



RÉPUBLIQUE DU TCHAD

جمهورية تشاد

Unité-Travail-Progrès

حدة – عمل – تقدم

Ministère de la Santé Publique et de
la Prévention

وزارة الصحة العامة والوقاية



STRATÉGIE NATIONALE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN ETRE

(S N P S B E)

2024 – 2030



Organisation
mondiale de la Santé

STRATÉGIE NATIONALE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN ETRE

(S N P S B E)

2024 – 2030

PREFACE

La Stratégie Nationale de Promotion de la Santé et du Bien-être, fruit d'une collaboration étroite entre le Gouvernement, la Société Civile, les Partenaires Techniques et Financiers, et surtout, les communautés tchadiennes, incarne notre vision partagée d'une nation où la santé et le bien-être sont les piliers inébranlables de notre progrès collectif.

Le Tchad, comme de nombreux pays à travers le monde, est confronté à des défis complexes en matière de santé. Ces défis vont au-delà des frontières de la médecine et des hôpitaux, s'étendant aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux qui façonnent la vie de nos concitoyens. La compréhension de ces réalités complexes a motivé l'élaboration de cette stratégie, qui adopte une approche globale et multisectorielle pour améliorer la santé et le bien-être de tous les Tchadiens.

Notre préoccupation première est de s'assurer que chaque individu, quelle que soit sa situation géographique, son statut socio-économique, ou son appartenance communautaire, ait accès à des conditions de vie qui favorisent une santé optimale. Cela va au-delà de l'absence de maladie ; ce qui englobe le droit fondamental à un bien-être physique, mental et social complet.

Cette stratégie est le résultat de consultations approfondies, d'analyses rigoureuses et de la contribution de nombreuses parties prenantes impliquées dans le secteur de la santé et au-delà. Elle vise à établir une feuille de route claire, mais aussi flexible, afin de s'adapter aux changements, aux défis inattendus et aux opportunités qui se présenteront au fil du temps.

En promouvant une approche participative, cette stratégie encourage la collaboration entre le Gouvernement, les acteurs de la santé, les acteurs des autres secteurs, les communautés et les partenaires. Elle souligne l'importance de la responsabilité collective dans la réalisation de nos objectifs communs en matière de santé et de bien-être.

La mise en œuvre de cette stratégie nécessitera un effort concerté, une mobilisation de ressources créatives et un engagement à long terme. Cependant, nous sommes convaincus que les bénéfices récoltés en termes de santé publique, de qualité de vie et de productivité nationale seront des investissements durables dans notre avenir commun.

Je tiens à exprimer ma gratitude envers toutes les personnes et organisations qui ont contribué à l'élaboration de cette stratégie et à celles qui s'engageront dans sa mise en œuvre. Ensemble, nous bâtissons un Tchad où la santé et le bien-être ne sont pas seulement des aspirations, mais des réalités accessibles à chacun de nos concitoyens.

Je tiens à exprimer ma gratitude envers toutes les personnes et organisations qui ont contribué à l'élaboration de cette stratégie et à celles qui s'engageront dans sa mise en œuvre. Ensemble, nous bâtissons un Tchad où la santé et le bien-être ne sont pas seulement des aspirations, mais des réalités accessibles à chacun de nos concitoyens.

Que cette stratégie serve de catalyseur pour des actions concrètes, inspirant l'espoir. Ensemble, faisons de la santé et du bien-être les fondations solides sur lesquelles le Tchad prospère et s'épanouit.

Le Ministre de la Santé Publique et de la Prévention

وزير الصحة العامة والوقاية

Dr ABDELMADJID ABDERAHIM MATAMAT

د/عبد المجيد عبد الرحيم محمد



REMECIEMENTS

Nous adressons notre sincère gratitude et toute notre reconnaissance aux intervenants, cadres, experts et au comité technique d'élaboration du document de la stratégie nationale de la promotion de la santé et du bien-être qui ont imprimé de leur expertise, leur vision et leur expérience ce document afin qu'il soit le plus optimal et cohérente que possible au contexte du Tchad.

Nos remerciements à toutes les Agences, organisations non gouvernementales et les organisations de la société civile qui ont apporté de leur contribution à l'élaboration de ce document.

Nous voulons saluer solennellement le leadership et la vision de son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique et de la Prévention, Dr Abdelmadjid Abderahim et remercions l'appui de son cabinet, le secrétaire général, les directions techniques, les directions générales et programmes spécifiques du Ministère de la santé et de la prévention ; le Ministère de l'Élevage et des Productions Animales, le Ministère de l'Eau et de l'Assainissement, le Ministère de l'Environnement, de la Pêche et du Développement Durable, le Ministère de l'Education Nationale et de la Promotion Civique, le Ministère de l'Aménagement du Territoire, de l'Habitat et de l'Urbanisme, le Ministère de la Femme, de la Protection de la Petite Enfance et de la Solidarité Nationale, le Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation et de la Bonne Gouvernance, Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de l'Innovation, le Ministère des finances pour leurs engagements multiformes à nos côtés.

Nous exprimons notre profonde gratitude à tous nos Partenaires Techniques et Financiers (PTFs), en particulier l'OMS qui a assuré l'appui technique et financier nécessaire à l'élaboration de ce document de stratégie.

Enfin, nous remercions l'ensemble des acteurs et des partenaires nationaux et internationaux qui ont contribué de manière efficace à la finalisation de la SNPSBE 2024-2030 dont la mise en œuvre contribuera inéluctablement à améliorer la santé de la population du Tchad.

SOMMAIRE

PREFACE	2
REMECIEMENTS	4
SOMMAIRE	5
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	7
RESUME	9
INTRODUCTION	11
CHAPITRE I – PROFIL DU PAYS	13
1.1 Aspects géographiques et administratifs	13
1.2 Aspects démographiques	14
1.3 Aspects anthropologiques	15
1.4 Aspects sociaux et économiques	15
1.5 Système de santé	16
1.5.1 Gouvernance, leadership et coordination du système de santé.....	18
1.5.2 - Financement de la santé.....	19
1.5.3 - Ressources humaines en produits et technologies de santé.....	20
1.5.4 - Etat de santé de la population.....	20
CHAPITRE II – ANALYSE DE LA SITUATION DE LA PROMOTION DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE	23
2.1 Contexte mondial	23
2.2 Contexte régional africain	25
2.3 Contexte national	27
2.4 Analyse des parties prenantes en place	29
2.5 Contexte scientifique, technique et concepts	32
2.6 Problématique de la promotion de la santé au Tchad	42
2.7 Analyse forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) de la promotion de la santé et du bien-être	44
CHAPITRE III : STRATEGIE	45
3.1 Elaborer des politiques pour la santé, renforcer l'action intersectorielle et promouvoir la santé dans toutes les politiques	45
3.2 Créer des environnements favorables	46
3.3 Développer les aptitudes individuelles	47
3.4 Renforcer l'action communautaire	48
3.5 Réorienter les services de santé	48
CHAPITRE IV – CADRE STRATEGIQUE	49
4.1 Vision	49
4.2 Fondements	49
4.3 But	50
4.4 Principes directeurs	50

4.5 Objectifs 50

CHAPITRE V – CADRE LOGIQUE 52

CHAPITRE VI - CADRE DE MISE EN OEUVRE 72

6.1 Mécanismes de mise en œuvre 74

6.2 Mécanismes de coordination 76

6.3 Mécanismes de suivi – évaluation 78

6.4 Mécanismes de financement 81

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 84

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AFJT	Association des femmes juristes du Tchad
ATVPE	Association tchadienne des volontaires pour la protection de l'environnement
APDET	Association de Protection des Droits des Enfants au Tchad
CAMOJET	Collectif des Associations et Mouvements des Jeunes au Tchad
COUSP	Centre des Opérations d'Urgences en Santé Publique
CDM	Campagne de Distribution de Masse
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DANA	Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée
DC	Direction de la communication
DGSP	Direction General de la Santé Publique
DSR	Direction de la Santé de la Reproduction
DOSR	Direction de l'Organisation des Services et de la reforme
DV	Direction de la Vaccination
DPSHP	Direction de la Promotion de la Santé et de l'Hygiène Publique
DPSP	Délégation Provinciale de la Santé et de la Prévention
DS	District Sanitaire
DRHF	Direction des Ressources Humaines et de la Formation
DLMSE	Direction de la lutte contre les maladies
DFBA	Direction des Finances du Budget et des Approvisionnements
DSC	Direction de la Santé Communautaire
DPSP	Délégation Provinciale de la Promotion de la Santé et de la Prevention
ECD	Equipe Cadre du District
EDS MICS	Enquête Démographique et de Santé & Multiple Indicators Cluster Survey
EDST	Enquête Démographique et de Santé au Tchad
ENSASS	Ecole Nationale Supérieure des Agents Socio-Sanitaires
FOSA	Formation Sanitaire
FSSH	Faculté des Sciences de Santé Humaines
GPW13	General Programme of work Thirteenth
HP	Hôpital Provincial
HP	Healthier Population
HTA	Hypertension Artérielle
IDH	Indice de Développement Humain
IREDD	Institut de Recherche en Elevage pour le Développement
INSEED	Institut national de la statistique, des études économiques et démographiques
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Prevention
SG	Secrétariat General
MEPA	Ministre de l'Élevage et des Productions Animales
PNLTAD	Programme National de Lutte conte le Tabac, l'Alcool et les Drogues
MATD	Ministère de l'A dministration du Territoire et de la Décentralisation
MEA	Ministère de l'Eau et de l'Assainissement
MEPDD	Ministere de l'Environnement, de la Pêche et du Développement Durable
MCD	Médecin Chef de District
MSPP	Ministère de la Santé Publique et la Prévention
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PTFs	Partenaires Techniques et Financiers
PND4	Plan National de Développement Sanitaire
RGPH2	Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2

RESUME

Le Gouvernement de la République du Tchad a défini l'accès équitable à des services de santé de qualité au rang de priorité nationale. La stratégie nationale de la promotion de la santé et du bien-être est l'une des orientations stratégiques de cette politique nationale de santé. Elle a pour objet de développer des activités de promotion de la santé et du bien-être à tous les âges, pour toutes les couches sociales et économiques sur tout le territoire national.

Le Ministère de la santé publique et de la prévention a créé une Direction de la promotion de la santé et de l'hygiène publique (DPSHP) rattachée à la Direction Générale de la Santé Publique pour impulser, organiser et coordonner la promotion de la santé et de l'hygiène publique. Une Stratégie nationale de la promotion de la santé et du bien-être au Tchad (SNPSBE) opérationnalise la politique de la promotion de la santé et du bien-être et fixe les priorités du secteur dans ces prochaines années (2024 – 2030).

Ce document stratégique s'inscrit dans la démarche globale de la politique nationale de santé 2016 2030, du Plan National de Développement Sanitaire 2022 – 2030 (PNDS4) et de la politique nationale de santé communautaire. Il vient également en appui à la stratégie de la Couverture Maladie Universelle (CMU) pour un meilleur accès de toutes les populations à des services de santé de qualité.

La Stratégie Nationale de la promotion de la santé et du bien-être (SNPSBE 2024 - 2030) cherche à répondre aux défis de la promotion de la santé à travers une approche à la fois participative, multisectorielle, inclusive et consensuelle avec l'appui significatif des partenaires techniques et financiers. Il s'inscrit dans une vision qui est d'améliorer la santé et le bien être des individus, des familles et des communautés en agissant sur les déterminants de la santé, à savoir les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.

La Stratégie Nationale de la promotion de la santé et du bien-être est articulée autour de 5 axes stratégiques qui sont :

1. Renforcer le cadre institutionnel, stratégique et réglementaire de la promotion de la santé et du bien-être ;
2. Améliorer le cadre de vie des populations et promouvoir la création des environnements favorables à la santé ;
3. Renforcer les connaissances et les aptitudes des individus et des communautés pour un comportement favorable à la santé ;

4. Renforcer la protection et la résilience des communautés pour mieux contrôler les déterminants de la santé ;
5. Promouvoir l'innovation et vulgariser les données probantes pour une meilleure orientation des interventions.

Les cinq axes stratégiques viseront 5 résultats attendus et seront mis en œuvre à partir de 22 objectifs spécifiques et 92 activités prioritaires en rapport avec les besoins du secteur. Ces axes d'action ciblent principalement des activités qui visent à formaliser, intégrer et développer la promotion de la santé et du bien-être aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

INTRODUCTION

Au cœur des défis et des aspirations d'une nation réside la santé et le bien-être de ses citoyens. Le Tchad, pays d'une richesse culturelle et naturelle exceptionnelle, reconnaît l'impératif de placer la santé au centre de son développement global. Dans cette perspective, la Stratégie Nationale de Promotion de la Santé et du Bien-être émerge comme un cadre visionnaire, unissant les efforts de toutes les parties prenantes pour forger un avenir où chaque Tchadien peut atteindre son plus haut potentiel de santé et de bien-être.

Cette stratégie transcende les frontières sectorielles, incarne la volonté collective du gouvernement et de la société civile, et reflète la compréhension profonde que la santé n'est pas simplement l'absence de maladie, mais plutôt un état complet de bien-être physique, mental et social. Elle embrasse la diversité des déterminants de la santé, reconnaissant que la prospérité d'une nation découle de la vitalité de chaque individu qui la compose.

À travers cette stratégie, le Tchad s'engage à instaurer une approche multisectorielle, intégrant les ministères sectoriels et les acteurs de tous horizons pour aborder les racines profondes des défis de santé. Des partenariats novateurs seront forgés, les ressources mobilisées de manière stratégique, et la participation communautaire favorisée, créant ainsi un élan collectif vers des changements significatifs.

La stratégie repose sur la conviction que la santé et le bien-être ne sont pas des luxes, mais des droits fondamentaux. Elle s'inscrit dans une perspective de développement durable, où l'amélioration de la santé individuelle et collective est intrinsèquement liée à la prospérité économique, à l'éducation de qualité, à la justice sociale, et à la préservation de l'environnement.

Au fil des pages de cette stratégie, nous explorons les piliers fondamentaux qui guideront nos actions, des interventions préventives aux services de santé accessibles, de l'autonomisation des communautés à l'innovation en matière de financement. En unissant nos forces, nous jetons les bases d'une transformation durable, visant à créer un Tchad où chaque individu, quelle que soit sa situation, peut jouir d'une vie saine et épanouissante.

Cette stratégie ne se contente pas d'être un document formel, mais plutôt une feuille de route dynamique. Elle évoluera en réponse aux besoins changeants de la population, aux avancées scientifiques, et aux enseignements tirés de l'expérience. Ensemble, en tant que nation, nous nous engageons à mettre en œuvre cette vision commune de la santé et du bien-être, laissant ainsi un héritage de prospérité et de vitalité pour les générations futures du Tchad.

L'élaboration de cette stratégie Nationale de la promotion de la santé et du bien-être 2024 – 2030 a vu le jour dans un contexte marqué par des résultats et des constants faits sur le terrain en matière de la promotion de la santé des populations à travers différentes missions organisées par la Direction de la Promotion de la Santé et de l'Hygiène publique. Ce plan s'inscrit aussi dans la logique des objectifs de développement durable 2020-2030, en droite ligne du PNDS 4 cherchant ainsi à renouveler la promotion de la santé grâce à des interventions sociales, politiques et techniques, en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, à savoir les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.

CHAPITRE I PROFIL DU PAYS

1.1 Aspects géographiques et administratifs

Pays continental, le Tchad est situé entre le 8^{ème} et 14^{ème} degré de latitude Nord et les 14^{ème} et 24^{ème} degrés de longitude Est, couvrant une superficie de 1 284 000 km² et occupe le 5ème rang des pays les plus vastes d'Afrique après le Soudan, l'Algérie, la République Démocratique du Congo et la Libye. Il partage des frontières communes avec la Libye au Nord, la RCA au Sud, le Soudan à l'Est, le Cameroun, le Niger et le Nigeria à l'Ouest.

Le Tchad est divisé en trois zones climatiques : le Nord est une zone saharienne vaste (60% du territoire national) avec un climat désertique et une pluviométrie inférieure à 200 mm par an ; le Sud est une zone soudanienne (10% du territoire national) assez fortement pluvieuse (pluviométrie entre 800 et 1200 mm par an), avec certaines provinces quasiment inaccessibles pendant la saison des pluies. On trouve entre les deux, une zone sahélienne (30% du territoire national) avec une pluviométrie comprise entre 200 et 800 mm. L'hydrographie et le relief du Tchad font de ce pays un véritable bassin, bordé à l'Est et au Nord par des montagnes. On trouve également des montagnes au Sud-ouest. La cuvette sédimentaire du Tchad est occupée par de nombreux lacs, dont le principal, le Lac Tchad alimenté à 90% par les fleuves Chari (1200 km) et Logone (1000 km). Sur les 23 provinces que compte le pays, 10 sont enclavées en partie en saison pluvieuse. Il s'agit de la moitié du Salamat, d'une partie de Ouaddaï, du Guéra, du Moyen Chari, de Hadjer-Lamis, du Lac, des deux Mayo-Kebbi et de la Tandjilé. L'humidité est élevée en juillet et en août.

Le climat du Tchad l'expose à des risques d'inondation, de sécheresse mais aussi à l'harm attan (décembre à février) ainsi qu'à la chaleur parfois très importante. Cette différence climatique détermine le profil épidémiologique de chaque province.

Le système de santé du pays est un système pyramidal à trois (3) niveaux de responsabilité et d'activités qui sont : un niveau central, un niveau intermédiaire et un niveau périphérique. [5]

Les principaux indicateurs de base et du secteur de la santé sont :

- Taux de couverture sanitaire théorique : 84.96% en 2023
- Taux d'accroissement naturel : 3,6 %
- Indice de fécondité : 7,1
- Taux de natalité : 49,6 ‰
- Taux de mortalité brut : 14,8‰
- Taux de mortalité infantile : 72%

- Taux mortalité infanto-juvénile : 133‰
- Taux mortalité maternelle : 860 décès pour 100000 naissances vivantes.
- Accès à l'eau : 61,8% ; Accès à l'assainissement : 16,1% ;
- Délégations provinciales sanitaires : 23
- Districts sanitaires : (170) Districts Sanitaires (DS) dont cent trente-neuf fonctionnels (149) avec 74 hôpitaux de Districts fonctionnels ;
- Zones de responsabilité : 2393 dont 2033 sont fonctionnelles avec un Centre de Santé.
- Programmes spécifiques de santé : 19 [12]

1.2 Aspects démographiques

La population du Tchad est de 11 039 873 habitants en 2009 selon RGPH2 de 2009 contre 6 279 931 habitants en 1993 (RGPH1,1993). Le taux annuel moyen d'accroissement intercensitaire de cette population est passé successivement de 1,4 % en 1964 (Service de Statistique, 1966), à 2,5 % en 1993 (BCR, 1995), à 3,6 % en 2009 (résultats globaux, RGPH2, 2012) et pourrait s'établir à 3,4 % en 2020 selon les projections de l'INSEED publiées en 2014. Cette population a atteint 18 033 737 habitants en 2023 selon les projections de l'Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED, 2014, hypothèse moyenne). L'espérance de vie de la population est passée de 52,4 ans en 2009 à 54 ans en 2020.

De même la population urbaine est passée de 21,9% en 2009 à 25,6% en 2023 et la densité moyenne de la population est passée de 4,9 habitants au Km² en 1993 (RGPH1, BCR, 1993) à 8,6 habitants au Km² en 2009 (RGPH2, INSEED, 2009) et à 14,0 habitants au Km² en 2023. En 2009, hormis la ville de N'Djaména qui a une densité très élevée de 1 902,8 habitants au km², les provinces du Logone Occidental (77,3 hab/km²), du Mayo Kebbi-Ouest (43,6 hab/km²) et du Mayo Kebbi Est (42,2 hab/km²) ont de fortes densités. A l'inverse, le Tibesti (0,1 hab/km²), le Borkou (0,5 hab/km²) et l'Ennedi (0,8 hab/km²) ont de très faibles densités.

La population féminine (51% de l'effectif total) est supérieure à la population masculine (49 %). Par ailleurs, en 2009, les personnes âgées de moins de 15 ans représentent légèrement plus de la moitié de la population (50,6%), celles de 15-64 ans supposées potentiellement actives constituent 46 ,5% et les personnes âgées de 65 ans et plus 2,9% de la population totale. Les femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans, d'environ 2 404 000, représente 22% de la population et les personnes de 18 ans et plus recensée avoisinent 4 689 000 et représentent près de 43% de la population totale. Les enfants de moins de 5 ans, au nombre de 2 212 388 (3 642 815 en 2023) représentent 20,2 % de la population totale alors que les enfants de 0-11 mois (0 an révolu) au nombre de 404 826 (667 248 en

2023) représentent 3,7% de l'ensemble de la population tchadienne.

L'âge moyen au niveau national est de 19,7 ans. On constate que la population urbaine est légèrement plus âgée (20,5 ans en moyenne) que la population rurale (19,4 ans en moyenne). Par ailleurs, une moitié de la population a moins de 14,8 ans (âge médian), l'autre moitié à un âge supérieur à cet âge médian. L'âge médian est plus élevé en milieu urbain (16,9 ans) qu'en milieu rural (14,2 ans). (INSEED 2023).

L'indice synthétique de fécondité est passé de 5,1 enfants par femme en 1964 à 6,4 enfants par femme en 2015 et 2019. L'âge moyen à la procréation est passé de 28,2 ans en 1964 à 29,9 ans en 2009 et le taux brut de natalité est passé de 41,0‰ en 1993 à 49,6‰ en 2009. Les Délégations Provinciales de la Santé et de la Prévention (DPSP) des Mayo Kebbi Est et Ouest, de la Tandjilé, du Mandoul et du Logone occidental ont une densité largement au-dessus de la moyenne nationale. Le taux d'accroissement moyen annuel de la population est de 3,6%. Selon les résultats du recensement, les naissances attendues représentent 4,1%, les grossesses 4,23%, les nourrissons de 0-11 mois 3,7%, les enfants de 0-59 mois 20,20%, les jeunes de moins de 15 ans 50,6% et les femmes en âge de procréer 21,76%. [5]

1.3 Aspects anthropologiques

Le Tchad est un pays multiethnique où cohabitent 216. Les grands groupes ethniques qui présentent des poids démographiques supérieurs à 5,0% sont : le grand groupe Sara (26,6%), Arabe (12,9%), le groupe Kanembou/Bornou/Kanouri/Boudouma (8,5%), le groupe Ouaddaï/Maba/Massalit/Mimi (7,2%) et Gorane (6,9%). Chaque ethnie possède ses traditions et ses manifestations culturelles. Organisés en communautés, ces groupes entretiennent entre eux des relations d'échanges socioculturelles qui sont un socle de développement d'une diversité culturelle assumée.

La proportion de la population étrangère vivant au Tchad : 3%
Des centaines de langues sont parlées au Tchad mais le français et l'arabe sont les deux langues officielles. La religion musulmane est prédominante au Tchad (58,4%). Au second rang vient le christianisme avec 34,6% (dont 18,5% de catholiques et 16,1% de protestants). Les animistes ne représentent que 4,0% de la population totale recensée (Source : INSEED, Etat et structure de la population, juillet 2014).

1.4 Aspects sociaux et économiques

Selon le rapport du Programme des Nations Unies pour le Développement, l'indice de développement humain (IDH) du Tchad était de 0,394 en 2022, ce qui le place au 190^{ème} rang sur 191 pays. Selon la Banque Mondiale, 42% des tchadiens vivent en dessous du seuil de pauvreté évalué à 242 094 francs CFA par an. Ces

populations pauvres vivent essentiellement en milieu rural (89%) et de l'agriculture (65%). Le Tchad a certes réalisé des progrès en matière de réduction de la pauvreté au cours de la décennie 2010-2020, mais la crise de la COVID-19 a stoppé ces progrès en plongeant des centaines de milliers de tchadien dans l'extrême pauvreté. Cette situation de pauvreté est caractérisée par un accès difficile aux services sociaux de base, des épidémies récurrentes, des zones de dégradation de la situation sécuritaire, le chômage, l'analphabétisme, et des conditions d'habitat précaire. Les femmes et les enfants sont les plus affectés avec d'importants écarts entre les zones urbaines et rurales déterminant ainsi la persistance des inégalités d'accès aux soins de santé au sein des populations. La croissance soutenue de la population minimise l'impact des interventions pour la réduction de la pauvreté et le développement humain. L'économie du pays reste par ailleurs, marquée par son caractère faiblement diversifié et sa vulnérabilité aux chocs internes (aléas climatiques principalement) et externes (flambée du prix de l'énergie et volatilité des prix pour les produits alimentaires). Le taux d'inactivité chez les jeunes (43,7% en 2011) est très élevé du fait de la faiblesse du marché du travail, induisant ainsi des problèmes sociaux importants (délinquance, alcoolisme, drogue, ...). Les dépenses courantes en santé représentaient 5,41% du produit intérieur brut (PIB) en 2020. [5]

1.5 Système de santé

Le système de santé du Tchad est de type pyramidal à trois (3) niveaux de responsabilité et d'activités qui sont :

Le niveau central comprenant :

Un cabinet du Ministre qui comprend une Direction de la Législation, de la Règlementation et du Contentieux (DLRC), une Direction de la Communication et de la Traduction (DCT) ; une Coordination de la Police Sanitaire (CPS) ; une Unité de Gestion des Projets (UGP).

Une Inspection Générale ;

Une Administration centrale qui est composée d'un Secrétariat General (SG) ; une Direction de la Santé Publique (DSP) ; une Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DGPMML); une Direction Générale de la Planification et de la Coopération (DGPC) ; une Direction Générale des Ressources, des Infrastructures et des Equipements (DGRIE); Des Institutions et Services rattachés.

Les organismes sous tutelle :

Les organes de consultatifs : Le Conseil National de santé (CNS) ; Ordre Nationale des médecins (ONDMT) ; Ordre Nationale des pharmaciens du Tchad (ONDPT) ; Ordre National des Paramédicaux du Tchad (ONDPT) ;

Les Institutions Nationales Sanitaires à savoir le CHU Référence Nationale, le CHU Renaissance, le CHU Mère/Enfant. Les autres structures suivantes jouent le rôle de « centre de référence nationale ». Il s'agit de l'Hôpital de l'Amitié Tchad-Chine (HATC), l'Hôpital Militaire d'Instruction (HMI) et le Centre National de Traitement des Fistules (CNTF). Outre ces structures on compte la Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA), l'Ecole Nationale Supérieure des Agents Sanitaires et Sociaux (ENSASS), le Centre National d'Appareillage et de Réadaptation (CNAR), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Centre National de Traitement des Fistules (CNTF) et les 18 Programmes Nationaux de Santé...).

Il existe aussi un organe de dialogue, le Conseil National de la Santé et de la Prévention (CNSP) [11]

Un niveau intermédiaire comprenant :

Les 23 Délégations Provinciales de la Santé Publique et de la Prévention (DPSPP) avec vingt-trois (23) hôpitaux provinciaux (HP) dont le CHU d'Abéché ; les écoles provinciales de formation et les Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement (PPA) ; les Conseils Provinciaux de Santé (CPSP) et le Programme National de Lutte contre la Trypanosomiose Humaine Africaine (PNLTHA) localisé dans la province du Logone Occidental. [11]

Un niveau périphérique comprenant :

Les Districts Sanitaires (DS) avec les Équipes Cadres de District (ECD), les Hôpitaux des Districts Sanitaires (HDS) et les Zones de Responsabilités ayant des Centres de Santé (CS), les organes consultatifs : Les Conseils de Santé des Districts (CSD), Les Conseils de Santé des Zones de Responsabilité (CSZR), les Comités de Santé (COSAN) et les Comité de Gestion (COGES). [11]

Dans son ensemble le pays compte 1 médecin pour 2 à 3000 personnes ce qui est en dessous du ratio de l'OMS qui est de 1 pour 10 000 personnes.

On compte au total cent soixante (170) Districts Sanitaires (DS) dont cent trente-neuf (149) fonctionnels (87,6%). Chaque DS devrait disposer d'au moins un hôpital de district qui doit être capable de réaliser le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA). Sur les 170 DS, 74 disposent d'un Hôpital de District (HD) fonctionnel. Les districts sanitaires sont subdivisés en 2393 zones de responsabilité dont 2033 sont fonctionnelles soit un pourcentage de 85 %. Chaque ZR fonctionnelle dispose d'au moins un Centre de Santé (CS), capable de réaliser le paquet minimum d'activité (PMA). [11]

Pour rappel, le taux de couverture sanitaire théorique de la population est de 84.96% en 2023. [11]

En 2019, le Tchad comptait 235 formations sanitaires privées lucratives de soins dont 29 cliniques médicales, 79 cabinets de soins médicaux et 127 cabinets de soins infirmiers. Les cabinets de soins infirmiers représentent à eux seuls 54,04% des structures privées de soins médicaux. Sur les 235 formations sanitaires privées lucratives, 160 sont implantées à N'Djamena soit 68,08% (Source : DSSIS). On constate qu'il y a création de nouveaux DS et CS après le début de l'élaboration de la carte sanitaire sans qu'il y ait une amélioration du nombre des HD et des CS fonctionnels. [12]

1.5.1 - Gouvernance, leadership et coordination du système de santé

Pour relever les principaux défis auxquels le secteur de la santé est confronté, le Tchad s'est doté de politiques nationales de la santé (PNS). La dernière en date et en cours est la PNS 2016-2030. Les PNS sont mises œuvres à travers des PNDS. Le PNDS 2022-2030, 4^{ème} qui fait mention de la promotion de la santé et du bien-être comme domaine clé pour atteindre de meilleurs indicateurs en santé en cohérence avec la Vision du Tchad que nous voulons 2030, l'Agenda 20 63 de l'union Africaine et l'objectif 3 des Objectifs de Développement Durable (ODD).

En matière de cadre institutionnel et sa fonctionnalité, la mise en œuvre des plans du secteurs de la santé est suivie et assuré par les organes de coordination et de suivi existants : Comité directeur du MSPP, réunion mensuelle du 24, réunions avec les PTF, Comité de direction hebdomadaire, revue des programmes nationaux de santé, etc.

Le processus de la planification stratégique a été toujours participatif et inclusif et cela est très important. Les Plans d'Actions Opérationnels annuels des Directions du MSPP sont souvent élaborés même si leur mise en œuvre n'est pas optimale à cause d'insuffisance de financement.

Coordination multisectorielle : Il faut noter qu'en dehors du Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) du PEV, le Comité de Direction, Le Comité Directeur du MSPP, les réunions des PTF, la Plateforme de la SRMNIAN, les autres instances ne fonctionnaient pratiquement pas (Comité de pilotage du PNDS, Comité de suivi du Pacte, Comité technique de suivi du PNDS, Comité de Suivi/Evaluation du PNDS, la Commission Nationale du SIS...) pour défaut de formalisation ou pour indisponibilité des membres.

Le partenariat s'est renforcé avec l'adhésion du Tchad au Partenariat International pour la Santé et Initiatives Apparentées (IHP+), suivi de la signature en 2011 d'un pré-pacte, en 2014 d'un deuxième Pacte et en 2019 d'un troisième Pacte entre le Gouvernement et ses partenaires. Cependant, le financement des activités sanitaires des partenaires n'est pas suffisamment aligné sur le Pacte.

L'atteinte des objectifs de la CSU qui est d'assurer la couverture sanitaire de toute la population tchadienne d'ici 2030, risque d'être entravée par plusieurs facteurs. Au nombre de ces facteurs, il faut noter le retard pris dans le démarrage effectif de la prise en charge des régimes de la CSU qui est dû principalement au fait que les ressources issues des taxes dédiées en faveur de la CSU dont une somme importante a été déjà mobilisée par le trésor public, ne sont pas mises toujours à la disposition de la CSU.

Dans les délégations provinciales de la santé et de la prévention, on note aussi une irrégularité dans la tenue des réunions statutaires (organes de décision et de gestion) dont les décisions sont insuffisamment mises en oeuvre.

Depuis les années 1980, les services de santé sont déconcentrés avec une délégation de pouvoir au niveau des Délégations provinciales de la santé et de la Prévention (DPSP) et des districts sanitaires. Mais dans la pratique les pouvoirs de décision restent très fortement centralisés.

Les collectivités locales sont décentralisées, mais elles n'ont pas toujours le pouvoir de décisions sur les services de santé à cause du retard enregistré dans l'application des textes de la décentralisation de façon générale et de l'absence de définition claire de leurs responsabilités dans la gestion des services déconcentrés et décentralisés en particulier. [5]

1.5.2 - Financement de la santé

Le secteur de la santé publique est financé par : (i) l'Etat, (ii) les partenaires et (iii) les ménages. Cependant, seules une partie de financements de l'Etat et ceux des partenaires sont inscrits dans le budget du Ministère de la Santé Publique et de la Prévention. [10]

Les dépenses de santé s'effectuent à travers l'allocation d'un budget au MSPP. La loi des finances répartit annuellement le Budget Général de l'Etat aux différents départements ministériels notamment celui de la santé sur la base du Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) central, tout en tenant compte des priorités et orientations nationales, ainsi que du contexte macroéconomique du pays.

Les crédits de dépenses alloués au Ministère de la Santé Publique et de Prévention, rapportés au Budget Général de l'Etat, représentent 4,61% en 2018, 6,85% en 2019, 7,61% en 2020 et 7,47% en 2021, soit respectivement 61,87 milliards de F CFA, 67,14 milliards, 92,02 milliards et 90,38 milliards. Dans ces crédits, sont pris en compte les financements extérieurs à hauteur de 29% en 2018, 16% en 2019, 28% en 2020 et 24% en 2021. A cela s'ajoutent les dépenses des ménages mobilisées à travers le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires.

Par rapport à la Déclaration d'Abuja de 2002 où les Chefs d'Etat africains se sont engagés à consacrer au moins 15% du Budget Général de l'Etat au secteur de la santé, le Tchad n'a pas respecté son engagement, en se référant au budget annuel alloué au MSPP. [5]

1.5.3 - Ressources humaines en produits et technologies de santé

En matière des ressources humaines, le système de santé tchadien est loin de répondre à toutes les préoccupations malgré les bonnes volontés affichées par toutes les parties prenantes. Les effectifs du personnel au Tchad sont loin d'atteindre les normes fixées par l'OMS. La Densité des personnels de santé est de 0,63 pour 1000 habitants en 2019 (Rapport CNPS 2019/DRHF/MSPP/2020 alors que la norme de l'OMS est de 4,45 pour 1000 habitants dans le cadre de l'atteinte des objectifs de Couverture Santé Universelle (CSU) et des Objectifs de Développement Durable (ODD).

De 2018 à 2021, l'effectif du personnel est passé de 8.456 à 9.561 soit une progression de 13,06%. Le nombre des infirmiers est passé de 2745 à 3184 soit 15,99%, celui des médecins de 638 à 982 soit 64,96% et celui des Sage-Femmes Diplômées D'Etat (SFDE) de 498 à 664 soit 75%.

Le ratio infirmier est passé d'1 inf./5.955 hab. à 1 inf./5.709 hab. Le ratio médecin est passé de 1 méd./25.621 hab. à 1 méd./18710 hab. Le ratio SFDE est d'1 SFDE/7143 Femmes en âge de procréer (FEAP) à 1 SFDE/5.957. Les normes de l'OMS sont d'un inf./5000 hab., un méd./10000 hab. et 1 SFDE/3000 FEAP. Globalement il y a une amélioration par rapport à la disponibilité du Personnel. Cependant, on est encore très loin des normes de l'OMS. [5]

1.5.4 - Etat de santé de la population

La population totale est estimée à 17 958 641 en 2022. L'espérance de vie de la population est de 64 ans (DSSIS 2019). Le taux brut de la mortalité est estimé à 12,2% en 2020 (INSEED). Le taux de couverture sanitaire théorique est de 90,09% en 2019 (DSSIS 2019).

La couverture vaccinale contre la rougeole est passée de 55% en 2015 à 57% en 2019, (la couverture vaccinale de la rougeole est passée de 70,6% en 2021 à 75,1% en 2022 ; SMART 2022) cependant les estimations de l'OMS et de l'UNICEF sont à 47%, alors que la cible dans le PNDS 3 était la suivante : d'ici 2021, augmenter la couverture vaccinale du VAR de 70% à 80% chez les enfants de 0 à 11 mois. Des efforts restent encore à fournir dans le domaine de la vaccination pour épargner la vie d'un plus grand nombre d'enfants au Tchad.

L'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois est passé de 0,3% en 2014-2015 à 16,2% en 2019 et 11,4% en 2021 (SMART 2021). [5]

La prévalence nationale de la malnutrition aigüe globale de 10,9% en 2021 (8,6% en 2022 SMART) avec une proportion de 2,0% de la forme sévère. Selon la classification de l'OMS (2019), la prévalence sur le plan national est élevée d'où une situation nutritionnelle préoccupante. La malnutrition chronique au niveau national en 2021 est de 30,4%. Elle est restée quasi la même comparativement à 2020 (30,5%). De manière globale, un peu moins d'un tiers des enfants de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance avec environ 12% des enfants qui souffrent de la forme sévère. [7]

La prévention est basée sur l'éducation de la population, les campagnes de chimio prévention saisonnières (CPS) du paludisme des enfants âgés de 3-59 mois, le traitement préventif intermittent avec un taux de couverture (TPI1 : 8%, TPI 2 : 16%, TPI 3 : 36%, et TPI 4 : 18%). La distribution de masse des moustiquaires en 2020 était de 10 000 000 et la distribution de routine aux femmes enceintes en 2020 était de 864 393, soit 43,3%. (Rapport PNLP 2022).

Les infections respiratoires aiguës constituent la 3ème cause de consultation curative dans les CS. Les tranches d'âge les plus touchées par les infections respiratoires aiguës hautes en 2021 sont celles des nourrissons de 0-11 mois (8830,71 NC/100 000 hab.), suivie des enfants de 1-4 ans (2126,08 NC/100 000 hab.).

8% des femmes mariées ou vivant en union âgées de 15-49 ans utilisent une méthode contraceptive dont 7% une méthode moderne. Selon l'enquête MICS 2019, le taux de fécondité chez les adolescents de 15 à 19 ans est de 138 pour 1000. 24 % d'entre elles ont commencé leur vie procréative avant l'âge de 18 ans. La Médecine Scolaire qui mettait à la disposition des jeunes des milieux scolaires quelques services de santé génésique avec l'implication des pairs éducateurs rencontre des limites ces dernières années. [5]

Le Tchad compte des populations spécifiques en raison de leur situation géographique ou de leur mode de vie, notamment les nomades, les populations insulaires et des zones d'accès difficile. La prise en charge de ces populations est assurée par le Programme national pour la santé nomade (PNSN), créé en 2014 et rendu fonctionnel en 2016.

Ces trois (3) dernières années, les urgences sanitaires font partie des trois crises humanitaires majeures auxquelles le Tchad fait face (en plus de l'insécurité alimentaire et la malnutrition ainsi que les mouvements de populations). Le pays

enregistre, de manière récurrente, des cas de maladies telles que le Paludisme, la Rougeole, la Méningite, la Fièvre jaune, le Choléra. Ces dernières années, des nouvelles maladies se sont ajoutées à cette longue liste : la maladie à coronavirus (COVID-19), le Chikungunya à l'Est du pays, et la Leishmaniose dans les provinces septentrionales du Tibesti et du Borkou, affectant principalement les orpailleurs.

Même si le Tchad n'a pas enregistré un nombre très important de cas de COVID-19 comparé à d'autres pays africains de la sous-région voire du monde, le taux de létalité de la maladie est parmi les plus élevés au monde. D'après les données du rapport quotidien de situation épidémiologique, publié conjointement par le Ministère de la santé publique et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), au 16 Mai 2023, 7701 cas confirmés dont 194 décès ont été signalés cumulativement répartis dans 23 provinces soit 2,5% de létalité. De toutes ces maladies auxquelles le Tchad fait face, la COVID-19 est celle qui a eu le plus d'impacts, particulièrement sur le plan social et économique.

Le 15 août 2023, le Ministère tchadien de la santé publique et de la prévention a déclaré une flambée épidémique de dengue. Au 13 novembre 2023, un cumul de 1 581 cas suspects et 61 cas confirmés avec 01 décès soit un taux de létalité (2,44%) ; Au total 4 provinces (Ouaddaï, Wadi Fira, Sila et N'Djamena) et 12 districts sont touchés ; [13]

CHAPITRE II ANALYSE DE LA SITUATION DE LA PROMOTION DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE

2.1 Contexte mondial

La Première Conférence mondiale sur la promotion de la santé (Ottawa, 1986) et la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé qui en est résultée sont mondialement reconnues comme le fondement des concepts et les principes régissant la promotion de la santé moderne. Au niveau international, la charte d'Ottawa, document de base de la promotion de la santé, définit ce concept comme étant le « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci ». La santé est perçue comme un droit fondamental de la personne humaine. La Conférence d'Ottawa, organisée dans l'esprit de la Déclaration d'Alma-Ata, et la série ultérieure de Conférences mondiales de l'OMS, qui ont eu lieu à Adélaïde (Australie) en 1988, Sundsvall (Suède) en 1991, Jakarta en 1997 et Mexico en 2000, ont aidé à orienter les mesures au moyen desquelles on s'attellera aux déterminants de la santé pour atteindre l'objectif de la santé pour tous. La promotion de la santé, grâce à des interventions d'ordre comportemental, social, politique et environnemental, a amené les gens à modifier leurs habitudes en matière de santé, contribuant ainsi à réduire les causes de mortalité et de morbidité tels que les cardiopathies, les accidents de la circulation routière, les maladies infectieuses et le VIH/sida. Les bienfaits sont cependant plus nets chez les personnes plus favorisées aux plans social et économique. Aussi est-il urgent de compléter les programmes influant sur les facteurs de risque par des politiques qui génèrent des conditions de nature à améliorer la santé des groupes vulnérables.

L'application des stratégies de promotion de la santé s'inscrit dans un contexte qui a sensiblement évolué depuis la Conférence d'Ottawa, spécialement sous l'effet de la mondialisation, à la fois source de difficultés et d'opportunités pour la promotion de la santé. [20]

La promotion de la santé et du bien-être jouit au niveau d'un cadre de réflexion ayant beaucoup évolué depuis la conférence d'Ottawa avec plusieurs conférences et rencontres internationales :

- La déclaration d'Alma-Ata (1978) : Conférence internationale sur les soins de santé primaires ;
- La charte d'Ottawa (1986) : le texte fondateur et de référence de la promotion de la santé ;
- Recommandations d'Adélaïde (1988) : « Une politique publique saine » ;
- Déclaration de Sundsvall (1991) : « Des environnements favorables à la santé » ;
- Déclaration de Jakarta (1997) : « A ère nouvelle, acteurs nouveaux : adapter la promotion de la santé au XXIème siècle » ;

- Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé (2000) : « Faire place à l'équité » ;
- Charte de Bangkok (2005) : « Pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation » ;
- Appel à l'action de Nairobi (2009) : « Promouvoir la santé et le développement, réduire le fossé de la mise en œuvre » ;
- Déclaration d'Helsinki (2013) : « La Santé dans toutes les politiques » ;
- Déclaration de Shanghai (2016) : « La promotion de la santé dans le programme de développement durable à l'horizon 2030 » ;
- Déclaration de Rotorua (2019) : « Promouvoir la santé planétaire et le développement durable pour tous » ;
- La charte de Genève pour le bien-être (2021) ;

La 10^{ème} conférence mondiale sur la promotion de la santé, qui s'est tenue en 2021, a appelé les pays à donner la priorité à la santé dans le cadre d'un écosystème plus large englobant des facteurs environnementaux, sociaux, économiques et politiques, à placer la couverture sanitaire universelle (CSU) au cœur de tous les efforts et à recadrer le discours sur la santé, non pas comme un coût, mais comme un investissement dans notre avenir commun. L'accent est mis sur la nécessité de passer des interventions de promotion de la santé axées sur la modification des facteurs de risque et des comportements individuels à une approche du contexte et de la signification des actions de santé, notamment en s'attaquant aux conditions commerciales, économiques, politiques, sociales, culturelles et environnementales qui maintiennent les gens en bonne santé. Il préconise également une approche de la santé dans toutes les politiques (SdTP) qui prend systématiquement en compte les implications sanitaires des décisions, la recherche des synergies et évite les effets néfastes sur la santé dans l'ensemble des politiques publiques et des autres secteurs afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en matière de santé. Le treizième (13^{ème}) programme général de travail de l'OMS (GPW13) 2019-2023 a également identifié l'investissement dans la promotion de la santé comme un outil permettant d'aider les pays à répondre aux préoccupations économiques liées à l'augmentation des coûts de la santé et à réaliser des économies potentielles.

Les priorités pour le monde et pour l'OMS à l'avenir, présentées par le directeur général de l'OMS lors de la 150^{ème} session du Conseil exécutif en janvier 2022, définissent un cadre et des points d'entrée pour la planification et la mise en œuvre de la promotion de la santé et pour s'attaquer aux déterminants commerciaux, économiques, politiques, sociaux, culturels et environnementaux de la santé et du bien-être. [4]

2.2 Contexte régional africain

La promotion de la santé en Afrique subsaharienne reste encore peu développée. La situation actuelle des indicateurs de santé et de développement du continent, comparés au reste de la planète la reflète suffisamment et montre le niveau de l'intérêt et la place du concept de la promotion de la santé dans la région africaine. Ainsi, pour relever les défis, la Conférence des ministres de l'OUA tenue en 1994 a retenu les cinq déterminants de la santé qui sont :

- L'environnement social et économique ;
- L'environnement physique ;
- Les habitudes de vie personnelles ;
- Les capacités et compétences de vie personnelles ;
- Les services de santé.

La Conférence de Nairobi, septième conférence internationale, est la première conférence à se tenir sur le continent africain. Elle constate les écarts entre les déclarations et les résultats de mise en œuvre. Elle insiste sur l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, les politiques et les partenariats intersectoriels. Elle appelle à mobiliser les responsables politiques (agences internationales, etc.) pour réduire les inégalités de santé et assurer le bien-être des individus.

L'appel à l'action de Nairobi (2009) pour « Promouvoir la santé et le développement, réduire le fossé de la mise en œuvre » se donne cinq responsabilités :

- Renforcer les capacités de leadership pour la promotion de la santé
- Renforcer l'intégration de la promotion de la santé dans les systèmes de santé, les politiques et les programmes de santé
- Accélérer l'autonomisation des communautés/individus
- Augmenter les processus participatifs
- Créer et appliquer des nouvelles connaissances.

En dépit de tout a très peu de pays en Afrique subsaharienne qui ont intégré la promotion de la santé et du bien-être dans leur système de santé. La situation est encore plus préoccupante dans sa partie francophone, pendant que les pays anglophones du continent connaissent quelques avancées en ce qui concerne la promotion de la santé et du bien-être. Il y a dans ces derniers des universités qui enseignent la promotion de la santé comme filière de santé publique (Afrique du Sud, Kenya, Ouganda, Zimbabwe, ...), ce qui n'est pas le cas pour la partie francophone qui n'emboîte le pas qu'avec les Universités du Benin et du Cameroun...

Toutefois, sans le savoir véritablement, certains pratiquent des aspects de la promotion de la santé mise en œuvre dans certains pays mais de façon isolée, sans

en avoir ni les fondements ni l'esprit véritable. Ces interventions sont dominées par l'Information-Education-Communication (IEC) qui ne donnait pas les résultats souvent escomptés, remplacés par la Communication pour le changement de comportement (CCC) qui n'est pas non plus mise en œuvre convenablement.

Traduisant un manque d'engagement politique concertée sur le plan régional, sous régional, ou au sein des pays et l'absence de documentations explique en grande partie les raisons pour lesquelles les pays de la région ne sont pas connectés à la promotion de la santé et du bien-être en particulier et à l'évolution des politiques universelle en générale. [3]

En dépit de quelques progrès comme l'espérance de vie en bonne santé qui a augmenté de près de 10 ans dans les pays d'Afrique, passant de 45,8 ans en 2000 à 56 ans en 2019. La région connaît toutefois des revers suite de l'apparition de la pandémie prolongée de COVID-19.

Le continent reste sous une triple charge de morbidité due aux maladies transmissibles, aux maladies non transmissibles (MNT) et aux traumatismes. Les maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles ont contribué à hauteur de 52,9 % à la charge de morbidité en 2019, soit une baisse par rapport aux 68,3 % enregistrés en 2000. Les maladies transmissibles restent toutefois la principale cause de décès et d'incapacité évitables.

Les menaces de maladies émergentes et réémergentes restent également à la porte de l'Afrique subsaharienne. Une étude menée dans la région a montré que plus de 260 épidémies de maladies infectieuses, catastrophes et autres urgences potentielles de santé publique ont été enregistrées entre 2016 et 2018, avec un événement dans presque tous les pays. Les principales causes d'épidémies étaient le choléra, la rougeole, le paludisme, la méningite et les maladies hémorragiques virales, telles que la maladie à virus Ebola, la fièvre jaune, la dengue, le chikungunia, la fièvre de Lassa et la fièvre de la vallée du Rift¹⁷.

Les blessures - involontaires ou intentionnelles - sont également en augmentation en Afrique subsaharienne rattrapant le reste du monde en matière d'urbanisation, de développement des infrastructures et de progrès technologiques. La mortalité prématurée et les incapacités imputables aux blessures sont passées de 7,6 % en 2000 à 9,9 % en 2019. Cela comprend les accidents de la route, les chutes, les brûlures, les empoisonnements et les agressions.

Les inégalités, qui sont profondément ancrées dans les déterminants environnementaux, sociaux, économiques et politiques de la santé, menacent

également la réalisation de la promesse de la région en matière de santé universelle et la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

En résumé, l'injustice sociale tue à grande échelle. Malgré les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de santé, les inégalités se renforcent et certains progrès sont en train de s'inverser. Les maladies évitables par la vaccination réapparaissent, de nouvelles maladies apparaissent, les maladies non transmissibles gagnent du terrain et des problèmes tels que les blessures et la morbidité et la mortalité maternelle persistent dans la Région. Les États ont donc la responsabilité collective et individuelle d'agir. [4]

2.3 Contexte national

Le Tchad s'est inscrit dans la vision de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Le Ministère de la Santé Publique et de la Prévention a mis en place une Direction en charge de la Promotion de la santé et de l'Hygiène Publique (DPSHP) ayant pour priorité l'élaboration et la mise en œuvre d'une Stratégie de Promotion de la Santé et du bien-être. Les activités de promotion de la santé se limitent essentiellement à la prévention des maladies et à l'éducation à la santé menées de façon isolées et séparées par différents programmes spécifiques de santé. [5]

Bien que la Charte d'Ottawa soit un cadre adopté par-là de la Direction de la Promotion de la Santé, et de l'Hygiène Publique son application sur le terrain présente des faiblesses.

En effet, les actions menées ne rejoignent pas tous les axes d'intervention de la charte. En outre, il n'existe pas de plan directeur en matière de la promotion de la santé et du bien-être et son cadre conceptuel est encore méconnu par les différents acteurs du système de santé. La prise en compte des déterminants sociaux de la santé est très faible et n'est pas cadrée (compléter les données sur les déterminants sociaux dans le contexte)

La santé est toujours pensée comme découlant de l'organisation des soins et demeure l'exclusivité du personnel médical. [1]

Un cadre multisectoriel pour la promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé n'est pas encore en place. Cependant, certains événements de santé publique, tels que les épidémies ou les catastrophes révèlent la nécessité d'actions conjointes avec les ministères en charge de l'élevage, de l'eau et de l'assainissement, de l'administration du territoire (communes), de l'environnement, etc.

Dans l'élaboration de son Plan National de Développement Sanitaire 2022-2030 (PNDS 4), le résultat 3.3 : Les activités promotionnelles de santé sont développées pour susciter la demande des services, énonce deux (2) actions prioritaires planifiées :

- **Action 3.3.1** : Mettre en place un cadre stratégique relatif à la promotion de la santé
- **Action 3.3.2** : Mettre en place un cadre multisectoriel pour la promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé. [5]

Dans l'optique de promouvoir la santé et le bien-être dans le pays, quelques actions sont réalisées, parmi lesquelles :

- La promulgation de la loi N°035/PR/2019 sur la politique nationale de la couverture santé universelle ;
- Initiation et mise en place en 2010 dans 6 provinces des concepts hôpitaux amis des bébés, villes - santé, écoles - saine, ménages – sains, marchés - sains ;
- La Feuille de Route Nationale sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile 2022-2027 ;
- Le Schéma Directeur de l'eau et de l'assainissement ;
- L'adoption du Plan de gestion des déchets biomédicaux dans le cadre du Projet REDISSE IV ;
- L'adoption de la politique nationale de la médecine traditionnelle ;
- La politique pharmaceutique nationale ;
- L'application de la convention cadre de l'OMS contre le tabac (CCLAT) ;
- L'application des textes portant gratuité de la césarienne, du traitement du paludisme, de la tuberculose et du VIH/SIDA ;
- L'application du décret fixant les conditions d'importation et de commercialisation du sel iodé ;
- L'application des textes sur le Programme national de sécurité alimentaire ;
- Le Règlement sanitaire international avec l'élaboration d'un plan d'action national de sécurité sanitaire ;
- Le Décret 2835 relatif aux alcools frelatés ;
- L'exécution des recommandations de la Déclaration de Thekwini (Durban, Afrique du Sud 2008) pour atteindre l'OMD de l'assainissement et de l'hygiène en Afrique (OMD/AFRICASAN).

Malheureusement, toutes ces stratégies ci-dessus contribuent à l'amélioration de l'atteinte des objectifs des programmes prioritaires dont les résultats ce jour sont limités.

Cet état de lieu est dû au fait que la plupart ces stratégies puissent mettre surtout l'accent sur les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) à la prévention, donc très peu sur la dimension changement de comportement des populations. Toutefois, la communication basée sur le changement de comportement est une nouvelle approche adoptée.

2.4 Analyse des parties prenantes en place.

Domaines	Parties prenantes
Institutions Gouvernementales	<p>Haut Conseil des Collectivités et Chefferies traditionnelles (HCCCT), Conseil Économique, Social et Culturel (CESC); Haute Autorité des Médias et de l'Audiovisuel (HAMA) ; Commission Nationale des Droits de l'Homme (CNDH); Conseil National de la Jeunesse (CNJT).</p> <p>Primature ; Ministère de la Santé Publique et de la Prévention ; Ministère de l'Eau et de l'Assainissement ; Ministère de l'Environnement, de la Pêche et du Développement Durable ; Ministère de l'Élevage et des Productions Animales ; Ministre de la Jeunesse et des Sports ; Ministère de l'Action Sociale, de la Solidarité Nationale et des Affaires Humanitaires ; Ministère de la Justice ; Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de l'Innovation ; Ministère de la Femme et de la Petite Enfance ; Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation ; Ministère des Armées, des Anciens Combattants et des Victimes de Guerre ; Ministère de la Sécurité Publique et de l'Immigration ; Ministère de l'Education Nationale et de la Promotion Civique ; Ministère de la Communication ; Ministère des Finances, du Budget ; Ministère de l'Energie ; Ministère des Mines et de la Géologie ; Ministère des Infrastructures et du Désenclavement ; Ministère des Hydrocarbures ; Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération Internationale ; Ministère des Télécommunications et de l'Economie Numérique ; Ministère de la Formation Professionnelle des Métiers et de la Microfinance ; Ministère de la Fonction Publique, de l'Emploi et de la Concertation Sociale ; Ministère du Commerce et de l'Industrie ; Ministère de la Production et de la Transformation Agricole ; Ministère de l'Aménagement du Territoire, de l'Habitat et de l'Urbanisme ; Ministère des Transports, de l'Aviation Civile et de la Météorologie Nationale ; Ministère des Affaires Culturelles du Patrimoine Historique et du Tourisme.</p> <p>Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS); Caisse Nationale de Retraités du Tchad (CNRT) ; Office National pour la Promotion de l'Emploi (ONAPE) ;</p>

Collectivités territoriales	Communes /Arrondissements.
Partenaires techniques et financiers	Banque Mondiale (BM), Banque Africaine de Développement (BAD), Union Européenne (UE), Coopération Suisse, OMS (Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA), Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) ; Programme Alimentaire Mondiale (PAM) ; Union européenne (UE), Organisation mondiale de la santé animale (OMSA), Bureau Interafricain pour les Ressources Animales (UA-BIRA), , Fonds Mondial (FM), Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), BILL & MELINDA GATES, Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS), Regional Disease Surveillance Systems Enhancement (REDISSE), Fondation ALIKO DANGOTE, Banque islamique de développement (BID), Organisation de Coopération Islamique (OCI), G5 Sahel, Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC), Agence française de développement (AFD), Africa Center for Disease Control and Prevention (Africa CDC), Fondation suisse de déminage (FSD), , QATAR CHARITY, Rotary Club, Centre Roi Salman pour l'Aide Humanitaire et de Secours, ACF, ONGs Nationales, ONGs i n t e r n a t i o n a l e s .
Institutions de recherche, d'enseignement et d'innovation	CNRD, Université de N'Djamena, CHU Référence Nationale, le CHU Renaissance, le CHU Mère/Enfant, CHU d'Abéché, CHU Bon Samaritain. Universités et Instituts Universitaires des provinces, Université Virtuelle du Tchad, Les écoles et Instituts de Santé, CEFOD et toutes institutions de recherche et d'innovation non gouvernementales.
Secteur privée (à but lucratif)	CCIAMA (Secteur Artisanat et Métiers, Secteur de Commerce, Secteur Agriculture et Monde Rural, Secteur Travaux Publics et Bâtiments...), les Sociétés Privées d'Hygiène et d'assainissement, les Universités, Instituts et Ecoles privés, les Associations des transporteurs, Cabinets médicaux et des soins, les Laboratoires, les Imageries, les Officines, les Cliniques, les Sociétés d'assurance...
Organisations de la société Civile	Association Tchadienne pour le Bien Être Familial (ASTBEF) ; Cellule de Liaison des Associations Féminines (CELIAF) ; Associations des personnes vivant avec un handicap, la Croix Rouge, la croix Bleue, Fondation Grand Cœur, Association de la Promotion des personnes âgées, Associations des parents d'élèves, Association de défense de droits humains, AFJT, CAMOJET, Réseau National des journalistes du Tchad, ADC, Ligue Tchadien de lutte contre le Cancer Féminin, ATVPE, APDET, Association des diabétiques, les Syndicats, etc.

Sociétés Savantes	<p>Association Tchadienne des Sage-Femmes et Maïeuticien (ATSFM), Associations Tchadiennes des Pédiatres (ATPED), Associations Tchadiennes des Gynécologues Obstétriciens (ATGO), ATPSP, Ordre National des Médecins du Tchad (ONMT), ONPS, ONPT, Ordre National des Avocats, Ordre National des Notaires, Ordre des Architectes, Ordre National des Ingénieurs Civils, Associations de Cardiologues, Traumatologues, Néphrologues et Neurologues. Union des Journalistes Tchadiens (UJT) ; Maison des Médias Du Tchad (MMT) ; Union de Radios Privées Du Tchad (URPT) ; Association des Editeurs de La Presse Privée Du Tchad (AEPT) ; Observatoire de La Déontologie et de L'Ethique Des Médias Du Tchad (ODEMET) ; Ligue des Journalistes Tchadiens Arabophones (LJTA) ; Convention des Entrepreneurs de La Presse Privée Du Tchad (CEPPET) ; Association des Techniciens de La Communication (ATCOM) ; Union des Femmes Professionnelles de La Communication du Tchad (UFPCT) ; Association des Photographes et Cameramen Pour Le Développement du Tchad (APCDT) ; Réseau Des Journalistes Tchadiens En Population Et Développement (REJPOPD) ; Association Des Communicateurs En Sante De L'Afrique/Section du Tchad ; Réseau Des Journalistes Reporters Tchadiens ; Réseau Des Journalistes Pour L'education ; Réseau Des Journalistes Pour La Nutrition ; Réseau Des Journalistes Pour L'environnement ; Cercle Des Journalistes Et Communicateurs Pour L'education En Eau, Hygiène Et Assainissement (CEJEHAT). .</p>
Media	<p>Media audio : Radiodiffusion nationale tchadienne (RNT) ; Station Provinciales ONAMA (Abeché, Adré, Amdjarass, Amtiman, Ati, Bardai, Biltine, Bol, Bongor, Doba, Fada, Faya, Goz beida, Kelo, Koumra, Kyabé, Lai, Mao, Massakory, Massenya, Mongo, Moundou, Mossoro, Pala, Sarh) ; Hagui FM (N'Djamena) ; Dja FM (N'Djamena) ; Radio FM Liberté (N'Djamena) ; Radio CEFOD (Ndjamena) ; Radio Oxygène (N'Djamena) ; La voix de l'Esperance (Ndjamena) ; Radio La voix de la Femme (Ndjamena) ; Mandela FM (Ndjamena) ; Radio Al Nassr (Ndjamena) ; Radio Arc En Ciel (Ndjamena) ; Radio Ndjamena 24 FM (Ndjamena) ; Radio Vision FM (Ndjamena) ; Radio Ngato FM (Ndjamena) ; Radio Shahada (Ndjamena) ; Radio Brakoss (Moïssala) ; Radio La voix du Ouaddai (Abéché) ; Radio Ndjimi (Mao) ; La Voix du Paysan (Doba) ; Radio Duji Lokar (Moundou) ; Radio Terre Nouvelle (Bongor) ; Radio Lotiko (Sarh) ; Radio Arc-en-Ciel (N'Djamena) ; Radio Effata (Laï) ; AL Mourhad FM (Oum Hadjer) ; Radio La ville Verte (Oum Hadjer) ; FM Al Nadja (Ati) ; FM Ingntara (Yao) ; FM Palmeraie (Faya) ; FM Meguedem (Bousso) ; FM Mougoudida (Massenya) ; Radio Communautaire de Mongo (Mongo) ; FM Doumchi (Massakory) ; FM Alhadaba (Karal) ; FM Al Bichari (Nokou) ; FM Bissam (Mondo) ; FM Ndjimi (Mao) ; FM Kadaye (Bol) ; Radio Bonne Nouvelle (Moundou) ; Radio Kar Uba (Moundou) ; Radio Le Réveil (Bebalem) ; Radio Mon Ami (Beinamar) ; Radio Communautaire Ngourkosso (Benoye) ; Radio La Voix du Salut (Doba) ; Radio La voix du Paysan (Doba) ; Radio Takadji (Bodo) ; Radio Shi Maji (Goré) ; Tob FM (Koumra) ; Radio Gaya Tcholwa (Gounou Gaya) ; Radio La Voix de la Paix (Kim) ; Radio Zah</p>

Sociétés Savantes	<p>Soo (Léré) ; Radio du Développement Global (Pala) ; Radio Soleil (Pala) ; Radio Terre Nouvelle 2 (Pala) ; Radio La Voix de la Paix (Sarh) ; Radio Sila (Goz beida) ; Radio Bargadje (Kelo) ; Radio Effata (Lai) ; Radio Absoun (Iriba) ;</p> <p>Media visuels: Television Nationale Tchadienne (ONAMA) ; Electron TV ; Tchad 24 TV; Toumai TV; Al Nassr TV Tchad;</p> <p>Presse écrite : ATPE l'INFO ; Le Visionnaire ; l'Opinion ; Le Progrès ; Eclairages ; Le Sahel; Tchad & Culture ; Ndjamen Hebdo ; Salam Info ; Le Phare Info ; Espace Culture ; Mutation, Le Citoyen ; Le Pays ; Abba Garde ; La Voix ; L'Observateur ; Le Perroquet ; Sarh Actu ; Sud Echos ; Le Potentiel ; Le Haut-Parleur ; Le Mirador ; Elles ; Lalekou ; Al Anba ; Ndjamen Al Djadida ; Al Akhbar, Assalam.</p> <p>Media en ligne : Al Whaida Infos ; Ndjamenactu.com ; Tchadinfos.com ; Tchadmedia ; Tachad ; Toumai Web Medias ; Ndjamen Post. [15]</p>
Les influenceurs	<p>Artistes auteurs, chanteurs, compositeurs, humoristes, écrivains, réalisateurs, scénaristes, peintres, graphistes, blogueurs, créateurs de contenus.</p>
Communautés	<p>Organisations à base communautaire, population tchadienne, expatriés, Migrants, Réfugiés, Retournés, Déplacés internes, Communauté urbaine, les nomades, les autochtones, les riverains, les éleveurs, les agriculteurs, les pêcheurs...</p>

2.5 Contexte scientifique, technique et concepts

La santé

Dans la Constitution de l'OMS, adoptée en 1948, la santé est définie comme suit : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Dans le contexte de la promotion de la santé, on a considéré que la santé n'était pas un état abstrait, mais plutôt un moyen d'atteindre un but ; sur le plan fonctionnel, il s'agit d'une ressource qui permet de mener une vie productive sur les plans individuel, social et économique.

La santé est une ressource de la vie quotidienne, et non le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques.

Aujourd'hui, la dimension spirituelle de la santé est de plus en plus reconnue. L'OMS considère que la santé est un droit fondamental de la personne humaine, de sorte que tous devraient avoir accès aux ressources fondamentales indispensables à la santé. Conformément à une conception globale de la santé, l'ensemble des systèmes et des structures qui régissent la situation sociale et

économique et l'environnement physique doivent tenir compte des incidences de leurs activités sur la santé et le bien-être individuels et collectifs. [6]

Bien être

L'OMS fait référence à la notion de bien-être pour définir la santé. Le bien-être, selon l'OMS, peut être considéré comme la satisfaction des besoins et l'accomplissement des capacités physiques, intellectuelles et spirituelles. Ainsi, pour être en bonne santé, les besoins fondamentaux doivent être satisfaits.

Il s'agit, par exemple, des besoins : Nutritionnels (pouvoir manger et boire en quantité suffisante), sanitaires (propreté et hygiène) ; éducatifs (instruction et éducation en lien avec notre culture) ; sociaux (être en phase dans la société dans laquelle on vit), affectifs. [6]

La promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle de leur propre santé et de l'améliorer.

La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé. La Charte d'Ottawa définit trois stratégies fondamentales pour la promotion de la santé. Il faut sensibiliser à la santé pour créer les conditions essentielles à la santé indiquées plus haut ; conférer à tous des moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé ; et servir de médiateur entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé. [6]

Santé pour tous

L'accession de tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Depuis près de 20 ans, la Santé pour tous est une référence importante pour la stratégie de santé de l'OMS et de ses États membres. Bien que cette notion ait été interprétée de différentes façons dans les pays, compte tenu du contexte social et économique, de leur situation sanitaire, des caractéristiques de leurs populations en matière de morbidité et de l'état de développement de leur système de santé, elle constitue un objectif ambitieux, qui repose sur l'équité en matière de santé. [6]

Soins de santé primaires

Les soins de santé primaires sont des soins essentiels reposant sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement

acceptables, accessibles à un coût que la communauté et le pays peuvent supporter. Référence : Déclaration d'Alma Ata, OMS, Genève, 1978

Les soins de santé primaires garantissent que les personnes reçoivent des soins complets et de qualité, depuis la promotion et la prévention jusqu'au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, au plus près possible de leur environnement quotidien. [6]

Prévention de la maladie

La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences. La notion de prévention ici décrit l'ensemble des actions, des attitudes et comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé. [6]

Éducation pour la santé

L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés. [6]

Information education communication (IEC)

L'IEC est une approche qui permet de dépasser la seule sensibilisation. Elle se définit par un ensemble d'activités de communication visant une modification volontaire et durable d'une pratique par un individu ou une communauté. [6]

Sensibilisation aux questions de santé

Ensemble d'actions individuelles et sociales visant à obtenir un engagement politique, le soutien d'une politique, l'acceptation sociale et un appui de systèmes pour un but ou un programme relatif à la santé. [6]

Communauté

Groupe de personnes, qui vivent souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes, et ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues par la communauté dans le passé et pourront évoluer à l'avenir. Ils sont dans une certaine mesure consciente de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire. Les Hôpitaux-santé agissent pour promouvoir la santé de leurs patients, de leur personnel et de la population de la localité dans laquelle ils sont implantés. Ils s'emploient activement à devenir des « organisations saines ». [6]

Villes-santé (ou villages-santé ou municipalités-santé)

Étant donné que, selon les prévisions, l'urbanisation devrait s'intensifier et les environnements physiques et sociaux se détériorer, l'OMS a mis au point le concept de villes-santé en 1986 pour que la santé soit explicitement prise en compte dans l'aménagement urbain et la planification du développement grâce à la responsabilisation de la collectivité.

L'initiative Villes-santé a pour objectif d'améliorer la santé des citoyens, en particulier ceux qui ont un faible revenu, en leur fournissant de meilleures conditions environnementales et de meilleurs services de santé publique.

Cette initiative vise à sensibiliser la collectivité aux conditions environnementales et sanitaires non satisfaisantes et à susciter sa participation dans le cadre de partenariats avec des institutions et des organismes locaux (généralement municipaux). Ville qui crée et améliore en permanence les environnements physiques et sociaux et développe les ressources communautaires qui permettent aux individus de se soutenir mutuellement pour accomplir toutes les fonctions de la vie et réaliser pleinement leur potentiel.

Le programme Villes-santé de l'OMS est un programme de développement à long terme qui vise à mettre la santé en bonne place parmi les préoccupations des villes du monde entier et à constituer un mouvement en faveur de la santé publique au niveau local. L'idée de ville-santé s'élargit à d'autres formes d'habitat, en particulier les villages-santé et les municipalités-santé. [6]

Écoles-santé

École qui renforce constamment son aptitude à être un cadre sain de vie, d'apprentissage et de travail. Une école-santé qui incite les fonctionnaires responsables de la santé et de l'enseignement, les enseignants, les élèves, les parents et les notables locaux à déployer des efforts pour promouvoir la santé. Elle favorise la santé et l'apprentissage par tous les moyens qui sont à sa disposition et s'efforce d'offrir un cadre favorable à la santé et un ensemble de programmes et de services scolaires essentiels d'éducation pour la santé et de promotion de la santé. [6]

Hôpitaux-santé

Un Hôpital-santé est un hôpital-santé offre des services médicaux et infirmiers complets de haute qualité, mais crée également une image de marque englobant les buts de la promotion de la santé, met en place une structure et une culture organisationnelles favorables à la santé (notamment en donnant des rôles actifs et participatifs aux patients et à tous les membres du personnel), devient un environnement physique favorable à la santé et coopère activement avec sa communauté. [6]

Marchés-santé

En dehors de l'école et du lieu de travail, le marché alimentaire est l'un des cadres de vie les plus importants des villes. L'accès à une nourriture saine et nutritive est essentiel pour assurer la vie et constitue assurément la base de la santé. Le marché alimentaire sert souvent de centre commercial et social pour les communautés et reflète la culture et les traditions de la population locale. Mais malheureusement, il est aussi associé parfois à la propagation d'un certain nombre de maladies émergentes. Forte de ces constatations, l'OMS a entrepris de promouvoir le concept de marchés-santé en vue d'améliorer la sécurité sanitaire des aliments et de faire face aux problèmes connexes de salubrité de l'environnement. [6]

Lieux de travail favorables à la santé

La notion de promotion de la santé au travail inclut des pratiques au carrefour de deux disciplines : la santé au travail et la promotion de la santé. Elle est définie comme « ... les efforts combinés des employeurs, des travailleurs et de la société pour améliorer la santé et le bien-être des personnes au travail. Ceci peut être obtenu par une combinaison de l'amélioration de l'organisation et de l'environnement de travail, la promotion de la participation active, et de l'encouragement du développement personnel... ». [6]

Action communautaire pour la santé [6]

L'action communautaire pour la santé désigne les efforts collectifs déployés par les communautés en vue d'accroître leur maîtrise des déterminants de la santé et d'améliorer ainsi cette dernière.

Équité en matière de santé

Qui dit équité dit justice. Pour qu'il y ait équité en matière de santé, il faut que les besoins des personnes guident la répartition des possibilités de bien-être. [6]

Comportement en matière de santé. Toute activité entreprise par une personne, quel que soit son état de santé objectif ou subjectif, en vue de promouvoir, de protéger ou de maintenir la santé, que ce comportement soit ou non objectivement efficace dans la perspective de ce but. [6]

Changement social et comportemental (SBC)

Le changement social et comportemental est un processus systématique pour analyser un problème afin de définir les principaux obstacles et facteurs de motivation en faveur du changement, et puis de concevoir et de mettre en oeuvre un ensemble exhaustif d'interventions visant à soutenir et à encourager les comportements positifs. Une stratégie de communication sert de guide pour les campagnes et interventions en matière de CSC, en veillant à définir les objectifs de communication, à identifier les cibles concernées et à déterminer des messages cohérents pour tous les matériaux et les activités. Les programmes de CSC efficaces utilisent différents canaux de communication pour atteindre les cibles. [6]

Information, Education et Communication (IEC)

L'IEC (Informer – Eduquer – Communiquer) est une approche qui permet de dépasser la seule sensibilisation. Elle se définit par un ensemble d'activités de communication visant une modification volontaire et durable d'une pratique par un individu ou une communauté.

Les professionnels de communication surtout en matière de santé ont longtemps lutté contre vents et marées pour trouver les stratégies efficaces pour aider la population à adopter et à maintenir des comportements essentiels liés à la santé et à l'hygiène. Les tentatives de mobilisation à travers l'approche en Information, Education, Communication (IEC) ont souvent échoué, car dans la plupart des cas, elles se sont limitées à informer les populations locales sur l'intérêt du nouveau comportement pour eux, au lieu de se focaliser sur les facteurs qui déterminent leur capacité à adopter le comportement désiré. Des approches plus récentes de la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) ont pris en considération l'environnement social dans lequel les changements de comportement ont eu lieu, ainsi que le recours à une variété de canaux de communication plus efficaces pour atteindre la population ciblée. Les impacts positifs de ces interventions ont souvent été de court-terme car celles-ci n'ont pas toujours soutenu le renforcement de capacité de personnes ressources proches de la population locale, par exemple les agents de santé et leaders locaux etc ..., pour poursuivre l'amélioration du processus d'adoption de comportements plus sains par les familles.

Dans les secteurs du développement intégré et durable, de la bonne gouvernance et l'organisation des campagnes d'éducation et de sensibilisation des populations, de nombreux éléments doivent être considérés afin d'assurer la pérennité des services. Ainsi, certaines pratiques clés doivent être promues afin de réduire les risques :

- L'usage des bonnes pratiques d'hygiènes/assainissements ;
- Promotion de la paix et de la quiétude sociale ;
- La déclaration et l'enregistrement des faits et événements d'état civil ;
- Les principes du civisme et de la citoyenneté ;
- La promotion de la lutte contre les maladies dans les communautés.

Ces pratiques, qui impliquent un changement de comportements des usagers, doivent prendre en compte des éléments tels que le contexte d'intervention du projet, le public-cible ou encore les outils et moyens disponibles, afin d'élaborer la stratégie la plus adaptée. [6]

Communication pour le changement de comportement (CCC)

La communication pour le changement de comportement (CCC) est une utilisation stratégique de la communication pour encourager des résultats

positifs en matière de santé en fonction des théories et exemples probants de changement de comportement. La CCC utilise un processus systématique commençant par les recherches formatives et l'analyse de comportement suivies par une planification de communication, la mise en oeuvre et le suivi et l'évaluation. Les audiences sont soigneusement segmentées, les messages et les matériels testés à l'avance et les médias et les canaux interpersonnels utilisés pour atteindre les objectifs comportementaux. [6]

Communication en matière de santé

La communication en matière de santé est une stratégie essentielle visant à informer le public au sujet de problèmes de santé et à faire en sorte que d'importantes questions de santé intéressent la population. L'utilisation des médias, du multimédia et d'autres innovations technologiques pour diffuser d'utiles informations en matière de santé augmente la prise en conscience de certains aspects de la santé individuelle et collective, ainsi que de l'importance de la santé dans le développement. [6]

Communication sur les risques et engagement (CREC)

Communication des risques dans les situations d'urgence

Lorsque survient une urgence de santé publique, les gens ont besoin de savoir à quels risques ils sont confrontés, et ce qu'ils peuvent faire pour préserver leur santé et leur vie. Des informations précises diffusées tôt, fréquemment, par des canaux auxquels la population se fie et qu'elle utilise, et dans des langues qu'elle comprend, permettent aux personnes concernées de se protéger, de protéger leur famille et leur communauté des risques sanitaires.

Échange en temps réel d'informations, de conseils et d'avis entre les experts, les responsables locaux ou décideurs politiques et les personnes en situation de risque. C'est un aspect à part entière des interventions d'urgence. . Lors d'une épidémie, d'une pandémie, d'une crise humanitaire ou d'une catastrophe naturelle, une communication sur les risques efficace permet aux populations les plus exposées de comprendre les comportements à adopter pour se protéger. Ainsi, les autorités et les experts peuvent être à l'écoute des inquiétudes et des besoins, chercher à y répondre et faire en sorte que leurs conseils soient pertinents, fiables et recevables. [6]

Communication sur les risques en situation d'urgence est une intervention réalisée non pas seulement pendant, mais aussi avant (dans le cadre des activités de préparation) et après la phase d'urgence (pour faciliter le relèvement), afin de permettre à toutes les personnes à risque de prendre des décisions en connaissance de cause pour se protéger, et protéger leur famille et leur communauté, des risques menaçant leur survie, leur santé et leur bien-être. [6]

La rumeur

La rumeur : « Le mot en français est apparu seulement dans le courant du XIII^{ème} siècle, dérivé du latin rumor pour désigner un bruit qui court ou un bruit qui conduit à la révolte, puis, à partir du XVII^{ème} siècle, un bruit confus par un grand nombre de personnes, ce qui a conduit à aborder la rumeur principalement dans le cadre de rapports entretenus entre le peuple et les autorités, allant de l'information à la sédition, de la construction à la renommée à la destruction des réputations ». Elle peut aussi s'exprimer entre « égaux » et en dehors de la notion de groupe et son usage peut varier en fonction de sa cible. Elle peut aussi être un élément révélateur. La notion de révélation est d'ailleurs particulièrement prégnante et sa crédibilité n'est pas liée à sa véracité mais à son adhésion et sa diffusion générée par la dynamique de groupe, servant de vecteur d'influence, de propagande et de désinformation. À ce titre, la rumeur est sans doute le « plus vieux média du monde », sinon « le plus spontané pour faire connaître une nouvelle.

À l'heure des réseaux sociaux, de la viralité de l'information, il est donc vital pour toute personne morale, publique ou privée, soucieuse d'assurer sa pérennité ou désireuse de préserver sa réputation, d'intégrer dans sa réflexion cette rumeur, ses évolutions et ses mutations. Chacun devrait pouvoir, à terme, disposer d'un vade-mecum, le plus clair et exhaustif possible, dans le but de savoir quand réagir ou non, comment le faire et aussi d'optimiser et maximiser l'impact de sa communication et comment stopper l'infodémie lors des crises. [6]

Engagement communautaire

A compléter Une action fondamentale pour travailler avec les leaders traditionnels, communautaires, de la société civile, du gouvernement et les leaders d'opinion ; Et élargir les rôles collectifs ou de groupe dans la résolution des problèmes qui affectent leur vie. L'engagement communautaire autonomise les groupes et les réseaux, ils s'appuient sur les forces et les capacités locales et améliore la participation, l'appropriation, l'adaptation et la communication au niveau local.

« L'engagement communautaire est un processus, pas un programme. Il vise la participation des membres d'une collectivité au processus d'analyse, de planification, d'instauration et d'évaluation de solutions aux problèmes qui les concernent. Par conséquent, l'engagement communautaire suppose une relation de confiance, un dialogue et une collaboration. Cet engagement ou cette participation devrait se centrer sur les besoins, les attentes et les souhaits des membres d'une collectivité, et en découler. » [6]

Déterminants de la santé

Facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations.

Les facteurs qui influent sur la santé sont multiples et agissent les uns sur les autres. La promotion de la santé porte fondamentalement sur l'action et la sensibilisation nécessaires pour prendre des mesures à l'égard de l'ensemble des déterminants de la santé potentiellement modifiables, non seulement vis-à-vis de ceux qui sont liés aux actions des individus, tels que les comportements en matière de santé et les modes de vie, mais également de facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès à des services sanitaires appropriés et les environnements physiques. Combinés, ces éléments créent différentes conditions de vie qui ont des effets sur la santé. La réalisation d'un changement de ces modes de vie et conditions de vie, qui déterminent l'état de santé, est considérée comme un résultat intermédiaire en matière de santé. [6]



Les déterminants de la santé sociaux

Les déterminants sociaux de la santé se définissent comme les facteurs structurels et les conditions de vie quotidiennes qui sont à l'origine d'une grande partie des inégalités en santé entre pays et dans les pays. Ils englobent la répartition du pouvoir, des revenus, des biens et des services, les conditions de vie des individus (accès aux soins, scolarisation et éducation, conditions de travail, loisirs, habitat et environnement). Le terme de « déterminants sociaux » regroupe donc les facteurs sociaux, politiques, économiques, environnementaux et culturels qui ont une forte influence sur l'état de santé (OMS, 2014). [4]

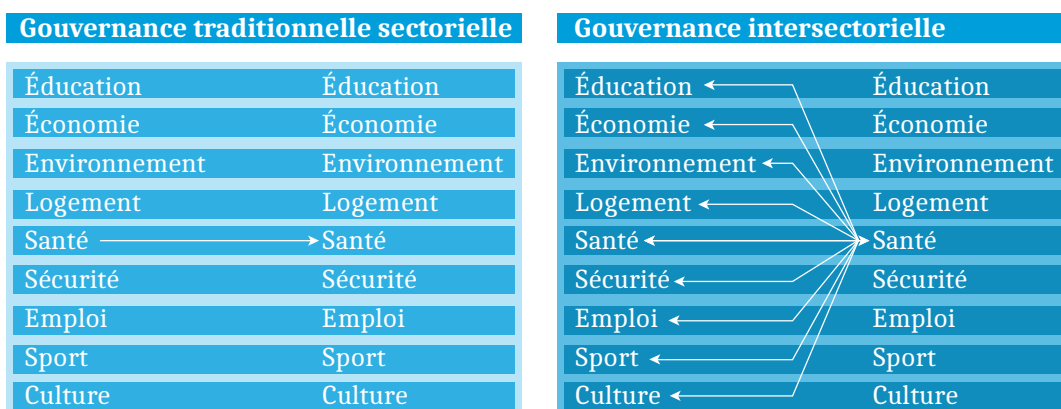
Intersectorialité « Santé dans toutes les politiques »

L'intersectorialité renvoie aux « actions entreprises par d'autres secteurs que celui de la santé, en collaboration ou pas avec le secteur de la santé, qui visent des résultats de santé ou d'équité en santé ou ciblent des déterminants de la santé ou de l'équité en santé ;

L'action intersectorielle favorable à la santé est menée dans différents « secteurs » ou domaines d'activité, tels que la famille, l'éducation, l'emploi, le logement, l'aménagement urbain, la sécurité publique, les transports et l'environnement, et par différents types d'acteurs, notamment les ministères et les organismes gouvernementaux, les acteurs publics, les collectivités territoriales mais aussi les fondations, les associations, les entreprises et les médias. L'action intersectorielle peut donc prendre plusieurs formes selon les acteurs qui la conçoivent et la mettent en œuvre.

Un processus intersectoriel implique des champs d'intervention différents, une inscription institutionnelle des participants, une dynamique de concertation, une visée commune, une volonté de travailler ensemble, un besoin de dégager des pistes par rapport à des situations questionnantes, une expertise ou des savoirs à partager.

« La santé dans toutes les politiques » est défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé » (OMS, 2014). [2]



2.2 Problématique de la promotion de la santé au Tchad

2.6.1 Organisation du secteur, gouvernance, leadership

La gouvernance de la promotion de la santé et du bien-être au Tchad est insuffisante et peu coordonnée. Elle est caractérisée par une faible mise en œuvre, suivi et évaluation de politiques et directives stratégiques nationales.

Dans le dispositif en place, on note l'existence de la direction technique dédiée à la Promotion de la Santé et à l'Hygiène Publique au Ministère de la Santé Publique et de la Prévention.

Elle a évolué étant initialement la Direction Division Education et information. En outre on note une faible coordination au niveau multisectoriel et une absence de cabinet/agence d'audit indépendant pour le suivi et l'évaluation des axes stratégiques définis par les différentes stratégies sectorielles (PNNA, PAINA, PNDS, PNR...).

2.6.2 Action intersectorielle, coordination et collaboration multisectorielle portant sur les déterminants sociaux de la santé.

Au Tchad des efforts sont faits dans la mise en place de la collaboration intersectorielle en faveur de la santé mais ceux-ci se révèlent encore insuffisants. Ils se sont matérialisés par la mise en place, le 7 septembre 2022 d'une plateforme dénommée One Health en plus de quelques comités et groupes de travail spécifiques existants.

Le Tchad fait face à des défis de l'intersectorialité qui sont :

- Au niveau structurel, où une modification des rapports hiérarchiques au sein des secteurs impliqués en termes de contrôle et de responsabilité doit être mis en place, ;
- Au niveau organisationnel, où une mise à disposition de moyens adéquats, notamment en termes de temps doit être assurée ;
- Au niveau individuel et des institutions, des efforts doivent être mis en œuvre pour sensibiliser et motiver les acteurs à une démarche intersectorielle. [18]

2.6.3 - L'accès aux soins de santé, le non-recours et l'utilisation non optimale de l'offre

L'étendue du Tchad avec les grandes distances séparant les différentes localités influe négativement sur le développement d'un système de santé harmonieux. A cela s'ajoute le fait que certaines populations insulaires ou nomades sont difficiles d'accès.

L'utilisation des services de santé est toujours restée très faible, elle est de 0,26 NC/habitant/an en 2021. Le manque d'accessibilité est à la fois géographique, financier, logistique et socioculturel.

Les populations des zones d'accès difficile et les populations spécifiques (insulaires et nomades), ne bénéficient pas des soins appropriés du fait de leur localisation et de leur mode de vie. Aussi, les coûts des soins au niveau des hôpitaux restent encore élevés et le système de paiement direct limite l'accès aux soins à une grande partie de la population, sans compter les difficultés liées à la référence des malades. Malgré l'inaccessibilité de ces services, on note également une faiblesse des activités à base communautaire qui pourraient palier à ce manquement. [6]

2.6.4 - Les conditions environnementales

La qualité de l'air

La pollution atmosphérique présente un des plus grands risques pour la santé mondiale. Selon un rapport publié en 2022 par la société Suisse IQAir spécialisée dans la pollution, avec des concentrations de particules fines allant jusqu'à 89,7 microgrammes par mètre cube, Ndjama sera l'une des villes où la qualité de l'air est la pire au monde avec 17 fois plus que le seuil (inférieur à 32) recommandé par l'OMS. Cette situation survient dans un contexte où il n'existe pas un dispositif adéquat de surveillance de la qualité de l'air. [17]

2.6.5 - Changement climatique, santé et environnement

Le climat du Tchad de type tropical sec situé entre les isohyètes 0 et 1 200 mm dans les trois grandes zones bioclimatiques est fortement contrastées : la zone saharienne ou désertique au nord, la zone sahélienne au centre du pays et la zone soudanienne au sud du pays.

Le changement climatique contribue directement aux situations d'urgence humanitaire dues aux vagues de chaleur, aux incendies de forêt, aux inondations, aux tempêtes tropicales et aux ouragans, leur ampleur, leur fréquence et leur intensité augmentent.

Les zones dépourvues de bonnes infrastructures de santé, pour la plupart dans les pays en voie de développement, sont les moins en mesure de faire face à la situation sans aide, et de se préparer aux ripostes.

L'évolution du climat du Tchad à l'instar d'autres pays de l'espace sahélien a connu au cours de ces dernières décennies des ruptures marquant des phases bien distinctes.

Les principaux aléas climatiques perçus sont la hausse de températures, le pic de canicule, des phases de froid intense, les tempêtes de sable, la sécheresse aiguë, la sécheresse saisonnière, les inondations et les vents violents.

Le risque des maladies sensibles au climat telles que les maladies à transmission vectorielle, d'origine alimentaire et d'origine hydrique comme le paludisme, la dengue et la maladie diarrhéique est exacerbé. Les effets combinés de la réduction des précipitations et des températures élevées conduisent dans certains cas à l'assèchement de certains cours d'eau et le manque d'eau potable. Lorsque des inondations se produisent, elles augmentent la pollution des eaux de surface et souterraines. L'insuffisance d'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène contribue fortement à la vulnérabilité structurelle du Tchad et affecte considérablement la situation sanitaire et nutritionnelle du pays.

Pour le secteur de la santé, il n'existe pas un plan d'adaptation au changement climatique. [16]

2.6.6 - Accès au logement

Au Tchad, plus d'un foyer sur deux n'a pas accès à un logement décent. L'écosystème du logement au Tchad présente de nombreuses faiblesses. Paradoxalement, avec un taux d'urbanisation faible de ~23% dont la moitié à N'Djamena, le pays connaît un déficit important de logement estimé à 700 000 unités en 2018, avec un besoin annuel de 20 000 unités. En matière d'offre de logement, le manque d'accès à des terrains titrés et des parcelles abordables restent un réel frein à l'investissement dans l'immobilier. Les services de base sont également insuffisamment développés. Le manque en infrastructure de base représente un coût additionnel, qui se répercute sur le prix final des logements. Les prix du logement à N'Djamena sont si élevés que la ville a été récemment nommée 8e ville la plus chère au monde. Il existe un réel décalage entre les revenus des ménages et les prix des logements à la vente sur le marché du logement formel. Par conséquent, de nombreux ménages n'ont d'autres choix que de se tourner vers l'auto-construction. [18]

2.6.7 - Accès à l'eau potable, aux services d'assainissement et aux bonnes pratiques d'Hygiène

Au Tchad, les taux d'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement de base sont faibles avec une forte disparité entre les zones urbaines et rurales. Sur le plan

national, le taux d'accès à l'eau potable est de 63 %, le taux d'Assainissement 20% et le taux de la défécation à l'air libre est de 64% (Source : MEA). Les plus récentes estimations de l'OMS et de l'UNICEF (2022) font état de 78% d'accès à l'eau potable pour le milieu urbain contre 32% pour le milieu rural, ce qui représente moins de la moitié en milieu rural. L'accès aux services d'assainissement est très limité en milieu rural avec un taux de population 79 % qui pratique la défécation à l'air libre.

Quant à la pratique de lavage des mains à l'eau propre et au savon aux moments clés, qui constitue un Rampart à la prévention des maladies, n'est pas pratiquée systématiquement dans les communautés. Selon le rapport JMP 2021, seulement 25% de la population au national dispose à domicile d'une installation destinée au lavage des mains munie d'eau et de savon. Ce taux masque de disparité en termes de milieu urbain et rural avec respectivement 35% et 25%.

Cette situation est d'autant plus alarmante car les maladies hydro fécales (diarrhée, fièvre typhoïde, paludisme etc.) font partie des 3 premières causes de mortalité infantile des enfants de moins de 5 ans au côté des IRA et du paludisme. De plus, ces maladies peuvent aggraver d'avantage le retard de croissance chez ces derniers et donc leur développement cognitif. Selon une étude du Programme Eau et Assainissement (WSP) de la Banque Mondiale en 2012, le manque d'hygiène et d'assainissement coûte au Tchad environ 79 milliards de FCFA par an soit 2,1% du PIB

Malgré des efforts colossaux consentis par l'Etat dans le domaine de l'eau et de l'assainissement, par la mise en place des ouvrages hydrauliques et sanitaires (systèmes d'adduction d'eau potable, des forages équipés des pompes manuelles, construction des latrines publiques, vulgarisation de l'approche ATPC), la question d'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement au Tchad se pose avec acuité.

La majorité des ménages en milieu rural n'a aucun accès à l'assainissement de base, et la prévalence de la défécation à l'air libre (64% sur le plan national, 79% en milieu rural) est très supérieure à la moyenne régionale (JMP, 2017). Aucune ville n'est équipée de réseau collectif d'assainissement et l'évacuation des boues de vidange, de même que celle des eaux usées s'effectue sans contrôle ni traitement dans le milieu naturel.

2.6.8 - Aménagement du territoire et urbanisation

Un environnement sain est une source de satisfaction. Il améliore le bien-être mental, et permet à chacun de se remettre du stress de la vie quotidienne et de réaliser une activité physique. L'accès aux espaces verts, par exemple, est un aspect essentiel de la qualité de la vie.

En effet, avec un taux d'urbanisation de 26,39% soit 47^e sur 54 pays africains, la vision du gouvernement est d'accélérer la croissance afin que le pays atteigne un taux d'urbanisation de 37,8% d'ici à 2030.

Dans toutes les villes du pays, les parcelles fournies par les services publics ne sont pas équipées d'infrastructures de base, et de nombreux lots sont attribués dans des zones inondables. Même à N'Djamena, les infrastructures d'évacuation des eaux pluviales sont très insuffisantes et ne couvrent qu'à peine le quart de la ville. Seule une faible fraction de la population urbaine a accès à un habitat décent et à l'eau potable. Une grande majorité est victime d'inondations pendant la saison des pluies, et doit faire face au jour le jour à l'insalubrité due à la mauvaise gestion des déchets ménagers et humains, et des eaux usées, notamment dans les quartiers périphériques habités par les pauvres. [8]

2.6.9 - Insécurité

La concentration des Hommes et la densification de l'habitat rendent les villes extrêmement vulnérables en termes de sécurité. De même, l'étalement urbain dans des quartiers spontanés non viabilisés et sans confort, est aussi source d'insécurité. La pauvreté urbaine aidant, les cas de vols, de viols, de meurtres, d'agressions diverses, sont élevés. Puisqu'il est question que ce soient les villes qui jouent le rôle de moteur dans les transitions économique, sociale et technologique, la montée de l'insécurité en milieu urbain est un handicap majeur. [8]

Le Tchad se trouve à un carrefour entre des pays confrontés à de graves problèmes de sécurité et menacés par la prolifération incontrôlée des drogues et d'armes légères.

Le Tchad a continué ces 10 dernières années à accueillir des afflux de réfugiés centrafricains (environ 100 000), nigériens (environ 20 000) sur ces frontières Sud et Ouest. Le Tchad est surtout le pays Africain le plus touché par le conflit armé au Soudan, avec 52,9% des réfugiés Soudanais accueillis à ce jour. Plus de 570 000 Soudanais et Tchadiens ont fui le Darfour pour converger vers les points d'entrée à l'Est du Tchad (Cf rapport OIM Nov. 2023)

La criminalité urbaine et péri urbaine ainsi que la violence font partie des plus grands défis auxquels les villes du Tchad sont confrontées, et à ce titre représentent l'une des plus grandes préoccupations chez les citoyens et le gouvernement. L'une des principales conclusions du Rapport mondial sur les drogues 2012 est que la consommation de drogues dans les pays de l'Afrique subsaharienne devrait connaître une augmentation d'environ 25 % de son taux de consommation de drogues illicites entre 2018 et 2050.

Selon les statistiques des infractions extraites de l'enquête sur les tendances de la

criminalité sur la période 2020 et 2021 réalisée par l'Association Tchadienne des Criminologues Sans Frontières les données peuvent être comparées afin d'évaluer les variations à partir des informations obtenues.

Au vu des principaux résultats, en 2022 les infractions relatives à la criminalité sont de l'ordre de 1118 faits, soit 82,83%. De cette enquête, découle 842 infractions constatées qui sont commises par les hommes, soit 92,4% et 64 infractions par les femmes, soit 7,6% sous l'emprise des drogues, alcools et la possession d'armes à feu ou armes légères. On constate aussi que les hommes et les femmes âgés de 10 à 17 représentent 27% de ceux ayant commis ces infractions.

Au Tchad le trafic et la consommation des drogues et stupéfiants selon la Direction de lutte contre les stupéfiants l'Office national de lutte contre la drogue et le terrorisme (actuelle Direction de lutte contre les stupéfiants) se présente comme suit : En 2021, 8 tonnes 540 Kg de drogues saisi est, 240 personnes interpellées, 174 prévenus déférés dont 11 femmes ; En 2022, 338 Kg de drogues saisi est, 117 personnes interpellées, 62 prévenus déférés dont 5 femmes. Les petits laboratoires de fabrication d'alcool non licites se chiffrent à plus de 500 sur l'étendue du territoire (Source : l'Association Tchadienne des Criminologues Sans Frontières).

2.6.10 - Les milieux de vie virtuels

L'usage croissant des nouvelles technologies de l'information et de la communication pour le travail et les loisirs par la majeure partie de la population amène les acteurs de la prévention à investir des espaces virtuels pour mettre en œuvre des interventions de promotion de la santé sous diverses formes (interactions avec les usagers, développement d'applications, etc.). Les usages de ces technologies comportent également des risques (dont diverses dépendances) qu'il convient d'analyser et de réduire.

Certains lieux virtuels spécifiques sont fréquentés par des populations parfois peu accessibles, dont l'activité dans ces lieux peut présenter des risques qu'il convient de prévenir : lieux de prostitution, lieux de rencontre sexuelle, etc. [18]

2.6.11 - Accès à l'emploi

Les facteurs liés aux risques professionnels au Tchad sont accentués par la faiblesse des offres de soins et de sécurité au travail et de l'insuffisance des mécanismes de protection sanitaire des travailleurs.

Le chômage des diplômés a surgi au Tchad dans les années 1990 avec le gel des recrutements à la fonction publique. Mais il y a également la faible croissance de la demande globale de main-d'œuvre hautement qualifiée. Les informations

disponibles indiquent une augmentation croissante du chômage des diplômés et donc des performances très faibles en termes d'insertion professionnelle.

On estime à environ 3000 le nombre de sortants de l'enseignement supérieur et à seulement 400 le nombre annuel de nouveaux emplois de cadres, soit une production de diplômes 7 à 8 fois supérieure aux demandes de l'économie. Malgré l'existence d'un salaire minimum interprofessionnel garanti (il vient d'être revalorisé à 60 000 F CFA) et de grilles de salaires pour le privé et pour le public, le marché du travail au Tchad est segmenté, très étroit et assez administré. [8]

2.6.12 - Education

Le taux d'analphabétisme est de 62% chez les femmes et 36% chez les hommes de 15 à 49 ans. Au Tchad, au fur et à mesure que l'on quitte le primaire pour le secondaire (premier cycle et le second cycle), le taux d'achèvement des études baisse sensiblement passant de 21,5% à 11,3% entre le primaire et le premier cycle du secondaire et à seulement 4,2% à la fin du second cycle du secondaire. Le taux d'analphabétisme est de 77,7% au Tchad, dont 85% en milieu rural.

Le taux d'analphabétisme de la population âgée de 15 ans et plus s'élève à 78% avec de fortes disparités selon le genre (69% chez les hommes et 86% chez les femmes). (Projet de revitalisation de l'éducation de base du Tchad : PREBAT ; Période : janvier 2013 - 30 juin 2017, septembre 2017).

2.6.13 - Alimentation Saine, Equilibrée et Sécurité Sanitaire des Aliments

L'alimentation est l'ingestion de nourriture pour fournir à l'organisme tous ses besoins nutritionnels ou médicaux, afin d'assurer ses fonctions vitales, y compris la croissance, le mouvement, la reproduction et le maintien de la température corporelle. Cette alimentation doit être variée, saine, équilibrée et adaptée selon nos besoins et état de santé afin de nous apporter tous les nutriments essentiels au développement et au bon fonctionnement de notre organisme. Elle est généralement constituée des glucides (40-45%), des lipides (30-35%), des protéines (15-20%), des fibres, des fluides, des vitamines et minéraux. Ces apports sont assurés par une alimentation riche en produits carnés, laitiers, légumes, légumineuses et fruits.

Des nombreux travaux scientifiques ont mis en évidence le rôle de l'alimentation, tant comme un facteur de protection que comme facteur de risque pour des nombreuses maladies chroniques.

Ainsi un apport insuffisant et/ou déséquilibré est source des maladies fonctionnelles telles que le diabète, l'hypertension, le cancer, l'obésité,

l'ostéoporose, les maladies cardiovasculaire, retard de croissance, marasme, kwashiorkor et troubles de comportement chez les enfants.

Une carence en micronutriments (vitamines et minéraux) affecte la défense immunitaire et les capacités cognitives entraînant entre autres des problèmes de vision, de cécité, de démence ;

Il est aussi reconnu qu'une mauvaise alimentation diminue les facultés intellectuelles et physiques, diminuant par conséquent la productivité, engendrant et entretenant ainsi la pauvreté ;

Par ailleurs la Nutrigénomique, une science qui étudie le lien entre la nutrition et le génome (génétique) a mis en évidence l'influence des aliments sur les gènes. L'alimentation pourrait ainsi modifier nos gènes en nous protégeant ou prédisposant à certaines maladies.

La bonne alimentation est donc un des principes fondamentaux d'un mode de vie sain et d'un bon état de santé. Cependant l'alimentation de la population Tchadienne est caractérisée par une très faible diversification et un apport insuffisant en fruits et légumes, c'est qui se traduit par des pourcentages très élevées des maladies chroniques parmi lesquels le diabète dont la prévalence était estimée en 2021 à 5,8 pour 100 000 avec près de 90% de diabète de type 2. [9]

Quant à la sécurité sanitaire elle est définie comme une discipline scientifique, un processus où une action visant à prévenir la présence dans la nourriture de substances nocives pour la santé humaine, elle vise à garantir que les aliments peuvent être consommés sans danger or on note l'emploi de plus en plus répandu des insecticides, des pesticides et des engrais chimiques dans la production agricole. Même dans le domaine de la pêche, l'usage des pesticides pour le séchage des poissons a été signalé.

De plus en plus, certaines personnes des grandes villes abandonnent les produits du terroir pour des aliments manufacturés dont les conserves et les jus de fruits de toute nature et de toute provenance qui abondent sur les marchés et sans être soumis à un contrôle systématique de qualité.

Les conséquences de nos modes de production et habitudes alimentaires sur notre capitale santé sont massives. [5]

2.6.14 - Facteurs socio- environnementaux et comportementaux

Au Tchad en 2013 plus de 89% de la population urbaine et 95 % de la population rurale utilisaient des combustibles solides qui comportent un risque de pollution intra domiciliaire non aéré, constituant un réservoir de chaleur. Certains facteurs socioculturels contribuent négativement à la santé de la population tels que les

stress entraînant des violences intraconjugales et violences intrafamiliales ; le faible niveau d'alphabétisation et de scolarisation, notamment chez les femmes ; l'insuffisance de connaissances des facteurs de risques des maladies non transmissibles ; le faible engagement communautaire dans la lutte contre les maladies non transmissibles ; les pratiques socioculturelles néfastes (dépigmentation, mariage précoce, mutilation génitale féminine) ; l'imitation des personnes modèles (enseignant, sportifs, musicien, leader politiques,...) ; la contrainte sociale (convivialité, rôle initiatique, intégration au groupe, rôle des pairs sociaux,...) ; la publicité sous toutes les formes... [5]

2.6.15 - Principaux facteurs de risque comportementaux

le tabagisme, l'alcoolisme, la drogue, l'alimentation déséquilibrée, la sédentarité, l'insuffisance de l'hygiène corporelle, le non-respect d'équipement de protection individuel, accroissement des pressions sur le couvert végétal (surpâturage, feu de brousse, agriculture intensive...), rejet dans la nature des eaux usées industrielles ou artisanales, des déchets électroniques et électroménagers, des déchets biomédicaux, de gaz toxiques (atteinte de la santé et des normes environnementales), défaut d'aération des logements avec accumulation des gaz toxiques dans les habitations pour le nouveau-né et le nourrisson, l'utilisation anarchique des pesticides par les paysans, du cyanure et de mercure par les orpailleurs pour le traitement de l'or, le développement de contrebandes, importations des denrées sans contrôle de qualité. [18]

2.6.16 - Consommation de l'alcool

Bien que les données nationales ne soient pas actualisées, les données parcellaires récentes de consommation d'alcool chez les jeunes et adolescents montrent que la situation est alarmante.

L'enquête STEPS Wise de 2008 à Ndjamenat montrait que 17% des adultes consommaient de l'alcool au moment de l'enquête (22.6% d'hommes et 10.6% de femmes). Parmi ceux qui ont consommé de l'alcool, 69.4% d'hommes et 65.8% de femmes ont fait des consommations abusives. Selon les données de l'enquête parcellaire sur l'alcool et la santé des jeunes et adolescents réalisée en 2022 dans les universités et établissements scolaires de la ville de N'Djamena chez les jeunes de 12 à 30 ans, la prévalence globale était de 22,60% et celle de l'alcool frelaté est de 18,1%. La majorité (65,7%) des adolescents (10-18 ans) consomme l'alcool et la majorité d'entre eux 61,7%, décide de poursuivre la consommation d'alcool (Thèse doctorat en médecine, 2022).

2.6.17 - Consommation de tabac

Elle accroît les coûts de santé pour l'État et constitue un nouveau fléau pour la santé des populations. Au Tchad, plus de 5000 enfants (10-14 ans) et 489000 adultes consomment du tabac chaque jour (Drope et al, 2018). Selon l'Enquête

Global Youth Tobacco Survey (GYTS) 2019 réalisée en milieu scolaire par MSPP et OMS chez les adolescents de 13-15 ans dans Dix Régions du Tchad, la prévalence du tabagisme est de 11,5%. Pour les résultats du cas d'investissement c'est à l'impact du tabac sur la santé et l'économie du Tchad réalisée conjointement en 2019 par le PNUD, OMS et le MSPP :

2500 décès sont imputables à la consommation du tabac au Tchad chaque année entraînant 59 années de vie perdues; 32 milliards de Fcfa sont perdus/an au Tchad à cause de l'usage du tabac dont 84% sont liés à la perte de productivité économiques (perte due à la PEC des malades, incapacité entraînée par l'usage du tabac, etc); 5% du BIP sont perdus chaque année. Cela est inquiétant non seulement pour les consommateurs actifs, mais aussi pour les milliers de personnes qui sont exposées à la fumée secondaire issue de cette consommation à grande échelle du tabac.

Aussi, une grande partie des tchadiens est exposée à la fumée secondaire : 23,3% et 44.5% des jeunes sont exposés à la fumée du tabac respectivement à domicile et dans les lieux publics fermés (GYTS 2019).

2.6.18 - Surpoids

Les résultats de l'enquête STEPS 2008 au Tchad, relèvent que le pourcentage des adultes atteints de surcharge pondérale ou d'obésité (IMC plus de 25 Kg/m²) est de 29.9% pour les hommes et 43,7% pour les femmes soit un total de 36,3%. (Confère annexe 1 pour d'autres données et mesures proposées par l'OMS). [9]

2.6.19 - Pratique de l'activité physique

La pratique régulière d'une activité physique réduit les risques de la survenue de certaines maladies largement répandues, comme le surcharge pondérale, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, le diabète ; par ailleurs la pratique du sport a un effet positif sur le bien être psychique et la qualité de vie ; Or les données de l'ECOSIT3 nous montrent qu'une majeure partie de la population tchadienne est sédentaire (10.015.591 de la population). D'où la nécessité de promouvoir et de renforcer le dispositif du changement social et comportemental (SBC)

Selon les données de l'enquête STEP 2008, le pourcentage des adultes ne pratiquant aucune activité physique intense, est de 74 % dont 61.2% pour les hommes et 87.3% pour les femmes. Ceux qui avaient un niveau bas d'activité physique étaient de 34.9% soit 28.8% d'hommes et 4% pour les femmes. Le temps médian passé à pratiquer une activité physique par jour (minutes) pour les femmes et les hommes est de 63,6 minutes. Cette moyenne est en deçà des normes de l'OMS pour les adultes de 18 à 65 ans (Confère annexe 2 pour les recommandations de l'OMS). Pour ce qui est de l'alimentation déséquilibrée :

l'enquête STEPS Wise de 2008 à N'Djamena avance les chiffres suivants pour la consommation de fruits et légumes : Nombre moyen de jours de consommation de fruits 2,9 pour les hommes et 3,2 pour les femmes soit une moyenne de 3,0 jours pour les femmes et les hommes réunis. Le pourcentage des adultes qui consomment moins de 5 portions de fruits et légumes par jour est de 84,8% ; chez les hommes il est de 88,5% et chez les femmes il est de 80,3%. Au Tchad, l'ignorance et la méconnaissance des bienfaits des fruits et des légumes, leur indisponibilité et la barrière financière limitent la consommation des fruits et légumes. [9]

2.6.20 - Les maladies non transmissibles : mortalité et morbidité

En raison de la forte implication des pouvoirs publics dans la lutte contre le terrorisme en Afrique occidentale et centrale, le budget national est dominé par les dépenses militaires (16 %) au détriment d'autres secteurs, notamment l'éducation (12 %) et la santé (4%). Le Tchad et ses partenaires ont investi énormément dans la lutte contre les maladies, telles que le VIH/SIDA, la tuberculose, et le paludisme traditionnellement considérés comme, maladies des pays pauvres. Ceci est fait au détriment des Maladies Non transmissibles (MNT), telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires et le diabète.

Pourtant les décès dus aux maladies non transmissibles sont en hausse en Afrique. Les tendances montrent que d'ici 2030, les MNT entraîneront cinq fois plus de décès que les maladies transmissibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les MNT deviennent de plus en plus la principale cause de mortalité en Afrique subsaharienne, où les maladies étaient responsables de 37 % des décès en 2019, contre 24 % en 2000.

Au Tchad, en 2014, l'OMS a estimé que la prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 ans et plus était de 33,1 % pour les hommes et de 34,2 % pour les femmes. La prévalence du diabète était estimée en 2021 à 5,8 pour 100 000 avec près de 90% de diabète de type 2. Le Registre Populationnel du Cancer de N'Djamena, créé en octobre 2021 et couvrant la capitale avec une population d'environ 1 709 782 habitants, a enregistré 1173 nouveaux cas en 2022. Les cancers les plus fréquents étaient le cancer de la prostate (32,4%), le cancer du foie (15,1%), le cancer du sein. (12,0 %), le cancer du col de l'utérus (10,3%), le lymphome non hodgkinien (6,5 %), le cancer de l'estomac (5,4 %). Chez les hommes, la prostate est la malignité la plus fréquemment diagnostiquée suivie du foie. Cependant, chez les femmes, le sein et le col de l'utérus sont les tumeurs malignes les plus fréquemment diagnostiquées suivies du foie.

La drépanocytose est très répandue avec une prévalence variant de 25 à 40%. En 2013 montrent que les hôpitaux de district ont enregistré 2 972 NC d'affections

bucco dentaires soit une augmentation de 27,99% par rapport à 2012 et 2 322 NC en 2012 avec une augmentation de 13,32% par rapport à 2011.

La prévalence de la cécité était de 2,3% avec 220 000 aveugles au Tchad (la cataracte 50%, le trachome, 2ème cause de cécité, l'onchocercose et le glaucome. [9]

2.6.21 - La santé mentale

Des données parcellaires couvrant les années 2019, 2020, 2021 rapportait qu'au total 1952 cas ont été pris en charge au Service de santé mentale de CHU Reference Nationale. Les Schizophrénies, les bouffées délirantes aiguës et les dépressions sont les affections les plus fréquentes avec respectivement 556, 421 et 294 cas. Des activités régulières prise en charge sont en place dans les camps des réfugiés et certaines structures privées comme le Centre Diocésain de la Recherche Action En Alcoologie (CEDIRAA) mes données compilées ne sont pas la disposition du Programme National de Santé Mentale ; [9]

2.6.22 - Les suicides

Selon le rapport de l'OMS en 2019, le taux de suicide au Tchad est 6,4 pour 100 000 habitants.

Au niveau national, il n'existe pas jusqu'à présent un mécanisme de collecte et de diffusion de données relatives au cas de suicides dans le pays bien que des cas sont rapporté régulièrement dans la presse. [9]

2.6.23 - Santé sexuelle et reproductive

Au Tchad, 23 % des filles sont mariées avant l'âge de 15 ans et 65 % avant 18 ans (EDST-MICS de 2014-2015). L'indice synthétique de fécondité reste toujours élevé (6,4 enfants par femme), bien au-dessus des ressources disponibles et le taux de contraception est d'environ 7%. Le taux des Mutilations Génitales Féminines est de 44%. Les mariages précoces et forcés sont courants ainsi que diverses pratiques telles que le lévirat, le sororat et le rapt dans certaines communautés. Dans les foyers, les femmes sont victimes de mauvais traitements, d'assassinats, de sévices corporels, d'abandon avec des enfants et de problèmes de succession. [9]

2.6.24 - Maladies et infections transmissibles

2.6.24.1 - L'infection à VIH

Les dernières estimations de l'EPP/Spectrum 2022 montrent une prévalence estimée à 1.0 [0.8 - 1.3] dans la population générale. Selon le sexe, cette prévalence reste élevée chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (1.3 %) contre (0.8%) chez les hommes du même groupe d'âge. Le graphique ci-dessous montre une baisse progressive de la prévalence chez les 15-49 ans depuis 2010 passant de 1.5% % à 1.0 % en 2022.

Signalons que depuis 2015, aucune enquête d'envergure sur la prévalence n'a été réalisée au Tchad compte de la disponibilité des ressources. Toutefois des enquêtes IBBS ont été réalisées en 2021 chez les populations clés avec l'appui du FM. La dernière EDS couplée au MICS de 2014-2015 avait estimé une prévalence de 1,6%.

L'analyse géographique et populationnelle de la prévalence du VIH montre des disparités importantes. En effet, quatre Provinces ont une prévalence supérieure à la moyenne nationale. Il s'agit respectivement des provinces de Ndjama (2.1%), du Lac (1.3%), du Logone Occidental (1.1%) et du Moyen-Chari (1.0%). Les facteurs comportementaux et de genre susceptibles de favoriser la transmission du VIH pourraient expliquer ces prévalences élevées dans certaines provinces. En effet, l'enquête MICS de 2019 avait montré des connaissances assez faibles en matière de VIH et de PTME (Ndjama : 26,3%, lac : Moyen-Chari : 32,6%, le Lac : 11,9% le Logone Occidental : 20,8%). A cela s'ajoutent les urgences humanitaires avec des mouvements de populations (Pays limitrophes, Tensions, conflits, guerres) en provenance des pays limitrophes à haute prévalence du VIH (RCA 3,24 ; Soudan 2,1 ; Cameroun 1,7 Nigeria 1,3 AIDSINFO).

Les résultats de l'IBBS 2021 montre que les populations clés sont touchées de manière disproportionnée. La prévalence chez les professionnelles du sexe est à 13,7% avec d'importantes variations suivant les villes : 47,7% à Ati, 17,5% à N'Djama et 5,8% à Koumra. Concernant les populations à risques, elle est estimée à 4,8% avec des disparités géographiques : Oum-Hadjer et à Abéché [19,1% et 11,2%] ; Koumra [5,1%] ; Ati [5%] ; Bongor [4,3%], Ndjama [3,9%], Sarh [1,8%] ; Moundou [0,9%].

Chez les détenus, la prévalence de l'infection du VIH est de 5,2% mais elle varie selon le lieu de détention. [14]

2.6.24.2 - Hépatites

En ce qui concerne les hépatites, à ce jour, le Tchad ne dispose pas des données de séroprévalence de l'AgHbs et de l'antigène VHC à l'échelle nationale. Cependant, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) situe le Tchad dans la zone dite de haute endémicité pour le VHB qui correspond à une séroprévalence de l'AgHbs supérieure à 8% et celle de l'Antigène VHC autour de 2.5%.

Selon l'OMS, la prévalence de l'infection à HBV est estimée à 9,5% dans la population générale et à 5,52% chez les enfants de moins de 5 ans. Celle de HCV à 0,92%. Environ, 25053 nouvelles infections au HBV ont été enregistrées en 2022 dans la population générale contre 2755 pour l'infection HCV.

Pour l'année 2022, l'OMS estime pour le Tchad que le nombre estimé des personnes atteintes par le HBV est d'environ 1 687 587 et le nombre cumulé de personnes diagnostiquées et encore en vie est d'environ 12 854, soit 0,76%.

Quant aux personnes atteintes par l'infection à HCV, leur nombre est estimé à 140 273, et le nombre cumulé des personnes infectées, diagnostiquées, non traitées et encore en vie de 20 319, soit 14,5%.

Seules 55 personnes diagnostiquées pour le HBV ont été traitées en 2022 et 567 pour l'infection à HCV entre 2019 et 2022. Et jusqu'en 2022, seul l'hôpital général de référence national organise un service de diagnostic et traitement de l'hépatites virale. [14]

2.6.24.3 - Autres IST

Au Tchad, on estime à environ 234 000, le nombre de nouveaux cas par an dans le pays (Guide de PEC IST 2017). Selon le dernier annuaire statistique de 2021, parmi les dix principales causes de consultation dans les hôpitaux en 2021 figurent les infections génitales avec une fréquence de 2,07%. Pendant cette période, les hôpitaux ont reporté 7318 nouveaux cas (NC) d'infections génitales. Selon la même source, les DSPSN de N'Djamena (162,39NC /100 000hbts), du Mayo Kebbi Ouest (110,97NC/100 000hbts) et du Mayo Kebbi Est (62,88NC/100 000hbts) ont les nombres de NC d'infections génitales les plus élevés. En revanche, les DSPSN du Wadi Fira (1,02NC /100 000hbts), Guéra (3,31 NC/100 000hbts) et du Sila (7,55 NC/100 000hbts) ont les nombres de NC les plus faibles. L'Ennedi Est et le Tibesti n'ont notifié aucun cas. [14]

2.6.24.4 - Tuberculose

Les incidences de la tuberculose et de la co-infection tuberculose/VIH sont restés presque stationnaires depuis 2015. Celle de la tuberculose est à 140/100000 habitants en 2021 au lieu de 106/100000 habitants et celui de la co-infection TB/VIH est à 20/100000 habitants.

Au Tchad, en 2021, les cas estimés de la tuberculose concernent plus les hommes que les femmes. Le sexe ratio est de deux hommes pour une femme. Les tranches d'âge 15 à 24 ans et de 35 à 44 ans sont les plus touchées.

La mortalité toutes formes confondues pour la tuberculose a baissé entre 2020 et 2021, mais reste élevée. En effet, la mortalité de la TB chez les VIH négatives était estimée en 2021 à 4 200 (2500-6500) soit 25 (14-38) pour 100 000 habitants. Pour les patients TB positive au VIH, la mortalité est de 1 300 (840-1 900) soit 7.7 (4.9-11) pour 100000 habitants. [14]

2.6.24.5 - Comportements à risque

L'enquête MICS réalisé en 2019 montre des comportements à risque chez les jeunes et les adolescentes qui sont : rapports sexuels précoces, faible utilisation de l'utilisation des préservatifs lors des rapports à risques, multi partenariat sans utilisation de préservatifs (78,8%), des rapports intergénérationnels ainsi

que des connaissances faibles vis-à-vis du VIH. L'étude IBBS chez les populations clés montre également les mêmes tendances. [14]

2.2- Analyse forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) de la promotion de la santé et du bien être

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Existence de la PNS et du PNDS 4 • Existence d'une Direction de la Promotion de la Santé et de l'Hygiène Publique (DPSHP) ; • Existence de la Coordination de la Police sanitaire ; • Existence du Code de l'hygiène ; • Collaboration avec la Société civile (Associations) ; • Existence des comités d'Hygiène et sécurité ; • Existence dans les provinces des agents de santé communautaires ; • Code de la santé ; • Existence des Journées commémoratives ; • Existence des programmes et ONGs intervenant dans le domaine de la promotion de la santé et du bien-être ; • La promulgation de la loi N°035/PR/2019 sur la politique nationale de la couverture santé universelle ; • Initiation et mise en place en 2010 dans 6 provinces des concepts hôpitaux amis des bébés, villes - santé, écoles - saine, ménages – sains, marchés - sains ; • La Feuille de Route Nationale sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile 2022-2027 ; • Le Schéma Directeur de l'eau et de l'assainissement ; • L'adoption du Plan de gestion des déchets ; biomédicaux dans le cadre du Projet REDISSE IV ; • L'adoption de la politique nationale de la médecine traditionnelle ; • La politique pharmaceutique nationale ; • L'application de la convention cadre de l'OMS contre le tabac (CCLAT) ; • L'application des textes portant gratuité de la césarienne, du traitement du paludisme, de la tuberculose et du VIH/SIDA ; • L'application du décret fixant les conditions d'importation et de commercialisation du sel iodé ; • L'application des textes sur le Programme national de sécurité alimentaire ; • Adoption du Règlement sanitaire international avec l'élaboration d'un plan d'action national de sécurité sanitaire ; • Le Décret 2835 relatif aux alcools frelatés ; • L'exécution des recommandations de la Déclaration de 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance des ressources pour la mise en œuvre de la stratégie de la promotion de la santé (Humaines, Financières et matérielles) • Absence d'un cadre d'échange et de coordination entre les différents acteurs (Ministères sectoriels et le PTFs) ; • Inexistence d'action coordonnées de la promotion de la santé et du bien-être dans les 23 provinces ; • Faible appropriation de ONE HEALTH ; • Faible mise en œuvre de la stratégie de la santé communautaire ; • Absence dans le cadre de la promotion de la santé et du bien-être ; • Insuffisance des points focaux de promotion de la santé et du bien-être dans les provinces ; • Insuffisance des aires de loisirs, des sports, pistes cyclables et des piétons • Méconnaissance de la promotion de la santé et du bien-être par les acteurs de la santé ; • Faible communication autour de la promotion de la santé et du bien-être ; • Absence d'une Autorité de régulation et des contrôles des denrées alimentaires et

<p>Thekwini (Durban, Afrique du Sud 2008) pour atteindre l'OMD de l'assainissement et de l'hygiène en Afrique (OMD/AFRICASAN).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence du Manuel des Procédures de la Prévention et • Contrôle des Infections (PCI) ; • Création du programme Prévention et Contrôle des Infections (PCI) ; 	<p>produits pharmaceutiques ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance des laboratoires de contrôle de qualité des denrées alimentaires sur l'ensemble du territoire national.
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Volonté politique ; • Présence de partenaires techniques et financiers préoccupés par la question de la promotion de santé et du bien-être ; • Existence d'une plateforme One Health. • Existence de FBP dans les 12 provinces du pays ; • Mécanismes de financement innovant (taxes sur les produits du tabac & Alcool) ; • Corridor douanier. • Existence de la Politique et Stratégie Nationale de l'Assainissement ; • Existence du Schéma Directeur de l'eau et de l'Assainissement ; • Existence du Code de l'eau • Partenariat avec CECOQDA ; • Disponibilité des médias à accompagner dans la mise en œuvre de la stratégie de la promotion de la santé et du bien-être ; • Existence des sociétés savantes ; • Des mass médias • Des autorités traditionnelles, religieuses... 	<ul style="list-style-type: none"> • Maladies émergentes et réémergentes ; • Epidémies récurrentes ; • Pollutions ; • Afflux des réfugiés ; • Conflits armés et intercommunautaires ; • Faible budget alloué au secteur de santé ; • Changement climatique ; • Catastrophes naturelles (Inondations, incendies, sécheresse,) ; • Exodes ruraux ; • Immigration clandestine ; • Pesanteurs socio-culturelles ; • Analphabétisme ; • Accidents (voie publique, de travail, chute et noyade) ; • Insécurité.

CHAPITRE III STRATEGIE

Mise en place des 5 fonctions essentielles de la promotion de la santé et du bien-être

3.1 Elaborer des politiques pour la santé, renforcer l'action intersectorielle et promouvoir la santé dans toutes les politiques

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard ».

- Renforcement de la Gouvernance ;
- Elaboration et mise en œuvre de politiques intersectorielles ;
- Action intersectorielle/multisectorielle portant sur les déterminants sociaux de la santé ;
- Intégrer les aspects de promotions de la santé dans la plateforme one Health ;
- Vulgariser la Stratégie et mettre en œuvre son plan opérationnel ;
- Promouvoir la prise en compte de la santé dans toutes les politiques du pays ;
- Suivi évaluation ;
- Reporting et documentations des bonnes pratiques
- Règlementation (taxation ou détaxation et subvention)
- Renforcer le partenariat, alliances et réseaux pour une mobilisation accrue des ressources. [19]

3.2 Créer des environnements favorables

Orientation et mise en œuvre du concept des milieux sains : Santé à l'école, villes saines (Village sain, municipalité saine), marchés sains, lieux de travail sains, hôpitaux et établissements de soins de santé favorisant la santé.

Evaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public.

- Suivi du niveau d'accès à l'eau potable, aux pratiques d'assainissement et d'hygiène adéquates (JMP)
- Suivi de l'environnement propice à l'accès à EHA grâce à l'analyse et à l'évaluation mondiales de l'OMS sur l'assainissement et l'eau potable (GLAAS), et compte financiers EHA
- Suivi de la qualité de l'eau potable à travers le déploiement de plans de salubrité de l'eau et la surveillance de la qualité de l'eau.
- Suivi, orientation et mise en œuvre de l'amélioration progressive de l'accès

à l'eau salubre et des pratiques d'assainissement et d'hygiène adéquates dans les centres de santé, y compris la gestion des déchets de soins. (WASH FIT, PCI, ATPC...);

- Faire le plaidoyer pour mettre en œuvre les directives de l'OMS pour réduire l'utilisation du mercure dans les soins de santé et gérer les déchets contaminés par le mercure ;
- Faire le plaidoyer pour la création d'un centre anti-poison affiliés au réseau des centre anti-poison existants pour un accès à un service d'information suffisante sur les poisons.
- Renforcer la capacité des institutions nationales et infranationales à mettre en œuvre les directives de l'OMS sur la qualité de l'air en utilisant
- des outils harmonisés pour la collecte de données et la surveillance de la
- qualité de l'air ainsi que l'analyse des données sur la qualité de l'air et la santé.
- Faire le plaidoyer pour le développement des standards, directives et
- normes en matière de sécurité et santé au travail ;
- Suivi des activités pour une amélioration continue en matière de
- protection du personnel de santé : grande épidémies telles que cholera, ebola ou même la pandémie Covid-19 et sur une base régulière/ponctuelle, incluant les cas d'évènements chimiques, radiologique et les catastrophes naturelles ;
- Sécurité routière : prévenir les risques liés à la conduite dangereuse ;
- Suivi de la mise en vigueur du Règlement sanitaire international ;
- Renforcer la planification, mise en œuvre, suivi et évaluation des plans et programmes multisectoriels de lutte contre la mauvaise alimentation et l'inactivité physique ainsi que la promotion de la bonne alimentation et sécurité sanitaire des aliments ;
- Contribuer à intégrer pleinement et de promouvoir l'inclusion du handicap dans le secteur de la santé ;
- Renforcer la planification, mise en œuvre, suivi et évaluation des plans et programmes multisectoriels de lutte contre la Maltraitance des enfants, la violence conjugale, Violence sexuelle ; Maltraitance envers les personnes âgées ;
- Renforcer la planification, mise en œuvre, suivi et évaluation des plans et programmes multisectoriels de lutte contre inégalités, justice sociale,
- cohésion sociale, droits de l'homme, populations vulnérables ;
- Elaborer des stratégies fondées sur des données probantes pour la prévention des blessures, y compris la noyade et les chutes ;
- Renforcer la planification, mise en œuvre, suivi et évaluation des plans et programmes multisectoriels de la réadaptation ;
- Faire le plaidoyer pour une urbanisation favorable à la santé ;
- Préconiser une plateforme digitale réunissant les établissements de formation, les entreprises et le public demandeur d'emploi afin de faciliter

l'accès à l'emploi ; le travail étant un pilier dans l'épanouissement et le bien-être de l'individu. [19]

3.3- Développer les aptitudes individuelles

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social, grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens d'avantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.

- Education à la santé sur pratiques familiales essentielles ;
- Education à la santé pour les jeunes et les adolescents, pour les décideurs politiques et les populations en générale ;
- Communication pour le changement de comportement continu ;
- Communication des risques dans les situations d'urgence ;
- Réduire les facteurs de risque de MNT liées à l'alimentation ;
- Réduire l'anémie maternelle et l'insuffisance pondérale à la naissance, augmenter les taux d'allaitement maternel exclusif et réduire le retard de croissance, l'émaciation et le surpoids infantile ;
- Renforcer la lutte contre l'obésité et du diabète et réduire la consommation de sel
- Contribuer à prévenir les accidents de la route et en atténuer les conséquences en sensibilisant sur l'excès de vitesse, la conduite sous l'influence de l'alcool et d'autres substances psychoactives, non-utilisation de casques de moto, de ceintures de sécurité et de dispositifs de retenue pour enfants, conduite distraite, les infrastructures routières peu sûres, les véhicules dangereux, les soins post-accident inadéquats, l'application inadéquate du code de la route ;
- Entreprendre un partenariat avec les médias ; [19]

3.4- Renforcer l'action communautaire

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions, l'élaboration de document stratégique, à la mise en œuvre des stratégies de planification et au suivi-évaluation en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

Sensibiliser et entreprendre une mobilisation sociale pour assurer un engagement plus poussé des communautés pour l'adoption et le déploiement efficaces de mesures d'adaptation et d'atténuation simples et rentables.

- Elaborer un plan national de communication sur les risques et Engagement communautaires ;
- Renforcer les capacités et les connaissances des leaders communautaires,

leaders religieux, leaders traditionnels, des tradipraticiens, des professionnels de santé (ce renforcement des capacités se fera par rapport aux événements et problèmes de santé publique prioritaires)

- Renforcer les capacités et les connaissances des agents de santé communautaires ;
 - Renforcer les capacités et les connaissances des comité de santé ;
 - Appuyer le plaidoyer la participation communautaire dans le système de santé et dans les autres secteurs pour la santé et le bien-être des communautés ;
 - Renforcer le partenariat entre les communautés et les structures de santé.
- [19]

3.5- Réorienter les services de santé

Par-delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé et du bien-être » en vue de « soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine. [6]

A cet effet, il est nécessaire de :

- Fournir des conseils, faciliter et soutenir l'élaboration de politiques, législations et stratégies fondées sur des données probantes Partenariat avec le centre de recherche ;
- Renforcer les capacités des acteurs en planification, mise en œuvre, suivi et évaluation des politiques, plans et programmes multisectoriels visant à contrôler les déterminants de la santé ;
- Partenariat avec les universités pour inclure la promotion de la santé dans les programmes de formations ;
- Nommer des points focaux de promotion de la santé au niveau périphérique ;
- Mener des évaluations de la vulnérabilité et de l'adaptation du secteur de la santé au changement climatique : Santé des personnes âgées, santé des réfugiés, santé des migrants
- Suivi de la situation des déterminants de la santé ;
- Suivi de la situation des DSS : inégalités, justice sociale, cohésion sociale, droits de l'homme,
- Suivi de la situation des populations vulnérables : Réfugiés, Déplacés internes, Sinistrés, Migrants, nomades.
- Contribuer à la génération de données sur les blessures, y compris les noyades et les chutes. [19]

CHAPITRE IV CADRE STRATEGIQUE

4.1- Vision

Al'horizon 2030, arriver à un environnement propice à la promotion de la santé et du bien-être des communautés et de personnes autonomes ayant un contrôle accru sur leur santé, et une réduction des inégalités en matière de santé.

4.2-Fondements

- **ODD - Objectif 3 : bonne santé et bien-être**

Une bonne santé est essentielle au développement durable et l'Agenda 2030 reflète la complexité et l'interconnexion de ces deux éléments. Il tient compte de l'aggravation économiques et sociales, de l'urbanisation rapide, des menaces qui pèsent sur le climat et l'environnement, le fardeau persistant du VIH, d'autres maladies infectieuses et les défis émergents tels que les maladies non transmissibles. La couverture sanitaire universelle fait partie intégrante de la réalisation de l'ODD 3, qui consiste à mettre fin à la pauvreté et à réduire les inégalités. Les priorités mondiales émergentes en matière de santé qui ne sont pas explicitement incluses dans les Objectifs de développement durable, notamment la résistance antimicrobienne, exigent également des mesures d'action.

- **Agenda 20 63 de l'union Africaine**

C'est le schéma et le plan directeur de l'Afrique visant à transformer l'Afrique en puissance mondiale de l'avenir.

- **Vision du Tchad que nous voulons 2030**

- Il s'agit d'une vision pour une nation apaisée, unifiée dans sa diversité culturelle, résiliente par son économie transformée et offrant un cadre de vie agréable pour le bien-être de tous.

- **Politique Nationale Sanitaire 2016 – 2030**

- **Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 4)**

- **Résultat 3.3 : Les activités promotionnelles de santé sont développées pour susciter la demande des services.**

Action 3.3.1 : Mettre en place un cadre stratégique relatif à la promotion de la santé.

Un document de stratégie de la promotion de la santé sera élaboré et mis en oeuvre. Un plan intégré de communication sera développé pour sensibiliser la population en vue d'un changement de comportement et de l'impliquer dans la recherche de solutions à ses problèmes de santé. La mise en oeuvre de la stratégie de santé communautaire consolidera les bases de cette action.

Action 3.3.2 : Mettre en place un cadre multisectoriel pour la promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé

La promotion de la santé nécessite l'implication de plusieurs secteurs de la vie nationale.

Un cadre de concertation multisectorielle sera mis en place en soutien aux actions de promotion de la santé. Il comprendra non seulement les ministères concernés (MSPP, ministère en charge de l'eau et assainissement, ministère en charge de l'environnement, ministère en charge de l'éducation, ministère en charge de la décentralisation, etc.), mais aussi la société civile, les partenaires au développement et le secteur privé.

4.3 But

Contribuer à l'Objectif 3 de développement durable d'ici 2030 « Bonne santé et bien-être »: Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.

4.4 Principes directeurs

Les principes qui ont guidé l'élaboration de la présente stratégie nationale de promotion de la santé et du bien-être sont :

- L'intégration d'une approche large, holistique et positif de la santé : La santé et le bien être au sens large qui n'est pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité. Elle englobe les fonctions organiques, les fonctions et perceptions mentales, la dimension spirituelle, la qualité de vie, la participation sociale et sociétale et le fonctionnement quotidien ;
- La conception d'une Gouvernance guidée par la responsabilité et la redevabilité envers les populations ;
- La volonté de la réduction des inégalités en matière de santé et la promotion du bien-être
- Une approche intersectorielle, multisectorielle, et multidisciplinaire ;
- Décisions basées sur des données probantes
- La prise en compte des particularités et du contexte du pays : Analyse des problèmes dans leur contexte.
- Mise sur des décisions impliquant les communautés et structures décentralisées.
- Vise une perspective sur le long terme
- Mise sur les connaissances provenant des sources livresques et le savoir expérientiel

4.5 Objectifs

- **Objectif général**

Promouvoir la santé et le bien être à toutes les étapes de la vie en vue de réduire le fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles l'action sur des déterminants de la santé et du bien-être.

- **Objectifs stratégiques**

Dans le contexte du Tchad, les orientations stratégiques seront axées essentiellement sur :

1. Renforcer le cadre institutionnel, stratégique et réglementaire de la promotion de la santé et du bien-être ;
2. Améliorer le cadre de vie des populations par et promouvoir la création des environnements favorables à la santé ;
3. Renforcer les connaissances et les aptitudes des individus et des communautés pour un comportement favorable à la santé ;
4. Renforcer la protection et la résilience des communautés pour mieux contrôler les déterminants de la santé ;
5. Promouvoir l'innovation et vulgariser les données probantes pour une meilleure orientation des interventions.

CHAPITRE V CADRE LOGIQUE

Objectif spécifique	Activité prioritaire	Intrants	Indicateurs	Baseline	Cibles 2030	Responsable	Contributeurs	Budget
Objectif stratégique 1 : Renforcer le cadre institutionnel, stratégique et réglementaire de la promotion de la santé et du bien-être ;								
Résultats attendus 1 - Le cadre institutionnel, stratégique, législatif et réglementaire en matière de promotion de la santé et du bien-être est renforcé ;								
OS1.1- D'ici 2025, renforcer la Direction de la Promotion de la Santé et de l'Hygiène Publique en personnel technique, moyens roulants, équipements, matériel et fournitures bureautiques	A1.1.1- Renforcer la DPSHP avec 20 personnel technique (Communicateurs de santé, sociologues, anthropologues, médecins de santé publique)	Disponibilité en ressources humaines qualifiées	Arrêts d'affectation ;	20	0	DPSHP	MSPP	PM
	A1.1.2- Renforcer les capacités du personnel de la direction de la Promotion de la Santé et de l'Hygiène Publique (DPSHP)	Modules de formation ; Ressources financières	Rapport de formation ; Liste de présence ; Nombre de personnes formées	0	30	DPSHP	MSPP / PTFs	8 000 000
	A1.1.3- Organiser une mission d'échange d'expérience au Sénégal/Maroc pour 5 cadres de la DPSHP	Documents administratifs ; Ressources humaines et financières ; Pays d'accueil	Rapport de mission ; Ordre de mission visé	0	1	DPSHP	MSPP/PTF	30 000 000
	A1.1.4- Renforcer la DPSHP en moyens roulants, équipements informatiques et bureautiques.	Ressources financières Dotation directe	PV de réception, note d'affectation	0	2 Véhicules 4x4 ; 2 véhicules sonorisés 20 motos Cross (DT Yamaha) Équipements de sonorisation Équipements de communication (modem, VSAT)	DPSHP	MSPP / PTFs	600 000 000

OS1.2– D'ici 2028, vulgariser la Stratégie Nationale de la promotion de la santé et du Bien-être et son plan opérationnel dans les 23 Provinces.	A1.1.5- Renforcer les capacités des 200 points focaux de la PSBE dans les DS et DPSP en 4 session de formation sur la SNPS-BE	Modules de formation ; Ressources humaines et financières	Rapport de formation ; Nombre de personnes formées ; Liste de présence	0	20 bureaux complets Consommables bureautiques Equipements informatiques et accessoires (20) Ordinateurs portables et 2 photocopieurs multifonction)	DPSHP	MSP /PTFs	8 000 000
	A1.2.1 - Produire et disséminer la Stratégie Nationale de la Promotion de la Santé et du Bien-Etre 2024 – 2030 dans les 100% des structures déconcentrées des ministères sectorielles ;	Copie de la SNPS-BE ; Ressources financières	Nombre de copie produit et disséminé ; Facture ; Bon de commande et de livraison	0	6 000	DPSHP	MSP /PTFs	PM
	A1.1.2 – Organiser un atelier d'information des Ministères sectoriels et plateformes nationales sur la SNPSBE 2024 – 2030 et son plan opérationnel (Niveau central décisionnel) ;	Copie de la stratégie ; Liste des participants ; Ressources financières	Le rapport de deux ateliers ; Nombre de participant ; Liste de présence	0	2	DPSHP	MSP / Ministères sectoriels/ PTFs	30 000 000

	A1.2.3 – Organiser 8 sessions d'information et de sensibilisation des acteurs clés sur la SNPS-BE 2024 – 2030 et son plan opérationnel ;	8 Atelier de vulgarisation de la stratégie ; Liste des participants ; Ressources financières	Le rapport de deux ateliers ; Nombre de participant ; Liste de présence	0	8	DPSHP	MSPP /Ministères sectoriels/PTFs	80 000 000
	A1.2.4 – Intégrer la SNPS-BE dans les plans d'action des 23 provinces.	Partage de la SNPS-BE ; Plans d'action provinciaux. Ressources humaines et financière	Disponibilité des plans d'action provinciaux intégrant la SNPS-BE	0	23	DPSHP /DPSP	MSPP /Services décentralisés des Ministères sectoriels/PTFs	46 000 000
	A1.2.5 – Intégrer la SNPS-BE dans les plans d'action des 170 DS	Partage de la SNPS-BE ; Plans d'action des DS. Ressources humaines et financière	Disponibilité des plans d'action des DS intégrant la SNPS-BE	0	170	DPSHP /DPSP /DS	DPSP /Services décentralisés des Ministères sectoriels/PTFs	170 000 000
	A1.3.1 – Créer un comité national multisectoriel de la SNPS-BE et le rendre fonctionnel ;	Arrêté de la mise en place du comité national ; Disponibilité des ressources financières	Les procès-Verbaux des réunions du comité	0	12	DPSHP	DPSP / Ministères sectoriels/PTFs	48 000 000
	A1.3.2 – Elaborer les outils de gestion des comités de SNPS-BE, y compris les outils efficaces mettant à profit des médias sociaux et des portails en ligne pour le niveau central,	Disponibilité des ressources financières, des outils de gestion pour les comités centraux, intermédiaires et périphériques de SNPS-BE	20 000 exemplaires des Outils de gestion des comités de PS-BE élaborés	0	DPSP DS Directions NC	DPSHP	MSPP /PTFs	50 000 000
OS1.3 - D'ici 2030, renforcer le cadre d'actions synergiques entre le secteur de la santé, les autres secteurs publics et privés, les communautés et tous les autres partenaires, pour agir sur les grands déterminants de la santé								

OS1.6 - D'ici 2028, renforcer les capacités des autorités et acteurs des différents secteurs en promotion de la santé ;	A1.6.1 - Renforcer les capacités des membres du Comité National sur la SNPS-BE.	Modules de formation	Les Rapports de formations des membres du Comité National sur la SNPS-BE	0	1	DPSHP	MSP/PTFs	6 200 000
	A1.6.2 - Renforcer des capacités des membres des 23 comités provinciaux sur SNPS-BE	Modules de formation	Les Rapports de formations des membres des 23 Comités provinciaux sur la SNPS-BE	0	23	DPSHP	MSP/PTFs	230 000 000
	A1.6.3 - Renforcer les capacités des membres des comités des districts et des points focaux sur la SNPS-BE en 10 sessions.	Modules de formation	Les rapports de formation des membres de Comités des districts et les points focaux sur la SNPS-BE sont renforcées	0	170	DPSHP	MSP/DPSP/P TFs	80 000 000
OS1.7 - D'ici 2028, Communiquer efficacement à travers les outils d'informations et de supervision sur la SNPS-BE ;	A1.7.1 - Signer les contrats avec les influenceurs (2), les médias sociaux (2) et les portails en ligne (1).	Les contrats ; Liste des contractants et les finances	Nombre de contrat signé	0	1	DPSHP	MSP/PTFs	12 500 000
	A1.7.2 - Renforcer les systèmes d'information aussi bien au sein qu'à l'extérieur du MSPP pour la collecte des données en vue d'évaluer l'impact des interventions intersectorielles sur la SNPS-BE	Renforcement des systèmes d'information	Les systèmes d'information aussi bien au sein qu'à l'extérieur du MSPP pour la collecte des données sont renforcés	0	1	DPSHP	MSP/PTFs	PM
Objectif stratégiques 2 : Améliorer le cadre de vie des populations par la création des environnements favorables à la santé ;								
Résultats attendus 2 : Cadre de vie des populations par la création des environnements favorables à la santé amélioré								
Objectif spécifique	Activité prioritaire	Intrants	Indicateurs	Baseline	Cibles	Responsable	Contributeurs	Budget

OS 2.1 : D'ici 2030, introduire et mettre en place au moins cinq milieux sains dans 80% des provinces ;	A2.1.1 - Elaborer une directive nationale de mise en place des milieux sains : Santé à l'école, Villes saines (Village sain, municipalité saine), Marchés sains, Lieux de travail sains, Hôpitaux et établissements de soins de santé favorisant la santé.	Recruter un consultant national (cabinet)	La directive nationale de mise en place des milieux sains est élaborée,	0	2030	DPSHP	MSPP/PTFs	25 000 000
	A2.1.2- Former les formateurs sur la stratégie de mise en place des milieux sains	Identifier et former/recycler 100 formateurs	Le nombre des personnes formées	0	100 formateurs repartis dans les 23 provinces	DPSHP, DPSP	MSPP/PTFs	90 000 000
	A2.1.3 – Former 10 acteurs de l'éducation national (les Inspecteurs, les proviseurs et les directeurs d'école), de chaque province sur la mise en place de l'approche « Santé à l'école » en collaboration avec les partenaires et organisations de la société civiles nationales, régionales et internationales ;	Identifier 230 et former/recycler des formateurs Ateliers de formation	Les acteurs de l'éducation des 23 provinces sont formées	0	23 provinces ont bénéficié chacune de formation de 10 acteurs	DPSHP, Direction de l'éducation nationale	MSPP/PTFs	20 000 0000
	A2.1.4- Mettre en place un réseau d'école santé en collaboration avec les associations nationales, régionales et internationales.	Mise en place d'un cadre formel du réseau d'école santé sur chaque province	Une école de santé est déjà mise en place	0	23 provinces ont bénéficié chacune d'une école de santé	DPSHP, ONG et OSC	MSPP/PTFs	50 000 000

A2.1.5 - Former les acteurs des communes sur la mise en place de l'approche « Villes saines » (Village sain, municipalité saine) ;	Identifier et former/recycler des 100 acteurs de communes (20 à N'djam)	Les communes ont en place des acteurs formés sur l'approche villes saines	0	23 provinces ont bénéficié acteurs formés sur l'approche villes saines	DPSHP, Communes	MSPP/PTFs	90 000 000
A2.1.6- Mettre en place réseau de villes, villages et de municipalités saines en collaboration avec des partenaires et organisations de la société civile nationale, régionales et internationales.	Mise en place des réseaux sains dans les chefs-lieux des provinces et les chefs-lieux des départements	Les nombres des chefs-lieux des provinces et les chefs-lieux des départements constituant le réseau sain	0	Les chefs-lieux des provinces, et les chefs-lieux des départements ont été choisis dans le réseau sain	Les parties prenantes Gouvernementales et Communales	MSPP/PTFs	250 000 0000
A2.1.7 - Former les administrateurs et comités des marchés sur la mise en place de l'approche « Marchés sains » ;	Identifier et former/recycler 230 (10 par provinces) administrateurs et comités des marchés	Les administrateurs et comités des marchés ont été formés	0	23 provinces ont bénéficié des administrateurs et comités des marchés formés	MSPP et les communes	MSPP/PTFs	230 000 000
A2.1.8- Mettre en place un réseau de marchés sains en collaboration avec des partenaires et organisations de la société civile nationale, régionales et internationales.	Mise en place de marchés sains dans les 23 provinces	Marchés sains ont été mis en place	0	23 provinces ont bénéficié d'un réseau de marchés sains	MSPP et les communes,	MSPP/PTFs	600 000 000
A2.1.9 - Former les acteurs sur la mise en place de l'approche « Lieux de travail sains » ;	Identifier et former/recycler 230 (10 par provinces) acteurs de la mise en place de l'approche Lieux de travail sains	Nombre des acteurs formés	0	23 provinces ont bénéficié de la formation des acteurs sur l'approche lieux de travail sains	MSPP et les communes,	MSPP/PTFs	230 000 000

	A2.1.10- Mettre en place un réseau des lieux de travail sains en collaboration avec des partenaires et organisations de la société civile nationale, régionales et internationales.	Mise en place d'un réseau de lieux de travail sains dans le 23 provinces	Nombre des lieux de travail sains mises en place	0	23 provinces ont bénéficié d'un réseau de lieux de travail	MSPP et les communes,	MSPP/PTFs	700 000 000
	A2.1.11 - Former les acteurs sur la mise en place de l'approche « Hôpitaux et établissements de soins de santé favorisant la santé ».	Identifier et former/recycler 230 (10 par provinces) acteurs de la mise en place de l'approche hôpitaux et établissements de soins de santé favorisant la santé	Nombre d'acteurs formés sur l'approche des hôpitaux et établissements de soins de santé favorisant la santé	0	23 provinces ont bénéficié de la formation des acteurs sur l'approche lieux de travail sains	MSPP et les communes,	MSPP/PTFs	230 000 000
	A2.1.12 – Décerner chaque année une distinction de meilleur « Hôpitaux et établissements de soins de santé favorisant la santé »	TDRs	Nombre des hôpitaux et établissements ayant obtenu une meilleure distinction	0	Les meilleurs Hôpitaux et établissements de soins de santé ont été décernés	MSPP	MSPP/PTFs	120 000 000
	A2.2.1 - Organiser une mission conjointe d'évaluation de la mise en œuvre de l'amélioration progressive de l'accès à l'eau salubre et des pratiques d'assainissement et d'hygiène adéquates dans les centres de santé, y compris la	Des missions conjointe d'évaluation	Nombre des missions effectuées ; Rapports des missions	0	Les missions conjointes d'évaluation ont été effectués	MSPP	MSPP/PTFs	1 000 000
OS 2.2 : D'ici 2026, renforcer le suivi de la qualité et le niveau d'accès à l'eau potable, aux pratiques d'assainissement et d'hygiène adéquates								

OS2.3 : Renforcer la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans et programmes multisectoriels visant à lutter contre les risques environnementaux	gestion des déchets de soins. (WASH FIT, PCI) ;											
	A2.2.2 - Réaliser une évaluation du niveau d'accès à l'eau potable, aux pratiques d'assainissement et d'hygiène adéquates (JMP) ;	Une mission d'évaluation du niveau d'accès à l'eau potable, aux pratiques d'assainissement et d'hygiène adéquates	Rapports JMP ;	0	6 consultations JMP réalisées	MSPP	MSPP/PTFs	18 000 000				
	A2.2.3 - Réaliser une évaluation de l'environnement propice à l'accès à l'eau, hygiène et assainissement grâce à l'analyse (GLAAS) ;	Une mission d'évaluation de l'environnement propice à l'accès à l'eau, hygiène et assainissement	Nombre des missions effectuées ; Rapports des missions	0	3 enquêtes GLAAS ont été effectuées	MSPP	MSPP/PTFs	100 000 000				
	A2.2.4 - Réaliser des comptes financiers nationaux du secteur de l'eau hygiène et assainissement (TrackFin) ;	Recruter deux (2) consultants	Rapport des nombres des comptes financiers nationaux du secteur de l'eau hygiène et assainissement réalisés	0	2 comptes financiers nationaux du secteur de l'eau hygiène et assainissement réalisés	MSPP	MSPP/PTFs	90 000 000				
	A2.3.1 - Organiser un atelier de réflexion sur la politique santé et changement climatique ;	Organiser un atelier de réflexion sur la politique santé et changement climatique	Rapport de l'atelier au niveau national de réflexion sur la politique santé et changement climatique réalisé	0	1 Atelier de réflexion santé et changement climatique 1 feuille de route	Les départements ministères concernés	MSPP/PTFs	10 000 000				
	A2.3.2 - Elaborer, vulgariser et mettre en œuvre un plan national d'adaptation du secteur	Recruter deux (2) consultants nationaux	Un document plan national d'adaptation du secteur santé au	0	Un plan national d'adaptation du secteur	Les départements ministères concernés	MSPP/PTFs	23 000 000				

santé au changement climatique ;	changement climatique est réalisé	0	santé au changement climatique est élaboré et vulgarisé	Les départements ministères concernés	MSPP/PTFs	30 000 000
A2.3.3 - Renforcer les capacités de 30 cadres de la santé et autres secteurs connexes du niveau central dans la mobilisation des ressources en matière de lutte contre le changement climatique ;	Atelier de renforcement des capacités de 30 cadres de la santé et autres secteurs connexes du niveau central	Nombre de cadres de la santé et autres secteurs connexes du niveau central ayant acquis des compétences	30 cadres de la santé et autres secteurs connexes du niveau central sont formés en matière de lutte contre le changement climatique	MSPP	MSPP/PTFs	50 000 000
A2.3.4 – Renforcer les capacités de 230 cadres et techniciens de la santé sur les directives de l'OMS pour réduire l'utilisation du mercure dans les soins de santé et gérer les déchets contaminés par le mercure ;	Ateliers de renforcement des capacités de 230 cadres et techniciens de la santé	Nombre des cadres et techniciens de la santé formés	230 cadres et techniciens de la santé sont formés	MSPP	MSPP/PTFs	20 000 000
A2.3.5 - Plaider pour la création d'une Unité ou Centre anti-poison affiliés au réseau des centres anti-poison existants pour un accès à un service d'information suffisante sur les poisons.	- Atelier de Plaidoyer pour la création d'une Unité ou Centre anti-poison - Voyage d'échange d'expérience (Formation des personnel, renforcement du plateau technique)	Nombre d'atelier de plaidoyer organisé Nombre d'atelier de Mission d'échanges organisé Plan d'action	1 atelier de plaidoyer 1 mission d'échange pour 3 cadres du MSPP et Ministère de l'environnement. 1 plan d'action pour la mise en	DPSHP	MSPP/PTFs	20 000 000

OS 2.4 : Renforcer la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans et programmes multisectoriels visant à lutter contre le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool	A2.4.1 – Réaliser deux enquêtes sur la consommation de l'alcool et boissons sucrées	Recruter un consultant/cabinet ; TDRs	Rapport de l'enquête	0	2	DPSHP/Cabinet	MSPP/PTFs	50 000 000
	A2.4.2 – Réaliser deux enquêtes sur la consommation du tabac	Recruter un consultant/cabinet ; TDRs	Rapport de l'enquête	0	2	DPSHP/Cabinet	MSPP/PTFs	50 000 000
	A2.6.2 – Mettre en place une équipe multisectorielle pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des plans et programmes	Existence d'une équipe multisectorielle Mission de vulgarisation	Rapport de mission sur le terrain	0	1	DPSHP/MSPP	MSPP/PTFs	10 920 000
OS 2.6 : D'ici 2028 renforcer la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans et programmes multisectoriels de lutte contre la mauvaise alimentation et l'inactivité physique ainsi que la promotion de la bonne alimentation et de la sécurité sanitaire des aliments dans 80% des provinces ;	A2.6.3 - Organiser une campagne nationale d'information sur l'activité physique (Communication classique et digitale)	Identification des canaux (6) de communication Informations/messages	Supports réalisés et vulgarisés	0	1	DPSHP	MSPP, Ministère en charge des sports/PTFs	62 000 000
	A2.6.4- Former 1500 agents de la police sanitaire, la police nationale, la douane et la police municipale sur l'inspection sanitaires afin de renforcer la sécurité sanitaire des aliments.	Mobilisation d'un expert Atelier de formation Modules de formation ;	Rapport de formation ; Listes de présence	0	1500	DPSHP/MSPP	MSPP/PTFs	306 542 000
	A2.6.5- Organiser une campagne nationale d'information sur le phénomène d'exposition	Identification des canaux (6) de communication	Supports réalisés et vulgarisés	0	1	DPSHP	MSPP/PTFs	62 000 000

OS 2.9 : Renforcer la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans et programmes multisectoriels de lutte contre inégalités, justice sociale, cohésion sociale, droits de l'homme, populations vulnérables.	sexuelle et la Maltraitance envers les personnes âgées.								
	A2.8.2- Elaborer, valider, vulgariser le manuel de formation sur de prise en charge de la maltraitance des enfants ;	Document de référence (Draft0) ; Consultant ; Finances	TDRs ; Rapport de l'atelier ; Liste de présence ; Acte de recrutement du consultant	0	1	DPSHP	MSPP/PTFs	80 000 000	
	A2.8.3- Renforcer les capacités de 5000 prestataires de soins sur la prise en charge des maltraiances des enfants dans les centres de santé ;	Modules Finances	Nombre des agents formés ; Rapports ; TDRs ; Liste de présence	0	5000	DPSHP	MSPP/PTFs	120 000 000	
	A2.9.1 : Designier un point focal en charge de la compilation auprès des départements et services appropriés des données disponibles et l'établissement et la diffusion d'une fiche annuelle sur l'évolution des inégalités, la justice sociale, la cohésion sociale, les droits de l'homme, les populations vulnérables.	Désignation ; Fiches de collecte d'information ; Canal de diffusion Formation Frais de communication	Acte de nomination ; Informations disponibles (fiches renseignées) ; Rapports sur l'évolution	0	1	DPSHP	MSPP/PTFs	2 600 000	
	A2.9.2 : Elaborer, valider, vulgariser et mettre en œuvre le plan national d'intégration des migrants dans le secteur de la santé	Document de référence (Draft0) ; Consultant ; Finances	TDRs ; Rapport de l'atelier ; Liste de présence ;	0	1	DPSHP	MSPP/PTFs	20 000 000	

			Acte de recrutement du consultant						
OS 2.10 : D'ici 2028, développer des stratégies fondées sur des données probantes pour la prévention des blessures, y compris la noyade et les chutes ;	A2.9.3 : Organiser deux missions conjointes d'évaluation de la prise en compte des migrants en santé	TDRs ; ressources humaines, financières et matérielles ; fiches d'évaluation ; ordre de mission	Rapports des missions ; fiches renseignées ; liste de contacts ; ordre de mission visé	0	2	DPSHP	MSPP/PTF	10 000 000	
	A2.9.4 : Elaborer, valider, vulgariser et mettre en œuvre le plan national d'intégration des réfugiés dans le secteur de la santé	Document de référence (Draft0) ; Consultant ; Finances	TDRs ; Rapport de l'atelier ; Liste de présence ; Acte de recrutement du consultant	0	1	DPSHP	MSPP/PTFs	20 000 000	
	A2.9.5 : Organiser deux missions conjointes d'évaluation de la situation sanitaire dans les camps des réfugiés	TDRs ; ressources humaines, financières et matérielles ; fiches d'évaluation ; ordre de mission	Rapports des missions ; fiches renseignées ; liste de contacts ; ordre de mission visé	0	2	MSPP, MEA, Ministère de la Sécurité, Ministère du Plan, Ministère de l'Administration du territoire, Ministère de l'Action sociale,	MSP/PTFs	1 000 000	
	A2.10.1 : Elaborer, valider, vulgariser et mettre en œuvre la stratégie nationale pour la prévention des blessures, y compris la noyade et les chutes ; A2.10.2 : Designer un point focal en charge de la compilation auprès des départements et services appropriés des	Document de référence (Draft0) ; Consultant ; Finances Ressources humaines ; Fiches de collecte d'information ; Canal de diffusion	TDRs ; Rapport de l'atelier ; Liste de présence ; Acte de recrutement du consultant Acte de Désignation ;	0	1	DPSHP	MSPP/PTFs	20 000 000	
				0	1	Ministères sectoriels DPSHP	MSPP/PTFs	2 600 000	

	données disponibles, l'établissement et la diffusion d'une fiche annuelle sur la prévention des blessures, y compris la noyade et les chutes ;		Fiches de collecte d'information ; Canal de diffusion Formation Frais de communication l'évolution						
Objectif stratégique 3 : Renforcer les connaissances et aptitudes des individus et communautés pour un comportement favorable à la santé									
Résultats attendus 3 : Connaissances et aptitudes des individus et communautés pour un comportement favorable à la santé renforcées									
Objectif spécifique	Activité prioritaire	Intrants	Indicateurs	Baseline	Cibles 2030	Responsable	Contributeurs	Budget	
OS 3.1 : D'ici 2030, Renforcer les connaissances et aptitudes des individus et communautés pour un comportement favorable à la santé	A3.1.1 : Développer un plan national de communication pour le changement de comportement en santé : Pratiques familiales essentielles, Réduction des facteurs de risque ;	Un Consultant International	TDR, Contrat de consultance,	0	Existence du plan national de communication pour le changement de comportement	DPSHP /MSPP	MSPP/PTFs	10 000 000	
	A3.1.1.1 : Organiser un atelier de validation du plan national de communication pour le changement de comportement en santé : Pratiques familiales essentielles, Réduction des facteurs de risque	Draft du plan,	Tenue de l'atelier de validation du plan CCC	0	Un plan CCC	DPSHP /MSPP	MSPP/PTFs	10 000 000	
	A3.1.1.2 : Reproduire le plan CCC	Plan ; Imprimerie	Nombre d'exemplaires reproduits	0	5.000 Exemplaires	DPSHP /MSPP	MSPP/PTFs	10 000 000	
	A3.1.1.3 Organiser des ateliers de vulgarisation	Logistique ; finances ; modules ;	Nombre des ateliers de	0	23	DPSHP /MSPP	MSPP/PTFs	161 000 000	

	du plan national de communication pour le changement de comportement en santé : Pratiques familiales essentielles, Reduction des facteurs de risque	Ressources humaines ; Didactique ;	vulgarisation organisés					
	A3.1.2 : Elaborer et vulgarisation d'un document des messages clés à promouvoir, prenant en compte tous les volets de la santé et du bien-être ;	Thématiques ; Cadres MSPP/Ministères Sectoriels ; Documentations ; les Médias publics et privés, les OSC etc	Existence d'un document contenant des messages clés à promouvoir prenant en compte tous les volets de la santé et du bien-être	0	23	DPSHP /MSPP	MSPP/PTFs	50 000 000
	A3.1.2.1 : Organiser un atelier de validation des messages clés à promouvoir, prenant en compte tous les volets de la santé et du bien-être ;	Draft des messages clés sur la promotion de la santé et du bien-être	Tenue de l'atelier et validation des messages clés à promouvoir, prenant en compte tous les volets de la santé et du bien-être ;	0	1	DPSHP /MSPP	MSPP/PTFs	15 000 000
	A3.1.2.2 : Produire des outils de communication avec les messages clés à promouvoir, prenant en compte tous les volets de la santé et du bien-être ;	Messages validés	Nombre des messages produits		5.000	DPSHP /DSC/DI RCOM/MSPP	MSPP/PTFs	50 000 000
	A3.1.2.3 : Organiser une campagne de diffusion des messages clés, prenant en compte tous	Messages ; Médias	Nombre de diffusion		6.624	DPSHP /MSPP	MSPP/PTFs	50 000 000

	les volets de la santé et du bien-être à travers des médias									
	A3.1.2.4 : Former les acteurs de santé en technique de communication et utilisation des outils de sensibilisation	Outils informatiques ; Modules ; Didactiques ; Ressources humaines ; Finances ; Logistiques	Nombres des acteurs formés dans les 23 Provinces ; Rapport de formation		2300	DPSHP /DSC/DI RCOM/MSPP	MSPP/PTFs	230 000 000		
	A3.1.3 : Compiler les rapports annuels des différentes Directions du MSPP ainsi que ceux des Ministères sectoriels	Disponibilité des rapports des directions et Ministères sectoriels ; Outils informatiques	Rapport compilé	0	2000	DPSHP /MSPP	MSPP/PTFs	10 000 000		
OS 3.2 : Mettre en place un cadre de collaboration avec les médias pour favoriser l'éducation à la santé	A3.2.1 : Créer un cadre de partenariat avec les mass médias y compris les influenceurs pour la promotion de la santé et du bien-être	Arrêté Ministériel ; Un cadre pour les réunions ; Fonctionnement	Convention Rapports des réunions et arrêté,	0	1	DPSHP /MSPP	MSPP/PTFs	20 000 000		
	A3.2.2 : Réaliser une campagne nationale annuelle d'information sur les risques sanitaires majeurs et attitudes favorables à la santé (Communication classique et digitale) ;	Logistiques ; médias ; Supports éducatifs ; finances ; Ressources humaines	Nombre de campagnes réalisées	0	Six (6)	DPSHP /MSPP	MSPP/PTFs	2 070 000 000		
	A3.2.3 : Commémoration de la semaine d'information sur la santé et le bien-être (Semaine de la journée mondiale de la santé)	Logistiques ; médias ; Supports éducatifs ; finances ; Ressources humaines	Rapport d'activités de la semaine mondiale de la santé et du bien-être		6	DPSHP /MSPP	MSPP/PTFs	1 380 000 000		

Objectif stratégiques 4 : Encourager l'action communautaire pour mieux contrôler les déterminants de la santé et du bien-être								
Résultats attendus 4 : Action communautaire pour mieux contrôler les déterminants de la santé et du bien-être								
Objectif spécifique	Activité prioritaire	Intrants	Indicateurs	Baseline	Cibles	Responsable	Contributeurs	Budget
OS 4.1 : D'ici 2028, renforcer l'implication des communautés dans la promotion de la santé et bien-être dans 80% des provinces ;	A4.1.1 : Appuyer la mise en œuvre de la stratégie de la santé communautaire	Document de la stratégie	Activités réalisées ; Provinces touchées ; Rapports d'activités	0	23	DPSHP /DSC/DI RCOM/MSPP	MSPP/PTFs	200 000 000
	A4.1.2 : Elaborer un manuel de renforcement des capacités des communautés sur la promotion de la santé et du bien-être	Thématiques ; Cadres MSPP/Ministères Sectoriels ; Documentations ; les Médias publics et privés, les OSC etc	Existence du manuel de renforcement des capacités des communautés sur la promotion de la santé et du bien être	0	5.000	DPSHP /DSC/DI RCOM/MSPP	MSPP/PTFs	50 000 000
	A4.1.3 : Renforcer les capacités et connaissances de 1150 leaders (leaders communautaires, leaders religieux, leaders traditionnels, des tradipraticiens, des professionnels de santé) par provinces sur l'action communautaire pour la promotion de la santé et du bien-être ;	Outils informatiques ; supports didactiques ; modules de formation ; Finances ; Logistiques ; Ressources humaines	Rapports des formations ; Nombres leaders formés	0	1150	DPSHP /DSC/DI RCOM/MSPP	MSPP/PTFs	3 000 000 000
Objectif stratégiques 5 : Promouvoir l'innovation et vulgariser les données utiles à une meilleure orientation des interventions.								
Résultats attendus 5 : Bases factuelles (Données utiles) développées et vulgarisées en vue d'une meilleure orientation des interventions								
Objectif spécifique	Activité prioritaire	Intrants	Indicateurs	Baseline	Cibles	Responsable	Contributeurs	Budget

OS 5.1.1 : Mettre en place un cadre de collaboration avec des institutions d'enseignements supérieurs, de recherche et d'innovation pour favoriser la recherche sur les déterminants de la santé ;	A5.1.1.1 : Créer un cadre partenariats avec les institutions d'enseignements supérieurs, de recherche et d'innovation sur la promotion de la santé et le bien-être ;	Arrêté Ministériel conjoints ; Un cadre pour les réunions ; Fonctionnement	Rapports des réunions et arrêté,	0	1	DPSHP /MSPP / MESRI	MSPP /PTFs	20000000
	A5.1.1.2 : Réaliser chaque 2 ans l'inventaire des sujets de recherches prioritaires en promotion de la santé et bien-être et partager avec les institutions d'enseignements supérieurs, de recherche et d'innovation.	Recueil des sujets de recherche ; Ressources humaines ; Finances ; Un cadre pour les réunions ; Fonctionnement	Nombre des sujets recherches retenus	0	Six (6)	DPSHP /MSPP / MESRI	MSPP /PTFs	30000000
	A5.1.1.3 : Faire le plaidoyer auprès des institutions d'enseignements supérieurs, de recherche et d'innovation pour l'introduction de formations continues et/ou initiales sur la promotion de la santé et du bien-être et ses déterminants ;	Donner statistiques sur la promotion de la santé et du bien-être ; Logistique ; Finances ; Ressources humaines ;	Rapport des plaidoyer	0	3	DPSHP /MSPP / MESRI	MSPP /PTFs	15000000

CHAPITRE VI CADRE DE MISE EN OEUVRE

6.1 - Mécanisme de mise en oeuvre

6.1.1 - Acteurs de la mise en œuvre

Pour le succès de la mise en œuvre de la stratégie de promotion de la santé et du bien-être, les acteurs de la mise en œuvre sont ceux qui travaillent pour le développement et le bien-être de la population au Tchad. Dans un premier temps, il s'agit bien entendu du secteur de la santé sous la coordination de la Direction de la Promotion de la Santé et de l'Hygiène Publique. Au-delà, tous les Ministères sectoriels, institutions publiques ou privées, programmes et projets de santé, organisation de la société civile, organisation à base communautaire et communautés sont concernés par la mise en œuvre de la SNPSBE.

6.1.2 - Rôles des parties Prenantes de la Mise en Œuvre

Tableau : Rôles des parties Prenantes de la Mise en Œuvre

Partie prenante	Rôle	Responsabilité
Ministère en charge de la Santé Publique	Assurer le lead de la mise en œuvre de cette stratégie, coordonner et superviser l'ensemble du processus de mise en œuvre, assurant une communication fluide entre les différents acteurs ;	Élaborer des plans d'action détaillés, coordonner les parties prenantes, surveiller les indicateurs de performance, et ajuster les stratégies en fonction des résultats.
Ministères sectoriels en charge des différents déterminants de la Santé	Intégrer les objectifs de santé dans les politiques sectorielles et assurer leur contribution dans l'approche multisectorielle ;	Aligner les actions sur les objectifs de santé, partager les données pertinentes, collaborer avec le Ministère de la Santé Publique et de la Prévention, mettre en œuvre les actions relevant de la responsabilité du secteur et apporter l'appui technique.
Autorités locales	Faciliter les conditions de mise en œuvre de cette stratégie, contribuer à adapter les plans d'action nationaux aux besoins et réalités locales ;	Coordonner la mise en œuvre au niveau local, mobiliser les ressources communautaires et faciliter la communication entre la population et les autorités.
Partenaires Techniques et Financiers	Fournir un soutien financier et technique pour renforcer les capacités de mise en œuvre de cette stratégie ;	Participer aux mécanismes de coordination, aligner les actions sur les priorités nationales, participer au suivi, l'évaluation et vulgariser les meilleures pratiques.
Médias	Diffuser les informations précises et accessibles sur les enjeux de santé, tout en facilitant la communication entre les autorités et la population.	Participer à la diffusion des messages clés
Organisations de la Société Civile	Agir en tant que relais entre la communauté et les autorités, en plus, surveiller la mise en œuvre ;	Mobiliser la société civile, fournir des retours sur la mise en œuvre et participer à la sensibilisation.
Organisations à Base Communautaire	Mettre en œuvre des initiatives au niveau communautaire et servir de liaison entre la communauté et les autorités ;	Planifier et exécuter des activités locales, collecter des données pertinentes et faciliter la communication.
Communautés	Participer activement à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions de santé ;	Identifier les besoins locaux, participer aux actions de santé et offrir des retours sur les résultats obtenus.

6.1.3 - Analyse des Risques et Obstacles à la Mise en Œuvre

Une analyse des risques et obstacles potentiels est réalisée et comprend l'identification des barrières financières, des résistances culturelles, des lacunes en matière de capacités et d'autres défis possibles. Une estimation de leur probabilité et leur impact suivi de quelques stratégies d'atténuation pour minimiser l'impact de ces risques et garantir une mise en œuvre réussie.

Tableau : Analyse des risques et obstacles à la mise en œuvre (fort, faible et moyen)

Risques / Barrières	Probabilité	Impact	Mesure d'atténuation
Insuffisance de financement	Elevée	Elevé	Mobiliser les ressources des financements locaux
Insuffisance des ressources humaines qualifiées	Moyen	Moyen	Insérer un module dans le curricula en lien avec les déterminants de la promotion de la santé
Faiblesse de cadre de coordination	Faible	Elevé	Créer un acte permettant le renforcement de la coordination avec toutes les institutions connexes
Faible engagement des hautes autorités	Faible	Elevé	Disséminer la stratégie auprès des instances de prise des décisions
Faible implication des Ministères sectoriels	Moyen	Elevé	Disséminer la stratégie auprès des ministères sectoriels
Faible engagement des médias	Elevée	Elevé	Disséminer la stratégie, sensibiliser (former) sur la stratégie
Faible engagement des partenaires techniques et financiers	Elevée	Elevé	Faire la cartographie des PTFs
Faible engagement des Organisations de la société Civile et Organisations à base communautaire	Elevée	Elevé	Impliquer les Organisations de la sociétés Civiles et Organisations dans tous les processus (Elaboration, mise en œuvre et suivi-évaluation)
Faible engagement des communautés	Elevée	Elevé	Impliquer les communautés dans tous les processus (Elaboration, mise en œuvre et suivi-évaluation)
Faible contrôle et mesures d'accompagnements	Moyen	Moyen	Améliorer la gouvernance
Epidémies émergentes et réémergentes	Moyen	Faible	Travailler en collaboration avec COUSP
Afflux de nouveaux réfugiés et migrants	Elevée	Elevé	Contribuer au plan de contingence,
Barrières de pesanteurs socio-culturelles	Elevée	Elevé	Sensibiliser la communauté sur les mesures d'hygiène individuelle et collective, l'assainissement de milieux et le comportement alimentaire
Survenue de catastrophes naturelles (Inondations, incendies, sécheresse,) ;	Moyen	Elevé	Renforcer la capacité d'adaptation aux changements climatiques et la riposte pour atténuer les risques sanitaires
Conflits armés	Moyen	Moyen	Sensibiliser la population sur le vivre ensemble et la cohabitation pacifique
Conflits intercommunautaires	Elevée	Moyen	Sensibiliser la population sur le vivre ensemble et la cohabitation pacifique
Affectation et mutation du personnel	Moyen	Faible	Former et affecter, stabiliser de personnel à la Direction en charge de la promotion de la santé et dans les Délégations Provinciales de la Santé et de la Prévention

6.2 Mécanisme de coordination

La coordination efficace de la stratégie à différents niveaux (central, provincial, départemental, et communal) est cruciale pour assurer une mise en œuvre harmonieuse et intégrée. Voici un mécanisme de coordination proposé :

6.2.1 - Niveau central/ (National) :

1. Comité National Multisectoriel de Promotion de la Santé et du Bien-Etre :

- Mise en place d'un comité National Multisectoriel de Promotion de la Santé et du Bien-Etre composé de représentants du Ministère de la Santé Publique et de la Prévention, des Ministères sectoriels en charge des déterminants de la Santé, des partenaires techniques et financiers, des organisations de la société civile, et d'autres parties prenantes clés.
- Ce comité sera responsable de la supervision générale de la mise en œuvre de la stratégie, de l'harmonisation des actions entre les différents secteurs et de la résolution des problèmes transversaux

2. Secrétariat Technique National :

- Le secrétariat technique national de la mise en œuvre de la stratégie de Promotion de la Santé et du Bien-Etre est assurée par le Ministère de la Santé et de la Prévention à travers sa Direction de la promotion de la santé et de l'Hygiène Publique pour assurer la coordination opérationnelle au quotidien. Conception et planification.
- Ce secrétariat sera chargé de la collecte et de la diffusion/partage d'informations, de la production de rapports, de la gestion des ressources et de la communication avec les niveaux inférieurs.

3. Réunions Semestrielles du Comité National Multisectoriel de Promotion de la Santé et du Bien- Etre (national, provincial, départemental, communal):

- Organisation de réunions régulières du Comité National Multisectoriel de Promotion de la Santé et du Bien-Etre pour discuter des progrès, des défis et des ajustements nécessaires des interventions de Promotion de la Santé et du Bien Etre.
- Mise en place de groupes de travail spécialisés pour aborder des aspects spécifiques de la stratégie, tels que la mobilisation des ressources, la communication et la surveillance.

6.2.2 - Niveau Provincial :

1. Comités de Coordination Provinciaux :

- Veillera à la mise en œuvre de la politique nationale de la promotion de la santé et du bien-être. Ces comités de coordination dans les 23 provinces,

dirigés par les autorités sanitaires provinciales, avec la participation des représentants des ministères sectoriels, des autorités locales, des partenaires techniques et financiers, et des organisations de la société civile et communautaire.

- Ces comités assureront une liaison entre le niveau central, intermédiaire et périphérique en veillant à la cohérence des actions dans la province.

2. Points focaux provinciaux de Promotion de la Santé et Bien-être :

- Un point focal Promotion de la Santé et Bien-être au sein des Délégations provinciales de la santé est nommé par le Délégué pour faciliter la mise en œuvre au niveau local.
- Ce point focal est sous la responsabilité du Délégué. Il assure la collecte de données provinciales, les analyse et les interprète.
- Le rapport du point focal validé par le Délégué est transmis à la hiérarchie à temps

6.2.3 - Niveau Departemental /District :

1. Comités Départementaux/District de Promotion de la Santé et Bien-être:

Établissement de comités de coordination départementaux sous la direc-

- tion des autorités sanitaires départementales (MCD), avec la participation des représentants des ministères sectoriels, des autorités locales, des partenaires techniques et financiers et des organisations de la société civile.
- Ces comités veilleront à la déclinaison des actions au niveau départemental et à la remontée d'informations vers le niveau provincial.

2. Points Focaux Départementaux/District de Promotion de la Santé et Bien-être :

- Désignation de points focaux départementaux au sein des Districts Sanitaires pour assurer le suivi quotidien de la mise en œuvre en collaboration avec les cellules techniques provinciales.
- Ces points focaux seront en contact direct avec les cellules techniques provinciales et joueront un rôle clé dans la collecte d'informations au niveau local.
- Ces points focaux sont nommés par les DPSP sur la proposition des MCD

1. L'ASC de santé Communautaire de Promotion de la Santé et Bien-être (CF Stratégie Nationale de la Santé Communautaire) :

6.3 Mécanismes de suivi - évaluation

En intégrant un mécanisme de suivi robuste et un processus d'évaluation complet, la Stratégie Nationale de la Promotion de la Santé et du Bien-être pourra être

adaptée en temps réel, maximisant ainsi son impact et garantissant l'atteinte des objectifs fixés.

6.3.1 - Mécanismes de Suivi :

1. Indicateurs de Suivi :

- Une liste d'indicateurs de suivi clés, extrait du cadre logique incluant des mesures quantitatives et qualitatives représentatives des objectifs spécifiques et activités de la stratégie sera élaboré. Cela peut inclure des indicateurs de santé, des indicateurs de comportements, des indicateurs socio-économiques, etc.

2. Base de Données Centralisée :

- Un plaidoyer sera fait pour l'inclusion de quelques données de promotion de la santé et du bien-être dans le DHIS 2 ;
- Ces données peuvent être accessibles aux parties prenantes concernées et permettront une évaluation en temps réel des progrès.

3. Rapports Périodiques :

- Les rapports sont établis conformément aux directives de la DSIS. Ces rapports peuvent être générés mensuellement, trimestriellement ou annuellement en fonction de la nature des indicateurs au niveau central,
- Provincial, Départemental/District ou communal.

4. Réunions ponctuelles de Suivi :

- Organisation de réunions ponctuelles de suivi régulières impliquant les parties prenantes à tous les niveaux (national, provincial, départemental, communal) pour discuter des résultats, des défis rencontrés, et des actions correctives nécessaires.

5. Feedback des Communautés :

- Un mécanisme de rétroaction directe des communautés, tel que des groupes de discussion ou des enquêtes communautaires, pour obtenir des perspectives locales sur la mise en œuvre de la stratégie est aussi envisageable.

6.3.2 - Mécanismes d'Évaluation :

1. Evaluation Interne :

- Mise en place d'une équipe d'évaluation interne composée d'experts techniques et de représentants des différentes parties prenantes. Cette équipe sera responsable d'évaluer les progrès, d'analyser les données de suivi, et de formuler des recommandations à mi-parcours et à la fin de la période de mise en œuvre

- Evaluation à mi-parcours (Premier semestre 2027)
- Evaluation finale (2030).

2. Evaluation Externe Indépendante :

- Engagement d'une équipe d'évaluateurs externes indépendants pour apporter une perspective objective. Cette évaluation externe peut se faire à intervalles réguliers prédéfinis pour assurer la crédibilité du processus ;
- Evaluation externe à mi-parcours (Premier semestre 2027).

3. Évaluation des Coûts et des Bénéfices :

- Analyse des coûts et des bénéfices des différentes actions entreprises dans le cadre de la stratégie. Cette évaluation économique permettra de déterminer l'efficacité des investissements et d'optimiser l'utilisation des ressources.

4. Rapports d'Évaluation :

- Production de rapports d'évaluation complets, documentant les résultats obtenus, les leçons apprises, et les recommandations pour l'amélioration continue. Ces rapports seront partagés avec toutes les parties prenantes et le public pour assurer la transparence.

5. Adaptation de la Stratégie :

- Utilisation des résultats de l'évaluation pour ajuster la stratégie nationale, en identifiant les domaines qui nécessitent des améliorations, des modifications de tactiques, ou de nouvelles orientations.

6. Participation Communautaire dans l'évaluation :

- Intégration des perspectives communautaires dans le processus d'évaluation en organisant des consultations et des entretiens avec les membres des communautés bénéficiaires.

6.4 - Contrôle et mesures d'accompagnements

6.4.1 - Outils de contrôle

Coordination de la police sanitaire :

Créé par le décret n° 1611/PR/MSP/2019 du 03 Octobre 2019, la Police Sanitaire est chargée de promouvoir l'information, la sensibilisation, la communication sociale en matière de la santé, d'hygiène publique et de la protection de l'environnement. Elle doit procéder à la recherche, la constatation des infractions en matière d'hygiène et d'assainissement et leur répression conformément à la législation en vigueur et plus spécifiquement de fédérer toutes ses énergies afin de faire face à tous les problèmes liés à la santé, l'hygiène publique et à l'environnement. Elle doit à cet effet lutter contre les médicaments de la rue, les

aliments malsains et/ou périmés, le mauvais environnement, le tabagisme et lutter contre les infractions des textes. Cet organe a une dimension multisectorielle du fait de sa mission. [17]

La Police sanitaire du Ministère en charge de l'élevage ; La Police nationale ; La Police Municipale ; Le Corridor douanier et les autres institutions dans leur mission régalienne contribueront également au contrôle de la mise en vigueur des mesures et réglementations mise en place de la cadre de cette stratégie.

6.4.2 - Mécanismes de contrôle

1. Inspection Régulière :

- Mise en place d'une équipe d'inspection dédiée chargée de vérifier la conformité des entreprises, des institutions et des organisations aux réglementations en matière de santé et de bien-être ;
- Fréquence régulière des inspections avec des critères de conformité clairs.

2. Système de Surveillance en Temps Réel :

- Développement d'un système de surveillance en temps réel pour suivre les indicateurs clés liés à la promotion de la santé. Cela peut inclure des indicateurs de conformité, des statistiques de santé publique, etc.
- Utilisation de la technologie pour automatiser la collecte des données et faciliter l'analyse.

3. Sanctions et Pénalités Dissuasives :

- Renforcement continu du cadre législatif, réglementaire, de sanctions et de pénalités dissuasives pour les contrevenants. Ces sanctions peuvent inclure des amendes substantielles, la révocation de licences, ou d'autres mesures en fonction de la gravité de la non-conformité.

4. Campagnes de Sensibilisation et de Formation :

- Lancement de campagnes de sensibilisation régulières pour informer les entreprises et le public sur les réglementations en vigueur en matière de santé et de bien-être.
- Organisation de sessions de formation pour les entreprises afin de les aider à comprendre et à mettre en œuvre les mesures requises.

5. Certification, Labels de Conformité et récompenses pour la Conformité Exemple :

- Établissement d'un programme de certification et d'octroi de labels de conformité pour les institutions publiques et privées respectant les normes de santé et de bien-être ;
- Utilisation de ces certifications comme moyen de reconnaissance public et encouragement à l'adhésion volontaire ;
- Instauration d'un système de récompenses pour les institutions

qui démontrent une conformité exemplaire aux réglementations de santé et de bien-être ;

- Ces récompenses peuvent inclure des avantages fiscaux,

7. Plateforme de Signalement et de Feedback :

- Création d'une plateforme de signalement où les citoyens, les employés, ou d'autres parties prenantes peuvent signaler les infractions ou les préoccupations concernant le respect des réglementations en matière de santé et de bien-être.
- Mécanismes de protection pour les lanceurs d'alerte afin d'encourager la transparence.

8. Dialogue Continu avec les Entreprises :

- Établissement d'un canal de dialogue continu avec les entreprises pour comprendre leurs défis, fournir des conseils et encourager la collaboration dans la promotion de la santé et du bien-être ;
- Encouragement des entreprises à signaler les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre des mesures.
- Utilisation des résultats de l'évaluation pour ajuster la stratégie nationale, en identifiant les domaines qui nécessitent des améliorations, des modifications de tactiques, ou de nouvelles orientations.

7. Participation Communautaire dans l'évaluation :

- Intégration des perspectives communautaires dans le processus d'évaluation en organisant des consultations et des entretiens avec les membres des communautés bénéficiaires.

6.5 - Mécanismes de financement

Le mécanisme de financement diversifié, combinant des contributions nationales, locales, internationales, et du secteur privé, offre une approche holistique pour assurer une base financière solide à la stratégie nationale de promotion de la santé et du bien-être. La diversification des sources de financement et la recherche d'autres mécanismes innovants contribuent à la stabilité financière et à la résilience du programme.

6.5.1 - Contribution à partir du Budget National :

1. Allocation budgétaire dédiée :

- Intégration d'une allocation budgétaire spécifique pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de promotion de la santé et du bien-être dans le budget national.
- Cette allocation permettra de garantir un financement stable et prévisionnel.

Contribution des Communes :

1. Fiscalité Locale:

- Encouragement des communes à allouer une partie de leurs revenus fiscaux locaux spécifiquement à des initiatives de santé et de bien-être.
- Mise en place de mécanismes incitatifs, tels que des avantages fiscaux, pour les communes qui affectent des ressources supplémentaires à ces initiatives.

2. Partenariats Public-Privé locaux:

- Facilitation de partenariats public-privé au niveau communal, encourageant les entreprises locales à contribuer financièrement à des projets de santé en échange de bénéfices sociaux ou fiscaux.
- Renforcement du partenariat avec les communautés locales afin de les amener à contribuer financièrement dans la limite de leurs moyens à des projets liés à la promotion de la santé et du bien-être en échange de certains avantages d'ordre social.

6.5.2 - Contributions des Partenaires Techniques et Financiers :

1. Accords de Financement Bilatéraux et Multilatéraux :

- Négociation d'accords de financement bilatéraux avec des gouvernements étrangers et d'accords multilatéraux avec des organisations internationales pour mobiliser des ressources financières supplémentaires.

2. Appels à projets :

- Émission d'appels à projets ciblés invitant les partenaires techniques et financiers à soumettre des propositions pour le financement de projets spécifiques liés à la promotion de la santé et du bien-être.
- Mobilisation auprès de la diaspora tchadienne du financement destiné à la réalisation des projets liés à la promotion de la santé et du bien-être en faveur des communautés.

6.5.3 - Contribution des Autres Secteurs :

1. Intégration des Objectifs de Santé :

- Encouragement des ministères et des secteurs non directement liés à la santé (éducation, agriculture, environnement, etc.) à intégrer des objectifs de santé dans leurs plans stratégiques et à allouer des ressources en conséquence.

2. Partage de Coûts avec d'Autres Ministères :

- Établissement de mécanismes de partage des coûts avec d'autres ministères, où les coûts liés à la promotion de la santé et du bien-être sont répartis en fonction des avantages potentiels pour chaque secteur.

3. Points focaux dans les ministères sectoriels :

- Désignation des points focaux au sein des ministères impliqués dans le domaine de la santé pour suivre de manière rapprochée les activités découlant de la mise en œuvre de la stratégie de la promotion de la santé et du bien-être et rendre compte à leurs hiérarchies.

6.5.4 - Contributions des entreprises :**1. Programmes de Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE) :**

- Encouragement des entreprises à intégrer des initiatives de santé et de bien-être dans leurs programmes de responsabilité sociale, en fournissant des incitations fiscales ou des reconnaissances spéciales.

2. Partenariats Public-Privé :

- Promotion des partenariats public-privé dans lesquels les entreprises s'engagent à financer des projets de santé et du bien-être en échange de bénéfices commerciaux ou d'une image positive.

6.5.5 - Mécanismes de Financement Innovants :**1. Obligations à Impact Social « Do no harm »:**

- Exploration de l'utilisation d'obligations à impact social, où les investisseurs financent des projets de santé et du bien-être et reçoivent un retour sur investissement basé sur les résultats atteints.

2. Financement Participatif « Crowdfunding » :

- Utilisation de plateformes de financement participatif pour mobiliser des fonds auprès du public et des communautés locales, en mettant l'accent sur la transparence et la participation.

3. Incitations Fiscales pour les Dons :

- Mise en place d'incitations fiscales pour encourager les individus, les entreprises et les organisations à faire des dons spécifiquement pour des projets de santé et du bien-être.

FIN

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Ndjepel, J., Ngangue, P., & Vii Mballa Elanga, E. (2014). Promotion de la santé au Cameroun : État des lieux et perspectives: *Santé Publique*, S1(HS), 35-38. <https://doi.org/10.3917/spub.140.0035>
- 2- *Stratégie cantonale PSP Perspectives 2030 – Etat de Fribourg* (s. d.).
- 3- Houéto, D. (2008). La promotion de la santé en Afrique subsaharienne : État actuel des connaissances et besoins d'actions. *Promotion & Education*, 15(1_suppl), 49-53. <https://doi.org/10.1177/1025382308094000>
- 4- OMS (18.10.2023). *Rapport soixantième-treizième session du Comité régional* (s. d.).
- 5- *Plan National de Développement Sanitaire 2022 2030* (s. d.).
- 6- *Glossaire de la promotion de la santé* (s. d.).
- 7- *Rapport final enquête nationale de nutrition et de mortalité rétrospective smart 2021 Tchad* (s. d.).
- 8- *Le Financement du Logement en République du Tchad Vers un Logement Abordable pour Tous* (s. d.).
- 9- *Plan Multisectoriel de Lutte et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles 2017-2021* (s. d.).
- 10- *Comptes Nationaux de la santé 2022* (s. d.).
- 11- ARRETE N°00 97 PORTANT ORGANISATION FONCTIONNEMENT ET ATTRIBUTIONS DU MSPP (s. d.).
- 12- *Projection Démographique DSSIS 2023 Koundoul* (s. d.).
- 13- *RAPPORT REUNION HEBDOMADAIRE CLUSTER SANTE* (s. d.).
- 14- *PSN VIH – Hépatite – IST - TB conjoint* (s. d.).
- 15- *Annuaire des médias du Tchad 2020* (s. d.).
- 16- *Plan National d'adaptation au changement climatique de la République du Tchad* (1er 2021) (s. d.).
- 17- Frenk, C. (2023, 31 mars). *Le grand invité Afrique - Catherine Liousse : «Il y aurait un million de morts par an liés à la pollution de l'air aux microparticules» en Afrique*. RFI. <https://www.rfi.fr/fr/podcasts/invite-afrique/20230331-pollution-de-l-air-le-manque-de-donnees-sur-l-afrique-est-criant-dit-catherine-liousse-cnrs>
- 18- *Plan stratégique de promotion de la santé 2018 2022 du Gouvernement francophone bruxellois* (s. d.).
- 19- OMS. *Rapport du secrétariat de la cinquante-quatrième assemblée mondiale de la sante - promotion de la sante* (s. d.).
- 20- OMS (2007, 22 mars). *Rapport du secrétariat la promotion de la sante à l'heure de la mondialisation soixantième assemblée mondiale de la sante* - (s. d.).

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ELABORATION ET VALIDATION (SNPSBE)

N°	NOM ET PRENOMS	INSTITUTION	FONCTION	TEL
1.	DAPSOU GUIDAOUSSOU	MSPP	SECRETAIRE GENERAL	66 27 82 16
2.	DJEDOSSOUM NAOUDOUNGAR	MSPP	CONSEILLER	66 28 99 20
3.	Dr AMBOULMATO HORMO	MSPP/SG	CONSEILLER	66 29 72 44
4.	Dr YAM-MADJI ALIACE	MSPP	DGSP	66 28 60 43
5.	Dr AMINA INOUA	MSPP/ DGSP	DIRECTRICE	66 25 73 97
6.	Dr KHADIDJA AMADAYE	MSP/DSR	DIRECTRICE	66 29 95 34
7.	Dr ABDERAMAN ADDI	MSPP/DOSR	DIRECTEUR	66 40 57 58
8.	Dr ANTOINETTE DEMIAN	MSPP/DV	DIRECTRICE	60 70 70 86
9.	DJAZOULI IBN ADAM	MSPP/ DPSHP	DIRECTEUR	66 28 44 66
10.	NGUETORA GUIRADOUMADJI	MSPP/ DPSHP	DIRECTEUR AD.	66 26 08 37
11.	Dr MAHAMAT FAYIZ	MEPA/IREDD	REP. ONE HEALTH	66 23 85 83
12.	Dr ONGRAM KOULETA II	MSP/DPSPP	DELEGUE LOGONE OCC.	66 47 41 47
13.	Dr NDOUWE DJONGA	MSP/DSPP	DELEGUE MANDOUL	66 35 08 09
14.	Dr RAMAT ABDOULAYE	MSP/DSPP	DELEGUE N'DJAMÉNA	66 25 08 46
15.	Dr FOKZIA ELIE	MSP/DSPP	DELEGUE BATHA	66 28 46 90
16.	Dr NDOUWE BONGA	MSP/DSPP	DELEGUE KOUMRA	66 35 08 09
17.	Dr MAHAMAT SALEH YOUSSEF	MSP/DSPP	DELEGUE LOGONE OR.	63 47 07 07
18.	Dr NENODJI MBAIRO	MSPP/PNLTD	COORDO PNLTD	66 11 59 58
19.	JANSERBE FALI	MSPP/ DLMSE	DIRECTEUR ADJOINT	68 47 98 65
20.	ZAKARIA NDARANGUE	MSPP/ DPSHP	CHEF SERVICE PS	60 59 16 57
21.	YAMBANG CHARLES	MSPP/ DPSHP	CADRE	66 35 37 50
22.	TENBE DONDJI	MSPP/ DPSHP	CADRE	66 29 59 23
23.	MOULDJIDE MBAIBEM	MSPP/DLSME	CADRE/CSMNT	66 45 42 29
24.	MAHAMAT ISMAIL	CSPB/DFBA	REP. DE LA DGRIE	66 27 93 87
25.	YOUSSEF ADOUM	MSPP/DSC	DIRECTEUR	66 90 99 99
26.	DAMAL RANGAR VICTORINE	MSPP/DLMSE	CADRE	66 22 59 41
27.	HAROUN ALI ABBA	MATD/MAIRIE	CHEF SERVICE HYGIENE	66 29 74 79
28.	SALEH ALI WARI	MEA	CADRE	66 36 25 55
29.	ABDELKADRE OUSMANE	MEPDD/PFEC	CADRE	66 25 70 15
30.	SOUAD ABDELKERIM ADAM	MSPP/DANA	CADRE	65 85 86 91
31.	RINALEM EDITH	MSPP/COUSP	CADRE	63 55 28 52
32.	MADJIADOUM MBAINDIGUIM O.	MSPP/DPSHP	CADRE À LA DPSHP	63 65 82 21
33.	NAISSEM JONAS	MSPP/DPSHP	PERSONNE RESSOURCE	66 29 47 20
34.	ABDELDJELIL MAHAMAT	MSPP/DPSHP	GESTIONNAIRE	66 33 39 81
35.	MOUSTAPHA HASSANE	MSPP/DC	TRADUCTEUR	66 79 54 51
36.	KOBIE AMINATA GRACE	OMS AFRO	CONTRIBUTEUR	
37.	MPEKE-NTOLLO LUROLE	OMS AFRO	CONTRIBUTEUR	
38.	Dr MOIALBAYE MAGLOIRE	OMS/TCHAD/HP	FACILITATEUR	60 04 04 49
39.				



Organisation
mondiale de la Santé

2024