



REPUBLIQUE DU TCHAD

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE
LA PREVENTION**

**MINISTÈRE DE LA PROSPECTIVE
ÉCONOMIQUE ET DES PARTENARIATS
INTERNATIONAUX**



DOSSIER D'INVESTISSEMENT

**RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE, NÉONATALE, INFANTILE,
INFANTO-JUVÉNILE ET AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES ADOLESCENTS
ET DE L'ENREGISTREMENT DES FAITS D'ÉTAT CIVIL**

DI SRMNLAN-EC TCHAD 2023-2027



Décembre 2022

REMERCIEMENTS

Le Gouvernement Tchadien exprime ses sincères remerciements à l'endroit de toutes les personnes, Organisations, Institutions et Associations qui ont contribué à l'élaboration du Dossier d'Investissement en SRMNIAN-EC 2023-2027 du Tchad. Il s'agit notamment :

- De la Coordination et des Membres de la Plateforme Nationale de SRMNIAN/GFF ;
- Des Directeurs généraux, Directeurs et Cadres de l'État en charge de la SRMNIAN-EC ;
- La Coordination du Projet de Renforcement de la Performance des Systèmes de Santé (PRPSS) ;
- Des Organisations Internationales : Banque Mondiale, Global Financing Facility, OMS, UNICEF, UNFPA, etc. ;
- Des Associations Professionnelles : Sociétés Savantes de Gynécologie-Obstétrique et de Pédiatrie, l'Association des Sages-Femmes, etc. ;
- Des organisations de la Société Civile ;
- Des Représentants du Secteur Privé intervenant dans le domaine de la santé ;
- Du Point Focal GFF du Gouvernement et de l'Officier de liaison GFF au Tchad qui ont joué le rôle de facilitation ;
- Des Consultants internationaux qui ont appuyé la Plateforme Nationale SRMNIAN/GFF :
 - ✓ Pr Léodégal BAZIRA (Santé publique et coordination de l'équipe) ;
 - ✓ M. Soungalo OUATTARA (Economiste de la santé – One Health) ; et
 - ✓ M. Konan GBOKOU (Economiste de la santé- EQUIST).
- Tous ceux qui, de loin ou de près, ont apporté une contribution à la préparation du DI SRMNIAN-EC du Tchad et qui n'ont pas pu être cités ici.

PREFACE

Au Tchad, les taux actuels de mortalité de la mère et de l'enfant sont parmi les plus élevés au monde. Les progrès accomplis n'ont pas été suffisants pour atteindre ni les Objectifs mondiaux du Millénaire pour le Développement (OMD), ni les objectifs nationaux fixés à travers la Politique Nationale de Santé.

Cette situation plaçait le Tchad parmi les pays éligibles au Mécanisme de Financement Mondial (GFF), auquel il a adhéré en mai 2019. Cette adhésion était une invitation à focaliser davantage les efforts du Gouvernement sur certaines cibles et disparités, pour plus d'impact et d'équité dans le domaine de la SRMNIAN et de l'enregistrement des faits d'état civil.

A cet effet, le Pays a décidé de préparer un dossier d'investissement en SRMNIAN-EC.

La réalisation de ce projet était conduite par la Plateforme Nationale SRMNIAN/GFF, selon un processus participatif et inclusif, associant la société civile, le secteur privé, les partenaires techniques et financiers ainsi que les cadres de l'état civil.

L'analyse approfondie de la situation avait confirmé un certain nombre de goulots d'étranglement, dont la disponibilité et la demande insuffisante de services de SRMNIAN-EC, la disponibilité insuffisante et la répartition non équitable des ressources humaines, financières et matérielles.

Des stratégies probantes, innovantes et focalisées sur l'équité d'accès seront utilisées pour livrer le paquet intégré de services SRMNIAN-EC de qualité à tous les groupes cibles visés et atteindre rapidement des résultats tangibles.

Sous le leadership du gouvernement, les parties prenantes mettront en place les conditions de réussite, notamment la mobilisation de ressources suffisantes pour couvrir le financement du DI SRMNIAN-EC, la mise en place effective de la Couverture santé universelle (CSU), la gestion efficiente et équitable des ressources et le renforcement du système de santé.

Le Gouvernement tchadien exhorte toutes les parties prenantes à s'investir dans la mise en œuvre du « Dossier d'Investissement » en SRMNIAN-EC pour accélérer les progrès vers la réduction du nombre de décès évitables de la mère et de l'enfant et vers la Couverture sanitaire universelle.

Le Ministre de la Santé Publique
et de la Prévention

Le Ministre de la Prospective
Économique et des Partenariats
Internationaux

Dr ABDELMADJID ABDERAHIM

MOUSSA BATRAKI

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
PREFACE	2
TABLE DES MATIERES	3
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES FIGURES	7
ACRONYMES ET ABBREVIATIONS	8
1. RESUME	11
2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	16
2.1. JUSTIFICATION DE L'ELABORATION DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT	16
2.2. CONTEXTE NATIONAL	16
2.2.1. Contexte sanitaire	17
2.2.1.1. Contexte sanitaire mondial	17
2.2.1.2. Organisation du système de santé au Tchad	17
2.2.1.3. Situation sanitaire	18
3. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SRMNIAN ET DES FAITS D'ETAT CIVIL	19
3.1. ETAT DE SANTE DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE, DE L'ENFANT, DE L'ADOLESCENT	19
3.1.1. Mortalité maternelle	19
3.1.1.1. Situation de la mortalité maternelle et tendance entre 1997 et 2015	19
3.1.1.2. Causes et facteurs favorisant de la mortalité maternelle	20
3.1.2. Mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile	20
3.1.2.1. Situation en 2019 et tendance de la mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile	20
3.1.2.2. Variations des taux de mortalité de l'enfant par province	22
3.1.2.3. Causes et facteurs favorisant des décès des enfants de moins de 5 ans	23
3.1.3. Etat nutritionnel de l'enfant de moins de 5 ans et de la femme en âge de procréer	23
3.1.3.1. Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans en 2021, au niveau national	23
3.1.3.2. Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans en 2021, au niveau provincial	24
3.1.3.3. Analyse de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans de 2015 à 2021.	25
3.1.3.4. Etat nutritionnel de la femme en âge de procréer (15-49 ans)	25
3.1.4. Santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes	27
3.2. EVOLUTION DE LA COUVERTURE DES INTERVENTIONS ESSENTIELLES A LA MERE ET AU NOUVEAU-NE.	28
3.2.1. Planification familiale	29
3.2.2. Soins prénatals	29
3.2.2.1. Consultations prénatales et services rattachés	29
3.2.2.2. Élimination de la transmission mère-enfant du VIH	30
3.2.3. Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)	31

3.2.3.1.	Soins obstétricaux néonataux d'urgence de Base (SONUB)	31
3.2.3.2.	Accouchements assistés par du personnel qualifié	31
3.2.3.3.	Soins essentiels du nouveau-né (SENN)	32
3.2.3.4.	Soins du post-partum	32
3.2.3.5.	Soins obstétricaux néonataux d'urgence complets (SONUC)	32
3.3.	COUVERTURES DES INTERVENTIONS ESSENTIELLES POUR L'ENFANT, ADOLESCENT/JEUNE.	33
3.3.1.	Vaccination des enfants	33
3.3.2.	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	33
3.3.3.	Interventions de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)	35
3.3.4.	Accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement	36
3.4.	ANALYSE DE LA SITUATION DE L'ENREGISTREMENT DES FAITS D'ETAT CIVIL	37
3.4.1.	Introduction	37
3.4.2.	Situation de l'état civil et statistiques vitales	37
3.4.3.	Déclaration des mariages	38
3.4.4.	Déclaration des décès à l'état civil	38
3.5.	CAUSES A L'ORIGINE DE LA COUVERTURE INSUFFISANTE DES SERVICES DE SRMNIAN	39
3.5.1.	Disponibilité et capacité opérationnelle des services de SRMNIAN	39
3.5.2.	Inégalités dans la répartition des ressources et l'accès aux services	41
3.5.2.1.	Inégalités dans la répartition des ressources	41
3.5.2.2.	Inégalités à l'accès aux services de santé, basées sur le genre	44
3.5.3.	Autres déterminants de la santé.	45
3.6.	ANALYSE DES GOULOTS D'ETRANGLEMENT A LA MISE EN OEUVRE EFFECTIVE DES SERVICES DE LA SRMNIAN	46
3.6.1.	Goulots d'étranglement par paquet de services SRMNIAN	46
3.6.1.1.	Goulots d'étranglement et leurs causes pour l'offre des pratiques familiales essentielles	46
3.6.1.2.	Goulots d'étranglement et leurs causes pour le paquet des services préventifs	47
3.6.1.3.	Goulots d'étranglement et leurs causes pour le paquet de services curatifs	48
3.6.2.	Stratégies pour lever/atténuer les goulots d'étranglement	49
3.7.	ANALYSE STRATÉGIQUE DE L'ENVIRONNEMENT SYSTÉMIQUE DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS DE SRMNIAN	50
3.8.	POURQUOI LES RESULTATS SUR LA REDUCTION DE LA MORTALITE DE LA MERE ET DE L'ENFANT SONT-ILS MODESTES ?	50
4.	STRATEGIE D'AMELIORATION DE LA SRMNIAN-EC	51
4.1.	RAPPEL DES REFERENTIELS	51
4.2.	VALEURS	52
4.3.	PRINCIPES DIRECTEURS	52
4.4.	THEORIE DU CHANGEMENT (NARRATIF)	52
4.4.1.	Vision	52
4.4.2.	Changement ultime	52
4.4.3.	Changements intermédiaires	53

4.4.4.	Description du changement	53
4.4.5.	Risques externes au système, hypothèses et mesures d'atténuation.	54
4.4.5.1.	Crises politico-sociales et sécuritaires	54
4.4.5.2.	Catastrophes naturelles et les épidémies	54
4.4.5.3.	Ralentissement de la croissance économique	54
4.4.5.4.	Réticence ou non-adhésion de communautés aux interventions de la SRMNIAN.	55
4.5.	MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE	57
4.5.1.	Population cible	57
4.5.2.	Priorisation des interventions de SRMNIAN	57
4.5.3.	Zone d'intervention de la stratégie	60
4.5.4.	Orientations stratégiques-Axes d'interventions-Actions principales	62
4.5.4.1.	BUT :	62
4.5.4.2.	OBJECTIF GENERAL	62
4.5.4.3.	IMPACT ATTENDU D'ICI A FIN 2027	62
4.5.4.4.	ORIENTATIONS STRATEGIQUES, AXES D'INTERVENTIONS ET ACTIONS	62
4.5.5.	Plan d'action 2023-2027	64
5.	CADRE DE MISE EN ŒUVRE	65
5.1.	CADRE INSTITUTIONNEL	65
5.1.1.	Coordination et pilotage	65
5.1.2.	Acteurs de mise en œuvre, niveaux, rôles et responsabilités	66
5.1.2.1.	Niveau central	66
5.1.2.2.	Niveau Provincial	66
5.1.2.3.	Niveau opérationnel	67
5.1.2.4.	Autres acteurs	67
5.1.3.	Etat civil et statistiques vitales	69
5.1.3.1.	Niveau central	69
5.1.3.2.	Niveau opérationnel	69
5.2.	EXECUTION TECHNIQUE ET FINANCIERE	70
5.2.1.	Planification	70
5.2.2.	Exécution technique	70
5.2.3.	Exécution financière	70
5.2.4.	Suivi-évaluation	70
5.2.4.1.	Cadre conceptuel	70
5.2.4.2.	Organes/Institutions Impliqués dans le suivi-évaluation	71
5.2.4.3.	Exercices d'évaluation	71
5.2.4.4.	Indicateurs clés	72
5.3.	FINANCEMENT DU DI SRMNIAN-EC	72
5.3.1.	Méthodologie d'estimation des coûts du plan	72
5.3.2.	Estimation du budget	72
5.3.3.	Budget par orientation stratégique, par scénario et par année	73
5.3.4.	Répartition du budget estimatif selon les niveaux de la pyramide sanitaire	73
5.3.5.	Estimation des réductions de la mortalité	73
5.3.6.	Déficit de financement dans les deux scénarii	75

5.3.7.	Estimation des gains de productivité par la survie des enfants < 5 ans.	75
5.3.8.	Modalités de financement et de gestion des ressources financières mobilisées	76
6.	ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA REUSSITE DE LA STRATEGIE	78
7.	CONCLUSION	81
8.	ANNEXES	82
	Tableau <u>120</u> : Liste des interventions de SRMNIAN actuellement pratiquée au Tchad	83
3.7	ANALYSE STRATEGIQUE DE L'ENVIRONNEMENT SYSTEMIQUE DE MISE EN CEUVRE DES INTERVENTIONS DE SRMNIAN	86
	Tableau <u>221</u> : Analyse des goulots d'étranglement	91
	Tableau <u>322</u> : Cadre de performance	100
	Tableau <u>423</u> : Plan d'action 2023-2027 budgétisé	102

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	: Prévalence de la malnutrition et situation en santé publique au niveau national et provincial	24
Tableau 2	: Situation nutritionnelle de la femme en âge de procréer (15-49 ans) de 2016 à 2021	26
Tableau 3	: Santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes	27
Tableau 4	: Evolution des indicateurs du continuum de soins à la mère (1997-2019)	29
Tableau 5	: Evolution de la couverture vaccinale par antigène de 2004 à 2019	33
Tableau 6	: Recours aux interventions contre la diarrhée, les IRA et le paludisme	34
Tableau 7	: Performance des interventions de l'ANJE (2016-2020)	35
Tableau 8	: Evolution des conditions d'accès à l'eau, hygiène et assainissement	36
Tableau 9	: Répartition inégale des ressources humaines et matérielles	42
Tableau 10	: Référentiels du DI SRMNIAN-EC	51
Tableau 11	: Interventions prioritaires retenues pour l'enfant de 0 à 59 mois	58
Tableau 12	: Interventions prioritaires retenues pour la mère	59
Tableau 13	: Interventions prioritaires retenues pour l'adolescent et jeune	60
Tableau 14	: Classification des provinces par priorité sur la base des résultats de 2019	61
Tableau 15	: Organes impliqués et leur rôle dans le suivi-évaluation	71
Tableau 16	: Budget par orientation stratégique, par scénario et par année	73
Tableau 17	: Principaux résultats et impacts de la mise en œuvre du DI	74
Tableau 18	: Répartition du déficit de financement sur les 5 ans	75
Tableau 19	: Schéma de mobilisation de ressources pour combler le déficit	76
Tableau 20	: Liste complète des interventions de SRMNIAN actuellement pratiquée au Tchad	83
Tableau 21	: Analyse des goulots d'étranglement	91
Tableau 22	: Cadre de performance	100
Tableau 23	: Plan d'action 2023-2027 budgétisé	102

LISTE DES FIGURES

Figure 1	: Mortalité maternelle, résultats et tendances de 1997 à 2030	20
Figure 2	: Mortalité dans les groupes des enfants de moins de 5 ans	21
Figure 3	: Variations des taux de mortalité de l'enfant par province	22
Figure 4	: Evolution de la malnutrition globale chez les < 5 ans (SMART 2015-2021)	26
Figure 5	: Evolution de la malnutrition aiguë chez les < 5 ans (SMART 2015-2021)	26
Figure 6	: Évolution du taux d'accouchements assistés (1997-2019)	32
Figure 7	: Taux de couverture de l'évacuation hygiénique des selles par province	36
Figure 8	: Evolution de l'enregistrement des naissances de 2004 à 2019	37
Figure 9	: Evolution de l'enregistrement des naissances par province en 2019	38
Figure 10	: Scores de disponibilité des services de SRMNIAN (2019)	40
Figure 11	: Scores de capacité opérationnelle des services de SRMNIAN (2019)	41
Figure 12	: Répartition du financement par habitant au niveau infranational (2018-2021)	43
Figure 13	: Évolution de la couverture en ARV pour les mères séropositives	44
Figure 14	: Répartition des goulots selon les indicateurs de couverture du paquet communautaire.	47
Figure 15	: Répartition des goulots selon les indicateurs de couverture du paquet des soins préventifs	48
Figure 16	: Répartition des goulots selon les indicateurs de couverture du paquet de soins curatifs	48
Figure 17	: Stratégies à haut impact (Source : Equist)	49
Figure 18	: Représentation schématique du changement	56
Figure 19	: Cadre conceptuel du suivi-évaluation	71
Figure 20	: Répartition du budget par niveau	73

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AMASOT	: Association pour le Marketing Social au Tchad
AME	: Allaitement Maternel Exclusif
ASTBEF	: Association Tchadienne pour le Bien Être Familial
ANJE	: Alimentation du Nouveau-né et du Jeune Enfant
ARV	: Antirétroviraux
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ATS	: Agent Technique de Santé
BCG	: Bacille Calmette et Guérin
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CELIAF	: Cellule de Liaison et d'Information des Associations Féminines
CEMAC	: Communauté Economique et Monétaire d'Afrique Centrale
CNLS	: Conseil National de Lutte contre le SIDA
COGES	: Comité de Gestion
COSAN	: Comité de Santé
CPA	: Centrale Pharmaceutique d'Achat
CPN	: Consultation Périnatale
CPNr	: Consultation Périnatale recentrée
CPoN	: Consultation Post Natale
CS	: Centre de Santé
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle
DGPL	: Direction Générale de la Pharmacie et Laboratoire
DHIS 2	: District Health Information System 2
DI	: Dossier d'Investissement
DNTA	: Direction de la Nutrition et de Technologie Alimentaire
DOSS	: Direction de l'Organisation des Services de Santé
DPT	: Diphtérie, Poliomyélite et Tétanos
DS	: District Sanitaire
DSIS	: Direction des Statistiques et de l'Information Sanitaire
DSR	: Délégation Sanitaire Régionale
DVSE	: Direction de la Vaccination et de la Surveillance Epidémiologique
EC	: Etat Civil
EDS-MICS	: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
ENASS	: Ecole Nationale des Agents Socio-Sanitaires
FBR	: Financement Basé sur les Résultats
FCFA	: Franc de la Communauté Financière Africaine
FFOM	Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces
FSSH	: Faculté des Sciences de la Santé Humaine

FOSA	: Formation Sanitaire
GFF	: Global Financing Facility/Mécanisme de Financement Mondial
HD	: Hôpital de District
HGRN	: Hôpital Général de Référence Nationale
HME	: Hôpital de la Mère et de l'Enfant
IDG	: Indice de Développement du Genre
IDH	: Indice de Développement Humain
IHP+	: Partenariat International pour la Santé et Initiatives Apparentées
INSEED	: Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques
IRA	: Infections Respiratoires Aiguës
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MAG	: Malnutrition Aiguë Globale
MAS	: Malnutrition Aiguë Sévère
MEG	: Médicaments Essentiels Génériques
MICS	: Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
MII	: Moustiquaire Imprégné d'Insecticide
MILDA	: Moustiquaire Imprégné à Longue Durée d'Action
MNT	: Maladies Non Transmissibles
MSPP	: Ministère de la Santé Publique et de la Prévention
MSPSN	: Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale
NC	: Nouveau Cas
NN	: Nouveau-Né
NU	: Nations Unies
NV	: Naissances vivantes
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OSC	: Organisation de la Société Civile
PAO	: Plan d'Action Opérationnel
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PFE	: Pratiques Familiales Essentielles
PIB	: Produit Intérieur Brut
PID	: Pulvérisation Intra Domiciliaire

PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PND	: Plan National de Développement
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNS	: Politique Nationale de Santé
PRDS	: Plan Régional de Développement Sanitaire
PSLS	: Programme Sectoriel de Lutte contre le SIDA/IST
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RHS	: Ressources Humaines pour la Santé
SARA	: Service Availability and Readiness Assessment
SENN	: Soins Essentiels du Nouveau-Né
SIDA	: Syndrome de l'Immuno Déficience Acquis
SIS	: Système d'Information Sanitaire
SMART	: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition/Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste et limité dans le Temps
SONU	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SONUB	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets
SR	: Santé de la Reproduction
SRMNIAN	: Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, de l'Adolescent et la Nutrition
SRO	: Sel de Réhydratation Oral
SSP	: Soins de Santé Primaires
SWEDD	: Sahelian Women Empowerment Demographic Dividend
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
TETU	: Triage, Evaluation et Traitement en Urgence
UA	: Union Africaine
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USD	: United States Dollar
VAR	: Vaccin Anti Rougeoleux
VAT	: Vaccin Antitétanique
VIH	: Virus de l'Immuno Déficience Humaine
VPO	: Vaccin Poliomyélite Oral
WIMS	: Workload Integrated Management System
ZR	: Zone de Responsabilité

Formatted: French (France)

Formatted: French (France)

Formatted: French (France)

Formatted: French (France)

1. RESUMÉ

Les taux actuels de mortalité maternelle et infantile au Tchad, sont parmi les plus élevés au monde. Un enfant tchadien sur cinq n'atteindra pas sa 5^{ème} année et 40% des enfants souffrent d'un retard de croissance avec des conséquences potentielles et durables sur leur développement cognitif. Ces mauvais indicateurs rendent le Tchad éligible au Mécanisme de Financement Mondial (GFF), auquel il a adhéré en mai 2019. A la suite de son adhésion, le Tchad s'est engagé dans le processus d'élaboration du présent Dossier d'Investissement (DI) selon l'approche du GFF basée sur les quatre principes suivants : (i) Priorisation des interventions, (ii) Rendement de l'investissement, (iii) Réduction de la fragmentation, (iv) Orientation sur la mise en œuvre et le long terme.

Une Plateforme nationale SRMNIAN a été mise en place entre autres pour rédiger le DI SRMNIAN. La plateforme, avec l'appui d'une équipe de consultants internationaux, a procédé de manière participative et inclusive à la rédaction de ce DI SRMNIAN-EC.

1.1. OÙ EN SOMMES-NOUS EN SRMNIAN-EC ?

En presque 20 ans (1997-2015), **le taux de mortalité maternelle est resté très élevé**. Selon les rapports des enquêtes démographiques et de santé, réalisées en 1997, 2004 et 2015, le taux de mortalité maternelle est passé de 827 en 1997 à 860 décès/100 000 naissances vivantes en 2015, avec un pic à 1 099 en 2004. Les estimations de l'OMS (en 2017) montraient que le Tchad arrivait au 2^{ème} rang des pays avec le taux de mortalité maternelle le plus élevé en Afrique et dans le monde. De 1997 à 2019, la prévalence contraceptive n'a pas dépassé 8,1% (2019) et l'indice synthétique de fécondité n'a baissé que de 0,2.

Les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ont connu une baisse plus ou moins importante sans atteindre les cibles des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). De 1997 à 2019, la mortalité infanto-juvénile a baissé de 72‰ (de 194 à 122‰), la mortalité infantile de 24‰ (de 103 à 79‰), la mortalité juvénile de 55‰ (de 102 à 47‰). La mortalité néonatale a connu une faible baisse de 6‰, en passant de 39 à 33 décès/1000 naissances vivantes et est resté à 34 décès/1 000 naissances vivantes en 2019.

En matière de santé nutritionnelle des enfants de < 5 ans, l'analyse des progrès sur une période de 23 ans (1997 et 2021) confirme une amélioration, le plus souvent modeste des indicateurs. Avec une baisse de 17,4%, l'insuffisance pondérale globale a connu une bonne amélioration en passant de 39% à 21,6%. Au cours de la même période, la malnutrition chronique globale a connu une baisse de 9,4% (40 à 30,6%) et de 3,4% pour la malnutrition aiguë globale (14 à 10,6%).

En 2019, l'enregistrement des naissances ne dépassait pas 25,5% dont 50% en ville et 21,1% dans le monde rural (MICS6-Tchad, 2019). L'enregistrement des mariages et des décès est encore beaucoup plus faible.

1.2. QUELS SONT LES PRINCIPAUX GOULOTS D'ETRANGLEMENTS A L'AMÉLIORATION DES INDICATEURS DE LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT ?

Douze goulots d'étranglement (8 fonctionnels et 4 systémiques) avaient été identifiés :

Les goulots d'étranglement fonctionnels sont :

1. Accessibilité géographique et physique insuffisante des services de SRMNIAN-EC ;
2. Accessibilité insuffisante des ressources humaines qualifiées ;
3. Disponibilité insuffisante des intrants (Médicaments, produits de laboratoire, produits sanguins, consommables, matériel de communication, etc.) ;
4. Offre et demande insuffisantes du paquet d'interventions communautaires et des interventions environnementales de prévention ;
5. Organisation des prestations de services de SRMNIAN peu performante ;
6. Barrières financières à l'accessibilité des services de SRMNIAN ;
7. Qualité insuffisante des services de SRMNIAN-EC ;
8. Barrières socio-culturelles à l'acceptabilité des services de SRMNIAN.

Les goulots d'étranglement systémiques sont :

9. Faiblesse dans le leadership, la gouvernance et la coordination des services SRMNIAN-EC ;
10. Disponibilité insuffisante de l'information sanitaire stratégique, nécessaire à la prise de décisions en matière de SRMNIAN, notamment les données des faits d'état civil et statistiques vitales ;
11. Faible financement alloué à la SRMNIAN-EC par l'État ;
12. Inégalité dans la répartition géographique des ressources (financières, matérielles et humaines) nécessaires à la réalisation des interventions de SRMNIAN-EC.

1.3. QUEL EST LE CHANGEMENT VISÉ PAR L'INVESTISSEMENT EN SRMNIAN-EC ?

1.3.1. Vision

Les populations du Tchad, en général et en particulier les femmes, les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les jeunes ont un accès accru et équitable aux droits à la santé, au bien-être et au paquet intégré de services de SRMNIAN-EC de qualité, globaux, continus et centrés sur la personne et la sécurité du patient.

1.3.2. Changement ultime

Le Changement ultime visé à travers la mise en œuvre de la Stratégie d'amélioration de la SRMNIAN-EC, sera une réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile, des adolescents/jeunes, une amélioration de la nutrition et une plus grande contribution des données des faits d'état civil à la prise de décisions.

Ce changement ultime sera atteint si (i) la population cible utilise plus les services de SRMNIAN-EC, sans risque financier et (ii) l'environnement de vie et la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune bénéficient d'une meilleure protection juridique.

Les principaux axes stratégiques pour réaliser ce changement seront :

- 1- L'augmentation de l'utilisation du paquet intégré d'interventions de SRMNIAN à haut impact par toute la population, sans risque financier ;
- 2- Le renforcement du système pour consolider la continuité, la permanence et la résilience des services intégrés de SRMNIAN ;

- 3- La promotion de comportements et d'un mode de vie favorables à la santé ;
- 4- L'amélioration de la disponibilité de données d'état civil de qualité pour la prise de décisions.

1.4. MISE EN OEUVRE

1.4.1. Priorisation

La priorisation des interventions a été faite par croisement des listes établies grâce à l'utilisation des outils EQUIST et One Health et aux choix de la Plateforme Nationale SRMNIAN/GFF dans le respect des priorités nationales. L'outil EQUIST est sensible à l'efficacité et à l'équité et donne les interventions prioritaires par paquet. L'outil One Health introduit l'élément d'efficacité et classe les interventions en fonction de leur poids sur la réduction de la mortalité de la cible.

Pour l'enfant de 0 à 59 mois, 35 interventions ont été identifiées comme importantes. Parmi elles, seize interventions ont été classées comme très prioritaires capables de contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans à hauteur de 91,46%. Dix-neuf interventions font partie des interventions prioritaires.

Trente-sept (37) interventions ont été estimées importantes pour la réduction de la mortalité de la mère. Vingt-une (21) interventions ont été identifiées très prioritaires parce qu'elles pourraient contribuer à la réduction de la mortalité de la mère à hauteur de 87,21%.

Huit interventions, dont 4 très prioritaires, ont été retenues en faveur de l'adolescent et jeune par la Plateforme Nationale SRMNIAN/GFF.

1.4.2. Zone d'intervention

La zone d'intervention couvre tout le pays et les provinces sont classées par niveau de priorité ciblée. Les provinces ont été classées en trois catégories : très haute priorité (1), haute priorité (2) et priorité normale (3). Il s'agit d'une priorisation ciblée pour corriger les points faibles à savoir une performance insuffisante en termes de réduction des taux (mortalité enfant de moins de 5 ans, malnutrition), en matière de couverture d'interventions spécifiques (santé de la mère) ou de disponibilité des ressources stratégiques (humaines, infrastructures, équipements).

Les provinces classées en priorité 1 sont celles qui ont les résultats les plus faibles et devront relever les couvertures en assurant une disponibilité et une capacité opérationnelle maximales pour les interventions groupées dans le paquet des interventions très prioritaires et prioritaires.

Les provinces classées en priorité 2 sont celles dont les résultats tournent autour de la moyenne nationale et devront relever, prioritairement, les couvertures du paquet des interventions très prioritaires qui ont le plus grand poids sur la réduction de la mortalité de la mère ou de l'enfant.

Les provinces classées en priorité 3 sont celles dont les résultats sont supérieurs à la moyenne nationale et devront maintenir leur niveau en essayant de relever les couvertures basses d'interventions du paquet très prioritaire et du paquet prioritaire.

1.4.3. Quel est le montant de l'investissement nécessaire ?

Deux scénarii de financement ont été proposés :

- (i) **Le scénario 1** a été développé sur la base des ressources disponibles pour financer la SRMNIAN-EC. Le financement de la stratégie atteindrait **222 168 995 743 FCFA dont 9 553 525 805 FCFA (4,3 %) de fonds à rechercher**.
- (ii) **Le scénario 2** est basé sur le financement des interventions prioritaires identifiées dans le scénario 1, auquel s'ajoute le financement des interventions prioritaires ciblées par la Plateforme SRMNIAN/GFF pour leur impact sur la réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant ou pour leur place parmi les priorités définies par le Gouvernement. Le montant du financement nécessaire atteindrait **243 377 131 896 FCFA dont 30 741 161 957 FCFA (12,6 %) à mobiliser**.

La Plateforme Nationale SRMNIAN/GFF a adopté le scénario 2, sur base des arguments suivants:

- a. Le déficit de 12,6% semble acceptable et pourrait être comblé par une plus grande mobilisation des partenaires, lors de la table ronde prévue dans les étapes ultérieures ;
- b. Les résultats anticipés grâce au scénario 2 permettraient d'aligner les projections en matière de réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant sur la trajectoire envisagée dans le document de la Politique Nationale de santé.

1.5. QUEL EST LE RÉSULTAT ATTENDU ?

La mise en œuvre du dossier d'investissement SRMNIAN-EC permettrait de réduire le taux de mortalité (i) néonatale de 33‰ à 23,12‰ (ii) infantile de 79‰ à 48,89‰ et (iii) infanto-juvénile de 122‰ à 78,96‰. Le taux de mortalité maternelle passerait de 860 (2015) à 653,3 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2027.

Les taux d'enregistrements ou de déclarations des faits d'état civil (naissances, mariages et décès) atteindraient 65%.

1.6. PRINCIPALES CONDITIONS DE REUSSITE DE LA MISE EN ŒUVRE DU DI

Les conditions pour créer un environnement favorable à la réussite du DI SRMNIAN-EC seront :

1.6.1. Renforcement des soins de santé primaires (SSP)¹

Les SSP mettent l'accent sur l'autonomisation des communautés et la responsabilité sociale. Ils sont de nature multisectorielle et permettent une approche holistique intégrant les services de prise en charge des maladies transmissibles, les services de santé de la mère et de l'enfant et les services de prise en charge des MNT.

1.6.2. Approche intégrée centrée sur la personne

L'approche intégrée centrée sur la personne est cruciale pour mettre en place des systèmes de santé capables de délivrer des services de SRMNIAN de qualité et mettant en avant la sécurité du patient.

¹Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle. RAPPORT MONDIAL DE SUIVI 2019 – résumé d'orientation. Genève : OMS ; 2019 (WHO/HIS/HGF/19.1). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

1.6.3. Poursuite des réformes en cours

Il s'agit entre autres de la réforme hospitalière, le renforcement de la Santé communautaire pour impliquer davantage les communautés dans la gestion de leurs problèmes de santé et la réforme de la Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA) pour améliorer l'accès aux médicaments et produits de santé.

1.6.4. Réforme du financement de la santé

En dépit des stratégies utilisées pour améliorer l'accessibilité, la qualité des soins et le financement, notamment la gratuité des soins et le financement basé sur les résultats, la situation n'a pas évolué significativement car la continuité de ces stratégies n'a pas été assurée par le gouvernement pour des raisons d'ordre financier.

La mise en place effective de la Couverture santé universelle (CSU) et l'opérationnalisation de l'Assurance Maladie Universelle sont les solutions durables à la problématique du financement de la santé au Tchad pour que (i) la population ait accès à des services de santé de qualité, sans risque financier avec une attention toute particulière pour la population la plus défavorisée dans un esprit d'équité et de solidarité et (ii) soit prise la relève du dispositif de gratuité des soins à la mère et à l'enfant de moins de 5 ans.

La mobilisation de plusieurs sources de financements, dont plus de ressources endogènes, sera déterminante pour financer la mise en œuvre du DI SRMNIAN-EC 2023-2027.

La transparence, la lutte contre la corruption et l'utilisation rationnelle des ressources sont les leviers pour consolider le dialogue et la responsabilité mutuelle entre les parties prenantes ainsi que la redevabilité envers les bénéficiaires.

1.6.5. Répartition équitable des ressources

Les inégalités dans la répartition des ressources humaines, financières et matériels étaient apparues comme un problème récurrent constituant un véritable goulot d'étranglement.

L'élaboration et le respect de normes relatives à la distribution des ressources devraient permettre de lever ce véritable goulot d'étranglement à la mise en œuvre du DI SRMNIAN-EC.

1.7. CONCLUSION

Pour répondre à la situation préoccupante sur le plan de la mortalité maternelle et des enfants de moins de 5 ans, le Gouvernement Tchadien vient de terminer la préparation de son premier Dossier d'investissement en Santé reproductive de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et jeune, nutrition et enregistrement des faits d'état civil.

Aujourd'hui, le Gouvernement Tchadien dispose d'un instrument pour mobiliser la société civile, le secteur privé, les partenaires techniques et financiers et toutes les parties prenantes autour d'actions pour accélérer la réduction du nombre de décès évitables de mères, nouveau-nés et enfants de moins de 5 ans.

2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

2.1. JUSTIFICATION DE L'ELABORATION DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT

Les taux actuels de mortalité maternelle et infanto-juvénile au Tchad, respectivement de 860 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDS-MICS 2014-2015) et de 122 décès pour 1 000 naissances vivantes (MICS6-Tchad, 2019), sont parmi les plus élevés au monde. Le niveau très élevé de ces indicateurs rend le Tchad éligible au Mécanisme de Financement Mondial (GFF), auquel il a adhéré en mai 2019. L'adhésion du Tchad au GFF l'a amené à s'engager dans le processus d'élaboration du Dossier d'investissement (DI) selon l'approche GFF qui s'appuie sur quatre principes : (i) Priorisation des interventions, (ii) Rendement de l'investissement, (iii) Réduction de la fragmentation, (iv) Orientation sur la mise en œuvre et le long terme.

A cet effet, une Plateforme nationale SRMNIAN a été mise en place en février 2020, avec entre autres missions de conduire le processus de rédaction du DI SRMNIAN-EC, selon une approche participative et inclusive.

L'objectif général du DI SRMNIAN-EC du Tchad est de coaliser les efforts de toutes les parties prenantes pour réduire le nombre de décès évitables des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents.

La rédaction du DI permettra au Tchad de (i) faire le choix pertinent de ses priorités dans le domaine de la SRMNIAN, (ii) identifier les ressources disponibles et le déficit à combler, (iii) mobiliser les ressources domestiques et extérieures et (iv) aligner les ressources sur les priorités.

La Plateforme nationale GFF, désignée entre autres pour rédiger le DI SRMNEAN, a procédé de manière participative et inclusive et a produit un draft consolidé en juin 2021. Pour la finalisation, elle s'est entourée de trois consultants à qui revenait entre autres la charge d'approfondir l'analyse de situation y compris par l'outil EQUIST et d'établir le coût financier de la stratégie par l'outil One Health.

2.2. CONTEXTE NATIONAL

Il s'agira de présenter le contexte géographique, politico-administratif, démographique, socioéconomique, migratoire, sécuritaire et humanitaire, socio-éducatif et le contexte sanitaire. Le Tchad est un pays continental, enclavé, d'une superficie de 1 284 000 km². Son climat est tropical avec une zone désertique au Nord (60% de la superficie du Tchad), une zone sahélienne Centre (30%) et une zone au climat soudanien au Sud (10%). Selon les projections de l'INSEED (2014), la population tchadienne aurait atteint 16 244 513 habitants en 2020, sur base d'un taux

d'accroissement naturel de 3,6% par an². Plus de 75% de la population vit en milieu rural. Le Tchad, du fait de sa situation géographique et du contexte dans la sous-région, accueillait près de 456 500 migrants entre 2019 et 2020.

Depuis son accession à l'indépendance le 11 août 1960, le Tchad a connu une longue période d'instabilité politique, avant de se stabiliser avec l'avènement de la démocratie depuis le 1^{er} décembre 1990. La mort brutale du Maréchal Idriss Déby Itno, survenue le 20 avril 2021, a conduit à la mise en place d'Institutions de transition.

L'économie tchadienne repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage. L'industrie manufacturière occupe une place marginale (1,3% du PIB) et repose essentiellement sur le sucre et le coton. Depuis 2003, elle est soutenue par les ressources du pétrole qui ont représenté jusqu'à 90% des exportations et 40% des recettes publiques, entraînant une croissance économique de plus de 33%. De 2013 à 2018, le PIB par habitant était passé de 68 412 à 398 357 FCFA, le taux de pauvreté de 55% à 46,7%. Suite à la chute brutale du cours du pétrole (2016), les taux de pauvreté sont remontés et en 2018, près de 6,5 millions des tchadiens vivaient avec moins de deux dollars par jour. Peu de temps avant la survenue de la crise du COVID-19, quelques signes de redressement étaient observés avec un taux de croissance qui était passé de 2,4% en 2018 à 3,2% en 2019. En 2019, l'Indice de Développement Humain du Tchad était de 0,398 (le plaçant au 187^{ème} rang parmi 189 pays classés)³.

En 2018, le taux brut de scolarisation est de 72,5% au lieu de 100% attendu et l'analphabétisme touchait plus de 60% de la population adulte dont 57% de femmes⁴.

2.2.1. Contexte sanitaire

2.2.1.1. Contexte sanitaire mondial

Dans le prolongement de la Déclaration des Nations Unies du Millénaire pour le développement du 8 septembre 2000, le contexte sanitaire mondial a été marqué par :

- Les objectifs du millénaire pour le développement (OMD 2000-2015) avec pour cible la réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant, l'arrêt de la propagation du VIH/SIDA et le contrôle du paludisme et d'autres grandes maladies ;
- La déclaration de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la protection sociale et la Couverture sanitaire universelle (CSU) du 6 septembre 2012 ;
- Les Objectifs du développement durable (ODD 2016-2030).

La récente pandémie de COVID-19, causée par un virus potentiellement d'origine animale, a mis en exergue la pertinence des concepts « Santé globale » et « Une seule santé » pour comprendre et affronter les risques sanitaires mondiaux dans une approche multisectorielle.

2.2.1.2. Organisation du système de santé au Tchad

Le Tchad dispose actuellement de 23 Délégations Sanitaires Provinciales (DSP), 7 Hôpitaux

²Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED)

³ Human development report 2020. PNUD

⁴ ECOSIT 4

Nationaux, tous situés à N'Djamena la capitale du Tchad, 150 Districts Sanitaires dont 25 non fonctionnels, 1 892 zones de responsabilité dont 271 non fonctionnelles. Le taux de couverture sanitaire théorique est de 80,75%⁵.

Le système de santé est organisé sur le mode pyramidal à trois niveaux : le niveau central ou niveau stratégique, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique ou niveau opérationnel.

2.2.1.3. Situation sanitaire

La situation sanitaire du Tchad est caractérisée par une morbidité et une mortalité élevée dues aux maladies transmissibles et aux maladies épidémiques dont principalement la méningite, la rougeole et le choléra. En 2019, le paludisme était le motif de consultation dans 57,3% dont 35,4% de cas de paludisme simple suspecté, 21,9% de cas de paludisme simple confirmé (Test de Diagnostic Rapide (TDR)/GE) et 1,8% de cas de paludisme grave pris en charge. Les infections respiratoires aiguës représentaient le 2^{ème} motif de consultations curatives avec 8,5% des cas, puis la malnutrition avec 3% des cas et les diarrhées simples traitées avec SRO et Zinc avec 2% et à égalité avec les traumatismes⁶.

Le Tchad possède un des taux les plus élevés de mortalité maternelle en Afrique Centrale, soit 860 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDST-MICS 2014-2015). Selon l'enquête de MICS6-Tchad 2019, le quotient de mortalité néonatale est de 33‰, celui de la mortalité infantile 79‰, de la mortalité juvénile 47‰ et de la mortalité infanto-Juvenile 122‰.

En ce qui concerne la couverture par assurance santé, 0,3% de femmes et d'hommes de 15-49 ans, d'enfants de 5-17 ans et d'enfants de moins de 5 ans sont couvertes.

L'indisponibilité d'eau potable, de l'hygiène et assainissement comporte des risques pour la santé qui, dans le cas des nourrissons et des jeunes enfants, se traduisent souvent en maladie et, par conséquent, en malnutrition.

Selon le MICS6-Tchad, 2019, les attitudes vis à vis de la violence domestique sont de 77,2% chez les femmes et de 50,6% chez les hommes. Le taux de gestion de l'hygiène menstruelle est de 91,4%, la prévalence des MGF parmi les femmes s'élève à 34,1% contre 7,0% parmi les filles.

⁵ Annuaire des Statistiques Sanitaires 2018

⁶ Annuaire des Statistiques Sanitaires 2019

3. SITUATION DE LA SRMNIAN ET DES FAITS D'ÉTAT CIVIL

L'analyse de la situation de la SRMNIAN-EC était basée sur les indicateurs de la SRMNIAN, le niveau de performance de continuum des services en SRMNIAN-EC, l'environnement de la mise en œuvre du paquet SRMNIAN et les taux d'enregistrement des faits d'état civil. Une analyse des goulots d'étranglement et l'identification de stratégies efficaces ont été faites à l'aide de l'outil EQUIST. Une analyse stratégique a été faite, en utilisant la matrice Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM), pour identifier les points forts, les points faibles, les opportunités et les menaces relatives à l'offre et à la demande de services SRMNIAN-EC. La triangulation de l'information a permis d'identifier les principaux goulots d'étranglement à atténuer pour réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile au Tchad.

3.1. ÉTAT DE SANTÉ DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT, DE L'ADOLESCENT

L'état de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent est analysé à travers les indicateurs de la mortalité maternelle néonatale et infanto-juvénile, de la nutrition de la mère et de l'enfant de moins de 5 ans et de la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents. Les données sont tirées de l'EDS-MICS 2014-2015 et de l'enquête MICS-Tchad 2019.

3.1.1. Mortalité maternelle

3.1.1.1. *Situation de la mortalité maternelle et tendance entre 1997 et 2015*

En 2015, la mortalité maternelle atteignait 860 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et les décès maternels représentent 45% de tous les décès de femmes de 15-49 ans⁷.

⁷ EDS-MICS 2014-2015). Rockville, Maryland, USA : INSEED, MSP et ICF International.

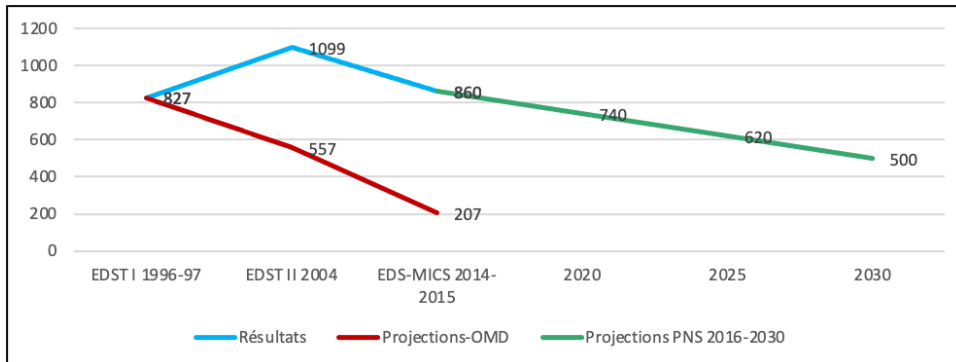


Figure 1 : Mortalité maternelle, résultats et tendances de 1997 à 2030

Entre 1997 et 2015, le rapport de mortalité maternelle était passé de 827 à 860 décès/100 000 naissances, avec un pic à 1 099 en 2004.

En 2015, la cible du PND 2013-2015 était fixée à 500 décès maternels/100 000 naissances vivantes et celle des OMD à 207 décès maternels. Aucune de ces deux cibles n'a été atteinte.

Selon les estimations de l'OMS de 2017, avec un taux de mortalité maternelle autour de 1 140 [847 – 1 590], le Tchad occupait le deuxième rang parmi les pays d'Afrique sub-saharienne ayant des taux très élevés de mortalité maternelle⁸. Selon la même source, le niveau de réduction de la mortalité maternelle (entre 2000 et 2017) était de 20%. Tandis que dans les pays voisins ou pays comparables de la sous-région, ce niveau variait entre 28% et 55%.

3.1.1.2. Causes et facteurs favorisant de la mortalité maternelle⁹

- Les causes directes étaient les prééclampsies/éclampsies (21,6%), les hémorragies (20,3%), les infections du postpartum (6,3%), les dystocies/travail prolongé (14,8%) et les complications de l'avortement (6%).
- Les causes indirectes étaient le paludisme, l'anémie, le VIH/Sida et la malnutrition.
- Les facteurs favorisant étaient (i) les 3 retards (dans la prise de décision du recours, par rapport à l'accessibilité géographique et dans la prise en charge dans les formations sanitaires) et (ii) les 4 trop : trop de grossesses précoces (165 naissances/1 000 adolescentes de 15 à 19 ans), trop rapprochées, trop tardives et trop nombreuses.

3.1.2. Mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile

3.1.2.1. Situation en 2019 et tendance de la mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile

En 2019, le taux de mortalité néonatale était de 33 décès/1 000, le taux de mortalité infantile de 79/1 000 et le taux de mortalité infanto-juvénile de 122 décès/1 000 naissances vivantes.

⁸Estimations de la mortalité maternelle et évolution de 2000 à 2017. OMS, UNICEF, UNFPA, Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies.

⁹ Enquête nationale sur les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) en 2018

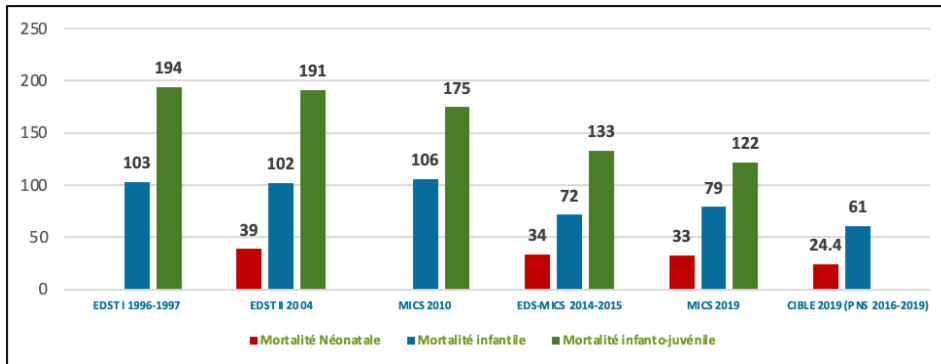


Figure 2 : Mortalité dans les groupes des enfants de moins de 5 ans

Entre 1997 et 2019, les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ont connu une baisse plus ou moins importante selon les groupes qui composent cette tranche d'âge. La mortalité infanto-juvénile est passée de 194 à 122 décès /1 000 naissances, la mortalité infantile de 103 à 79, la mortalité juvénile de 102 à 47 décès/1 000 naissances vivantes. La mortalité néonatale a connu la baisse la plus faible, en passant de 39 à 33 décès/ 1 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité néonatale est resté presque stationnaire entre 2015 (34 décès pour 1 000 naissances vivantes) et 2019 (33 décès pour 1 000 naissances vivantes). Les progrès réalisés, en 2019, étaient insuffisants pour atteindre la cible fixée dans la PNS 2016-2030 qui était de 24,4 décès/1 000 naissances vivantes pour la mortalité néonatale et de 61 décès/1 000 naissances vivantes pour la mortalité infantile.

3.1.2.2. Variations des taux de mortalité de l'enfant par province.

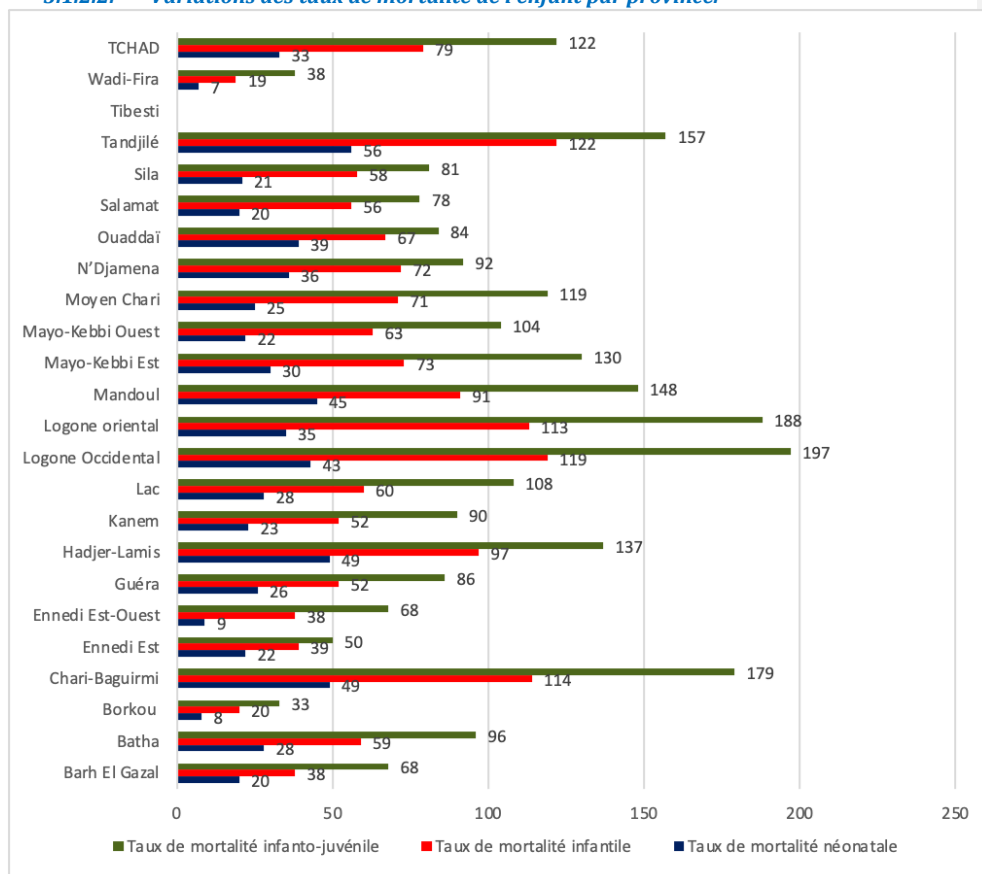


Figure 3 : Variations des taux de mortalité de l'enfant par province.

L'écart entre la province avec un taux de mortalité le moins élevé et la province avec le taux le plus élevé est très variable en fonction du groupe considéré parmi les enfants de moins de 5 ans :

- Pour le taux de mortalité néonatale, l'écart était de 49 décès pour 1 000 naissances vivantes entre le Wadi-Fira avec une mortalité néonatale de 7‰ et la province de la Tandjilé où ce taux atteignait 56‰ ;
- Pour la mortalité infantile, l'écart était de 103 décès/1 000 naissances vivantes entre la province de Wadi-Fira avec 19‰ et la province de la Tandjilé qui atteignait 122‰ ; et,
- Pour la mortalité infanto-juvénile, l'écart était de 164 décès/1 000 naissances vivantes entre la province du Borkou-Tibesti avec 33‰ et celle du Logone Occidentale avec 197‰.

Le taux de mortalité était supérieur à la moyenne nationale pour tous les cinq indicateurs considérés dans les provinces de Chari-Baguirmi et du Logone Occidental. Il était supérieur à la moyenne nationale pour quatre des cinq indicateurs considérés dans les provinces de Hadjer-Lamis, Logone Oriental, Mandoul et Tandjilé.

3.1.2.3. Causes et facteurs favorisant des décès des enfants de moins de 5 ans.

Les causes des décès néonataux sont essentiellement¹⁰: l'asphyxie (32,6%), la prématurité (26,2%), l'infection néonatale (17,6%), la pneumonie (8,5%), les malformations congénitales (5,8%) et le tétanos néonatal (2,3%).

L'EDS-MICS 2014-2015 avait permis d'identifier les principaux facteurs qui aggravent la mortalité des enfants de moins de 5 ans : (i) les intervalles entre naissances très courts, (ii) un âge précoce ou tardif à la naissance des enfants, (iii) le sexe masculin, (iv) certaines pathologies évitables telles que : le paludisme, la malnutrition, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, etc., (v) les pratiques culturelles néfastes pour les soins et la nutrition, (vi) l'inégalité du genre, (vii) l'accès limité à l'eau potable et la faible adhésion aux bonnes pratiques d'hygiène, (viii) les dysfonctionnements des structures sanitaires et (ix) la faible couverture vaccinale contre les maladies évitables.

3.1.3. Etat nutritionnel de l'enfant de moins de 5 ans et de la femme en âge de procréer

Au Tchad, le lien entre la sous-nutrition et la mortalité des enfants de moins de 5 ans est bien établi. Selon les résultats de l'étude sur l'incidence sociale et économique de la faim au Tchad réalisée en 2016¹¹, quarante-trois (43%) des mortalités infantiles au Tchad sont associées à la sous-nutrition. La mortalité infantile associée à la sous-nutrition a réduit de 13% la population active du Tchad. De 2008 à 2012, on estimait à 183 663 le nombre de cas annuels supplémentaires de mortalité infantile associée à la dénutrition des enfants. Cinquante-six (56)% de la population adulte au Tchad a souffert de retard de croissance durant leur enfance.

3.1.3.1. État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans en 2021, au niveau national¹²

En 2021, 10,9% des enfants de moins de 5 ans souffraient de *malnutrition aiguë* globale (MAG) dont 2,0% touchés par la forme sévère. En ce qui concerne la *malnutrition aiguë*, la situation était classée dans la catégorie préoccupante (> ou = 10% et <15%)¹³. Pour la malnutrition chronique globale, le Pays était classé en situation critique (> ou = 30%), avec une prévalence atteignant 30,4% dont 12% de formes sévères. La prévalence de l'insuffisance pondérale globale était de 21,6% dont 6% de formes sévères et celle de l'obésité globale était de 2,3% dont 0,7% de formes sévères (SMART 2019). D'autre part, aucun de ces 2 indicateurs n'a atteint la cible fixée par le PNDS 2018-2021 qui était de 5% pour la malnutrition aiguë et de 10% pour la

¹⁰ Source : Estimates generated by the WHO and Maternal and Child Epidemiology Estimation Group (MCEE) 2017.

¹¹ L'incidence sociale et économique de la sous nutrition chez l'enfant au Tchad. Rapport COHA octobre 2016

¹² Rapport de l'enquête de nutrition et de mortalité rétrospective SMART 2021. Ministère de la Santé publique et de la solidarité nationale. Tchad

¹³ Classification OMS

malnutrition chronique. En 2021, la prévalence de l'anémie globale était de 60,4% dont 1,8% de formes sévères.

3.1.3.2. État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans en 2021, au niveau provincial

Pour la malnutrition aiguë

- Sept provinces étaient en situation critique avec une prévalence très élevée ($\geq 15\%$) : Barh El Ghazal (16,5%), Batha (16%), Ennedi Est (17%), Ennedi Ouest (18,5%), Kanem (16,2%), Salamat (15,5%) et Wadi Fira (16,2%).
- Neuf provinces en situation préoccupante avec une prévalence élevée (≥ 10 et < 15) : Borkou (10,9%), Chari-Baguirmi (11,4%), Guéra (13,1%), Hadjer Lamis (13,0%), Mayo-Kebbi Ouest (11,4%), N'Djamena (10,3%), Ouaddaï (10,7%), Sila (10,8%), Tibesti (10,6%).

Pour la malnutrition chronique globale

- Douze provinces sont en situation critique avec une prévalence très élevée ($\geq 30\%$) : Barh El Ghazal (31,0%), Chari-Baguirmi (30,3%), Guéra (31,9%), Hadjer-Lamis (31,7%), Kanem (39,1%), Lac (36,6%), Logone Occidental (39,5%), Logone Oriental (36,8%), Mayo-Kebbi Ouest (38,9%), Salamat (37,2%), Sila (32,0%) et Wadi-Fira (34,7%).
- Neuf provinces en situation préoccupante avec une prévalence élevée (≥ 20 et < 30) : Batha (23,3%), Borkou (23,0%), Ennedi Est (26,0%), Ennedi Ouest (25,0%), Mandoul (21,7%), Mayo-Kebbi Est (26,9%), Ouaddaï (28,4%), Tandjilé (22,6%) et Tibesti (22,3%).

Pour l'insuffisance pondérale globale

- Une province en situation critique avec une prévalence très élevée ($\geq 30\%$) : Kanem (32,4%).
- Quatorze provinces en situation préoccupante avec une prévalence élevée (≥ 20 et < 30) : Barh El Ghazal (27,5%), Batha (20,8%), Chari-Baguirmi (23,9%), Ennedi Est (28,4%), Ennedi Ouest (28,9%), Guéra (23,5%), Hadjer-Lamis (26,0%), Lac (26,7%), Logone Oriental (20,6%), Mayo-Kebbi Ouest (21,8%), Ouaddaï (23,0%), Salamat (29,2%), Sila (21,0%) et Wadi-Fira (27,0%).

Tableau 54 : Prévalence de la malnutrition et situation en santé publique au niveau national et provincial

PROVINCES	Malnutrition Aiguë Globale		Malnutrition Chronique Globale		Insuffisance Pondérale Globale	
	Prévalence	Situation	Prévalence	Situation	Prévalence	Situation
NATIONAL	10,9		30,4		21,6	
Barh El Ghazal	16,5		31,0		27,5	
Batha	16,0		23,3		20,8	
Borkou	10,9		23,0		16,3	
Chari-Baguirmi	11,4		30,3		23,9	
Ennedi Est	17,0		26,0		28,4	
Ennedi Ouest	18,5		25,0		28,9	
Guéra	13,1		31,9		23,5	
Hadjer-Lamis	13,0		31,7		26,0	
Kanem	16,2		39,1		32,4	
Lac	9,8		36,6		26,7	
Logone	6,6		39,5		19,9	

Occidental					
Logone oriental	6,9		36,8		20,6
Mandoul	3,4		21,7		10,6
Mayo-Kebbi Est	5,4		26,9		18,0
Mayo-Kebbi Ouest	11,4		38,9		21,8
Moyen Chari	5,8		17,8		10,2
N'Djamena	10,3		19,3		16,8
Ouaddaï	10,7		28,4		23,0
Salamat	15,5		37,2		29,2
Sila	10,8		32,0		21,0
Tandjilé	6,3		22,6		13,5
Tibesti	10,6		22,3		16,2
Wadi-Fira	16,2		34,7		27,0
	Prévalence très faible (Normale)	Prévalence faible (Acceptable)	Prévalence moyenne (Précaire)	Prévalence élevée (Préoccupante)	Prévalence très élevée (Critique)
Malnutrition aigue	< 2,5	>=2,5 et <5	>=5 et <10	>=10 et <15	>=15
Malnutrition chronique	< 2,5	>=2,5 et <10	>=10 et <20	>=20 et <30	>=30
Insuffisance pondérale	< 2,5	>=2,5 et <10	>=10 et <20	>=20 et <30	>= 30

3.1.3.3. Analyse de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans de 2015 à 2021.

Cette analyse est basée sur les résultats des enquêtes SMART réalisées entre 2015 et 2021. En comparant les taux de 2015 à ceux de 2021, l'amélioration était faible. La réduction de la prévalence de la malnutrition globale était de 2,6% pour l'insuffisance pondérale et de 0,8% pour la malnutrition aiguë. La prévalence de la malnutrition chronique avait augmenté de 1,5%. La prévalence des formes sévères a diminué de 0,5% pour l'insuffisance pondérale et de 0,8% pour la malnutrition aiguë. La prévalence de la malnutrition chronique sévère a augmenté de 1%.

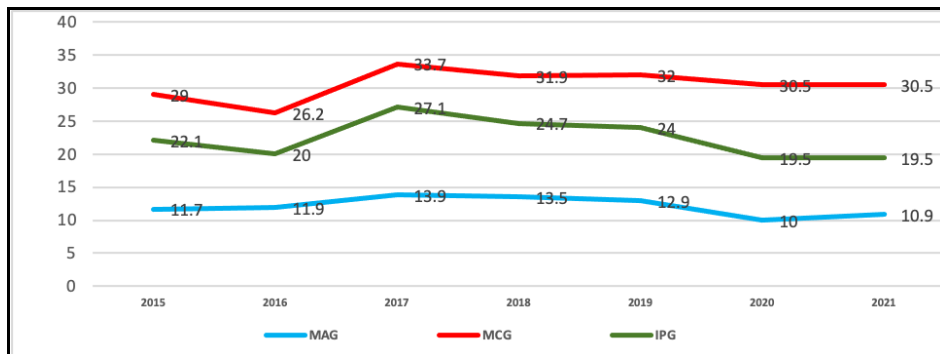


Figure 4 : Evolution de la malnutrition globale chez les < 5 ans (SMART 2015-2021)

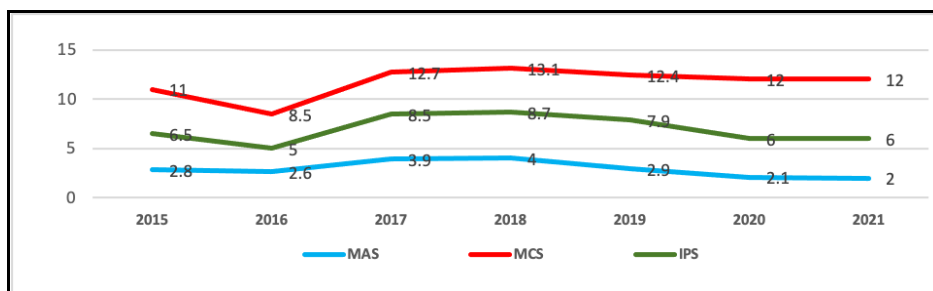


Figure 5 : Evolution de la malnutrition aiguë chez les < 5 ans (SMART 2015-2021)

3.1.3.4. État nutritionnel de la femme en âge de procréer (15-49 ans)¹⁴

En 2021, La prévalence de l'insuffisance pondérale globale, chez la femme en âge de procréer était 2,4% dont 0,7% de formes sévères.

Tableau 62 : Situation nutritionnelle de la femme en âge de procréer (15-49 ans) de 2016 à 2021

Indicateur	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Insuffisance pondérale globale	2,6	2,4	2,5	2,6	2,8	2,4
Insuffisance pondérale sévère	0,3		0,6	0,6	0,5	0,7
Anémie globale	15,4	39,8	41,6	44,7		33,3
Anémie sévère	0,5	0,9	1,1	0,9		0,5

Selon les résultats des enquêtes annuelles SMART réalisées entre 2016 et 2021, la prévalence de l'insuffisance pondérale chez la femme en âge de procréer est restée stable en évoluant entre 2,4 et 2,8%. La prévalence de l'anémie globale a évolué entre un maximum de 44,7% en 2019 et un minimum de 15,4% en 2016. Au cours de la même période, la prévalence de l'anémie sévère a

¹⁴ Source : Enquête SMART 2016-2020

évolué entre un maximum de 1,1% et un minimum de 0,5%.

3.1.4. Santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes

Tableau 73 : Santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes

INDICATEURS	MICS 2019
1. Taux de fécondité par âge spécifique pour les femmes de 15-19 ans	138
2. Fécondité précoce (naissance vivante avant 18 ans parmi les femmes de 20-24 ans) %	44,3
3. Rapports sexuels avant 15 ans parmi les jeunes femmes (%)	27,2
4. Rapports sexuels avant 15 ans parmi les jeunes hommes (%)	25,3
5. Pourcentage de femmes mariées avant 15 ans	18,9
6. Pourcentage d'hommes mariés avant 15 ans	2,4
7. Pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 18 ans	55
8. Pourcentage d'hommes mariés avant l'âge de 18 ans	10,2
9. Taux de prévalence contraceptive	8,1
10. Femmes (15-49 ans) ayant des rapports sexuels avec plus d'un partenaire dans les 12 derniers mois	2
11. Hommes (15-49 ans) ayant des rapports sexuels avec plus d'un partenaire dans les 12 derniers mois	12,3
12. Femmes (15-49 ans) avec partenaires sexuels multiples qui ont utilisé un condom	21,2
13. Hommes (15-49 ans) avec partenaires sexuels multiples qui ont utilisé un condom	17,5
14. Consommation d'alcool avant l'âge de 15 ans chez les femmes	8,4
15. Consommation d'alcool avant l'âge de 15 ans chez les hommes	8,7
16. Consommation de tabac avant l'âge de 15 ans chez les femmes	0,3
17. Consommation de tabac avant l'âge de 15 ans chez les hommes	1,8

Selon les résultats de l'Enquête (MICS6-Tchad, 2019), la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes est caractérisée par une activité sexuelle précoce souvent non protégée avec entre autres conséquences : mariages précoces, grossesses précoces, fécondité élevée, fistules obstétricales, décès, etc. Vingt-sept pour cent (27%) des jeunes femmes et 25,3% des jeunes hommes ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Cinquante-cinq pour cent (55%) des femmes ont été mariées avant l'âge de 18 ans et 19% avant 15 ans. Le taux de fécondité par âge des femmes de 15-19 ans atteignait 138 et 44,3% des femmes âgées de 20 à 24 ans avaient eu une naissance vivante avant l'âge de 18 ans. L'activité sexuelle précoce et sans protection expose au risque de grossesses non désirées, d'avortements, d'IST et VIH. Le pourcentage de femmes ayant des rapports sexuels avec des partenaires multiples sans protection atteignait 12,3% chez les hommes et 2% chez les femmes (15-49 ans). La prévalence contraceptive était de 8,1%.

D'autres pratiques menacent la santé des adolescents/jeunes, comme notamment la consommation d'alcool avant l'âge de 15 ans rapportée chez 8,4% des femmes et 8,7% des hommes.

Au cours des 20 dernières années (1997-2015), **le taux de mortalité maternelle est resté très élevé**. De 1997 à 2019, la prévalence contraceptive est restée basse (de 4 à 8,1%) et l'indice synthétique de fécondité n'a baissé que de 0,2 (de 6,6 à 6,4). Selon les rapports des enquêtes démographiques et de santé réalisées en 1997, 2004 et 2015, le taux de mortalité maternelle est passé de 827 en 1997 à 860 décès/100 000 naissances vivantes en 2015, avec un pic à 1 099 en 2004. Les estimations de l'OMS (en 2017) montraient que le Tchad arrivait au 2^{ème} rang des pays avec le taux de mortalité maternelle le plus élevé en Afrique et dans le monde.

Les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ont connu une baisse plus ou moins importante sans atteindre les cibles des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). De 1997 à 2019, la mortalité infanto-juvénile est passée de 194‰ à 122‰, la mortalité infantile de 103‰ à 79‰, la mortalité juvénile de 102 à 47 décès/1000 naissances vivantes. La mortalité néonatale a connu la baisse la plus faible, en passant de 39 à 33 décès/1000 naissances vivantes et est restée à 34 décès/1 000 naissances vivantes en 2019.

En matière de santé nutritionnelle des enfants de < 5ans, l'analyse des progrès sur une période de 23 ans (1997 et 2019) confirme une amélioration, le plus souvent modeste des indicateurs, à l'exception la MAS qui était à 3% en 1997 et à 4,5% en 2019 (augmentation de 1,5%). Avec une baisse de 8,8%, l'insuffisance pondérale globale a connu une bonne amélioration en passant de 39% (1997) à 29,8% (2019). Au cours de la même période, la baisse était plus modeste pour les autres indicateurs : de 2,2% pour la malnutrition chronique globale (40 à 37,8%) et de 0,1% pour la malnutrition aiguë globale (14 à 13,9%).

En 2019, l'enregistrement des naissances ne dépassait pas 25,5% dont 50% en ville et 21,1% dans le monde rural (MICS6-Tchad, 2019). L'enregistrement des mariages et des décès est encore beaucoup plus faible.

Les taux de mortalité maternelle et des enfants de moins de 5 ans et la prévalence de la malnutrition restent très élevés au Tchad en général avec des variations régionales importantes. L'insuffisance des taux de couverture de la plupart des interventions essentielles de santé et de nutrition au profit de la mère, de l'enfant, de l'adolescent semble être la principale explication

3.2. ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE DES INTERVENTIONS ESSENTIELLES A LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ.

L'analyse a porté sur les principales composantes du paquet de services et soins au bénéfice de la mère et du nouveau-né, à savoir, la planification familiale, les services et soins pré, péri et postnatals. Il s'agissait d'analyser les résultats atteints en 2019 ainsi que la tendance au cours des 25 dernières années. Chaque fois que ces informations étaient disponibles nous avons comparé le résultat atteint à la cible fixée par les documents stratégiques officiels.

Des progrès sont observés sur la fécondité des adolescentes qui a baissé de 194 en 1997 à 138 pour 1 000 en 2019. Parmi les indicateurs du PNDS 2018-2021, pour lesquels une cible a été fixée pour l'année 2019, aucun indicateur n'a atteint la cible.

Tableau 84 : Evolution des indicateurs du continuum de soins à la mère (1997-2019)

	EDST-I 1996-97	EDST-II 2004	MICS 2010	EDS- MICS 2014-15	MICS 2019	Cible PNDS 2018-21
Indice synthétique de fécondité	6,6	6,3	6,9	6,4	6,4	
Taux de prévalence de la contraception	4	3	4,8	5,7	8,1	15
Taux de fécondité des adolescentes/1000	194	187	203,4	179,4	138	
Besoins satisfaits en PF	14	11	15,4	20	17,4	
Besoins non satisfaits en PF	9	23	28,3	23	30,2	
Couverture CPN1	32,4	43	53,2	63,7	59,6	70
Couverture CPN 4 et +	-	18	23,1	31	31,8	40
Protection contre le tétanos néonatal	31	42	43,1	56	53,6	
TPI3		39	50,2	50,2	24,4	25
Accouchement en centre de santé	11	13,2	15,8	22	27,2	
Accouchement avec assistance qualifiée	23,7	20,7	22,7	24,3	47,2	47
Accouchement par césarienne		0,4	1,5	1,4	1,1	
Soins postnatals à la mère				16	13,6	30
Femmes enceintes dormant sous MII			9,9	32,8	56	

3.2.1. Planification familiale

Selon les résultats de l'enquête MICS6-Tchad, 2019, le taux de prévalence contraceptive atteignait 8,1% bien en deçà de la cible de 15% (à atteindre en 2015) fixée par le PND 2013-2015. La faible prévalence contraceptive est due à la faiblesse de l'offre et de l'utilisation des services de planification familiale. Selon les résultats de l'EDS-MICS, 2014-2015 et de l'enquête MICS6-Tchad, 2019, le taux de prévalence contraceptive moderne était passé de 5% (2015) à 8,1% (2019). Les besoins satisfaits en planification familiale demeuraient faibles (17,4%), ceux non satisfaits, pour les femmes mariées ou en union étaient de 30,2% et 68,2% pour les femmes non mariées et non en union. Pour les femmes mariées ou en union, les besoins ont progressé de 21,2 points en passant de 9% en 1997 à 30,2% en 2019. Par rapport aux utilisatrices des méthodes contraceptives modernes, les femmes qui ont un niveau d'instruction supérieur utilisent 7 fois plus ces méthodes (21%) par rapport à celles qui ne sont pas instruites (3%). Avec une prévalence contraceptive aussi faible, l'indice synthétique de fécondité n'a baissé que de 0,2 de 1997 à 2019, en passant de 6,6 à 6,4.

3.2.2. Soins prénatals

3.2.2.1. Consultations prénatales et services rattachés

La consultation prénatale est le lieu de l'offre des soins prénatals qui sont essentiels pour prévenir, dépister précocement et/ou prendre en charge une pathologie de la grossesse qui pourrait avoir un effet néfaste sur la mère et/ou sur le nouveau-né. Elle permet aussi d'assurer les soins préventifs tels que la supplémentation en acide folique et en fer, le traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme, le déparasitage, la PTME et la vaccination

antitétanique. L'OMS recommande au moins 4 visites prénatales (CPN4) au cours de la grossesse.

L'analyse portera sur quatre (4) indicateurs : le taux de couverture de CPN1 et de CPN4+, le TPI, le VAT2. En 2019, la couverture en CPN1 atteignait 59,6% et 31,8% pour la CPN4+¹⁵. Aucun des deux indicateurs n'a atteint la cible de 70% pour la CPN1 et 40% pour la CPN4+.

L'analyse de la progression (1997-2019) des taux de couverture de CPN permet d'observer :

- Une progression de 27,2 points pour la CPN1 et de 13,8 points pour la CPN4+
- Une déperdition importante et persistante qui se situe dans une fourchette entre 25 points (2004) et 32,7 points (2015).
- La CPN est tardive. En 2015, seulement 28% des naissances ont eu la première visite prénatale avant 4 mois de grossesse.
- La quasi-totalité des femmes instruites ont reçu des soins prénatals contre à peine une femme sans niveau d'instruction sur deux (52%) et la couverture est nettement meilleure parmi les femmes dont le ménage est classé dans le quintile le plus élevé (85%) que dans les autres (entre 58% et 61%)¹⁶.

En matière de protection contre le tétanos néonatal, 53,6% des femmes enceintes avaient reçu deux doses de VAT. Cet indicateur a progressé de 22,6 points entre 1997 et 2019.

Selon l'enquête MICS6-Tchad 2019, 47,8% des femmes enceintes avaient reçu le traitement préventif intermittent contre le Paludisme (TPI2) et 37,8% le TPI3. Le taux de TPI 2 a progressé de 28,8 points entre 2004 et 2019. En termes de disponibilité et d'utilisation des moustiquaires imprégnés d'insecticide (MII), 65,8% au moins de ménages avaient une MII et 56% des femmes enceintes avaient dormi sous une MII, la nuit précédant le jour de l'enquête. Entre 2010 et 2019, le pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous une MII a progressé de 47 points en passant de 9% à 56%.

3.2.2.2. Élimination de la transmission mère-enfant du VIH

La PTME mise en place en milieu des années 2000 n'est pas encore systématique dans toutes les formations sanitaires, malgré une séroprévalence estimée à 1,8% chez la femme (MICS6-Tchad, 2019). L'analyse des progrès en matière de PTME a porté sur la période 2014-2018 en raison de la disponibilité des données.

De 2014 à 2018, le taux de dépistage du VIH au cours de la CPN a progressé de 65 points dans les régions appuyées, de 57 points au niveau national et 50 points dans les 13 régions qui ne bénéficient pas d'un appui par un partenaire. La progression a été particulièrement forte de 2014 à 2015 où elle a été de 54 points dans les régions appuyées et de 32 points au niveau national. Au cours de cette période, la progression était nulle dans les régions non appuyées.

La couverture des mères séropositives au VIH a connu une très bonne progression avec un gain de 91 points dans les régions appuyées et de 62 points au niveau national. La progression n'était

¹⁵ Annuaire statistique 2019.

¹⁶ EDS-MICS 2014-2015

que de 18 points dans les régions non appuyées.

3.2.3. Soins obstétricaux néonataux d'urgence (SONU)

Les SONU comprennent la prise en charge des complications pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum, la prise en charge des complications du nouveau-né et les soins post-abortum.

3.2.3.1. Soins obstétricaux néonataux d'urgence de Base (SONUB)

Les SONUB incluent la disponibilité des sept (7) fonctions suivantes : (i) administration parentérale d'antibiotique, (ii) administration parentérale d'ocytocique, (iii) administration parentérale d'anticonvulsivant, (iv) accouchement assisté par voie basse (instrumental), (v) extraction manuelle du placenta, (vi) évacuation utérine après accouchement, et (vii) réanimation du nouveau-né.

L'évaluation rapide des besoins en SONU de 2018¹⁷ a montré que le pays compte 29 structures offrant les SONU dont 25 SONUC3 et 4 SONUB4. La norme admise est de 5 FOSA SONU pour 500 000 habitants dont au moins 1 FOSA SONUC. Le ratio entre le nombre actuel de FOSA SONU et l'effectif de la population tchadienne en 2017 (15 778 417 habitants) est de 1 FOSA SONU pour 544 083 habitants. Ceci est très loin du minimum requis pour la population du pays, qui est de 158 FOSA SONU dont au moins 32 FOSA SONUC et 126 FOSA SONUB, soit un écart de 129 structures SONU dont 122 FOSA SONUB et 7 SONUC à pourvoir.

Dix provinces : Borkou, Chari Baguirmi, Hadjer Lamis, Kanem, Mandoul, Ouaddaï, Barh El gazal, Ennedi Est, Ennedi Ouest et Tibesti ne disposent d'aucune FOSA SONU.

La répartition par type de formation sanitaire montre qu'aucune clinique privée n'est classée FOSA SONU.

3.2.3.2. Accouchements assistés par du personnel qualifié

Environ les trois quarts des décès maternels sont dus à des causes obstétricales directes¹⁸.

L'intervention la plus cruciale pour une maternité sans risque consiste à assurer la présence à chaque naissance d'un agent de santé qualifié possédant des compétences de sage-femme et, en cas d'urgence, il y a un système de référence établi pour les soins obstétriques avec le niveau adéquat de l'établissement sanitaire. En 2019, seulement 27,2% des femmes ont accouché dans un établissement de santé et 47,2% étaient assistées par un personnel qualifié. Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié, malgré sa faiblesse, avait atteint le niveau de la cible de 47% fixée par le PNDS 2018-2021. De 1997 à 2019, ce taux n'a progressé que de 23,5 points passant respectivement de 23,7% à 47,2%. Au cours de cette période de 22 ans, la proportion de femmes qui ont accouché dans un établissement de santé a progressé de 16,2 points seulement en passant de 11% à 27,2%.

¹⁷Évaluation rapide des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) au Tchad. Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale. 2018

¹⁸ Say, L. et al. "Causes mondiales de la mortalité maternelle : Une analyse systématique de l'OMS." *The Lancet Global Health* 2, no. 6 (2014): 323-33.

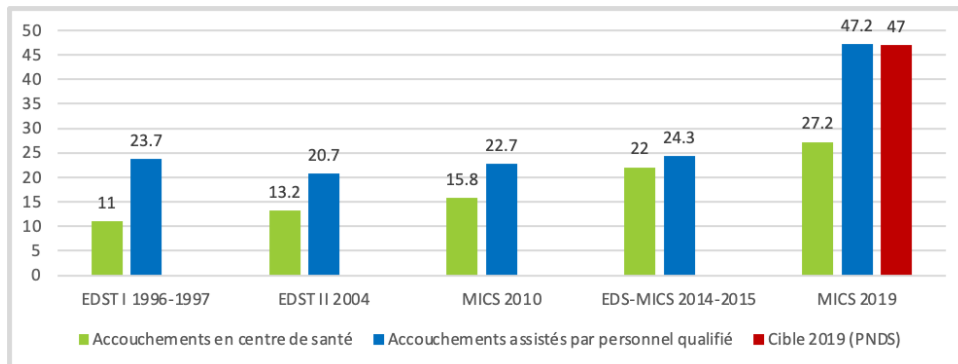


Figure 6 : Évolution du taux d'accouchements assistés (1997-2019)

3.2.3.3. Soins essentiels du nouveau-né (SENN)

Selon les résultats de l'enquête MICS6-Tchad 2019, seulement 27,9% des nouveau-nés (NN) avaient bénéficiés des SENN dont 21,2% des nouveau-nés étaient pesés à la naissance, 27% avaient bénéficié d'un examen de santé post-natal, 67% étaient séchés, 12,9% étaient mis peau à peau et pour 91,6% des nouveau-nés, le cordon était coupé avec un instrument propre. La mise au sein précoce et l'allaitement maternel exclusif étaient respectivement pratiqués dans 15,8% et 16,2% des cas. De 2004 à 2019, la progression observée était faible. Ainsi, la pesée des NN était passée de 10% à 21,2% et l'allaitement maternel exclusif de 2,1% à 16,2%. Par contre, le pourcentage des NN mis au sein précocement avait baissé de 24% en 1997 à 15,8% en 2019.

3.2.3.4. Soins du post-partum

Selon les résultats de l'enquête EDS-MICS 2014-2015 et MICS6-Tchad 2019, seulement 16% des femmes accouchées en 2015 et 13,6% en 2019 ont bénéficié de Soins postnatals à la mère dans les 2 jours suivant l'accouchement. En 2019, le pourcentage de femmes qui ont bénéficié d'un séjour post-partum (au moins 12 h) dans une structure de santé ne dépassait pas 30,1%.

3.2.3.5. Soins obstétricaux néonataux d'urgence complets (SONUC)

Les soins obstétricaux néonataux d'urgence complets prennent en compte, en plus des éléments des SONUB, la transfusion sanguine et les césariennes.

Selon le rapport de l'enquête MICS6-Tchad 2019 le taux d'accouchements par césarienne se situait à 1,1% et variait entre 0,7% en milieu rural et 3% en milieu urbain. Ce taux n'a pas beaucoup progressé, évoluant entre un minimum de 0,4% en 2004 et un maximum de 1,5% en 2010. Le taux d'accouchements par césarienne au Tchad reste bas par rapport à la fourchette de 5 à 15% proposée par l'OMS¹⁹.

¹⁹ World Health Organisation (WHO) : Lancet 1985; 24:436-7

3.3. COUVERTURES DES INTERVENTIONS ESSENTIELLES POUR L'ENFANT, L'ADOLESCENT/JEUNE.

3.3.1. Vaccination des enfants

Tableau 95 : Evolution de la couverture vaccinale par antigène de 2004 à 2019

ANTIGENES	EDST II 2004	MICS 2010	EDS-MICS 2014-2015	MICS 2019
BCG	40,2	46,5	59,6	87,2
VPO1	78	61,3	76,6	85,0
VPO2	60,3	44,8	66,2	74,7
VPO3	35,5	31,8	49,5	58,6
Pentavalent 1	44,6	45,4	58,3	79,9
Pentavalent 2	33,9	31,7	48,3	71,4
Pentavalent 3	20,1	19,7	33,2	64,8
Vaccin Anti Rougeoleux (VAR)	22,8	23,5	56,9	57,3
Fièvre jaune	20,2	32	43,5	54,6
Rubéole				57,3
Tous les vaccins	11,3	7,5	25,3	43,1

Au cours des 15 dernières années (2004-2019), la couverture vaccinale a progressé de 47 points pour le BCG, de 44,7 points pour le Pentavalent 3, de 34,5 points pour le VAR, 34,4 points pour le vaccin contre la fièvre jaune et de 23,1 points pour le VPO3. Le taux des enfants qui ont reçu tous les antigènes est passé de 11,3% à 43,1%, soit une progression de 31,8 points.

Malgré les progrès, la cible du Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020 n'a pas été atteinte : « Atteindre une couverture nationale de 90% et de 80% dans chaque district ou unité administrative équivalente, pour tous les vaccins inclus dans les programmes nationaux, sauf recommandation contraire ».

3.3.2. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

La Stratégie « Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) » cible les 5 problèmes prioritaires de l'enfant : paludisme, infections respiratoires aiguës, malnutrition, diarrhées et rougeole. Elle est basée sur la (i) Prise en charge intégrée des enfants malades dans les établissements et centres de santé, (ii) le renforcement des systèmes de santé, notamment

l'approvisionnement en médicaments et le soutien logistique et (iii) la PCIME communautaire ou promotion de comportements clés familiaux et communautaires.

Les interventions de lutte contre les diarrhées, les IRA et le paludisme

En 2019, la morbidité causée par ces trois maladies atteignait 50%²⁰. Cependant, le recours à ces interventions reste limité. Parmi les enfants souffrant de diarrhée, seulement 23% ont été consultés dans une structure/agent de santé pour un conseil ou un traitement, 17% ont reçu du SRO et 10% du SRO et Zinc. Parmi les enfants de moins de 5 ans avec des symptômes d'IRA, seulement 18% ont été consultés dans une structure/agent de santé pour un conseil ou un traitement et une proportion identique (18%) ont reçu un traitement par antibiotiques. Parmi les enfants de moins de 5 ans qui ont eu de la fièvre, presque un tiers (32%) ont été consultés dans une structure/un agent de santé pour un conseil ou un traitement, 18% ont eu un test de paludisme, 22% ont reçu un traitement à base d'antipaludiques et 21% ont reçu une Combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine. Le constat est le même pour les interventions de prévention du paludisme. Selon les résultats de l'enquête MICS6-Tchad 2019, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui avaient dormi sous une MII était de 54%. Les enquêtes successives montraient que ce pourcentage n'a pas dépassé 56%, chiffre atteint en 2004 (EDST II 2004).

Tableau 106 : Recours aux interventions contre la diarrhée, les IRA et le paludisme

INDICATEURS	EDSTII	MICS	EDS-MICS	MICS
	2004	2010	2014-15	2019
Morbidité des diarrhées, fièvres et IRA	43		51	50
% d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée et reçus par une structure/un agent de santé pour un conseil ou un traitement	11		25	23
% d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée qui ont eu SRO	18	13	20	17
% d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée qui ont eu SRO et zinc			1,3	10
% d'enfants de moins de 5 ans avec symptômes d'IRA qui ont été consulté dans une structure/un agent de santé pour un conseil ou un traitement		26	27	18
% d'enfants de moins de 5 ans avec symptômes d'IRA qui ont reçu des antibiotiques		31	31	18
% d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII	56	10	36	54
% d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu de la fièvre et ont été consulté dans une structure/un agent de santé pour un conseil	12		37	32

²⁰ MICS 2019

ou un traitement			
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu la fièvre dans les 2 dernières semaines et ont eu à faire un test de paludisme	9	13	18
% d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu de la fièvre et ont reçu n'importe quel traitement antipaludéen	43	27	22
% d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre qui ont reçu une Combinaison Thérapeutique à la base d'Artémisinine (CTA)	1,0	3	21

3.3.3. Interventions de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

L'analyse faite sur la base des résultats des enquêtes SMART de 2016 à 2021 montrait que l'échelle de mise en œuvre de la plupart des interventions de l'ANJE était faible pour obtenir les résultats escomptés.

En 2021, la mise au sein dans la première heure suivant la naissance était pratiquée chez 48,1% des nouveau-nés. La pratique de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 6 mois reste très faible et ne dépassait pas 11,4%. Le pourcentage des enfants de 6 à 8 mois ayant reçu un aliment solide, semi-solide ou mou était de 69,2% et la diversité alimentaire était pratiquée chez 14,5% des enfants de 6 à 23 mois allaités ou non. Le pourcentage des enfants de 6 à 59 mois ayant bénéficié d'une supplémentation en Vitamine A était de 70,6% et de 68,7% pour le déparasitage systématique.

Tableau 117 : Performance des interventions de l'ANJE (2016-2020)²¹

INDICATEURS	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Anémie globale chez les enfants de 6 - 59 mois (%)	68,6	62	66	64	ND	60,4
Anémie sévère chez les enfants de 6 - 59 mois (%)	3,1	1,9	3,6	2,7	ND	1,8
Enfants de 0 à 23 mois ayant reçu le colostrum (%)	ND	59,0	78	79	76	83,2
Enfants de 0 à 23 mois ayant été mis au sein dans la première heure suivant la naissance (%)	32,7	34	37	32	36	48,1
Enfants de 0 à 5 mois allaités exclusivement (%)	7,3	6	18	8,8	16	11,4
Enfants de 6 à 8 mois ayant reçu un aliment solide, semi-solide ou mou (%)	ND	34	43	66	69	69,2
Diversité alimentaire des enfants de 6 à 23 mois allaités ou non (%)	ND	ND	7	11	12	14,5
Pratique d'alimentation minimum acceptable (%)	ND	ND	13	9	14	11,5
Administration (supplémentation) de vitamine A (%)	68	73	84	69	58	70,6
Déparasitage %	43	58	79	70	55	68,7

²¹ Source : Rapport des enquêtes SMART 2016 à 2021

3.3.4. Accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement

Tableau 128 : Evolution des conditions d'accès à l'eau, hygiène et assainissement

	EDST-I 1996-97	EDST-II 2004	MICS 2010	EDS-MICS 2014-15	MICS 2019
Utilisation de sources d'eau de boisson améliorées	27	36	52,1	56,1	61,8
Utilisation de toilettes améliorées	7	4	15,5	8,2	16,1
Élimination en toute sécurité, des selles des enfants			18,1	26,7	13,5
Défécation à l'air libre		74,1	65,6	68,9	65,6

Selon les résultats de l'enquête MICS6-Tchad 2019, environ 62% de la population utilisaient une source d'eau améliorée pour la boisson. Ce pourcentage a presque doublé de 2004 à 2019. En matière d'hygiène et assainissement, les progrès sont faibles. Environ 2/3 de la population défèque à l'air libre (17,1% en milieu urbain et 77% en milieu rural), et seulement 16,1% de la population utilisent des toilettes améliorées et 13,5% des enfants bénéficient d'une évacuation sécuritaire des selles. Plus de la moitié des provinces sont en dessous de la moyenne nationale. En dehors de N'Djamena où le taux est à 53,9 %, la situation est catastrophique en milieu rural (6,1%) qu'en milieu urbain (44,9%).

Le Taux de couverture de l'évacuation hygiénique des selles est en dessous de la moyenne nationale (26%) dans les provinces de Ouaddaï, Guera, Tandjilé, Lac, Mayo-Kebbi Est, Mandoul, Kanem, Logone Oriental, Ennedi Est et Ouest, Batha et Wadi Fira.

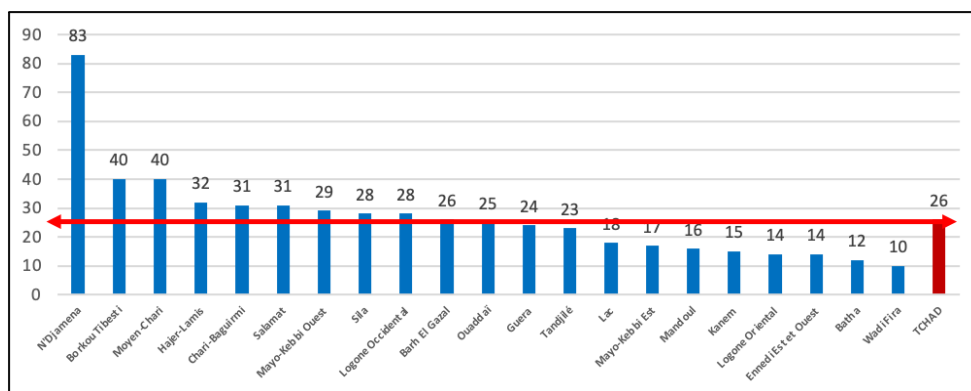


Figure 7 : Taux de couverture de l'évacuation hygiénique des selles par province (Source : EDS 2014-2015)

3.4. ANALYSE DE LA SITUATION DE L'ENREGISTREMENT DES FAITS D'ÉTAT CIVIL

3.4.1. Introduction

L'état civil est le mode de constatation des principaux événements ou actes intéressant l'état des personnes, notamment la naissance, le mariage, le décès et le divorce par un officier d'état civil. Un système d'enregistrement des faits et des statistiques de l'état civil est l'inscription continue et obligatoire des événements y relatifs avec leurs caractéristiques (naissances vivantes, décès, morts fœtales, mariages et divorces) sur une base permanente. Ce système garantit le droit de la personne à une identité et à un statut social, la nationalité ainsi que l'appartenance à une famille et à une communauté. C'est un outil de gestion administrative de la population, de la planification du développement et de la production des données sociodémographiques.

3.4.2. Situation de l'état civil et statistiques vitales

En dépit des campagnes de sensibilisation sur la gratuité des originaux d'actes d'état civil et des efforts de réorganisations juridiques et administratives des centres d'état civil, une grande partie de la population tchadienne ne fait pas recours aux services de l'état civil.

De 2004 à 2019, l'enregistrement des naissances a légèrement progressé en passant de 9% à 26% au niveau national. L'enregistrement des naissances est pratiqué dans les pays d'Afrique de l'ouest et du Centre où ce pourcentage atteignait 47% en moyenne.

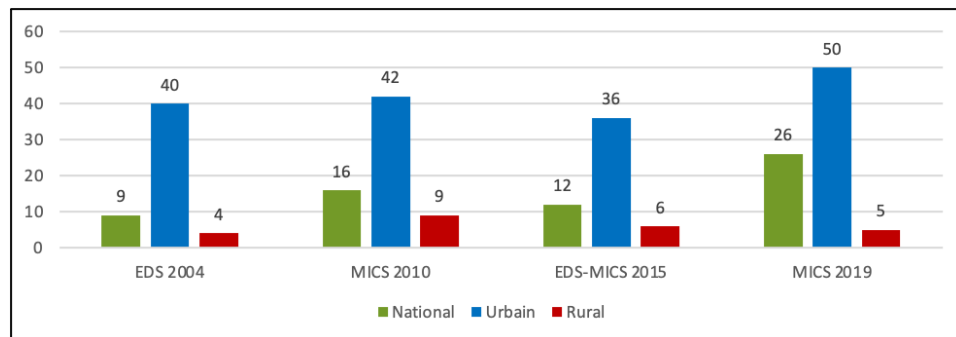


Figure 8 : Evolution de l'enregistrement des naissances de 2004 à 2019

Selon les résultats du MICS6-Tchad 2019, les enregistrements sont plus fréquents en ville (50%) que dans le monde rural (5%).

Les variations du taux d'enregistrement des naissances étaient très fortes entre les différentes provinces. La ville de N'Djamena a le plus fort taux d'enregistrement avec 59,2% et la province du Lac le taux le plus faible avec 8,35%.

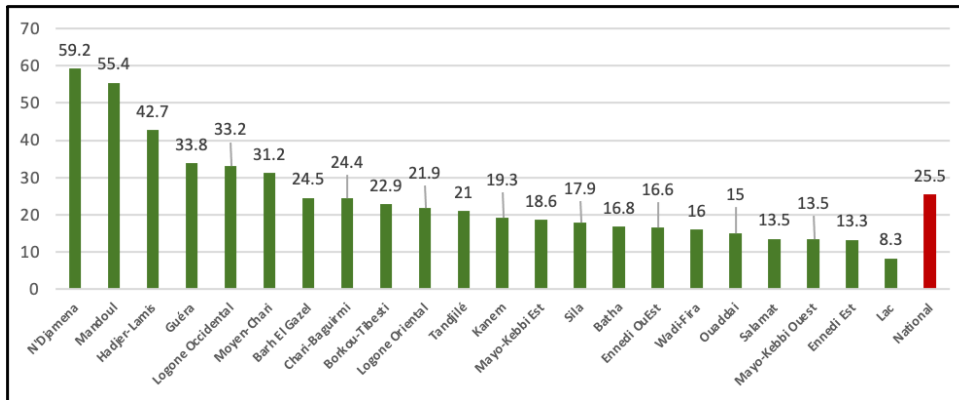


Figure 9 : Evolution de l'enregistrement des naissances par province en 2019

3.4.3. Déclaration des mariages

Selon l'Ordonnance N° 002/PR/2020 du 14 février 2020 portant organisation de l'état civil en République du Tchad, seuls les mariages civils des couples hétérosexuels sont enregistrés. Tout mariage doit être enregistré 2 mois après la publication des bans ou la célébration coutumière et religieuse. La Loi N° 029/PR/2015 du 21 juillet 2015 portant interdiction du mariage d'enfants, fixe l'âge légal du mariage à 18 ans pour les hommes comme pour les femmes.

Le mariage est célébré publiquement par l'Officier de l'état civil du lieu de la constitution du dossier de mariage, en présence de deux témoins majeurs. La célébration est précédée de la remise, par chacun des époux, des documents permettant d'établir qu'ils sont en capacité de se marier. Les mariages religieux et/ou coutumiers sont reconnus et la loi prévoit la constatation des mariages religieux et/ou coutumier par l'Officier d'état civil.

En 2018, seulement 15% des mariages étaient enregistrés.

3.4.4. Déclaration des décès à l'état civil

Selon la Loi d'état civil (Ordonnance N° 002/PR/2020 du 14 février 2020), la déclaration de décès est sous forme orale auprès de l'Officier d'état civil et ne nécessite pas la présentation préalable ou concomitante d'un document. Toutefois, en cas de décès dans une formation sanitaire, le Médecin Chef remet un certificat de genre de mort à la famille aux fins d'établissement de l'acte de décès dans un Centre d'état civil. Au vu de ce certificat, l'Officier d'état civil délivre un permis d'inhumation. Le décès doit faire obligatoirement l'objet d'une mention en marge de l'acte de naissance du défunt. A l'instar des naissances, les décès ne peuvent plus être enregistrés par les Officiers d'état civil après un délai légal d'un mois. Le jugement déclaratif des décès qui est rendu par le Tribunal du lieu de décès, fait l'objet d'une transcription sur les registres de l'année en cours.

3.5. CAUSES A L'ORIGINE DE LA COUVERTURE INSUFFISANTE DES SERVICES DE SRMNIAN.

Les causes de la couverture insuffisante des services de SRMNIAN ont été identifiées à travers (i) l'analyse de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des SRMNIAN, (ii) la recherche des goulots d'étranglement à l'aide de l'outil EQUIST et la recherche de goulots d'étranglements systémiques

3.5.1. Disponibilité et capacité opérationnelle des services à la mère, au Nouveau-né, à l'enfant, à l'adolescent et au jeune

La disponibilité des établissements à offrir des services à la mère et au nouveau-né est appréciée en fonction de la disponibilité, au moment de l'enquête, d'éléments traceurs retenus pour chaque service. L'appréciation est basée sur un score moyen de disponibilité.

La capacité opérationnelle des services pour la mère et le nouveau-né a été appréciée à travers les éléments ou groupes d'éléments traceurs suivants : Agents de santé formés, Directives, Équipements, Médicaments et produits et Capacité de diagnostic.

Selon les résultats de l'enquête SARA 2019, le calcul du score moyen de disponibilité montrait que la disponibilité était suffisante pour les services préventifs et curatifs (100%), les services de soins prénatals (96%), les services de vaccinations (95%), les SONUB (94%), la Planification familiale (90%), les services de PTME (87%) et les services aux adolescents et jeunes (50%).

La disponibilité était insuffisante pour les soins essentiels offerts au nouveau-né (42%), la réanimation néonatale (33%), la transfusion sanguine (6%) et les SONUC (5%).

Le score moyen de capacité opérationnelle était suffisant et atteignait 77% pour la vaccination, 63% pour les soins prénatals, 59% pour les services préventifs et curatifs, 58% pour les SONUB, 53% pour les SONUC et 51% pour la Planification familiale.

La capacité opérationnelle était insuffisante pour la transfusion sanguine (45%), pour la PTME (44%) et pour les services de l'adolescent et jeune (37%).

La capacité opérationnelle des établissements pour offrir des services de SRMNIAN, avec disponibilité de tous les éléments traceurs, ne dépassait pas 2%.

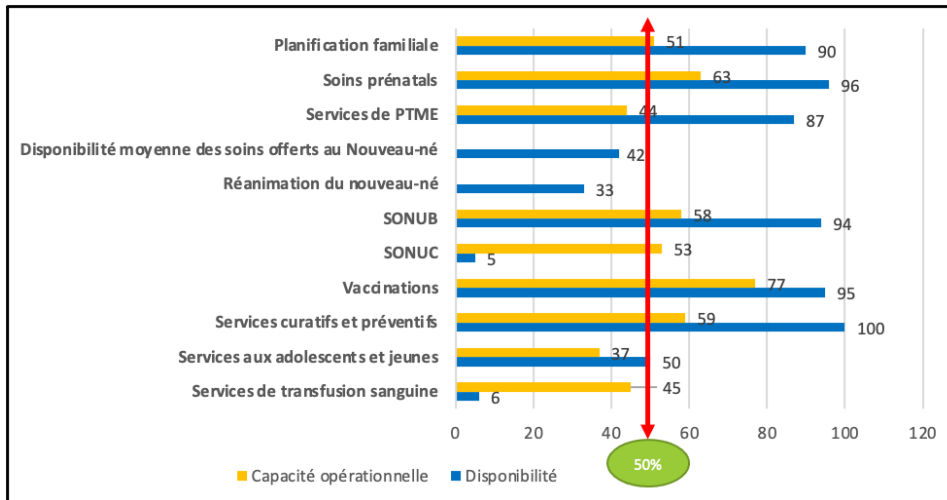


Figure 10 : Score de disponibilité des services de SRMNIAN (2019)

La Figure 11 montre la situation des éléments ou groupes d'éléments qui rentrent dans l'appréciation de la capacité opérationnelle pour chaque service.

Selon les résultats de l'enquête SARA 2019, le pourcentage des établissements disposant de tous les éléments traceurs de la capacité opérationnelle ne dépassait pas 2%. Pour les interventions de SONUC, aucun établissement ne disposait de tous les éléments traceurs.

Pour l'élément « **Agents formés** », le score est insuffisant pour la Planification familiale, les soins prénatals, les SONUB, les SONUC, les soins préventifs et curatifs, les services de santé de l'adolescent et jeune et les services de transfusion sanguine.

Pour l'élément « **Directives** », le score est insuffisant pour la Planification familiale, les soins prénatals, les SONUB, les SONUC, les soins préventifs et curatifs, les services de santé de l'adolescent et jeune et les services de transfusion sanguine.

Pour l'élément « **Équipements** », le score est insuffisant pour les SONUB, les SONUC et les services de transfusion sanguine.

Pour l'élément « **Médicaments et produits sanguins** », le score est insuffisant pour la Planification familiale, la PTME, les services de santé de l'adolescent et jeune et les services de transfusion sanguine.

Pour l'élément « **Diagnostic** », le score est insuffisant pour les soins prénatals et les soins préventifs et curatifs.

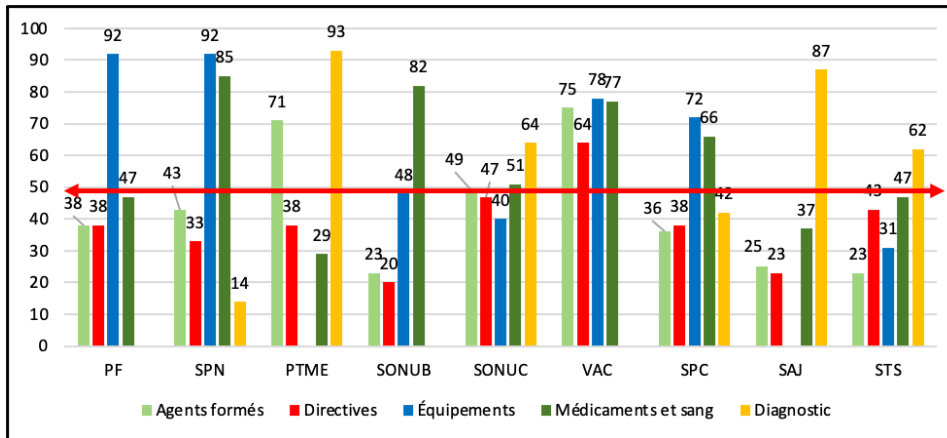


Figure 11 : Scores de capacité opérationnelle des services de SRMNIAN (2019)

PF= Planification familiale, SPN=Soins prénatals, PTME= Prévention transmission mère-enfant du VIH, SONUB= Soins obstétricaux néonataux d'urgence de base, SONUC=Soins obstétricaux néonataux d'urgence complets, VAC= Vaccinations, SPC= Services préventifs et curatifs, SAJ= Services à l'adolescent et jeune, STS= Services de transfusion sanguine.

3.5.2. Inégalités dans la répartition des ressources et l'accès aux services

La répartition inégale des ressources et l'inégalité des résultats ont pour conséquence que les localités défavorisées tirent la performance nationale vers le bas et la cible nationale devient difficile à atteindre.

3.5.2.1. Inégalités dans la répartition des ressources

Répartition inégale des ressources humaines

L'effectif du personnel de santé en 2017 est estimé à 8 176 agents, toutes catégories confondues, y compris ceux exerçant dans les structures confessionnelles, celles des militaires, des ONG et d'autres institutions ne relevant pas directement du Ministère de la Santé Publique. Parmi ces agents, on dénombre 651 médecins, 3 482 infirmiers, 631 sages-femmes, et 1 620 autres personnels techniques. Trente-neuf (39)% des principaux agents prestataires de soins (médecins, IDE, sages-femmes et techniciens de gynécologie) exercent dans la capitale N'Djamena. En 2019, la densité des principaux agents prestataires de soins était de 3,03 Agents/10 000 habitants au niveau national. L'écart entre les provinces allait de 19,9 pour le Tibesti à 1,2 agents/10 000 habitants pour le Mandoul. Cependant entre 2015 et 2017, le redéploiement du personnel de N'Djamena vers les provinces a apporté une amélioration. Le pourcentage des médecins à N'Djamena est passé de 52% en 2015 à 44% en 2018 soit une baisse de 8%. Le pourcentage des sages-femmes est passé de 60% en 2015 à 39% en 2018, soit une baisse d'environ 21%. La densité des principaux personnels pour 10 000 habitants est de 19,86 dans la DSP du Tibesti, suivi de la DSP de N'Djamena avec 10,51. Les DSP de l'Ennedi Ouest, de l'Ennedi Est, du Kanem et du Borkou ont une densité de professionnel comprise entre 3 et 3,9 pour 10 000 habitants.

Tableau 139 : Répartition inégale des ressources humaines et matérielles

Provinces	Population 2017	Etablissements de santé pour 10 000 habitants	Principaux professionnels de santé/10 000 habitants	Nombre de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants	Nouveaux cas par personne et par an	Indice d'utilisation des services
Barh El Gazal	343 623	1,86	1,92	2	0,23	0,05
Batha	647 489	1,28	1,64	3	0,23	0,05
Borkou	124 517	1,12	3,53	3	0,17	0,03
Chari Baguirmi	802 564	0,95	1,66	2	0,13	0,03
Ennedi Est	127 352	0,86	3,06	10	0,09	0,02
Ennedi Ouest	80 569	1,24	3,85	9	0,19	0,04
Guera	714 875	1,08	2,99	5	0,29	0,06
Hadjer Lamis	849 421	0,79	1,32	3	0,18	0,04
Kanem	473 068	3,04	3,15	7	0,35	0,07
Lac	615 734	1,66	2,66	4	0,29	0,06
Logone occidentale	975 195	0,76	2,37	4	0,25	0,05
Logone Oriental	1 073 990	1,15	1,79	5	0,38	0,08
Mandoul	1 018 527	0,80	1,20	5	0,31	0,06
Mayo-Kebbi Est	1 082 559	1,07	1,79	4	0,25	0,05
Mayo-Kebbi Ouest	765 736	1,49	1,85	2	0,25	0,05
Moyen Chari	793 470	1,15	2,32	5	0,32	0,06
N'Djamena	1 538 387	0,53	10,51	9	0,26	0,05
Ouadaï	1 012 531	0,79	1,96	3	0,32	0,06
Salamat	410 714	1,07	2,34	5	0,35	0,07
Sila	629 155	0,64	1,48	2	0,24	0,05
Tandjile	899 583	1,17	1,78	3	0,25	0,05
Tibesti	32 228	1,55	19,86	8	0,32	0,06
Wadi Fira	737 130	0,92	1,52	4	0,24	0,05
Total général	15 748 417	1,05	3,03	4	0,27	0,05

Répartition inégale des infrastructures, matériels et équipements

En 2019²², il y avait 1 659 établissements sanitaires publics et 235 établissements sanitaires privés. Au total, il y avait 1 894 établissements sanitaires, soit une densité de 1,2 pour 10 000 habitants. En utilisant la norme OMS de 2 établissements de santé pour 10 000 habitants, les besoins étaient estimés à 3 150 établissements sanitaires, soit un déficit de 1 256. Le nombre de lits d'hospitalisation/observation était estimé à 6 863, soit un déficit de 32 508 lits en se référant à la norme OMS de 25 lits pour 10 000 (pays en développement). Le nombre total d'établissements de santé pour 10 000 habitants variait entre 0,53 pour N'Djamena et 3,04 pour le Kanem. Le nombre de lits pour 10 000 habitants était de 2 pour Barh-El-Gazal, le Chari Baguirmi, le Mayo-Kebbi Ouest et le Sila. Ce chiffre était de 10 pour l'Ennedi Est.

D'une manière générale, les équipements medicotechniques et les infrastructures sont insuffisants et leur maintenance défectueuse.

²² Annuaires des statistiques sanitaires 2019

Répartition inégale des financements²³

D'importantes disparités semblent donc exister entre les provinces. Les provinces sanitaires du Lac, Kanem, Wadi Fira, Ennedi Est, Barh El Gazal, Ouaddaï et Guéra reçoivent le plus de financement par habitant tandis que les provinces du Borkou, Ennedi Ouest et Tibesti en reçoivent le moins.

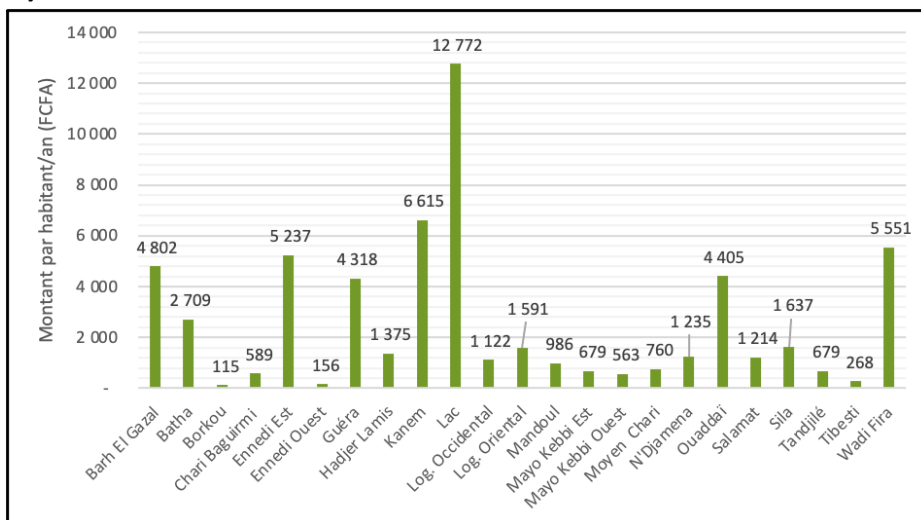


Figure 12 : Répartition du financement par habitant au niveau infranational (2018-2021)

Le montant d'aide directe pour le financement de la santé varie entre 115 FCFA ou 0,2 USD (Borkou) et 12 772 FCFA ou 22,2 USD (Lac) par habitant et par an (en moyenne), en plus des ressources octroyées au niveau central ou national qui correspondent à environ 5 197 FCFA (9,1 USD) par habitant annuellement. Les données disponibles suggèrent une certaine iniquité en matière d'allocation des ressources en tenant compte de la population et de la situation sanitaire au niveau régional.

L'allocation des ressources au secteur de la santé semble refléter en partie l'accent mis par les interventions humanitaires sur les zones d'accueil des populations réfugiées (déplacés internes et d'autres pays voisins)²⁴.

En outre, la comparaison du financement par habitant et des résultats en matière de santé par province montre que le financement n'est pas toujours en adéquation avec les besoins.

²³CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES ET SUIVI DES DEPENSES DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE. Rapport final Mai 2021. Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale. Tchad.

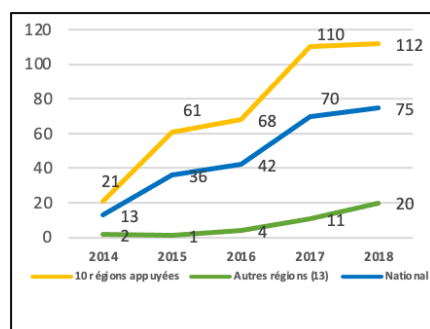
²⁴ Les populations déplacées n'étant pas comptabilisées dans les données de recensement utilisées pour réaliser les calculs

Inégalité dans l'utilisation des services

L'indice d'utilisation des services était de 0,05, en 2019. Il variait entre 0,08 pour le Logone Oriental (province la plus performante) et 0,02 pour l'Ennedi Est (Province la moins performante).

La moyenne de nouveaux cas par habitant et par an était de 0,27 soit une augmentation de 0,03 par rapport à 2015. Cette moyenne reste toujours inférieure aux normes nationales qui sont de 1 nouveau cas (NC)/habitant/an pour le milieu urbain et 0,5 NC/habitant/an pour le milieu rural. L'utilisation des services varie d'une province à une autre : Il va de 0,09 NC/hab./an dans la province de l'Ennedi Est à 0,38 NC/hab./an au Logone Oriental.

Inégalité dans la disponibilité de l'appui par un partenaire



Les résultats des services de PTME (2014-2018) montraient que les provinces non appuyées avaient une performance beaucoup plus faible par rapport aux provinces appuyées. L'évolution de la couverture en ARV des mères séropositives montrait un écart de performance, entre les 10 provinces appuyées et les 13 provinces non appuyées, qui s'est creusé au fur et à mesure, passant de 19 points en 2014 pour atteindre 92 points. Les provinces appuyées ont enregistré un gain de 91 points contre seulement 18 points pour les provinces non appuyées.

Figure 13 : Évolution de la couverture en ARV pour les mères séropositives²⁵

L'appui d'un partenaire est un exemple de ressource inégalement répartie sur le territoire national. Les grands intervenants préfèrent concentrer les ressources sur quelques régions ciblées en fonction de critères très pertinents. Ces critères attirent presque irrésistiblement les intervenants vers les mêmes régions et laissent les autres orphelines. L'exemple des services de PTME montre que la présence ou l'absence de l'appui d'un partenaire influence fortement la performance de la province.

3.5.2.2. Inégalités à l'accès aux services de santé, basées sur le genre

L'indice de développement de genre (IDG) mesuré sur trois dimensions fondamentales du développement humain (santé, éducation et contrôle des ressources économiques) était de 0,342 pour les femmes, contre 0,448 pour les hommes, ce qui donne un IDG de 0,764. L'indice d'inégalité de genre (IIG) qui fait ressortir les inégalités fondées sur le sexe dans la santé procréative, l'autonomisation et l'activité économique était de 0,710, plaçant le Tchad au 160^{ème} rang sur 162 pays dans l'indice 2019.²⁶

²⁵ Source : Coordination PTME

²⁶ http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/fr/TCDD.pdf

3.5.3. Autres déterminants de la santé.

- ***Les déterminants de la santé infantile et de la malnutrition.***
Les déterminants de la santé infantile et de la malnutrition sont entre les facteurs biologiques, comportementaux et de style de vie, l'environnement, etc. La connaissance de ces facteurs réoriente mieux à utiliser les services de santé et aux risques de la santé.
- ***Le comportement et style de vie***
Pris sous cet angle, les facteurs psychologiques, les comportements à risques, la sédentarité, les mauvaises habitudes alimentaires, les pesanteurs socioculturelles sont considérées comme des facteurs qui influent sur l'état de santé des enfants. L'amélioration de ces facteurs va permettre l'acquisition des aptitudes individuelles responsables pour le bien-être de ces enfants.
- ***L'Environnement***
Les facteurs environnementaux comportent les politiques réglementaires et les facteurs physiques (géographie, climat, écologie) : Agir sur ces facteurs permettrait d'élaborer des politiques publiques saines afin de créer des milieux de vie favorables à la santé et à l'épanouissement des enfants.
- ***L'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant***
Des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant peuvent augmenter la survie et favoriser une croissance et un développement sain, en particulier pendant la période critique des mille premiers jours (de la conception jusqu'à l'âge de 2 ans). Ces pratiques sont peu suivies du fait de certaines pesanteurs socio-culturelles.
- ***Les organisations de la Société Civile***
Certaines parmi les organisations de la société civile (ASTBEF, CELIAF et AMASOT) développent déjà sur le terrain des activités de prestation de services cliniques au profit des adolescents et jeunes.

3.6. ANALYSE DES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT A LA MISE EN OEUVRE EFFECTIVE DES SERVICES DE LA SRMNIAN

Pour la planification du DI SRMNIAN du Tchad, le choix a été porté sur l'outil EQUIST²⁷ afin de mieux prendre en compte les facteurs d'équité et d'efficience dans l'affectation des ressources limitées. Cet outil a été utilisé pour déterminer les principaux goulots d'étranglement et définir des stratégies à fort impact et coût-efficaces. L'analyse a porté sur l'offre de trois paquets de prestations : les pratiques familiales essentielles, les soins préventifs et les soins curatifs. Pour chacune des interventions composant le paquet, en plus des conditions relatives à l'environnement de leur mise en œuvre, les sept déterminants de couverture (Disponibilité, accessibilité des ressources humaines, accessibilité géographique, accessibilité financière, acceptabilité, continuité et qualité) ont été passés en revue. La principale limite rencontrée au cours de l'analyse était la fixation des cibles des interventions en lien avec la SRMNIAN

²⁷ Outil équitable sensible à l'impact

identifiées dans EQUIST.

Le processus d'analyse des goulots d'étranglement a débuté par le choix des domaines d'interventions. Les quatre domaines prioritaires proposés par EQUIST sont en lien avec la santé de la mère et de l'enfant. Il s'agit de (i) Mortalité Néonatale, (ii) Mortalité post néonatale et juvénile, (iii) Nutrition, et (iv) Mortalité maternelle.

Pour chaque domaine, l'outil nous oriente sur la détermination des causes les plus significatives, qui ont un fort impact sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

La suite de la méthodologie d'analyse consiste à faire le choix des interventions prioritaires. Les interventions sont regroupées en trois grands paquets à savoir le paquet communautaire ou pratiques familiales essentielles, le paquet des soins préventifs et le paquet des soins curatifs.

L'identification des goulots d'étranglement et l'analyse de leurs causes sont faites en tenant compte de l'analyse des documents stratégiques disponibles notamment le Plan national de développement sanitaire et de la connaissance de la situation du système de santé du Tchad.

La finalité de cette analyse était de proposer des mesures correctives pertinentes.

Les déterminants de l'offre de service concernent la disponibilité des intrants, la disponibilité des ressources humaines qualifiées et l'accessibilité géographique.

Les déterminants de la demande de services concernent les questions d'accessibilité financière et d'acceptabilité socio-culturelle et comportementale.

Les déterminants en lien avec les piliers du système de santé (leadership, gouvernance, coordination, organisation des services, suivi, système d'information, ...).

Les déterminants directement liés à l'utilisation adéquate (ou continue) ou effective (de qualité) des services.

3.6.1. Goulots d'étranglement par paquet de services SRMNIAN

3.6.1.1. *Goulots d'étranglement et leurs causes pour l'offre des pratiques familiales essentielles*

Le paquet de soins et d'interventions analysé comprend les sous-paquets WASH/Eau, Assainissement, la Moustiquaire imprégnée d'insecticide et sûreté environnementale, et l'alimentation et soins du nouveau-né et nourrisson.

La continuité et la qualité sont apparues comme les principaux goulots dans la mise en œuvre des interventions communautaires, loin devant la faible disponibilité des ressources humaines, l'accessibilité financière et l'acceptabilité socio-culturelle.

Au niveau de l'offre, la faible accessibilité aux ressources humaines pourrait s'expliquer par le nombre insuffisant des agents de santé communautaires (norme de deux agents communautaires par village non atteinte), l'insuffisance liée à leur motivation pour assurer la continuité de l'offre de soins et services de santé dans la communauté.

Au niveau de la demande, les goulots d'étranglement liés à la continuité et à la qualité résulteraient d'une insuffisance de la communication pour le changement de comportement à travers des activités de sensibilisation communautaires. A cela, pourraient s'ajouter l'insuffisance des stratégies avancées et le manque de supervision des agents de santé

communautaires.

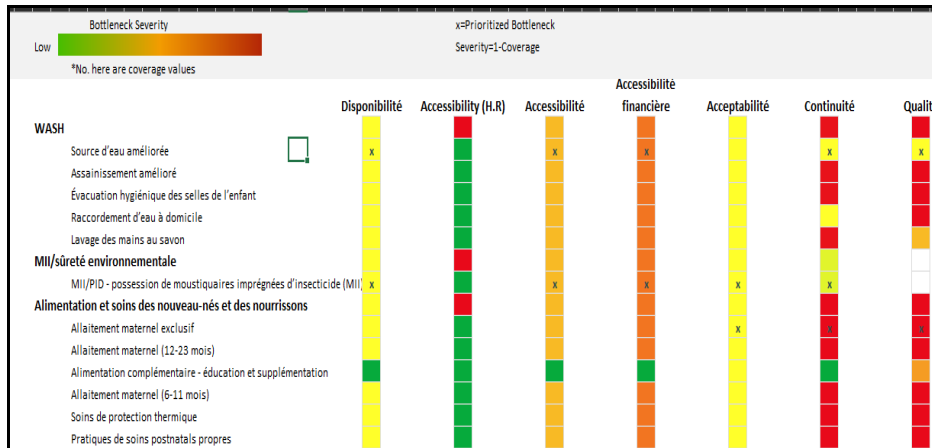


Figure 14 : Répartition des goulots selon les indicateurs de couverture du paquet communautaire. Source Equist

3.6.1.2. Goulots d'étranglement et leurs causes pour le paquet des services préventifs

L'analyse du paquet des services préventifs a porté sur la planification familiale, les soins prénatals et la vaccination de l'enfant.

Les goulots d'étranglement identifiés au niveau de toutes les interventions de ce paquet, se situaient au niveau de l'accessibilité des ressources humaines, de l'accessibilité géographique, de la continuité et de la qualité.

Au niveau de l'offre, les goulots d'accessibilité aux ressources humaines et d'accessibilité géographique sont la conséquence de la faible densité du personnel de santé et de sa répartition inéquitable dans le pays, ainsi que la couverture insuffisante des infrastructures sanitaires, la faible disponibilité des médicaments et produits de santé et à la faible accessibilité géographique.

Au niveau de la demande, l'analyse des goulots liés à la continuité et à la qualité indique le manque de motivation du personnel de santé, les compétences insuffisantes du personnel de santé et la faiblesse de la supervision des activités par le responsable hiérarchique (supervision formative). La dimension liée à l'acceptabilité socio-culturelle est moyenne au niveau de ce paquet, mais au regard de sa sensibilité, elle devrait être une barrière à lever en vue d'assurer une bonne fluidité entre l'offre et la demande des services préventifs.



Figure 15 : Répartition des goulots selon les indicateurs de couverture du paquet des soins préventifs (Equist)

3.6.1.3. Goulots d'étranglement et leurs causes pour le paquet de services curatifs



Figure 16 : Répartition des goulots selon les indicateurs de couverture du paquet de soins curatifs (Source Equist)

L'analyse du paquet de services curatifs a porté sur la prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles (PCIMNIN), l'accouchement assisté par un personnel qualifié et les soins obstétricaux néonataux d'urgence (SONU). Les goulots d'étranglement majeurs entravant la mise

en œuvre des interventions à haut impact sur la mortalité néo-natale se situaient essentiellement au niveau de la disponibilité des ressources humaines qualifiées, de l'accessibilité financière, de la continuité et de la qualité des soins et services. Au niveau de l'offre, les problèmes d'accessibilité des ressources humaines et l'accessibilité aux structures de santé demeurent.

La barrière de l'accessibilité financière aux services curatifs est une question systémique qui pourrait être liée à une insuffisance dans la mise en œuvre des mesures d'exemptions financières telles que la gratuité ciblée et le poids des paiements directs.

La barrière liée à l'acceptabilité a également tout son sens dans cette analyse et pourrait justifier le recours tardif aux soins et services de santé par la population en général et singulièrement celle les plus vulnérables que sont les femmes et les enfants, qui n'ont pas le pouvoir de décision et l'autonomie financière.

Au niveau de la demande, les barrières liées à la continuité et à la qualité des soins et services persistent et pourraient être la résultante de l'insuffisance de monitoring des activités, du manque de motivation et de l'insuffisance de personnel soignant qualifié.

3.6.2. Stratégies pour lever/atténuer les goulots d'étranglement

Les principales stratégies à haut impact avec leur coût ont été générées sur la base des goulots et des causes identifiées.

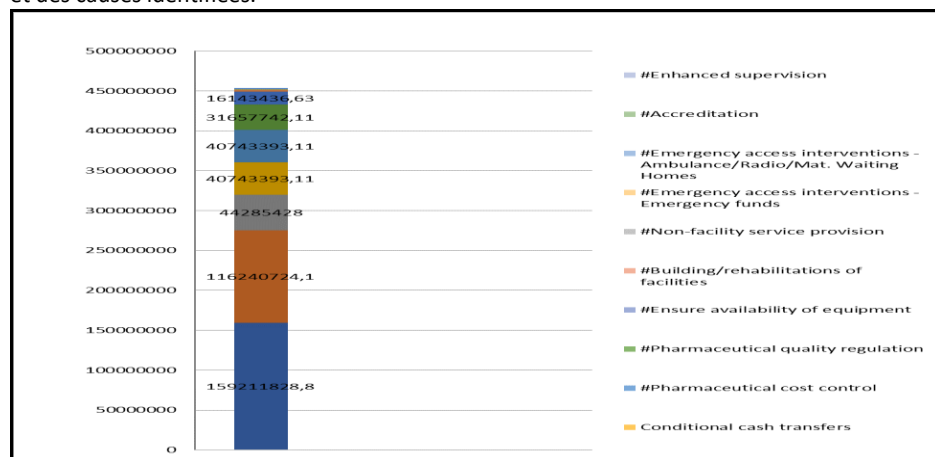


Figure 17 : Stratégies à haut impact (Source : Equist)

La figure 17 présente les principales stratégies avec leurs coûts: (i) Renforcement de la supervision, (ii) Accréditation des services, (iii) Renforcement de la logistique pour l'accès en urgence aux interventions: ambulances, communications, hébergement en attente des interventions, disponibilité de fonds pour faire face aux urgences, (iv) Délivrance de services en dehors des établissements, (v) Construction et réhabilitation des établissements de soins, (vi) Disponibilité des équipements et des médicaments, (vii) Contrôle de la qualité et du coût des médicaments, (viii) Transfert conditionné d'argent liquide.

3.7. ANALYSE STRATÉGIQUE DE L'ENVIRONNEMENT SYSTÉMIQUE DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS DE SRMNIAN

L'analyse stratégique a été faite à l'aide de la grille d'analyse FFOM qui a permis d'identifier les forces, les points à relever, les opportunités et les menaces dans l'environnement systémique (piliers du système de santé) qui encadre la mise en œuvre des interventions de SRMNIAN.

L'analyse complète de cette partie peut être consulté en annexe de ce document.

3.8. POURQUOI LES RÉSULTATS SUR LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT SONT-ILS MODESTES ?

La problématique de la réduction de la mortalité de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune est dominée par (i) une offre insuffisante des services de SRMNIAN-EC et (ii) une demande faible et peu équitable des services de SRMNIAN-EC. Il en résulte une utilisation insuffisante des services de SRMNIAN pour avoir l'impact souhaité.

L'analyse de la situation a permis d'identifier une série de goulots d'étranglement répartis en deux catégories : Les goulots d'étranglement fonctionnels et les goulots d'étranglement systémiques. L'analyse de chaque goulot d'étranglement est faite dans un tableau à trois colonnes où dans la première sont répertoriées les causes du goulot, dans la deuxième colonne les stratégies ou réformes nécessaires pour atténuer la sévérité du goulot et dans la troisième les réformes nécessaires pour mettre en place l'environnement favorable au succès de la mise en œuvre du DI. Cette analyse est fondée sur le constat fait grâce aux outils suivants : (i) l'analyse de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de SRMNIAN faite à partir du rapport de l'enquête SARA 2019, (ii) l'analyse des goulots d'étranglement à la mise en œuvre des interventions de SRMNIAN et de leurs causes par l'outil EQUIST, l'analyse systémique (piliers du système de santé) faite à l'aide de la grille Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM). Le document détaillé de l'analyse des goulots d'étranglement peut être consulté au tableau 21 en annexe.

LES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT FONCTIONNELS

1. Accessibilité géographique et physique insuffisante des services de SRMNIAN-EC ;
2. Accessibilité insuffisante des ressources humaines qualifiées ;
3. Disponibilité insuffisante des intrants (Médicaments, produits de laboratoire, produits sanguins, consommables, matériel de communication, produits de la SR etc.) ;
4. Offre et demande insuffisantes du paquet d'interventions communautaires et des interventions environnementales de prévention ;
5. Organisation des prestations de services de SRMNIAN peu performante ;
6. Barrières financières à l'accessibilité des services de SRMNIAN-EC ;
7. Qualité insuffisante des services de SRMNIAN-EC ;
8. Barrières socio-culturelles à l'acceptabilité des services de SRMNIAN-EC ;

LES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT SYSTÉMIQUES

9. Faiblesse du leadership, gouvernance et coordination des services de SRMNIAN-EC ;
10. Disponibilité insuffisante de l'information sanitaire stratégique, nécessaire à la prise de décisions en matière de SRMNIAN, notamment les données des faits d'état civil et statistiques vitales ;
11. Faible financement de l'Etat alloué à la SRMNIAN-EC ;
12. Inégalité dans la répartition géographique des ressources (financières, matérielles et humaines) nécessaires à la réalisation des interventions de SRMNIAN-EC.

4. STRATÉGIE D'AMÉLIORATION DE LA SRMNIAN-EC

4.1. RAPPEL DES RÉFÉRENTIELS

Les objectifs du DI SRMNIAN-EC seront alignés sur les orientations internationales et nationales, entre autres : (i) La Résolution A/55/L.2 de l'AG des NU (8/9/2000), intitulée Déclaration du Millénaire ; (ii) La Déclaration de l'Assemblée générale des NU sur la protection sociale et la Couverture sanitaire universelle (CSU) en 2012 ; (iii) Les Objectifs de Développement Durable (ODD) 2016-2030 ; (iv) L'Agenda 2063, adopté en janvier 2015 par les Chefs d'État et de Gouvernement de l'Union Africaine (AF) ; (v) « Vision 2030, le Tchad que nous voulons » et ses Plans quinquennaux de mise en œuvre (les Plans nationaux de développement), la Politique nationale de santé 2016-2030 et les Plans nationaux de développement sanitaire.

Tableau 10 : Référentiels du DI SRMNIAN-EC

ODD 2016-2030	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (2.2) D'ici 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition ; ▪ (3.1, 3.2, 3.3) Réduire la mortalité maternelle, néonatale et enfants de < 5 ans ; ▪ (3.8) Atteindre la couverture sanitaire universelle ; ▪ (5.6) Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et... ; ▪ (6.1, 6.2) Assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, aux services d'assainissement et d'hygiène et mettre fin à la défécation en plein air,
Agenda 2063 de l'UA	Les populations africaines ont un niveau et une qualité de vie élevés, une bonne santé et le bien-être
Vision 2030	Axe 4 : Amélioration de la qualité de vie de la population tchadienne
PND 2017-2021	<p>Axe 4 : Amélioration de la qualité de vie des Tchadiens</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Système de drainage et assainissement est amélioré, l'accès à l'eau potable est renforcé et l'habitat décent est promu, le système de santé est renforcé. ▪ R 4.2.8 et R 4.2.9 : L'accès aux services de santé de qualité et l'état nutritionnel de la population sont améliorés, plus particulièrement les femmes, les adolescentes et les enfants. ▪ R 4.2.10 : La transition et les dividendes démographiques
PNS 2016-2030	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (OS 1, 2, 3, 4) : D'ici 2030, réduire le taux de mortalité maternelle, infantile et néonatale et la prévalence du VIH et éliminer la transmission mère enfant du VIH ; ▪ (OS 11) : Assurer l'accès de tous à des services de santé sexuelle et génésique ; ▪ (OS 12) : Atteindre la couverture sanitaire universelle ; ▪ (OS 18 et 19) : Réduire les différentes formes de malnutrition et promouvoir l'allaitement maternel exclusif ; ▪ (OS 20) : Atteindre au moins 90% de couverture vaccinale pour chaque antigène.
PNDS 2017-2021	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (OS 1, 2 et 3) : D'ici 2021, réduire la mortalité maternelle et la morbidité et mortalité infanto-juvénile, réduire la prévalence de VIH/SIDA et éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire le taux de malnutrition aigüe chez les enfants <5 ans ;

- (OS 5) : Contribuer à l'atteinte de la Couverture sanitaire universelle.

4.2. VALEURS

Les valeurs qui sous-tendent la politique nationale de santé sont les droits de l'homme en particulier les droits humains dont (i) **le droit à la santé**, (ii) **la solidarité nationale** entre citoyens, (iii) **l'équité** dans l'accès aux soins, (iv) **l'éthique** dans les pratiques professionnelles, (v) la prise en compte de **l'approche genre**, (vi) **l'intégration et la continuité** des activités de soins, **la décentralisation** du système, (vii) **la justice sociale et la transparence** (redevabilité).

4.3. PRINCIPES DIRECTEURS

- **Le leadership** : le MSPP doit s'affirmer sur le pilotage des services de SRMNIAN ;
- **La gouvernance** : la redevabilité et la transparence doivent apparaître dans la mise en œuvre des activités quotidiennes à tous les niveaux du système de santé ;
- **L'approche multisectorielle et décentralisée** en vue d'agir plus efficacement sur les principaux déterminants de la santé ;
- **La gestion axée sur les résultats** pour améliorer l'efficacité des investissements ;
- **L'équité, le genre** et la prise en compte des besoins des populations vulnérables ;
- **L'intégration et la continuité des activités de soins** pour éviter la fragmentation-duplication et pour améliorer la cohérence des interventions en SRMNIAN ;
- **Le respect des engagements internationaux** : il s'agira de faire l'état des lieux des principaux engagements en matière de santé afin de les traduire dans les faits ;
- **La mise en place de la CSU pour assurer l'accès de tous**, en particulier les personnes pauvres et vulnérables, aux soins et services de santé sans risques financiers ;
- **Les Soins de Santé Primaires** : le système de santé sera organisé selon les principes des soins de santé primaires (SSP) tels que proclamés par la Déclaration d'Alma-Ata (1978), l'initiative de Bamako (1987) et la Déclaration de Ouagadougou sur les SSP en Afrique (1988) ; et
- **La qualité des soins** centrés sur la personne et la sécurité du patient.

4.4. THÉORIE DU CHANGEMENT (NARRATIF)

4.4.1. Vision

Les populations du Tchad en général et en particulier les femmes, les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les jeunes ont un accès accru et équitable aux droits à la santé, au bien-être et au paquet intégré de services de SRMNIAN-EC de qualité, globaux, continus et centrés sur la personne et la sécurité du patient.

4.4.2. Changement ultime

Le changement ultime, visé à travers la mise en œuvre de la Stratégie d'amélioration de la SRMNIAN-EC, sera une accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile, des adolescents/jeunes et une plus grande contribution des données des faits d'état civil à la prise de décisions. Les indicateurs suivants permettront de mesurer la réalisation du changement :

1. Le passage du taux de mortalité maternelle de 860 à 653,3 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes ;
2. La réduction du taux mortalité néonatale de 33‰ à 23,1‰ ;
3. La réduction du taux de mortalité infantile de 79‰ à 48,89‰ ;
4. La réduction du taux de mortalité infanto-juvénile de 122‰ à 78,96‰ ;
5. L'arrêt de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; et,
6. Les taux d'enregistrements des faits d'état civil atteindront 65%.

4.4.3. Changements intermédiaires

Le changement ultime sera atteint, si :

- (i) La population utilise plus les services de SRMNIAN-EC, sans risque financier ;
- (ii) L'environnement de vie et la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune bénéficient d'une meilleure protection juridique.

4.4.4. Description du changement

Les conditions ou résultats (produits) pour réaliser chacun des deux changements intermédiaires sont décrits ci-après :

1. *La population utilisera plus les services de SRMNIAN, sans risque financier, à condition que,*

a. **L'offre des services de SRMNIAN de qualité est améliorée**

- La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de SRMNIAN sont améliorées ;
- Les infrastructures, équipements et matériels, bien entretenus et équitablement répartis sont disponibles selon les normes ;
- Des Ressources Humaines en Santé (RHS) qualifiées et réparties équitablement sont disponibles ;
- Les intrants de SRMNIAN sont disponibles jusqu'au dernier Km ;
- L'organisation des prestations de services de SRMNIAN est améliorée ;
- La contribution de la communauté à la livraison du paquet communautaire des interventions de SRMNIAN est renforcée ;
- Des normes sont appliquées pour la distribution des ressources ;
- Le leadership, la gouvernance et la coordination de SRMNIAN sont améliorés ;
- Le financement alloué à la SRMNIAN-EC est augmenté ;
- L'information sanitaire de qualité est disponible pour guider la prise de décision.

b. **La demande et l'accès équitable aux services de SRMNIAN sont accrues**

- Le poids des croyances et pratiques nuisibles à la SRMNIAN est réduit ;
- Les barrières financières sont réduites ;
- Des soins et services de SRMNIAN de qualité, humanisés et sécurisés sont disponibles.

2. *L'environnement de vie et la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune bénéficieront d'une meilleure protection juridique, à condition que,*

c. **La protection juridique de la santé de la mère, enfant, adolescent et jeune soit améliorée**

- Le cadre juridique et légale protégeant la Santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et jeune est amélioré ;
- La disponibilité et la qualité des données des faits d'état civil sont améliorées.

d. L'accès et l'utilisation des mesures environnementales de prévention soient améliorés

- Le poids des croyances et pratiques nuisibles à la SRMNIAN est réduit ;
- Les besoins réels de la population sont pris en compte ;
- L'accès à l'eau potable et la pratique des mesures d'hygiène et assainissement sont accrus.

4.4.5. Risques externes au système, hypothèses et mesures d'atténuation.

Des mesures d'atténuation sont proposées pour les risques externes identifiés :

4.4.5.1. Crises politico-sociales et sécuritaires

Le Tchad est entouré des pays voisins qui connaissent des conflits politico-sociaux et sécuritaires notamment la crise Boko-Haram dans le sahel et les crises politiques au Soudan, Cameroun, Lybie et en RCA. Ces conflits ont provoqué un afflux massif de réfugiés qui pèse sur le système de santé du Tchad et particulièrement sur les services de SRMNIAN.

Pour réduire l'impact de ces troubles sur la mise en œuvre du DI SRMNIAN, une planification opérationnelle réaliste de type glissant devrait permettre de reporter sur les années suivantes les activités qui ont enregistré des retards.

4.4.5.2. Catastrophes naturelles et épidémies

Le Tchad est périodiquement frappé par des catastrophes naturelles (les sécheresses, les inondations, les invasions acridiennes) et des épidémies (Paludisme, Méningites, Rougeole, Choléra). La pandémie de Covid-19 a mis en évidence la fragilité des systèmes de santé face à un événement de santé d'une ampleur sans précédent dans l'histoire récente. Pour améliorer l'état de santé des populations affectées par les catastrophes naturelles et les épidémies, le Plan National de Contingence de Préparation et de Riposte a été élaboré de manière intersectorielle et inclusive.

En cas d'épidémie, le Comité national de lutte contre les épidémies élabore et met en œuvre un plan de contingence. Pour la gestion de la pandémie du Covid-19, un Comité de gestion et riposte, présidé par le Chef de l'État, a été mis en place. La gestion technique de ce comité est assurée par un coordonnateur nommé par Décret.

4.4.5.3. Ralentissement de la croissance économique

L'économie tchadienne repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage. L'industrie manufacturière occupe une place marginale (1,3% du PIB) et repose essentiellement sur le sucre et le coton. Depuis 2003, elle est soutenue par les ressources du pétrole qui ont représenté jusqu'à 90% des exportations et 40% des recettes publiques, entraînant une croissance économique de plus de 33%. De 2013 à 2018, le PIB par habitant était passé de 68 412 à 398 357 FCFA, le taux de pauvreté de 55% à 46,7%. Suite à la chute brutale du cours du pétrole (2016), les taux de pauvreté sont remontés et en 2018, près de 6,5 millions des tchadiens vivaient avec moins de deux dollars par jour. Peu de temps avant la survenue de la crise du COVID-19, quelques signes de redressement étaient observés avec un taux de croissance qui était passé de 2,4% en 2018 à 3,2% en 2019. L'Indice de Développement Humain du Tchad était de 0,398 (187^{ème} rang parmi 189 pays classés)²⁸ en 2019. Compte tenu du poids des revenus du pétrole dans le PIB, la chute

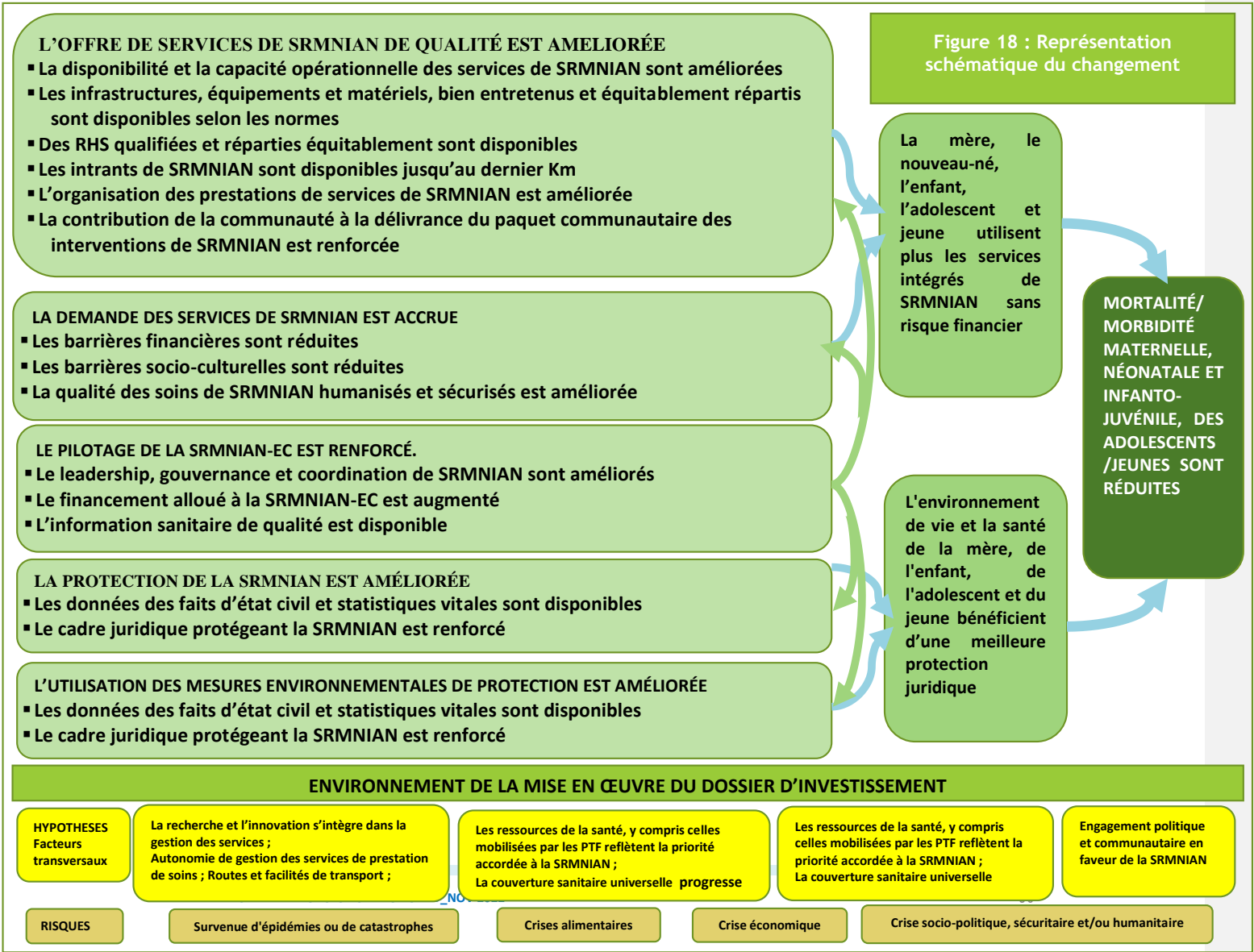
²⁸Human development report 2020. PNUD

des cours du pétrole a affecté l'économie du Tchad avec des répercussions négatives sur le volume du financement de la santé. Cette situation, aggravée par la survenue de la crise du COVID-19, pourrait influencer négativement le financement de la mise en œuvre du DI de la SRMNIAN. La recherche de financements innovants ou de ceux provenant des partenaires au développement pourrait compenser la baisse des ressources domestiques.

4.4.5.4. Réticence ou non-adhésion de communautés aux interventions de la SRMNIAN

Certaines communautés adhèrent difficilement à l'utilisation effective de services particuliers de SRMNIAN tels que la vaccination, la planification familiale et les accouchements assistés par le personnel masculin. La scolarisation des filles et leur maintien à l'école, l'alphabétisation de la femme et leur autonomisation ainsi que l'approche à base communautaire et la Communication pour le changement social de comportement devraient permettre d'amener ces communautés à adopter des comportements favorables à la santé.

Figure 18 : Représentation schématique du changement



4.5. MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE

4.5.1. Population cible

En 2020, la population cible était constituée par les enfants âgés de 0-5 ans et les femmes en âge de procréer qui représentaient respectivement 33,3% et 21,76% de la population totale du Tchad²⁹. Les grossesses attendues atteignaient 5,59% et les accouchements attendus 4,79%. Les proportions des femmes de 20 à 24 ans qui sont mariées avant 15 ans et 18 ans étaient respectivement de 24,2% et 60,6%.

4.5.2. Priorisation des interventions de SRMNIAN

La liste d'interventions prioritaires a été validée par les membres de la Plateforme SRMNIAN, réunis en atelier à Toukra dans le 9^{ème} arrondissement de N'Djamena du 25 au 27 Juillet 2022. Les participants ont procédé par croisement de deux listes d'interventions prioritaires proposées après utilisation de l'outil EQUIST et de l'outil One Health. L'outil EQUIST est surtout sensible à l'efficacité et à l'équité et donne les interventions prioritaires par paquet. L'outil One Health introduit l'élément efficacité et classe les interventions en fonction de leur poids sur la réduction de la mortalité de la cible. La connaissance du terrain par les différents participants a permis d'apporter les compléments en lien avec les priorités du Gouvernement Tchadien portant entre autres sur la planification familiale et sur la santé de l'adolescent et du jeune. La base de travail était la liste proposée avec l'utilisation de l'outil One Health. Cette liste a été enrichie par les éléments pertinents pris sur la liste proposée par l'outil EQUIST et par les éléments inspirés par les priorités du gouvernement qui ont été rappelées par les membres de la Plateforme. Les interventions en faveur de la mère qui ont aussi un impact sur la réduction de la mortalité néonatale n'ont été reprises qu'une seule fois dans le paquet pour la mère.

Interventions prioritaires retenues pour l'enfant de 0 à 59 mois :

- 35 interventions sont estimées importantes pour la réduction de la mortalité de l'enfant.
- Les dix premières interventions ont été identifiées très prioritaires parce qu'elles pourraient contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans à hauteur de 91,46%.
- Les 6 interventions suivantes (N° 11 au N° 16) ont été retenues très prioritaires par les membres de la Plateforme nationale de SRMNIAN soit à partir des paquets d'interventions à haut impact (EQUIST), soit à partir des priorités du gouvernement.
- Les interventions suivantes (N° 17 au N° 35) font partie du groupe d'interventions prioritaires.

Interventions prioritaires retenues pour la mère

- 37 interventions estimées importantes pour la réduction de la mortalité de la mère.
- Les douze premières interventions ont été identifiées très prioritaires parce qu'elles pourraient contribuer à la réduction de la mortalité de la mère à hauteur de 87,21%.
- Les 9 interventions suivantes (N° 13 au N° 21) ont été identifiées très prioritaires par les membres de la Plateforme nationale de SRMNIAN soit à partir des paquets d'interventions à haut impact (EQUIST), soit à partir des priorités du Gouvernement.
- Les interventions, du N° 22 au N° 37, font partie des interventions prioritaires.

²⁹Projections de l'Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED-2014)

Interventions prioritaires retenues en faveur de l'adolescent et du jeune : Huit interventions, dont 4 très prioritaires, ont été retenues en faveur de l'adolescent et jeune.

Tableau 1414 : Interventions prioritaires retenues pour l'enfant de 0 à 59 mois

INTERVENTIONS PRIORITAIRES RETENUES POUR L'ENFANT (0-59 MOIS)		
INTERVENTIONS TRES PRIORITAIRES		
1.	Vaccin H. influenzae b	19,16%
2.	Vaccin contre le pneumocoque	16,74%
3.	MAM - traitement de la malnutrition aiguë modérée	12,70%
4.	ACT - Polythérapies à base d'artémisinine pour traiter le paludisme	9,56%
5.	SRO - solution de réhydratation orale	7,96%
6.	Antibiotiques oraux pour la pneumonie	7,65%
7.	Supplémentation en vitamine A	5,29%
8.	Supplémentation en zinc	5,21%
9.	MII/PID - Ménages protégés contre le paludisme	3,83%
10.	MAS - traitement de la malnutrition aiguë sévère	3,36%
11.	Réanimation néonatale en cas de besoin	
12.	Soins essentiels du nouveau-né (SENN) dont examen et stimulation immédiats du nouveau-né, Application de la méthode « mère kangourou » à la naissance	
13.	Prise en charge de la prématurité	
14.	Utilisation des antibiotiques injectables en cas de septicémie néonatale	
15.	Vaccination avec le vaccin pentavalent	
16.	Chimio prophylaxie préventive saisonnière du paludisme	
INTERVENTIONS PRIORITAIRES		
17.	Zinc pour le traitement de la diarrhée	1,96%
18.	Vaccin DPT	1,93%
19.	Vaccin contre le rota virus	1,82%
20.	Compléments alimentaires (réduction du retard de croissance)	0,85%
21.	PTME - Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (+ choix allaitement)	0,51%
22.	Méningite A	0,45%
23.	Antibiotiques pour traitement de la dysenterie	0,35%
24.	Cotrimoxazole	0,16%
25.	Prévention de la malaria pendant la grossesse	0,13%
26.	Vaccin contre la rougeole	0,12%
27.	Thérapie ARV	0,11%
28.	Supplément de micronutriments (fer et des micronutriments multiples)	0,07%
29.	Supplémentation en calcium	0,02%
30.	Promotion des pratiques d'allaitement adaptées à l'enfant?	0,02%
31.	Vitamine A pour le traitement de la rougeole	0,02%
32.	Utilisation de source d'eau améliorée	
33.	Utilisation de toilettes améliorées	
34.	Lavage des mains au savon	
35.	Évacuation hygiénique des selles de l'enfant	

Tableau 1542 : Interventions prioritaires retenues pour la mère

INTERVENTIONS PRIORITAIRES RETENUES POUR LA MERE		
INTERVENTIONS TRES PRIORITAIRES		
1.	Administration parentérale d'utéro toniques	14,17%
2.	Avortement sans risques	12,28%
3.	Sulfate de Magnésium pour éclampsie	9,36%
4.	Prise en charge après un avortement	8,85%
5.	Accouchement par césarienne	7,30%
6.	Prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse	6,92%
7.	Transfusion sanguine	6,89%
8.	Administration parentérale d'antibiotiques	5,67%
9.	Prise en charge des cas septicémie maternelle	5,66%
10.	Environnement de naissance propre	3,83%
11.	Accouchement vaginal assisté	3,16%
12.	Supplémentation en calcium	3,12%
13.	Soins essentiels et suivi en cas d'accouchement	
14.	Prise en charge active de la délivrance	
15.	Dépistage et traitement de la syphilis	
16.	PTME – Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	
17.	Dormir sous MII	
18.	Test de dépistage du VIH	
19.	Test de dépistage du Siphilis	
20.	Dépistage rapide et prise en charge des complications du post partum	
21.	Revue des décès maternels et riposte	
INTERVENTIONS PRIORITAIRES		
22.	Retrait manuel du placenta	2,89%
23.	Retrait des produits de conception retenus	2,89%
24.	Prise en charge des cas de grossesse extra-utérine	2,25%
25.	Antibiotiques pour rupture prématurée ou prolongée de la membrane	2,22%
26.	Prise en charge du paludisme	1,22%
27.	Traitement préventif intermittent du paludisme	1,09%
28.	Vaccin antitétanique	0,24%
29.	Corticostéroïdes prénatals lors d'un travail prématuré	
30.	Administration d'antibiotiques en cas de rupture prématurée des membranes	
31.	Déclenchement du travail pour grossesses de plus de 41 semaines	
32.	Supplémentation en fer et en acide folique	
33.	Prise en charge des cas de diabète	
34.	Détection et prise en charge des cas de retard de croissance intra-utérin	
35.	Supplémentation en fer et acide folique (42 jours après accouchement)	
36.	Administration de vermifuges pendant 6 mois après accouchement	
37.	Administration de la Vitamine A	

Tableau 1643 : Interventions prioritaires retenues pour l'adolescent et jeune

INTERVENTIONS RETENUES POUR L'ADOLESCENT ET JEUNE	
INTERVENTIONS TRES PRIORITAIRES	
1.	Education sexuelle et nutritionnelle pour les adolescents et leurs parents
2.	Dépistage et traitement des IST/VIH chez les adolescents
3.	Soins complets liés à l'avortement
4.	Disponibilité et utilisation des méthodes modernes de contraception y compris le préservatif
INTERVENTIONS PRIORITAIRES	
5.	Soins aux victimes de violence conjugale : agression physique
6.	Soins aux victimes de violence entre partenaires intimes : agression sexuelle
7.	Vaccination contre les infections par les virus du papillome humain
8.	Conseil pré-nuptial

4.5.3. Zone d'intervention de la stratégie

La zone d'intervention couvre tout le pays et les provinces sont classées par niveau de priorité ciblée. Les provinces ont été classées en trois catégories : très haute priorité (1), haute priorité (2) et priorité normale (3). Les critères utilisés étaient basés sur le niveau de performance par rapport aux indicateurs des services de santé de la mère, du niveau des indicateurs de la malnutrition, des indicateurs de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et des indicateurs de la disponibilité de ressources stratégiques. Pour chaque critère, des scores de 1 à 3 ont été attribués à chaque province en fonction de son niveau de performance. Le score 1 correspondait à un niveau de couverture ou de disponibilité inférieur à la moyenne nationale moins dix pour cent. Un niveau de couverture ou de disponibilité, situé dans la fourchette de la moyenne nationale plus ou moins 10% était sanctionné par un score de 2 et le score de 3 était attribué si le niveau de couverture ou de disponibilité était supérieur à la moyenne nationale plus dix pour cent. Pour les indicateurs de mortalité, plus le taux était élevé, plus le score était bas.

Il s'agit d'une priorisation ciblée pour corriger les points faibles à savoir une performance insuffisante en termes de réduction des taux (mortalité enfant de moins de 5 ans, malnutrition), en matière de couverture d'interventions spécifiques (santé de la mère) ou de disponibilité des ressources stratégiques (humaines, infrastructures, équipements).

Les provinces classées en priorité 1 sont celles qui ont les résultats les plus faibles dans le domaine ciblé et qui tirent vers le bas la moyenne nationale. Pour inverser la situation, ces provinces devront relever les couvertures en assurant une disponibilité et une capacité opérationnelle maximales pour les interventions groupées dans le paquet des interventions très prioritaires et prioritaires.

Les provinces classées en priorité 2 sont celles dont les résultats tournent autour de la moyenne nationale, qui est faible parce qu'elle n'atteint pas, pour la plupart d'entre elles, la cible fixée dans les documents nationaux stratégiques ou programmatiques. Ces provinces devront relever, prioritairement, les couvertures du paquet des interventions très prioritaires qui sont

celles qui ont le plus grand poids sur la réduction de la mortalité de la mère ou de l'enfant.

Tableau 1744 : Classification des provinces par priorité sur la base des résultats de 2019

	PROVINCES	Santé mère	Malnutrition ³⁰	Santé enfant	Etablissements de santé pour 10 000 habitants	Nombre de lits hospitaliers pour 10 000 habitants	Principaux professionnels de santé/10 000 habitants
1.	Barh El Gazal	2	1	3	3	1	1
2.	Batha	1	2	3	3	1	1
3.	Borkou	1	1	3	2	1	3
4.	Chari-Baguirmi	2	2	1	1	1	1
5.	Ennedi Est	2	1	3	1	3	2
6.	Ennedi Ouest	1	1	3	3	3	3
7.	Guéra	3	2	3	2	3	1
8.	Hadjer-Lamis	2	1	1	1	1	1
9.	Kanem	1	2	3	3	3	2
10.	Lac	1	2	2	3	2	1
11.	Logone Occidentale	3	2	1	1	2	1
12.	Logone orientale	3	2	1	3	3	1
13.	Mandoul	3	3	1	1	3	1
14.	Mayo-Kebbi Est	2	2	2	2	2	1
15.	Mayo-Kebbi Ouest	2	2	3	3	1	1
16.	Moyen Chari	3	3	2	3	2	1
17.	N'Djamena	3	2	3	1	2	3
18.	Ouaddaï	1	2	3	1	1	1
19.	Salamat	1	2	3	2	3	1
20.	Sila	1	1	3	1	1	1
21.	Tandjilé	3	2	1	3	1	1
22.	Tibesti	1	2	3	3	3	3
23.	Wadi-Fira	1	2	3	1	2	1
	TRES HAUTE PRIORITE		HAUTE PRIORITE		PRIORITE NORMALE		

Les provinces classées en priorité 3 sont celles dont les résultats sont supérieurs à la moyenne nationale. Ces provinces devront maintenir leur niveau en essayant de relever les couvertures basses d'interventions du paquet très prioritaire et du paquet prioritaire.

Dans les trois cas, la décision est prise district par district, lors de l'élaboration des plans opérationnels parce que la performance en termes de couverture peut être différente d'un district à un autre dans une même province.

³⁰ Rapport de l'enquête SMART 2021

4.5.4. Orientations stratégiques-Axes d'interventions-Actions principales

4.5.4.1. BUT :

Les populations du Tchad, en particulier les femmes, les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les jeunes ont un accès accru et équitable au droit à la santé et au bien-être et utilisent rationnellement les services de la SRMNIAN de qualité.

4.5.4.2. OBJECTIF GENERAL :

Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile, des adolescents/jeunes et à l'amélioration de la nutrition.

4.5.4.3. IMPACT ATTENDU D'ICI A FIN 2027

- La réduction du taux de mortalité maternelle de 24% (de 860 à 653,3 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) ;
- La réduction du taux mortalité néonatale de 30,0% (de 33‰ à 23,1‰ NV) ;
- La réduction du taux de mortalité infantile de 38,1% (de 79‰ à 48,89‰ NV) ;
- La réduction du taux de mortalité infanto-juvénile de 35,3% (de 122‰ à 78,96‰ NV) ;
- L'arrêt de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- Une augmentation des taux d'enregistrements des faits d'état civil pour atteindre 65% ;

4.5.4.4. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES, AXES D'INTERVENTIONS ET ACTIONS

Les principaux axes stratégiques pour réaliser le changement, au cours des 5 prochaines années, seront :

1. L'augmentation de l'utilisation du paquet d'interventions de SRMNIAN à haut impact par la population cible, sans risque financier ;
2. Le Renforcement du système pour consolider la continuité, la permanence et la résilience des services intégrés de SRMNIAN ;
3. La promotion de comportements et d'un mode de vie favorables à la santé ; et,
4. L'amélioration de la disponibilité de données d'état civil de qualité pour la prise de décisions.

1. ORIENTATION STRATEGIQUE 1 :

L'AUGMENTATION DE L'UTILISATION DU PAQUET INTÉGRÉ D'INTERVENTIONS DE LA SRMNIAN DE QUALITÉ, HUMANISÉ et SÉCURISÉ PAR LA POPULATION CIBLE, SANS RISQUE FINANCIER.

1.1. La disponibilité et l'utilisation des services pré, péri et postnatals à la mère et au nouveau-né sont améliorées.

- 1.1.1. Augmentation de la disponibilité et de la capacité fonctionnelle et de l'intégration des services de SRMNIAN ;
- 1.1.2. Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des services prénatals ;
- 1.1.3. Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des services d'accouchements assistés (en milieu de soins) par un personnel qualifié ;
- 1.1.4. Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des SONU ;
- 1.1.5. Renforcement du système de référence- recours ;
- 1.1.6. Renforcement de certains services spécifiques de la mère.

1.2. La disponibilité et l'utilisation des services de planification familiale sont améliorées.

- 1.2.1. Amélioration de la disponibilité des services de planification familiale ;
- 1.2.2. Augmentation de l'utilisation des services de planification familiale.

- 1.3. L'offre de services de santé à l'enfant de moins de 5 ans est améliorée.**
 - 1.3.1. Amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de PCIME ;
 - 1.3.2. Amélioration de la couverture vaccinale pour tous les antigènes du PEV ;
 - 1.3.3. Renforcement de la capacité de lutte contre la malnutrition et de ses complications ;
 - 1.3.4. Renforcement de la promotion des bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.
- 1.4. Les services de la santé des adolescent(e)s/jeunes sont améliorés.**
 - 1.4.1. Renforcement de capacités des services de la santé des adolescent(e)s/jeunes ;
 - 1.4.2. Sécurisation de l'approvisionnement en intrants spécifiques ;
- 1.5. L'offre communautaire de services intégrés de SRMNIAN est renforcée.**
 - 1.5.1. Renforcement de la capacité de l'approche communautaire de la SRMNIAN, notamment pour atteindre les populations des zones éloignées des formations sanitaires ou d'accès difficile et aux populations nomades ;
 - 1.5.2. Amélioration de l'approvisionnement en intrants des services de SRMNIAN à assise Communautaire.
- 1.6. La demande et l'accessibilité équitable des services de SRMNIAN sont améliorées.**
 - 1.6.1. Réduction des barrières financières ;
 - 1.6.2. Réduction des barrières socio-culturelles et comportementales ;
 - 1.6.3. Renforcement des mécanismes pour assurer un accès équitable aux services de SRMNIAN ;
 - 1.6.4. Implantation/renforcement de l'approche de la qualité centrée sur la personne et la sécurité du patient dans le management des services de SRMNIAN.
- 2. ORIENTATION STRATÉGIQUE 2 :**
LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR ASSURER LA CONTINUITÉ, LA PERMANENCE ET LA RÉSILIENCE DES SERVICES INTÉGRÉS DE SRMNIAN.
 - 2.1. Le secteur et les services de SRMNIAN sont pilotés avec transparence, efficience, équité et redevabilité**
 - 2.1.1. Renforcement du leadership du MSPP sur le secteur et sur la provision des services de SRMNIAN ;
 - 2.1.2. Renforcement de la gouvernance du secteur et des services de SRMNIAN ;
 - 2.1.3. *Renforcement du cadre juridique et légal de la SRMNIAN ;*
 - 2.1.4. Renforcement de l'autonomie financière de la femme ;
 - 2.1.5. Renforcement du partenariat avec les différents acteurs du secteur.
 - 2.2. Une information sanitaire suffisante et de qualité est disponible pour orienter la prise de décision**
 - 2.2.1. Amélioration de la production, de la diffusion et de la qualité des données sanitaires et en particulier celles relatives à la SRMNIAN ;
 - 2.2.2. Renforcement de la capacité du système d'information sanitaire ;
 - 2.2.3. Renforcement de la capacité (Stratégie, coordination et financement) de la recherche opérationnelle.
 - 2.3. Le volume du financement du secteur de la santé est augmenté et sa gestion plus efficiente.**
 - 2.3.1. Augmentation du volume du financement de la santé en général et en particulier de la SRMNIAN ;
 - 2.3.2. Mise en œuvre du plan stratégique de la CSU avec pour cible l'augmentation de l'utilisation des services de SRMNIAN ;

- 2.3.3. Utilisation efficiente et équitable des ressources financières de la SRMNIAN.
- 2.4. Les médicaments et produits de santé de qualité de SRMNIAN sont disponibles jusqu'au dernier kilomètre.**
- 2.4.1. Amélioration de la gestion du circuit d'approvisionnement et de distribution des Médicaments, vaccins, réactifs, produits sanguins et autres intrants de qualité de la SRMNIAN ;
- 2.4.2. Renforcement de la capacité locale de production des intrants de SRMNIAN ;
- 2.4.3. Renforcement des capacités techniques du secteur pharmaceutique et du laboratoire ;
- 2.4.4. Renforcement de la capacité de contrôle de la qualité et du coût des médicaments.
- 2.5. Les ressources humaines compétentes sont disponibles en quantité suffisante et équitablement réparties sur le territoire national**
- 2.5.1. Augmentation des effectifs des personnels qualifiés dans le domaine de la SRMNIAN ;
- 2.5.2. Renforcement de la capacité et la qualité de la formation initiale et en cours d'emploi ;
- 2.5.3. Renforcement de l'équité, de la rigueur et de la motivation dans la gestion des personnels de santé qualifiés en SRMNIAN.
- 2.6. Les infrastructures, équipements et matériels sont disponibles, équitablement répartis sur le territoire et bien entretenus**
- 2.6.1. Renforcement du cadre stratégique et normatif en matière infrastructures, équipements et matériels ;
- 2.6.2. Renforcement du plateau technique pour les services de SRMNIAN ;
- 2.6.3. Renforcement de la maintenance des infrastructures, matériels et équipements.
- 3. ORIENTATION STRATÉGIQUE 3 :
LA PROMOTION DE COMPORTEMENTS ET D'UN MODE DE VIE FAVORABLES À LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT.
- 3.1. La communication pour le changement social et comportemental est renforcée**
- 3.1.1. Renforcement de la communication pour le changement social et comportemental pour améliorer l'utilisation des services de SRMNIAN ;
- 3.1.2. Renforcement de l'approche communautaire de la communication pour le changement social et comportemental ;
- 3.2. L'action sur certains déterminants de la SRMNIAN est renforcée**
- 3.2.1. Amélioration de l'utilisation de l'eau potable et des pratiques d'hygiène et Assainissement ;
- 3.2.2. Renforcement des actions de prévention et de promotion.
- 4. ORIENTATION STRATÉGIQUE 4 :
L'AMÉLIORATION DE LA DISPONIBILITÉ DES DONNÉES DES FAITS D'ÉTAT CIVIL
- 4.1. Les données d'état civil de qualité sont disponibles**
- 4.1.1. Renforcement de la capacité de fonctionnement et de communication des services d'enregistrement des faits d'état civil ;
- 4.1.2. Amélioration de l'accès aux services d'enregistrement des faits d'état civil.

4.5.5. Plan d'action 2023-2027

Le Plan d'action 2023-2027, détaillé jusqu'aux activités et avec les indications budgétaires est repris en annexe.

5. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

5.1. CADRE INSTITUTIONNEL

5.1.1. Coordination et pilotage

Le Comité Directeur du MSPP est un organe consultatif dans lequel sont représentés les trois niveaux de la pyramide : niveau central, niveau intermédiaire et niveau périphérique. Le Comité Directeur est placé sous la présidence du Ministre de la Santé Publique et de la Prévention et réunit les principaux acteurs du système de santé : Ministère de la Santé Publique et de la Prévention, les autres Départements ministériels, les PTF, la Société civile, les leaders d'opinion, le secteur privé à but lucratif et non lucratif et les collectivités locales. Le Département ministériel ayant en charge l'enregistrement des faits d'état civil devrait faire partie des autres départements ministériels invités à participer au Comité Directeur (revue sectorielle annuelle).

Cet organe se réunit une fois par an, au cours de la revue sectorielle annuelle, pour évaluer le niveau de mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire et donner les orientations nécessaires sous forme de recommandations.

Le Comité Directeur assurera également (i) la validation des priorités en matière de SRMNIAN-EC, (ii) la coordination des interventions et des acteurs, (iii) la mobilisation des acteurs impliqués dans la mise en œuvre, (iii) la collaboration intersectorielle pour agir sur les principaux déterminants de la santé et (iv) la vérification et l'analyse des résultats pour prendre les mesures correctives nécessaires dans le cadre de la redevabilité.

Le Secrétariat Général du MSPP a la responsabilité de l'organisation de la revue sectorielle annuelle et à ce titre, il veillera à insérer dans l'agenda l'analyse du rapport de progrès de la mise en œuvre du DI SRMNIAN-EC.

La Plateforme Nationale SRMNIAN/GFF

La Plateforme Nationale SRMNIAN/GFF a pour mission de contribuer à l'amélioration de la SRMNIAN par la coordination et le suivi efficaces de la mise en œuvre des interventions de ce volet au Tchad à travers le dossier d'investissement. De manière spécifique, elle est chargée entre autres de :

- Assurer la coordination, le suivi et l'évaluation périodique de la mise en œuvre du plan d'action conjoint pluriannuel de mise en œuvre du dossier d'investissement pour l'accélération de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et des adolescents et l'amélioration de la nutrition, en veillant à aligner les ressources sur les priorités nationales du Gouvernement ;
- Faire ou appuyer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour la SRMNIAN-EC ;
- Susciter, contribuer et participer activement aux débats et réflexions sur les politiques et les stratégies existantes dans le domaine de la SRMNIAN et, le cas échéant, faire des recommandations aux autorités compétentes en vue d'améliorer/corriger les faiblesses éventuelles qui auront été identifiées par consensus par les membres de la plateforme ;
- Amener les différents intervenants du champ de la SRMNIAN-EC à agir en synergie avec les autres acteurs ;
- Développer un plan de communication.

Dans le cadre de la mise en œuvre du DI, la plateforme aura la charge d'assurer le suivi des progrès au niveau national et validera le rapport de progrès produit par les directions générales en charge de conduire la mise en œuvre technique du DI.

5.1.2. Acteurs de mise en œuvre, niveaux, rôles et responsabilités

5.1.2.1. Niveau central

Cabinet du Ministre et directions centrales

Le cabinet du Ministre de la Santé Publique et de la Prévention assurera le pilotage stratégique de la mise en œuvre du DI SRMNIAN-EC, la mobilisation du partenariat, la coordination des interventions et des intervenants et assumera la redevabilité générale.

La Direction Générale de Lutte contre la maladie, de la Santé de Reproduction, de la promotion de la santé et de la Nutrition, la Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires et la Direction Générale des Ressources, des Infrastructures et des Equipements seront en charge de piloter la mise en œuvre des activités aux trois niveaux.

Elles se réuniront une fois par trimestre pour monitorer les progrès dans la mise en œuvre des activités. Elles élaboreront un rapport annuel de progrès qui sera analysé par la Plateforme nationale SRMNIAN/GFF avant d'être transmis au Secrétariat Général du MSPP pour être inscrit à l'ordre du jour de la Revue sectorielle annuelle.

De plus, à l'issue du Dialogue national sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile (à N'Djamena du 28 mars au 1^{er} avril 2022), le MSPSN a pris les engagements suivants :

- Renforcer les formations sanitaires en personnel qualifié : Gynécologues, Pédiatres, Sages-femmes et Anesthésistes ;
- Mettre en place un plan de recyclage du personnel soignant en santé de la reproduction, de la mère et de l'enfant ;
- Elaborer un plan intégré multisectoriel pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile ;
- Faire un plaidoyer auprès du Ministère du Genre et de la Solidarité Nationale pour la revitalisation des centres sociaux ;
- Elaborer un mémorandum d'entente avec les départements sectoriels ;
- Valoriser le recrutement au niveau local ;
- Mettre en place un comité de suivi des engagements ;
- Suivre le financement des donateurs destiné à des interventions ;
- Faire le plaidoyer auprès du gouvernement pour un budget conséquent respectant les engagements pris en matière de santé ;
- Mettre les moyens nécessaires à disposition des partenaires (OSC et communautés) pour réaliser les activités de terrain ;
- Prendre l'engagement de rendre opérationnel le réseau des SONU ;
- Sécuriser des lignes budgétaires dédiées au financement des activités liées à la santé de la mère et de l'enfant (Vaccins, Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi et produits de SR) ; et,
- Institutionnaliser la surveillance des décès maternels et néonataux et riposte par un acte.

5.1.2.2. Niveau Provincial

Le **Conseil provincial de santé**, sous la présidence du Gouverneur de la province se réunit sur toutes les questions de santé de la province afin de faire le point et d'assurer un suivi et évaluation de la mise en œuvre du Plan Provincial de Développement Sanitaire. En cette qualité, le Conseil provincial de santé aurait pour rôle de (i) Valider les plans opérationnels pour la mise en œuvre du Dossier d'Investissement, (ii) Analyser les rapports de progrès, (iii)

Participer aux missions conjointes sur le terrain du niveau central et (iv) Intégrer les interventions de SRMNIAN-EC au niveau des collectivités territoriales.

Le **Comité Directeur provincial** aura pour rôle de (i) Coordonner les interventions des différents acteurs de la santé au niveau provincial, (ii) Evaluer la performance des équipes cadres de district dans la mise en œuvre du DI, (iii) Assurer le suivi de progrès et les bilans des plans d'action, (iv) Suivre la mobilisation des financements, (v) Participer à la réalisation des audits, (vi) Contribuer à la réalisation des évaluations et (vii) Fournir des informations permettant de renseigner les indicateurs de suivi du DI.

5.1.2.3. Niveau opérationnel

Au niveau départemental, le **Conseil départemental de santé** et au niveau de la zone de responsabilité, le **Conseil de santé de la zone de responsabilité** aura pour rôle de coordonner les acteurs au niveau opérationnel, de valider les plans opérationnels et d'analyser les rapports de progrès.

Le **Comité Directeur du District sanitaire**, présidé par le Médecin Chef de district est chargé de (i) Elaborer les plans d'actions opérationnels, (ii) Elaborer les rapports de progrès et les bilans des plans d'action, (iii) Participer à la réalisation des audits et des évaluations, (iv) Fournir des informations permettant de renseigner les indicateurs de suivi du DI.

Les acteurs communautaires

Les acteurs communautaires auront pour rôle (i) d'améliorer la couverture en interventions à haut impact sur la SRMNIAN, de la pratique communautaire, pour les populations éloignées ou d'accès difficiles, les populations nomades ou insulaires, (ii) de promouvoir les comportements favorables à la santé par la levée de pesanteurs socioculturelles et (iii) d'améliorer la demande et l'utilisation de services SRMNIAN-EC.

5.1.2.4. Autres acteurs

Les partenaires techniques et financiers

A l'issue du Dialogue national sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile (à N'Djamena du 28 mars au 1^{er} avril 2022), les PTF ont pris l'engagement de :

- Continuer à apporter l'appui au Gouvernement, au MSPSN et aux autres partenaires intervenant dans la mise en œuvre des interventions à haut impact de SRMNIAN ;
- Apporter un appui au Gouvernement pour la mise en place d'un cadre unique d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi-évaluation des interventions relatives à la SRMNIAN ;
- Accompagner le Gouvernement dans la mise en œuvre de la Couverture sanitaire universelle, y compris le financement basé sur les résultats.

Le secteur privé de la santé

La contribution du secteur privé de santé devra être un des leviers pour accroître la couverture de la population en interventions de SRMNIAN. Un certain nombre d'outils et de dispositifs existants pourraient être mieux exploités tels que le conventionnement, la contractualisation et/ou l'achat stratégique.

Pour être efficace, cette contribution pourrait se faire à travers les 4 sous-secteurs sanitaires privés à savoir (i) le sous-secteur sanitaire privé de soins, (ii) l'offre privée de formation professionnelle de santé, (iii) l'offre privée pharmaceutique et de laboratoires et (iv) la contribution à la réduction du nombre des déserts médicaux.

Pour ce faire, (i) une harmonisation des établissements sanitaires privés par le conventionnement et (ii) la prise en compte exhaustive de la contribution du secteur privé médical dans les statistiques sanitaires seront nécessaires.

Le secteur privé non sanitaire

Le secteur privé non sanitaire, à travers le sous-secteur des assurances et financement privé de la santé, peut contribuer à la mise en œuvre du DI à travers la participation dans les mécanismes de partage de risque maladie, l'investissement dans la construction de centres d'excellence équipés avec les technologies avancées.

En outre, il pourrait participer à la sécurisation des financements et à la mobilisation des ressources internes à travers des mécanismes innovants.

Les modalités pour les encourager, comme la création d'un environnement des affaires favorables, des réformes fiscales en faveur des donations et un appui-accompagnement conséquent au secteur privé, sont à discuter avec le Gouvernement dans les cadres du partenariat Public-Privé.

Les sociétés savantes de Gynécologie et obstétrique et de pédiatrie.

Une plus grande implication des sociétés savantes de prestations de service intellectuel du domaine sera déterminante pour améliorer la qualité des services de SRMNIAN. Le rôle des sociétés savantes à travers le **Comité technique de SRMNIAN** sera de (i) élaborer les guides de pratiques, (ii) d'analyser les rapports des audits sur les décès maternels, (iii) assurer la veille technique et scientifique sur la qualité de l'offre de services SRMNIAN, (iv) renforcer la recherche opérationnelle en SRMNIAN et (v) participer au choix des stratégies et des intrants de SRMNIAN.

Les chefs traditionnels et religieux

A l'issue du Dialogue national sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile (à N'Djamena du 28 mars au 1^{er} avril 2022), les chefs traditionnels et religieux se sont engagés à :

- Sensibiliser les couples, les familles et les femmes à utiliser les services de SRMNIAN-EC ;
- Entreprendre le recensement continu des femmes enceintes, des enfants de moins d'un an et des femmes porteuses de fistules obstétricales ;
- Notifier les naissances, décès maternels et néonataux dans la communauté ;
- Veiller à l'application des textes relatifs à la santé de la reproduction, aux mutilations génitales féminines, aux mariages des enfants et à la traite des enfants ;
- Sensibiliser les accoucheuses traditionnelles à accompagner les femmes enceintes et à les orienter vers les structures sanitaires ; et,
- Promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène individuelle, familiale et collective (lavage des mains, usages de latrines, etc.).

Les organisations de la Société Civile se sont engagées à :

- Faire le plaidoyer pour la modification de la loi 006 et son décret d'application pour que la femme et/ou son médecin puissent décider de la chirurgie obstétricale ;
- Sensibiliser pour la formation du personnel de santé sur les textes réglementaires relatifs à la santé de reproduction ;
- Sensibiliser sur les droits de la femme et des enfants, l'importance de l'accouchement dans les structures de santé et la vaccination, l'enregistrement des naissances ;
- Faire le plaidoyer pour la création de l'ordre des sages-femmes.

5.1.3. Etat civil et statistiques vitales

5.1.3.1. Niveau central

Le Ministère de l'Administration du Territoire, de la Décentralisation et de la Bonne Gouvernance assure (i) la tutelle des collectivités territoriales, (ii) la formation des agents des services de l'état civil, (iii) le renforcement des capacités de services de l'état civil et (iv) la responsabilité administrative de l'organisation du système de l'état civil.

Le Ministère de la Justice, Garde des Sceaux et des Droits Humains veille au respect des procédures et à la légalité des actes délivrés.

Le Ministère d'Etat, Ministère des Affaires Etrangères s'occupe de l'état civil des Tchadiens de l'extérieur, à travers les représentations diplomatiques et consulaires territorialement compétents.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Prévention a la responsabilité de la délivrance des attestations de naissance et de décès survenus dans les formations sanitaires publiques et privées.

Le Ministère de la Prospective Economique et des Partenariats Internationaux, à travers l'Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED) a la responsabilité générale sur la publication des statistiques nationales.

5.1.3.2. Au niveau opérationnel

L'Agence Nationale des Titres Sécurisés est responsable de l'organisation et de la tenue du fichier de l'état civil et de ses archives ainsi que de la production des titres sécurisés.

Les communes, les Ambassades et Consuls et les Centres d'accueil des Usagers sont les services compétents en charge de l'état civil. Ils sont chargés de l'enrôlement des individus, de l'enregistrement des événements d'état civil et de la délivrance des actes et titres sécurisés.

Les Maires dans les communes, **les Ambassadeurs et les Consuls** dans les Représentations diplomatiques et consulaires et **les Chefs des centres d'accueil des usagers**, en leur qualité d'Officier d'Etat civil reçoivent les déclarations d'événements d'état civil, transcrivent les jugements supplétifs et les procès-verbaux de mariages et les jugements de divorces. Ils en dressent, signent et délivrent les actes, copies et extraits.

Les Maires dans les communes, les Ambassadeurs et les Consuls dans les Représentations diplomatiques et consulaires sont seuls compétents pour la célébration solennelle des offices du mariage dont ils dressent un procès-verbal pour servir à l'établissement d'un acte de mariage sécurisé.

5.2. EXÉCUTION TECHNIQUE ET FINANCIÈRE

5.2.1. Planification

Pour la mise en œuvre du DI SRMNIAN-EC, des plans annuels d'action ou des projets d'établissement pour les hôpitaux seront élaborés. Ces plans indiqueront les activités prioritaires spécifiques choisies pour résoudre les problèmes spécifiques de l'entité pour réduire la mortalité maternelle et de l'enfant de moins de 5 ans. Cette planification sera basée sur l'approche Gestion axée sur les résultats (GAR) et établira clairement les liens entre le financement et le résultat.

5.2.2. Exécution technique

Les services de SRMNIAN seront livrés sous forme d'un paquet intégré de services adaptés à chaque niveau de soins et à chaque cible.

La description du paquet d'interventions prioritaires de SRMNIAN est en annexe, tableau 20.

5.2.3. Exécution financière

L'exécution financière du DI passera par les canaux qui sont actuellement en place et utilisés par les acteurs qui interviennent dans le financement du secteur de la santé.

Budget de l'Etat

L'apport du budget de l'Etat sera exécuté conformément à chaque niveau de la pyramide, sous la responsabilité des responsables des programmes du Ministère de la Santé Publique et de la Prévention, à travers la Direction Administrative et Financière.

L'Appui budgétaire sectoriel (ABS)

Les contributions sous forme d'appui budgétaire sectoriel seront exécutées à travers les mêmes canaux que le budget de l'Etat.

Projets et programmes

Certaines contributions seront directement canalisées à travers les budgets des projets et programmes.

Le Financement basé sur la performance (FBP)

La contractualisation consiste en un établissement de relations contractuelles entre toutes les parties prenantes à l'Achat Stratégique (AS). Elle est matérialisée par un protocole d'entente qui décrit les engagements et responsabilités des parties contractantes.

5.2.4. Suivi-évaluation

5.2.4.1. Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel est basé sur le modèle logique proposé par l'Organisation mondiale de la santé pour le suivi-évaluation.

CADRE CONCEPTUEL DU SUIVI-ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU DI SRMNIAN

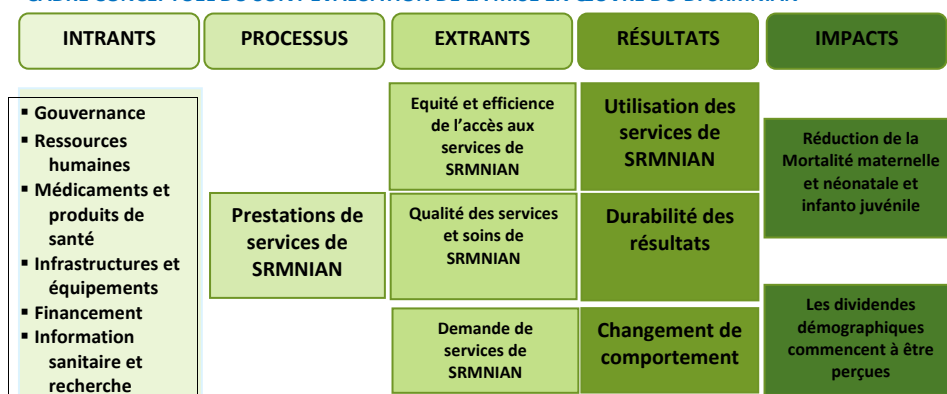


Figure 19 : Cadre conceptuel du suivi-évaluation

5.2.4.2. Organes/Institutions Impliqués dans le suivi-évaluation

Le tableau ci-après indique les organes/institutions impliqués dans le suivi-évaluation de la mise en œuvre du DI SRMNIAN-EC, leur rôle, les canaux et outils utilisés ainsi que la périodicité.

Tableau 1845 : Organes impliqués et leur rôle dans le suivi-évaluation

ORGANES/INSTITUTIONS	ROLE	SUPPORT	PERIODICITE
1. Comité Directeur du MSPP	Suivi-Evaluation	Revue sectorielle annuelle	Annuelle
2. Plateforme SRMNIAN/GFF	Suivi	Validation du rapport de progrès	Annuelle
3. Directions générales impliquées	Suivi	Rapport de progrès	Annuelle
4. Conseil provincial de santé	Suivi-Evaluation	Revue annuelle	Annuelle
5. Comité Directeur provincial	Suivi	Rapport de progrès	2x/an
6. Conseil départemental de santé	Suivi-Evaluation	Revue annuelle	Annuelle
7. Comité directeur du district	Suivi	Rapport de progrès	4x/an

5.2.4.3. Exercices d'évaluation

Les sorties conjointes pour conforter l'information transmise à travers les rapports ou les indicateurs de performance.

La revue sectorielle annuelle permettra, chaque année, d'analyser les performances et d'identifier les goulots d'étranglements ayant empêché l'atteinte des objectifs. La disponibilité des résultats des enquêtes SMART et SARA sera un atout pour la crédibilité des résultats annuels.

Une évaluation indépendante sera réalisée à **mi-parcours** pour identifier les progrès réalisés et formuler les recommandations pour améliorer les performances.

Une évaluation finale indépendante sera réalisée en 2027 pour évaluer le niveau d'atteinte des objectifs et résultats attendus. Elle sera précédée par une enquête en population pour avoir les résultats en termes de réduction de mortalité maternelle, et infanto-juvénile.

5.2.4.4. Indicateurs clés

Le cadre de performance comprend 38 indicateurs dont 3 indicateurs d'intrants, 8 indicateurs de processus, 22 indicateurs d'effets et 5 indicateurs d'Impact.

La plupart des indicateurs sont tirés du cadre de suivi évaluation du PNDS 2011-2020. Pour les indicateurs d'impact, les projections ont été faites à l'aide de l'outil One Health.

Des indicateurs spécifiques ont été rajoutés notamment pour mesurer les performances des interventions de nutrition et en matière de qualité des services et des soins.

Le cadre de performance avec les indicateurs choisis se trouve en annexe, tableau 22.

5.3. FINANCEMENT DU DI SRMNIAN-EC

5.3.1. Méthodologie d'estimation des coûts du plan

L'outil ONE HEALTH a été utilisé pour le calcul du coût des interventions retenues dans le plan et le tableur Excel a servi pour le traitement des informations relatives aux activités prévues dans le plan et le traitement final des résultats auxquels le processus a abouti.

Les coûts unitaires pour chaque intervention ont été déterminés à partir des intrants nécessaires à la réalisation de l'intervention. L'approche des ingrédients ou encore approche de coût normalisé, a été appliquée pour l'estimation des coûts directs des intrants. Les coûts unitaires comprennent également une partie des coûts de mise en œuvre des programmes qui soutiennent la mise en œuvre des interventions dont la formation, la supervision, le suivi et l'évaluation, l'équipement, le plaidoyer, la communication, les masses médias, la sensibilisation etc. Les coûts des intrants ont été obtenus à partir des prix du marché, de l'information disponible dans les bases de données d'approvisionnement du système des Nations Unies et des enquêtes.

Les estimations de coûts présentées dépendent fortement des hypothèses faites et de la couverture actuelle des interventions. Une des limites de l'outil ONE HEALTH est sa forte dépendance de la complétude et de la fiabilité des données qui lui sont fournies.

5.3.2. Estimation du budget

Le budget a été estimé selon deux scénarii et prend en compte les ressources nécessaires pour la réduction des mortalités spécifiques, l'enregistrement des faits d'état civil, la mise en œuvre des interventions spécifiques pour l'amélioration de la santé de la mère, des enfants, des adolescents/jeunes et la nutrition.

Le Scénario n°1 repose sur l'ajustement des interventions y compris les couvertures et les données des activités de soutien afin d'avoir un coût du dossier d'investissement s'approchant ou égal à la disponibilité financière.

Le Scénario n°2 repose sur les projections plus optimistes que celle retenue dans le plan stratégique (le scénario ajusté à la disponibilité financière). En effet, en plus de l'ajout des nouvelles interventions, les données des couvertures d'intervention ont subi des modifications de la sorte. Les couvertures ciblées strictement inférieures à 60% ont été portées à 60% tandis que celles comprises entre 60 et 79% (60 inclus) ont été projetées à 80% et enfin celles supérieures ou égales à 80% ont été portées à 100% pour être plus ambitieux.

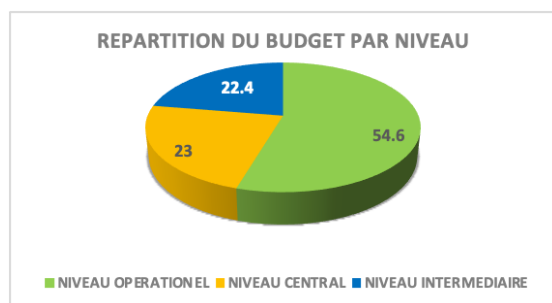
5.3.3. Budget par orientation stratégique, par scénario et par année

Le financement de la stratégie atteint 222 168 995 744 FCFA selon le scénario n°1 et de 243 377 131 896 FCFA selon le scénario n°2.

Tableau 1946 : Budget par orientation stratégique, par scénario et par année

Le scénario ajusté à la disponibilité financière (scénario n°1)						
	2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	Total
OS1	19 672 819 017	21 491 310 413	23 678 260 840	24 649 705 007	25 173 637 190	114 665 732 467
OS2	16 034 599 958	13 553 583 770	14 735 934 270	14 735 934 270	15 049 148 169	74 109 200 437
OS3	6 165 043 844	5 973 850 734	6 646 249 014	6 658 106 732	6 799 625 521	32 242 875 845
OS4	273 909 996	218 159 996	218 159 996	218 159 996	222 797 011	1 151 186 995
Total	42 146 372 815	41 236 904 913	45 278 604 120	46 261 906 005	47 245 207 891	222 168 995 744
Le scénario prenant en compte les interventions de l'ajout de la plateforme GFF (scénario n°2)						
	2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	Total
OS1	22 404 757 292	24 988 380 206	27 972 836 308	29 784 142 111	30 352 822 525	135 502 938 442
OS2	16 034 599 958	13 553 583 770	14 735 934 270	14 735 934 270	15 017 293 296	74 077 345 564
OS3	6 218 890 778	6 043 296 765	6 732 158 530	6 761 344 696	6 890 441 726	32 646 132 495
OS4	273 909 996	218 159 996	218 159 996	218 159 996	222 325 411	1 150 715 395
Total	44 932 158 024	44 803 420 737	49 659 089 104	51 499 581 073	52 482 882 958	243 377 131 896

5.3.4. Répartition du budget estimatif selon les niveaux de la pyramide sanitaire



La ventilation du budget par niveau de la pyramide sanitaire montre que 54,6% des financements sont orientés vers le niveau opérationnel (Districts sanitaires), 22,4% vers le niveau intermédiaire et 23,0% du financement vers le niveau central. Le financement au niveau district prend en compte les activités des structures sanitaires et aussi la pratique communautaire.

Figure 20 : Répartition du budget par niveau

5.3.5. Estimation des réductions de la mortalité

A partir des données de base et des projections de couverture attendues, l'outil One Health permet de calculer les coûts liés aux objectifs de couverture fixés et de projeter l'impact en termes de réduction de la mortalité maternelle et néonatale et notamment le nombre de vies infanto-juvéniles additionnelles sauvées par la mise en œuvre des différentes interventions.

Tableau 2047 : Principaux résultats et impacts de la mise en œuvre du DI

SCENARIO 1	2019	2022	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
EFFETS								
Malnutrition aiguë globale	14,44	10,9*	10,7	10,4	10,2	9,9	9,8	
IMPACT								
Ratio de mortalité maternelle (/100,000 NV)	860	829,5	817,2	803,9	789,7	774,5	769,3	
Taux de mortalité néonatale (/1 000 NV)	33,3	30,2	29,2	28,2	27,3	26,4	25,8	
Taux de mortalité infantile (décès/1 000 NV)	79,0	68,3	65,3	62,9	60,5	58,3	57,6	
Indice synthétique de fécondité	5,7	5,64	5,55	5,46	5,38	5,29	5,18	
Vies d'enfants de moins de 5 ans sauvées		12 098	15 396	17 759	19 905	21 855	23 582	110 595
Vies maternelles sauvées		266	370	481	597	716	832	3 262
SCENARIO 2								
EFFETS								
Malnutrition aiguë globale (*2021)	14,44	10,9	10,4	9,9	9,4	8,9	8,52	
IMPACT								
Ratio de mortalité maternelle (/100,000 NV)	860	777,9	750,9	724,0	697,4	674,5	653,3	
Taux de mortalité néonatale (/1 000 NV)	33,27	28,83	27,47	6,16	24,92	23,88	23,12	
Taux de mortalité infantile (décès/1000 N)	79,01	63,58	59,60	56,31	53,26	50,60	48,89	
Taux de mortalité infanto-juvénile	122	108	98,6	94,38	84,15	81,11	78,96	
Indice synthétique de fécondité	5,7	5,58	5,42	5,26	5,1	4,95	4,86	
Vies d'enfants de moins de 5 ans sauvées		15 142	19 245	22 511	25 448	28 109	29 853	140 308
Vies maternelles sauvées		552	736	919	1 099	1 256	1 385	5 947
*SMART 2021								

5.3.5.1. Réduction de la mortalité maternelle

Sur la base des projections de couvertures attendues et des interventions à mettre en œuvre dans le scénario 2, le taux de mortalité maternelle passerait de 860 (EDS-MICS 2014-2015) à 653,34 décès/100 000 naissances vivantes en 2027.

5.3.5.2. Réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Sur la base des projections de couvertures attendues et des interventions à mettre en œuvre, le taux de mortalité néonatal passera de 33 à 23,12 décès pour 1 000 NV, la mortalité infantile de 79 à 48,89 décès pour 1 000 NV et la mortalité infanto-juvénile de 122 à 78,96 décès/1 000 naissances vivantes en 2027.

5.3.5.3. Vies infanto-juvéniles additionnelles sauvées

Le tableau 17 ci-dessus présente l'évolution de vies additionnelles sauvées par scénario suite à la mise en œuvre du plan stratégique. En effet, par le choix rationnel des interventions en restant dans la limite de l'enveloppe disponible, la mise en œuvre de la stratégie selon le scénario 1, permettra de sauver 110 595 vies additionnelles contre 140 308 pour le scénario 2.

5.3.5.4. Vies maternelles additionnelles sauvées

Le tableau précédent montre l'évolution des vies maternelles sauvées par scénario. La mise en œuvre du dossier d'investissement pendant les cinq années permettra de sauver des vies de 3 262 femmes selon le scénario N°1 contre 5 947 pour le scénario N°2.

5.3.6. Déficit de financement dans les deux scénarii

Le déficit de financement a été déterminé dans l'hypothèse des Scénarii N°1 et N°2. Il s'agit de mettre face à face d'un côté les coûts nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie et de l'autre côté les ressources financières qui sont actuellement orientées vers la couverture des interventions du dossier d'investissement SRMNIAN-EC. Cela donne une idée du montant financier additionnel nécessaire à rechercher pour la mise en œuvre du dossier d'investissement.

Tableau 2148 : Répartition du déficit de financement sur les 5 ans

ANNEES	COÛT DU PLAN SCENARIO 1	COÛT DU PLAN SCENARIO 2	FINANCEMENTS ANNONCÉS	Déficit (Gap) SCENARIO 1	Déficit (Gap) SCENARIO 2
2023	42 146 372 815	44 932 158 024	36 232 420 785	-5 913 952 030	-8 699 737 239
2024	41 236 904 913	44 803 420 737	39 730 732 786	-1 506 172 127	-5 072 687 951
2025	45 278 604 120	49 659 089 104	43 227 904 788	-2 050 699 332	-6 431 184 316
2026	46 261 906 005	51 499 581 073	46 722 205 790	460 299 785	-4 777 375 283
2027	47 245 207 891	52 482 882 958	46 722 205 790	-523 002 101	-5 760 677 168
Total	222 168 995 744	243 377 131 896	212 635 469 939	-9 533 525 805	-30 741 661 957

Pour ce qui concerne les annonces de l'état et les partenaires techniques et financiers, les données ont été prises dans le rapport de la « cartographie des ressources et suivi des dépenses du plan national de développement sanitaire ». Les annonces des partenaires dans le rapport se limitent en 2025. Le montant de cette annonce de 2026 a été reconduit sur les quatre autres années suivantes dans une hypothèse de conservation des acquis. Pour ce qui concerne la contribution de l'État, nous avons utilisé les dépenses liées au personnel comme apport de l'état. Le tableau 18 ci-dessus montre l'évolution du GAP par scénario et par année. Le déficit total de financement s'élève à 9 533 525 805 FCFA soit environ 4,29% du financement total du DI SRMNIAN-EC pour le scénario N°1. Pour ce qui concerne le scénario N°2, le déficit total s'élève à 30 741 661 957 FCFA soit environ 12,63%.

5.3.7. Estimation des gains de productivité par la survie des enfants de moins de 5 ans

Selon plusieurs analyses économétriques, dont celle publiée par Moussa Messaïli³¹ en 2017, il existe une relation entre la santé de l'enfant et le développement économique. Un enfant en bonne santé sera mieux éduqué et plus productif à l'avenir. Au contraire, un enfant en mauvaise santé occasionne des pertes de revenus et de productivité pour ses parents lors des épisodes de maladie et sera peu productif à l'âge adulte. Dans les familles pauvres cela contribue fortement à entretenir le cercle vicieux de pauvreté pour les générations à venir.

La mise en œuvre des interventions du dossier d'investissement SRMNIAN-EC (scénario moyen),

³¹Moussa Messaïli, Nouara Kaid Tlilane. Dépenses publiques de santé et santé de la population en Algérie : une analyse économétrique. Santé publique. 2017/3 Vol.29 I pages 383 - 392

conduirait à une réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 43,6%, en passant de 122‰ à 78,96‰.

Selon les analyses économétriques citées plus haut, une réduction de 5% du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans entraînerait un gain de productivité de 1% sur le produit intérieur brut. Au Tchad, le PIB était estimé à 11,6 milliards de dollars en 2021, la mise en œuvre (au cours des cinq prochaines années) des interventions du DI SRMNIAN-EC permettrait de générer un gain de productivité de **576 millions de dollars**, soit 5,24% du PIB de 2021.

5.3.8. Modalités de financement et de gestion des ressources financières mobilisées

5.3.8.1. Modalité de financement

Le financement des interventions retenues du SRMNIAN-EC sera mobilisé de façon concertée sur le modèle actuel du financement de la santé au Tchad qui inclut l'État, les partenaires au développement, les ONG ainsi que le secteur privé.

Les mécanismes de financement retenus seront conformes à la vision du dossier d'investissement, avec une mise en cohérence de toutes les sources et mécanismes de financement de la santé pour plus d'efficacité et d'équité dans la gestion des ressources.

Le déficit du financement du présent dossier d'investissement reste élevé mais est nécessaire pour l'atteinte des résultats escomptés. Le défi majeur reste l'engagement politique confirmé au plus haut niveau du Gouvernement et l'appui des partenaires techniques et financiers et des autres acteurs pour la mobilisation et la gestion efficiente des ressources.

Le financement des interventions retenues du SRMNIAN-EC sera mobilisé de façon concertée sur le modèle actuel du financement de la santé au Tchad qui inclut l'État, les partenaires au développement, les ONG ainsi que le secteur privé.

Tableau **2249** : Schéma de mobilisation de ressources pour combler le déficit

ANNEES	COUT DU PLAN	ANNONCÉS	Déficit (Gap)	RESSOURCES MOBILISÉES		
				Endogènes (28%)	Extérieurs (72%)	%
2023	44 932 158 024	36 232 420 785	-8 699 737 239	2 435 926 427	6 263 810 812	28,3%
2024	44 803 420 737	39 730 732 786	-5 072 687 951	1 420 352 626	3 652 335 325	16,5%
2025	49 659 089 104	43 227 904 788	-6 431 184 316	1 800 731 609	4 630 452 707	20,9%
2026	51 499 581 073	46 722 205 790	-4 777 375 283	1 337 665 079	3 439 710 204	15,5%
2027	52 482 882 958	46 722 205 790	-5 760 677 168	1 612 989 607	4 147 687 561	18,7%
Total	243 377 131 896	212 635 469 939	-30 741 661 957	8 607 665 348	22 133 996 609	100%

Le Schéma de mobilisation de ressources pour combler le déficit est basé sur le modèle actuel du financement du PNDS3 qui comprend les ressources endogènes (28%) et les ressources extérieures (72%)³². Les ressources endogènes devraient inclure l'allocation de l'Etat, les sources innovantes de revenus et la contribution du secteur privé. Les ressources extérieures

³² Cartographie des ressources et suivi des dépenses du PNDS 3. Rapport final 2021. Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale

proviendront des partenaires techniques et financiers traditionnels et d'autres partenaires habituels de la SRMNIAN devront être approchés. Il s'agit notamment des pays du Nord de l'Europe qui sont aujourd'hui absents du Tchad.

5.3.8.2. Modalités de gestion des ressources financières mobilisées

La gestion des ressources financières du SRMNIAN-EC se fera suivant l'approche sectorielle dont les principes de base sont : l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans le dossier d'investissement, l'utilisation des procédures nationales de gestion, l'harmonisation des principes d'intervention dans le système de santé, la gestion axée sur les résultats, la responsabilité et la redevabilité mutuelle des PTF et du gouvernement à travers le renforcement du mécanisme de suivi.

5.3.8.3. Dispositif de contrôle de la gestion des ressources financières

Des audits financiers annuels de l'ensemble des financements seront effectués et des rapports financiers périodiques seront élaborés afin de renforcer l'obligation de rendre compte. De même, des contrôles par les corps de contrôle de l'État seront maintenus et renforcés. Des comités provinciaux et de district sur le suivi du DI SRMNIAN-EC seront mis en place et feront partie intégrante du dispositif de contrôle de gestion des ressources financières du plan.

En plus de ces mécanismes de contrôle habituel, des mécanismes de redevabilité des services de santé vis-à-vis des populations seront développés à travers un renforcement des actions de contrôle communautaire réalisées avec l'appui des organisations de la société civile surtout locales.

6. ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA RÉUSSITE DE LA STRATÉGIE

Parmi les conditions pour créer un environnement favorable à la réussite du DI SRMNIAN-EC, il faut retenir (i) le renforcement des soins de santé primaires et de l'approche intégrée centrée sur la personne (ii) la poursuite des réformes en cours, (iii) la réforme du financement de la santé, (iv) la mise en place d'un dispositif pour une distribution équitable des ressources humaines, financières et matériels.

6.1. RENFORCEMENT DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES³³

Les SSP mettent l'accent sur l'autonomisation des communautés et la responsabilité sociale et sont de nature multisectorielle avec un lien avec l'éducation, la nutrition, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement. Ils permettent une approche holistique intégrant les services de prise en charge des maladies transmissibles, **les services de santé de la mère et de l'enfant** et les services de prise en charge des MNT.

6.2. APPROCHE INTÉGRÉE CENTRÉE SUR LA PERSONNE

L'approche intégrée centrée sur la personne est cruciale pour mettre en place des systèmes de santé capables de relever des défis nouveaux et variés pour la santé³⁴

L'approche verticale axée sur des maladies particulières permet de faire des progrès rapides mais réduit encore davantage la capacité des systèmes de santé à fournir des soins universels, équitables, de haute qualité et qu'il est possible de financer durablement. Une approche intégrée centrée sur la personne est cruciale pour mettre en place des systèmes de santé capables de délivrer des services de SRMNIAN de qualité et mettant en avant la sécurité du patient.

Les services de SRMNIAN devront être délivrés sous forme d'un paquet de services intégrés spécifiques pour chaque cible et pour chaque niveau de prestation de services, y compris le niveau communautaire.

6.3. POURSUITE DES RÉFORMES EN COURS

La poursuite ou l'accélération des réformes en cours devrait contribuer à la mise en place d'un environnement favorable à la mise en œuvre du DI SRMNIAN-EC. Il s'agit entre autres de :

- **La réforme hospitalière** qui devrait aboutir à terme à l'autonomisation des hôpitaux régionaux pour leur permettre de disposer des ressources propres et suffisantes pour leur bon fonctionnement est en cours ;
- **La Santé communautaire** pour impliquer davantage les communautés dans la gestion de leurs problèmes de santé ;
- **La réforme de la Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA)** en cours.

³³ Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle. RAPPORT MONDIAL DE SUIVI 2019 – résumé d'orientation. Genève : OMS ; 2019 (WHO/HIS/HGF/19.1). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

³⁴ Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. Rapport 69^{ème} Assemblée mondiale de la santé A69/39. 15 avril 2016

6.4. RÉFORME DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

En dépit des stratégies utilisées pour améliorer l'accessibilité, la qualité des soins et le financement, notamment la gratuité des soins et le financement basé sur les résultats, la situation n'a pas évolué significativement car la continuité de ces stratégies n'a pas été assurée par le gouvernement pour des raisons d'ordre financier. C'est ainsi que les médicaments, avec lesquels la gratuité des soins est financée, connaissent de ruptures fréquentes de stocks. Quant au financement basé sur les résultats, le gouvernement n'arrive pas à pérenniser les projets de la Banque Mondiale sur la base des documents prévus au préalable. Il faut noter que le pays reste encore confronté à des problèmes de gouvernance, d'ordre structurel et financier.

6.4.1. Mise en place de la Couverture santé universelle (CSU)

La mise en place effective de la Couverture santé universelle (CSU) vient en tête des solutions à la problématique du financement de la santé au Tchad. La mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle s'articule parfaitement avec le Plan National de Développement 2017-2021 qui a retenu « *l'amélioration de la qualité de vie de la population tchadienne* » comme l'une de ses quatre orientations stratégiques ;

La vision globale de cette Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle est (i) que la population ait accès à des services de santé de qualité, (2) en évitant de placer l'individu et sa famille dans une situation financièrement difficile, (3) mais aussi de protéger la population contre les risques ayant une incidence sur sa santé et (4) avec une attention toute particulière pour la population la plus défavorisée dans un esprit **d'équité et de solidarité**.

Le cadre est déjà en place avec la loi sur la CSU promulguée en juillet 2020 après l'adoption de la stratégie en 2015.

6.4.2. Opérationnalisation de l'Assurance Maladie Universelle

L'accélération de l'opérationnalisation de l'Assurance Maladie Universelle est la solution durable pour réduire les barrières financières et pour prendre la relève du dispositif de gratuité des soins à la mère et à l'enfant de moins de 5 ans.

6.4.3. Disponibilité de ressources prévisibles et suffisantes

La disponibilité de ressources prévisibles et suffisantes pour financer les plans d'action devrait permettre de s'orienter encore plus vers une planification axée sur les résultats du DI SRMNIAN-EC. La mobilisation de plusieurs sources de financements nécessaires sera déterminante pour financer la mise en œuvre du DI SRMNIAN-EC 2023-2027.

La mobilisation de plus de ressources endogènes est la voie qui assurera une augmentation durable du financement de la santé et de la couverture sanitaire universelle. Dans le processus de mobilisation des ressources, la préférence devrait aller aux mécanismes de financement des soins de santé qui respectent les critères de faisabilité, d'équité, d'efficacité et de pérennité.

6.4.4. Budget de la santé devrait atteindre la cible de 10% du budget de l'État en 2027

Le budget de la santé devrait atteindre la cible de 10% du budget de l'État en 2026, grâce à un solide plaidoyer, soutenu par la démonstration des gains en termes de vies de mères et d'enfants grâce au financement du DI SRMNIAN-EC, pour inverser le paradigme selon lequel la dépense de santé est une dépense sociale non productive.

Parmi les sources endogènes de financement de la santé, l'identification et la *mobilisation de*

financements innovants pourraient permettre de combler un certain nombre de déficits. Parmi les sources à explorer, il faut souligner la taxe sur la téléphonie, la taxe sur l'alcool et le tabac, la taxe minière ou la taxe sur les transferts de fonds.

6.4.5. Augmentation de la contribution du secteur privé à la réduction de la mortalité maternelle et de l'enfant

Grâce à des incitatifs appropriés notamment fiscaux, *le secteur privé devrait être encore plus encouragé à augmenter sa contribution* à la réduction de la mortalité maternelle et des enfants de moins de 5 ans. Le secteur privé pourrait être plus impliqué dans l'amélioration de l'offre du paquet intégré de services de SRMNIAN, l'acquisition d'équipements techniques de pointe, la fabrication de produits de santé, la couverture du risque maladie etc.

6.4.6. Amélioration de l'efficacité dans la gestion des ressources financières

L'amélioration de l'efficacité devrait porter à la fois sur l'efficacité allocative et sur l'efficacité technique. L'allocation des ressources devrait aller prioritairement vers les approches ou interventions qui présentent le meilleur rapport coût-efficacité. Grâce à une plus grande efficacité technique, il faudra chercher à payer le maximum de services de santé à un coût minimum sans que leur qualité ne soit altérée.

Le renforcement de l'approche de financement basé sur la performance (FBP) ou d'autres approches comme l'achat stratégique devrait contribuer à l'amélioration de l'offre de services de SRMNIAN de qualité.

La transparence, la lutte contre la corruption et l'utilisation rationnelle des ressources sont les leviers pour consolider le dialogue et la responsabilité mutuelle entre les parties prenantes ainsi que la redevabilité envers les bénéficiaires.

6.5. RÉPARTITION ÉQUITABLE DES RESSOURCES

Les inégalités dans la répartition des ressources humaines, financières et matérielles étaient apparues comme un problème récurrent constituant un véritable goulot d'étranglement.

L'élaboration et le respect de normes relatives à la distribution des ressources devraient permettre de lever ce véritable goulot d'étranglement à la mise en œuvre du DI SRMNIAN-EC.

Pour l'affectation des ressources humaines, une des solutions serait l'implantation du système du Workload integrated management system (WIMS) qui se base sur la charge de travail pour déterminer les personnels nécessaires au bon fonctionnement d'un service de santé. La mise en œuvre de la carte sanitaire permettrait de doter les provinces avec des infrastructures réparties suivant des normes préétablies. L'adoption et le respect de normes pour l'équipement des structures de santé aux différents niveaux constitueraient le troisième outil pour assurer une distribution équitable des ressources stratégiques pour la mise en œuvre du DI SRMNIAN-EC.

7. CONCLUSION

Pour répondre à la situation préoccupante sur le plan de la mortalité maternelle et des enfants de moins de 5 ans, le Gouvernement Tchadien vient de terminer la préparation de son premier Dossier d'investissement en Santé reproductive de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et jeune, nutrition et enregistrement des faits d'état civil.

Il s'agissait de (i) faire le choix pertinent des priorités dans le domaine de la SRMNIAN-EC, (ii) identifier les ressources disponibles et le déficit à combler, (iii) mobiliser les ressources domestiques et extérieures et (iv) aligner les ressources sur les priorités.

Le processus a été participatif et inclusif sous la conduite de la Plateforme Nationale SRMNIAN-EC.

Des stratégies probantes, innovantes et à haut impact sur la santé seront déployées pour livrer le paquet intégré de services SRMNIAN centrés sur la personne à tous les groupes cibles visés, pour corriger les causes de l'accès inéquitable aux services de SRMNIAN-EC et ainsi atteindre rapidement des résultats tangibles.

Pour améliorer les conditions de réussite de la mise en œuvre du DI SRMNIAN-EC, les parties prenantes, sous le leadership du Gouvernement, devraient mettre l'accent sur la mise en place effective de la Couverture santé universelle (CSU), la mobilisation de ressources suffisantes pour couvrir le financement du DI SRMNIAN-EC, la gestion efficiente de ces ressources, le renforcement du système de santé pour consolider la durabilité des résultats et la communication pour le changement social et comportemental.

Aujourd'hui, le Gouvernement Tchadien dispose d'un instrument pour mobiliser la société civile, le secteur privé, les partenaires techniques et financiers et toutes les parties prenantes autour d'actions pour accélérer la réduction du nombre de décès évitables de mères, nouveau-nés et enfants de moins de 5 ans.

8. ANNEXES

Tableau 20 : Liste complète des interventions de SRMNIAN actuellement pratiquée au Tchad

3.7. ANALYSE STRATÉGIQUE DE L'ENVIRONNEMENT SYSTÉMIQUE DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS DE SRMNIAN

Tableau **2324** : Analyse des goulots d'étranglement

Tableau **2422** : Cadre de performance

Tableau **2523** : Plan d'action 2023-2027 budgétisé

Tableau 20 : Liste complète des interventions de SRMNIAN actuellement pratiquée au Tchad

INTERVENTIONS DU PAQUET SRMNIAN					
1.	PRATIQUES SANITAIRES FAMILIALES	Mère	Nouveau-né	Enfants < 5ans	Adolescents
1.1.	Eau Hygiène et Assainissement (WASH)				
1.1.1.	Utilisation de source d'eau améliorée	✓		✓	✓
1.1.2.	Utilisation de toilettes améliorées	✓		✓	✓
1.1.3.	Évacuation hygiénique des selles de l'enfant		✓	✓	
1.1.4.	Lavage des mains au savon	✓		✓	✓
1.2.	Prévention du Paludisme				
1.2.1.	Utilisation des MILDA	✓	✓	✓	✓
1.2.2.	Pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides	✓	✓	✓	✓
1.2.3.	Chimioprophylaxie préventive saisonnière du paludisme			✓	
1.3.	Alimentation et soins des nouveau-nés et des nourrissons				
1.3.1.	Allaitement maternel précoce et exclusif jusqu'à 6 mois		✓	✓	
1.3.2.	Allaitement maternel continu jusqu'à 23 mois			✓	
1.3.3.	Alimentation complémentaire, éducation nutritionnelle des mères			✓	
1.3.4.	Supplémentations en micronutriments des moins de 5 ans			✓	
1.3.5.	Soins de protection thermique		✓		
1.3.6.	Pratiques communautaires pour soins postnatals propres	✓	✓		
2.	SERVICES DE PRÉVENTION				
2.1.	Vaccination, supplémentation et déparasitage				
2.1.1.	Supplémentation en vitamine A			✓	
2.1.2.	Déparasitage des enfants			✓	
2.1.3.	Vaccin BCG			✓	
2.1.4.	Vaccin antipoliomyélitique			✓	
2.1.5.	Vaccin Pentavalent (diphtérie, tétanos, coqueluche, Haemophilus influenzae B et hépatite B)			✓	
2.1.6.	Vaccin antipneumococcique			✓	
2.1.7.	Vaccin contre la rougeole			✓	
2.1.8.	Vaccin contre la fièvre jaune			✓	
2.1.9.	Vaccin contre les rotavirus			✓	
2.2.	Soins prénatals				
2.2.1.	Vaccin antitétanique (anatoxine tétanique)	✓			✓
2.2.2.	Traitement préventif intermittent du paludisme	✓			
2.2.3.	Surveillance de la grossesse en consultation prénatale recentrée	✓			
2.2.4.	Supplémentation en fer et en acide folique	✓			✓
2.2.5.	Dépistage et traitement de la syphilis	✓			
2.2.6.	Prise en charge des cas d'hypertension	✓			
2.2.7.	Prise en charge des cas de diabète	✓			
2.2.8.	Prise en charge des cas de paludisme	✓			
2.2.9.	Détection et prise en charge des cas de retard de croissance intra-utérin	✓			
2.2.10.	PTME – Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	✓	✓		
2.3.	Planification familiale				
2.3.1.	Utilisation de contraceptifs	✓			✓
2.3.2.	Fortification/supplémentation en fer et acide folique	✓			✓

3.	SERVICES CURATIFS				
3.1.	Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles (PCIMIN)				
3.1.1.	Utilisation des SRO en cas de diarrhée			✓	
3.1.2.	Utilisation des antibiotiques oraux en cas d'infection du nouveau-né		✓		
3.1.3.	Utilisation des antibiotiques injectables en cas de septicémie néonatale		✓		
3.1.4.	Utilisation du zinc en cas de diarrhée			✓	
3.1.5.	Utilisation des antibiotiques oraux en cas de pneumonie aiguë chez l'enfant			✓	
3.1.6.	Utilisation de la vitamine A dans le traitement de la rougeole			✓	
3.1.7.	Traitement du paludisme par des Combinaison Thérapeutique à la base d'Artémisinine (ACT)			✓	
3.1.8.	Alimentation thérapeutique en cas MAS			✓	
3.1.9.	Traitement de la malnutrition aiguë modérée			✓	
3.1.10.	Mise sous ARV des nouveau-nés de mères VIH positives		✓	✓	
3.2.	Accouchement assisté par un professionnel qualifié				
3.2.1.	Bonnes pratiques d'hygiène lors de l'accouchement	✓			
3.2.2.	Soins essentiels et suivi en cas d'accouchement	✓	✓		
3.2.3.	Prise en charge active de la délivrance	✓			
3.2.4.	Examen et stimulation immédiats du nouveau-né		✓		
3.2.5.	Application de la méthode « mère kangourou » à la naissance et durant les premières heures		✓		
3.3.	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)				
3.3.1.	Accès à un établissement offrant des services SONUB lors du travail et de l'accouchement	✓			
3.3.2.	Accès à un établissement offrant des services SONUC lors du travail et de l'accouchement	✓			
3.3.3.	PEC du travail et accouchement propre	✓			
3.3.4.	PEC sans risque de l'avortement et soins post-avortement	✓			
3.3.5.	Prise en charge des cas de grossesse extra-utérine	✓			
3.3.6.	Administration de corticostéroïdes prénatals lors d'un travail prématuré	✓			
3.3.7.	Administration d'antibiotiques en cas de rupture prématurée des membranes (RPM)	✓			
3.3.8.	Prise en charge de l'éclampsie avec Sulfate de Magnésium	✓			
3.3.9.	Déclenchement du travail pour grossesses de plus de 41 semaines	✓			
3.3.10.	Prise en charge des cas de septicémie maternelle	✓			
3.3.11.	Réanimation néonatale en cas de besoin		✓		
3.3.12.	Soins essentiels du nouveau-né (SENN)		✓		
3.3.13.	Prise en charge de la prématurité		✓		
3.3.14.	Prise en charge de la pneumonie et de la septicémie du nouveau-né		✓		
3.4.	Autres interventions en faveur de la mère				
3.4.1.	Dépistage et traitement des cancers du col et du sein	✓			
3.4.2.	Prise en charge complète de la fistule obstétricale	✓			
4.	SANTÉ DES ADOLESCENTS				
4.1.1.	Vaccination contre les infections par les virus du papillome				✓

	humain				
4.1.2.	Éducation par les pairs sur les grossesses non désirées et avortements				✓
4.1.3.	Prévention des accidents de la route				✓
4.1.4.	Promotion de la gestion hygiénique des menstrues				✓
4.1.5.	Prévention contre la consommation des substances psychoactives				✓
4.1.6.	Education sexuelle et nutritionnelle pour les adolescents et leurs parents				✓
4.1.7.	Disponibilité et utilisation des méthodes modernes de contraception y compris le préservatif				✓
4.1.8.	Planification familiale (contraceptifs) pour personnes non en union ou âgées de moins de 15 ans				✓
4.1.9.	Dépistage et traitement des IST/VIH chez les adolescents				✓
4.1.10.	Soins aux victimes de violence conjugale : agression physique				✓
4.1.11.	Soins aux victimes de violence entre partenaires intimes : agression sexuelle				✓
4.1.12.	Soins complets liés à l'avortement				✓

3.7. ANALYSE STRATÉGIQUE DE L'ENVIRONNEMENT SYSTÉMIQUE DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS DE SRMNIAN

3.7.1. Prestations de services de SRMNIAN

3.7.1.1. Forces

- Services de SRMNIAN organisés comme un paquet intégré par niveau de soins et par cible ;
- Mesures de gratuité ciblée des services de SRMNIAN pour la mère et l'enfant de moins de 5 ans ;
- Gratuité de l'enregistrement des naissances, des mariages et des décès ;
- Système de référence et contre référence intégré, avec une interdépendance des niveaux.

3.7.1.2. Faiblesses

- Potentialités de l'approche communautaire insuffisamment exploitées et documentées ;
- Faible niveau d'utilisation des services de SRMNIAN ;
- Offre et demande insuffisantes surtout pour les populations en zone éloignées ou difficiles d'accès et les populations nomades ;
- Faible disponibilité des services de SRMNIAN et en particulier les SONU, SONUC, les services de transfusion, les services essentiels au nouveau-né dont la réanimation du nouveau-né, soins postnatals, soins après avortement, services adaptés et de qualité pour les adolescents et les jeunes ;
- Faible capacité opérationnelle pour la planification familiale, la transfusion sanguine, les SONU, la PTME, la PCIME et les services de l'adolescent et jeune ;
- Insuffisance de la qualité des prestations ;
- Faible diffusion de la notion de soins de santé centrés sur la personne parmi les différents acteurs du système de santé ;
- Accès aux services de SRMNIAN limité par des barrières géographiques, financières et socio-culturelles ;
- Désinformation/méconnaissance des services de SRMNIAN-EC ;
- Coûts indirects pour l'accès aux services de SRMNIAN-EC ;
- Dysfonctionnements dans le système des références et contre références.

3.7.2. Gouvernance

3.7.2.1. Forces

- Réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant est une priorité du Gouvernement ;
- Adhésion du Tchad au GFF ;
- Existence de plusieurs textes et documents stratégiques sur la SRMNIAN ;
- Dispositif de gratuité d'un paquet de services et soins pour la mère et l'enfant ;
- Processus de la planification stratégique participatif et inclusif ;
- Politique contractuelle adoptée en 2001 et révisée en 2014, renforçant le partenariat public-privé non lucratif ;

- Dialogue politique en santé, instauré en 2012, avec un plan de suivi des recommandations ;
- Existence d'un réseau des maternités SONU ;
- Existence du Conseil national de nutrition et d'alimentation (CNNA) ;
- Existence de la stratégie de la CSU ;
- Adhésion du Tchad à la stratégie internationale de la Planification Familiale 2020 et 2030 ;
- Existence d'une subvention dédiée à l'achat des produits SR.
- Organisation en mars-avril 2022, du Dialogue National sur la problématique de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

3.7.2.2. *Faiblesses*

- Cadre juridique relatif à la SRMIAN-EC pas suffisamment mis en œuvre à cause de l'absence des textes d'application ;
- Absence ou obsolescence des textes pour la participation du secteur privé lucratif à l'offre de services de SRMIAN-EC ;
- Cycle de planification stratégique trop court pour la mise en œuvre et pour l'organisation des activités de suivi des plans sous-sectoriels ;
- Mise en œuvre trop lente des réformes (réforme hospitalière, CSU, santé communautaire) ;
- Absence ou faible application des mécanismes pour assurer la répartition équitable des ressources et l'accès équitable aux services de SRMIAN-EC.

3.7.3. **Ressources humaines pour la santé**

3.7.3.1. *Forces*

- Mesures prises pour l'affectation en arrière-pays, la fidélisation et la motivation des agents : (i) Décret N° 903 du 12 octobre 2006 fixant le statut particulier des corps des fonctionnaires du secteur de la santé et de l'action sociale ; (ii) Protocole d'accord signé en décembre 2011 accordant le versement aux personnels de santé de plusieurs types d'indemnités et avantages ; et (iii) Décret N°255/PR/PM/MFPTE/2013 du 17 avril 2013, fixant l'échelonnement indiciaire et définissant les modalités reclassement des corps et de reversement des fonctionnaires ;
- Création de pôles régionaux de formations des techniciens de la santé ;
- Développement rapide des écoles privées de formation des personnels de la santé.

3.7.3.2. *Faiblesses*

- Effectifs du personnel pour la SRMIAN insuffisants et inéquitablement répartis ;
- Mécanismes de motivation et de fidélisation insuffisants ;
- Mobilité excessive du personnel ;
- Faible application des décisions de redéploiement notamment vers les zones éloignées ;
- Erosion de certaines valeurs : discipline, respect de l'autorité, empathie, régularité au travail, respect de l'éthique et de la déontologie ;
- La formation continue manque de cadre formel (séminaires, ateliers) et les activités de formation continue sont peu documentées et évaluées ;

- Non-respect des normes pour l'ouverture des écoles privées de formation des personnels de santé.

3.7.4. Financement

3.7.4.1. Forces

- Introduction de l'approche du Financement basé sur les résultats ;
- Volonté affichée d'accroître le budget de la santé à 20% du budget de l'État d'ici 2030 (PNS 2016-2030) ;
- Subvention et autonomie de gestion accordées aux hôpitaux provinciaux et nationaux.

3.7.4.2. Faiblesses

- Part du financement de la santé dans le budget de l'état reste très faible par rapport aux engagements pris à ABUJA (15% du budget national en 2001) ;
- Insuffisance du financement alloué aux services de SRMNIAN ;
- Contribution directe des ménages au financement de la santé est élevée ;
- Forte dépendance des ressources financières extérieures. Les ressources disponibles pour le secteur de la santé proviennent majoritairement des bailleurs de fonds (72% contre 28% pour le trésor public) ;
- Faible allocation des crédits alloués à l'achat des médicaments de la gratuité des soins.

3.7.5. Infrastructures et équipements

3.7.5.1. Forces

- Cent vingt-six districts sanitaires (84%) fonctionnels sur les 150 que compte le Pays ;
- Pays est subdivisé en 1 856 zones de responsabilité dont 1 672 fonctionnelles ;
- En 2019, le taux de couverture sanitaire théorique atteignait 90% ;
- Niveau de fonctionnalité des Centres de santé amélioré en passant de 81% en 2015 à 90% en 2019 ;
- Effort considérable de développement de l'infrastructure pour rapprocher la population des établissements de santé.

3.7.5.2. Faiblesses

- Disponibilité des infrastructures, équipements et matériels insuffisante ;
- Vingt-quatre districts sanitaires (16%) ne disposent pas d'un hôpital de district ;
- Répartition des infrastructures, équipements et matériels pas équitable ;
- Maintenance des infrastructures, équipements et matériels défaillante ;
- Insuffisance ou non-respect des normes pour les équipements, construction des infrastructures ou création des districts sanitaires, des zones de responsabilités et des formations sanitaires ;
- Textes, relatifs au processus de passation de marchés, de suivi des travaux de construction et de réceptions des travaux, accordent un rôle insuffisant au MSPP ;
- Le plan des infrastructures n'est pas encore lié aux plateaux techniques de ces dernières.

3.7.6. Approvisionnements en médicaments et produits de santé

3.7.6.1. Forces

- Réforme du secteur Pharmaceutique lancée par l’Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique depuis 2012 ;
- Dispositif règlementaire aligné sur la Politique Pharmaceutique Commune de la CEMAC ;
- Disponibilité d’une Centrale Pharmaceutique d’Achats pour l’importation des MEG sur appel d’offres restreint après pré qualification continue des fournisseurs ;
- Allocation annuelle, par l’état, d’un budget pour l’achat et la distribution des médicaments ;
- Conditions de stockage et de distribution des produits ont connu une amélioration avec la construction des cinq chambres froides ;
- Erection de la Division de la Médecine Traditionnelle en Direction de la Médecine et Pharmacopée Traditionnelle ;
- Existence d’un laboratoire de contrôle de qualité des médicaments ;
- Libéralisation du marché des médicaments (les grossistes répartiteurs).

3.7.6.2. Faiblesses

- Entre 2013 et 2015, réduction de 70,5% de l’allocation pour l’achat et la distribution des médicaments ;
- Faiblesse du Système d’Information et de Gestion Logistique, constituant un obstacle à une bonne quantification des besoins ;
- Circuit d’approvisionnement non respecté ;
- Créances non payées par le gouvernement restent élevées à hauteur de 5 500 393 661 FCFA en date du 3 septembre 2021 (Source CPA), avec pour conséquence directe la rupture des stocks de certaines molécules ;
- Inexistence d’unités de production locale des médicaments dans le pays ;
- Prolifération du marché illicite des médicaments et circulation de faux médicaments à cause de l’insuffisance des moyens de contrôle et de la non-application des textes en vigueur ;
- Persistance de l’installation anarchique de dépôts pharmaceutiques et grossistes illégaux.

3.7.7. Information sanitaire

3.7.7.1. Forces

- Revitalisation et modernisation du système d’information sanitaire de routine sur base d’une feuille de route à travers la Plateforme DHIS2 ;
- Renforcement de la capacité de la DSIS (personnel, équipement informatique, décentralisation...);
- Mise en place de la commission nationale du système d’information sanitaire avec pour rôle le pilotage du SIS, le plaidoyer, l’harmonisation et la validation des indicateurs et outils de collecte de données ;
- Validation, en 2019, de la carte sanitaire 2019-2023 ;
- Données fournies périodiquement par les enquêtes en population (EDS, MICS ou EDS-MICS, Enquête SARA, enquêtes SMART, ...).

3.7.7.2. *Faiblesses*

- Non intégration de données du secteur privé à but lucratif dans le SIS de routine ;
- Mutualisation insuffisante des ressources, mises à disposition par les différents partenaires, pour le recueil d'informations sanitaires ;
- Faible coordination sectorielle du SIS ;
- Collecte de données parallèles par certains projets et partenaires au SIS ;
- Services en charge de la Planification et de la recherche opérationnelle en santé ne disposent pas de ressources nécessaires suffisantes (humaines, financières et matérielles) pour organiser les enquêtes et les évaluations ;
- Absence d'une stratégie du MSPP, les appuis des partenaires au développement dans le domaine de la recherche ciblent souvent les programmes et services de santé selon leurs domaines de prédilection ;
- Données issues des recherches sont insuffisamment utilisées par les services centraux pour la prise de décision car certains de ces documents, non moins importants, sont peu diffusés ;
- Retard dans la production des annuaires statistiques sanitaires dont le plus récent est celui de 2019.

3.7.8. *Opportunités*

- Engagements, au niveau mondial/sous régional, pour réduire la mortalité de la mère et des enfants de moins de 5 ans ;
- Engagement du gouvernement en faveur de la réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant ;
- Engagements pris, lors du Dialogue national, par les représentants des communautés et collectivités en faveur de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile ;
- Disponibilité des partenaires à accompagner le gouvernement dans sa politique de réduction de la mortalité de la mère et des enfants de moins de 5 ans.

3.7.9. *Menaces*

- Crises politico-sociales et sécuritaires ;
- Catastrophes naturelles et les épidémies/Pandémies (COVID-19 etc.) ;
- Ralentissement de la croissance économique ;
- Réticence ou la non-adhésion de certaines communautés aux interventions de la SRMNIAN ;
- Certaines pratiques traditionnelles néfastes au développement humain.

Tableau 2624 : Analyse des goulots d'étranglement

3.8.1. Accessibilité géographique et physique insuffisante aux services de SRMNIAN-EC

CAUSES	STRATEGIES DE CORRECTION	REFORMES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité insuffisante des infrastructures, équipements et matériels pour réaliser les interventions en faveur de la mère, enfant, adolescent et jeune : densité des établissements sanitaires estimée à 1,2/10 000 habitants (Norme OMS : 2 établissements/10 000 habitants) avec un déficit de 32 508 lits d'hospitalisation/observation (Norme OMS : 25 lits/10 000 habitants) ; ▪ Vingt-quatre districts sanitaires (16%) ne disposent pas d'un HD ; ▪ Insuffisance en équipements de prise en charge des prématurés ; ▪ Maintenance des infrastructures, équipements et matériels défaillante, en l'absence d'un plan de maintenance ; ▪ Insuffisance ou non-respect des normes pour les équipements, construction des infrastructures ou création des districts sanitaires, des zones de responsabilités et des formations sanitaires ; ▪ Plan des infrastructures n'est pas encore lié aux plateaux techniques ; ▪ Moyens logistiques insuffisants pour la stratégie avancée et mobile ; ▪ Existence des zones où l'accès physique est difficile par l'insécurité, l'éloignement ou le manque de moyens de communication, les aléas climatiques, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement du cadre stratégique et normatif en matière d'infrastructures, équipements et matériels. ▪ Renforcement de l'infrastructure et du plateau technique spécifique : doter le pays de structures capables de délivrer les SONU (normes OMS, 5 pour 500 000 habitants dont au moins une fournissant des SONUC), renforcer spécifiquement le plateau technique des unités nutritionnelles thérapeutiques, chaîne de froid, réanimation du nouveau-né, des SONU et des services de transfusion sanguine. ▪ Mise en œuvre de stratégie efficace pour l'acquisition d'infrastructures, équipements et matériels adaptés aux conditions du pays. ▪ Renforcement de la maintenance des infrastructures, matériels et équipements. ▪ Plaidoyer auprès des ministères sectoriels (routes, sécurité, etc.) pour faciliter l'accès physique aux infrastructures sanitaires ▪ Renforcement de la stratégie mobile et avancée. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décentraliser davantage l'organisation du système de santé et en particulier les services de maintenance

3.8.2. Accessibilité insuffisante des ressources humaines qualifiées

CAUSES	STRATEGIES DE CORRECTION	REFORMES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le personnel pour délivrer les interventions de SRMNIAN est insuffisant en quantité et qualité : Densité des principaux agents soignants estimée à 3,3/10 000 habitants (Norme OMS = 44,5/10 000) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la capacité des RHS pour délivrer les interventions de SRMNIAN : atteindre la densité de 8 personnels de santé/10 000 habitants (Cible 2021 du PNDS 2017-2021), adapter la formation continue aux besoins réels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place le Workload integrated management system (WIMS) qui

<p>habitants³⁵), insuffisance de gynécologues, pédiatres, sages-femmes, anesthésistes et nutritionnistes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisances dans la gestion des RHS : non maîtrise des effectifs, affectations déséquilibrées au détriment des zones éloignées, mobilité excessive du personnel, manque de rigueur, non-respect de la décision en matière d'affectation, non application de sanctions, faible redevabilité ; mécanismes de motivation, de fidélisation et de rétention du personnel peu efficaces. ▪ Baisse de la compétence des personnels de santé : pléthore des écoles privées sans encadrement adéquat, formation de profils non adaptés aux besoins du pays, formation continue répétitive au profit des mêmes personnes, sans évaluation de son efficacité et sans stratégie de relai. 	<p>et en privilégiant les techniques efficaces (coaching, mentorat, supervision formative).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de la gestion du personnel par une meilleure maîtrise des effectifs, l'amélioration des conditions de travail (motivation, rétention, stabilité en poste, plan de carrière, discipline), la restauration de la rigueur, description de postes, délégation ciblée de tâches. ▪ Amélioration de la qualité de la formation initiale : encourager la formation et l'emploi dans sa région d'origine, former prioritairement les gynécologues, pédiatres, sages-femmes, anesthésistes et nutritionnistes ▪ Plaidoyer pour la mise en œuvre complète du décret N° 903 du 12 octobre 2006 fixant le statut particulier des corps des fonctionnaires du secteur de la santé et de l'action sociale. 	<p>permet de fixer les effectifs en fonction de la charge de travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accréditation des écoles de formation des personnels de santé.
---	---	--

3.8.3. Disponibilité insuffisante des intrants (Médicaments, produits de laboratoire, produits sanguins, consommables, matériel de communication, produits de la SR, etc.)

CAUSES	STRATEGIES DE CORRECTION	REFORMES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisances du cadre juridique et institutionnel par rapport au contexte actuel du secteur pharmaceutique ; ▪ Baisse de 70,5% (2013-2015) du budget national pour l'achat et la distribution des médicaments ; ▪ Faible performance de la Chaîne d'approvisionnement du secteur public et du secteur privé et non-respect du circuit d'approvisionnement ; ▪ Ruptures de stock fréquentes des produits contraceptifs et 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de la gestion du circuit d'approvisionnement et de distribution des Médicaments, vaccins, réactifs, produits sanguins et autres intrants de qualité de la SRMNIAN avec un accent particulier pour les produits sanguins, les vaccins, les intrants de la PF, des SONU et de la PCIME communautaire par un financement adéquat, de meilleures conditions de stockage et de distribution jusqu'au dernier kilomètre ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Application de la politique d'assurance qualité (homologation, inspection, contrôle qualité et Pharmacovigilance) ; ▪ Renforcement du dispositif de

³⁵ Ressources humaines pour la santé, Stratégie mondiale à l'horizon 2030. WHO, mai 2016

<p>médicaments traceurs ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usage peu rationnel des produits de santé avec recours à l'automédication ; ▪ Faible système de contrôle de qualité des produits de santé ; ▪ Faible sécurité transfusionnelle ; ▪ Couverture en chaîne de froid insuffisante avec des pannes fréquentes et rupture régulière de stock des antigènes et consommables pour la vaccination ; ▪ Faiblesse du Système d'Information et de Gestion Logistique, constituant un obstacle à une bonne quantification des besoins ; ▪ Ruptures de stocks de certaines molécules consécutives au poids des créances non payées par le Gouvernement ; ▪ Inexistence d'unités de production locale des médicaments ; ▪ Prolifération du marché illicite des médicaments, circulation de faux médicaments, installation anarchique de dépôts pharmaceutiques et grossistes illégaux ; ▪ Matériel et supports de communication souvent en rupture de stock. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promotion du marketing social, l'implication du secteur privé pour la vente des produits contraceptifs ; ▪ Renforcement de la capacité locale de production des intrants de SRMNIAN : unité locale de production des intrants et promotion de la recherche en médecine traditionnelle ; ▪ Renforcement des capacités techniques du secteur pharmaceutique et du laboratoire : formation initiale et continue du personnel pharmaceutique ; ▪ Plaidoyer pour l'apurement des créances de l'Etat auprès de la CPA, la mise en œuvre des recommandations du Dialogue national, la mise en concurrence de la CPA avec d'autres fournisseurs et la création d'une ligne dans les Lois des finances pour l'achat des produits contraceptifs. 	<p>contrôle de la qualité des médicaments et produits de santé et de la vente illicite des médicaments (implication de la police sanitaire).</p>
---	---	--

3.8.4. Offre et demande insuffisantes du paquet d'interventions communautaires et des interventions environnementales de prévention.

CAUSES	STRATEGIES DE CORRECTION	REFORMES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Potentialités de l'approche communautaire insuffisamment exploitées et documentées ; ▪ Nombres insuffisants d'ASC : 8 077 opérationnels³⁶ sur un total de 40 000 prévus ; ▪ Capacité insuffisante pour délivrer efficacement le paquet intégré de services de SRMNIAN et les services de promotion de la santé aux populations nomades (3,4%) ou 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la capacité de l'approche communautaire de la SRMNIAN : mise en œuvre la stratégie à base communautaire pour la SRMNIAN et de la PCIME communautaire, augmenter de 40 000 unités les effectifs d'ASC, formation des leaders d'opinions, leaders traditionnels, le personnel de santé et les ASC en technique de communication pour promouvoir l'utilisation des services de SRMNIAN ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir des textes pour autoriser la délégation ciblée de tâches ; ▪ Promouvoir la réforme de la Santé communautaire pour impliquer davantage les

³⁶ Rapport de l'enquête SARA 2019

<p>habitant en zones éloignées ou difficiles d'accès.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Approvisionnement insuffisant en intrants ; ▪ Faible mise en œuvre de la PCIME communautaire et des pratiques familiales essentielles favorables à la santé infantile notamment sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et la prise en charge de la malnutrition et de ses complications ; ▪ Faible mise en pratiques des mesures environnementales de prévention : consommation d'eau potable, pratique de l'hygiène et assainissement. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la délégation de tâches quand c'est possible ; ▪ Renforcement de la chaîne d'approvisionnements en intrants : médicaments et produits médicaux distribués par les ASC et les supports pour la communication ; ▪ Renforcement de la capacité des matrones et des ASC pour identifier et référer les femmes enceintes aux services de santé pour les accouchements ; <p>Plaidoyer pour la mise en œuvre de la Stratégie de la santé communautaire (2021-2025).</p>	<p>communautés dans la gestion de leurs problèmes de santé ;</p> <p>Actualiser les textes réglementant l'organisation, le statut et fonctionnement des COSAN et COGES.</p>
--	--	--

3.8.5. Organisation des prestations de services de SRMNIAN peu performante

CAUSES	STRATEGIES DE CORRECTION	REFORMES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible niveau d'utilisation des services en général et de SRMNIAN en particulier (en 2019, le nombre de nouveaux cas/habitant/an était de 0,27 (normes : 1 NC/habitant/an en ville et 0,5 NC/habitant/an en milieu rural) ; ▪ Demande de services de SRMNIAN limitée par des barrières géographiques, financières et socio-culturelles et la faible qualité des services centrés sur la personne et la sécurité du patient ; ▪ Disponibilité insuffisante des services de SRMNIAN dont les SONU, SONUC, les services de transfusion, les services essentiels au nouveau-né dont la réanimation du nouveau-né, soins postnatals, soins après avortement, services adaptés et de qualité pour les adolescents et les jeunes ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de la disponibilité des services de transfusion, des services essentiels au nouveau-né dont la réanimation, des soins postnatals, des services de PCIME et TETU, des soins après avortement, des services adaptés et de qualité pour les adolescents et les jeunes ; ▪ Renforcement de l'approche intégrée et de la capacité fonctionnelle des services de Planification familiale, transfusion sanguine, SONU, PTME, PCIME, vaccinations et lutte contre la malnutrition et ses complications ; ▪ Augmentation de la demande notamment en interventions de planification familiale, CPN et accouchements (mobilisation sociale, rappels automatiques, Intégration/renforcement de la CPNr en stratégie avancée, renforcement des capacités des prestataires en technologie contraceptive, Promotion du marketing social et implication du secteur privé) ; ▪ Renforcement des activités de supervision : monitoring des maternités de références désignées, renforcement de la collecte, analyse des données (SIS/DHIS2) et riposte ; ▪ Renforcement de la logistique pour assurer les évacuations en privilégiant les moyens les mieux adaptés au terrain ; ▪ Renforcement de certains services spécifiques à la mère : prise en charge des victimes des VBG, MGF et de fistules obstétricales, cartographie des exciseuses, dépistage du cancer du col, vaccination contre le Papillomavirus humain (HPV) ; ▪ Amélioration de la couverture vaccinale pour tous les antigènes du PEV par l'activation et la réactivation des stratégies mobiles avancées et de communication 	<p>Poursuivre la réforme hospitalière en cours qui devrait aboutir à terme à l'autonomisation des hôpitaux provinciaux et hôpitaux de district pour leur permettre de disposer des ressources suffisantes (propres et subventions) pour leur bon fonctionnement.</p>

<ul style="list-style-type: none"> Faible capacité opérationnelle, en particulier pour la Planification familiale, la transfusion sanguine, les SONU, la PTME et les services de l'adolescent et jeune ; Dysfonctionnements dans le système des références et contre références. 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des capacités des services de la santé des adolescent(e)s / jeunes : Formation des prestataires, Equipements, renforcement des compétences de vie des adolescentes en situation de vulnérabilité, capacité d'accueil des espaces sûrs scolaires et communautaires fonctionnels, prise en charge médicale et psychologique des adolescent(e)s/jeunes victimes de violences sexuelles, sécuriser l'approvisionnement en intrants spécifiques. 	
--	--	--

3.8.6. Barrières financières à l'utilisation des services de SRMNIAN-EC

CAUSES	STRATEGIES DE CORRECTION	REFORMES
<ul style="list-style-type: none"> Proportion importante de ménages pauvres, dépourvus de moyens pour accéder aux services essentiels de SRMNIAN ; Absence de mécanismes alternatifs au paiement direct (mutuelle de santé et d'assurance maladie) ; Coûts indirects qui diminuent l'effet de la gratuité sur l'utilisation des services ; Insuffisances dans la mise en œuvre des mesures de gratuité. 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des mécanismes d'assistance aux populations vulnérables et aux indigents actuellement pratiqués dans le pays ; Passage à l'échelle des systèmes des mutuelles de santé ou des mécanismes de mise en commun des ressources dans toutes les régions du pays ; Renforcement de l'autonomisation financière des femmes. 	<ul style="list-style-type: none"> Accélérer la mise en œuvre de la stratégie nationale de couverture sanitaire universelle ; Renforcer (i) l'application de la convention CPA-Gouvernement exonérant les taxes sur les médicaments (ii) l'Arrêté N°372 du 22 août 2014 portant tarification des prix des médicaments (iii) les subventions pour l'achat des médicaments spécifiques (ARV antituberculeux, et antipaludéens) (iv) la mise en concurrence des fournisseurs nationaux et internationaux ; Renforcer la mise en application du dispositif de la gratuité ciblée des soins aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans ; Mise en œuvre d'une stratégie nationale de santé au bénéfice des populations nomades et de la politique de santé communautaire.

3.8.7. Qualité insuffisante des services de SRMNIAN

CAUSES	STRATEGIES DE CORRECTION	REFORMES
<ul style="list-style-type: none"> Mauvais accueil dans les formations sanitaires ; Absence d'une charte de malade ; Insuffisance de la mise en œuvre de la Surveillance des Décès Maternels et Néonataux et Riposte (SDMNR) ; Faible ou absence de notification des décès maternels 	<ul style="list-style-type: none"> Implantation/renforcement de l'approche de la qualité centrée sur la personne et la sécurité du patient dans les managements des services de SRMNIAN ; Renforcement de l'approche conviviale des services de SRMNIAN : soins humanisés, boîte à suggestions, ligne verte, éducation du client sur ses droits et devoirs, 	<ul style="list-style-type: none"> Introduire ou renforcer la pratique de l'accréditation/certification des établissements

<ul style="list-style-type: none"> par la communauté ; ▪ Utilisation des antimicrobiens, sans antibiogramme et à des doses inadéquates ; ▪ Partage insuffisant de la notion de soins de santé centrés sur la personne parmi les différents acteurs du système de santé ; ▪ Insuffisance de la référence- contre référence ; ▪ Utilisation insuffisante d’outils opérationnels (Partogramme) ; ▪ Prestations de soins chirurgicaux au niveau périphérique dans de mauvaises conditions d’hygiène et de matériels ; ▪ Manque de données sur les complications liées aux soins ; ▪ Mauvaise gestion des déchets hospitaliers ; ▪ Insuffisance des conditions d’accès à l’eau potable et à l’hygiène-assainissement dans les formations sanitaires. 	<ul style="list-style-type: none"> implication du client dans la prise de décisions, etc. ; ▪ Renforcement du système de Surveillance des Décès Maternels et Néonataux et Riposte ; ▪ Renforcement des capacités de l’approche qualité des services de SRMNIAN : ressources humaines, directives, outils, formation des personnels de santé, supervision/mentorat, constitution/renforcement des comités qualité ; ▪ Renforcement du rôle des sociétés savantes dans la veille technique sur la qualité des services et soins et l’application des protocoles cliniques en SRMNIAN ; ▪ Amélioration de l’approvisionnement en eau potable et la pratique des mesures d’hygiène et assainissement dans les établissements fournissant des services de SRMNIAN. 	<ul style="list-style-type: none"> fournissant des services de SRMNIAN ; ▪ Mettre en œuvre les feuilles de route issues des récentes Rencontres Régionales de Haut niveau sur la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents
--	--	--

3.8.8. Barrières socio-culturelles à l’acceptabilité des services de SRMNIAN-EC

CAUSES	STRATEGIES DE CORRECTION	REFORMES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persistance de tabous et autres considérations socio-culturelles sur la santé sexuelle, le mariage précoce, le lévirat et sororat, la sexualité précoce, l’excision, l’allaitement maternel, le VIH et l’alimentation ; ▪ Faible connaissance des avantages de la mise peau à peau, de la mise au sein précoce, la consommation de colostrum et l’AME ; ▪ Insuffisance dans la communication agent de santé – patient (adolescent) par connaissance insuffisante des standards des adolescents ; ▪ Communication insuffisante entre parents et adolescents sur la sexualité ; ▪ Peur de la stigmatisation de certains groupes d’adolescents et jeunes ; ▪ Mise en œuvre insuffisante du Plan de communication en santé sexuelle et de reproduction ; ▪ Insuffisance des intrants de communication ; ▪ Faible statut de la femme vis-à-vis des décisions relatives à sa santé. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la communication pour le changement social et comportemental pour améliorer la demande de services de SRMNIAN-EC ; ▪ Promotion de la méthode kangourou, la mise au sein précoce, la consommation de colostrum et l’AME ; ▪ Elaboration et mise en œuvre d’un Plan national de communication autour des PFE et des pratiques néfastes à la SRMNIAN ; ▪ Renforcement des programmes de scolarisation de la fille et d’alphabétisation de la femme. 	<p>Elaboration et adoption de textes nationaux pour promouvoir les bonnes pratiques de l’allaitement maternel.</p>

3.8.9. Faiblesse dans le leadership, la gouvernance et la coordination des services de SRMNIAN-EC

CAUSES	STRATEGIES DE CORRECTION	REFORMES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible coordination intra et intersectorielle des interventions de SRMNIAN-EC et des intervenants ; ▪ Faible culture de la transparence et de la redevabilité ; ▪ Décentralisation insuffisante du système de santé ; ▪ Insuffisance de l'environnement légal et juridique (Lois et textes d'application) pour la protection de la SRMNIAN ; ▪ Faible niveau de mise en œuvre des stratégies adoptées de SRMNIAN ; ▪ Insuffisance du dispositif/mécanismes pour réduire les inégalités basées sur le genre ; ▪ Mise en œuvre insuffisante de certaines recommandations stratégiques relatives à la SRMNIAN. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la coordination intra sectorielle des interventions de la SRMNIAN et des intervenants, notamment à travers les mécanismes de concertation entre les acteurs de la SRMNIAN ; ▪ Incitation du secteur privé à accroître sa contribution dans les interventions de SRMNIAN ; ▪ Une meilleure prise en compte des besoins et des souhaits de la population ; ▪ Développement des mécanismes et stratégies d'information et de la communication au sein du MSPP et avec les autres acteurs ; ▪ Application des mécanismes pertinents pour réduire les inégalités basées sur le genre et le niveau social dans l'accès aux services de SRMNIAN. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer l'environnement légal, juridique et normatif (Lois et textes d'application) pour la protection de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune ; ▪ Renforcer la transparence, l'efficacité et la redevabilité dans la gestion des ressources de SRMNIAN ; ▪ Mettre en place une plateforme en ligne de suivi des engagements des partenaires intervenants dans la SRMNIAN ; ▪ Révision des textes relatifs au processus de passation de marchés, pour attribuer un rôle plus important au MSPSN.

3.8.10. Disponibilité insuffisante de l'information sanitaire stratégique, nécessaire à la prise de décisions en matière de SRMNIAN, notamment les données des faits d'état civil et statistiques vitales.

CAUSES	STRATEGIES DE CORRECTION	REFORMES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence ou mise en œuvre lente et partielle des dispositions ou stratégies pour développer l'ensemble du système d'information sanitaire ; ▪ Faible coordination du SIS à tous les niveaux qui se manifeste par l'éclosion de bases de données parallèles ; ▪ Qualité et fiabilité insuffisantes des données produites par le SIS ; ▪ Faible capacité des structures sanitaires à fournir 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Redynamisation de la commission nationale du SIS pour piloter effectivement le SIS, coordonner la production de l'information sanitaire, la production des comptes de la santé et des annuaires des statistiques sanitaires, la réalisation, dans les délais, des enquêtes nationales en population (SMART, EDS, MICS, SARA ...) ; ▪ Renforcement de la capacité du système d'information sanitaire : agents, logistique (Equipement informatique, logiciels ...), comité d'experts pour la validation des 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appliquer rigoureusement les textes en matière d'enregistrement des faits d'état civil.

<p>une information sanitaire fiable en temps réel ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible capacité d'analyse de données et de riposte ; ▪ Absence d'un système de surveillance communautaire fiable des épidémies et des décès maternels ; ▪ Volume de la production de la recherche opérationnelle est faible et sa diffusion insuffisante ; ▪ Faible appropriation de certaines enquêtes nationales ; ▪ Utilisation du logiciel GESIS moins performant que le logiciel DHIS2, dont l'implantation a pris du retard ; ▪ Production insuffisante des données d'état civil et statistiques vitales. 	<p>données ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Création d'une seule base nationale de données sanitaires ; ▪ Renforcement de la capacité (Stratégie, coordination et financement) de la recherche opérationnelle ; ▪ Amélioration de la disponibilité des données d'état civil : Mettre en œuvre une stratégie pour atteindre les zones d'accès difficile, Augmenter le nombre de centres d'état civil fonctionnels et leur capacité de fonctionnement y compris en augmentant le financement interne, Améliorer l'approvisionnement en intrants pour la collecte des données, Renforcer la collaboration avec le secteur santé privé et l'interopérabilité avec le SIS, former les officiers et agents d'état civil qualifiés, Renforcer la communication pour vulgariser l'enregistrement des faits d'état civil ; ▪ Réduction des barrières à l'enregistrement : paiements indirects (malgré la gratuité), coût élevé de la déclaration de décès. 	
--	---	--

3.8.11. Faible financement de l'État alloué à la SRMNIAN-EC

CAUSES	STRATEGIES DE CORRECTION	REFORMES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribution de l'État au financement de la santé reste inférieure au seuil de 15% (Déclaration d'Abuja 2001) et au seuil de 4% du PIB pour espérer des progrès réels vers la CSU³⁷ ; ▪ Financement alloué à la SRMNIAN est faible ; ▪ Absence d'une stratégie de financement de la santé pour l'opérationnalisation de la stratégie nationale de la CSU retarde la mise en place effective de la CSU ; ▪ Contribution des ménages dans la dépense totale de santé, à travers les paiements directs très élevés (64%)³⁸ ; ▪ Faible couverture de la population par des mécanismes de mise 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaidoyer pour l'inscription d'une ligne spécifique dédiée à la SRMNIAN sur le budget de l'État du ministère de la santé et qui devrait suivre aussi l'accroissement planifié du budget de la santé à 10% du budget général de l'Etat, d'ici 2026 (Objectif spécifique 17 de la PNS 2016-2030) ; ▪ Mise en place des mécanismes innovants endogènes de financement de la santé ; ▪ Renforcement des mécanismes de prévention des risques ayant une incidence sur la santé ; ▪ Renforcement du partenariat public – privé ; ▪ Développement des mécanismes de protection 	<p>Accélérer la réforme du financement de la santé avec la mise en œuvre effective du plan stratégique de la CSU avec, entre autres pour cible, l'augmentation du financement des services de SRMNIAN.</p>

³⁷ <https://www.chathamhouse.org/publication/shared-responsibilities-health-coherent-global-framework-health-financing%20#sthash.FBxJ5WpB.dpuf>

³⁸ Comptes Nationaux de Santé 2018

<p>en commun des ressources et de protection contre le risque financier (inférieur à 1%) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation des ressources du secteur de la santé peu efficace ; ▪ Forte dépendance de la SRMNIAN au financement extérieur. Les ressources disponibles pour le secteur de la santé proviennent majoritairement des bailleurs de fonds (72% contre 28% pour le trésor public). 	<p>contre les risques financiers ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de la gestion efficace et équitable des ressources financières : Privilégier une planification opérationnelle des activités de SRMNIAN qui lie les ressources disponibles aux résultats pour une plus grande redevabilité, Accélérer la mise en place des mécanismes de financement basés sur les résultats, Renforcer les mécanismes d’audit et de contrôle et mettre en œuvre les recommandations. 	
---	--	--

3.8.12. Inégalités dans la répartition géographique des ressources (financières, matérielles et humaines) nécessaires à la réalisation des interventions de SRMNIAN-EC

CAUSES	STRATEGIES DE CORRECTION	REFORMES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non application de la carte sanitaire a favorisé l’implantation, hors normes, de certaines infrastructures sanitaires ; ▪ Faible application des normes de répartition des ressources humaines, des équipements et du matériel. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en œuvre la carte sanitaire ; ▪ Mise en œuvre de normes par niveau pour les ressources humaines, les équipements et matériels ; ▪ Plaidoyer pour la mise en œuvre efficace de la carte sanitaire et des normes. 	

Tableau 2722 : Cadre de performance

IMPACT : LA MORTALITÉ MATERNELLE, NÉONATALE ET INFANTO-JUVÉNILE EST RÉDUITE											
INDICATEURS DE PERFORMANCE	Base 2022	2023	2024	2025	2026	2027	SOURCE	COLLECTE	PERIODE	RESPONSABLE	
INTRANTS											
1. % du budget de l'Etat alloué à la santé	5	6,25	7,50	8,75	10	11,25	Ann stat	Routine	1 an	MSPSN/SIS	
2. % du déficit de financement du DI SRMNIAN-EC mobilisé/an	ND	28,30	16,50	20,92	15,54	18,74	Ann stat	Routine	1 an	MSPSN/SIS	
3. Densité des personnels essentiels SRMNIAN	3,3	4,55	5,80	7,05	8,3	9,55	Ann stat	Routine	1 an	MSPSN/SIS	
PROCESSUS											
4. % de Districts disposant des Médicaments Essentiels Génériques n'ayant pas connu de rupture de médicaments traceurs	ND	20,0	40,0	60,0	80	90	Ann stat	Routine	1 an	MSPSN/SIS	
5. % des formations sanitaires avec système fonctionnel de collecte, traitement et élimination des Déchets Biomédicaux (%)	ND	12,5	25,0	37,5	50	60	Ann stat	Routine	1 an	MSPSN/SIS	
6. Nombre de nouveaux cas par habitant / an	0,27	0,32	0,38	0,44	0,5	0,6	Ann stat	Routine	1 an	MSPSN/SIS	
7. % de femmes (mariées) dont le besoin de contraception est satisfait	19,96	21,07	22,17	22,72	23,24	24,27	Ann stat	Routine	1 an	MSPSN/SIS	
8. Pourcentage de femmes enceintes venues en CPN1 au premier Trimestre (%)	59,6	64,10	68,60	73,10	75,34	76,06	MICS	Routine	1 an	MS	
9. Taux d'utilisation de la CPN4 et + (%)	31,8	34,30	36,80	39,30	40,78	41,30	MICS	Routine	1 an	MS	
10. Proportion des décès maternels audités	ND	22,50	45,00	67,50	90	92,5	Ann stat	Routine	1 an	MS	
11. Pourcentage des formations sanitaires qui offrent les services de transfusion sanguine	6	7,50	9,00	10,50	11,78	12,50	SARA	Enquête	5 ans	MS	
EFFETS											
12. Accouchements assistés par un personnel qualifié	47,2	51,95	56,70	61,45	66,2	69,57	MICS	Routine	1 an	MS	
13. Soins postnatals (à la mère dans les 2 jours suivant l'accouchement)	13,6	25,20	36,80	48,40	59	63,59	MICS	Enquête	5 ans	MSPSN/SIS	
14. Protection contre le tétanos néonatal (VAT2)	53,6	62,7	71,8	80,9	90	93,53	MICS	Enquête	5 ans	MSPSN/SIS	
15. TPI3	24,4	33,3	42,2	51,1	60	65,3	MICS	Enquête	5 ans	MSPSN/SIS	
16. % de femmes enceintes séropositives au VIH sous traitement antirétroviral	ND	18,75	37,5	56,25	75	80,25	Ann stat	Routine	1 an	MS	
17. Pourcentage d'enfants nés de mères	ND	25	50	75	100		Ann stat	Routine	1 an	MS	

IMPACT : LA MORTALITÉ MATERNELLE, NÉONATALE ET INFANTO-JUVÉNILE EST RÉDUITE											
INDICATEURS DE PERFORMANCE	Base 2022	2023	2024	2025	2026	2027	SOURCE	COLLECTE	PERIODE	RESPONSABLE	
séropositives sous traitement antirétroviral						100					
18. Allaitement maternel exclusif (0-6mois) %	9	13	17	21	26	29	SMART	Enquête	1 an	MSPSN/SIS	
19. Enfants de 0 à 23 mois mis au sein dans la première heure suivant la naissance (%)	32	46,5	61	76,3	90	95	SMART	Enquête	1 an	MSPSN/SIS	
20. Enfants ayant reçu une supplémentation en vit A %	69	74,25	79,5	85,34	90	95	SMART	Enquête	1 an	MSPSN/SIS	
21. Enfants ayant bénéficié d'un déparasitage %	70	75	80	85	90	95	SMART	Enquête	1 an	MSPSN/SIS	
22. Couverture vaccinale Pentavalent3 (%)	64,8	71,10	77,40	84,20	90	95	MICS	Enquête	5 ans	MSPSN/SIS	
23. Couverture vaccinale Vaccin antirougeoleux	57,3	65,48	73,65	82,83	90	95	MICS	Enquête	5 ans	MSPSN/SIS	
24. Prévalence contraceptive chez la Femme en Age de Procréer (FAP)	8,1	9,35	10,60	12,85	14,09	16,23	PMA2020	Enquête	5 ans	ISSP	
25. Prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de moins de cinq ans	10,9*	10,4	9,9	9,4	8,9	8,4	SMART	Enquête	1 an	MSPSN/SIS	
26. Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans	30,4*	28,8	27,2	26,6	24	23	SMART	Enquête	1 an	MSPSN/SIS	
27. Prévalence de l'insuffisance pondérale	21,6*	20,5	19,4	18,3	17,2	16,3	SMART	Enquête	1 an	MSPSN/SIS	
28. % de population qui a accès à l'eau potable	61,80	63,85	65,90	68,95	72	72,86	SMART	Enquête	1 an	MSPSN/SIS	
29. % des ménages pratiquant l'évacuation hygiénique des selles de l'enfant	13,50	16,38	19,25	24,13	25	26	SMART	Enquête	1 an	MSPSN/SIS	
30. Pourcentage de la population qui utilise des toilettes améliorées	16,10	18,33	20,55	24,78	25	26	SMART	Enquête	1 an	MSPSN/SIS	
31. Pourcentage des naissances sont enregistrées à l'Etat civil	26,00	34,50	43,00	51,50	60	65	Rapport	Routine	1 an	MATDSI/DGMEC	
32. Pourcentage des décès déclarés (%)	ND	71,25	67,50	63,75	60	65	Rapport	Routine	1 an	MATDSI/DGMEC	
33. Pourcentage des mariages enregistrés (%)	15,00	26,25	37,50	48,75	60	65	Rapport	Routine	1 an	MATDSI/DGMEC	
IMPACT											
34. Ratio de mortalité maternelle (/100 000 NV)	777,9	750,9	724	697,4	674,5	653,34	EDS-MICS	Enquête	5 ans	MSPSN/SIS	
35. Taux de mortalité néonatale (/1000 NV)	28,83	27,47	26,16	24,92	23,88	23,12	MICS	Enquête	5 ans	MSPSN/SIS	
36. Taux de mortalité infantile (/1000 NV)	63,58	59,6	56,31	53,26	50,6	48,89	MICS	Enquête	5 ans	MSPSN/SIS	
37. Taux de mortalité infanto-juvénile (/1000NV)	108	98,6	94,38	84,2	81,1	78,96	MICS	Enquête	5 ans	MSPSN/SIS	
38. Indice synthétique de fécondité	5,58	5,42	5,26	5,1	4,95	4,86	MICS	Enquête	5 ans	MSPSN/SIS	
* : SMART 2021 NV : Naissances vivantes											

Tableau 2823 : Plan d'action 2023-2027 budgétisé

Activités		Chronogramme					2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	TOTAL
O S 1 : LA DISPONIBILITE DU PAQUET INTÉGRÉ D'INTERVENTIONS DE LA SRMNIAN À HAUT IMPACT POUR TOUTE LA POPULATION ET UTILISÉ SANS RISQUE FINANCIER AMÉLIORE L'OFFRE ET LA DEMANDE							22 404 757 292	24 988 380 206	27 972 836 308	29 784 142 111	30 352 822 525	135 502 938 442
I.1	LA DISPONIBILITE ET L'UTILISATION DES SERVICES PRE, PERI ET POSTNATALS A LA MERE ET AU NOUVEAU-NE SONT AMÉLIOREES.						5 312 978 668	5 291 367 257	1 446 176 427	1 047 509 760	1 047 509 760	14 145 541 872
I.1.1	Augmentation de la disponibilité et de la capacité fonctionnelle et de l'intégration des services de SRMNIAN						165 809 760	159 609 760	159 609 760	159 609 760	159 609 760	804 248 800
I.1.1.1	Mettre aux normes OMS pour le nombre de services capables de fournir des services SONU (5 pour 500 000 habitants dont au moins une fournissant des SONUC	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
I.1.1.2	Améliorer la disponibilité des services de transfusion, des services essentiels au nouveau-né dont la réanimation du nouveau-né, des soins postnatals, des soins après avortement, des services adaptés et de qualité pour les adolescents et les jeunes.	X	X	X	X	X	65 000 000	65 000 000	65 000 000	65 000 000	65 000 000	325 000 000
I.1.1.3	Améliorer la capacité fonctionnelle des services de SRMNIAN et en particulier les services de Planification familiale, la transfusion sanguine, les SONU, la PTME, la PCIME, les vaccinations et les services de l'adolescent et jeune.	X	X	X	X	X	87 500 000	87 500 000	87 500 000	87 500 000	87 500 000	437 500 000
I.1.1.4	Renforcer l'approche intégrée dans l'offre du paquet de services de SRMNIAN	X	X	X	X	X	7 109 760	7 109 760	7 109 760	7 109 760	7 109 760	35 548 800
I.1.1.5	Valider un paquet intégré de services de SRMNIAN par niveau de soins et par cible	X					6 200 000	-	-	-	-	6 200 000
I.1.2	Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des services prénatals						1 178 340 830	1 178 340 830	143 200 000	143 200 000	143 200 000	2 786 281 660
I.1.2.1	Accroître la demande en CPN par les techniques de mobilisation sociale (plaidoyer, sensibilisation, initiative des hommes-comme-partenaires (club des hommes engagés) etc.	X	X	X	X	X	6 200 000	6 200 000	6 200 000	6 200 000	6 200 000	31 000 000
I.1.2.2	Introduire ou renforcer les techniques de rappels automatiques pour les CPN	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
I.1.2.3	Fomer les prestataires à la CPN recentrée	X	X				410 140 830	410 140 830	-	-	-	820 281 660
I.1.2.4	Renforcer la capacité des ASC pour identifier et référer les femmes enceintes pour la CPN aux services de santé pour les accouchements, au cours de leurs visites à domicile ;	X	X				625 000 000	625 000 000	-	-	-	1 250 000 000

Activités		Chronogramme					2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	TOTAL
1.1.2.5.	Intégrer/renforcer la CPN en stratégie avancée	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
1.1.2.6.	Former des prestataires pour assurer la délégation des tâches de la PTME	X	X	X	X	X	22 000 000	22 000 000	22 000 000	22 000 000	22 000 000	110 000 000
1.1.2.7.	Equiper les structures sanitaires en matériels et intrants pour la PTME	X	X	X	X	X	115 000 000	115 000 000	115 000 000	115 000 000	115 000 000	575 000 000
1.1.3.	Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des services d'accouchements assistés par un personnel qualifié.						1 323 550 000	1 323 550 000	73 550 000	73 550 000	73 550 000	2 867 750 000
1.1.3.1.	Accroître la demande en accouchement dans les formations sanitaires par les techniques de mobilisation sociale (plaidoyer, sensibilisation, initiative des hommes-collaborateurs (club des hommes engagés, écoles des maris) etc.	X	X	X	X	X	3 400 000	3 400 000	3 400 000	3 400 000	3 400 000	17 000 000
1.1.3.2.	Renforcer les capacités des prestataires à l'accouchement normal, (l'utilisation du programme pour la surveillance du travail d'accouchement) la réalisation des différents types d'accouchements, à la détection, la prise en charge et ou la référence des complications	X	X				875 000 000	875 000 000	-	-	-	1 750 000 000
1.1.3.3.	Doter les formations sanitaires en équipements, matériels, médicaments et consommables pour l'accouchement	X	X	X	X	X	70 150 000	70 150 000	70 150 000	70 150 000	70 150 000	350 750 000
1.1.3.4.	Renforcer la capacité des matrones et des ASC pour identifier et référer les femmes enceintes pour l'accouchement dans les structures de santé	X	X				375 000 000	375 000 000	-	-	-	750 000 000
1.1.4.	Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des SONU						1 146 150 000	1 146 150 000	156 150 000	156 150 000	156 150 000	2 760 750 000
1.1.4.1.	Organiser des activités trimestrielles de monitoring des maternités de références désignées	X	X	X	X	X	28 500 000	28 500 000	28 500 000	28 500 000	28 500 000	142 500 000
1.1.4.2.	Renforcer les capacités du personnel en prise en charge des complications obstétricales et néonatales (SONU)	X	X				875 000 000	875 000 000	-	-	-	1 750 000 000
1.1.4.3.	Doter les formations sanitaires désignées en personnel requis	X	X				-	-	-	-	-	0
1.1.4.4.	Doter les formations sanitaires désignées en équipements, médicaments et consommables requis pour les SONU	X	X	X	X	X	70 150 000	70 150 000	70 150 000	70 150 000	70 150 000	350 750 000
1.1.4.5.	Renforcer le service de transfusion sanguine	X	X				115 000 000	115 000 000	-	-	-	230 000 000
1.1.4.6.	Appuyer la collecte, l'acheminement et l'analyse des données (SIS/DHS2) et à la riposte	X	X	X	X	X	57 500 000	57 500 000	57 500 000	57 500 000	57 500 000	287 500 000
1.1.5.	Renforcement du système de référence- recours						987 466 667	987 466 667	743 666 667	345 000 000	345 000 000	3 408 600 001
1.1.5.1.	Renforcer la logistique de déplacement pour assurer les évacuations en privilégiant les moyens les mieux adaptés au terrain.	X	X	X			398 666 667	398 666 667	398 666 667	-	-	1 196 000 001
1.1.5.2.	Renforcer la communication entre le niveau de référence et le niveau référent	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0

Activités		Chronogramme					2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	TOTAL
1.1.5.3.	Renforcer les outils de communication de l'information médical entre le niveau de référence et le niveau référent et vice versa.	X	X	X	X	X	588 800 000	588 800 000	345 000 000	345 000 000	345 000 000	2 212 600 000
1.1.6.	Renforcement de certains services spécifiques de la mère						511 661 411	496 250 000	170 000 000	170 000 000	170 000 000	1 517 911 411
1.1.6.1.	Renforcer les capacités des structures sanitaires pour la prise en charge des victimes des VBG, MGF et de fistules obstétricales	X	X				67 500 000	67 500 000	-	-	-	135 000 000
1.1.6.2.	Établir la cartographie des exciseuses	X					15 411 411	-	-	-	-	15 411 411
1.1.6.3.	Former des prestataires pour le dépistage du cancer du col	X	X	X	X	X	170 000 000	170 000 000	170 000 000	170 000 000	170 000 000	850 000 000
1.1.6.4.	Equiper les structures sanitaires en matériel et intrants pour le dépistage du cancer du col	X	X				258 750 000	258 750 000	-	-	-	517 500 000
1.1.6.5.	Renforcer la vaccination contre le Papillomavirus humain (HPV).	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
1.2.	LA DISPONIBILITE ET L'UTILISATION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE SONT AMELIOREES						289 333 333	289 333 333	289 333 333	6 000 000	6 000 000	879 999 999
1.2.1.	Amélioration de la disponibilité des services de planification familiale						283 333 333	283 333 333	283 333 333	0	0	849 999 999
1.2.1.1.	Renforcer les capacités des prestataires en technologie contraceptive	X	X	X			283 333 333	283 333 333	283 333 333	-	-	849 999 999
1.2.1.2.	Doter et distribuer les produits contraceptifs jusqu'au dernier kilomètre	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
1.2.2.	Augmentation de l'utilisation des services de planification familiale						6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	30 000 000
1.2.2.1.	Offrir les services de PF en l'intégrant avec d'autres services : vaccination, post-partum, post-abortion, Consultation Préventive des Enfants (CPE), unité de prise en charge de malnutris, stratégie avancée, service à base communautaire, etc.	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
1.2.2.2.	Promouvoir le marketing social, l'implication du secteur privé à savoir les pharmacies et dépôts pharmaceutiques	X	X	X	X	X	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	30 000 000
1.3.	L'OFFRE DE SERVICES DE SANTE A L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS EST AMELIOREE						1 914 254 400	1 914 254 400	1 540 227 200	1 540 227 200	1 540 227 200	8 449 190 400
1.3.1.	Amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de PCIME						402 500 000	402 500 000	115 000 000	115 000 000	115 000 000	1 150 000 000
1.3.1.1.	Renforcer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et le Triage, évaluation et traitement d'urgence (TETU)	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
1.3.1.2.	Assurer la disponibilité des intrants : médicaments, produits médicaux...	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0

Activités		Chronogramme					2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	TOTAL
1.3.1.3	Assurer la disponibilité des outils de communication	X	X	X	X	X	115 000 000	115 000 000	115 000 000	115 000 000	115 000 000	575 000 000
1.3.1.4	Renforcer la PCIME communautaire	X	X				287 500 000	287 500 000	-	-	-	575 000 000
1.3.2.	Amélioration de la couverture vaccinale pour tous les antigènes du PEV						0	0	0	0	0	0
1.3.2.1.	Activer/réactiver les stratégies mobiles avancées	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
1.3.2.2.	Renforcer la communication pour augmenter l'utilisation des services de vaccination	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
1.3.3.	Renforcement de la capacité de lutte contre la malnutrition et de ses complications						214 554 400	214 554 400	128 027 200	128 027 200	128 027 200	813 190 400
1.3.3.1	Ouvrir de nouvelles unités nutritionnelles (thérapeutique, ambulatoire et supplémentaire) et renforcer celles existantes	X	X				29 513 600	29 513 600	-	-	-	59 027 200
1.3.3.2	Augmenter les effectifs du personnel en charge de la lutte contre la malnutrition	X	X				-	-	-	-	-	0
1.3.3.3	Assurer le renforcement de capacité en cours d'emploi du personnel des unités nutritionnelles	X	X				27 500 000	27 500 000	-	-	-	55 000 000
1.3.3.4	Appuyer la mise en place des unités (artisanales) de production des farines enrichies et de poudre de micronutriments	X	X				29 513 600	29 513 600	-	-	-	59 027 200
1.3.3.5	Améliorer la qualité des aliments distribués dans les cantines scolaires	X	X	X	X	X	128 027 200	128 027 200	128 027 200	128 027 200	128 027 200	640 136 000
1.3.4.	Renforcement de la promotion des bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant						1 297 200 000	1 297 200 000	1 297 200 000	1 297 200 000	1 297 200 000	6 486 000 000
1.3.4.1	Promouvoir l'ANJE	X	X	X	X	X	69 000 000	69 000 000	69 000 000	69 000 000	69 000 000	345 000 000
1.3.4.2	Promouvoir l'allaitement maternel exclusif	X	X	X	X	X	57 500 000	57 500 000	57 500 000	57 500 000	57 500 000	287 500 000
1.3.4.3	Renforcer les campagnes de déparasitage et de supplémentation en vitamine A	X	X	X	X	X	1 170 700 000	1 170 700 000	1 170 700 000	1 170 700 000	1 170 700 000	5 853 500 000
1.4.	L'OFFRE DE SERVICES DE SANTE A L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS EST AMELIOREE						282 741 667	282 741 667	153 616 667	109 150 000	109 150 000	937 400 001
1.4.1.	Renforcement de capacités des services de la santé des adolescent(e)s / jeunes						258 591 667	258 591 667	129 466 667	85 000 000	85 000 000	816 650 001
1.4.1.1	Former des prestataires pour la SR adaptée aux adolescents et jeunes.	X	X				68 750 000	68 750 000	-	-	-	137 500 000
1.4.1.2	Equiper les services adaptés pour les adolescents et jeunes	X	X				60 375 000	60 375 000	-	-	-	120 750 000
1.4.1.3	Renforcer les compétences de vie des adolescentes en situation de vulnérabilité et autres	X	X	X	X	X	85 000 000	85 000 000	85 000 000	85 000 000	85 000 000	425 000 000
1.4.1.4	Augmenter la capacité d'accueil des espaces sûrs scolaires et communautaires fonctionnels	X	X	X			44 466 667	44 466 667	44 466 667	-	-	133 400 001

Activités		Chronogramme					2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	TOTAL
1.4.2.	Renforcement de capacités des services de la santé des adolescent(e)s / jeunes						24 150 000	24 150 000	24 150 000	24 150 000	24 150 000	120 750 000
1.4.2.1	Rendre disponible des intrants de communication : boîtes à images et autres supports de communication	X	X	X	X	X	24 150 000	24 150 000	24 150 000	24 150 000	24 150 000	120 750 000
1.4.2.2	Assurer la fourniture des médicaments, des contraceptifs et des produits SR, etc. dans les services de santé des adolescents/jeunes	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
1.5.	L'OFFRE COMMUNAUTAIRE DE SERVICES INTEGRES DE SRMNIAN EST RENFORCEE.						518 162 994	487 833 333	338 333 333	300 000 000	300 000 000	1 944 329 660
1.5.1.	Renforcement de la capacité de l'approche communautaire de la SRMNIAN, notamment pour atteindre les populations des zones éloignées ou difficiles et aux populations nomades						518 162 994	487 833 333	338 333 333	300 000 000	300 000 000	1 944 329 660
1.5.1.1	Renforcer les stratégies à base communautaire pour la SRMNIAN	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
1.5.1.2	Augmenter les effectifs d'agents de santé communautaire (PNDS : 40 000 ASC)	X	X				-	-	-	-	-	-
1.5.1.3	Former les agents de santé communautaire	X	X	X	X	X	300 000 000	300 000 000	300 000 000	300 000 000	300 000 000	1 500 000 000
1.5.1.4	Après analyse, renforcer la délégation de tâches chaque fois que cela est possible	X					30 329 661	-	-	-	-	30 329 661
1.5.1.5	Renforcer les capacités des leaders d'opinions, leaders traditionnels, du personnel de santé et des agents de santé communautaire (ASC) en technique de communication pour promouvoir l'utilisation des services de SRMNIAN	X	X	X			38 333 333	38 333 333	38 333 333	-	-	114 999 999
1.5.1.6	Renforcer la capacité de déplacement des ASC (vélos, motos, animal de locomotion...)	X	X				149 500 000	149 500 000	-	-	-	299 000 000
1.5.2.	Amélioration de l'approvisionnement en intrants des services de SRMNIAN à assise communautaire						0	0	0	0	0	0
1.5.2.1	Renforcer la chaîne d'approvisionnement en médicaments et produits médicaux distribués par les ASC	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
1.5.2.2	Renforcer l'approvisionnement en supports pour la communication	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
1.6.	LA DEMANDE DE SERVICES DE SRMNIAN ET L'ACCES EQUITABLE SONT AMELIOREES						14 087 286 230	16 722 850 216	24 205 149 348	26 781 255 151	27 349 935 565	109 146 476 510
1.6.1	Réduction des barrières financières						605 329 661	575 000 000	575 000 000	575 000 000	575 000 000	2 905 329 661
1.6.1.1	Renforcer les mécanismes d'assistance aux populations vulnérables et aux indigents actuellement pratiqués dans le pays	X					30 329 661	-	-	-	-	30 329 661
1.6.1.2	Étendre progressivement le système des mutuelles de santé dans toutes les régions du pays	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
1.6.1.3	Mettre en place des mécanismes de mise en commun des ressources	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-

Activités		Chronogramme					2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	TOTAL
1.6.14	Accélérer la mise en place des mécanismes de partage du risque.	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
1.6.15	Renforcer la protection financière des plus vulnérables au travers la Couverture Sanitaire Universelle	X	X	X	X	X	575 000 000	575 000 000	575 000 000	575 000 000	575 000 000	2 875 000 000
1.6.16	Renforcer l'autonomisation financière des femmes pour se prendre en charge par rapport à leur santé.	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
1.6.2	Réduction des barrières socio-culturelles et comportementales						96 000 000	96 000 000	96 000 000	96 000 000	96 000 000	480 000 000
1.6.2.1	Renforcer la communication pour le changement social et comportemental en vue d'améliorer la demande de services de SRMNIAN	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
1.6.2.2	Renforcer les programmes de scolarisation de la fille	X	X	X	X	X	46 000 000	46 000 000	46 000 000	46 000 000	46 000 000	230 000 000
1.6.2.3	Renforcer les programmes d'alphabétisation de la femme	X	X	X	X	X	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	125 000 000
1.6.2.4	Renforcer les programmes d'autonomisation financière de la femme	X	X	X	X	X	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	125 000 000
1.6.3	Implantation/renforcement de l'approche de la qualité centrée sur la personne et la sécurité du patient dans les managements des services de SRMNIAN						13 385 956 569	16 051 850 216	23 534 149 348	26 110 255 151	26 678 935 565	105 761 146 849
1.6.3.1	Renforcer l'approche intégrée des services de SRMNIAN sous forme d'un paquet pour chaque niveau de prestations	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
1.6.3.2	Renforcer le système de Surveillance des Décès Maternels et Néonataux et Riposte	X	X	X	X	X	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	125 000 000
1.6.3.3	Renforcer les capacités pour implanter l'approche qualité des services de SRMNIAN : ressources humaines, directives, formation des personnels de santé, constitution/renforcement des comités qualité	X	X	X	X	X	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	125 000 000
1.6.3.4	Renforcer les sociétés savantes pour assurer la veille technique sur la qualité des services de SRMNIAN	X	X	X	X	X	126 500 000	126 500 000	126 500 000	126 500 000	126 500 000	632 500 000
1.6.3.5	Renforcer la supervision	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
1.6.3.6	Appliquer les protocoles cliniques en SRMNIAN	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
1.6.3.7	Améliorer l'approvisionnement en eau et la pratique des mesures d'hygiène et assainissement dans les établissements fournissant des services de SRMNIAN	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
1.6.3.8	Etendre l'approche du financement basé sur la performance	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
1.6.3.9	Introduire ou renforcer la pratique de la certification des établissements de soins de SRMNIAN	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
1.6.3.10	Renforcer l'intrant de traitement liés à l'OS1	X	X	X	X	X	13 209 456 569	15 875 350 216	23 357 649 348	25 933 755 151	26 502 435 565	104 878 646 849
O S 2 : LE RENFORCEMENT DES PILIERS DE LA SANTÉ CONSOLIDE LA DURABILITÉ DE L'OFFRE ET DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SRMNIAN							16 034 599 958	13 553 583 770	14 735 934 270	14 735 934 270	15 017 293 296	74 077 345 564

Activités		Chronogramme					2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	TOTAL
2.1.	LE SECTEUR ET LES SERVICES DE SRMNIAN SONT PILOTES AVEC TRANSPARENCE, EFFICIENCE, EQUITE ET REDEVABILITE						80 197 411	57 500 000	57 500 000	57 500 000	57 500 000	310 197 411
2.1.1	Renforcement du leadership du MSP sur le secteur et sur la provision des services de SRMNIAN						57 500 000	57 500 000	57 500 000	57 500 000	57 500 000	287 500 000
2.1.1.1	Renforcer la coordination intra sectorielle des interventions de la SRMNIAN et des intervenants	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
2.1.1.2	Renforcer la coordination intersectorielle sur les interventions de SRMNIAN et sur les déterminants de la santé	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
2.1.1.3	Accorder des incitatifs au secteur privé pour accroître sa contribution dans les interventions de SRMNIAN	X	X	X	X	X	57 500 000	57 500 000	57 500 000	57 500 000	57 500 000	287 500 000
2.1.1.4	Renforcer le dialogue et partenariat à travers les mécanismes de concertation entre les acteurs de la SRMNIAN	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
2.1.1.5	Renforcer la collaboration avec les institutions de formation des professionnels de santé	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
2.1.1.6	Prendre davantage en compte les besoins et les souhaits de la population	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
2.1.1.7	Développer les mécanismes et stratégies d'information et de la communication au sein du MSPSN et avec les autres acteurs.	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
2.1.2	Renforcement de la gouvernance du secteur et des services de SRMNIAN						22 697 411	0	0	0	0	22 697 411
2.1.2.1	Renforcer l'environnement légal, juridique et normatif (Lois et textes d'application) pour la protection de la SRMNIAN	X	X				-	-	-	-	-	0
2.1.2.2	Accélérer le processus de décentralisation du système de santé	X	X				-	-	-	-	-	0
2.1.2.3	Elaborer ou mettre en œuvre effective des stratégies pour améliorer la couverture de services SRMNIAN et leur utilisation	X					7 436 000	-	-	-	-	7 436 000
2.1.2.4	Renforcer la transparence, l'efficacité et la redevabilité dans la gestion des ressources de SRMNIAN	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.1.2.5	Mettre en place une plateforme en ligne de suivi des engagements des partenaires intervenants dans la SRMNIAN	X					15 261 411	-	-	-	-	15 261 411
2.1.3	Renforcement des mécanismes pour assurer plus d'équité						0	0	0	0	0	0
2.1.3.1	Appliquer des mécanismes transparents de répartition des ressources de SRMNIAN entre régions et entre districts	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-

Activités		Chronogramme					2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	TOTAL
2.1.3.2	Appliquer des mécanismes pertinents pour réduire les inégalités basées sur le genre et le niveau social dans l'accès aux services de SRMNIAN	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
2.1.3.3	Distribuer les ressources de SRMNIAN selon la carte sanitaire	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
2.1.4	Renforcement des mécanismes pour assurer plus d'équité						0	0	0	0	0	0
2.1.4.1	Renforcer le partenariat public-privé	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.1.4.2	Renforcer le dialogue avec les écoles de formation des professionnels de la santé	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.1.4.3	Renforcer le dialogue avec les partenaires sociaux	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.1.4.4	Renforcer le dialogue avec la société civile active dans les prestations de services ou dans la veille citoyenne sur la qualité des soins.	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.2.	UNE INFORMATION SANITAIRE SUFFISANTE ET DE QUALITE EST DISPONIBLE POUR ORIENTER LA PRISE DE DECISION						184 809 322	286 500 000	3 500 000	3 500 000	3 500 000	481 809 322
2.2.1	Amélioration de la production, de la diffusion et de la qualité des données sanitaires et en particulier celles relatives à la SRMNIAN						128 000 000	243 000 000	0	0	0	371 000 000
2.2.1.1	Renforcer la coordination de la production de l'information sanitaire ;		X				-	115 000 000	-	-	-	115 000 000
2.2.1.2	Redynamiser la commission nationale du SIS, pour jouer son rôle dans le pilotage du SIS	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.2.1.3	Améliorer la qualité et la régularité de la production des comptes de la santé et des annuaires des statistiques sanitaires.	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.2.1.4	Effectuer, dans les délais, les enquêtes nationales en population (SMART, EDS, MICS, SARA ...)	X	X				128 000 000	128 000 000	-	-	-	256 000 000
2.2.2	Renforcement de la capacité du système d'information sanitaire						53 309 322	40 000 000	0	0	0	93 309 322
2.2.2.1	Former les agents en charge de la collecte et du traitement de l'information sanitaire	X	X				40 000 000	40 000 000	-	-	-	80 000 000
2.2.2.2	Renforcer la capacité de fonctionnement du système d'information sanitaire (Equipement informatique, logiciels ...)	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.2.2.3	Créer une seule base nationale de données sanitaires ;	X					6 429 661	-	-	-	-	6 429 661

Activités		Chronogramme					2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	TOTAL
2.2.2.4	Mettre en place un comité d'experts pour la validation des données ;	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.2.2.5	Implanter effectivement le logiciel DHIS 2 ;	X					6 879 661	-	-	-	-	6 879 661
2.2.3	Renforcement de la capacité (Stratégie, coordination et financement) de la recherche opérationnelle.						3 500 000	3 500 000	3 500 000	3 500 000	3 500 000	17 500 000
2.2.3.1	Mettre en œuvre une stratégie de développement de la recherche en santé	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.2.3.2	Augmenter le financement des activités de recherche	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.2.3.3	Créer une plateforme nationale de diffusion de la production de la recherche en santé	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.2.3.4	Assurer le fonctionnement d'un organe scientifique de validation de l'information produite par la recherche	X	X	X	X	X	3 500 000	3 500 000	3 500 000	3 500 000	3 500 000	17 500 000
2.2.3.5	Promouvoir l'utilisation des résultats pour la prise de décision	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.3.	UNE INFORMATION SANITAIRE SUFFISANTE ET DE QUALITE EST DISPONIBLE POUR ORIENTER LA PRISE DE DECISION						222 589 280	214 673 280	214 673 280	214 673 280	214 673 280	1 081 282 400
2.3.1	Renforcer la capacité (Stratégie, coordination et financement) de la recherche opérationnelle.						7 916 000	0	0	0	0	7 916 000
2.3.1.1	Accroître le budget de la santé à 10% du budget général de l'Etat, d'ici 2026 (Objectif spécifique 17 de la Politique nationale de santé 2016-2030)	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.3.1.2	Augmenter le volume du financement de la SRMNIAN	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.3.1.3	Mettre en place des mécanismes innovants endogènes de financement de la santé ;	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.3.1.4	Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de financement de la santé	X					7 916 000	-	-	-	-	7 916 000
2.3.1.5	Redynamiser le dialogue politique pour mobiliser plus de ressources intérieures et extérieures pour financer les activités de la SRMNIAN	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.3.2	Mise en œuvre le plan stratégique de la CSU avec pour cible l'augmentation de l'utilisation des services de SRMNIAN						207 563 520	207 563 520	207 563 520	207 563 520	207 563 520	1 037 817 600
2.3.2.1	Développer les mécanismes de protection contre les risques financiers	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.3.2.2	Renforcer le partenariat public – privé	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.3.2.3	Renforcer les mécanismes de prévention des risques ayant une incidence sur la santé	X	X	X	X	X	191 963 520	191 963 520	191 963 520	191 963 520	191 963 520	959 817 600

Activités		Chronogramme					2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	TOTAL
2.3.2.4	Mobiliser les ressources financières pour la CSU	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.3.2.5	Renforcer la Cellule Interministérielle de Coordination	X	X	X	X	X	15 600 000	15 600 000	15 600 000	15 600 000	15 600 000	78 000 000
2.3.3	Utilisation efficiente et équitable des ressources financières de la SRMNIAN						7 109 760	7 109 760	7 109 760	7 109 760	7 109 760	35 548 800
2.3.3.1	Privilégier une planification opérationnelle des activités de SRMNIAN qui lie les ressources disponibles aux résultats pour une plus grande redevabilité.	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.3.3.2	Accélérer la mise en place des mécanismes de financement basés sur les résultats	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.3.3.3	Renforcer les mécanismes d'audit et de contrôle et mettre en œuvre les recommandations.	X	X	X	X	X	7 109 760	7 109 760	7 109 760	7 109 760	7 109 760	35 548 800
2.4.	LES MEDICAMENTS ET PRODUITS DE SANTE DE QUALITE DE SRMNEAN SONT DISPONIBLES JUSQU'AU DERNIER KILOMETRE.						454 325 760	471 409 760	158 909 760	158 909 760	158 909 760	1 402 464 800
2.4.1	Amélioration de la gestion du circuit d'approvisionnement et de distribution des Médicaments, vaccins, réactifs, produits sanguins et autres intrants de qualité de la SRMNIAN						287 500 000	287 500 000	0	0	0	575 000 000
2.4.1.1	Assurer un financement public adéquat et pérenne pour les médicaments, les vaccins, les intrants de la nutrition et autres intrants de la SRMNIAN	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.4.1.2	Améliorer les conditions de stockage et de distribution, jusqu'au dernier kilomètre, des médicaments et autres intrants de la SRMNIAN, avec un accent particulier pour les produits sanguins, les vaccins, les intrants de la PF, des SONU et de la PCIME communautaire	X	X				287 500 000	287 500 000	-	-	-	575 000 000
2.4.1.3	Promouvoir le marketing social, l'implication du secteur privé à savoir les pharmacies et dépôts pharmaceutiques pour la vente des produits contraceptifs	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.4.2	Renforcement de la capacité locale de production des intrants de SRMNIAN						23 000 000	48 000 000	23 000 000	23 000 000	23 000 000	140 000 000
2.4.2.1	Mettre en place une unité locale de production des intrants de la SRMNIAN		X				-	25 000 000	-	-	-	25 000 000
2.4.2.2	Mettre en place un encadrement efficace de la pratique de la médecine traditionnelle pour en faire un support de la pharmacopée conventionnelle						-	-	-	-	-	0
2.4.2.3	Augmenter le financement des activités de développement de la pharmacopée et Médecine traditionnelle	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0

Activités		Chronogramme					2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	TOTAL
2.4.2.4	Renforcer la recherche dans le domaine de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle	X	X	X	X	X	23 000 000	23 000 000	23 000 000	23 000 000	23 000 000	115 000 000
2.4.3	Renforcement des capacités techniques du secteur pharmaceutique et du laboratoire						143 825 760	135 909 760	135 909 760	135 909 760	135 909 760	687 464 800
2.4.3.1	Appliquer une politique d'assurance qualité (homologation, inspection, contrôle qualité et Pharmacovigilance)	X					7 916 000	-	-	-	-	7 916 000
2.4.3.2	Assurer la formation initiale et continue du personnel pharmaceutique	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.4.3.3	Renforcer le contrôle de la vente illicite des médicaments	X	X	X	X	X	7 109 760	7 109 760	7 109 760	7 109 760	7 109 760	35 548 800
2.4.3.4	Renforcer le dispositif de contrôle de la qualité des médicaments et produits de santé.	X	X	X	X	X	128 800 000	128 800 000	128 800 000	128 800 000	128 800 000	644 000 000
2.5.	LES RESSOURCES HUMAINES COMPETENTES SONT DISPONIBLES EN QUANTITE SUFFISANTE ET EQUITABLEMENT REPARTIES SUR LE TERRITOIRE NATIONAL						75 329 661	45 000 000	45 000 000	0	0	165 329 661
2.5.1	Augmentation des effectifs des personnels qualifiés dans le domaine de la SRMNIAN						30 329 661	0	0	0	0	30 329 661
2.5.1.1	Augmenter la densité du personnel de santé essentiel pour atteindre 8/10 000 habitants (Cible 2021 du PNDS 2017-2021)	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.5.1.2	Fixer et maintenir le recrutement, chaque année, d'un nombre minimum de personnels de santé qualifiés pour la SRMNIAN	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.5.1.3	Après une analyse en profondeur des besoins spécifiques et des profils concernés, procéder à la délégation de tâches pour combler momentanément les lacunes.	X					30 329 661	-	-	-	-	30 329 661
2.5.2	Renforcement de la capacité et la qualité de la formation initiale et en cours d'emploi						45 000 000	45 000 000	45 000 000	0	0	135 000 000
2.5.2.1	Renforcer les capacités d'accueil et de formation des écoles publiques et privées.	X	X	X			45 000 000	45 000 000	45 000 000	-	-	135 000 000
2.5.2.2	Encourager la formation et l'emploi dans sa région d'origine par une plus grande décentralisation des écoles de formation, y compris du secteur privé.	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.5.2.3	Accélérer la formation de sages-femmes, de gynécologues obstétriciens, de pédiatres, de nutritionnistes ...	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.5.2.4	Rationaliser la formation continue en l'adaptant aux besoins réels et en privilégiant les techniques de formation continue efficiente : coaching, mentorat, supervision formative.	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.5.2.5	Renforcer l'application des normes et standards minimaux de qualité exigés pour l'ouverture et le fonctionnement des établissements de formation des personnels de santé.	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.5.2.6	Renforcer le système d'accréditation des écoles de formation des personnels de santé	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.5.2.7	Donner la priorité à la formation des profils déficitaires (meilleure adéquation formation-emploi)	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0

Activités		Chronogramme					2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	TOTAL
2.5.3	Renforcement de l'équité, de la rigueur et de la motivation dans la gestion des personnels de santé qualifiés en SRMNIAN.						0	0	0	0	0	0
2.5.3.1	Appliquer des normes, basées sur la charge de travail (Workload Integrated Management System) pour l'affectation des personnels dans les établissements publics de santé.	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.5.3.2	Renforcer les outils de gestion du personnel	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.5.3.3	Affecter les personnels de santé selon les besoins en conformité avec des normes préétablies et la charge du travail	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.5.3.4	Accélérer le processus engagé de redéploiement des personnels qualifiés en SRMNIAN, des zones engorgées vers les régions déficitaires	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.5.3.5	Instaurer des incitatifs à travailler en zones éloignées ou difficiles	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.5.3.6	Améliorer la fidélisation, surtout des personnels affectés en zones éloignées ou difficiles.	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.5.3.7	Améliorer les outils de motivation du personnel : plan de carrière, formations ...	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.5.3.8	Renforcer la discipline et l'application des sanctions.	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-
2.6.	LES INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET MATÉRIELS SONT DISPONIBLES, ÉQUITABLEMENT RÉPARTIS SUR LE TERRITOIRE ET BIEN ENTRETENUS						15 017 348 524	12 478 500 730	14 256 351 230	14 301 351 230	14 582 710 256	70 636 261 970
2.6.1	Renforcement du cadre stratégique et normatif en matière d'infrastructures, équipements et matériels						9 774 420	9 774 420	0	0	0	19 548 840
2.6.1.1	Élaborer et appliquer les normes en infrastructures sanitaires selon les niveaux des structures de santé, en particulier les infrastructures où sont délivrés les services de SRMNIAN	X					9 774 420	-	-	-	-	9 774 420
2.6.1.2	Élaborer et mettre en œuvre une stratégie pertinente et efficiente pour l'acquisition d'infrastructures, équipements et matériels alignée sur le PMA-PCA.		X				-	9 774 420	-	-	-	9 774 420
2.6.1.3	Mettre en œuvre la carte sanitaire récemment validée	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
2.6.2	Renforcement du plateau technique pour les services de SRMNIAN						134 166 666	134 166 666	76 666 666	0	0	344 999 998
2.6.2.1	Renforcer le plateau technique des unités nutritionnelles thérapeutiques qui ont des difficultés pour prendre en charge les complications médicales	X	X	X			38 333 333	38 333 333	38 333 333	-	-	114 999 999
2.6.2.2	Renforcer la chaîne de froid	X	X	X			38 333 333	38 333 333	38 333 333	-	-	114 999 999
2.6.2.3	Privilégier les plateaux techniques qui fonctionnent avec des énergies renouvelables	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0

Activités		Chronogramme					2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	TOTAL
2.E.2.4	Renforcer le plateau technique de la réanimation du nouveau-né, des SONU et des services de transfusion sanguine	X	X				57 500 000	57 500 000	-	-	-	115 000 000
2.E.3	Renforcement de la maintenance des infrastructures, matériels et équipement						14 873 407 438	12 334 559 644	14 179 684 564	14 301 351 230	14 582 710 256	70 271 713 132
2.E.3.1	Créer/renforcer une filière de techniciens de maintenance des infrastructures, matériels et équipements médico-techniques dans une Ecoles publiques de formation des cadres de la santé	X	X	X	X	X	0	0	0	0	0	0
2.E.3.2	Renforcer les ressources humaines	X	X	X	X	X	0	0	0	0	0	0
2.E.3.3	Décentraliser d'avantage les services de maintenance	X	X	X	X	X	0	0	0	0	0	0
2.E.3.4	Créer/renforcer l'atelier national de maintenance des infrastructures, équipements et matériels.	X					50 000 000	-	-	-	-	50 000 000
2.E.3.5	Renforcer l'intrant de traitement liés à l'OS2	X	X	X	X	X	14 823 407 438	12 334 559 644	14 179 684 564	14 301 351 230	14 582 710 256	70 221 713 132
O S 3 : LA RÉDUCTION DES PESANTEURS SOCIOCULTURELLES, COMPORTEMENTS ET PRATIQUES À RISQUE CONDUIT À L'ADOPTION DE COMPORTEMENTS ET D'UN MODE DE VIE FAVORABLES À LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT							6 218 890 778	6 043 296 765	6 732 158 530	6 761 344 696	6 890 441 726	32 646 132 495
3.1	LA COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL ET COMPORTEMENTAL EST RENFORCEE						60 183 333	21 850 000	21 850 000	21 850 000	21 850 000	147 583 333
3.1.1	Renforcement de la communication pour le changement social et comportemental pour améliorer l'utilisation des services de SRMNIAN						10 350 000	10 350 000	10 350 000	10 350 000	10 350 000	51 750 000
3.1.1.1	Renforcer la stratégie de communication pour le changement social et comportemental (CCSC);	X	X	X	X	X	10 350 000	10 350 000	10 350 000	10 350 000	10 350 000	51 750 000
3.1.1.2	Renforcer la promotion des bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et à la prise en charge de la malnutrition et de ses complications.	X	X	X	X	X	0	0	0	0	0	0
3.1.1.3	Renforcer la communication pour le changement social et comportemental pour l'utilisation des services de SRMNIAN	X	X	X	X	X	0	0	0	0	0	0
3.1.1.4	Améliorer l'utilisation des interventions de SRMNIA avec un accent particulier sur la PF, CPN, accouchements assistés en établissement sanitaire, vaccinations	X	X	X	X	X	0	0	0	0	0	0
3.1.2	Renforcement de l'approche communautaire de la communication pour le changement social et comportemental						49 833 333	11 500 000	11 500 000	11 500 000	11 500 000	95 833 333
3.1.2.1	Renforcer les capacités des leaders d'opinions, leaders traditionnels, du personnel de santé et des agents de santé communautaire (ASC) en technique de communication ;	X					38 333 333	-	-	-	-	38 333 333
3.1.2.2	Doter les agents de santé communautaire des outils adéquats de communication	X	X	X	X	X	11 500 000	11 500 000	11 500 000	11 500 000	11 500 000	57 500 000
3.2	L'ACTION SUR CERTAINS DETERMINANTS DE LA SRMNIAN EST RENFORCEE						6 158 707 445	6 021 446 765	6 710 308 530	6 739 494 696	6 868 591 726	32 498 549 162
3.2.1	Amélioration de l'utilisation de l'eau potable et des pratiques d'hygiène et assainissement						126 500 000	126 500 000	126 500 000	126 500 000	126 500 000	632 500 000

Activités		Chronogramme					2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	TOTAL
3.2.1.1	Renforcer la communication pour la promotion de l'utilisation de l'eau potable et des bonnes pratiques d'hygiène et assainissement	X	X	X	X	X	57 500 000	57 500 000	57 500 000	57 500 000	57 500 000	287 500 000
3.2.1.2	Renforcer la communication pour la promotion de l'élimination hygiénique des selles des enfants	X	X	X	X	X	34 500 000	34 500 000	34 500 000	34 500 000	34 500 000	172 500 000
3.2.1.3	Améliorer l'accès des femmes et des enfants à des sources d'eau potable	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
3.2.1.4	Renforcer les programmes villages assainis	X	X	X	X	X	34 500 000	34 500 000	34 500 000	34 500 000	34 500 000	172 500 000
3.2.2	Renforcement des actions de prévention						6 032 207 445	5 894 946 765	6 583 808 530	6 612 994 696	6 742 091 726	31 866 049 162
3.2.2.1	Renforcer la communication pour la promotion de l'utilisation de la chimio prophylaxie saisonnière préventive	X	X	X	X	X	57 500 000	57 500 000	57 500 000	57 500 000	57 500 000	287 500 000
3.2.2.2	Renforcer la communication pour la promotion de l'utilisation de la MILDA par la mère et les enfants de moins de 5 ans	X	X	X	X	X	57 500 000	57 500 000	57 500 000	57 500 000	57 500 000	287 500 000
3.2.2.3	Renforcer l'intrant de traitement lié à l'OS 3	X	X	X	X	X	5 917 207 445	5 779 946 765	6 468 808 530	6 497 994 696	6 627 091 726	31 291 049 162
O S 4 : LA DISPONIBILITE DES DONNEES D'ETAT CIVIL AMÉLIORE LA PRISE DE DECISION							263 593 079	263 593 079	207 843 079	207 843 079	207 843 079	1 150 715 394
4.1	LES DONNEES D'ETAT CIVIL DE QUALITE SONT DISPONIBLES						263 593 079	263 593 079	207 843 079	207 843 079	207 843 079	1 150 715 394
4.1.1	Renforcement de la capacité de fonctionnement et de communication des services d'enregistrement des faits d'état civil						213 193 083	213 193 083	157 443 083	157 443 083	157 443 083	898 715 414
4.1.1.1	Appliquer rigoureusement les textes en matière d'enregistrement des faits d'état civil	X	X	X	X	X	40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000	200 000 000
4.1.1.2	Augmenter le nombre de centres d'état civil fonctionnels et leur capacité de fonctionnement y compris en augmentant le financement interne.	X	X	X	X	X	104 883 083	104 883 083	104 883 083	104 883 083	104 883 083	524 415 414
4.1.1.3	Elaborer et mettre en œuvre une stratégie pour atteindre les zones d'accès difficile	X	X	X	X	X	3 360 000	3 360 000	3 360 000	3 360 000	3 360 000	16 800 000
4.1.1.4	Améliorer l'approvisionnement en intrants pour la collecte des données	X	X	X	X	X	9 200 000	9 200 000	9 200 000	9 200 000	9 200 000	46 000 000
4.1.1.5	Renforcer la collaboration avec le secteur santé et l'interopérabilité avec le SIS	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	0
4.1.1.6	Former les officiers et agents qualifiés	X	X				55 750 000	55 750 000	-	-	-	111 500 000
4.1.2	Amélioration de l'accès aux services d'enregistrement des faits d'état civil						50 399 996	50 399 996	50 399 996	50 399 996	50 399 996	251 999 980
4.1.2.1	Renforcer la communication pour vulgariser l'enregistrement des faits d'état civil	X	X	X	X	X	5 760 000	5 760 000	5 760 000	5 760 000	5 760 000	28 800 000
4.1.2.2	Réduire les barrières à l'enregistrement : paiements indirects (malgré la gratuité), coût élevé de la déclaration de décès.	X	X	X	X	X	44 639 996	44 639 996	44 639 996	44 639 996	44 639 996	223 199 980
TOTAL GENERAL							44 921 841 107	44 848 853 820	49 648 772 187	51 489 264 156	52 468 400 626	243 377 131 895