

REPUBLIQUE DU TCHAD  
UNITE-TRAVAIL-PROGRES  
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE  
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DE LA FORMATION

# RAPPORT DES COMPTES NATIONAUX DU PERSONNEL DE SANTE 2019

## PREFACE

Pendant la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé tous les Etats membres se sont engagés à mettre en place les mécanismes nécessaires pour améliorer la disponibilité, la qualité et l'accessibilité aux personnels de santé afin que les systèmes de santé répondent aux préoccupations des Objectifs de Développement Durable (ODD) et ceux de la Couverture Santé Universelle (CSU). La région africaine, en 2017 a adopté un cadre régional de mise en œuvre de la stratégie mondiale des Ressources Humaines pour la Santé (RHS) qui exige des données précises de chaque Etat membre, non seulement comme ligne de base des objectifs régionaux, mais aussi pour le suivi de la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle (CSU) et l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD).

Le Tchad, comme les autres pays membres de la Région africaine de l'OMS, est confronté à un certain nombre de problèmes relatifs aux ressources humaines de la santé liés à la formation, au recrutement, au déploiement et à la fidélisation.

Pour répondre à ces préoccupations l'OMS a initié une plateforme en ligne pour la réalisation des Comptes Nationaux des Personnels de Santé (CNPS). Cette réalisation devrait se faire au plus tard fin 2020 avec des orientations beaucoup plus claires.

Les Comptes Nationaux des Personnels de Santé (CNPS) sont un système par lequel les pays améliorent progressivement la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données sur les personnels de santé, contribuant ainsi à atteindre les objectifs de développement durable (ODD). Ainsi, les CNPS s'inscrivent dans un cadre d'analyse du marché de travail suivi des indicateurs clés pour obtenir une vue d'ensemble de la dynamique des personnels de santé. Ce cadre englobe plusieurs secteurs dans le but de produire des données sur les Ressources Humaines pour la Santé (RHS), ce qui nécessite de disposer d'informations sur la densité des agents de santé, mais aussi sur leurs formations, leurs financements, et leurs migrations.

Dans cette optique le Tchad s'est engagé à réaliser ses CNPS 2019 avant fin 2020 comme exigé par l'Assemblée Mondiale de la santé. C'est le lieu d'exprimer toutes nos gratitudeux services compétents de l'OMS (bureau pays, Afro et Genève) d'avoir accompagné l'équipe de la Direction des Ressources et de la Formation ainsi que les membres du comité technique multisectoriel, dans la formation, la collecte et la saisie des données sur la plateforme pour le compte du Tchad en respectant les engagements pris.

Certes, La réalisation des premiers Comptes Nationaux des Personnels de Santé a permis au Tchad d'être cité parmi les pays qui ont respecté les engagements, mais ce Rapport comporte des insuffisances qui demande des indulgences de tout un chacun. Toutefois, le Ministère en Charge de la Santé promet que les prochains rapports contiendront des informations plus détaillées et plus précises afin de disposer des résultats qui se rapprocheront plus de la réalité.

Le Ministre de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale

Dr ABDOULAYE SABRE FADOUL



08 JUIN 2021



2 Avec l'appui technique et financier de l'OMS



2 Avec l'appui technique et financier de l'OMS

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	Page 2
<b>I. Processus de réalisation</b> .....	Page 3
<b>II. Eléments essentiels dans la réalisation des CNPS</b> .....	Page 5
2.1 Production des Ressources Humaines en Santé.....	Page 5
2.2 Recrutement des Ressources Humaines en Santé.....	Page 5
2.2.1 Absorption réelle des diplômés en Santé.....	Page 5
2.3 Déploiement des Ressources Humaines en Santé.....	Page 6
2.4 Fidélisation.....	Page 7
<b>III. Besoins en Ressources Humaines en Santé pour l'atteinte des objectifs de la CSU</b> ...	Page 8
<b>IV. Cartographie pour la réalisation des CNPS</b> .....	Page 10
4.1. Les systèmes d'information existant.....	Page 10
a) Systèmes d'Information du MSP.....	Page 10
b) Systèmes d'Information du MESRI.....	Page 11
c) Systèmes d'Information du MFPEDES.....	Page 12
<b>V. Guide pour la réalisation des CNPS</b> .....	Page 13
5.1 Les différents modules.....	Page 13
5.2 Les choix des indicateurs .....	Page 17
<b>VI. Cadrage, Gouvernance et formation sur la plateforme en ligne</b> .....	Page 25
a) Cadrage et Gouvernance.....	Page 25
b) Formation sur la plateforme.....	Page 26
<b>VII. Collecte et saisie de données en ligne</b> .....	Page 27
7.1 Les informations disponibles .....	Page 27
7.2 Les insuffisances.....	Page 27
<b>VIII. Analyse des données et résultat</b> .....	Page 28
a) Densité des personnels essentiels .....	Page 28
b) Distribution par âge des médecins.....	Page 30
c) Densité par an pour les personnels essentiels.....	Page 31
d) Ratios d'entrée pour la formation.....	Page 32
e) Evolution de l'effectif des médecins .....	Page 33
f) Evolution de l'effectif des sages-femmes.....	Page 34
g) Evolution de l'effectif des infirmiers .....	Page 35
<b>IX. Contraintes et difficultés dans la mise en place des CNPS</b> .....	Page 36
<b>X. Recommandations</b> .....	Page 37
<b>Conclusion</b> .....	Page 37

# Rapport sur les Comptes Nationaux du Personnel de Santé au Tchad 2019

## Introduction

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 considère la Couverture Santé Universelle (CSU) comme élément essentiel pour atteindre toutes les cibles relatives à la santé. La cible 3c 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 du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement ».

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 des données sur les ressources humaines pour la santé. Elle vise également à les soumettre annuellement à l'Observatoire mondial de la santé et aussi à mettre progressivement en œuvre des 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 (CNPS) sont un système par lequel les pays améliorent progressivement la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données sur leurs personnels de santé, contribuant ainsi à instaurer la Couverture Santé Universelle (CSU) et à atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) ainsi que d'autres objectifs sanitaires nationaux et mondiaux (Guide CNPS/OMS. 2015).

L'apparition de la pandémie de Covid-19, a mis en évidence les limites de tous les systèmes de santé. Face à cette situation, il est indispensable de réfléchir 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. En un mot, les systèmes de santé doivent être résilients face à la survenance de toute épidémie ou pandémie. D'où la nécessité d'élaborer ou d'actualiser le Plan Stratégique National de Développement des

Ressources Humaines en Santé (PSNDRHS) qui prend en compte le contexte actuel de la 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 au Tchad. 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 leurs formations, financement, migrations... Cela donne l'opportunité au Tchad comme pour d'autres pays de la Région africaine de sortir de la léthargie dans la gestion des ressources humaines et de se projeter sur une dynamique de développement des RHS.

Le rapport est structuré comme suit :

- Le processus de réalisation, ;
- Les éléments essentiels dans la réalisation, ;
- Les besoins en personnels essentiels pour l'atteinte des objectifs de la CSU,
- La cartographie pour la réalisation des CNPS,
- Le guide pour la réalisation des CNPS,
- Le cadrage,
- La Gouvernance et la formation sur la plateforme,
- La collecte et la saisie des données en ligne,
- L'analyse des données et les résultats,
- Les contraintes et difficultés rencontrées.

## **I. Processus de réalisation des Comptes Nationaux du Personnel de Santé**

Le processus de mise en place des CNPS au Tchad a été engagé après une première formation des formateurs organisée par l'OMS pour les pays francophones de la Région Africaine à Abidjan, 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 en charge de la Santé Publique et le Point Focal du 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 et de la Formation pour que le processus puisse être déclenché.

Il faut souligner que le Tchad, comme les autres pays de la sous-région, est confronté à des problèmes de :

- 'insuffisance quantitative des Ressources Humaines en Santé (RHS) à cause des contraintes budgétaires, de leur répartition déséquilibrée et à la complexité des redéploiements ;
- 'insuffisance qualitative des RHS qui concerne les filières traditionnelles (Agents Techniques de Santé, Infirmiers Diplômés d'Etat, Sages-Femmes Diplômées d'Etat, Médecins Généralistes, etc.) et qui s'explique par plusieurs facteurs ;
- Inadaptation des structures, des procédures et des outils de gestion aux exigences d'une gestion collective et prévisionnelle des effectifs ;  
Insuffisances dans la gestion opérationnelle des RHS ;
- Foisonnement des écoles privées de formation en santé au détriment de la qualité des enseignements qui engendre la sous qualification des jeunes diplômés.

Le Ministère en charge de la Santé Publique a réaffirmé sa volonté politique en mettant d'abord dans un premier temps un Comité Technique Multisectoriel (CTM) par Arrêté n°0234/PR/MSP/DGM/DGTPRC/DRHFA/SDGP/SGP/2020 du 08 Mai 2020. Ce comité comprend, les départements en charge de la Fonction Publique, de l'Enseignement Supérieur, de la Défense et la société civile (syndicats, associations des professionnelles de santé, religieux, les ordres...) afin de réfléchir sur la réalisation effective des CNPS.

- A cet effet, plusieurs réunions statutaires ont été organisées permettant de produire les Termes de Référence et le budget de l'ensemble du processus avec l'appui technique de l'OMS. Pour ce faire, des activités importantes suivantes ont été réalisées : La cartographie et le choix des indicateurs ;
- Le cadrage, la gouvernance et la présentation de la plateforme en ligne ;
- La formation des membres du Comité Technique sur l'utilisation de l'outil en ligne ;
- La collecte et la saisie des données en ligne ;
- Les réunions virtuelles entre le Comité Technique et l'OMS/Genève pour mieux cerner les tenants et les aboutissants ;
- La production des tableaux et des graphiques.

Ce processus de mise en place des CNPS s'intègre dans un cadre global d'analyse de la situation des RHS pour que tous les paramètres soient pris en compte afin de proposer une planification réaliste. A cet effet, il doit être combiné avec les résultats des études sur l'analyse de l'impact de la Covid-19 sur le personnel de santé, sur l'efficacité de l'investissement en RHS, sur le marché du travail et sur la charge de travail. Les résultats de toutes ces analyses vont concourir à une planification réaliste, une gestion rationnelle et un suivi régulier des RHS.

Les résultats de l'étude sur le marché du travail mettent l'accent sur la situation de la production, du recrutement, du déploiement et de la fidélisation des agents de santé. Pour cette première année de réalisation des CNPS, l'accent a été mis particulièrement sur les soins de santé primaires notamment le couple mère-enfant. Cela s'explique par le fait que les indicateurs sur la santé de la mère et de l'enfant sont les plus alarmants et que des solutions doivent être trouvées si l'on veut faciliter l'accès aux soins des populations pour l'atteinte des objectifs de la CSU. Les Ressources Humaines pour la Santé restent l'un des piliers essentiels qui doivent être analysés dans tous ses aspects.

## **II. Eléments essentiels dans la réalisation des CNPS**

Les résultats des études sur le marché du travail et la charge de travail donnent des éléments d'analyse sur la production, le recrutement, le déploiement et la fidélisation des agents de santé. Les informations contenues dans ces études réalisées pour la période de 2011- 2015 donnent des indications sur comment le pays doit s'organiser pour que chaque paramètre soit pris en compte pour que le développement des Ressources Humaines en Santé soit vu sous l'angle d'une gestion globale et non d'une gestion au quotidien. Ces études doivent être réalisées tous les cinq ans afin d'actualiser les données et les intégrer dans l'ensemble du processus global.

Il s'avère nécessaire de mettre quelques éléments de ces résultats afin d'aborder la question du développement des Ressources Humaines pour la Santé sous l'angle global.

### **2.1. Production des RHS**

Au total, 8.439 RHS toutes catégories confondues ont été produites au Tchad au cours de la période de l'étude sur le marché du 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 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.

### **2.2. Recrutement des RHS**

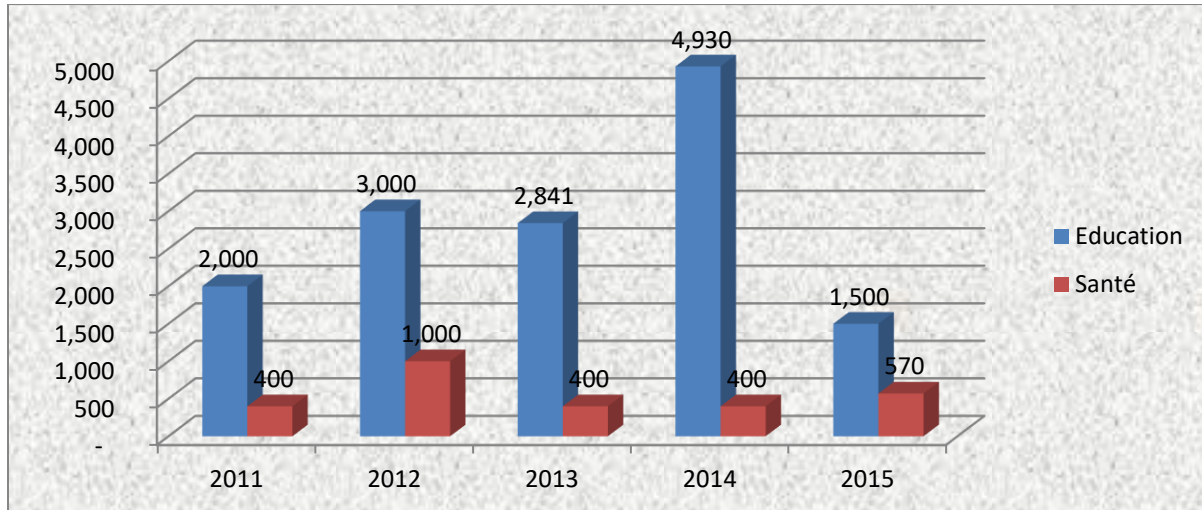
Au regard des besoins globaux exprimés ci-dessous, on note que la capacité d'absorption des diplômés en santé reste globalement faible sauf dans la catégorie des médecins où les besoins sont les plus élevés. Ces besoins globaux contrastent avec la production des RHS qui ne suit pas cette demande potentielle.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



### 2.2.1 Absorption réelle des diplômés en santé

L'absorption réelle des diplômés en santé est peu développée et dominée par l'Etat qui subit une contrainte budgétaire ne permettant pas de créer suffisamment d'emplois dans le secteur pour absorber les diplômés en instance de recrutement (surtout les paramédicaux) produits par les écoles de formation publiques et privées. Les médecins formés au Tchad sont, quant à eux, totalement absorbés par le marché. Le faible taux d'absorption des paramédicaux est également dû à une surproduction de ces catégories au cours de la période d'étude sans tenir compte de la capacité réelle du marché du travail des RHS. Un rééquilibrage de production orienté vers une diminution des paramédicaux au profit d'une augmentation des médecins permettrait de réguler le marché (rapport étude du marché du travail en santé Mai 2019 ).

On peut également faire la comparaison entre les capacités d'absorption de l'éducation et de la santé. La tendance est en faveur de l'éducation. (Voir graphique)



**Figure 1 :** la comparaison entre les capacités d'absorption de l'éducation et de la santé

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

### 2.3. Déploiement des RHS

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. Or, malgré la mise en œuvre des stratégies de déploiement des personnels de santé, la disparité entre zones urbaines et rurales persiste.



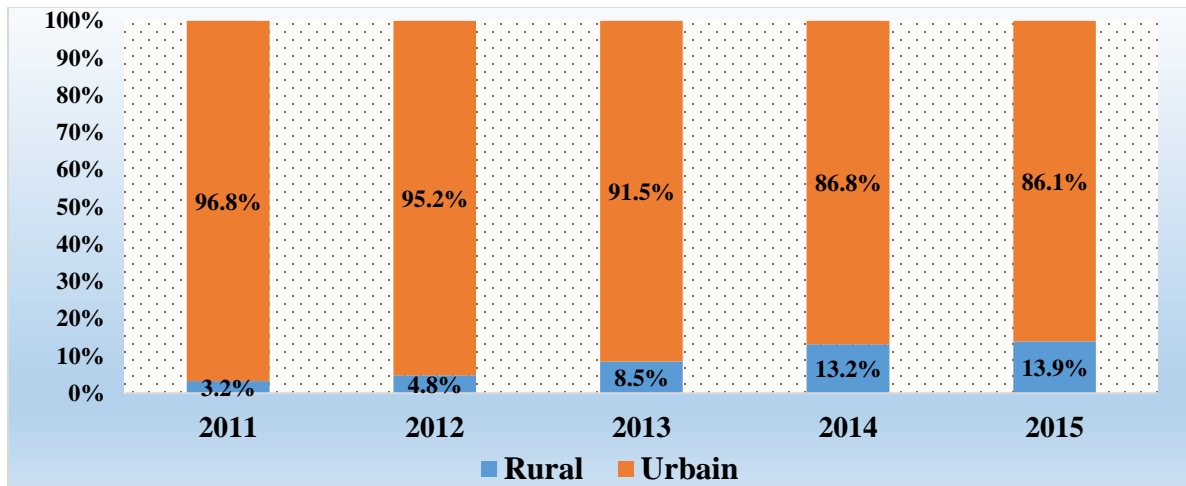


Figure 2 : la disparité entre zones urbaines et rurales. *Source : Rapport étude sur le marché de travail (2019) DRHFA/OMS*

Ce graphique montre que le niveau urbain est mieux nanti que le niveau rural en RHS. Cela s'explique par le fait que les conditions de vie et de travail sont améliorées dans les centres urbains.

Les difficultés du déploiement des personnels de santé se caractérisent par les vacances de poste, les non prises de poste et les attritions. Ces situations se présentent comme suit :

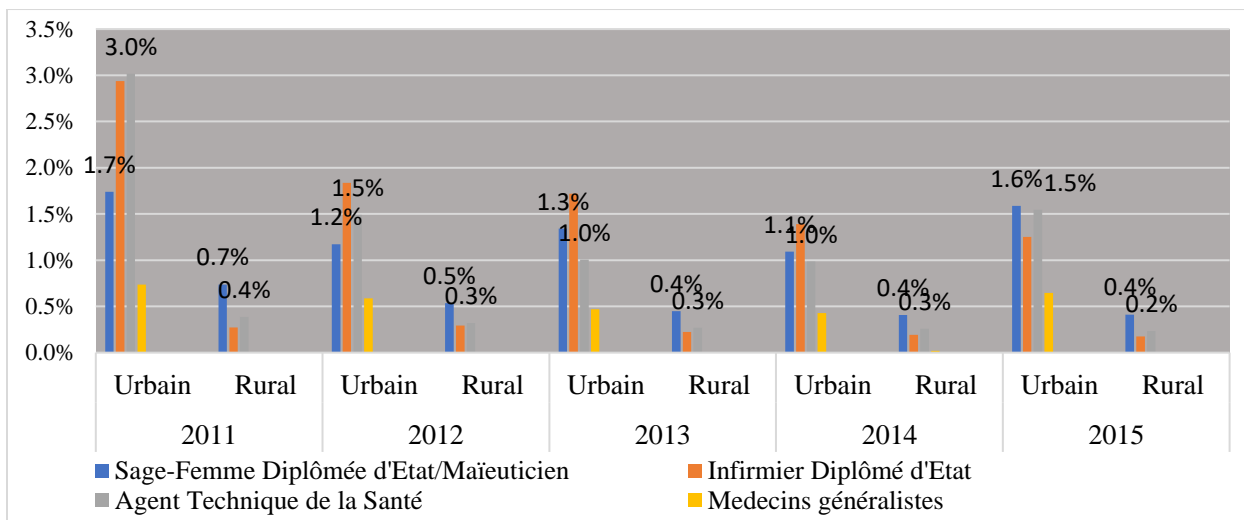


Figure 3 : Evolution des taux officiel et réel des vacances de postes par catégorie et type de zone (urbain/rural)

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

#### **2.4. Fidélisation des RHS**

Les stratégies de fidélisation des RHS sont développées pour amener ces dernières à accepter d'exercer en milieu rural et austère ou à demeurer dans le secteur de la santé. Pour ce qui est des RHS en devenir que sont les étudiants/élèves en santé, il s'agit notamment de la création des pools régionaux d'école de santé à N'Djamena, Abéché, Biltine, Moundou et Sarh afin de desservir ces régions en RHS. Les étudiants qui composent pour une école le font pour une région précise où ils exerceront à l'issue de la formation. Mais, en dehors de cette stratégie de fidélisation, d'autres facteurs endogènes ou exogènes à la formation peuvent influencer la fidélisation potentielle.

Les facteurs explicatifs de la fidélisation des RHS sont 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.

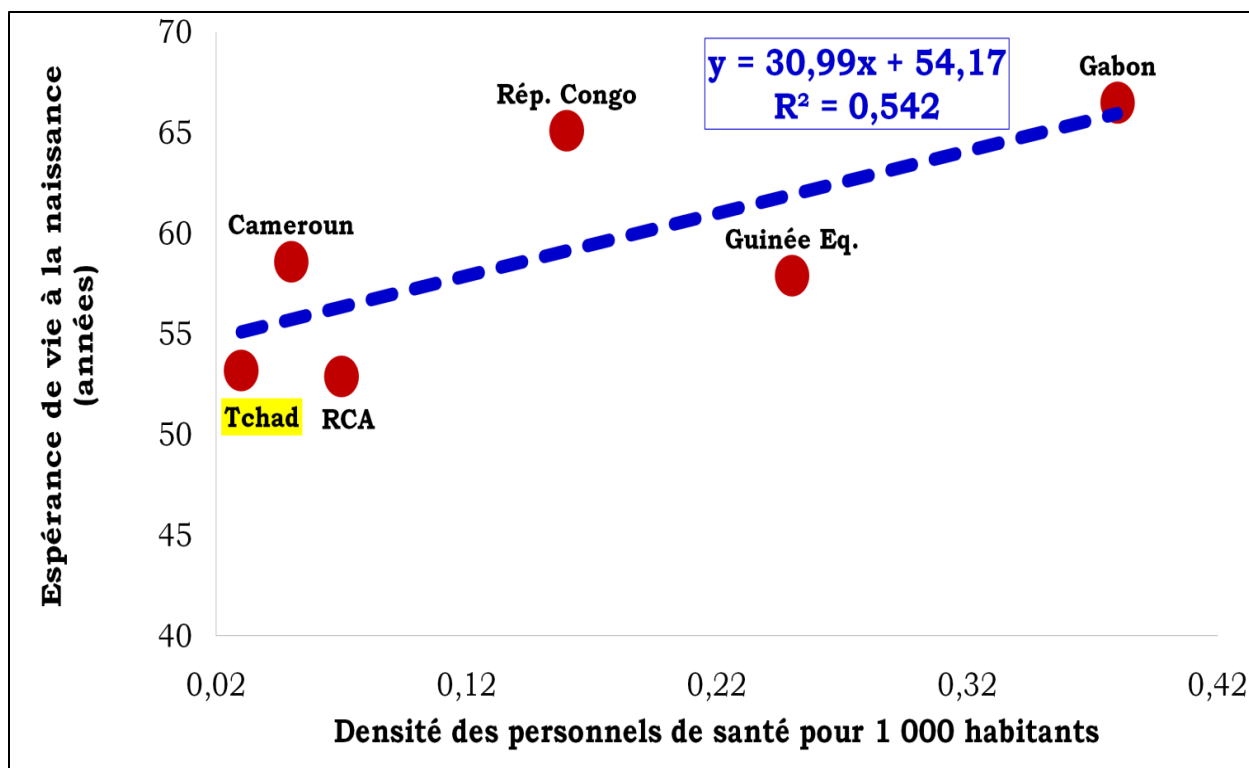
Seuls 3,1% des RHS ont admis avoir choisi le métier de santé pour des raisons purement économique.

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.

### **III. Besoins en Ressources Humaines pour l'atteinte des objectifs de la CSU**

Le rapport préliminaire de l'étude sur l'efficience de l'investissement donne déjà une certaine indication sur les besoins pour une couverture santé universelle au Tchad. Mais les résultats ont permis de mettre en exergue quelques indicateurs à savoir la densité de la population, la disponibilité des RHS notamment l'espérance de vie pour illustrer l'insuffisance en Ressources Humaines de qualité comme un paramètre à analyser dans l'atteinte des objectifs.



*Figure 4 : densité des personnels de santé pour 1000 habitants*

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

Le graphique sur la densité des personnels de santé pour 1000 habitants, fait une comparaison entre les pays de la zone CEMAC. Les pays ayant les plus faibles densités en personnels de santé (Tchad, Cameroun, RCA) présentent les plus faibles Espérances de Vie à la Naissance (E.V.N).

Une estimation a été faite en ressources humaines pour la santé pour les catégories essentielles (Médecins Généralistes, Infirmiers Diplômés d'Etat, Sages-Femmes Diplômés d'Etat, Agents Techniques de Santé...) selon les normes définies.

La situation se présente comme suit :

**Tableau 1 : Besoins en RHS induits par la croissance démographique et les normes RHS**

Variabes	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	<b>31 521</b>	<b>43 633</b>
Gap Norme 2	<b>66 234</b>	<b>91 683</b>
Recrutement annuel Norme 1		<b>4133</b>
Recrutement annuel Norme 2		<b>8501</b>

*Source : Rapport préliminaire étude sur l'efficience 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 du personnel qualifié.

Le recrutement annuel moyen à l'horizon 2030 selon la norme 1, il faut recruter chaque année **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**.

Certes, un effort important a été fait par le Gouvernement depuis 2ans et surtout avec la survenance de la pandémie de Covid-19, **environ 1 652 agents de santé** ont été intégrés dans un laps de temps, toutes catégories confondues.

La problématique posée par les différentes études nécessite également une analyse approfondie en assurant un suivi régulier de la gestion des ressources humaines que la Direction des Ressources Humaines et de la Formation doit utiliser pour répondre aux attentes.

Pour l'atteinte des objectifs ci-dessus cités, il est nécessaire et indispensable de procéder à une cartographie des outils existants et analyser leurs forces et faiblesses pour une réalisation complète des CNPS.

#### **IV. Cartographie pour la réalisation 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 l'existant, trois outils de collecte des données ont été présentés par le Ministère en charge de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale (DRHFA), le Ministère en charge de la Fonction Publique et celui de l'Enseignement Supérieur.

##### **4.1. Les systèmes d'informations existants**

Il s'agissait de présenter les objectifs poursuivis par les différents outils au niveau de l'administration afin de trouver les sources de données pour l'ensemble du processus de mise en place des CNPS. A cet effet, trois outils ont fait l'objet d'une présentation et analyse. Les informations collectées pourraient servir des données de base pour alimenter les CNPS.

###### **a) Systèmes d'informations du MSP**

Le travail 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. Mais la limite étant que ce travail n'a pas permis de faire une analyse approfondie en prenant en compte les autres paramètres qui influencent tout le processus de gestion des RHS (production, recrutement, déploiement et fidélisation). Il a le mérite de faire un inventaire effectif sur l'ensemble du territoire. Cela pourrait aider à alimenter la plateforme sur les CNPS.

**Tableau 2 : Résultats de recensement des agents de l'Etat de 2019 dans les différents services et encours de formation**

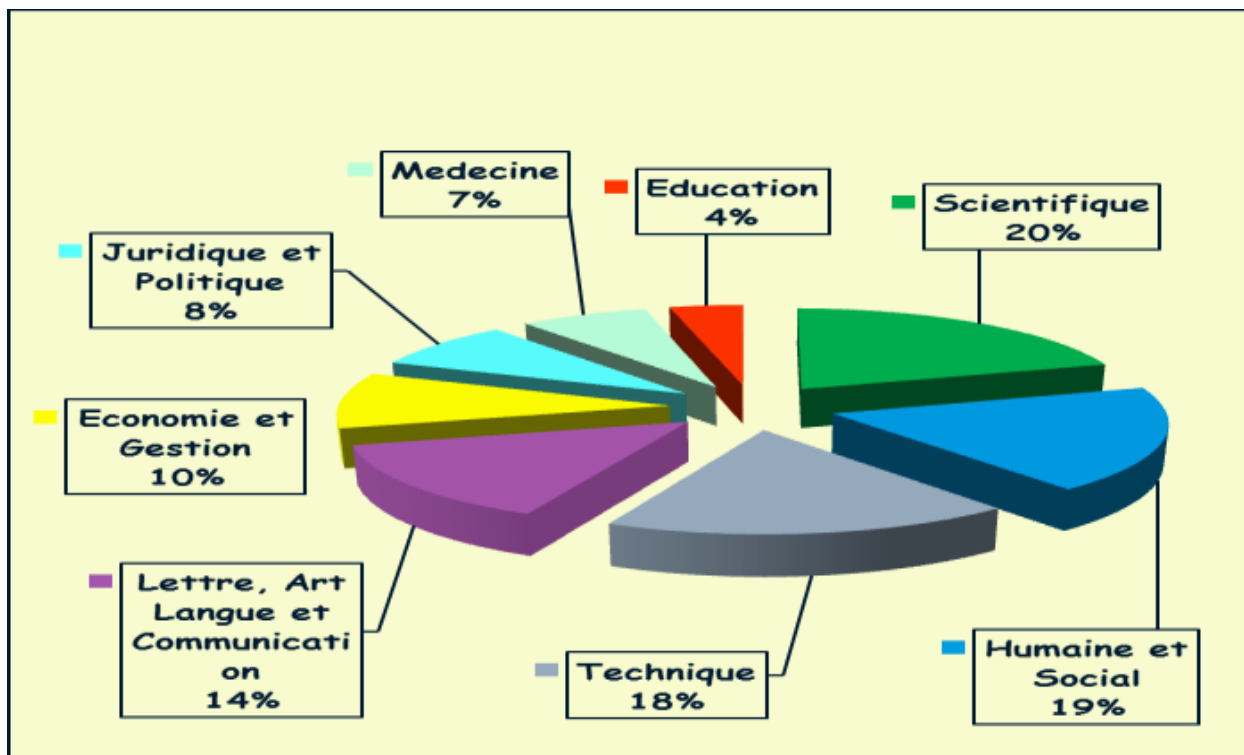
Intitulés	Nombre
Agents recensés dans les différentes DSP/Budget de l'Etat	5350
Agents recensés au niveau central Budget Etat	1933
Agents qui émargent sur le recouvrement des coûts dans les 23 DSP	1767
Agents qui émargent sur le recouvrement des coûts dans les 4 hôpitaux de référence	847
Médecins en 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*

Ce travail va aider effectivement à la budgétisation prévisionnelle et à la répartition équitable des RHS au niveau central, dans les provinces et dans les districts même si l'on se réfère au détail des informations fournies dans le rapport. Les autres paramètres de la gestion des RHS ne sont pas analysés.

#### **b) Système d'information du MESRI**

L'outil appelé Stat Educ, a pour objectif de produire l'annuaire statistique afin de faire le diagnostic pour la prise de décisions et planifier les activités du système éducatif. L'outil a le mérite de fournir des informations à la fois sur les enseignements dans toutes les facultés et sur les étudiants. Un aspect important est à prendre en compte dans ce travail pour le secteur de la santé dans le cadre des Comptes Nationaux des Personnels de Santé (CNPS), c'est le volet production des agents (formation des médecins et autres techniciens de la santé) par l'Enseignement Supérieur. Un exemple de travail fait est montré dans le graphique ci-après :



*Source : le document stratégique du MESRI au Tchad /2019*

### c) Système d'information du MFPEDS

L'outil sur le Système Intégré de Gestion Administrative et Salariale du Personnel de l'Etat (SIGASPE) est une application conçue pour permettre un traitement informatisé des actes administratifs concernant la carrière des agents de la Fonction Publique d'autant plus que le Ministère en charge de la Fonction Publique est le département ministériel qui a le mandat de recruter les agents au nom de l'Administration Publique.

Cet outil couvre tout le circuit d'élaboration des actes depuis l'enregistrement des dossiers (le bureau d'ordre) jusqu'à la validation et la transmission électronique desdits actes à la solde pour la prise en charge financière. Il offre à tous les acteurs intervenant dans le processus d'élaboration des actes, des possibilités de traitements électroniques appropriés à chaque poste. Donc, c'est une porte d'entrée pour les informations à collecter pour ce qui concerne le recrutement au Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale. Il convient de souligner également que ce département pourra donner des informations concernant toutes les études sur le marché du travail en santé surtout en ce qui concerne l'aspect recrutement.

En principe il doit aussi avoir un système au niveau du Ministère en charge de la Défense Nationale pour gérer le personnel de santé Militaire



Après avoir fait le point sur les outils existants, il est opportun et indispensable de parcourir le contenu du Guide pour la réalisation des CNPS.

## **V. Guide pour la réalisation des CNPS**

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 en charge de la Santé Publique ou d'autres entités à qui cette fonction a été déléguée ;
- Décideurs, responsables et administrateurs de programmes dans des secteurs concernés tels 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 sectoriel est prise en compte et l'implication de chacun d'entre eux est une obligation pour le secteur de la santé. A cet effet, 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 des ODD.

### **5.1. Les différents modules**

Au total, une dizaine de modules sont élaborés pour prendre en compte tous les paramètres d'analyse de la gestion globale des Ressources Humaines de la Santé (RHS).

Les données ont été introduites sur la plateforme en ligne en fonction de chaque module. Malheureusement, tous les modules n'ont pas été correctement remplis par manque ou insuffisance d'informations sur chaque sujet. On espère que pour les prochains exercices les données seront au complet et le Tchad présentera des CNPS plus détaillés.

L'objet et le contenu de chacun des 10 modules sont décrits ci-dessous de manière plus détaillée. Le Module 1 est le point de départ du cadre CNPS car il recueille les informations les plus importantes sur les personnels de santé.

### **Module 1 : Effectif des personnels de santé actifs**

Ce module donne une vue d'ensemble complète de la composition et de la répartition des personnels de santé. Les données sont réunies selon la répartition géographique, selon l'âge et le sexe, par secteur institutionnel et par type d'établissement. La pertinence politique du module résulte du fait qu'il contribue à explorer si les personnels actuellement disponibles permettent d'offrir de manière adéquate les services orientés vers la CSU. Le module permet de repérer les déficits dans certaines professions ou compétences ainsi que les inadéquations de la répartition géographique ou sectorielle.

En se faisant une idée de la composition et de la répartition des personnels de santé, on peut planifier et mettre en œuvre des interventions politiques concernant la formation, la fidélisation ou la réorientation des ressources. Le Module 1 contient des indicateurs distincts sur la répartition des agents de santé qui permettent de suivre les progrès en vue de réduire de moitié les inégalités en matière d'accès aux agents de santé (Cible mondiale 1, d'ici à 2030) (OMS 2016c). Les indicateurs sur la proportion des agents de santé nés et formés à l'étranger sont également liés à la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé et visent à faire progresser les pays en vue de réduire de moitié la dépendance à l'égard de professionnels de la santé formés à l'étranger par la mise en œuvre du Code de pratique mondial de l'OMS (OMS 2010f).

### **Modules 2, 3 et 4 : Formation**

*Ces modules ont été mis au point pour appuyer l'expansion et la réforme durables de l'enseignement et de la formation des personnels de santé afin d'en renforcer les effectifs, la qualité et la pertinence et par conséquent les systèmes de santé nationaux et la santé de la population. Les informations issues des modules contribueront à guider les efforts qui seront consentis pour réorienter et adapter les personnels en tenant compte des déterminants sociaux de la santé, de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, des soins primaires et de la prestation de services intégrés centrés sur la personne et basés dans la communauté. Ces personnels comprendront tous les types d'agents de santé, de travailleurs sociaux et d'auxiliaires.*

### **Module 2 : Enseignement et formation**

Ce module fournit des informations sur la capacité et la qualité, notamment des listes et une cartographie des établissements d'enseignement et de formation, ainsi que des données sur les

candidatures, les admissions, les sorties/abandons et les diplômes. Les indicateurs sont alignés sur les cibles de l'ODD 4 (Éducation) et les indicateurs appuyant la coordination intersectorielle, par exemple sur l'égalité entre les sexes. Le Module 2 permet la planification et le suivi des politiques concernant la sélection et l'admission des étudiants, la scolarisation et le personnel enseignant.

### **Module 3 : Réglementation et accréditation de l'enseignement et de la formation**

Ce module sert à décrire les mécanismes visant à coordonner un programme intersectoriel sur les personnels de santé. Les indicateurs fondés sur la réglementation de la formation renseignent sur la qualité et les exigences en matière d'enseignement et de formation. Les mécanismes d'accréditation et les normes qui s'y appliquent ont une importance cruciale pour l'alignement des plans nationaux d'éducation sur le plan national de santé afin que tous les agents de santé aient des compétences correspondant aux besoins de la population.

Un indicateur sur la formation en cours d'emploi vise à aligner la formation du secteur de la santé sur les autres politiques et programmes à l'échelle de l'ensemble du secteur de l'éducation, y compris l'enseignement et la formation techniques et professionnels tout au long de la vie. Ces indicateurs peuvent apporter des informations supplémentaires favorisant une amélioration de la qualité et de la pertinence de l'enseignement et de la formation des personnels de santé et une définition des domaines d'intervention concernant la réglementation ou la gestion de l'enseignement et de la formation.

### **Module 4 : Financement de la formation**

Ce module vise à appuyer une structure de financement efficace renforçant la collaboration intersectorielle entre la santé et l'éducation, ainsi que les investissements en faveur de systèmes d'apprentissage tout au long de la vie. Ces données peuvent servir à appuyer des politiques de fidélisation, à mieux comprendre les investissements ciblés propres à promouvoir l'accès équitable aux possibilités d'enseignement et d'apprentissage tout au long de la vie, ainsi qu'à déterminer et engager des ressources budgétaires suffisantes pour des investissements en vue de transformer l'enseignement et en faveur des compétences et de la création d'emplois.

Les politiques relatives aux entrées et sorties de personnels de santé déjà abordées dans le Module 1 font également l'objet des trois modules suivants : modules 5, 6 et 7.

### **Module 5 : Flux du marché du travail en santé**

Les entrées sur le marché du travail ainsi que les sorties sont mesurées par le Module 5. Les indicateurs sur les entrées différencient les résultats des efforts consentis sur le plan interne de la dépendance à l'égard d'agents de santé venus de l'étranger, et rendent compte des sorties volontaires et involontaires. Les informations sur l'équilibre du marché du travail en santé sont obtenues en suivant les vacances d'emploi et les chômeurs, avec autant que possible une ventilation au niveau infranational. Une meilleure compréhension de l'ampleur et des causes des flux peut favoriser l'élaboration de politiques efficaces de recrutement et de fidélisation.

### **Module 6 : Caractéristiques de l'emploi et conditions de travail**

Le Module 6 consacré aux caractéristiques de l'emploi et aux conditions de travail facilite l'application et l'examen progressifs des analyses causales et descriptives du marché du travail. La répartition des personnels de santé selon le temps de travail et les caractéristiques du marché du travail est essentielle pour comprendre la dynamique des personnels de santé. Elle s'inspire d'initiatives importantes comme les normes internationales relatives au temps de travail et l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Les indicateurs relatifs au temps de travail peuvent servir à informer sur le travail décent pour tous dans l'esprit de l'ODD 8.

### **Module 7 : Dépenses et rémunération relatives aux personnels de santé**

Dans ce module sont cartographiées les dépenses liées au personnel de santé et les rémunérations dans le secteur de la santé, avec le cas échéant une vue d'ensemble des revenus dans le secteur privé. Les données sur ces indicateurs peuvent apporter une importante contribution au travail décent et à l'égalité entre les sexes que cherchent à promouvoir respectivement les ODD 8 et 5. De plus, les analyses économiques sont cruciales pour les négociations sur le budget au sein du gouvernement (par exemple avec les Ministères des finances, du travail et de l'éducation) ainsi qu'avec les représentants du secteur privé.

La satisfaction des besoins de la population en matière de santé, à travers les trois modules décrits ci-dessous :

### **Module 8 : Composition de l'éventail des compétences pour les modèles de soins**

Pour instaurer la CSU, il est essentiel de pouvoir compter sur des agents de santé compétents dans différents types de situation. Le Module 8 contient des indicateurs sur la composition de l'éventail des compétences des personnels de santé. Il s'appuie sur les indicateurs présentés dans les autres modules en décomposant la structure des personnels de santé par secteur et par groupe professionnel. On distingue ainsi l'adéquation entre les personnels disponibles et les

besoins de soins résultant de la composition de la population. Cet alignement entre compétences et besoins joue un rôle crucial, surtout pour améliorer et intégrer les soins centrés sur la personne, apportés par les médecins, le personnel infirmier et les professionnels apparentés. Il est également question de la disponibilité des compétences dont les différents services ont besoin, l'accent étant mis sur les soins primaires. Deux indicateurs spécifiques aux politiques viennent compléter ce module, sur la disponibilité de ressources humaines pour l'application du Règlement sanitaire international (OMS 2005a) et l'existence d'un programme de formation en épidémiologie appliquée.

### **Module 9 : Gouvernance et politiques relatives aux personnels de santé**

Ce module comprend des indicateurs concernant la gouvernance et les politiques relatives aux personnels de santé. Les indicateurs relatifs à la gouvernance montrent si le pays est en mesure de coordonner un programme intersectoriel des ressources humaines en santé et dispose d'une unité centrale pour les personnels de santé. Les indicateurs sur les politiques concernant les personnels de santé renseignent sur la disponibilité de processus pour leur planification, si les plans d'éducation sont conformes au plan national de santé et s'il existe des modèles institutionnels pour évaluer les besoins en personnels de santé.

Le Module 9 est essentiel pour démontrer si le pays dispose de mécanismes lui permettant d'utiliser et d'appliquer de manière efficace les informations recueillies grâce aux indicateurs des autres modules.

### **Module 10 : Systèmes d'information sur les personnels de santé**

Ce module inclut les indicateurs relatifs à la situation des systèmes d'information sur les ressources humaines en santé, la gestion des données et leur utilisation conformément aux cibles de la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour 2020 afin d'assurer le suivi des personnels de santé. Les indicateurs montrent si le système national d'information sur les ressources humaines en santé permet de répondre aux exigences internationales en matière de notification. D'autres indicateurs montrent dans quelle mesure le système d'information permet de rendre compte des diplômés sortant des établissements de formation, des entrées sur le marché du travail, des effectifs actifs sur le marché du travail, des départs et de la localisation géocodée des établissements de santé.

En principe, tous ces modules doivent être renseignés par les pays en les contextualisant mais malheureusement les données ne sont pas parfois disponibles compte tenu de la faiblesse des systèmes d'informations.

## 5.2. Le choix des indicateurs

Il faut souligner que des modules sont également élaborés pour la définition des indicateurs. Il y a au total une dizaine des modules qui permettraient à chaque pays de choisir les indicateurs selon le contexte.

Le module 1 donne une vue d'ensemble de la taille, de la composition et de la répartition du personnel de santé. Les indicateurs permettent d'analyser les différentes dimensions de la composition du personnel de santé, comme les caractéristiques démographiques, la répartition sectorielle et la dépendance à l'égard des agents de santé de l'étranger ;

Le Module 2 traite de la capacité, de la qualité et de l'égalité des sexes en matière d'enseignement et de formation des personnels de santé. On s'est aligné sur les indicateurs du secteur de l'éducation (ODD 4), ce qui peut contribuer à coordonner les politiques de production.

Le Module 3 couvre la réglementation et l'accréditation des établissements d'enseignement et de formation.

Le module 4 traite du financement et de l'investissement en faveur de l'enseignement et de la formation des personnels de santé. Il est à rapprocher du Module 7 – Dépenses et rémunération des personnels de santé. Le module cartographie et suit les dépenses consacrées à l'enseignement et à la formation du personnel de santé et génère des informations sur les coûts occasionnés par la formation en santé.

Le Module 5 traite des entrées sur le marché du travail en santé, des sorties et des déséquilibres du marché du travail en santé. Les indicateurs sur les entrées font la distinction entre les résultats des efforts consentis sur le plan interne par un pays et sa dépendance à l'égard d'agents de santé étrangers ; les sorties concernent à la fois celles qui sont volontaires et involontaires. Les indicateurs choisis se rapportent à la cible de la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé concernant la réduction des obstacles à l'accès aux services de santé en créant, pourvoyant et maintenant les postes de travail dans le secteur de la santé et le secteur social.

Le module 6 porte sur les caractéristiques de l'emploi et les conditions de travail. Il peut faciliter la mise en œuvre progressive et l'étude des analyses du marché du travail, notamment en association avec le module 5. Il comprend plusieurs dimensions couvrant le temps de travail et les caractéristiques du marché du travail, qui sont essentielles pour comprendre la dynamique des personnels de santé, et il s'appuie sur d'importantes initiatives telles que les normes internationales relatives au temps de travail et à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Les indicateurs relatifs aux conditions de travail et la dimension relative au travail décent peuvent servir à progresser vers le travail décent pour tous, dans l'esprit de l'ODD 6.

Le module 7 porte sur les dépenses et la rémunération relatives aux personnels de santé. Il présente, avec le module 4, l'ensemble de l'environnement économique des personnels de santé. Il s'intéresse en particulier à son rôle s'agissant des entrées et des sorties et à la répartition entre les divers secteurs des agents de santé dont il est question dans les modules 1, 5 et 8. Les statistiques mondiales sur les dépenses relatives aux personnels de santé, dans les indicateurs 7-01 et 7-02 correspondent aux ressources globales consacrées aux personnels de santé. Les indicateurs 7-03 à 7-06 donnent des précisions sur la rémunération réelle des agents de santé qui pourrait influencer sur l'attractivité des emplois. L'indicateur 7-07 porte sur la rémunération et en particulier sur l'écart de salaire entre hommes et femmes.

Le module 8 contient des indicateurs sur la composition de l'éventail des compétences des personnels de santé. Il s'appuie sur les indicateurs présentés dans les autres modules en décomposant la structure des personnels de santé par secteur et par groupe professionnel. Les deux derniers indicateurs donnent des informations sur la disponibilité de Ressources Humaines pour appliquer le Règlement Sanitaire International (OMS 2005a) et sur l'existence d'un programme de formation en épidémiologie appliquée.

Le module 9 Les indicateurs présentés dans ce module permettent d'évaluer les mécanismes disponibles pour gérer efficacement les personnels de santé au niveau national ou régional. Ils s'appuient sur les informations rassemblées pour les indicateurs figurant dans les autres modules. Le module comprend deux indicateurs concernant la gouvernance et trois indicateurs concernant les politiques relatives aux personnels de santé.

Les indicateurs relatifs à la gouvernance montrent si le pays est en mesure de coordonner un programme intersectoriel et dispose d'une unité centrale pour les personnels de santé. Les indicateurs concernant les politiques relatives aux personnels de santé montrent si le pays dispose de processus pour planifier les personnels de santé, si les plans de formation sont conformes au plan sanitaire national et s'il existe des modèles institutionnels pour évaluer les besoins en personnels de santé.

Enfin, le module 10 facilite l'évaluation des capacités des Systèmes d'Information sur les Ressources Humaines en Santé (SIRHS) au niveau national. Les indicateurs relevant de la dimension « SIRHS pour l'établissement de rapports au niveau international » montrent si le pays dispose d'un système d'information approprié pour établir des rapports sur le RSI, sur le Code de pratique de l'OMS (OMS 2010f) et sur la présence d'un accoucheur qualifié à la naissance. Les indicateurs relevant de la dimension « SIRHS pour le suivi des personnels de santé » montrent dans quelle mesure le système d'information permet de rendre compte des flux et des effectifs de personnels de santé. Les indicateurs de ce module sont alignés avec ceux des autres modules



et avec des documents mondiaux importants, dont les recommandations de la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique (Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique 2016), le plan d'action quinquennal (2017-2021) (Organisation internationale du travail et al. 2016) et les cibles mondiales pour 2020 et 2030 figurants dans la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé (OMS 2016c).

Sur la base des orientations contenues dans le manuel des CNPS, un choix des indicateurs a été fait par le comité technique mis en place à cet effet. Les indicateurs pour le Tchad sont contenus dans le tableau ci-après :

**Liste des indicateurs retenus par domaines**

<b>Modules et Domaines</b>	<b>Indicateurs</b>
<b>Indicateurs existants déjà</b>	
<b>Modules: 1 2 3 et 4 Effectif du personnel de santé actifs et éducation</b>	
<b>Effectif</b>	Densité des Agents de Santé (AS)
	Répartition géographique, par sexe et par âge
<b>Migration</b>	Agents formés à l'étranger
	Répartition santé et sociale
<b>Candidatures des établissements</b>	Etablissements reconnus d'enseignement et de formation de Personnel de Santé (publics et privés)
	Durée de l'enseignement et de formation
	Candidature
<b>Admissions</b>	Rapport nombre d'admission au nombre de places disponibles
	Rapport de nombre d'étudiants au nombre d'enseignants et formateurs qualifiés
<b>Sorties et abandons</b>	Taux de sortie
	Taux d'abandon
<b>Diplôme</b>	Taux d'obtention
<b>Règlementation et accréditation de la formation</b>	Réglementation
	Accréditation
	Apprentissage pendant la vie active
<b>Financement de la formation</b>	Financement de la formation supérieure
	Apprentissage pendant la vie active
<b>Modules 5, 6 et 7 Personnels de santé</b>	

<b>Entrée sur le marché du travail</b>	Taux de reconstitution des effectifs grâce aux efforts nationaux
<b>Temps de travail</b>	Nombre d'heures standard de travail hebdomadaire
	Agents de santé à temps partiel
<b>Travail décent</b>	Réglementation sur un salaire minimum
<b>Caractéristiques du marché de travail</b>	Réglementation sur la double pratique
<b>Dépenses relatives aux personnels de santé</b>	Dépenses totales pour les personnels de santé
	Total de l'aide publique au développement utilisée pour les personnels de santé
<b>Rémunérations des personnels de santé</b>	Dépenses totales pour la rémunération des personnels de santé
	Dépenses publiques pour la rémunération des personnels de santé
	Niveau de salaire à l'entrée dans la profession
	Politiques de plafonnement dans le secteur public
	Ecart de salaire entre hommes et femmes
<b>Modules 8, 9 et 10 Satisfaction des besoins de la population</b>	
<b>Composition du personnel de santé par secteur</b>	Pourcentage du personnel de santé travaillant dans les structures sanitaires ( à l'hôpital et au Centre de Santé) :
	Pourcentage du personnel de santé prodiguant des soins ambulatoires
<b>Répartition des compétences</b>	Pourcentage de personnel chirurgical spécialisé :
	Existence de personnel infirmier qualifié
<b>Capacités relatives au règlement sanitaire international</b>	Disponibilité des ressources humaines pour appliquer le RSI
<b>Gouvernance</b>	Unité centrale pour les personnels de santé
<b>Politiques relatives aux personnels de santé</b>	Processus de planification des personnels de santé
	Plans de formation conformes au plan sanitaire national
	Modèles institutionnels pour évaluer les besoins en personnels de santé
<b>SIRHS pour l'établissement des rapports au niveau international</b>	SIRHS pour l'établissement de rapports sur le règlement sanitaire international
	SIRHS pour l'établissement de rapports sur la présence d'un accoucheur qualifié à la naissance
<b>SIRHS pour le suivi du personnel de santé</b>	SIRHS pour l'établissement de rapports sur le nombre de diplômés sortant des établissements de formation
	SIRH pour suivre le nombre de personnes qui entrent sur le marché du travail
	SIRHS pour le suivi des effectifs actifs sur le marché du travail
	SIRHS pour suivre le nombre de personnel qui sortent du marché du travail

	SIRH permettant une localisation géocodée des établissements de santé.
<b>Indicateurs à mettre en place</b>	
<b>Modules: 1 2 3 et 4 Effectif de personnels de santé actifs et éducation</b>	
<b>Effectif</b>	Densité des agents de santé au niveau infranational
<b>Financement de la formation</b>	Investissements en formation
	Dépenses de formation
<b>Modules 5,6 et 7 Personnels de santé</b>	
<b>Entrée sur le marché du travail</b>	Diplômés exerçant un emploi dans l'année suivant l'obtention du diplôme
	Taux d'entrée des agents de santé étranger
<b>Sortie du marché du travail</b>	Taux de sortie volontaire du marché du travail en santé
	Taux de sortie involontaire du marché du travail en santé
<b>Déséquilibre du marché du travail</b>	Taux de chômage
	Taux de vacance d'emploi
<b>Travail décent</b>	Réglementation du nombre d'heures et des conditions de travail
	Réglementation sur la protection sociale
<b>Caractéristiques du marché du travail</b>	Situation des agents de santé dans la profession
	Réglementation sur le service obligatoire
<b>Conditions du travail</b>	Mesures pour prévenir les agressions sur les agents de santé
<b>Modules 8,9 et 10 : Satisfaction des besoins de la population</b>	
<b>Composition des personnels de santé par secteur</b>	Pourcentage des personnels travaillant dans les établissements résidentiels de soins de longue durée
<b>Capacités relatives au règlement sanitaire international</b>	Disponibilité de ressources humaines pour appliquer le règlement sanitaire international (SRI)
	Programme de formation en épidémiologie appliquée

*Source : Atelier cartographie CNPS/DRHFA/MSP 2020*

## VI. Cadrage, Gouvernance et formation sur la plateforme en ligne

### a) Cadrage et Gouvernance

Selon le Guide, la phase de conceptualisation consiste à définir le cadre des CNPS et sa gouvernance, 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 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 ».

C'est dans cette optique que, l'atelier de cadrage et de gouvernance des CNPS organisé en Juillet 2020, 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.

Il convient de souligner que les projets des textes proposés pour la mise en place des Groupes techniques multisectoriels élargi, n'ont pas été signés. Cependant une note de service mettant en place le comité multisectoriel et multipartite a été signée par le Directeur Général du MSPSN pour permettre le démarrage des travaux.

Le Groupe Technique Multisectoriel et Multipartite aura pour mission de :

- Collecter des données et de disposer d'informations fiables et actualisées, sur la production des personnels de santé, les caractéristiques et la gestion des personnels de santé au niveau du pays ;
- Générer des informations et des éléments de preuve fiables en matière de RHS ;
- Permettre la planification, la mise en œuvre et le suivi des politiques, stratégies et plans en matière de personnels de santé dont l'un des principaux objectifs est de parvenir à la mise en place de la Couverture Santé Universelle (CSU) ;
- Améliorer la comparabilité de la situation nationale, régionale et mondiale concernant les personnels de santé ;
- Permettre d'effectuer des recherches sur les perspectives concernant le système de santé et la planification de la résilience du personnel de santé.

Tenant compte de la situation de pandémie, d'autres activités relatives à la sécurité et à la santé des personnels doivent être mises en œuvre avec l'appui du « Réseau Working for Health » et cela oblige la Direction des Ressources Humaines et de la Formation de collaborer et de coordonner la mise en œuvre des activités. Cela peut être considéré comme une opportunité de mettre ensemble un mécanisme multisectoriel commun à la demande de l'équipe de la Coordination de la lutte contre la Covid-19. A cet effet, un nouveau projet de texte est proposé pour prendre en compte la nouvelle proposition de l'équipe de la Coordination de lutte contre la Covid-19.

#### **b) Formation sur la plateforme en ligne**

Pour l'utilisation et la maîtrise de l'outil sur la plateforme en ligne, une première présentation de l'outil a été faite lors de l'atelier sur le cadrage et la gouvernance et d'autres formations ont été organisées avec l'appui technique de l'OMS/Genève. Il convient de souligner que 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.

Des exercices pratiques ont été faits par chaque membre en ayant accès directement à la plateforme en ligne. A cet effet, des noms d'utilisateurs et des mots de passe ont été créés pour chaque membre. Certains ont pu maîtriser en grande partie l'outil mais quelques éléments restent à revoir régulièrement avec l'OMS/Genève pour que le nouveau Point Focal puisse avoir une autonomie pour la collecte, la saisie des données et la production des tableaux et graphiques.

## **VII. Collecte et saisie des données en ligne**

La collecte et la saisie de données sur la plateforme en ligne, ont nécessité l'implication des plusieurs services à la fois du Ministère en charge de la Santé Publique, ceux des Ministères de l'Enseignement Supérieur et de la Fonction Publique. Les informations collectées n'ont pas répondu à toutes les attentes par rapport aux modules des CNPS. Mais les travaux réalisés pour la première fois ont pu donner l'occasion au pays de respecter les engagements pris pour la réalisation des CNPS avant fin 2020.

### **7.1. Les informations disponibles**

Les informations collectées étaient relatives à l'effectif total de toutes les catégories professionnelles selon la classification du Ministère en charge de la Santé Publique. Cette classification a été adaptée au contenu des modules des CNPS. Des données sur les personnels de santé essentiels (Médecins généralistes, IDE, SFDE et autres personnels soignants) pour les soins de santé primaires ont été introduites dans l'outil. Il en est de même pour le paiement de salaire de toutes les catégories professionnelles pour l'année 2019. Il convient également de souligner que le module sur le recrutement des étudiants dans les écoles ainsi que la sortie des écoles, a pu être renseigné. A cela il faut ajouter que les informations sur les catégories professionnelles généralement formées dans le pays ont été introduites dans l'outil.

### **7.2. Les insuffisances**

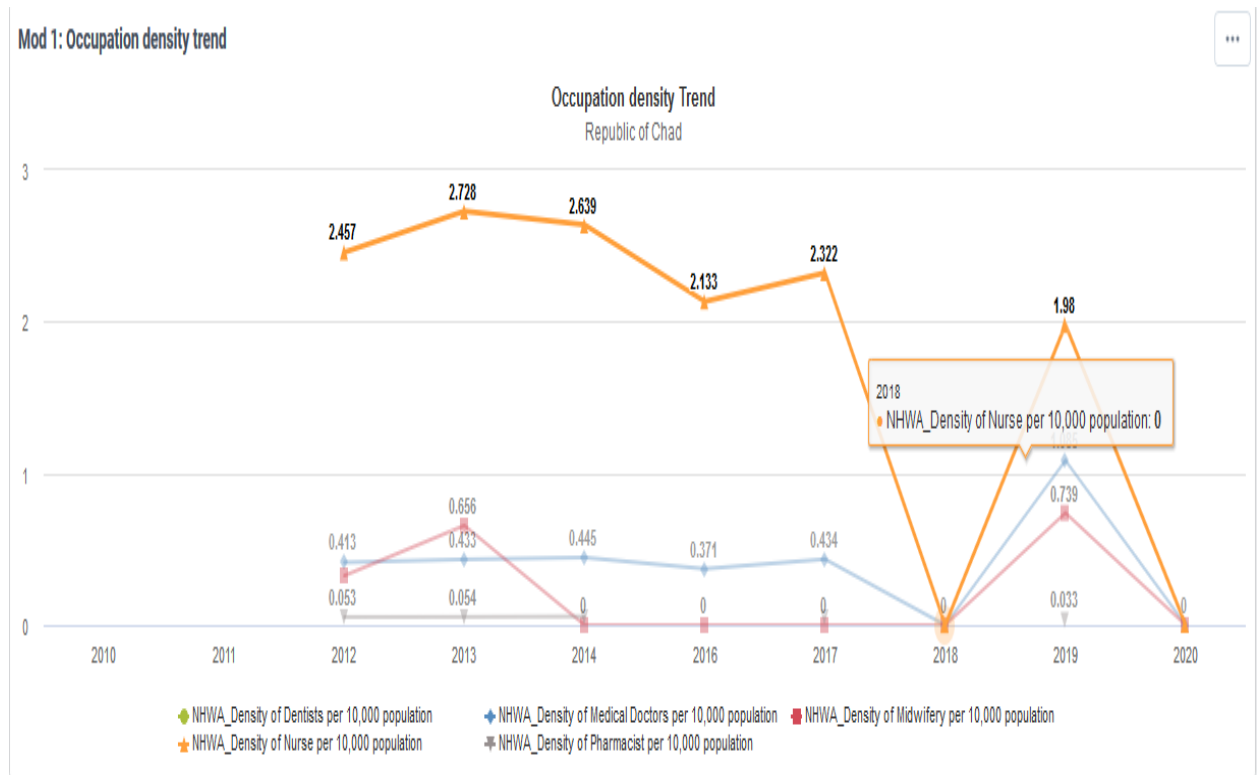
Malgré les efforts fournis par les membres du comité technique pour renseigner tous les dix (10) modules des CNPS, il est à noter que certaines informations ne sont pas disponibles notamment en ce qui concerne la désagrégation des données par provinces, par tranche d'âges, par structures. Compte tenu des priorités accordées à l'atteinte des objectifs de la CSU, il était opportun d'avoir des informations par district sanitaire afin de mieux cerner les flux du personnel pour la mise en œuvre du panier des soins. Malheureusement, ces données ne peuvent être collectées que pour l'exercice des CNPS 2020.

Le rapport sur les CNPS doit en principe chaque année refléter la situation réelle en matière des RHS pour qu'une planification réaliste, une gestion rationnelle et un suivi régulier soient réalisés. Cela permettra aux responsables des départements concernés par le secteur de la santé de prendre des décisions qui correspondent bien aux objectifs de la CSU et des ODD.

### VIII. Analyse des données et résultats essentiels

L'analyse des données est faite sur la base de la densité des personnels essentiels, de la distribution par âge pour les médecins, de la densité par année pour les personnels essentiels, des ratios d'entrée en formation, de l'effectif des médecins et dentistes, de l'effectif des sages-femmes et de l'effectif des infirmiers.

#### a) Densité des personnels essentiels



Graphique 1 : Densité des personnels essentiels

Le graphique1 indique l'évolution du nombre de personnel essentiel de la santé pour 10.000 habitants. Il faut noter qu'il y'a plus d'infirmiers dans ce système de santé au vu de l'observation des données. Ce qui indique la dominance de la courbe de densité concernant les infirmiers. Ainsi



la population bénéficie plus des services des infirmiers (environ deux infirmiers pour 10.000 personnes) que toute autre catégorie du corps soignant (moins de 1 pour 10 000 personnes).

La somme cumulée (environ 3 pour 10.000 habitants) de toutes les catégories du personnel essentiel de la santé est en moyenne largement inférieure aux normes recommandées par l'OMS (23 pour 10.000 habitants). Ces faibles densités du personnel essentiel de la santé pourraient être considérées comme des signaux donnant l'alerte sur les conséquences directement ou indirectement liées aux indicateurs de santé très faibles. Ces conséquences peuvent être entre autres le faible taux de couverture du service de santé au Tchad dont les conséquences directes seraient par exemple la baisse de l'espérance de vie et le taux élevé de mortalité.

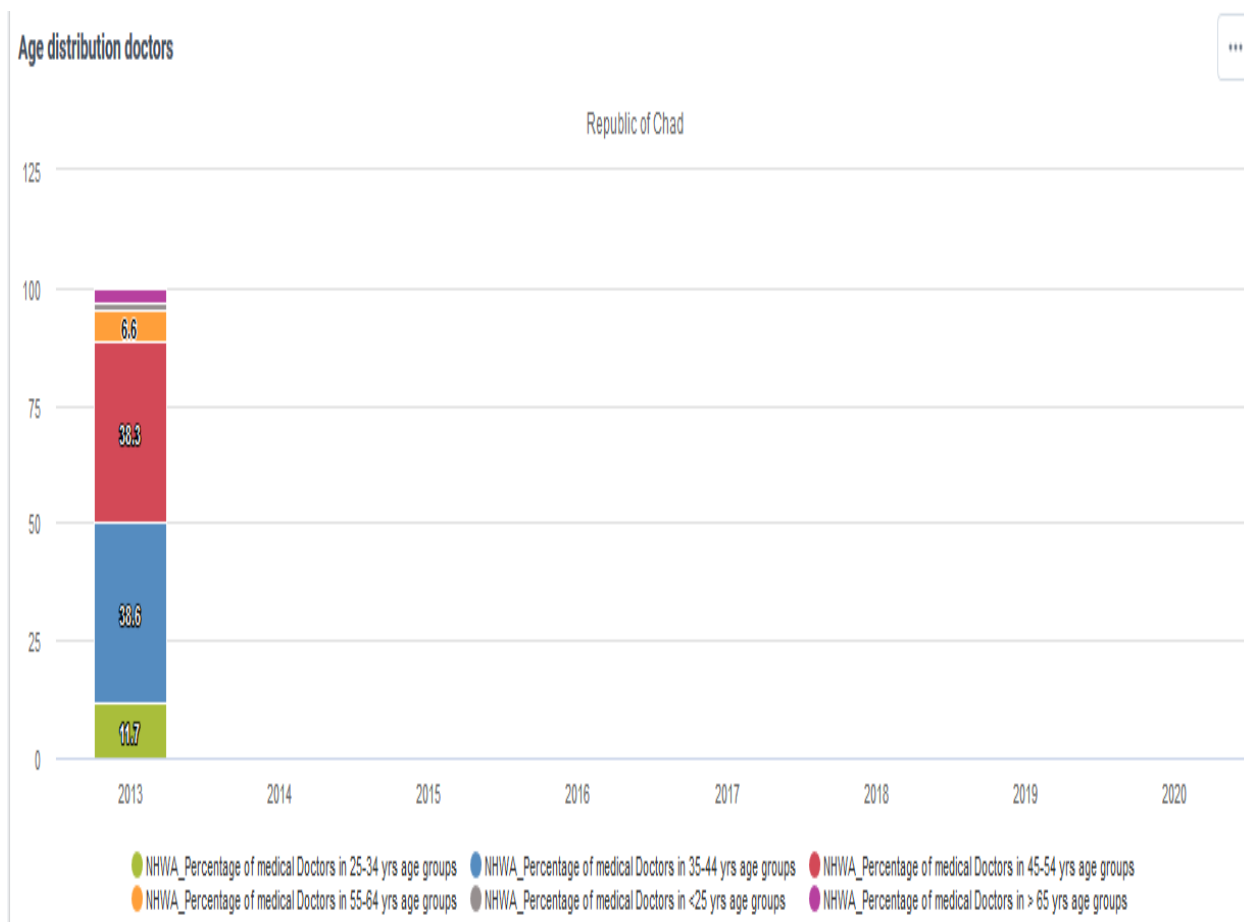
Le graphique 1 ne permet pas d'apprécier les courbes de densités du personnel de la santé dans son ensemble, car sur la période d'étude allant de 2012 à 2020. Les données portant sur les densités des certaines catégories du personnel de santé, comme les pharmaciens, dentistes, sages-femmes, n'ont pas été collectées. Il faut noter que même pour le personnel où ces données existent, les densités pour les deux années 2018 et 2020 ne sont pas fournies. Il faut souligner aussi que l'utilisation de deux sources différentes des données pour produire le graphique est une autre difficulté pour son interprétation. C'est ainsi que les différentes courbes de densités sont atypiques en 2019 qui correspondent aux données des CNPS alors que les autres données proviennent des annuaires statistiques de la santé.

L'évolution de la densité des médecins est quasi constante, environ 0,4 médecins pour 10 000 habitants, sur la période de 2012 à 2017 avec un point d'inflexion en 2016 dont la densité est de 0,371. Cette tendance linéaire s'expliquerait par un différentiel de densité, entre l'intégration et le départ des médecins (retraite, décès, déperdition...), qui évolue au même rythme que le taux de croissance de la population. Une telle évolution de courbe de densité pourrait être retenue comme une bonne politique si la densité était à un niveau conforme aux normes internationales. La valeur atypique de 0,739 de la densité en 2019 pourrait être expliquée par plusieurs facteurs dont les principaux seraient dus au changement des sources des données et l'intégration des médecins. En somme, au Tchad un seul médecin travaille pour plus de 10.000 habitants. Ce ratio est inférieur à la norme de l'OMS et traduit le fait que les médecins ont du mal à rendre un service de meilleure qualité et au temps réel à toute la population tchadienne dans son ensemble.

L'évolution de la courbe de densité des sages-femmes est difficile à appréhender du fait que les données n'ont pas été collectées sur plusieurs années. Pour les deux premières années où les données existent, la courbe de densité est croissante et suit la même allure que celle des infirmiers. Il faut noter cependant qu'une seule sage -femme offre un service à plus de 10 000 habitants au Tchad.

La courbe de densité des infirmiers évolue en dent de scie et oscille entre 1,98 à 2,69. Cela montre que 10.000 tchadiens bénéficient du service de deux infirmiers environ. La tendance de la courbe peut être subdivisée en deux pour l'analyse sur la période de 2012 à 2017. D'un côté une tendance en hausse de 2012 à 2013 et 2016 à 2017, qui correspond à un différentiel positif entre l'intégration et le départ des infirmiers de la fonction publique. De l'autre coté la courbe est baissière sur la période de 2013 à 2016 et explique une croissance du différentiel (entrée et sortie) moins importante que la croissance de la population.

## b) Distribution par âge des médecins

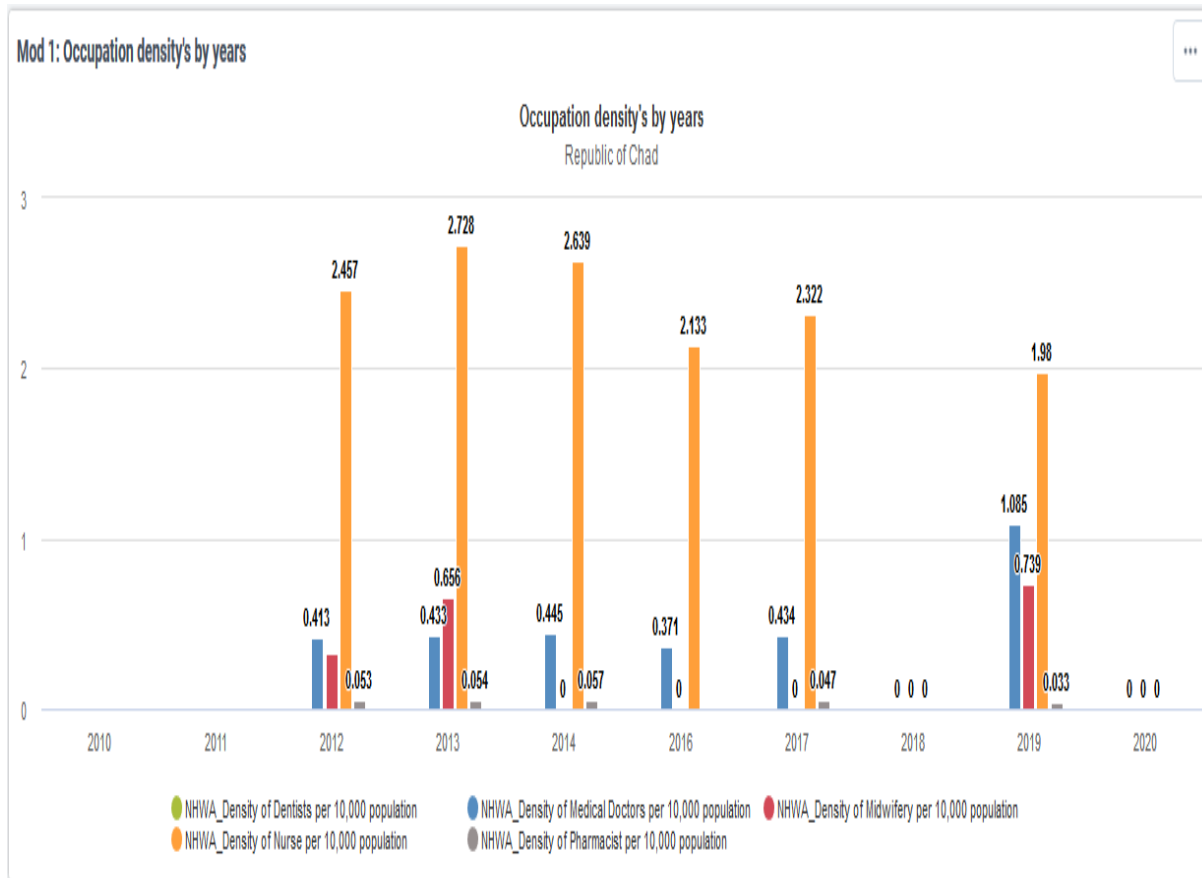


Graphique 2 : Distribution par âge pour les médecins

Les données de La distribution des médecins par âge sont disponibles que pour l'année 2013. Il y'a une forte concentration des médecins, autour de 78 % dont l'âge est compris, entre 35 à 54 ans reparti presque de manière équitable environ 38% pour les deux tranches d'âge de 35 à 44

et 45 à 54 ans. Au regard des données, les médecins en exercice de plus de 65 ans, sont dans une proportion très faible, environ 3%. Ceci se justifie par le fait que le départ en retraite des médecins est fixé à 65 ans. Le plus jeune médecin a moins 25 ans. En temps normal, le plus expérimenté des médecins doit cumuler plus de 40 ans d'expérience lors de sa retraite. Il faut noter que plus de la moitié des médecins sont jeunes et leur âge est inférieur à 45 ans. Les médecins les plus expérimentés de plus de 30 années d'expérience, dont l'âge est compris entre 55 et 65 ans ne représentent que 6,6%. Les médecins de la tranche d'âge de 25 à 34 ne représentent que les 11,7% de l'ensemble, ceci s'explique probablement par le prolongement des études chez certains jeunes médecins. Les plus jeunes de moins de 25 ans sont sous représentés (moins de 2%).

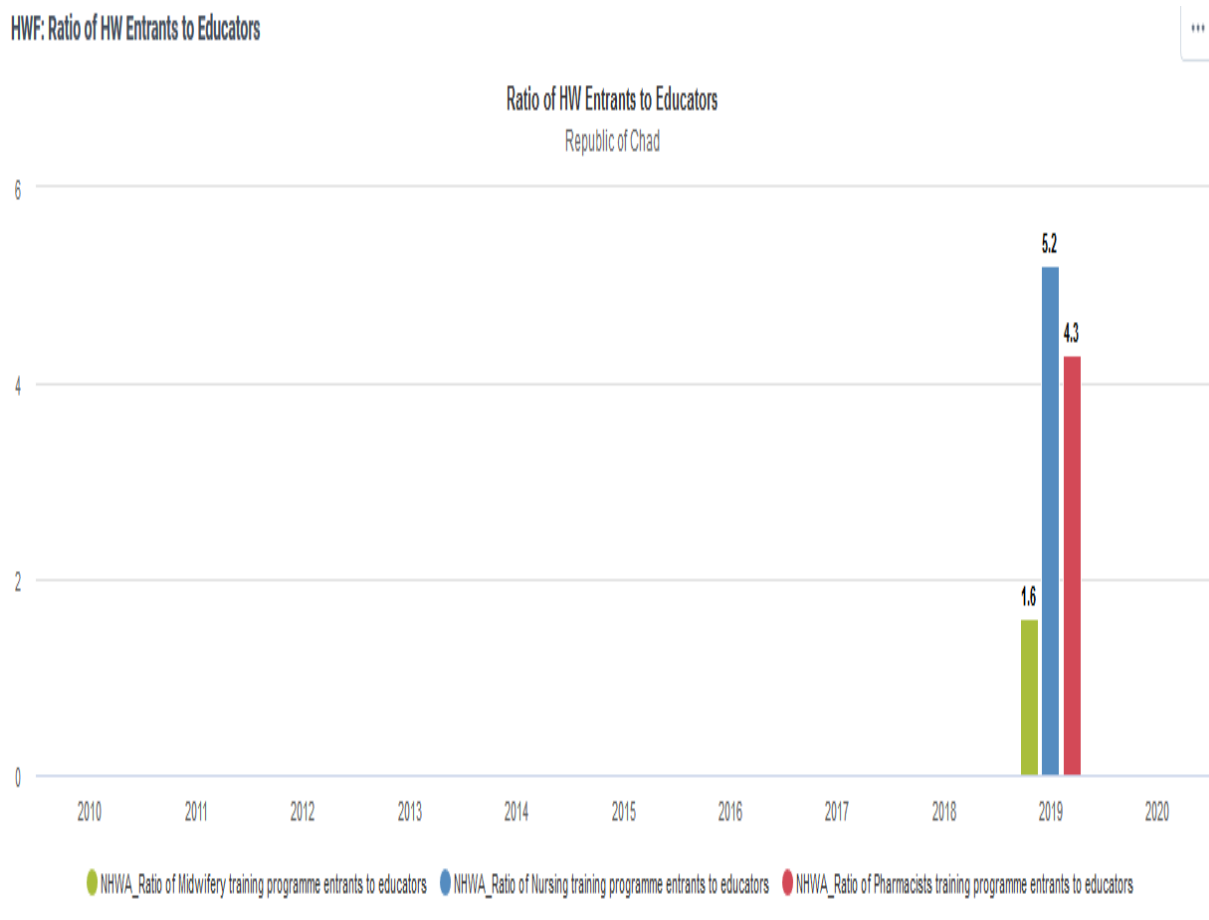
### c) Densité par an pour les personnels essentiels



Graphique 3 : Densité par an pour les personnels essentiels

Il existe une disparité totale entre les différents corps médicaux selon le graphique de densité. En effet la densité des infirmiers est plus élevée que les autres corps pour toutes les années où les données existent. Le graphique ci-dessus indique le service pharmaceutique est quasi inexistant sur la période d'étude. Les évolutions annuelles du nombre de personnel essentiel de la santé pour 10.000 habitants selon chaque catégorie sont dans une proportion totalement asymétrique. (Autres commentaires confère graphique1).

#### d) Ratios d'entrée pour la formation



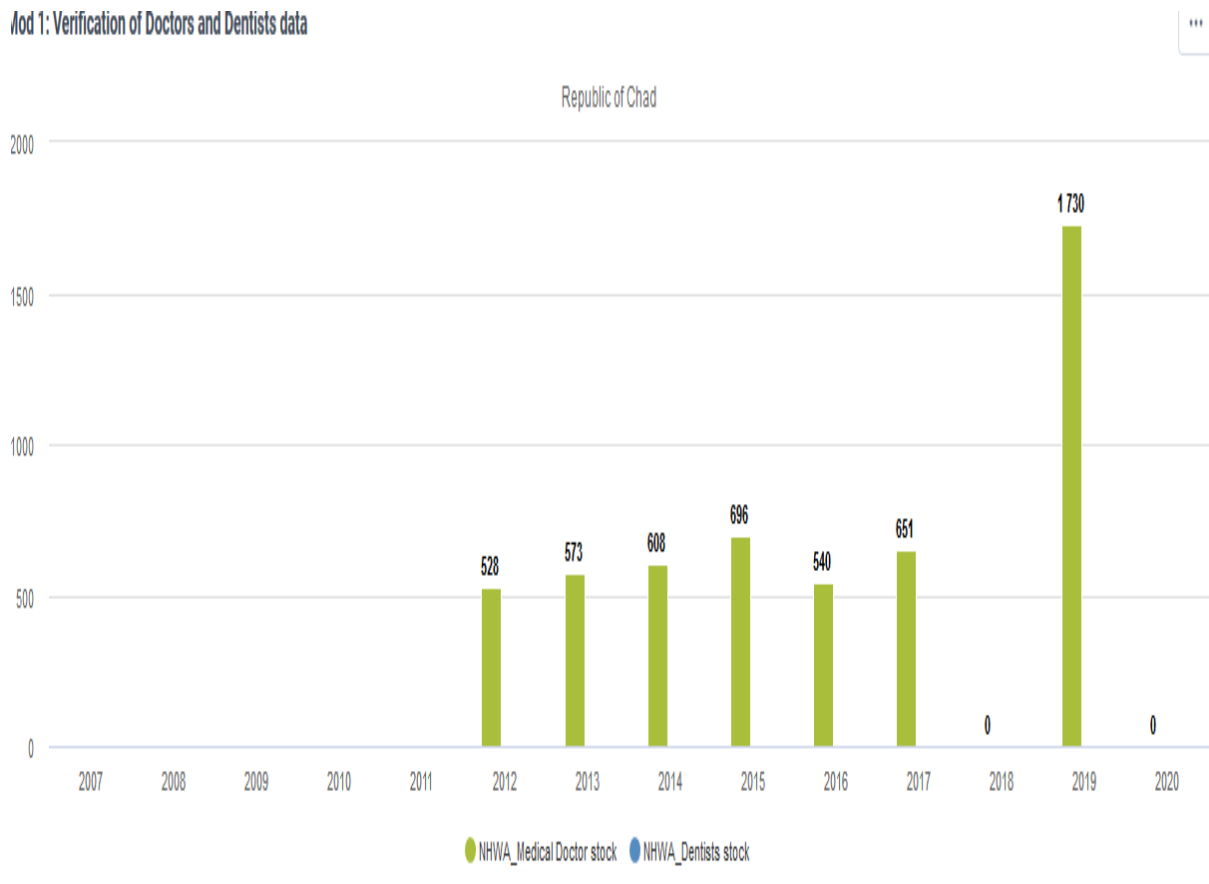
Graphique 4 : Ratios d'entrée pour la formation

Les données ne sont disponibles que pour la seule année 2019 où, il ressort que les infirmiers suivent plus de programmes de formation que les sages-femmes et les pharmaciens. Les

analyses issues des graphiques précédemment présentés indiquent que le personnel essentiel de la santé toute catégorie confondue est jeune. Cela pourrait laisser entrevoir que les infirmiers qui constituent plus de la moitié du personnel essentiel sont donc jeunes et seraient plus enclin aux études afin de poursuivre d'autres programmes plus avancés dans le domaine de la santé.

Il faut signaler que la collecte n'a pas été faite pour les années antérieures à 2019. Ce qui laisse ce vide constaté sur le graphique. Ainsi donc il ne serait pas adéquat de faire une analyse évolutive en se basant sur une seule observation temporelle.

### e) Evolution des effectifs des médecins

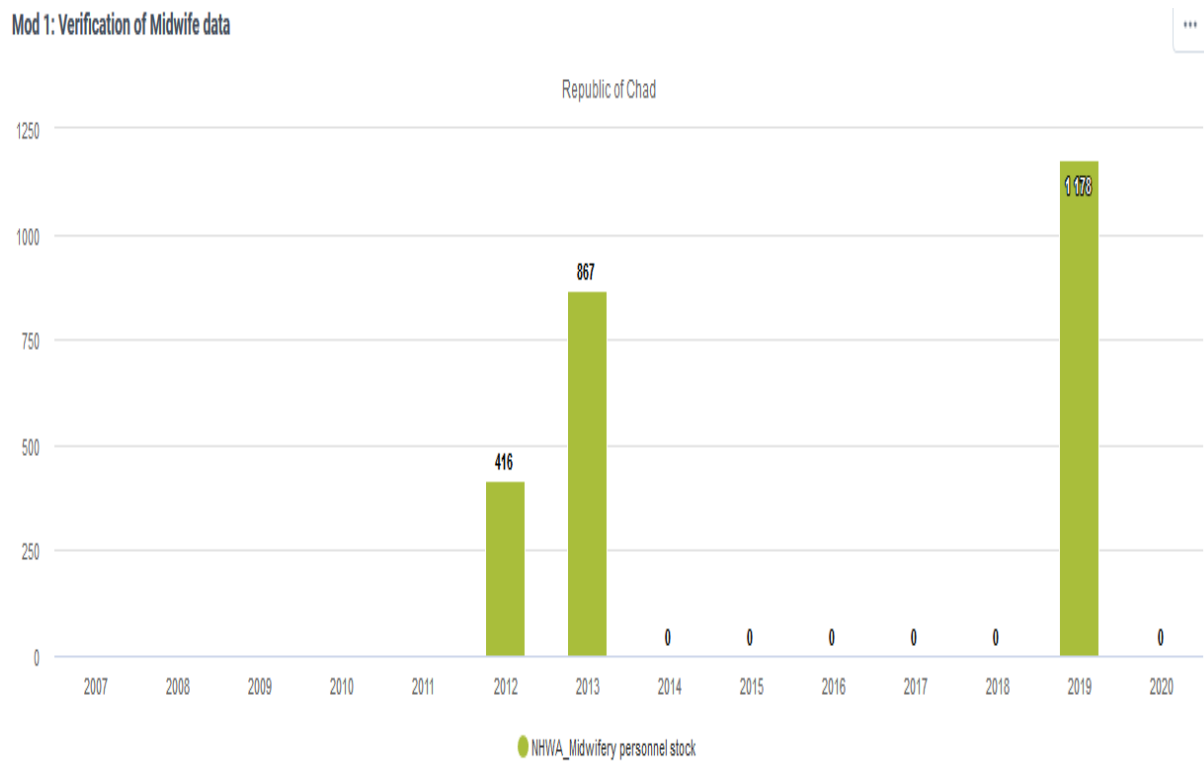


Graphique 5 : Evolution des effectifs des médecins

Les données portant sur le nombre de dentistes sur toute la période d'études n'existent pas.

Le nombre des médecins augmente chaque année sur la période de 2012 à 2015 passant de 528 à 698. Cette croissance est expliquée par le différentiel entre l'intégration et le départ des médecins (retraite, décès, départ volontaire...) ; c'est-à-dire, plus en plus de jeunes diplômés du domaine sont intégrés ou embauchés. Une chute du nombre de médecins en 2016 de 696 à 540 traduit un départ des médecins qui n'a pas été compensé par l'intégration. Le nombre le plus élevé de médecins est celui de 2017 qui se chiffre à 1730. Ce nombre traduit l'effort du Gouvernement à renforcer l'effectif des médecins.

#### f) Evolution de l'effectif des Sages-Femmes



Graphique 6 : Evolution des effectifs des Sages-femmes

Ce graphique portant sur l'évolution de nombre de sages-femmes est entaché par le manque de données sur certaines années. Les seules années comportant d'informations sont les années 2012, 2013 et 2019. Ce qui revient donc à comparer la donnée de 2013 à celle de 2019. Ainsi, il ressort que le nombre de sages-femmes a augmenté, passant de 867 en 2013 à 1178 en 2019 soit une hausse de 311 sages-femmes en six ans.

Une collecte supplémentaire de données en vue de compléter la série des données permettra d'améliorer les analyses faites. Il est probable que sur les périodes où les données sont manquantes, il pourrait y avoir beaucoup de scénarios inobservés. Ceci ne permet pas de dégager une analyse tendancielle assez correcte du nombre de sages-femmes au Tchad.

### g) Evolution de l'effectif des infirmiers

Mod 1: Verification of Nurse data



Graphique 7 : Evolution de l'effectif des infirmiers

Le nombre des infirmiers fluctue entre 3106 et 3606 sur la période d'études de 2013 à 2020. Cette variation du nombre des infirmiers peut être subdivisée en trois parties à savoir :

- Tout d'abord la phase de croissance qui correspond à la période de 2012 à 2013 et de 2016 à 2017, passant respectivement de 3141 à 3606 et de 3106 à 3487.
- Les années 2013 et 2014 ont été marquées par une constance du nombre des infirmiers.
- De 2017 à 2018, il ne serait pas forcément dit que le nombre d'infirmiers a baissé passant de 3487 à 0, la situation serait invraisemblable au vu de la réalité. Cette donnée

requière une attention particulière. Le chiffre zéro ne devrait pas figurer peu importe les raisons.

## **IX. Contraintes et difficultés dans la mise en place des CNPS**

Il est à noter que malgré les efforts fournis par les membres du Comité technique pour la collecte et la saisie complète des données dans la plateforme, des insuffisances ont été constatées lors de la saisie et de la production des données. Ces insuffisances sont relatives au retard pour la désignation des points focaux, pour la mise en place des mécanismes, pour la non-disponibilité des informations pour le remplissage de tous items et enfin pour les difficultés de connexion sur la plateforme périodique.

Il convient de souligner que selon le processus pour la mise en place des CNPS, il est fortement conseillé de désigner officiellement des points focaux au sein du Ministère de la Santé et des autres ministères sectoriels qui participent directement dans la gestion globale des Ressources Humaines pour la Santé. Au niveau du Tchad, compte tenu des changements intervenus plusieurs fois au sein de l'administration cela a impacté dans le processus surtout en cherchant à désigner les points focaux au sein du Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale.

Pour la mise en place des mécanismes de gestion et de coordination du processus de réalisation des CNPS 2019, on a constaté que certains services techniques des autres parties prenantes n'ont pas été régulièrement présentes ou associées à toutes les activités. Cela a impacté négativement dans la production des données et l'analyse des résultats. D'autant plus que la gestion des Ressources Humaines en Santé ne relève pas exclusivement du rôle régalien du Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité.

L'absence d'un outil efficace de gestion des ressources humaines à la santé n'a pas non plus facilité la collecte des données pour la réalisation des CNPS 2019. Recours a été fait à l'exercice de l'inventaire réalisé par la DRH en 2019. Les résultats de l'inventaire physique ont été en grande partie utilisés pour la saisie des données dans la plateforme en ligne de l'OMS.

Il est souhaitable et indispensable qu'un cadre juridique soit mis en place afin de protéger les données collectées, saisies et produits comme résultats pour les CNPS. Cela pourrait également renforcer la notoriété des services qui seront sollicités en amont comme en aval pour la réalisation des CNPS.



## X. Recommandations

Pour que les résultats des prochains CNPS prennent en compte l'ensemble des paramètres d'analyse contenus dans le manuel, il est important et indispensable de prendre les dispositions nécessaires au sein du Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité plus particulièrement au sein de la Direction des Ressources Humaines et de la formation de :

- Finaliser et valider l'outil sur le Système Informatisé de Gestion des Ressources Humaines et former une équipe pour la collecte et la saisie de toutes les données à tous les niveaux du système ;
- Mettre en place tous les mécanismes prévus dans le guide des CNPS pour que l'ensemble de processus de mise en place soit au complet ;
- Demander à tous les ministères sectoriels et les associations de la société civile impliqués dans la gestion des RHS de designer leurs points focaux ;
- Prendre en charge le financement de l'ensemble des activités de la réalisation des CNPS dans le budget du Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale ;
- Prendre en compte la réalisation des CNPS comme activité retenue parmi celle qui sont inscrites dans la mission de la DRHF ;

## Conclusion

La réalisation des premiers Comptes Nationaux des Personnels de Santé a permis au Tchad d'être cité parmi les pays qui ont respecté les engagements. Malgré les difficultés et la non-disponibilité de toutes les informations, l'OMS/Genève a jugé suffisantes les informations contenues dans la plateforme en ligne pour le compte du Tchad. Cela donne l'occasion au pays d'avoir des informations dans le rapport mondial de la santé.

Certes, des efforts importants restent à faire par les membres du comité technique ainsi que les ministères sectoriels pour que toutes les informations soient disponibles à temps et saisies dans la plateforme en ligne de l'OMS.

Compte tenu de l'importance des informations qui doivent être publiées dans le rapport mondial, il est impératif de créer un cadre juridique pour la protection de l'ensemble du processus de mise en place des CNPS.

L'implication des institutions chargées des questions des recherches dans l'analyse des résultats et de la production du rapport des CNPS chaque année serait un atout important pour la crédibilité de l'ensemble du processus.

