecine traditionnelle inexistante.

L'approche contractuelle concourt à resituer et à préciser les rôles respectifs de l'Etat et des autres intervenants du secteur santé. L'interrelation des fonctions doit être négociée et organisée entre les différents acteurs (Etat, populations, hôpitaux publics ou privés, ONGs, etc.). Les modalités de ces relations font l'objet d'accords écrits qu'on appelle Conventions ou Contrats.

OBJECTIF OPERATIONNEL OO1 : Développer l'approche contractuelle dans tous les secteurs (public, privés, associatifs)

Activité 1 : Réviser la politique de contractualisation et vulgariser le document.

Activité 2 : Former les responsables (ECD des DSR et des DS et les acteurs privés) à l'usage du manuel de contractualisation.

Activité 3 : Elaborer un guide de rédaction de contrat de délégation de service public spécifique à chaque secteur (communautaire, privé et traditionnel)

Activité 4 : Proposer la contractualisation pour les Privés ou ONGs désireux de gérer une structure de soins.

Activité 5 : Associer les structures de soins privées et confessionnelles aux campagnes de prévention et de promotion (vaccination, marketing préservatifs, IEC, etc.) à partir de contrats de délégation de service public.

OBJECTIF OPERATIONNEL OO2 : Réguler et superviser le partenariat avec les différents secteurs

Activité 1 : Redynamiser les structures de coordination de l'intersectorialité aux différents niveaux du système (Conseil National de Santé, Conseils Régionaux de santé, Conseils de District).

Activité 2 : Mettre en place un mécanisme d'enregistrement, de suivi, et d'évaluation des contrats de délégation de service public à tous les niveaux

Activité 3 : Mettre en place une Commission de suivi du partenariat (MSP/ inter secteur /société civile/ ONG / privé et confessionnel).

Activité 4 : Assurer la tutelle des formations sanitaires privées et faire appliquer les textes réglementaires propres au secteur.

S/activité 4.1 : *Soumettre l'exercice de la pratique médicale privée à une Commission spécialisée et au Conseil de l'Ordre des médecins*

Activité 5 : Restructurer et dynamiser les organes de participation communautaire.

S/activité 5.1 : *Réactualiser, publier et diffuser le guide de constitution et de gestion des comites de santé et de gestion*

S/activité 5.2 : *Former/recycler les membres de tous les comites de santé*

S/activité 5.3 : *Promouvoir l'organisation des assemblées générales des comites de santé*

S/activité 5.4 : *Organiser systématiquement des monitorages semestriels en impliquant les membres des comites de santé ;*

Activité 6 : Réguler les interventions des partenaires au travers de l'approche sectorielle du PNDS.

S/activité 6.1 : *Organiser des revues semestrielles systématiques des interventions de tous les partenaires bailleurs de fonds.*

IV OBJECTIF STRATEGIQUE II (OS2)

4.1 Programme d'Action III : Renforcement de la mobilisation des ressources (au moins a 10%) et de la gestion budgétaire

L'analyse situationnelle des ressources financières du secteur de la santé a identifié trois principaux problèmes :

- le sous financement du secteur tant au niveau des allocations qu'au niveau des engagements en raison de la méconnaissance des besoins de services.
- le non-respect des engagements et l'absence de prise en compte des besoins exprimés par les services.
- une mauvaise gestion des crédits alloués aux services en raison d'une centralisation excessive et du retard dans leur mise à disposition.

Dans le secteur de la santé, le Gouvernement du Tchad finance tous les titres de dépenses, à savoir les dépenses de personnel, de biens et services, de transfert et d'investissement. Cependant, le niveau de ce financement est actuellement faible (autour de 4%) par rapport aux engagements du pays lors de la conférence d'Abuja d'affecter au moins 15% du budget global au secteur de la santé.

Devant le sous financement du secteur, la marge de manœuvre du MSP est étroite car les solutions sont externes au Département. Le MSP se doit d'améliorer au mieux, en interne, l'utilisation de l'enveloppe budgétaire dont il dispose, par la mise en place de procédures et d'outils de gestion d'allocation des crédits plus rapides et plus efficientes. A l'insuffisance de l'allocation, s'ajoute une exécution effective du budget relativement faible chaque année (65,4% en 2005 et 75,6% en 2006 et 2007).

OBJECTIF OPERATIONNEL OO1 : Relever le niveau de financement du secteur

Activité 1 : Faire un Plaidoyer auprès des hautes Instances (PR, PM, AN, MIF)[3] pour l'augmentation du budget

Activité 2 : Mobiliser les bailleurs de fonds pour un accroissement des financements externes dans le cadre de l'approche sectorielle

OBJECTIF OPERATIONNEL OO2 : Rationaliser l'usage des ressources allouées

Activité 1 : Renforcer les capacités des services de gestion des ressources financières allouées au MSP

***S/activité 1** : Former les cadres de la DAFM et ceux des autres directions techniques et Délégations Sanitaires à l'utilisation des outils de programmation et de budgétisation afin de lutter contre la faible absorption*

***S/activité 2** : Mettre en place une clé de répartition des crédits délégués*

[3] PR : Primature, PM : Premier Ministre, AN : Assemblée Nationale, MIF : Ministère des Finances

***S/activité 3** : Déconcentrer et augmenter la disponibilité du crédit alloué aux différents services du MSP*
***S/activité 4** : Organiser systématiquement la revue annuelle des dépenses publiques et le suivi des dépenses jusqu'à destination.*

***S/activité 5 :** Elaborer dans le délai la répartition budgétaire intra sectorielle pour organiser des ateliers de discussion budgétaire sur la base du budget programme*

***S/activité 6 :** Mettre en place un logiciel de comptabilité analytique et faire le plaidoyer pour une connexion intranet avec le circuit Informatisé des Dépenses (CID).*

***S/activité 7 :** Affecter dans les structures intermédiaires et périphériques des gestionnaires compétents*

Activité 2 : Publier trimestriellement un tableau de bord des taux d'engagement par Direction.

4.2 Programmes d'Action IV : Développement des Ressources Humaines

L'insuffisance globale des ressources humaines explique en partie la grande faiblesse du système de santé du pays. Malgré l'élaboration de nombreux documents d'études, de plans de développement, de nombreuses initiatives et d'appuis divers, la situation reste identique. La cause principale habituellement évoquée est celle d'une insuffisance en moyens financiers pour réformer ce secteur.

OBJECTIF OPERATIONNEL OO1 : Elaborer, mettre en place les outils organisationnels de la gestion des ressources humaines et former les cadres à l'utilisation de ces outils.

Le premier des pré-requis pour la mise en œuvre d'un système de gestion des ressources humaines (RH) est de dresser une **classification des emplois**. Faute de disposer d'un répertoire global des emplois, on ne peut pas évaluer les ressources nécessaires et mettre en œuvre une stratégie de développement des RH.
Le deuxième des pré-requis passe par **la qualification, la cotation et la hiérarchisation des emplois[4].** Au terme du processus les gestionnaires de la DRH, des DSR devront être capables d'analyser les effectifs (par catégorie, par âges, par ancienneté) et de les projeter dans l'avenir ainsi que d'identifier les qualifications.

L'insuffisance quantitative des ressources humaines passe par une rationalisation de la gestion des effectifs. Au Tchad la disponibilité du personnel paramédical est assurée par des écoles publiques (ENASS et Ecoles Régionales), privées (Moundou, Pala, Goundi, Léré, Bébalem, EFASG, Institut Toumaï), celle des Techniciens supérieurs par des Instituts de

[4] L'élaboration d'une nomenclature des emplois n'est qu'une première étape dans la construction d'un système cohérent de gestion des ressources humaines. Ce répertoire doit être hiérarchisé et sa structuration se traduire en un système de rémunération basé sur une grille évolutive acceptée par tous les acteurs du système de la Santé. L'objectif de hiérarchisation des emplois est de proposer une grille des rémunérations des agents de santé avec la contrainte du maintien d'un même volume de masse salariale.

formation (IUSTA, Institut Roi Fayçal) et pour les médecins par la Faculté des sciences de la Santé (FACSS). Malheureusement il existe un écart entre les besoins et les possibilités de production de ces structures de formation. Les normes en besoins selon les hypothèses du PSDRH 2000/2030 prévoient pour la période 2006/2007 : 263 médecins, 509 IDE, 356 SFDE, 807 ATS. Or aujourd'hui, on est loin de ces objectifs en raison, en partie, de la faible capacité d'accueil des structures de formation. Le défi est de produire un plus grand nombre de personnels qualifiés alors que la plupart des écoles ont des capacités limitées.
Au déficit quantitatif des personnels, s'ajoute une mauvaise répartition de certaines catégories, comme les médecins et les sages femmes, qui se concentrent en milieu urbain au détriment de la périphérie

Le renforcement des capacités de gestion du niveau institutionnel et la restructuration des systèmes de formation tant initiale que continue doivent s'inscrire dans *une planification stratégique préalable*. Le PSDRH, élaboré en 2000, garde toute sa pertinence mais il doit être révisé afin d'actualiser les besoins.

Le recensement du personnel du Ministère de la Santé a pour objet de constituer un fichier qui servira d'outil pour les opérations de gestion de la solde à la DAFM et la gestion prévisionnelle à la DRH. C'est une opération interne au MSP qui doit être conduite en étroite collaboration avec les DSR/DS afin de minimiser la mobilisation d'une logistique lourde.

Le redéploiement des effectifs repose sur l'identification des ressources disponibles, les besoins en effectif et en qualification et il doit rester cohérent avec les normes d'affectation en vigueur. Il repose, d'une part sur un répertoire des emplois et d'autre part sur un système de normes de production.

La gestion collective des carrières permettra d'identifier des filières de mobilité entre groupes d'emplois types. A partir de ces filières une gestion prévisionnelle de la professionnalisation des prestataires de santé procédera à des programmes de qualification. Il faudra créer au niveau de la DRH un *Service de Gestion Prévisionnelle* dont les attributions seront de déterminer les besoins futurs en personnels. Il faudra élaborer et valider un Manuel de Gestion Prévisionnelle.

La gestion individuelle des carrières a pour objet d'identifier les potentiels des personnels susceptibles d'être mobilisés dans des programmes spécifiques. Cette gestion des carrières s'inscrit dans un cadre réglementaire, celui du *Statut des personnels de Santé.*

Activité 1 : Réviser et mettre en œuvre le Plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé (PSDRH) au Tchad 2000/2030

Activité 2 : Former les cadres de la Direction des Ressources Humaines (DRH) aux méthodologies et aux outils de gestion des RH.

Activité 3 : Créer au niveau de la DRH un service de gestion prévisionnelle

Activité 4 : Installer les outils de gestion

S/activité 4.1 : *Organiser le recensement général du personnel de la santé.*

S/activité 4.2 *: Acquérir un logiciel spécialisé de gestion des RH et mettre à jour la base de données des personnels*

S/activité 4.3 *: Organiser une mission de validation des résultats dans toutes les DSR*

***S/activité 4.4** : Elaborer et mettre en œuvre un plan de redéploiement du personnel.*

***S/activité 4.5 :** Elaborer, valider, mettre en œuvre et suivre les Plans de Carrière.*

Activité 5 : Produire des personnels en plus grand nombre

***S/activité 5.1 :** Faire le plaidoyer auprès des hautes instances (PR, PM et AN) pour augmenter le quota actuel de recrutement du personnel de santé à la Fonction Publique.*

***S/activité 5.2 :** Augmenter les capacités de production en personnels des écoles et filières des personnels paramédicaux et des techniciens supérieurs (en particulier celles des SFDE et des techniciens d'hygiène et d'assainissement dans les écoles régionales).*

***S/activité 5.3 :** Mettre en place une Commission bipartite MSP et Ministère de l'enseignement Supérieur pour le recrutement et la formation des étudiants en médecine.*

***S/activité 5.4** : Mettre à disposition des bourses de formation spécialisée pour les paramédicaux, les médecins, les pharmaciens et les cadres administratifs.*

***S/activité 5.5** : Construire des écoles régionales et les rendre fonctionnelles*

***S/activité 5.6 :** Réguler et contrôler l'exercice des écoles privées.*

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO2 : Renforcer les compétences des personnels

Les personnels de santé, issus des structures de formation initiale ont souvent des compétences insuffisantes en raison de l'inadaptation fréquente des contenus pédagogiques face aux réalités professionnelles.
A cela s'ajoute un faible niveau des candidats recrutés et les conditions de recrutement pour les concours ne sont pas toujours normalisées.

L'élaboration d'une nouvelle politique de formation continue passe par un plan qui devra s'articuler autour des composantes suivantes :
- une formation complémentaire obligatoire,
- une formation de reconversion si le redéploiement n'offre pas le même emploi,
- un recyclage si le profil de l'agent ne correspondent pas aux nouvelles exigences du poste.
- une formation qualifiante si l'emploi identifié exige des compétences nouvelles.

Activité 1 : Actualiser la formation initiale

***S/activité1.1** : Mettre en place un mécanisme de recrutement national et d'examens de sorties des agents de santé pour toutes les institutions publiques et privées de formation*

***S/activité 1.2 :** Evaluer les besoins en formation initiale par rapport au PMA/PCA.*

***S/activité 1.3** : Evaluer et réviser les curricula des formations initiales dans les Institutions de formation de santé publique et privées.*

***S/activité 1.4** : Elaborer / adopter les textes de la Réforme de l'ENASS*

***S/activité 1.5** : Relever le niveau de recrutement et améliorer les conditions d'organisation des concours*

S/activité 1.6 : *Adopter et diffuser les textes statutaires des écoles régionales*

Activité 2 : Actualiser la formation continue

S/activité 2.1 *: Réviser les textes régissant la formation continue*

S/activité 2.2 *: Elaborer un Plan national annuel de formation continue.*

S/activité 2.3 *: Réviser le curricula des modules/guides pour les formations continues.*

S/activité 2.4 : *Renforcer les compétences des prestataires de soins et plus particulièrement dans l'Assurance Qualité de Soins (AQS).*

S/activité 2.5 : *Elaborer des fiches techniques en assurance qualité*

S/activité 2.6 *: Augmenter la formation et le recyclage en stratégie de PEC globale de l'enfant (PCIME, PTME).*

S/activité 2.7 *: Assurer la formation complémentaire aux jeunes médecins en particulier en gynéco obstétrique et en chirurgie générale.*

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO3 : Motiver les personnels pour un meilleur rendement

La qualité de l'offre de soins est en grande partie déterminée par la motivation des ressources humaines. Pour le personnel, les difficultés d'installations souvent par l'absence de logement de fonction et de manque d'équipements, l'isolement de la périphérie et le manque de services généraux public sur leurs lieux de travail sont sources de mauvais rendements. L'installation en milieu rural où l'environnement est défavorable ne sera possible que par la mise en œuvre d'une politique d'incitations sous forme d'octroi d'un logement de fonction, d'une indemnité de séjour en périphérie, du paiement d'un groupe électrogène, de l'octroi d'un téléphone, etc.
Autre facteur de démotivation, l'insuffisance des salaires peut être solutionnée par des primes à la performance ou au mérite. Ces primes peuvent être prélevées sur les ressources propres des établissements sanitaires issues du recouvrement des coûts et/ou d'autres sources. Un pourcentage des recettes du recouvrement est destiné au versement d'un « bonus » au prorata de certains indicateurs de performance des services et de qualité des soins.
Enfin, il est établi, que la réalisation des supervisions formatives conduisant à une formation continue est un élément de satisfaction et de valorisation pour les personnels d'autant plus qu'ils sont éloignés.

Activité 1 : Organiser le pays en zones d'exercice avec des grilles d'incitation correspondantes

Activité 2 : Mettre en place des mécanismes pilotes sous forme de primes reliées à des contrats de performance individuelle, ou d'autres mécanismes….

Activité 3 : Développer le système de primes d'éloignement et la prise en charge effective des déménagements et des logements de fonction.

Activité 4 : Elaborer des guides d'évaluation / supervision de la performance des personnels.

4.3 Programmes d'Action V : Renforcement de l'accessibilité et de la disponibilité et de Médicaments

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO1 : Renforcer les capacités de gestion de la CPA

La centrale pharmaceutique d'achat (CPA) connaît depuis 2003 d'importants problèmes de gestion qui ont entraîné un fort endettement et de très nombreuses ruptures de stocks. Les mauvais résultats de la CPA se sont répercutés sur les PRA et ont mis en péril le fonctionnement du système de santé. Inversement, la fragilité des PRA dans leur ensemble a accentué voire accéléré les difficultés de la CPA.
Bien que depuis 2007, les stocks soient en hausse, et que la trésorerie s'améliore les problèmes de gestion et du système d'approvisionnement subsistent encore

Activité 1 : Améliorer le Plan Stratégique du système d'approvisionnement et de distribution des MEG et des dispositifs médicaux

Activité 2 : Améliorer la gestion et augmenter le fonds de roulement de la CPA.

Activité 3 : Former les pharmaciens aux Bonnes Pratiques Pharmaceutiques (BPP)

Activité 4 : Réactualiser le plan d'action de lutte contre les marchés illicites

Activité 5 : Effectuer les missions de supervision régulières à la CPA et dans les PRA

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO2 : Rendre autonome le circuit de distribution des médicaments essentiels et génériques (MEG)

Il existe au total 15 PRA fonctionnelles. Ces PRA, à l'exception de quelques unes d'entre elles qui ont des statuts juridiques, connaissent d'énormes problèmes de gestion financière et de stock : (i) pas de budget de fonctionnement, (ii) méconnaissances des consommations moyennes mensuelles, (iii) une absorption du fonds de roulement.

Activité 1 : Rendre opérationnelles 18 Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (outils, procédures, formation, équipements, médicaments).

Activité 2 : Recapitaliser les PRA

Activité 3 : Accompagner l'autonomie de gestion des 15 PRA (approche contractuelle).

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO3 : Développer la capacité institutionnelle, logistique et financière de l'Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique (ANRP)

Activité 1 : Rendre performant le système d'homologation des produits pharmaceutiques

Activité 2 : Construire et équiper un Laboratoire national de santé publique

Activité 3 : Créer un corps de Pharmaciens Inspecteurs assermentés

S/activité 3.1 *: Elaborer et adopter le statut des Inspecteurs en pharmacie*

***S/activité 3.2** : Nommer des Inspecteurs et les assermenter en collaboration avec le Ministère de la Justice*

Activité 4 : Instituer un système de supervision et de contrôle régulier du circuit d'approvisionnement

OBJECTIF OPERATIONNEL OO4 : Promouvoir l'usage rationnel des MEG

Activité 1 : Former des prescripteurs et des dispensateurs sur l'usage des MEG

Activité 2 : Concevoir et diffuser des messages éducatifs (spots, micro programmes) pour la promotion des MEG

Activité 3 : Passer des conventions avec le secteur pharmaceutique privé à but lucratif pour encourager la vente des MEG.

Activité 4 : Réviser la liste nationale des MEG

4.4 Programme d'Action VI: Amélioration de l'accessibilité géographique aux soins

L'analyse situationnelle à identifié 3 problèmes majeurs :

- une faible couverture sanitaire physique. La couverture réelle de la population par les CS est largement en dessous de la couverture théorique,
- une insuffisance de normes en infrastructures et équipements,
- une absence d'application de la politique de maintenance.

L'absence de carte sanitaire et le non respect du découpage sanitaire conduit à un développement anarchique des centres de santé. Si certaines zones ont trop de structures sanitaires, il existe dans d'autres zones une insuffisance d'offre de soins. Il ne s'agit pas de construire toujours plus de structures mais de réduire les disparités régionales et de couvrir les zones déshéritées. En cela la carte sanitaire doit jouer un rôle opposable à toutes nouvelles constructions et des mesures de respect de cette carte doivent être prises.

Au-delà de l'implantation anarchique des structures de soins, les structures existantes sont généralement vétustes et mal équipées. Dans ce contexte, deux priorités sont affichées :
- définir les normes et standards des constructions et des bâtiments,
- mettre en œuvre une politique de maintenance

OBJECTIF OPERATIONNEL OO1 : **Améliorer la couverture physique**

Activité 1: Renforcer les activités de développement des Infrastructures

***S/activité 1.1 :** Formaliser le cadre de concertation entre le MSP et le Ministère des Infrastructures (MI).*

***S/activité 1.2 :** Mettre en place le plan triennal de constructions des infrastructures*

***S/activité 1.3 :** Harmoniser et faire respecter les normes et standards de constructions des infrastructures.*

S/activité 1.4 : *Elaborer un plan quinquennal de couverture sanitaire régionale sur la base d'une carte sanitaire finalisée.*

S/activité 1.5. *Créer une commission d'examen des demandes de création des formations sanitaires sur la base de la carte sanitaire.*

S/activité 1.6. *: Sensibiliser les acteurs politiques, traditionnels et religieux sur les critères de création des structures et leur respect.*

Activité 2 : Construire 150 centres de santé, 5 hôpitaux de régionaux et 18 hôpitaux de district

Activité 3 : Construire 10 centres de surveillance et de récupération nutritionnelle (CSRN).

OBJECTIF OPERATIONNEL OO2 : Renforcer et entretenir les équipements

Activité 1 : Equiper toutes les structures sanitaires en matériels médico-techniques selon les normes.

Activité 2 : Mettre en œuvre la politique de maintenance des équipements.

Activité 3 : Recruter et former les agents de maintenance (en particulier des techniciens et ingénieurs biomédicaux)

4.5 Programmes d'Action VII : Amélioration de l'accessibilité financière et culturelle aux soins

OBJECTIF OPERATIONNEL OO1 : Promouvoir la mutualisation du risque maladie

La mise en œuvre d'une stratégie de mutualisation du risque maladie vise à améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins essentiels en s'appuyant sur la tarification des actes de santé et la maîtrise du recouvrement des coûts.
Bien que la population soit majoritairement pauvre, d'autres expériences de mutualisation du risque doivent être initiées.

Activité 1 : Mettre en place les outils de gestion et de contrôle pour consolider le recouvrement des coûts.

Activité 2 : Favoriser le développement d'un système d'assurance maladie (mutuelles de santé) et des assurances privées volontaires.

S/activité 2.1 : *Elaborer des textes législatifs et réglementaires sur le régime d'assurance maladie volontaire*

S/activité 2.2 : *Structurer la DOSS pour la coordination de l'assurance-maladie*

S/activité 2.3 : *Mettre en place un plan de communication pour la promotion des mutuelles de santé*

S/activité 2.4 : *Elaborer un plan stratégique des mutuelles de santé*

S/activité 2.5 : *Faire des études sur la création d'un fonds de garantie des accidents du travail, de trajet et des maladies professionnelles*

Activité 3 : Augmenter et rendre effectives les subventions des hôpitaux

Activité 4 : Améliorer la gestion des évacuations sanitaires

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO2 : Prendre en charge les indigents et certaines populations vulnérables

Le coût élevé des prestations des soins ne permet pas à certaines catégories de populations d'y accéder. Pour favoriser l'accessibilité financière aux soins selon un principe d'équité, il est nécessaire :
- d'une part de prendre totalement en charge les personnes indigentes,
- d'autre part de prendre partiellement en charge certaines populations vulnérables (autres que celles qui bénéficient déjà de la gratuité) comme par exemple les personnes âgées.

Activité 1 : Elaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de prise en charge des indigents

Activité 2 : Assurer le suivi et faire appliquer les textes en vigueur rendant gratuits la CPN, les accouchements normaux, la PTME, les urgences, ARV, antipaludéens….

Activité 3 : Elaborer des textes pour rendre les consultations curatives gratuites pour les personnes du 3^{ième} âge.

Activité 4 : Faire des études de recherche opérationnelle de prise en charge des personnes du 3^{ième} âge.

Activité 5 : Mettre en place un Fonds d'équité.

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO3 : Améliorer l'accessibilité culturelle aux soins

Face aux persistances des croyances et des pesanteurs socioculturelles, il y a une insuffisance de messages sur les pratiques traditionnelles néfastes, à ce titre, il faut promouvoir l'IEC au niveau communautaire.

Activité 1 : Former les COSAN en techniques d'animation et de sensibilisation

Activité 2 : Former les agents sanitaires en techniques de communication interpersonnelle et d'accueil des patients.

Activité 3 : Redynamiser les points focaux IEC

V OBJECTIF SPECIFIQUE OS3

5.1 Programmes d'Action VIII : Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO1 : Mettre en œuvre la stratégie nationale pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile (Feuille de route)

Deux problèmes émergent :

- une faible qualité de prestations des soins délivrés aux femmes aux nouveaux nés et aux enfants,
- une faible prévalence contraceptive.

Devant la faible qualité de prestations des soins le MSP a élaboré une « Feuille de route » pour développer et mettre en œuvre une stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Cette stratégie est construite autour de plusieurs composantes : Soins obstétricaux essentiels (SOE), Soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base et complet (SONUB/SONUC), soins infantiles, Bien être familial (BEF).

Concernant la régulation des naissances, la prévalence contraceptive au Tchad est de 3% toutes méthodes confondues dont 2% pour les méthodes modernes. On note une très grande disparité selon les lieux de résidence. Ainsi, la prévalence contraceptive est de 10% en milieu urbain (14% à N'Djaména et 7% dans les autres villes) contre 1% en milieu rural. L'analyse situationnelle à mis par ailleurs en évidence une faible utilisation des services de BEF en raison d'une part de l'attitude négative des populations assimilant le BEF à la limitation des naissances et d'autre part en raison de l'attitude réservée des confessions religieuses.

Activité 1 : Donner les moyens à la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Vaccination (DSRV) de mettre en œuvre la Feuille de route Nationale.

S/activité 1.1 : *Elaborer et valider le document de politique normes et procédures (PNP) en Santé de la Reproduction (SR).*

S/activité 1.2 : *Réaliser un atelier de validation du document de PNP en SR.*

S/activité 1.3 *: Multiplier et disséminer le document de PNP en SR.*

S/activité 1.4 *: Assurer les missions de suivi et de supervision formative.*

Activité 2 : Renforcer les compétences des personnels dans la surveillance des grossesses et la prise en charge des accouchements.

S/activité 2.1 : *Organiser l'atelier de validation des modules de formation en CPN recentrée*

S/activité 2.2 *: Réviser, valider, multiplier les outils de gestion (fiches CPN et BEF, partogrammes, registres CPN et BEF et CPE)*

S/activité 2.3 : *Former 50 formateurs en CPN recentrée en deux cessions*

S/activité 2.4 : *Former 1000 prestataires en CPN recentrée en 2 ans*

S/activité 2.5 : *Renforcer les hôpitaux régionaux en personnels spécialisés (médecin gynéco, pédiatre, anesthésiste et sage femme).*

S/activité 2.6 : *Elaborer et faire valider des modules de formation en SONU*

S/activité 2.7 : *Former trois équipes de formateurs en SONU au Burkina Faso*

S/activité 2.8 : *Former les équipes des formateurs en SONU de 15 HD (60 agents)*

Activité 3 : Renforcer la prévention du paludisme et de l'anémie chez la femme enceinte et assurer la prise en charge des formes graves

Activité 4 : Rendre disponibles et accessibles les services de BEF.

S/activité 4.1. : *Former et recycler 250 prestataires par an*

S/activité 4.2. : *Disponibiliser les produits contraceptifs y compris les préservatifs dans tous les districts*

OBJECTIF OPERATIONNEL OO2 : Développer la stratégie PTME au niveau national

Le choix stratégique de mise en place de la PTME est récent (2006) et se heurte à des difficultés d'intégration des activités dans le PMA/PCA.

Activité 1 : Redynamiser l'équipe de coordination

Activité 2 : Accélérer l'intégration de la PTME dans la CPN

Activité 3 : ***Assurer le suivi des femmes séropositives et de leurs enfants***

Activité 4 : Renforcer les capacités du personnel en PTME par la formation

S/activité 4.1 : *Organiser un atelier de révision des modules de formation*

S/activité 4.2. *: Organiser un atelier de recyclage des formateurs*

S/activité 4.3. : *Former 60 médecins en suivi des enfants nés de mères séropositives*

S/activité 4.4. : *Former 120 Conseillers en CIP/Conselling en VIH*

S/activité 4.5. : *Former 60 prestataires des sites*

Activité 5 : Réaliser 3 campagnes de sensibilisation de la population par site et par an

Activité 6 : Réaliser 2 plaidoyers par an par site de prestation auprès des leaders politiques, religieux et traditionnels

OBJECTIF OPERATIONNEL OO3 : ***Développer la stratégie de prise en charge des Fistules obstétricales (FO)*** *- Cf. Stratégie nationale de lutte contre les Fistules Obstétricales au TCHAD pour activités détaillées -*

Activité 1. : Améliorer le contexte réglementaire et législatif en faveur de la lutte contre les FO

Activité 2. : Renforcer les capacités nationales pour la prévention, le traitement et la réinsertion socio économique des femmes porteuses de FO

Activité 3. : Renforcer la mobilisation sociale et la communication pour les FO

Activité 4. : Renforcer le partenariat et la coordination dans la lutte contre les FO

Activité 5 : Assurer la recherche et le suivi évaluation de la lutte contre les FO

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO4 : Renforcer l'intégration des activités de survie de l'enfant

Activité 1 : Redynamiser la mise en œuvre de la PCIME

S/activité 1.1. : *Renforcer la division de la PCIME en personnels et équipements.*

S/activité 1.2. : *Organiser un atelier de finalisation des modules de formation en cours abrégés PCIME*

S/activité 1.3*.: Reproduire et diffuser les modules*

S/activité 1.4 : *Former 120 prestataires en PCIME par an en 5 sessions*

S/activité 1.5 : *Réaliser les supervisions pour tous les niveaux.*

S/activité 1.6 : *Réaliser une étude sur les pratiques familiales en matière de PCIME communautaire.*

S/activité 1.7 : *Réaliser un atelier de validation des résultats de l'étude.*

S/activité 1.8 : *Mettre en œuvre la PCIME Communautaire*

Activité 2 : Renforcer les activités du Programme élargi de vaccination (PEV)
(Cf. Plan Pluri Annuel Complet du PEV)

S/activité 2.1 : *Etendre l'approche « atteindre chaque enfant dans chaque District (ACD) » à tous les Districts.*

S/activité 2.1.1 : Former/recycler les agents chargés de la mise en œuvre de l'approche ACD

S/activité 2.1.2 : Former les personnels à l'utilisation du logiciel de gestion des données dans tous les Districts

S/activité 2.1.3 ***:*** *Assurer le renouvellement de la chaîne de froid*

S/activité 2.2 : *Appuyer la méthodologie d'évaluation de qualité des données dite « Data Quality System » dans les 18 DSR*

S/activité 2.3 : *Organiser deux ateliers bilans des activités du PEV par an*

S/activité 2.4 : *Réaliser deux tours par an d'activités accélérées de vaccination de routine intégrées à la vitamine A et au Mebendazole*

S/activité 2.5 : *Assurer le fonctionnement du Comité National d'experts (CNE) et du Comité national de Certification (CNC)*

S/activité 2.6 : *Finaliser le document de stratégie nationale de communication pour le PEV*

S/activité 2.7 : *Former les relais communautaires des Districts en communication*

S/activité 2.8 : *Assurer le suivi, la supervision formative et l'évaluation du PPAC.*

S/activité 2.9 : *Appuyer les activités supplémentaires de vaccination (ASV).*

Activité 3 : Renforcer la lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aigues

S/activité 3.1 : *Finaliser le plan stratégique de déparasitage et organiser un atelier de validation*

S/activité 3.2 : *Réviser le guide TRO*

S/activité 3.3 : *Superviser les coins TRO dans tous les districts*

S/activité 3.4 : *Tenir un atelier d'adaptation de la nouvelle formule SRO*

S/activité 3.5 : *Superviser les campagnes de prévention des MD, du choléra et des IRA*

Activité 4 : Poursuivre la lutte contre la malnutrition – Cf. Plan de mise en œuvre du protocole de prise en charge de la malnutrition.

S/Activité 4.1 : *Faire la promotion de l'allaitement maternel.*

S/activité 4.1.1 : Mettre en place les Comités de soutien à l'allaitement maternel

S/activité 4.1.2 : Organiser la semaine mondiale de l'allaitement maternel

S/activité 4.2 *: Former les agents de santé et les membres de la Communauté sur les thèmes de l'AME*

S/activité 4.3 : *Réaliser les activités de communication au niveau Communautaire et dans les formations sanitaires*

S/activité 4.3 : *Promouvoir la consommation du sel iodé, du fer et de la vitamine A (Cf. intégration PEV et CPN)*

S/activité 4.4 : *Créer des centres de nutrition thérapeutique (CNT) et des centres de nutrition supplémentaire (CNS)*

S/activité 4.5 : *Prendre en charge au moins de 80% des enfants malnutris dépistés*

S/activité 4.6 : *Faire l'éducation nutritionnelle auprès des associations communautaires*

S/activité 4.7 *: Promouvoir la consommation de la spiruline locale dans la communauté*

S/activité 4.8 : *Assurer le suivi et la supervision formative*

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO5 : Renforcer la prévention et la prise en charge des pathologies chez les enfants, les élèves et les étudiants

Activité 1 : Elaborer les textes qui déterminent les missions et les modalités de fonctionnement de la Division de la médecine scolaire et universitaire et sportive (DMSUS)

Activité 2 : Instaurer des visites systématiques de dépistage des pathologies dans les milieux préscolaires, scolaires et universitaires

Activité 3 : Créer 9 Centres de santé scolaire et universitaire (CSSU) dans les grands centres urbains

5.2 Programme d'Action IX : Lutte contre le VIH / SIDA

La mortalité et la morbidité liées au VIH/SIDA sont élevées. Le taux de prévalence du VIH au Tchad est de 3,3%[5] chez les 15 à 49 ans auquel s'ajoute une fréquence élevée des infections sexuellement transmissibles (IST).
La situation épidémiologique est de type évolutif marqué par la persistance des comportements à risque, une situation permanente de conflits et d'un environnement fait de migrations internes et externes, d'analphabétisme et de pauvreté. Mais l'absence, depuis 2004, de site sentinelle opérationnel, rend l'ampleur du problème très difficile à évaluer

L'épidémie de VIH/SIDA constitue donc un problème majeur de santé publique et de développement au Tchad et fait l'objet d'une surveillance épidémiologique accrue depuis la mise en place d'un programme national de lutte (PNLS). Aujourd'hui, dans le cadre de la multisectorialité il y a un Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS). Le plan multisectoriel traduit en Plan opérationnel de lutte contre le SIDA (POLS) 2008 – 2011 définit 8 axes stratégiques (Cf. POLS).

OBJECTIF OPERATIONNEL OO1 : prévention du VIH et des IST en milieux de soins

Activité 1 : Garantir la couverture et la sécurité transfusionnelle au niveau national

Activité 2 : Assurer la sécurité des actes médicaux et biomédicaux et prévenir les accidents d'exposition au VIH

Activité 3 : Prendre en charge les IST dans les services médicaux y compris militaires et confessionnels

Activité 4 : Renforcer l'accès au service de conseil dépistage volontaire anonyme et gratuit (CDVA) du VIH

Activité 5 : Renforcer l'accès des femmes enceintes au service de Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'Enfant (PTME)

Activité 6 : Assurer le contrôle sanitaire de la prostitution

[5] Enquête Séroprévalence 2005

OBJECTIF OPERATIONNEL OO2 : prise en charge médicale et communautaire des PVVIH

Activité 1 : Renforcer la prise en charge médicale des PVVIH

Activité 2 : Améliorer la couverture de la prise en charge communautaire y compris traditionnelle des PVVIH

OBJECTIF OPERATIONNEL OO3 : études, recherche et surveillance

Activité 1 : Réaliser les études de base et promouvoir la recherche

Activité 2 : Renforcer le système de surveillance épidémiologique et de recueil d'informations relatives à l'infection par le VIH

OBJECTIF OPERATIONNEL OO4 : coordination, planification, suivi et évaluation

Activité 1 : Renforcer la coordination nationale, sectorielle et régionale des réponses au VIH/SIDA

Activité 2 : Renforcer le système de planification, de suivi et d'évaluation des plans opérationnels

Activité 3 : Mettre en place un système transparent de gestion financière

5.3 Programme d'Action X : Lutte contre le Paludisme, la Tuberculose et les Autres maladies prioritaires

OBJECTIF OPERATIONNEL OO1*:* Renforcer les activités de lutte contre le paludisme

Activité 1 : Assurer l'approvisionnement et la disponibilité des CTA et TDR

Activité 2 : Produire et diffuser les modules et algorithmes

Activité 3 : Former les prestataires à la prise en charge du paludisme

Activité 4 : Concevoir et diffuser des messages

Activité 5 : Développer les méthodes préventives (TPI et MII) pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans

OBJECTIF OPERATIONNEL OO2*:* Renforcer les activités de lutte contre la tuberculose (Cf. Plan stratégique / Global Fund)

Activité 1 : Étendre la stratégie DOTS et améliorer sa qualité dans toutes les structures de prise en charge de la tuberculose

Activité 2 : Développer des activités de collaboration TB/VIH

Activité 3 : Promouvoir des activités de Recherche opérationnelle

Activité 4 : développer les activités d'IEC

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO3*:* Mettre en œuvre le Plan Maladies Non Transmissibles (PMNT).

Activité 1 : Faire une enquête nationale pour déterminer les facteurs de risque des MNT

Activité 2 : Réduire les facteurs de risques des maladies non transmissibles au sein de la population générale.

S*/*activité 2.1. : Améliorer la connaissance de la population générale sur les méfaits des abus de substances (alcool, tabac, drogues)

S*/*activité 2.2. : Créer des conditions favorables à la prévention des MNT

S*/*activité 2.3. : Assurer la prévention et le contrôle des MNT identifiées

S*/*activité 2.4. : Réorienter les services d'urgence en impliquant davantage les principaux acteurs.

S*/activité 2.4. :* *Renforcer le système de référence pour accélérer la prise en charge des pathologies graves (urgences).*

Activité 4 : Former les médecins à la prise en charge des urgences chirurgicales

Activité 5 : Mettre en place des équipes de soins intégrés et mobiles au niveau des districts d'accès difficiles.

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO4 : Améliorer l'hygiène et l'insalubrité environnementale

L'eau essentielle à la vie et à la santé, véhicule de nombreux vecteurs infectieux lorsqu'elle est souillée. Les enfants sont particulièrement vulnérables à la non potabilité de l'eau et sont victimes de diarrhées ou autres maladies infectieuses expliquant ainsi la forte mortalité et morbidité chez les enfants de moins de 5 ans.
Les ordures ménagères, particulièrement dans les villes s'amoncellent de plus en plus et participent pour une grande part à la contamination de l'eau.
Enfin, les denrées alimentaires par mauvaise conservation, par non respect des règles élémentaires d'hygiène sont pourvoyeuses d'un grand nombre de diarrhées et d'intoxications diverses.

Activité 1 : Restaurer les activités de contrôle et de surveillance en matière d'hygiène de l'eau, des denrées alimentaires, des entreprises et de l'industrie.

Activité 2 : Renforcer la Division de la Santé Environnementale (DSE).

Activité 3 : Valider et diffuser les documents du Code d'hygiène et la Politique Nationale d'Hygiène et d'assainissement.

Activité 4 : Former de nouveaux techniciens en hygiène et santé environnementale et recycler le personnel existant

Activité 5 : Elaborer un programme de partenariat avec les Communes pour la prise de mesures d'assainissement (Comités de collecte, système de drainage des eaux usées et pluviales) et de mesures de sensibilisation des populations.

Activité 6 : Elaborer et mettre en œuvre un programme d'Hygiène hospitalière afin de réduire les infections nosocomiales

Activité 7 : Vulgariser les latrines améliorées et les lave-mains dans les communautés

Activité 8 : Construire / Réhabiliter les infrastructures d'eau potable et d'assainissement dans toutes les formations sanitaires.

Activité 9 : Superviser les activités d'hygiène et d'assainissement dans les Districts.

<u>OBJECTIF OPERATIONNEL</u> OO5 : Développer une politique de santé bucco-dentaire

Au Tchad, la prise en charge des affections bucco – dentaires se fait uniquement au niveau de certains hôpitaux (2ème échelon) : 8 hôpitaux seulement sur 40 (soit 20%) prennent en charge les affections bucco- dentaires. En termes, de Délégation Sanitaire Régionale (DSR), 5 sur 18 prennent en charge ces pathologies.
Les données de registre de consultation de service bucco – dentaires en 2007 ont relevé que des cas suivants ont été notifiés : caries dentaires, fractures mandibulaires, ostéites chez les enfants, tumeurs maxillo faciales, Nomma, calculs salivaires, aphtoses, ganglions sous maxillaires et fistules mandibulaires.
Sur le plan ressources humaines, le recensement physique fait au niveau des services actuels a dénombré seulement 27 personnels qualifiées en santé bucco-dentaire dont : 4 chirurgiens dentistes, 3 stomatologues, 17 infirmiers spécialisés et 3 auxiliaires. Tout ce personnel sauf 4 infirmiers exerce en province.
Le personnel n'a bénéficié d'aucune formation continue ni participé aux multiples ateliers et séminaires internationaux en santé bucco-dentaire.
Les différents services bucco-dentaires évoluent en vase clos et ne disposent d'aucun appui d'un partenaire extérieur ou ONG quelconque.
Il est à noter également la mauvaise répartition des infrastructures et équipements de lutte, la vétusté des infrastructures et des équipements de lutte existants et la non motivation du personnel :

Activité 1 : Elaborer un plan national de lutte contre les maladies bucco-dentaires

Activité 2 : Doter le programme des ressources qualifiées

Activité 3 : Former 20 personnes (toutes catégories) par an dans le secteur

CHAPITRE 3 : CADRE LOGIQUE

VI CHRONOGRAMME

OS 1 : AMELIORER L'EFFICACITE DU SYSTEME DE SANTE

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
Programmes d'Action I : Renforcement des capacités des gestions de services des services à tous les niveaux du système national de santé							
OO1 : Développer une culture managériale et une communication moderne dans un cadre de travail approprié.							
A1 : Elaborer un programme national de formation au management des services	Programme national de formation disponible	Document	DGRP				
S1: Identifier et recruter un cabinet /consultant pour élaborer un programme de formation en management	Cabinet identifié et recruté	Contrat de prestation signé					
A2 : Former 250 cadres au management des services			DGRP				
S1 : Identifier un cabinet spécialisé dans la formation au management.	Cabinet identifié et recruté	Contrat de prestation signé	DGRP	**X**			
S2 : Mettre en œuvre le plan de formation : • *former 10 formateurs a l'extérieur du Tchad* • *former 250 cadres au Tchad*	Nombre de cadres formés	Rapport de formation	DGRP	**X**	**X**	**X**	**X**
S3 : Suivre et évaluer chaque année la mise en œuvre du plan de formation • *organiser 1 mission de suivi par an* • *effectuer une évaluation par an*	Nombre de missions de suivi Nombre de mission d'évaluation	Rapports	DGRP	**X**	**X**	**X**	**X**
S4: Evaluer les pratiques managériales des cadres formés à la fin du PNDS. • *Organiser une évaluation finale)*	Evaluation réalisée	Rapport d'évaluation	SG				**X**
A3 : Mettre en place des moyens de communication modernes			DACSI				
S1: Doter les services concernés en NTIC • *Doter tous les services centraux (30), régionaux (18), Districts (60), centres de santé (400)*	Nombre de services équipés	Rapports	DGRP	**X**	**X**	**X**	**X**
S2 : Elaborer un schéma directeur de l'informatique et des réseaux • *Consultant national (1 mois)* • *Atelier de validation de 40 personnes*	Schéma élaboré et disponible	Document	DP	**X**			
S3 : Mettre en réseau les services du niveau central et intermédiaire du MSP. • *Frais prestation des services* • *Achat équipements*	Réseau fonctionnel	Rapport	DP		**X**	**X**	
S4 : Créer un site Web du MSP • *Frais prestation des services (installation et formation)* • *Achat équipements* • *Frais abonnement* • *Frais entretien*	Site fonctionnel	Rapport	SG	**X**			
S5 : Former 100 cadres des niveaux central et intermédiaire en outil	Nombre de cadres formés	Rapport de formation	DRH	**X**	**X**	**X**	**X**

informatique • *Formation cadres du NC en N'Djamena* • *Formation des cadres du niveau périphérique au niveau local*							
S6: Etendre l'Installation des RAC à tous les DS et à 50% des CS en attendant la généralisation des NTIC (cellulaires, internet) • *Doter 350 centres de santé en RAC*	Nombre des DS et CS pourvus en RAC	Rapport	DAFM	**X**	**X**	**X**	**X**
A4 : Améliorer la circulation de l'information entre et à l'intérieur de chaque service • Faire adopter et diffuser un canevas standard de programmation des activités, de la répartition des taches, du suivi de l'exécution des activités et de la gestion des informations; • Former 100 cadres des niveaux central et intermédiaire sur l'utilisation du canevas ; • Organiser au moins deux réunions de suivi de la gestion de l'information au niveau central et au niveau périphérique		Rapports					
A5: Construire le siège du MSP • **Construction équipement et entretien**	Bâtiment achevé	PV de réception des travaux	MI	**X**	**X**		
A6 : Poursuivre la construction des bureaux et logements des DSR et des DS. • **Construction, équipement et entretien de : 10 bureaux et logement des DSR, 30 bureaux et logement des MCD**	Nombre de bureaux et logements construits	PV de réception des travaux	MI	**X**	**X**	**X**	**X**
OO2 : Améliorer les capacités de gestion du cycle de planification							
A1 : Finaliser, publier et diffuser la carte sanitaire. • Frais de reproduction et diffusion de la carte sanitaire	Carte sanitaire disponible	Document	DP	**X**			
A2 : Déployer de nouvelles ressources à la Division de la Planification (DPlan)			DP	**X**			
S1 : Mettre à la disposition de la DPlan des ressources en personnels (2 statisticiens, 2 démographes, 2 planificateurs, 2 épidémiologistes, 2 économistes de santé, 2 maintenanciers en informatique), équipements et logistiques (voir plan d'action (PAO) de la DP).	Nombre de personnels affectés Nombre d'équipements et de matériels logistiques fournis	Textes d'affectation Bordereaux de livra	DP	**X**	**X**	**X**	**X**
S2 : Assurer la formation continue de 6 agents de la Division de la Planification en méthodes et outils de planification : • **2 voyages d'études** • **3 participations aux réunions régionales** • **1 formation**	Nombre de responsables formés	Rapports de formation		DP	**X**	**X**	

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
A3 : Organiser chaque année un atelier d'élaboration des PAO basés sur les résultats et l'évaluer périodiquement • **5 ateliers d'élaboration des POA aux différents niveaux (DS, DSR, central)** • **5 ateliers d'évaluation des POA aux différents niveaux (DS, DSR, central)**	Atelier annuel réalisé	Rapport d'évaluation	DP	**X**			
A4 : **Former 200 cadres du niveau central, intermédiaire et périphérique aux méthodes et techniques de planification et suivi/évaluation**				**X**			
S1 : Organiser 1 session de formation de 50 cadres par an sur les méthodes et techniques de planification et suivi-évaluation • *Frais atelier de 50 personnes*	Nombre de cadres formés	Rapports de formation	DOSS	**X**	**X**	**X**	**X**
S2 : Elaborer un programme national de formation à la planification • *Atelier de validation*	Plan élaboré	Document de planification	DP	**X**			
A5 : Rendre opérationnels les organes et outils de gestion dans tous les hôpitaux et les centres de santé							
S1 : Rendre effective l'application des textes et manuels de procédures régissant les formations sanitaires : • *Reproduction et diffusion des textes et manuels de procédures régissant les formations sanitaires* • *Formation de 200 cadres des hôpitaux et des centres de santé sur le manuel des procédures régissant les formations sanitaires* • *Organisation au moins 4 réunions de suivi par an aux différents niveaux sur l'application des textes et manuels de procédures régissant les formations sanitaires* • *Organisation d'une mission de suivi / contrôle par an dans chaque DSR par l'IG*	Organes et outils de gestion opérationnels	Rapports	DOSS	**X**	**X**	**X**	**X**
A5 : Redynamiser la coordination des Programmes nationaux			DSPELM	**X**	**X**	**X**	**X**
S1: Organiser les réunions trimestrielles avec les différents programmes	Nombre des réunions organisées	PV de réunions	DSPELM	**X**	**X**	**X**	**X**

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
OO3 Développer la supervision, le suivi / évaluation et le contrôle à tous les niveaux du système.							
A1 : Publier et diffuser le guide national de supervision. • **Réunion d'actualisation du guide (20 personnes)** • **Reproduction**	Guide disponible dans les formations sanitaires	Document	DGAS	**X**			
A2 : Doter les DSR et les DS en moyens logistiques pour les supervisions • **Achat, fonctionnement et entretien de véhicules de supervision: 18 pour les DSR, 56 pour les DS, 10 pour le niveau central**	Nombre de moyens roulants acquis	Bordereaux de livraison	DAFM	**X**	**X**	**X**	**X**
A3 : Superviser/évaluer périodiquement les prestations du PMA/PCA. • **Reproduction des fiches de supervision** • **Formation des cadres sur les techniques et fiches de supervision : 50 NC, 40 DSR, 200 DS ;** • **Réunion d'harmonisation des per diems des missions de supervision** • **Per diems et frais de carburant**	Nombre de missions	Rapports de supervision	DGAS	**X**	**X**	**X**	**X**
A4 : Doter l'Inspection Générale (IG) en moyens humains et matériels de contrôles. • **Personnel** • **Matériels de contrôle (voir IG)**	Nombre de personnes Nombre de matériels	Textes d'affectation Bordere aux de livraison	DAFM	**X**	**X**	**X**	**X**
OO4 : Elaborer et développer une politique moderne de l'Information, Education et Communication pour la santé (IEC)							
A1 : Elaborer un plan multi média et moderniser les thèmes et méthodes d'IEC • **Atelier d'élaboration d'un plan multimédia ;** • **Consultation pour l'analyse et la proposition des outils moderne d'IEC** • **Atelier de validation des outils modernes d'IEC** • **Production et diffusion des outils modernes d'IEC**	Plan et outils disponibles et diffusés	Document	BIEC	**X**			
A2 : Rendre les structures sanitaires fonctionnelles pour la pratique de l'IEC (locaux, matériels didactiques et de communication) • **Doter 18 DSR, 54 DS et 600 CS en outils modernes d'IEC**	Nombre de structures fonctionnelles pour l'IEC	Bordereaux de livraison	DAFM	**X**	**X**	**X**	**X**
A3 : Relever le niveau de formation technique des personnels de santé en IEC • **Former le personnel sur outils modernes d'IEC : 30 NC, 18 DSR, 54 DS et 600 CS**	Nombre de personnels de santé formés en IEC	Rapports de formation	DRH	**X**	**X**	**X**	**X**

OO5 : Améliorer la performance du système d'information sanitaire (SIS)							
A1 : Elaborer un schéma directeur du SIS • **Consultation pour l'élaboration du draft du schéma** • **Atelier de validation du schéma** • **Reproduction et diffusion du schéma**	Schéma directeur élaboré	Document	DP	**X**			
A2 : Rendre le système de collecte et de transmission des données plus efficient	Nombre des RTA transmis	Rapports SIS	DP	**X**	**X**	**X**	**X**
S1: Réactiver la commission nationale du système d'information sanitaire et les sous-commissions au niveau des DSR • *Atelier de révision / actualisation des TDR de la commission nationale du système d'information sanitaire et les sous-commissions au niveau des DSR* • *Réunion de formation / d'informations des membres sur les TDR* • *Organisation de 4 réunions par an aux différents niveaux*	Nombre de réunions de la Commission et des sous commissions	PV de réunions	DP	**X**			
S2 : Elaborer un plan de formation des RH en statistique sanitaire • *Consultation pour analyser le système de collecte et de transmission des données et proposer de formation en statistique sanitaire* • *Atelier de validation du rapport et du plan de formation*	Plan de formation RH en statistiques sanitaires disponible	Document	DP	**X**			
S3: Recruter les statisticiens au niveau des DSR ou des pools • *Affecter 7 statisticiens dans 7 DSR*	Nombre de statisticiens recrutés	Textes d'affectation	DRH	**X**	**X**	**X**	**X**
A3 : Former les agents de la DSIS à l'analyse et à la diffusion des données • *Former 5 agents de la DSIS* • *3 Voyages d'études*	Nombre d'agents formés	Rapports de formation	DP	**X**	**X**	**X**	**X**
A4 : Former les responsables à l'utilisation des données statistiques pour la prise de décision. • *Former les agents des différents niveaux sur l'utilisation des données statistiques pour la prise de décision : 30 NC, 40 DSR, 200 DS*	Nombre de personnels formés	Rapports de formation	DP	**X**	**X**		
A5 : Poursuivre la déconcentration du SIS au niveau des Délégations Sanitaires Régionales • *Organiser au moins 1 mission de supervision, d'encadrement des équipes des 18 DSR chaque année*	Nbre de DSR avec SIS fonctionnels.	Rapports	DP	**X**	**X**	**X**	**X**

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiable	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
A6 : Restructurer le système de surveillance épidémiologique intégrée et en particulier rendre fonctionnels les sites de surveillance sentinelle	Nombre de sites sentinelles restructurés et fonctionnels	Rapports	DSIS	X	X		
S1 : Elaborer et mettre en œuvre un Plan de prévention et de riposte aux épidémies • *atelier de réactualisation et de validation du plan et des outils de gestion de la prévention et de riposte aux épidémies* • *achat des intrants nécessaires*	Plan de prévention et de riposte aux épidémies disponible	Document	DMTNT	X	X	X	X
S2 : Mettre en place un mécanisme de coordination entre les différentes institutions impliquées dans le SE et dans la riposte contre les épidémies; • *consultation pour proposer : (i) un mécanisme de coordination entre les différentes institutions impliquées dans la SE et dans la riposte contre les épidémies; (ii) un mécanisme de contrôle de qualité interne et externe dans les laboratoires ; (iii) des mécanismes de coordination avec les pays limitrophes* • *atelier d'élaboration et de validation du rapport de consultation;*	Mécanisme de coordination mis en place et fonctionnel	Rapport d'activité	DGAS	X			
S3 : Mettre en place un mécanisme de contrôle de qualité interne et externe dans les laboratoires ; (intégrer dans S2)	Mécanisme de contrôle de qualité mis en place et fonctionnel	Rapport d'activité	DPLM	X			
S4 : Mettre en place des mécanismes de coordination avec les pays limitrophes.(à intégrer dans S2)	Mécanisme de coordination mis en place et fonctionnel	Rapport d'activité	DGAS	X	X		
S65: Equiper les différentes entités responsables de la SE et de la riposte aux trois niveaux de la pyramide sanitaire • *véhicules, fonctionnement et entretien : NC 2, antennes 18* • *Motos fonctionnement et entretien: NC 5, DSR 18, DS 54* • *Autres intrants (voire cellule de surv. Ev)*	Nombre d'entités chargées de la SE équipées	Bordereaux de livraison	DAFM	X	X	X	X
A 7: Mettre en place un Observatoire de la Santé et le rendre opérationnel • *Consultation pour proposer la structure, la mission, l'organisation et le fonctionnement de l'observatoire* • *Atelier de validation* • *Dotation en moyens requis conformément aux recommandations de l'atelier de validation*	Observatoire de la santé mis en place et opérationnel	Rapports d'activité	DP	X			
OO6 : Renforcer la réglementation							
A1 : Compléter et appliquer la législation et la réglementation en matière de santé • *Consultation sur les insuffisances en textes juridique et réglementaire sanitaire du Tchad et proposition des nouveaux textes* • *Atelier de validation* • *Signature et diffusion* • *Organisation d'une mission de sensibilisation par an dans les DSR, d'encadrement et de contrôle pour l'application des textes*	Textes révisés, diffusés et appliqués	Documents	DRH	X			

A2 : Elaborer et mettre en œuvre une stratégie d'archivage et de conservation au niveau central et au moins dans 1/3 des DSR • *Consultation pour l'analyse et de la proposition d'une stratégie d'archivage de conservation dans le secteur santé* • *Atelier de validation* • *Equiper les services d'archivages (locaux, équipement, personnel : 1 NC, 6 DSR)* • *Former le personnel (NC 4, DSR 6)*	Archivage et conservation fonctionnels	Document Rapports	SG	X			
007 : Poursuivre le processus de déconcentration décentralisation							
A1 : Poursuivre la décentralisation de la gestion (déploiement, formation, personnel, finances) au niveau des Délégations sanitaires régionales. • Affecter des gestionnaires : 40 DS, 30 hôpitaux, • Former les responsables et les gestionnaires : 40 DS, 30 hôpitaux • Allouer aux DSR, DS et hôpitaux leurs crédits au début de chaque année • Effectuer au moins une mission par an d'encadrement, de suivi et de contrôle de la gestion des DSR, DS et hôpitaux	Décentralisation de la gestion effective	Rapports	DGRP	X	X	X	X
A2 : Faire signer et appliquer les textes régissant les quatre hôpitaux en voie d'autonomie • *Faire signer les textes d'autonomie de 4 hôpitaux ;* • *Former le personnel de 4 hôpitaux sur les organes, les outils et procédures de gestion;* • *Organiser chaque année au moins 1 mission de suivi de chaque hôpital*	Nombre des textes signés	Textes législatifs	DOSS	X			
A3 : Accélérer le processus d'autonomisation des hôpitaux régionaux • Consultation sur l'élaboration d'une proposition de feuille de route sur le processus d'autonomisation des hôpitaux régionaux ; • Organisation des réunions mensuelles de suivi de la mise en œuvre de la feuille de route	No mbre des hôpitaux autonomes	Rapports	DOSS	X	X	X	X
Progr d'Action II : Renforcement de la coordination du partenariat							
OO1 : Développer l'approche contractuelle dans tous les secteurs (public, privés, associatifs)							
A1 : Réviser la politique de contractualisation et vulgariser le document • *Consultant pour réviser la politique contractuelle* • *Atelier de validation* • *Reproduction t diffusion du document*	Politique contractuelle révisée et disponible	Document de politique	DOSS	X			
A2 : Former les responsables (ECD des DSR et DS) à l'usage du manuel de contractualisation (politique et guide) • *Formation de 50 cadres du niveau central* • *Formation de 40 cadres du niveau DSR* • *Formation de 150 responsables des DS*	Nombre de personnels formés	Rapport de formation	DOSS	X			

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
A3 : Elaborer un guide de rédaction de contrat de délégation de service public spécifique à chaque secteur (communauté, privé, traditionnel) • *Consultation pour la rédaction du draft des guides* • *Atelier de validation* • *Reproduction et diffusion*	Guide disponible	Document	BCE	**X**			
A4 : Proposer la contractualisation pour les Privés et les ONGs désireux de gérer une structure de soins • *Organisation d'un atelier de sensibilisation par an et par niveau (NC, DSR, DS)*	Nombre de formations sanitaires contractualisées	Contrats élaborés	DOSS	**X**	**X**	**X**	**X**
A5 : Associer les structures de soins privées et confessionnelles aux campagnes de promotion et de prévention (vaccination, IEC, marketing des préservatifs, etc.) à partir de contrats spécifiques de délégation de service public • *Consultation pour l'élaboration des documents techniques* • *Atelier de validation* • *reproduction et diffusion* • *lancement des avis d'appel d'offre*	Nombre de formations sanitaires privées et confessionnelles ayant passées un contrat	Contrats élaborés	DOSS	**X**	**X**	**X**	**X**
OO2 : Réguler et superviser le partenariat avec les différents secteurs							
A1. Redynamiser les structures de coordination de l'intersectorialité aux différents niveaux du système (Conseil National de Santé, Conseils Régionaux de santé, Conseils de District). • *Atelier de révision et de validation des TDR des structures de coordination* • *Reproduction et diffusion des TDR* • *Organisation des réunions semestrielles des structures* • *Organisation d'une évaluation de l'organisation et de fonctionnement de ces structures*	Nombre de réunions organisées	PV des réunions	BCE	**X**	**X**	**X**	**X**
A2 : Mettre en place un mécanisme d'enregistrement, de suivi et d'évaluation des contrats de délégation de service public à tous les niveaux (*y compris la commission de suivi)* • *Atelier de révisons et da validation du mécanisme* • *Reproduction et diffusion du mécanisme*	Modalités du mécanisme	Documents	DSR	**X**	**X**	**X**	**X**
A3 : Mettre en place une commission de suivi du partenariat (MSP/inter secteur, société civile, ONGs, Privés) *(référence A3 ci-dessus)*	Commission de suivi fonctionnelle	Rapports	BCE	**X**			
A4 : Assurer la tutelle des formations sanitaires privées en faisant appliquer les textes réglementaires propres au secteur • *Reproduire et mettre à la disposition des structures privées les textes et*	Nombre de missions de suivi et de contrôle	Rapports de missions	DOSS	**X**	**X**	**X**	**X**

normes nécessaires ; • *Organisation d'une mission de supervision / contrôle chaque année dans les structures privées*							
S1 : Soumettre l'exercice de la pratique médicale privée à une Commission spécialisée et au Conseil de l'Ordre des médecins • *Organiser au moins une réunion avec l'Ordre des médecins chaque trimestre*	Commission fonctionnelle Nombre d'autorisation	Rapports	DOSS	**X**	**X**	**X**	**X**
A5 : Restructurer et dynamiser les organes de participation communautaire.	Nombre d'organes restructurés et dynamisés	Rapports					
S1 : Réactualiser, publier et diffuser le guide de constitution et de gestion des comites de santé (COSAN) et de gestion • *Organiser un atelier pour réviser et valider le manuel de procédures de constitution et de gestion des COSAN/COGES* • *Reproduire et diffuser le manuel* • *Former les personnes sur le manuel: NC 20, DRS 40, District 200, CS (700)*	Guide réactualisé et disponible	Document	DOSS	**X**			
S2 : Former / recycler les membres de tous les comites de santé sur le manuel (3000)	Nombre de COSAN formés	Rapport de formation	DOSS	**X**	**X**	**X**	**X**
S3 : Promouvoir l'organisation des assemblées générales des comités de santé • *Faciliter l'organisation d'une AG par COSAN chaque année*	Nombre d'AG de COSAN fonctionnelles	PV de réunion des AG	DSR	**X**	**X**	**X**	**X**
S4: Organiser systématiquement des monitorages semestriels en impliquant les membres des comites de santé • *Organiser un atelier pour réviser et valider les outils de monitorages ;* • *Reproduire et diffuser les outils de monitorages ;* • *Former (Voire, S1et S2)* • *Organiser chaque année une session de monitorage*	Nombre de missions de monitorage effectuées par an	Rapports de mission	DS	**X**	**X**	**X**	**X**
A 6 : Réguler les interventions des partenaires au travers de l'approche sectorielle du PNDS.							
S1 : Organiser des revues semestrielles systématiques des interventions de tous les partenaires bailleurs de fonds. • *Consultation pour proposer des outils et mécanismes de la gestion et du suivi des aides extérieures* • *Atelier de validation* • *Organisation des revues semestrielles des plans de coopération de tous les partenaires*	Nombre de revues réalisées	PV des revues	BCE	**X**	**X**	**X**	**X**

OS2 : AMELIORER L'ACCES AUX SERVICES ET LA QUALITE DES PRESTATIONS DES SOINS

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
Programmes d'Action III *:* **Renforcement de la mobilisation des ressources (au moins a 10%) et de la gestion budgétaire**							
OO1 : Relever le niveau de financement du secteur							
A1 : Faire un plaidoyer auprès des hautes instances (PR, PM, AN, MIF) pour l'augmentation du budget • *Communication en conseils des Ministres et conseil de cabinet ;* • *Organisation d'au moins une réunion de sensibilisation chaque semestre avec la commission santé de l'Assemblée Nationale (AN)*	Nombre de rencontres auprès de la PR PM, AN et MIF	Documents de Loi des Finances	MSP	X	X	X	X
A2 : Mobiliser les bailleurs de fonds pour un accroissement des financements externes dans le cadre de l'approche sectorielle • *Organisation de la table ronde des partenaires autour du CDMT santé* • *Editer et présenter un bilan annuel de la contribution des partenaires pour la mise en œuvre du PNDS* • *Organisation d'une revue à mi parcours et d'une revue sur le financement du PNDS*	Nombre d'interventions auprès des BF	PV des interventions	MSP	X	X	X	X
OO2 : Rationaliser l'usage des ressources allouées							
A1 : Réorganiser les capacités des services de gestion des ressources financières allouées au MSP	Taux d'exécution des budgets	Rapport Financier	IG	X	X	X	X
S1 : Former les cadres de la DAFM et des autres Directions techniques à l'utilisation des outils de programmation et de budgétisation afin de lutter contre la faible absorption du budget • *Organiser un atelier de formation de 30 cadres* • *Organiser une évaluation de l'utilisation des outils de programmation et de budgétisation*	Nombre de personnels formés	Rapports de formation	DAFM	X	X		
S2 : Mettre en place une clé de répartition des crédits délégués • *Elaborer un manuel de clef de répartition* • *Reproduire et diffuser le manuel*	Clé de répartition disponible	Budget	DAFM	X			
S3 : Déconcentrer et augmenter la disponibilité du crédit alloué aux différents services du MSP • *Organiser chaque année des ateliers de discussion budgétaire* • *Reproduire et diffuser les crédits de chaque services à temps*	Crédit alloué déconcentré	Rapports	DAFM	X	X	X	X
S4 : Organiser systématiquement la revue annuelle des dépenses publiques et le suivi des dépenses jusqu'à destination • *Organisation des missions de collecte des données chaque année* • *Atelier de validation*	Atelier de Revue annuelle des dépenses réalisé	Rapport de l'atelier	DAFM	X	X	X	X
S5 : Elaborer dans le délai la répartition budgétaire intra sectorielle pour organiser des ateliers de discussion budgétaire sur la base du budget programme (S3)	Nombre d'ateliers d'arbitrage	Rapports d'atelier	DGRP	X	X	X	X

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
S6 : Mettre en place un logiciel de comptabilité analytique et faire le plaidoyer pour une connexion intranet avec le circuit informatisé des Dépenses • *Acheter un logiciel de comptabilité* • *Former 10 personnes à l'utilisation du logiciel*	Logiciel fonctionnel	Rapports	DPlan	X	X		
S7 : Affecter dans les structures intermédiaires et périphériques des gestionnaires compétents • *Affecter un gestionnaire qualifie dans chaque DSR et chaque DS*	Nombre de gestionnaires affectés	Recensement du personnel	DGRP	X	X	X	X
A2 : Publier trimestriellement un tableau de bord des taux d'engagement par Direction	Nombre de tableaux de bord diffusés	Bulletins trimestriels	DGRP	X	X	X	X
Programmes d'Action IV : ***Développement des Ressources Humaines***							
OO1 : Elaborer et mettre en place les outils organisationnels de la gestion des RH et former les cadres à l'utilisation de ces outils							
A1 : Réviser et mettre en œuvre le Plan stratégique de développement des ressources humaines (PSDRH) pour la santé au Tchad 2000/2030	PSDRH révisé et diffusé	Nouveau document	DGRP	**X**			
A2 : Former les cadres de la Direction des ressources humaines (DRH) aux méthodologies et aux outils de gestion des RH	Nombre de cadres formés	Rapports de formation	DGRP	**X**	**X**		
A3 : Créer au niveau de la DRH un service de gestion prévisionnelle	Service de gestion prévisionnelle fonctionnel	Rapports d'activités	DRH	**X**	**X**		
A4 : Installer les outils de gestion							
S1 : Organiser le recensement général du personnel de santé	Données disponibles	Fiches de recensement	DRH	**X**		**X**	
S2 : Acquérir un logiciel spécialisé de gestion des RH et mettre à jour la base de données des personnels	Données mises à jour Logiciel fonctionnel	Bordereau de livraison Rapports	DGRP	**X**			
S3 : Organiser une mission de validation des résultats dans toutes les DSR	Mission de validation réalisée	Rapport de validation	DRH		**X**		**X**
S4 : Elaborer et mettre en œuvre un plan de redéploiement des personnels	Nombre de personnels redéployés	Arrêtés des affections disponibles	DRH	**X**	**X**	**X**	**X**
S5 : Elaborer, valider, mettre en œuvre et suivre les Plans de Carrière	Plans de carrières disponibles	Rapports	DRH	**X**	**X**	**X**	**X**
A5 : Produire des personnels en plus grand nombre							
S1 : Faire le plaidoyer auprès des hautes Instances (PR, Pm et AN) pour augmenter le quota actuel du recrutement du personnel de santé à la Fonction Publique par rapport aux besoins du MSP	Taux du quota	Rapport	MSP	**X**			

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
S2 : Augmenter les capacités de production en personnels des écoles et filières des personnels paramédicaux et des Techniciens supérieurs (en particulier celui des SFDE et des techniciens d'hygiène et d'assainissement dans les écoles régionales)	Nombre de personnels qualifiés produits par les écoles	Rapports d'activités	SG	X	X	X	X
S3 : Mettre en place une Commission bipartite MSP/Ministère de l'Enseignement Supérieur pour le recrutement et la formation des étudiants en médecine	Commission bipartite fonctionnelle	Textes de création de la Commission	MSP	X			
S4 : Mettre à disposition des bourses de formation spécialisée pour les paramédicaux, les médecins, les pharmaciens et les cadres administratifs	Nombre de bourses octroyées	Arrêtés de création des bourses	DGRP	X	X	X	X
S5 : Construire des écoles régionales et les rendre fonctionnelles	Nombre d'écoles construites	PV de réception des travaux	DGRP	X	X	X	X
S6 : Réguler et contrôler l'exercice des écoles privées	Nombre d'écoles privées contrôlées et aux normes	Arrêtés d'autorisation de fonctionnement	MSP	X	X	X	X
OO2 : Renforcer les compétences des personnels							
A1 : Adapter la formation initiale pour le renforcement des compétences							
S1 : Mettre en place un mécanisme de recrutement national et d'examens de sorties des agents de santé pour toutes les Institutions publiques et privées de formation	Mécanisme élaboré et fonctionnel	Textes législatifs de recrutement	MSP	X			
S2 : Evaluer les besoins en formation initiale par rapport au PMA/PCA	Evaluation réalisée	Rapport d'évaluation	DRH	X			
S3 : Evaluer et réviser les curricula de formation initiale dans les institutions de formation de santé publiques et privées	Curricula révisé et évalué	Rapports d'évaluation	DRH	X	X		
S4 : Elaborer / adopter les textes de la Réforme de l'ENASS	Textes révisés	Documents	SG	X	X		
S5 : Relever le niveau de recrutement et améliorer les conditions d'organisation des concours	Recrutement relevé Conditions d'organisation des concours amélioré	Rapports	DGRP	X	X		
S6 : Adopter et diffuser les textes statutaires des écoles régionales	Textes adoptés et diffusés	Documents	MSP	X	X		
A2 : Mettre en place une formation continue modernisé							
S1 : Réviser les textes régissant la formation continue	Textes révisés et disponibles	Documents	DGRP	X	X		
S2 : Elaborer un Plan National annuel de formation continue	Plan élaboré	Document	DGRP	X	X		
S3 : Réviser les curricula des modules/guides pour les formations continues	Curricula révisés	Rapport	DGRP	X	X		
S4 : Améliorer les compétences des prestataires de soins et plus particulièrement dans l'Assurance Qualité de Soins (AQS)	Nombre de prestataires formés en AQS	Rapports de formation	DGRP	X	X	X	X

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
S5 : Elaborer des fiches techniques en AQS	Fiches élaborées	Rapports	DOSS	X	X		
S6 : Augmenter la formation et le recyclage en stratégie de PEC globale de l'enfant (PCIME-PTME)	Nombre de prestataires formés	Rapports de formation	DGRP		X	X	X
S7 : Assurer la formation complémentaire aux jeunes médecins en particulier dans les spécialités de gynéco obstétrique et en chirurgie d'urgence	Nombre de jeunes médecins formés	Rapports de formation	DGRP	X	X	X	X
OO3 : Motiver les personnels pour un meilleur rendement							
A1 : Organiser le pays en zone d'exercice avec des grilles d'incitation correspondantes	Grilles par zones disponibles	Document de zonage	DRH		X	X	
A2 : Mettre en place des mécanismes pilotes sous forme de primes reliées à des contrats de performance individuelle ou d'autres mécanismes	Primes effectives	Contrats de performance	DAFM		X	X	X
A3 : Développer le système de primes d'éloignement et la prise en charge effective des déménagements et des logements de fonction	Système mis en application	Notifications de prise en charge	DAFM		X	X	X
A4 : Elaborer des guides d'évaluation / supervision de la performance des personnels	Guides élaborés et disponibles	Documents	DRH	X	X		
Programmes d'Action V : ***Renforcement de l'accessibilité et de la disponibilité et de Médicament***							
OO1 : Renforcer les capacités de gestion de la CPA			DPLM				
A1 : Améliorer le plan Stratégique du système d'Approvisionnement et de distribution des MEG et des dispositifs médicaux	Plan amélioré	Document de planification	DMed	X			
A2 : Améliorer la gestion et augmenter les fonds de roulement de la CPA	% de fonds mobilisés	Rapports	DPLM	X	X	X	
A3 : Former les pharmaciens aux Bonnes pratiques pharmaceutiques (BPP)	Nombre de pharmaciens formés	Rapport de formation	DPh	X	X	X	X
A4 : Réactualiser le plan d'action de lutte contre les marchés illicites	Plan réactualisé	Document de planification	DIP	X			
A5 : Effectuer des missions de supervisions régulières à la CPA et dans les PRA	Nombre de missions réalisées	Rapports de missions	DIP	X	X	X	X

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
OO2 : Rendre autonome le circuit d'approvisionnement et de distribution des MEG							
A1 : Rendre opérationnelle les 18 Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (outils, procédures, formation, équipements, médicaments)	Nombre de PRA opérationnelles	Rapports d'activités Bordereaux de livraison	DPh	**X**	**X**	**X**	**X**
A2 : Recapitaliser les PRA	% de fonds mobilisés	Rapports	DPLM	**X**		**X**	
A3 : Accompagner l'autonomie de gestion des 15 PRA (approche contractuelle)	Nombre de PRA autonomisées	Rapports	DMed	**X**	**X**	**X**	**X**
OO3 : Développer la capacité institutionnelle logistique et financière de l'Autorité de Réglementation Pharmaceutique (ANRP)							
A1 : Rendre performant le système d'homologation des produits pharmaceutiques	Système performant	Rapport	DMed	**X**	**X**	**X**	
A2 : Construire et équiper un Laboratoire National de santé Publique	LNSP fonctionnel	PV de réception des travaux	DLAM	**X**	**X**		
A3 : Créer un Corps d'Inspecteurs Assermentés en Pharmacie (CIAP)	Nombre d'Inspecteurs formés	Rapport	DIP	**X**	**X**		
S1 : Elaborer et adopter le statut des inspecteurs en pharmacie	Statut élaboré	Document	DIP	**X**			
S2 : Nommer des inspecteurs et les assermenter en collaboration avec le Ministère de la justice	Nombre d'Inspecteurs formés et assermentés	Rapport de formation	DIP	**X**	**X**	**X**	
A4 : Instituer un système de supervision et de contrôle régulier du circuit d'approvisionnement	Nombre de missions réalisées	Rapports de mission	DIP	**X**	**X**	**X**	**X**
OO4 : Promouvoir l'usage rationnel des MEG							
A1 : Former des prescripteurs et des dispensateurs sur l'usage des MEG	Nombre d'agents formés	Rapports de formation	DMed	X	X	X	
A2 : Concevoir et diffuser des messages éducatifs (spots, micro programmes) pour la promotion des MEG	Nombre de messages diffusés	Rapports	DMED	X	X	X	X
A3 : Passer des Conventions avec le secteur privé lucratif pour encourager la vente des MEG	Nombre de Conventions passées						
A4 : Réviser la liste nationale des MEG							

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
OO5 : Promouvoir la médecine traditionnelle			DPLM	**X**	**X**	**X**	**X**
A1 : Recenser les tradipraticiens	Nombre de tradipraticiens recensés	Liste de recensement	DLAM	**X**			
A2 : Former les tradipraticiens sur les dispositifs régissant la médecine traditionnelle	Nombre des tradipraticiens formés	Rapports de formation	DLAM		**X**		
A3 : Soumettre l'exercice de la médecine traditionnelle à l'autorisation d'une Commission spécialisée et au Conseil de l'Ordre des médecins.	Commission spécialisée fonctionnelle	Rapports	DOSS	**X**	**X**	**X**	**X**
A4 : Identifier les plantes médicinales	Recensement des plantes réalisé	Rapports	DLAM	**X**	**X**		
A5 : Produire les médicaments issus du patrimoine thérapeutique national	Nombre de médicaments produits	Rapports	DLAM			**X**	**X**
Programmes d'Action VI : Amélioration de l'accessibilité géographique aux soins							
OO1 : Améliorer la couverture physique							
A1 : Renforcer les activités de développement des Infrastructures sanitaires			DGRP				
S1 : Formaliser le cadre de concertation entre le MSP et le Ministère des infrastructures (MI)	Cadre de concertation en place	Rapports	DIS DPlan	**X**			
S2 : Mettre en œuvre le plan triennal de constructions des infrastructures	Nombre de constructions réalisées	Document de planification	DIS	**X**			
S3 : Harmoniser et faire respecter les normes et standards des constructions	Normes et standards disponibles	Document	DIS		**X**		
S4 : Elaborer un plan quinquennal de couverture sanitaire régionale sur la base d'une carte sanitaire finalisée	Plan quinquennal disponible	Document	DIS Dplan		**X**		
S5 : Créer une commission d'examen des demandes de création des formations sanitaires sur la base de la carte sanitaire	Commission d'examen fonctionnelle	Rapport	Dplan DIS	**X**			
S6 : Sensibiliser les acteurs politiques, traditionnels et religieux sur les critères de création des structures et leur respect	Nombre d'interventions de plaidoyers	Rapports	Dplan DIS	**X**	**X**	**X**	**X**
A2 : Construire 150 centres de santé, 5 hôpitaux de régions et 18 hôpitaux de districts	Nombre de CS et HD construits	Carte sanitaire	DIS	**X**	**X**	**X**	**X**
A3 : Construire 10 Centres de surveillance et de récupération nutritionnelle (CSRN)	Nombre de CSRN construits	Carte sanitaire	DIS	**X**	**X**	**X**	**X**

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
OO2 / Renforcer et entretenir les équipements							
A1 : Equiper toutes les structures sanitaires en matériels médico-techniques selon les normes	Nombre de structures équipées	Carte sanitaire	DESM	**X**	**X**	**X**	**X**
A2 : Mettre en œuvre la politique de maintenance des équipements	Politique de maintenance effective	Carte sanitaire	DESM	**X**	**X**	**X**	
A3 : Recruter et former les agents de maintenance (en particulier des techniciens et ingénieurs biomédicaux)	Nombre d'agents recrutés et formés	Carte sanitaire	DESM	**X**	**X**	**X**	
Programmes d'Action VII : ***Amélioration de l'accessibilité financière et culturelle aux soins***							
OO1 : Promouvoir la mutualisation du risque maladie							
A1 : Mettre en place les outils de gestion et de contrôle pour consolider le recouvrement des coûts	Outils de gestion et de contrôle disponibles	Rapports	DAFM	**X**	**X**		
A2 : Favoriser le développement d'un système d'assurance maladie et des assurances privées volontaires	Système d'assurance maladie mis en place		DGAS				
S1 : Elaborer des textes législatifs et réglementaires sur le régime d'assurance maladie volontaire	Textes disponibles	Documents législatifs	DOSS	**X**			
S2 : Structurer la DOSS pour la coordination de l'Assurance maladie	Cellule de coordination fonctionnelle	Rapport	DGAS	**X**	**X**		
S3 : Mettre en place un plan de communication pour la promotion des mutuelles de santé	Plan de communication disponible	Document de planification	DOSS		**X**		
S4 : Elaborer un plan stratégique des mutuelles de santé	Plan stratégique élaboré	Document de planification	DOSS		**X**		
S5 : Faire des études sur la création d'un fonds de garantie des accidents du travail, de trajet et des maladies professionnelles	Etudes réalisées	Rapports	DMT	**X**			
A3 : Augmenter et rendre effectives les subventions des hôpitaux	Subventions perçues	Documents comptables	DAFM		**X**		
A4 : Améliorer la gestion des évacuations sanitaires	Nombre d'évacuations sanitaires	Rapports	DESP	**X**	**X**	**X**	
OO2 : Prendre en charge les indigents et certaines populations vulnérables							
A1 : Elaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de prise en charge des indigents	Stratégie mise en œuvre	Rapports	DOSS	**X**	**X**	**X**	
A2 : Assurer le suivi et faire appliquer les textes en vigueur sur les soins gratuits	Gratuité des soins effective	Rapports	DOSS	**X**	**X**	**X**	**X**

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
A3 : Elaborer des textes pour rendre les consultations curatives gratuites pour les personnes du 3ième âge	Textes élaborés	Documents législatifs	DOSS	X	X		
A4 : Faire des études de recherche opérationnelle de prise en charge des personnes du 3ième âge	Etudes réalisées	Rapports études	DOSS	X	X	X	
A5 : Mettre en place un Fonds d'équité	Fonds disponible	Rapports	DOSS	X	X	X	X
OO3 : Améliorer l'accessibilité culturelle aux soins							
A1 : Former les COSAN en techniques d'animation et de sensibilisation	Nombre de COSAN formés	Rapports de formation	DPC	X	X	X	X
A2 : Former les agents sanitaires en techniques de communication interpersonnelle et d'accueil des patients	Nombre d'agents formés	Rapports de formation	BIEC	X	X	X	X
A3 : Redynamiser les points focaux IEC	Nombre de points focaux redynamisés	Rapports	BIEC DPC	X	X	X	X

OS3 : Réduire la mortalité et la morbidité liées aux problèmes prioritaires de santé de la population générale et plus particulièrement ceux de la santé de la mère et de l'enfant »

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
Programmes d'A*ction* VIII : Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant							
OO1 : Mettre en œuvre la stratégie nationale pour la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile (Feuille de route)							
A1 : Donner les moyens à la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Vaccination (DSRV) de mettre en œuvre la Feuille de route Nationale	Niveau de mise en œuvre de la Feuille Route		DSRV	X	X	X	X
S1 : *Elaborer et valider le document de politiques normes et procédures (PNP) en SR*	PNP en SR élaboré et validé	Document	DBEFSME	X			
S2 : Réaliser un atelier de validation du document PNP en SR	Atelier réalisé	Rapport	DBEFSME	X			
S3 : Multiplier et disséminer le document PNP en SR	Nombre d'exemplaires distribués		DBEFSME				
S4 : Assurer les missions de suivi et de supervision formative	Nbre de missions réalisées	Rapports	DBEFSME	X	X	X	X

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
A2 : Renforcer les compétences des personnels dans la surveillance des grossesses et la prise en charge des accouchements							
S1 : Organiser un atelier de validation des modules de formation en CPN recentrée	Atelier réalisé	Rapport	DBEFSME	**X**			
S2 : Réviser, valider, multiplier les outils de gestion (fiches CPN et BEF, partogrammes, registres CPN et BEF)	Outils de gestion révisés disponibles	Fiches, partogrammes, registres	DBEFSME	**X**			
S3 : Former 50 formateurs en CPN recentrée en 2 sessions	Nombre de formateurs formés	Rapports de formation		**X**			
S4 : Former 1000 prestataires en CPN recentrée en 2 ans	Nombre de prestataires formés	Rapports de formation		**X**	**X**		
S5 : Renforcer les hôpitaux régionaux en personnels spécialisés (médecin gynéco, pédiatre, anesthésiste et sage femme)	Nombre de HR disposant d'une équipe complète SONU	Rapport d'activités des HR	DGASR DRH	**X**	**X**	**X**	**X**
S6 : Elaborer et faire valider des modules de formation en SONU	Nombre de modules disponibles	Rapports de formation	DBEFSME	**X**			
S7 : Former 3 équipes de formateurs en SONU au Burkina Faso	Nombre d'équipes de formateurs formés	Rapports de mission au Burkina	DGASR DRH	**X**	**X**	**X**	
S8 : Former les équipes SONUC de 15 HD (60 agents)	Nombre d'équipes de formateurs formés	Rapports de formation	DGASR DRH		**X**	**X**	
S9 : Former 300 prestataires en SONUB	Nombre de prestataires formés	Rapports de formation	DGASR DRH		**X**	**X**	
A3 : Renforcer la prévention du paludisme et de l'anémie chez la femme enceinte							
A4 : Rendre disponible et accessible les services du BEF							
S1 : Former et recycler 250 prestataires par an	Nbre de prestataires formés	Rapports	DBEFSME	**X**	**X**	**X**	**X**
S2 : Disponibiliser les produits contraceptifs y compris les préservatifs dans tous les districts	Quantité de produits contraceptifs et de préservatifs distribués	Stock	DBEFSME	**X**	**X**	**X**	**X**
OO2 : Développer la stratégie PTME au niveau national							
A1 : Redynamiser l'équipe de coordination	Nombre d'actions de la coordination	Rapports d'évaluation	**DSRV**				
A2 : Accélérer l'intégration de la PTME dans la CPN	Nombre de site de PTME opérationnel	Rapports d'activités		**X**	**X**	**X**	**X**
A3 : Assurer le suivi des femmes séropositives et de leurs enfants	Nombre de femmes et d'enfants suivis	Rapports d'activités		**X**	**X**	**X**	**X**

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
A4 : Renforcer les capacités du personnel PTME par la formation							
S1 : Organiser un atelier de révision des modules de formation	Atelier réalisé	Rapport de l'atelier	DGASR DRH	**X**			
S2 : Organiser un atelier de recyclage des formateurs	Atelier réalisé	Rapport de l'atelier	DGASR DRH	**X**			
S3 : Former 60 médecins en suivi des enfants nés de mère séropositive	Nombre de médecins formés	Rapport de formation	DGASR DRH	**X**			
S4 : Former 120 conseillers en CIP/conselling en VIH	Nombre de conseillers formés	Rapport de formation	DGASR DRH	**X**	**X**		
S5 : Former 60 prestataires de 60 sites	Nombre de prestataires formés	Rapport de formation	DGASR DRH	**X**	**X**	**X**	**X**
A5 : Réaliser 3 campagnes de sensibilisation de la population par site et par an	Nombre de campagne réalisée	Rapport de campagne	BIEC	**X**	**X**	**X**	**X**
A6 : Réaliser 2 plaidoyers par an par site de prestation auprès des leaders politiques, religieux et traditionnels	Nombre de plaidoyers réalisés	Rapports	DSRV	**X**	**X**	**X**	**X**
OO3 : Développer la stratégie de prise en charge des Fistules Obstétricales (FO) (Cf. La stratégie nationale de prévention et de lutte contre les FO au Tchad pour activités détaillés)			**Projet FO DSRV Diocèse N'Dj.**				
A1 : Améliorer le contexte réglementaire et législatif en faveur de la lutte contre les FO	Nombre de textes disponibles		DBEFSME				
A2 : Renforcer les capacités nationales pour la prévention, le traitement et la réinsertion socio économique des femmes porteuses de FO	Nbre de structures prenant en charge les FO Nbre de cas enregistrés, traités et réinsérés	Rapports d'activités	DBEFSME	**X**	**X**	**X**	**X**
A3 : Renforcer la mobilisation sociale et la communication pour les FO	Nombre de MOB-SOC	Rapports	DBEFSME	**X**	**X**	**X**	**X**
A4 : Renforcer le partenariat et la coordination dans la lutte contre les FO	Protocole de partenariat disponible	Rapports	DBEFSME	**X**	**X**	**X**	
A5 : Assurer la recherche, le suivi /évaluation de lutte contre les FO	Nombre d'études réalisées Nombre de missions S&E	Rapports	DBEFSME	**X**	**X**	**X**	**X**
OO4 : Renforcer l'intégration des activités de survie de l'enfant							
A1 : Redynamiser la mise en œuvre de la PCIME			DGAS PEV, PCIME, LMD/ IRA, PALU, NUT				

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
S1 : Renforcer la division de la PCIME en personnels et équipements	Nombre et profil des personnels affectés	Arrêtés d'affectation Bordereaux de livraison des équipements	DRH DAFM	**X**			
S2 : Organiser un atelier de finalisation des modules de formation en cours abrégé PCIME	Atelier réalisé	Rapport	DPCIME	**X**			
S3 : Reproduire et diffuser les modules	Nombre de modules reproduits et diffusés	Document	DPCIME	**X**			
S4 : Former 120 prestataires en PCIME par an en 5 cessions	Nombre prestataires formés	Rapport	DPCIME	**X**	**X**	**X**	**X**
S5 : Réaliser les supervisions pour tous les niveaux	Nombre de supervisions réalisées	Rapports de supervision	DPCIME	**X**	**X**	**X**	**X**
S6 : Réaliser une étude sur les pratiques familiales en matière de PCIME communautaire	Etude réalisée	Rapport	DPCIME	**X**			
S7 : Réaliser un atelier de validation des résultats de l'étude	Atelier réalisé	Rapport	DPCIME				
S8 : Mettre en œuvre la PCIME communautaire	Nombre d'activités réalisées	Rapport	DPCIME	**X**	**X**	**X**	
A2 : Renforcer les activités du Programme élargi de vaccination (PEV) (Cf. le Plan Pluri Annuel Complet (PPAC)			DGAS DV				
S1 : Etendre l'approche ACD « atteindre chaque enfant dans chaque district	Nombre de District couvert par ACD	Rapport	DV	**X**	**X**		
S1.1 Former/ recycler (chiffre) les agents chargés de la mise en œuvre de l'approche ACD	Nombre d'agents formés Nombre d'agents recyclés	Rapport d'activité	DV	**X**	**X**	**X**	
S1.2. Former le personnel à l'utilisation du logiciel de gestion des données dans tous les districts	Nombre de personnel formé		DV	**X**	**X**		
S1.3. Assurer le renouvellement de la chaîne de froid	Nombre de réfrigérateurs, congélateurs et glacières	Bordereaux de livraison	DV	**X**	**X**	**X**	**X**
S2 : Appuyer la méthodologie d'évaluation de qualité des données dite « DQS » dans les 18DSR	Nombre DSR utilisant la méthodologie	Rapport	DV	**X**	**X**	**X**	**X**
S3 : Organiser deux ateliers bilan des activités du PEV par an	Ateliers réalisés	Rapport	DV	**X**	**X**	**X**	**X**
S4 : Réaliser deux tours par an d'activités accélérés de vaccination de routine intégrées à la vitamine A, au Mebendazole et de MII	Nombre de tours d'activités accélérées réalisés	Rapport	DV	**X**	**X**	**X**	
S5 : Assurer le fonctionnement du Comité National d'experts (CNE) et du Comité national de Certification (CNC)	Nombre de réunions du CNE et du CNC	Rapport	DGAS	**X**	**X**	**X**	**X**

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
S6 : Finaliser le document de stratégie nationale de communication pour le PEV	Document disponible		BIEC	X			
S7 : Former les relais communautaires des DS en communication	Nombre de relais formés	Rapport de formation	DV	X	X	X	X
S8 : Assurer le suivi, la supervision formative et l'évaluation du PPAC	Nombre de missions	Rapport de supervision	DV	X	X	X	X
S9 : Assurer l'approvisionnement régulier des vaccins	Temps de rupture des stocks	Rapport	DV	X	X	X	X
A3 Renforcer la lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aigues			DSPELM				
S1 : Finaliser le plan stratégique de déparasitage et organiser un atelier de validation	Plan disponible	Document	DSPELM	X			
S2 : Réviser le guide TRO	Guide TRO révisé	Document	DSPELM	X			
S3 : Superviser les coins TRO dans tous les districts	Nombre de supervisions	Rapport	DSPELM	X	X	X	X
S4 : Organiser les campagnes de prévention des MD, du choléra et des IRA	Nombre de campagne réalisée	Rapports		X	X	X	X
A4 : Poursuivre la lutte contre la malnutrition (Cf. le plan de mise en œuvre du protocole de prise en charge de la malnutrition)							
S1 : Faire la promotion de l'allaitement maternel			CNNTA				
S1.1. Mettre en place les Comités de soutien à l'allaitement maternel dans les Districts	Nombre de DS ayant un Comité de soutien	Rapport	CNNTA	X	X	X	X
S1.2 : Organiser la semaine mondiale de l'allaitement maternel	Semaine organisée	Rapport	CNNTA	X	X	X	X
S1.3. Former les agents de santé et les membres de la communauté sur les thèmes de l'AME	Nombre de personnes formées	Rapports de formation	CNNTA	X	X	X	X
S2. Réaliser les activités de communication au niveau communautaire et dans les formations sanitaires	Nombre d'activités	Rapport	CNNTA	X	X	X	X
S3 : Promouvoir la consommation du sel iodé, du fer et de la vitamine A (Cf. intégration PEV et CPN)	Taux de consommation du sel iodé dans les ménages	Enquête ménage	CNNTA	X	x	X	X
S4 : Créer des centres de nutrition thérapeutique (CNT) et des centres de nutrition supplémentaire (CNS)	Nombre de centres créés	Rapport	CNNTA	X	X	X	X

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
S5 Prendre en charge tous les enfants malnutris dépistés	% d'enfants pris en charge		CNNTA	**X**	**X**	**X**	**X**
S6 : Faire l'éducation nutritionnelle auprès des associations communautaires	Nombre de groupements ou associations formées	Rapport	CNNTA	**X**	**X**	**X**	**X**
S7 : Promouvoir la consommation de la spiruline locale dans la communauté			CNNTA				**X**
S8 : Assurer le suivi et la supervision formative	Nombre de missions	Rapport	CNNTA	**X**	**X**	**X**	**X**
OO4 : Renforcer la prévention et la prise en charge des soins de base chez les enfants en milieu préscolaire, scolaire et universitaire			DSPELM				
A1 : Elaborer les textes qui déterminent les missions et les modalités de fonctionnement de la Division de la médecine scolaire et universitaire et sportive (DMSUS)	Textes disponibles	Documents	DMSUS	**X**			
A2 : Instaurer des visites systématiques de dépistage des pathologies dans les milieux préscolaires, scolaires et universitaires	Nombre de visites réalisées	Rapports	DMSUS	**X**	**X**	**X**	
A3 : Créer 9 Centres de Santé Scolaires et Universitaires (CSSU) dans les grands centres urbains	Nombre de CSSU créés Taux d'utilisation	Rapports	DMSUS	**X**	**X**	**X**	
Programmes d'Action IX : Lutte contre le VIH / SIDA							
OO1 : Assurer la prévention du VIH et des IST en milieux de soins							
A1 : Garantir la couverture et la sécurité transfusionnelle au niveau national	Nombre de test de dépistages effectués	Rapports	CNTS DSIS	**X**	**X**	**X**	**X**
A2 : Assurer la sécurité des actes médicaux et biomédicaux et prévenir les accidents d'exposition au VIH	Nombre de personnels de santé infectés accidentellement	Rapports	DSE	**X**	**X**	**X**	**X**
A3 : Prendre en charge les IST dans les formations sanitaires y compris en milieu militaire et confessionnel	Nombre d'IST prises en charge	Rapports	DSIS	**X**	**X**	**X**	**X**
A4 : Renforcer l'accès aux services de conseil dépistage volontaire (CDV) anonyme et gratuits du VIH	Nombre de personnes ayant eu accès au CDV	SIS	DSIS	**X**	**X**	**X**	**X**
A5 : Renforcer l'accès des femmes enceintes aux services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME)	Voir ci-dessus OS3/RA1/OO2	Rapports	DBEFSME	**X**	**X**	**X**	**X**

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
A6 : Assurer le contrôle sanitaire des groupes vulnérables à partenaires sexuels multiples							
OO2 : Assurer la prise en charge médicale et communautaire des PVVIH							
A1 : Renforcer la prise en charge médicale des PVVIH	Nombre de Personnes traitées en régime 1ière ligne Nombre de personnes traitées en régime 2ième ligne	Rapports	DSPELM	**X**	**X**	**X**	**X**
A2 : Prendre en charge les infections opportunistes (IO)	Nombre de personnes traitées par le Cotrimoxazole Nombre de personnes traitées par une bi ou tri antibiothérapie	Rapports	DSPELM	**X**	**X**	**X**	**X**
A3 : Améliorer la couverture de la prise en charge communautaire y compris traditionnelle des PVVIH	Nombre d'associations de PVVIH intégrées dans les formations sanitaires	Rapports	DPC				
A4 : Répondre aux besoins de prise en charge des Orphelins et autres enfants vulnérables (OEV)	Nombre d'OEV pris en charge	**rapports**	DSPELM				
OO3 : Réaliser des Etudes, faire de la recherche et assurer la surveillance épidémiologique							
A1 : Réaliser les études de base et promouvoir la recherche	Nombre d'études	Rapports	DSPELM	**X**	**X**	**X**	**X**
A2 : Renforcer le système de surveillance épidémiologique et de recueil d'informations relatives à l'infection à VIH				**X**	**X**	**X**	**X**
OO4 : Assurer la Coordination, la Planification, et le suivi et évaluation							
A1 : Renforcer la coordination nationale, sectorielle et régionale des réponses au VIH/SIDA	Nombre de structures régionales de lutte contre le SIDA créées	Rapports du Secrétariat Exécutif National (SEN)	CNLS	**X**	**X**	**X**	**X**
A2 : Renforcer le système de suivi des Plans Opérationnels	Dispositif de collecte des données fonctionnel	Rapports du SEN	CNLS	**X**	**X**		

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
Programmes d'A*ction IX :* Paludisme, Tuberculose et Autres maladies prioritaires							
OO1 : Renforcer les activités de lutte contre le paludisme (cf. Plan stratégique national pour faire reculer le paludisme au Tchad 2007-2011 et proposition Global Fund)							
A1 : Assurer l'approvisionnement et la disponibilité des MEG (CTA, Artemeter, Quinine, ….) et les TDR	Taux de disponibilité CTA et TDR	Bordereaux de livraison	MSP/ PNLP	**X**	**X**	**X**	
A2 : Multiplier et diffuser les guides de PEC, le module et les algorithmes sur la prise en charge du paludisme	Nombre de guides et de modules distribués	Bordereaux de livraison au DS	MSP/ PNLP	**X**	**X**	**X**	**X**
A3 : Former les prestataires à la prise en charge du paludisme et au TPI	Nombre de prestataires formés	Rapport de formation	MSP/ PNLP	**X**	**X**	**X**	**X**
A4 : Concevoir et diffuser des messages	Nombre de messages diffusés	Rapport	MSP/ PNLP	**X**	**X**	**X**	**X**
A5 : Développer les méthodes préventives (TPI et MII) pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans	Taux d'utilisation des MII Taux de couverture TPI 1 et 2	Rapport	MSP/ PNLP	**X**	**X**	**X**	**X**
S1 : Acquérir la Sulfadoxine pyriméthamine	Cf. A5	Idem	MSP/ PNLP	**X**	**X**	**X**	**X**
S2 : Acquérir les MIILD	Cf. A5	Idem	MSP/ PNLP	**X**	**X**	**X**	**X**
A6 : Assurer le suivi et la supervision formative	Nombre de missions réalisées	Rapports	MSP/ PNLP	**X**	**X**	**X**	
OO2 : Renforcer les activités de lutte contre la tuberculose (cf. Plan stratégique national pour la lutte contre la tuberculose 2009- 2013 et Proposition global fund)							
A1 : Etendre la stratégie de traitement sous observation directe dite « DOTS » et améliorer sa qualité dans toutes les structures de prise en charge de la tuberculose	Nbre de structures de prise en charge appliquant la stratégie DOTS Nbre de personnes traitées	Rapports	MSP PNLT	**X**	**X**	**X**	**X**

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012

	Vérifiables						
A2 : Développer les activités de collaboration TB/VIH dans la prise en charge des patients	Taux de patients coinfectés traités dans les hôpitaux Taux de dépistage du VIH chez les tuberculeux et vice versa	Rapports	**PNLT**	**X**	**X**	**X**	**X**
A3 : Promouvoir les activités de recherche opérationnelle	Nombre d'études réalisées	Rapport		**X**	**X**	**X**	**X**
A4 : Développer les activités d'IEC à base communautaire	Nombre de messages produits et diffusés	Rapports		**X**	**X**	**X**	**X**
OO3 : Mettre en œuvre le plan de lutte contre les maladies non transmissibles (MNT)							
A1 : Réaliser une enquête nationale pour déterminer la prévalence et les facteurs de risque des MNT	Enquête réalisée	Rapports	DMT	**X**			
A2 : Réduire les facteurs de risque des maladies non transmissibles au sein de la population générale			DMT	**X**	**X**	**X**	**X**
S1 : Améliorer la connaissance de la population générale sur les abus des substances comme l'alcool, le tabac, les drogues, etc.…	Nombre de messages	Rapports	DMT	**X**	**X**	**X**	**X**
S2 : Assurer la prévention et le contrôle des MNT identifiées	Taux de prévalence des MNT		DMT	**X**	**X**	**X**	**X**
S3 : Réorienter les services d'urgence dans la prise en charge des MNT en impliquant davantage les différents acteurs	Nombre de services d'urgences de qualité	Rapport d'évaluation	DMT	**X**	**X**	**X**	**X**
S4 : Renforcer le système de référence pour accélérer la prise en charge des pathologies graves (urgence)	Taux de référence	Rapports	DOSS	**X**	**X**	**X**	**X**
A3 : Former le personnel à la prise en charge des urgences	Nombre de personnels formés	Rapport de formation	DRH	**X**	**X**	**X**	**X**
A4 : Mettre en place des équipes de soins intégrés et mobiles au niveau des DS d'accès difficile	Nombre d'équipes mises en place	Rapports	DOSS	**X**	**X**	**X**	**X**
OO4 : Améliorer l'hygiène et la salubrité environnementale							
A1 : Restaurer les activités de contrôle et de surveillance en matière d'hygiène de l'eau, des denrées alimentaires et les productions industrielles	Nombres de missions de contrôle et de surveillance	Rapports	DSE	**X**	**X**	**X**	**X**
A2 : Renforcer la Division de la Santé Environnementale (DSE)	Nombre de personnels affectés	Rapports	DSE	**X**	**X**	**X**	**X**
A3 : Valider et diffuser les documents du Code d'hygiène et la Politique Nationale d'Hygiène et d'Assainissement	Documents disponibles	Rapports	DSE	**X**			
A4 : Former de nouveaux techniciens en hygiène et santé environnementale et recycler le personnel existant	Nombre de Techniciens formés	Rapports	DSE	**X**	**X**		

Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources	Respons.	2009	2010	2011	2012
A5 : Elaborer un programme de partenariat avec les Communes pour la prise de mesure d'assainissement (Comités de collecte, drainage des eaux usées et pluviales)	Programme mis en œuvre	Protocole d'accord	DSE	X			
A6 : Elaborer et mettre en œuvre un programme d'Hygiène hospitalière afin de réduire les infections nosocomiales	Programme de mis en œuvre	Document	DSE	X			
A7 : Vulgariser les latrines améliorées et les lave-mains dans les Collectivités et Communautés	Proportion des ménages disposant des latrines améliorées	Rapports	DSE	X	X		
A8 : Construire / réhabiliter des infrastructures d'eau potable et d'assainissement dans toutes les formations sanitaires	Nombre de constructions réalisées	Rapports	DSE	X	X	X	X
A9 : Superviser les activités d'hygiène et d'assainissement dans les DS	Nombre de missions de supervision	Rapports d'activités	DSE	X	X	X	X
OO5 : Développer une politique de santé bucco-dentaire							
A1 : Elaborer un plan national de lutte contre les maladies bucco-dentaires	Plan Elaboré	Document de planification	DSPELM	X	X		
A2 : Doter le programme des ressources qualifiées	Nombre de personnes affectées Nombre d'équipements fournis	Rapports	DSPELM		X	X	X
A3 : Former 20 personnes (toutes catégories) par an dans le secteur	Nombre de personnes formées par catégorie	Rapports de formation	DSPELM	X	X	X	X

VII HYPOTHESES DU CADRE LOGIQUE

7.1 OBJECTIF STRATEGIQUES N°1

Programmes d'Action I :

Renforcement des capacités des gestions des services à tous les niveaux du système national de santé

OO1 : Développer une culture managériale et une communication moderne dans un cadre de travail approprié.

La stratégie de mise en œuvre d'une « culture managériale », à tous les niveaux administratifs et sanitaires du système de santé prendra du temps car le changement des comportements est une tâche de longue haleine. Dans le cadre du présent PNDS et du faible temps imparti pour sa mise en œuvre, il faudra s'attacher à former un pool de cadres, dont l'exemplarité servira de leçon apprise aux autres. Cependant le risque est grand de rencontrer une résistance aux changements.

OO2 : Améliorer les capacités de gestion du cycle de planification
OO3 : Développer la supervision, le suivi / évaluation et le contrôle à tous les niveaux du système.

L'insuffisance globale de planification à tous les niveaux du système, la faiblesse de la coordination de la plupart des activités du MSP dans le cadre des programmes nationaux de santé et du partenariat traduisent l'insuffisance de gestion prévisionnelle. A cela s'ajoute l'absence de supervision et de suivi évaluation et on s'aperçoit alors que c'est tout le processus de gestion du cycle de planification qui est paralysé.
Dans ce cas, comme pour la mise en place d'une « culture managériale », il faudra beaucoup de temps pour « rentrer dans le processus de prévision, programmation, évaluation» et ici encore la résistance aux changements risque d'être très forte.

OO4 : Elaborer et développer une politique moderne de l'Information, Education et Communication pour la santé *(IEC)*

Si la politique moderne d'IEC ne se modernise pas son impact restera comme jusqu'à présent relativement faible. Il faudra beaucoup d'audace et de moyens financiers pour utiliser les médias modernes. Il est possible que dans le cadre d'un contexte non privé comme celui du MSP, les moyens restent largement insuffisants pour faire passer les messages de santé publique à grande échelle afin de toucher un public le plus large possible.

OO5: Améliorer la performance du système d'information sanitaire

A ce niveau comme pour les objectifs opérationnels précédents il faut mettre en place une politique de changement. Il faut en finir avec l'habitude de garder l'information (même si elle est mauvaise) en tant que « pouvoir ». Il est devenu indispensable (compte tenu de la complexité du réel) de partager l'information, de la mesurer efficacement, de l'évaluer, si l'on veut prendre de bonnes décisions.
Si, lors de la mise en place de l'Observatoire de la Santé, on ne lui accorde pas une certaine indépendant pour garantir la fiabilité des informations, il ne s'agira que d'un nouvel instrument aussi peu efficient que le système de routine.

OO7 : Poursuivre le processus de déconcentration / décentralisation

Cet objectif est éminent politique et il ne pourra se développer qu'en fonction de la volonté politique de mettre en place un vrai processus de déconcentration/décentralisation.

Programmes d'Action II :
Renforcement de la coordination du partenariat

OO1 : Développer l'approche contractuelle dans tous les secteurs (public, privés, associatifs)

Avec la stratégie de l'approche contractuelle, des avancées, en termes d'autonomie de gestion des structures de soins peuvent être rapidement effectives. Afin d'éviter que la stratégie ne se heurte à de nombreuses contraintes internes et externes (politiques et techniques), sa mise en œuvre sera progressive et évaluée sur son ancrage effectif et sur des résultats tangibles avant tout autre développement.
L'approche contractuelle vise globalement à autonomiser les structures pour les responsabiliser et les rendre plus efficiente. Deux écueils risquent d'entraver cette démarche si d'une part, l'Etat peut y voir un échappement de son pouvoir régalien et si d'autre part l'Etat ne peut pas être suffisamment fort pour jouer son rôle régulateur et normatif.

Il n'y aura pas de changement possible du système de santé :
- si le niveau central ne resitue pas ses activités dans sa mission fondamentale de régulation,
- si le niveau intermédiaire (DSR) ne joue pas son rôle de coordination et d'appui technique au niveau périphérique,
- si le niveau périphérique (DS) n'a pas les moyens et l'autonomie nécessaires et suffisants pour assumer son rôle d'unité opérationnelle du système.

OO2 : Réguler et superviser le partenariat avec les différents secteurs

Il faut un Etat suffisamment fort pour négocier ses besoins avec les partenaires. Le PNDS devra être utilisé comme un outil de négociation.

7.2 OBJECTIF STRATEGIQUE N° 2

Programmes d'Action III :
Renforcement de la mobilisation des ressources (au moins a 10%) et de la gestion budgétaire

OO1 : Relever le niveau de financement du secteur
OO2 : Rationaliser l'usage des ressources allouées

Actuellement avec 4% environ d'allocation du budget global de l'Etat, le secteur de la santé est quasiment asphyxié. On est loin des promesses de la Conférence d'ABUJA qui fixaient à au moins 15% du budget global la part nécessaire au secteur de la santé. La réussite du PNDS passe donc par l'augmentation de l'allocation budgétaire au moins à ce niveau de 10% prudemment fixé et à moyen terme par le respect des engagements d'Abuja. Dans un

cadre de non prise en compte de ces engagements on est face à une hypothèse fatale pour la mise en œuvre du PNDS.
A ce niveau les bailleurs de fonds ont un grand rôle à jouer pour faire pression sur l'Etat pour aller dans le sens de ses engagements.

En ce sens, le PNDS devrait être l'outil principal pour cristalliser et regrouper les moyens financiers nécessaires à la Réforme.

Programmes d'Action IV :
Développement des ressources humaines

OO1 : Elaborer, mettre en place les outils organisationnels de la gestion des ressources humaines et former les cadres à l'utilisation de ces outils.
OO2 : Renforcer les compétences des personnels
OO3 : Motiver les personnels pour un meilleur rendement

La gestion des ressources humaines doit être envisagée dans la durée et non dans le court terme et elle s'inscrit dans une politique générale d'investissement.
Le PNDS veillera dans les quatre années de sa mise en œuvre à ce que le processus puisse être engagé et que le socle d'une politique volontariste et cohérente des RH puisse être installé.
Cependant le MSP est dépendant du Ministère de la Fonction Publique et l'augmentation des quotas de personnels sera un test de bonne volonté de ce dernier.
Le renforcement des compétences ne sera possible que si l'actualisation de la formation initiale et de la formation continue soit rapidement effective.
La motivation des personnels reste la question toujours difficile à résoudre car les facteurs de démotivation sont multiples et profonds. Si des expériences en particulier de mise en place de primes ne sont pas rapidement tentées le processus ne décollera pas.

Programmes d'Action V :
Renforcement de l'accessibilité et de la disponibilité et de Médicament

OO1 : Renforcer les capacités de gestion de la CPA
OO2 : Rendre autonome le circuit de distribution des médicaments essentiels et génériques (MEG)
OO3 : Développer la capacité institutionnelle, logistique et financière de l'Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique (ANRP)
OO4 : Promouvoir l'usage rationnel des MEG

La politique des médicaments est le tendon d'Achille du système de santé et si l'Etat ne définit pas au plus haut sa politique en la matière il sera difficile d'être efficace. Le médicament est une marchandise précieuse et sa disponibilité est la finalité de la prestation des soins.
Tant au niveau de la CPA que des PRA, ce sont les insuffisances de capacités de gestion qui paralysent le circuit d'approvisionnement et de distribution des médicaments et qui conduisent à des endettements récurrents impliquant des recapitalisations répétées.
Si le MSP n'accepte pas la mise en œuvre d'un système plus autonome et plus responsable, où son rôle se limite à la régulation et la normalisation, il n'y aura pas de résultat attendu possible.

Le PNDS doit donc veiller d'une part, à rendre une certaine autonomie au système d'approvisionnement et de distribution et d'autre part à ce que la CPA puisse devenir une vraie entreprise qui puisse s'aligner sur le marché international.

Programmes d'Action VI :
Amélioration de l'accessibilité géographique aux soins

OO1 : **Améliorer la couverture physique**
OO2 : Renforcer et entretenir les équipements

L'amélioration de la couverture physique passe par la carte sanitaire. Si d'une part la carte sanitaire n'est pas rapidement finalisée et si d'autre part la carte sanitaire ne devient pas un outil opposable à l'anarchie de construction des structures de soins il n'y aura aucune amélioration de l'accessibilité physique pour les bénéficiaires.
La carte sanitaire est aussi dépendante de la mise en œuvre de la politique d'aménagement du territoire dans le pays ou la densité de population possède un éventail très large.

Le renforcement et l'entretien des équipements passent par la mise en œuvre d'une politique de maintenance efficiente.
Si la maintenance n'est pas effective l'achat de matériel de diagnostic devient une dépense inutile en sachant que dans le secteur de la santé les matériels sont nécessairement sophistiqués et très fragiles en terme de fonctionnement.
Les actions du PNDS devront être prioritairement dirigées vers la maintenance de ces matériels et la formation d'une masse critique de techniciens et d'ingénieurs biomédicaux.

Programmes d'A*ction VII :*
Amélioration de l'accessibilité financière et culturelle aux soins

OO1 : Promouvoir la mutualisation du risque maladie
OO2 : Prendre en charge les indigents et certaines populations vulnérables
OO3 : Améliorer l'accessibilité culturelle aux soins

La mise en œuvre d'une stratégie de mutualisation du risque maladie est, même en milieu pauvre, la solution à l'amélioration de l'accessibilité financière des bénéficières. Le PNDS devra initier très rapidement des études de faisabilité de mise en place d'une assurance maladie multiforme adaptée aux situations de chaque groupe populationnels.
La mise en place d'un fonds d'équité doit être rapide afin d'assurer les soins à une masse critique d'indigents.

7.3 OBJECTIF STRATEGIQUE N° 3

Programmes d'Action VIII :
Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant

OO1 : Mettre en œuvre la stratégie nationale pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile (Feuille de route)
OO2 : Développer la stratégie PTME au niveau national
OO3 : Développer la stratégie de prise en charge des Fistules obstétricales (FO)
OO4 : Renforcer l'intégration des activités de survie de l'enfant

La prise en charge de la santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant est le défi principal que le PNDS doit relever. Ce défi a un coût considérable et sa mise en œuvre devra être dès le début appuyée par les partenaires afin qu'il y ait une visibilité en terme de résultats attendus pour les bénéficiaires.
Un effort particulier devra être fait pour améliorer la régulation des naissances.

Programmes d'Action IX :
Lutte contre le VIH / SIDA

OO1 : prévention du VIH et des IST en milieux de soins
OO2 : prise en charge médicale et communautaire des PVVIH
OO3 : études, recherche et surveillance
OO4 : coordination, planification, suivi et évaluation

Le risque d'éclatement de la gestion du VIH/SIDA existe en raison des aspects multisectoriels de la problématique. Comme cela se rencontre dans les autres pays, l'existence d'un comité national multisectoriel situé au plus haut de l'Etat (Présidence, primature) « dépouille » en partie les prérogatives du Département de la Santé. Si la coordination multisectorielle n'est pas alors de qualité, le Département se replie sur lui-même et les activités en pâtissent en particulier lorsque la coordination veut garder le leadership dans toutes les activités.
Le PNDS devra essentiellement veiller à ce que le Département puisse jouer un rôle moteur dans la lutte. En offrant une prévention et une prise en charge de qualité le Département reste indispensable à la réduction du fléau.

Programmes d'A*ction X:*
Lutte contre le Paludisme, la Tuberculose et les Autres maladies prioritaires transmissibles et non transmissibles ;

OO1*: Renforcer les activités de lutte contre le paludisme*
OO2*: Renforcer les activités de lutte contre la tuberculose*
OO3*: Mettre en œuvre le Plan Maladies Non Transmissibles (PMNT).*
OO3 : Améliorer l'hygiène et l'insalubrité environnementale
OO4 : M

La lutte contre les maladies transmissibles nécessite un appui financier des partenaires et en cela les financements en particulier du global Fund restent primordiaux.

CHAPITRE 4 : SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION

VIII RAPPELS DES PRINCIPES DE SUIVI ET EVALUATION

Le rappel des principes sur lesquels repose un système de suivi et évaluation (S&E) n'est pas inutile à rappeler car, en règle générale, ce système est la plupart du temps insuffisant ou pas mis en œuvre.
La mise en place d'un système de S&E repose sur un double mécanisme de suivi d'une part et d'évaluation d'autre part.

En termes de « Suivi », il s'agit de :

- suivre dans le temps l'évolution des indicateurs de mise en œuvre d'un plan ou d'un projet afin d'en mesurer les écarts par rapport aux prévisions,
- identifier au travers des écarts négatifs, les problèmes qui freinent l'atteinte des résultats attendus,
- proposer, alors, les mesures de redressement de la situation par une prise de décision adaptée.

En termes « d'Evaluation », il s'agit d'évaluer:

- la pertinence : en quoi le programme de mise en œuvre du plan répond aux objectifs assignés et aux attentes des bénéficiaires ?
- la cohérence interne du programme : en quoi les moyens mis en œuvre permettent de répondre aux objectifs assignés ?
- l'efficacité : c'est la mesure et analyse des activités, résultats, effets et impact.

Le suivi est continu dans le temps de mise en œuvre d'un Plan ou Projet, l'évaluation est discontinue, généralement elle se situe à mi parcours et à la fin de mise en œuvre.

Les indicateurs jouent un rôle fondamental autant dans le suivi que dans l'évaluation et leur terminologie spécifique détermine ce qu'ils mesurent.

Catégories d'indicateurs	Domaines de mesure
1 - Intrants ***(Inputs)***	Politiques, stratégies, directives Paiements Infrastructures Coordination
2 - Processus ***(Process)***	Ressources humaines Médicaments et marchandises Formations
3 - Résultats immédiats ***(Outputs)***	Fonctionnalité des services Couvertures Disponibilité des marchandises Nombre de personnels formés Qualité des services
4 - Effets ***(Outcomes)***	Changement de comportement
5 - Impacts ***(Impact)***	Morbidité / mortalité Biologie et qualité de vie

Dans le cadre du présent PNDS qui n'a qu'une durée de 4 ans on mesurera les indicateurs d'intrants, de processus et de résultats immédiats (2/5 ans) sachant que la mesure des effets et des impacts s'inscrit à plus long terme (10/20 ans)

IX SYSTEME DE SUIVI DU PNDS

9.1 Les indicateurs de suivi

Comme précisé ci-dessus, les indicateurs d'intrants, de processus, de résultats immédiats sont identifiés par résultat attendu (RA).

Résultats attendus	Intrants et processus (Indicateurs de Suivi)	Résultats immédiats (Indicateurs d'Evaluation)
Programmes d'Action I :	- Programme national de formation au mangement disponible - Nombre de missions d'évaluation - Nombre de supervision des COSAN/COGES - Elaboration du schéma Directeur de l'informatique et des réseaux - Nombre et types d'équipements fournis - Bâtiment MSP construit - Carte sanitaire disponible - Bâtiment central Département de la santé réceptionné - Nombre de bureaux des DSR et DS réceptionnés - Atelier de méthodologie de planification nationale réalisé - Guide national de supervision élaboré - Nombre de rapports de supervision des activités PMA/PCA avec PV - Nombre de rapports de l'Inspection Générale - Plan multi média disponible - schéma directeur SIS élaboré - Plan de prévention et de riposte aux épidémies disponible - Textes régissant les hôpitaux en voie d'autonomie disponibles	- Capacités de gestion et de pilotage du système renforcés - Nombre de personnels formés au management - Nombre de personnels formés aux méthodologies de planification et suivi évaluation - Nombre de cadres de la DAFM formés - Nombre d'hôpitaux autonomisés - Les instruments de suivi comme la RDP, le SSDD alimentent efficacement la programmation budgétaire - Les informations statistiques sont produites à temps, sont fiables et alimentent le système de planification, de suivi et de contrôle des programmes - Fonctionnalité de la Cellule d'observation épidémiologique - Fonctionnalité de l'observatoire de la Santé - D'ici à 2012 : Hôpitaux de Liberté, de Moundou, Abéché et Sarh sont rendus autonomes et bénéficient effectivement de subventions - Textes législatifs et réglementaires appliqués et archivage fonctionnel
Programme d'Action II	- Documents de contractualisation disponibles - Guide de rédaction de Contrat de délégation de service public disponible - Commission de suivi du partenariat mise en place - Mécanisme de suivi et évaluation des Contrats mis en place	- Nombre de personnels formés au manuel de contractualisation - Nombre de formations sanitaires contractualisées - Nombre de formations sanitaires privées ayant passées un Contrat de promotion et de prévention en santé publique - Nombre de formations sanitaires privées contrôlées
Programme d'Action III	- Nombre de rencontres de plaidoyer à la Primature - Nombre d'interventions auprès des Bailleurs de Fonds - Clé de répartition des crédits disponible - logiciel de comptabilité analytique disponible - Tableau de bord trimestriel des taux d'engagement par Direction élaboré	- Budget alloué au secteur de la santé augmenté à 10% - Nombre de personnels de la DAFM formés à l'utilisation des outils de programmation et de budgétisation - Crédit alloué déconcentré - Répartition budgétaire intra sectorielle sur base du budget programme - Logiciel de comptabilité analytique fonctionnel

Programmes d'Action IV :	- Recrutement de 200 médecins, 140 sages femmes, 800 infirmiers - PSDRH révisé et diffusé - Service de gestion prévisionnelle créée - Logiciel de gestion des RH disponible - Mission d'évaluation des résultats du recensement des personnels réalisée - Plan de redéploiement des effectifs élaboré - Plans de Carrières élaborés - Quota du recrutement du personnel de santé à la fonction publique augmenté - Quota de recrutement annuel des écoles augmenté - Commission bipartite MSP/ministère de l'Enseignement supérieur mise en place - Nouveaux curricula de formation initiale et continue disponibles - Textes de Réforme de l'ENASS disponibles - Textes régissant la formation continue disponibles - Plan national de formation continue élaboré - grilles de salaire par zones élaborées - guides d'évaluation / supervision de la performance élaborés	- PSDRH mis en œuvre - Disponibilité des outils de gestion des RH - Nombre de cadres formés aux outils de gestion des RH - Données du recensement général du personnel de santé disponible - Plan de redéploiement des effectifs mis en œuvre - Taux de concentration des personnels dans les grandes villes inférieur à 30% - Capacités nationales de formation renforcées avec doublement des effectifs des diplômés sortants - Nombre d'écoles construites - Personnels qualifiés disponibles en quantités accrues dans les hôpitaux de districts et centres de santé (au moins de 65%); - Supervision au moins 1 fois dans l'année de chaque école de formation - Programme de Recherche en Santé disponible et vulgarisé - Conditions de formations à l'extérieur améliorées pour tous les étudiants - Nombre de bourses octroyées - Primes mises en place
Programmes d'Action V :	- Plan stratégique du système d'approvisionnement et de distribution des MEG élaboré - % de fonds de roulement mobilisé pour la CPA et les PRA - Plan d'action de lutte contre les marchés illicites réactualisé - Nombre de missions de supervision des PRA effectuées - Nombre de missions d'inspections réalisées	- Situations financières de la CPA et des PRA assainies - Disponibilité des MEG assurée sur toute l'étendue du territoire et à des prix accessibles à la majorité de la population - MEG prescrits rationnellement. - Laboratoire national de santé publique fonctionnel - Nombre de personnels formés aux outils de gestion - Nombre d'inspecteurs pharmaciens assermentés
Programmes d'Action V I :	- Normes des infrastructures et équipements élaborées - Plan de constructions annuelles disponible - Plan quinquennal de couverture sanitaire régionale disponible - Nombre d'interventions de plaidoyers	- 80% des 49 districts non lotis fonctionnels - Couverture sanitaire du 1er échelon étendue à 80% - Commission d'examen des demandes de création des formations sanitaires fonctionnelle - Nombre de constructions/réhabilitations Réalisées - Politique de maintenance appliquée - Nombre d'ingénieurs biomédicaux formés
Programmes d'Action VII :	- Stratégie nationale de prise en charge des indigents élaborée - Plan stratégique de communication d'IEC élaboré	- Système de recouvrement des coûts maîtrisé - Système d'assurance maladie du secteur formel mis en place - Fonds d'équité fonctionnel - Nombre de COSAN formés
Programmes d'Action VIII :	- Document de politiques normes et procédures (PNP) en SR disponible - Outils de gestion (CPN, BEF) disponibles - Atelier de validation des modules de formation en CPN recentrée réalisé	- Réduire la mortalité maternelle de 12% d'ici à 2012 (taux annuel de 3 %) - Réduire la mortalité néonatale de 16% d'ici à 2012 (taux annuel de 4%) - Réduire la mortalité infanto juvénile de 20% d'ici à 2012 (taux annuel de 5 %) en réduisant les facteurs de

	- Modules de formation SONU disponibles - Atelier de finalisation des modules de formation PCIME réalisé - Etude sur les pratiques familiales en matière de PCIME réalisée - Atelier de validation de l'étude en matière de PCIME réalisé - module générique de formation des relais communautaires disponible - Logiciel ACD disponible - Atelier bilan des activités du PEV réalisé	morbidité (IRA, diarrhées) - Prendre en charge 80% des cas de malnutrition à l'hôpital - Couverture vaccinale par chaque antigène dépassant le seuil de 85%. - Poliomyélite éradiquée ; Tétanos néonatal réduit ; Rougeole contrôlée. - PCIME communautaire pratiquée dans au moins une zone de responsabilité par district et taux de mortalité infanto juvénile en baisse de 10 points chaque année
Programme d'Action IX	- Atelier de révision du module de formation PTME réalisé - Atelier de recyclage des formateurs PTME réalisé - Local coordination PTME disponible - Nombre de CDVA mis en place - Nombre de dispensaires pourvus d'ARV - Nombre de structures approvisionnées en AEV - Nombre d'appareils de numération CD4 et de mesure de la charge virale disponibles - Nombre d'activités de CCC	- Réduire la prévalence du VIH/SIDA de 1% d'ici à 2012 (taux annuel de 0,25 %) - Approvisionnement en ARV continu **Résultats attendus d'ici 2012** - 14200 femmes enceintes séropositives reçoivent une prophylaxie antirétrvirale complète pour réduire le risque de transmission mère-enfant ; - 205 000 personnes sont dépistés dans 56 CDV ; - 50 000 poches de sang sont collectées et sécurisées ; - 42 nouveaux Centres de Dispensation des ARV créés et 40775 patients traités par les ARV dont 2000 en 2ème ligne ; - 125 500 épisodes d'infections opportunistes correctement diagnostiqués et traités dans les centres de santé et hôpitaux du pays ; - les laboratoires des principaux hôpitaux du pays sont capables d'assurer un suivi biologique de base de qualité aux personnes infectées par le VIH.
Programme d'Action X	- Modules et algorithmes sur le paludisme disponibles - Textes réglementant la prise en charge de la gratuité des soins d'urgence disponibles - Document du Code d'hygiène - Nombre de services d'accueil et d'urgence des hôpitaux renforcés - Nombre de supervisions formatives réalisées dans chaque district - Nombre de structures fonctionnelles pour l'IEC	- Nombre de prestataires formés à la prise en charge du paludisme - Nombre de messages de lutte contre le paludisme diffusés - Nombre de médecins formés à la prise en charge des urgences médico-chirurgicales - Nombre de Techniciens formés en hygiène et santé environnementale - Nombre de latrines améliorées et de lave-mains mis en place - Nombre de formations sanitaires ayant bénéficiées d'infrastructures d'eau potable et d'assainissement

9.2 Organisation du système

9.2.1 Les Comités de S&E

Un organe central de décision : **le Comité National de S&E (CNSE)** sera mis en place sous le patronage du Comité National de santé tel que défini par l'arrêté N° 100 du 30 avril 2007 portant organisation et fonctionnement du MSP.

Le Bureau de la Coopération et des Etudes (BCE), chargé de la coordination et du suivi au niveau stratégique, mettra en place un **Comité technique national de S&E (CTNSE**) qui assurera l'exécution et la gestion des activités de suivi et d'évaluation.

Le CTNSE sera formalisé dans les régions par **des Comités techniques régionaux de S&E (CTRSE)**.

Les Partenaires techniques et financiers seront intégrés dans les Comités techniques.

9.2.2 Méthodologie de S&E

9.2.2.1 Collecte des données des indicateurs

Les indicateurs d'intrants, processus et résultats immédiats sélectionnés ci-dessus seront fournis par le SNIS ou, à défaut, par des missions spécifiques de collecte des données afin de le mesurer.

9.2.2.2 Matrice de suivi des objectifs opérationnels

Chaque objectif opérationnel sera mesuré par les indicateurs d'intrants et de processus sélectionnés ci-dessus.

9.2.2.3 Matrice de gestion des risques

La matrice de gestion des risques à pour rôle de prévoir les goulots d'étranglements possibles dans la mise en œuvre du Plan et d'apporter des corrections immédiates.

X Outils de suivi et de gestion des risques

10-1 MATRICE DE SUIVI PAR OBJECTIF OPERATIONNEL

OS1 : Améliorer l'efficacité du système de santé

Programmes d'Action I :

Renforcement des capacités des gestions de services) des services à tous les niveaux du système national de santé

1.1. OBJECTIF OPERATIONNEL N°1 : Renforcement du management du secteur

Résultats	Etat d'avancement	Observations
Activité 1 :		
Activité 2 :	-	
Activité 3	-	

10-2 MATRICE DES RISQUES TRANSVERSAUX MAJEURS

Les risques transversaux majeurs

NIVEAU DE RISQUE	RISQUES	INDICATEURS DE RISQUES	SUPPORTS DE NOTIFICATION	MESURES PREVENTIVES OU DE GESTION DU RISQUE
	Risques liés au contexte général d'intervention			
1		-	-	

10-3 MATRICE DES RISQUES PAR OBJECTIF OPERATIONNEL		
	Risques identifiés	**Indicateurs de risques**
Objectif opérationnel n°1 :		
1		
Objectif opérationnel n°2 :		
1		
Objectif opérationnel n° 3 :)		
1		
2		-
3		-