



RÉPUBLIQUE DU TCHAD

MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION DE L'ORGANISATION
DES SERVICES DE SANTE



POLITIQUE NATIONALE DE SANTE COMMUNAUTAIRE

Mai 2014

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS	4
PREFACE	6
1. INTRODUCTION	7
2. ANALYSE DE SITUATION	8
2.1. Contexte général	8
2.2. La participation communautaire prônée par le MSPASSN	9
2.3. Autres formes de participation communautaire	13
2.4. Le rôle du MSP dans la participation communautaire	15
2.5. Analyse de la participation communautaire	15
2.6. Forces et faiblesses de la santé communautaire	17
2.7. Opportunités et menaces liées au développement de la santé communautaire	18
2.8. Problèmes prioritaires et défis	18
3. FONDEMENTS, VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS	20
3.1. Fondements	20
3.2. Vision	20
3.3. Valeurs et Principes directeurs	20
4. OBJECTIFS	21
4.1. Objectif général	21
4.2 Objectifs spécifiques	21
5. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES	22
5.1 : Renforcement du dispositif institutionnel et règlementaire de la santé communautaire	22
5.2. Renforcement des capacités des communautés à prendre en charge efficacement leurs problèmes de santé.	24
5.3. Renforcement des capacités des acteurs à offrir des SBC de qualité :	25
5.4. Accroissement de l'accessibilité des services de santé à base communautaire:	26
6. FINANCEMENT DE LA PNSC	26
7. MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET EVALUATION	27
7.1. Modalités de mise en œuvre	27
7.2. Comité de pilotage de la PNSC	27
7.3. Suivi et évaluation	27
8. HYPOTHÈSES ET GESTION DES RISQUES	28
8.1. Environnement international	28

<u>8.2. Adhésion des partenaires techniques et financiers</u>	28
<u>8.3. Engagement des parties prenantes</u>	28
<u>8.4. Cadre institutionnel</u>	28
<u>CONCLUSION</u>	29

LISTE DES ABREVIATIONS

AC	: Agent Communautaire
AFD	: Agence française de développement
ARV	: Anti rétro viraux
ASC	: Agent de santé Communautaire
AT	: Assistant technique / Assistance technique
ATS	: Agent technique de santé
BAD	: Banque africaine de développement
BASE	: Bureau d'Appui à la Santé et à l'Environnement
BCE	: Bureau de la coopération internationale et des études
BEF	: Bien-être familial
BGE	: Budget général de l'état
BID	: Banque islamique de développement
CARMMA	: Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique
CCC	: Communication Pour le Changement de Comportement
CDMT	: Cadre de dépenses à moyen terme
CDV	: Centre de dépistage volontaire
CIDR	: Centre international de recherche et de développement
CNA	: Centre de nutrition ambulatoire
CNNTA	: Centre national de nutrition et des technologies alimentaires
CNT	: Centre de nutrition thérapeutique
COGES	: Comité de gestion
COSAN	: Comité de santé
CPA	: Centrale pharmaceutique d'achats
CPE	: Consultation préventive enfant
CPN	: Consultation prénatale
CRT	: Croix Rouge du Tchad
CS	: Centre de Santé
DHMA	: Division hygiène du milieu et assainissement
DOSS	: Direction de l'organisation des services de santé
DP	: Direction de la planification
DPML	: Direction de la pharmacie, du médicament et des laboratoires
DRH	: Direction des ressources humaines
DS	: District sanitaire
DSIS	: Division du système d'information sanitaire
DSR	: Délégation sanitaire régionale / Délégué sanitaire régional
ECOSAB	: Ecole régionale de santé de Biltine
ECOSIT	: Enquête sur la consommation des ménages et le secteur informel au Tchad
EDST	: Enquêtes Démographiques et Santé au Tchad
EIMT	: Enquête à Indicateurs Multiples au Tchad
EFASSA	: Ecole de formation des auxiliaires des services des armées
ENASS	: Ecole nationale des agents sanitaires et sociaux
FACSSH	: Faculté des sciences de la santé humaine de N'Djaména
FBR	: Financement basé sur les résultats
FID	: Formation initiale décentralisée
FRNRMMN	: Feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile
I	
HD	: Hôpital de district
HGRN	: Hôpital général de référence nationale
HME	: Hôpital de la mère et de l'enfant
HR	: Hôpital régional
IDE	: Infirmier diplômé d'état

IHP+	: Partenariat international pour la santé
IEC	: Information, éducation, communication
IUSTA	: Institut universitaire des sciences et techniques d'Abéché
JNV	: Journées Nationales de Vaccination
LFI	: Loi de finances Initiale
LFR	: Loi de finances rectificative
MCD	: Médecin-chef de district
MCH	: Médecin-chef d'hôpital
MEG	: Médicaments essentiels génériques
MICS	: Enquête par grappes à indicateurs multiples
MIILDA	: Moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée d'action
MISP	: Ministère de l'Intérieur et de la sécurité publique
MFB	: Ministère des finances et du budget
MFPT	: Ministère de la fonction publique et du travail
MSF	: Médecins Sans Frontière
MSPASSN	: Ministère de la santé publique, de la Solidarité nationale et de l'Action Sociale
NC	: Nouveau cas
NV	: Naissances vivantes
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	: Organisation mondiale de la santé
PASST	: Projet d'Appui Secteur Santé au Tchad
PC	: Participation Communautaire
PCA	: Paquet complémentaire d'activités
PCIME	: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEC	: Prise en charge
PEV	: Programme élargi de vaccination
PND	: Plan national de développement sanitaire
PNSC	: Politique Nationale de Santé Communautaire
PNLP	: Programme national de lutte contre le paludisme
PNS	: Politique nationale de santé
PPAC	: Plan pluriannuel complet (PEV)
PPLS2	: Projet polulation et Lutte contre le SIDA 2
PRA	: Pharmacie régionale d'approvisionnement
PRDS	: Plan régional de développement sanitaire
PSDRHS	: Plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé
PSLS	: Programme Sectoriel de lutte contre le sida
PTF	: Partenaires techniques et financiers
PTME	: Prévention de la transmission mère-enfant (VIH/sida)
RCS	: Responsable de centre de santé
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitat
RHS	: Ressources humaines pour la santé
RMA	: Rapport mensuel d'activité
SASDE	: Stratégie d'accélération pour la survie et le développement du jeune enfant
SBC	: Service à Base Communautaire
SFDE	: Sage-femme diplômée d'état
SG	: Secrétariat général / Secrétaire général
SIS	: Système d'Information Sanitaire
SONU	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SONUB	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de Base
SONUC	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence Complets
SRO	: Solution de Réhydratation Orale
SSP	: Soins de Santé primaires
UE	: Union européenne
UNICEF	: Fonds des Nations Unies Pour l'Enfance
ZR	: Zone de responsabilité

PREFACE

Depuis une dizaine d'années, le Tchad avec l'aide de ses partenaires a fait un effort considérable pour favoriser l'accès de la population à des soins de santé de qualité en vue de l'atteinte des OMD 4, 5 et 6. Les résultats de cet engagement s'est traduite par entre autres l'augmentation de la couverture sanitaire, le développement des ressources humaines et la subvention au fonctionnement des structures administratives et opérationnelles. Malheureusement, force est de constater que les indicateurs demeurent toujours en deçà des attentes.

Cette situation s'explique en partie par le fait que les progrès actuellement accomplis ne sont pas suffisants et en particulier, n'ont pas touché le volet participation communautaire qui n'a pas évolué depuis sa mise dans les années 1990. Il faut noter que plusieurs études ont montré que « les communautés peuvent améliorer leur santé lorsqu'elles ont les connaissances, les outils, les compétences et le soutien technique nécessaire à la mise en œuvre d'interventions durables à faible coût ».

La population tchadienne étant essentiellement rurale (78 %, RGPH 2009), avec une couverture sanitaire certes améliorée mais toujours insuffisante (81%, annuaire des statistiques 2012), le renforcement de la participation communautaire, avec une attention particulière sur le développement des services à base communautaire se justifie.

A cet effet, une Politique Nationale de Santé Communautaire a été élaborée, validée et adoptée par tous les partenaires du secteur de la santé le 21 mai 2014. Elle met à la disposition des intervenants dans ce secteur, un cadre pour l'implication de la communauté dans la résolution de ses problèmes de santé avec des orientations stratégiques adaptées au contexte du pays et des mécanismes efficaces pour le suivi et l'évaluation.

Ainsi, tout développement d'un programme de santé au Tchad doit s'inspirer et s'intégrer dans cette nouvelle politique.

Aussi, je tiens, au nom du Gouvernement, à adresser mes sincères remerciements à tous les partenaires notamment l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, l'Union Européenne, la Banque Mondiale, la Coopération Suisse, les ONGS Nationales et Internationales et à la société civile et les représentants des communautés pour leur contribution au processus de l'élaboration, de la validation et l'adoption de cette politique.

J'exprime également ma reconnaissance à l'OMS, à l'Union Européenne et à WORLD VISION pour leur appui financier à l'élaboration de cette politique.

Enfin j'exprime ma gratitude à mes collaborateurs qui ont contribué à la rédaction de ce document.

NDjaména le

Dr NGARIERA RIMADJITA

1. INTRODUCTION

Pour faire face à des indicateurs de santé alarmants, le MSP a décidé de redynamiser la participation communautaire. En effet des efforts importants ont été réalisés par le gouvernement Tchadien et ses partenaires dans le domaine de la santé en vue de l'atteinte des OMD 4, 5 et 6, mais les résultats demeurent très insatisfaisants :

- Couverture des accouchements assistés : 28.43%, (annuaire des statistiques sanitaires 2012)
- Taux d'utilisation CPN1:62,83 %%, (annuaire des statistiques 2012)
- Taux de mortalité maternelle : 1084 décès pour 100 000 naissances vivantes (RGPH2 2009)
- Taux de mortalité infantile : 109‰ (MICS 2010),
- Taux de mortalité infanto juvénile : 180‰ (MICS 2010),
- Taux d'utilisation de service de santé : 0.19 NC / an / hab. (annuaire des statistiques sanitaires 2012).

Pour inverser la tendance des indicateurs ci-dessus l'implication de la communauté est indispensable .La population Tchadienne étant essentiellement rurale (78 %, RGPH2, 2009) et mal couverte par les services de santé de premier échelon (81%, annuaire des statistiques 2012), le renforcement de la participation communautaire semble se justifier. Cette approche a toujours été prise en compte dans les documents de politique nationale de santé et les plans nationaux de développement sanitaire.

Cependant le système de participation communautaire basé sur les COSAN , les COGES et les relais communautaires mis en place jusque-là n'a pas été très satisfaisant. Les évaluations ont montré que ces faibles performances peuvent s'expliquer par des insuffisances aux niveaux suivants :

- l'appropriation de l'approche par les communautés pour la résolution de leurs problèmes de santé ;
- le suivi et évaluation des interventions par le service de santé,
- le renforcement des compétences des représentants des communautés,
- la coordination des interventions communautaires.

Pourtant plusieurs études ont montré que « les communautés peuvent améliorer leur santé lorsqu'elles ont les connaissances, les outils, les compétences et le soutien technique nécessaire à la mise en œuvre d'interventions durables à faible coût ».

Le MSPASSN a décidé de relancer le partenariat avec les communautés par la définition de cette Politique Nationale de Santé Communautaire qui sera suivi par l'élaboration des documents techniques.

La méthodologie utilisée pour l'élaboration du document a été t participative avec l'implication de tous les acteurs.

Le document est structuré comme suit :

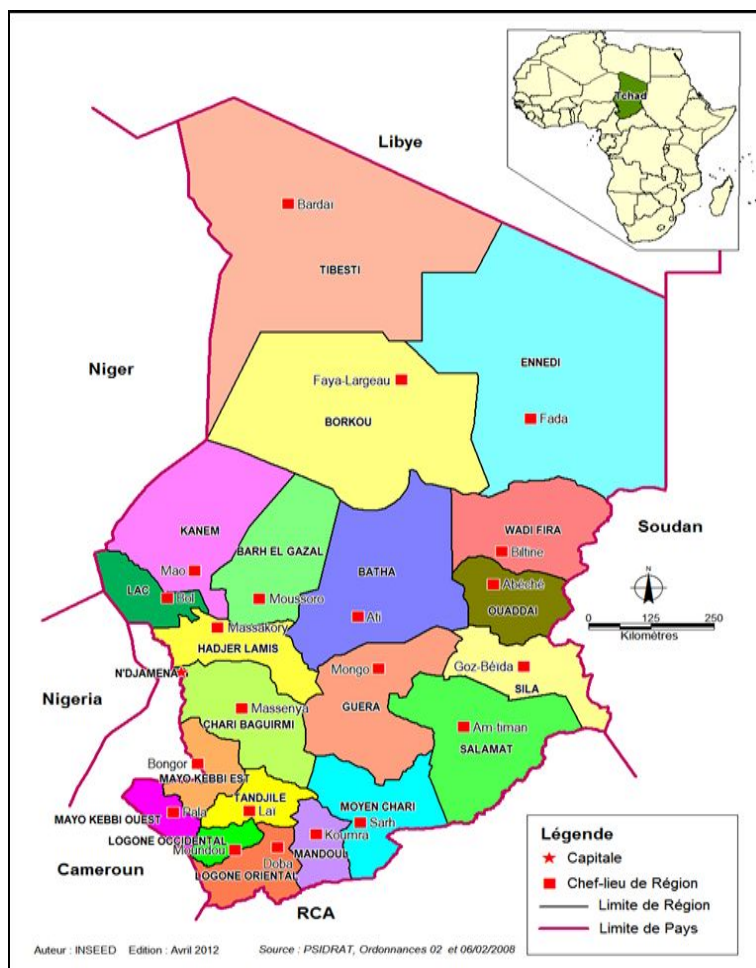
- 1) L'analyse de situation de la participation communautaire;
- 2) Les fondements, valeurs et principes ;
- 3) Les orientations stratégiques et les interventions ;
- 4) Les modalités de mise en œuvre et de suivi-évaluation.

2. ANALYSE DE SITUATION

2.1. Contexte général

Situé au centre nord de l'Afrique, le Tchad couvre une superficie de 1 284 000 km². Il compte en 2012 : 23 régions, 63 départements et 251 sous-préfectures (Figure 1). C'est un état unitaire décentralisé mais l'organisation administrative est encore fortement marquée par la centralisation des services de l'Etat dans la capitale.

Figure 1 : carte administrative du Tchad



Selon les projections réalisées dans le cadre du Recensement Général de Population et de l'Habitat (RGPH2, 2009), la population est estimée en 2013 à 12.680.772 habitants sur la base d'un taux d'accroissement de 3.6% Elle est répartie comme suit : sexe masculin 49,39%, sexe féminin 50,61%, citadins: 21,9%, ruraux 78,1%, nomades 3,4%. La densité de la population est de 9,53 hab. /km², variant de 0,33 hab. /km² au Borkou -Tibesti à 99,28 hab. / km² au Logone occidental.

Le pays compte une mosaïque 256 ethnies qui constituent 12 principaux groupes linguistiques et 2 langues officielles (le français et l'arabe). Concernant les religions, les musulmans représentent 58,4% de la population, les catholiques : 18,5%, les protestants : 16,1 %, les animistes : 4,0% et les autres religions.

Le Tchad est découpé en trois zones climatiques : au nord, le désert (60% du territoire), avec moins de 200 mm de pluie par an, au centre, le sahel (30% du territoire), avec une pluviométrie comprise entre 200 et 800 mm et enfin au sud la zone soudanienne (10% du territoire national), avec une pluviométrie entre 800 et 1200 mm par an (source : PNDS2 2013 -2015).

Sur le plan économique, en 2011, le Tchad est classé au 183ème rang sur 187 avec un indice de développement humain (IDH) de 0,346 (PNUD 2008, 2009, 2010, 2011) ; son PIB est de 494 500 FCFA par habitant et par an (INSEED, Ministère des Finances) et 48,5% des Tchadiens vivent en dessous du seuil de pauvreté établi à 236 471 FCFA par tête et par an (ECOSIT3, 2011).

En ce qui concerne l'éducation, le taux brut de scolarisation est de 68,3 % (RGPH2 2009), réparti entre 75 % pour garçons et 61.4 % pour les filles.

Dans le domaine de la santé, l'organisation sanitaire est à 3 niveaux : Central, intermédiaire et , l et périphérique, conférant à ce dernier un rôle essentiel dans la mise en œuvre du paquet minimum d'activités (PMA) au niveau des centres de santé et un paquet complémentaire d'activités (PCA) au niveau des hôpitaux de districts. En 2012, on compte 102 districts sanitaires dont 72% sont fonctionnels et 1305 zones de responsabilité dont 80% sont fonctionnels.

le Gouvernement a fait des efforts ces dernières années en terme de mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières (augmentation de la couverture sanitaire, gratuité des soins, recrutement du personnel, fonctionnement de l'administration sanitaire...) mais les indicateurs de santé demeurent toujours très insatisfaisants (tableau 1).

Tableau 1 : Indicateurs démographiques

Indice synthétique de fécondité (ISF)	7,1 (RGPH22009)	
Taux global de fécondité Générale (TGFG)	225,6 pour 1000 (RGPH2)	
Taux brut de natalité (TBN)	49,6 pour 1000 (RGPH2)	
Accouchements attendus	4,1% (RGPH 2)	
Taux de mortalité infanto juvénile	180 p. mille 2010 (MICS)	
Taux brut de mortalité (TBM)	16,8 pour 1000 (RGPH 2)	
Taux de mortalité infantile	109 pour 1000 en 2010 contre 103 pour 1000 en 1996/1997	
Taux de mortalité maternelle	1084 pour 100 000 NV en 2009 (RGPH2) contre 1099 pour 100 000 NV en 2004 (EDST2)	
Espérance de vie	Homme	51,6 ans (RGPH2)
	Femme	53,4 ans (RGPH2)

2.2. La participation communautaire prônée par le MSPASSN

2.2.1. Historique de la participation communautaire

Après les indépendances des années 60, les pays en voie de développement ont connu une certaine croissance économique grâce aux ressources internes et à l'aide extérieure, ce qui leur a permis d'assurer la gratuité des soins aux populations.

Autour des années 70, ces pays sont confrontés à une rapide dégradation de la situation économique entraînant une forte diminution des dépenses de santé.

Face à cette situation, la Déclaration de Alma Ata de 1978 « santé pour tous en l'an 2000 » a suscité un grand espoir. Elle a défini les « Soins de Santé Primaires » (annexe 3) en donnant un rôle major à la communauté dans la recherche de solutions aux problèmes de santé de la population. Tous les pays sont invités à baser leur Politique Nationale de Santé sur les soins de santé primaires (SSP).

En 1987, les Ministres de la santé africains approuvent « l'Initiative de Bamako », stratégie de développement sanitaire basée sur la participation communautaire afin d'améliorer le financement, la gestion et la qualité des soins.

Le résultat attendu de la participation communautaire est l'augmentation de l'utilisation des services par les populations à travers la disponibilité des médicaments, la qualité des soins, l'accessibilité des soins et la pertinence des interventions.

Dans les années 1980, la communauté participait à la mise en œuvre des activités de santé à travers les agents de santé villageois : ils étaient formés et certains détenaient des cases de pharmacies afin de donner les premiers soins concernant la fièvre, la plaie, la conjonctivite..., avant l'orientation vers les CS.

Ces agents de santé commençaient à faire la rétention des malades au lieu de référer ceux qui dépassaient leur domaine de compétence alors le MSP a décidé de mettre fin à leurs activités. Une des raisons de l'échec de cette expérience est l'insuffisance de leur encadrement et de leur supervision par le système de santé qui n'était pas non plus bien structuré à 3 niveaux comme actuellement.

2.2.2. Cadre institutionnel et réglementaire

Le recouvrement des coûts a toujours été pratiqué par les structures confessionnelles pendant que dans les formations sanitaires publiques on pratiquait la gratuité des soins depuis l'indépendance. La planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités de même que la gestion des ressources étaient assurées entièrement par la structure sans associer la population.

Ce n'est qu'à partir de la sortie des textes sur la participation communautaire que la population est associée à la mise en œuvre des activités à différents degrés. Un certain nombre de textes réglementaires ont été produits, notamment :

- l'Arrêté n° 074/MSP.SE.DG.89 a créé un Comité de conception d'un système de recouvrement des coûts de la santé ;

- L'Arrêté n° 003/MSP/DG/94 a institué la participation Communautaire aux coûts de la santé, consistant à la participation aux coûts et à la gestion des soins de santé à tous les niveaux ;
- La loi N° 019/PR/99 instituant la participation Communautaire aux soins de santé, consistant à faire participer la Communauté aux coûts, à la Planification, à la gestion et à l'évaluation des services de santé à tous les échelons de la pyramide sanitaire ;
- le Décret N° 364/PR/MSP/2001 porte sur l'Organisation de la participation communautaire aux coûts de la santé.

Selon l'arrêté n° 003/MSP/DG/94 instituant la participation communautaire, « le système de participation communautaire consiste à faire participer la communauté aux coûts et à la gestion des soins de santé qu'elle reçoit à des échelons de la pyramide sanitaire » Les objectifs poursuivis sont :

- 1) la maîtrise des coûts actuels payés par la population pour accéder aux soins médicaux,
- 2) la réduction des charges financières du Ministère de la santé publique grâce à une participation financière de la population concernée au niveau des structures sanitaires.

La loi N° 019/PR/99 instituant la participation Communautaire précise que « le système de participation communautaire consiste à faire participer la communauté aux coûts, à la planification, à la gestion et à l'évaluation des services de santé à tous les échelons de la pyramide sanitaire ». La Loi précise également que : « La planification, la gestion et l'évaluation des services de santé se feront en partenariat entre l'Etat et les populations représentées par les comités de Santé et les responsables locaux du MSP ».

Le décret N° 364/PR/MSP/2001 portant sur l'Organisation de la participation communautaire aux coûts de la santé dit ceci : « Le principe de la participation communautaire consiste à faire participer la communauté au système de recouvrement des coûts, à la planification, à la gestion et à l'évaluation des services de santé ». Les objectifs visés sont :

- 1) Améliorer le PMA et le PCA,
- 2) Maîtriser les coûts payés par la population pour accéder aux soins ;
- 3) Améliorer la gestion des ressources des structures sanitaires.

Les différents textes sur la participation communautaire mettent l'accent sur la participation au financement des services de santé. L'Etat autorise les formations sanitaires à ne plus verser leurs recettes au trésor public mais à les utiliser pour le renouvellement des stocks de médicaments et à couvrir les frais de fonctionnement. A cet effet des tarifs des prestations et des médicaments ont été fixés par le MSP par arrêté n° 362 /MSP/SG/DGAS/DPML/ portant harmonisation de la tarification des actes et des médicaments dans les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement, les hôpitaux et les Centres de santé du 02 /11/2003.

Les textes parlent aussi de la participation à la planification et à l'évaluation des services de santé mais sans préciser les modalités et les motivations qui pousseraient la population à venir participer à ladite gestion. .

Au niveau central, le service en charge de la participation communautaire se trouve, à la Direction de l'Organisation des Services de santé(DOSS) plus précisément dans la division de la participation communautaire. les attributions de cette division sont :

- La conception des documents de formations,

- La formation des formateurs,
- Le suivi et évaluation des activités,
- La coordination des interventions,
- La définition des normes dans le domaine de la participation communautaire.

2.2.3. Le fonctionnement des structures de la participation communautaire

Conformément aux textes, la population de la zone de responsabilité (ZR) couverte par le centre de santé est invitée à élire ses représentants qui constituent le Comité de Santé (COSAN). Ce dernier peut avoir un statut d'Association à but non lucratif officiellement reconnue par l'autorité compétente s'il en fait la demande. Le COSAN met en place un bureau exécutif dénommé Comité de Gestion (COGES).

Les membres des comités de gestion sont formés par le service de santé sur un programme qui comprend la gestion des ressources (finances et médicaments), la politique de santé et la gestion des activités (contenu du PMA).

En réalité les membres des comités de santé ne sont pas toujours représentatifs de la population de la zone de responsabilité car ils sont souvent désignés par le chef de village. La reconnaissance des COSAN en tant que associations sans but lucratif est très rare par manque de démarche administrative à cet effet. Les évaluations de la participation communautaires faites en 1999 et en 2005 montrent que les COSAN ne sont pas vraiment fonctionnels : très peu de réunions et encore moins avec compte rendu.

Afin d'associer la société civile dans la gestion de toutes les structures de santé, le MSP a mis en place des conseils de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire : niveau central, régional, de district, de la zone de responsabilité. Ces organes comprennent les représentants du MSP, des départements ministériels, de la population, des religieux et ont un rôle consultatif. Sur le terrain ces organes se réunissent très rarement.

2.2.4. Le financement communautaire des services de santé

A travers le paiement des soins et des médicaments, la communauté participe au financement des services de santé. Elle participe à la gestion des ressources financières, matérielles et des Médicaments par l'intermédiaire du COGES. Les recettes provenant de la participation communautaire servent à renouveler le stock des médicaments et à couvrir une partie des dépenses de fonctionnement.

Le tableau ci-dessous montre que le financement par la population s'est stabilisé autour de 2 milliard depuis 7 ans. Elles proviennent pour la plupart de la vente des médicaments. Le financement des services de santé par la population présente donc ses limites : malgré l'augmentation des populations, la mobilisation des ressources financières reste limitée Elle a augmenté de 2001 à 2009 mais depuis cette date, la tendance plutôt est à la baisse (tableau 2).

Tableau 2 : recettes et les dépenses de participation communautaire

Années	Recettes	Dépenses	Résultat
--------	----------	----------	----------

2001	1 063 419 898	901 822 146	161 597 752
2002	1 226 293 052	1 041 387 310	184 905 742
2003	1 594 865 521	1 431 589 357	163 276 164
2004	1 704 908 530	2 202 560 453	-497 651 923
2005	2 132 791 508	2 055 629 195	77 162 313
2006	1 624 239 030	1 306 616 761	317 622 269
2007	3 157 093 187	1 834 343 252	1 322 749 935
2008	2 027 414 688	2 131 543 438	-104 128 750
2009	3 345 922 818	1 376 325 355	1 969 597 463
2010	2 082 576 943	1 882 780 523	199 796 420
2011	2 681 310 332	3 331 394 616	-650 084 284
2012	2 852 394 501	2 427 916 947	424 477 554

Les médicaments constituent la rubrique des dépenses la plus importante ; la disponibilité des médicaments est améliorée mais les ruptures de stocks sont toujours constatées. Les autres facteurs qui favorisent ces ruptures de stock sont les problèmes de gestion et les faibles capacités des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) et de la Central Pharmaceutique d'Achat (CPA).

La population est effectivement impliquée dans la gestion des ressources financières Elle est responsable de la gestion de la trésorerie et le Président du COGES est l'ordonnateur des dépenses. Le gérant de la pharmacie est recruté par le COGES.

Les évaluations ont relevé des problèmes de gestion des fonds qui n'est pas toujours transparente.

2.2.5. La Participation aux activités de santé

Les comités de santé sont impliqués dans la micro planification des CS mais ce sont des activités qui ne sont pas systématiques et souvent limitées à certaines activités appuyées par les programmes nationaux, notamment le PEV. Ces activités sont initiées par le service de santé et la population demande souvent des motivations pour y participer. Le bénévolat qui est prôné par la participation est en général mal accepté.

Les activités d'éducation et de promotion de la santé définies par le MSP pour les COSAN ne sont pas réalisées, pour des raisons de compétences (formation insuffisante) mais aussi de motivation.

Peu d'initiatives sont entreprises par la population pour la recherche des solutions à ses problèmes de santé, son rôle se limite à répondre aux sollicitations du service de santé.

2.3. Autres formes de participation communautaire

2.3.1. Les accoucheuses traditionnelles

Sur la base du fait que les accouchements normaux peuvent être assurés par les membres de la communauté avec un risque limité, les partenaires et le MSP ont formé et encadré les matrones dans toutes les localités. Elles sont autorisées à faire des accouchements dans les ménages et dans les formations sanitaires en appui au personnel de santé qui est en nombre très insuffisant.

Le constat actuel est que la mortalité maternelle demeure très élevée et les décès au cours ou après les accouchements assurés par les matrones y contribuent. Ainsi, l'orientation actuelle est de promouvoir les accouchements dans les formations sanitaires par du personnel qualifié.

2.3.2. Les relais communautaires.

Les relais communautaires sont des membres de la communauté qui sont recrutés par les partenaires (UNICEF, BASE, WORLD VISION, CROIX rouge du Tchad, MSF, programme d'éradication du ver de guinée, le PNLP, Care International, PNLT, programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, PEV, CNNTA...) ou le MSP et formés pour des tâches bien précises, exemples :

- UNICEF :
 - o Journées Nationales de Vaccination : mobilisation sociale;
 - o Campagne de distribution des moustiquaires : communication pour le changement de comportement, dénombrement de la population et distribution des moustiquaires ;
 - o Chimio prévention du paludisme dans 3 districts: création des sites communautaires (un site couvre 2500 habitants),
 - o Diagnostic et traitement ;

Ces relais disposent de vélo comme moyen de déplacement
- MSF : Chimio prévention du paludisme dans le district de Bongor et de Moïssala: (diagnostic et traitement) ;
- BASE : environ 1000 relais dans le domaine de la santé de la reproduction dans 3 districts depuis 2011 ; leur rôle était d'identifier et accompagner les femmes à la CPN et aux accouchements et d'identifier et orienter les fistules vésico-vaginales dans les centres de traitement ;

- Croix Rouge du Tchad :
 - o Malnutrition : dépistage et prise en charge des malnutris comprenant la référence au centre nutritionnel ;
 - o Hygiène et assainissement : communication pour le changement de comportement.
- WORLD VISION : utilisation des relais dans le domaine de la prise en charge des malnutris (dépistage et prise en charge : 1 relais pour 30 ménages), dans le domaine scolaire et pour les vaccinations (mobilisation sociale et participation à la vaccination en avancée);
- Programme d'éradication du ver de guinée : dépistage, accompagnement des cas suspects au CS,
- PNLP: campagne de distribution des moustiquaires et de produits CPS: mobilisation sociale, dénombrement, et la motivation est de 2 500 frs par jour ;
- Programme National de lutte contre l'Onchocercose : couvre 7 régions du sud du pays et 3 250 villages avec 14 000 agents communautaires (1 relais pour 100 cibles), leur rôle est la mobilisation sociale et la distribution d'ivermectine ;
- Programme National de lutte contre la tuberculose ;plus de 400 relais formés pour le suivi des malades et la récupération des perdus de vue . Cette activité est arrêtée mais sera relancée après la validation du nouveau plan stratégique nationale de lutte contre la tuberculose ;

- ❑ Programme de lutte contre la cécité : sensibilisation et mobilisation sociale pour les caravanes pour les interventions des cataractes ;
- ❑ Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques : distribution des mébendazoles pour le déparasitage, de SRO et de zinc ;
- ❑ PEV : journées nationales de vaccination : mobilisation sociale, vaccination ;
- ❑ PPLS2 : Mobilisation d'environ 2000 relais communautaires dans le cadre de la santé de reproduction et de la lutte contre le sida.

Le recrutement des relais communautaires passe en général par le système de santé (district et CS), mais aussi à travers les leaders communautaires notamment le chef de village.

Le profil de l'agent communautaire est lié à la tâche à accomplir. Pour remplir une fiche, il faut savoir lire, écrire et compter, ce qui n'est pas nécessaire pour ranger les enfants ou faire la mobilisation sociale. On peut rencontrer des relais qui sont des élèves, des enseignants, du personnel de la santé, des membres des comités de santé, des personnes de passage ou des résidents, etc.

La motivation est souvent financière comme dans le cas du programme paludisme et les vaccinations (2 500 frs par jour) et le programme de lutte contre le ver de guinée (25 000 frs pour chaque cas dépisté et amené au CS). Certains partenaires fournissent un vélo, (WORLD VISION, UNICEF...), d'autres demandent à la communauté de trouver un moyen pour motiver l'agent communautaire en espèce ou en nature (programme onchocercose).

Les partenaires qui ont utilisé les relais communautaires se disent en général satisfaits des prestations. Il faut dire qu'il s'agit souvent d'une activité très précise, limité dans le temps, avec un agent bien formé, motivé et supervisé.

Le gros problème est le manque de coordination des relais communautaires. Chaque partenaire recrute avec ses critères, des agents communautaires qui ne représentent pas toujours leur communauté.

2.4. Le rôle du MSP dans la participation communautaire

La participation communautaire devrait être suivie par le MSP à tous les niveaux :

- ❑ l'infirmier du CS devait assurer une cogestion parfaite et transparente avec le COSAN et COGES et en rendre compte au MCD ; il assure les fonctions de secrétaire du COGES;(SG du COSAN ?)
- ❑ Le MCD assure la formation des COSAN/COGES et doit superviser leurs activités et leur gestion ;
- ❑ Le DSR est chargé de veiller à ce que la participation communautaire se déroule comme prévu par la politique national de santé.
- ❑ Au niveau central, le service de la participation communautaire est chargé de la conception de la politique de participation communautaire, des outils de gestion et des documents de formation et de la formation des formateurs.

Les activités de suivi-évaluation qui devaient être menées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ont été plutôt insuffisantes.

La cogestion au niveau du centre de santé est souvent mal assurée : les acteurs ne comprennent pas toujours leur rôle ce qui entraîne des conflits.

Les supervisions de l'équipe cadre de districts et de la DSR sont insuffisantes et ne consacrent pas le temps nécessaire au suivi de la cogestion et de la participation communautaire.

Le niveau central mène peu de réflexions sur la problématique de la participation communautaire, et de l'évaluation (la dernière date de 2005). Les manuels de formations existants ont besoin d'être révisés....Il faut observer que très peu de ressources financières, humaines et matérielles sont consacrées au développement de la participation communautaire à tous les niveaux. Il est difficile de définir le budget consacré par le MSP à ce volet.

D'une manière globale, on observe une insuffisance de documents de référence qui règlementent la santé communautaire et le développement des SBC dans le pays.

2.5. Analyse de la participation communautaire

Plusieurs pays africains comme le Tchad misent sur la santé communautaire pour aider à l'atteinte de leurs objectifs en matière de santé et ont adopté leurs propres stratégies. Ces initiatives ont été renforcées par la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, à laquelle les Etats membres de l'OMS ont adhéré en Avril 2008. Cette Déclaration réaffirme la pertinence de l'implication, de la participation et de l'autonomisation des communautés dans l'optique du développement sanitaire en vue d'améliorer leur bien-être, et reconnaît l'importance des partenariats fondés sur la concertation, en particulier avec la société civile, le secteur privé et les partenaires de développement.

Les récentes évaluations mondiales sur la santé, notamment celles menées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 2008), déplorent la non-atteinte des objectifs fixés pour la mise en œuvre des soins de santé primaires. Les soins de santé primaire sont identifiés comme levier important pour renverser la tendance face aux problématiques des programmes du système sanitaire des pays. Cependant, leur mise en œuvre bute souvent sur l'insuffisance d'agents de santé qualifiés et la faible couverture sanitaire, limitant l'accès de la communauté aux services de santé de base. L'implication de la communauté dont l'Agent Communautaire est le principal acteur, figure parmi les stratégies pour résoudre ces problèmes. En effet, les différentes évaluations des activités des agents communautaires montrent que leurs services contribuent au bien-être de la population, sont jugés moins coûteux et encourageant la participation locale, pouvant ainsi concourir à l'augmentation de l'utilisation des services par les plus vulnérables

La participation communautaire basée sur les COSAN et les COGES n'a pas donné des résultats attendus probablement parce qu'elle répond surtout à la préoccupation qu'ont de nombreux intervenants d'améliorer l'efficacité et l'impact de leurs interventions. De nombreux programmes de santé ou autres, se sont avérés des échecs car les services qu'ils fournissaient et que leurs promoteurs estimaient pertinents et adéquats, n'étaient pas ou peu utilisés par la population. Tumwine (1989) relate une expérience de participation communautaire au Zimbabwe, dans laquelle la participation visait à faire adhérer la population à un programme conçu par des professionnels dont l'attitude vis-à-vis de la population était paternaliste et où la population était perçue comme non motivée, non

coopérative et peu disposée à participer si elle ne suivait pas les instructions qui lui étaient données. Une autre dimension de nature plus instrumentale prévaut chez bon nombre de promoteurs de la participation communautaire et se retrouve dans plusieurs modèles, à savoir le souci de voir les interventions ou les programmes recueillir l'adhésion de la population pour que le nombre d'utilisateurs soit maximal et que l'intervention soit jugée «coût efficace ». Dans sa recomposition de la participation communautaire perçue par les professionnels de la santé au Bénin, Sagbohan (1991) note que c'est «avant tout un moyen, une stratégie voulue et recherchée pour rationaliser les services de santé et étendre la couverture en soins de santé au plus grand nombre possible à un coût qui leur soit abordable». Cette perspective cohabite également avec celle qui considère la participation communautaire comme un levier pour le développement des communautés.

La Participation communautaire est définie comme «un processus par lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté» (UNICEF/OMS, 1978).

Ces distinctions entre la participation communautaire de nature instrumentale et celle où les enjeux sont plus de nature politique et, à l'intérieur de cette dernière, l'ampleur des enjeux, transformation sociale ou redistribution plus consensuelle du pouvoir, amènent à proposer trois logiques à la base de la participation communautaire : utilitariste, démocratique et conscientisation ou renforcement de pouvoir.

La définition des SSP donne à la communauté un rôle central : d'une part, c'est par la participation communautaire que les SSP pourront être mis en œuvre et d'autre part, la participation communautaire constitue une finalité ou tout du moins une composante importante du développement global. La participation communautaire est à la fois un processus et une finalité, le premier concourant à la deuxième.

Au Tchad, depuis plus d'une décennie, l'approche communautaire a été mise en œuvre à travers plusieurs programmes de santé à travers les relais communautaires. Etant en contact permanent avec la population, ces derniers contribuent généralement à l'atteinte des objectifs immédiats des programmes de santé même s'ils n'ont pas de termes de référence précis. Cependant, ces initiatives sont disparates, souvent ponctuelles, donnant l'impression que les activités communautaires sont limitées dans le temps et dans leurs impacts.

Les interventions à base communautaire sont à l'origine d'une plus grande implication de la communauté dans la prise en charge de leur santé, ce qui peut faciliter l'adoption de comportements favorables à la santé. Cependant, ces interventions ne sont pas conduites suivant un cadre de référence et sont mal réparties sur l'ensemble du territoire. Les résultats de leurs interventions sont non documentés car le système de suivi et d'évaluation est mal défini.

Concernant le financement communautaire des services de santé, l'intervention du MSP à travers la gratuité des soins devrait permettre la réorientation de cette responsabilité de la communauté mais cela nécessite une étude.

L'amélioration du financement de la santé par le gouvernement devrait faciliter la prise en compte des vrais enjeux qui sont l'appropriation des programmes de développement par la population, la considération de l'approche communautaire comme une stratégie prioritaire et non comme une alternative palliative et le développement de l'autonomisation des communautés pour leur développement.

2.6. Forces et faiblesses de la santé communautaire

L'analyse situationnelle de la participation communautaire a relevé des forces mais également des insuffisances.

2.6.1. Forces

Les points forts du processus de développement de la participation communautaire se rapportent à:

- 1) la couverture géographique de la PC à l'échelle nationale ;
- 2) la participation effective au financement des services de santé;
- 3) la participation à la mise en œuvre des activités à travers les relais communautaires ;
- 4) la formation des membres des COSAN et des relais communautaires par le MSP et les partenaires ;
- 5) l'existence des textes portant création et organisation de la participation communautaire.

2.6.2. Faiblesses

Les faiblesses suivantes sont relevées dans la mise en œuvre de la participation communautaire :

- 1) les représentants des communautés qui sont au sein des comités de santé sont souvent mal élus, ne jouent pas leur rôle d'interface entre le service de santé et leurs populations ;
- 2) les interventions des relais communautaires ne sont pas planifiées dans la durée;
- 3) les interventions à base communautaire ne sont pas planifiées pour couvrir l'ensemble du pays ;
- 4) la plupart des intervenants ne communiquent pas entre eux et les paquets d'interventions mis en œuvre sont très différents ;
- 5) la coordination des interventions à base communautaire est insuffisante à tous les niveaux du système de santé ;
- 6) le suivi et la supervision des activités de la participation communautaires demeurent peu satisfaisants ;
- 7) les outils de collecte et de rapportage des données sont multiples et complexes. De plus, les données recueillies au niveau communautaire ne sont pas prises en compte dans la planification des activités de santé encore moins dans le système national d'information sanitaire (SNIS) ;
- 8) le PMA communautaire, les normes sont inexistantes ;
- 9) les documents de formation des agents communautaires ne sont pas à jour.

2.7. Opportunités et menaces liées au développement de la santé communautaire

Le développement de la santé communautaire comporte plusieurs opportunités, mais également des menaces.

2.6.1. Opportunités

- l'existence d'une volonté politique manifestée par l'intérêt porté à la santé communautaire et traduite par la décision d'élaboration de la PNSC ;
- le capital important d'expériences en matière de participation communautaire;
- l'existence d'un nombre important d'ONG et d'associations qui utilisent t les services à base communautaire ;
- l'appui et l'accompagnement des PTF pour le développement des services à base communautaire ;
- l'existence d'une politique d'approvisionnement en médicaments essentiels;
- l'existence d'une politique de contractualisation dans le domaine de la santé.

2.6.2. **Menaces**

Les menaces qui pèsent sur le développement de la participation communautaire sont :

- la faible croissance économique ;
- la pauvreté des populations ;
- le faible niveau d'instruction des populations ;
- les pesanteurs socioculturelles.

2.8. Problèmes prioritaires et défis

Les problèmes prioritaires qui se dégagent de l'analyse de la santé communautaire sont les suivants:

Insérer un problème prioritaire avec pour défi la restructuration du COSAN à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

2.7.1. **Problème prioritaire 1**

Des disparités importantes dans la couverture en SBC existent selon les programmes mis en œuvre, selon les expériences pilotes et selon les partenaires. Cette situation s'explique par la « verticalisation » des programmes et la mise en œuvre non standardisée du PMA. Il n'existe pas non plus de continuité dans les services à base communautaire.

Cette situation a pour conséquences une insuffisance dans l'offre, dans l'accès et dans l'utilisation des SBC, la persistance des comportements à risque, une morbidité et une mortalité élevées.

Défi 1 : une meilleure couverture en services de santé à base communautaire.

2.7.2. **Problème prioritaire 2**

Les mécanismes de motivation des relais communautaires ne sont pas pérennes et différents d'une région à une autre et au sein d'une même région, selon les programmes mis en œuvre.

Concernant les membres des COSAN, on constate également l'inadaptation et l'insuffisance de la motivation ainsi que leur faible valorisation.

Cette situation s'explique par l'absence de normes et de directives en la matière, la verticalisation des programmes, la faiblesse de la participation communautaire et la faible mobilisation des ressources en faveur de la participation communautaire.

La conséquence de ceci est la mobilité et la faible disponibilité des relais communautaires et les insuffisances observées dans le fonctionnement des COSAN.

Défi 2 : l'harmonisation et la pérennisation des mécanismes de motivation des acteurs de la participation communautaire.

2.7.3. Problème prioritaire 3

Les ASC sont en nombre insuffisant, sont mobiles et ne disposent pas de toutes les compétences requises pour dispenser le PMA/SBC.

Le ratio de 2 agents de santé par village utilisé pour la mise en place des COSAN n'est plus forcément adapté pour les agents de santé communautaires à cause des nombreuses sollicitations des différents programmes, du système de motivation non pérenne et non harmonisé, du profil inadéquat d'ASC, des modules de formation différents, parfois incomplets et inadaptés, des durées de formation variables et très courtes, et une supervision non systématique des ASC.

Il n'y a pas de définition claire de l'agent de santé communautaire (ASB) en dehors des membres des COSAN ; on trouve plusieurs appellations entre autres l'accoucheuse villageoise, l'agent de santé de village, l'agent de distribution à base communautaire, l'agent de santé communautaire (appellation retenu pour le Tchad), le pair éducateur, le correspondant de vaccination et le relais communautaire. C'est

En conséquence, nous avons une faible qualité des acteurs de la participation communautaire, une faible performance des ASC et une confusion dans leurs rôles et dans l'offre des SBC.

Défi 3 : la disponibilité en quantité et qualité des ressources humaines en santé communautaire.

2.7.4. Problème prioritaire 4

Le dispositif institutionnel et réglementaire se caractérise par l'absence de textes, de cadres de concertation, de cadre conceptuel qui définit les liens entre les différents intervenants et leurs rôles respectifs dans le développement de la participation communautaire.

Cette situation s'explique par l'insuffisance de leadership du Ministère de la santé dans le développement de la participation communautaire, la faible opérationnalité de la division de la participation communautaire et la « verticalisation » des volets communautaires des programmes de santé.

Il en résulte une insuffisance de coordination et de planification des acteurs de la participation communautaire, une perte d'efficacité et d'efficience des interventions.

Défi 4 : le renforcement du dispositif institutionnel et réglementaire de la santé communautaire.

2.7.5. Problème prioritaire 5

Les représentants des communautés qui sont les COSAN ne sont pas très fonctionnels. Ils ne jouent pas correctement leur rôle d'interface, de cogestion de la formation sanitaire en participant à la gestion des ressources, la planification et l'évaluation des activités et la sensibilisation des communautés. Il n'y a pas d'appropriation pour la recherche de solution à leurs problèmes de santé.

Cela peut s'expliquer, en dehors de la motivation, par le fait que leur profil et leur rôle ne sont plus adaptés après plus de 20 ans d'existence ; le mécanisme d'élection n'est pas toujours transparent non plus.

Défi 5: La redynamisation des comités de santé et des populations afin qu'ils s'approprient de la recherche de solutions aux problèmes de santé.

3. FONDEMENTS, VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS

3.1. Fondements

La santé est un droit fondamental reconnu par la constitution du Tchad. Ainsi, le gouvernement a adhéré à la déclaration d'Alma Ata en s'engageant dans l'atteinte de l'objectif de « la santé pour tous en l'an 2000 » et des OMD en 2015. La PNSC trouve également son fondement dans l'Initiative de Bamako en 1987 sur la relance des SSP, les déclarations d'Addis-Abeba sur le renforcement de la participation communautaire et de Ouagadougou sur le renforcement des SSP et des systèmes de santé en Afrique.

Au plan national, la PNSC s'appuie sur la PNS, à travers toutes ses 6 orientations stratégiques. Elle se réfère également au PNDS 2013-2015.

3.2. Vision

Des populations qui s'approprient des efforts de développement socio-sanitaire pour un meilleur état de santé à travers des services de santé à base communautaire.

3.3. Valeurs et Principes directeurs

La PNSC est sous-tendue par les valeurs suivantes :

- l'équité,
- la solidarité,
- l'obligation de rendre compte,
- l'éthique,
- la probité,
- le respect de l'identité culturelle des communautés et des droits des usagers,
- le droit des populations à l'information sur la santé,
- l'approche genre et la bonne gouvernance.

La PNSC reconnaît d'emblée les principes fondamentaux des SSP qui sont :

- **Accessibilité** : géographique, financière et socio-culturelle ;
- **Recherche des solutions locales** : prise en compte des initiatives des membres de la communauté, promotion des bonnes pratiques locales identifiées et utilisation en priorité des ressources du terroir ;
- **Participation communautaire** : tous les individus doivent s'impliquer dans la résolution des problèmes de santé les concernant, à tous les stades du processus. Une bonne représentativité de la communauté, notamment lors de la prise de décision concernant la gestion des services de santé décentralisés, est un gage de succès des SBC ;
- **Habilitation (Empowerment)** : l'habilitation favorise l'appropriation et la durabilité des actions de santé par les individus et par la communauté. Lorsque ces derniers disposent de pouvoir pour agir, ils prennent conscience de leurs responsabilités dans la promotion de leur propre santé, se mobilisent et s'approprient les SBC qui se développent. Ils sont aussi capables de faire valoir leurs droits à la santé auprès des services de santé, de manière organisée et constructive, à travers une recherche constante de l'amélioration du fonctionnement des services de santé ;
- **Partenariat et collaboration intersectorielle** : pour réussir la mise en œuvre des SBC, le secteur de la santé doit nouer des partenariats avec les ONG/Associations, le secteur privé et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Par ailleurs, tous les secteurs de développement dont les actions ont un impact sur la santé des populations doivent contribuer pour un meilleur développement des services offerts dans la communauté, aux côtés des services de santé.

4. OBJECTIFS

4.1. Objectif général

Améliorer l'implication de la population à la résolution de ses problèmes de santé afin de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité.

4.2 Objectifs spécifiques

1. Renforcer le cadre institutionnel et réglementaire de la santé communautaire afin de la rendre performante
2. Redynamiser la participation communautaire
3. Assurer la couverture sanitaire en soins de santé communautaire de qualité à toutes les communautés .

5. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Les grandes orientations stratégiques concernent 4 volets :

1. Renforcement du cadre institutionnel et réglementaire de la santé communautaire;
2. Renforcement des capacités des communautés à prendre en charge efficacement leurs problèmes de santé.
3. Renforcement des capacités des acteurs à offrir des SBC de qualité ;
4. Accroissement de l'accessibilité des services de santé à base communautaire;

5.1 : Renforcement du dispositif institutionnel et réglementaire de la santé communautaire

5.1.1. Rendre disponibles les textes et règlements nécessaires à l'ancrage institutionnel des services de santé à base communautaire

Renforcement du cadre institutionnel et réglementaire des SBC

La composante communautaire fera désormais partie intégrante du système de santé. Son ancrage dans la pyramide sanitaire nécessitera le renforcement du cadre institutionnel et réglementaire existant. Les ASC qui sont sous tutelle technique du MSPASSN, seront placés, à travers la décentralisation, sous la tutelle sociale des comités de santé (COSAN). A cet effet, des textes juridiques, des normes et des directives seront élaborés pour mieux encadrer le développement des SBC. Le suivi et le contrôle de l'application de ces textes et directives seront également nécessaires pour garantir leur respect par les différentes parties prenantes.

5.1.2. Améliorer la planification des services de santé à base communautaire

Renforcement des mécanismes de planification des SBC

La planification des SBC se fera dans les cadres de planification qui existent dans le système de santé. A l'échelon central, des directives seront données dans le cadre de la planification des structures sanitaires. Aux niveaux intermédiaire et périphérique, la planification des SBC sera prise en compte dans le plan d'action de la délégation sanitaire et du district sanitaire. Les données communautaires seront prises en compte systématiquement dans la planification des SBC et intégrées dans le circuit du SIS. Des compétences des acteurs seront renforcées à cet effet.

5.1.3. Renforcer la collaboration intersectorielle et le partenariat pour une meilleure offre des SBC

□ *Alliance pour le développement des SBC*

Pour que la PNSC soit mise en œuvre efficacement, il est nécessaire de développer un partenariat stratégique et opérationnel nécessitant l'implication de plusieurs acteurs de développement (ministères, institutions d'enseignement et de formation, collectivités territoriales, communautés traditionnelles et religieuses, ONG et associations, groupes sociaux organisés, agences de financement, etc.). Pour une synergie d'actions, un plaidoyer sera envisagé en faveur d'une forte alliance pour le développement des services de santé offerts dans la communauté. Les conditions de cette collaboration seront précisées, à travers les cadres de concertation existant aux niveaux national, régional départemental et communal.

5.1.4. Améliorer les mécanismes de coordination des SBC

□ *Création de cadres de concertation au niveau national*

Au niveau national, la coordination des SBC sera assurée par la direction technique en charge de la santé communautaire conformément à ses attributions. Il sera mis en place au sein du ministère de la santé, un cadre de coordination interne entre cette direction et celles qui ont des volets communautaires de santé.

Il sera également créé un cadre de concertation technique regroupant les directions techniques concernées par la mise en œuvre des SBC, la société civile, les ONG/Associations et les PTF. Cette structure relèvera du comité technique de suivi du PNDS. La mise à jour de la cartographie des acteurs sera régulièrement faite.

La direction technique en charge de la santé communautaire veillera à la prise en compte des SBC dans les différents documents stratégiques du niveau central pour en assurer la cohérence et la synergie au sein du système de santé.

□ *Implication des structures décentralisées dans la coordination des SBC*

Dans le cadre de la décentralisation, les ASC seront placés sous la tutelle sociale des COSAN qui assureront la coordination et le suivi de leurs activités.

5.1.5. Promouvoir la recherche et l'utilisation des données probantes pour améliorer les services de santé à base communautaire

□ *Développement de la recherche sur les SBC*

Sous le contrôle du MSPASSN et en collaboration avec des institutions de formation ou de recherche, des études seront réalisées en partenariat avec les acteurs concernés. Les priorités de recherche sur les SBC seront identifiées et des protocoles seront élaborés et exécutés par le MSPASSN et ses partenaires.

A cet effet, les capacités du personnel du MSPASSN seront renforcées dans le domaine de la méthodologie de la recherche à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, pour mieux les impliquer dans la mise en œuvre de toute activité de résolution de problèmes sur les SBC. Des journées scientifiques sur la santé communautaire seront être organisées.

□ *Utilisation des données probantes sur les SBC*

Une bonne documentation sur les bonnes pratiques et des leçons apprises en matière de santé communautaire au Tchad comme ailleurs sera mise en place et enrichie continuellement

Les données probantes seront diffusées et utilisées pour décider du renforcement, de la modification ou du passage à l'échelle des SBC. Toute intervention de santé à base communautaire s'inspirera des évidences scientifiques portant sur des sujets similaires.

5.2. Renforcement des capacités des communautés à prendre en charge efficacement leurs problèmes de santé.

5.2.1. Amener la population à s'approprier des services de santé à base communautaire

Quatre actions aideront à l'appropriation des SBC par les représentants de la communauté: le plaidoyer pour l'appropriation des SBC par les autorités territoriales;

- la révision et l'élaboration des documents juridiques pour la participation communautaire;
- le renforcement des capacités des représentants de la communauté sur les SBC;
- La promotion de l'engagement des leaders et des réseaux communautaires.

□ *Plaidoyer pour l'appropriation des SBC auprès des autorités territoriales*

Un document de plaidoyer associé à un plan de mise en œuvre sera élaboré et les capacités des familles et des représentants de la communauté seront renforcées pour leur permettre de faire le plaidoyer auprès des autorités élues. Cette activité facilitera l'appropriation des questions de santé et de développement dans leurs collectivités respectives.

□ *Elaboration des documents juridiques pour la participation communautaire*

Les textes existant sur les organes de participation communautaire seront révisés et de nouveaux documents juridiques seront élaborés afin de mieux définir la participation communautaire.

□ *Renforcement des capacités des représentants de la communauté*

Les représentants de la communauté (COSAN, COGES) vont s'impliquer pour mieux gérer les SBC. La formation et le recyclage des différents membres de ces organes seront mis en priorité, sur des thèmes précis d'approches communautaires, de planification et de gestion des SBC. Les modules de formation existants seront révisés à cet effet.

□ *Promotion de l'engagement des leaders et des réseaux communautaires*

Un plaidoyer sera mené à l'endroit des leaders communautaires et des réseaux sociaux afin de les amener à s'intéresser au développement des SBC dans leur localité.

5.2.2. Renforcer l'implication des membres de la communauté à la prise de décision

- *Meilleure représentativité des membres de la communauté dans les organes de décision*

L'efficacité et la durabilité des services offerts dans la communauté sont essentielles et dépendent d'une bonne représentativité de toutes les couches sociales.

Cette représentativité permet l'expression plurielle des opinions et des besoins, et favorise l'identification et la résolution des problèmes réels de toute la communauté notamment des groupes les plus vulnérables tels que : les femmes, les jeunes, les handicapés, les indigents, les malades chroniques, etc. Un plaidoyer sera fait auprès des communautés pour des actions d'habilitation à l'égard de ces groupes vulnérables, en vue de mieux les impliquer dans le développement des SBC.

Les critères et les modalités de sélection des représentants des communautés dans les organes de décision seront révisés avec la communauté.

5.3. Renforcement des capacités des acteurs à offrir des SBC de qualité ;

Cette stratégie vise à renforcer les capacités des intervenants et à développer des mécanismes de leur rétention.

5.3.1. Définir le profil des agents de santé à base communautaire

- *Définition du profil des ASC*

Le terme « agent de santé communautaire (ASC) » sera désormais utilisé pour tout individu offrant des SBC, et ceci, de façon systématique.

Les ASC conserveront le statut de volontaire et d'acteurs,. Leur profil sera défini en fonction du PMA/SBC qui sera retenu.

- *Détermination des modalités de sélection des ASC*

Le choix des ASC doit être accepté dans la communauté, pour cela, il sera mis en place un processus de sélection qui garantisse la désignation des agents de santé engagés, motivés et reconnus par l'ensemble de sa communauté. Les modalités de sélection des ASC seront également précisées et diffusées auprès des communautés.

5.3.2. Renforcer les capacités des intervenants du niveau communautaire

- *Elaboration des modules de formation*

Les modules de formation seront élaborés afin de former les différents acteurs chargés de promouvoir les SBC : les ASC, le personnel des ONG et des associations. Un module sera mis à la disposition des institutions d'enseignement (les écoles des infirmiers) pour qu'elles forment les futurs agents de santé.

- *Formation des acteurs*

Les formations des formateurs seront organisées à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

5.3.3. Développer des mécanismes de rétention des agents de santé à base communautaire

- Renforcement des mécanismes de motivation des ASC

La motivation des ASC est déterminante dans la performance de ces acteurs et devra trouver une solution, tant pour leur maintien que pour la pérennité des SBC. Pour cela :

- les ASC seront conséquemment motivés, selon des modalités consensuelles de motivation acceptable, efficace et durable ;
- des stratégies viables et des sources de motivation seront alors identifiées, discutées et mises en œuvre en collaboration avec les PTF, les collectivités locales et avec les communautés.

5.4. Accroissement de l'accessibilité des services de santé à base communautaire;

5.4.1. Assurer une meilleure disponibilité des services de santé à base communautaire.

Les services à base communautaires seront étendus sur l'ensemble du territoire national pour arriver à une bonne couverture géographique. Pour rendre plus accessibles les SBC :

- Un ratio d'ASC/habitants/ménages/villages/carrés sera défini pour déterminer le nombre d'ASC ;
- une liste régulièrement mise à jour des ASC en activité sera également disponible ;
- un paquet d'activités sera mis en œuvre, quel que soit le milieu d'intervention des ASC.

5.4.2. Promouvoir l'assurance-qualité des services de santé à base communautaire

Afin de garantir la qualité des prestations à base communautaire, des actions suivantes seront menées :

- Un PMA offert dans la communauté destiné à la population en général et à la mère et l'enfant en particulier sera élaboré. Il comprendra la fonction curative qui concerne la prise en charge de certaines maladies et qui requiert l'intervention des agents de santé et la fonction administrative et de gestion qui soutient la mise en œuvre des SBC.
- *Des normes (directives, de standards et de protocoles) qui permettent l'offre des soins efficaces, continus, globaux et intégrés dans la communauté seront élaborées.*
- *Un mécanisme de suivi et évaluation des activités des ASC sera mis en place sur la base des outils précis.* L'infirmier responsable du centre de santé sera responsable de la supervision technique ;
- Une dotation adéquate des ASC en matériel et en équipements sera accordée ; le système d'approvisionnement en intrants sera harmonisé et formalisé, avec les outils de gestion de ces intrants.

6. FINANCEMENT DE LA PNSC

La PNSC sera mise en œuvre à travers les plans stratégiques qui nécessiteront des ressources financières importantes.

Pour financer les SBC, plusieurs sources de financement sont envisagées. Le gouvernement tchadien a la principale responsabilité dans ce financement en commençant par la mobilisation de ses fonds propres.

Le MSPASSN fera un plaidoyer auprès:

- des populations notamment pour le financement de la motivation des ASC et de la prise en charge des indigents ;
- des PTF et autres sources potentielles de financement pour la mobilisation de ressources additionnelles.

Les activités seront intégrées dans les plans annuels des structures de mise en œuvre des SBC et financées de commun accord entre le gouvernement, les communautés et les PTF selon les différentes sources de financement disponibles.

7. MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET EVALUATION

7.1. Modalités de mise en œuvre

La tutelle technique de la PNSC sera assurée par le MSPASSN, à travers la Direction technique en charge de la santé communautaire. La PNSC sera mise en œuvre à travers des plans stratégiques intégrés où seront définis les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes.

Les différentes orientations définies dans la PNSC et dans les plans stratégiques seront prises en compte dans les plans d'action annuels des différentes parties prenantes.

Une large diffusion de la PNSC sera faite pour favoriser son appropriation par l'ensemble des acteurs.

7.2. Comité de pilotage de la PNSC

Un comité de pilotage sera mise en place et sera sous-tutelle du Secrétariat Général. La composition et les modalités de fonctionnement de ce comité seront définies par un arrêté ministériel.

7.3. Suivi et évaluation

Un comité de suivi sera créé. et regroupera les représentants des acteurs et des PTF intervenant dans la santé communautaire. Un arrêté ministériel fixera la composition, l'organisation et le fonctionnement de ce comité.

Le suivi de la mise en œuvre de la PNSC sera intégré à celui du PNDS. Deux fois par an, le comité technique spécialisé se réunira avec les services déconcentrés, pour faire le point de la mise en œuvre de la politique à travers le plan stratégique et les plans d'actions opérationnels et identifier des stratégies d'amélioration.

Le suivi sera également assuré au niveau régional, périphérique (ECD et RCS/COSAN). Le suivi des activités communautaires sera assuré grâce à l'intégration de la collecte des données dans le circuit du système d'information sanitaire.

Une étude évaluative sera conduite à la fin de la mise en œuvre de chaque plan stratégique, pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs de la PNSC. Des évaluations externes compléteront les évaluations internes.

Une évaluation de la politique se fera au moins tous les 5 ans, pour déterminer le niveau de satisfaction des communautés et mesurer l'impact des SBC sur la santé de la population.

8. HYPOTHÈSES ET GESTION DES RISQUES

Le MSPASSN, en collaboration avec ses partenaires, assurera une gestion appropriée des risques éventuels liés à la non-réalisation des hypothèses formulées ci-après :

8.1. Environnement international

La reconnaissance du rôle de la composante communautaire dans l'amélioration de la santé se traduit par un intérêt de plus en plus marqué des pouvoirs publics et des organisations internationales qui s'intéressent aux SBC, notamment depuis la Conférence du Millénaire. Cet environnement est propice au développement des SBC de par la mobilisation suscitée autour des OMD relatifs à la santé. Toutefois, la non-atteinte de ces objectifs en 2015 pourrait entraîner un changement d'orientation politique à l'échelle mondiale qui pourrait freiner ou annihiler les efforts entrepris dans le développement des SBC.

8.2. Adhésion des partenaires techniques et financiers

Le financement de la PNSC nécessitera la contribution des PTF. Pour ce faire, leur pleine adhésion aux actions définies dans cette politique représente une condition essentielle à leur engagement à accompagner la mise en œuvre de cette politique. A l'opposé, leur manque d'adhésion pourrait compromettre l'atteinte des résultats escomptés du fait d'une faible mobilisation des ressources nécessaires au financement des plans stratégiques de mise en œuvre de la PNSC.

8.3. Engagement des parties prenantes

L'engagement de toutes les parties prenantes à tous les niveaux est la condition essentielle pour le succès de cette politique. Il concerne l'élaboration et la mise en œuvre de la PNSC. Le non-respect des engagements par les acteurs en particulier les communautés pourrait compromettre l'atteinte des objectifs de cette politique.

8.4. Cadre institutionnel

La réussite de la PNSC repose sur un cadre institutionnel performant. A ce titre, la stabilité et le renforcement des capacités des différentes structures responsables de la coordination et de la mise en œuvre sont fondamentaux pour l'opérationnalisation des missions qui leur sont assignées. A l'inverse, la faiblesse et l'instabilité du cadre institutionnel limiteront gravement l'atteinte des objectifs de la PNSC.

CONCLUSION

La Politique nationale de santé communautaire devrait permettre une offre des SBC de qualité et accessibles aux communautés. Elle pourrait contribuer à l'atteinte des OMD, notamment par la réduction accélérée de la morbidité et de la mortalité des populations particulièrement des groupes vulnérables, dont les plus pauvres, les femmes et les enfants.

Cette Politique traduit la volonté du Gouvernement du Tchad d'améliorer la performance du système national de santé. Sa mise en œuvre fera suite à l'opérationnalisation des plans stratégiques et l'appropriation de ces plans par toutes les parties prenantes. L'engagement à tous les niveaux de la société civile, des collectivités territoriales, des communautés, du personnel de santé et des partenaires est le déterminant le plus important du succès de la politique nationale de santé communautaire.