

Promouvoir la santé, préserver la sécurité sanitaire mondiale et servir les populations vulnérables

Dans ce numéro

Sommaire	Pages
Editorial	2
Les Succès	
- L'Epidémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) au TCHAD, Mars - Septembre 2020.	03 - 08
- L'Expérience du Tchad dans la riposte à l'épidémie de cVPDV2.	09 - 16
Des approches nouvelles	
- Les Comptes Nationaux des Personnels de Santé, pour une planification réaliste, une gestion rationnelle et un suivi régulier des ressources humaines en santé au Tchad.	17 - 23
- La Carte Sanitaire 2019-2025 du Tchad : une avancée dans la gestion et la prise de décision pour renforcer le Système national de Santé.	24 - 27
- La délégation des tâches comme stratégie sûre pour booster le 2 ^{ème} objectif 90 de la lutte contre le VIH/SIDA à savoir traiter au moins 90 % des personnes vivant avec le VIH : état de mise en œuvre au Tchad.	28 - 31
Les Défis	
- Booster les interventions de lutte contre le paludisme au Tchad dans le contexte de la COVID-19.	32 - 35
- Le secteur pharmaceutique au Tchad : organisation, avancées et défis.	36 - 38
- Renforcer le système de laboratoire, composante essentielle du système de santé.	39 - 41
- Le Forum national sur la vaccination au Tchad : Etat de mise en œuvre de la feuille de route deux ans après et perspectives.	42 - 46
- Le Rôle des partenaires dans la lutte contre les maladies tropicales négligées au Tchad.	47 - 51
- Le ver de Guinée au Tchad : une nouvelle donne épidémiologique.	52 - 54
- Le Plan intégré SRMNIAN 2019-23, un outil de plaidoyer et de mobilisation de ressources pour la santé des femmes et des enfants du Tchad.	55 - 59
- La Convention cadre de l'OMS pour la lutte Antitabac (CCLAT) au Tchad: Renforcement de la mise en œuvre pour la réalisation des Objectifs de Développement Durable.	60 - 63
- Le Tchad vers la redynamisation de « l'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé » (IHAB) en soutien à l'allaitement au sein.	64 - 67





Chers Lecteurs/Lectrices,

Un an après la parution du premier numéro du Bulletin d'information sanitaire du Bureau de la Représentation de l'OMS au Tchad, c'est un réel plaisir pour moi de vous introduire dans ce deuxième numéro dans un contexte très particulier qu'est celui de la pandémie de Covid-19 qui a bouleversé tous les agendas. Ceci pour dire que malgré cette situation, qui a imposé des changements de méthodes de travail et mobilisé les ressources principalement dans la riposte à la pandémie, nous sommes parvenus à poursuivre certaines actions de renforcement du système de santé au Tchad dans la continuité des appuis antérieurs à la Covid19.

Bien entendu, la préparation et la riposte à la Covid19 ont été au cœur de nos actions et se sont traduits par la mise sur pied de l'Incident Management Structure (IMS) i.e. l'équipe d'urgence du Bureau de la Représentation de l'OMS au Tchad qui a œuvré et qui continue de travailler inlassablement au côté du Ministère de la Santé publique et de la Solidarité nationale pour juguler la propagation de l'épidémie au Tchad, essentiellement dans certaines provinces du sud du pays où nous assistons depuis début septembre à des rebonds épidémiologiques et une recrudescence du nombre de cas.

Face cette situation, la bonne réaction des autorités nationales et les partenaires en appui viendront sans nul doute à bout de cette pandémie au Tchad.

En effet, comme vous pouvez le constater, l'appui conjugué aux mesures gouvernementales depuis la notification du premier cas au Tchad le 19 mars 2020 se fait avec succès au regard de la situation épidémiologique relativement sous contrôle et stable depuis que le pays a atteint le pic de l'épidémie en mai 2020.

A côté de ce résultat fort appréciable, dont l'expérience est partagée dans le présent numéro, je ne peux pas passer sous silence, un autre grand succès en matière de lutte contre la polio dont l'éradication récente de la souche sauvage dans la Région africaine de l'OMS est désormais une réalité et fait la fierté de toute l'Organisation mondiale de la Santé. Vous trouverez également dans ce numéro, des articles traitant de nouvelles approches, d'une part pour optimiser les ressources du système de santé tel que l'établissement de la carte sanitaire et des comptes nationaux des personnels de santé, et d'autre part pour améliorer les indicateurs sanitaires comme la couverture en traitement antirétroviral avec l'implémentation de la délégation des tâches pour la prise en charge des personnes vivant



avec le VIH.

Enfin, une bonne série d'articles aborde les défis sanitaires persistants ou actuels, à savoir (i) l'efficacité de la mise en œuvre des interventions contre le paludisme, (ii) la régulation du secteur pharmaceutique miné par le circuit illicite des produits ainsi que la coordination et suivi des approvisionnements pharmaceutiques, (iii) l'opérationnalisation du plan stratégique des laboratoires, (iv) la mobilisation des partenaires autour des maladies tropicales négligées, (v) la mise en œuvre de la Convention Cadre de lutte antitabac, (vi) la mise en œuvre de la feuille de route du forum national sur la vaccination et (vii) la mobilisation des ressources pour la santé des femmes et des enfants.

Certes des succès sont au rendez-vous mais les défis restent immenses. Je reste cependant convaincu qu'ensemble, avec les efforts conjugués du Gouvernement Tchadien et de tous les partenaires, nous pourrions mieux contribuer à « promouvoir la santé, préserver la sécurité sanitaire mondiale et servir les populations vulnérables », pour reprendre l'objectif du 13^{ème} Plan Global de Travail de l'OMS 2019-2023 sous le leadership du Directeur Général de l'OMS, Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus.

Au moment où nous rédigeons les articles du présent bulletin, le département de la santé a un nouveau chef en la personne de Dr Abdoulaye Sabre Fadoul, à qui je présente mes sincères félicitations. Tout en lui souhaitant plein succès dans ses nouvelles fonctions, je voudrais le rassurer de l'appui constant de l'OMS.

Bonne lecture

Dr Jean-Bosco Ndiokubwayo
Représentant



L'Epidémie de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) – TCHAD, Mars-Septembre 2020

FORTIN Ann MD MSc, Coordonnateur de la réponse pour le bureau OMS du Tchad

NDIHOKUBWAYO Jean-Bosco MD, Représentant de l'OMS au Tchad

Equipe IMS pour la réponse à la COVID-19 de l'OMS au Tchad.

Le 19 mars 2020, un voyageur arrivé à N'Djamena après un court séjour au Cameroun était confirmé pour la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). Le Président de la République déclarait l'épidémie de la COVID-19 au Tchad. L'OMS avait alors annoncé la COVID-19 comme une urgence de santé publique de portée internationale le 30 janvier et comme une pandémie le 11 marsⁱⁱ. A la date du 19 mars 2020, 30 pays de la région africaine de l'OMS avaient confirmé 473 cas, dont le Cameroun (15 cas), le Nigeria (12 cas), le Niger (1 cas) et la République Centrafricaine (RCA) (1 cas) pays frontaliers avec le Tchad. La mise en place d'une réponse rapide au Tchad était la plus haute priorité. Le présent article dresse le bilan des six (6) premiers mois de la réponse au Tchad, en présentant d'abord le contexte socio-sanitaire du pays puis les données épidémiologiques et la réponse à l'épidémie.

Le contexte socio-sanitaire du Tchad

Le Tchad est un pays enclavé de l'Afrique centrale de 16,9 M de populationⁱⁱⁱ. Sa capitale, N'Djamena est le centre économique du pays et point central des déplacements internationaux et nationaux. L'instabilité sous-régionale met le pays dans une situation socio-économique et humanitaire difficile. Le pays accueille des centaines de milliers de réfugiés en provenance de la RCA, du Soudan (Darfour), du Nigeria et du Niger et est menacé par les actes terroristes de la secte islamiste Boko Haram au Nord du Nigeria et du Cameroun et à sa frontière avec le Niger.

Le Tchad se situe au 187ème rang sur 189 de l'indice de développement humain devant la RCA et le Niger^{iv}. Le Tchad est l'un des pays les plus pauvres du mondeⁱⁱⁱ et son système de santé est fragile dans son entièretéⁱⁱⁱ. La couverture sanitaire universelle est significativement limitée (Tableau 1) ainsi que les indicateurs sanitaires (Tableau 2) malgré une certaine amélioration ces dernières années.

Tableau 1 – Indicateurs de Couverture Sanitaire Universelle, Tchad^v.

Indicateur	Fréquence
Indice de couverture des services sanitaires, 2015 – indicateur 3.8.1 des objectifs de développement durable	29
Planning familial selon les méthodes modernes (%)	18
Soins prénataux, 4+ visites (%)	31
Immunisation chez les enfants (DCT3) (%)	46
Demande de soins pour les pneumonies infantiles (%)	26
Traitement de la tuberculose (%)	37
Traitement du VIH (%)	54
Accès aux infrastructures sanitaires de base (%)	10
Nombre de lits d'hospitalisation par 10 000 de population	4
Nombre de médecin par 1 000 de population	< 0.05
Indice de capacité eu égard au Règlement Sanitaire International (%)	41

Tableau 2 – Indicateurs sanitaires, Tchadⁱⁱⁱ

Indicateur	Fréquence
Décès maternels (EDS-MICS 2014-15)	860 pour 100,000 Naissances vivantes
Décès néonatal (EDS-MICS 2014-15)	34 pour 1,000 Naissances vivantes
Couverture vaccinale – Enfants complètement vaccinés selon l'enquête vaccinale OMS-UNICEF de 2017	37%
Récurrence de la malnutrition aigues globale	13,5% près du seuil d'urgence qui est de 15%
Accouchements assistés (EDS-MICS 2014-15)	34%
Prévalence du VIH (EDS-MICS 2014-15)	1,6%
Prévalence contraceptive	5.5%

L'épidémie de la COVID-19 au Tchad

Le premier cas connu de la COVID-19 au Tchad est un voyageur exposé à Douala au Cameroun. Le patient travaillant au Tchad s'était rendu à Douala du 11 au 15 mars 2020. Il a développé des symptômes le 17 mars. Sur la base de ses symptômes et de ses expositions récentes, il était testé par RT-PCR pour la COVID-19 qui s'avéra positif. La Direction de la surveillance du Ministère de la santé publique a procédé à la recherche des contacts domestiques et communautaires ainsi que des contacts du vol de Douala à N'Djamena. Au total, 45 contacts étaient identifiés à ce premier cas. Un des contacts s'est avéré symptomatique à partir du 20 mars et a été testé positif le 23 mars 2020 (cas #2).

Des cas ont été notifiés les 23 mars (cas #3) et 26 mars (cas #4 et #5) tous des cas importés sur un même vol de retour de Addis-Ababa du 17 mars 2020. Un quatrième cas (cas #7) était associé au vol de retour de Addis-Ababa du 17 mars 2020.

Un premier agrégat de cas était documenté le 6 avril à N'Djamena à partir du 10ème cas et par la suite des

cas de transmission communautaire.

Un premier cas hors N'Djamena était documenté le 8 avril dans la province du Ouaddaï à la suite d'une exposition à N'Djamena. Tous les premiers cas suivants au niveau des provinces ont été des cas importés de N'Djamena.

Un cas importé de la COVID-19 était défini comme un cas ayant contracté la maladie en dehors de la région où le cas avait été documenté, un agrégat de cas comme une grappe de cas de la COVID-19 relié ensemble à une personne ou à un événement, et un cas de transmission communautaire comme un cas dont la source précise de l'infection était inconnue.

Le pic de l'épidémie a été documenté dans la semaine du 4 mai 2020. La courbe s'est aplanie par la suite (Figure 1). Des pics secondaires ont été constatés associés respectivement à une mine pétrolière (N=43), un agrégat en milieu de soins et familles et amis (N=28) et un événement funéraire (N=116).

La figure 2 illustre le nombre quotidien moyen de cas rapportés pour les mois de mars à septembre 2020.

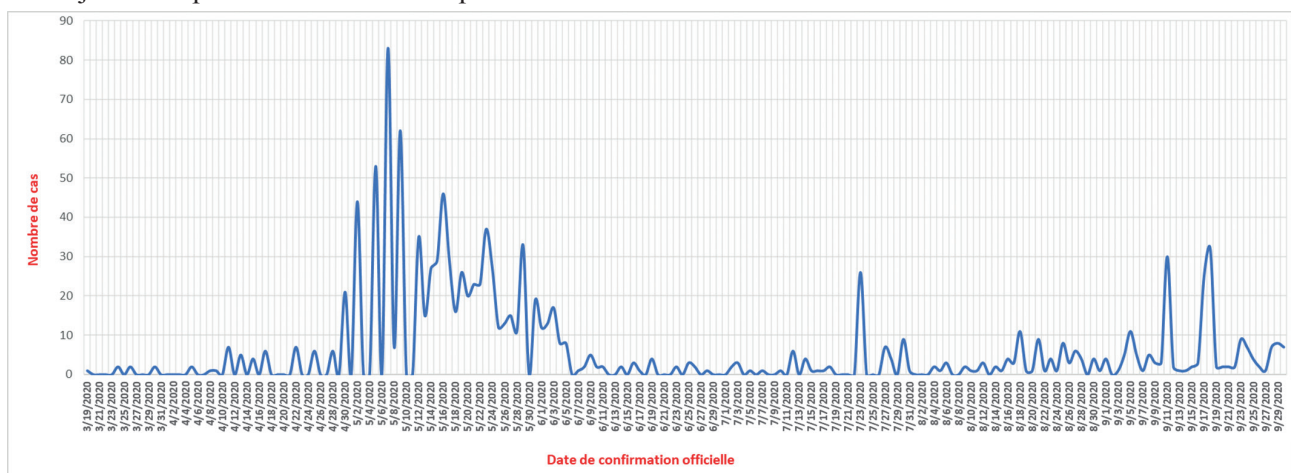


Figure 1 – Courbe épidémiologique des cas confirmés rapportés, COVID-19, Tchad, 19 Mars-30 Septembre 2020

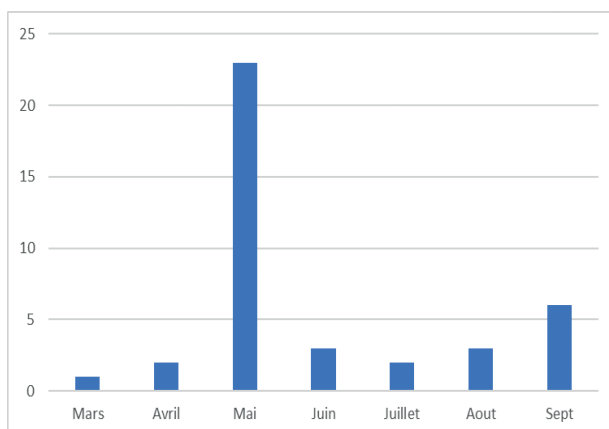


Figure 2 – Nombre quotidien moyen de cas confirmés rapportés selon le mois, COVID-19, TCHAD, 19 Mars - 30 Septembre 2020

Depuis le mois de juillet, on remarque une tendance où une majorité des cas sont rapportés dans les provinces et non dans la capitale N'Djamena (figure 3).

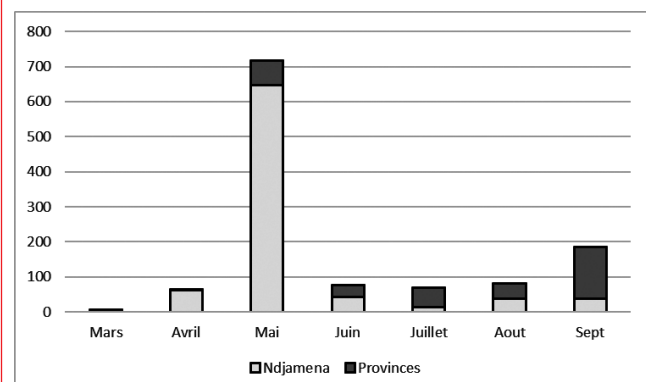


Figure 3 - Nombre de cas confirmés rapportés par mois à N'Djamena et dans les provinces, COVID-19, Tchad, 19 Mars - 30 Septembre 2020



Le tableau 3 illustre la description des 1122 cas pour lequel une fiche d’investigation était disponible. Le cas type est un homme domicilié à N’Djamena âgé de 41 ans, qui a été hospitalisé, asymptomatique et sans facteur de comorbidité.

Tableau 3 – Caractéristiques des cas COVID-19, Tchad, Mars – 30 Septembre 2020 (N=1122)

Indicateur	Fréquence
Genre	74% homme
Age moyen (N=1034)	41 ans
Age de ≥ 60 ans (N=1034)	18%
Domicilié à N’Djamena	76%
Hospitalisé (N=1068)	87%
Présence de facteurs de comorbidité (N=517)	7%
Symptômes :	
○ Asymptomatique	74%
○ Présence de fièvre	10%
○ Présence de dyspnée	2%
○ Présence de toux	19%

Enfin, les mois d’août et septembre connaissent une augmentation de la moyenne quotidienne respectivement de 3 cas et de 6 cas rapportés par jour. Les cas sont ainsi associés à deux (2) situations épidémiologiques qui sont :

- Des cas dépistés à l’entrée et la sortie du pays, associés aux nouvelles politiques pour les voyageurs à l’entrée.
- Des cas sporadiques et cas secondaires (découverts en raison du dépistage chez des contacts asymptomatiques plus souvent) dans un contexte domestique, communautaire à la suite d’un événement rassemblant plusieurs personnes et dans un contexte sanitaire.

La réponse de santé publique

La survenue de l’épidémie de la COVID-19 au Tchad représente une menace sanitaire, sociale et économique. La densité de la population, les multiples mouvements dans le pays et inter-frontaliers et les capacités limitées des infrastructures et services sanitaires créent un environnement où une maladie infectieuse peut facilement se transmettre et se maintenir dans le temps.

Le gouvernement a réagi rapidement pour endiguer la propagation de l’épidémie. Les frontières aériennes et terrestres ont été fermées à tout trafic, à l’exception du transport des marchandises, le 18 mars 2020. Les écoles, bars, restaurants et autres lieux de rassemblements sociaux et tous rassemblements de plus de 50 personnes ont été interdits dès la déclaration de l’épidémie. Les lieux de culte, transports publics de masse et magasins et marchés à l’exception de ceux qui vendent des produits alimentaires ont été fermés dès le 22 mars 2020. Un couvre-feu de nuit à N’Djamena et dans quatre (4) provinces frontalières du Cameroun était instauré le 2 avril et l’état d’urgence sanitaire était déclaré sur toute l’étendue du

territoire permettant ainsi aux autorités compétentes de prendre les mesures nécessaires pour renforcer la lutte contre le virus.

Le Président de la République a mis sur pied une équipe nationale de coordination et riposte qu’il a coordonnée personnellement pendant les premières semaines jusqu’à la stabilisation épidémiologique en termes de nombre de cas notifiés par jour dans le pays. Sous les recommandations de l’OMS, le gouvernement a mis en place, une structure de coordination en s’appuyant sur les huit (8) piliers de la réponse à savoir (i) la coordination stratégique et de gestion de la réponse (ii) la communication et la mobilisation sociale (iii) la surveillance, détection des cas et gestion des contacts (iv) le contrôle des points d’entrée (v) la gestion des cas (vi) le laboratoire (vii) la prévention et le contrôle des infections (PCI), de renforcement de l’hygiène publique (viii) et les opérations de soutien et la logistique. Des objectifs et approches stratégiques ont été définis pour chacun des piliers (Tableau 4).

L’OMS comme chef de file des partenaires a instauré des réunions de concertation hebdomadaires au plus fort de l’épidémie et bi-hebdomadaire présentement des partenaires financiers et techniques et du Ministère de la Santé publique. L’OMS a également instauré des réunions de concertations techniques des partenaires et du ministère pour la dispensation des formations aux agents sanitaires et aussi pour le renforcement des laboratoires, de la prise en charge, de l’approvisionnement des fournitures et de la sensibilisation communautaire. Entre autres, l’OMS a coordonné la détermination des besoins d’équipements et de fourniture pour la réponse COVID-19 en matière d’équipements de protection individuelle (EPI), d’équipements biomédicaux et des fournitures diagnostiques. La stratégie prioritaire pour l’OMS a été de soute-

nir les capacités du pays à « tester, traiter et tracer » c'est-à-dire à tester tous les cas suspects, les isoler et les traiter et à tracer tous les contacts et les mettre en quarantaine, à l'intérieur d'un délai de 48 heures.

Avec le soutien financier de la banque Mondiale, des professionnels ont ainsi été mis à la disposition des équipes ministérielles d'investigation des cas, de suivi des contacts, des laboratoires, de la surveillance aux points d'entrée et de la logistique.

Plus spécifiquement pour la prise en charge des cas pour l'hôpital désigné COVID-19 de N'Djamena, l'OMS a soutenu le déploiement de cliniciens d'organisations non-gouvernementales internationales et équipe médicale d'urgence, pour le soutien direct aux patients certes mais surtout pour la formation sur place des équipes médicales.

Cette stratégie a été un défi en raison de la capacité diagnostique limitée du pays. Jusqu'au 23 juin 2020, un seul laboratoire à N'Djamena était capable de réaliser le test diagnostique de la COVID-19 pour une capacité maximale de 100 tests par jour. Seuls les cas suspects étaient testés avec un nombre quotidien moyen de tests d'une centaine de tests par jour pour les mois de mai et juin. Actuellement, 13 laboratoires le font (4 à N'Djamena et 9 en provinces) avec une capacité moyenne de 1000 tests par jour. La stratégie de dépistage inclut les cas suspects, les contacts ainsi que les voyageurs et camionneurs.

La seconde stratégie pour l'OMS a été de former les agents sanitaires du pays. A ce jour plus de 3200 agents sanitaires ont été formés sur le prélèvement,

l'analyse et la biosécurité pour le diagnostic, sur la surveillance et la prise en charge et sur la sensibilisation des communautés. De plus, l'OMS a mis à la disposition des modules de formation pour les partenaires et le Ministère de la Santé Publique.

La troisième stratégie a été de doter le pays des équipements et fournitures nécessaires pour la réponse : EPI, Concentrateurs d'Oxygène, tests diagnostiques tant à N'Djamena que dans les provinces.

Enfin, avec la courbe qui s'est aplatie à N'Djamena mais le risque de recrudescence de la COVID-19 toujours présent dans le pays, l'OMS a mis de l'avant des missions conjointes du Ministère de la Santé publique et de la Solidarité nationale et des partenaires pour mieux apprécier et mieux renforcer les capacités de réponse au niveau des provinces.

A plus de six (6) mois du début de la réponse, le gouvernement avec le soutien de l'OMS et des autres partenaires prépare une revue des opérations et une mise à jour de son plan opérationnel. Un même exercice s'est réalisé au sein de l'OMS. Plusieurs défis ont été identifiés pour l'OMS, dont le déploiement de l'IMS non seulement à N'Djamena mais aussi dans les sous-bureaux, l'élaboration d'un plan d'analyse et d'indicateurs, la mise sur pied d'une cellule pour les analyses épidémiologiques en appui au ministère de la santé publique et la planification des besoins de logistiques, notamment des équipements de protection individuel dans les structures sanitaires.

Tableau 4 – Objectifs et approches stratégiques de la réponse en fonction des axes et piliers, COVID-19, Tchad

	Objectif	Approches stratégiques
AXE 1 – LA COORDINATION		
Pilier – Coordination politique et stratégique	Assurer et conseiller sur l'ensemble des politiques et actions assurant une réponse cohérente et efficace à l'épidémie de COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> — Examiner et renforcer le plan de contingence sanitaire (Plan national de réponse) mis en place depuis l'apparition du virus COVID-19 — Suivre en temps réel l'évaluation de l'épidémie et rendre régulièrement compte au Chef de l'Etat — Coordonner, orienter et proposer les mesures de gestion de crise permettant de maintenir la vigilance et renforcer la surveillance sur l'ensemble du territoire national — Rechercher de concert avec les partenaires techniques et financiers, les financements permettant d'endiguer l'épidémie COVID-19
Pilier - Coordination, planification et gestion de la réponse	Renforcer l'efficacité des mécanismes de la coordination et de l'interaction entre les commissions et les acteurs impliqués dans la réponse à COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> — Activer et maintenir la coordination générale nationale : renforcement des capacités d'analyse et de soutien aux sous-coordinations ; renforcement de la représentation des secteurs et des partenaires — Formaliser et renforcer le fonctionnement des différentes sous-commissions et les liens opérationnels entre celles-ci — Etablir et maintenir un mécanisme systématique de la collecte, de l'analyse, du rapportage et de l'interprétation des indicateurs de performance de la riposte — Etablir et maintenir un mécanisme systématique de soutien administratif, financier et logistique de la réponse
AXE 2 – LES OPERATIONS		
Pilier - Communication et mobilisation sociale	Sensibiliser et activement communiquer avec la population sur les messages de risques et stratégies	<ul style="list-style-type: none"> — Elaborer et diffuser des messages adaptés, en français, en arabe et dans les langues locales

	d'engagement communautaire	<ul style="list-style-type: none"> — Impliquer dans les activités les personnes ressource et les autres départements ministériels concernés (Eaux et forêts, élevage, intérieur, sécurité, l'Armée, Finance, Education, transport, communication etc...) — Sensibiliser la population par les canaux existants — Gérer les rumeurs auprès de la population — Promouvoir l'hygiène individuelle et collective
Pilier - Surveillance, Détection des cas et gestion des contacts	Rechercher activement les cas. Rechercher les contacts et suivre. Mettre en quarantaine les contacts. Isoler les cas	<ul style="list-style-type: none"> — Renforcer le système de surveillance dans tous les points d'entrée et le système de surveillance des maladies respiratoires à base communautaire et hospitalière — Surveiller les tendances de la maladie là où la transmission interhumaine se produit — Détecter rapidement les nouveaux cas au Tchad où le virus ne circule pas — Fournir des informations épidémiologiques pour mener des évaluations des risques au niveau national — Fournir des informations épidémiologiques pour orienter les mesures de préparation et de réponse
Pilier - Contrôle des points d'entrée	Faire le screening des passagers venant des pays touchés. Isoler et investiguer tous les cas alertes	<ul style="list-style-type: none"> — Faire un screening de première et deuxième intention dans tous les points d'entrées — Fermer les frontières des voyageurs en provenance de zones épidémiques — Mettre en quarantaine des personnes en provenance des pays/régions/territoires épidémiques dans les 14 jours précédant
Pilier - Gestion des cas	Réduire la morbidité et la mortalité associée au COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> — Sensibiliser le personnel des hôpitaux et centres de santé à risque sur les mesures de PCI et la prise en charge des patients atteints de COVID-19. — Traiter les patients suspects et confirmés à l'Hôpital provincial de Farcha, comme hôpital désigné des cas suspects et cas confirmés COVID-19 — Identifier un centre de traitement dans chacune des 7 provinces à risque — Se préparer à une augmentation de cas. Le cas échéant, prioriser l'accès aux soins. Renforcer le triage. Activer les plans d'urgence pour les hôpitaux (Report des chirurgies électives etc.)
Pilier – Laboratoire	Assurer l'accessibilité aux tests de COVID-19 de qualité selon les normes de l'OMS	<ul style="list-style-type: none"> — Renforcer les compétences du personnel au diagnostic du COVID 19 — Suivre et maintenir la disponibilité des tests diagnostic, dans le contexte actuel de pénurie mondiale et revoir le cas échéant les politiques de dépistage. — Se préparer en cas de pénurie du test diagnostic : Tester les cas suspects selon la définition de l'OMS, Tester les contacts symptomatiques, Tester les cas identifiés par le biais du système de surveillance des maladies respiratoires. — Si la capacité est dépassée, prioriser les tests diagnostiques pour les personnes hospitalisées et les groupes vulnérables.
Pilier - PCI et renforcement de l'hygiène publique	Prévenir et contrôler la transmission nosocomiale et communautaire de la COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> — Sensibiliser les centres de santé, les écoles, les gares routiers, les points d'entrées et les arrondissements sur les mesures préventives — Sensibiliser les agents sanitaires et les personnes en contact avec les cas suspects (parents, personnels soignants, brancardiers, ambulanciers etc....) sur les risques et les mesures à prendre — Décontaminer/ désinfecter le matériel, les surfaces et les équipements utilisés au sein des unités de soins des cas suspects de coronavirus avec une solution appropriée — Décontaminer / désinfecter le matériel, les surfaces et les équipements utilisés au sein des lieux de quarantaine (hôtels) des contacts avec une solution appropriée — Sensibiliser les centres de santé, les écoles, les gares routiers, les points d'entrées et les arrondissements sur les mesures préventives — Sensibiliser les agents sanitaires et les personnes en contact avec les cas suspects (parents, personnels soignants, brancardiers, ambulanciers etc....) sur les risques et les mesures à prendre — Décontaminer/ désinfecter le matériel, les surfaces et les équipements utilisés au sein des unités de soins des cas suspects de coronavirus avec une solution appropriée — Décontaminer / désinfecter le matériel, les surfaces et les équipements utilisés au sein des lieux de quarantaine (hôtels) des contacts avec une solution appropriée
Pilier - Logistique et opérations de soutien	Soutenir la réponse dans tous ses aspects logistique et d'opérations de soutien	<ul style="list-style-type: none"> — Mettre en place un mécanisme systématique de suivi des stocks et moyens — Assurer la planification et la gestion des stocks et moyens pour la réponse



Le gouvernement du Tchad et au premier rang duquel le Chef de l'Etat ont mis en place des actions précoces et décisives pour freiner la propagation du virus et de la COVID-19. Le bureau Pays de l'OMS activait le système de gestion de l'incident, conformément au cadre d'action d'urgence .

A six (6) mois de réponse à la COVID-19, le pays a aplani la courbe épidémique et toutes les équipes sur le terrain sont restées vigilantes afin de parer à l'éventualité d'une recrudescence de l'épidémie. A la date de publication de l'article, le pays comptait un peu plus de 1500 cas et près de 100 décès dans 17 provinces. La tendance de décentralisation des cas rapportés dans les provinces se confirme avec plus de 80% des cas depuis la mi-août qui proviennent en dehors de N'Djamena, essentiellement dans les provinces du sud du pays. La dynamique épidémiologique demeure

principalement des agrégats limités de cas dans des contextes professionnels, domestiques et de rassemblements communautaires.

Certes des progrès spectaculaires ont été obtenus par le Tchad dans ses efforts à lutter contre la pandémie de COVID-19, toutefois cette situation demeure fragile particulièrement avec l'ouverture des frontières et de certaines mesures sociales. Et les défis sont immenses tant pour la réponse à la crise aigüe que pour le maintien des acquis jusque-là réalisés et plus spécifiquement en matière de surveillance intégrée et de résilience des systèmes de santé.

L'OMS et les partenaires demeurent mobilisés pour soutenir le gouvernement et la population tchadienne dans ses efforts à réduire les conséquences sanitaires, sociales et économiques de la COVID-19.

Références

- (i) <https://www.youtube.com/watch?v=WVGU151XXWQ#action=share>
- (ii) <https://www.youtube.com/watch?v=Btlzrw19Lcw>
- (iii) République du TCHAD. Carte sanitaire du TCHAD 2019-2023. Edition 2019. 115p.
- (iv) PNUD. Rapport sur le développement humain 2019 -Au-delà des revenus, des moyennes et du temps présent : les inégalités de développement humain au XXIe siècle. Disponible à : http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_french.pdf
- (v) WHO. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. Geneva, 2017. Disponible à : https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en
- (vi) OMS. Cadre d'action d'urgence, 2eme édition. Geneva, 2017. Disponible à : <https://www.who.int/hac/about/erf/fr/>

MEMBRES DE L'EQUIPE IMS

Dr Arsène DAIZO, Dr Honore DJIMRASSENGAR, Dr Tamadji MBAIHOL, Dr Ibrahim DJEOMBOURO, Dr Amadou Mouctar DIALLO, Dr Frank ZONGO, M. Japhet MOUDOUBA, Dr Aline MUKUNDWA, M Oumar ABATCHA, M. Issaya Singli GAD, Mme Edith KEDAI, Dr Idriss Mai, M. Jonas NAISSEM, Dr PAUL NDOUBATOGUE, Dr Barthelemy NGARKOULA, M. Aristide YAKOUIDE, Dr Emmanuel BASAKI BOLAMBA, Dr Seydou Kassoum DIARRA, Dr Patrice OUADDRAGO, Dr Sonou dit Balla DIARRA, Dr Amadou Oumarou, Dr Cissoko Bobossam



L'Expérience du Tchad dans la riposte de l'épidémie de Poliovirus dérivé de type 2 (cVPDV2)

Dr KALILOU Souley (OMS)

Dr CAMARA Lamine (OMS)

Dr Marie Thérèse Baranyikwa (Unicef)

Dr Diop M. Boss (OMS)

La poliomyélite est une maladie à transmission orale causée par un virus qui s'attaque au système nerveux et pouvant causer des paralysies irréversibles (en général des jambes) et même des décès. En rappel les derniers cas de poliovirus sauvage (PVS) au Tchad remontent à Mai 2011 à Fada (Ennedi-Est) pour le PVS de type 3 et au 14 juin 2012 à Bol (Province du Lac) pour le PVS de type 1. La lutte contre ces dernières infestations a été renforcée et grâce aux efforts du ministère et l'appui des partenaires de l'Initiative Mondiale de l'Éradication de la Polio (IMEP), le pays a été certifié libre de la circulation du poliovirus sauvage (PVS) en juin 2016 (Réunion annuelle de la commission africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite en Afrique - Alger, 27 juin - 1 juillet 2016). Conformément au plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, le pays a introduit le VPI le 14 août 2015 à l'échelle nationale et réalisé le switch le 20 avril 2016.

Après 6 années sans poliovirus, le Tchad a enregistré le 16 octobre 2019, 01 cas de poliovirus dérivé de type 2 (cVDPV2) dont la date de début de la paralysie remonte au 9 septembre 2019 à Koundoul dans le district de Mandelia (Province du Chari Baguirmi). Le 10 décembre 2019, 2 autres cas de cVDPV2 ont été détectés dans le district sanitaire de Mongo (province de Guera). Ces 3 nouveaux virus sont tous génétiquement liés au virus environnemental détecté dans l'État de Borno (Nigéria). A la suite de ces nouvelles infestations, des ripostes vaccinales ont été organisées et le présent article vise à partager l'expérience du Tchad dans l'organisation de ces réponses. Au total, à la date du 13 octobre 2020, le Tchad a enregistré 91 cVDPV2 dont 79 PFA et 12 environnementaux répartis dans 43 districts sanitaires et dans 17 provinces.

Expérience du Tchad dans l'organisation d'une réponse vaccinale à une épidémie de poliomyélite

Conformément aux procédures opérationnelles stand-

ard de riposte contre les épidémies de polio, pour toutes les flambées épidémiques de polio survenues au Tchad, la réponse a impliqué systématiquement la prise des mesures suivantes :

- La conduite d'une enquête détaillée dans les 48 heures après la notification du cas, suivi d'une analyse de risque ;

- L'organisation du Tour zéro dans les 14 jours après la date de notification du cas par le laboratoire ; ce tour zéro cible le district foyer de l'épidémie ;

- La conduite dans un intervalle de 2 semaines de 2 autres passages (premier et deuxième passage) à une plus grande échelle impliquant d'autres districts sanitaires suivant les résultats de l'analyse de risque.

Afin d'évaluer la qualité des interventions, il a été organisé après chacun de ces passages de vaccination, des enquêtes rapides ou Lot Quality Assurance Sampling (LQAS). Le LQAS est utilisé pour déterminer si un district sanitaire (qui est considéré comme un lot) a atteint un niveau de performance acceptable. La coordination de la mise en œuvre de ces différents passages est assurée par un comité national multisectoriel de coordination dirigé par le Directeur de la santé de la reproduction et de la vaccination (DSRV) avec la participation des partenaires de l'IMEP (l'Initiative mondiale d'éradication de la polio) notamment l'OMS et l'Unicef. Pour renforcer son appui technique à la riposte à ces flambées, l'OMS a, en plus de son personnel présent dans le pays, déployé un coordinateur de la réponse ou « Global Polio Eradication Initiative coordinator » et des consultants internationaux. Les autres partenaires de l'IMEP notamment l'Unicef ont aussi déployé des consultants pour aider à la mise en œuvre des activités.

- L'enquête détaillée autour du cas

Dès la confirmation du ou des cas de polio, une investigation détaillée a été organisée pour évaluer les circonstances de survenue de la maladie, le statut vaccinal du ou des cas, l'itinéraire du ou des malades et le statut vaccinal pour la 3ème dose du vaccin polio



oral ou VPO3 et de la première dose du vaccin polio inactivé ou VPI1 chez un groupe d'enfants de moins de 5 ans vivant dans la même localité que le ou les cas de polio.

Cette enquête est également mise à profit pour évaluer la performance de la vaccination de routine et de la surveillance dans le ou les districts foyers de l'épidémie. Une enquête sociale détaillée autour du cas est aussi faite à l'occasion pour évaluer les connaissances et l'acceptabilité du vaccin contre la polio au sein de la communauté. Les rapports de ces investigations détaillés ont été systématiquement partagés avec les partenaires à tous les niveaux.

- L'analyse de risque polio

Cette analyse de risque passe en revue les facteurs cruciaux qui détermineront la nature et l'ampleur de la riposte et permettront à l'IMEP de recommander les mesures qu'il convient de prendre. Les résultats de cette analyse sont discutés et validés avec l'Equipe de la riposte rapide ou Rapid Response Team (RTT) basée pour une partie de ses membres au niveau du Bureau régional de l'OMS à Brazzaville.

Cette évaluation des risques vise de sélectionner en plus des districts infectés, à sélectionner les districts à haut risque pour la conduite du premier et du deuxième passage de vaccination. Les critères utilisés pour cette analyse sont :

- L'itinéraire du malade
- L'immunité de la population
- La performance de la surveillance

- Le mouvement de la population (Nomade)

Ces critères ont permis de retenir 9 districts en plus du district infecté (Mandelia) pour la réponse de Mandelia avec une population cible de 805 621 enfants de 0 à 59 mois. Pour la riposte de Mongo, 16 districts en plus du district infecté (Mongo) ont été ciblés avec une population cible de 548 512 enfants de 0 à 59 mois (figure 1).

Préparatifs, mise en œuvre et résultats des ripostes vaccinales

L'objectif principal de la riposte vaccinale est d'interrompre rapidement la transmission interhumaine du poliovirus et elle a été faite pour le cas spécifique du Tchad selon les étapes suivantes :

- Une estimation rapide de la taille de la population cible à vacciner pour le tour zéro ciblant le ou les districts foyers de l'épidémie suivi d'une commande en urgence du vaccin suivant le formulaire de demande de VPOM2 à signer par le Ministre de la santé et soumise au Directeur général de l'OMS seul habilité à autoriser l'utilisation du vaccin polio oral de type 2 ou VPOM2 qui est indiqué pour les ripostes aux flambées actuelles ;
- La conduite du tour zéro dans les 14 jours suivant la notification du cas par le laboratoire ;
- L'élaboration d'un plan de réponse budgétisé sur six (06) mois prenant en compte la conduite des deux autres passages à plus grande échelle, les besoins en ressources et les activités de renforcement de la surveillance des PFA.

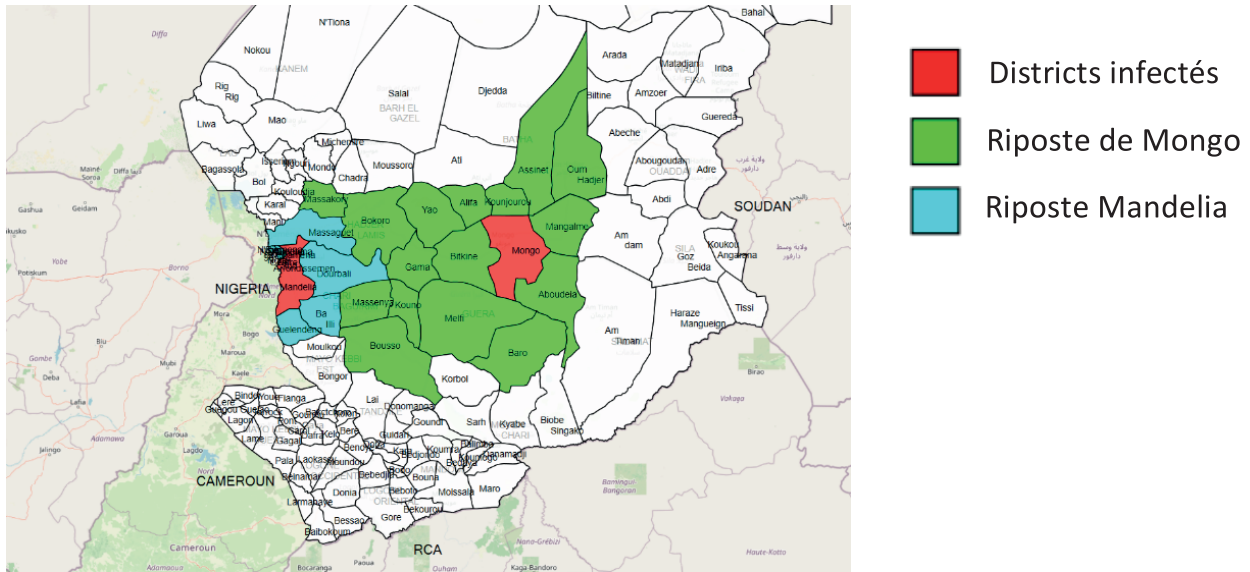


Figure 1 : Districts ciblés pour les réponses aux flambées épidémiques de Mandelia et de Mongo

Sur le plan des préparatifs et de la mise en œuvre de ces ripostes, les principales activités réalisées pour répondre aux flambées épidémiques de Mandelia et de Mongo étaient (figure 2) :

- La tenue quotidienne de réunion de coordination au niveau central et opérationnel ;
- Le suivi des préparatifs à travers la mise à jour du « Dashboard » et le feedback aux districts ;
- La production du bulletin d'information et de retro information ;
- La formation en cascade des superviseurs centraux, des acteurs du niveau district et centres de santé ou zones de responsabilité avec l'appui des partenaires OMS, Unicef, CDC et BMGF
- La tenue de réunions de plaidoyer au haut niveau

dans le but de susciter l'implication effective des hautes Autorités administratives, traditionnelles (Délégués de quartiers, chefs de carrés, villages et ferriques) et religieuses, les Autorités traditionnelles dans tout le processus de la riposte y compris la vaccination de routine, la diffusion des messages sur la télé et les radios de proximités.

- Les lancements officiels au niveau national et au niveau opérationnel ont été organisés et présidés par les Autorités politiques et administratives avec la participation des Représentants des partenaires de l'IMEP notamment l'OMS et l'Unicef.
- La supervision et le monitoring quotidien des activités par des enquêtes rapides et la tenue de réunions bilan quotidiennes.





Figure 2 : Formation des acteurs : les vaccinateurs (photo de gauche) et superviseurs de N'djamena (photo de droite)



Figure 3 : Discours de lancement : Le Représentant de l'OMS (photo de gauche) et le Sultan du Chari Baguirmi (Photo de droite)



Figure 4 : Administration des 1ères doses : Le Ministre de la santé (à gauche) et le Gouverneur du Chari Baguirmi (à droite)

*** Les principaux résultats des différentes ripostes**

Le tableau 1 indique le nombre d'enfants vaccinés durant les différentes ripostes dans les deux provinces.

Tableau 1 : nombre d'enfants vaccinés dans les provinces de Mandelia et Mongo

District foyer de l'épidémie	Nombre d'enfants vaccinés au Tour zéro	Nombre d'enfants vaccinés au Tour 1	Nombre d'enfants vaccinés au Tour 2
Mandelia	57619	840 544	860 753
Mongo	50388	597 937	611372
Total	108 007	1 438 481	1 472 125

S'agissant de la flambée de Mandelia, au total 840 544 enfants 0-59 mois ont été vaccinés au Round 1 et 860753 au Round 2 soit une augmentation de 3% (20209 enfants) ;

Quant à la flambée de Mongo, au total 611 372 enfants 0-59 mois ont été vaccinés au Round 2 contre 597 937 au Round 1 soit une augmentation de 2,24% (13.435 enfants)

Concernant la gestion des vaccins, 3252580 doses de vaccin VPOm2 ont été utilisées soit 162 629 flacons pour les deux ripostes (Mandelia et Mongo) avec un taux de perte de 5, 83%. Tous les flacons vides à l'exception d'un seul (non retrouvé à Massenya) ont été collectés et détruits selon les procédures recommandées.

* Evaluation de la qualité des interventions

Après chacun des 3 passages aussi bien pour la riposte à la flambée de Mandelia que pour la riposte à celle de Mongo, il a été procédé à l'évaluation de la qualité des interventions selon 2 manières à savoir

l'organisation d'enquêtes rapide d'évaluation ou LQAS et l'organisation des réunions bilan.

* Les enquêtes rapides d'évaluation

Ces enquêtes rapides ou enquêtes qualité lot (LQAS) sont réalisés après la campagne par des enquêteurs encore appelés moniteurs indépendants. Ces moniteurs indépendants sont recrutés et formés au niveau central ensuite déployés dans les districts où les enquêtes sont réalisées. Ce sont des enquêtes par grappes et les grappes sont tirées de façon aléatoire à raison de 6 grappes par district. Dans chaque grappe, 10 enfants sont enquêtés, soit 60 enfants par districts. Les résultats des LQAS (figure3) ont montré que la qualité de ces campagnes est insuffisante avec une moyenne de 65% des districts acceptés lors des différentes ripostes. Il a en outre été constaté qu'à chaque passage, environ 2 à 3% enfants qui ne sont pas vaccinés au monitoring indépendant.

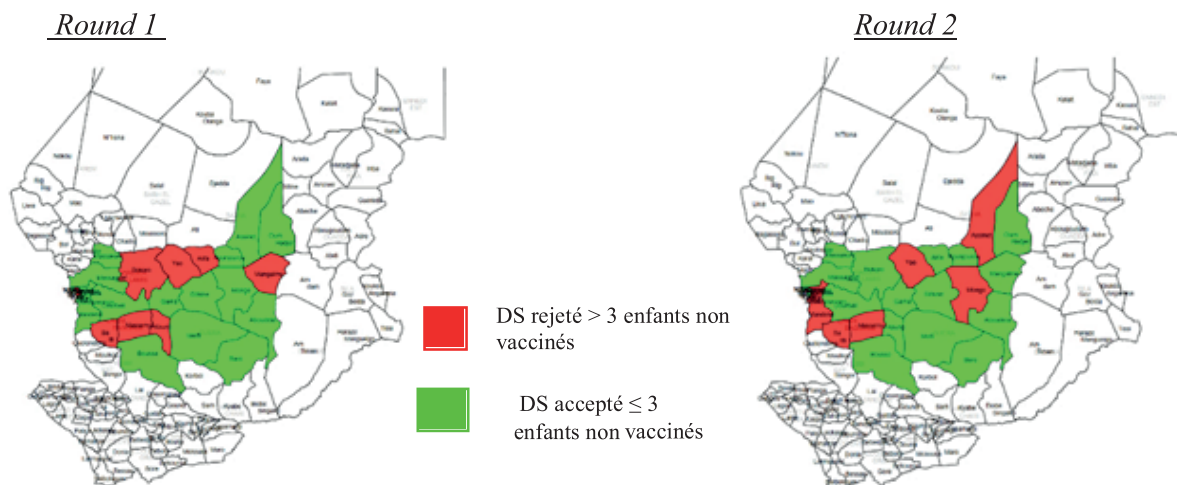


Figure 5 : cartographie des résultats du LQAS

Le LQAS a montré des localités mal couvertes pour cause de ruptures de vaccin repartis entre N'Djamena Sud (Gassi, Amtoukoui, Amkoudjara, Chagoua, Moursal, Nda, N'djari, Ambatta, Atrone, Henry, Ndjari Kawas) ; le district sanitaire (DS) de Ba Illi (Ba-Illi 1, Ba-Illi 2, Bougmore, Evangélique, Daradja, Kelengué, Moursa, Saya) et le DS de Mandelia (Gambarou, Logone Gana, Mandelia) avec une population cible totale 22 775 enfants de 0 à 59 mois. Ces localités devraient faire l'objet de revaccination, finalement non réalisée parce qu'il y a eu un conflit de calendrier avec la pandémie COVID-19.

* Les réunions bilan

Ces réunions sont organisées pour apprécier la qualité des préparatifs et de mise en œuvre des interventions. Ces réunions ont regroupé l'ensemble des acteurs de ces différents passages. Les principaux constats qui se dégagent de ces réunions sont :

Les points Forts

- Le fort engagement des autorités administratives, militaires, religieuses, traditionnelles, les ABC, les ASC et les partenaires technique et financiers (OMS, Unicef, BMGF etc.)
- La tenue effective des cérémonies de lancement

au niveau national et provincial. Les cérémonies au niveau national ont été présidées par le Ministre de la santé en présence des partenaires notamment l'OMS et l'UNICEF, des Gouverneurs, des préfets et des élus locaux.

- La conduite de mission de plaidoyer et de supervision des membres du comité national de certification (CNC) à Mongo, épicentre de l'épidémie ;
- La mise en place des ressources financières à temps dans les districts au round 2 de Mongo ;



Figure 6 : Cérémonie de Lancement à Massenya Round 2

- L'arrivée à temps du vaccin dans les districts ;
- Le suivi des vaccins au quotidien à travers la plateforme ;
- L'appui logistique à la congélation des accumulateurs dans 12 districts ;
- La conduite de recherches actives des cas de PFA (au total 34 cas notifiés pendant les ripostes).



Figure 7 : Plaidoyer auprès du Gouverneur de N'Djamena par BMGF

Les points à améliorer :

- L'utilisation inadéquate des ressources allouées conformément au micro plan dans certains districts sanitaires ;
- Le non-respect des critères de choix des vaccinateurs et des moniteurs ;
- L'insuffisance de formation des acteurs (vaccinateurs, superviseurs) : qualité, temps insuffisant, non effectivité ;
- La faible qualité du remplissage des outils liés à l'insuffisance de la formation et de la supervision ;
- L'insuffisance de communication entre les vaccinateurs et parents d'enfants ;
- La mauvaise gestion du vaccin et des intrants : rupture artificielle de vaccin, non maîtrise des cibles sédentaires et des cibles nomades occasionnent des ruptures de stocks par endroits ;
- La répartition géographique des équipes de vaccination : absence de plan de progression des équipes de vaccination ;
- La couverture des lieux hors ménages : insuffisance d'équipe déployée dans les lieux hors ménages ;
- Les réunions de restitutions quotidiennes : non effectivité des réunions et le non suivi de la mise en

œuvre des points d'action.

Ces insuffisances dans la mise en œuvre des interventions ajoutées à la faible performance de la vaccination de routine, la suspension des ripostes vaccinales suite à la pandémie de Covid-19 ont retardé les ripostes et ont favorisé l'extension de ces flambées à d'autres localités et provinces en dehors des zones de réponse de Mandelia et de Mongo.

Ces nouvelles émergences concernent le nord (Ouaddaï, Wadi Fira, Sila), le Nord-Ouest (Batha et Bahr El Gazel), l'Ouest (Lac, le Kanem) et le Sud (Logone oriental et occidental, le Tandjilé, Mayo Kebbi Est et Ouest, Moyen Chari).

La souche tchadienne a été aussi exportée à d'autres pays : le Cameroun, la Centrafrique, l'Égypte et le Soudan. Il faut craindre que la Libye qui partage une longue frontière avec le Tchad ne soit à son tour contaminée par la souche tchadienne.

Les analyses de risque et la modélisation ont permis d'identifier 65 Districts supplémentaires à haut risque pour conduire une riposte vaccinale dans 91 districts au total répartis dans 16 Provinces pour une population cible de 3 490 212 enfants de 0 à 59 mois.

Les contraintes

- L'insécurité (Accessibilité partielle Assinet, Massenya et Guera) ;
- Les conflits inter communautaires à Bokoro ;
- Le déplacement des populations nomades des zones ciblées par les ripostes vers d'autres provinces non ciblées par ces interventions. Au total 45071 enfants

nomades 0-59 mois ont été vaccinés au Round 2 comparativement au Round 1 où 48490 enfants nomades ont été vaccinés, soit une réduction de 3419 enfants (9,42%) ; la proportion des enfants nomades vaccinés représente 7% du total des enfants vaccinés aux 2 rounds (Mandelia et Mongo).



Figure 8 : Vaccination d'un nomade à Bokoro



Figure 9 : Transport de vaccin et intrants dans les îles à Mandelia

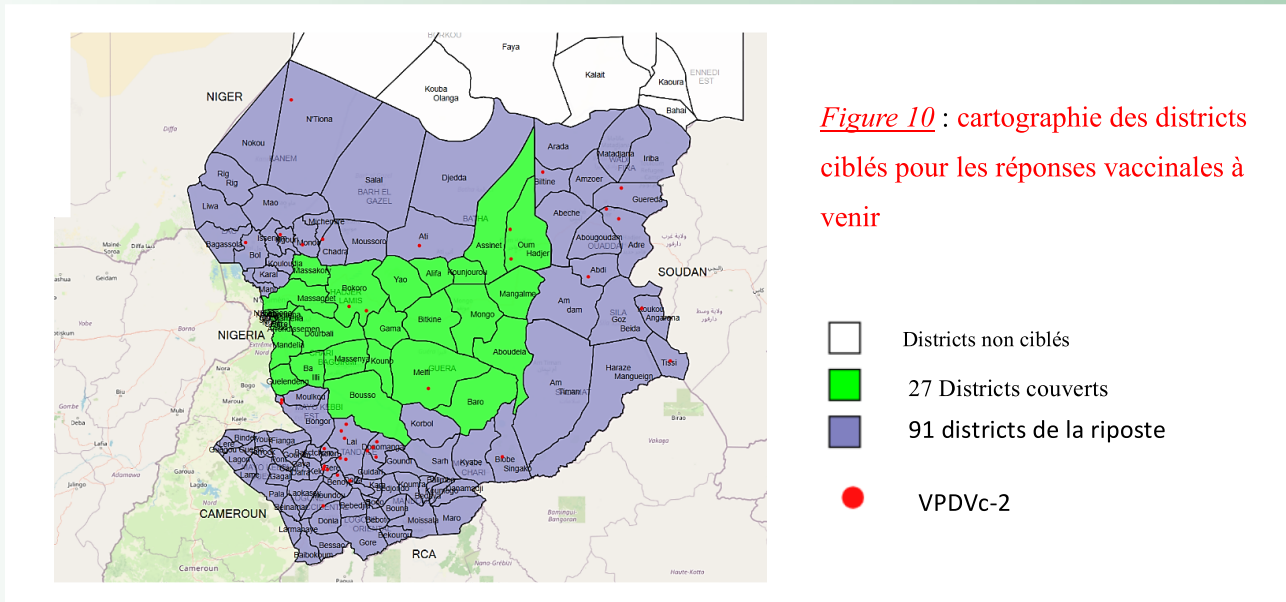
Prochaines étapes dans la riposte aux flambées

En raison de la survenue de la pandémie à Covid-19, toutes les campagnes de vaccination de masse avaient été suspendues par le Ministère de la santé y compris les ripostes contre les épidémies. Ainsi, en faveur de l'amélioration de cette situation, les prochaines étapes de riposte vaccinale se dérouleront en deux groupes comme suit :

- La riposte contre les foyers épidémiques d'Abougoudam et de Doba avec 69 districts sanitaires ciblés et une population cible de 2 569 091 enfants de 0-59 mois ;
 - La riposte contre les foyers épidémiques de Chadra et d'Ati avec 22 districts sanitaires ciblés et une population de 921 121 enfants de 0-59 mois
- En plus de ces interventions de masse, il est planifié

dans le cadre de la riposte à ces flambées de conduire les activités suivantes :

- Le renforcement de la surveillance des PFA ;
- Le renforcement de la vaccination de routine par l'utilisation du VPI ;
- La mise en place d'un plan de suivi et de vaccination des nomades dans l'espace et dans le temps.



Principaux défis dans la réponse à ces flambées épidémiques

Ces défis sont essentiellement liés au contexte épidémiologique dû à la pandémie à Covid-19. En vue d'assurer la réussite de ces campagnes, il s'avère important dans ce contexte :

- d'assurer une bonne gestion des rumeurs sur la vaccination avec une forte implication des autorités politico administratives, les leaders religieux et communautaires ;
- de garantir la protection des vaccinateurs et des bénéficiaires par la mise à disposition de kit de protection et le respect stricte des mesures barrières en vue d'éviter la propagation de l'épidémie à Covid-19 ;
- veiller à l'atteinte des populations nomades : géolocalisation de tous les ferrick et qui les vaccine ? et quand ?
- d'assurer la vaccination dans les zones d'insécurité avec l'implication des chefs de village, le recrutement local et les escortes militaires.

En conclusion, face aux flambées épidémiques de poliomyélite dues au virus dérivé de souche vaccinale de type 2 qui constituent une sérieuse menace épidémiologique non seulement pour le Tchad mais aussi la sous-région, et conformément aux procédures opérationnelles de gestion des épidémies de polio, des ripostes vaccinales ont été conduites sur les 2 premiers foyers c'est-à-dire celui de Mandelia et de Mongo. Toutefois, du fait de la faible qualité de ces interventions, de la faible performance de la vaccination de routine et de la suspension des ripostes vaccinales à cause de la pandémie à Covid-19, il a été enregistré une extension de ces flambées à d'autres localités du pays. La nécessité d'une riposte énergique et de qualité s'impose dans les districts identifiés par l'analyse du risque dans les semaines à venir avec l'accompagnement de tous les partenaires de l'IMEP.



Les Comptes Nationaux des Personnels de Santé, pour une planification réaliste, une gestion rationnelle et un suivi régulier des ressources humaines en santé au Tchad

Mr Ahmat Mahamat Moustapha, Directeur des Ressources Humaines, de la Formation et des Archives/MSPSN
Mr Oumar Taboye, Directeur Adjoint des RHFA/MSPSN
Mr Abatcha Kadai Oumar, point focal Ressources humaines/OMS

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 considère la Couverture Santé Universelle (CSU) comme essentielle pour atteindre toutes les autres cibles relatives à la santé. La cible 3 des Objectifs de Développement Durable (ODD) vise à « accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste des personnels de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement » (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275750>).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ses partenaires ont élaboré la Stratégie mondiale sur les Ressources Humaines pour la Santé à l'horizon 2030 (SMRHS) pour accélérer le progrès vers la CSU et les ODD en garantissant l'accès équitable au personnel de santé au sein de systèmes de santé renforcés. En mai 2016, la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la Stratégie et adopté la résolution WHA69.19 pour soutenir sa mise en œuvre. Cette résolution (WHA69.19) exhorte les États membres à consolider un ensemble clé de données sur les ressources humaines pour la santé et à les soumettre annuellement à l'Observatoire mondial de la santé (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-en.pdf). Ils doivent aussi mettre progressivement en œuvre les Comptes Nationaux des Personnels de Santé (CNPS) pour appuyer le développement des politiques et de la planification au niveau national ainsi que pour assurer le suivi et la recevabilité de la SMRHS.

Les Comptes Nationaux des Personnels de Santé : de quoi s'agit-il ?

Les Comptes Nationaux des Personnels de Santé (CNPS) sont un système par lequel les pays amélior-

ent progressivement la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données sur leurs personnels de santé, contribuant ainsi à instaurer la Couverture Santé Universelle et à atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) ainsi que d'autres objectifs sanitaires nationaux et mondiaux (Guide CNPS/OMS. 2015) [National health workforce accounts: implementation guide ISBN 978-92-4-251444-5.]

Avec l'apparition de la pandémie de Covid-19, qui a mis en évidence les limites de tous les systèmes de santé dans toutes les contrées, il est indispensable de réfléchir et de se pencher sur la production, le recrutement, le déploiement et la fidélisation des agents de santé pour une meilleure réponse dans la prise en charge des patients et une protection maximale des agents de santé quelle qu'en soit la pathologie. En un mot, les systèmes de santé doivent être résilients face à la survenance de toute épidémie ou pandémie.

Ainsi, les CNPS s'inscrivent dans un cadre d'analyse du marché de travail au titre duquel un suivi des indicateurs clés est effectué pour obtenir une vue d'ensemble de la dynamique des personnels de santé dans le pays considéré. Ce cadre englobe plusieurs secteurs dans le but de produire une évaluation globale des données sur les Ressources Humaines en Santé (RHS). Ceci nécessite de disposer d'informations sur la densité des agents de santé, mais aussi sur leur formation, leur financement, leurs migrations.

Le cadre de mise en place des Comptes Nationaux des Personnels de Santé

Un guide a été produit pour les acteurs concernés qui puissent utiliser la plateforme pour produire des informations fiables permettant une prise de décisions consensuelles qui prennent en compte tous les paramètres endogènes et exogènes de la gestion des RHS.

Le guide est destiné aux :



- décideurs et administrateurs de programmes ayant un rôle dans les politiques stratégiques des RHS au sein du Ministère de la Santé Publique ou d'organes à qui cette fonction a été déléguée
- décideurs, responsables et administrateurs de programmes dans des secteurs concernés tel que l'éducation, l'emploi et le travail, les affaires sociales, l'économie et les finances, les commissions de la fonction publique, organismes de statistiques et instituts de santé nationaux, monde universitaire, associations de personnels de santé et conseils professionnels de la santé, représentants du secteur de l'assurance (public et privé)
- autres organisations et conseillers intervenants dans le suivi et l'utilisation des données sur les RHS au niveau national et international.
- chercheurs intéressés par la production et l'analyse de données sur les RHS.

Le guide comprend plusieurs modules qui prennent en compte l'ensemble de la problématique de gestion des RHS. Ainsi, la contribution de chaque acteur ou de chaque secteur est prise en compte et l'implication de chacun d'entre eux est une obligation pour le secteur de la santé. Ainsi, plusieurs objectifs et résultats sont visés et les pays sont sollicités pour contextualiser chacun des modules afin de répondre à l'atteinte des objectifs de la CSU et ODD. La figure 1 montre le

cadre conceptuel de la mise en place des Comptes Nationaux des Personnels de Santé.

Selon le Guide, la phase de conceptualisation consiste à définir le cadre des CNPS et sa gouvernance et à recenser les partenaires clés qui formeront un groupe de travail chargé de suivre et d'analyser les statistiques sur les personnels de santé et d'établir les rapports correspondants. La phase de mise en œuvre opérationnelle couvre l'ensemble du processus, c'est à dire la conception du flux de données, l'identification du type de données et du format de données, la collecte des données proprement dite, les aspects juridiques et, enfin, l'agrégation des données. La dernière phase porte sur l'intégration globale du cadre, le processus de révision et la durabilité des CNPS, en identifiant de nouvelles perspectives et en adoptant les éventuels changements requis.

Pour être efficaces, les activités visant à renforcer les données sur les RHS dans le cadre des CNPS doivent être collaboratives, les responsabilités des parties prenantes étant définies au sein d'une structure nationale.

Les États Membres qui mettent en place des CNPS doivent le faire de façon systématique, en harmonie avec les systèmes d'information sanitaire existants, c'est à dire en veillant à « ne pas nuire ».

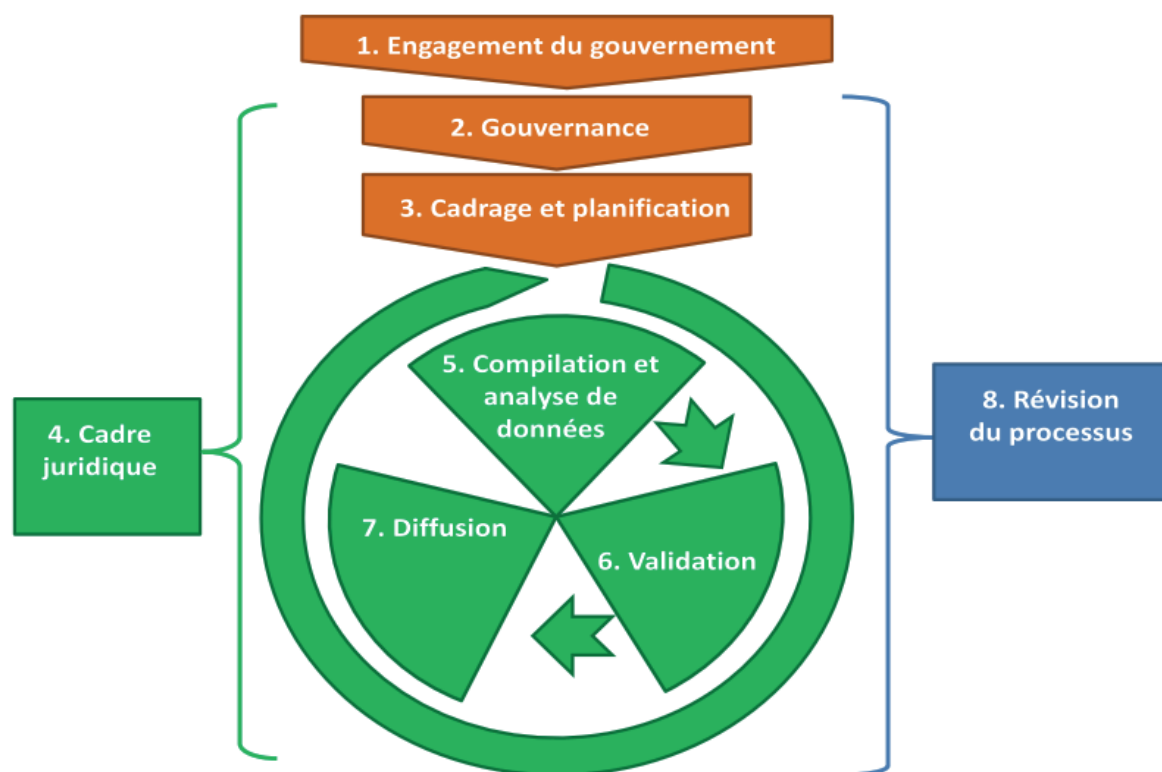


Figure 1 : Vue d'ensemble pour la mise en place des CNPS

(Source : *Guide CNPS OMS/2015 [National health workforce accounts: implementation guide ISBN 978-92-4-251444-5.]*)



Qu'en est-il du processus engagé au niveau du Tchad pour la mise en place des CNPS ?

Le Tchad est confronté à des problèmes dus d'une part à l'insuffisance quantitative des Ressources Humaines en Santé (RHS) à cause des contraintes budgétaires, de leur répartition déséquilibrée et à la complexité des redéploiements ; et d'autre part à l'insuffisance qualitative des RHS qui concerne les filières traditionnelles (infirmiers certifiés, IDE, SFDE, médecins généralistes, etc.). Plusieurs facteurs y contribuent : l'inadaptation des structures, des procédures et des outils de gestion aux exigences d'une gestion collective et prévisionnelle des effectifs, les insuffisances dans la gestion opérationnelle des RHS et le foisonnement des écoles privées de formation en santé au détriment de la qualité des enseignements qui engendrent la sous qualification des jeunes diplômés.

Le processus pour la mise en place des CNPS au Tchad a été engagé après une première formation des formateurs organisée par l'Organisation mondiale de la Santé pour les pays francophones de la Région africaine à Abidjan en fin 2018. L'engagement pris par les Etats Membres de l'OMS est de mettre en place tous les mécanismes nécessaires pour que les CNPS se réalisent avant la fin 2020. Deux cadres du Ministère de la Santé Publique et le point focal système de santé de l'OMS ont bénéficié de cette formation et cela a permis d'apporter un appui technique à la Direction des Ressources Humaines, de la Formation et des Archives pour que le processus (figure 2) puisse être déclenché.

Le Ministère de la Santé Publique a réaffirmé sa volonté politique en mettant d'abord dans un premier temps un Comité technique multisectoriel par arrêté n° 137/PR/MSP/DG/DRHF/SDGP/2020 du 04/03/2020. Ce comité comprend les départements de la Fonction publique, de l'enseignement supérieur, de la Défense et la société civile (syndicat, ordres et association des professionnelles de santé) afin de réfléchir sur le démarrage effectif. A cet effet, plusieurs réunions statutaires ont été organisées permettant de produire les Termes de Référence et le budget sur l'ensemble du processus avec l'appui technique de l'OMS. Pour ce faire, deux premiers ateliers ont été organisés et ont porté sur :

- **La cartographie pour la mise en place des CNPS**
- **Le cadrage et la gouvernance des CNPS**

L'objectif de la cartographie était de faire l'inventaire des outils existants et leur utilisation pour la gestion des ressources humaines pour la santé en faisant l'analyse sur les systèmes d'informations, les parties prenantes et les ressources disponibles.

De manière spécifique, il s'agissait de :

- Recenser les systèmes d'informations existants pouvant être utilisés pour les CNPS ;
- Présenter le manuel des CNPS ;
- Identifier les secteurs (les parties prenantes) qui pourraient renseigner les CNPS ;
- Discuter et choisir les indicateurs qui répondent au contexte du pays.

Pour ce qui concerne les systèmes d'informations existants, trois outils de collecte des données ont été présentés par le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de la Fonction Publique et celui de l'enseignement supérieur. Ce sont :

- le recensement physique des agents du MSP ;
- le Système Intégré de Gestion Administrative et Salariale du Personnel de l'Etat (SIGASPE) qui est une application conçue pour permettre un traitement informatisé des actes administratifs concernant la carrière des agents de la Fonction Publique y compris les agents de santé ;
- l'outil de l'enseignement supérieur appelé « Stat Educ », dont l'objectif est de produire l'annuaire statistique pour faire le diagnostic en vue de la prise de décisions et la planification des activités du système éducatif.

L'atelier de cadrage et de gouvernance des CNPS a permis de proposer les organes nécessaires pour un processus beaucoup plus fluide et assurant une certaine garantie pour la fiabilité des données qui seront saisies sur la plateforme en ligne. La validité des données doit être sous la supervision des organes qui sont dédiés à cet effet. Pour que tout le processus édicté par le Guide sur les CNPS soit définitivement complété, des projets de textes ont été élaborés pour que tous les organes soient mis en place de la coordination du processus en passant par l'éthique, la validation des résultats jusqu'à la publication des résultats. Un travail préliminaire a été fait et qui sera validé par les autorités du MSP. Il s'agit de :

- Listing des Points Focaux Sectoriels (PFS-CNPS) par chaque partie prenante ;
- Elaboration d'un projet d'arrêté portant création organisation et fonctionnement du Comité de Travail multisectoriel et multipartite (GTMM-CNPS), et son Secrétariat,
- Désignation/Création d'un Comité de Travail Technique et d'une Cellule de Communication par le GTMM, en définissant leurs mandats et les questions prioritaires à analyser.

L'atelier a permis de travailler sur la plateforme en ligne pour que chaque membre du Comité technique puisse s'exercer et comprendre le fonctionnement du logiciel. Deux appuis techniques de l'OMS/siège (département des ressources humaines) avec



l'organisation des deux réunions virtuelles pour que le principe de la saisie sur la plateforme en ligne soit maîtrisé par les points focaux et les autres membres du Comité technique.

Par ailleurs, pour la collecte des données, une soixantaine d'indicateurs sont prévus dans le guide de mise en place des CNPS. Le comité technique a analysé chaque indicateur et a retenu ceux qui sont déjà produits et ceux pour lesquels leur production est jugée utile par le comité technique lors de l'atelier.

Les résultats sur le marché de travail et la charge de travail sont disponibles et l'on dispose des éléments d'analyse sur les ressources humaines existant sur le terrain, la production, le recrutement, le déploiement et la fidélisation des agents de santé ainsi que les résultats sur la charge de travail au sein de quelques formations sanitaires selon les catégories professionnelles. L'accent a été mis pour cette dernière étude sur les soins de santé primaire notamment le couple mère-enfant.

Les données clés pour la mise en place des CNPS

• Les résultats du recensement physique des agents de santé

Le recensement a permis d'identifier les ressources humaines effectivement présentes sur le terrain aux fins de constituer une base fiable de données du personnel de santé. Le tableau 1 montre les résultats de ce recensement en 2019.

Tableau 1 : Résultats de recensement 2019 dans les différents services et en cours de formation

Intitulés	Nombre
Agents recensés dans les différentes DSP/Budget de l'Etat	5350
Agents recensés au niveau central Budget Etat	1933
Agents qui émargent sur le recouvrement des coûts dans les 23 DSP	1767
Agents qui émargent sur le recouvrement des coûts dans les 4 hôpitaux de référence	847
Médecins en formation 2015-2024 toutes spécialités confondues	172
Paramédicaux en formation 2015-2024 toutes spécialités confondues	302
Administrateurs en formation 2015-2024	26

Source : Rapport de recensement DRHFA/MSP 2019

• La production des personnels de santé

Au total, 8.439 RHS toutes catégories confondues ont été produites au Tchad au cours de la période de l'étude sur le marché de travail (2011-2015) par l'ensemble des institutions de formation publiques et privées dont 4.557 hommes et 3.882 femmes. Cette production a largement concerné les deux catégories paramédicales

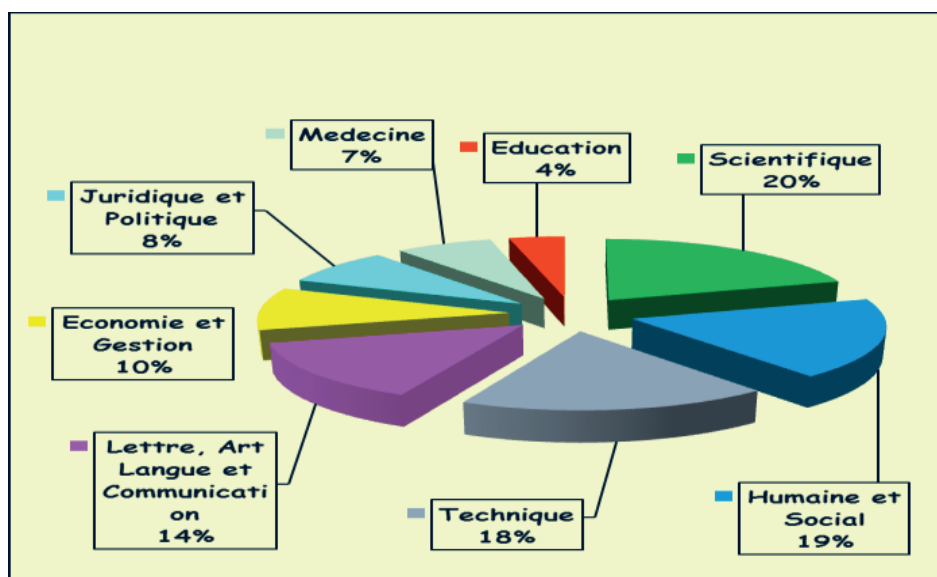


Figure 2 : Répartition des étudiants en formations dans les facultés d'enseignement supérieur en 2019

(Source : Annuaire statistique MESRS/2019)

à savoir les Infirmiers Diplômés d'Etat et les Agents Techniques de Santé/Accoucheuses qui sont respectivement au nombre de 2.949, soit 34,94% et de 4.037, soit 47,84%. Seulement 227 Médecins (2,69%) ont été formés au Tchad durant la période de l'étude dont 205 hommes et 22 femmes, ce qui représente une production moyenne annuelle d'environ 45 Médecins.

L'outil « Stat Educ » a le mérite de fournir des informations à la fois sur les enseignements et sur les étudiants dans toutes les facultés et donne une idée de la production des agents (formation des médecins et autres techniciens de la santé) par l'Enseignement supérieur (figure 2).

• Le recrutement des personnels de santé

En dépit des besoins globaux importants, on note que la capacité d'absorption des diplômés en santé reste globalement faible sauf dans la catégorie des médecins où les besoins sont les plus élevés. Ces besoins globaux contrastent avec la production des RHS qui ne suit pas cette demande potentielle. Tandis que la production des médecins est plus faible que celle des paramédicaux, leur demande potentielle est plus forte.

La figure 3 fait une comparaison des capacités d'absorption entre l'éducation et la santé. La tendance est en faveur de l'éducation.

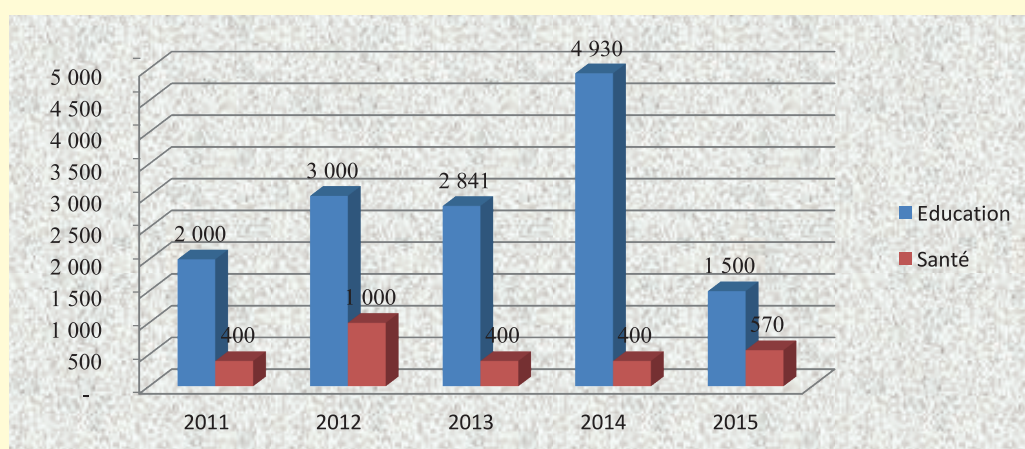


Figure 3 : comparaison de la capacité d'absorption des ressources humaines produites entre le secteur de l'éducation et celui de la santé

(Source : Rapport étude du marché de travail (2019) DRHFA/MSP)

• Le déploiement des personnels de santé

Au-delà de la disponibilité du personnel de santé, sa répartition est d'autant plus importante qu'elle procède de l'équité, du respect des droits humains liés à la santé. Toutefois, malgré la mise en œuvre des stratégies de déploiement des personnels de santé, la disparité entre zones urbaines et rurales persiste comme le montre la figure 4.

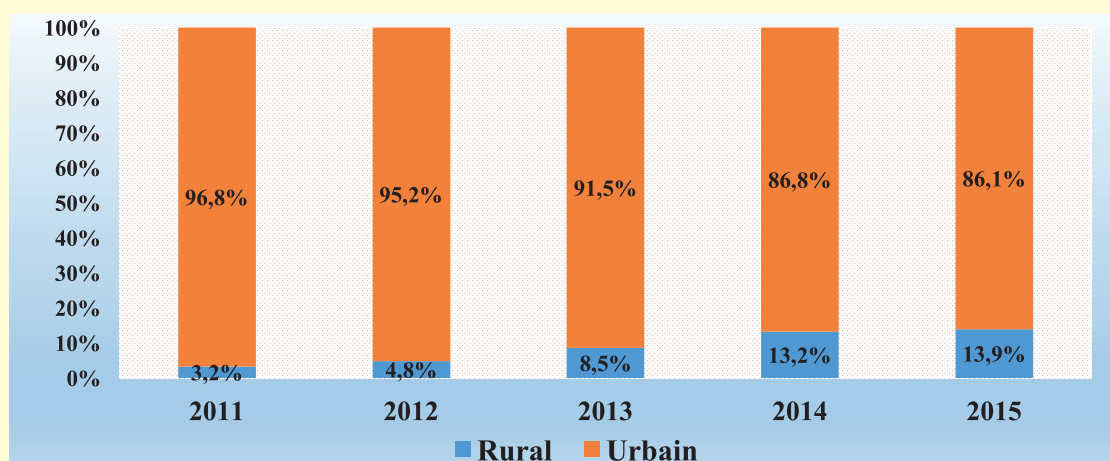


Figure 4 : Répartition du personnel de santé entre milieu urbain et milieu rural de 2011 à 2015

(Source : Rapport étude sur le marché de travail (2019) DRHFA/OMS)



• La fidélisation des personnels de santé

Les facteurs explicatifs de la fidélisation des RHS ont été analysés. Le lien entre ces facteurs et l'exercice en zone rurale ou austère/mal desservie ainsi que l'attrition au secteur de santé est mesurée à travers les tests de Khi – Deux et les régressions logistiques.

Seuls 3,1% des RHS ont admis avoir choisi le métier de santé pour des raisons purement économique.

Parmi les catégories de RHS, ce sont un quart des assistants sociaux qui ont embrassé leur métier

dans l'optique d'obtenir des avantages financiers (25%) ainsi que 10% des administrateurs/gestionnaires des hôpitaux.

Quant au choix du métier de santé pour des raisons non économiques, 90,18% des RHS ont choisi le métier par vocation, 32,98% des RHS ont choisi le métier du fait du respect accordé au professionnel de santé et 20,35% l'ont choisi pour les avantages non financiers. Ces résultats corroborent ceux des étudiants/élèves en santé.

• L'efficacité de l'investissement en RHS

L'étude sur l'efficacité de l'investissement est en cours de finalisation mais le rapport préliminaire est disponible et donne déjà une certaine indication sur les besoins pour une couverture santé universelle au Tchad. Les résultats ont permis de mettre en exergue le rapport entre l'espérance de vie, la densité de la population et la disponibilité

des RHS.

Les pays de la zone CEMAC ayant les plus faibles densités en personnels de santé (Tchad, Cameroun, RCA) présentent les plus faibles Espérances de Vie à la Naissance (Rapport de l'étude sur l'efficacité en investissement en RHS).

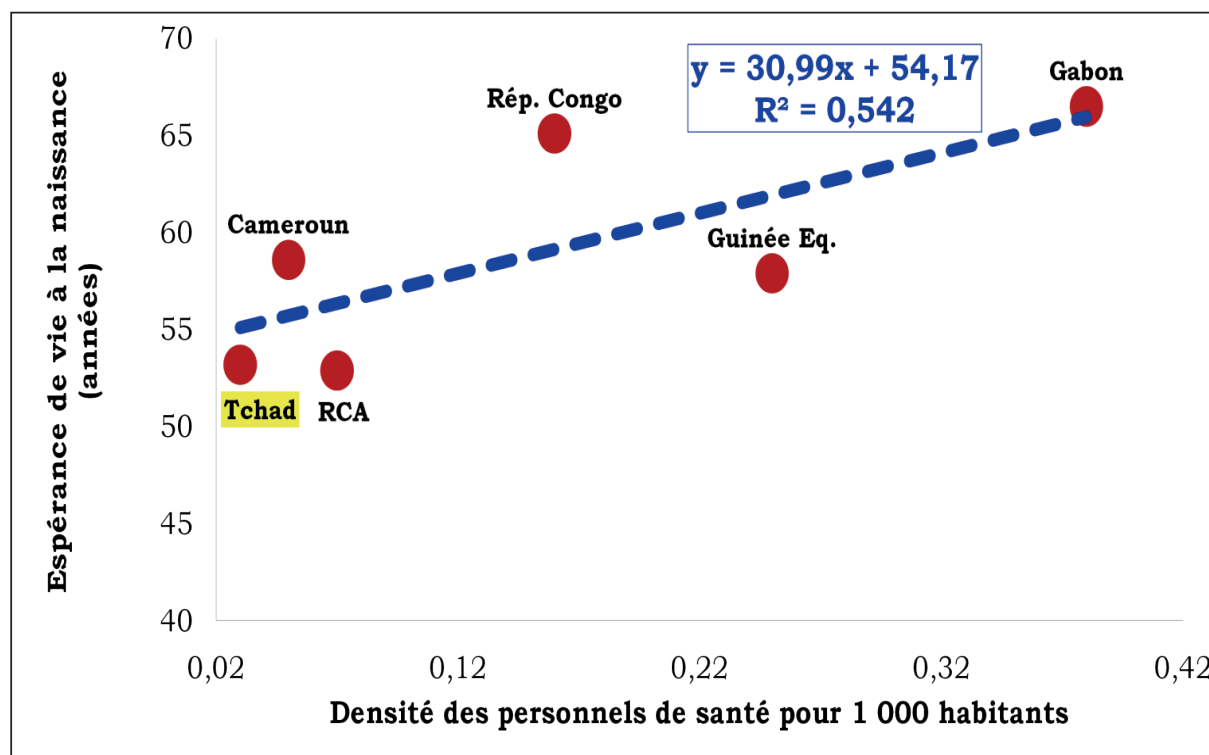


Figure 5 : Relation entre l'espérance de vie et la densité en personnels de santé dans les pays de la zone CMEAC

(Source : Rapport préliminaire de l'étude sur l'efficacité de l'investissement en RHS 2019)



En fonction des résultats de l'étude sur l'efficacité de l'investissement en RHS, une estimation des besoins en ressources humaines pour la santé a été faite pour les catégories essentielles (médecins généralistes, infirmiers diplômés d'Etat, Sages-femmes diplômés d'Etat, agents de santé...). Le tableau 2 présente ces besoins en 2019 et la projection des ces besoins en 2030 considérant la croissance démographique.

Tableau 2 : Besoins RHS induits par la croissance démographique et les normes RHS

	Année 2019	Année 2030
Population	15 778 417	21 841 019
RHS Tchad	4 769	6 601
Ratios RHS	3	3
Norme 1(pour 10000 hbts)	23	23
Norme 2 (pour 10000 hbts)	45	45
RHS attendues Norme 1	36 290	50 234
RHS attendues Norme 2	71 003	98 285
Gap Norme 1	31 521	43 633
Gap Norme 2	66 234	91 683
Recrutement annuel Norme 1		4133
Recrutement annuel Norme 2		8501

(Source : Rapport préliminaire étude sur l'efficacité de l'investissement en RHS 2019)

Ce tableau met en évidence le gap important entre ce qui existe et les normes qu'il faudra avoir pour que les services de santé répondent aux besoins de la population avec des personnels qualifiés.

Le recrutement annuel moyen à l'horizon 2030 selon la norme 1, est de 4 133 agents de santé pour les services essentiels et 8 501 agents pour la norme 2. Si l'on prend en compte les besoins selon les normes, il faudra de 2020 à 2022 un total de 12 399 agents pour la norme 1 et 25 503 agents pour la norme 2.

En conclusion, des efforts importants ont été faits pour aller vers une véritable gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé. Des études diagnostiques ont été entamées et des informations peuvent être exploitées afin d'élaborer des documents des politiques et stratégies plus réalistes et aller vers une gestion stratégique et rationnelle. Il est également à souligner que la pandémie de Covid-19 est venue renforcer le rôle combien important des ressources humaines dans le système de santé mais en tenant

compte de tous les paramètres qui le composent.

En outre, ce travail va aider à la budgétisation prévisionnelle et à la répartition équitable des RHS au niveau central, dans les provinces et dans les districts. La réflexion doit être conduite en prenant toujours en compte les notions de la production, de recrutement, de déploiement et de la fidélisation (toutes les conditions qui doivent concourir à une bonne mission des services publics dans le secteur de la santé doivent être analysées).

Il faut aussi saluer l'effort fourni par l'Etat en recrutant plus de 1600 agents de santé toutes catégories confondues en 2020. Cet effort doit être accompagné par une planification réaliste, une gestion rationnelle et un suivi régulier en intégrant toujours la problématique des urgences (choléra, méningite, Covid-19, Chikungunya...) dans toutes les stratégies. Cela permettra de faciliter l'accès des populations aux services de soins de qualité tout en respectant l'équité, l'efficacité et l'efficacé.



La Carte Sanitaire 2019-2025 du Tchad : une avancée dans la gestion et la prise de décision pour renforcer le Système national de Santé

Dr John EYONG EFOBI, HSS OMS TCHAD

La carte sanitaire est un rapport qui dresse un état des lieux détaillé du secteur de la santé. Elle présente la situation des infrastructures, des équipements, des ressources humaines, ainsi que le profil sanitaire du pays, les services disponibles et les performances des structures sanitaires. C'est aussi un document de planification en matière d'accès à l'offre des services de soins et un outil de prise de décisions. Pour cette raison, le Tchad vient de se doter de sa première carte sanitaire avec l'appui financier de l'OMS, GAVI du

Fonds mondial et du Ministère de la Santé. Le but de ce papier est de partager d'une part l'expérience du pays en termes de méthodologie et de résultats obtenus, et d'autre part identifier les défis liés à la mise à disposition d'une carte sanitaire afin de proposer des solutions pour les relever.

La démarche méthodologique d'élaboration de la carte sanitaire et les résultats obtenus

• Méthodologie

L'élaboration de la carte sanitaire a commencé par la définition des

thématiques et des sous thématiques telles qu'indiquées dans le tableau 1 par un comité technique mis en place à cet effet. Puis, des missions de collecte de données en utilisant les plateformes d'HeRAMS et Excel sur toute l'étendue du territoire, ont été effectuées. Les données ont été vérifiées et analysées au cours d'une série d'ateliers. Un ultime contrôle de qualité de la base de données a été réalisé par l'équipe d'experts HeRAMS de l'OMS à Genève. Cela a permis la finalisation de la base et de la Shapefile.

Tableau 1 : les Thématiques et sous thématiques de la carte Sanitaire

Thématiques	Sous-thématiques
1 Mise à jour des limites des districts sanitaires	
2 Couverture spatiale en formations sanitaires (FOSA)	2.2.1 Répartition Spatiale 2.2.2 Accessibilité
3 Fonctionnalité des formations sanitaires	
4 Ressources humaines	
5 Infrastructures	
6 Equipements et Logistique	2.6.1 Chaîne de froid 2.6.2 Moyens roulants 2.6.3 Equipements informatiques 2.6.4 Mécanisme de maintenance
7 Participation communautaire	2.7.1 FOSA avec COSAN/COGES 2.7.2 ASC
8 Partenariat	
9 Prestation /Performance des fosa	2.9.1 Couverture vaccinale 2.9.2 Distribution des MILDA. 2.9.4 SONUB/SONUC
10 Financement	
11 Hygiène et Assainissement	2.11.1 Accès à l'eau 2.11.2 Evacuations des déchets
12 Médicaments et consommables médicaux	
13 Communication	2.13.1 Téléphone et Internet 2.13.2 Autres moyens de Communication
14 Energie	
15 Système d'information sanitaire	2.15.1 Promptitude et Complétude des RMA 2.15.2 Rapports annuels 2.15.3 Surveillance épidémiologique



Tableau 2 : Type et nombre de structures sanitaires identifiées

Type de structure sanitaire	Nombre total identifié	Nombre de structures sanitaires fonctionnelles
Hôpitaux nationaux et assimilés	07	07
Hôpitaux provinciaux	23	23
Hôpitaux de Districts de santé	150	110
Centres de santé	1856	1672
Hôpitaux privés confessionnels	10	10
Centres de santé privés confessionnels	199	199

Résultats obtenus

Au total 812 cartes ont été produites. La figure 1 donne les détails sur la situation de découpage des provinces et districts et la figure 2 indique l'état de fonctionnement des formations sanitaires. Les limites des districts de santé ont été mises à jour avec précision à l'aide de coordonnées GPS. Le tableau 2 indique le nombre et le type de structures sanitaires recensées. Aussi, 156 Centres de santé fictifs ont été découverts et supprimés de la base de données existantes. En termes de ressources humaines, à titre d'exemple le Tchad dispose de 01 médecin pour 26 712 habitants, 01 Sage-femme pour 5 707 femmes en âge de procréer et la densité du personnel soignant pour 10 000 habitants est de 2,52. La figure 3 montre la situation des ressources humaines en santé.

Concernant la logistique, on note que 33% des formations sanitaires n'ont pas la chaîne de froid. Au total, 42 districts de santé ne disposent pas de kit informatique complet (ordinateur, imprimante et photocopieuse). Seul 17% disposent d'électricité en permanence dont 5% connectés sur le réseau électrique national et 12% utilisant un groupe électrogène.

Les indicateurs vaccinaux montrent que 14 districts ont une couverture de 50% en Penta 3; et 101 sur les 126 districts sanitaires ont moins de 90% de couverture vaccinale contre la rougeole.

Sur le volet hygiène et assainissement, 22% des formations sanitaires n'ont pas une source d'eau et 33% n'ont pas l'eau en quantité suffisante. Seulement 24% des formations sanitaires disposent d'un

système d'évacuation des déchets biomédicaux suffisant et seuls 24% de FOSA ont des toilettes en nombre suffisant.

Sur le plan de la communication, 88% des formations sanitaires disposent d'un téléphone mobile, 3% ont accès à Internet en permanence.

Enfin, pour ce qui est de la participation communautaire à la gestion des centres de santé, la quasi-totalité des comités de santé existants ne fonctionnent pas. On note cependant l'existence de 5.166 Agents de Santé Communautaire.

Sur la base des résultats obtenus, une programmation des investissements et interventions a été faite pour la période 2021-2025 sur recommandation de l'actuel ministre de la Santé.

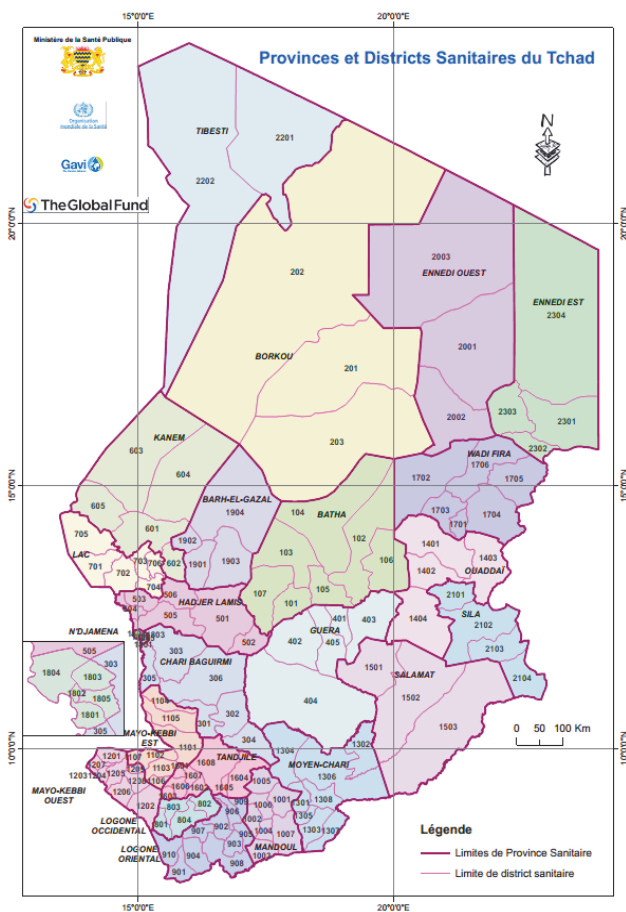


Figure 1: Découpage des Provinces Sanitaires et Districts Sanitaires

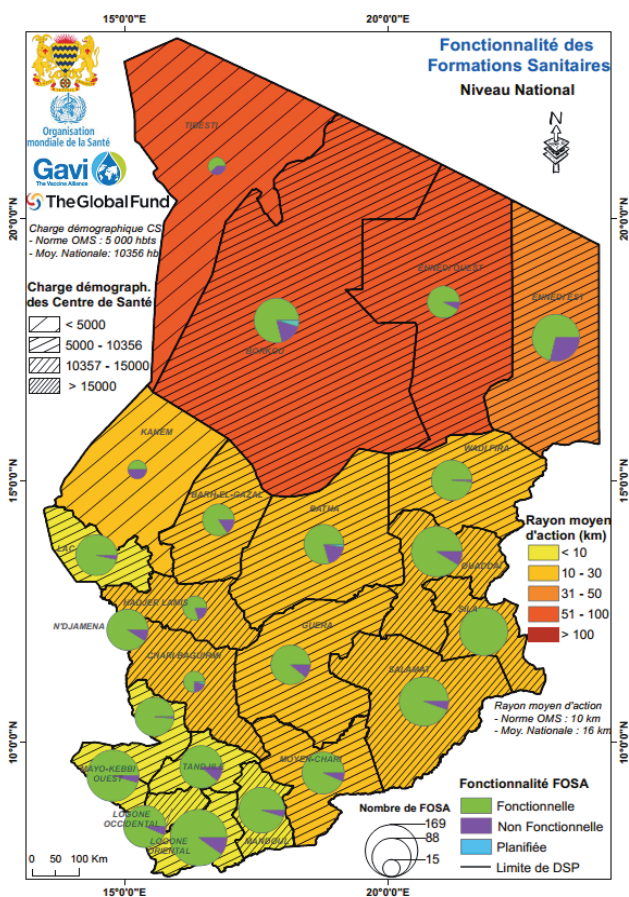


Figure 2 : Fonctionnalité des formations sanitaires par Délégation sanitaire provinciale

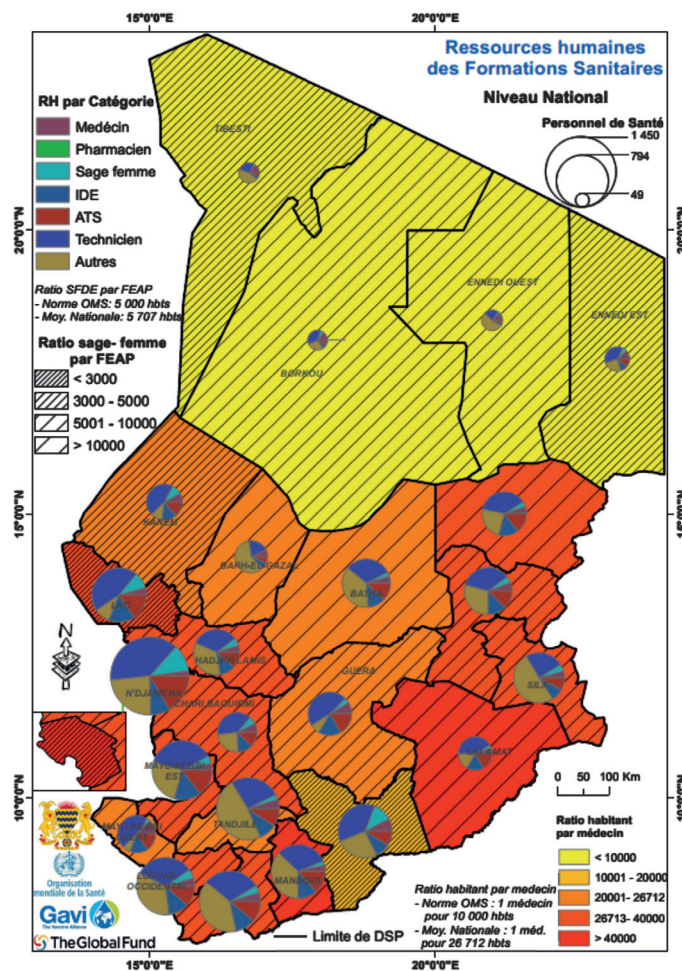


Figure 2: Ressources humaines au niveau national par DSP

Les défis liés à la réalisation de la carte sanitaire

La carte sanitaire a révélé plusieurs défis qui impliquent des décisions souvent politiques. Par exemple, certaines formations sanitaires ont été créées sans nécessité au regard de leur nombre dans une aire géographique donnée, de leur emplacement, de la taille de la population couverte mais aussi des besoins en équipements et des produits médicaux nécessaires pour leur fonctionnement. Plusieurs formations sanitaires ne sont pas fonctionnelles par manque d'équipements, de personnels et produits médicaux. De plus, la répartition spatiale des formations sanitaires n'est pas satisfaisante au regard de la densité de la population dans une centaine de localités et la distance séparant ces populations et le centre de santé le plus proche.

Aussi, la carte sanitaire implique d'une part, une meilleure planification des interventions du Plan d'action annuel, notamment en allouant des ressources sur la base des prévisions d'investissement telles que définies dans la carte sanitaire. D'autre part, elle implique de nouvelles initiatives à savoir la décentralisation de cette dernière vers les niveaux périphériques. Il est donc opportun, sinon indispensable d'appuyer les

délégations et les districts sanitaires pour que chacun puisse élaborer sa propre carte sanitaire qui l'aidera dans sa planification et prise de décision.

Enfin, la carte sanitaire est une opportunité pour améliorer le paramétrage de la plateforme de la surveillance DHIS 2, un outil de collecte, de validation, d'analyse et de présentation de données statistiques agrégées et basées sur les patients, adapté (mais non limité) aux activités de gestion intégrée des informations de santé.

En conclusion, l'élaboration de la présente carte sanitaire est le résultat d'un processus participatif multisectoriel à tous les niveaux. Les partenaires techniques et financiers au premier rang desquels l'OMS, ont aussi contribué activement. Les défis en termes d'infrastructures, équipement, ressources humaines etc... mis en lumière par la carte sont énormes et seront relevés par un meilleur investissement et suivi en fonction des projections faites jusqu'en 2025. La carte facilitera la mise en oeuvre de la couverture sanitaire universelle et l'atteinte de l'objectif 3 des ODD.



La délégation des tâches comme stratégie incontournable pour booster le 2^e objectif 90 : état de mise en œuvre au Tchad

Noël DJEMADJI OUDJIEL¹ . Fadéné LAKINE² ; Mahamat Nour DOBIO²
(1= Organisation Mondiale de la Santé ; 2 = Programme Sectoriel de Lutte contre le Sida)

La délégation des tâches est l'une des stratégies novatrices des méthodes d'approches différenciées qui consiste à déléguer certaines tâches à travers un système de « redistribution rationnelle entre les équipes de personnels de santé. Les tâches spécifiques sont déléguées d'agents de santé hautement qualifiés (Médecins) vers les paramédicaux (Assistants médicaux, Infirmiers Diplômé d'Etat, Sages Femmes Diplôme d'Etat et Agents Techniques de Santé) et agents de santé communautaires afin d'utiliser plus efficacement les ressources humaines disponibles pour la santé »

[directives nationales relatives à la délégation des tâches pour le passage à l'échelle des services de prévention, soins et traitements de l'infection à VIH à l'usage des médecins, paramédicaux et agents communautaires].

Le Tchad a adopté cette directive afin d'accélérer l'accès universel aux soins à toutes les personnes vivant avec le VIH et d'atteindre les objectifs 90-90-90 en fin 2020 puis à l'objectif d'élimination du Sida d'ici 2030. Pour atteindre ces résultats, le pays a élaboré

plusieurs documents (Plan Stratégique Nationale de la riposte du Sida au Tchad 2018-2022, Plan National e-TME de 2017-2021) et des stratégies multiples ont été définies. L'une de ces nombreuses stratégies est l'extension de la fourchette de délégation de tâches aux paramédicaux et aux agents de santé communautaires. Plusieurs actions ont été entreprises pour rendre effective cette délégation de tâches.

L'objectif de cet article est de mettre l'accent sur cette approche qui apparaît comme une solution indiquée pour un pays à ressources limitées comme le Tchad pour l'accès universel au conseil, dépistage, soins et traitement des personnes vivant avec le VIH.

Après un bref rappel de la situation épidémiologique du VIH au niveau du Pays, nous aborderons le processus de mise en œuvre de la délégation des tâches qui sera suivi de l'état actuel de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Les perspectives pour le passage effectif de la délégation des tâches seront aussi évoquées. Nous terminerons par des recommandations pour booster/accélérer la couverture du traitement antirétroviral.

Rappels épidémiologiques

Prévalence du VIH au Tchad (Tchad : Enquete Demographiques et de Santé à Indicateurs Multiples 2014-2015)

Le Tchad est confronté depuis plus de trois (3) décennies à une épidémie du VIH de type généralisé avec une prévalence de 1,6% dans la population de 15 – 49 ans en 2015. Cette prévalence est de 1,8% chez les femmes et 1,3% chez les hommes. Elle est de 4.3% en milieu urbain et de 0,6% en milieu rural. A l'échelle des provinces, elle est de 5,3% au Borkou/Tibesti, 4,0% à N'Djamena et 0,1% au Logone Oriental (figure 1).

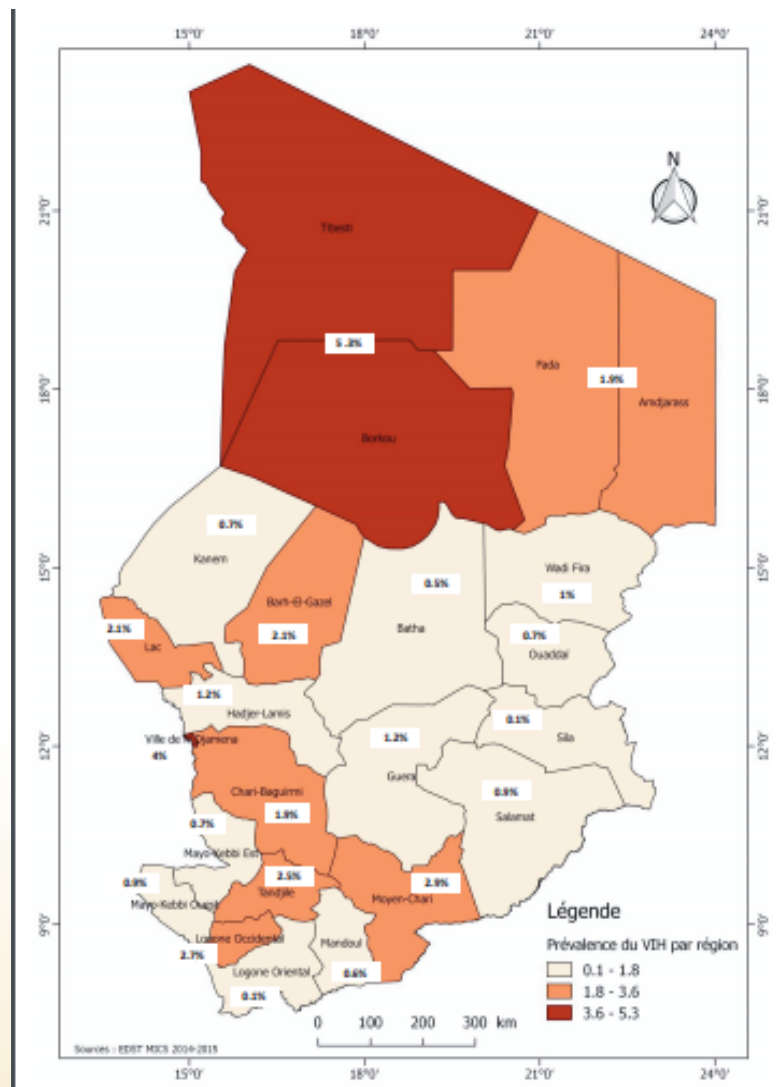


Figure 1 : Prévalence du VIH par province (EDST MICS 2015)

Nombre des personnes vivant avec le VIH au Tchad (Chad : HIV Estimates 2020)

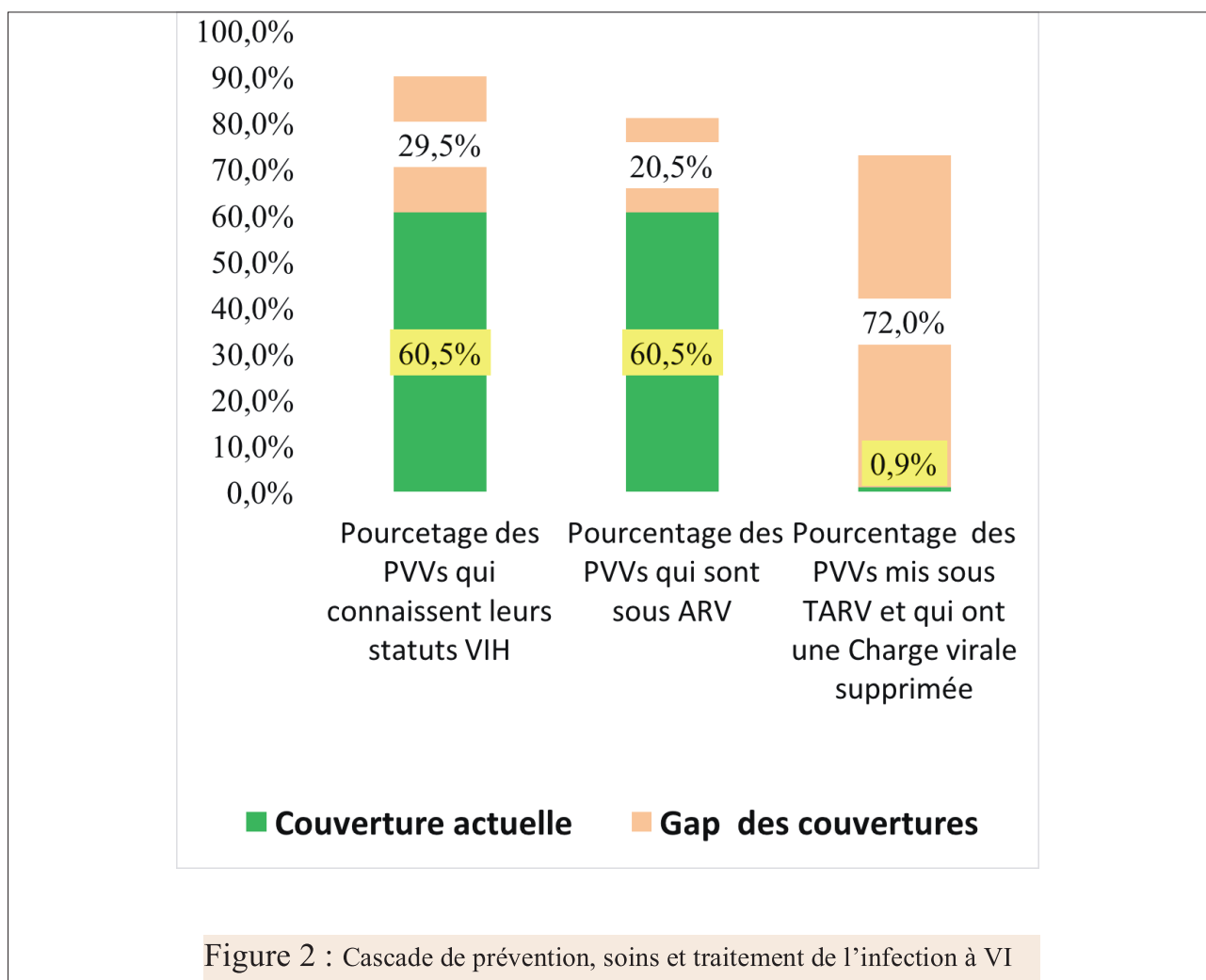
Le L'EPP/Spectrum estime à 120 000 le nombre des personnes qui vivent avec le VIH/Sida au Tchad. 72 000 [96 700 – 140 300] des ces personnes sont des femmes et 7 700 enfants de 0-14 ans. Près de 80,0% de ces personnes vivent dans 10 provinces à savoir : N'Djaména (24 402), Logone occidentale (11 919), Moyen Chari (10 935), Tandjilé (10 610), Chari Ba-

guirmi (7 047), Lac (5 841), Hadjer Lamis (4 362), Guéra (4 142), Mayo-Kébbi Est (3 478) et Barh El gazal (3 464). Le nombre des femmes enceintes ayant besoin d'un traitement antirétroviral est estimé à 9 500. Le nombre des adolescents et jeunes de 15-24 ans est estimé à 15 600 PVV.

Réponses nationales

En termes de réponse, la base des données du PSLs/IST au 30 juin 2020 montre que 72 573 PVV suivent un traitement antirétroviral au Tchad. 2845 d'entre elles ont moins de 15 ans et 11354 ont un âge compris entre 15 et 24 ans. La cascade des 90-90 se situe respectivement à 60,5% pour les deux premiers et moins de 1% pour le troisième 90. La couverture

TARV pédiatrique est à 20,3% soit seulement un enfant sur 5 qui a accès au TARV. Chez les femmes enceintes, cette couverture TARV qui était de 63% (4378/7000) en 2016 est passée à 70% (5273/7500) en 2017 puis à 74,9% (5619/7500) en 2018 et 67,3% (6256/9300) en 2019 (figure 2).



Processus de mise en oeuvre de la délégation de tâche au Tchad

Pour une couverture universelle de prise en charge du VIH à toutes les personnes seropositives, l'OMS recommande trois types de délégation de tâche schématisés comme suit (figure 3):

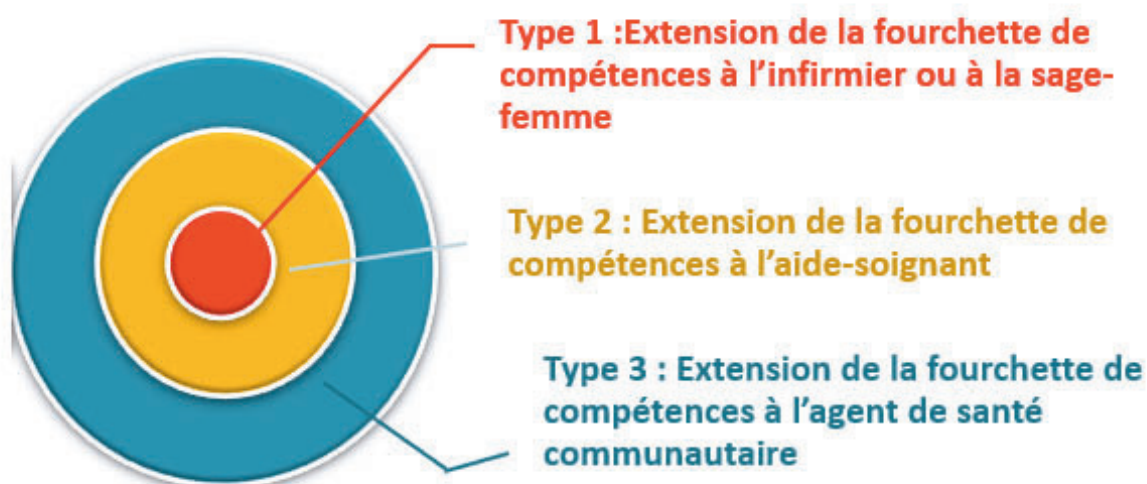


Figure 3 : types de délégation de tâche

Le processus de la Délégation de tâche a démarré au Tchad en juin 2013. Le Ministère de la santé publique par arrêté N° 4045/RT/PR/PM/MSP/SE/SG/2013 du 07 septembre 2013, institué dans la cadre de la PTME la délégation des tâches à tous les paramédicaux. Et par Note circulaire N°847/MSP/DG/PSLS/19 du 06

juin 2019, dans le cadre de la prise en charge du VIH la délégation des tâches à tous les paramédicaux et aux agents de santé communautaire.

Cette décision a été d'une importante efficacité car elle a permis d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Etat actuel de la Délégation de tâche au Tchad

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a, en 2017 appuyé techniquement et financièrement le pays en élaborant dans une approche participative et inclusive les directives nationales relatives à la délégation des tâches pour le passage à l'échelle des services de prévention, soins et traitements de l'infection VIH. Ce guide a été validé et 110 paramédicaux issus de sept délégations sanitaires que sont le Batha, le Lac, le Mayo Kebbi Ouest, le Ouaddai, le Sila et la Tandjilé ont reçu des formations y relatives. Sur le terrain, le personnel de santé s'active tous les jours pour offrir une prestation de qualité aux patients infectés et affectés par la question du VIH et ainsi améliorer la qualité des indicateurs.

Avec l'avènement de la pandémie à Covid19 qui a

bouleversé le fonctionnement des structures de santé, le Secrétariat Exécutif du Conseil National de lutte contre le Sida (SEN/CNLS) et le Programme Sectoriel de lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (PSLS/IST) du Ministère de la Santé ont, avec l'appui technique et financier de l'OMS et des autres Partenaires Techniques et Financiers (PFT), organisé un atelier de réflexion et d'adoption des stratégies pour assurer la continuité des soins aux patients sous ARV et sous antituberculeux. C'est ainsi qu'il a été décidé d'encourager fortement la dispensation plurimensuelle des ARV aux patients stables, surtout dans les zones dont la file active est importante. La figure 4 ci-dessous montre le poids de la file active par province en 2019.

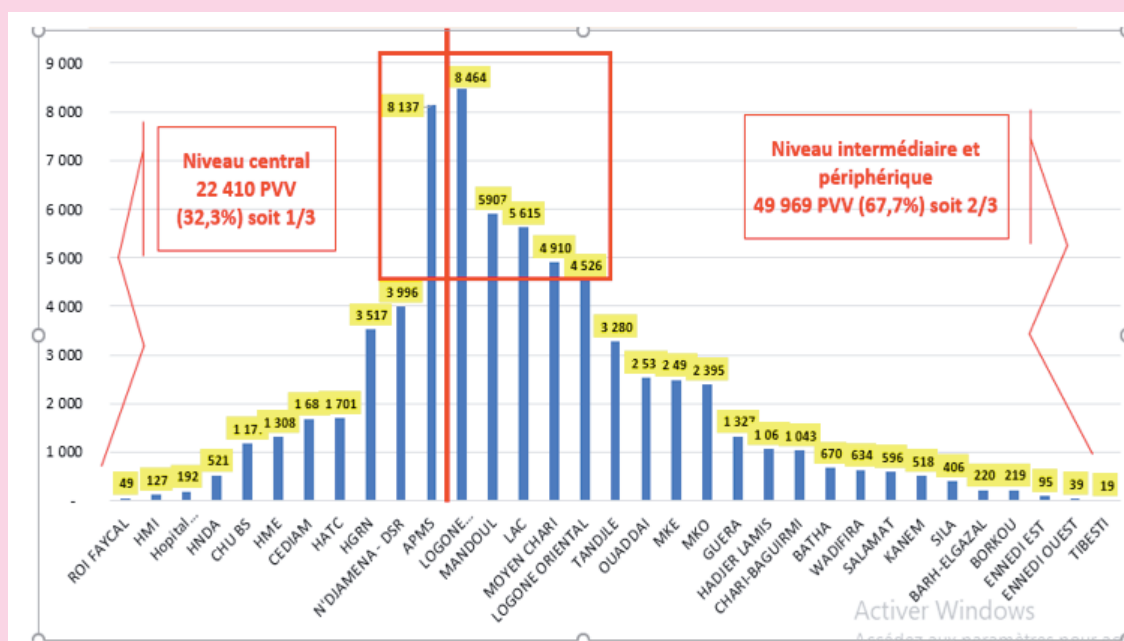


Figure 4 : poids de la file active par province en 2019

En définitive, il est à encourager que tous les professionnels de santé adhèrent à cette approche pour que la délégation des tâches soit effective à tous les niveaux. Nous pensons que les meilleurs résultats présentés par les provinces qui pratiquent la délégation des tâches couplée à une meilleure sensibilisation finiront par convaincre les réticents. Par ailleurs, dans le cadre du dispositif de riposte à la Covid_19 du Fonds Mondial, le Tchad vient d'obtenir plus de 9 000 000 d'Euros pour le renforcement des Programmes VIH, Tuberculose et Malaria. Une grande partie des activités prévues

dans ce financement est dédiée à la délégation des tâches dans ce contexte où il faut éviter tout engorgement dans les formations sanitaires. On peut donc espérer que le passage à l'échelle de la délégation des tâches s'en retrouvera sensiblement boosté. La conjugaison des efforts par le personnel de santé, y compris les acteurs communautaires et l'appui des partenaires techniques et financiers permettra d'améliorer la qualité de prise en charge des PVV et basculer le Pays vers l'élimination du VIH à l'horizon 2030.



Booster les interventions de lutte contre le paludisme au Tchad dans le contexte de la COVID-19

Dr MAHAMAT SALEH Issakha Diar, Coordonnateur du PNLP ; Dr Honoré Daoudongar DJIMRASSENGAR, Conseiller Paludisme OMS ; NTABANGANA, Spes Caritas MO Malaria Strategy, M&E, OMS ; Flory Mononi, Malaria Consortium ; Clement Kerah HINZOUUMBE, PALAT/PNUD.

En cette saison de pluie, les cas de paludisme sont récurrents au Tchad. Les plus vulnérables à cette maladie restent les femmes enceintes et les enfants. Et cela, malgré les campagnes de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) et de médicaments pour la prévention chez les enfants de moins de 5 ans. Au-delà des efforts entrepris en matière de prévention pour lutter contre ce fléau, le poids de la maladie est toujours présent. Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique dans la région Africaine et particulièrement au Tchad où il constitue le problème de santé numéro un. Selon l'Enquête nationale sur les Indicateurs du Paludisme au Tchad (ENIPT) de 2017, 71 % des ménages possédaient au moins une MILDA ; et sur l'ensemble du pays, le taux moyen d'utilisation était de 50,2 %. Les données du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) montrent que le paludisme demeure le premier motif de consultations (41,61%) et d'hospitalisation (41,70%). Le paludisme est hautement endémique au Tchad. La prévalence du paludisme dans la population générale au Tchad est de 40,9% (ENIPT-2017). Selon les mêmes données du PNLP, l'incidence du paludisme reste élevée. Elle est passée de 70 cas pour 1000 habitants en 2014 à 47 cas pour 1000 habitants en 2016. Mais à partir de 2017, elle a connu une hausse pour plafonner à 73,38 nouveaux cas pour 1000 habitants en 2019 (Source :

Rapport Evaluation finale PSN 2014-2018 et Rapport Annuel PNLP 2019).

Avec l'appui de l'OMS, le PNLP a réalisé la revue finale du plan stratégique 2014-2018 dont les recommandations ont permis d'élaborer le plan stratégique national (PSN) 2019-2023. Les interventions majeures retenues par le PNLP pour faire face au paludisme au Tchad sont :

- le diagnostic et la prise en charge des cas : la stratégie de tester et de traiter permet la prise en charge correcte des malades et les médicaments sont très bien connus. Les traitements contre le paludisme sont des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) en comprimé pour les cas simples et les médicaments injectables à base des dérivés d'artémisinine pour les cas graves ;

- la prévention contre le paludisme : Protection contre les piqûres de moustique par l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides, la pulvérisation intra domiciliaire (PID) avec des insecticides, le traitement préventif intermittent (TPI) et la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) ;

- la surveillance, suivi et évaluation : C'est une intervention qui permet la collecte, l'analyse et l'interprétation continue des données nécessaires à la planification et à la mise en œuvre. Il s'agit d'un processus systématique d'utilisation des informations visant à déterminer en continu les progrès du programme.

Les interventions planifiées et/ou réalisées avant la COVID-19

Pour lutter contre ce fléau, des efforts importants ont été entrepris par le PNLP avec les appuis des partenaires dont l'OMS est chef de file. Nous pouvons citer entre autres :

- La campagne de distribution de masse des moustiquaires imprégnées d'insecticide avec l'appui de l'Etat et du PNUD : Deux (02) campagnes de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été organisées en 2014 et en 2017. Ainsi, 6 782 541 moustiquaires imprégnées ont été distribuées en 2014 et 6 933 811 moustiquaires ont été distribuées en 2017. L'Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme

au Tchad (ENIPT) en 2017 a permis de mesurer les taux de couverture. Ainsi, 71 % des ménages possédaient au moins une moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA). Le taux moyen d'utilisation était de 50,2%, soit 52% chez les enfants de moins de 5 ans et 54,7% chez les femmes enceintes.

- La distribution de la Sulfadoxine/Pyriméthamine aux femmes enceintes pour le TPI se fait dans les formations sanitaires du pays pour empêcher les femmes enceintes très vulnérables contre le paludisme d'attraper cette maladie.



Toutefois, la mise en œuvre de cette importante stratégie peu coûteuse, laisse entrevoir des difficultés, en témoigne la faiblesse des taux de couverture à la 4^{ème} prise de TPI. On observe une déperdition des femmes à ce niveau après la première prise. Par exemple, le taux de TPI en 2018 est de 83% à la première prise pour descendre à 15% à la quatrième prise et en 2019 de 71% à la première prise pour descendre à 14% à la quatrième prise (source : Rapport Evaluation des performances du PSN 2014-2018 et Rapport PNL 2019).

- La CPS : Au Tchad, sur la base des critères de l'OMS, 62 districts sont éligibles pour cette stratégie qui est bien acceptée par les mères qui adhèrent à la CPS. La proportion d'enfants couverts par la CPS était de 87% en 2018 et 88% en 2019. (Source : Rapport Evaluation des performances du PSN 2014-2018 et Rapport PNL 2019). Adoptée en 2013, la CPS a d'abord fait l'objet d'une phase pilote. A partir de 2014, elle a été progressivement étendue à d'autres districts pour atteindre 41 districts en 2019. En 2020, tous les 62 districts sanitaires sont couverts (source PNL). Les partenaires du gouvernement pour la CPS sont : le Fonds mondial, Malaria Consortium et l'UNICEF. L'OMS facilite la coordination.

- Le diagnostic biologique et la prise en charge des cas de paludisme : à ce niveau, on peut citer (i) l'élaboration, la validation et la dissémination des documents normatifs, (ii) le renforcement des compétences techniques des agents de santé à tous les niveaux, (iii) le suivi de l'efficacité thérapeutique de l'ASAQ (Artésunate+Amodiaquine) dont les résultats montrent que ce produit est efficace, (iv) l'élaboration

des procédures opératoires standards (SOPs) pour la prise en charge du paludisme avec l'appui de l'OMS. Toutefois, les supervisions réalisées dans certaines structures de santé montrent le non-respect du protocole de prise en charge du paludisme par les agents de santé qui favorisent l'utilisation de l'arthémeter injectable pour le traitement du paludisme simple et d'une manière générale, le traitement des cas suspects avec test de diagnostic rapide (TDR) négatif. La disponibilité des médicaments antipaludiques de gratuité reste un problème. Il a été constaté des ruptures de ces médicaments tels que Artésunate+Amodiaquine, ainsi que des TDR dans certaines structures de santé.

- La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant est mise en œuvre dans 2 provinces pilotes (le Moyen-Chari et le Mandoul). Il s'agit d'une intervention essentielle assurée par les agents de santé communautaire (ASC) permettant de rapprocher les services de prise en charge aux populations vivant dans les zones rurales les plus reculées. C'est souvent dans ces régions les plus reculées que le paludisme fait le plus de victimes.

La survenue de la pandémie du COVID-19 en janvier 2020 a fortement contribué au ralentissement, voire perturbé la mise en œuvre des interventions planifiées. Afin d'y faire face et assurer la continuité des services dans ce contexte de pandémie, le PNL avec l'appui des partenaires, a pris des initiatives pour maintenir ou booster les interventions de prévention de lutte contre le paludisme au Tchad dans le contexte du COVID-19.

Les interventions maintenues dans le contexte de la COVID-19

S'il est urgent de s'attaquer à la pandémie de COVID-19 il est tout autant essentiel de lutter parallèlement contre les maladies mortelles comme le paludisme. C'est ainsi que le PNL avec l'appui des partenaires a développé des interventions supplémentaires axées sur la prévention et la recherche dans la lutte contre le paludisme. Il s'agit particulièrement de la campagne de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide, la campagne de chimio-prévention du paludisme saisonnier, et l'étude d'efficacité thérapeutique des médicaments antipaludiques. Le déroulement de ces interventions tient compte du respect des mesures essentielles, à savoir protéger le personnel et protéger les personnes assistées (clients et patients).

► La mise en œuvre de la CPS

La campagne CPS consiste en l'administration aux enfants de âgés de 3 à 59 mois :

- Le premier jour d'un comprimé de Sulfadoxine/Pyriméthamine et d'un comprimé d'Amodiaquine. Ces comprimés sont administrés à l'enfant avec le concours d'un Agent de Santé Communautaire (ASC). Ces comprimés sont sous forme de blister qui contient un comprimé de Sulfadoxine /Pyriméthamine et trois comprimés d'Amodiaquine

- L'ASC laisse au parent ou au tuteur de l'enfant deux autres comprimés d'Amodiaquine pour l'administration à l'enfant à raison d'un comprimé par jour le deuxième et le troisième jour.



Ce traitement préventif est répété tous les 28 jours pendant quatre cycles entre juillet et octobre.

Cette campagne est précédée d'une micro planification qui permet de déterminer le nombre d'enfants éligibles par district et par zone de responsabilité ; et partant le nombre de doses nécessaires pour eux. La micro planification permet aussi de déterminer le nombre d'intervenants à inclure pour les différentes activités liées à la campagne.

Trois partenaires sont en appui financier au PNLN pour la mise en œuvre de la CPS au Tchad : Le projet d'Appui à la Lutte contre le Paludisme (PALAT/PNUD), Malaria Consortium (MC) et UNICEF.

En 2020, la Chimio-Prévention du paludisme saisonnier (CPS) a été organisée dans 62 districts Sanitaires. Malaria Consortium appuie la mise en œuvre de la CPS au Tchad depuis 2015 et il est actuellement présent dans 20 districts. Le PALAT/PNUD apporte un appui au PNLN dans 38 districts, et l'UNICEF apporte un appui dans 4 districts.

Face à la problématique de la pandémie de la Covid-19, la campagne CPS de 2020 a été maintenue en considérant que la CPS était une intervention essentielle de santé publique et qui sauvait des vies. Et cela reste le cas malgré la pandémie COVID-19. Conformément aux recommandations de l'OMS, le PNLN a estimé que l'arrêt de la CPS entraînerait une augmentation substantielle des cas de paludisme et des décès parmi les plus vulnérables à la maladie : les enfants de moins de cinq ans.

Afin de tenir compte de l'impératif de prévenir une flambée de paludisme tout en évitant que la CPS soit une occasion pour propager davantage la Covid-19, les acteurs de mise en œuvre de la CPS ont développé une approche pour adapter la CPS dans le contexte de Covid-19. Aussi, un guide pour mettre en œuvre la CPS dans le contexte de Covid-19 a été développé. Cette adaptation et ce guide sont en phase avec les recommandations de l'OMS et du partenaire Roll Back Malaria (RBM). Ils prennent en compte tous les aspects de la mise en œuvre de la CPS : Planification, formation, communication axée sur l'engagement communautaire, approvisionnement en intrants et médicaments, distribution, supervision et suivi/évaluation.

► La mise en œuvre de la campagne de distribution de masse des moustiquaires (CDM) imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) dans le contexte de la COVID-19

Le Ministère de la santé Publique à travers son service technique, le PNLN avait planifié d'organiser la CDM

en 2020 dans 19 régions sanitaires. Un total de 9 000 000 de moustiquaires a été commandé à cet effet sur le budget du Fonds Mondial et celui de l'Etat Tchadien. La micro planification est essentielle pour la conduite de cette intervention. Elle devrait être précédée par le dénombrement des ménages qui permet de déterminer le nombre de moustiquaires à distribuer au sein de la population du district, suivi de monitoring externe du dénombrement.

Un retard sur la réalisation des activités de micro planification est survenu faisant ainsi glisser le chronogramme, auquel s'est ajouté l'apparition de la COVID-19 qui a rendu plus complexe la situation. Ainsi donc, le PNLN avec l'appui des partenaires et sur orientation du Ministère de la santé a pris l'option d'assurer la continuité des services de soins (prévention/protection des populations du paludisme) tout en minimisant des risques liés à l'apparition du COVID-19. Ce qui a conduit le PNLN à élaborer un plan de réajustement des stratégies de distribution des moustiquaires dans les Provinces avec l'appui des partenaires et reconsidérer les dates de mise en œuvre. La stratégie révisée consiste à l'approche porte-à-porte combinant recensement des ménages et distribution des MILDA dans les concessions. Chaque équipe porte-à-porte a un quota de 45 ménages par jour. Le nombre de MILDA à distribuer aux ménages est déterminé sur la base du nombre de personnes habitant régulièrement dans les ménages à raison d'une MILDA pour 2 personnes. Le nombre maximum de MILDA pour un ménage est fixé à 3 dès que le ménage atteint ou dépasse 5 personnes. A partir des données validées à l'issue des exercices de micro-planification, le comité national a procédé à une analyse des gaps par rapport à la micro-planification et proposer un calcul ajusté des besoins en MILDA par district sanitaire tenant compte de la quantité de MILDA globale.

Les précautions d'usage étant prises pour le respect des mesures barrières contre la COVID-19, la distribution a démarré en juin 2020 couvrant les Provinces du Salamat, Moyen Chari, Mandoul Logone Oriental, Logone Occidentale, Tandjilé, Mayo-Kebbi Est et Mayo-Kebbi Ouest. Huit Provinces sur les 19 prévues sont couvertes. La campagne reprendra à la fin de l'hivernage. Un superviseur de proximité est chargé de s'assurer de l'effectivité de la distribution des MILDA et des règles et procédures, la collecte des fiches de recensement et de pointage et faire la synthèse.



► Assurer le diagnostic et la prise en charge des cas

La prise en charge du paludisme se poursuit dans les formations sanitaires. Ainsi, la livraison des médicaments et autres intrants de lutte antipaludique pour la prévention et la prise en charge des cas a été assurée avec plus de 2 000 000 de doses des Combinaisons Thérapeutiques à Base d'Artémisinine (CTA) et des anti paludiques injectables disponibles à la centrale pharmaceutique d'achat (CPA) et aux pharmacies provinciales d'approvisionnement (PPA) ; plus de 2 000 000 de Tests de Diagnostic Rapide disponibles ; plus de 1 250 000 doses de prévention pour femmes enceintes disponibles ; plus de 1 000 000 de Moustiquaires de routine disponibles.

► Mobilisation des ressources

L'OMS a apporté un appui technique et financier pour l'élaboration de la note conceptuelle pour la mobilisation de plus de 60 000 000 de dollars auprès du Fonds mondial pour la période allant de 2021-2023.

► Plaidoyer et mobilisation sociale

Le programme a développé avec l'appui des partenaires des Spots et messages qui sont diffusés régulièrement à la radio nationale, dans les radios privées et à la télévision nationale afin de sensibiliser la population pour continuer à se protéger du paludisme.

► Surveillance et suivi-évaluation

La surveillance hebdomadaire des cas et des décès dus au paludisme dans la cadre de la surveillance intégrée de la maladie et réponse (SIMR) est régulièrement soutenue et les données analysées sont partagées à tous les acteurs et partenaires. Le service de surveillance a mis en place un mécanisme qui permet cette collecte des données hebdomadaires du paludisme par les chefs d'antenne de surveillance épidémiologique dans le cadre de la SIMR dans toutes les provinces du pays.

Toutes ces interventions, notamment la CPS et la CDM ont impliqué des changements notoires dans la mise en œuvre de ces stratégies de lutte contre le paludisme.

Quelques adaptations majeures dans la mise en œuvre de la CPS et la CDM dans le contexte de la COVID-19 avec l'appui des partenaires

- La fusion des équipes de dénombrement et des équipes de distribution en équipes porte à porte avec des agents en sus, chargés de les ravitailler ;
- La suppression du monitoring indépendant ;
- Le pré positionnement des MILDA sur base des informations issues des micros plans et non des données de dénombrement ;
- L'adaptation de l'approche logistique avec mobilisation de motos, pousse-pousse pour ravitailler ;
- Les séances en face à face ont été réduites au profit d'interactions virtuelles par l'intermédiaire de technologies disponibles (téléphone ; radio; internet) ;
- La revue des micro plans développés par les districts ont fait l'objet d'une revue à distance en tenant compte de l'impossibilité de voyager ;
- La formation : le nombre de participants à chaque session de formation a été limité, ce qui a entraîné une augmentation du nombre de sessions de formation ;
- L'approvisionnement en intrants et médicaments : en plus des intrants et médicaments spécifiques à la CPS, il

a fallu inclure pour cette campagne des intrants de protection contre la Covid-19 tel que masques, gants, gel hydro alcoolique, eau de javel, savon, thermo flash, sacs en plastique pour collecter les matériels souillés ;

- La distribution et la supervision ont été revues en tenant compte du port permanent du masque, de la distanciation sociale, du lavage et de la désinfection des mains avant et après la visite de chaque ménage, le port des gants, la sensibilisation sur la prévention contre la Covid-19 au niveau de chaque ménage.

Nous retiendrons qu'en dépit du contexte de la COVID-19, il est possible d'assurer la continuité des services de lutte contre le paludisme car il est tout autant urgent de lutter parallèlement contre cette maladie qui fait des ravages. L'arrêt de la continuité des services entraînerait une augmentation substantielle des cas de paludisme et des décès parmi les plus vulnérables à la maladie. Cela requiert l'appui et l'engagement des acteurs et des partenaires techniques et financiers. La disponibilité des guides techniques et de l'appui des partenaires a facilité leur mise en œuvre sur le terrain.

Le déroulement des campagnes (CPS et CDM) ne pouvait pas avoir lieu sans l'abnégation et la détermination de l'équipe de coordination du PNLP et des partenaires qui n'ont ménagé aucun effort pour la préparation de ces importantes interventions. Les dispositions d'usage ont été prises afin de protéger le personnel et protéger les personnes assistées et réduire au maximum les risques de contamination à la COVID-19. La disponibilité des partenaires techniques à accompagner le processus est apprécié.

Cependant, du fait de l'inaccessibilité des voies avec l'hivernage, la campagne de distribution des moustiquaires a dû être suspendue et reprendra en novembre pour les Provinces restantes. L'analyse de l'impact de la Covid-19 sur l'administration de la CPS et de la CDM fera l'objet des publications ultérieures quand la campagne sera entièrement bouclée.

Enfin, la diffusion des résultats de la campagne de distribution des moustiquaires, la CPS et l'étude d'efficacité thérapeutique des antipaludiques sera faite à la fin de la période de mise en œuvre de ces interventions.



Le secteur pharmaceutique au Tchad : organisation, avancées et défis

Dr Haroun Badawe Mahamat (MSPSN), Dr Mbaideji Francine (MSPSN), Dr Haroun Al-sadick (MSPSN), Dr Zongo R. Frank Edgard (OMS)

Les produits médicaux constituent un des six (06) piliers de tout système de santé (1). Aussi le secteur pharmaceutique reste un des secteurs sanitaires avec de grands défis au niveau mondial. Ainsi, la disponibilité des produits médicaux est devenue plus préoccupante dans le contexte de la pandémie de COVID19. Dans le même temps, l'environnement pharmaceutique mondial est marqué par la circulation de produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés et tous les pays sont touchés par la résistance aux antimicrobiens (RAM). Concernant la régulation des produits médicaux, le niveau de maturité des systèmes nationaux de réglementation pharmaceutique est disparate et se présente ainsi : 26% (50 pays) ont un niveau de maturité élevé ou très élevé, 23 % (45 pays) présentent un niveau moyen de maturité, 51 % des pays (99 pays y compris le Tchad) ont un faible niveau de maturité de leur système de réglementation (2). Dans ce contexte, comment le secteur pharmaceutique au Tchad est organisé ? Comment se présentent les indicateurs ? Quelles sont les avancées majeures durant les 3 dernières années ? Quels sont les défis actuels du secteur ? Autant de questions auxquelles nous apporterons des éléments de compréhension dans cet article.

L'organisation du secteur pharmaceutique au Tchad

Le secteur pharmaceutique au Tchad, à l'instar de la plupart des pays de la région africaine de l'OMS comprend un système d'approvisionnement, un système

de régulation et un système d'information en gestion logistique (SIGL). Le champ d'application du secteur pharmaceutique est variable selon les pays et les régions. Toutefois, on y retrouve de façon constante les produits médicaux comme les médicaments, les vaccins, les réactifs ou dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DMDIV), les dispositifs médicaux couramment appelés consommables médicaux et les produits sanguins labiles (PSL) (3). D'autres produits de santé peuvent être inclus selon les contextes : compléments nutritionnels, cosmétiques à visée thérapeutique, etc.

Le système d'approvisionnement dont la finalité est la mise à disposition des produits de bonne qualité au bon moment et au bon patient s'appuie sur des structures de mise en œuvre aussi dans le public que dans le privé. Dans le sous-secteur pharmaceutique public, il y a la commission nationale de coordination des approvisionnements et ses sous commissions, la centrale pharmaceutique d'achat (CPA) qui fait office de grossiste pharmaceutique pour le sous-secteur public, 15 pharmacies provinciales d'approvisionnement (PPA), 1672 dépôts pharmaceutiques des formations sanitaires de base (FOSA), 139 pharmacies des hôpitaux de district, provinciaux et nationaux. Dans le sous-secteur privé, nous avons 38 grossistes privés, 52 officines et 381 dépôts pharmaceutiques privés (Données de la carte sanitaire, 2019 et Rapport statistique de la direction de la pharmacie, du médicament et des

laboratoire)

Quant au système de régulation pharmaceutique dont la finalité est d'élaborer les normes/textes réglementaires et veiller à leur application, son fonctionnement repose sur les structures ci-après :

- la Direction Générale Technique de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires qui joue le rôle d'autorité nationale de régulation pharmaceutique,
- l'Inspection pharmaceutique, logée au sein de l'inspection générale du ministère de la santé,
- l'Ordre National des pharmaciens du Tchad, qui est un organe auxiliaire au ministère de la santé.

Concernant le système d'information en gestion logistique pharmaceutique (SIGL), la structure de mise en œuvre qui est l'unité SIGL, a été créée en décembre 2019. Elle a pour mission principale de générer des informations en temps réel et fiables pour une estimation des besoins et un suivi de la disponibilité des produits médicaux.

Par ailleurs, l'organisation du secteur repose sur deux types de ressources humaines : du personnel spécifique au secteur composé de pharmaciens et de techniciens en pharmacie, et du personnel non spécifique (administratif, paramédicaux). Toutefois, il est important de souligner le faible ratio de pharmacien par habitant (1 pour plus de 150 000) en 2019 (rapport de consultation OMS, 2019). Les indicateurs ci-après permettent d'apprécier le niveau de maturité du secteur et ses performances.



Quelques indicateurs du secteur pharmaceutique

Au niveau des indicateurs structurels, nous pouvons relever des points forts et certains points à améliorer. Ainsi le secteur pharmaceutique au Tchad présente les atouts suivants :

- L'existence effective des principales structures ou organes du secteur pharmaceutique

- La mise en œuvre de la plupart des fonctions de réglementation pharmaceutique

- L'élaboration et l'adoption de plusieurs documents normatifs : politique pharmaceutique, Politique des laboratoires, plan stratégique des laboratoires, plan stratégique RAM, liste nationale des médicaments essentiels, manuel du système d'information en gestion logistique (SIGL), manuel de formation en pharmacovigilance, etc. A côté de ces forces, il faut souligner quelques points qui nécessitent des actions de renforcement. Il s'agit de :

- la mise en œuvre incomplète des fonctions de réglementation pharmaceutique. A titre d'exemples :

- l'homologation des produits de santé est limitée aux médicaments et vaccins. Elle devrait être étendue et renforcée à d'autres produits tel que les réactifs, les dispositifs médicaux et les compléments nutritionnels ;

- les capacités de contrôle qualité des médicaments au laboratoire sont encore très limitées car le laboratoire est en phase de développement ;

- le contrôle à l'importation des produits médicaux est confronté à la porosité des frontières ;

- la vigilance des produits de santé ou surveillance des incidents liés aux produits de santé n'est pas encore effective pour certaines catégories de produits : seules les vigilances pour les médicaments et les vaccins sont en place avec les outils et les guides. La matéri-

vigilance, la réactovigilance et l'hémovigilance sont à développer;

- l'absence d'un centre de documentation et d'information pharmaceutique ;

- le manque de textes et de comité technique d'experts encadrant les autorisations des essais cliniques et thérapeutiques au niveau de l'autorité de réglementation pharmaceutique ;

- la faible capacité de l'inspection pharmaceutique pour le suivi de l'application des textes.

- l'insuffisance dans l'organisation de la pharmacie au sein des hôpitaux avec la non mise en œuvre de la dispensation du médicament au lit du malade pour la majorité des structures hospitalières publiques ;

- la faiblesse du système d'information en gestion logistique (SIGL) et de la coordination des approvisionnements qui ne favorise pas une maîtrise des consommations ;

- La faible performance du système des laboratoires surtout en matière d'infrastructures, de biosécurité, de contrôle national de la qualité des résultats des analyses biologiques, de maintenance des équipements ;

- La mise en œuvre insuffisante du plan national de lutte contre la résistance aux antimicrobiens (RAM)

En termes de performances du secteur, quelques indicateurs permettent d'apprécier l'impact de l'organisation du secteur pharmaceutique sur le système de santé. Par exemple, sur le plan de la disponibilité des produits médicaux, d'après l'enquête SARA 2019, la disponibilité moyenne d'une liste de 24 médicaments essentiels était de 34%. Aucun hôpital ni centre santé au niveau du public ne disposait de tous les médicaments sélectionnés pour l'enquête SARA. Les ARV étaient souvent disponibles

à la CPA mais des ruptures étaient observées dans les sites de prise en charge. Ainsi, 4% des services de santé enquêtés disposaient des traitements de première ligne. Concernant les analyses biologiques, la disponibilité moyenne d'une liste de douze (12) examens de laboratoire essentiels sélectionnés était de 44%.

Concernant les produits sanguins labiles, la proportion de don volontaire de sang est très faible (estimée à 5% selon les données du Centre National de Transfusion Sanguine), en deçà de la cible de 80% recommandée par l'OMS alors que l'hémorragie (27%) est la première cause directe de décès maternel au Tchad (PNDS 2018-2021). De façon globale dans le monde, la proportion moyenne de don volontaire de sang est de 71% dans la région Africaine de l'OMS (4). Enfin, les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés couramment appelés «médicaments de la rue » ou « faux médicaments » circulent dans le pays. Au regard de cela, afin de renforcer l'organisation du secteur et son impact sur le système de santé, plusieurs actions ont déjà été réalisées ces dernières années.

Quelles sont les avancées majeures dans le secteur pharmaceutique ?

Ces trois dernières années ont été marquées par des actions stratégiques fortes au niveau du secteur pharmaceutique au Tchad . Nous pouvons citer entre autres :

- la tenue des assises nationales sur le médicament, assortie d'une feuille de route ;

- l'autoévaluation du système national de réglementation pharmaceutique à l'aide de l'outil de l'OMS (e-Global Benchmarking Tool) ;

- l'adoption d'un plan de transformation de la chaîne d'approvisionnement (PTCA)
 - l'adoption d'un manuel du système d'information en gestion logistique (SIGL) et la création d'une unité SIGL ;
 - l'adoption d'une politique nationale des laboratoires et validation d'un plan stratégique des laboratoires ;
 - la validation d'un plan national RAM ;
 - l'adoption d'un plan stratégique de la direction de la pharmacie
 - l'adoption d'un plan stratégique de la CPA
 - la relance des activités de la commission nationale de coordination des approvisionnements
 - la formation de 242 agents gérants des pharmacies des centres de santé sur les bonnes pratiques de gestion pharmaceutique
 - l'élaboration et validation de supports de formation comme le manuel de formation des gérants des pharmacies des centres de santé ;
 - l'élaboration d'un plan de renforcement de la transfusion sanguine ;
 - l'élaboration et la validation du code de déontologie des pharmaciens ;
 - la formation de 50 journalistes sur des notions de réglementation pharmaceutique et la mise en place d'un Réseau de Journalistes Amis de la Pharmacie pour la lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés ;
 - la sensibilisation des acteurs sur la convention MEDICRIME du Conseil de l'Europe.
- Ces actions ont permis de faire un

pas significatif vers la construction d'un secteur plus solide et résilient. Toutefois, il reste encore de nombreux défis à relever.

Les principaux défis du secteur pharmaceutique

Le premier défi reste et demeure la question du développement des ressources humaines du secteur pharmaceutique. En effet, sans une masse critique de pharmaciens et de techniciens en pharmacie, la réalisation adéquate des missions pharmaceutiques est confrontée à des difficultés sur tous les autres plans. Il s'agit d'une problématique transversale qui au-delà d'être commune au secteur global de la santé, est plus aigu pour ce qui concerne la gestion des produits médicaux pour laquelle l'insuffisance des compétences pharmaceutiques a favorisé l'exercice de la profession par du personnel non approprié.

Les autres défis se déclinent comme suit :

- la mise en place de l'agence nationale de régulation pharmaceutique pour améliorer la mise en œuvre des fonctions réglementaires pharmaceutiques ;
- le développement de la pharmacie hospitalière pour améliorer la gestion des produits médicaux dans les hôpitaux et permettre la dispensation au lit du malade ;
- le renforcement de la lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés
- la mise en œuvre du plan stratégique des laboratoires ;
- l'adoption et la mise en œuvre du plan national RAM ;

- la remobilisation des partenaires pour renforcer la transfusion sanguine y compris le don volontaire de sang et la sécurité transfusionnelle ;

- la poursuite de la mise en œuvre du plan de transformation de la chaîne d'approvisionnement et du plan stratégique de la CPA avec le rattachement des pharmacies provinciales d'approvisionnement à la CPA ;

- l'opérationnalisation de l'unité du système d'information en gestion logistique (SIGL) ;

- la révision des documents normatifs : politique et plan stratégique pharmaceutiques, liste nationale des médicaments essentiels ;

- la mise en œuvre d'un plan d'approvisionnement d'urgence en produits médicaux essentiels dans le contexte de la COVID19.

En définitive, la plupart des structures de mise en œuvre des missions pharmaceutiques sont en place. Toutefois les indicateurs d'impact en termes de disponibilité et de qualité des produits médicaux doivent être améliorés. Pour cela des actions de renforcement du secteur pharmaceutique aussi bien sur le plan normatif et stratégique que sur le plan opérationnel, sont nécessaires pour lui permettre de jouer efficacement son rôle dans le système de santé. Un engagement conséquent du ministère de la santé publique et des partenaires devrait permettre au secteur de jouer pleinement et efficacement son rôle de garant de la disponibilité et de la sécurité médicamenteuse et des autres produits de santé.

Références

1. WHO. monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. 2010
2. Khadem Broojerdi A, Baran Sillo H, Ostad Ali Dehaghi R, Ward M, Refaat M and Parry J (2020) The World Health Organization Global Benchmarking Tool an Instrument to Strengthen Medical Products Regulation and Promote Universal Health Coverage. *Front. Med.* 7:457. doi: 10.3389/fmed.2020.00457
3. loi modèle de l'Union Africaine portant réglementation des produits médicaux. <https://www.nepad.org/publication/au-model-law-medical-products-regulation>
4. Loua A, Nikiéma JB, Sougou A, Kasilo OMJ, Transfusion en Afrique Subsaharienne. *Transfusion Clinique et Biologique*, Vol 26(3); 2019.



Renforcer le système de laboratoire, composante essentielle du système de santé

Jean-Claude Uwimbabazi, consultant, OMS Tchad

Mathieu Hota, Directeur des laboratoires, Ministère de la Santé

Frank Edgard Zongo, Consultant OMS Tchad

Céline Barnadas, Equipe de renforcement des laboratoires de santé publique, Siège de l'OMS

Les laboratoires ont un rôle central au sein du système de santé¹. D'une part, ils permettent d'établir un diagnostic biologique, et ainsi contribuer à une meilleure prise en charge des patients informant les cliniciens et les orientant sur les options à prendre pour traiter et améliorer le pronostic du patient. D'autre part, ils ont un rôle central dans la surveillance des maladies, et notamment celles à potentiel épidémique, rôle qui a clairement été mis en avant durant la pandémie de COVID-19.

Les systèmes de laboratoires sont faibles dans de nombreux pays et souvent pas assez financés. De nombreuses disparités existent également entre le niveau central et la périphérie. Cette situation est à l'origine de la dispersion des efforts et la verticalisation des programmes de lutte contre la maladie. Il est donc nécessaire pour chaque pays d'organiser et de structurer son système de laboratoire, afin de garantir sa fonctionnalité et de l'adapter au contexte et aux besoins². En effet, l'organisation du système est indispensable pour que les laboratoires puissent remplir leurs fonctions, servir les programmes de lutte contre la maladie, et permettre la mise en œuvre de stratégies régionales, telle la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SMIR), et d'obligations réglementaires, telle la mise en œuvre du règlement sanitaire international (RSI 2005). Cet article se propose de faire le point sur les actions entreprises pour établir un cadre normatif pour le système de laboratoire au Tchad ainsi que

les actions entreprises dans le cadre de la réponse à la COVID-19.

La nécessité de mettre en place un cadre normatif

Des services de laboratoires de qualité, accessibles et abordables, fournissant des résultats fiables et dans des délais appropriés pour assurer les besoins diagnostiques et la sécurité sanitaire de la population de la République du Tchad. Telle est la vision de la Politique Nationale des Laboratoires, Tchad, Septembre 2019³.

Afin de mobiliser les responsables politiques et les partenaires pour renforcer son système de laboratoires, le Tchad s'est engagé avec le soutien de l'OMS dans un processus en plusieurs étapes. Ce processus a commencé par l'évaluation du système de laboratoires en 2018 et la rédaction d'une politique et d'un plan stratégique pour le renforcement des laboratoires en 2019. En parallèle, l'OMS a appuyé plusieurs autres activités techniques ciblées de renforcement des capacités, notamment la formation d'un technicien pour la maintenance des équipements, l'implémentation de la gestion de la qualité au laboratoire et la formation de point focaux en biosécurité (trois formations déployées à N'Djamena, Sarh et Abéché).

Analyse situationnelle et évaluation du système des laboratoires au Tchad

En 2017, le Ministère de la Santé Publique de la République du Tchad a sollicité l'OMS pour l'évaluation de son système de laboratoire. Cette évaluation a été con-

duite en mai 2018 par un groupe d'experts de l'OMS et des experts nationaux sur la base de l'outil d'Évaluation des laboratoires de l'OMS (https://www.who.int/ihr/publications/laboratory_tool/fr/). Elle s'est déroulée en deux phases : tout d'abord par une évaluation du système de laboratoire lors d'un atelier national multisectoriel réunissant les différents acteurs du système de laboratoire, et ensuite par une évaluation de laboratoires. Au total, 18 laboratoires en santé humaine ont été évalués, à différents niveaux de la pyramide sanitaire, et dans quatre provinces sanitaires autour desquelles sont regroupés les pools sanitaires du Tchad.

L'évaluation a permis de relever les forces et faiblesses du système et des laboratoires. Les scores ont été très faibles, allant de 20% en moyenne pour le système à 21% à 37% pour 16 des 18 laboratoires (deux laboratoires ayant obtenus un score plus élevé). Bien que doté d'une direction des laboratoires, il avait été relevé que le système manquait de lignes directrices pour permettre son bon fonctionnement. Cette évaluation a relevé un nombre important de techniciens de laboratoires, mais pas suffisamment de biologistes. La formation aussi bien initiale que continue du personnel de laboratoire devait être revue et actualisée. L'absence de gestion de la qualité, de la biosécurité, de système informatique de gestion des données et des difficultés matérielles impactait sur la performance et les capacités des laboratoires.

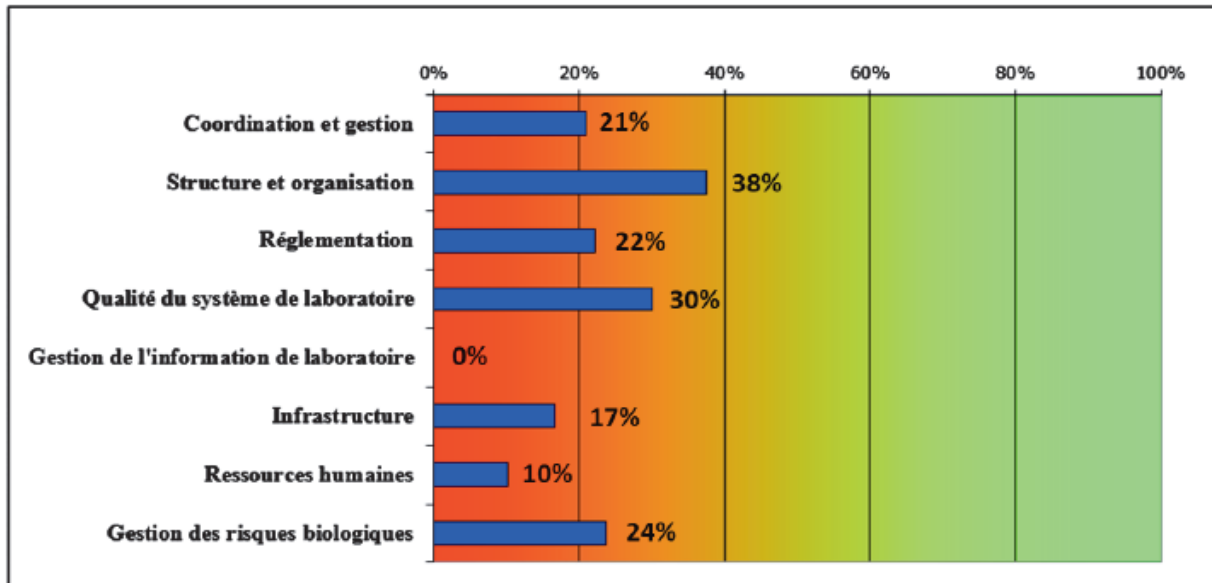


Figure 1. Résultats de l'analyse du système de laboratoire du Tchad.
(Extrait du rapport d'évaluation)

Elaboration de la politique nationale des laboratoires et de son plan stratégique

- Définir les priorités

Sous l'impulsion du Ministère de la Santé, et de sa Direction des Laboratoires, un Comité Technique Chargé de l'Elaboration de la Politique des Laboratoires et du Plan Stratégique des laboratoires a été nommé courant 2018. Ce comité a pour mission d'accompagner le processus d'élaboration de la politique, afin de permettre un renforcement coordonné du système des laboratoires basé sur ses forces et faisant face à ses faiblesses. Ce groupe est constitué des experts de plusieurs Ministères dont ceux de la Santé Publique, de L'Enseignement supérieur, de la Recherche Scientifique et de l'Innovation, de L'Elevage et de la Production Animale, de L'Environnement, de l'Eau et de la Pêche, de La Production, de l'Irrigation et des Equipements Agricoles et du Ministère de la Défense Nationale. Cette approche multisectorielle est primordiale pour renforcer le système des laboratoires de manière coordonnée, construire sur les forces de chaque secteur et éviter les duplications.

La politique nationale en matière des laboratoires a été élaborée avec le soutien de l'OMS lors d'ateliers interactifs réunissant les membres de ce comité et d'autres experts nationaux. Une phase de dialogue politique a été instaurée pour assurer une large appropriation ainsi que l'engagement de toutes les parties concernées aussi bien du secteur public que privé. Les différents acteurs se sont entendus sur l'élaboration d'une vision claire pour le système de laboratoire, à partir de laquelle onze axes stratégiques ont été définis. Ces axes représentent des piliers sur lesquels le

système de laboratoire repose. Il s'agit :

- D'une législation et un cadre réglementaire renforcés et appliqués ;
- D'un réseau des laboratoires dont les capacités diagnostiques sont développées, qui contribue à la surveillance des maladies, avec un système de transport des échantillons optimisé tant en termes de couverture nationale, de rapidité que de sécurité, et une coordination entre les secteurs ;
- D'une gestion des ressources humaines et de la formation afin d'adapter les curricula de formation initiale aux besoins actuels, mais également de renforcer le système de formation continue, et la répartition du personnel de laboratoire sur le territoire.
- D'une gestion des ressources financières qui consiste à revoir les modes de financement, la coordination entre l'Etat et les partenaires et la gestion des ressources.
- Des infrastructures aux normes et standards, fonctionnelles et sécurisées ;
- Des équipements qui répondent aux besoins et dont la maintenance puisse être assurée ;
- D'un système d'approvisionnement performant et réglementé ;
- Des systèmes d'information et gestion des données performants ;
- De la sécurité au sein des laboratoires et la gestion des déchets biomédicaux afin d'assurer la sécurité du personnel, des patients, de la communauté et de l'environnement ;



- De la qualité, pour que les résultats rendus soient fiables et précis et rendus en temps opportun ;
- Du développement de la recherche et de la collaboration scientifique.

La finalisation du plan stratégique et opérationnel a connu un retard avec la crise sanitaire en cours.

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, l'OMS continue son appui aux activités visant à renforcer les piliers ci-dessus.

Activités de renforcement des laboratoires et d'appui à la réponse COVID-19

En appui au système de laboratoire, l'OMS est engagée sur plusieurs fronts depuis le début de la réponse à la pandémie de COVID-19 :

- L'évaluation des laboratoires de HGRN et Mobile pour s'assurer de leur capacité à diagnostiquer la COVID-19 ;
- L'accès aux réactifs, consommables et équipements de laboratoire
- Le transport des échantillons depuis l'intérieur du pays vers N'Djaména
- La formation de 169 personnels de laboratoire entre

Mars et Septembre 2020.

- sur les techniques de prélèvement, de conditionnement et d'acheminement des échantillons
- sur les techniques de biologie moléculaire requises pour le diagnostic de la COVID-19 et en particulier la PCR en temps réel et l'utilisation du GeneXpert
- sur la gestion du risque biologique
- Le développement et l'adaptation de différentes procédures opérationnelles standardisées (POS)
- L'élaboration d'un plan de renforcement des capacités des services de laboratoires pour le diagnostic biologique de la COVID-19 et la coordination des partenaires pour le financement du plan.
- L'appui à l'extension des sites de diagnostic de la COVID-19 passant d'un seul laboratoire au début de l'épidémie RT PCR à N'Djaména à 4 dans la capitale. Au niveau périphérique, aucune province n'avait la capacité de diagnostic de la COVID-19 par RT-PCR (le site de Moundou avec une plateforme RT-PCR ouverte mobile et une plateforme GeneXpert, et dans les 8 chef lieux de provinces avec chacun une plateforme GeneXpert : Sarh, Abéché, Mongo, Mao, Bol, Doba, Pala, Bongor).



Formation à distance de techniciens de laboratoire sur l'utilisation du GeneXpert (Vue des formateurs)

Pour conclure, il est impératif de finaliser le plan stratégique de renforcement des laboratoires, en prenant en compte l'expérience et les leçons tirées de la pandémie de COVID-19 et de l'opérationnaliser. La force de la démarche entreprise ici réside dans sa multisectorialité

et l'engagement des acteurs impliqués, notamment les membres du Comité technique. Le renforcement du système de laboratoire nécessite cependant un engagement à long terme des partenaires administratifs, techniques et financiers mais également et surtout de

tous les Ministères impliqués. Cet engagement doit se traduire par une mobilisation de ressources financières conséquentes afin de combler les faiblesses relevées lors de l'évaluation.

Références

- (1) World Health Organization. Regional Office for Africa. (2015). Guidance for Establishing a National Health Laboratory System. World Health Organization. Regional Office for Africa. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204630>
- (2) Regional Committee for Africa, 58. (2008). Strengthening public health laboratories in the WHO African Region: a critical need for disease control: report of the Regional Director. World Health Organization. Regional Office for Africa. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/19937>
- (3) Politique Nationale des Laboratoires, République du Tchad. Septembre 2019



Le Forum national sur la vaccination au Tchad : Etat de mise en œuvre de la feuille de route deux ans après et perspectives

*OMS : Dr Kalilou Souley, Dr Thiero Mamoudou, Dr Djatal Mohamed El Hafiz, Dr Mbaihol Tamadji ;
Unicef : Dr Etienne Dembélé*

Le Tchad a organisé un Forum National sur la Vaccination en mars 2018, soit cinq (5) ans après l'approbation par l'Assemblée mondiale de la Santé du Plan d'Action Mondial pour les Vaccins (PAMV) en 2012 et deux ans après la Déclaration d'Addis-Abeba de 2016 (immunization-inafrica2016.org/ministerial-declaration-english) dont les engagements sont entre autres : (i) maintenir l'accès universel à la Vaccination au premier plan des efforts visant à réduire la morbidité et la mortalité infantile, (ii) accroître et poursuivre les investissements nationaux, y compris au moyen de mécanismes de financement novateurs, pour assumer le coût des vaccins, (iii) trouver des solutions aux obstacles persistants rencontrés par les systèmes de vaccination et (iv) réaliser et maintenir une surveillance de haute qualité pour les maladies évitables par la vaccination.

Les performances du Tchad demeurent faibles en matière de vaccination malgré des investissements importants. En effet, l'enquête nationale de couverture vaccinale organisée en 2017 a montré un taux d'enfants complètement vaccinés de 22% seulement (cf. rapport enquête de couverture vaccinale chez les enfants de 12-23 mois, 2017).

Selon les estimations de l'OMS/UNICEF (WUENIC

2018 : WHO and Unicef estimates national immunization coverage), seulement 41 % de la population cible (0-11 mois) a pu bénéficier en 2018 de la troisième dose du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3), ce qui est très en deçà de l'objectif mondial fixé à 90%.

Les principaux goulots d'étranglement aux services de vaccination de routine au Tchad qui avaient été identifiés par la revue externe du PEV de 2017 (cf. Rapport revue externe du PEV au Tchad, 2017) sont :

- Insuffisances dans la gouvernance et redevabilité à différents niveaux : politique et administratif;
- Insuffisances de planification et de gestion des ressources humaines et financières ;
- Insuffisances de la chaîne du froid et ruptures fréquentes en vaccins et consommables ;
- Mauvaise qualité des données et insuffisance de leur analyse pour la prise de décision ;
- Faiblesse du système de surveillance des maladies ;
- Insuffisance des activités de communication pour susciter la demande de la vaccination de routine;
- Insuffisance d'offre des services de vaccination notamment pour les zones d'accès difficiles et les populations spéciales ;
- Non appropriation des services de vaccination par les



Figure 1 : Vue partielle des participants au Forum National sur la vaccination au Tchad (mars 2018)

communautés avec une insuffisance d'implication des autorités traditionnelles et religieuses.

Afin de renforcer les services de vaccination systématique à l'échelle nationale, le Tchad a organisé un forum national sur la vaccination du 14 au 16 mars 2018 (figure 1) sous le patronage du Maréchal du Tchad Président de la République, Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement. Ce forum a enregistré la participation de tous les échelons de l'administration, dont sept (07) ministres, des gouverneurs de provinces et des chefs de cantons, des leaders religieux, des représentants de la société civile, la Fondation Bill et Melinda Gates, la Fondation Aliko Dangote, GAVI, l'UNICEF et l'OMS.

Ce dialogue multisectoriel a permis de mettre en évidence la gravité de la situation de la vaccination et son impact sur la santé et la survie des

enfants et mobiliser davantage de parties prenantes au niveau du pays pour garantir l'accès de tous les citoyens aux vaccins vitaux, débouchant ainsi sur un certain nombre de mesures concrètes : la déclaration de Ndjamena, une feuille de route prônant une approche multisectorielle dans la vaccination de routine, l'engagement renouvelé des partenaires.



Figure 2 : Participants à la réunion de Plaidoyer et d'engagement communautaire à N'gouri/Lac.

• La Déclaration de N'Djamena

Des acteurs de divers secteurs ont signé la Déclaration de N'Djamena, s'engageant ainsi à améliorer la couverture vaccinale au Tchad à travers l'intégration des services de santé, l'accroissement des investissements dans des technologies visant à améliorer la disponibilité de la chaîne du froid, la mise en œuvre de mécanismes de redevabilité à l'échelle locale et nationale ainsi que le renforcement de la volonté politique.

Parmi les engagements pris dans cette déclaration figurent : i) Être des champions de la vaccination pour une couverture vaccinale universelle visant à réduire la morbidité, la mortalité et l'invalidité infantiles, afin d'aider notre pays à atteindre les objectifs en matière de santé, et de développement économique et social (figure 2) ; ii) Renforcer l'engagement politique en vue d'une meilleure gouvernance et d'une synergie d'action pour une plus grande intégration des interventions du système de santé.

• Une feuille de route

Afin de concrétiser la déclaration, les participants au

forum ont élaboré une feuille de route en faveur de la vaccination systématique axée sur 4 domaines qui sont : i) l'amélioration de la gouvernance et redevabilité, ii) le renforcement de l'offre des services de vaccination, iii) le renforcement de la demande des services de vaccination, iv) l'accroissement des financements et du partenariat en faveur de la vaccination.

• L'engagement renouvelé des partenaires

Les différents partenaires de la vaccination au Tchad à savoir l'OMS, l'Unicef, GAVI ainsi que les Fondations Bill and Melinda Gates et Aliko Dangote ont renouvelé leur engagement auprès du Gouvernement pour accompagner la mise en œuvre de la feuille de route axée sur la conduite intersectorielle de la vaccination impliquant les départements sectoriels en plus de la santé avec comme objectif d'améliorer la collaboration entre les ministères, les gouverneurs, les groupes religieux et les leaders communautaires en vue de l'accroissement des taux de couverture de vaccination systématique.

La mise en œuvre de la feuille de route

Globalement, sur 33 activités inscrites dans la feuille de route, quatre (4) sont entièrement réalisées soit 16%, dix (10) sont en cours de réalisation soit 31% et 17 non réalisées soit 53% (figure 3).

L'insuffisance du mécanisme de suivi, la faible mobilisation des ressources, les lenteurs administratives dans les prises de décisions, le décaissement des fonds disponibles et la faible appropriation de la feuille par les acteurs du PEV/MSP, expliqueraient la faible mise en œuvre de cette feuille route.

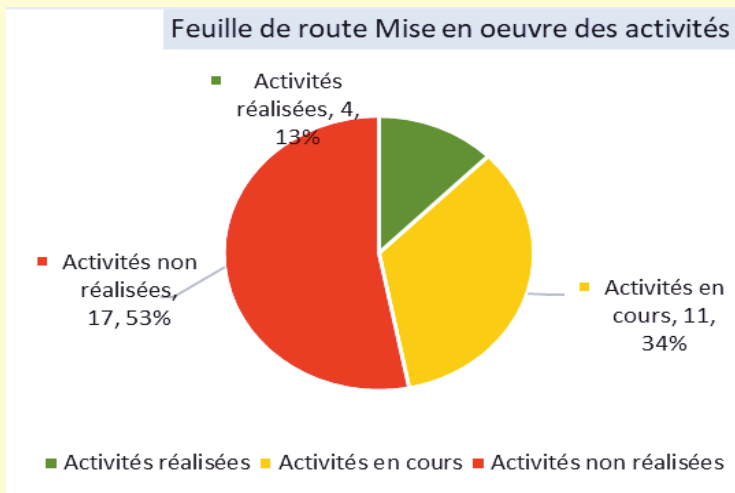


Figure 3 : Niveau de mise en œuvre globale de la feuille de route du forum national sur la vaccination

Feuille de route Gouvernance et redevabilité

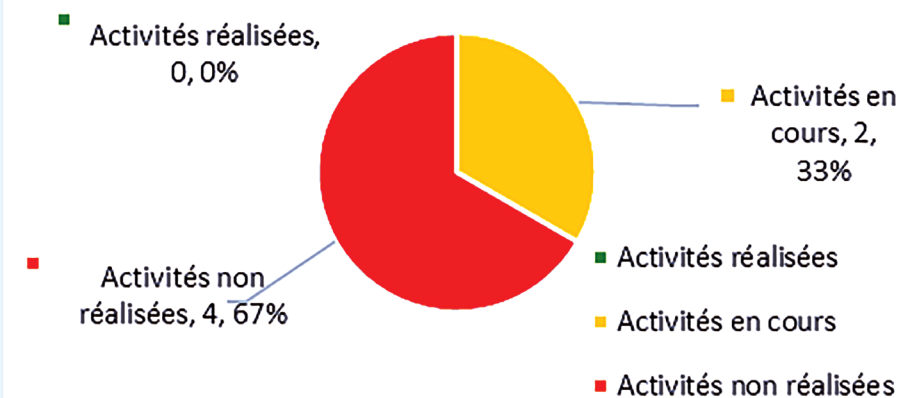


Figure 4 : Niveau de mise en œuvre de la feuille de route sur la Gouvernance et redevabilité.

► Sur le plan de la gouvernance et la redevabilité, aucune activité n'a été entièrement réalisée sur les six (6) planifiées (figure 4). Néanmoins, un effort a été fourni pour l'appropriation par les Gouverneurs et les Préfets, avec l'organisation régulière des Comités Directeurs au niveau des DSR/DS.

► A l'instar des réunions du 24 conduites par le Maréchal du Tchad, Président de la République, Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement il se tient au niveau provincial des réunions mensuelles présidées par les Gouverneurs. Cependant, ces réunions ne sont pas documentées et ne sont pas systématiquement répliquées au niveau des districts par les préfets.

Au niveau de l'offre des services de vaccination, trois (3) activités ont été réalisées sur 12 planifiées (figure 5) :

- Mettre à jour la politique, les Normes et Procédures de la vaccination au Tchad. Les deux documents ont été produits à l'occasion d'un atelier organisé en juillet 2019 à Douguia (80 km de N'Djamena). Ils sont en instance d'adoption par le CCIA ;

- Procéder à un audit organisationnel et institutionnel du PEV et réviser l'organigramme en conséquence (la définition des postes et termes de référence au niveau central et provincial). L'Audit organisationnel a été réalisé par le Cabinet Dalberg financé par GAVI en 2018. Il en ressort que :

- De façon générale, le niveau de maîtrise des piliers fonctionnels du PEV est particulièrement bas et la

restructuration du PEV nécessite dans un premier temps la création d'un nouvel organigramme et des fiches de postes détaillées (incluant des indicateurs de performance) ainsi que la rédaction de manuels de procédures ;

- La redynamisation du PEV nécessite des changements de paradigme profonds, tels que le renforcement du leadership, des pratiques de management et de la coordination des activités du programme. A la suite à cet audit, un nouvel organigramme a été élaboré et les différents postes prévus dans cet Organigramme ont été pourvus en septembre 2019 par un personnel recruté selon un processus transparent impliquant toutes les parties prenantes (PTF et Gouvernement).

Superviser les activités de vaccination en stratégie fixe, avancée et mobile dans tous les centres de santé.

- Au cours de l'année 2019 au total 2936 sorties de supervision ont été réalisées dans 23 régions et couvrant 111 districts sur les 126. 915 centres de santé ont bénéficié au moins d'une visite de supervision formative. Ces supervisions ont été réalisées à 54% par les partenaires (OMS et UNICEF) et 44% par le MSP. Des ef-

forts sont en cours pour l'organisation des supervisions, toutefois les rapports de ces missions ne sont pas partagés avec le niveau central.

- Néanmoins, l'engagement des autorités coutumières et gouverneurs, a permis d'augmenter sensiblement les offres de vaccination dans 95% des centres de santé en utilisant les caisses isothermes, les lièges et les portes vaccins (enquête SARA 2019).

Offre des services de vaccination

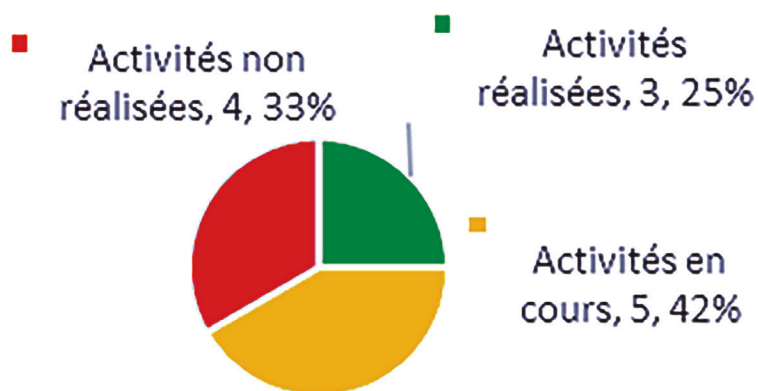


Figure 5 : Niveau de mise en œuvre de la feuille de route sur offre des services de vaccination.

↳ Concernant la demande de la vaccination, aucune activité des huit (8) planifiées n'a été entièrement réalisée. Seules deux (2) activités ont été partiellement réalisées (figure 6).

- L'engagement des autorités administratives (Gouverneurs, Préfets, Sous-préfets) et communales dans la promotion active de la vaccination de routine notamment dans leurs plans de développement locaux et la coordination, le suivi et l'évaluation des activités de communication pour la vaccination a été faite dans les trois (03) provinces du Bassin du Lac Tchad ;
- L'engagement des autorités traditionnelles et religieuses dans la

Activités de demande des services de vaccination

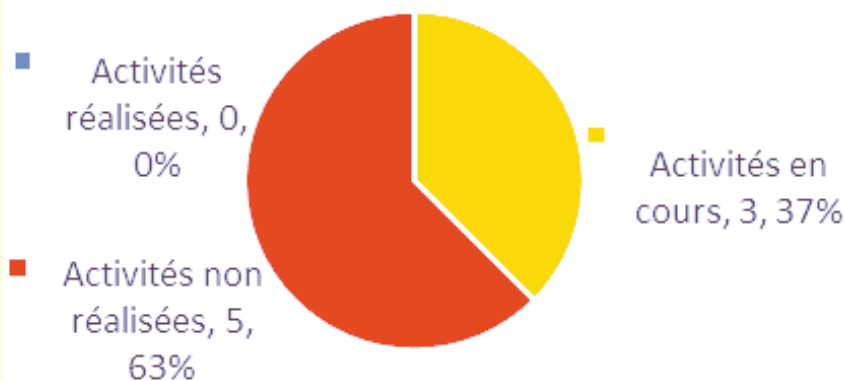


Figure 6 : Niveau de mise en œuvre de la feuille de route sur la demande des services de vaccination.

sensibilisation des communautés et des fidèles, les organisations de la société civile, les organisations à base communautaire en faveur de

la vaccination de routine a été aussi réalisé dans les trois (03) provinces du Lac Tchad.

◀ Pour ce qui concerne les financements et partenariat en faveur du PEV, une (1) activité sur 6 planifiées a été entièrement réalisée (16%) (figure 8) à savoir :

- Finaliser la mise en place d'une Unité de Gestion des Projets (UGP) pour gérer les différents financements de la vaccination et de la santé en générale ;
- L'Unité de Gestion des Projets (UGP) a été créée le

20 octobre 2018 par un arrêté du Ministre de la Santé.

- Le rôle de l'UGP est d'assurer la canalisation des financements alloués au MSP par les partenaires techniques et financiers bi et multilatéraux pour contribuer efficacement au développement global du système de la santé et garantir une gestion rationnelle des différents projets et programmes.

Notons qu'aucun acte administratif n'a été pris pour sécuriser la ligne de financement en faveur du PEV qui existe depuis 1996. Toutefois, le budget pour l'achat des vaccins a augmenté de 1,1 milliards CFA à 3 milliards de frs CFA sur instruction du Chef de l'Etat en 2018 et ce montant a été reconduit dans les Lois de Finances de 2019 et 2020.

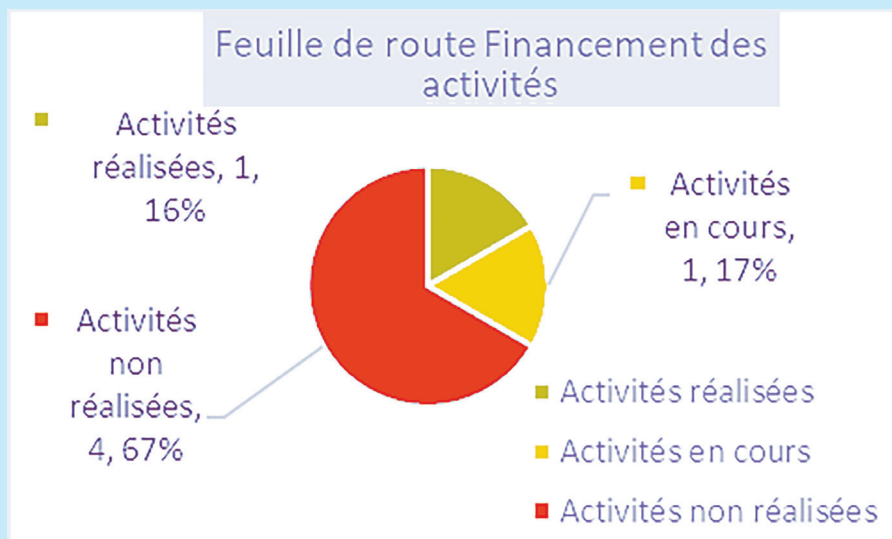


Figure 8 : Niveau de mise en œuvre de la feuille de route sur le financement des services de vaccination.

La nécessité d'améliorer le niveau de mise en œuvre de la feuille de route

Si la feuille de route issue du forum national sur la vaccination était mise en œuvre, suivie et évaluée régulièrement, les performances en matière de vaccination de routine s'amélioreraient rapidement car tout est inscrit dans ce document. En effet, la vaccination n'est pas l'affaire des seuls agents de santé. C'est pour cela que le forum a recommandé l'approche intersectorielle de la vaccination. Aussi, au regard du niveau de mise en œuvre de la feuille de route et des performances du Tchad en matière de vaccination, il est nécessaire d'envisager sans délai les actions stratégiques suivantes :

- La prise en main du leadership en matière de vaccination par les autorités administratives décentralisées et une appropriation des communautés bénéficiaires est un

gage de succès des opérations de vaccination ;

- Le renforcement des activités de communication est essentiel compte tenu du faible niveau des parents sur la vaccination de routine (40%). Un mélange de canaux (relais communautaires, radio de proximité, affiches, prospectus, etc.) et d'outils comme les nouvelles technologies de l'information sera approprié pour accroître la connaissance des parents sur la vaccination de routine ;
- La disponibilité permanente des vaccins aux points de prestations des services est une condition essentielle à la relance du PEV. Or, le Tchad est coutumier des ruptures fréquentes en vaccins en raison de la mobilisation tardive des fonds destinés à l'achat des vaccins. Des engagements importants doivent être pris pour disponibiliser en début d'année la totalité des fonds nécessaires à l'achat des vaccins ;

• Le renforcement de la chaîne de froid à travers le CCEOP (plateforme pour l'optimisation des équipements de la chaîne de froid) et le RSS (renforcement du système de santé) demeure un challenge important. Le suivi de leur mise en œuvre doit constituer un axe majeur de travail en 2020-2021 pour les équipes OMS/Unicef en appui au MSP ;

• Le monitoring par des moyens électroniques de la vaccination au quotidien dans les centres de santé du pays suivi de la prise de décision appropriée est une nécessité au Tchad pour s'assurer de la continuité de l'offre du service de vaccination partout sur le territoire national.

• La conduite régulière des évaluations rapides (LQAS) pour suivre les tendances évolutives de la couverture vaccinale compte tenu de la faible qualité des données administratives.



Le Rôle des partenaires dans la lutte contre les maladies tropicales négligées au Tchad

Dr Ibrahim DJEOMBORO, NPO/NTD/OMS_Chad ; Doniphon HIRON, Chargé de programme OPC, Nadjilar LOKEMLA, Coordonnateur PNEOFL ; Peka Malla, Coordonnateur PNLTHA, Dr Cherif Barhadine, Point Focal MTN au Ministère de la santé Publique du Tchad

Les maladies tropicales négligées (MTN) sont un groupe de maladies infectieuses caractérisées par leur survenue prépondérante dans des milieux défavorisés et sont responsables d'un état de morbidité chronique conduisant à des infirmités et à des handicaps débilissants contribuant ainsi à la pérennisation du cycle pauvreté-maladie-pauvreté.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dénombre une vingtaine de ces maladies. Au Tchad, celles reconnues endémiques sont : l'onchocercose, encore appelée cécité des rivières, la filariose lymphatique (responsable de la grosse bourse ou du pied d'éléphant), les géo helminthiases (transmises par des parasites vivant dans le sol), les schistosomiasis (bilharzioses), le trachome cécitant, la lèpre, la dracunculose (ver de guinée), la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) aussi appelée la maladie du sommeil et enfin les leishmanioses. Les maladies telles que la dengue et la rage sont suspectées mais il n'existe pas de statistiques fiables à ce jour.

Au Tchad, plusieurs partenaires interviennent au côté du gouvernement dans la lutte contre les MTN, cependant leurs interventions sont peu visibles. Cet article se propose de mettre la lumière sur les interventions des différents partenaires dans la lutte contre les MTN et les différents défis auxquels ils font face.

Aperçu épidémiologique des MTN dans le monde et au Tchad

Environ un (1) milliard de personnes dans le monde (soit une personne sur six) souffrent d'une ou de plusieurs MTN à la fois. On dénombre 149 pays endémiques à au moins une MTN, parmi lesquels une centaine (plus de 70 %) font face à au moins deux MTN et une trentaine à plus de six simultanément.

La Région africaine de l'OMS supporte près de la moitié de la charge de morbidité mondiale due à ces maladies. La maladie du ver de Guinée, l'ulcère de Buruli (UB) et la trypanosomiase humaine africaine (THA) touchent uniquement ou principalement le

continent africain. Tous les 47 pays de la Région sont endémiques pour au moins une MTN et 37 pays (soit 79 % des pays de la Région) sont co endémiques pour au moins 5 MTN.

D'après des études conduites par l'équipe en charge des MTN à la Banque Mondiale (BM), l'impact cumulé des infections MTN au niveau macroéconomique ralentit la croissance économique des pays. Par exemple, le Madagascar perd annuellement environ 9 millions USD de productivité économique à cause des MTN, ce qui représente 0,29 % du PIB national. Des impacts similaires sont observés au Cameroun (33 millions USD), en République Centrafricaine (RCA) (16 millions USD), au Sénégal (8 millions USD), au Burundi (3 millions USD) et au Tchad (13 millions USD).

En effet, au Tchad, selon les données de la dernière enquête sur la cartographie des MTNs, de 2015 (dans 99 Districts sanitaires selon l'ancien découpage sanitaire de 2015) presque tous les districts (90%) sont au moins endémiques à une MTN. Lors de cette enquête, pour certaines maladies comme la bilharziose urinaire la prévalence atteignait 80% dans certains districts comme Bessao (Logone oriental) et Yao dans le Batha. Aussi, plus de 60% des districts ont une prévalence supérieure à 10%.

Pour certaines maladies comme la dracunculose, le Tchad reste l'un des derniers pays à rapporter encore des cas. Pour l'année 2019, sur 53 cas et 2001 infections rapportés dans le monde, 48 cas et 1982 infections sont notifiés au Tchad, ce qui représente respectivement 89% des cas et 99% des infections pour le Tchad.

Le rapport de synthèse nationale de l'année 2019 du Programme National de lutte contre la Lèpre montre qu'il y a encore (06) six districts sanitaires qui sont encore hyper endémiques (prévalence supérieure à 1 cas pour 10 000 habitants et 20% des cas nouveaux cas sont dépistés au stade d'infirmité. Il s'agit de Bébédja (Logone Oriental), Abéché et Adré (Ouaddai), Beïamar (Logone Oriental), Aboudeïa (Salamat), Koukou Angarana (Sila).



Des partenariats et projets contre les MTN

Ces dernières décennies, l'impact des MTN a considérablement baissé comme l'annonce le quatrième rapport de l'OMS du 19 Avril 2017 (référencer ce rapport ici par un lien par exemple) qui fait état de progrès « sans précédent » dans la lutte contre ces maladies. Cette avancée est la résultante de plusieurs initiatives et accords de partenariat.

Le programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) entre 1974 et 2002, fut l'une des toutes premières initiatives qui a permis d'éliminer la cécité des rivières véritable problème de santé

publique en Afrique de l'Ouest. En 1995, le Projet africain de lutte contre l'onchocercose (APOC) est lancé pour donner suite au succès de l'OCP. Il a permis entre 2002 et 2016 que plus de 820 000 personnes en Afrique n'aient plus besoin de traitement contre la cécité de rivières. En fin, en mai 2016, le projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (ESPEN) a été lancé. Contrairement aux deux précédents, en plus de l'onchocercose, ce dernier lutte aussi contre 4 autres MTN à chimio prévention à savoir trachome, filariose lymphatique, schistosomiase, géo helminthiases .

En plus de ces projets, des mécanismes ont été mis en

Tableau 1 : Types d'interventions des partenaires dans la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine

Partenaires	Type d'interventions	Résultats obtenus
OMS	<p>Dépistage passif et actif, mise en place de site sentinelle de surveillance, logistique en 2013</p> <p>Donation en intrants (réactif, médicaments et petits accessoires de laboratoires) et renforcement de capacité</p> <p>Période : 2002-2020</p>	<p>Le nombre de nouveaux cas est passé de 715 cas en 2002 à 17 cas en 2019</p> <p>9 sites de surveillances passives de THA mis en place en 2014 et tous les agents sanitaires impliqués sont formés</p> <p>Plus de 99% de malades dépistés sont traités</p> <p>Elaboration de document de politique nationale de Lutte contre la THA au Tchad</p>
FIND	<p>Renforcement du dépistage avec les nouveaux outils de diagnostics (TDR/THA, test LAMP)</p> <p>Renforcement de dépistage actif (équipe mobile utilisant la moto, équipements des laboratoires des districts sanitaires en matériels de diagnostic THA, installation des panneaux solaires</p> <p>Sensibilisation et formation des acteurs de terrain</p> <p>Période : 2015-2020</p>	<p>53 structures sanitaires sur 118 retenus pour le dépistage passif de la THA</p> <p>5 laboratoires de l'hôpital de districts sanitaires ont été renforcés pour réaliser le diagnostic parasitologique de la THA</p> <p>3 laboratoires d'hôpitaux de districts ont été équipé en panneau solaire (Bodo, Moissala et Beinamar)</p> <p>2 campagnes de sensibilisation par an ont été menés pour la mobilisation de la population</p> <p>53 agents sanitaires formés pour le dépistage passif dans les structures fixes</p> <p>8 laborantins formés sur le diagnostic parasitologique de la THA</p>
IRD/CIRDES/LSTM IRED (Institut de recherche en Elevage pour le développement)	<p>Lutte antivectorielle dans les zones où la transmission de la THA est élevée</p> <p>Période : 2014-2020</p>	<p>Réalisation des enquêtes entomologiques T0 (Bodo et Maro)</p> <p>Déploiement des écrans</p> <p>Réduction de la densité glossinienne. Elle est passé de 0,7g /p/J en 2013 à 0,03 g/P/J en 2019 dans le district sanitaire de Bodo (Foyer du Mandoul) et de 1,2g/p/J en 2014 à 0,87g/P/J dans le foyer de Maro</p>
Plateforme THA	<p>Sensibilisation des autorités sanitaires pour l'introduction de nouveaux outils de lutte contre la THA (NECT, FEXI)</p> <p>Formation des acteurs de terrains (laborantins, cliniciens etc..)</p> <p>Consolidation de la plateforme au niveau national</p> <p>Période : 2012- 2019</p>	<p>Redynamisation de la plateforme THA au Tchad (PNLTHA-IRED-Universités de Doba)</p> <p>Introduction des médicaments (NECT, FEXI) de prise en charge de la THA sur la liste des médicaments essentiels du Tchad</p> <p>Appui à la formation continue des cliniciens et laborantins en 2016</p>
OCEAC	<p>Renforcement des capacités</p> <p>Période : 2002-2012</p>	<p>Mise à niveau des techniques de diagnostic THA et des agents impliqués</p> <p>Formation continue à l'extérieur des acteurs de terrain du PNLTHA</p>



place dont celui regroupant en son sein des organisations non gouvernementales (ONG), des laboratoires publics et privés, des sources de financement publiques et privées : partenariats public - privé (PPP). Le DNDi (Drugs for Neglected Disease initiative) est une résultante de ce partenariat qui a permis la réalisation de nombreux essais thérapeutiques sur les maladies tropicales négligées, en particulier la THA avec la découverte en 2005 d'un nouveau traitement (fexinidazole) et la signature en 2009 d'un accord de collaboration entre la DNDI et Sanofi .

Quelles sont les retombées de tous ces accords de partenariats et projet sur les MTNs au Tchad ?

- Pour le trachome

Les acteurs clés dans la lutte contre le trachome sont en plus du Ministère de la santé Publique et l'OMS, le Foreign, Commonwealth and Development Office (FCDO / UKAid), Sightsavers, ITI (Pfizer), OPC, CBM, Croix-Rouge du Tchad et ACAS. Les interventions réalisées au Tchad suivent les recommandations de l'OMS, à savoir la stratégie CHANCE : Chirurgie de l'entropion-trichiasis (CH), l'Antibiothérapie (A), le Nettoyage du visage (N) et le Changement de l'Environnement (CE). Ces interventions ont pour cible la communauté et recherchent une participation de la communauté par l'approche des soins de santé primaires. Actuellement, cette MTN est prise en charge par le programme Ascend Afrique de l'Ouest et Centrale, menée par un consortium d'ONGs, composé de Sightsavers, la Liverpool School of Tropical Medicine, Mott MacDonald, et SCI Foundation.

Ainsi par rapport à la première composante CH, sur environ 40 000 personnes identifiées qui devraient bénéficier d'une chirurgie lors de la cartographie de la prévalence du trachome, 35 516 ont déjà été gérés pour le Trichiasis trachomateux (TT). Les dernières enquêtes de prévalence permettent d'estimer la cible à 6 000 cas à opérer, afin d'atteindre le seuil d'élimination du trichiasis trachomateux (TT) en tant que problème de santé publique.

Pour la composante A, ce sont plus de 12 millions de doses d'azithromycine qui ont pu être distribuées dans les districts identifiés comme endémiques depuis 2014. Ces traitements médicamenteux de masse (TMM) ont permis de protéger plus de 7 millions de personnes qui vivaient dans des zones à risque. En l'état des connaissances actuelles, il ne subsiste plus de districts sanitaires nécessitant un TMM car tous sont désormais en dessous du seuil de 5% de trachome folliculaire (TF) qui est la limite inférieure indiquée pour l'administration de TMM.

Sur la composante N & CE, différentes activités de

prévention (diffusion de spots radios, théâtre, groupements de fabrication de savon, etc...) ont été menées dans 43 districts sanitaires identifiés en fonction de la prévalence de TF. Les bonnes pratiques de prévention ont également été intégrées au programme national des écoles.

- Pour l'Onchocercose

Plusieurs acteurs et stratégies se sont succédés dans le temps dans la lutte contre l'Onchocercose au Tchad.

De 1992 à 1997, avec l'appui technique et financier de l'OMS, Carter Center et AFRICARE, la stratégie du Traitement de masse à l'Ivermectine à Base Communautaire (TIBC) a été mise en œuvre. Elle a permis d'obtenir des couvertures trop faibles, en dessous de 30% ne permettant pas d'éliminer l'Onchocercose en tant que problème de santé.

Ainsi, de 1998 à 2002, deux (2) autres partenaires se sont ajoutés aux trois (3) précédents. Il s'agit de l'APOC et OPC. Tous ont accompagnés techniquement et financièrement le pays à mettre en œuvre une nouvelle stratégie : Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) a été mise en œuvre. Elle a permis d'obtenir des couvertures de 60%, mais encore faibles pour permettre d'éliminer l'Onchocercose en tant que problème de santé.

De 2003 à 2015, OMS et APOC ont continué à accompagner le pays à mettre en œuvre le TIDC. Ce qui a permis d'obtenir une couverture géographique à 100% et le taux de couverture thérapeutique était au-dessus de 80% durant toute la période. Aussi, des évaluations d'impact du traitement, des enquêtes entomologiques et le raffinement de la cartographie de l'élimination de l'Onchocercose ont été réalisés. Les résultats de ces activités ont montré que :

- Pour les évaluations d'impact réalisées de 2009 à 2015 dans 301 villages qui ont enrôlé 109166 personnes, le taux de prévalence brute standardisé et la charge microfilarienne communautaire étaient quasi nuls ;

- Pour ce qui est des études entomologiques réalisées en 2011, 2015 et 2016, sur 92361 mouches capturées, les analyses ont montré un taux d'ineffectivité de 0,03 mouches infestées sur 1000 mouches analysées ;

- Pour le raffinement de la cartographie de l'élimination réalisé en 2013, 2014 et 2015 dans 4 provinces, aucun village sur les 51 examinés n'est positif.

Au regard de cette situation, on peut conclure que le Tchad aurait déjà probablement éliminé l'Onchocercose en tant que problème de santé publique dans tous ses foyers endémiques.

De 2016 à 2018, en plus de l'OMS, END Fund et OPC, ont continué à appuyer le pays à mettre



en œuvre le TIDC. Sur la base des résultats des enquêtes entomologiques, des couvertures thérapeutiques (> 80% depuis plus de 4 ans) et des évaluations d'impact, OMS/ESPEN a conseillé le pays à mettre en place un Comité Technique d'Experts pour l'élimination de l'Onchocercose et de la filariose lymphatique. Ce dernier a pour mission d'appuyer le Programme National d'Élimination de l'Onchocercose et de la Filariose Lymphatique (PNEOFL) en matière de prise de décision et ceci suivant les directives de l'OMS dans le processus d'élimination de l'Onchocercose et de la filariose lymphatique au Tchad a pour objectifs de :

- Appuyer à la l'élaboration d'un guide national et d'une feuille de route pour l'élimination de l'onchocercose et de la filariose lymphatique,
- Définir un plan de sensibilisation des leaders d'opinion, des Organisations Non Gouvernementale et autres associations pour leur implication dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose et la filariose lymphatique au Tchad,
- Analyser la situation épidémiologique et entomologique de chaque district endémique afin de déterminer les districts qui ont atteint le seuil d'élimination de l'onchocercose et de la filariose lymphatique,
- Appuyer le PNEOFL dans le plaidoyer et la mobilisation des ressources internes et externes,
- Appuyer le PNEOFL par des conseils techniques pour l'élimination des deux maladies,
- Appuyer le PNEOFL à la rédaction et soumission d'un rapport national pour la certification de l'élimination de l'onchocercose et de la filariose lymphatique.

Le Comité d'Experts a organisé sa première réunion en janvier 2019. La seconde du genre qui est prévue en 2020 est reportée à cause de la pandémie de la COVID 19.

En fin, de 2019 à 2020, Sightsavers en plus des trois (3) précédents accompagnant le pays dans la continuité du TIDC.

Il est à noter qu'avec l'appui technique et financier de Sightsavers d'importantes réalisations sans précédentes ont été faites à savoir :

- Mobilisation de plus de 1850 leaders politiques, administratives, communautaires et religieux dans la lutte contre l'onchocercose, la filariose lymphatique, les schistosomiasés et les géo helminthiasés,
- Formation de plus 800 agents de santé impliqués dans la lutte contre l'onchocercose, la filariose lymphatique, les schistosomiasés et les géo helminthiasés

- Formation de plus de 34 500 distributeurs communautaires.

Cet appui sa permis au PNEOFL de réaliser une couverture géographique de 100% et une couverture thérapeutique de 82,51%, soit 3 486 318 personnes traitées.

- Pour la filariose lymphatique

Au fil des années plusieurs partenaires se sont joints au Ministère et l'OMS dans la lutte contre cette maladie. En 2010, avec l'appui technique et financier de l'OMS, et APOC, le pays a réalisé la cartographie de la maladie dans les districts endémiques à l'onchocercose (référence du document produit). Puis en 2015, la cartographie dans les districts non endémiques a été réalisée grâce à l'appui technique de l'OMS (document produit à référencer).

De 2016 à 2018, le traitement de masse contre la filariose lymphatique est mis en œuvre après des activités de sensibilisation, plaidoyer, formation des acteurs grâce au soutien technique de ESPEN/OMS, END FUND. Tout ceci a permis d'obtenir géographique à 100% et la couverture des populations cibles est au-dessus de 95% depuis 2017 selon le rapport synthèse du programme.

En fin de de 2019 à 2020 Sightsavers s'est ajouté aux partenaires précédents pour accompagner le pays dans la mise en œuvre des Traitement de masse contre la filariose lymphatique.

Cet important appui a permis au PNEOFL d'atteindre une couverture géographique de 100% dans toute la zone de projet et de traiter 3 867 746 personnes contre la filariose lymphatique, soit une couverture thérapeutique 82.70%

- Pour la THA

Pour cette maladie, il faut noter que les efforts fournis par le Tchad et ses partenaires commencent à porter leurs fruits étant donné que le pays a récemment soumis au comité d'experts de l'OMS son dossier afin de voir si le Tchad ne pourrait pas rejoindre des pays comme le Togo où la TPHA a été éliminée comme problème de santé publique.

En plus de l'appui financier, le tableau 1 résume, pour chaque partenaire, les types d'interventions menées, la période pendant laquelle ces interventions ont été menées ainsi que les résultats obtenus.



Quelles perspectives face aux nombreux défis

Au regard des défis énormes dans la mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN et des multiples partenaires intervenants, il nous paraît crucial de créer une unité de coordination des MTNs au sein du Ministère de la santé Publique et de la Solidarité Nationale. En plus de coordonner les interventions des différents programmes et des partenaires pour plus d'efficacité, cette unité aura pour rôle, d'assurer le suivi et l'évaluation de ces interventions, mais aussi d'aider dans la mobilisation des ressources.

Afin de renforcer le système de santé sur le long terme, pour le trachome, il s'avère essentiel de repenser les stratégies en basculant d'un système de prise en charge actif (par le biais de campagnes) à un système de prise en charge de routine des cas récurrents de Trichiasis Trachomateux, d'où la nécessité de réouverture des filières 'Infirmier Supérieur en Ophtalmologie/ Technicien Supérieur en Ophtalmologie.

Au regard des données actuelles sur l'Onchocercose, la réalisation de la cartographie d'élimination selon le nouveau protocole de l'OMS, la cartographie de Pré arrêt et arrêt des Traitement Médicamenteux de

Masse (TMM), des activités essentielles à mettre en œuvre dans un bref délai afin de décider de l'arrêt ou non des TMM, de vérification de l'interruption de la transmission et de l'élimination de l'onchocercose.

Aussi, certains districts des provinces du Mayo Kebbi Est et Ouest qui n'étaient pas éligibles pour le traitement doivent être recartographiés pour la Filariose Lymphatique, au regard du nombre de cas de morbidités élevés enregistrés lors du dénombrement et la proximité avec des districts endémiques. La réalisation d'une enquête d'évaluation de la transmission PréTAS (Transmission Assessment Survey) pour apprécier les indicateurs par rapport à la situation de pré contrôle sont aussi nécessaires.

Pour la Schistosomiase et les géo helminthiases, aux vues de la prévalence très élevées de ces maladies dans certaines provinces, la création d'un Programme de Lutte contre la Schistosomiase et les Géo Helminthiases au sein du Ministère de la santé publique et de la Solidarité nationale est plus que nécessaire afin de mener le pays vers le contrôle puis l'élimination.

Références

- (1) https://www.who.int/topics/tropical_diseases/qa/faq/fr/
- (2) Developing the 2021-2030 road map for neglected tropical diseases, WHO.
- (3) Plan stratégique pour la lutte contre les maladies tropicales négligées dans la Région africaine 2014-2020, OMS
- (4) Un appel au soutien pour les pays d'Afrique francophone – Mettre fin aux terribles souffrances causées par les MTN, Pratique Mondiale Santé, Nutrition et Population, Déc. 2018
- (5) Cartographie complémentaire des Maladies Tropicales Négligées à chimiothérapie préventive au Tchad 2015
- (6) <https://www.who.int/apoc/onchocerciasis/ocp/fr/>
- (7) Intégrer les maladies tropicales négligées dans l'action pour la santé mondiale et le développement, quatrième rapport de l'OMS sur les maladies tropicales négligées, 2018
- (8) Pr Pierre Aubry et Dr Bernard-Alex Gaüzère, Maladies tropicales négligées actualités 2020, Médecine tropicale, Texte mis à jour le 01/03/2020
- (9) Auriane Guilbaud, Les partenariats public-privé sanitaires internationaux : diffusion et incarnation d'une norme de coopération, Dans Mondes en développement 2015/2 (n° 170), pages 91 à 104
- (10) Le programme Ascend Afrique de l'Est et Asie du Sud, qui prend en charge la leishmaniose, est géré par un consortium mené par Crown Agents.

Le ver de Guinée au Tchad : une nouvelle donne épidémiologique

Dr Ibrahim DJEOMBORO, NPO/NTD/OMS Chad ; Dr Tchindebet OUAKEU, Coordonnateur du PNEVGT ; Tchoufienet MOUNDAI, Coordonnateur Adjoint du PNEVGT ; Dr Hubert ZIRIMWABAGABO, Représentant du Centre Carter au Tchad

La maladie du ver de Guinée, encore appelée « dracunculose » est une maladie parasitaire caractérisée par l'émergence à travers la peau d'un ver blanc filiforme pouvant atteindre un (1) mètre de long, appelé «*Dracunculus medinensis* ». Bien que rarement mortelle, la dracunculose est responsable d'une incapacité temporaire. La maladie survient souvent lors de la période des travaux champêtres empêchant les sujets atteints de mener à bien leurs activités d'où son appellation sous certains lieux, de la « Maladie du grenier vide ». Cet article voudrait d'une part faire un état de lieu de la situation épidémiologique de cette maladie au Tchad de façon générale et celle des infections animales en particulier ; d'autre part informer l'opinion publique sur les interventions en cours et les principaux défis, et enfin proposer des pistes de solutions pour parvenir à l'éradication escomptée.

Un peu d'histoire ...

Par la multitude des noms utilisés pour désigner cette affection (dragonneau, filaire de Médine, ver des pharaons, fil d'Avicenne, ver de Guinée), on pourrait comprendre aisément que la dracunculose a traversé les temps et les continents.

En effet, elle est connue depuis l'antiquité. La maladie et son traitement par extraction du ver sont décrits dans le papyrus d'Ebers (1 500 ans avant Jésus Christ). La découverte d'un *Dracunculus* mâle, calcifié dans la cavité abdominale d'une momie d'adolescente, confirme la présence de l'infection humaine en Égypte au début du premier millénaire avant Jésus Christ.

Certains auteurs avancent même la thèse, bien que contestée par d'autres, que « les serpents ardents » (Livre de Nombres, 21, 5-9) dans la Bible fait référence à la dracun-

culose.

La première description précise de la maladie, le traitement, l'évolution et les complications en cas de rupture du ver lors de l'extraction fut faite par le médecin perse Ibn Sina, connu sous le nom d'Avicenne, au XI^e siècle. Cependant, la nature étiologique à long terme a été mal appréhendée jusqu'au XIX^e siècle car considérée comme « une veine variqueuse par les uns, une tumeur pour les autres ou encore une portion de tissu cellulaire frappé de mort » pour certains.

L'observation en Amérique de nombreux cas chez les esclaves venant du Golf de Guinée lors de la traite négrière lui a valu son actuel nom de « ver de Guinée ». C'est donc une affection assez répandue dans le monde mais qui s'est spontanément réduite avec les progrès économiques et l'évolution des sociétés. Jusqu'au milieu des années 80, son incidence annuelle était de 3,5 millions et touchait 21 pays dont 17 en Afrique.

Avec la décennie de l'eau instaurée par l'OMS (1980-1990) et le nombre de cas considérablement baissé, passant de 3,5 millions à 32 000 cas par an dans les années 1995, rendent l'éradication possible. Ainsi, cette dernière était fixée d'abord en 1995 puis 2000, 2009 et enfin 2025. Mais où en sommes-nous actuellement ?

La nouvelle donne épidémiologique

Dans le monde actuellement, cinq (5) pays seulement continuent de rapporter des cas et/ou infections de



ver de Guinée. Il s'agit de l'Angola, l'Éthiopie, le Mali, le Soudan du Sud et le Tchad. En effet, bien que connu depuis l'antiquité, l'homme est longtemps resté considéré comme l'hôte définitif du *Dracunculus medinensis*.

En 2012, un ver émerge d'un chien observé au Tchad avait été prélevé et envoyé au laboratoire de référence de CDC Atlanta qui a confirmé qu'il s'agit du même

ver que celui responsable de la maladie chez l'homme. Dès lors, le nombre des infections chez les animaux ne cesse de croître d'année en année. Le tableau 1 résume cette situation.

Il ressort du tableau 1 que la situation épidémiologique au Tchad est la plus critique comparée aux autres pays. En effet, après presque une décennie sans notification des cas (2000 à 2009), le Tchad s'apprêtait à la certi-

Tableau 1 : Répartition des cas et infections au ver de Guinée par pays de 2017 à 2019

Pays endémiques	Cas humains			Chiens			Chats			Babouins		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Tchad	15	17	48	817	1040	1935	13	25	46	0	0	0
Soudan du Sud	0	10	4	0	0		0	0		0	0	0
Éthiopie	15	0	0	11	11	2	0	5	0	4	1	6
Mali	0	0	0	9	18	8	1	2	1	0	0	0
Angola	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Totaux	30	28	53	837	1069	1946	14	32	47	4	1	6

fication quand un cas a été rapporté dans le district de Guelendeng (zone de responsabilité de Nanguigoto) en 2010 puis dans la même année 9 autres cas. Ensuite, en 2012 avec l'avènement des infections chez les animaux, le nombre des cas et infections n'ont pas cessé d'augmenter d'année en année. Les figures 2, 3 et 4 illustrent cette situation.

Pour l'année 2019 par exemple, sur 54 cas humains et 2001 infections

rapportés dans le monde, 48 cas humains et 1982 infections étaient notifiés au Tchad, ce qui représente respectivement 89% des cas et 99% des infections du monde rapportés au Tchad.

La difficulté de maîtriser les mouvements des chiens surtout errants et l'augmentation croissante des infections amincissent les espoirs d'éradication. Pour l'année 2019, le taux d'isolement était de 77% pour les chiens et 51% chez les chats. Ce qui veut dire que 23% des chiens ayant fait la maladie en 2019, étaient vus au stade où le ver émergeait déjà, donc par conséquent ils ont pu être en contact avec un point d'eau et l'aurait contaminé, entretenant ainsi la chaîne de transmission.

Quelles solutions apportées ?

Afin d'arriver à l'éradication de la maladie, la chaîne de transmission devrait être interrompue en agissant sur chacune des étapes de son cycle. La maladie se transmet par la consommation d'eau souillée par les larves de *Dracunculus medinensis*. Ainsi, les actions actuelles entreprises par le programme sont le trait-

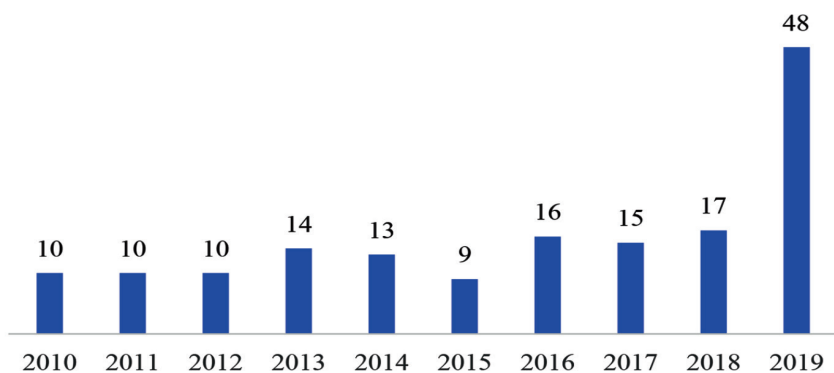


Figure 2 : Evolution du nombre de cas humains de ver de Guinée au Tchad de 2010 à 2019

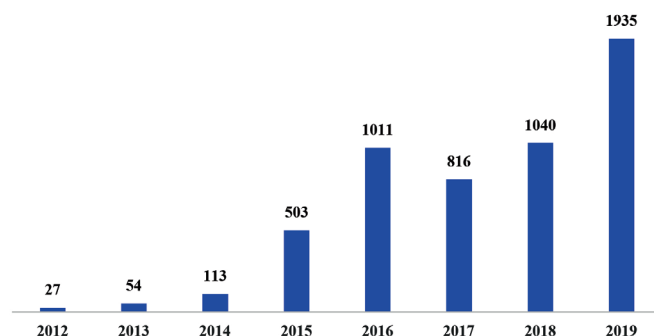


Figure 3 : Evolution du nombre des infections au ver de Guinée chez les chiens au Tchad de 2012 à 2019

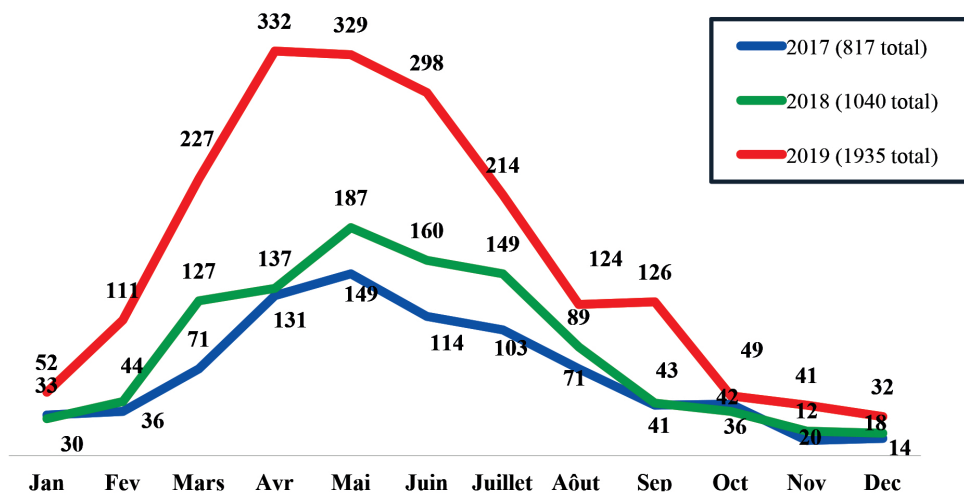


Figure 4 : Infections au Ver de Guinée chez les chiens par mois (2017 - 2019)

ement systématique de tous les points d'eau éligibles à l'Abate (Téméphos) en plus du traitement traditionnel des points d'eau contaminés. La distribution des filtres, l'éducation de la population sur leur utilisation et la communication pour le changement de comportement viennent accompagner et renforcer cette intervention. Cependant, l'approvisionnement en eau potable des villages endémiques reste un gros défi. En effet, sur les 25 villages ayant rapporté des cas humains en 2019, près de la moitié (12 villages) ne disposent même pas d'une seule source d'eau potable. L'exemple du village de Bogam dans le district d'Aboudeia, province du Salamat, qui ne dispose pas d'une seule source d'eau potable et qui à lui seul a rapporté plus de 40% (19 cas) de tous les cas rapportés au Tchad, illustre bien cette situation. C'est pour quoi des actions concrètes devront être entreprises de ce côté en impliquant le Ministère en charge de l'eau et l'ensemble des partenaires intervenants dans ce secteur.

La détection précoce des cas et infections avant l'émergence du ver constitue un second élément essentiel pour arrêter la chaîne de la transmission. Les actions en cours sont l'augmentation du nombre de village sous surveillance active, qui est passé de 713 à 2164 entre 2012 et 2019. La promotion du système de récompense vient renforcer cette surveillance. Cependant, toujours plus de 20% des cas et/ou infections ne sont pas isolés. Depuis Février 2020, le pays met en œuvre «la stratégie d'attachement prolongé des chiens et chats dans les districts hyper endémiques ». Ceci consiste à attacher de manière préventive ces animaux durant les périodes de fortes transmissions (3 à 4 mois) déterminées par la courbe épidémiologique des années précédentes. Cette stratégie vise à obtenir un taux d'isolement de 100% et

par conséquent arrêter la chaîne de transmission. La transmission de la maladie pourrait aussi dans une moindre mesure se faire par la consommation des poissons ou grenouilles mal cuits selon certaines hypothèses. Les interventions en cours au niveau du programme pour agir à ce niveau sont la sensibilisation pour l'enterrement des boyaux des poissons et la bonne cuisson des aliments.

Toutefois, la maladie du ver de Guinée est une maladie liée essentiellement à la consommation d'eau souillée par les larves de *Dracunculus medinensis*. Il faut souligner que malgré ces interventions, venir à bout de la maladie du Ver de Guinée n'est pas aisé à cause de la difficulté de contrôle des chiens surtout errants.

En 2013, une réunion stratégique multisectorielle regroupant les cadres de Ministères de la Santé Publique, de l'Intérieur, de l'Elevage et l'Environnement avait déjà révélé l'abattage comme l'une des stratégies pour la lutte contre la dracunculose au Tchad. L'une des recommandation phare de cette réunion était «*l'abattage systématique des chiens errants dans les zones où les cas de ver de Guinée ont été notifiés chez les animaux*». Cette recommandation a été revue lors de la réunion du 24 juillet 2014, par le Premier Ministre de l'époque ayant présidé cette réunion en «*l'abattage des chiens errants*». La mise en application de cette recommandation n'a pas pu être effective faute d'engagement ferme et de suivi.

Ainsi, l'élimination des chiens dans le cadre de la lutte contre cette maladie devrait être reposée sur la table.

Références

- (1) Jean-Philippe Chippoux, le ver de Guinée en Afrique : Méthode de lutte pour l'éradication, édition ORSTOM, 1994
- (2) [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dracunculiasis-\(guinea-worm-disease\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dracunculiasis-(guinea-worm-disease))
 - a) Un cas désigne une maladie au ver de Guinée chez l'Homme
 - b) Une infection désigne une maladie au ver de Guinée chez l'animal (Chien, Chat, Babouins...)



Le Plan stratégique intégré de santé de reproduction, maternelle, néonatale, infantile, des adolescents et de la nutrition (Plan intégré SRMNIAN 2019-23) du Tchad

Dr NGUETABE Odile, Chargée de programme de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SMNIA) au bureau de l'OMS au Tchad

Dr SANNI Saliyou, chargé de la santé sexuelle et reproductive à l'équipe inters pays de l'OMS pour l'Afrique centrale à Libreville-Gabon

Mr. OUATTARA Soungalo, économiste/spécialiste en management stratégique et opérationnel des projets et programmes à la Direction du Partenariat pour le Financement de la Santé au Ministère de la Santé du Burkina Faso

Mr. GAMI Jean Pierre, Conseiller auprès de la Direction de la Santé de Reproduction au MSP du Tchad

Depuis les années 80, le gouvernement de la République du Tchad s'était engagé avec l'ensemble de ses partenaires à faire de la santé des femmes et des enfants une des priorités nationales de santé publique. Cet engagement, s'est matérialisé par la création d'un service national de la Santé maternelle et infantile (SMI) et du bien-être familial (BEF) au sein du Ministère de la santé publique.

Avec le temps, et compte tenu des énormes défis en matière de la santé de la mère et de l'enfant auquel est confronté le pays, le service national de la Santé maternelle et infantile (SMI) et du bien-être familial (BEF) est transformé en direction de la santé de reproduction (SR). Cette direction est chargée des programmes de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de la Nutrition (SRMNIAN).

Depuis cette réorganisation, plusieurs initiatives ont été prises par le Tchad et ses partenaires dans le but d'améliorer la santé du couple mère-enfant.

Le but de ce papier est de montrer qu'avec de nouvelles stratégies d'interventions basées essentiellement sur l'amélioration de la qualité de soins dans les programmes de santé de la mère et de l'enfant, le gouvernement et ses partenaires pourraient inverser les tendances et améliorer les indicateurs de santé maternelle et infantile au Tchad.

Les principaux défis de la santé maternelle, néonatale et infantile

Au Tchad, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant demeure un problème majeur de santé publique à cause des mauvais indicateurs qu'affiche le pays depuis plus de deux (02) décennies. En effet, le Tchad compte parmi les pays où ces indicateurs sont les plus faibles du monde. D'après le dernier rapport de 2018 sur les tendances de la mortalité maternelle dans le monde, publié par les agences du système des Nations et la Banque Mondiale (1), l'Afghanistan, le Tchad, et la Somalie sont les pays au monde où le taux de mortalité maternelle est le plus élevé. Cette situation s'explique entre autres par une faible utilisation des services de santé de la reproduction. Selon le rapport des résultats de l'enquête SARA (2) réalisée par l'OMS, la capacité opérationnelle des services de santé globaux est de 57% dont seulement 5% pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

La santé maternelle et infantile constitue une source de préoccupation nationale à cause du taux particulièrement élevé de la mortalité maternelle à 860 décès pour 100 000 naissances vivantes, et ceux des nouveaux nés et des moins de 5 ans respectivement à 34 et 72 décès pour 1000 naissances vivantes (3).

Les mariages précoces (69,1% avant l'âge de 18 ans) associés à des grossesses précoces et nombreuses, augmentent considérablement les risques de décès



maternels. La persistance de rumeurs concernant les contraceptifs, les interdits religieux et culturels, le statut social et économique de la femme constituent des freins majeurs à l'accès aux services de santé pour les femmes en âge de procréer et en particulier pour les adolescentes.

Les pratiques, les croyances et les perceptions socioculturelles constituent des facteurs influençant fortement le processus décisionnel de recours aux soins et l'utilisation des services existants en matière de la SRMNIAN. La signature récente, le 14 octobre 2020, du décret d'application de la Loi portant promotion de la SR au Tchad, par le Maréchal du Tchad et sa mise en application, devraient contribuer à alléger les pesanteurs socio-culturelles qui influent négativement sur les indicateurs de santé du couple mère-enfant.

Engagement du Tchad sur les plans internationaux pour la santé de la mère et de l'enfant

Face aux nombreux défis liés à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, le Tchad, à l'instar des autres pays, s'est engagé à élaborer des politiques et stratégies arrimées sur les objectifs du développement durables (ODD 3) afin d'accélérer la réduction de la morbidité et mortalité maternelle, néonatale et infantile (RMMNI).

Atteindre la cible 3 des ODD signifierait réduire, à l'horizon 2030, le taux de mortalité néonatale et infanto-juvénile respectivement à moins de 12 et 25 décès pour 1000 naissances vivantes (NV), et le taux de mortalité maternelle à moins de 140 décès pour 100 000 NV, ce qui semble laborieux pour le Tchad. Par exemple, les tendances actuelles de 2020, des indicateurs clés de consultation prénatale (33,95%), du post-natal (8,65%), de la planification familiale (7%), de l'accouchement (34%) et de la disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (29%) ne s'améliorent pas. Le taux de la mortalité maternelle restera stagnant pendant 2 décennies avec 622 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2030. Or pour atteindre l'ODD 3 relatif à la réduction des décès maternels à 140/100.000 NV au plus, le Tchad devrait réduire ce taux de 15% chaque année. Les données à notre disposi-

tion montrent que cette réduction est aujourd'hui de 2,5% annuellement (4).

Ces chiffres doivent inciter davantage les programmes impliqués à renforcer les actions et l'engagement de la part du gouvernement et ses partenaires, afin d'améliorer la santé des mères et des enfants en veillant à l'équité sociale et géographique.

La réponse nationale pour l'atteinte des ODD d'ici à l'horizon 2030, s'est articulée autour des objectifs fixés dans les différents documents stratégiques majeurs tels que la politique nationale de santé (PNS 2016-2030) et la mise en œuvre de ses plans nationaux de développement sanitaire (PNDS).

Une nouvelle stratégie pour la santé des femmes et des enfants : le plan stratégique intégré SRMNIAN 2019-23

Pour renforcer les actions du gouvernement dans la mise en œuvre du PNDS, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en collaboration avec les autres partenaires du secteur, a soutenu en 2019, le MSPSN à développer une nouvelle stratégie nationale, un plan intégré des programmes nationaux de la SRMNIAN dans le but de rendre disponible l'offre des services de soins de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Ce plan intégré, a d'abord fait l'objet d'une revue globale de tous les programmes de santé maternelle, néonatale, infantile, des adolescents, y compris les programmes transversaux tels que la nutrition. C'est sur la base de cette revue, que le plan intégré de la SRMNIAN 2019-23 a été élaboré dans un processus participatif et inclusif.

Les Coûts et financements du plan stratégique de la SRMNIAN

Comme tout plan de développement, le Plan Stratégique de la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, des Adolescents et la Nutrition (SRMNIA-N) a été doté d'un budget estimé à 205 974 438 milliards de FCFA pour sa mise en œuvre durant les 5 années. Ce budget a été reparti par orientation/objectif stratégique et par année d'exécution comme le montre le tableau 1.



Tableau 1 : répartition du budget par an et par objectif stratégique du plan SRMNIA pendant les 5 années d'exécution (en milliers de francs cfa)

ANNEES	2019	2020	2021	2022	2023	Total
OS1 : renforcer les capacités des gestions des programmes SRMNIAN	752 331	844 631	738 748	682 972	738 748	3 757 430
OS2 : Améliorer la disponibilité et l'utilisation des services de santé maternelle et reproductive de qualité	5 933 431	8 410 471	11 702 942	2 923 646	14 841 037	53 811 528
OS3 : Améliorer la disponibilité et l'utilisation des services des soins de santé néonatale, infanto juvénile et des enfants en âge scolaire de santé	11 229 975	14 373 731	17 812 991	18 683 144	19 585 527	81 685 367
OS4 : Améliorer la disponibilité et l'utilisation des services de soins de santé de qualité adaptés aux adolescents	5 351 322	5 476 312	5 607 333	5 475 749	5 611 877	27 522 592
OS5 : Assurer la disponibilité des médicaments essentiels, des intrants spécifiques, des équipements et technologies sanitaires pour l'offre des soins en SRMNIAN	6 025 973	6 031 731	6 035 962	6 038 390	6 038 904	30 170 960
OS6 : Renforcer les rôles des individus, des familles et communautés pour la demande et l'utilisation des services de SRMNIAN en zone urbaine et rurale.	1 035 790	919 816	1 088 816	1 016 091	975 091	5 035 605
OS7 : Renforcer le suivi et évaluation des interventions de la SRMNIAN	802 889	803 115	790 918	803 115	790 918	3 990 956
Total	31 131 711	36 859 807	43 777 710	35 623 107	48 582 102	205 974 438

D'après les projections basées sur le « One Health Tool » (5) pour les pays à revenu faible ou intermédiaire, le financement intégral de la mise en œuvre du plan SRMNIAN du Tchad, contribuerait à réduire chaque année de son exécution, le nombre de décès maternels, néonataux et infantiles et augmenter le nombre de vies additionnel chez les moins de 5 ans tels que décrits ci-dessous.

Résultats d'impact de la mise en œuvre du plan stratégique SRMNIA 2019- 2023

• Evolution de la mortalité infantile d'ici à l'horizon 2020.

Selon la dernière enquête EDST-MICS de 2014-15, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Tchad est de 72 décès pour 1000 naissances vivantes. Avec la mise en œuvre de ce plan, le nombre de décès infantiles va décroître de 10 000 par an durant cinq ans comme le montre la figure 1 qui décrit l'évolution des décès des enfants âgés de 0-59 mois. Sur une base de 66.360 décès en 2019, le nombre de décès de cette tranche d'âge va régresser d'année en année pour atteindre 25.960 décès en 2023.

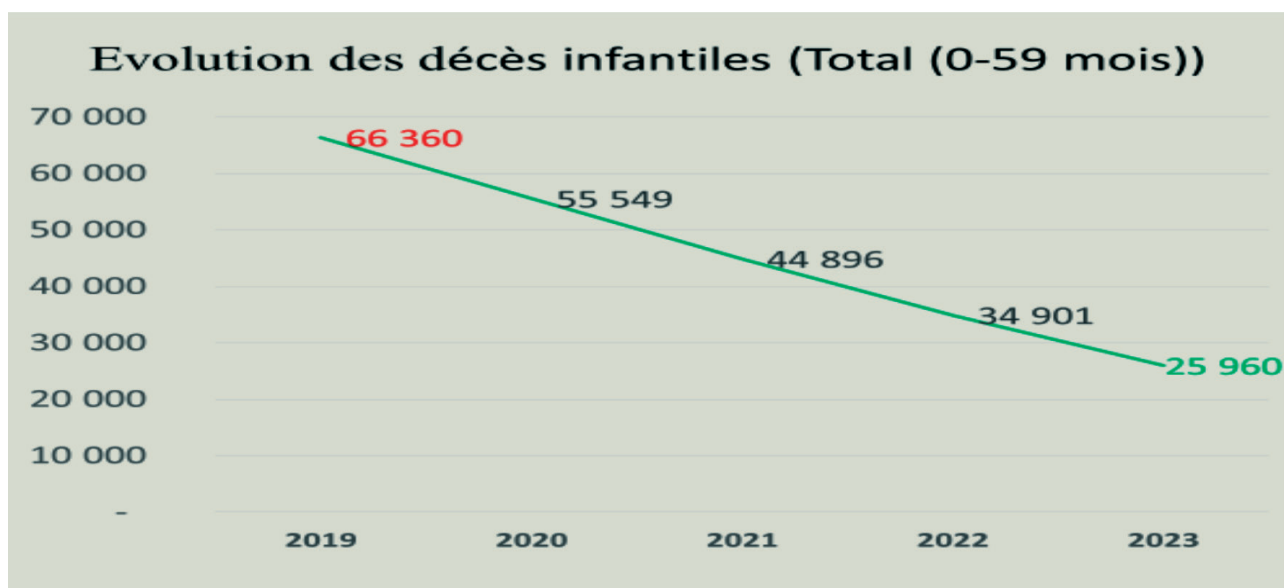


Figure 1 : Evolution des décès infantiles de 2019 à 2023 grâce à la mise en œuvre du plan stratégique de la SRMNIAN

Le tableau 2 montre une augmentation annuelle exponentielle de vies sauvées chez des enfants de moins de 5 ans. Ainsi, à la fin de la 5ème année d'exécution du plan, ce sont environ 111.322 vies des enfants de 0-59 mois qui seront sauvées au Tchad.

Tableau 2 : Vies additionnelles sauvées chez les enfants moins de 5 ans de 2019 à 2023 grâce à la mise en œuvre du plan stratégique de la SRMNIAN

Vies additionnelles sauvées chez les enfants de moins de 5 ans

ANNEE	2019	2020	2021	2022	2023
<1 mois	2 391	4 220	5 269	5 433	5 643
1-59 mois	12 671	16 747	19 207	19 583	20 158
Total (0-59 mois)	15 062	20 967	24 476	25 016	25 801

En plus des résultats d'impacts sur la santé des enfants de moins de 5 ans, les impacts sont également démontrés sur l'évolution de la mortalité maternelle.



- Evolution de la mortalité maternelle d'ici à l'horizon 2023.

En dépit des efforts consentis par le gouvernement et ses partenaires au développement pour améliorer le taux de mortalité maternelle de 860 décès sur 100 000 naissances vivantes rapporté par l'EDST 2014-15, cet indicateur est resté faible et le taux de décès maternels stagnant depuis 2 décennies. Selon les mêmes projections, si le plan stratégique est financé intégralement et mis en œuvre, le pays pourra réduire de manière significative, le nombre de décès mater-

nels d'ici la fin des 5 prochaines années de sa mise en œuvre. La figure 2 montre l'évolution des décès maternels pendant les 5 années de l'exécution du plan stratégique SRMNIAN de 2019 à 2023.

La figure 2 montre une baisse annuelle des décès maternels pendant la mise en œuvre du plan. Sur la base de 860 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2019, le nombre de décès aura baissé d'année en année pour atteindre 649.96 décès/100.000 NV en 2023.

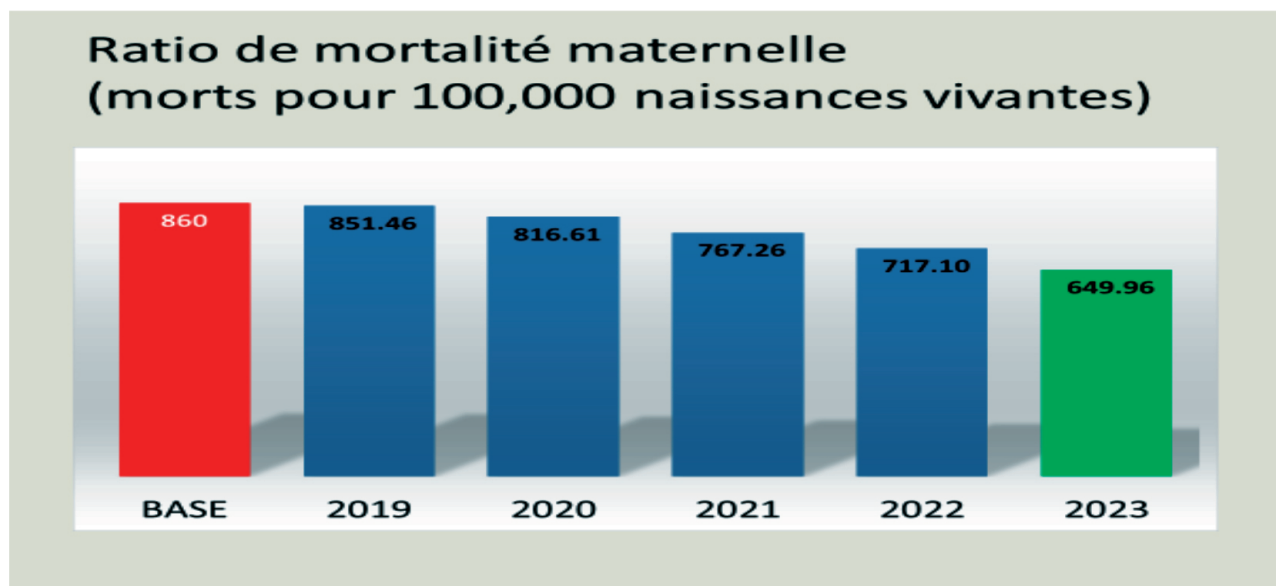


Figure 2 : Evolution des décès maternels pendant les 5 années du plan SRMNIAN ou la tendance de la mortalité maternelle serait en baisse au Tchad.

En conclusion, les projections de l'impact des résultats de la mise en œuvre du plan intégré, démontrent bien que toute stratégie basée sur les interventions qui ont fait leurs preuves, contribuent à réduire de manière significative le nombre de décès maternels et infantiles. Si le financement et la mise en œuvre

du plan stratégique SRMNIAN du Tchad ainsi que son évaluation régulière étaient exécutés comme planifiés, ils devraient produire les effets escomptés et un impact positif sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile d'ici 2023.

Références

1. Trends in Maternal Mortality :1990 to 2018; Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank
2. Rapport de l'enquête SARA: Disponibilités et capacités opérationnelles des services de santé au Tchad; SARA 2019
3. L'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS 2014-2015).
4. The Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (MMEIG), 2016
5. Outil de planification stratégique de santé des Nations Unies et des institutions de développement (IAWG-Costing).



La Convention cadre de l'OMS pour la lutte Antitabac (CCLAT) au Tchad : Renforcement de la mise en œuvre pour la réalisation des Objectifs de Développement Durable

M. NAISSEM Jonas, NPO/HPR-TOB & M.TIH Armstrong Ntiabang, Consultant OMS (HQ/CSF/ODA; e-mail : tiha@who.int)

Le tabagisme est le premier facteur de risque évitable des quatre principaux types de maladies non transmissibles (MNT) que sont, les cancers, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les maladies cardiovasculaires. Particulièrement dangereux pour la santé humaine et néfaste pour l'économie nationale, l'usage du tabac élargit les inégalités socio-économiques et entrave les progrès par rapport à divers Objectifs de Développement Durable (ODD).

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) est le premier traité mondial dédié à l'amélioration de la santé publique. Ce traité, juridiquement contraignantes et fondées sur des données probantes, affirme l'importance des stratégies de réduction de la demande au même titre que la réduction de l'offre des produits du tabac. L'objectif de la CCLAT est de protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac en offrant un cadre pour la mise en œuvre de mesures de lutte antitabac par les Parties aux niveaux national, régional et international. La CCLAT compte aujourd'hui 181 pays et l'Union européenne comme Parties.

Quelques chiffres clés de l'utilisation du tabac au Tchad

Au Tchad, plus de 595 000 personnes utilisent des produits du tabac et environ 2 473 personnes décèdent chaque année des maladies imputables à l'usage du tabac. Soixante et onze pour cent (71%) de ces décès surviennent chez les moins de 70 ans. 13,4% des hommes et 2,7% des femmes âgés de 15 ans et plus utilisent au moins une forme de tabac. L'usage du tabac varie d'une région à l'autre, les taux les plus faibles se trouvant dans les régions centrales du pays (1,1% dans la région du Lac, et 1,9% à Barh El Gazal) et les taux les plus élevés dans les régions méridionales de Mayo Kebbi Est (20,4%) et de Logone Oriental (13,0%).

Le type de produits du tabac consommés varie selon le genre. Par ailleurs, la prévalence de la cigarette

est environ deux fois plus élevée que celle des autres formes de tabac, telles que le tabac à priser ou le tabac à chiquer, chez les hommes. Cependant, chez les femmes, le taux d'utilisation d'autres produits du tabac est quatre fois supérieur à la prévalence de la cigarette. Le tabac à chiquer, connu sous le nom de « tambook » au Tchad, est fermenté, moulu et mélangé avec du bicarbonate de sodium et maintenu dans la bouche, tandis que le tabac à priser c'est du tabac séché et finement moulu qui est mélangé avec du nitrate de potassium et d'autres sels et inhalé par pincées.

Le tabagisme est fortement corrélé au revenu. Les 20% les plus pauvres du Tchad utilisent le tabac à un taux de 9,8%, tandis que les 20% les plus riches le consomment à un taux de 4,2%. Il en résulte que les Tchadiens ayant un faible revenu héritent d'une part disproportionnée des fardeaux sanitaires et économiques résultant des maladies et de la mortalité imputables au tabac.

32 milliards de pertes annuelles dues au tabagisme

L'usage du tabac a coûté 32 milliards de francs CFA en 2017 à l'économie tchadienne, soit 0,5% de son produit intérieur brut. Ces coûts sont dus aux dépenses de santé et aux pertes de productivité dues à la mortalité prématurée, aux incapacités et à l'absentéisme (manquer des journées de travail) et le présentéisme (travailler à capacité réduite) des fumeurs. Dans la même année, le coût de l'absentéisme excessif dû à une maladie liée au tabac s'élevait à 1,1 milliard de francs CFA et le coût du présentéisme dû à la cigarette, à 3,3 milliards de francs CFA. Même dans leurs années de vie saine, les fumeurs qui travaillent sont moins productifs que les non-fumeurs car les fumeurs prennent environ dix minutes supplémentaires par jour de plus en pause que les non-fumeurs. Si le salaire moyen des travailleurs est évalué à dix minutes, l'effet cumulatif cumulé de 149 500 fumeurs salariés prenant dix minutes par jour pour prendre une pause cigarette équivaut à une perte de productivité de 2,2 milliards de francs CFA par an.



Bien que les coûts de la mortalité prématurée soient élevés, les conséquences de la consommation de tabac commencent bien avant le décès. Les dépenses en traitement médical pour les maladies causées par le tabagisme ont coûté 1,6 de francs CFA au Gouvernement en 2017 et ont incité les citoyens tchadiens à dépenser 2,8 milliards de francs CFA en dépenses de santé à la charge des patients. Les organismes privés d'assurance et à but non lucratif au service des ménages ont dépensé 0,7 milliard de francs CFA pour le traitement des maladies imputables au tabac en 2017. Au total, le tabagisme a généré 5,2 milliards de francs CFA en dépenses de santé.

Etat de mise en œuvre de la convention cadre au Tchad

Quatre ans après son adhésion à la CCLAT en 2006, le Tchad a adopté la loi n° 10 / PR / 2010 portant lutte antitabac. Cette loi permet au Tchad d'implémenter diverses mesures relatives à la réduction de la demande et de l'offre des produits du tabac. L'on peut citer, entre autres, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, les mises en garde sanitaires en image sur les emballages des produits du tabac, l'interdiction de toutes formes directes et indirectes de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac, l'augmentation des taxes sur les produits du tabac, etc. En juin 2018, le Tchad a ratifié le protocole sur le commerce illicite de tabac.

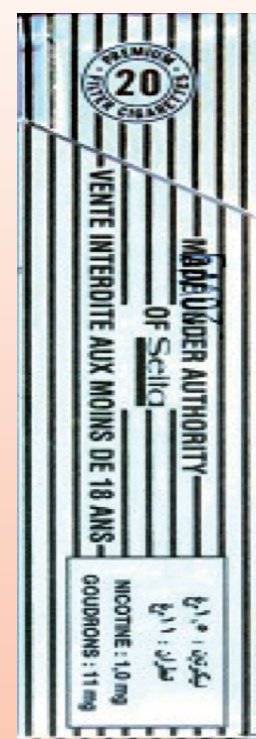
En 2014, le Tchad a mis en place le Programme national de lutte contre le tabac, l'alcool et les drogues (PNLTAD). Un Comité national de lutte contre le tabagisme (CNLT) existe depuis 2007 et représente son mécanisme de coordination nationale multisectoriel pour la lutte antitabac. Le PNLTAD et le CNLT ayant été créés par décret ministériel et n'ayant pas de structure dédiée dotée d'une autonomie financière, ils ne peuvent recevoir de financement dédié provenant de taxes spécifiques allouées par le Ministère des Finances et approuvées par l'Assemblée nationale. Plusieurs intervenants ont recommandé que le PNLTAD et le CNLT aient un statut élevé et soient rétablis sous la même forme par une législation. Cela permettrait au PNLTAD de concevoir un budget annuel et au Ministère des Finances de percevoir une

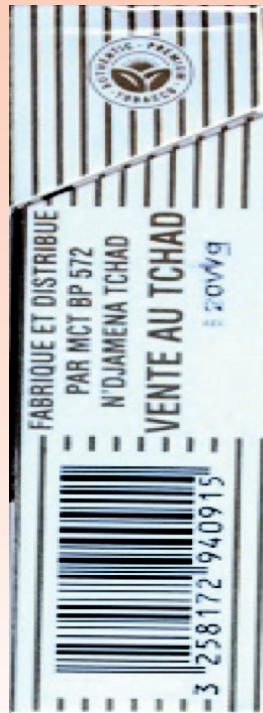
taxe spécifique sur le tabac et d'affecter des recettes de la taxe sur le tabac au financement des activités du PNLTAD.

Le Tchad a beaucoup fait pour traduire ses engagements au titre de la CCLAT en actions nationales concrètes. Voici quelques-unes de ces actions remarquables de lutte antitabac :

► Mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac : Le Tchad applique actuellement un taux de taxation total sur les cigarettes qui représente 34,5% du prix de vente au détail de la marque de cigarette la plus vendue. Cela ne correspond pas à la recommandation de la CCLAT de l'OMS selon laquelle les taxes doivent représenter au moins 75% du prix de vente au détail des produits du tabac avec au moins 70% des taxes composées de droits d'accise. Le Tchad a progressé dans le domaine de la hausse des impôts, avec la mise en place d'une taxe d'accise spécifique de 100 XAF sur tous les paquets de cigarettes entrée en vigueur le 1er janvier 2019 avec la loi des finances 2019. En outre, il a été annoncé que les recettes fiscales supplémentaires seraient affectées à la promotion de la santé publique. Cependant, le Tchad peut augmenter davantage les impôts en mettant l'accent sur l'augmentation de taxes d'accise spécifiques afin de générer des gains supplémentaires en matière de santé et de revenus pour le Gouvernement.

► Protection contre l'exposition à la fumée du tabac : Le Tchad a promulgué une interdiction de fumer dans tous les lieux publics. Cependant, le respect des interdictions rencontre des problèmes importants. Par exemple, une étude menée en 2016 sur 105 bars, restaurants, cafés et hôtels au Tchad a révélé que les clients





jours en cours : Selon les rapports des parties prenantes, le tabac illicite au Tchad provient principalement du Nigéria et est acheminé vers le Tchad via le Cameroun. Certains tabacs illicites proviennent également de la Libye et du Soudan. Le problème est que le Ministère du commerce ne dispose pas de mécanismes adéquats pour garantir la déclaration des importations de tabac. Le Gouvernement a créé une unité douanière mobile chargée de saisir le tabac illicite et d'autres produits, mais l'unité n'a pas reçu les fonds nécessaires. Selon les parties prenantes au Tchad, les importations illicites de tabac sont facilement accessibles et achetées.

fumaient dans 72% des lieux et le personnel fumait dans 15% des lieux.

► Conditionnement et étiquetage des produits du tabac: Afin d'informer les consommateurs sur les effets nocifs du tabac, le Tchad a exigé que les emballages de cigarettes et tabacs sans fumée soient dotés de quatre étiquettes d'avertissement graphiques rotatives et des messages textes qui couvrent 70% des emballages.

► Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage : Le Tchad a décrété l'interdiction complète de toutes les formes de publicité, promotion et parrainage du tabac (TAPS), y compris la publicité directe sur les principaux supports (télévision, radio, presse écrite, panneaux d'affichage, Internet) et les formes indirectes de promotion et de parrainage (par exemple, distribution gratuite de produits du tabac, étalages de produits dans un point de vente).

En dépit de toutes ces actions, de nombreux défis restent à surmonter. En effet :

► L'industrie du tabac continue de contrecarrer les efforts de lutte antitabac : Le Tchad a un fabricant de produits du tabac, la Manufacture des Cigarettes du Tchad (MCT), filiale du groupe Imperial Tobacco. L'industrie du tabac tente activement de façonner la réglementation du contrôle du tabac en sa faveur car elle a fait pression pour que la rotation des messages graphiques requis en vertu de l'ordonnance 039 soit retardée et pour que le Gouvernement adopte le système de traçabilité des produits du tabac de l'industrie du tabac, « CODENTIFY ».

► Le commerce illicite des produits du tabac est tou-

jours inférieures aux taux recommandés par l'OMS : Le Gouvernement du Tchad a reconnu l'importance des mesures financières et fiscales visant à réduire la consommation de tabac, en augmentant les taxes sur les produits du tabac, le plus récent en janvier 2019. Toutefois, les taxes restent en dessous du niveau recommandé par l'OMS (au moins 75% du prix de détail incluant au moins une taxe d'accise de 70%). Augmenter davantage les taxes sur les produits du tabac afin d'augmenter leur prix permettrait d'atteindre les objectifs de réduction de la consommation de tabac, de réduction des coûts de soins de santé et de fournir au secteur public les revenus supplémentaires nécessaires pour investir dans d'autres efforts de développement durable.

► Le cadre législatif nécessite une amélioration: Bien que le Tchad dispose d'un cadre juridique solide en matière de lutte antitabac, il existe plusieurs mesures de lutte antitabac de la Convention-cadre de l'OMS qui ne sont pas couvertes par la législation en vigueur. Celles-ci incluent les tests de produits du tabac, la prévention des ingérences de l'industrie du tabac, la fourniture de services de sevrage de tabac accessibles, la réglementation des ventes en duty-free et l'interdiction de la vente de cigarettes par tige. Il est donc recommandé que le PNLTD et le CNLT se rencontrent pour décider de la révision des lois existantes et du cadre réglementaire et pour renforcer le cadre de mise en œuvre et d'application.

► Le financement pour le mécanisme national multisectorielle de coordination de la lutte antitabac est absent : En créant le CNLT dirigé par le PNLTD,



Le Tchad a pris des mesures concrètes pour mettre en place une coordination multisectorielle efficace de la lutte antitabac. Cependant, le CNLT et le PNLTD souffrent d'un manque de ressources et les niveaux décentralisés des deux ne sont pas encore opérationnels. Compte tenu des avantages économiques de la lutte antitabac démontrés par le modèle d'investissement, il est recommandé que le Ministère de la Santé collabore avec le Ministère des Finances afin d'allouer une partie des recettes fiscales accrues du tabac au PNLTD et au CNLT, ainsi qu'à la mise en œuvre de la nouvelle stratégie multisectorielle nationale de lutte antitabac.

La lutte antitabac, une approche pour sauver 700 vies chaque année

Pour conclure, il est évident que la consommation de tabac entraîne des pertes économiques ainsi que des pertes de développement humain considérables au Tchad. Heureusement, le modèle d'investissement montre qu'il est possible de réduire le fardeau social et économique du tabac au Tchad. L'adoption des dispositions multisectorielles recommandées en matière de lutte antitabac permettrait de sauver plus de 700 vies chaque année et de réduire l'incidence des maladies, permettant ainsi de réduire les coûts médicaux et les pertes de productivité.

Sur le plan économique, ces avantages sont considérables et s'élèveront à 106 milliards de francs CFA au cours des quinze prochaines années. En outre, les avantages économiques du renforcement de la lutte antitabac au Tchad dépassent largement les coûts de mise en œuvre (105,7 milliards de francs CFA d'avantages contre seulement 7,9 milliards de francs CFA de coûts).

En investissant dès maintenant pour intensifier la mise en œuvre des quatre mesures de lutte antitabac modélisées dans ce modèle d'investissement, le Tchad permettrait non seulement de réduire la consommation de tabac, d'améliorer la santé, de réduire les dépenses publiques en matière de santé et de développer l'économie, mais aussi de réduire les difficultés socio-économiques et sanitaires des Tchadiens, en particulier celles de la population à faibles revenus. Étant donné que les avantages pour la santé et l'économie de la lutte antitabac profitent de manière disproportionnée à ces groupes à faible revenu, la lutte antitabac est considérée comme une approche politique favorable aux pauvres qui accélère la réalisation de l'ODD 10 visant à réduire les inégalités. De nombreux pays réinvestissent les économies réalisées sur les dépenses de santé et les recettes provenant de la hausse des taxes sur le tabac dans des priorités de développement nationales telles que la couverture sanitaire universelle.

Références :

1. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS) 2014-2015 2016, Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED) and ICF International : N'Djamena, Chad and Rockville, MD.
2. Chad: Smoke Free Places. Tobacco Control Policy Fact Sheet 2018
3. Country profile Chad, in WHO report on the global tobacco epidemic, 2017, W.H. Organization, Editor. 2017, World Health Organization: Geneva, Switzerland.
4. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2014-2015). 2015, Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED), Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International : Rockville, Maryland.
5. Modèle d'Investissement pour la Lutte Antitabac au Tchad : argumentation en faveur de l'investissement dans la mise en œuvre de la CCLAT, 2019, OMS.
6. Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS <https://www.who.int/fctc/implementation/fctc2030/en/>.
7. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac <https://apps.who.int/iris/bitstream/>.



Le Tchad vers la redynamisation de l'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) en soutien à l'allaitement au sein

GAOUINGAR NGUETABE ; NPO/NUT

Au Tchad, 98% de femmes allaitent leurs bébés (EDS-MICS : 2014-2015), mais seulement 8,8% le font exclusivement pendant les six premiers mois de la vie de l'enfant sans ajout d'eau ni autres choses comme le recommande l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (Unicef) (Enquête SMART 2019). En effet, selon les résultats de l'enquête SMART 2019, 32 % des enfants de 0 à 23 mois ont bénéficié d'une mise au sein dans la première heure qui a suivi leur naissance et 79,4% d'entre eux ont reçu le colostrum. Cependant, seuls 8,8% des enfants de moins de six mois ont été allaités exclusivement. Cette pratique se heurte à un certain nombre d'idées préconçues parmi lesquelles on peut noter : impossibilité de survivre sans eau ou qu'il n'existe pas ou très peu d'eau dans le lait maternel ou encore que le lait seul ne puisse pas suffire à nourrir le bébé jusqu'à l'âge de 6 mois. Pourtant les avantages

de l'allaitement sont bien connus. En effet, l'allaitement présente un ensemble d'avantages évidents tant chez l'enfant que la mère : Il a un impact profond sur la survie, la santé, la nutrition et le développement physique et cognitif de l'enfant. Il réduit considérablement le nombre de décès dus aux infections respiratoires aiguës et à la diarrhée ainsi que d'autres maladies infectieuses. Chez la mère, il contribue à l'espacement des naissances et à la santé maternelle. L'allaitement maternel semble offrir à la mère une protection à long terme contre le cancer du sein et les cancers de l'ovaire. L'allaitement au sein est encore plus bénéfique aux enfants lorsqu'il est exclusif pendant les six premiers mois de la vie. (Orientations de mise en œuvre : protection, encouragement et soutien de l'allaitement dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés – Révision de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés 2018 et (2) ; WHO/NMH/NHD/17.4)

Redynamiser l'Initiative Hôpitaux amis des bébés

L'Initiative Hôpitaux Ami des Bébés (IHAB) est un formidable outil pour le soutien à l'allaitement maternel. Elle permet la mise en place des pratiques hospitalières où les mères et les nouveau nés reçoivent des soins appropriés et en temps opportun avant et pendant leur séjour dans un établissement offrant des services de maternité et de soins aux nouveau nés, afin de permettre la mise en place d'une alimentation optimale des nouveau nés, favorisant ainsi leur santé et leur développement

En 1989, l'OMS et l'UNICEF ont publié les dix conditions pour le succès de l'allaitement dans le cadre d'un ensemble de politiques et de procédures que les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés devraient mettre en œuvre pour soutenir l'allaitement maternel.

La Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel, adoptée en 1990 stipulait que tous les gouvernements

devaient veiller à ce que tous les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau nés mettent pleinement en application les Dix conditions.

En 1991, l'OMS et l'UNICEF ont lancé l'Initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB) afin de motiver les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau nés dans le monde entier à mettre en œuvre les Dix conditions.

A cet effet, les établissements qui ont documenté leur pleine adhésion aux Dix conditions, ainsi que leur conformité au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions connexes de l'Assemblée mondiale de la Santé pouvaient être désignés « amis des bébés ».

La Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de 2002 a appelé tous les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau nés dans le monde entier à met-



tre en œuvre les dix conditions.

A cet effet, les établissements qui ont documenté leur pleine adhésion aux Dix conditions, ainsi que leur conformité au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions connexes de l'Assemblée mondiale de la Santé pouvaient être désignés « amis des bébés ».

La Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de 2002 a appelé tous les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau nés dans le monde entier à mettre en œuvre les dix conditions.

En 2005, lors du 15^{ème} anniversaire de la Déclaration Innocenti (24), les partenaires ont lancé un appel à l'action, qui comprenait un appel à redynamiser l'IHAB en élargissant l'application de l'initiative afin d'inclure les maternités, les services néonataux et pédiatriques et les services communautaires d'aide aux femmes allaitantes et aux personnes qui s'occupent de jeunes enfants

Le module IHAB a été mis à jour en 2006 après de vastes enquêtes auprès des utilisateurs puis a été relancé en 2009. La mise à jour portait spécifiquement sur la situation des femmes vivant avec le VIH en incluant les soins adaptés aux mères et décrivait les pratiques favorables à l'allaitement maternel dans d'autres établissements et communautés ainsi que le soutien aux « mères qui n'allaitaient pas ».

En 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé six cibles pour la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, notamment l'atteinte d'un taux mondial d'allaitement maternel exclusif d'au moins 50 % au cours des six premiers mois de la vie.

En 2014, à Rome, lors de la deuxième Conférence internationale sur la nutrition, un cadre d'action a été défini et constitue le fondement de la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition et a appelé les Gouvernements à des politiques, programmes et actions visant à garantir que les services de santé protègent, promeuvent et soutiennent l'allaitement maternel, « y compris l'initiative Hôpitaux amis des bébés »

Le cadre mondial de suivi concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2015 comprend un indicateur sur le pourcentage de naissances dans des établissements désignés « amis des bébés »

En 2016, l'OMS et l'UNICEF ont entrepris une évaluation générale de l'état actuel de l'initiative de tous les États Membres de l'OMS sur la mise en œuvre au niveau des pays. Ceux-ci ont fourni des informations supplémentaires sur les défis rencontrés et les enseignements tirés. Ainsi, en octobre 2016, lors de

la tenue du Congrès de l'IHAB, les participants ont discuté sur les nouvelles orientations et ont apporté une contribution importante aux révisions. Les orientations mises à jour ont été diffusées par le biais d'une consultation en ligne en octobre 2017

Au Tchad, sept (07) Hôpitaux étaient conformes pour au moins 80% des 10 conditions pour devenir Hôpitaux Amis des Bébé (HAB) et ont reçu le Label en l'an 2000.

Ainsi pour être certifié, tout établissement sanitaire doit remplir les dix (10) conditions suivantes :

- Disposer d'une politique écrite sur l'allaitement maternel qui est examinée régulièrement avec le personnel de soins de santé ;
- Dispenser à tout le personnel une formation pour l'application de cette politique ;
- Fournir à toutes les femmes enceintes des enseignements sur les avantages et la prise en charge de l'allaitement ;
- Aider les mères à commencer l'allaitement dans la demi-heure qui suit l'accouchement.
- Montrer aux mères comment allaiter et comment conserver une réserve de lait, même quand elles ne sont pas avec leur bébé. ;
- Ne pas donner aux bébés naissants de la nourriture ou un breuvage autres que le lait maternel, sauf si ceci est nécessaire pour des raisons médicales.
- Laisser les mères et les bébés ensemble 24 heures sur 24 (cohabitation).
- Encourager l'allaitement maternel lorsque la mère le demande.
- Ne pas donner de tétines aux bébés qui sont allaités.
- Contribuer à la création de groupes de soutien consacrés à l'allaitement maternel et aider les mères à y avoir accès lorsqu'elles sortent de l'hôpital ou de la clinique.

En 2016, l'OMS en collaboration avec la Direction de la Nutrition et de la Technologie Alimentaire (DNATA) du ministère de la santé publique et d'autres partenaires ont conduit une évaluation sur l'état des lieux de ces sept (07) hôpitaux déjà labellisés. Les conclusions de cette évaluation ont révélé que les conditions qui ont été remplies pour la certification de ces hôpitaux sont devenues obsolètes.

Face à cette situation, l'OMS et d'autres partenaires ont développé plusieurs stratégies et approches favorables à l'allaitement au sein en vue de soutenir le gouvernement à inverser la tendance et donner une chance aux enfants tchadiens d'atteindre leur plein potentiel.



Ainsi, l'OMS, a soutenu le gouvernement à élaborer, adopter et promulguer le décret du Code de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel (CCSLM) et autres aliments de compléments. Le code vise à réglementer la commercialisation et l'utilisation inappropriées des substituts du lait maternel et autres

aliments de compléments et renforce la protection et le soutien à l'allaitement au sein.

Aussi, l'OMS en collaboration avec la DNTA a organisé courant août 2019, durant trois jours des activités de réflexion (dont un atelier) et de sensibilisation des membres du groupe de travail de l'Initiative Hôpitaux



Figure 1 : photo de famille des participants à l'atelier de redynamisation de l'IHAB

Amis des Bébé (IHAB) pour la redynamisation de la stratégie pour la promotion et la protection de l'allaitement maternel (figure 1). Ainsi, les membres du groupe de travail ont identifié les facteurs qui favoriseront la mise en œuvre de l'IHAB et les défis à surmonter.

A l'issue de cet atelier, les participants ont développé une feuille de route pour une programmation conjointe et l'intégration des pratiques managériales et cliniques de l'IHAB dans les piliers de renforcement du système de santé.

- Parmi les points saillants de cette feuille de route, on peut retenir entre autres : Elargissement du Groupe Technique de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) en impliquant la Direction de la Santé de Reproduction et la Vaccination (DSRV), l'Association des Sages-Femmes, l'Ordre National des Paramédicaux, l'Ordre National des Médecins, des pédiatres, des Gynécologues, les associations féminines ;
- Redynamisation/initiation de la mise en œuvre de l'IHAB dans toutes les formations sanitaires ;

- Intégration des activités de l'allaitement maternel dans le contexte d'urgence ;
- Révision des guides de la Prévention de la Transmission Mère- Enfant (PTME) en intégrant les pratiques de l'IHAB ;
- Elaboration d'une politique de mise en œuvre des dix étapes de l'IHAB dans les formations sanitaires ;
- Révision des boîtes à image ANJE en intégrant l'aspect VIH et Allaitement maternel ;
- Vulgarisation du document sur la stratégie ANJE dans toutes les délégations sanitaires provinciales;
- Révision du document sur la Santé de Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile, de l'Adolescent et Nutrition (SRMNIA-N) en intégrant les pratiques de l'IHAB ;
- Appui aux formations sanitaires à l'élaboration et la mise en œuvre des politiques hospitalières en matière d'allaitement ;
- Révision/intégration de l'IHAB dans les curricula de formation des agents de santé ;
- Elaboration d'un plan de formation des prestataires de soins sur le paquet SRMNIA-N ;



- Création d'un comité de défense pour la mise en application du code de commercialisation des substituts du lait maternel ;
- Conduite d'une étude sur la perception de l'IHAB auprès de la communauté ;
- Réalisation d'une enquête socio-comportementale sur l'allaitement maternel ;
- Intégration des indicateurs clés (mise au sein précoce et l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie) de l'IHAB dans les Rapports Mensuels d'Activités (RMA)
- Organiser des journées d'information en faveur de l'allaitement auprès des parlementaires et avec les membres du Gouvernement ;
- Application intégrale du code de commercialisation des substituts du lait maternel ;
- Révision des grilles de supervision en intégrant les indicateurs clés IHAB ;
- Revue à mi-parcours de la feuille de route IHAB
- Evaluation finale de la feuille de route IHAB.

Ensuite, une formation en cascades sur la mise en oeuvre du plan d'action du processus de redynamisation de l'IHAB a été organisée dans les délégations sanitaires provinciales du Guéra, du Mayo-Kebbi Est, de la Tandjilé et de la commune de N'djaména en faveur des personnels de santé des services de maternité et de pédiatrie. Au cours de ces formations, les hôpitaux de districts ont élaboré chacun, un plan d'action en fonction des dix étapes pour le succès d'allaitement maternel.

Une supervision formative a été conduite par l'OMS en collaboration avec la DNTA dans les hôpitaux de districts ayant bénéficié de la formation courant décembre 2019 afin d'apprécier la mise en oeuvre de l'IHAB. Le constat est que la plupart des services de consultations prénatales de tous ces établissements sanitaires intègrent les nouvelles orientations de l'initiative dans leurs activités de routine. De plus, tous les enfants nés dans les établissements de santé sont systématiquement mis au sein dans l'heure qui suit la naissance et bénéficient du colostrum et plus de 80% sont allaités exclusivement au sein.

En guise de conclusion, reconnue à travers le monde, l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) est un programme de qualité des soins reposant sur des preuves d'efficacité. Plusieurs études ont en effet démontré les effets positifs de ce programme sur la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel ainsi que sur la santé des bébés. Ainsi, le passage à l'échelle de l'allaitement exclusif au sein induira un accroissement de productivité et constituera une source de développement socio-économique du Tchad. Néanmoins, des efforts importants restent à réaliser au vu des pratiques communautaires ancestrales néfastes pour la survie, la croissance et le développement des nourrissons et des jeunes enfants : l'initiation tardive de l'allaitement maternel ; le rejet du colostrum par certaines communautés ; le faible taux de l'allaitement exclusif ; l'introduction précoce de l'eau et d'autres produits liquides dans l'alimentation du nourrisson au cours des six premiers mois de sa naissance ; l'arrêt brusque de l'allaitement maternel au moment de l'introduction de nouveaux aliments ; l'introduction inadaptée en quantité et en qualité de ces aliments de compléments et l'arrêt de l'allaitement maternel lorsque l'enfant est malade. Toutefois les partenaires au rang duquel, l'OMS, l'UNICEF et les autres partenaires sont engagés à soutenir l'allaitement maternel en tant que moyen efficace et rentable pour protéger la santé et le bien-être des enfants ainsi que leurs mères et d'aider tous les enfants à atteindre leur plein potentiel.





**Organisation
mondiale de la Santé**
Tchad

BUREAU DE LA REPRESENTATION DE L'OMS POUR LE TCHAD
Tél. (235) 68.97.85.00 GPN: 34000 - E-mail : aawrchad@who.int
BP 152 – Avenue Nelson Mandela- FARCHA/N'Djaména
« L'OMS est un ESPACE NON FUMEUR! »

Directeur de publication:

Dr. Jean-Bosco NDIHOKUBWAYO, Représentant (WR)
E-mail : ndihokubwayoj@who.int

oooooooooooo

Contact technique, maquette et mise en page:

M. NAISSEM Jonas, HIP
E-mail : naissemj@who.int

oooooooooooo

Coordination :

Dr ZONGO Ragomzingba Frank Edgard
E-mail : zongor@who.int

oooooooooooo

Avec la collaboration de l'Equipe Pays de l'OMS/Tchad

Impression AUBAINE Graphic - 22 52 77 06

Amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé possible