



دراسة تحليلية حول ديناميكية سوق العمل الصحي في تشاد



ANALYSE DU MARCHÉ DU TRAVAIL EN SANTÉ AU TCHAD

PRÉFACE

La santé est l'un des piliers fondamentaux du développement humain et social. Au Tchad, comme dans de nombreux pays en développement, les défis liés à l'accès aux soins, à la qualité des services et à la disponibilité des ressources humaines en santé restent majeurs. Comprendre et analyser le travail accompli dans ce secteur est essentiel pour améliorer la prise en charge des populations et orienter les décisions stratégiques.

Cette étude sur l'analyse du marché de travail en santé au Tchad s'inscrit dans une démarche de réflexion et d'amélioration continue des données factuelles sur les ressources humaines en santé. Elle vise à identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les contraintes auxquelles font face les professionnels de santé au quotidien. Elle met en lumière la réalité du terrain, les conditions de travail, ainsi que les besoins en formation, en organisation et en moyens matériels.

En rassemblant les données, les témoignages et les observations, ce document offre non seulement un état des lieux, mais aussi des pistes de solutions concrètes pour renforcer le système de santé tchadien. Il s'adresse aux décideurs, aux partenaires techniques et financiers, aux professionnels de santé et à toute personne engagée dans la promotion de la santé publique.

Nous espérons que ce document contribuera à alimenter le dialogue entre les différents acteurs, à inspirer des initiatives concrètes d'investissement en ressources humaines et à renforcer l'engagement collectif pour un système de santé plus efficace, plus équitable et plus résilient au Tchad. Car, au-delà des chiffres et des constats, c'est la vie et la dignité de millions de personnes qui sont en jeu.

N'Djamena, le

24 SEPT 2025

Le Ministre de la Santé Publique et de la Prévention

وزير الصحة العامة والوقاية

Dr. ABDELMADJID ABDERAHIM MAHAMAT

د. عبد المجيد عبد الرحيم محمد



LISTE DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

Acronymes	Définition
AMTS	: Analyse du Marché du Travail en Santé
ATS	: Agent Technique de Santé
CNPS	: Comptes Nationaux des Personnels de Santé
CSU	: Couverture Maladie Universelle
DRHFP	: Direction des Ressources Humaines, de la Formation et de la Performance
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
IDH	: Indice de Développement Humain
IEG	: Indice d'Equité Géographique
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PIB	: Produit Intérieur Brut
PPP	: Purchasing Power Parity (Parité du Pouvoir d'Achat)
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
RHS	: Ressources Humaines pour la Santé
SFDE	: Sage-Femme Diplômée d'Etat
TBS	: Taux Brut de Scolarisation



TABLE SOMMAIRE

	Résumé exécutif	12
	Introduction générale	31
	Contexte	31
	1.1.1 Contexte géographique et démographique	32
	1.1.2 Contexte économique et capital humain	34
	1.2 Système de santé	38
	1.2.1 Présentation du système de santé	38
1.2.2 Etat de santé des populations tchadiennes		40
1.2.3 Besoins en santé induits par l'accueil des personnes en déplacement forcé		41
1.2.4 Dépenses de santé		41
1.2.5 Situation des personnels de santé		42
1.2.6 Rappel des principaux résultats de l'AMTS 2017 au Tchad		44
	Justification, Objectifs et Cadre méthodologique de l'AMTS au Tchad	49
	2.1 Justification et processus de l'AMTS 2024 au Tchad	50
	2.2 Objectifs de l'Analyse du Marché du Travail en Santé	52
	2.3 Cadre méthodologique de l'étude	53
2.3.1 Cadre conceptuelle de l'AMTS		53
2.4 Types d'études, Collecte et Analyse des données		54
2.4.1 Types d'étude		54
2.4.2 Collecte des données		54
2.4.3 Outils d'analyses		56



TABLE SOMMAIRE

Économie politique et facteurs macroéconomiques influençant le marché du travail en santé	57
---	----



3.1 Gouvernance des personnels de santé et du marché du travail en santé	58
3.1.1 Direction des Ressources Humaines, de la Formation et de la Performance (DRHFP)	58
3.1.2 Parties prenantes du marché du travail en santé au Tchad	63



Analyse du marché de la formation en santé : Offre en personnels en santé	65
4.1 Capacité de production et attractivité des formations en santé	65
4.1.1 Bref aperçu du système éducatif tchadien	66
4.1.2 Situation sur les institutions publiques et privées de formation en santé	66
4.1.3 Capacités de production des institutions de formations en santé	71
4.1.4 Attractivité et dynamique-genre des filières de formations en santé	73
4.2 Coût de la formation des personnels de santé	75
4.3 Rémunération et recrutements des personnels de santé	77
4.3.1 Rémunération des personnels de santé	77
4.3.2 Recrutements des personnels de santé pour le secteur public	79
4.4 Tendances actuelles de l'offre et du nombre de professionnels de santé (Vivier)	82
4.4.1 Effectifs/Nombre actuel des professionnels de santé – Genre	82
4.4.2 Chômage des professionnels de santé	83
4.5 Caractéristiques des professionnels de santé actifs	85
4.5.1 Disponibilité et densités des professionnels de santé	85
4.5.2 Équité de la distribution des personnels de santé	86
4.6 Demande de professionnels de santé : analyse des effectifs et des postes vacants	87
4.6.1 Analyse des postes vacants/comblés/disponibles dans le secteur public	87



5 Conditions de travail, conditions de vie et préférences des RHS	89
5.1 Profil sociodémographique et professionnel des enquêtés	89
5.1.1 Taux de couverture des enquêtés	90
5.1.2 Répartition par âge et par genre des professionnels de santé enquêtés	92
5.1.3 Attractivité et qualité de la formation	93
5.1.4 Préférences pour l'emploi	95
5.1.5 Aspirations salariales	97
5.1.6 Situation et satisfaction par rapport aux composantes de la rémunération	99
5.2 Satisfactions par rapport aux conditions de travail des RHS	99
5.2.1 Satisfaction des conditions de travail selon le genre et le milieu de résidence	105
5.2.2 Disponibilité de matériel technique et médical	107
5.2.3 La sécurité au travail	109
5.2.4 Stress au travail	110
5.2.5 Relations au travail	111
5.2.6 Double pratique et charge de travail	112
5.3 Disponibilité des services de base (Électricité, Eau, Sanitaire)	116
5.3.1 Disponibilité des services de base	116
5.3.2 Électricité	117
5.3.3 Eau	118
5.3.4 Sanitaire	119
5.4 Satisfactions par rapport aux conditions de vie	120
5.4.1 Satisfaction à la qualité des infrastructures	120
5.4.2 Satisfaction à la qualité des logements	120
5.4.3 Analyse des conditions spécifiques	121
5.5 Attrition : Intentions de départ et facteurs de démotivation	122
5.5.1 Intentions de départs selon le genre	122
5.5.2 Intentions de départs selon le milieu de résidence	123
5.5.3 Intentions de départs par catégories professionnelles	123
5.5.4 Analyse des motifs des intentions de départs des personnels de santé	125
5.5.5 Préférences d'emploi	128



Projections des besoins du marché du travail en santé	134
6.1 Perspectives d'évolution 2025 – 2035 de l'offre des personnels de santé	135
6.2 Projection de la demande en RHS	138
6.3 Estimation et projection des besoins en RHS au Tchad de 2025 à 2040	139
6.4 Simulation et analyse des déséquilibres du marché du travail de la santé au Tchad	143
6.5 Financement des RHS et faisabilité économique	147
6.5.1 Analyse de la masse salariale des RHS au Tchad	147
6.5.2 Faisabilité économique et espace financier pour investir dans les RHS au Tchad	150
Conclusion et Recommandations	156
7.1 Renforcement de la gouvernance et du système d'information sur les RHS	157
7.2 Renforcement de la formation initiale et continue	157
7.3 Intensification des recrutements des personnels de santé	158
7.4 Redéploiement, fidélisation et conditions de travail et de vie	159
7.5 Financement du secteur de la santé	159

Références

Annexes

9.1 Présence opérationnelle des partenaires du cluster santé au Tchad	161
9.2 Situation des demandes d'ouverture des écoles privées de formation des agents de santé, en instance de traitement à la DRHFP en 2024	162
9.3 Notes méthodologiques	163

LISTE DE TABLEAUX

Tableau 1 : Types d'analyse et questions de recherche pour guider l'AMTS	52
Tableau 2 : Méthodes d'échantillonnage pour la collecte de données primaires selon les populations cibles	56
Tableau 3 : Principaux acteurs de la gouvernance des RHS, par composante du marché du travail en santé	64
Tableau 4 : Capacité d'accueil des Institutions de formation en santé (Données non exhaustives)	71
Tableau 5 : Capacité d'accueil et durée des formation en santé, par filière, à l'Université	72
Tableau 6 : Taux de candidature, d'admission et d'occupation pour les principales filières à l'Université	74
Tableau 7 : Frais d'inscription et de scolarité des formations en santé, selon les filières, le pays d'origine, les types d'institutions et de régime	75
Tableau 8 : Frais d'inscription des étudiants en santé, selon les types d'institutions et les filières	76
Tableau 9 : Salaire annuel moyen brut et Autres avantages annuels (en F CFA) par catégories professionnelles du secteur public	77
Tableau 10 : Primes et Indemnités des Enseignants et Chercheurs du Supérieur	78
Tableau 11 : Evolution 2020-2024 des recrutements publics par catégories professionnelles	79
Tableau 12 : Effectifs de RHS en % du total	80
Tableau 13 : Indice d'Equité Géographique (IEG), par province et par catégorie professionnelle	87
Tableau 14 : GAP à combler pour les infirmiers, médecins et sages-femmes sur la base des normes nationales	88
Tableau 15 : Distribution des primes par sexe	100
Tableau 16 : Répartition des professionnels selon leurs niveau de satisfaction aux conditions de travail	107
Tableau 17 : Répartition des travailleurs selon la disponibilité de matériel technique et médical	108
Tableau 18 : Répartition selon l'opinion sur la sécurité au travail	109
Tableau 19 : Répartition selon l'existence de dispositif de sécurité dans la formation sanitaire	109
Tableau 20 : Répartition des professionnels de santé selon leur niveau de stress au travail	110
Tableau 21 : Répartition des travailleurs selon les relations au travail	111
Tableau 22 : Répartition du nombre de patients reçus selon le milieu de résidence	112
Tableau 23 : Répartition selon le nombre de jours de travail réalisé par semaine et la province	113

LISTE DE TABLEAUX

Tableau 24 : Répartition selon le nombre d'heures de travail réalisé par jour	114
Tableau 25 : Répartition selon la pratique d'activités connexes en dehors du travail	115
Tableau 26 : Répartition selon la tranche de rémunération mensuelle perçue des activités hors travail suivant le milieu de résidence	116
Tableau 27 : Répartition des répondants selon la disponibilité des services de base	117
Tableau 28 : Répartition selon la source d'approvisionnement en électricité de la formation sanitaire	117
Tableau 29 : Répartition selon la source d'approvisionnement en eau de la formation sanitaire	118
Tableau 30 : Répartition selon la source de financement des sanitaires améliorés	119
Tableau 31 : Répartition des répondants en fonction de la satisfaction à la qualité des infrastructures et le milieu de résidence	120
Tableau 32 : Répartition des répondants en fonction de la satisfaction à la qualité des logements dans la province d'exercice et le milieu de résidence	120
Tableau 33 : Répartition selon les conditions de vie et le milieu de résidence	121
Tableau 34 : Répartition selon les intentions d'attrition et le sexe	122
Tableau 35 : Répartition selon les intentions d'attrition et le milieu de résidence	124
Tableau 36 : Répartition des intentions d'attrition selon les catégories socioprofessionnelles	124
Tableau 37 : Répartition selon les nombres de départ et d'arrivées selon province la	127
Tableau 38 : Répartition des priorités selon l'ordre de choix	129
Tableau 39 : Répartition selon la préférence d'augmentation de salaire pour le travail en milieu rural	131
Tableau 40 : Sensibilité à l'augmentation des indemnités de déplacement pour le travail en milieu rural	132
Tableau 41 : Répartition selon la préférence d'augmentation des indemnités de dépaysement pour le travail en milieu rural	133
Tableau 42 : Répartition selon la préférence d'augmentation des indemnités de logement pour le travail en milieu rural	133
Tableau 43 : Projection de l'offre des RHS (2025-2035)	136
Tableau 44 : Projection de la demande potentielle des RHS au Tchad	138
Tableau 45 : Projection des besoins en RHS basée sur la charge de mortalité et de morbidité du Tchad (2025-2040)	142
Tableau 46 : Analyse des gaps par catégorie professionnelle (ISCO) en 2025 et 2040	145
Tableau 47 : Salaires et avantages monétaires de début de carrière dans le secteur public	148
Tableau 48 : Masse salariale projeté par catégorie professionnelles (2025-2040)	149

LISTE DE GRAPHIQUES

Graphique 1 : Rapports de masculinité (Hommes / Femmes), par groupe d'âges, en 2022	33
Graphique 2 : Taux de croissance démographique (en %) dans les pays africains en 2023	34
Graphique 3 : Pyramide des âges de la population tchadienne en 2025 estimée à 21 millions d'habitants	34
Graphique 4 : Pyramide des âges de la population tchadienne en 2040 estimée à 31 millions d'habitants	22
Graphique 5 : Evolution du PIB par habitant du Tchad (PPP, \$ international constant 2021)	35
Graphique 6 : Evolution 2000-2022 de l'IDH au Tchad et dans les pays-pairs	36
Graphique 7 : Dépenses publiques en Santé, Education et Assistance sociale (% PIB)	37
Graphique 8 : Indice du Capital Humain au Tchad et dans des pays ou zones comparables	37
Graphique 9 : Evolution 2000 – 2021 des dépenses totales de santé (en USD, 2022), par acteur (Gouvernement, Ménages, Assurances, PTF)	42
Graphique 10 : Evolution 2000 – 2021 des dépenses totales de santé en % du PIB, par acteur (Gouvernement, Ménages, Assurances, PTF)	42
Graphique 11 : Evolution 2000 – 2021 des dépenses de santé par habitant (en USD, 2022), par acteurs (Gouvernement, Ménages, Assurances, PTF)	42
Graphique 12 : Evolution 2000 – 2021 des dépenses de santé (Gouvernement, Ménages, Assurances, PTF) en % des dépenses totales de santé	42
Graphique 13 : Evolution 2000 – 2020 des TBS du primaire, secondaire et tertiaire du Tchad	66
Graphique 14 : Implications des TBS en termes de demande de formation en santé	66

LISTE DE GRAPHIQUES

Graphique 15 : Effectifs des institutions de formations en santé en 2013 et 2024, selon le type et le secteur	67
Graphique 16 : Répartition des institutions de formations en santé en 2024, selon le type, le secteur et la province	67
Graphique 17 : Demandes d'ouverture d'institutions privées/confessionnelles de formation en santé en 2024	68
Graphique 18 : Capacités d'accueil par filière au niveau des écoles privées de santé	73
Graphique 19 : Proportions des femmes et dans les candidatures et les admissions pour les principales filières à l'Université	74
Graphique 20 : Taux d'admission selon les filières et le genre au niveau universitaire	75
Graphique 21 : Recrutements des personnels de santé en 2023 et 2024, par catégorie professionnelle et PTF	80
Graphique 22 : Répartition par âge des Médecins, Infirmiers et Sages-femmes en 2018	81
Graphique 23 : Répartition par âge des Médecins, Infirmiers et Sages-femmes en 2023	81
Graphique 24 : Evolutions 2019 -2022 des densités nationales des infirmiers, médecins et sages-femmes	85
Graphique 25 : Evolution 2018 – 2022 de la densités des personnels de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes) pour 1 000 habitants selon les provinces du Tchad	86
Graphique 26 : Effectifs des personnels de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes), selon les provinces du Tchad en 2022	86
Graphique 27 : Taux de couverture des RHS enquêtés, selon les provinces	90
Graphique 28 : Taux de couverture des RHS enquêtées, selon les catégories professionnelles	90
Graphique 29 : Pyramide des âges des RHS enquêtées	92
Graphique 30 : Ages moyen et médian des RHS enquêtées, par catégories professionnelles	92
Graphique 31 : Répartition des RHS enquêtées par genre et statut matrimoniale	92
Graphique 32 : Répartition des RHS enquêtées par genre et catégories professionnelles	92
Graphique 33 : Situation salariale selon le sexe	99
Graphique 34 : Distribution de prime et autres avantages selon le sexe	102
Graphique 35 : distribution des avantages de service selon le sexe	103
Graphique 36 : Autre type d'avantage de service selon le sexe	104
Graphique 37 : Estimation de la population dans le besoin de services de santé	141

LISTE DE FIGURES

Figure 1 : Densité de la population (en rouge) par province du Tchad en 2022 (hbts au km2)	33
Figure 2 : Pyramide sanitaire du Tchad (Effectifs des infrastructures sanitaires en 2022, en rouge)	38
Figure 3 : Situation des personnes en déplacement forcé au Tchad (Avril 2025)	41
Figure 4 : Etapes clés du processus de l'AMTS 2024 au Tchad	50
Figure 5 : Cadre d'analyse du marché du travail de la santé des leviers politiques pour l'atteinte de la CSU	53
Figure 6 : Cadre d'analyse pour la planification des RHS basée sur les besoins	140
Figure 7 : Scénarii de l'offre et du besoin agrégée en RHS (2025-2040)	146
Figure 8 : Projection de l'offre, de la demande potentielle et des besoins en RHS (2025-2040)	147
Figure 9 : Analyse des scénarii financiers (espace financier)	150
Figure 10 : Mortalité des moins de 5 ans et densité des RHS	153
Figure 11 : Espérance de vie et densité des RHS	154
Figure 12 : Mortalité maternelle et densité des RHS	154
Figure 13 : Prévalence du VIH et densité des RHS	155

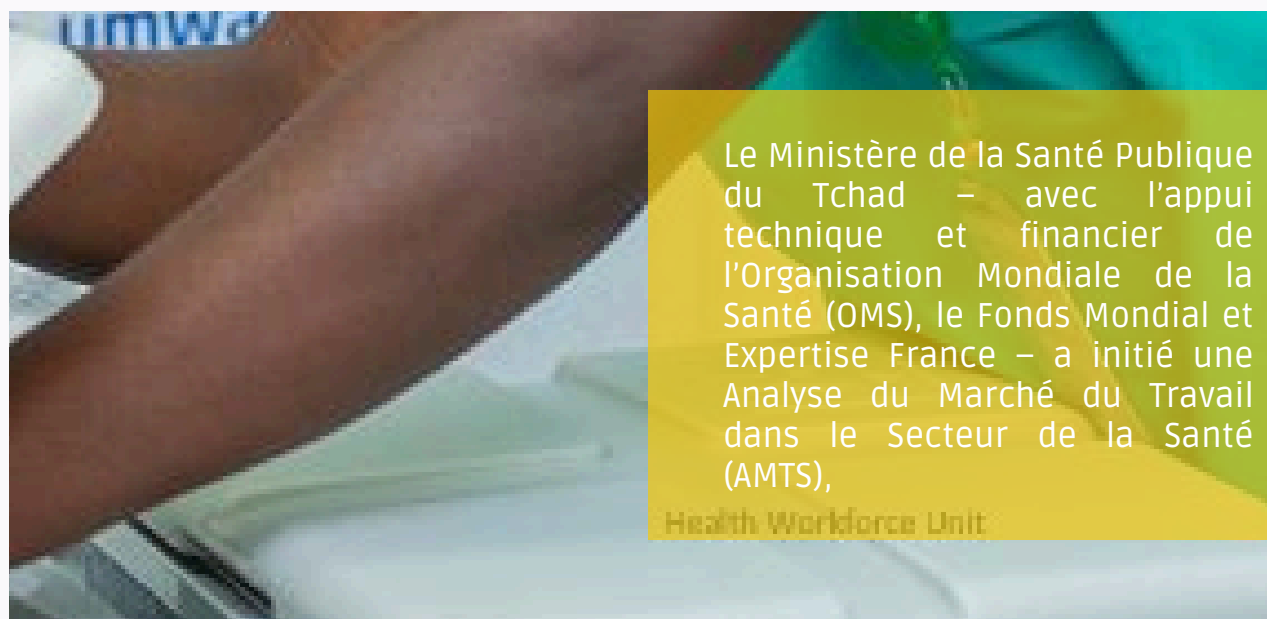
LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1 : Résumé des principaux résultats et recommandations de l'AMTS 2017 du Tchad	44
Encadré 2 : Bilan des réalisations phares des différents services de la DRHFP pour l'année 2024	60
Encadré 3 : Missions de la Direction des Ressources Humaines de la Formation et la Performance (DRHFP), Article 18, Décret N°0444/PR/ PM/MSP/2024	61
Encadré 4 : Formation des RHS par les institutions privées et ses conséquences : Opinions des médias	69
Encadré 5 : Définitions et spécificités du chômage dans le secteur de la santé	84



AMTS

INITIATIVE DU MINISTÈRE DE LA
SANTÉ PUBLIQUE DU TCHAD



Le Ministère de la Santé Publique du Tchad – avec l'appui technique et financier de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fonds Mondial et Expertise France – a initié une Analyse du Marché du Travail dans le Secteur de la Santé (AMTS),

Health Workforce Unit

2025-2035

RÉSUMÉ EXECUTIF

4 PILIERS DE L'AMTS TCHAD

cette Analyse du marché du travail en santé est la deuxième du genre après celle de 2017, afin de mieux comprendre la dynamique des marchés de l'éducation et du travail en santé sur les 5 années précédentes et d'orienter les décisions stratégiques et opérationnelles pour le développement des ressources humaines en santé (RHS). Plus spécifiquement, elle s'est appesantie sur 4 piliers d'analyse.

Ses différentes analyses ont tenu compte de certaines spécificités : les filières de formation, les types d'institutions (publics et privés), les catégories professionnelles, le genre, le milieu de résidence (rural vs urbain), les zones géographiques (provinces), les sources de financement, etc

- ✓ L'analyse des processus et de la performance du système de production des diplômés en santé;
- ✓ L'évaluation de l'offre, de la demande et des capacités d'absorption [1] des RHS;
- ✓ L'analyse des conditions et processus de déploiement et de fidélisation des personnels de santé, ainsi que leurs préférences d'emplois et leurs conditions de travail et de vie;
- ✓ L'analyse prospective à l'horizon 2040 de l'offre, de la demande et des besoins en personnels de santé, en tenant compte des perspectives macroéconomiques, de l'espace budgétaire pour la santé et des investissements pour les RHS

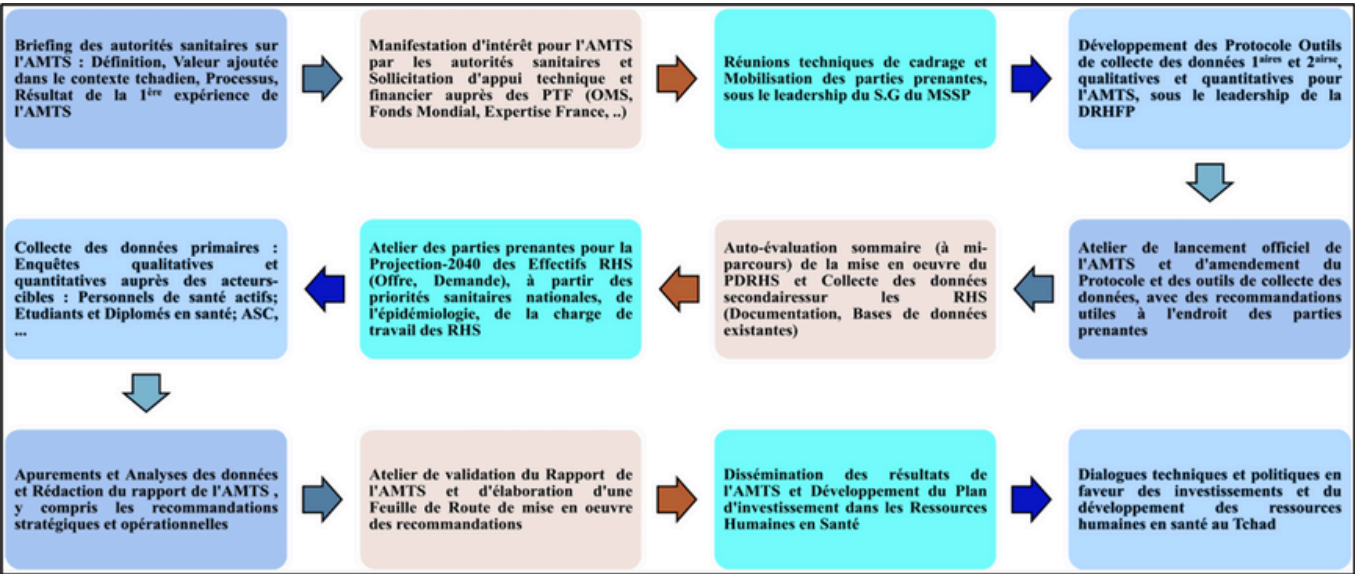
AMTS BETA VERSION 3.0

Ses différentes analyses ont tenu compte de certaines spécificités : les filières de formation, les types d'institutions (publics et privés), les catégories professionnelles, le genre, le milieu de résidence (rural vs urbain), les zones géographiques (provinces), les sources de financement, etc.

Sous le leadership du Secrétariat Général et de la DRHFP du MSP, l'AMTS 2024, de portée nationale, a été conduite à travers un processus participatif et multisectoriel (Santé, Enseignement supérieur, Finance, Fonction publique, Secteur privé, Société civile, Partenaires, etc.). Elle utilise le cadre conceptuel de Sousa et al. (2013) et une approche mixte – qualitative et quantitative – d'analyse de diverses sources de données secondaires (registres administratifs, rapports, structures de santé, institutions de formation, bases de données nationales et internationales) et des données primaires (enquêtes structurées sur échantillons représentatifs, auprès des étudiants/diplômés en santé, des professionnels de santé actifs, des responsables des structures de santé et des institutions publiques et privées de formation).

[1] Y compris le taux de vacance des postes, le taux de chômage

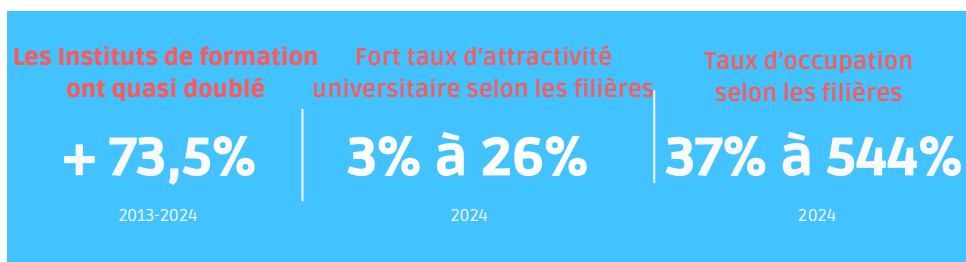
L'estimation des besoins en RHS à l'horizon 2040 et les analyses de faisabilité budgétaire et financière ont été faites en utilisant l'outil d'aide pour l'AMTS développé par Asamani et al. (2021). Les résultats de l'AMTS 2024 interviennent dans un contexte macroéconomique marqué par d'importants défis sécuritaires, humanitaires (accueil des réfugiés et retournés), environnementaux ou climatiques (inondations), sanitaire (pandémies, épidémies, etc.) et économiques qui accentuent les besoins et ralentissent les effets des politiques publiques de lutte contre la pauvreté et d'amélioration des conditions de vie des populations.

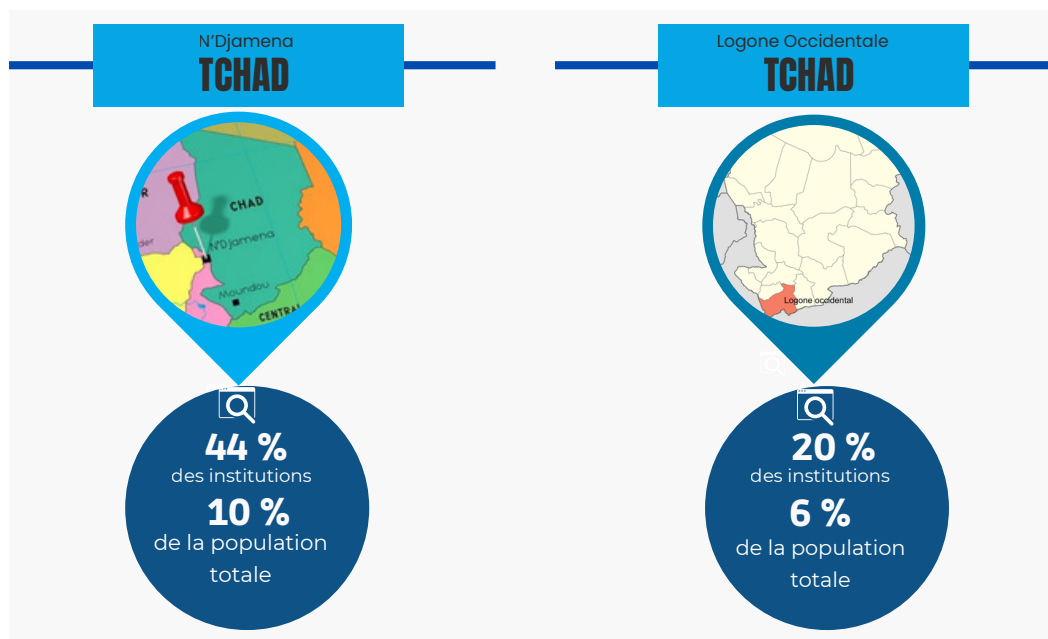


En matière de gouvernance des RHS et du marché du travail en santé, le Tchad dispose d'un nombre considérable de parties prenantes publiques et privées qui interviennent à tous les échelons du système de santé et dans toutes les étapes de développement des RHS (formation initiale et continue, recrutement, déploiement, fidélisation, prestation de service). Cependant, les mécanismes de gouvernance des RHS (Coordination, Synergie des interventions, Mobilisation ou mutualisation des ressources, Partage d'information pour complémentarité opérationnelle) sont faiblement développés. La DRHFP qui a vu ses prérogatives élargies en 2024 avec l'attribution des missions d'évaluation de la performance des services et des RHS a un rôle actif fondamental a joué dans l'amélioration de la gouvernance de l'ensemble des acteurs du marché du travail en santé, au niveaux national et infranational.

Concernant le marché de la formation en santé qui est en plein essor au Tchad du fait de la libéralisation du secteur. Entre 2013 et 2024, le nombre d'institutions de formation en santé a quasiment doublé, en passant de 34 à 59, du fait essentiellement de la dynamique du secteur privé et confessionnel dont les effectifs sont passés de 26 et 51 écoles, instituts et faculté de médecine, soit 76% et 86% de l'ensemble pour chacune des deux années.

Les provinces de N'Djamena et du Logone Occidentale concentraient respectivement 26 et 12 institutions de formations en santé, soit 44% et 20% de l'ensemble des institutions, alors qu'elles abritaient 10% et 6% de la population totale. En plus, 187 demandes d'ouverture des nouvelles institutions ou d'extension de celles existantes sont soumises à la DRHFP, dont plus de la moitié dans 3 provinces : N'Djamena (36%), Mayo-Kebbi Est (10%) et Logone Occidental (7%). Cette forte augmentation des institutions privées soulève aussi beaucoup d'inquiétudes quant à la qualité de la formation, aux compétences des diplômés et à la qualité des prestations offertes aux populations.





En matière de gouvernance des RHS et du marché du travail en santé, le Tchad dispose d'un nombre considérable de parties prenantes publiques et privées qui interviennent à tous les échelons du système de santé et dans toutes les étapes de développement des RHS (formation initiale et continue, recrutement, déploiement, fidélisation, prestation de service). Cependant, les mécanismes de gouvernance des RHS (Coordination, Synergie des interventions, Mobilisation ou mutualisation des ressources, Partage d'information pour complémentarité opérationnelle) sont faiblement développés. La DRHFP qui a vu ses prérogatives élargies en 2024 avec l'attribution des missions d'évaluation de la performance des services et des RHS a un rôle actif fondamental a joué dans l'amélioration de la gouvernance de l'ensemble des acteurs du marché du travail en santé, au niveaux national et infranational.

Concernant le marché de la formation en santé qui est en plein essor au Tchad du fait de la libéralisation du secteur. Entre 2013 et 2024, le nombre d'institutions de formation en santé a quasiment doublé, en passant de 34 à 59, du fait essentiellement de la dynamique du secteur privé et confessionnel dont les effectifs sont passés de 26 et 51 écoles, instituts et faculté de médecine, soit 76% et 86% de l'ensemble pour chacune des deux années. Les provinces de N'Djamena et du Logone Occidentale concentraient respectivement 26 et 12 institutions de formations en santé, soit 44% et 20% de l'ensemble des institutions, alors qu'elles abritaient 10% et 6% de la population totale. En plus, 187 demandes d'ouverture des nouvelles institutions ou d'extension de celles existantes sont soumises à la DRHFP, dont plus de la moitié dans 3 provinces : N'Djamena (36%), Mayo-Kebbi Est (10%) et Logone Occidental (7%). Cette forte augmentation des institutions privées soulève aussi beaucoup d'inquiétudes quant à la qualité de la formation, aux compétences des diplômés et à la qualité des prestations offertes aux populations.

Le marché de la formation en santé est aussi caractérisé par une capacité très limitée de production (appréciée à travers la capacité d'accueil) alors que les filières en santé sont fortement attractives, notamment dans le secteur public. En effet, les données partielles obtenues auprès de 31 institutions de formations en santé – 6 publiques et 25 privées, soit 53% de l'ensemble (75% des institutions publiques contre 49% des institutions privées) – montrent que celles-ci cumulent une capacité de 13 709 places, dont 8% pour l'Université publique ; 5% pour les 5 Ecoles publiques de santé et 88% pour les écoles privées.

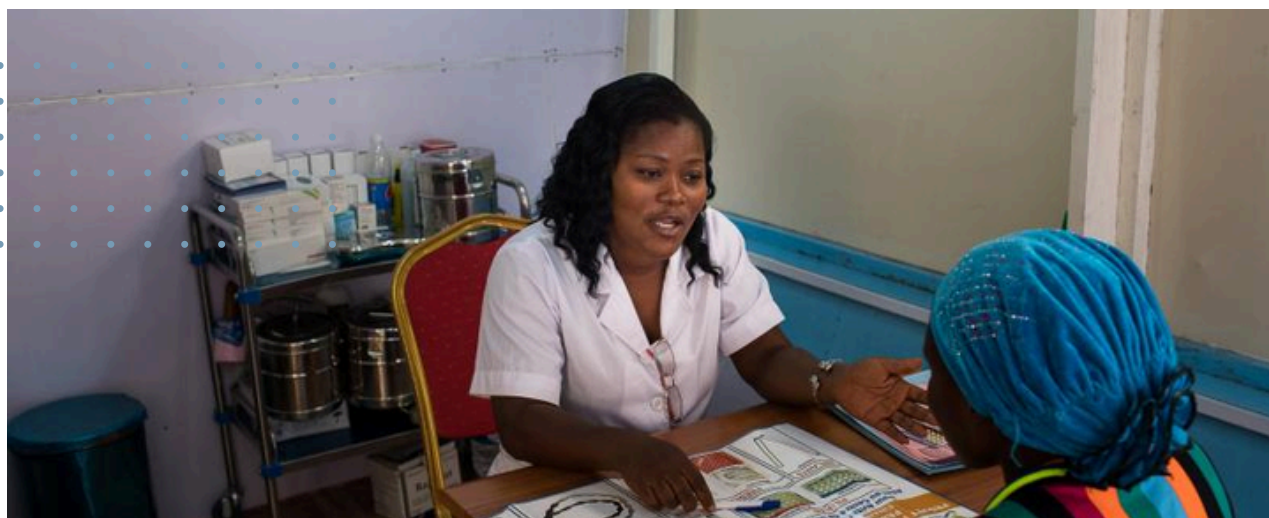
Au niveau de l'Université publique, la capacité d'accueil pour les sciences de la santé (1 042 places) est concentrée au niveau de la Médecine Générale (29%) et de la Pharmacie (26%), les spécialisations médicales (Pédiatrie, Chirurgie, Gynéco-Obstétrique, Urologie, Gastro-entérologie ; 5%) ; contre environ 40% pour les filières paramédicales. Au niveau des autres institutions privées de formations en santé, plus de 80% de la capacité d'accueil est orientée vers les filières des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE, 37%), Sages-Femmes Diplômés d'Etat (SFDE, 25%), Agents Techniques de Santé (ATS, 17%), Techniciens de Laboratoire Diplômés d'Etat (TLDE, 3%) et Techniciens Supérieurs en Soins Infirmiers (TSSI, 2%). Ces proportions pourraient croître si l'on tient compte des institutions privées pour lesquelles les données n'ont pas pu être collectées.

Il est important aussi de noter que les 5 Ecoles publiques de santé, malgré leurs capacités d'accueil, se trouvent dans une situation léthargique depuis quelques années, durant lesquelles elles n'ont pas organisé de concours d'entrée, essentiellement par manque de subvention et des ressources financières suffisantes.

Les formations en santé s'avèrent particulièrement attractives au niveau universitaire. En effet, les différentes filières de formations enregistrent 2 à 24 fois plus de candidatures qu'il n'y a de places disponibles ; des taux d'admission (Admissions rapportées aux Candidatures) relativement limités de 3% à 26% selon les filières et des taux d'occupation (Admissions rapportées à la Capacité d'accueil) variant de 37% à 544%. En Médecine Générale, les 7 300 candidatures reçues sont 24 fois supérieures à la capacité d'accueil à l'Université (300 places). Les 360 admissions accordées représentent seulement 5% des candidatures ; mais un taux d'occupation des 120% (ratio entre les admissions et la capacité d'accueil). En Pharmacie, il y a 4 fois plus de candidatures que de places disponibles et seulement une candidature sur dix est retenue pour l'admission. Les mêmes tendances sont observées pour les autres filières de formation en santé offerte qu'au niveau universitaire.

L'analyse-Genre montre que les proportions des femmes dans les candidatures et dans les admissions sont relativement élevées pour les filières de formations en Soins obstétricaux (64% des candidatures et 71% des admissions), en Soins infirmiers (60% et 62% respectivement) et en Sciences pharmaceutiques et biomédicales (40% et 47% respectivement). Cependant, elles demeurent relativement faibles en Médecine Générale (24% et 34% respectivement), en Pharmacie (20% et 14% respectivement) et dans les autres filières paramédicales offertes à l'université.

Les taux d'admissions, bien qu'ils globalement très faibles, sont meilleurs pour les femmes dans la plupart des filières telle que la Médecine Générale (7% pour les femmes contre 4% pour les hommes), l'Anesthésie-Réanimation (36% pour les femmes contre 22% pour les hommes), les Techniciens Supérieurs en Soins Obstétricaux (28% pour les femmes contre 21% pour les hommes), les Techniciens Supérieurs en Sciences Pharmaceutiques et Biomédicales (30% pour les femmes contre 22% pour les hommes). Les tendances inverses sont observées en Pharmacie, en Nutrition et en Ophtalmologie. Cela pourrait s'expliquer par des candidatures féminines de meilleure qualité, comparativement à celles des hommes.



Les coûts de la formation disponibles sont relatifs aux frais annuels d'inscription (30 000 francs CFA à 50 000 francs CFA ; soit 50 USD à 83 USD) et de scolarité (50 000 francs CFA à 1 000 000 francs CFA ; soit 833 USD à 1 667 USD), selon les institutions publiques ou privées de formation, les filières, le type de régime, le pays d'origine de l'étudiant et la durée de la formation.

Concernant la rémunération des personnels de santé qui est l'un des facteurs explicatifs de l'attractivité du marché du travail et des préférences pour les emplois, le salaire annuel moyen brut varie de 720 000 francs CFA (1 200 USD) pour les filles de salle et le personnel d'appui à 3 870 900 francs CFA chez les médecins spécialistes (6 452 USD). Les primes et autres avantages financiers des professionnels de santé du le secteur public (sujétion, motivation, risque, garde, etc.) sont relativement conséquentes.



Ces frais passent du simple au double le secteur public et le secteur privé ou d'une filière à une autre et bien qu'ils ne représentent qu'une partie des coûts directs et n'intègrent d'autres coûts directs ou indirects pour les étudiants et les institutions (documentation, stages pratiques sur sites, encadrement, subsistance, transport, ...), sont inaccessibles pour beaucoup de ménages tchadiens dont 34% vivent dans l'extrême pauvreté et 42% dans la pauvreté.

Pour toutes les catégories professionnelles, ils constituent un montant additionnel dépassant le salaire brut (118% à 185%) ; sauf au niveau des Agents Techniques de Santé où ils représentent 28%. Avec la pratique duale (exercice dans le secteur privé du corps soignant du secteur public), les revenus de certaines catégories professionnelles (Médecins généralistes et spécialistes, Techniciens Supérieurs, etc.) pourraient augmenter plus ou moins significativement.

833 USD À 1667 USD

FRAIS DE SCOLARITÉ ANNUELS

- EXCLUANT LES FRAIS D'INSCRIPTIONS ALLANT DE 50 USD À 80 USD

RECRUTEMENT DES RHS AU SECTEUR PUBLIC

Concernant les recrutements des personnels de santé pour le secteur public, les données disponibles montrent que l'Etat a recruté 5 304 agents de santé entre 2020 et 2024, toutes catégories professionnelles confondues, avec une prédominance des infirmiers (IDE, ATS/Infirmiers et TSSI : 47%), des sages-femmes (SFDE, TSSIO, ATS/Accoucheuses : 21%), des médecins généralistes (10%) et des techniciens supérieurs de laboratoire (7%). Le dialogue politique entre le Ministère de la Santé Publique et ses Partenaires Techniques et Financiers pour le développement des RHS a permis de recruter, en 2023 et 2024, 2 464 agents de santé contractuels à travers les projets financés par la Banque mondiale (39% des agents recrutés), le Fonds mondial (35%) et l'Alliance GAVI (27%). Malgré les efforts consentis par l'Etat et ces PTF, ces nouveaux effectifs demeurent inférieurs aux objectifs du Plan National de Développement Sanitaire et le Plan Stratégique de Développement des RHS 2022-2030 qui prévoyait des recrutements, de 2 500 agents par l'Etat et 1 500 agents par les PTF. Tout en renforçant cette dynamique de recrutements par l'Etat et ces trois institutions, d'autres PTF pourraient être mobilisés pour accroître les effectifs.

➔ 47 %

d'infirmiers recrutés :
IDE, ATS/Infirmiers et
TSSI entre 2020 et 2024

2500 Agents Recrutés (AR)

- Collaboration entre le Ministère de la Santé Publique et ses Partenaires Techniques et Financiers pour le développement des RHS
- La collaboration a permis de recruter, en 2023 et 2024, 2 464 agents de santé contractuels

➔ 21 %

de sages-femmes et
maïeuticiens recrutées (SFDE,
TSSIO, ATS/Accoucheuses
entre 2020 et 2024

AR < 4000 recrutements du PNDS

- Objectifs du PNDS et du PSD des RHS 2022-2030 prévoyaient des recrutements
 - 2 500 agents par l'Etat et 1 500 agents par les PTF.

➔ **39 %**

de personnel infirmier du stock total des RHS en 2024

1049 IDE Chômeurs

- L'effectif des IDE au chômage (1 049) représente plus du tiers (37%) du stock total d'IDE
 - soit environ 60% du total des IDE employés dans le pays

➔ **35 %**

de chômage des RHS

2824 Infirmiers

- Infirmiers diplômés d'Etat (IDE) représentent 22.07% (2 824) du stock total
- 24,46% du personnel employé dans le secteur public

LA DISPONIBILITÉ GLOBALE DES RHS

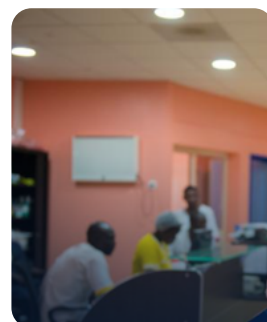
En 2024, la disponibilité globale des RHS au Tchad étaient de 12 795 agents de santé pour les 66 catégories professionnelles priorisées par les Experts nationaux. Le secteur compte à lui seul 88% des effectifs actifs. Le profil des RHS au Tchad montre une forte prédominance de personnel infirmier (39%) et de médecins (29%).

Le personnel infirmier de niveau intermédiaire (ATS/Infirmiers et TS en Soins Infirmiers) constituent 16,38% du stock. Quant au chômage des professionnels de la santé, il touche 4 513 agents en 2024 (sous-emploi, chômage partiel, chômage stricto sensu), soit 35% du stock total des RHS au Tchad. Le chômage touche principalement les Infirmiers (IDE), les Médecins généralistes, les Médecins spécialistes, les Sages-femmes de niveau intermédiaire (ATS accoucheuses) et les Techniciens de laboratoire médical ; avec 3 458 chômeurs pour ces catégories professionnelles. Les données du secteur privé n'étant pas disponibles.

Concernant la répartition géographique des personnels de santé du secteur public, les densités nationales pour 10 000 habitants se sont significativement améliorées entre 2019 et 2022 pour les infirmiers (passant de 0,9 à 1,6) et les médecins (passant de 0,5 à 0,8) ; alors que celle des sages-femmes est restée à 0,4. Toutefois, la densité nationale des personnels de santé – 0,4 médecins, infirmiers et sages-femmes et paramédicaux pour 1 000 habitants en 2022 – demeure 6 fois inférieure au seuil minimal de la Région Africaine de l'OMS qui est nécessaire pour assurer les soins de santé primaire (soit 2,3 médecins, infirmiers et sages-femmes pour 1 000 habitants) et 12 fois inférieure au seuil pour l'atteinte des objectifs de la CSU. D'importantes disparités de densités sont aussi constatées entre les provinces (variant de 0,1 à 1,1) : les densités supérieures à la moyenne nationale sont généralement observées dans les provinces ayant un poids démographique relativement faible. L'indice d'équité géographique (IEG) varie aussi fortement selon les catégories professionnelles et selon les provinces.

L'analyse des GAP des personnels de santé, un proxy des postes vacants pour combler – à minima – les besoins des structures sanitaires, montre des déficits de 2 137 infirmiers et 711 médecins et un surplus de 176 sages-femmes en 2022, avec des variations selon les provinces. Pour les infirmiers, les déficits les plus importants sont observés dans les provinces du Logone Oriental (185), de Mandoul (176), N'Djamena (164) et Logone Occidental (160). Pour les médecins, ils apparaissent au niveau des provinces du Logone Oriental (84), de Mandoul (71), du Logone occidental (62), Ouaddai (50) et Moyen chari (50) comparativement à la norme OMS. A l'opposé les provinces de l'Ennedi Est (31), Ennedi Ouest (29), du Tibesti (23) et de Borkou (20) sont en supplément de médecins.

Les analyses des données qualitatives sur les perceptions, les préférences, les conditions de vie et les conditions de travail des étudiants, diplômés et personnels de santé montrent que les principaux facteurs d'attractivité des professions de la santé sont : la vocation, l'admiration pour la profession (rêve d'enfance), le dévouement pour sauver des vies, la volonté d'être utile pour la communauté qui ne dispose pas de personnel de santé qualifié à proximité, etc.



Les aspirations salariales mensuelles des étudiants en santé interviewés, allant de 60 000 F CFA (100 USD) à 100 000 F CFA (167 USD) en milieu rural et de 200 000 F CFA (334 USD) à 400 000 F CFA (668 USD) en milieu urbain sont partiellement couvertes par la grille actuelle des rémunérations des personnels de santé publics. Environ 60% des professionnels de santé interrogés et qui perçoivent un salaire se disent insatisfaits de leur rémunération (49% chez les femmes et 51% chez les hommes).

Les conditions de travail sont insatisfaisantes pour 58% des répondants (53% chez les femmes et 63% chez les hommes ; 68% en milieu urbain et 57% en milieu rural). Une proportion élevée des personnels de santé des zones rurales juge inaccessibles le Plateau technique (38%), les équipements et intrants médicaux (33%), les lits d'hospitalisation (44%) et les médicaments (28%). En milieu urbain, ces proportions sont respectivement de 29%, 28%, 27% et 22%.

La sécurité au travail est jugée insatisfaisante par 50% des répondants en milieu rural ; contre 46% en milieu urbain. Les relations au travail (rapports avec les collègues, le superviseur hiérarchique et la communauté) sont jugées bonnes ou très bonnes par 9 sur 10 personnels de santé interviewés, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Concernant les conditions de vie en zones rurales, les professionnels de santé mauvaises ou très mauvaises les qualités des infrastructures routières (86%) et des logements (68%) ; contre 78% et 58%.



Un phénomène inquiétant réside dans les intentions de départs des professionnels de santé selon le genre et le milieu de résidence qui sont généralement plus marquées chez les hommes et en milieu rural. En effet, 45% des répondants ont l'intention de quitter leurs postes actuels (45% chez les femmes contre 44% chez les hommes ; 53% en milieu rural contre 44% en milieu urbain), 32% des répondants ont l'intention de quitter la formation sanitaire actuelle (30% chez les femmes contre 34% chez les hommes ;

33% en milieu rural contre 32% en milieu urbain), 38% des répondants ont l'intention de quitter la province d'exercice actuelle (38% chez les femmes contre 40% chez les hommes; 48% en milieu rural contre 38% en milieu urbain), 10% des répondants ont l'intention d'exercer dans un secteur autre que la santé (6% chez les femmes contre 13% chez les hommes; 13% en milieu rural contre 10% en milieu urbain) et 16% désirent travailler dans un autre pays au cours des 5 prochaines années (14% chez les femmes contre 17% chez les hommes; 18% en milieu rural contre 16% en milieu urbain).

16%

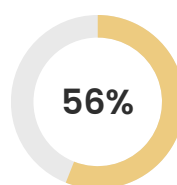
désirent émigrer dont

14% chez les femmes vs 17% chez les hommes

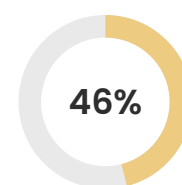
L'analyse des intentions de départs des professionnels de santé selon les catégories professionnelles révèle que les Agents Techniques de Santé (ATS) sont plus animés par les intentions de quitter le poste actuel (43%) ou la province actuelle (32%) ou la formation sanitaire actuelle (27%). Ces sont ces mêmes motifs qui enregistrent le plus de candidats aux départs chez les Techniciens Supérieurs (41%, 42%, 29%), les Sages-Femmes (46%, 40%, 33%), les Infirmiers Diplômés d'Etat (41%, 39%, 30%), les Pharmaciens (45%, 40%, 47%) et les Médecins Généralistes (56%, 46%, 43%). Les Médecins Spécialistes se particularisent par les intentions de travailler dans un autre pays (48%).

Intention de :

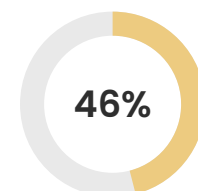
Quitter le poste actuel -
Médecins Généralistes



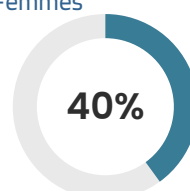
Quitter la province
actuelle - Médecins
Généralistes



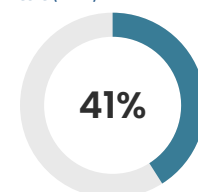
Quitter le poste actuel -
les Sages-Femmes



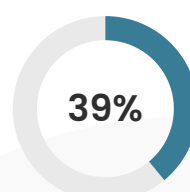
Quitter la province
actuelle - les Sages-
Femmes



Quitter le poste actuel -
les Infirmiers Diplômés
d'Etat (IDE)



Quitter la province
actuelle - les Infirmiers
Diplômés d'Etat (IDE)



Les raisons motivant les intentions de départs sont principalement par :

1. le souhait de poursuivre des études pour améliorer leurs qualifications ;
2. les conditions de travail insatisfaisantes, en particulier les salaires jugés insuffisants ;
3. les incompatibilités entre la formation initiale et le poste occupés et la recherche d'opportunités mieux alignées avec les compétences ;
4. l'environnement de travail jugé défavorable ;
5. le manque de perspectives d'évolution après avoir occupé le même poste pendant plusieurs années ;
6. la fin imminente du contrat ;
7. la charge de travail excessive ;
8. la planification ou la prévision de la retraite ;
9. les ambitions professionnelles pour évoluer vers d'autres opportunités après avoir acquis une certaine expérience professionnelle.

Il y a 12 interventions prioritaires à mener pour maintien des personnels de santé en leurs postes qui ont eu le plus d'adhésion parmi les répondants. Les 31 autres interventions non énumérées ici ont été soutenues chacune par 49,06% à 20,48% des répondants (ordre décroissant).

12 INTERVENTIONS PRIORITAIRES À MENER POUR MAINTENIR LES RHIS À LEURS POSTES

01 Accéder à des écoles pour les enfants dans la province d'exercice	02 Améliorer la disponibilité des médicaments (53,84%)	03 Vivre avec sa famille dans la province d'exercice (53,76%)
--	--	---

04

Subventionner la prise en charge des frais médicaux des agents de santé et de leur famille (52,82%)

05

Améliorer la qualité des infrastructures de santé (52,53%)

06

Disposer d'eau potable dans la formation sanitaire d'exercice (52,32%)

07

Améliorer la disponibilité des équipements médicaux (52,10%)

08

Accéder à des sources d'eau potable dans la province d'exercice (51,01%)

09

Rémunérer les heures supplémentaires de services (50,94%)

10

Améliorer la disponibilité et la qualité du plateau technique (50,80%)

11

Augmenter le niveau des salaires (50,14%)

12

Électrifier la formation sanitaire d'exercice (50,00%)

OFFRE

Médecins généralistes

+46%

Médecins spécialistes

+46%

Sages-femmes

+365%

Pharmaciens

+191%

Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) et techniciens labo

+343%

DEMANDE ESTIMEE- SAGES-FEMMES ET INFIRMIERS

+52%

Concernant la projection des besoins en RHS 2025-2040, l'offre des personnels de santé – flux entrants (diplômés, recrutements, immigration) diminués des sorties (retraites, départs, émigration) – passera de 12 795 en 2025 à 39 705 en 2039 soit un taux de variation de 210% en 15 ans. Les infirmiers diplômés d'État (IDE) augmenteront de 2 824 à 12 521 (+343%), et les sages-femmes diplômées passent de 1 440 à 6 697 (+365 %). Les techniciens supérieurs en pharmacie et en laboratoire connaissent également une croissance importante (respectivement +344 % et +343 %). De façon spécifique, le nombre de médecins généralistes augmentera de 1 959 à 2 857 (+46%) et celui de médecins spécialistes de 323 à 471. L'offre pour les pharmaciens va enregistrer une croissance de 190,9%, passant de 193 à 562 pharmaciens.

+51%

Les besoins du Tchad seront donc supérieurs à l'offre pour plusieurs catégories telles que les médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes et autres catégories associées, à la seule exception de la catégorie des techniciens de laboratoire médical. Le déficit des médecins spécialistes se creusera davantage d'ici à 2040 – passant de 1 185 à 1 789 soit une croissance d'approximativement 51%– si aucune mesure forte n'est prise pour le combler.

Quant à la demande en personnels de santé, les projections montrent que la demande potentielle des RHS évoluera progressivement de 33 189 à 50 575 entre 2025 et 2040. De façon spécifique, la demande estimée des infirmiers et sages-femmes (43,7% de la demande totale) devrait passer de 14 489 en 2025 à 22 079 en 2040 (soit une croissance de 52 %). Celle des agents de santé communautaires qui représenterait 18,9% de la demande totale en RHS devrait évoluer dans les mêmes proportions sur la même période passant 6 233 à 9 499. La demande potentielle des médecins est estimée à 1 923 soit 5,8% de la demande globale en 2025 est espérée atteindre 2 930 en 2040.

+49,5%



ATTEINDRE 45% DE CSU AU TCHAD, EN PRIORISANT 51 CATÉGORIES PROFESSIONNELLES,

RHS nécessaires pour couvrir les besoins en soins et services de santé des populations et atteindre 45% de couverture sanitaire universelle au Tchad, passera de 36 810 à 55 048 agents.

Selon les différents scénarii de croissance démographique, l'offre de RHS ne couvre que 35% des besoins des catégories prioritaires en 2025 estimés à 19 129 agents. En 2040, ces besoins passeront à 28 896 agents (scénario optimiste où les prévalences minimums sont combinées avec les durées minimums des interventions et la croissance moyenne de la population). En revanche dans le scénario pessimiste (High Estimate) – caractérisant par une augmentation significative de la charge de morbidité au sein de population (prévalence élevée), l'offre ne couvrira en moyenne que 69% du besoin sur la période 2025-2040.

Concernant la faisabilité financière pour couvrir la totalité des besoins en RHS afin d'atteindre un indice de CSU de 45, le Tchad devait investir dans les RHS environ 177,22 millions de USD en 2025 et 223,53 millions de USD en 2040. Quant au coût de la formation pour couvrir les besoins, il est estimé à est de 2,54 millions USD en 2025 et 4,63 millions USD en 2040. Or, l'espace budgétaire pour les RHS au Tchad est estimé à 23,8 millions USD en 2025 et évoluera pour atteindre 38,18 millions en 2040.

+26,13%

HAUSSE DES INVESTISSEMENTS EN RHS D'ICI 2040

D'une part, en augmentant le budget de la santé de 1,1% à 2% du PIB, l'espace financier pour la santé passera de 64,87 à 66,2 millions USD en 2025 et l'espace financier cumulé des RHS passerait de 29,03 à de 29,61 millions USD en 2025 et ne permettrait de couvrir que 16,71% de l'investissement nécessaire. D'autre part, en priorisant le RHS dans le budget de la santé de 36,7% à 65% sans que le budget de la santé ne soit augmenté, l'espace financier des RHS passerait de 29,03 à 51,46 millions USD en 2025 et permettrait de couvrir 29,04% de l'investissement nécessaire pour couvrir le besoin en RHS.

En sommes, le Tchad fait face à un défi majeur de financement des RHS. Une augmentation du budget de la santé et une priorisation des RHS dans les dépenses de santé sont nécessaires, mais ne suffisent pas. Il est indispensable pour le pays d'initier aussi une approche globale et progressive, combinant des stratégies de diversification des sources de financement, d'amélioration de l'efficience des dépenses, de renforcement du plaidoyer, et d'investissement dans la formation et la rétention des RHS, est essentielle pour améliorer la santé des populations tchadiennes.



Recommandations sur le renforcement de la gouvernance et du système d'information sur les RHS

- 1 Renforcer les capacités de la DRHFP (niveaux central et provincial) en ressources humaines, matérielles et financières ; conformément aux nouvelles missions qui lui sont assignées
- 2 Elaborer une cartographie complète des intervenants (parties prenantes) et des interventions en matière de développement des RHS, par niveau des pyramides scolaire et sanitaire et par province, en vue d'améliorer la synergie des actions et l'efficience dans l'utilisation des ressources.
- 3 Créer ou redynamiser les cadres de dialogues technique et politique sur les RHS au niveau de chaque province ; ainsi que les instances et mécanismes existants pour la production de données probantes et la formulation des recommandations stratégiques ou opérationnelles sur la dynamique du marché du travail en santé.
- 4 Poursuivre la production des Comptes Nationaux des Personnels de Santé – source de données importante pour l'AMTS – en améliorant et systématisant les outils de collecte de données et en y intégrant les dimensions « Performance des Services et des Personnels de santé ».
- 5 Opérationnaliser un Système Informatisé et Dynamique de Gestion des RHS (disposant des sous-systèmes interopérables par composante du marché du travail en santé), un Système Informatisé d'évaluation de la performance des services et agents du ministère de la santé.
- 6 Elaborer ou actualiser les différents documents-cadres de développement des RHS, notamment le Plan National de Développement des RHS, les Plans de formation initiale et continue, etc.



Recommandations sur le renforcement de la formation initiale et continue

- 7 Augmenter de façon significative la capacité d'accueil et les subventions des institutions publiques pour résorber la demande grandissante de formations en santé.



- 8 Effectuer une évaluation rigoureuse et participative du processus d'organisation de l'examen national de certification en santé, afin de lever les goulots d'étranglement et de l'améliorer.
- 9 Poursuivre la réforme des institutions publiques et privées de formation en santé, à travers l'instauration effective des mécanismes d'accréditation, l'amélioration de l'équité géographique de leur distribution, l'amélioration de l'adéquation entre l'offre de formation et la demande en RHS.
- 10 Réguler la création des institutions privées de formation en santé, en instituant des critères de performance par filière, suivis annuellement, et en informant les populations sur les niveaux de performance constatées afin de les guider vers celles qui excellent.
- 11 Réguler la formation continue des professionnels de la santé publique rendue facile grâce à la transformation du salaire en bourse d'étude, en tenant compte des besoins du système de santé.
- 12 Mettre en place un fonds ou un projet d'appui à l'amélioration de la qualité de la formation initiale et continue des RHS, en favorisant l'accès des étudiants et des professionnels des zones mal desservies et l'exercice dans ces zones.



Recommandations pour l'intensification des recrutements des personnels de santé

- 13 Mener un dialogue politique au plus haut niveau, pour rendre effectif les engagements de l'Etat des partenaires consistant à recruter annuellement 2 500 et 1 500 agents de santé respectivement, ainsi qu'un lobbying actif pour élargir les acteurs et les niveaux d'engagements dans l'optique d'atteindre les effectifs requis pour les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle.
- 14 Mobiliser et coordonner les recrutements effectués par les partenaires bilatéraux et mis directement à la disposition des formations sanitaires dans leurs zones d'interventions, afin de réorienter les nouveaux recrutements publics vers les zones nécessiteuses.
- 15 Développer un plan d'investissement dans les RHS pour répondre aux défis et aux besoins en RHS à l'horizon 2040.



Recommandations pour améliorer le redéploiement, la fidélisation et les conditions

- 16 Élaborer un plan national de (re)-déploiement équitable des RHS, en tenant compte des besoins spécifiques des différentes provinces.
- 17 Renforcer les stratégies de fidélisation des agents de santé dans les zones mal desservies ou difficiles (afin de limiter les départs vers d'autres zones, voire d'autres secteurs ou à l'étranger), à travers des incitatifs financiers et non financiers, le suivi rigoureux des carrières et des avancements, le renforcement des capacités, etc.
- 18 Améliorer les conditions de travail dans les zones difficiles ou mal desservies identifier comme prioritaire par les RHS: Améliorer la disponibilité des médicaments ; Subventionner la prise en charge des frais médicaux des agents de santé et de leur famille ; Améliorer la qualité des infrastructures de santé; Améliorer la disponibilité des équipements médicaux; Rémunérer les heures supplémentaires de services ; Améliorer la disponibilité et la qualité du plateau technique ; Augmenter le niveau des salaires.
- 19 Collaborer avec les autres ministères sectoriels et leurs partenaires au développement afin de créer les conditions favorables non seulement au maintien et à la fidélisation des RHS dans les zones difficiles ou mal desservies, mais aussi au rayonnement de ces zones : Améliorer la disponibilité des écoles pour les enfants ; Disposer d'eau potable dans la formation sanitaire et dans les ménages; Électrifier la formation sanitaire et les ménages.



Recommandations pour améliorer les financements adéquats pour le développement des RHS

- 20 Initier une approche globale et progressive d'élargissement de l'espace budgétaire pour les RHS, en combinant diverses stratégies : priorisation des RHS dans les allocations budgétaires du ministère de la santé, diversification des sources de financement, amélioration de l'efficacité des dépenses en RHS, renforcement du plaidoyer et des investissements en faveur des RHS (Formation, Recrutement, Fidélisation).
- 21 Assurer un financement durable des politiques de RHS en mobilisant des fonds nationaux et internationaux et des financements innovants pour les RHS, à l'horizon 2040.



1.1.1 CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE

D'une superficie de 1 284 000 km², le Tchad est le 5ème plus vaste pays d'Afrique, après le Soudan, l'Algérie, la République Démocratique du Congo et la Libye. Il partage ses frontières avec 6 pays : au Nord la Libye ; à l'Est le Soudan, au Sud la République Centrafricaine et à l'Ouest le Cameroun, le Nigeria et le Niger. Situé au cœur du continent africain, le pays n'a pas un accès direct à la mer. Sa capitale, N'Djamena, est située à 1 765 km du port maritime le plus proche, Port Harcourt (Nigeria) et à 2 060 km de celui de Douala (Cameroun), le plus utilisé.

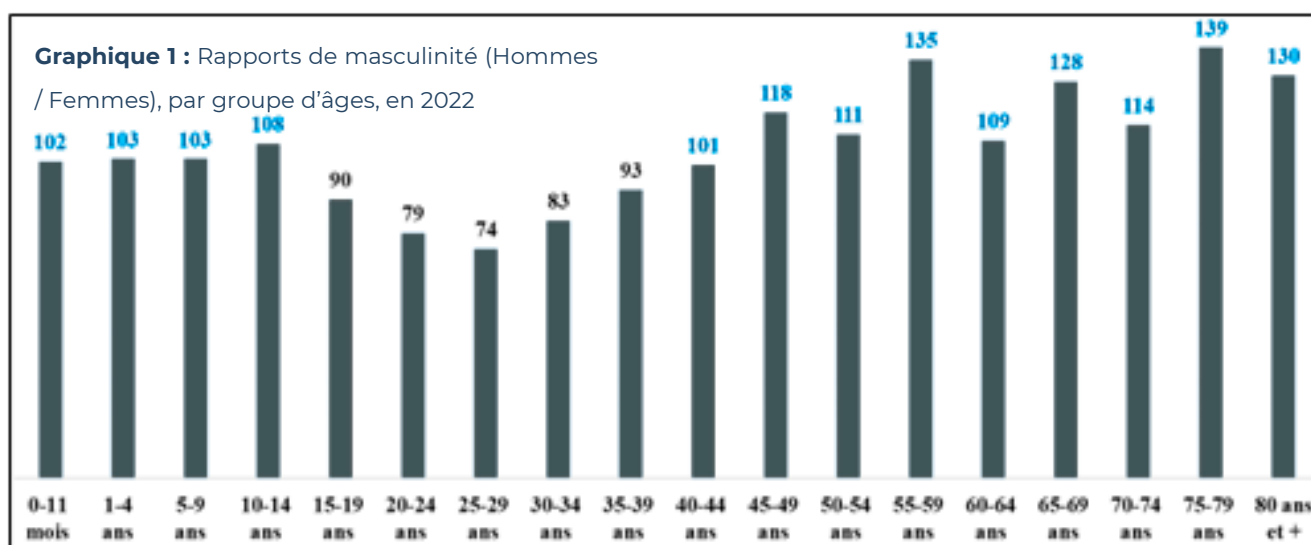


+ 4,6 %

La croissance annuelle moyenne de la population tchadienne est estimée à 4,6% en 2023. La plus élevée de l'Afrique!

La population du Tchad, estimée à environ 20 millions d'habitants en 2022, a une densité (habitants au km²) qui varie considérablement de 0,3 (Provinces du Nord et de l'Est) à plus de 100 (Logone Occidentale) et 3 400 à la capitale, avec une moyenne nationale de 14 (Figure 1).

Les enfants de moins de 5 ans et ceux de 5 à 14 ans représentent respectivement 20% et 30% de la population. Les personnes inactives (53%) constituent une part et une charge importantes pour la population active. Les femmes, globalement majoritaires (51%), sont plus nombreuses entre 15 et 39 ans (ratios de masculinité inférieurs à 100) et moins nombreuses pour les âges suivants (Graphique 1).



Source : DSIS, 2022

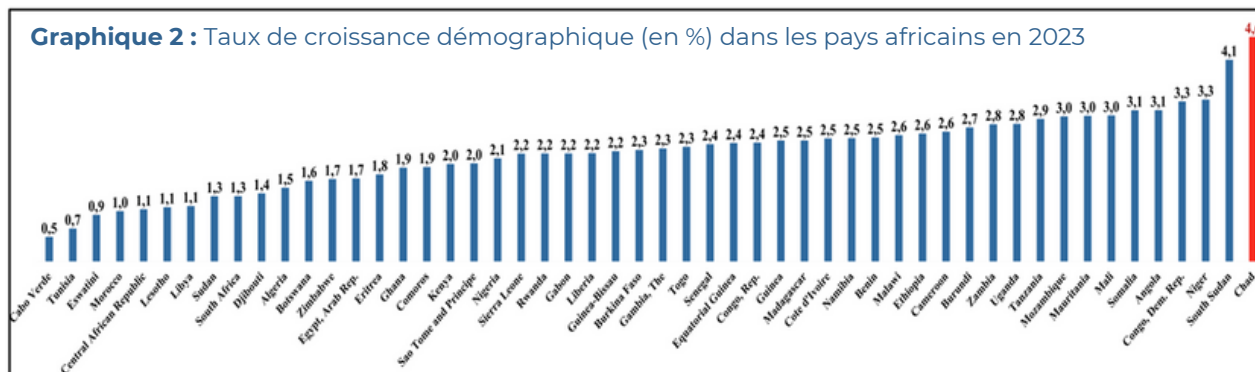
La croissance annuelle moyenne de la population tchadienne est estimée à 4,6% en 2023, la plus élevée du continent africain (Graphique 2). Entre 2025 et 2040, soit les 15 prochaines années, la pyramide des âges gardera les mêmes tendances globales ; même si sa base se rétrécira légèrement au profit de son centre. En effet, la proportion des enfants de moins de 15 ans passera de 46% à 42% de la population totale en 2040.

Ainsi, la dynamique et les caractéristiques démographiques – conjuguées aux facteurs géographiques (immensité du territoire, insuffisance du réseau routier national, inaccessibilité de certaines régions pendant la saison des pluies, etc.) constituent des défis majeurs à surmonter pour garantir : i) l'accès et l'utilisation des soins et services de santé par les populations, ii) les progrès vers la couverture sanitaire universelle et iii) le développement économique et social durables.



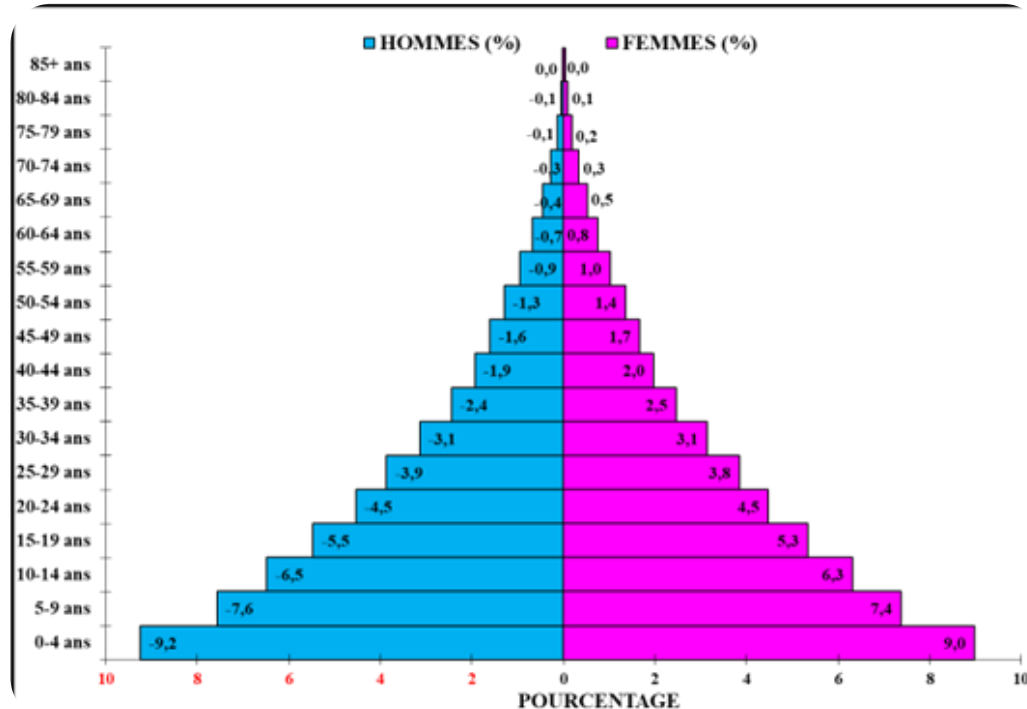
1.1.2 CONTEXTE ÉCONOMIQUE ET CAPITAL HUMAIN

Graphique 2 : Taux de croissance démographique (en %) dans les pays africains en 2023



Source : DSIS, 2022

Graphique 3 : Pyramide des âges de la population tchadienne en 2025 estimée à 21 millions d'habitants



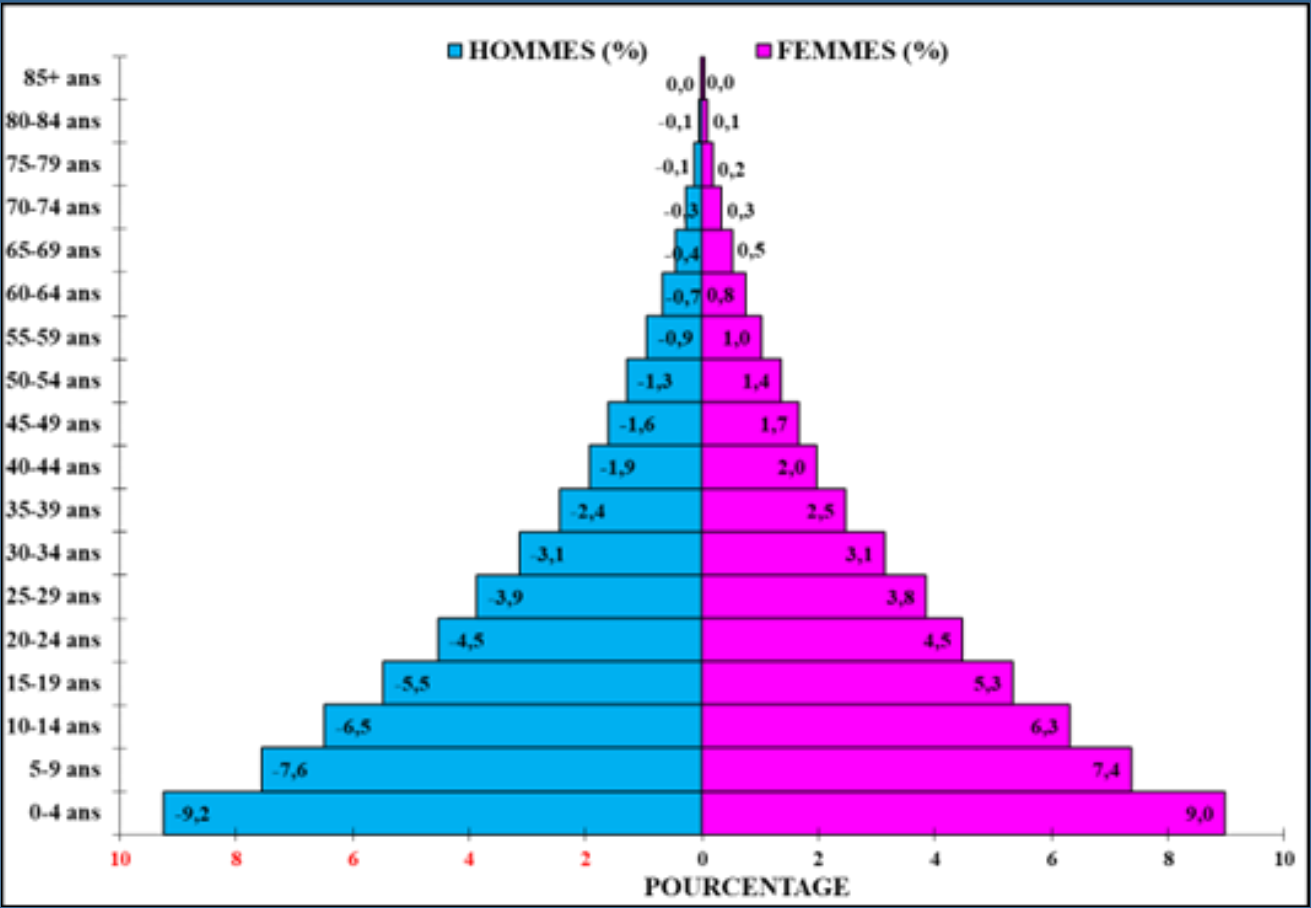
Source: United Nations, 2024, World Population Prospects

L'avènement du pétrole en 2003 a modifié la structure de l'économie tchadienne, devenant l'un des principaux moteurs de la croissance économique, surtout lorsque les prix internationaux sont favorables, et contribuant pour près de 66% des exportations et 40% des recettes budgétaires [2]. Le secteur agricole (agriculture et élevage) – fortement soumis aux aléas climatiques – représente environ 25% du PIB et concentrant 70% de la population active en 2022.

Les services et les industries représentaient respectivement 21% et 10% du PIB. Le PIB par habitant (PPP, \$ international constant 2021) enregistre une tendance à la baisse sur la dernière décennie, avec un taux de variation de -24% entre 2010 et 2023 (Graphique 5).

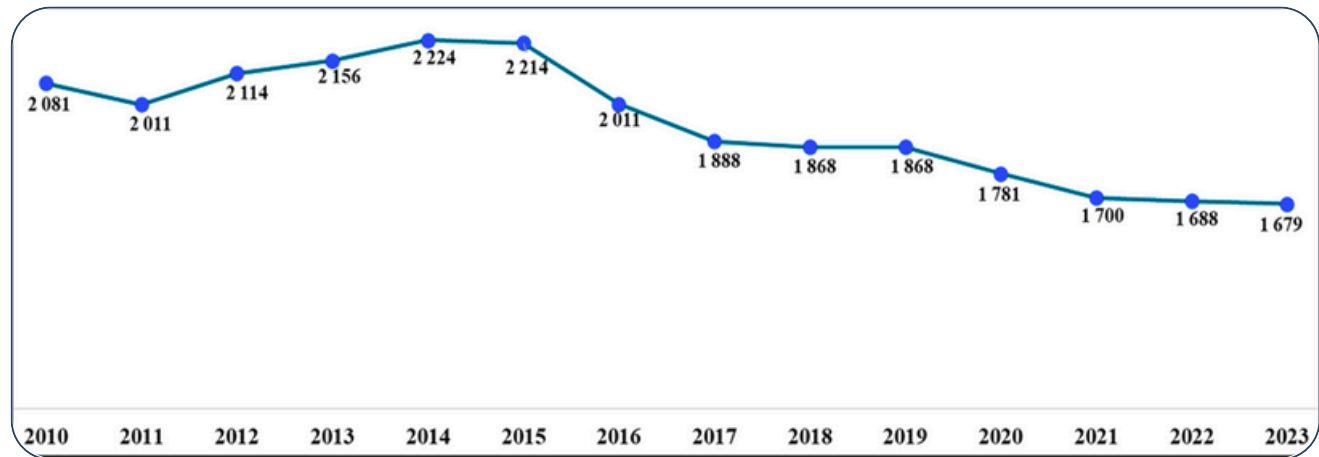
[2] <https://www.afdb.org/fr/countries/central-africa/chad/chad-economic-outlook>, source consultée dernièrement le 28/04/2025.

Graphique 4 : Pyramide des âges de la population tchadienne en 2040 estimée à 31 millions d'habitants



Source: United Nations, 2024, World Population Prospects

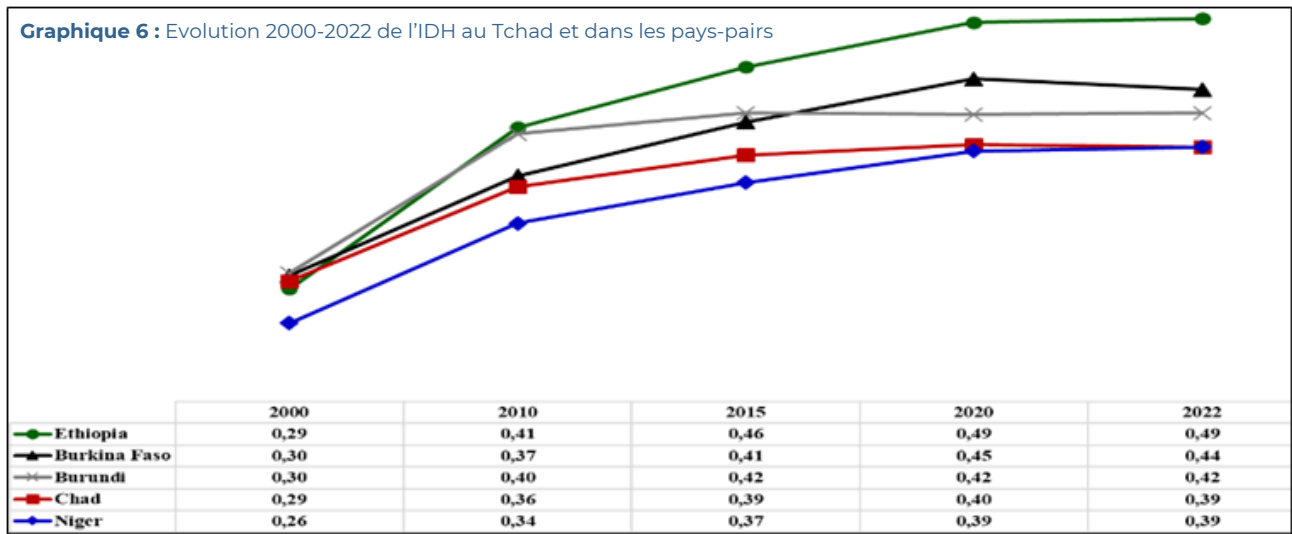
Graphique 5 : Evolution du PIB par habitant du Tchad (PPP, \$ international constant 2021)



Source : A partir des données de la Banque mondiale, World Development Indicators, WDI, 2024

L'incidence nationale de la pauvreté au Tchad est estimée 42,3%, avec un coefficient de Gini de 0,34 [3]. Le niveau d'extrême pauvreté s'est aggravé, en passant de 31,2% en 2018 à 35,4% en 2023, sous les effets conjugués de la pandémie du COVID-19 et de l'augmentation généralisée des prix des produits de première qui est due aux conflits dans le monde et aux fortes inondations au niveau national. Entre 2023 et 2024, environ 688 000 personnes supplémentaires seraient tombées dans l'extrême pauvreté , « caractérisée par une incapacité aigüe à répondre à ses besoins primaires, y compris la faim, l'eau potable, les infrastructures sanitaires, la santé, la sécurité d'un logement, l'éducation et l'information.» [4].

Concernant l'Indice de Développement Humain (IDH) du Tchad, il est passé 0,29 à 0,39 sur la période 2000-2022 (Graphique 6); soit un taux de variation de +26%. Les pays-pairs ont connu des variations plus importantes : +29% (Burundi), +32% (Burkina Faso), +34% (Niger) et +42% (Ethiopie).Les services et les industries représentaient respectivement 21% et 10% du PIB (2) . Le PIB par habitant (PPP, \$ international constant 2021) enregistre une tendance à la baisse sur la dernière décennie, avec un taux de variation de -24% entre 2010 et 2023 (Graphique 5).



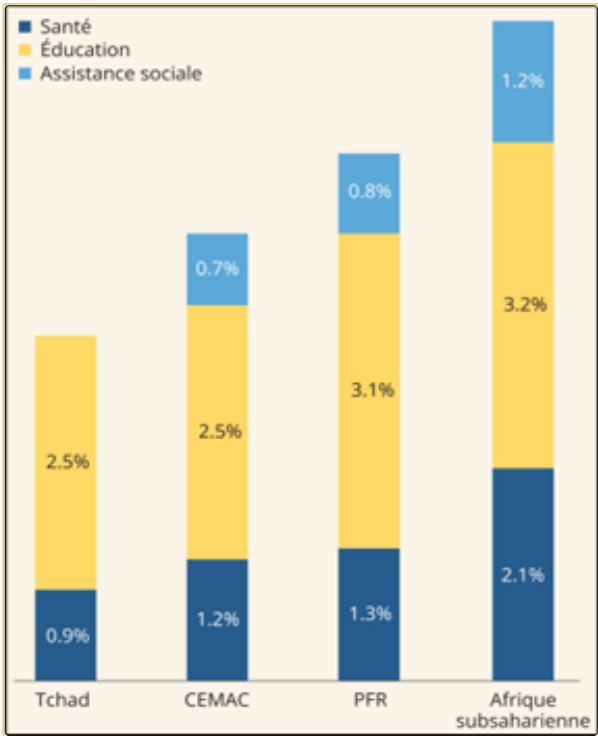
Source : A partir des bases de données du PNUD

[3] Niveau établi à \$2,15/jour par habitant (PPA 2017).
 [4]<https://www.banquemondiale.org/fr/country/chad/overview>.
 source consultée dernièrement le 28/04/2025.
 [5]<https://www.banquemondiale.org/fr/country/chad/overview>.
 source consultée dernièrement le 28/04/2025.

L'Indice du Capital Humain (ICH) du Tchad – estimé à 0,3 – montre « qu'un enfant né aujourd'hui sera 70 % moins productif à l'âge adulte qu'un enfant ayant reçu une éducation de qualité et bénéficié de services de santé adaptés »[5] . Ajusté à l'utilisation (ICHa), il chute de 50% à cause des inefficacités du marché du travail (Graphique 7 et Graphique 8).

L'ICH et l'ICHa du Tchad – plus faibles que ceux de la zone CEMAC ; malgré des dépenses publiques quasi-identiques (Graphique 7) – mettent en exergue les défis, plus importants, à surmonter pour améliorer les niveaux éducatifs, sanitaires et d'emploi, afin d'atteindre le plein potentiel de productivité.

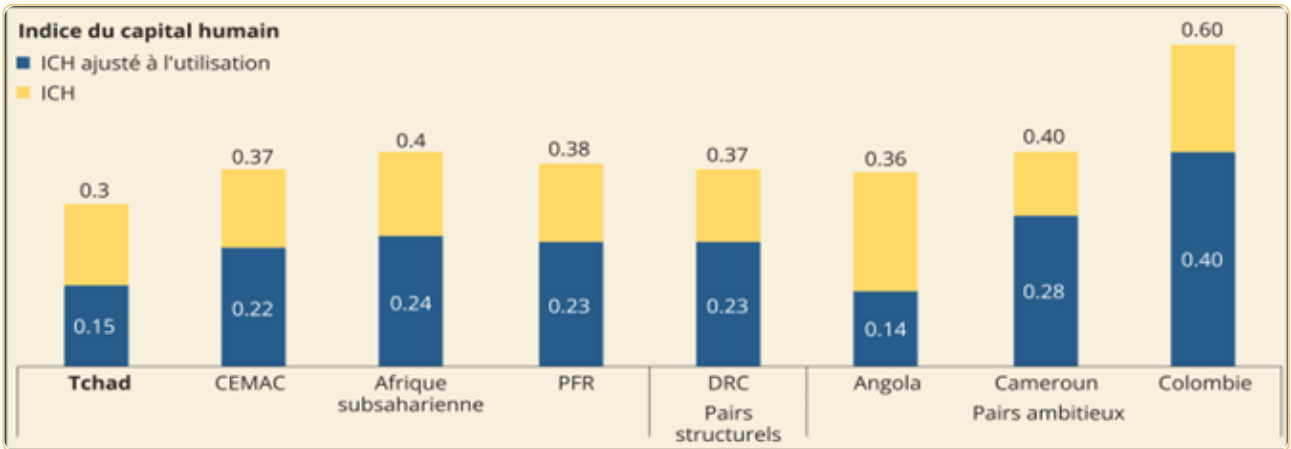
Graphique 7 : Dépenses publiques en Santé, Education et Assistance sociale (% PIB) PFR = Pays à Faible Revenu



Source : Banque mondiale, 2024, Instantanés du Capital Humain de la CEMAC : Tchad

[6] CHU Bon Samaritain, CHU de Référence Nationale, CHU Renaissance, CHU de la Mère et de l'Enfant, CHU d'Abéché, l'Hôpital de l'Amitié Tchad-Chine, Hôpital Militaire d'Instruction, la Centrale Pharmaceutique d'Achat, Institut National de Santé Publique, le Centre National d'Appareillage et de Rééducation, l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux, Centre National de Traitement des Fistules, le Centre National de Transfusion Sanguine, etc.

Graphique 8 : Indice du Capital Humain au Tchad et dans des pays ou zones comparables



Source : Banque mondiale, 2024, Instantanés du Capital Humain de la CEMAC : Tchad

1.2 SYSTÈME DE SANTÉ

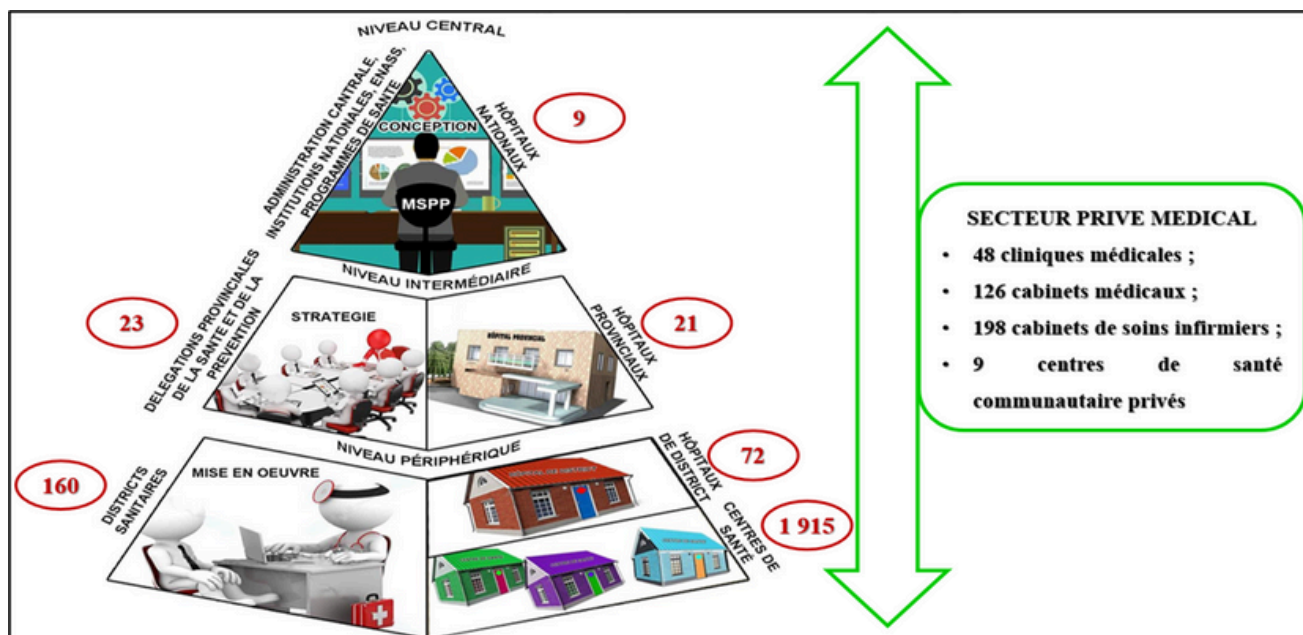
1.2.1 PRÉSENTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Dans le cadre de la réforme et de la décentralisation, le système de santé tchadien est de type pyramidal avec trois (3) niveaux de responsabilité et d'activités. Le niveau central comprend : un Conseil National de Santé ; une Administration Centrale (Secrétariat Général, Inspection Générale, 4 Directions Générales, 21 Directions Techniques) et des Institutions Nationales Sanitaires 6 .

Le niveau intermédiaire comprend : les Conseils Provinciaux de Santé, les Délégations Sanitaires Provinciales, les Hôpitaux Provinciaux, les Ecoles Provinciales de Santé et des Affaires Sociales et les Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement. Le niveau périphérique comprend : les Conseils de Santé des Districts, les Equipes Cadres de District, les Hôpitaux des Districts ; les Centres de santé, les Conseils de santé des Zones de Responsabilité, les Comités de Santé et Comités de Gestion.

En plus de l'Etat et de ses démembrements, plusieurs autres acteurs interviennent dans le système de santé, avec des niveaux d'influence variables sur les choix stratégiques, politiques et opérationnels : le secteur privé à but lucratif, le secteur privé à but non lucratif ; les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) bilatéraux et multilatéraux; les communautés, etc.

Figure 2 : Pyramide sanitaire du Tchad (Effectifs des infrastructures sanitaires en 2022, en rouge)



Source : DSIS 2022

Le diagnostic stratégique du système de santé du Tchad fait ressortir certains défis majeurs à relever :

- 1) Faibles Coordination, supervision formative et suivi-évaluation et Insuffisance de la dynamique multisectorielle et interministérielles dans la mise en œuvre des politiques et stratégies en matière de santé et population ;
- 2) Infrastructures de santé limitées, surtout en zones rurales, d'où une offre de soins insuffisante ;
- 3) Faible implication du secteur privé lucratif dans la prise de décisions ;
- 4) Retards dans l'opérationnalisation des organes et des stratégies de développement de la CSU ;
- 5) Faible mise en œuvre de la décentralisation, avec des collectivités locales sans pouvoir décisionnel sur les services de santé ;
- 6) Faible fonctionnalité des organes de pilotage du dialogue politique en santé ;
- 7) Pénurie en ressources humaines qualifiées et équitablement réparties ;
- 8) Surveillance épidémiologique fragile, empêchant une riposte rapide et coordonnée aux épidémies ;
- 9) Faibles investissements publics en santé, créant une forte dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure.



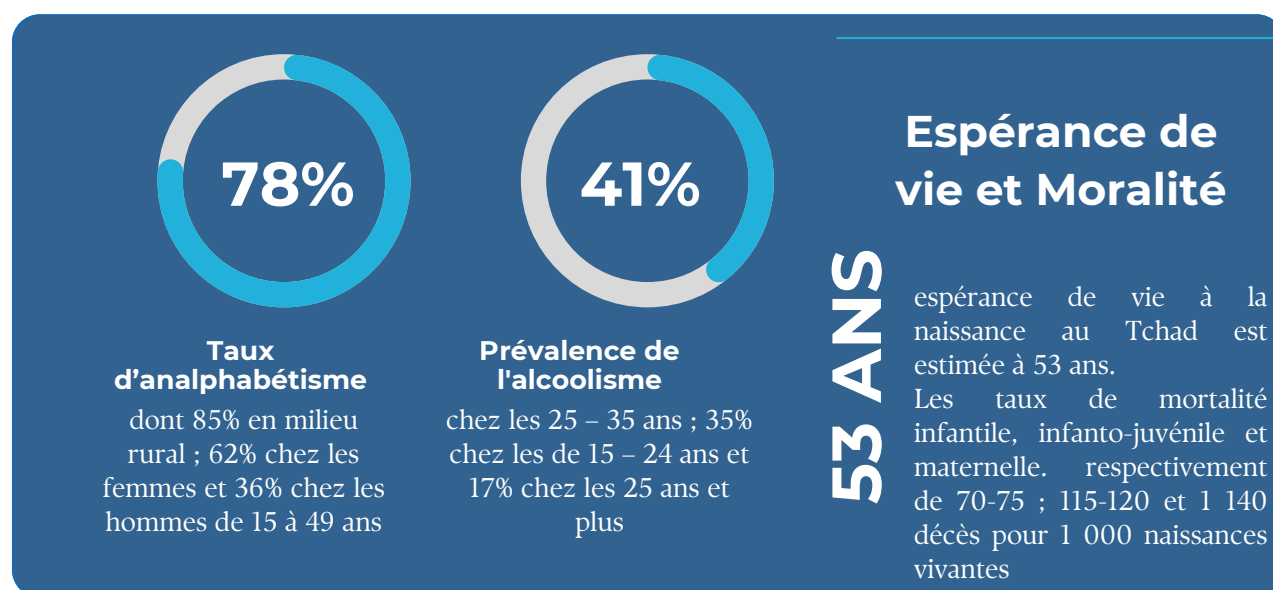
6. CHU Bon Samaritain, CHU de Référence Nationale, CHU Renaissance, CHU de la Mère et de l'Enfant, CHU d'Abéché, l'Hôpital de l'Amitié Tchad-Chine, Hôpital Militaire d'Instruction, la Centrale Pharmaceutique d'Achat, Institut National de Santé Publique, le Centre National d'Appareillage et de Rééducation, l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux, Centre National de Traitement des Fistules, le Centre National de Transfusion Sanguine, etc.

1.2.2 ETAT DE SANTÉ DES POPULATIONS TCHADIENNES

L'espérance de vie à la naissance au Tchad est estimée à 53 ans, contre une moyenne de 59 ans dans la zone CEMAC (60 ans au Cameroun ; 54 ans en République Centrafricaine ; 64 ans au Congo ; 66 ans au Gabon et 61 ans en Guinée Équatoriale [7]). Les taux de mortalité infantile, infanto-juvénile et maternelle demeurent très alarmants, parmi les plus élevés au monde (respectivement de 70-75 ; 115-120 et 1 140 décès pour 1 000 naissances vivantes). Ils reflètent l'impact du paludisme qui y est endémique, de la malnutrition (plus de 30 % des enfants souffrent de malnutrition chronique), des maladies diarrhéiques (environ 50 % de la population n'a pas accès à une source d'eau potable améliorée) et des décès évitables liés à l'accouchement (hémorragies, éclampsie et infections).

Le Plan National De Développement Sanitaire 2022-2030 (PNDS 4) a identifié certains déterminants socioéconomiques et culturel qui influencent l'état de santé de la population tchadienne :

- Le niveau d'éducation (taux d'analphabétisme de 78%, dont 85% en milieu rural ; 62% chez les femmes et 36% chez les hommes de 15 à 49 ans) ;
- Les pesanteurs socioculturelles (excision des filles, mariage précoce, lévirat et sororat, certains interdits alimentaires) ;
- Le tabagisme, l'alcoolisme et les substances psychotropes (Prévalence de l'alcoolisme de 41% chez les 25 – 35 ans ; 35% chez les de 15 – 24 ans et 17% chez les 25 ans et plus) ;
- Les facteurs de risque favorisant le développement des maladies non transmissibles comme l'hypertension artérielle, le diabète, le cancer, ... (Pollution industrielle, surpoids touchant 25% des adultes, Stress, Inactivité physique, Méconnaissance ou inaccessibilité des bonnes pratiques alimentaires dont la consommation des fruits et de légumes, Utilisation grandissante des insecticides, pesticides et engrais chimiques dans l'agriculture et la pêche, ...).



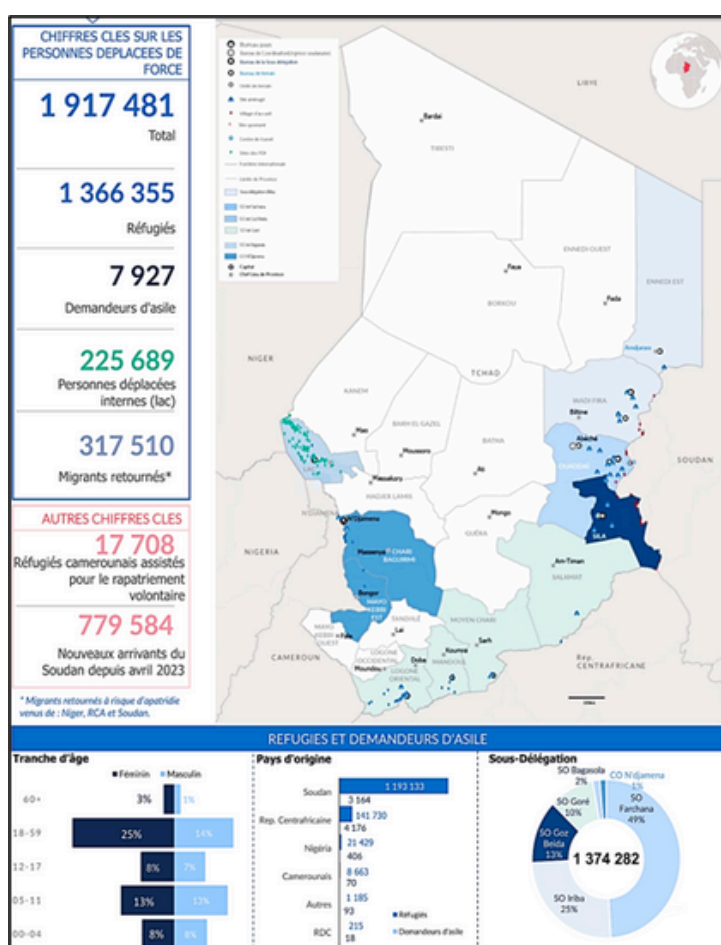
[7] OMS, 2021, Rapport annuel des Statistiques sanitaires mondiales

1.2.3 BESOINS EN SANTÉ INDUITS PAR L'ACCUEIL DES PERSONNES EN DÉPLACEMENT FORCÉ

Le Tchad est aussi confronté à une demande additionnelle en soins et services de santé –donc en personnels de santé qualifiés – dans les zones touchées par les conflits inter-communautaires, les conflits armés, les déplacements des populations, les catastrophes naturelles, etc. En Avril 2025, environ 1,9 million de réfugiés et demandeurs d'asile sont enregistrés, provenant principalement du Soudan (87%), de la République Centrafricaine (10,6%), du Nigéria (1,6%) et du Cameroun (0,6%).

Dans cette population : 57% sont des enfants ; 88% sont en âge d'éducation ; 53% des femmes et filles sont en âge de procréation (13 – 49 ans) ; 69% vivent dans des sites aménagés et 20% vivent avec un handicap. Dans les zones d'accueil, les personnels de santé sont davantage sollicités pour la prise en charge des milliers des blessés et traumatismes graves spécialement au début de la crise (environ 7 375 cas) et face à la recrudescence des cas maladies (paludisme, rougeole, fièvre jaune, diphtérie, hépatite E, dengue, etc.)

Figure 3 : Situation des personnes en déplacement forcé au Tchad (Avril 2025)



Source : UNHCR, 2025, Tchad : Personnes déplacées de force ; <https://data.unhcr.org/en/documents/details/116131>, 07/05/2025.

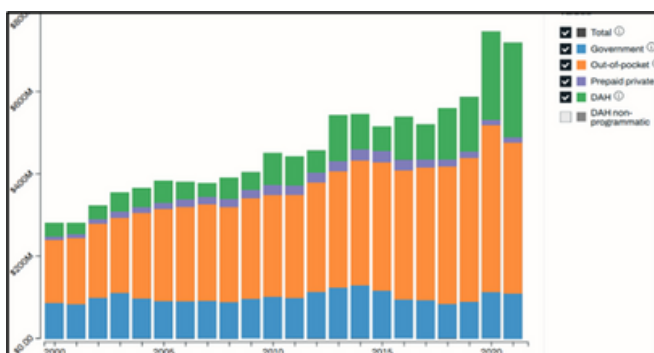
1.2.4 DÉPENSES DE SANTÉ

Le secteur de la santé a relativement peu profité de la manne pétrolière au Tchad dont l'exploitation a commencé en 2003. En effet, entre 2000 et 2021, les dépenses totales de santé du Tchad, tous acteurs confondus (Gouvernement, Ménages, Assurances, PTF), ont été multipliées par 2,6 en passant de 280 millions USD à 718 millions de USD (Graphique 9). Cependant, elles ont représenté une part assez faible de la richesse nationale créée (Produit Intérieur Brut), en enregistrant une tendance à la baisse entre 2000 (7,6%) et 2015 (3,8%) ; avant de connaître une timide amélioration et atteindre 5,4% en 2021 (Graphique 10). Les dépenses de santé par habitant ont évolué en dents de scie, variant entre 33 USD et 44 USD par habitant (Graphique 11). Les ménages demeurent la source de financement du système de santé, avec une contribution de 51% en 2021 qui a fluctué jusqu'à 62% par année (Graphique 12).

1.2.5 SITUATION DES PERSONNELS DE SANTÉ

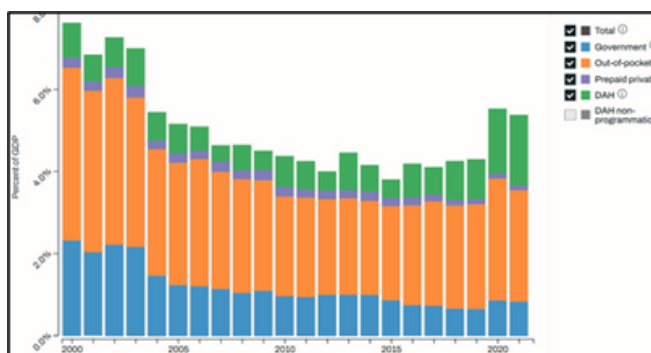
Malgré les efforts fournis par le Gouvernement et ses partenaires au développement, les défis relatifs à l'insuffisance quantitative et qualitative des personnels de santé persistent et s'accroissent, surtout en milieu rural et dans les zones d'accès difficile. En 2023, le Tchad disposait de 10 777 agents de santé travaillant dans le secteur public, avec notamment 1 641 Médecins, 163 Pharmaciens, 1 775 Infirmiers Diplômés d'Etat, 845 Sages-Femmes Diplômées d'Etat, 1 899 Agents Techniques de Santé et 2 887 Techniciens Supérieurs. La densité pour 10 000 habitants des Médecins, Infirmiers et Sages-Femmes est estimée à 0,91 ; 2,92 et 0,47 respectivement. Alors que la demande en personnel de santé augmente continuellement, du fait des besoins en santé de la population et ceux du système de santé (attrition, nouvelles infrastructures sanitaires, etc.), les recrutements des personnels de santé sont réalisés ponctuellement et insuffisamment sur la dernière décennie.

Graphique 9 : Evolution 2000 – 2021 des dépenses totales de santé (en USD, 2022), par acteur (Gouvernement, Ménages, Assurances, PTF)



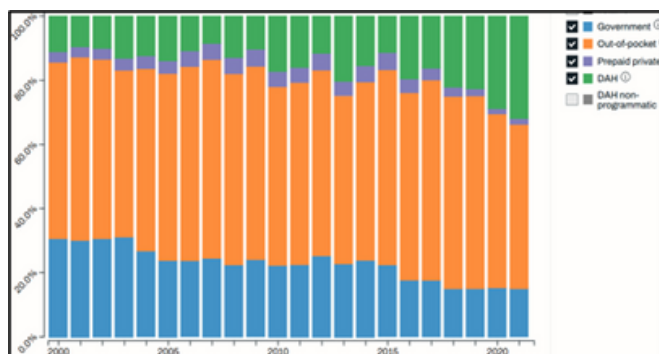
Source : Institute for Health Metrics and Evaluation, 2025, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

Graphique 10 : Evolution 2000 – 2021 des dépenses totales de santé en % du PIB, par acteurs (Gouvernement, Ménages, Assurances, PTF)



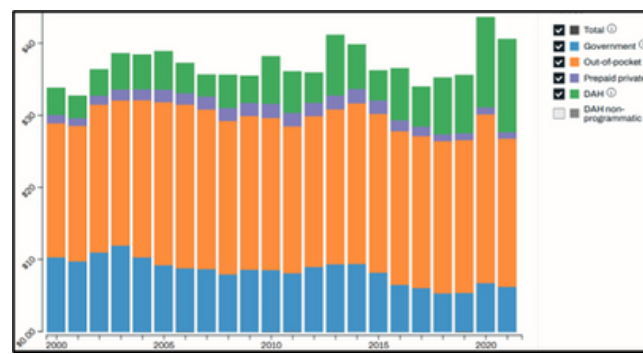
Source : Institute for Health Metrics and Evaluation, 2025, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

Graphique 11 : Evolution 2000 – 2021 des dépenses de santé par habitant (en USD, 2022), par acteurs (Gouvernement, Ménages, Assurances, PTF)



Source : Institute for Health Metrics and Evaluation, 2025, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

Graphique 12 : Evolution 2000 – 2021 des dépenses de santé (Gouvernement, Ménages, Assurances, PTF) en % des dépenses totales de santé



Source : Institute for Health Metrics and Evaluation, 2025, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

La pénurie des RHS est accentuée par une répartition inéquitable, avec une forte concentration du personnel soignant dans la ville de N'Djamena – soit 28,81% des effectifs globaux pour environ 10% de la population totale – contre 71,19% répartis entre les 22 autres Délégations Sanitaires Provinciales. Le développement des RHS au Tchad fait face à d'autres importants défis :

Le développement des RHS au Tchad fait face à d'autres importants défis

01. Réforme en matière de production des ressources humaines de la santé

Le pays est confronté à une forte rotation des agents de santé communautaire faute de rémunération. Les professionnels de la santé ne souhaitent pas travailler dans les zones défavorisées faute de conditions de travail acceptables notamment la rémunération ; les agents de santé communautaire sont insatisfaits de leurs conditions de travail, notamment la rémunération variable selon les programmes de santé.

02. Réforme en matière de fidélisation des personnels de santé

Le pays est confronté à une forte rotation des agents de santé communautaire faute de rémunération. Les professionnels de la santé ne souhaitent pas travailler dans les zones défavorisées faute de conditions de travail acceptables notamment la rémunération ; les agents de santé communautaire sont insatisfaits de leurs conditions de travail, notamment la rémunération variable selon les programmes de santé.

Actualisation des connaissances du marché du travail en santé

Au regard des défis prioritaires identifiés par les parties prenantes et décrits ci-haut, le Ministère de la Santé Publique a entrepris cette nouvelle AMTS pour actualiser l'état des connaissances sur la dynamique du marché du travail en santé et aboutir à l'actualisation du plan stratégique et à l'élaboration d'un plan d'investissement pour le développement des ressources humaines en santé.

03. Réforme en matière de migration

Le pays est confronté à une vague importante d'immigration des populations des pays voisins tels que le Soudan. Le personnel de santé qui travaille dans les régions d'immigration sont insuffisants pour répondre à la demande en services de santé.

04. Réforme en matière d'infrastructures sanitaires

La vision de l'État à moyen et long termes est de mettre toutes les infrastructures sanitaires aux normes en vigueur. Certains hôpitaux de districts ont été érigés en hôpitaux provinciaux, créant la nécessité de construire des hôpitaux de district et des hôpitaux provinciaux dans les zones concernées. Par ailleurs, pour améliorer la couverture sanitaire physique, la construction des nouvelles infrastructures dans les zones mal desservies est nécessaire. Ces différentes interventions ont des répercussions sur les besoins, la disponibilité et la répartition des personnels de santé. Elles nécessitent aussi une planification conséquente.



1.2.6 RAPPEL DES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'AMTS 2017 AU TCHAD

Les principaux résultats de l'AMTS 2017 se présentaient comme suit :
Par rapport à la production des ressources humaines en santé :

- La mise en œuvre des politiques et stratégies a permis d'accroître le nombre des structures de formation des RHS de 20 en 2011 à 39 en 2017 et ainsi d'augmenter le nombre des diplômés de 8.439 entre 2011 à 2015, même si la diversification des filières et la qualité de la formation constituent un grand défi à relever. Par filières, le nombre total des Infirmiers Diplômés d'Etat, Sages Femme Diplômées d'Etat/Maïeuticiens et Agents Techniques de Santé/Accoucheuses produits entre 2011 et 2015 est respectivement de 2.949, 963 et 4.037 alors que celui des Médecins n'est que de 227 dont 22 filles.
- Les filières Infirmiers Diplômés d'Etat, Sages-Femmes Diplômées d'Etat/Maïeuticiens et Agents Techniques de Santé/Accoucheuses offrent respectivement 31,29%, 21,8% et 39,1% de places soit plus de 90% des places disponibles pour la formation des RHS et ce, massivement dans le secteur privé, alors que le nombre de places disponibles pour la formation des médecins ne représente que 4,8%.
- Le faible taux de réussite (environ 10% en moyenne entre 2011 et 2014) des candidatures au baccalauréat des séries scientifiques limite les demandes potentielles de formation en santé pour les filières plus scientifiques et longues.
- On constate que malgré la sélection instaurée à l'entrée de la faculté de médecine, l'échec en première année reste important et les plus forts taux de déperditions sont observés à partir de la 5ème année d'études (plus de 50%).
- La production des RHS ne prend pas en compte les besoins du marché de travail du personnel de santé.
- La supervision de la hiérarchie est déterminante dans l'accompagnement des professionnels de santé en début de carrière.
- Plus l'enseignement est pratique, plus il fournit aux RHS les aptitudes opérationnelles dans l'exercice future de leur métier et plus les stages pratiques sont effectués en milieu rural plus ils prédisposent les RHS à travailler en milieu rural

CONCERNANT LE RECRUTEMENT ET LE DEPLOIEMENT

- Entre 2011 et 2015, 3544 personnels de santé toutes catégories et modes de recrutement confondus ont été recrutés dont 350 médecins, 643 IDE et 296 SFDE. Rapporté aux besoins, ce nombre représente 11,78% de besoins satisfaits pour la catégorie des médecins ; 149,18% des IDE et 302,04% des SFDE. Comme on peut le constater, les IDE et SFDE sont recrutés au-delà des besoins globaux.
- Globalement, l'allocation interne du budget du personnel par rapport au budget alloué au MSP est relativement significative et évolue progressivement sans être accompagnée d'une augmentation du quota de recrutement. En outre la part du budget du MSP dans le budget général de l'Etat n'a jamais atteint 10% sur la période sous revue.
- Le MSP dispose des normes opérationnelles nationales définissant les critères de dotation en personnels dans les structures. Mais ces normes ne sont pas respectées dans les FOSA.
- Les résultats des politiques mises en œuvre restent toujours mitigés car les effets escomptés ne sont pas significativement remarquables et se traduit toujours par la concentration des personnels de santé dans les grands centres urbains.
- Le processus de recrutement des diplômés dans le secteur de la santé, tel qu'il s'opère l'est avec beaucoup de difficultés et offre moins de probabilité que les personnels soient rapidement recrutés dans le secteur de la santé.

PAR RAPPORT A LA FIDELISATION DES RHS:

- Les élèves/ étudiants des écoles régionales de formation en santé et ceux des structures de formation confessionnelles sont 5 fois plus susceptibles de demeurer fidèles au milieu rural et au secteur santé. Il en est de même des élèves/étudiants issus du milieu rural, qui sont 12 fois susceptibles de demeurer fidèles au milieu rural et 2,3 fois susceptibles de demeurer fidèles au secteur santé.
- Le Décret n° 903 du 12 octobre 2016 consacrant un statut particulier de corps des fonctionnaires du secteur de santé et d'action sociale semble ne pas jouer en faveur de la fidélisation des RHS en milieu rural car les RHS en formation continue par exemple sont 13 fois moins susceptibles de rester fidèles au milieu rural.
- L'intention d'exercer des activités supplémentaires (pratique duale) constituerait un handicap à la fidélisation des RHS en milieu rural.
- L'abandon de poste touche plus le Wadi-Fira et la Tandjilé du fait qu'ils font partie des zones austères et difficiles d'accès.

- À l'exception de la Tandjilé, généralement les abandons de poste ne se produisent pas immédiatement après l'affectation. Autrement dit, ce sont des facteurs propres au poste que découvrent les RHS qui les amènent à abandonner le poste.
- Les RHS ont choisi le métier de santé par vocation et à cause du respect accordé au professionnel de la santé par la communauté. Mais, cette vocation s'estompe avec la non satisfaction par rapport aux conditions de travail.
- L'accord basé sur les avantages salariaux, signé en décembre 2011 prévoyant le versement des avantages financiers (indemnités mensuelles de risque, de garde de nuit et de responsabilité ainsi que celles spécifiques aux zones austères) et non financiers, n'auraient pas d'effets considérables sur les RHS.
- La recherche de meilleures conditions de travail (amélioration des pratiques et responsabilisation) et de vie explique la préférence des RHS pour le milieu rural.
- Les RHS exerçant en milieu rural ont développé un sentiment d'oubli du fait du manque de suivi de la carrière, d'accès aux confrères et de supervision par la hiérarchie.

PAR RAPPORT A LA PERFORMANCE

- Du fait de leur localisation à Ndjamena, les hôpitaux nationaux sont en sureffectif des RHS et particulièrement des sages-femmes qui suivent leurs conjoints.
- Il n'existe pas de stratégies à proprement parler de mesure de compétence des RHS si ce n'est lors du recrutement.
- Moins de la moitié de RHS sont formées aux soins prénatals et leurs proportions diminuent du niveau tertiaire de la pyramide vers le niveau primaire.
- Les hôpitaux nationaux sont les moins pourvus en RHS formées en SONU ou SONUC.
- Bien que la malnutrition soit passée au 7^e rang de problèmes de santé au Tchad, seule une cinquième des RHS sont formées au contrôle de poids des enfants.
- Bien que le paludisme soit le 1^{er} motif de consultations dans les formations sanitaires et que son diagnostic et sa prise en charge (la forme simple) soit étendue jusqu'aux agents de santé communautaire, c'est un peu plus de la moitié des RHS qui sont formées.
- Au sens de productivité, la performance des RHS est assez bonne, avec une augmentation simultanée de la fréquentation des formations sanitaires, des accouchements assistés, de la couverture vaccinale et du nombre de RHS.
- La croissance plus rapide du taux d'utilisation de services de soins de santé que celle du nombre de RHS laisse présager une surcharge des RHS à l'avenir si des mesures ne sont pas prises en vue d'augmenter leurs nombres.
- L'évolution actuelle du nombre d'infirmiers et l'extension du diagnostic et de la prise en charge du paludisme simple montre que le Tchad serait à même de prendre en charge les cas de paludisme simple.

RECOMMANDATIONS RELATIVES A LA PRODUCTION DES RHS

- Relever le niveau de formation depuis le secondaire en mettant l'accent sur les séries scientifiques, en réduisant la proportion des enseignants vacataires dans les institutions de formation des RHS du secteur privé, en augmentant la part de l'enseignement pratique et de stage en zone rurale dans la formation des médecins et organiser des journées portes-ouvertes aux élèves/étudiants afin de les préparer très tôt à s'intéresser au secteur de santé tout en augmentant les capacités de production des RHS surtout en médecine ;
- Favoriser l'accès à la formation en santé aux élèves vivant dans les zones rurales afin qu'ils acceptent de travailler dans leurs régions de résidence à l'issue de leur formation;
- Situer les lieux de formation en santé au maximum dans les zones rurales afin que les élèves/étudiants soient habitués à vivre en zone rural, ce qui faciliterait leur déploiement et leur fidélisation dans ces zones ;
- Envisager une stratégie spécifique pour intéresser et attirer les filles dans le secteur de santé.
- Recommandations relatives au Recrutement et au déploiement des RHS :
- Revoir les politiques et stratégies de recrutement et de déploiement des RHS (accélération du processus de recrutement pour limiter les déperditions des lauréats en santé, rendre plus attractifs les emplois en santé dans les zones rurales ou mal desservies) ;
- Engager les partenaires à contractualiser pour une à deux années avec les lauréats des écoles de santé en instance d'intégration, et en faire une condition pour leur intégration à la Fonction publique à l'issue du contrat ;
- Renforcer la gouvernance dans la gestion des RHS (affecter systématiquement les personnels nouvellement recrutés en zones rurales) ;
- Mettre l'accent, au moment de l'arbitrage budgétaire, sur l'augmentation des postes à recrutement à ouvrir dans le secteur de santé et veiller à une allocation efficiente et efficace du budget du MSP ;
- Envisager, en sus des incitations financières, des incitations non financières car les différents résultats de l'enquête auprès des RHS montrent que les incitations financières seules ne suffisent pas à compenser le fait d'aller s'installer en milieu rural.

RECOMMANDATIONS RELATIVES A LA FIDELISATION DES RHS

- Favoriser l'accès des élèves issus du milieu rural à la formation en santé dans les pools régionaux qu'il faut étendre ;
- Développer des stratégies de fidélisation basées plus sur les avantages en nature dont le transport, l'accès aux confrères, la supervision, les conditions de travail, la formation continue, la réceptivité de la communauté et la possibilité d'exercer des activités agricoles ;
- Privilégier l'exercice en milieu rural et en zones difficiles d'accès/ austères tout en définissant clairement le cadre d'application des normes définies.
- Recommandations relatives à la Performance des RHS :
- Désengorger les hôpitaux nationaux au profit des hôpitaux de district peu pourvus en RHS de spécialité.
- Mettre en place une stratégie de mesure de compétence des RHS en vue de renforcer leurs capacités en formation continue, recyclage ou supervision formative.
- Assurer une formation à courte durée des RHS dans les problèmes de santé à forte morbidité et mortalité dont le paludisme, la malnutrition, les soins prénatals, etc.

A ces recommandations spécifiques aux domaines d'étude retenus, il faut ajouter le manque des données et l'accès difficile à celles qui existent. Le système d'informations actuel sur les RHS ne prend pas en compte certains aspects concernés par l'étude qui ne sont pas documentés (non prise de poste, rétention et roulement du personnel, absences, durée de vacance de poste etc.). Il manque totalement une culture d'archivage. Et enfin l'indisponibilité ou le manque d'interlocuteurs a rendu la collecte difficile.

Comme solutions, la nécessité de réviser les outils de collecte des données dans le cadre des rapports mensuels d'activités en y insérant les rubriques relatives aux mouvements des RHS (absences, rétention, attritions, durée des vacances de poste etc.) et renforcer les capacités des gestionnaires des données en matière d'archivage

Source : Institute for Health Metrics and Evaluation, 2025, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

2. JUSTIFICATION, OBJECTIFS ET CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE L'AMTS AU TCHAD

2.1 JUSTIFICATION ET PROCESSUS DE L'AMTS 2024 AU TCHAD

Atelier : N'Djamena



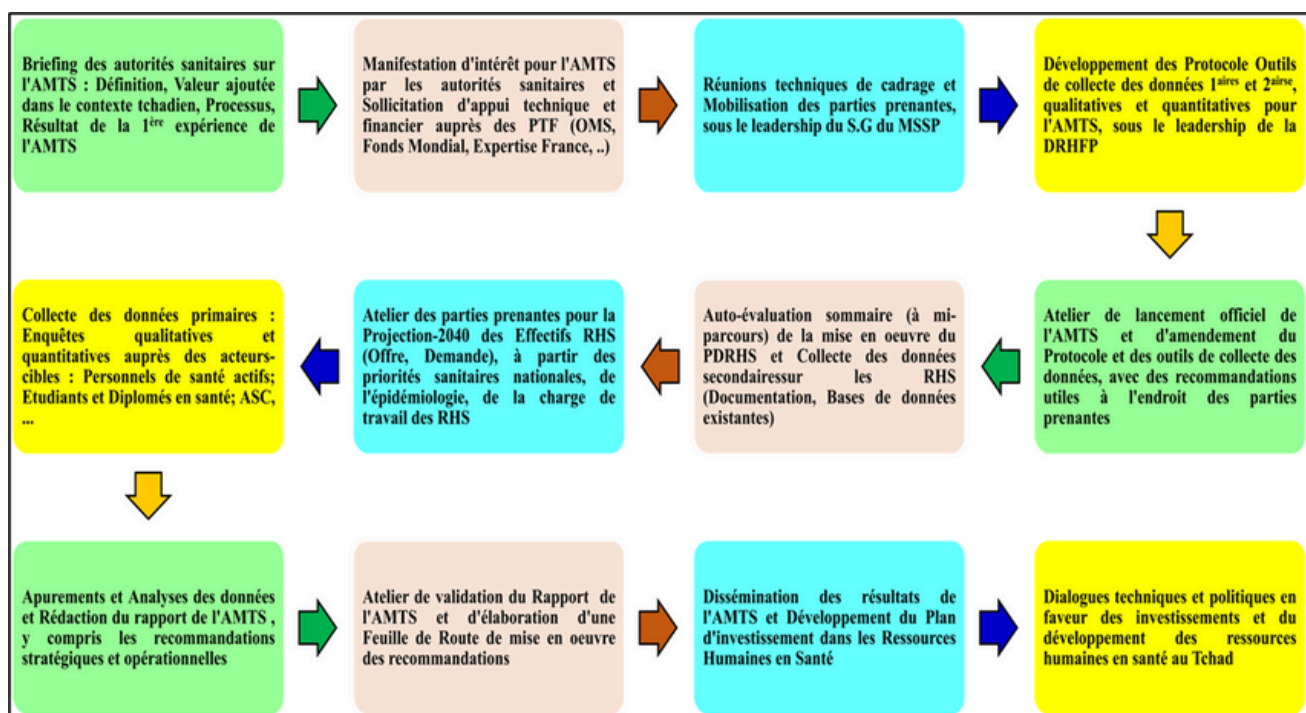
Sources : Atelier partie-prenantes, 2024



Le processus de réalisation de l'AMTS 2024 au Tchad (Figure 4) a débuté à travers un dialogue et des échanges d'informations avec le Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique sur l'existence et l'utilité de cet outil d'aide à la prise de décisions pour le développement des RHS. Ils ont conduit à l'engagement officiel des autorités sanitaires pour réaliser cette étude, la deuxième du genre, en sollicitant l'appui technique et financier de l'Organisation mondiale de la Santé. Sous le leadership du SG, une présentation de l'AMTS a été faite aux parties prenantes, en tant que « processus ascendant et itératif de production de données factuelles, pour répondre à la demande des décideurs politiques et d'autres parties prenantes afin de mieux comprendre la dynamique du marché du travail dans le secteur de la santé ». Elle a permis de retenir les problématiques centrales à analyser selon les priorités sanitaires du pays (Tableau 1). Le protocole de recherche a été élaboré sur la base des éléments suivants : justification de l'étude, objectifs de l'étude, les résultats attendus, les livrables et le cadre conceptuel de l'étude. Le processus de l'AMTS 2024 au Tchad est décrit dans la Figure 4 ci-dessous. Le présent rapport de l'AMTS 2024 constitue la 9ème étape.

2.2 OBJECTIFS DE L'ANALYSE DU MARCHÉ DU TRAVAIL EN SANTÉ

Figure 4 : Etapes clés du processus de l'AMTS 2024 au Tchad



Source : Auteurs

Le but de l'AMTS est de disposer de données probantes pour le développement des RHS, en vue de la couverture sanitaire universelle au Tchad. Ses objectifs spécifiques sont déclinés autour de 4 thématiques centrales et détaillés en questions de recherche (Tableau 1 ci-dessous) :

- Analyser la dynamique du marché de l'éducation en santé et la performance du système de production (formation initiale et continue) des diplômés en santé, selon les filières de formation, les types d'institutions (publics et privés), le lieu (domestique, à l'étranger), le genre, le milieu de résidence (rural vs urbain), les zones géographiques.
- Analyser la dynamique du marché du travail en santé à travers les évolutions de l'offre, de la demande et des capacités d'absorption des RHS – ainsi que les facteurs d'attractivité et d'attrition – selon les catégories professionnelles, le genre, l'âge, le milieu de résidence, les régions et les facteurs d'ajustements du marché (rémunération, migrations, etc.).
- Analyser les conditions et processus de déploiement et de fidélisation des personnels de santé, les préférences d'emplois, les conditions de travail, selon les catégories professionnelles, le genre, l'âge, le milieu de résidence et les provinces sanitaires.
- Effectuer des analyses prospectives à l'horizon 2030 – 2040 de l'offre, de la demande et des besoins en personnels de santé, en tenant compte des perspectives macroéconomiques nationales, de l'espace budgétaire pour la santé et des investissements pour les RHS.

d'institutions (publics et privés), le lieu (domestique, à l'étranger), le genre, le milieu de résidence (rural vs urbain), les zones géographiques.

- Analyser la dynamique du marché du travail en santé à travers les évolutions de l'offre, de la demande et des capacités d'absorption des RHS – ainsi que les facteurs d'attractivité et d'attrition – selon les catégories professionnelles, le genre, l'âge, le milieu de résidence, les régions et les facteurs d'ajustements du marché (rémunération, migrations, etc.).
- Analyser les conditions et processus de déploiement et de fidélisation des personnels de santé, les préférences d'emplois, les conditions de travail, selon les catégories professionnelles, le genre, l'âge, le milieu de résidence et les provinces sanitaires.
- Effectuer des analyses prospectives à l'horizon 2030 – 2040 de l'offre, de la demande et des besoins en personnels de santé, en tenant compte des perspectives macroéconomiques nationales, de l'espace budgétaire pour la santé et des investissements pour les RHS

2.2 OBJECTIFS DE L'ANALYSE DU MARCHÉ DU TRAVAIL EN SANTÉ

Tableau 1 : Types d'analyse et questions de recherche pour guider l'AMTS

ANALYSE DESCRIPTIVE

Disponibilité, caractéristiques, et financement des personnels de santé	Formation initiale et continue : production / renforcement de compétences	Recrutement et déploiement	Motivation et fidélisation
<ul style="list-style-type: none"> La disponibilité des RHS s'est-elle améliorée au cours des 5 dernières années et répond-t-elle aux orientations nationales et régionales ? Quelles ont été les caractéristiques des RHS au cours de ces 5 dernières années ? L'attrition a-t-elle baissé au cours de ces 5 dernières années ? Quels sont les principaux facteurs d'attrition des RHS ? Des ressources financières additionnelles ont-elles été mobilisées en faveur des RHS au cours de ces 5 dernières années ? Les ressources budgétaires destinées aux RHS ont-elles été convenablement priorisées et exécutées au cours de ces 5 dernières années ? 	<ul style="list-style-type: none"> Les productions nationale et étrangère des diplômés en santé se sont-elles améliorées au cours de ces 5 dernières années ? La capacité d'accueil et la disponibilité du corps enseignant sont-ils suffisants pour répondre à la demande de formation initiale ? La formation initiale dans le secteur de la santé a-t-elle été de qualité satisfaisante au cours de ces 5 dernières années ? Les personnels de santé disposent-ils des compétences requises pour fournir des soins de santé primaires de qualité ? 	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le taux d'absorption des diplômés en santé ? Le chômage des diplômés en santé s'est-il exacerbé au cours de 5 dernières années ? Le taux de vacance de poste a-t-il baissé au cours de ces 5 dernières années ? Quels a été la dynamique de l'emploi volontaire sur le marché du travail en santé au cours de ces 5 dernières années ? L'équité dans la répartition des RHS (entre les provinces sanitaires et entre les zones rurales et urbaines) s'est-elle améliorée au cours de ces 5 dernières années ? 	<ul style="list-style-type: none"> Les personnels de santé sont-ils restés longtemps au même poste, voire dans la même structure de santé au cours de ces cinq dernières années ? Les personnels de santé ont-ils été animés d'un désir quitter leur structure de santé d'exercice, leur poste, le marché du travail dans le secteur de la santé ? Existe-t-il des disparités salariales de genre ?

ANALYSE CAUSALE/EXPLORATOIRE

Déploiement, Motivation et Fidélisation	Financement des personnels de santé
<ul style="list-style-type: none"> Quelles sont les préférences d'emplois des travailleurs/étudiants en santé ? Les personnels de santé sont-ils satisfaits de leurs conditions de travail ? Quelles sont les causes explicatives de cette satisfaction Les RHS sont-elles suffisamment supervisées ? Si non, pourquoi ? Quels sont les facteurs déterminants de la fidélisation des RHS ? Qu'est ce qui explique le désir des RHS d'exercer surtout à la capitale ? 	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les principaux déterminants de l'évolution des ressources publiques dédiées au financement des RHS ? Quelles sont les principales options réalistes et soutenables qui permettraient de mobiliser des ressources en faveur des investissements en matière de RHS ?

ANALYSE CAUSALE/EXPLORATOIRE

Déploiement, Motivation et Fidélisation	Financement des personnels de santé
<ul style="list-style-type: none"> Quelles sont les préférences d'emplois des travailleurs/étudiants en santé ? Les personnels de santé sont-ils satisfaits de leurs conditions de travail ? Quelles sont les causes explicatives de cette satisfaction Les RHS sont-elles suffisamment supervisées ? Si non, pourquoi ? Quels sont les facteurs déterminants de la fidélisation des RHS ? Qu'est ce qui explique le désir des RHS d'exercer surtout à la capitale ? 	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les principaux déterminants de l'évolution des ressources publiques dédiées au financement des RHS ? Quelles sont les principales options réalistes et soutenables qui permettraient de mobiliser des ressources en faveur des investissements en matière de RHS ?

[8] Y compris le taux de vacance des postes, le taux de chômage

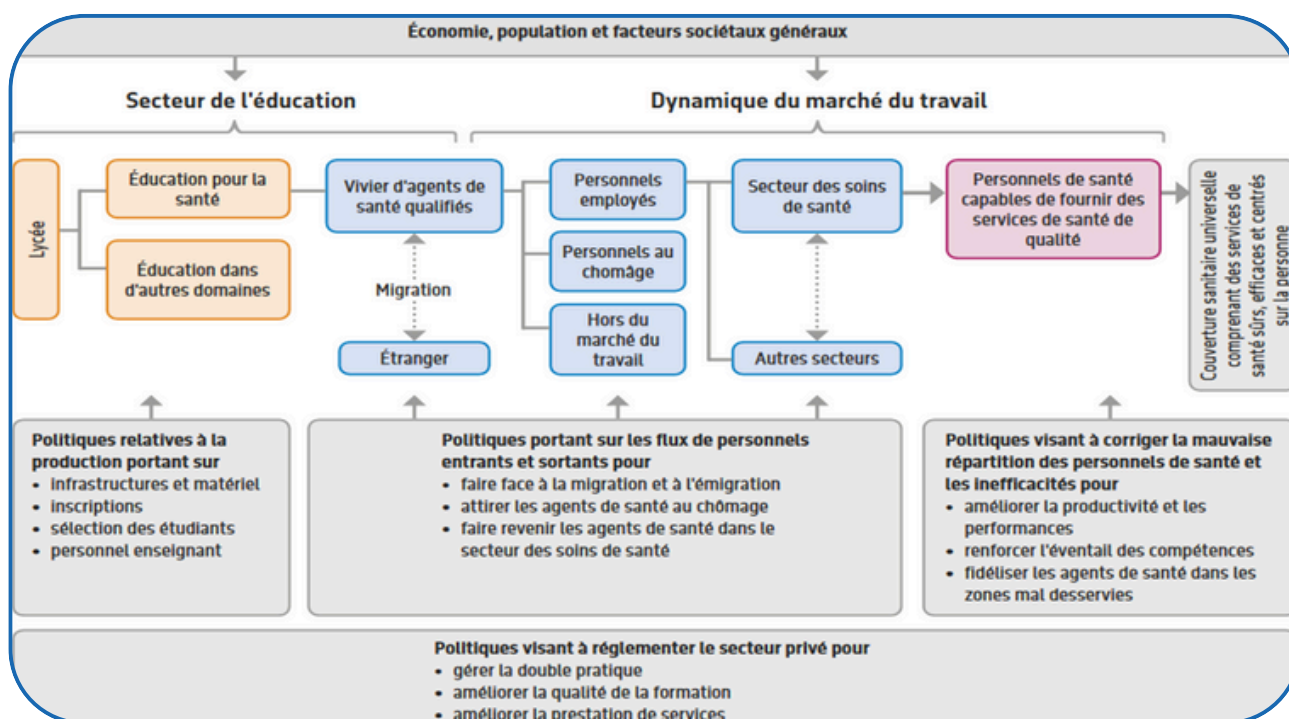
[9] Quelques facteurs d'attrition : départs à la retraite, migration, décès, prises de disponibilité, détachements, mises à disposition, démissions, licenciement, etc.

2.3 CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE

2.3.1 CADRE CONCEPTUELLE DE L'AMTS

La présente AMTS s'appuie sur le cadre conceptuel de Sousa et al. (Figure 5) qui a déjà été utilisé lors de la précédente étude, réalisée en 2019. Il est particulièrement adapté pour examiner la dynamique et les interactions au sein et entre le marché de l'éducation en santé, le marché du travail en santé et les politiques publiques qui les régulent, dans une perspective de Couverture Sanitaire Universelle. Sur le marché de l'éducation en santé, il permet de comprendre l'attractivité du secteur et le processus de formation du bassin des diplômés en santé, principal déterminant de l'offre de travail en santé, en tenant compte des effets migratoires liés à la formation. Au niveau du marché du travail en santé, lieu de confrontation de l'offre et de la demande de travail en santé, l'analyse de sa dynamique permet d'apprécier la capacité du secteur sanitaire à absorber les diplômés en santé et son attractivité, l'équité dans la disponibilité et l'utilisation des personnels de santé, l'adéquation de leurs compétences, leurs préférences et leurs satisfactions par rapport aux conditions de travail. Conformément aux implications l'AMTS à partir du cadre conceptuel de Sousa et al., le Tchad a conduit le processus en privilégiant une approche itérative, multisectorielle, pluridisciplinaire, et multi-acteurs.

Figure 5 : Cadre d'analyse du marché du travail de la santé des leviers politiques pour l'atteinte de la CSU



Source : OMS, 2022, Guide pour l'analyse du marché du travail dans le secteur de la santé

2.4 TYPES D'ÉTUDES, COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

2.4.1 TYPES D'ÉTUDE

Conformément aux questions de recherche prioritaires, la présente AMTS utilise une approche mixte, qualitative et quantitative ; pour conduire des analyses descriptives, exploratoires et causales.

- Les analyses descriptives des données quantitatives (tendance, niveau, distribution, etc.) ont permis de caractériser les populations cibles et les dynamiques des marchés de l'éducation et du travail en santé. Elles ont été complétées par des analyses qualitatives pour cerner les causes profondes des résultats.
- Les analyses causales/corrélationnelles (estimations économétriques) ont été orientées vers les déterminants de la fidélisation des personnels de santé et les préférences.
- L'analyse des compétences pour la production des soins de santé primaires est conduite à partir de l'outil « Skill Gap Analysis » de l'OCDE, tout en exploitant le référentiel des compétences du MSPP.
- Les projections effectives selon l'approche épidémiologique, il s'agira d'estimer et analyser les besoins en services de santé pour les populations, traduits d'abord en modèles de soins au Tchad, et par la suite en besoin en matière de personnels de santé. En sus de ces besoins, les implications financières d'une politique de recrutement visant à combler l'ensemble des besoins projetés seront estimées en adoptant différents scénarii.

2.4.2 COLLECTE DES DONNÉES

2.4.2.1 COLLECTE DE DONNÉES SECONDAIRES :

Dans le cadre de cette étude, deux types de données ont été collectés à partir des questionnaires et des grilles harmonisées, incluant les données secondaires et primaires.

Les données secondaires, déjà disponibles auprès de diverses sources, ont été collectées à travers un processus continu et exploitées pour analyser :

- 1) La dynamique du marché de l'éducation (Processus, Effectifs, Financement)[10] jusqu'à la constitution du Pool/Stock des diplômés en santé qui alimente l'offre du marché du travail ;
- 2) Les recrutements, la disponibilité et l'équité de la distribution des personnels de santé actifs ; les phénomènes d'attrition ; les agrégats sur la rémunération et le financement des RHS ;
- 3) Les profils épidémiologique et sanitaire [11] , les conditions macroéconomiques et budgétaires [12] ;
- 4) Les leviers de politiques publiques (stratégies, politiques, plans et référentiels, rapports etc.).

Les données secondaires proviennent de diverses sources : Documents d'orientation ou techniques [13] et bases de données des Ministères (Santé, Education, Fonction publique, Finances) ; des établissements de formation et des structures santé. Elles sont complétées par des bases de données internationales [14].

2.4.2.2 COLLECTE DES DONNÉES PRIMAIRES

Les données primaires ont été spécifiquement collectées pour apprécier :

- 1) La qualité de la formation initiale des personnels de santé ;
- 2) L'insertion professionnelle et le chômage des personnels de santé ;
- 3) Les conditions de travail et de fidélisation des personnels de santé ; les préférences d'emplois travailleurs et étudiants en santé, les critères et niveaux de satisfaction au travail ;
- 4) Les écarts de compétences des personnels de santé pour la fourniture des soins de santé primaires,
- 5) La qualité de la supervision des personnels de santé ;
- 6) Les projections des besoins, de l'offre et de la demande en personnels de santé.

Ces données primaires ont été collectées à travers : 1) les enquêtes-terrains avec des questionnaires structurés auprès des RHS des formations sanitaires ; des diplômés en santé des institutions publiques et privées et des ASC ; 2) les Focus Groups avec les étudiants et les personnels de santé en emploi. Plusieurs méthodes d'échantillonnage ont été utilisées selon les populations cibles (Tableau 2). Afin de garantir la représentativité des échantillons, les bases de sondages ont été stratifiées selon les provinces sanitaires, le milieu (urbain, rural), l'accessibilité des zones, le type (public, privé), les catégories professionnelles, le genre, etc. La taille des échantillons est déterminée à partir de la formule de SurveyMonkey ci-dessous.

N = Taille de la population, e = marge d'erreur, z = z-score ou intervalle de confiance de l'échantillonnage et p = 0,5

$$\text{Taille de l'échantillon} = \frac{\frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{e^2} \right)}$$

[10] Candidatures, Admissions et Inscriptions dans les établissements de formation, Capacité d'accueil, Effectifs des enseignants, Curricula des formations en santé, Taux de réussite aux examens, etc.

[11] Performances du système de santé (résultats de santé), Infrastructures sanitaires, Equipements médicaux,

[12] Emplois au niveau national (tous secteurs confondus), Taille et distribution de la population, Finances publiques, Masse salariale du secteur public, Masse salariale du secteur public de la santé, les dépenses pour la formation initiale et continue

[13] Annuaire des statistiques sanitaires, rapports d'enquête (EDS, MICS, SARA, HeRAMS), PNDS 2022-2030, PSDRHS 2022-2030, Stratégies et Plans de renforcement des soins de santé et de la santé communautaire, Référentiel de compétence des personnels de santé, Rapport de l'AMTS 2019, Rapports des CNS, Lois de finance, Rapports d'exécution budgétaires, Tableaux des opérations financières de l'État, etc.

[14] OMS (Global Health Observatory, Global Health, Global Health Expenditures database, National Health Workforce Accounts) ♦ Banque Mondiale (World Development Indicators) ♦ FMI (World Economic Outlook, Government Finance Statistics) ♦ OIT et IHME (Global Burden of Disease) ♦ Base de données sur les exonérations fiscales (Global Tax expenditures).

2.4.2 COLLECTE DES DONNÉES

2.4.2.1 COLLECTE DE DONNÉES SECONDAIRES :

Tableau 2 : Méthodes d'échantillonnage pour la collecte de données primaires selon les populations cibles

Phase	Thématiques de l'enquête	Population et Sous-populations cibles	Méthode/Taille d'échantillonnage
Enquête auprès des RHS	Fidélisation et ses déterminants • compétences pour la production des SSP • Préférences d'emplois •	Personnels des soins de santé primaires : Médecins (généralistes et spécialistes), Infirmiers (IDE, ATS), Sages-femmes, Laborantins, Pharmaciens/Assimilés, ASC	Echantillon aléatoire stratifié de 1 565 personnels de santé
Enquête auprès des étudiants et diplômés	Conditions d'études • Insertion professionnelle • Préférences d'emplois • Chômage	Médecins (généralistes et spécialistes), Infirmiers (IDE, ATS), Sages-femmes, Laborantins, Pharmaciens et Assimilés	Echantillon aléatoire, par boule de neige, jusqu'à l'atteinte des quotas, sur cohortes de diplômés (mêmes année et programme)
Enquête qualitative (Focus Group)	Préférences • Perception • Qualité de la formation initiale • Rémunération • Charge de travail • Types d'activités • Paramétrage-Projection des besoins en RHS	Personnels de santé du secteur public, Etudiants en santé, Responsables des écoles de formations, ASC	Constitution de groupes homogènes par sous-population cible et par zone géographique
Enquête auprès des ASC	Formation • Rémunérations • Paquets d'activités • Supervision • Satisfaction au travail • Niveau d'instruction • Région d'origine	Ensemble des Agents de Santé Communautaire (ASC)	Echantillon aléatoire stratifié de 381 ASC, avec tirage proportionnel à la taille démographique des provinces

2.4.3 OUTILS D'ANALYSES

Les analyses statistiques ont été menées en utilisant le Progiciel d'AMTS développé par le Bureau Régional de l'OMS en Afrique (OMS-AFRO), Excel et STATA.

N = Taille de la population, e = marge d'erreur, z = z-score ou intervalle de confiance de l'échantillonnage et $p = 0,5$ [15]



[15] P : proportion attendue d'une réponse de la population ou proportion réelle. Si l'enquête ne porte que sur un seul critère et qu'une étude a déjà été menée sur le sujet, la valeur de p est donnée par le résultat précédemment obtenu ou par le résultat attendu. Dans le cas d'une étude multicritère elle peut être fixée à 0,5 par défaut, ce qui permet d'avoir le plus grand échantillon possible (<https://fr.surveymonkey.com>).

3 ÉCONOMIE POLITIQUE ET FACTEURS MACROÉCONOMIQUES INFLUENÇANT LE MARCHÉ DU TRAVAIL EN SANTÉ

3.1 GOUVERNANCE DES PERSONNELS DE SANTÉ ET DU MARCHÉ DU TRAVAIL EN SANTÉ

Figure 1 : Densité de la population (en rouge)
par province du Tchad en 2022 (hbts au km2)



Sources : DSIS, 2022 et Geo-ref.net



La gouvernance des RHS au Tchad fait intervenir plusieurs acteurs qui peuvent être répartis dans les catégories suivantes : le secteur public ou Etatique, avec la Direction en charge des RHS au centre ; le secteur privé lucratif (cabinets de soins, cliniques, ...), les organisations multilatérales et bilatérales, le secteur associatif et/ou confessionnel, et la population (organisations communautaires et leaders communautaires). Le Ministère de la Santé Publique et de la Prévention (MSPP) – à travers le Secrétariat Général et la Direction en charge des RHS – assure le leadership, la mobilisation des parties prenantes et des ressources en matière d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi-évaluation des politiques, stratégies, programmes et projets de développement des RHS. Malgré son importance, la gouvernance des parties prenantes et des interventions n'apparaît pas clairement parmi les priorités définies dans le Plan Stratégique de Développement des RHS au Tchad 2022 – 2030. Pourtant, elle est marquée par des défis importants tels que : la faible coordination des acteurs ; l'inefficience dans l'utilisation des ressources financières pour les RHS,

3.1.1 DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES, DE LA FORMATION ET DE LA PERFORMANCE (DRHFP)

La DRHFP joue un rôle fondamental dans l'atteinte des objectifs organisationnels et institutionnels du MSPP. Sa mission générale consiste à définir, suivre la mise en œuvre et évaluer les politiques, les stratégies et les plans en matière des ressources humaines, de la formation et des performances. En 2024, elle a vu ses prérogatives renforcées et élargies à travers un décret (Encadré 2), en lui attribuant les missions de formation et d'évaluation de la performance des services et des RHS. Son rapport d'activités 2024 montre que 26 des 40 principales activités ont été réalisées, soit un taux de réalisation de 79% au niveau global de la Direction. Ce taux variait de 55% à 100% selon les 4 Services qui la compose : Service de Gestion Prévisionnelle du Personnel (SGPP) ; Service de Gestion Administrative du Personnel (SGAP) ; Service de Formation Initiale, des Ecoles et Instituts de Formation (SFIEIF) ; Service de la Formation Continue (SFC).

Pour l'atteinte de ses objectifs, la DRHFP elle est confrontée à plusieurs défis majeurs, notamment :

- 1) l'indisponibilité ou la non-fiabilité de certaines données et l'absence des points focaux dans les provinces pour la réalisation des CNPS ;
- 2) les pressions parfois exercées dans les traitements des dossiers d'affectation entraînant le non-respect des critères définis par les textes en vigueur et contribuant aux déséquilibres entre les régions en termes d'effectif personnel ;
- 3) le faible financement des missions des activités impactant négativement les performances du système ;
- 4) l'insuffisance voire la rupture des matériels indispensables de travail ;
- 5) la faible dotation en moyens roulants entraînant des retards de certains agents au travail et limité les supervisions;
- 6) l'insuffisance de financement pour la réalisation des activités de service de formation initiale ;
- 7) la non-maitrise des logiciels de gestion du personnel en formation par le service ;
- 8) l'absence d'un suivi des agents en formation : Pour assurer une bonne politique de formation, il faut un financement pour le suivi des agents autorisés.

Pour relever ces défis, la DRHFP devrait s'imposer, au sein même du MSPP, comme Direction incontournable qui doit être pleinement impliquée dans toutes les interventions ayant des incidences (à court, moyen ou long termes) sur les effectifs ou les compétences ou la performance des RHS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Par ailleurs, elle doit redynamiser la synergie des interventions des parties prenantes sur chaque parcelle du marché du travail en santé. Pour la rendre plus performante, la DRHFP nécessite d'être renforcée en ressources humaines, matérielles et financières pour apporter les appuis nécessaires. Elle peut aussi mettre en place des partenariats stratégiques et opérationnels avec d'autres structures publiques qui présentent des avantages comparatifs significatifs, pour l'aider à atteindre certains objectifs en temps opportun.



Réalisations 2024 du Service de Gestion Prévisionnelle du Personnel (SGPP) : Réalisation des CNPS 2023 ✱✱ Evaluation de la mise en œuvre du PSDRHS 2022-2030 ✱✱ Analyse du marché de travail en santé ✱✱ Appui au recrutement par les PTFs d'environ 800 agents de santé, avec une proposition de la note conceptuelle ✱✱ Renforcement des capacités des 20 agents du Centre Hospitalier Universitaire la Référence Nationale en Santé et Sécurité au travail sur l'outil HealthWise ✱✱ Expression des besoins dans le cadre du déploiement du logiciel iRHIS pour les cinq provinces pilotes et le niveau central ✱✱ Renforcement des capacités des utilisateurs dans le cadre de déploiement du logiciel IRHIS ✱✱ Elaboration du plan d'action pour le Comité Hygiène et de Sécurité ✱✱ Plaidoyer auprès du Gouvernement pour le maintien du quota annuel à au moins 2500 places, avec la transmission de 3 362 dossiers d'intégration à la fonction publique ✱✱ Renforcement complémentaire des capacités des 20 agents du Centre Hospitalier Universitaire la Référence Nationale en Santé et Sécurité au travail sur l'outil HealthWise ✱✱ Finalisation du plan d'action par le CHS du CHU Référence Nationale ✱✱ Etablissement de la liste de départ à la retraite de 114 agents en 2025 en collaboration avec la fonction publique.

Réalisations 2024 du Service de Gestion Administrative du Personnel (SGAP) : Suivi de carrière des agents (1 883 Avancements, reclassements et reversements ; 960 Titularisations et 152 Confirmations) ✱✱ Supervision (4 supervisions des services provinciaux de la GRH) ✱✱ Suivi des mouvements (743 Affectations, 3 042 Congés réguliers, maternité et maladie, 109 Autorisations d'absence, 9 Détachements, 12 Bi-appartenances, 22 Transferts interministériels, 24 Mises en disponibilité, 357 Prises de service et attestations de présence effective et 28 Cessations de service) ✱✱ Encadrement des stagiaires (135 Accords d'autorisation de stage et 62 Attestations de fin de stage) ✱✱ Suivi des soldes (1 256 Réclamations des salaires, primes, droits sociaux, indemnités et pensions) ✱✱ 502 Diverses correspondances traitées ✱✱ 868 Délivrances/Renouvellements des cartes professionnelles.

Réalisations 2024 du Service de Formation Initiale, des Ecoles et Instituts de Formation (SFIEIF) : Traitement et enregistrement de 159 demandes d'ouverture des écoles privées de formation en santé, 14 demandes d'autorisations définitives, 8 demandes de création des filières de santé, 6 demandes d'ouverture des annexes ✱✱ Suivi-Evaluation de 9 demandes d'ouvertures provisoires des écoles et instituts de formation dans la zone de N'Djamena ✱✱ Organisation de la phase pratique de l'examen national de certification des agents de la santé ✱✱ Contrôle des dossiers des agents contractuels retenus dans le cadre des réfugiés soudanais à l'EST du Tchad ✱✱ Appui à la signature des contrats de travail aux agents contractuels ✱✱ Encadrement des sept (07) stagiaires au sein du service ✱✱ Missions de suivi et d'évaluation des demandes de création des établissements privés de formation en santé ✱✱ Organisation de la phase théorique des examens de certification des écoles publiques et privées de santé pour l'année 2024 ✱✱ Contrôle des écoles privées de santé chaque trimestre afin d'évaluer la qualité de formation transmise aux étudiants ✱✱ Restitution des rapports de missions d'évaluation des neuf (9) écoles et instituts visités dans la zone de N'Djamena à la commission paritaire en vue d'élaborer le projet d'octroi des autorisations provisoires aux promoteurs.

Encadré 3 : Missions de la Direction des Ressources Humaines de la Formation et la Performance (DRHFP), Article 18, Décret N°0444/PR/PM/MSP/2024

Réalisations 2024 du Service de Formation Continue (SFC) : Attribution de bourses en faveur de 283 agents de santé par la commission (131 Médicaux, 138 Paramédicaux et 14 Administrateurs) ✱✱ Production de 124 certificats de reprise de service et attestation de présence effective ✱✱ Attribution d'autorisation à titre de régularisation à 14 agents de santé par la Commission ✱✱ Production d'autorisation à titre de régularisation à 303 agents de santé ✱✱ Production de 42 ordres de mission individuels.

lacée sous l'autorité d'un Directeur, assisté d'un Adjoint, la DRHFP a pour missions de définir, de suivre la mise en œuvre et d'évaluer les politiques, les stratégies et les plans en matière des ressources humaines, de la formation et des performances.

▮ Définir, mettre en œuvre et évaluer les politiques et stratégies en matière de :

- Recrutement des agents de la Fonction Publique afin d'accroître les effectifs du personnel de santé ;
- Déploiement et de fidélisation du personnel de santé ;

▮ Coordonner la mise en place progressive d'un système durable d'évaluation des performances des agents ;

▮ Coordonner, en lien avec les Délégations provinciales de la santé et le Programme national de renforcement des capacités du personnel de santé, la définition des besoins en perfectionnement et en formation continue pour toutes les catégories de personnel du Ministère ;

▮ Assurer en lien avec les ministères sectoriels, les organisations de la société civile et le secteur privé, le contrôle et l'évaluation de l'application des normes et des procédures applicables dans le développement des RHS ;

▮ Elaborer et mettre en œuvre les documents des politiques des stratégies et des plans de formation initiale et continue ;

▮ Veiller au respect des normes de qualité de l'enseignement dans les écoles paramédicales, publiques et privées ;

▮ Coordonner et superviser l'ensemble du fonctionnement des institutions publiques et privées de formation ;

- Assurer le déploiement, la formation et le perfectionnement régulier de IHRIS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Mettre en place une gestion prévisionnelle des effectifs du personnel du ministère ;
- Evaluer les profils et effectifs des ressources humaines de santé, leur répartition sur le territoire, leur mobilité et les possibilités d'accès à un programme de renforcement de capacités, et ce, en collaboration avec les services concernés ;
- Communiquer à la direction de la Solde les éléments nécessaires au paiement des rémunérations des agents du Ministère ;
- Evaluer, en collaboration avec les autres services, le plan stratégique de développement des RHS ;
- Apporter un appui technique aux Délégations provinciales de la santé et Districts sanitaires dans la gestion du personnel ;
- Participer en lien avec la Direction des finances, à l'élaboration du budget lié au personnel du ministère, y compris les prévisions budgétaires dans le domaine de la formation ;
- Collaborer avec le programme national de renforcement des capacités du personnel de santé à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation de la planification de la formation continue du personnel du Ministère ;
- Assurer la coordination des activités de l'ensemble des intervenants dans le domaine de la formation en collaboration avec le programme national de renforcement des capacités du personnel de santé ;
- Réaliser et suivre des comptes nationaux des personnels de santé ;
- Actualiser et harmoniser en collaboration avec les établissements de formation les curricula de formation en santé ;
- Elaborer au début de l'année le plan opérationnel de la Direction qui soit en conformité avec les interventions déclinées dans le Plan National de Développement Sanitaire et évaluer périodiquement sa mise en œuvre ;
- Produire un rapport d'activités trimestriel, semestriel et annuel de la Direction.

3.1.2 PARTIES PRENANTES DU MARCHÉ DU TRAVAIL EN SANTÉ AU TCHAD

Les RHS étant une composante transversale du système de santé, la majorité des partenaires de la santé intervient directement ou indirectement dans leur développement aux niveaux national, provincial et local ; avec des contributions différentes. Cette multiplicité des acteurs et des interventions rend particulièrement difficile leur coordination.

Bien que les acteurs clés intervenant sur le marché du travail en santé au Tchad soient connus (Tableau 3), les informations disponibles ne permettent pas d'analyser de façon approfondie leur dynamique, car toutes les parties prenantes n'ont pas répondu aux questionnaires malgré les sollicitations. D'où la limite de l'analyse. Toutefois, la formation initiale et continue et le recrutement sont les composantes du marché du travail en santé qui captent plus l'intérêt de la majorité des parties prenantes. Les acteurs multilatéraux et, dans une certaine mesure, bilatéraux semblent disposer des niveaux d'influence et d'intérêt les plus élevés.

La DRHFP doit disposer d'une cartographie détaillée des parties prenantes intervenant dans le développement des RHS pour connaître leurs Degrés [16] d'importance ; Profils ; Types d'intérêts en jeu ; Niveau d'interrelations et collaboration (effective, potentielle); Niveaux d'influence ; Caractéristiques des interventions sur les RHS (types, durée, montants, procédures, résultats attendus, etc.). Elle permettra aussi d'alimenter régulièrement les systèmes d'informations sur les RHS et les dialogues techniques et politiques. Les cartographies générales existantes sur les partenaires de la santé et de la nutrition au Tchad pourraient servir de bases de travail.

[16] Parties prenantes primaires (directement concernées: publics cibles ou bénéficiaires) ; secondaires (indirectement touchées) et centrale (incontournables pour le processus de changement)

Tableau 3 : Principaux acteurs de la gouvernance des RHS, par composante du marché du travail en santé

Composantes du marché du travail en santé	Institutions et organes du secteur public ou étatique	Secteurs privé lucratif, associatif ou confessionnel, ONG	Organisations multilatérales et bilatérales
Formation initiale et continue des RHS	Ministère-Santé ¹⁷ (SG, DRHFP) ♦ Ministères (Enseignement sup ¹⁸ , Défense ¹⁹ , Digitalisation ²⁰) ♦ Ecoles et Facultés publiques de Santé	Ecoles et Instituts privés de santé ♦ Structures sanitaires privées ♦ Ordres et Associations des professionnels de santé ♦ ONG Santé ²¹ ♦	Banque Mondiale ♦ Banque Africaine de Développement ♦ Banque Islamique de Développement ♦ OMS ♦ UNICEF ♦ UNFPA ♦ ONU Femmes ♦ PNUD ♦ ONUSIDA ♦ UNHCR ♦ OIM ♦ Alliance GAVI ♦ Fonds Mondial ♦ Union Européenne ♦ AFD ♦ Coopération Suisse ♦ GIZ ♦ BMGF ♦
Recrutements-RHS (niveaux national/Local)	Ministère-Santé (SG, DRHFP) ♦ Ministères (Fonction publique ²² , Finances ²³ , Défense)	Structures sanitaires privées ♦ Ordres et Associations des professionnels de santé ♦ ONG-Santé ♦	Banque Mondiale ♦ OMS ♦ UNICEF ♦ UNFPA ♦ ONU Femmes ♦ PNUD ♦ ONUSIDA ♦ Alliance GAVI ♦ Fonds Mondial ♦ AFD ♦ Coopération Suisse ♦ GIZ ♦ BMGF
Déploiement des RHS	Ministère-Santé (SG, DRHFP, Délégations sanitaires, Districts sanitaires) ♦ Ministères (Décentralisation)	Ordres et Associations des professionnels de santé ♦ ONG-Santé ♦	Banque Mondiale ♦ OMS ♦ UNICEF ♦ UNFPA ♦ ONU Femmes ♦ PNUD ♦ Alliance GAVI ♦ Fonds Mondial ♦ AFD ♦ Coopération Suisse ♦ GIZ ♦
Fidélisation des RHS	Ministère-Santé (SG, DRHFP, Délégations sanitaires, Districts sanitaires) ♦ Ministères (Décentralisation)	Ordres et Associations des professionnels de santé ♦ ONG-Santé ♦	Banque Mondiale ♦ OMS ♦ UNICEF ♦ UNFPA ♦ ONU Femmes ♦ PNUD ♦ Alliance GAVI ♦ Fonds Mondial ♦ AFD ♦ Coopération Suisse ♦
Gestion des RHS	Ministère-Santé (SG, DRHFP, Délégations sanitaires, Districts sanitaires) ♦ Ministères (Action sociale ²⁴) ♦	Ordres et Associations des professionnels de santé ♦ ONG-Santé ♦ COSAN ♦ COGES ♦	Banque Mondiale ♦ OMS ♦ UNICEF ♦ UNFPA ♦ ONU Femmes ♦ PNUD ♦ ONUSIDA ♦ Alliance GAVI ♦ Fonds Mondial ♦ AFD ♦ Coopération Suisse ♦ GIZ ♦ BMGF
Migration des RHS	Ministère-Santé (SG, DRHFP) ♦ Ministères (Enseignement Sup., Affaires étrangères, Fonction publique) ♦ Facultés publiques de Santé	Ordres et Associations des professionnels de santé ♦	OMS ♦ OIT ♦
Prestation de services de qualité par les RHS	Ministère-Santé (SG, DRHFP, Délégations sanitaires, Districts sanitaires) ♦	Structures sanitaires privées ♦ Ordres et Associations des professionnels de santé ♦ ONG-Santé ♦ COSAN ♦ COGES ♦	Banque Mondiale ♦ OMS ♦ UNICEF ♦ UNFPA ♦ ONU Femmes ♦ PNUD ♦ ONUSIDA ♦ Alliance GAVI ♦ Fonds Mondial ♦ AFD ♦ Coopération Suisse ♦ GIZ ♦ BMGF

[17] Ministère de la Santé publique et de la Prévention

[18] Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche scientifique et de la Formation professionnelle

[19] Ministère des Armées, des Anciens combattants et des Victimes de guerre

[20] Ministère des Communications, de l'Économie numérique et de la Digitalisation

[21] ONGs : ACF ♦ MSF-Suisse ♦ MSF-Hollande ♦ MSF-WACA ♦ World Vision ♦ MDA ♦ ACRA ♦ CONCERN ♦ PNDSSA ♦ BASE ♦ DANA ♦ UNICEF ♦ ARSENAL ♦ Sahel SNR ♦ IRC ♦ AMAME OHDEL ♦ AEDES International ♦ ADESOH ♦ ASNUTRIT ♦ ASRADD ♦ CRF ♦ CSSI ♦ PUI ♦ Plan International ♦ RHDI ♦ IMD ♦ APES ♦ CRT ♦ Malaria Consortium ♦ ESEDD ♦ ALIMA/AS APRODEV ♦ Tchad Initiatives

[22] Ministère de la Fonction publique et de la Concertation sociale

[23] Ministère des Finances, du Budget, de l'Economie, du Plan et de la Coopération internationale

[24] Ministère de l'Action sociale, de la Solidarité et des Affaires humanitaires

OFFRE EN RH-S

4 ANALYSE DU MARCHÉ DE LA FORMATION EN SANTÉ : OFFRE EN PERSONNELS EN SANTÉ

4.1 CAPACITÉ DE PRODUCTION ET ATTRACTIVITÉ DES FORMATIONS EN SANTÉ

AMTS

L'examen de la dynamique du marché de la formation en santé permet de comprendre l'offre en personnels de santé, ses caractéristiques et certains de ses déterminants. Il sera effectué à travers les analyses de l'attraction des professions de santé et de la capacité de production des agents de santé [25]; des tendances en matière de production d'agents de santé et de l'aperçu de l'efficience de la production d'agents de santé .

4.1.1 BREF APERÇU DU SYSTÈME ÉDUCATIF TCHADIEN

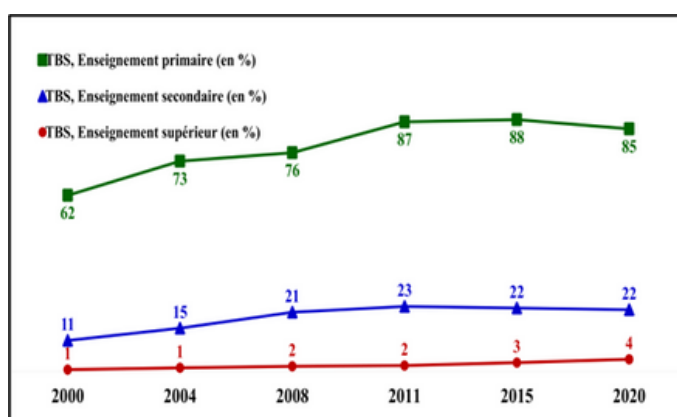
[25] OMS , 2022, Guide pour l'analyse du marché du travail dans le secteur de la santé [Health labour market analysis guidebook]

4.1.1 BREF APERÇU DU SYSTÈME ÉDUCATIF TCHADIEN

La dynamique du système éducatif tchadien permet d'apprécier la demande de formation en santé. Les analyses croisées des taux brut de scolarisation (TBS) des trois niveaux (Primaire, Secondaire et Tertiaire) montrent qu'il y a relativement peu d'élèves qui arrivent au cycle supérieur qui constituent la porte d'entrée pour la plupart des études en santé (Graphique 13 et Graphique 14). Entre 2000 et 2020,

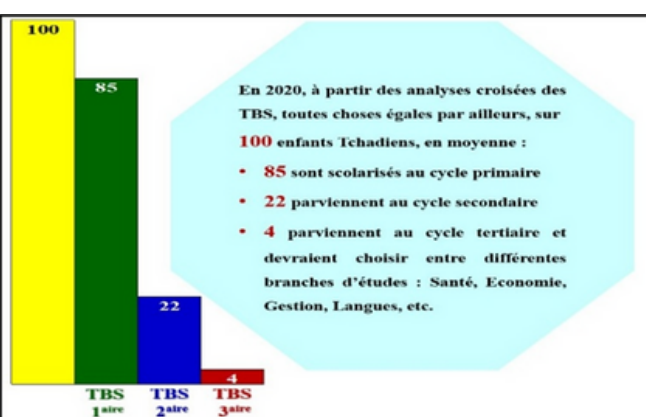
les TBS des cycles primaire et secondaire se sont nettement améliorés, alors que le TBS du supérieur est passé de 1% à 4%. Un dialogue national et l'intensification des efforts des autorités éducatives pour améliorer les TBS et la performance des cycles primaires, moyen/secondaire, devraient permettre d'augmenter considérablement la masse critique des bacheliers et donc de la demande de formation en santé.

Graphique 13 : Evolution 2000 – 2020 des TBS du primaire, secondaire et tertiaire du Tchad



Source : A partir des données de WDI, 2025

Graphique 14 : Implications des TBS en termes de demande de formation en santé



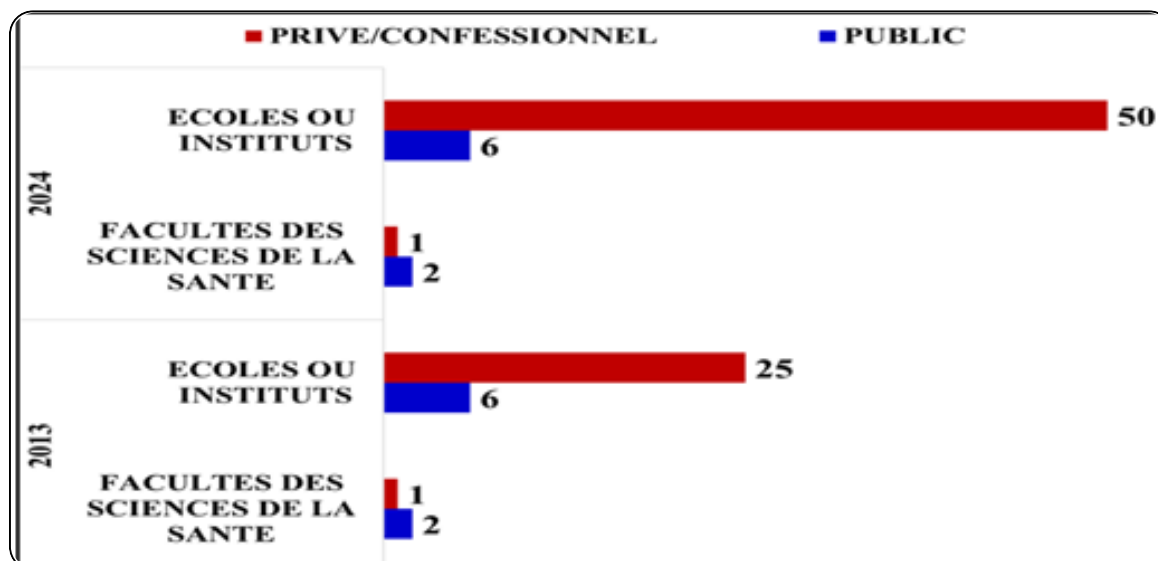
Source : A partir des données de WDI, 2025

4.1.2 SITUATION SUR LES INSTITUTIONS PUBLIQUES ET PRIVÉES DE FORMATION EN SANTÉ

L'augmentation croissante des institutions de formation en santé au Tchad et des demandes d'ouverture des nouvelles institutions ou d'extension qui sont en instance de traitement, particulièrement celles du secteur privé, témoigne non seulement de l'attractivité des professions de la santé pour les étudiants ; mais aussi d'une certaine rentabilité financière pour les promoteurs, tout en cachant d'importantes iniquités géographiques.

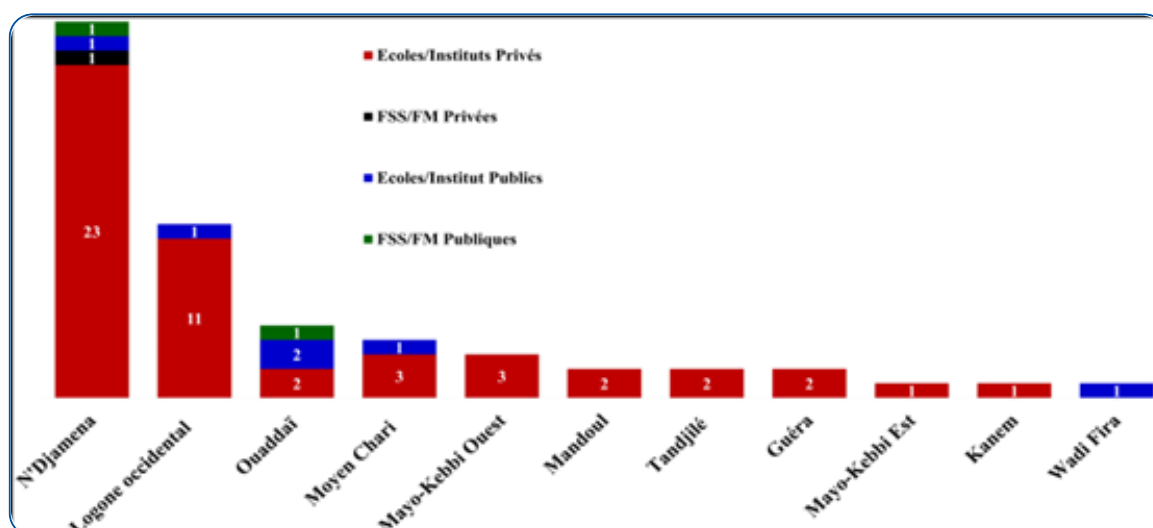
En effet, le nombre d'institutions de formation en santé a quasiment doublé entre 2013 et 2024, passant de 34 à 59 (Graphique 15), du fait essentiellement de la dynamique du secteur privé et confessionnel dont les effectifs sont passés de 26 et 51 écoles, instituts et faculté de médecine, soit 76% et 86% de l'ensemble pour chacune des deux années. En 2024, les provinces de N'Djamena et du Logone Occidental concentraient respectivement 26 et 12 institutions de formations en santé, soit 44% et 20% de l'ensemble des institutions (Graphique 16), alors qu'elles abritaient 10% et 6% de la population totale.

Graphique 15 : Effectifs des institutions de formations en santé en 2013 et 2024, selon le type et le secteur



Source : MSPP, PNDS et Annuaire Statistiques (2023, 2024)

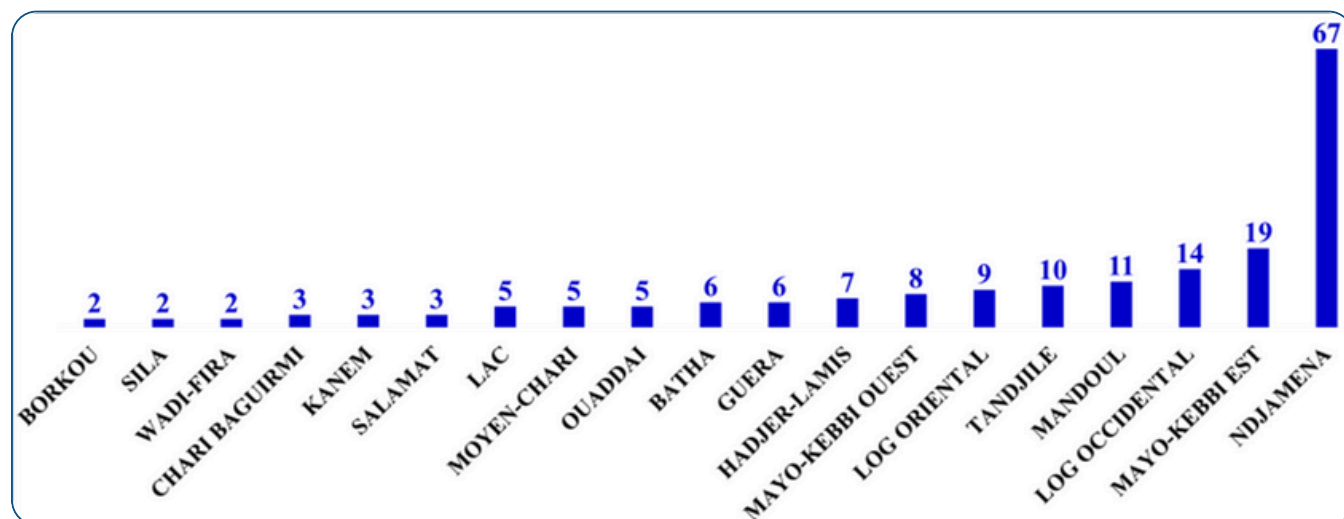
Graphique 16 : Répartition des institutions de formations en santé en 2024, selon le type, le secteur et la province



Source : MSPP, PNDS et Annuaire Statistiques (2023, 2024)

Par ailleurs, en 2024, quelques 187 demandes d'ouverture des nouvelles institutions ou d'extension de celles existantes étaient en instance de traitement par la DRHFP (Graphique 17), dont plus de la moitié dans 3 provinces : N'Djamena (36%), Mayo-Kebbi Est (10%) et Logone Occidentale (7%). Les autorisations que délivreront les autorités devraient intégrer des critères d'équité d'accès des étudiants aux formations en santé et, à termes, d'équité d'accès des populations aux personnels de santé qualifiés.

Graphique 17 : Demandes d'ouverture d'institutions privées/confessionnelles de formation en santé en 2024



Source : A partir des données du Service de la Formation Initiale de la DRFP, 2024

La forte augmentation des institutions privées soulève aussi beaucoup d'inquiétudes quant à la qualité de la formation, aux compétences des diplômés et à la qualité des prestations offertes aux populations (Encadré 4).

L'examen national de certification en santé, organisé annuellement pour les étudiants de dernières années des filières paramédicales des institutions publiques et privées, constitue une sorte de « filtre à l'entrée sur le marché du travail en santé » qui devrait fournir un flux de diplômés qualifiés et compétents.

Les étudiants qui ne le valident pas devraient alors reprendre une année d'étude (ou plusieurs années s'ils échouent encore au suivant et ou reprendre la certification l'année suivante), engendrant des coûts additionnels.

Bien qu'il présente des avantages, il ne permet malheureusement pas d'améliorer le processus de la formation théorique et pratique tout au long du cursus. Il est indispensable qu'il soit complété par des mécanismes d'accréditation ou d'assurance qualité permettant d'évaluer chaque année de formation, dans chaque cursus.

“Chez nous” – Le système de santé tchadien en péril : la formation au rabais des agents de santé, un danger imminent

Le système de santé tchadien, déjà fragilisé par des défis structurels et des moyens insuffisants, fait face à un nouveau péril : la formation au rabais des professionnels de santé. Dans un pays où la qualité des soins est une question de vie ou de mort, la prolifération d’instituts privés plus motivés par le profit que par l’excellence pédagogique menace directement la santé publique.

Ces dernières années, le Tchad a vu fleurir des instituts de formation privés dans le domaine de la santé. Ils proposent des formations pour des infirmiers diplômés d’État, des sages-femmes, des laborantins, et d’autres techniciens médicaux essentiels. Mais derrière la vitrine prometteuse, la réalité est alarmante : des infrastructures inadéquates, un personnel enseignant insuffisamment qualifié et un programme souvent bâclé.

Pour beaucoup de ces établissements, l’objectif est clair : maximiser les inscriptions et les recettes, sans se soucier de la qualité des compétences des diplômés. La conséquence est tragique : des professionnels mal formés, envoyés sur le terrain, où leur manque de savoir-faire peut aggraver la situation des patients au lieu de l’améliorer. “C’est grave ce qui se passe dans les instituts de formation en santé. Comment un titulaire d’une licence peut-il dispenser les cours dans un institut ?”, s’interroge un enseignant qui intervient dans un établissement de formation en santé.

Des conséquences directes sur la santé des populations : La qualité des soins dispensés par ces agents de santé insuffisamment formés est préoccupante. Lorsqu’un infirmier ne sait pas administrer correctement un médicament, lorsqu’une sage-femme échoue à gérer une complication lors d’un accouchement ou lorsqu’un laborantin délivre des résultats erronés, ce sont des vies qui sont mises en danger.

En effet, dans un contexte où les services de santé sont déjà sous pression, le recours à des professionnels mal préparés amplifie les défis. Dans les zones rurales, où ces agents représentent souvent la seule option disponible, les conséquences sont encore plus graves : infections mal soignées, erreurs médicales fatales, et confiance réduite dans le système de santé.

Source : A partir des données du Service de la Formation Initiale de la DRFP, 2024

Un problème systémique alimenté par l'absence de contrôle : Ce phénomène est exacerbé par l'absence de régulation stricte. Beaucoup d'instituts fonctionnent avec des autorisations délivrées sans réelle évaluation de leurs capacités. Les inspections sont rares, et les sanctions en cas de manquement sont quasiment inexistantes. Certes, l'Etat a instauré un concours de certification des diplômes mais ce contrôle en fin de cycle ne peut résoudre le problème. Car même un apprenant médiocre peut, selon diverses circonstances, être reçu à un concours.

Cette situation crée un cercle vicieux où la médiocrité se normalise, au détriment de l'ensemble du système de santé. Aujourd'hui, tous les « ratés » s'orientent vers les instituts de formation en santé où le paiement total des frais de scolarité est la garantie de passer systématiquement au niveau supérieur et, in fine, d'obtenir son diplôme. C'est dire les risques auxquels s'exposent les patients en se faisant soigner par de tels agents de santé.

Un appel urgent à l'action : réguler et professionnaliser la formation : Face à ce danger imminent, des mesures immédiates et structurelles s'imposent à l'Etat tchadien, notamment renforcer la réglementation concernant la création et le fonctionnement des instituts privés de formation en santé, mener des inspections régulières pour s'assurer de leur conformité, fermer les établissements défaillants, améliorer la formation des formateurs, investir conséquemment dans les établissements publics de formation en santé, recruter les médecins, infirmiers, sages-femmes, laborantins et autres agents formés par la faculté de médecine (environ 400 médecins haussent le ton régulièrement pour revendiquer leur intégration à la Fonction publique) mais aussi l'Ecole nationale des agents sanitaires et sociaux (ENASS).

Le Tchad se trouve à un tournant critique. Si rien n'est fait pour endiguer la prolifération des formations au rabais dans le domaine de la santé, le pays court le risque de voir son système de santé s'effondrer. Mais avec une volonté politique ferme, des réformes bien pensées et une mobilisation de toutes les parties prenantes, il est possible de redresser la barre. Car au-delà des infrastructures et des ressources, ce sont les femmes et les hommes qui portent le système de santé. Leur formation et leur compétence sont les piliers sur lesquels repose la santé de toute une nation.

Source : A partir des données du Service de la Formation Initiale de la DRFP, 2024

4.1.3 CAPACITÉS DE PRODUCTION DES INSTITUTIONS DE FORMATIONS EN SANTÉ

L'analyse des capacités théoriques de formation [26] – mesurée ici par le nombre de sièges ou de places disponibles ne tenant toutefois pas compte des heures disponibles et de cours – et de l'attractivité des formations en santé au Tchad est cruciale pour comprendre la dynamique du secteur de la santé et pour orienter les décisions politiques et stratégiques.

Les données sur la capacité d'accueil demeurent partielles (en particulier pour le secteur privé), car elles ont été obtenues auprès de 31 institutions de formations en santé (6 publiques et 25 privées), soit 53% de l'ensemble (75% des institutions publiques contre 49% des institutions privées). Ces institutions cumulent une capacité de 13 709 places, dont 8% pour l'Université publique ; 5% pour les 5 Ecoles publiques de santé et 88% pour les écoles privées.

En considérant la situation exhaustive des institutions, ces proportions changeraient plus ou moins significativement en faveur du secteur privé de formation en santé. Il est important aussi de noter que les 5 Ecoles publiques de santé, malgré leurs capacités d'accueil, se trouvent dans une situation léthargique depuis quelques années, durant lesquelles elles n'ont pas organisé de concours d'entrée, par manque de subvention et de ressources financières suffisantes.

Tableau 4 : Capacité d'accueil des Institutions de formation en santé (Donnees non exhaustives)

Institutions de formation en santé	Capacité d'accueil	Pourcentage
Université publique	1042	8%
5 Ecoles publiques de santé	620	5%
25 Ecoles privées	12047	88%
Total pour les institutions échantillonnées	13709	100%

Source : Auteurs, à partir des données collectées auprès des institutions publiques et privées de formations en santé, 2025

[26] La capacité théorique de formation désigne le nombre maximal d'apprenants qu'un système éducatif ou une institution de formation peut accueillir, en se basant sur ses ressources disponibles (infrastructures, enseignants, équipements, etc.), sans tenir compte des contraintes pratiques (absentéisme, maintenance, fluctuations budgétaires). Elle représente une limite idéale calculée pour répondre aux besoins de formation dans des conditions optimales.

Au niveau de l'Université publique, la majorité de la capacité d'accueil est observée au niveau de la Médecine Générale (29%) et de la Pharmacie (26%). Les spécialisations médicales (Pédiatrie, Chirurgie, Gynéco-Obstétrique, Urologie, Gastro-entérologie) représentent 5% de la capacité d'accueil globale de l'Université publique. Les filières paramédicales représentent environ 40% de la capacité d'accueil de l'Université publique (Tableau ci-dessous).

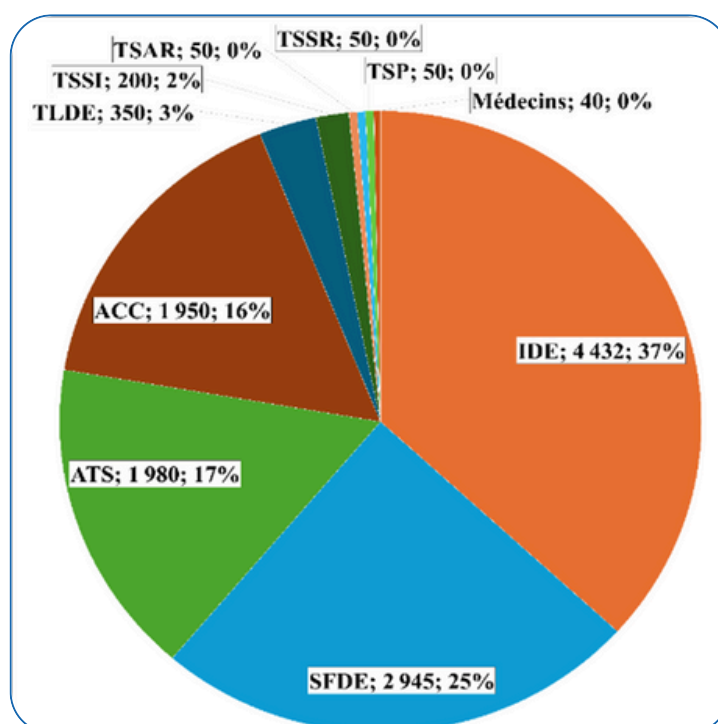
Tableau 5 : Capacité d'accueil et durée des formation en santé, par filière, à l'Université

Filières de Formation	Capacité d'accueils	Pourcentage	Durée de Formation
Médecine Générale	300	29%	7 ans
Pharmacie	270	26%	7 ans
Pédiatrie	6	1%	5 ans
Chirurgie	6	1%	5 ans
Gynéco-Obstétrique	10	1%	5 ans
Urologie	10	1%	4 ans
Gastro-entérologie	10	1%	4 ans
IDE	50	5%	3 ans
SFDE	30	3%	3 ans
ATS	30	3%	3 ans
ATS/Accoucheuses	30	3%	3 ans
TS en Laboratoire Diplômés d'Etat	30	3%	3 ans
TS en Génie Sanitaire Diplômés d'Etat	30	3%	3 ans
Jardinier d'Enfant	30	3%	3 ans
TS en Anesthésie-Réanimation	50	5%	3 ans
Sciences Biomédicales	100	10%	3 ans
Sciences Pharmaceutiques	50	5%	3 ans
Total	1 042	100%	

Source : Auteurs, à partir des données collectées auprès des institutions publiques et privées de formations en santé, 2025

La capacité d'accueil des institutions de formations en santé, à plus de 80% (Graphique ci-dessous), est orientée vers les filières des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE, 37%), Sages-Femmes Diplômés d'Etat (SFDE, 25%), Agents Techniques de Santé (ATS, 17%), Techniciens de Laboratoire Diplômés d'Etat (TLDE, 3%) et Techniciens Supérieurs en Soins Infirmiers (TSSI, 2%). Ces proportions pourraient croître si l'on tient compte des institutions privées pour lesquelles les données n'ont pas pu être collectées.

Graphique 18 : Capacités d'accueil par filière au niveau des écoles privées de santé



Source : Auteurs, à partir des données collectées auprès des institutions publiques et privées de formations en santé, 2025

Au niveau de l'Université publique, la majorité de la capacité d'accueil est observée au niveau de la Médecine Générale (29%) et de la Pharmacie (26%). Les spécialisations médicales (Pédiatrie, Chirurgie, Gynéco-Obstétrique, Urologie, Gastro-entérologie) représentent 5% de la capacité d'accueil globale de l'Université publique. Les filières paramédicales représentent environ 40% de la capacité d'accueil de l'Université publique (Tableau ci-dessous).

4.1.4 ATTRACTIVITÉ ET DYNAMIQUE-GENRE DES FILIÈRES DE FORMATIONS EN SANTÉ

Les formations en santé s'avèrent particulièrement attractives au niveau universitaire. En effet, les différentes filières de formations enregistrent 2 à 24 fois plus de candidatures qu'il n'y a de places disponibles ; des taux d'admission (Admissions rapportées aux Candidatures) relativement limités de 3% à 26% selon les filières et des taux d'occupation (Admissions rapportées à la Capacité d'accueil) variant de 37% à 544%. En Médecine Générale, les 7 300 candidatures reçues sont 24 fois supérieures à la capacité d'accueil à l'Université (300 places). Les 360 admissions accordées représentent seulement 5% des candidatures ; mais un taux d'occupation des 120% (ratio entre les admissions et la capacité d'accueil). En Pharmacie, il y a 4 fois plus de candidatures que de places disponibles et seulement une candidature sur dix est retenue pour l'admission. Les mêmes tendances sont observées pour les autres filières de formation en santé offerte qu'au niveau universitaire.

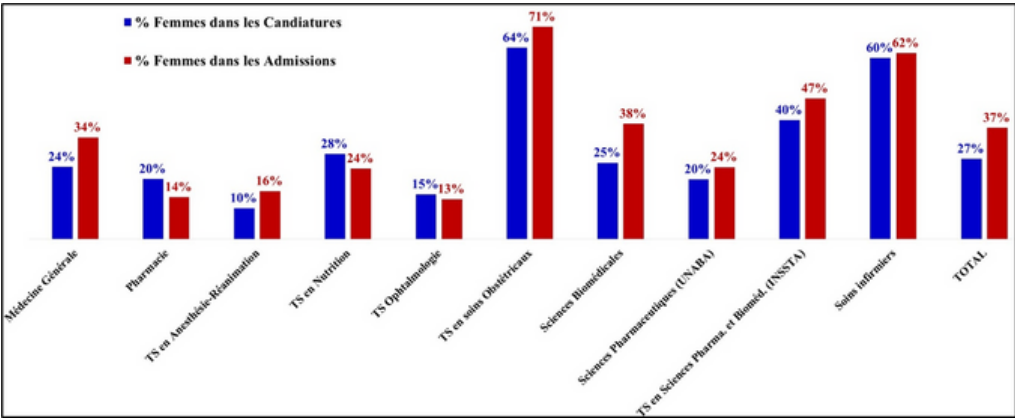
Tableau 6 : Taux de candidature, d'admission et d'occupation pour les principales filières à l'Université

Filières de Formation	Capacité d'accueil (1)	Candida- tures (2)	Admis- sions (3)	Taux de candidature (4)= (2)/(1)	Taux d'admission (5)= (3)/(2)	Taux d'occupation (6)= (3)/(1)
Médecine Générale	300	7 305	360	2435%	5%	120%
Pharmacie	270	1 043	100	386%	10%	37%
TS en Anesthésie-Réanimation	50	107	25	214%	23%	50%
TS en Nutrition	50	1 110	272	2220%	25%	544%
TS Ophtalmologie	50	871	30	1742%	3%	60%
TS en soins Obstétricaux	50	549	140	1098%	26%	280%
Sciences Biomédicales	100	2 180	190	2180%	9%	190%
Soins infirmiers	50	439	100	878%	23%	200%
TOTAL	1 020	14 724	1 427	1444%	10%	140%

Source : Auteurs, à partir des données collectées auprès des institutions publiques et privées de formations en santé, 2025

En matière d'analyse Genre, les proportions des femmes dans les candidatures et dans les admissions sont relativement élevées pour les filières de formations en Soins obstétricaux (64% des candidatures et 71% des admissions), en Soins infirmiers (60% et 62% respectivement) et en Sciences pharmaceutiques et biomédicales (40% et 47% respectivement). Cependant, elles demeurent relativement faibles en Médecine Générale (24% et 34% respectivement), en Pharmacie (20% et 14% respectivement) et dans les quatres filières pamédicales offertes à l'université (Graphique ci-dessous).

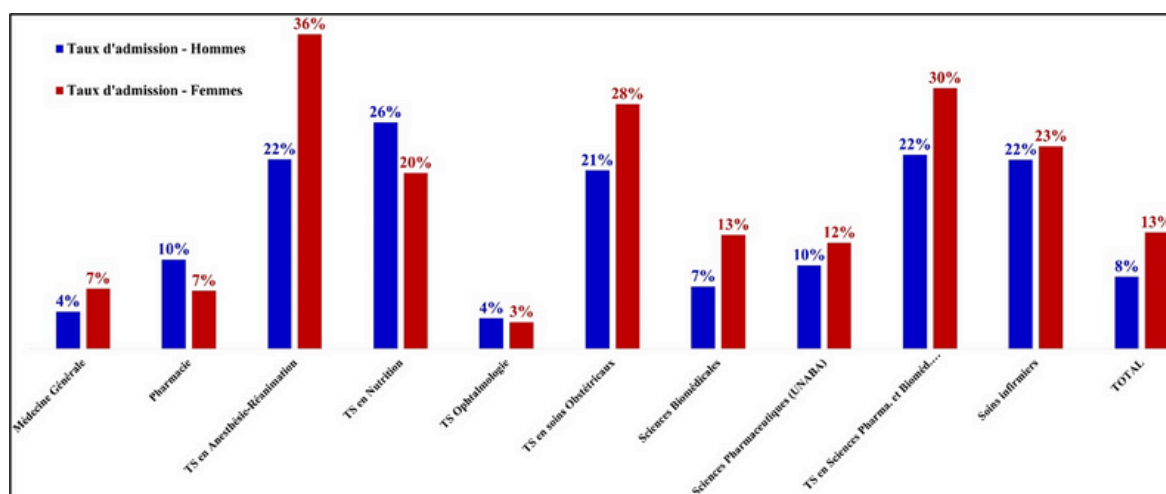
Graphique 19 : Proportions des femmes et dans les candidatures et les admissions pour les principales filières à l'Université



Source : Auteurs, à partir des données collectées auprès des institutions publiques et privées de formations en santé, 2025

Les taux d'admissions, bien qu'ils soient globalement très faibles, sont meilleurs chez les femmes dans la plupart des filières telle que la Médecine Générale (7% pour les femmes contre 4% pour les hommes), l'Anesthésie-Réanimation (36% pour les femmes contre 22% pour les hommes), les Techniciens Supérieurs en Soins Obstétricaux (28% pour les femmes contre 21% pour les hommes), les Techniciens Supérieurs en Sciences Pharmaceutiques et Biomédicales (30% pour les femmes contre 22% pour les hommes). Les tendances inverses sont observées en Pharmacie, en Nutrition et en Ophtalmologie. Cela pourrait s'expliquer par des candidatures féminines de meilleure qualité, comparativement à celles des hommes.

Graphique 20 : Taux d'admission selon les filières et le genre au niveau universitaire



Source : Auteurs, à partir des données collectées auprès des institutions publiques et privées de formations en santé, 2025

4.2 COÛT DE LA FORMATION DES PERSONNELS DE SANTÉ

Les coûts de la formation disponibles sont relatifs aux Frais annuels d'inscription (30 000 francs CFA à 50 000 francs CFA) et de scolarité (50 000 francs CFA à 1 000 000 francs CFA), selon les institutions publiques ou privées de formation, les filières, le type de régime, le pays d'origine de l'étudiant et la durée de la formation.

La différence des montants passe du simple au double entre le secteur public et le secteur privé ou d'une filière à une autre (Tableau 5 et Tableau 6). Ces frais ne représentent qu'une partie des coûts directs et n'intègrent d'autres coûts directs ou indirects pour les étudiants et les institutions (documentation, stages pratiques sur sites, encadrement, subsistance, transport, ...). Toutefois, ils sont inaccessibles pour les ménages vivant dans l'extrême pauvreté (35,4% de la population) ou dans la pauvreté (42% de la population).

Tableau 7 : Frais d'inscription et de scolarité des formations en santé, selon les filières, le pays d'origine, les types d'institutions et de régime

Programme de formation	Institutions de formation	Frais d'inscription annuel par étudiant		Dépenses publiques
		Régime normal	Régime spécial	
Médecine Générale ♦ Pharmacie ♦ Pédiatrie ♦ Chirurgie ♦ Gynéco-Obstétrique	FSS et FM Bon Samaritain	50 000 F CFA (83 USD)	1 000 000 F CFA (1 660 USD)	950 000 F CFA (1 583 USD)
TS en : Anesthésie-Réanimation ♦ Nutrition ♦ Ophtalmologie ♦ Soins Obstétricaux ♦ Soins infirmiers ♦ Laboratoire ♦ Sciences Pharmaceutiques ♦ Sciences Biomédicales	Inst. URF ; INSSTA ; UNABA ;	50 000 F CFA (83 USD)	500 000 F CFA (830 USD)	450 000 F CFA (750 USD)
IDE ♦ SFDE (Etudiant national)	ENASS et Ecoles de santé provinciales	50 000 F CFA (83 USD)	300 000 F CFA (500 USD)	479 632 F CFA (799 USD)
IDE ♦ SFDE (Etudiant étranger)	ENASS et Ecoles de santé provinciales	100 000 F CFA (166 USD)	500 000 F CFA (830 USD)	479 632 F CFA (799 USD)
TLDE ♦ TGSAD (Etudiant national)	ENASS et Ecoles de santé provinciales	500 000 F CFA (50 USD)	300 000 F CFA (333 USD)	479 632 F CFA (799 USD)
TLDE ♦ TGSAD (Etudiant étranger)	ENASS et Ecoles de santé provinciales	100 000 F CFA (166 USD)	500 000 F CFA (830 USD)	479 632 F CFA (799 USD)
ATS ♦ ATS accoucheuse (Etudiant national)	ENASS et Ecoles de santé provinciales	30 000 F CFA (50 USD)	200 000 F CFA (333 USD)	479 632 F CFA (799 USD)
ATS ♦ ATS accoucheuse (Etudiant étranger)	ENASS et Ecoles de santé provinciales	100 000 F CFA (166 USD)	350 000 F CFA (583 USD)	479 632 F CFA (799 USD)

Source : Auteurs, à partir des données des Comptes Nationaux des Personnels de Santé (CNPS 2023)

Tableau 8 : Frais d'inscription des étudiants en santé, selon les types d'institutions et les filières

Nom de l'Institution de formation	Type	Filières / Diplômés	Durée études	Frais d'ins- cription (F CFA)	Frais d'ins- cription (USD)
Université de N'Djaména	Public	Médecins généralistes	7	50 000	83
		Pharmaciens	7	50 000	83
		Biologistes	3	50 000	83
Université Adam Barka d'Abéché (UNABA)	Public	Médecins généralistes	7	50 000	83
		Pharmaciens	3	50 000	83
		Ing./Tech. Biomédicaux/Bactériologues	3	50 000	83
		Biologistes	3	50 000	83
Institut National Supérieur des Sciences et Technique d'Abéché	Public	Ing./Tech. Biomédicaux/Bactériologues	3	50 000	83
Université de Sarh	Public	Biologistes	3	50 000	83
Université de Doba	Public	Biologistes	3	50 000	83
Université de Pala	Public	Biologistes	3	50 000	83
Université Roi Faycal de N'Djamena	Public	TSen soins infirmiers	3	50 000	83
Centre de Formation Professionnelle, Parapharmaceutique Paramédical et Humanitaire	Privé	Infirmiers diplômés d'État/IDE	3	215 000	358
		Sages-femmes Diplômées D'État	3	215 000	358
		ATS/infirmiers	3	215 000	358
		ATS/accoucheuses	3	215 000	358
		TSde Laboratoire	3	215 000	358
Institut de Formation des Agents Sanitaires (IFAS)	Privé	Infirmiers diplômés d'État/IDE	3	220 000	367
		Sages-femmes Diplômées D'État	3	220 000	367
		ATS/infirmiers	3	220 000	367
		ATS/accoucheuses	3	220 000	367
Institut Evangélique Américain de Santé Shiloh International – Académie de Moundou	Privé	Infirmiers diplômés d'État/IDE	3	250 000	417
		Sages-femmes Diplômées D'État	3	250 000	417
		ATS/infirmiers	3	250 000	417
		ATS/accoucheuses	3	250 000	417
Centre de Formation Sanitaire pour la Promotion et le Développement Communautaire (CEFOSAPRODEC) de Moundou	Privé	Infirmiers diplômés d'État/IDE	3	267 500	446
		Sages-femmes Diplômées D'État	3	267 500	446
		ATS/infirmiers	3	267 500	446
		ATS/accoucheuses	3	267 500	446
Ecole de Santé Shiloh International Academy	Privé	Infirmiers diplômés d'État/IDE	3	300 000	500
		Sages-femmes Diplômées D'État	3	300 000	500
		ATS/infirmiers	3	300 000	500
		ATS/accoucheuses	3	300 000	500
		Ing./Tech. Biomédicaux/Bactériologues	3	300 000	500
Bon Berger	Privé	Infirmiers diplômés d'État/IDE	3	305 000	508
		Sages-femmes Diplômées D'État	3	305 000	508
		ATS/infirmiers	3	305 000	508
		ATS/accoucheuses	3	305 000	508
Ecole de Formation des Agents de Santé de Kelo	Privé	Infirmiers diplômés d'État/IDE	3	320 000	533
		Sages-femmes Diplômées D'État	3	320 000	533
		ATS/infirmiers	3	320 000	533
		ATS/accoucheuses	3	320 000	533
Institut de Formation en soins infirmiers et Obstétricaux	Privé	Infirmiers diplômés d'État/IDE	3	353 000	588
		ATS/accoucheuses	3	353 000	588
		ATS	3	353 000	588
		Sages-femmes Diplômées D'État	3	353 000	588

Source : Auteurs, à partir des données de la DRHFP et de l'atelier des parties prenantes pour la projection-2040 des effectifs RHS, 2024

Tableau 9 : Salaire annuel moyen brut et Autres avantages annuels (en F CFA) par catégories
professionnelles du secteur public

Catégories professionnelles	Salaire annuel brut (F CFA)	Autres avantages annuels (F CFA)	Total (en F CFA)	Salaire annuel brut (USD)	Autres avantages annuels (USD)	Total (USD)	Ratio Autres avantages et Salaire brut (en %)
	(A)	(B)	(C)=(A)+(B)	(D)=(A)/600	(E)=(B)/600	(F)=(C)/600	(G)=(E)/(A)
Agents de santé communautaire	240 000		240 000	400	0	400	0%
Filles de salle et Personnels d'appui	720 000	1 332 000	2 052 000	1 200	2 220	3 420	185%
Agents techniques de santé (Infirmiers ou Accoucheuses)	2 111 400	600 000	2 711 400	3 519	1 000	4 519	28%
Infirmiers diplômés d'État/IDE	2 463 300	3 262 356	5 725 656	4 106	5 437	9 543	132%
Sages-femmes Diplômées D'État	2 463 300	3 262 356	5 725 656	4 106	5 437	9 543	132%
Agents administratifs, Gestionnaires d'hôpital, Comptables	2 496 000	3 262 356	5 758 356	4 160	5 437	9 597	131%
Ingénieurs/techniciens biomédicaux/bactériologues	2 518 800	4 296 000	6 814 800	4 198	7 160	11 358	171%
Techniciens supérieurs en Anesthésie-Réanimation	2 518 800	4 296 000	6 814 800	4 198	7 160	11 358	171%
Techniciens supérieurs en Kinésithérapie	2 518 800	4 296 000	6 814 800	4 198	7 160	11 358	171%
Techniciens supérieurs en pédagogie	2 518 800	4 296 000	6 814 800	4 198	7 160	11 358	171%
Techniciens supérieurs en santé publique	2 518 800	4 296 000	6 814 800	4 198	7 160	11 358	171%
Techniciens d'assainissement	2 518 800	4 296 000	6 814 800	4 198	7 160	11 358	171%
Techniciens en santé communautaire	2 518 800	4 296 000	6 814 800	4 198	7 160	11 358	171%
Techniciens supérieurs en chirurgie	2 518 800	4 296 000	6 814 800	4 198	7 160	11 358	171%
Techniciens supérieurs en Épidémiologie	2 518 800	4 296 000	6 814 800	4 198	7 160	11 358	171%
Techniciens supérieurs en Gynécologie	2 518 800	4 296 000	6 814 800	4 198	7 160	11 358	171%
Techniciens supérieurs en maintenance/logistique	2 518 800	4 296 000	6 814 800	4 198	7 160	11 358	171%
Techniciens supérieurs en nutrition	2 518 800	4 296 000	6 814 800	4 198	7 160	11 358	171%
Techniciens supérieurs en Odontologie	2 518 800	4 296 000	6 814 800	4 198	7 160	11 358	171%
Techniciens supérieurs en ophtalmologie	2 518 800	4 296 000	6 814 800	4 198	7 160	11 358	171%
Techniciens supérieurs en ORL	2 518 800	4 296 000	6 814 800	4 198	7 160	11 358	171%
Techniciens supérieurs en pharmacie	2 518 800	4 296 000	6 814 800	4 198	7 160	11 358	171%
Techniciens supérieurs en Radiologie/IRM ou Laboratoire	2 518 800	4 296 000	6 814 800	4 198	7 160	11 358	171%
Techniciens supérieurs en soins infirmiers	2 518 800	4 296 000	6 814 800	4 198	7 160	11 358	171%
Médecins généralistes	2 777 800	4 557 660	7 335 460	4 630	7 596	12 226	164%
Pharmaciens	2 777 800	4 557 660	7 335 460	4 630	7 596	12 226	164%
Anesthésistes réanimateurs	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Biologistes	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Cardiologues	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Chirurgiens (Généraliste, Pédiatrique, Thoracique)	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Dentistes	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Dermatologues	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Endocrinologues	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Gastro-entérologue	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Gynécologues	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Imagerie/Radiologues	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Médecin Anatomopathologiste	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Médecin de travail / Santé publique	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Médecin spécialiste des maladies infectieuses	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Médecin Urgentiste	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Médecins Hématologue	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Néphrologues	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Neurochirurgiens	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Neurologues	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Nutritionniste	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Oncologue	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Ophtalmologues	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
ORL	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Pédiatres	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Pneumologues	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Psychiatre / Santé mentale	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Rhumatologues	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Sociologues et Psychologues	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Traumatologues	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%
Urologues	3 870 900	4 557 660	8 428 560	6 452	7 596	14 048	118%

Source : Auteurs, à partir des données de l'Arrêté N°184/PR/PM/2014

4.3 RÉMUNÉRATION ET RECRUTEMENTS DES PERSONNELS DE SANTÉ

4.3.1 RÉMUNÉRATION DES PERSONNELS DE SANTÉ

La rémunération est l'un des facteurs explicatifs de l'attractivité du marché du travail et des préférences pour les emplois. Le salaire annuel moyen brut varie de 720 000 francs CFA pour les filles/garçons de salle et le personnel d'appui à 3 870 900 francs CFA. Chez les médecins généralistes et spécialistes (Tableau 9), les primes et autres avantages financiers des professionnels de santé du secteur public (sujétion, motivation, risque, garde, etc.) sont relativement conséquentes.

Pour toutes les catégories professionnelles, ils constituent un montant additionnel dépassant le salaire brut (118% à 185%) ; sauf au niveau des Agents Techniques de Santé où ils représentent 28%. Ce niveau de rémunération résulte du statut particulier dont bénéficient les fonctionnaires des corps de la Santé publique (plus avantageux que le statut général de la fonction publique), ainsi que de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

Par ailleurs, étant donné que « les textes permettent au corps soignant d'exercer à la fois dans le public et dans le privé, donnant l'opportunité de s'installer en privé tout en exerçant dans le public », les revenus de certaines catégories professionnelles (Médecins généralistes et spécialistes, Techniciens Supérieurs, etc.) pourraient augmenter plus significativement.

Les avantages annuels des professionnels de la santé (4 557 660 F CFA ou 7 160 USD) avoisinent ou dépassent ceux des Enseignants et Chercheurs du Supérieur qui varient de 2 700 000 F CFA (4 500 USD) à 4 680 000 F CFA (7 800 USD). Ils sont 4 fois plus importants que ceux des enseignants de l'Education nationale qui s'élèvent à 1 080 000 F CFA (1 800 USD) par an.

Tableau 10 : Primes et Indemnités des Enseignants et Chercheurs du Supérieur

	Prime mensuelle de recherche (En F CFA)	Indemnité mensuelle de transport (En F CFA)	Indemnité mensuelle de logement (En F CFA)	Total mensuel des Primes / Indemnités (En F CFA)	Total annuel des Primes/ Indemnités (En F CFA)	Total annuel des Primes / Indemnités (En USD)
Professeur	180 000	70 000	140 000	390 000	4 680 000	7 800
Maitre de Conférence	160 000	70 000	130 000	360 000	4 320 000	7 200
Maitre-Assistant	140 000	60 000	120 000	320 000	3 840 000	6 400
Assistant d'Université	120 000	60 000	110 000	290 000	3 480 000	5 800
Assistant	75 000	50 000	100 000	225 000	2 700 000	4 500

Source : Auteurs, à partir des données de l'Arrêté N°184/PR/PM/2014

4.3.2 RECRUTEMENTS DES PERSONNELS DE SANTÉ POUR LE SECTEUR PUBLIC

Entre 2020 et 2024, l'Etat a recruté 5 304 agents de santé dans les différentes catégories professionnelles (Tableau 8). Dans ces nouveaux effectifs, un accent particulier a été mis sur les soins de santé primaire, notamment les infirmiers (IDE, ATS/Infirmiers et TSSI : 47%), les sages-femmes (SFDE, TSSIO, ATS/Accoucheuses : 21%), les médecins généralistes (10%) et les techniciens supérieurs de laboratoire (7%).

Malgré les efforts consentis, ces effectifs demeurent inférieurs aux objectifs du Plan National de Développement Sanitaire et du Plan Stratégique de Développement des RHS 2022-2030 qui prévoyait des recrutements, toutes catégories confondues, de 2 500 agents par l'Etat et 1 500 agents par les PTF par an.

Tableau 11 : Evolution 2020-2024 des recrutements publics par catégories professionnelles

Catégories professionnelles	Année 2020	Année 2021	Année 2022	Année 2023	Année 2024	Total 2020-2024	% Total 2020-2024
Total, toutes catégories confondues	1 357	0	1 481	1 671	796	5 305	100%
• IDE	269		131	547	212	1 159	22%
• ATS/infirmiers	243		84	438	194	959	18%
• Médecins généralistes	39		516	71	32	658	12%
• TS Gynécologie	58		156	206	107	527	10%
• SFDE	91		52	263	118	524	10%
• TS Laboratoire	226		180	41	42	489	9%
• TS Soins infirmiers	289		40	26	9	364	7%
• TS Pharmacie	73		43		4	120	2%
• Pharmaciens			63	13	16	92	2%
• TS Épidémiologie	2			35	42	79	1%
• Agents admin. et gestionnaires d'hôpital	1		60			61	1%
• TS Nutrition	23		8		16	47	1%
• ATS/accoucheuses			46			46	1%
• Personnels d'appui			36			36	1%
• Techniciens d'assainissement	8		5	21	1	35	1%
• TS Radiologie/IRM	9		10	10		29	1%
• TS Santé publique	12		4		2	18	0,3%
• Secrétariat d'administration et de direction			12			12	0,2%
• Nutritionniste			11			11	0,2%
• TS Anesthésie-Réanimation	3		4		1	8	0,2%
• Dentistes			5			5	0,1%
• Santé publique	5					5	0,1%
• Sociologues et Psychologues	1		3			4	0,1%
• Ing./Tech. Biom./Bact.	1		2			3	0,1%
• TS Kinésithérapie	1		2			3	0,1%
• TS Ophtalmologie	1		2			3	0,1%
• Gynécologues			2			2	0,04%
• TS Odontologie			2			2	0,04%
• Filles de salle	1					1	0,02%
• Imagerie/Radiologues			1			1	0,02%
• TS Maintenance/Logistique			1			1	0,02%
• TS ORL	1					1	0,02%

Source : Auteurs, à partir des données de l'Arrêté N°184/PR/PM/2014

Tableau 12 : Effectifs de RHS en % du total

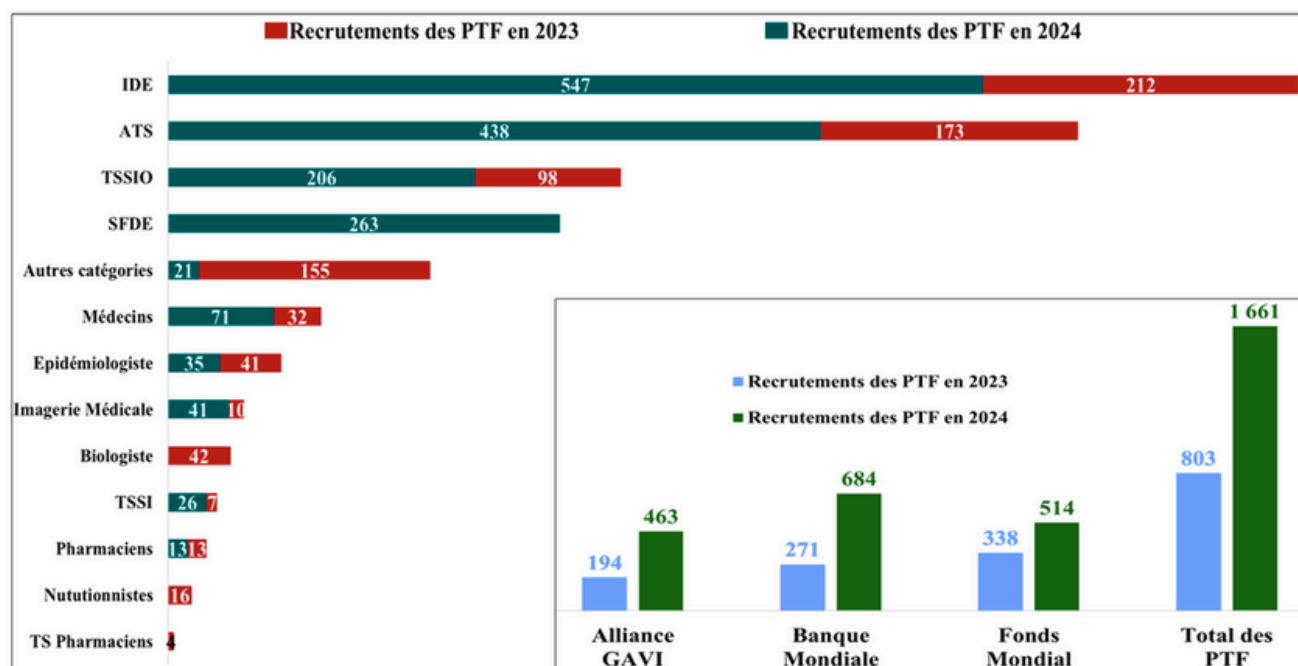
Catégories professionnelles	Stock de RHS, (P)	RHS employées dans le secteur public
2221 - Cadres infirmiers	22,07%	24,46%
2211 - Médecins généralistes	15,31%	17,69%
2222 - Cadres sages-femmes	11,25%	11,64%
3222 - Sages-femmes (niveau intermédiaire)	4,60%	0,00%
3212 - Techniciens de laboratoire médical	8,93%	8,17%
3343 - Secrétaires de direction	3,05%	0,00%
2269 - Professionnels de santé non classés ailleurs	3,03%	1,61%
3221 - Personnel infirmier (niveau intermédiaire)	16,82%	27,38%
3211 - Techniciens d'appareils électro-médicaux	0,62%	0,00%
3213 - Tech., Assistants et Préparateurs en pharmacie	1,81%	2,18%
4419 - Employés administratifs non classés ailleurs	0,31%	0,00%
2262 - Pharmaciens	1,51%	2,25%
2261 - Dentistes	0,13%	0,15%
2265 - Diététiciens et spécialistes de la nutrition	0,03%	0,04%
2212 - Médecins spécialistes	2,52%	4,44%
2411 - Cadres comptables	0,00%	0,00%
3253 - Agents de santé communautaire	0,00%	0,00%
2230 - Spé. des médecines traditionnelles et complémentaires	8,00%	0,00%
2263 - Spé. Salubrité de l'environ., Hygiène et Santé au travail	0,00%	0,00%
Grand Total	100%	100%

Source : Auteurs, à partir des données de la DRHFP et de l'atelier des parties prenantes pour la projection-2040 des effectifs RHS, 2024

Le dialogue politique entre le Ministère de la Santé Publique et ses Partenaires Techniques et Financiers pour le développement des RHS a permis de recruter, en 2023 et 2024, 2 464 agents de santé contractuels (Graphique 18) à travers les projets financés par la Banque mondiale (39% des agents recrutés), le Fonds mondial (35%) et l'Alliance GAVI (27%).

D'autres partenaires ont recruté aussi effectué des recrutement (Projet SWEDD, UNFPA). Tout en renforçant cette dynamique de recrutement par ces trois institutions, d'autres partenaires au développement des RHS pourraient être mobilisés.

Graphique 21 : Recrutements des personnels de santé en 2023 et 2024, par catégorie professionnelle et PTF

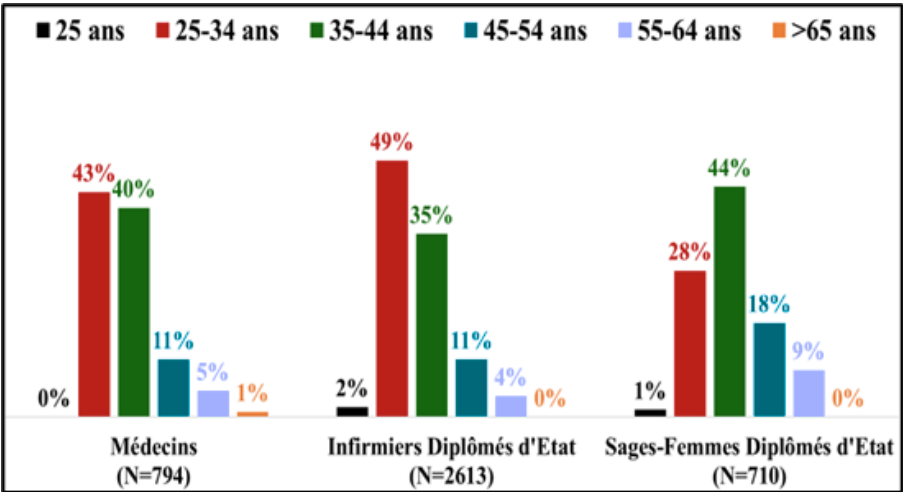


Source : Auteurs, à partir des données des CNPS 2023 et 2024

En plus d'améliorer la densité des personnels de santé et l'offre des soins et services de santé de qualité, les recrutements successifs des cohortes des diplômés en santé ont permis de « rajeunir » les effectifs de certaines catégories professionnelles du secteur public (Graphique 19 et Graphique 20). En effet, entre 2019 et 2023, les proportions des Médecins de 25-44 ans sont passées de 83% à 91% ; alors que celles des 45 ans et plus sont passées de 17% à 9%.

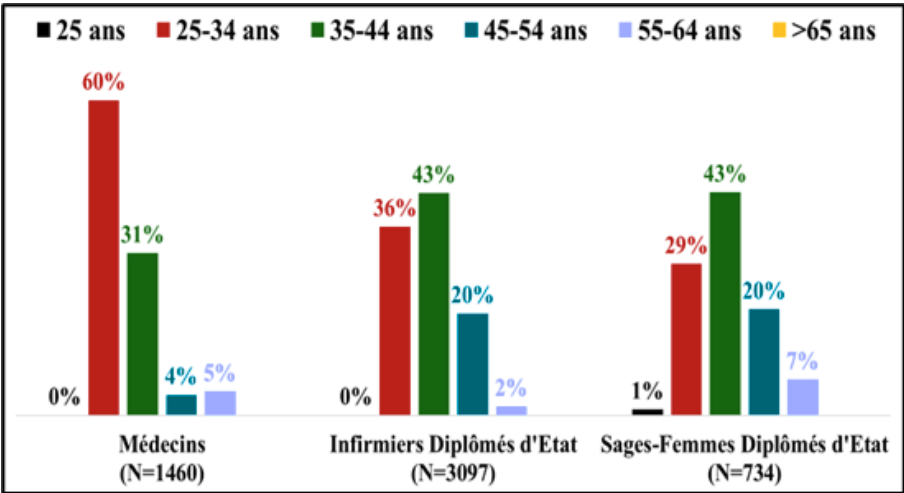
Mais chez les infirmiers et les sages-femmes, bien que les effectifs soient globalement jeunes, le rajeunissement à la suite des recrutements n'est pas aussi marqué. Entre 2019 et 2023, les proportions des infirmiers de 25-44 ans ont baissé de 84% à 79% et celles des 45 ans et plus ont augmenté de 15% à 22%. Sur la même période, les proportions des sages-femmes de 25-44 ans sont restées constantes à 72% ; alors que celles 45-55 ans ont augmenté (de 18% à 20%) et celles des 55 ans et plus ont baissé (de 9% à 7%).

Graphique 22 : Répartition par âge des Médecins, Infirmiers et Sages-femmes en 2018



Source : A partir des données des CNPS 2019

Graphique 23 : Répartition par âge des Médecins, Infirmiers et Sages-femmes en 2023



Source : A partir des données des CNPS 2023

4.4 TENDANCES ACTUELLES DE L'OFFRE ET DU NOMBRE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (VIVIER)

4.4.1 EFFECTIFS/NOMBRE ACTUEL DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ – GENRE

L'effectif total des RHS au Tchad est constitué de 12 795 agents à travers 66 catégories professionnelles priorisées dans le cadre de cette analyse. A partir des données collectées, il ressort que le secteur public constitue le principal pourvoyeur d'emploi dans le pays. Ce secteur compte à lui seul 57% du stock soit 7 258 agents. Ce pourcentage est encore plus important si l'on s'intéresse uniquement à l'effectif des RHS employé.

En effet, étant donné que les effectifs des RHS dans le secteur privé n'a pu être quantifié à la seule exception des données des tradipraticiens qui représentent un total de 1 024 personnes, le secteur public représente 88% des emplois en général.

En d'autres termes, si l'on s'intéressait uniquement aux emplois salariés, le secteur public demeure le seul et principal employeur dans le pays, selon les données disponibles. Bien que la pratique de la médecine traditionnelle soit règlementée depuis 2023 [27], les tradipraticiens sont essentiellement des autoentrepreneurs indépendants et représentent 12% des actifs occupés.

Le profil des RHS au Tchad montre une forte prédominance de personnel infirmier (39%) et de médecins (29%). Les cadres infirmiers constitués essentiellement des Infirmiers diplômés d'Etat (IDE) représentent 22% (2 824) de l'effectif total et 24,46% du personnel employé dans le secteur public. Le personnel infirmier de niveau intermédiaire (ATS/Infirmiers et TS en Soins Infirmiers) constituent 16,38% de l'effectif.

[27] <https://tchadinfos.com/sante-le-projet-de-loi-sur-la-medecine-traditionnelle-adopte-par-les-conseillers-nationaux/>

4.4.2 CHÔMAGE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

Selon les données collectées, en 2024, 4 513 professionnels de santé sont au chômage. Ces chômeurs pourraient représenter des cas de sous-emploi, ou de chômage partiel ou même de chômage stricto sensu qui représente 35% de l'effectif total des RHS au Tchad. Le chômage touche principalement les Infirmiers (IDE), les Médecins, les Sages-femmes de niveau intermédiaire (ATS accoucheuses) et les Techniciens de laboratoire médical ; avec 3 458 chômeurs pour ces catégories professionnelles. L'effectif des IDE au chômage (1 049) représente plus du tiers (37%) de l'effectif total d'IDE dans le pays soit environ 60% du total des IDE employés dans le pays ; les données du secteur privé n'étant pas disponibles.



AMTS

L'effectif des IDE au chômage (1 049) représente plus du tiers (37%) de l'effectif total d'IDE dans le pays soit environ 60% du total des IDE employés

Encadré 5 : Définitions et spécificités du chômage dans le secteur de la santé

Le chômage dans le secteur de la santé est un sujet complexe avec des nuances importantes en général et spécifiques dans le cadre du Tchad.

Notions du chômage :

- Un chômeur au sens d'Organisation Internationale du Travail (OIT) est une personne en âge de travailler, qui est sans emploi pendant la période de référence (généralement 4 semaines), disponible pour travailler dans les deux semaines suivantes, et qui est activement à la recherche d'un emploi pendant une période spécifiée.
- Cette définition générique est appliquée et adaptée dans chaque pays selon son contexte, l'âge de travailler, la période de référence d'inoccupation, de disponibilité pour travailler ou de recherche d'emploi.

- Par ailleurs, un distinguo doit être fait lorsqu'on parle de chômage :

- o Chômage frictionnel : une personne en situation de chômage frictionnel désigne une personne en chômage temporaire ou transitionnel dû à la période nécessaire pour trouver un emploi correspondant à ses compétences et préférences.

- o Chômage structurel : il s'agit d'une situation de décalage entre les compétences disponibles sur le marché du travail et celles demandées par les employeurs.

- o Chômage conjoncturel :

Chômage en situation de sous-emploi ou partiel : une personne est en situation de sous-emploi lorsqu'elle travaille involontairement moins que la durée normale de travail et souhaite travailler davantage.

Nuances du chômage au secteur de la santé :

Dans le secteur de la santé, un chômeur est toute personne qualifiée/formée et ayant l'autorisation d'exercer en tant que professionnel ou dans le secteur de la santé (pour les professions réglementées), qui ne travaille pas, mais qui désire travailler au salaire en vigueur et qui recherche activement un emploi.

Être autorisé à exercer en tant que professionnel ou dans le secteur de la santé révèle la particularité de ce secteur bien réglementé et fait donc référence à l'obligation légale et réglementaire de détenir un diplôme ou certificat reconnu par les autorités nationales (compétences et diplômes), de respecter la déontologie et parfois inscrit au tableau de l'ordre professionnel selon la profession (qualités éthiques). En effet, certaines professions dans le secteur de la santé sont réglementées. Il s'agit très souvent et non exclusivement des médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, dentistes, etc.

4.5 CARACTÉRISTIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ACTIFS

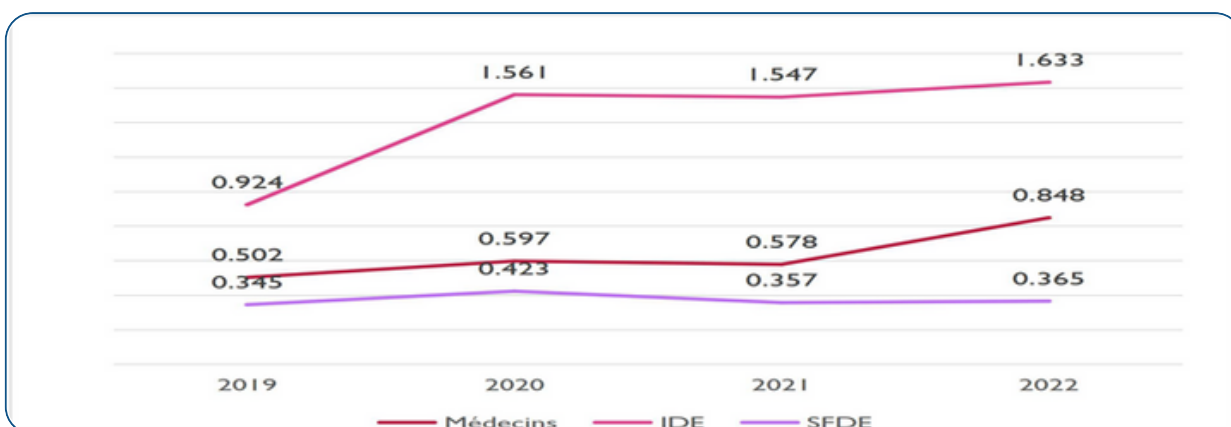
4.5.1 DISPONIBILITÉ ET DENSITÉS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Entre 2021 et 2022, les effectifs des personnels de santé sont passés de 7 241 à 11 094 agents, toutes catégories confondues et réparties entre les 23 provinces du pays ; soit une variation de 53%. Des améliorations significatives des densités sont observées pour les infirmiers (passant de 0,924 à 1,633 entre 2019 et 2022) et les médecins (passant de 0,502 à 0,848 entre 2019 et 2022).

Les infirmiers constituent la catégorie professionnelle prédominante de la densité : ils représentent 45% de l'ensemble des 3 catégories professionnelles (28% à 63% selon les provinces).

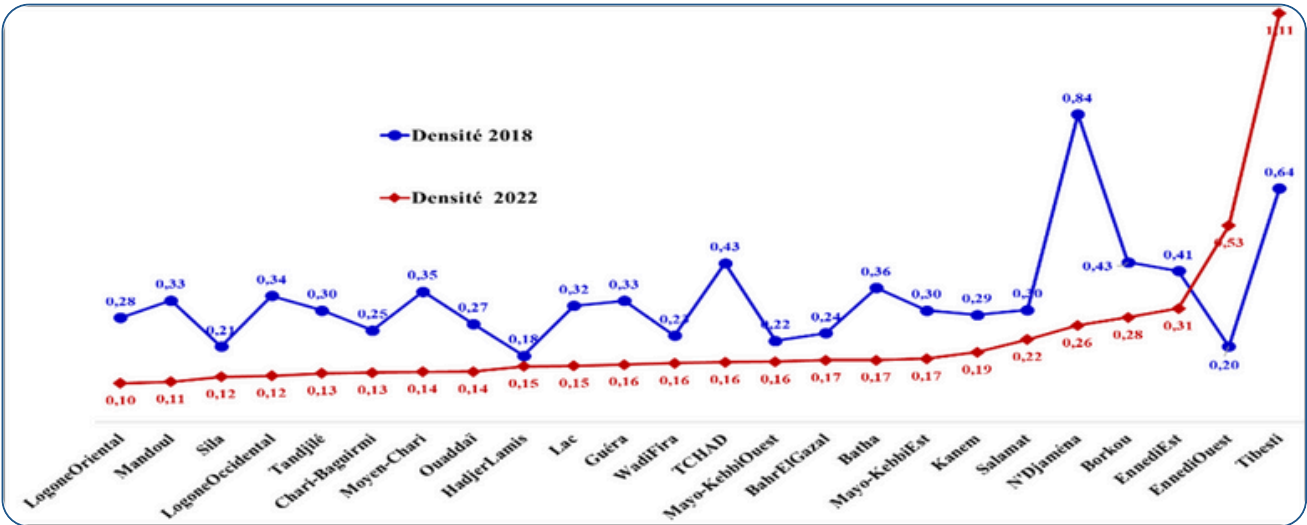
Toutefois, la densité nationale des personnels de santé – 0,4 médecins, infirmiers et sage-femmes pour 1 000 habitants en 2022 (Annuaire statistique 2024) – reste 6 fois inférieure au seuil minimal de la Région Africaine de l'OMS nécessaire pour assurer les soins de santé primaire (soit 2,3 médecins, infirmiers et sage-femmes pour 1 000 habitants). Elle est 12 fois inférieure au seuil pour l'atteinte des objectifs de la CSU. Selon les provinces, cette densité variait de 0,1 à 1,1 : les densités supérieures à la moyenne nationale sont généralement observées dans les provinces ayant un poids démographique relativement faible.

Graphique 24 : Evolutions 2019 -2022 des densités nationales des infirmiers, médecins et sages-femmes



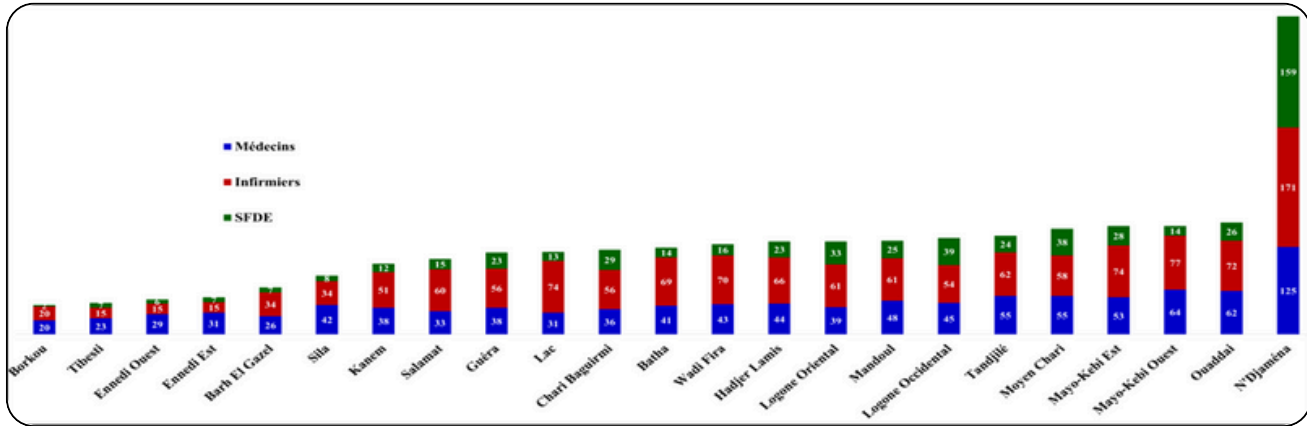
Source : MSPP, 2024, Annuaire des Statistiques Sanitaires du Tchad de 2022

Graphique 25 : Evolution 2018 – 2022 de la densités des personnels de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes) pour 1 000 habitants selon les provinces du Tchad



Source : MSPP, 2024, Annuaire des Statistiques Sanitaires du Tchad de 2022

Graphique 26 : Effectifs des personnels de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes), selon les provinces du Tchad en 2022



Source : MSPP, 2024, Annuaire des Statistiques Sanitaires du Tchad de 2022

4.5.2 EQUITÉ DE LA DISTRIBUTION DES PERSONNELS DE SANTÉ

L'indice d'équité géographique (IEG) [28] varie fortement d'une province à une autre et selon les catégories professionnelles, montrant ainsi un déséquilibre entre les besoins de la population et l'accès aux personnels de santé (Tableau 10). Concernant les cinq (5) catégories professionnelles – médecins généralistes, infirmiers diplômés d'État/IDE, sages-femmes diplômées d'État, techniciens supérieurs en pharmacie, techniciens supérieurs de laboratoire – qui constituent 60% de l'effectif des RHS au niveau national, deux grandes tendances de la répartition des RHS se dégage :

[28] L'IEG est un ratio qui compare la proportion des RHS dans une circonscription donnée à la proportion de la population dans cette même circonscription, par rapport à l'ensemble du territoire national.

Province à forte Dotations en RHS

• D'une part, les provinces à forte dotation de RHS comparativement à leur population avec un IEG >1. La province du Tibesti a des indices d'équité géographique extrêmement élevés de 12,63 pour les médecins généralistes, 4,12 infirmiers et 4,96 sages-femmes. En d'autres termes, elle dispose de 12,63 fois plus de médecins généralistes relativement à la proportion de la taille de sa population.

De même, la province de l'Ennedi Ouest enregistre un indice de 5,22 pour les médecins généralistes et de 3,24 pour les techniciens de pharmacie. N'Djamena a une forte concentration en infirmiers (2,39) et sages-femmes (2,79), mais paradoxalement un IEG faible pour les médecins généralistes (0,78).

Province à faible Dotations en RHS

• D'autre part, les provinces sous-dotées en RHS (IEG <1). La province du Chari-Baguirmi a un IEG de 0,25 pour les médecins généralistes et 0,22 pour les sages-femmes.

Le Logone Oriental quant à lui a une faible dotation en technicien de laboratoire (0,62) et de pharmacie (0,16). Le Mandoul a un IEG globalement bas pour les médecins (0,50).

Tableau 13: Indice d'Équité Géographique (IEG), par province et par catégorie professionnelle

Districts	Médecins généralistes	Infirmiers diplômés d'État/IDE	Sage-femmes Diplômées d'État	Techniciens supérieurs en pharmacie	Techniciens supérieurs de Laboratoire
Bahr el Gazel	0.67	0.95	0.50	0.51	0.83
Batha	0.75	1.15	0.74	0.68	1.03
Borkou	1.50	1.50	0.58	0.68	1.03
Chari-Baguirmi	0.25	0.79	0.22	0.22	0.23
Ennedi Est	3.36	0.97	0.67	1.77	2.83
Ennedi Ouest	5.22	1.78	2.45	3.24	3.89
Guéra	1.12	0.93	0.99	0.54	0.81
Hadjer-Lamis	1.23	0.83	0.97	1.38	1.41
Kanem	1.58	1.06	0.75	0.57	0.63
Lac	1.12	1.32	0.63	1.17	0.94
Logone Occidental	0.84	0.62	1.24	0.46	0.96
Logone Oriental	0.47	0.75	0.97	0.16	0.62
Mandoul Region	0.50	0.58	0.75	0.55	0.41
Mayo-Kebbi Est	0.60	0.73	0.86	0.49	0.79
Mayo-Kebbi Ouest	0.98	0.91	0.44	0.89	0.84
Moyen-Chari	1.57	0.90	1.24	0.85	1.44
N'Djamena	0.78	2.39	2.79	1.63	2.26
Ouaddaï	1.19	0.60	0.61	4.09	1.39
Salamat	2.72	1.38	1.13	0.21	0.82
Sila Region	0.68	0.75	0.49	0.40	0.32
Tandjile	0.73	0.65	0.75	0.47	0.77
Tibesti Region	12.63	4.12	4.96	5.00	4.50
Wadi Fira	1.13	1.03	0.91	0.36	0.14

4.6 DEMANDE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ : ANALYSE DES EFFECTIFS ET DES POSTES VACANTS

4.6.1 ANALYSE DES POSTES VACANTS/COMBLÉS/DISPONIBLES DANS LE SECTEUR PUBLIC

Les données sur les GAP des personnels de santé (infirmiers, médecins et sages-femmes) de 2022, en tant que proxy pour apprécier les postes vacants, montrent des déficits de 2 137 infirmiers et 711 médecins et un surplus de 176 sages-femmes, avec des variations selon les provinces.

Pour les infirmiers, les déficits les plus importants sont observés dans les provinces du Logone Oriental (185), de Mandoul (176), N'Djamena (164) et Logone Occidental (160). Pour les médecins, ils apparaissent au niveau des provinces du Logone Oriental (84), de Mandoul (71), du Logone occidental (62), Ouaddai (50) et Moyen chari (50) comparativement à la norme OMS.

A l'opposé les provinces de l'Ennedi Est (31), Ennedi Ouest (29), du Tibesti (23) et de Borkou (20) sont en supplément de médecins selon la norme OMS (Tableau 11).

Tableau 14 : GAP à combler pour les infirmiers, médecins et sages-femmes sur la base des normes nationales

Provinces	GAP Infirmiers	GAP Médecins	Gap en SFDE
Barh El Gazel	43	13	-10
Batha	74	30	-17
Borkou	9	-6	-4
Chari Baguirmi	119	51	-9
Ennedi Est	18	-14	0
Ennedi Ouest	3	-20	2
Guéra	89	35	-9
Hadjer Lamis	104	41	-14
Kanem	52	14	-10
Lac	76	44	-10
Logone Occidental	160	62	-7
Logone Oriental	185	84	-20
Moyen Chari	153	50	-2
Mandoul	176	71	-21
Mayo-Kebi Est	101	34	-24
Mayo-Kebi Ouest	105	27	-24
N'Djaména	164	43	86
Ouaddai	152	50	-23
Salamat	33	14	-5
Sila	98	24	-21
Tandjilé	144	48	-21
Tibesti	-7	-19	5
Wadi Fira	86	35	-18
TCHAD	2 137	711	-176

Source : Auteurs à partir de l'Annuaire des statistiques sanitaires 2024

DÉFICITS DE 2 137 INFIRMIERS ET 711 MÉDECINS ET UN SURPLUS DE 176 SAGES-FEMMES

OFFRE EN R-HS

5 CONDITIONS DE TRAVAIL, CONDITIONS DE VIE ET
PRÉFÉRENCES DES R-HS

5.1 PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET PROFESSIONNEL DES ENQUÊTÉS



AMTS

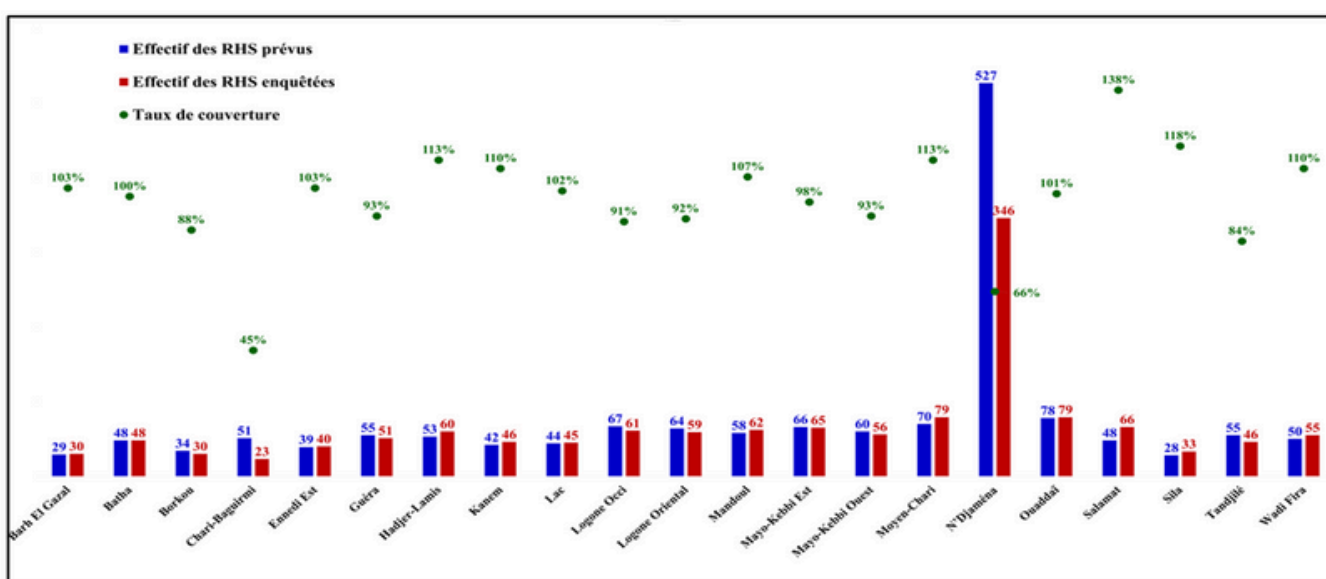
Cette partie présente les résultats des enquêtes auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé sur leurs choix, leurs préférences et leurs appréciations des professions de la santé et des conditions de travail.

5.1.1 TAUX DE COUVERTURE DES ENQUÊTÉS

5.1.1 TAUX DE COUVERTURE DES ENQUÊTÉS

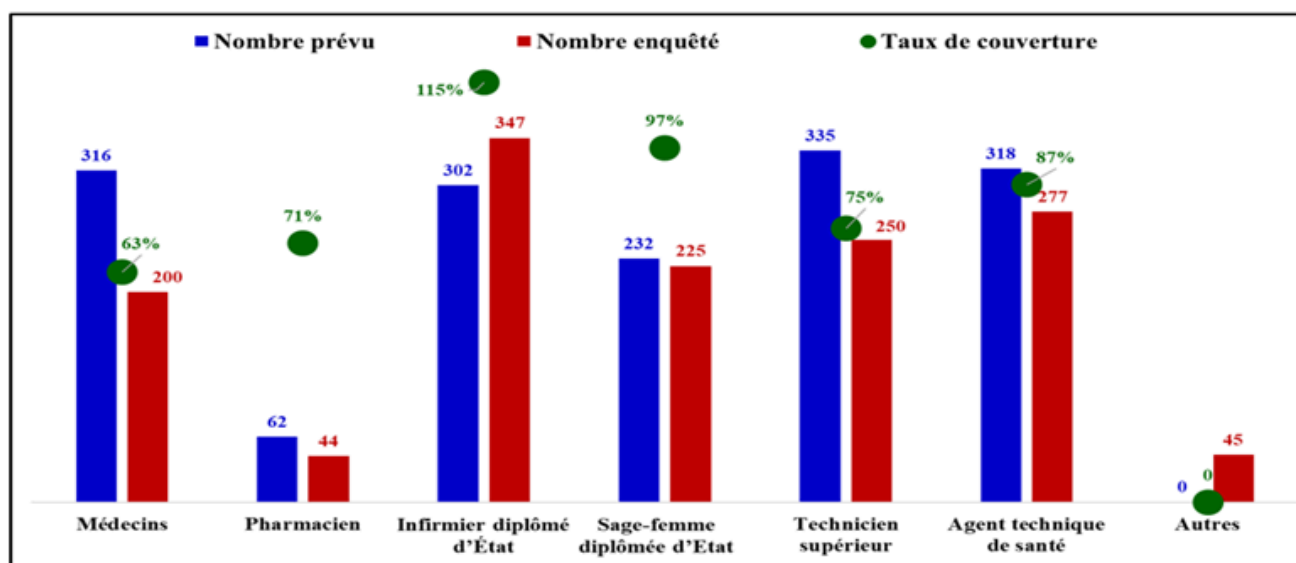
Les personnels de santé ont manifesté un réel intérêt à participer à l'AMTS, avec 1 388 répondants sur 1 566 personnels de santé échantillonnés ; soit un taux de couverture de 90%. Les taux de couverture les plus faibles sont observés dans les provinces du Chari-Baguirmi (45%) et de N'Djaména (66%) ; alors qu'ils dépassent les 80% dans toutes les autres provinces (Graphique 24). Selon les catégories professionnelles, le taux de couverture varie de 63% à 115% (Graphique 25). Les écarts observés entre les provinces ou entre les catégories professionnelles s'expliquent notamment par les absences lors de l'enquête (Participation à des formations ou à des campagnes de vaccination).

Graphique 27 : Taux de couverture des RHS enquêtés, selon les provinces



Source : Auteurs, à partir des données d'enquête

Graphique 28 : Taux de couverture des RHS enquêtées, selon les catégories professionnelles



Source : Auteurs, à partir des données d'enquête

La population des RHS est essentiellement jeune, avec un âge moyen de 37 ans (38 ans chez les hommes contre 36 ans chez les femmes) et un âge médian de 36 ans qui indique que la moitié des personnels ont moins de 36 ans, sans distinction entre hommes et femmes. Plus de 80% des répondants ont un âge compris entre 25 et 55 ans.

Les âges moyen et médian des différentes catégories professionnelles tournent autour de 35 ans ; sauf pour les médecins spécialistes pour lesquels ils sont d'environ 45 ans. Sur 10 des personnels de santé interrogés, environ 7 sont mariés et 2 sont célibataires. Les femmes sont peu représentées dans les catégories professionnelles exigeant une durée d'étude plus ou moins longue : Pharmacie (27%), Médecine générale (8%) et Spécialisations médicales (9%).

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques des personnels de santé est essentielle pour comprendre les dynamiques de la main-d'œuvre, planifier les ressources humaines, et améliorer les politiques de santé du pays. Cela aide à anticiper les besoins en recrutement, adapter les formations, réduire les inégalités d'accès aux soins, et améliorer la relation avec les patients grâce à une plus grande diversité et des compétences adaptées tant pour les milieux urbains que ruraux.

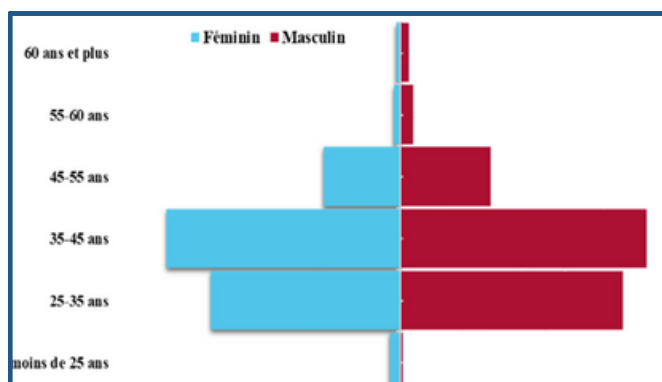


5.1.2 RÉPARTITION PAR ÂGE ET PAR GENRE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques des personnels de santé est essentielle pour comprendre les dynamiques de la main-d'œuvre, planifier les ressources humaines, et améliorer les politiques de santé du pays. Cela aide à anticiper les besoins en recrutement, adapter les formations, réduire les inégalités d'accès aux soins, et améliorer la relation avec les patients grâce à une plus grande diversité et des compétences adaptées tant pour les milieux urbains que ruraux.

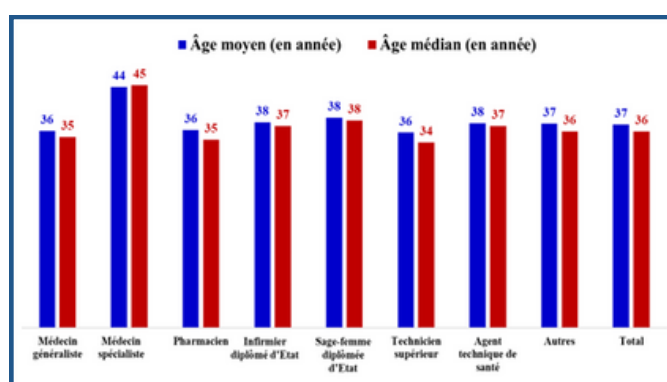
La population des RHS est essentiellement jeune, avec un âge moyen de 37 ans (38 ans chez les hommes contre 36 ans chez les femmes) et un âge médian de 36 ans qui indique que la moitié des personnels ont moins de 36 ans, sans distinction entre hommes et femmes. Plus de 80% des répondants ont un âge compris entre 25 et 55 ans. Les âges moyen et médian des différentes catégories professionnelles tournent autour de 35 ans ; sauf pour les médecins spécialistes pour lesquels ils sont d'environ 45 ans. Sur 10 des personnels de santé interrogés, environ 7 sont mariés et 2 sont célibataires. Les femmes sont peu représentées dans les catégories professionnelles exigeant une durée d'étude plus ou moins longue : Pharmacie (27%), Médecine générale (8%) et Spécialisations médicales (9%).

Graphique 29 : Pyramide des âges des RHS enquêtées



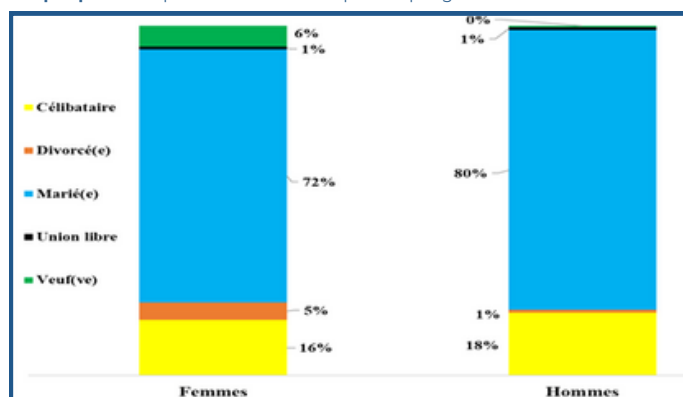
Source : Auteurs, à partir des données d'enquête

Graphique 30 : Ages moyen et médian des RHS enquêtées, par catégories professionnelles



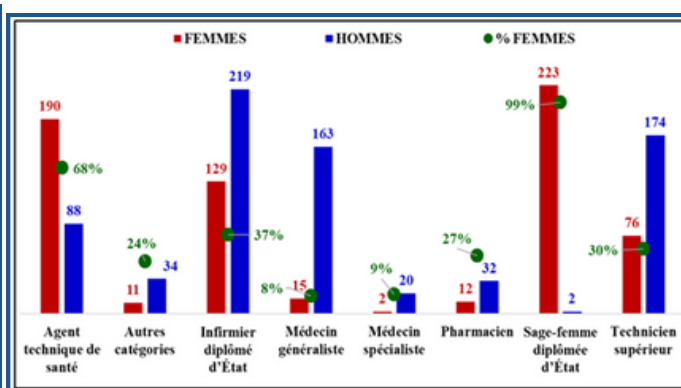
Source : Auteurs, à partir des données d'enquête

Graphique 31 : Répartition des RHS enquêtées par genre et statut matrimonial



Source : Auteurs, à partir des données d'enquête

Graphique 32 : Répartition des RHS enquêtées par genre et catégories professionnelles



Source : Auteurs, à partir des données d'enquête

5.1.2 ATTRACTIVITÉ ET QUALITÉ DE LA FORMATION

La question de l'attractivité vers le métier de médecin est motivée par plusieurs raisons, selon les personnels interrogés. Elle est fonction des perceptions que les uns et les autres ont de ce métier. La signification est propre à chaque personnel. Elle témoigne de l'attrait que ce métier exerce sur les personnes soit depuis l'enfance, soit à une certaine période de leurs parcours et trajectoires professionnels. Les résultats des enquêtes menées auprès des étudiants enfin de cycle de formation aussi bien dans les écoles de santé publiques, privées que confessionnelles ont permis de mieux comprendre la question de l'attractivité et de la qualité de formation. Dans un Focus Group auprès des étudiants d'une école privée à N'Djaména, les participants ont laissé entendre les motivations profondes pour lesquelles ils sont attirés par la formation dans le domaine de santé, comme on peut le constater. Selon un participant, « Ce qui m'a fait venir dans une école de santé tient d'une raison :

« c'est qu'en santé, on peut sauver de vie ». Un autre d'ajouter : « pour moi, c'est le constat de l'absence d'un centre de santé dans mon coin qui justifie mon choix en santé. Les gens quittent de loin pour aller se soigner. Et même dans notre famille, il n'y a pas un agent de santé. C'est ça qui m'a poussé de venir ici suivre une formation en santé » et une troisième participante de renchérir : « Moi, j'ai choisi l'école de santé, comme mon ami vient de le dire, pour sauver des vies. En plus, dans la famille, c'était mon souhait depuis l'enfance. J'ai toujours voulu être une infirmière ou une sage-femme. C'est ce qui m'a poussé aujourd'hui à faire la santé ».

Source : un participant

Allant dans le même sens, un autre participant ajoute : « Pour moi, le rêve est parti depuis le collège. Lors d'un devoir de français, ou l'enseignant nous a demandé de traiter un sujet dans lequel l'élève devrait dire le métier qu'il entend faire une fois adulte ; moi, j'ai dit que je voudrais appartenir au corps soignant. Et plus tard, lorsque j'ai eu mon bac, la famille m'a demandé ce que je voulais faire et, c'est naturellement que j'ai dit la santé. Pour ma part, la famille fut tellement contente pour ce choix. Elle m'a dit que si c'est cela mon choix alors qu'elle est prête à m'y soutenir. C'est comme ça que je suis là aujourd'hui »

Source : un participant

Focus Group

On note à travers ces propos l'attrait que la formation en santé exerce sur ceux qui ont choisi ce domaine de formation. Si certains ont opté pour cette formation sans difficultés majeures, d'autres étudiants l'ont fait parfois contre la volonté des parents qui ont d'autres préférences pour leurs enfants comme le montrent les témoignages saisissants de certains étudiants dans un Focus Group. « Moi, au début, les parents n'ont pas voulu que je suive une formation en santé. Ils ont voulu que je fasse le droit. Ils m'ont même obligé à faire le dépôt en ligne pour le recrutement à l'université de N'Djaména. Et comme il s'agit de mes parents, j'ai décidé de leur obéir malgré tout. J'ai fait le dépôt et j'ai choisi jusqu'à 5 filières. Et Dieu merci, je n'étais retenue dans aucune filière. C'est pourquoi, j'ai perdu une année à la maison. J'ai donc blanchi l'année dernière. Et comme j'ai refusé de faire autre chose, cette année, ils m'ont inscrit ici à l'école de santé ».

Source : un participant

On note à travers ces propos l'attrait que la formation en santé exerce sur ceux qui ont choisi ce domaine de formation. Si certains ont opté pour cette formation sans difficultés majeures, d'autres étudiants l'ont fait parfois contre la volonté des parents qui ont d'autres préférences pour leurs enfants comme le montrent les témoignages saisissants de certains étudiants dans un Focus Group. « Moi, au début, les parents n'ont pas voulu que je suive une formation en santé. Ils ont voulu que je fasse le droit. Ils m'ont même obligé à faire le dépôt en ligne pour le recrutement à l'université de N'Djaména. Et comme il s'agit de mes parents, j'ai décidé de leur obéir malgré tout. J'ai fait le dépôt et j'ai choisi jusqu'à 5 filières. Et Dieu merci, je n'étais retenue dans aucune filière. C'est pourquoi, j'ai perdu une année à la maison. J'ai donc blanchi l'année dernière. Et comme j'ai refusé de faire autre chose, cette année, ils m'ont inscrit ici à l'école de santé ».

Source : un participant

Les témoignages des étudiants interrogés dans le cadre du Focus Group indiquent clairement un choix parfois contesté, mais la détermination et l'engouement au métier ont rendu possible l'atteinte des objectifs donc de la réalisation des rêves.

5.1.4 PRÉFÉRENCES POUR L'EMPLOI

Après l'intégration à la fonction publique ou la signature d'un contrat auprès d'une formation hospitalière, les agents de l'Etat sont affectés dans les délégations provinciales pour offrir les prestations de soins aux populations de leur ressort territorial en fonction des besoins exprimés par la direction des ressources du ministère de la santé publique. C'est en cela que renvoie cette section qui cherche à saisir les préférences de ces agents qu'ils soient personnels paramédicaux ou médecins généralistes ou spécialistes. Au cours des enquêtes sur le terrain, cette question relative aux préférences a été posée aux étudiants en fin de cycle de formation dans les établissements de formation en santé (publique et privé). Les réponses dans les groupes focalisés varient en fonction des objectifs des uns et des autres.

Dans un Focus Group réalisé auprès des étudiants d'un établissement de formation en santé, la question de préférences d'emploi a eu des réponses très dynamiques comme le témoignent les affirmations suivantes : « En ce qui me concerne, je n'ai pas le choix de là où je vais travailler. J'ai naturellement aimé ce métier, voilà pourquoi je me suis inscrit dans une école de santé. Donc, si je suis recruté quelque part et qu'on veut m'envoyer dans n'importe quelle localité du Tchad, je suis prêt à m'y rendre pour servir mon pays. Quand on aime ce qu'on veut, on n'a pas besoin d'exiger là où on veut travailler. Donc, je suis disposé à aller partout pour travailler pour gagner ma vie »[29].

29. Focus group réalisé le 22 novembre 2024 auprès des étudiants en fin de cycle à l'école de santé le Bon Berger de N'Djaména



Focus Group

Dans le même sens, une étudiante du Focus Group laisse entendre ses préférences en ces termes :

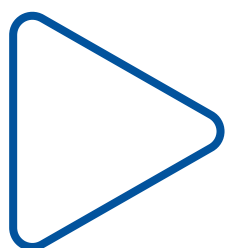
« Partout où je trouve mieux, je n'hésiterais pas à m'y rendre travailler. Actuellement au Tchad, trouver de l'emploi est quelque chose d'extrêmement difficile ; ça veut dire que personnellement, si je trouve une opportunité de travail dans n'importe quelle partie du Tchad, je vais y aller travailler. Parfois, on dit qu'il y a des zones hostiles pour le travail, mais cela n'a pas empêché que les gens y vivent. Je ne trouve aucun inconvénient de travailler que ça soit en ville ou dans une petite localité du pays. C'est aussi une obligation pour nous qui avons choisi ce secteur d'activités parce que le manque de personnel médical est beaucoup ressenti dans les différentes formations sanitaires de notre pays. Ce qui explique aussi le fort taux de morbidité et de mortalité dans les zones rurales. Donc je suis prête à travailler n'importe où»[30].

Il convient de dire, au regard des affirmations de ces étudiants sur la question des préférences de l'emploi, l'unanimité se dégage

Il convient de dire, au regard des affirmations de ces étudiants sur la question des préférences de l'emploi, l'unanimité se dégage. Leur position laisse comprendre qu'il n'y a pas de problèmes en termes de préférences de l'environnement dans lequel ils souhaitent travailler. Les impératifs économiques et sociaux l'emportent sur le milieu d'exercice qu'il soit rural ou urbain. Cependant, au regard des réalités sur le terrain, certains agents de santé, après avoir pris service dans la délégation sanitaire où ils sont affectés, regagnent aussitôt N'Djaména. Ce qui conduit à émettre des réserves sur ces déclarations peu rassurantes.

30. Ibid

Les aspirations salariales des étudiantes enfin de cycle de formation dans les écoles de santé ont été passées en revue dans le cadre de cette étude afin de déterminer les facteurs de motivation au travail. Au Tchad, et principalement dans le secteur public, le traitement salarial obéit aux textes réglementant le traitement des salariés, ce qui n'exclut pas l'existence des avantages spécifiques consécutifs aux négociations entre syndicat et gouvernement suivant les corps de métier ou secteurs d'activités. Les aspirations salariales des étudiantes enfin de cycle de formation dans les écoles de santé ont été passées en revue dans le cadre de cette étude afin de déterminer les facteurs de motivation au travail.



Focus Group

Les avis des étudiants dans les groupes focalisés laissent transparaître les aspirations salariales qui varient suivant que l'on soit en milieu rural ou urbain

Un étudiant laisse entendre ce qui suit :

: « Le salaire dépend d'où on exerce mais pour moi si je peux accepter de travailler pour un salaire minimum de 60 milles francs. Ici à Léré, le coût de vie n'est pas élevé et je pense qu'avec cette somme perçue mensuellement, je pense pouvoir m'en sortir surtout que je vais aussi mener d'autres activités génératrices de revenus pour compléter mon revenu. C'est l'avantage qu'il y a à travailler dans une localité qui offre d'opportunités d'emploi de la terre par exemple. Je suis natif d'ici donc si je travaille ici, je vais aussi labourer mon champ ».

Un autre étudiant de renchérir :

« Pour moi, le salaire minimum que je compte gagner, c'est d'avoir 350 000F pour accepter de travailler. Avec un tel montant, je peux normalement m'occuper de ma famille et investir pour autres choses. Avant de m'inscrire dans cette école de santé, je me suis renseigné et on m'a dit que les agents de santé sont les mieux payés ici au Tchad, contrairement aux autres fonctionnaires. C'est pour cela que j'ai décidé de me faire former dans une école de santé et bénéficier de ces avantages mais aussi on a cette possibilité de soigner aussi nos proches. C'est pour quoi je suis particulièrement intéressé par la formation dans le secteur de la santé »

Allant dans le même sens, une autre étudiante du groupe focalisé affirme :

« Moi, si je suis intégrée à la fonction publique, je veux 200 000 F. Mais si c'est une ONG, je vais demander au moins 300 000 ou même plus parce que dans les ONG, on paie bien. J'ai un ami qui travaille avec IRC à l'Est avec un diplôme de licence dans le domaine de la santé. Il me dit qu'il est très bien payé laba même s'il n'a pas donné le montant de son salaire. Moi aussi, je rêve de travailler dans les organismes ou ONG pour être bien traité ».

Dans les échanges, le milieu dans lequel on travaille a été évoqué également comme déterminant les aspirations salariales comme on peut le constater dans la déclaration ci-après :

« Vous savez vous-même que le coût de la vie est élevé en ville; donc je peux travailler pour au moins 200 milles francs et maximum 400 milles. Et si je suis en milieu rural, 100 milles c'est bon et maximum 200 c'est très bon. Je le dis parce que les réalités entre ces deux milieux ne sont pas les mêmes ».

Les avis sur les aspirations salariales sont loin d'être le seul facteur de motivation des étudiants après leurs études. D'autres paramètres sont également évoqués pour marquer leur attachement au secteur de la santé. Ce que laisse entendre une étudiante lorsqu'elle s'est prononcée à ce propos :

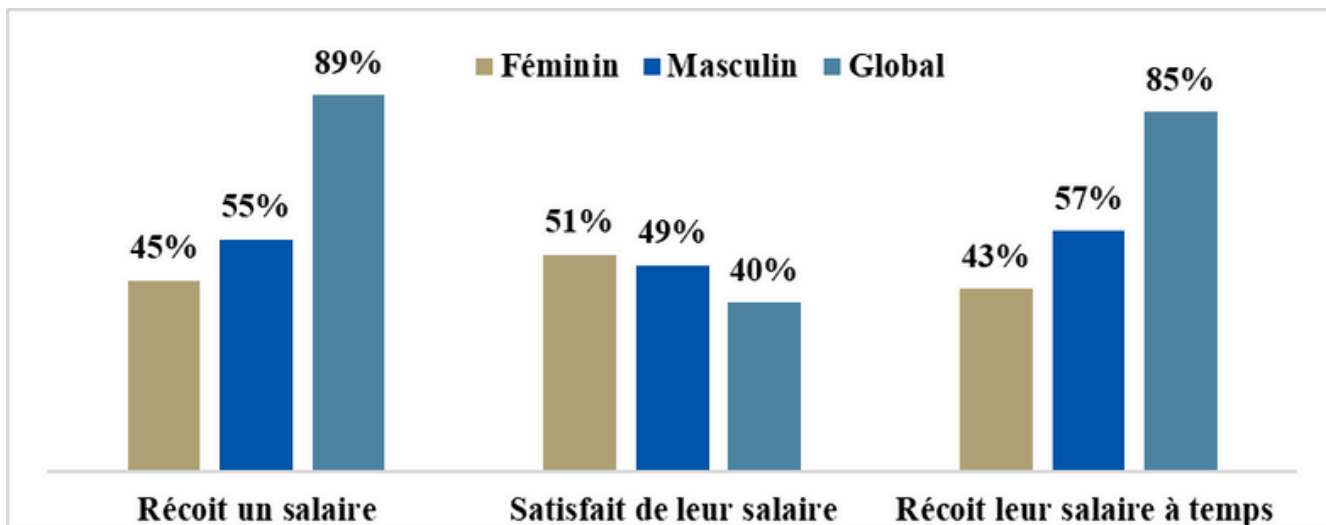
« Pour moi ce qui compte, c'est d'abord le travail. Pour rien au monde, je ne peux pas quitter le secteur de la santé. Même si on me donne 100000/mois, je ne peux pas quitter. Comme je le disais j'ai choisi ce domaine par vocation donc je ne peux pas bouger de ce secteur d'activité. J'ai choisi ce métier pas à cause de l'argent mais plutôt par passion et l'amour du métier ».

Nous constatons les aspirations salariales des étudiants enfin de cycle de formation dans les écoles de santé varient d'un individu à un autre en fonction des objectifs. Trois raisons sont substantiellement évoquées. Dans un premier temps, la cherté de vie a été évoquée pour justifier l'aspiration à un salaire élevé. Secundo, le lieu d'exercice de l'activité (rural/urbain) est conséquemment rappelé pour une aspiration salariale moyenne ou élevée. En troisième lieu, la passion pour le métier de santé est évoquée comme fondement de l'attachement au secteur de santé, d'où un regard moins attentif au traitement salarial.

5.1.6 SITUATION ET SATISFACTION PAR RAPPORT AUX COMPOSANTES DE LA RÉMUNÉRATION

5.1.6.1 SALAIRE

Graphique 33 : Situation salariale selon le sexe



Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

Le graphique à droite illustre la situation salariale des personnels enquêtés. Près de 90% des agents perçoivent un salaire. Toutefois, 60% se disent insatisfaits de leur rémunération, bien que 85% déclarent recevoir leur salaire à temps. Parmi les femmes interrogées, 45% touchent un salaire, dont la moitié exprime une insatisfaction par rapport à leur rémunération, et 43% affirment être payées à temps. Concernant les hommes, 55% reçoivent un salaire, 49% se considèrent satisfaits de leur rémunération et 57% perçoivent leur salaire sans retard.

5.1.6.2 PRIMES

Concernant la distribution des primes perçues par les personnels enquêtés, les analyses indiquent que 53% des personnels enquêtés perçoivent des primes, 45% ont eu droit à des congés depuis leur prise de fonction, 58% effectuent des heures supplémentaires et seulement 6% reçoivent une rémunération pour ces heures supplémentaires. De manière globale, les hommes semblent profiter davantage de ces avantages par rapport aux femmes. En détaillant selon le genre, on observe que parmi les personnels effectuant des heures supplémentaires, 42% sont des femmes, et une femme sur trois a perçu une rémunération pour ces heures. De plus, les femmes représentent respectivement 43% et 46% des bénéficiaires de primes et de congés sur l'ensemble des personnels concernés.

0 FEMMES ENTRE 200 MILLE ET 500 MILLE FRANCS

Environ 8 agents sur 10 reçoivent des primes comprises entre 0 et 50 000 francs CFA. Ce groupe est suivi par ceux dont les primes varient de 50 000 à 100 000 francs CFA, représentant 19,6% des personnels. La répartition des primes selon le sexe fait apparaître que la moitié des femmes enquêtées (51%) perçoivent une prime de moins de 50 000 francs CFA. Par ailleurs, 13,2% des femmes se situent dans la tranche de 50 000 à 100 000 francs CFA, tandis qu'aucune femme ne déclare recevoir une prime comprise entre 200 000 et 500 000 francs CFA. Chez les hommes, les primes sont plus diversifiées, allant de 0 à plus de 500 000 francs CFA. La moitié des personnels masculins touchent une prime entre 0 et 50 000 francs CFA, et 87% sont dans la tranche de 50 000 à 100 000 francs CFA. De manière plus marginale, un personnel sur 420 perçoit une prime dans les tranches 200 000 à 250 000 francs CFA, 400 000 à 500 000 francs CFA, et plus de 500 000 francs CFA.

Tableau 15 : Distribution des primes par sexe

Tranche des primes	Sexe				Ensemble
	Féminin		Masculin		
	Effectif	%	Effectif	%	
Moins de 50 000 Francs CFA	292	51,0%	280	49,0%	77,8%
100 000 à 150 000 Francs CFA	2	25,0%	6	75,0%	1,1%
150 000 à 200 000 Francs CFA	2	25,0%	6	75,0%	1,1%
200 000 à 250 000 Francs CFA	0	0,0%	1	100,0%	0,1%
400 000 à 500 000 Francs CFA	0	0,0%	1	100,0%	0,1%
50 000 à 100 000 Francs CFA	19	13,2%	125	86,8%	19,6%
Plus de 500 000 Francs CFA	0	0,0%	1	100,0%	0,1%
Total	315	42,9%	420	57,1%	100%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

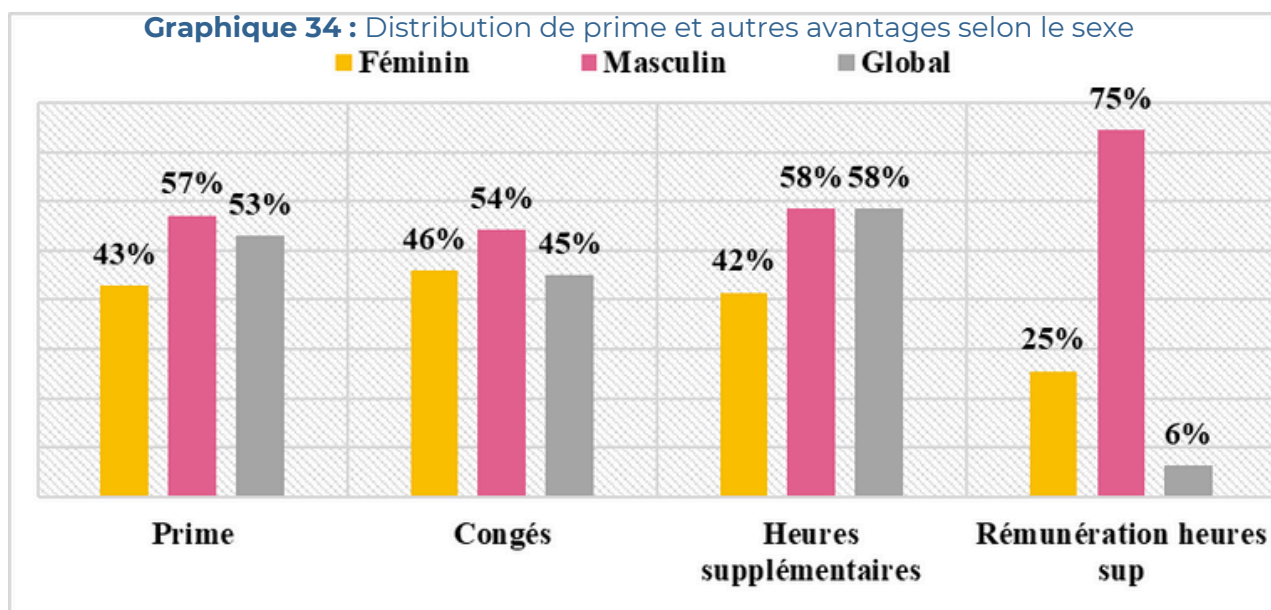
Parlant d'autres avantages qui constituent un facteur de fidélisation du personnel de santé dans les structures ou formations sanitaires, en particulier, des personnels de santé exerçant dans les milieux ruraux ou semi-urbains, un responsable déclare :

« Quand tu arrives dans une localité, il faut avoir une politique pour traiter les gens, c'est ça. Là aussi, ça interpelle les premiers responsables des districts. Quand tu es un chef de l'hôpital, tu as un personnel avec toi, il faut bien le traiter, parce que d'après tout, c'est un être humain. Si vous le traitez bien, il va rester à son poste. Mais, si vous ne le traitez pas bien, il va partir. Alors quand, il se décourage, il quitte pour aller soit en formation soit un autre milieu plus favorable. Voilà ce qui se passe dans notre métier. Il faut les primes de motivation et les impliquer aussi dans les activités.

Par exemple moi, si j'ai des activités des campagnes de masse, j'amène tous ces médecins dans les campagnes de masse, comme superviseurs et autres. Certains MCD qui s'accaparent de tous. Toutes les formations, c'est eux qui sont présents. Pendant les campagnes de masse, il faut les associer. Eux aussi, ils ont leur doctorat, donc il faut bien le traiter. Maintenant, j'ai 4 médecins et je collabore très bien avec eux. Voilà, j'interpelle certains collègues d'avoir ce regard aussi. Sinon, ce n'est pas bien ».

Ces allégations traduisent les réalités quotidiennes auxquelles font face certains personnels médicaux du fait des attitudes ou comportements de leurs responsables hiérarchiques. Ces derniers sont omniprésents à tous les ateliers, à toutes les formations (à l'intérieur ou à l'extérieur du pays), à toutes les campagnes de vaccination sans impliquer leurs collègues. Le nonaccès à ces avantages constituent des sources de frustration de nombre de personnels de santé. Or, la politique de fidélisation du personnel de santé passe nécessairement par l'implication effective de ces derniers à ces avantages qui constituent des facteurs déterminants de cette fidélisation.

Le non-accès à ces avantages constituent des sources de frustration de nombre de personnels de santé. Or, la politique de fidélisation du personnel de santé passe nécessairement par l'implication effective de ces derniers à ces avantages qui constituent des facteurs déterminants de cette fidélisation.



Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

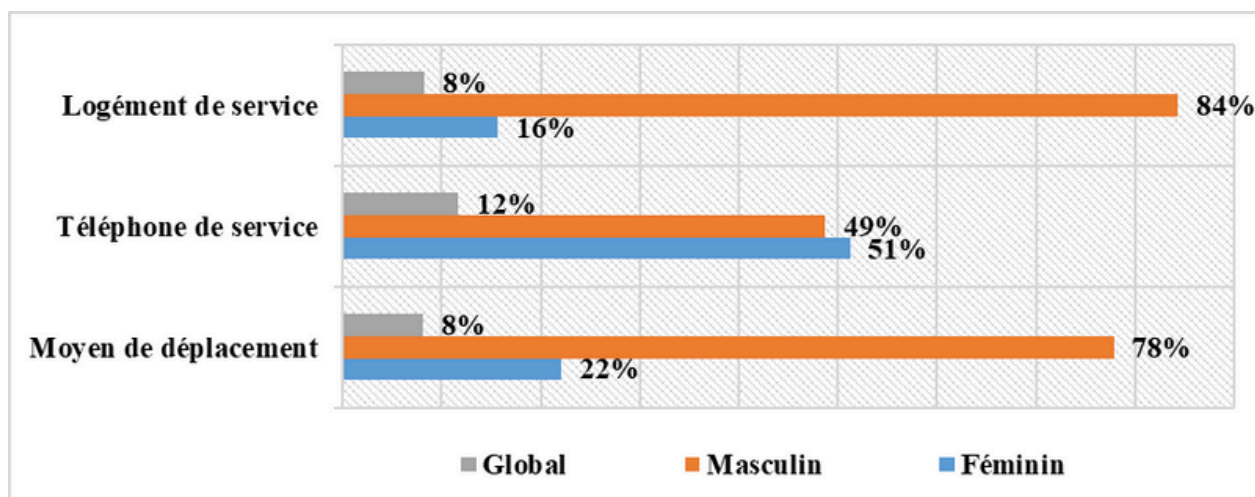
5.1.6.3 AVANTAGES DE SERVICE

Tout d'abord, il ressort que plus de 80% des bénéficiaires de logements de service sont des hommes, une proportion largement supérieure à celle des femmes. Cela suggère que les femmes ont un accès relativement limité aux fonctions ou responsabilité qui donnent droit à ce type d'avantage comparativement à leurs homologues masculins.

En revanche, l'avantage lié au téléphone de service montre une situation plus équilibrée, avec une parité parfaite, puisque 50% des femmes en bénéficient, ce qui témoigne d'une égalité dans l'attribution de ce bénéfice.

Cependant, en ce qui concerne le moyen de déplacement, seulement 22% des femmes en disposent, contre une plus grande majorité d'hommes bénéficiaires. Cela met en évidence une tendance persistante où les hommes occupent davantage de postes à responsabilité, et par conséquent, bénéficient de plus d'avantages que les femmes.

Graphique 35 : distribution des avantages de service selon le sexe



Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

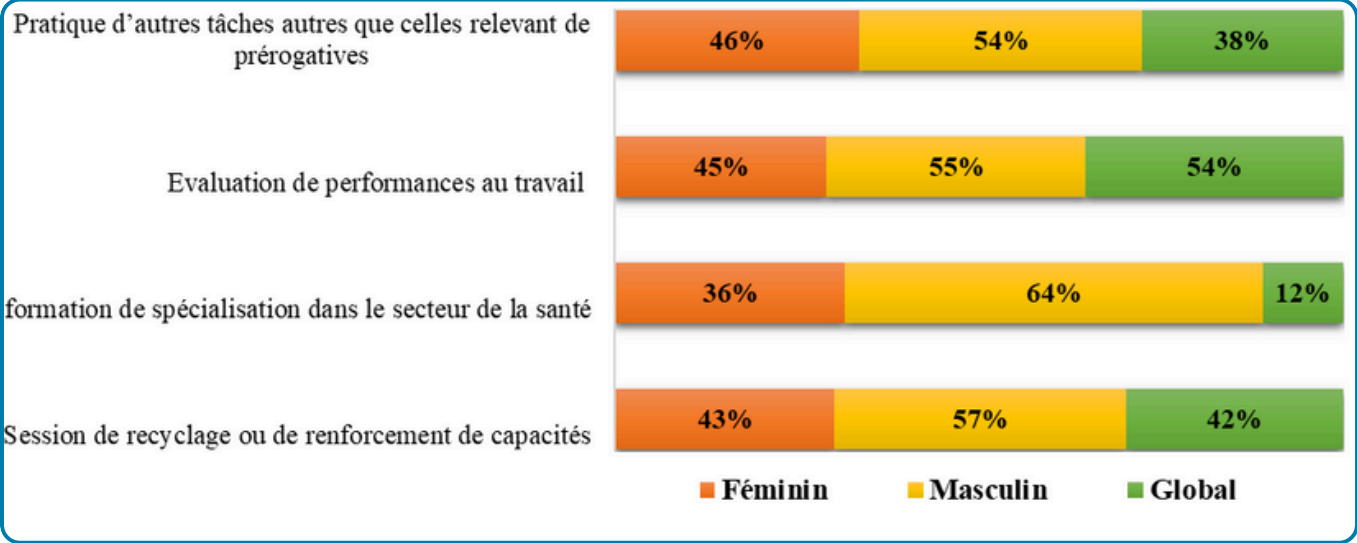
5.1.6.4 AUTRES AVANTAGES DE SERVICE

Le graphique ci-dessous présente les avantages reçus par les personnels en ce qui concerne la formation, la spécialisation et l'évaluation de la performance au travail. En analysant les résultats, on constate qu'au total, 38% des personnels ont exercé des tâches autres que celles relevant de leurs prérogatives, la performance de 54% des personnels a été évaluée, 12% ont suivi une formation spécialisée dans le secteur de la santé et 42% ont participé à des sessions de recyclage ou de renforcement de capacité.

Cependant, une disparité se fait sentir entre les hommes et les femmes. Parmi les femmes, 46% ont effectué des tâches supplémentaires, 45% ont eu une évaluation de performance, 36% ont suivi une formation de spécialisation et 43% ont participé à des sessions de recyclage ou de renforcement de capacité.

Du côté des hommes, les chiffres sont sensiblement plus élevés : 54% d'entre eux ont pratiqué d'autres tâches que celles relevant de leurs prérogatives, 55% ont été évalués au travail, 64% ont suivi une formation spécialisée et 57% ont participé à des sessions de recyclage ou de renforcement de capacité. Pour une bonne performance dans la qualité des soins, il faut mettre un accent particulier sur le renforcement de capacité du RHS.

Graphique 36 : Autre type d'avantage de service selon le sexe



Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024



5.2 SATISFACTIONS PAR RAPPORT AUX CONDITIONS DE TRAVAIL DES RHS

5.2 SATISFACTION DES CONDITIONS DE TRAVAIL SELON LE GENRE ET LE MILIEU DE RÉSIDENCE

Globalement, seulement 42,3% des répondants jugent les conditions de travail satisfaisantes. Les femmes se montrent légèrement plus satisfaites (47,3%) que les hommes (37,7%). Ces résultats révèlent une perception globalement critique des conditions de travail, particulièrement marquée chez les hommes. Ceci peut s'expliquer par le fait que les hommes sont plus à l'aise à exprimer leur insatisfaction directement contrairement aux femmes.

Ils peuvent également occuper des postes plus stressants ou sollicités, augmentant ainsi leur niveau de critique. Suivant le milieu de résidence, on observe une proportion plus élevée de répondants qui jugent les conditions de travail insatisfaisantes en milieu rural (68,3%) qu'en milieu urbain (57,3%). Cela peut résulter du fait que dans les zones rurales, les professionnels de santé font souvent face à des ressources limitées, à l'isolement et à des difficultés de déplacement, ce qui peut diminuer leur satisfaction. De plus, vu que les infrastructures sont moins développées, cela offre donc moins de meilleures conditions de travail.

Parlant des conditions de travail dans les structures de santé en milieu semi-urbain, une RCS laisse entendre ses impressions :

« Moi, c'est madame Mariam, RCS de Mandelia urbain. Je suis contente de votre visite. Vous vous voyez, Mandelia est un centre de santé urbain qui existe depuis longtemps, mais c'est un centre non construit et il n'y a même pas une salle, là où on accouche les femmes. Il n'y a même pas de point d'eau, de maternité, de salle de soin, de hangar comme depuis mon arrivée, la population m'estime beaucoup, mais les conditions de travail ne sont pas réunies. Les femmes viennent pour l'accouchement, mais nous n'avons pas de maternité. On accouche les femmes dans des conditions qui ne sont pas décentes. Les conditions de travail ne me plaisent pas. Si les conditions sont réunies, on va y rester durant toute notre vie... Si j'ai un logement au centre de santé, qu'est-ce que je vais aller à N'Djamena foutre. ».

Toujours en lien avec la question de fidélisation des personnels de santé dans les structures sanitaires, un MCD exerçant dans un district sanitaire à une cinquantaine de kilomètres de N'Djaména fait observer :

« Par rapport à cette question, la plupart des gens ne restent pas sur place, mais l'idéal voudrait que les personnels soient sur place. Imaginons le cas de ce district-là, plus de 80% de nos agents ne sont pas à Mandelia. Ça pose un problème. Le plus souvent, ils sont à N'Djaména. Même ceux qui sont ici à l'hôpital, ils quittent N'Djaména le matin pour être ici. Avec les embouteillages, ils arrivent toujours ici en retard.

Donc, tous ceux qui veulent être affectés à N'Djaména, le ministère les envoie dans le Chari-Baguirmi et quand ça arrive au niveau de Chari-Baguirmi, on fait de pression de telle sorte qu'on les amène soit à Mandelia soit à Dourballi. Si on demande au MCD de les amener à Linya, la personne n'y est plus, elle est à N'Djaména et elle vient comme elle veut.

La même chose, quand ça arrive à Mandelia, le ministère nous dit qu'il faut l'envoyer à Koundoul, je l'envoie à Koundoul, mais malheureusement, la personne n'est plus à Koundoul. Ils sont tous à N'Djaména. Donc, on a une pression. Surtout Mandelia et Dourballi, la gestion des ressources humaines pose problème ».

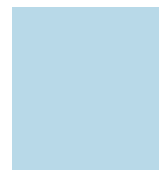
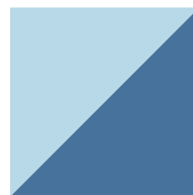
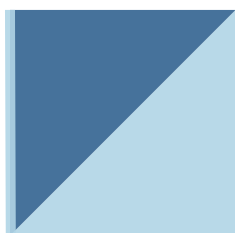


Tableau 16 : Répartition des professionnels selon leurs niveau de satisfaction aux conditions de travail

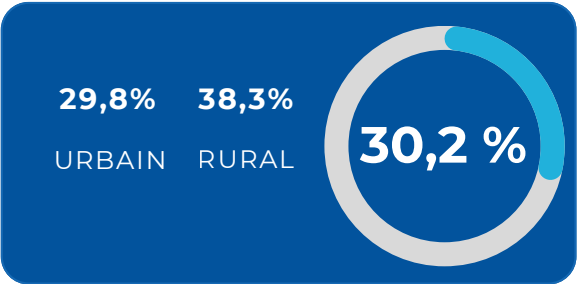
Niveau de satisfaction aux conditions de travail	Sexe		Milieu	
	Féminin	Masculin	Rural	Urbain
Très satisfaisant	6,70%	5,30%	15,00%	8,30%
Assez satisfaisant	40,60%	32,40%	53,30%	48,90%
Insatisfaisant	46,00%	52,00%	26,70%	36,70%
Très insatisfaisant	6,70%	10,30%	5,00%	6,00%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

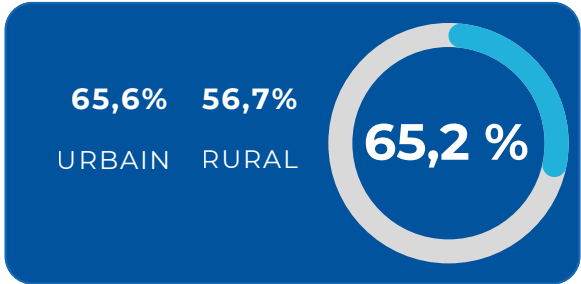
5.2.2 DISPONIBILITÉ DE MATÉRIEL TECHNIQUE ET MÉDICAL

L’analyse des résultats sur la disponibilité de matériel technique et médical montre, sans surprise, qu’il y a une meilleure disponibilité perçue en milieu urbain qu’en milieu rural. Ces différences notables en matière d’accessibilité d’équipements peuvent être dues au manque d’infrastructures pour faciliter l’installation et l’entretien des équipements médicaux, mais aussi aux politiques de santé publique qui privilégieraient les zones urbaines laissant les zones rurales avec moins de ressources.

Les RHS jugent que le plateau technique est inaccessible à :



Les RHS jugent que les plateau techniques sont de bonne qualité à :



De même, concernant les lits d'hospitalisation, 43,3% des répondants en milieu rural ont un avis négatif sur la disponibilité de lit (soit 10,0% très inaccessible et 33,3% inaccessible), contre 27,5% en milieu urbain (soit 3,6% très inaccessible et 23,9% inaccessible). Ces observations soulignent un accès aux lits d'hospitalisation moins important dans les formations sanitaires rurales. Pour ce qui est de la qualité de ces lits, plus de la moitié des personnels jugent que ces lits sont de bonne qualité (soit 65,6 % en milieu urbain et 53,4 % en milieu rural).

Pour ce qui est de la disponibilité des équipements et intrants médicaux ainsi que des médicaments, elle peut-être globalement jugée positive, avec 71,7 % des personnels qui considèrent les équipements et intrants médicaux accessibles et 77,2 % qui considèrent les médicaments accessibles. Ces perceptions demeurent plus favorables en milieu urbain par rapport au milieu rural. En effet, en milieu urbain 72,0 % considèrent les équipements et intrants médicaux comme accessibles contre 66,7 % milieu rural. Pareillement, les médicaments sont jugés plus disponibles en milieu urbain (77,5 %) qu'en milieu rural (71,7 %).

Tableau 17 : Répartition des travailleurs selon la disponibilité de matériel technique et médical

Niveau de satisfaction aux conditions de travail	Sexe		Milieu	
	Féminin	Masculin	Rural	Urbain
<i>Très satisfaisant</i>	6,70%	5,30%	15,00%	8,30%
<i>Assez satisfaisant</i>	40,60%	32,40%	53,30%	48,90%
<i>Insatisfaisant</i>	46,00%	52,00%	26,70%	36,70%
<i>Très insatisfaisant</i>	6,70%	10,30%	5,00%	6,00%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

5.2.3 LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Tableau 18 : Répartition selon l'opinion sur la sécurité au travail

La sécurité à votre lieu de travail	Rural	Urbain	Total
Très insatisfaisante	15.00%	13.40%	13.50%
Insatisfaisante	35.00%	32.80%	32.90%
Assez satisfaisante	43.30%	47.50%	47.40%
Très satisfaisantes	6.70%	6.20%	6.20%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

Tableau 19 : Répartition selon l'opinion sur la sécurité au travail

Dispositif de sécurité dans la formation sanitaire	Rural	Urbain	Total
Non	66.70%	37.60%	38.90%
Oui	33.30%	62.40%	61.10%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

Assurer une bonne sécurité sur le lieu de travail est essentiel pour protéger la santé et le bien-être des employés, réduire les accidents et augmenter la productivité. Le tableau ci-dessus présente le niveau de satisfaction des personnes suivant le milieu de résidence. Il ressort que 54,6% des personnels se sentent satisfaits sur leur lieu de travail, avec 6,2% qui sont très satisfaits et 47,4% qui sont assez satisfaits. Les résultats montrent une légère amélioration de la perception de la sécurité en milieu urbain (53,7% de satisfaction) par rapport au milieu rural (49,9% de satisfaction). Cela peut s'expliquer par le contexte d'insécurité qui sévit dans le milieu rural mais aussi par l'isolement géographique, les infrastructures moins développées et l'accès limités aux services d'urgence.

A la question de savoir, si la formation sanitaire dispose d'un dispositif de santé, 61,1% des personnels ont répondu par l'affirmatif. Il existe toutefois une nette différence entre les zones rurales et urbaines. En milieu rural, seulement 33,3% des structures ont un dispositif de sécurité, tandis qu'en milieu urbain, presque le double (62,4%) en sont équipées. Les agents de sécurité sont le principal type de dispositif déployés dans les formations sanitaires indépendamment du milieu de résidence (89,8 % des cas).

5.2.4 STRESS AU TRAVAIL

Tableau 20 : Répartition des professionnels de santé selon leur niveau de stress au travail

Le niveau de stress au travail	Rural	Urbain	Total
<i>niveau 1</i>	8.30%	12.20%	12.00%
<i>niveau 2</i>	11.70%	11.50%	11.50%
<i>niveau 3</i>	20.00%	12.80%	13.10%
<i>niveau 4</i>	18.30%	9.00%	9.40%
<i>niveau 5</i>	13.30%	15.50%	15.50%
<i>niveau 6</i>	6.70%	10.00%	9.80%
<i>niveau 7</i>	5.00%	8.80%	8.60%
<i>niveau 8</i>	10.00%	11.40%	11.30%
<i>niveau 9</i>	3.30%	5.50%	5.40%
<i>niveau 10</i>	3.30%	2.70%	2.70%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

Les milieux ruraux présentent une légère proportion plus élevée au niveau 10 (3.3%) par rapport aux milieux urbains (2.7%).

La mesure du stress revêt une importance capitale en particulier quand il s’agit du personnel de santé. Elle permet de prévenir l’épuisement professionnel et de garantir une meilleure qualité des soins aux patients. Globalement, 13.1% des travailleurs rapportent un stress de niveau 3, suivi de 15.5% pour le niveau 5.

En milieu rural, le stress est plus concentré au niveau 3 (20%) et niveau 4 (18.3%), tandis qu'en milieu urbain, il est davantage réparti entre le niveau 1 (12.2%) et niveau 5 (15.5%).

5.2.5 RELATIONS AU TRAVAIL

Tableau 21 : Répartition des travailleurs selon les relations au travail

Jugement rapports	Rapports avec les autres collègues			Rapports avec votre superviseur hiérarchique			Rapports avec la communauté		
	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total	Rural	Urbain	Total
<i>Très mauvais</i>	1.70%	0.30%	0.40%	0.00%	0.30%	0.30%	1.70%	0.80%	0.80%
<i>Mauvais</i>	5.10%	1.50%	1.70%	10.20%	3.80%	4.10%	3.40%	2.30%	2.30%
<i>Bons</i>	62.70%	67.70%	67.50%	67.80%	70.70%	70.60%	64.40%	65.00%	65.00%
<i>Très bons</i>	30.50%	30.50%	30.50%	22.00%	25.10%	25.00%	30.50%	31.90%	31.90%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

L'analyse des relations entre collègues, avec la hiérarchie et avec la communauté est essentielle pour le personnel de santé. Ces relations influencent la qualité des soins prodigués, créent un environnement de travail positif, favorisent l'engagement communautaire et contribuent au développement professionnel. Comprendre et améliorer ces rapports est crucial pour garantir l'efficacité des services de santé et le bien-être des professionnels. Les analyses sur ces aspects montrent que les relations sont globalement bonnes entre les personnels et les personnes concernées indépendamment du milieu de résidence.

Pour ce qui est des rapports entre collègues, globalement, (67,5%) des personnels jugent ces rapports sont bons et très bons (30,5%). En milieu rural, 93,4% des personnels rapportent des relations bonnes à très bonnes, tandis qu'en milieu urbain, ce chiffre atteint les 98,2%. Un peu moins, soit 95,6% des personnels considèrent leurs rapports avec leur superviseur hiérarchique comme bons ou très bons. Ce résultat demeure plus faible en milieu rural, 89,8% qu'en milieu urbain, 95,8%. Même constat concernant le rapport avec la communauté. En effet, les relations sont bonnes (96.2%) avec une perception légèrement plus positive en zone urbaine (96,9%) qu'en zone rurale (94,9%).

5.2.6 DOUBLE PRATIQUE ET CHARGE DE TRAVAIL

5.2.6.1 NOMBRE DE PATIENTS REÇUS PAR JOUR SUIVANT LE MILIEU DE

Le nombre de patients reçus par un personnel et par jour varie considérablement en fonction du milieu de résidence. En moyenne, les structures rurales reçoivent 14 patients par jour (avec un écart type de 7), tandis que les structures urbaines accueillent en moyenne 20 patients par jour (avec un écart type de 21). La médiane des patients reçus par jour est de 13 dans les structures rurales et de 15 dans les structures urbaines, avec des plages de patients allant de 3 à 35 pour les zones rurales et de 0 à 300 pour les zones urbaines.

Cela suggère que les structures urbaines peuvent connaître une plus grande variabilité dans le nombre de patients reçus, avec une possibilité d'accueillir un grand nombre de patients, en particulier dans certaines situations exceptionnelles.

Tableau 22 : Répartition du nombre de patients reçus selon le milieu de résidence

Nombre de patients reçus par jour	Rural	Urbain	Total
<i>Mean (SD)</i>	14 (7)	20 (21)	20 (21)
<i>Median (IQR)</i>	13 (10, 18)	15 (10, 20)	15 (10, 20)
<i>Range</i>	3, 35	0, 300	0, 300

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

5.2.6.2 NOMBRE DE JOUR DE TRAVAIL RÉALISÉ PAR SEMAINE SUIVANT LE MILIEU DE RÉSIDENCE

Dans l'ensemble, 70.0% des personnels travaillent 6 ou 7 jours par semaine, avec une tendance plus marquée en milieu rural. En milieu rural, 83.0% des répondants travaillent 6 ou 7 jours, tandis qu'en milieu urbain, ce chiffre est de 69.5%. Les jours de travail les moins fréquents (inférieur à 4 jours) représentent 13.5% au total, avec une plus grande proportion de personnes dans les zones urbaines (14.6% contre 3.4% en milieu rural).

Tableau 23 : Répartition selon le nombre de jours de travail réalisé par semaine et la province

Nombre de jour de travail réalisé par semaine	Rural	Urbain	Total
1	0.00%	0.10%	0.10%
2	0.00%	1.40%	1.30%
3	1.70%	3.50%	3.40%
4	1.70%	9.00%	8.70%
5	13.60%	15.90%	15.80%
6	32.20%	43.70%	43.20%
7	50.80%	25.80%	26.80%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

5.2.6.3 NOMBRE D’HEURES DE TRAVAIL RÉALISÉ PAR JOUR SUIVANT LE MILIEU DE RÉSIDENCE

Globalement, la moyenne des heures de travail par jour est de 9.1 heures, ce qui est similaire dans les zones rurales et urbaines. En termes de répartition, la médiane est de 8.0 heures, avec un intervalle interquartile de (8.0, 9.0) pour les deux milieux. Cela indique que la majorité des travailleurs dans les deux zones exercent autour de 8 heures de travail par jour. La plage des heures de travail varie de 5 à 24 heures.

Tableau 24 : Répartition selon le nombre d'heures de travail réalisé par jour

Nombre d’heures de travail réalisé par jour	Rural	Urbain	Total
<i>Moyenne (Ecart-type)</i>	9.1 (3.6)	9.1 (3.6)	9.1 (3.6)
<i>Médiane (Intervalle)</i>	8.0 (8.0, 9.0)	8.0 (8.0, 9.0)	8.0 (8.0, 9.0)
<i>Variation (Min; Max)</i>	5.0, 24.0	5.0, 24.0	5.0,24.0

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024



5.2.6.4 PRATIQUE D'ACTIVITÉS CONNEXES EN DEHORS DU TRAVAIL (PRATIQUE DUALES)

Globalement, la majorité des travailleurs ne pratiquent pas d'autres activités en dehors de leur travail, avec 88.4% des personnels affirmant ne pas être impliqués dans d'autres activités. Cependant, une minorité (11.6%) participe à d'autres activités, ce qui est légèrement plus faible en milieu urbain (11.4%) par rapport au milieu rural (16.9%).

Tableau 25 : Répartition selon la pratique d'activités connexes en dehors du travail

Pratiquez-vous d'autres activités en dehors de votre travail ?	Rural	Urbain	Total
<i>Non</i>	83.10%	88.60%	88.40%
<i>Oui</i>	16.90%	11.40%	11.60%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

5.2.6.5 TRANCHE DE RÉMUNÉRATION MENSUELLE PERÇUE DES ACTIVITÉS HORS TRAVAIL SUIVANT LE MILIEU DE RÉSIDENCE

En milieu rural, la majorité des travailleurs percevant une rémunération pour des activités en dehors de leur travail (80%) gagnent moins de 50 000 Francs CFA par mois. En revanche, en milieu urbain, une proportion plus élevée (47%) perçoit également moins de 50 000 Francs CFA, mais une part notable touche des revenus plus élevés, notamment dans la tranche 50 000 à 100 000 Francs CFA (31.8%) et des montants supérieurs à 100 000 Francs CFA (9.9%).

Au total, la rémunération mensuelle des activités hors travail reste principalement concentrée dans la tranche moins de 50 000 Francs CFA (49.1%), suivie de 50 000 à 100 000 Francs CFA (30.4%).

Tableau 26 : Répartition selon la tranche de rémunération mensuelle perçue des activités hors travail suivant le milieu de résidence

Tranche mensuelle perçue des activités hors travail	Rural	Urbain	Total
<i>Moins de 50 000 Francs CFA</i>	80.00%	47.00%	49.10%
<i>100 000 à 150 000 Francs CFA</i>	0.00%	9.90%	9.30%
<i>150 000 à 200 000 Francs CFA</i>	0.00%	3.30%	3.10%
<i>200 000 à 250 000 Francs CFA</i>	0.00%	2.00%	1.90%
<i>250 000 à 300 000 Francs CFA</i>	0.00%	1.30%	1.20%
<i>300 000 à 400 000 Francs CFA</i>	0.00%	2.60%	2.50%
<i>50 000 à 100 000 Francs CFA</i>	10.00%	31.80%	30.40%
<i>Plus de 500 000 Francs CFA</i>	10.00%	2.00%	2.50%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

5.3 DISPONIBILITÉ DES SERVICES DE BASE (ÉLECTRICITÉ, EAU, SANITAIRE)

5.3.1 DISPONIBILITÉ DES SERVICES DE BASE

Analyser la disponibilité d'électricité, d'eau potable et de sanitaires selon le milieu de résidence est crucial pour améliorer la santé publique, guider la planification et le développement, et améliorer la qualité de vie. Cela permet d'identifier les inégalités entre les zones urbaines et rurales et d'assurer que toutes les populations aient un accès équitable aux services de base, contribuant ainsi à un développement équilibré et durable. Le tableau ci-dessous présente les taux de couverture des services de base par milieu de résidence.

Il ressort qu'environ 4 personnes sur 5 déclarent que l'électricité et l'eau potable sont disponibles dans leur formation sanitaire. Cette proportion est moins importante (68,5%) pour ce qui est de la disponibilité de sanitaire. Les résultats montrent une meilleure présence de services de base en milieu urbain par rapport au milieu rural sûrement pour des raisons de manque d'infrastructure et l'accès limité.

Tableau 27 : Répartition des répondants selon la disponibilité des services de base

	Rural	Urbain	Total
Disponibilité d'électricité	70,00%	87,00%	86,30%
Disponibilité d'eau potable	80,00%	78,00%	78,10%
Disponibilité de sanitaire	66,70%	68,60%	68,50%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

5.3.2 ÉLECTRICITÉ

La disponibilité d'électricité varie considérablement entre les milieux rural et urbain. En milieu urbain, environ 87,0 % des personnels déclarent avoir accès à l'électricité contre 70,0 % en milieu rural. Concernant les sources d'approvisionnement, les formations sanitaires rurales s'appuient plus sur des plaques solaires (38,1 %) suivis des générateurs (31,0 %).

Ce qui n'est pas le cas des formations sanitaires en milieu urbain, où l'accès au réseau électrique national est dominant (43.9 %). Dans ce dernier, le réseau national est donc la principale source d'approvisionnement, bien que des générateurs (30,7%) et d'autres alternatives soient également utilisés.

Tableau 28 : Répartition selon la source d'approvisionnement en électricité de la formation sanitaire

Source d'approvisionnement en électricité de la formation sanitaire	Rural	Urbain	Total
<i>Générateur/groupe électrogène</i>	31.00%	30.70%	30.70%
<i>Plaque solaire</i>	38.10%	20.80%	21.40%
<i>Réseau électrique national</i>	28.60%	43.90%	43.40%
<i>Autres (à préciser)</i>	2.40%	4.50%	4.40%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

5.3.3 ÉAU

En ce qui concerne la disponibilité d'eau potable dans les formations sanitaires, la situation est assez similaire dans les milieux rural et urbain : 80 % des formations sanitaires en milieu rural et 78 % en milieu urbain disposent d'eau potable. En termes de source d'approvisionnement, la majorité des formations sanitaires s'approvisionnent en eau potable par le biais de forages (87,5 % en zone rurale et 49,4 % en zone urbaine).

Le forage est donc la principale source, bien que l'usage du réseau national reste également important en milieu urbain (46,7%). La faible représentativité du réseau national en zone rurale peut découler de l'absence d'un réseau d'eau courante développé. Les zones rurales manquent souvent des infrastructures nécessaires pour distribuer l'eau courante, ce qui rend le forage, une méthode fiable et autonome pour accéder à l'eau souterraine.

Tableau 29 : Répartition selon la source d’approvisionnement en eau de la formation sanitaire

Source d’approvisionnement en eau de la formation sanitaire	Rural	Urbain	Total
<i>Forage</i>	87.50%	49.40%	51.10%
<i>Réseau national</i>	12.50%	46.70%	45.20%
<i>Autres</i>	0.00%	3.90%	3.70%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024



5.3.4 SANITAIRE

Concernant la disponibilité de sanitaires dans les formations sanitaires, la majorité des formations sanitaires rurales (66,7 %) et urbaines (68,6 %) disposent de sanitaires. Quant au financement pour leur acquisition, le gouvernement joue un rôle majeur, en finançant 55,0 % des sanitaires améliorés en milieu rural et 69,6 % des sanitaires améliorés en milieu urbain. D'autres sources de financement incluent les formations sanitaires elles-mêmes (25 % en milieu rural et 19,8 % en milieu urbain) ainsi que des collectivités locales (5 % en milieu rural et 1,5 % en milieu urbain).

Tableau 30 : Répartition selon la source de financement des sanitaires améliorés

Financement de l'acquisition des sanitaires améliorés	Rural	Urbain	Total
<i>Collectivité</i>	5.00%	1.50%	1.70%
<i>Formation sanitaire</i>	25.00%	19.80%	20.00%
<i>Gouvernement</i>	55.00%	69.60%	69.00%
<i>Particuliers/communauté</i>	0.00%	1.30%	1.30%
<i>Autres</i>	15.00%	7.70%	8.00%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

5.4 SATISFACTIONS PAR RAPPORT AUX CONDITIONS DE VIE

5.4.1 SATISFACTION À LA QUALITÉ DES INFRASTRUCTURES

La qualité des infrastructures routières au Tchad suscite un très faible niveau de satisfaction parmi les professionnels de santé. En effet, la satisfaction globale n’atteint que 21,46%, avec une disparité notable entre les zones rurales et urbaines. Seulement 13,33% des travailleurs ruraux se déclarent satisfaits, contre 21,83% des travailleurs urbains. Par ailleurs, une proportion significative de professionnels considère la qualité des routes comme très mauvaise : 26,81% au niveau national, avec un taux particulièrement élevé de 36,67% en milieu rural, contre 26,36% en milieu urbain.

Tableau 31 : Répartition des répondants en fonction de la satisfaction à la qualité des infrastructures et le milieu de résidence

Degré de satisfaction à la qualité des infrastructures routières	Rural	Urbain	Ensemble
Très mauvaise	36,67%	26,36%	26,81%
Mauvaise	50,00%	51,51%	51,45%
Assez bonne	10,00%	19,26%	18,86%
Très bonne	3,33%	2,49%	2,53%
Taux de satisfaction	13,33%	21,83%	21,46%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024



5.4.2 SATISFACTION À LA QUALITÉ DES LOGEMENTS

La qualité des logements est également perçue de manière peu favorable par les professionnels de santé, avec des taux de satisfaction de 31,67% en milieu rural et 41,55% en milieu urbain, pour un taux global de 41,12%. De plus, une proportion très réduite de professionnels estime que la qualité des logements est "très bonne", se limitant à seulement 2,25%. Ce pourcentage est encore plus bas en milieu rural (1,67%) qu'en milieu urbain (2,27%), révélant une disparité entre les deux environnements.

Tableau 32 : Répartition des répondants en fonction de la satisfaction à la qualité des logements dans la province d'exercice et le milieu de résidence

Degré de satisfaction à la qualité des logements	Rural	Urbain	Ensemble
Très mauvaise	20,00 %	12,36 %	12,69%
Mauvaise	48,33 %	46,10 %	46,19%
Assez bonne	30,00 %	39,27 %	38,87%
Très bonne	1,67%	2,27%	2,25%
Taux de satisfaction	31,67 %	41,55 %	41,12%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

5.4.3 ANALYSE DES CONDITIONS SPÉCIFIQUES

Les professionnels de santé expriment généralement des opinions défavorables sur leurs conditions de vie, avec des disparités significatives entre les milieux urbains et ruraux.

Sécurité dans les Formations Sanitaires (FOSA) :

La perception de la sécurité dans les formations sanitaires diffère notablement selon le milieu de résidence. En milieu urbain, 35,63 % des professionnels signalent la présence de dispositifs de sécurité, contre seulement 23,33 % en milieu rural. Cette disparité pourrait refléter une concentration accrue des ressources en sécurité dans les zones urbaines, laissant les zones rurales relativement sous-équipées.

Accès à l'eau potable :

De manière contre-intuitive, l'accès à des sources d'eau potable est rapporté par une proportion plus élevée de travailleurs en milieu rural qu'en milieu urbain. Cette différence pourrait s'expliquer par l'absence des réseaux de distribution en milieu rural.

Moyens de transport :

L'accès aux moyens de transport montre également une disparité entre les milieux. Un peu plus de la moitié des personnels en milieu urbain (51,63 %) déclarent avoir accès à des moyens de transport, contre 43,33 % en milieu rural. Cette différence, bien que modérée, met en évidence les défis logistiques auxquels sont confrontés les professionnels de santé dans les zones rurales.

Stabilité des réseaux de communication et internet :

Environ 30 % des personnels considèrent la stabilité des services de communication et d'Internet comme satisfaisante. Toutefois, la stabilité du réseau de communication est mieux perçue (35,39 %) que celle de l'accès à internet (30,67 %). Cela reflète une amélioration partielle mais insuffisante des infrastructures numériques, particulièrement cruciale pour le développement des services de santé à distance.

Tableau 33 : Répartition selon les conditions de vie et le milieu de résidence

Conditions de vie	Rural	Urbain	Ensemble
Dispositif de sécurité dans la FOSA	23,33%	35,63%	35,10%
Accès à des sources d'eau potables	63,33%	56,71%	57,00%
Accès au moyen de transport	43,33%	51,63%	51,27%
Stabilité réseau communication	35,00%	35,41%	35,39%
Stabilité internet	35,00%	30,48%	30,67%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024



5.5 ATTRITION : INTENTIONS DE DÉPART ET FACTEURS DE DÉMOTIVATION

L'analyse de l'intention d'attrition des personnels de santé permet de comprendre les raisons potentielles de départ, d'identifier les facteurs de démotivation afin de mettre en place des stratégies pour améliorer la rétention, stabiliser les effectifs, et assurer la qualité des soins. Il convient de valoriser les compétences et de respecter le plan de carrière, appliquer les textes (loi, Arrêtés, Décrets et convention) en vigueur régissant les fonctionnaires.

5.5.1 INTENTIONS DE DÉPARTS SELON LE GENRE

De manière générale, plusieurs observations significatives émergent concernant l'intention d'attrition des personnels de santé, comme le montre le tableau ci-après. Tout d'abord, l'analyse révèle qu'une proportion importante du personnel envisage de quitter son poste actuel, soit 44,52%, avec une légère différence entre les femmes (45,12%) et les hommes (43,99%).

En dehors de ce cas particulier, les hommes montrent une tendance plus marquée à l'attrition par rapport aux femmes. En effet, une proportion plus élevée d'hommes souhaite quitter l'établissement de santé où ils exercent actuellement (33,79% des hommes contre 30,18% des femmes). De même, une proportion plus importante d'hommes exprime le désir de quitter leur province d'exercice actuelle (40% des hommes contre 37,75% des femmes). Par ailleurs, une proportion significative d'hommes envisage de travailler dans un secteur autre que celui de la santé (13,01% des hommes contre seulement 6,10% des femmes). Enfin, une proportion plus élevée d'hommes aspire à travailler à l'étranger au cours des cinq prochaines années (17,40% des hommes contre 13,85% des femmes).

Tableau 34 : Répartition selon les intentions d'attrition et le sexe

Intentions d'attrition	Sexe		Ensemble
	Féminin	Masculin	
Intention de quitter le poste d'exercice actuel	45,12%	43,99%	44,52%
Intention de quitter la formation sanitaire actuelle	30,18%	33,79%	32,08%
Intention de quitter la province d'exercice actuelle	37,75%	40,00%	38,93%
Intention d'exercer dans un secteur autre que la santé	6,10%	13,01%	9,74%
Désir de travailler dans un autre pays au cours des cinq prochaines années	13,85%	17,40%	15,72%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

De manière générale, plusieurs observations significatives émergent concernant l'intention d'attrition des personnels de santé, comme le montre le tableau ci-après. Tout d'abord, l'analyse révèle qu'une proportion importante du personnel envisage de quitter son poste actuel, soit 44,52%, avec une légère différence entre les femmes (45,12%) et les hommes (43,99%).

En dehors de ce cas particulier, les hommes montrent une tendance plus marquée à l'attrition par rapport aux femmes. En effet, une proportion plus élevée d'hommes souhaite quitter l'établissement de santé où ils exercent actuellement (33,79% des hommes contre 30,18% des femmes). De même, une proportion plus importante d'hommes exprime le désir de quitter leur province d'exercice actuelle (40% des hommes contre 37,75% des femmes).

Par ailleurs, une proportion significative d'hommes envisage de travailler dans un secteur autre que celui de la santé (13,01% des hommes contre seulement 6,10% des femmes). Enfin, une proportion plus élevée d'hommes aspire à travailler à l'étranger au cours des cinq prochaines années (17,40% des hommes contre 13,85% des femmes).

5.5.3 INTENTIONS DE DÉPARTS PAR CATÉGORIES PROFESSIONNELLES

les conditions de travail et de vie jugées peu enviables comme le témoigne ce personnel de santé interrogé à ce propos :

« L'augmentation de salaire n'est pas forcément l'élément primordial. On peut augmenter le salaire et si d'autres conditions ne sont pas améliorées, rien ne va changer. Au lieu de parler seulement du salaire qui n'est qu'un petit élément, il faut voir les choses sous un angle global. Je vous donne un exemple, si on augmente le salaire mais la vie reste chère, cette augmentation de salaire ne servira à rien. Pour moi, il faut qu'on nous loge, on nous dote des moyens de déplacement, que nos enfants accèdent aux bonnes écoles etc. Ces détails sont importants pour nous permettre de rester travailler dans les milieux ruraux ».

Comme on pourrait s'y attendre, la question de l'épanouissement du personnel de santé va au-delà d'un bon niveau de traitement salarial. La qualité ou l'existence d'infrastructures adéquates restent des éléments déterminants ou persuasifs pouvant fidéliser ou encourager ce personnel à exercer dans les zones rurales.

Pour d'autres catégories des personnels de santé, les raisons de quitter les structures sanitaires situées dans les zones rurales où ils exercent sont inhérentes à l'envie de poursuivre les études, et donc avoir une carrière plus aboutie comme le souligne ce personnel en ces termes :

« Moi, personnellement, j'ai trop duré dans le milieu rural donc je souhaite le milieu urbain. Ce n'est pas pour la belle vie que je dis ça ; non loin de là, mais plutôt pour continuer les études. Etant ici ce n'est pas du tout possible d'avancer en termes d'augmentation de connaissance ou de diplôme. Je suis un médecin généraliste et pour avoir une bonne carrière dans le domaine de santé, il faut penser faire une spécialité. Or, pour étudier, ou faire sa spécialité, il faut aller à N'Djaména. Voilà pourquoi après avoir déjà servi pendant 5 ans dans cette localité, je souhaite retourner à N'Djaména pour continuer mes études ».

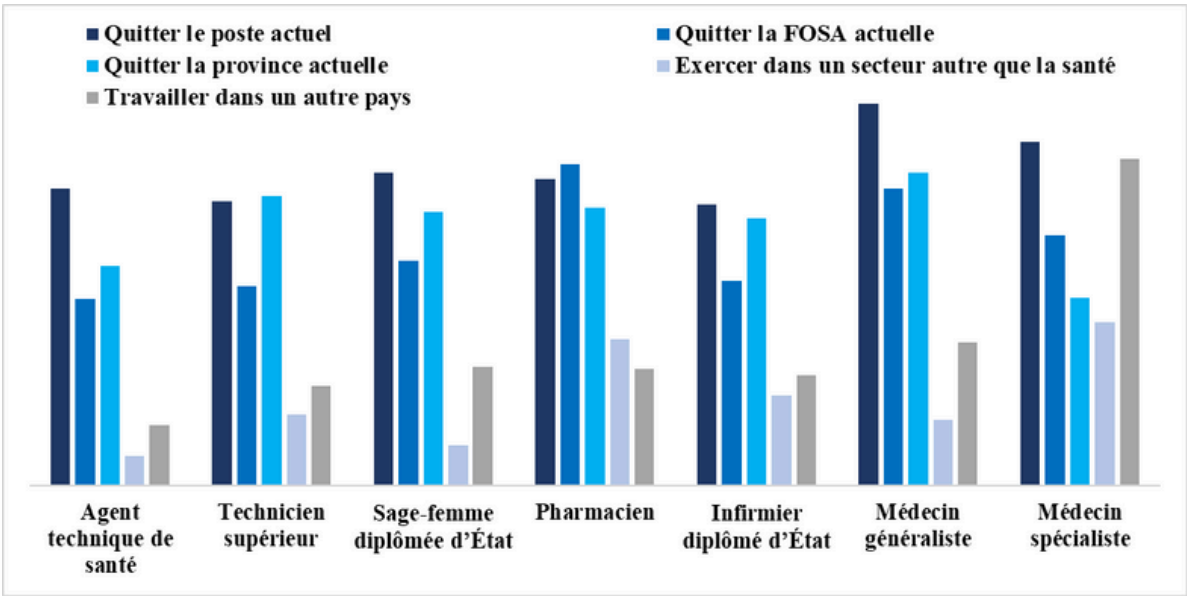


Tableau 35 : Répartition selon les intentions d'attrition et le milieu de résidence

Intentions d'attrition	Milieu de résidence		Ensemble
	Rural	Urbain	
Intention de quitter le poste d'exercice actuel	53,33%	44,12%	44,66%
Intention de quitter la formation sanitaire actuelle	33,33%	32,00%	32,13%
Intention de quitter la province d'exercice actuel	48,33%	38,49%	38,92%
Intention d'exercer dans un secteur autre que la santé	13,33%	9,59%	9,75%
Désir de travailler dans un autre pays au cours des cinq prochaines années	18,33%	15,62%	15,74%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

Tableau 36 : Répartition des intentions d'attrition selon les catégories socioprofessionnelles



Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

DÉSIR D'AIDER LA COMMUNAUTÉ, MÊME SI LES CONDITIONS DE TRAVAIL SONT PARFOIS DIFFICILES

PROXIMITÉ AVEC LA FAMILLE

SE SENTIR ÉPANOUIES

L'APPRENTISSAGE CONTINU, LA RELATION POSITIVE AVEC LA HIÉRARCHIE ET LA COMMUNAUTÉ

POUR SUIVRE DES ÉTUDES POUR AMÉLIORER LEURS QUALIFICATIONS

SALAIRES JUGÉS INSUFFISANTS
CONDITIONS DE TRAVAIL INSATISFAISANTES

ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL
JUGÉ DÉFAVORABLE

DOMAINES INCOMPATIBLES AVEC LA FORMATION INITIALE

MANQUE DE PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION APRÈS AVOIR OCCUPÉ LE MÊME POSTE PENDANT PLUSIEURS ANNÉES

5.5.4 ANALYSE DES MOTIFS DES INTENTIONS DE DÉPARTS DES PERSONNELS DE SANTÉ

5.5.4.1 MOTIFS DES INTENTIONS DE DÉPARTS DU POSTE ACTUEL OU DE LA FORMATION SANITAIRE ACTUELLE

Les raisons évoquées pour cette intention de départ sont variées et sont très semblables que ce soit pour le départ du poste d'exercice actuel ou de la formation sanitaire actuelle. Tout d'abord, certains professionnels qui présentent ces intentions indiquent qu'ils souhaitent poursuivre des études pour améliorer leurs qualifications, au lieu de continuer à exercer. D'autres mentionnent des conditions de travail insatisfaisantes, en particulier des salaires jugés insuffisants. De plus, certains employés exercent dans des domaines incompatibles avec la formation initiale et souhaitent rechercher des opportunités plus alignées avec leurs compétences.

D'autres raisons incluent un environnement de travail jugé défavorable, un manque de perspectives d'évolution après avoir occupé le même poste pendant plusieurs années, ou encore la fin imminente de leur contrat. Certains envisagent de partir en raison d'une charge de travail excessive, tandis que d'autres le font en prévision de la retraite. Enfin, certains mentionnent avoir accepté leur poste actuel principalement pour acquérir de l'expérience, mais souhaitent désormais évoluer vers d'autres opportunités. Ces résultats soulignent des défis importants en matière de gestion des ressources humaines, nécessitant des stratégies ciblées pour améliorer la rétention et répondre aux attentes des personnels de santé.

À l'inverse, les personnes qui déclarent ne pas avoir l'intention de quitter leur poste mentionnent plusieurs raisons positives. Certaines affirment apprécier leur travail actuel et se sentir épanouies dans leurs fonctions. D'autres expliquent qu'il n'existe pas de poste supérieur à celui qu'elles occupent, et elles n'envisagent donc pas de départ. Parmi ceux travaillant dans le secteur privé, certains ne peuvent pas quitter leur emploi puisqu'ils sont propriétaires de leurs structures privées. D'autres encore indiquent qu'ils viennent de commencer à leur poste actuel, et qu'ils ne souhaitent pas partir prématurément.

Pour certains, leur engagement est motivé par un désir d'aider la communauté, même si les conditions de travail sont parfois difficiles. La proximité avec la famille est également un facteur clé pour beaucoup, de même que la stabilité qu'offre leur poste actuel. Le manque d'opportunités ailleurs, l'apprentissage continu, la relation positive avec la hiérarchie et la communauté, ainsi que l'attachement à leur poste sont également des raisons fréquemment citées. Enfin, certains mentionnent qu'ils ne quitteraient leur poste que lorsqu'ils seraient affectés à un autre endroit, soulignant une absence d'alternatives attractives sur le marché du travail.

Intention de quitter la province d'exercice actuel

Certains souhaitent quitter la province où ils travaillent actuellement en raison de conditions climatiques défavorables qui affectent leur bien-être et leur performance. D'autres souhaitent rejoindre leur famille, restée dans une autre province, afin de se rapprocher de leurs proches et de trouver un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

Enfin, certains expriment le désir de travailler dans de nouvelles structures ou d'explorer d'autres localités, que ce soit pour diversifier leur expérience professionnelle ou pour découvrir de nouvelles opportunités et environnements.

Intention d'exercer dans un secteur autre que la santé

Bien que très peu de personnes expriment l'intention de quitter le secteur de la santé, la quasi-totalité de celles qui le font justifient cette décision par le désir de diversifier leurs sources de revenus ou d'augmenter leurs gains financiers. Ces derniers manifestent une insatisfaction face aux conditions salariales dans leur structure actuelle ou dans le secteur de la santé en général.

Certains ont également suivi des formations dans d'autres domaines qu'ils souhaitent mettre en pratique. D'autres envisagent une carrière parallèle dans l'enseignement, tout en restant actifs dans le domaine de la santé, ce qui les pousse à rechercher des postes dans des centres hospitaliers universitaires.

Contrairement à cela, ceux qui souhaitent rester dans le secteur de la santé le font principalement par passion pour leur métier et par engagement à sauver des vies. Ils craignent que changer de secteur puisse créer des déséquilibres, les empêchant d'exercer efficacement. D'autres affirment ne posséder des compétences que dans le domaine de la santé, ce qui limite leurs options pour envisager une reconversion dans d'autres secteurs.

Désir de travailler dans un autre pays au cours des cinq prochaines années

Enfin, la majorité des agents qui indiquent être prêts à travailler dans un autre pays citent comme principale motivation les opportunités d'études que peut offrir leur pays d'accueil, ce qui pourrait leur permettre d'améliorer leurs qualifications. Certains cherchent cependant à saisir ces opportunités pour bâtir une carrière internationale. D'autres encore expriment le désir d'aller travailler à l'étranger pour découvrir de nouveaux environnements et d'acquérir une expérience enrichissante.

5.5.4.2 INTENTION DE DÉPARTS SELON LES PROVINCES D'EXERCICE

Pour diverses raisons, certains professionnels de santé manifestent l'intention de quitter leur province d'exercice actuelle. La province de l'Ennedi-Est affiche le taux le plus élevé d'intentions de départ, atteignant 80,5%. Elle est suivie par le Guéra (60,8%) et le Kanem (55,3%). Globalement, au moins 17,8% des professionnels de santé envisagent de quitter leur province, tandis que les provinces affichant les taux les plus bas d'intentions de départ sont le Lac (17,8%), le Logone Oriental (25,4%), le Mayo-Kebbi Ouest (26,8%) et le Moyen Chari (28,8%).

Concernant les intentions des professionnels de santé quant à leur destination après avoir quitté leur province d'exercice, il ressort tout d'abord, qu'aucun ne manifeste l'intention de rejoindre la province du Barh El Gazal. De plus, très peu souhaitent s'installer dans les provinces du Sila (1), du Lac (2), du Wadi-Fira (3), du Borkou (4) et de l'Ennedi Est. En revanche, la province de N'Djaména, en tant que capitale, exerce une forte attractivité, attirant un nombre significatif de professionnels de santé (167).

Elle est suivie par le Moyen Chari (42), le Ouaddaï (37) et le Chari-Baguirmi. Il est également à noter que la province de l'Ennedi Est, bien qu'affichant un taux élevé d'intentions de départ, attire simultanément très peu de personnes souhaitant s'y installer.

Tableau 37 : Répartition selon les nombres de départ et d'arrivées selon province la

Province	Nombre de personnes voulant quitter la province	Nombre de personnes voulant rejoindre la province	Nombre total de professionnels de santé dans la province	Proportion de professionnels voulant quitter la province
Barh El Gazal	12	0	30	40,0%
Batha	19	12	48	39,6%
Borkou	12	4	30	40,0%
Chari-Baguirmi	9	35	23	39,1%
Ennedi Est	33	4	41	80,5%
Guéra	31	23	51	60,8%
Hadjer-Lamis	23	13	60	38,3%
Kanem	26	6	47	55,3%
Lac	8	2	45	17,8%
Logone Occidental	28	37	61	45,9%
Logone Oriental	15	27	59	25,4%
Mandoul	21	25	62	33,9%
Mayo-Kebbi Est	22	18	65	33,8%
Mayo-Kebbi Ouest	15	19	56	26,8%
Moyen-Chari	23	42	80	28,8%
N'Djaména	107	167	350	30,6%
Ouaddaï	30	37	79	38,0%
Salamat	21	13	66	31,8%
Sila	15	1	33	45,5%
Tandjilé	14	16	46	30,4%
Wadi Fira	20	3	57	35,1%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

Amélioration des conditions de travail et accès à la scolarisation des enfants et Sécurité physique des travailleurs

L'analyse des priorités des personnels de santé permet de cibler les problématiques les plus urgentes à résoudre, en vue de définir des stratégies et des politiques publiques efficaces pour le secteur de la santé au Tchad. Il est essentiel de prendre en compte en priorité les enjeux identifiés comme les plus pressants par plus de la moitié des personnels de santé.



01. Ecoles pour les enfants des RHS en zones d'affectation

la priorité absolue, soulignée par 55,50% des personnels, concerne l'accès à des écoles pour les enfants dans les zones d'exercice. Cette question constitue un facteur déterminant pour la motivation des travailleurs à rester dans leurs zones d'affectation ou dans leurs provinces d'exercice. Ces affirmations sont corroborées par des déclarations au cours d'un focus group animé auprès d'un groupe du personnel de santé dans une localité semi-urbaine

« Les questions tournent autour de la même chose à savoir les conditions de travail. Moi, là où je suis, si les conditions de travail sont bonnes, je suis capable de rester carrément dans le milieu rural. Par exemple, si j'ai un logement, un moyen de déplacement, ma famille a accès aux structures de loisir, mes enfants étudient dans les bonnes conditions. Qu'est-ce qui va m'amener au centre-ville ? Voilà, un peu ça la situation.

Dans le milieu urbain, il y a seulement le luxe. Si on nous permet d'accéder à ce luxe rien ne peut nous obliger à quitter le milieu rural ». « Je peux définitivement rester dans le milieu rural si on me traite bien. Nous tous ici, dans nos réponses, en dehors de mon collègue le pharmacien qui dit qu'il veut aller au centre-ville pour continuer les études, personne d'autre n'a pensé quitter Dourbali. Cela prouve notre volonté de rester travailler ici. La volonté seule ne suffit pas, il faut qu'on nous encourage à rester, et cela passe par une garantie des conditions de vie et de travail par rapport à notre métier ».

02. Amélioration de la disponibilité des médicaments et possibilité pour les travailleurs de vivre avec leur famille

L'amélioration de la disponibilité des médicaments (53,84%) et la possibilité pour les travailleurs de vivre avec leur famille dans leur province d'affectation (53,76%). La disponibilité des médicaments est essentielle pour permettre aux agents de santé de répondre aux besoins de santé, tandis que la présence de la famille est un soutien important pour leur bien-être, leur permettant de s'investir pleinement dans leurs missions.

Cependant, les faibles revenus et le manque d'opportunités compliquent cette situation. Les personnels de santé demandent aussi la prise en charge des frais médicaux pour eux et leurs familles (52,82%), l'amélioration des infrastructures de santé (52,53%), la fourniture d'eau potable dans les formations sanitaires (52,32%) et la mise à disposition d'équipements médicaux adéquats (52,10%). Ces demandes visent à améliorer non seulement les conditions de travail des agents de santé, mais aussi leur qualité de vie, leur permettant de vivre et de travailler dans de meilleures conditions.

03. Accès à des sources d'eau potable, rémunération des heures supplémentaires, qualité des plateaux techniques, salaires et électrification des FOSA

Enfin, d'autres demandes incluent l'accès à des sources d'eau potable dans leurs zones d'exercice (51,01%), la rémunération des heures supplémentaires (50,94%), l'amélioration de la qualité des plateaux techniques (50,80%), une augmentation des salaires (50,14%), et l'électrification des formations sanitaires. Ces revendications reflètent un besoin urgent d'améliorer les conditions matérielles et de soutien pour les travailleurs de la santé, afin de renforcer leur efficacité et leur engagement sur le terrain.

Tableau 38 : Répartition des priorités selon l'ordre de choix

Besoins à pourvoir	Proportion des agents ayant choisi comme priorité forte
Accéder à des écoles pour les enfants dans la province d'exercice	55,50%
Améliorer la disponibilité des médicaments	53,84%
Vivre avec sa famille dans la province d'exercice	53,76%
Subventionner la prise en charge des frais médicaux des agents de santé et de leur famille	52,82%
Améliorer la qualité des infrastructures de santé	52,53%
Disposer de l'eau potable dans la formation sanitaire d'exercice	52,32%
Améliorer la disponibilité des équipements médicaux	52,10%
Accéder à des sources d'eau potable dans la province d'exercice	51,01%
Rémunérer les heures supplémentaires de services	50,94%
Améliorer la disponibilité et la qualité du plateau technique	50,80%
Augmentation du niveau des salaires	50,14%
Électrifier la formation sanitaire d'exercice	50,00%
Bénéficier d'une formation de spécialisation	49,06%
Initier des indemnités dédiées à la scolarisation des enfants	48,26%
Reconnaitre le mérite des agents les plus performants (décoration, organisation des nuits d'excellence, lettre de félicitation, etc...)	47,61%
Bénéficier d'un dispositif de sécurité dans la formation sanitaire	47,25%
Bénéficier d'un moyen de déplacement de fonction	46,82%
Bénéficier de session de recyclage et ou de renforcement de capacité	46,38%
Accéder à une connexion internet stable dans la province d'exercice	46,02%
Augmentation des indemnités de logement	45,95%
Accéder à un réseau stable de communication téléphonique dans la province d'exercice	45,80%
Accéder à des infrastructures routières de qualité dans la province d'exercice	45,37%
Disposer des sanitaires améliorés dans la formation sanitaire d'exercice	45,30%

Tableau 38 (suite) : Répartition des priorités selon l'ordre de choix

Besoins à pourvoir	Proportion des agents ayant choisi comme priorité forte
Accéder à des opportunités de travail pour le partenaire dans la province d'exercice	44,79%
Bénéficier d'un logement de fonction	44,50%
Amélioration des rapports avec la communauté	44,07%
Introduire le financement basé sur la performance ou les résultats dans la formation sanitaire	43,99%
Amélioration des rapports de travail avec les autres collègues	43,85%
Augmenter les indemnités de logement	43,78%
Bénéficier de plans de carrière	43,63%
Bénéficier d'une évaluation de performance	42,40%
Accéder à des logements décentes dans la province d'exercice	42,19%
Bénéficier d'un téléphone de fonction avec forfait internet	41,17%
Bénéficier de supervisions	39,36%
Participer à la gestion et à la planification des activités de la formation sanitaire d'exercice	38,71%
Bénéficier de congés	38,71%
Être plus autonome au travail	38,71%
Accéder à la facilité de prêt	35,82%
Réduire la charge de travail	34,52%
Relever les ristournes dans les structures de santé sur les recettes perçus des activités	34,01%
Mettre en place des cadres de concertation pour le personnel	33,57%
Réaliser des tâches autres que celle relevant des prérogatives liées à la formation suivie	25,33%
Réaliser des activités parallèles en dehors de la formation sanitaire d'exercice	20,48%

De façon globale, l'analyse des données nous révèle qu'il y'a au moins 7 professionnels de santé sur 10 qui sont susceptibles d'accepter de travailler en zone rurale sous condition d'une augmentation de salaire. Toutefois, la proportion de ceux qui sont favorables à une augmentation de 10% du salaire est très négligeable, soit seulement 2,31% des agents de façon globale, 2,90% chez les femmes et 1,78% chez les hommes.

Ces proportions vont légèrement pour atteindre 10,40% des agents, dont 9,62% des femmes et 11,10% des hommes lorsque la proposition d'augmentation de salaire se fixe à 15% pour le travail en zone rurale.

La plus grande proposition d'augmentation de salaire est de 20%, et dans ce cas, c'est globalement 63,25% des agents (60% chez les femmes et 66,16% chez les hommes) qui y sont favorables et peuvent accepter de travailler dans les zones rurales à cette condition. Contrairement à ces résultats, il faut souligner que certains agents ne sont pas ouverts à une proposition de travailler en zone rurale peu importe les propositions d'augmentation de salaire.

Ceux-ci représentent globalement 24,04% des agents, dont 27,48% chez les femmes et 20,96% chez les hommes. On voit en cela que le salaire n'est pas le seul élément déterminant pour attirer les travailleurs du domaine de la santé vers les zones rurales du Tchad.

Tableau 39 : Répartition selon la préférence d'augmentation de salaire pour le travail en milieu rural

Salaire	Féminin	Masculin	Ensemble	% Femmes
Augmentation de 10% du salaire pour travailler en zone rurale	2,90%	1,78%	2,31%	59,38%
Augmentation de 15% du salaire pour travailler en zone rurale	9,62%	11,10%	10,40%	43,75%
Augmentation de 20% du salaire pour travailler en zone rurale	60,00%	66,16%	63,25%	44,86%
Pas d'augmentation du salaire mais travailler en zone urbaine tout en restant auprès de la famille	27,48%	20,96%	24,04%	54,05%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

De manière générale, l'analyse des données montre comme dans le cas des propositions d'augmentation de salaire, qu'au moins 7 agents sur 10 sont susceptibles d'accepter de travailler en zone rurale, à condition d'une augmentation des indemnités de déplacement dans l'ordre de 10 à 20%. En effet, 5,05% des agents (6,11% des femmes et 4,11% des hommes) se disent favorables à une augmentation de 10% du salaire de base pour travailler en zone rurale.

Ce chiffre augmente légèrement, atteignant environ 12,5% des agents, lorsque l'augmentation salariale proposée est de 15%, comme condition pour attirer les agents vers les zones rurales. Ensuite, 58,99% des agents, dont 54,66% des femmes et 62,88% des hommes, sont favorables à une augmentation salariale de 20% pour travailler en zone rurale.

Il convient également de noter que 23,47% des professionnels de santé, avec un écart significatif entre les hommes (20,55%) et les femmes (26,72%), ne sont pas disposés à travailler en zone rurale, quelle que soit l'augmentation des indemnités de déplacement.

Tableau 40 : Sensibilité à l'augmentation des indemnités de déplacement pour le travail en milieu rural

Indemnité de déplacement	Féminin	Masculin	Ensemble	% Femmes
10% du salaire de base pour travailler en zone rurale	6,11%	4,11%	5,05%	57,14%
15% du salaire pour travailler en zone rurale	12,52%	12,47%	12,49%	47,40%
20% du salaire pour travailler en zone rurale	54,66%	62,88%	58,99%	43,82%
Pas d'indemnité mais travailler en zone urbaine	26,72%	20,55%	23,47%	53,85%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

La répartition des professionnels de santé selon leur disposition à travailler en zone rurale, sous condition d'une augmentation des indemnités de dépaysement, révèle que 22,92% des professionnels ne sont pas disposés à accepter une proposition de travail en zone rurale, même avec une augmentation de leur salaire sous forme d'indemnité de dépaysement.

Plus précisément, cette situation concerne 26,15% des femmes et 20,03% des hommes, ce qui suggère que les hommes sont légèrement plus enclins à envisager un travail en zone rurale, si une indemnité de dépaysement, variant entre 10% et 20% de leur salaire, est proposée. Cependant, bien que les hommes soient globalement plus disposés à travailler en zone rurale, ils sont également plus nombreux à exiger une augmentation salariale de 20% en guise d'indemnité de dépaysement, avec 65,84% d'entre eux, contre 54,89% chez les femmes.

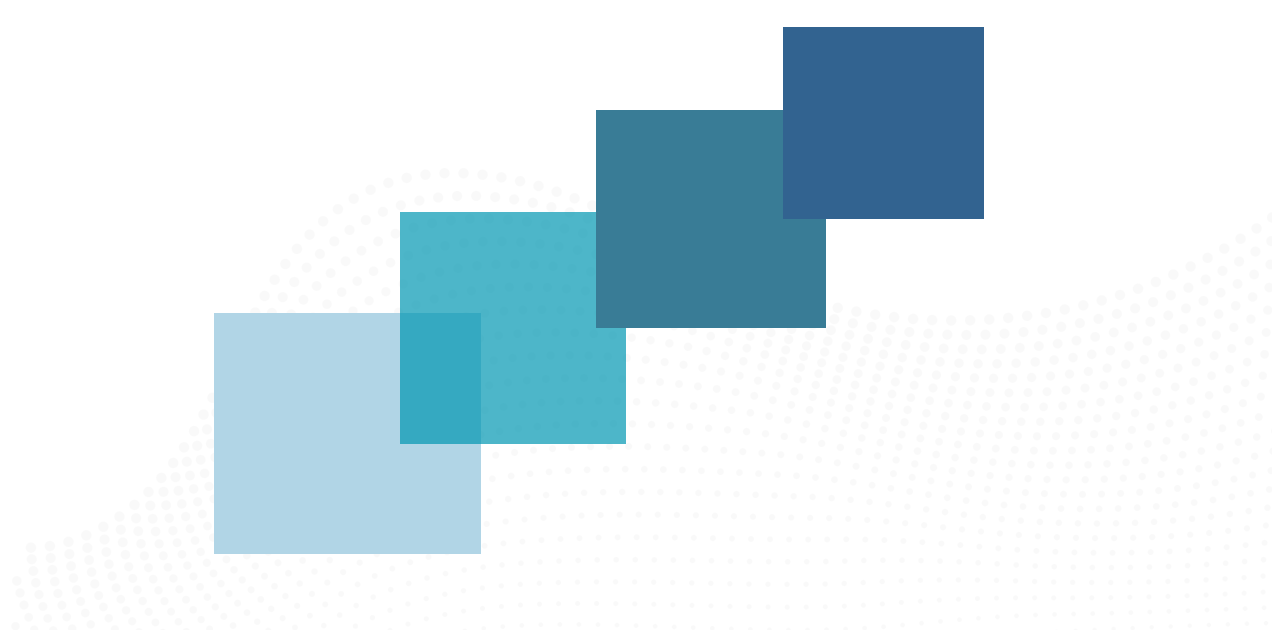


Tableau 41 : Répartition selon la préférence d'augmentation des indemnités de dépaysement pour le travail en milieu rural

Indemnité de dépaysement	Féminin	Masculin	Ensemble	% Femmes
10% du salaire de base pour travailler en zone rurale	4,89%	3,16%	3,98%	58,18%
15% du salaire pour travailler en zone rurale	14,07%	10,97%	12,44%	53,49%
20% du salaire pour travailler en zone rurale	54,89%	65,84%	60,67%	42,79%
Pas d'indemnités mais travailler en zone urbaine	26,15%	20,03%	22,92%	53,94%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

L'accès au logement représente un défi majeur pour l'attraction des professionnels de santé vers les zones rurales. Une proposition visant à augmenter les indemnités de logement semble avoir un effet significatif, attirant environ huit agents masculins sur dix (80,68%), contre plus de sept agents féminins sur dix (74,35%). Cependant, une part non négligeable d'agents reste réticente à l'idée de travailler en zone rurale, quelle que soit l'ampleur de l'augmentation des indemnités de logement, même si celle-ci atteint 50%. En ce qui concerne les professionnels qui accepteraient de travailler en zone rurale à la suite d'une augmentation de leur indemnité de logement, certains se montrent favorables à une hausse modeste de 10%.

Cependant, cette catégorie représente une proportion relativement faible des professionnels de santé, soit 3,32% au total, dont 3,97% des hommes et 2,74% des femmes. L'acceptation augmente considérablement avec une proposition d'augmentation de 35% de l'indemnité de logement. À ce niveau, le nombre d'agents intéressés croît, atteignant 15,88% chez les femmes et 17,81% chez les hommes. Enfin, une hausse de 50% de l'indemnité de logement suscite un soutien significatif, avec 54,50% des femmes et 60,14% des hommes prêts à travailler dans les zones rurales.

Tableau 42 : Répartition selon la préférence d'augmentation des indemnités de logement pour le travail en milieu rural

Indemnité de logement	Féminin	Masculin	Ensemble	% Femmes
Augmentation de 10% pour travailler en zone rurale	3,97%	2,74%	3,32%	56,52%
Augmentation de 35% pour travailler en zone rurale	15,88%	17,81%	16,90%	44,44%
Augmentation d 50% pour travailler en zone rurale	54,50%	60,14%	57,47%	44,85%
Pas d'augmentation mais travailler en zone urbaine	25,65%	19,32%	22,31%	54,37%

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

PROJECTIONS DES BESOINS

PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DE L'OFFRE, LA DEMANDE ET LE
BESOIN EN PERSONNELS DE SANTÉ



AMTS

Concernant le besoin, Il s'agit d'une fonction normative qui peut être définie comme le nombre d'agents de santé, généralement le seuil minimum d'agents de santé disponibles, nécessaire pour atteindre les objectifs du système de santé, par exemple, la couverture sanitaire

PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION 2025-2035

Le guide pour l'analyse du marché du travail dans le secteur de la santé propose des définitions des concepts de l'Offre, de la Demande et des Besoins en personnels de santé. En effet, « l'Offre d'agents de santé est le nombre de personnes qualifiées souhaitant travailler dans ce secteur. La Demande d'agents de santé reflète la capacité et la volonté (par exemple du gouvernement, du secteur privé ou des acteurs internationaux) de faire des dépenses pour fournir des soins de santé, entraînant alors la demande d'agents de santé qui travailleront dans les hôpitaux publics ou privés, les centres de santé et d'autres entités du système de santé, y compris en qualité de travailleurs indépendants.

Qu'au Besoin en agents de santé, il s'agit d'une fonction normative qui peut être définie comme le nombre d'agents de santé, généralement le seuil minimum d'agents de santé disponibles, nécessaire pour atteindre les objectifs du système de santé, par exemple, la couverture sanitaire universelle. La demande fondée sur les besoins doit donc être distinguée de la demande d'agents de santé, laquelle reflète les emplois disponibles et leur accessibilité financière, et ne correspond pas forcément au nombre d'agents nécessaires pour atteindre les objectifs du système de santé ».

6.1 PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION 2025 – 2035 DE L'OFFRE DES PERSONNELS DE SANTÉ

Le tableau présente une projection des effectifs des ressources humaines en santé (RHS) au Tchad sur la période 2025-2035, basée sur le modèle des flux entrants et sortants du marché du travail. Cette méthodologie prend en compte les nouvelles entrées (diplômés, recrutements, immigration) et les sorties (retraites, départs, émigration) pour estimer l'évolution des effectifs.

Selon les projections, tenant compte des capacités de production et d'admission actuelles et des autres paramètres de flux entrants et sortants, l'offre en RHS au Tchad estimé à 39 705 en 2039 sachant qu'il est de 12 795 en 2025, soit une multiplication par plus de trois en 15 ans. Cependant, la croissance annuelle en pourcentage diminue progressivement (de 17,9 % en 2026 à 3,6 % en 2040), indiquant un ralentissement structurel lié à des limites de capacité de formation ou à une saturation du marché.

Une analyse par catégorie professionnelle montre des évolutions disparates. En effet, les infirmiers diplômés d'État (IDE) augmentent de 2824 à 12521 (+343%), et les sage-femmes diplômées passent de 1 440 à 6 697 (+365 %). Les techniciens supérieurs en pharmacie et en laboratoire connaissent également une croissance importante (respectivement +344 % et +343 %). De façon spécifique, le nombre de médecins généralistes qui est de 1959 en 2025 va augmenter pour atteindre 2857 en 2040. Cela correspond à un taux de croissance de 46%. Le manque de données sur les flux entrants sur le marché (nombre de diplômés, immigrants, recrutements, etc.), a conduit à utiliser les proxys des médecins généralistes dans le modèle des flux entrants et sortants du marché du travail. Ainsi, appliquant ces proxys aux médecins spécialistes, l'offre en médecins spécialistes passera de 323 en 2024 à 471 en 2040, ceteris paribus. L'offre pour les pharmaciens va enregistrer une croissance de 190,9% entre 2025 à 2040 selon les projections. En effet, l'offre en 2025 est de 193 pharmaciens et projetée à 562 en 2040, ceteris paribus. Comme pour les médecins généralistes, les pharmaciens sont formés dans le pays.

Tableau 43 : Projection de l'offre des RHS (2025-2035)

Occupation	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040
Agents administratifs et gestionnaires d'hôpital	390	355	323	294	268	244	222	202	184	167	152	139	126	115	105	95
Agents techniques de santé/accoucheuses	589	752	905	1,047	1,179	1,302	1,417	1,524	1,624	1,717	1,804	1,885	1,960	2,030	2,096	2,157
Agents techniques de santé/infirmiers	1,909	2,167	2,412	2,646	2,868	3,081	3,283	3,476	3,659	3,834	4,001	4,160	4,311	4,456	4,593	4,724
Anesthésistes réanimateurs	10	10	11	11	11	12	12	12	13	13	13	14	14	14	14	15
Biologistes	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Cardiologues	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	32	33	34	34	35
Chirurgien pédiatrique	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6
Chirurgien thoracique	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Chirurgiens	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	44	45
Dentistes	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	23
Dermatologues	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6
Endocrinologues	7	7	8	8	8	8	8	9	9	9	9	9	10	10	10	10
Gynécologues	57	59	61	63	65	67	69	71	72	74	76	77	79	80	82	83
Imagerie/Radiologues	9	9	10	10	10	11	11	11	11	12	12	12	12	13	13	13
Infirmiers diplômés d'État/IDE	2,824	3,637	4,422	5,180	5,914	6,622	7,307	7,969	8,608	9,226	9,823	10,400	10,958	11,497	12,017	12,521
Médecin Anato-pathologiste	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Médecin de travail	9	9	10	10	10	11	11	11	11	12	12	12	12	13	13	13
Médecin spécialiste des maladies infectieuses	6	6	6	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8	9	9
Médecin Urgentiste	10	10	11	11	11	12	12	12	13	13	13	14	14	14	14	15
Médecins généralistes	1,959	2,031	2,101	2,169	2,235	2,299	2,362	2,423	2,483	2,541	2,597	2,652	2,705	2,757	2,808	2,857
Médecins Hématologue	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Néphrologues	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Neurochirurgiens	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Neurologues	10	10	11	11	11	12	12	12	13	13	13	14	14	14	14	15
Nutritionniste	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6
Oncologue	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ophthalmologues	11	11	12	12	13	13	13	14	14	14	15	15	15	15	16	16
Oto-rhino-laryngologue (ORL)	9	9	10	10	10	11	11	11	11	12	12	12	12	13	13	13
Pédiatres	34	35	36	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
Personnels d'appui	40	37	35	32	30	28	26	24	23	21	20	18	17	16	15	14
Pharmaciens	193	219	246	271	297	322	347	372	397	421	445	469	492	516	539	562
Pneumologues	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
Rhumatologues	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Sages-femmes Diplômées D'Etat	1,440	1,900	2,341	2,765	3,172	3,562	3,937	4,296	4,641	4,972	5,290	5,595	5,887	6,168	6,438	6,697
Santé mentale	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
Santé publique	47	49	50	52	54	55	57	58	60	61	62	64	65	66	67	69
Techniciens supérieurs en Anesthésie-Réanimation	28	36	44	51	59	66	72	79	85	91	97	103	109	114	119	124
Techniciens supérieurs en Kinésithérapie	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	16	17	18
Techniciens supérieurs en pédagogie	3	4	5	6	6	7	8	8	9	10	10	11	12	12	13	13
Techniciens supérieurs en santé publique	18	23	28	33	38	42	47	51	55	59	63	66	70	73	77	80
Techniciens en santé communautaire	4	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1
Techniciens supérieurs en Épidémiologie	18	23	28	33	38	42	47	51	55	59	63	66	70	73	77	80
Techniciens supérieurs en Gynécologie	218	281	341	400	457	511	564	615	665	712	758	803	846	887	928	967

Occupation	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040
Techniciens supérieurs en maintenance/logistique	79	102	124	145	165	185	204	223	241	258	275	291	307	322	336	350
Techniciens supérieurs en nutrition	33	42	52	61	69	77	85	93	101	108	115	122	128	134	140	146
Techniciens supérieurs en Odontologie	3	4	5	6	6	7	8	8	9	10	10	11	12	12	13	13
Techniciens supérieurs en ophtalmologie	12	15	19	22	25	28	31	34	37	39	42	44	47	49	51	53
Techniciens supérieurs en pharmacie	232	299	363	426	486	544	600	655	707	758	807	854	900	944	987	1,029
Techniciens supérieurs en Radiologie/IRM	47	61	74	86	98	110	122	133	143	154	163	173	182	191	200	208
Techniciens supérieurs en soins infirmiers	243	313	380	446	509	570	629	686	741	794	845	895	943	989	1,034	1,077
Techniciens supérieurs de Laboratoire	1,142	1,471	1,788	2,095	2,391	2,678	2,955	3,222	3,481	3,731	3,972	4,206	4,431	4,649	4,860	5,063
Tradipraticiens	1,024	954	889	829	773	720	671	625	583	543	506	472	440	410	382	356
Traumatologues	11	11	12	12	13	13	13	14	14	14	15	15	15	15	16	16
Urologues	8	8	9	9	9	9	10	10	10	10	11	11	11	11	11	12
Total	12,795	15,090	17,301	19,432	21,485	23,464	25,371	27,208	28,979	30,685	32,330	33,916	35,444	36,917	38,337	39,705
Croissance nette annuelle		2,295	2,211	2,131	2,053	1,979	1,907	1,837	1,771	1,707	1,645	1,585	1,528	1,473	1,420	1,369
Croissance nette en %		17.9 %	14.7 %	12.3 %	10.6 %	9.2%	8.1%	7.2%	6.5%	5.9%	5.4%	4.9%	4.5%	4.2%	3.8%	3.6%

6.2 PROJECTION DE LA DEMANDE EN RHS

L'estimation de la demande des RHS selon le modèle de prédiction de Lui et (2017)[31] est faite en prenant en compte les facteurs économiques tel que le produit intérieur brut (PIB) par tête, les dépenses publiques par tête en santé, les dépenses directes des ménages. Les projections de la demande montrent que la demande potentielle des RHS au Tchad est estimée à 33 189 en 2025 et évoluera progressivement au fil des années pour atteindre 50,575 en 2040.

Ces projections sont faites selon les postulats d'évolution moyenne des différentes variables macroéconomiques incluses dans le modèle. De façon spécifique, la demande estimée des infirmiers et sages-femmes (43,7%) de la demande totale est projetée évoluée de 14 489 en 2025 à 22 079 en 2040 (soit une croissance de 52 %). Alors que celle des agents de santé communautaires représenterait 18,9% de la demande totale en RHS qui devrait évoluer dans les mêmes proportions sur la même période passant de 6 233 à 9 499.

La demande potentielle des médecins est estimée à 1 923 soit 5,8% de la demande potentielle en 2025 est espérée atteindre 2 930 en 2040. Le Tableau 41 donne plus de détails sur la projection de la demande potentielle par catégorie professionnelle.

Tableau 44: Projection de la demande potentielle des RHS au Tchad

Catégories professionnelles	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040
• Médecins (généralistes et spécialistes)	1923	1983	2044	2106	2169	2233	2299	2365	2432	2500	2570	2640	2711	2783	2857	2930
• Infirmiers et Sages-femmes (cadres et niveaux intermédiaires)	14489	14937	15397	15866	16343	16826	17318	17817	18323	18840	19363	19892	20428	20972	21524	22079
• Dentistes et Assistants et thérapeutes en médecine dentaire	1293	1333	1374	1416	1458	1502	1546	1590	1635	1681	1728	1775	1823	1872	1921	1970
• Pharmaciens et Techniciens et assistants pharmaciens et préparateurs en pharmacie	3647	3760	3876	3994	4114	4235	4359	4485	4612	4742	4874	5007	5142	5279	5418	5558
• Assistants médicaux	232	239	247	254	262	270	277	285	294	302	310	319	327	336	345	354
• Techniciens de laboratoire médical	3448	3555	3664	3776	3889	4004	4121	4240	4361	4484	4608	4734	4862	4991	5122	5254
• Techniciens de laboratoire médical	199	205	211	218	224	231	238	245	252	259	266	273	280	288	296	303
• Kinésithérapeutes et physiothérapeutes	232	239	247	254	262	270	277	285	294	302	310	319	327	336	345	354
• Optométristes et opticiens	66	68	70	73	75	77	79	82	84	86	89	91	93	96	99	101
• Praticiens paramédicaux	663	684	705	726	748	770	793	815	839	862	886	910	935	960	985	1010
• Diététiciens et Nutritionnistes	33	34	35	36	37	39	40	41	42	43	44	46	47	48	49	51
• Spécialistes de la salubrité de l'environnement, de l'hygiène et de la santé au travail	729	752	775	799	823	847	872	897	922	948	975	1001	1028	1056	1084	1112
• Agents de santé communautaires	6233	6426	6624	6826	7031	7239	7450	7665	7883	8105	8330	8558	8788	9022	9260	9499
TOTAL	33189	34216	35268	36344	37435	38541	39669	40812	41972	43155	44352	45565	46792	48038	49303	50575

Source : Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

[31] Liu, Jenny X., et al. "Global health workforce labor market projections for 2030." Human resources for health 15 (2017): 1-12. - [Source :](#) Auteurs, à partir de la collecte de données primaires auprès des étudiants, diplômés et professionnels de la santé, 2024

6.3 ESTIMATION ET PROJECTION DES BESOINS EN RHS AU TCHAD DE 2025 À 2040

L'estimation de la demande des RHS selon le modèle de prédiction de Lui et (2017)[32] est faite en prenant en compte les facteurs économiques tel que le produit intérieur brut (PIB) par tête, les dépenses publiques par tête en santé, les dépenses directes des ménages. Les projections de la demande montrent que la demande potentielle des RHS au Tchad est estimée à 33 189 en 2025 et évoluera progressivement au fil des années pour atteindre 50,575 en 2040.

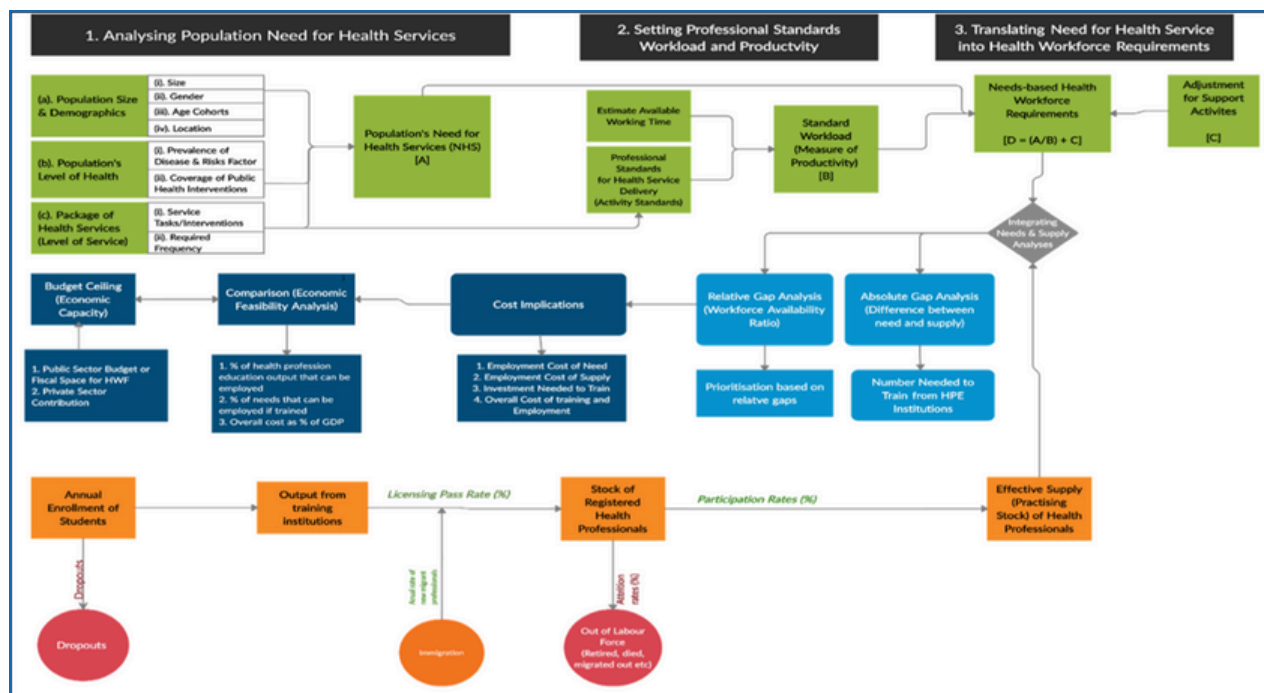
Ces projections sont faites selon les postulats d'évolution moyenne des différentes variables macroéconomiques incluses dans le modèle. De façon spécifique, la demande estimée des infirmiers et sages-femmes (43,7%) de la demande totale est projetée évoluée de 14 489 en 2025 à 22 079 en 2040 (soit une croissance de 52 %).

Alors que celle des agents de santé communautaires représenterait 18,9% de la demande totale en RHS qui devrait évoluer dans les mêmes proportions sur la même période passant de 6 233 à 9 499. La demande potentielle des médecins est estimée à 1 923 soit 5,8% de la demande potentielle en 2025 est espérée atteindre 2 930 en 2040. Le Tableau 41 donne plus de détails sur la projection de la demande potentielle par catégorie professionnelle.



[32] Asamani, James Avoka, Christmal Dela Christmals, and Gerda Marie Reitsma. "Advancing the population needs-based health workforce planning methodology: a simulation tool for country application." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18.04 (2021): 2113. DOI: 10.3390/ijerph18042113

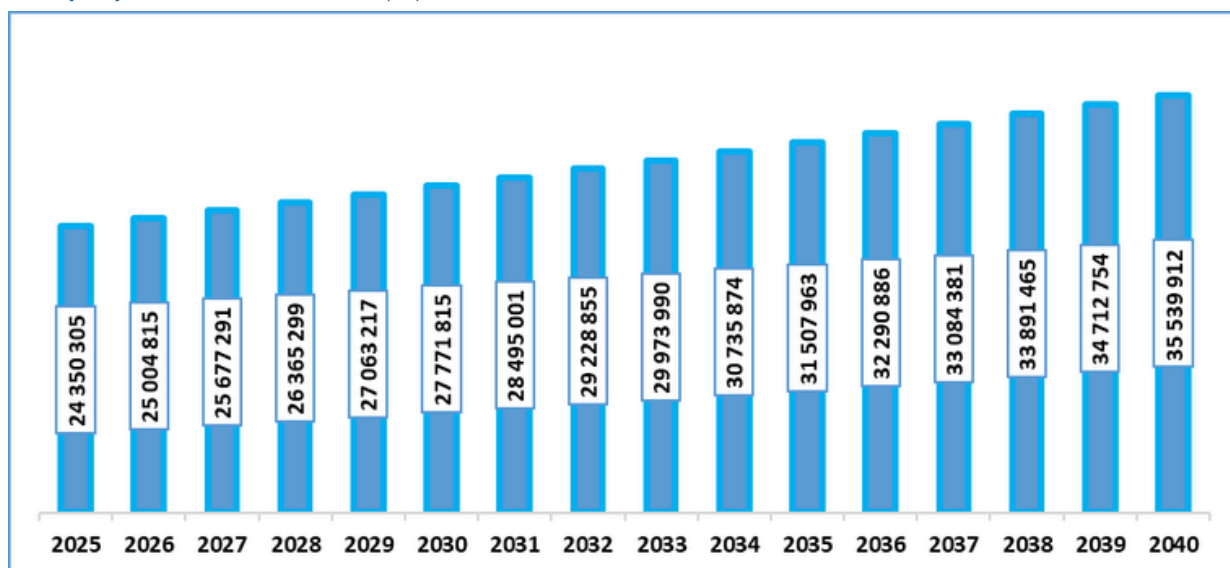
Figure 6: Cadre d'analyse pour la planification des RHS basée sur les besoins [33]



En tenant compte des paramètres suscités, l'analyse a permis d'identifier 304 maladies et conditions responsables 98% de la mortalité et de la morbidité dans le pays. Des experts cliniciens locaux ont identifié les interventions de soins directs aux patients et les interventions d'appui en se basant sur les protocoles cliniques et un ensemble de services nécessaires en pratique dans le pays.

Le nombre d'interventions nécessaire pour couvrir tous les besoins des populations du Tchad en soins de santé est estimé à 24,3 millions pour l'année 2025. Les projections montrent que ces interventions vont progressivement augmenter pour atteindre 29,9 millions en 2033 et de 35,5 millions en 2040. Ce qui fait un taux de croissance de 46% entre 2024 et 2039 pour les interventions nécessaires pour la population.

Graphique 37 : Estimation de la population dans le besoin de services de santé



Les besoins projetés en RHS nécessaires pour couvrir ces interventions au Tchad concerne 51 catégories de RHS. Cette analyse n'inclue pas les estimations des besoins en médecins de travail, en personnel administratif et de soutien et en tradipraticiens.

Selon le scénario moyen (réaliste), les besoins en RHS pour couvrir toutes les interventions en soins de santé dont les populations ont besoin et atteindre 45% de couverture sanitaire universelle au Tchad sont estimés en 2025 à 36 810 (variant entre 19 129 et 62 350).

En tenant compte de l'évolution de la charge de morbidité et des besoins de la population en services de santé qui en résultent, ces besoins sont projetés augmenter à un taux annuel moyen de 2.7% pour les quinze prochaines années (varie entre 2,5% à 2,9%) pour être à 55 048 d'ici 2039 (Tableau 42). Cela représente un taux de croissance de 49,5% entre 2025 et 2040.

Tableau 45 : Projection des besoins en RHS basée sur la charge de mortalité et de morbidité du Tchad (2025-2040)

RHS	Projection des besoins en RHS basée sur la charge de mortalité et de morbidité du Tchad (2025-2040)															
	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039
Agents de santé Communautaire	18860	19424	20004	20599	21205	21821	22452	23094	23748	24417	25098	25790	26494	27211	27943	28682
Agents techniques de santé/accoucheuses	1424	1470	1519	1568	1618	1669	1721	1774	1828	1884	1940	1997	2054	2113	2173	2234
Agents techniques de santé infirmiers	2139	2189	2240	2292	2344	2397	2450	2504	2558	2613	2668	2723	2779	2835	2892	2948
Anesthésistes réanimateurs	108	110	113	116	119	122	125	128	131	134	138	141	144	148	151	155
Biologistes	192	196	200	205	209	213	218	223	227	232	237	241	246	251	256	261
Cardiologues	85	87	90	93	95	98	101	104	107	110	113	116	119	122	125	128
Chirurgien pédiatrique	19	20	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29
Chirurgien thoracique	9	9	9	9	10	10	10	11	11	11	12	12	13	13	13	14
Chirurgiens	130	133	137	141	145	149	153	158	162	166	171	175	180	184	189	194
Dentistes	78	80	83	85	88	90	93	95	98	101	104	107	109	112	115	118
Dermatologues	23	24	25	26	27	27	28	29	30	31	32	33	34	34	35	36
Endocrinologues	23	24	25	26	26	27	28	29	30	31	31	32	33	34	35	36
Gastro-entérologie	44	45	46	48	49	50	52	53	54	56	57	59	60	62	63	65
Gynécologues	296	305	315	325	335	345	355	366	376	387	398	409	421	432	444	456
Imagerie/Radiologues	51	52	54	55	57	59	60	62	64	66	68	69	71	73	75	77
IDE	5189	5343	5500	5661	5824	5990	6159	6331	6505	6683	6863	7046	7231	7419	7611	7804
Médecin Anatomopathologiste	12	13	13	13	14	14	15	15	15	16	16	17	17	18	18	19
Médecin spécialiste des maladies infectieuses	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
Médecin Urgentiste	29	29	30	31	32	33	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Médecins généralistes	2128	2174	2222	2271	2320	2369	2420	2471	2522	2575	2628	2681	2736	2790	2846	2902
Médecins Hématologues	12	13	13	14	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19
Néphrologues	21	21	22	23	23	24	25	26	27	27	28	29	30	31	32	33
Neurochirurgiens	14	14	14	15	15	15	16	16	17	17	17	18	18	19	19	19
Neurologues	36	37	38	40	41	42	44	45	47	48	50	51	53	54	56	58
Nutritionniste	13	13	13	14	14	15	15	15	16	16	17	17	18	18	18	19
Oncologue	12	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19
Ophthalmologues	52	53	54	56	57	58	60	61	63	64	65	67	68	70	71	73
Oto-rhino-laryngologue	18	19	19	20	20	21	22	22	23	23	24	25	25	26	27	27
Pédiatres	96	99	102	105	109	112	116	120	123	127	131	135	139	144	148	153
Pharmaciens	294	303	311	319	328	336	345	354	363	372	382	391	401	410	420	430
Pneumologues	14	15	15	16	16	17	17	18	19	19	20	20	21	22	22	23
Psychiatre	20	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	29	30	30
Rhumatologues	15	16	16	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22
Sage-femmes Diplômées D'Etat	1993	2058	2125	2193	2263	2334	2406	2480	2555	2632	2710	2789	2870	2952	3035	3120
Santé publique	98	101	104	108	111	115	118	122	125	129	133	137	141	145	149	153
TS en Anesthésie-Réanimation	156	161	166	171	176	181	186	192	197	202	208	214	219	225	231	237
TS en Kinésithérapie	68	71	73	75	77	80	82	85	87	90	92	95	97	100	103	106
TS en santé publique	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	40	41	42	43	44	45
TS en chirurgie	273	281	290	299	308	317	326	336	345	355	365	375	386	396	407	418
TS en Epidémiologie	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	77	79	81	84	86	88
TS en Gynécologie	259	267	276	284	293	302	311	320	329	338	348	357	367	377	387	397
TS en nutrition	108	110	113	115	117	119	121	123	125	127	129	131	134	136	138	140
TS en Odontologie	43	44	46	47	49	50	51	53	54	56	57	59	61	62	64	65
TS en ophtalmologie	108	111	113	116	118	121	124	126	129	132	135	137	140	143	145	148
TS en ORL	66	68	70	72	74	76	78	80	83	85	87	89	91	94	96	98
TS en pharmacie	745	765	785	806	826	847	869	890	912	935	958	981	1004	1028	1052	1076
TS en Radiologie/IRM	95	97	98	99	101	102	104	105	106	108	109	111	112	113	115	116
TS en soins infirmiers	151	155	158	162	166	170	174	177	181	185	190	194	198	202	206	211
TS de Laboratoire	1026	1048	1070	1092	1115	1138	1162	1186	1210	1234	1259	1284	1309	1334	1360	1386
Traumatologues	20	21	21	22	23	23	24	25	25	26	27	28	29	29	30	31
Urologues	21	21	22	23	24	24	25	26	27	28	28	29	30	31	32	33
Chad	36810	37871	38961	40077	41210	42362	43538	44733	45947	47190	48450	49729	51026	52347	53692	55048
Croissance nette par année		1061	1090	1116	1133	1152	1176	1195	1214	1242	1260	1279	1298	1321	1345	1356
Croissance nette par année	1061	1090	1116	1133	1152	1176	1195	1214	1242	1260	1279	1298	1321	1345	1356	

6.4 SIMULATION ET ANALYSE DES DÉSÉQUILIBRES DU MARCHÉ DU TRAVAIL DE LA SANTÉ AU TCHAD

Le Tableau 43 fournit une analyse des gaps sur la période de 2025 à 2040, révélant un déficit significatif en RHS au Tchad, avec un gap total de 6 688 en 2025 et tandis qu'en 2040 ce déficit se transforme en excédent de 12 524. En effet, en tenant compte des flux entrants et sortants du marché du travail dans le secteur de la santé au Tchad, les simulations montrent que l'offre des RHS pour les seules catégories retenues dans l'analyse des gaps s'élève à 11 262 tandis que celui du besoin en RHS estimé à 17 950 en 2025.

Il est bien de noter que cette analyse des gaps n'a pris en compte que les catégories professionnelles pour lesquelles les données de l'offre et des besoins sont disponibles. Là où une seule composante (offre ou besoin) n'existe pas, la catégorie professionnelle a été soustraite de l'analyse afin d'éviter les biais d'interprétation.

Pour l'atteinte de l'indice de couverture sanitaire universelle de 45, les besoins du Tchad sont supérieurs à l'offre dans plusieurs catégories telles que les médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes et autres catégories associées, à la seule exception de la catégorie des techniciens de laboratoire médical. Selon le scénario moyen ou de base, les besoins en médecins généralistes en 2025 sont estimés à 2 128 .

Ce besoin en médecins généralistes devrait atteindre 2 902 en 2040 – soit une densité moyenne de 1,52 médecins généralistes pour 10 000 habitants sur la période 2025 à 2040 – alors que l'offre est estimée à 1 959 en 2025 pour une pénurie de 196 contre 45 en 2040, ceteris paribus.

Tableau 46 : Analyse des gaps par catégorie professionnelle (ISCO) en 2025 et 2040

Catégories professionnelles	Besoin 2025	Offre 2025	Gap 2025	Besoin 2040	Offre 2040	Gap 2040
2211 - Médecins généralistes	2,128	1,959	(169)	2,902	2,857	(45)
2212 - Médecins spécialistes	1,508	323	(1,185)	2,260	471	(1,789)
2221 - Cadres infirmiers	5,189	2,824	(2,365)	7,804	12,521	4,717
2222 - Cadres sages-femmes	1,993	1,440	(553)	3,120	6,697	3,577
2261 - Dentistes	78	16	(62)	118	23	(95)
2262 - Pharmaciens	294	193	(101)	430	562	132
2264 - Kinésithérapeutes et physiothérapeutes	68	4	(64)	106	18	(88)
2265 - Diététiciens et spécialistes de la nutrition	13	4	(9)	19	6	(13)
2269 - Professionnels de santé non classés ailleurs	1,056	334	(722)	1,572	1,464	(108)
3212 - Techniciens de laboratoire médical	1,121	1,189	68	1,503	5,272	3,769
3213 - Tech. et Assistants et Préparateurs en pharmacie	745	232	(513)	1,076	1,029	(47)
3221 - Personnel infirmier (niveau intermédiaire)	2,290	2,152	(138)	3,159	5,801	2,643
3222 - Sages-femmes (niveau intermédiaire)	1,424	589	(835)	2,234	2,157	(77)
3251 - Assistants et thérapeutes en médecine dentaire	43	3	(40)	65	13	(52)
Grand Total	17,950	11,262	(6,688)	26,366	38,890	12,524

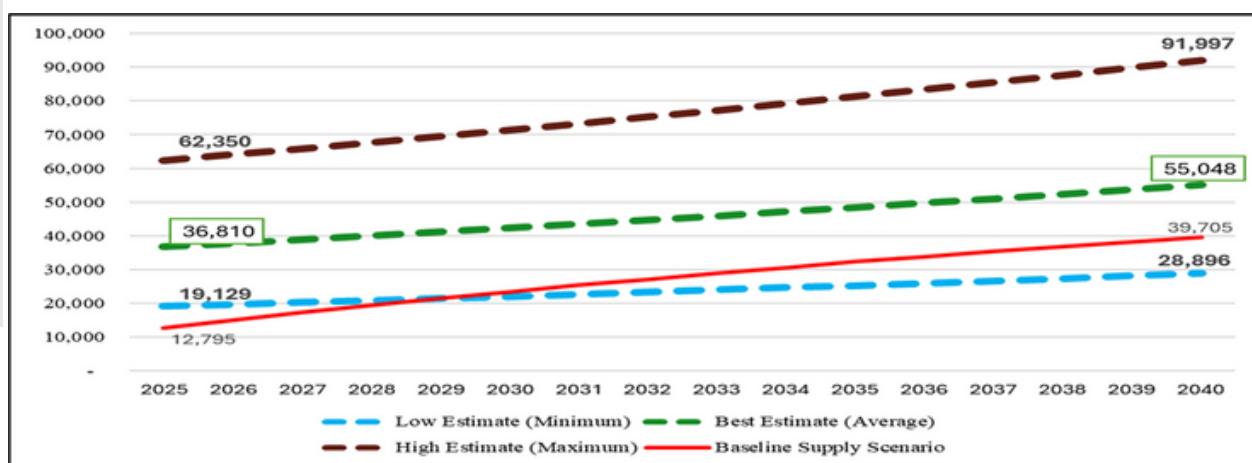
L'analyse des gaps révèle que le déficit des médecins spécialistes se creusera davantage d'ici à 2040 – passant de 1 185 à 1 789 – si aucune mesure forte n'est prise pour le combler. Cela indique un besoin urgent de développer des programmes de formation spécialisée et de créer des incitations pour attirer et retenir des médecins spécialistes.

Une inversion de la tendance est prévue des capacités de formation, passant d'un déficit à un excédent. Cela pourrait être dû à des efforts de formation réussis, mais il faudra veiller à l'absorption de ces professionnels dans le système de santé quand on sait que le nombre des IDE au chômage au Tchad est relativement élevé (au total 1 049 chômeurs en 2025 soit 23.24% de taux de chômage). Tout comme pour les cadres infirmiers, une inversion de la tendance est prévue pour la catégorie des cadres sage-femme entre 2025 et 2040.

En effet, des mesures devront être prises pour intégrer 595 chômeurs (soit un taux de chômage de 13.18% en 2025) dans le système de santé. Par ailleurs, une analyse des scénarii possibles a été menée pour de besoin de planification stratégique. Les principaux scénarii présentés dans la Figure 7 montrent graphiquement les différentes trajectoires des besoins des ressources humaines en santé comparativement à la projection de l'offre.

Selon le scénario réaliste (Best Estimate) – avec les données disponibles des 66 professions de cette étude et en se basant sur les tendances moyennes des prévalences des maladies et autres facteurs de risque combinés avec les durées moyennes interventions et la croissance moyenne de la population – l'offre ne couvre que 35% du besoin en 2025.

Figure 7: Scénarii de l'offre et du besoin agrégée en RHS (2025-2040)

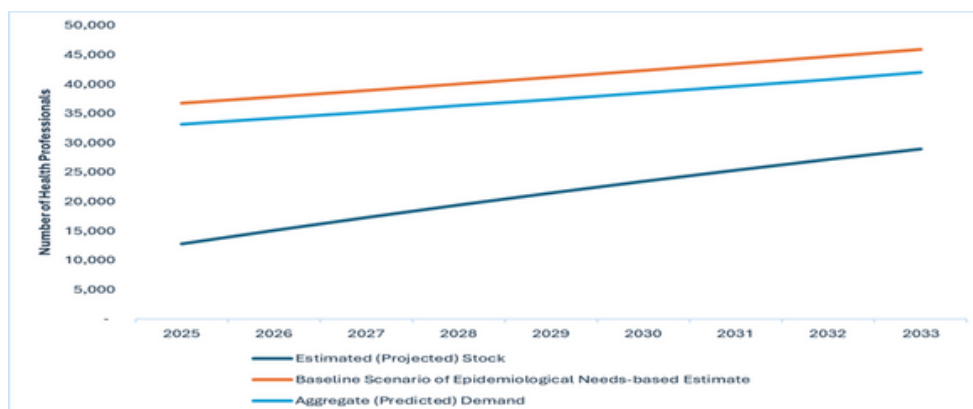


Dans le cas du scénario optimiste (Low minimum) où les prévalences minimums sont combinées avec les durées minimums des interventions et la croissance moyenne de la population, le besoin en 2025 est estimé à 19 129 et augmentera pour atteindre 28 896 en 2040. Ainsi, dans le meilleur des cas l'offre couvre 67% des besoins en RHS en 2025. L'égalité entre l'offre et les besoins s'établira en 2029, toutes choses égales par ailleurs.

En revanche dans le scénario pessimiste (High Estimate) – caractérisant par une augmentation significative de la charge de morbidité au sein de population (prévalence élevée) qui résulte d'une combinaison de facteurs aggravants qui interagissent pour amplifier la propagation et la chronicité des affections et prenant en compte le temps maximum pour la réalisation des interventions et la croissance moyenne de la population – l'offre ne couvrira en moyenne que 69% du besoin sur la période 2025-2040.

Par ailleurs, la comparaison entre les besoins et la demande révèle que la demande potentielle pourrait permettre de combler le déficit à hauteur de 91% en moyenne sur la période 2024-2040.

Figure 8: Projection de l'offre, de la demande potentielle et des besoins en RHS (2025-2040)



6.5 FINANCEMENT DES RHS ET FAISABILITÉ ÉCONOMIQUE

6.5.1 ANALYSE DE LA MASSE SALARIALE DES RHS AU TCHAD

Les données du secteur privé n'étant pas disponibles, les données du Tableau 44 ne concernent que celle du secteur public. L'analyse des revenus (salaires et avantages) d'entrée dans le secteur public par catégories professionnelle révèle que les avantages font plus de la moitié (56,5%) du total des revenus annuels pour la majorité des personnels.

Les médecins spécialistes et les dentistes sont ceux qui gagnent le plus par an suivis par les médecins généralistes mais proportionnellement les avantages des techniciens supérieurs font 63% de leurs revenus annuels.

Tableau 47: Salaires et avantages monétaires de début de carrière dans le secteur public

Catégories professionnelles	Salaire brut (en Francs CFA)	Avantages monétaires (en Francs CFA)	Salaire brut (en USD)	Avantages monétaires (en USD)	Ratio des avantages sur revenu salarial
2211 - Médecins généralistes	2 777 800	4 557 660	4 630	7 596	62.1%
2212 - Médecins spécialistes	3 870 900	4 557 660	6 452	7 596	54.1%
2221 - Cadres infirmiers	2 463 300	3 262 356	4 106	5 437	57.0%
2222 - Cadres sages-femmes	2 463 300	3 262 356	4 106	5 437	57.0%
2261 - Dentistes	3 870 900	4 557 660	6 452	7 596	54.1%
2262 - Pharmaciens	2 777 800	4 557 660	4 630	7 596	62.1%
2263 – Spé. Salubrité de l'environnement, Hygiène et Santé au travail	2 518 800	4 296 000	4 198	7 160	63.0%
2264 - Kinésithérapeutes et physiothérapeutes	2 518 800	4 296 000	4 198	7 160	63.0%
2265 - Diététiciens et spécialistes de la nutrition	3 870 900	4 557 660	6 452	7 596	54.1%
2269 - Professionnels de santé non classés ailleurs	2 518 800	4 296 000	4 198	7 160	63.0%
2411 - Cadres comptables	2 496 000	3 262 356	4 160	5 437	56.7%
3211 - Techniciens d'appareils électro-médicaux	2 518 800	4 296 000	4 198	7 160	63.0%
3212 - Techniciens de laboratoire médical	2 518 800	4 296 000	4 198	7 160	63.0%
3213 – Tech., Assistants et Préparateurs en pharmacie	2 518 800	4 296 000	4 198	7 160	63.0%
3221 - Personnel infirmier (niveau intermédiaire)	2 315 100	2 448 000	3 859	4 080	42.6%
3222 - Sages-femmes (niveau intermédiaire)	2 111 400	600 000	3 519	1 000	22.1%
3251 - Assistants et thérapeutes en médecine dentaire	2 518 800	4 296 000	4 198	7 160	63.0%
3343 - Secrétaires de direction	3 183 450	3 910 008	5 306	6 517	55.4%
4419 - Employés administratifs non classés ailleurs	1 770 300	2 407 220	2 951	4 012	61.3%
Moyenne	3 184 203	4 168 463	5 307	6 947	56.5%

Si les capacités de formation du Tchad restent inchangées et la tendance de l'offre maintenue, la masse salariale est estimée à 108,87 millions de USD en 2025 contre 376.83 millions USD en 2040. Ce qui représente un taux de croissance de la masse salariale de 246%. De façon spécifique, la masse salariale relative aux médecins généralistes est estimée à 23,56 millions de USD en 2025 et sera de 35,67 millions USD en 2024 soit une augmentation du cout de 51,4% entre 2024 et 2040.

Pour ce qui concerne les médecins spécialistes, la massa salariale est estimée à 4,46 millions de USD en 2025 et devrait augmenter jusqu'à 6,76 millions de USD en 2040. Le cout de l'offre pour les dentistes est de 0,22 million de USD en 2025 selon les estimations. Il sera de 0,33 million de USD en 2039 soit un taux de croissance de 51,4%.

Tableau 48: Masse salariale projeté par catégorie professionnelles (2025-2040)

Catégories professionnelles	Masse salariale 2025	Masse salariale 2040
3343 - Secrétaires de direction	3.68	0.93
3222 - Sages-femmes (niveau intermédiaire)	2.62	9.95
3221 - Personnel infirmier (niveau intermédiaire)	11.20	34.29
2212 - Médecins spécialistes	4.46	6.76
2261 - Dentistes	0.22	0.33
4419 - Employés administratifs non classés ailleurs	0.13	0.05
2221 - Cadres infirmiers	26.51	122.01
3212 - Techniciens de laboratoire médical	13.28	61.14
2211 - Médecins généralistes	23.56	35.67
2265 - Diététiciens et spécialistes de la nutrition	0.06	0.08
2262 - Pharmaciens	2.32	7.01
2222 - Cadres sages-femmes	13.52	65.25
2269 - Professionnels de santé non classés ailleurs	3.73	16.99
2264 - Kinésithérapeutes et physiothérapeutes	0.04	0.21
3211 - Techniciens d'appareils électromédicaux	0.88	4.06
3251 - Assistants et thérapeutes en médecine dentaire	0.03	0.15
3213 - Techniciens et assistants pharmaciens et préparateurs en pharmacie	2.59	11.93
Grand Total	108.84	376.83

Le cout de l'offre en infirmiers diplômés d'état est celui qui a le taux de croissance le plus élevé. Il est estimé à 26,51 millions de USD en 2025 et va évoluer jusqu'à 122,01 millions de USD, soit une croissance de 360,3%.

Pour les sages-femmes l'offre va aussi enregistrer un taux de croissance élevé selon les estimations. En effet, le cout de l'offre en sages-femmes est de 13,52 millions USD en 2024 et va évoluer jusqu'à 65,25 millions de USD, soit un taux de croissance de 382,8%.

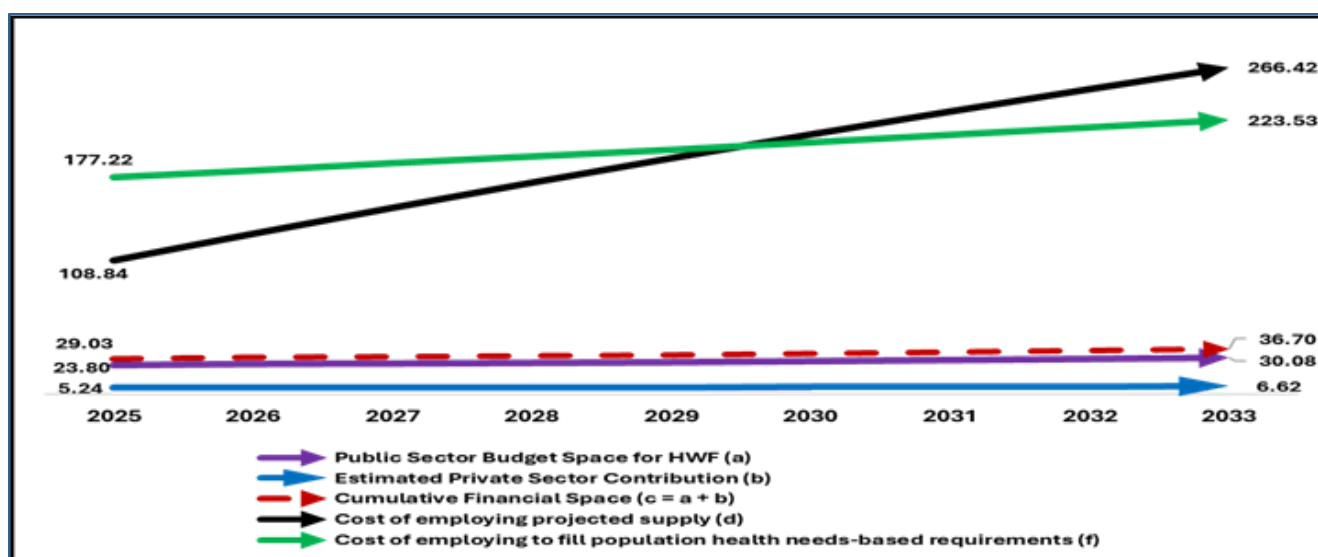
6.5.2 FAISABILITÉ ÉCONOMIQUE ET ESPACE FINANCIER POUR INVESTIR DANS LES RHS AU TCHAD

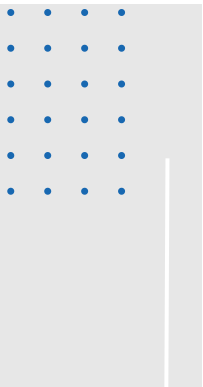
Cette section présente l'espace financier potentiel nécessaire ou disponible pour répondre aux besoins actuels et futurs en ressources humaines en santé. Au regard de ses capacités financières et économiques, les estimations montrent que l'espace financier cumulé du secteur privé et public est de 29.03 millions en 2025 alors que la masse salariale est estimée à 108,84.

En d'autres termes, l'espace financier cumulé du Tchad ne peut permettre couvrir que 26.7% la masse salariale en 2025 et permettrait de couvrir que 16,38% de l'investissement nécessaire pour satisfaire le besoin en RHS. Pour couvrir la totalité des besoins en RHS afin d'atteindre un indice de CSU de 45, le Tchad devait investir dans les RHS environ 177,22 millions de USD en 2025 (Figure 9).

Ce montant va évoluer jusqu'à atteindre 223,53 millions de USD en 2040, ce qui représente un taux de croissance de 26,1%. Quant au coût de la formation pour couvrir les besoins, il est estimé à 2.54 millions USD en 2025. Il est projeté être à 4.63 millions USD en 2040.

Figure 9: Analyse des scénarii financiers (espace financier)





En 2024, l'espace budgétaire pour la santé au Tchad est estimé à 64,90 millions USD et l'espace budgétaire alloué aux RHS est estimé à 23,8 millions USD en 2025 et évoluera pour atteindre 38,18 millions en 2040. Plusieurs simulations ont été entreprises pour ressortir celle qui permettraient de réduire le gap financier des besoins selon les capacités et potentialités économiques et financières du pays.

Les leviers de simulations sont essentiellement la priorisation de la santé (représentée par les dépenses de santé du pays en pourcentage du PIB – Scénario 1), la priorisation des RHS (représentée par la part du budget de la santé consacrée aux RHS – Scénario 2) et la priorisation à la fois de la santé et des RHS (scénario 3 – Très optimiste)



SCENARIOS

01.

PRIORISATION DE LA SANTÉ

Si le pays priorise le secteur de la santé en augmentant le budget de la santé de 1,1% à 2% du PIB, l'espace financier pour la santé passera de 64,87 à 66,2 millions USD en 2025. Ainsi, l'espace financier cumulé alloué aux RHS passerait de 29,03 à de 29,61 millions USD en 2025 et ne permettrait de couvrir que 16,71% de l'investissement nécessaire pour couvrir le besoin en RHS alors qu'il couvre actuellement 16,38% pour 1,1% du PIB alloué à la santé.

02.

PRIORISATION DES RHS

Si le secteur public fait des RHS une priorité et augmente le budget de la santé de 36,7% à 65% sans que le budget de la santé ne soit augmenté, l'espace financier pour la santé alloué aux RHS passerait de 29,03 à 51,46 millions USD en 2025 et permettrait de couvrir 29,04% de l'investissement nécessaire pour couvrir le besoin en RHS.



03. PRIORISATION DE LA SANTÉ & DES RHS

Si le secteur public fait à la fois de la santé et des RHS des priorités en augmentant simultanément le budget de la santé à 2% du PIB et celui de RHS à 65% du budget de la santé, alors l'espace financier pour les RHS passerait à 52,5 millions USD et permettrait de couvrir 29.62% de l'investissement nécessaire pour couvrir les besoins en RHS

En sommes, il ressort que le Tchad fait face à un défi majeur en matière de financement de la santé, en particulier pour les RHS. Les simulations présentées montrent qu'une augmentation du budget de la santé et une priorisation des RHS sont nécessaires, mais ne suffisent pas.

Toutefois, le Tchad doit initier une approche globale et progressive, combinant des stratégies de diversification des sources de financement, d'amélioration de l'efficacité des dépenses, de renforcement du plaidoyer, et d'investissement dans la formation et la rétention des RHS, est essentielle pour améliorer la santé des populations tchadiennes.



Investir dans les ressources humaines de santé pourrait permettre au Tchad de réduire le taux mortalité notamment chez les enfants de moins de cinq ans et d'améliorer l'espérance de vie dans la population générale. En effet, la mortalité des enfants de moins de cinq ans et la prévalence du VIH dans le pays sont inversement corrélés à la densité des RHS (médecins, infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants).

Cette augmentation de la densité en médecins, infirmiers et sages-femmes est positivement corrélée à l'espérance de vie de la population. Ces corrélations montreraient des signes positifs de l'impact que les RHS apporteraient dans l'amélioration de l'accessibilité et prestations des soins de santé à la population.

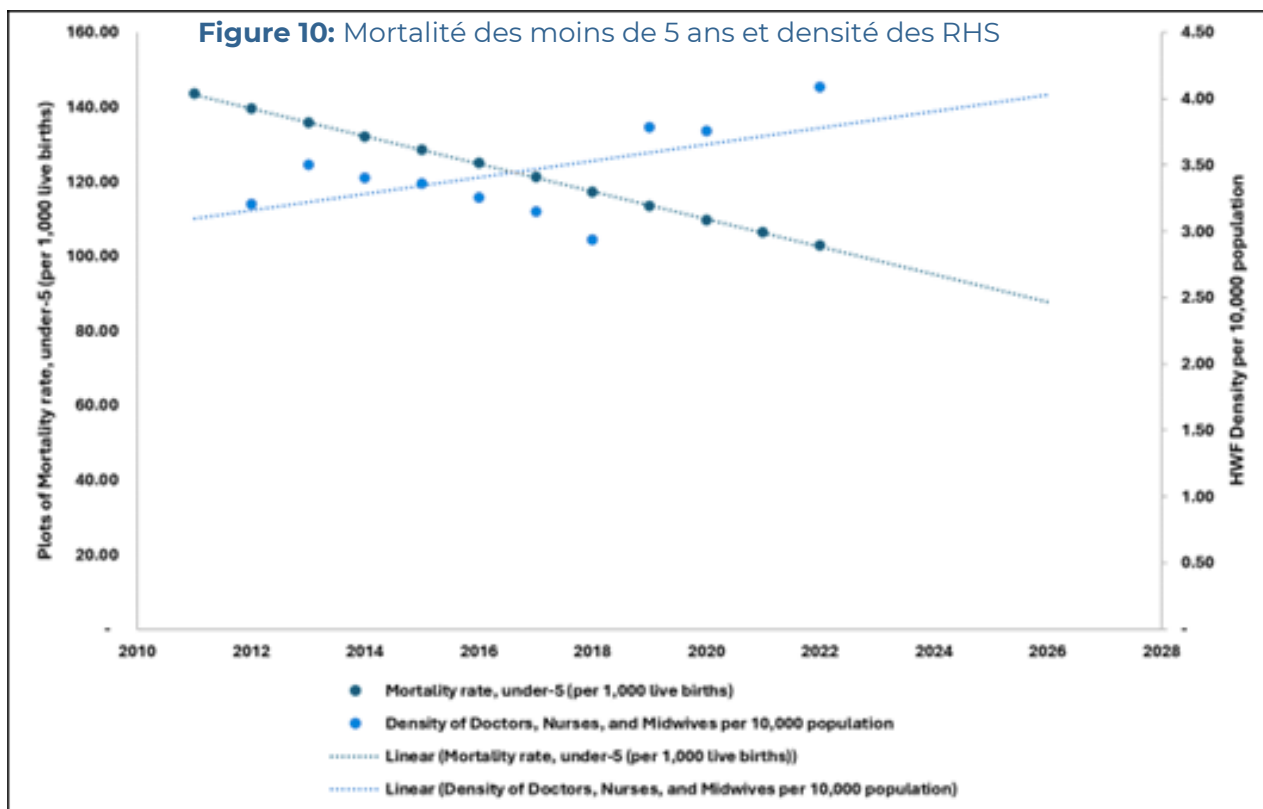


Figure 11: Espérance de vie et densité des RHS

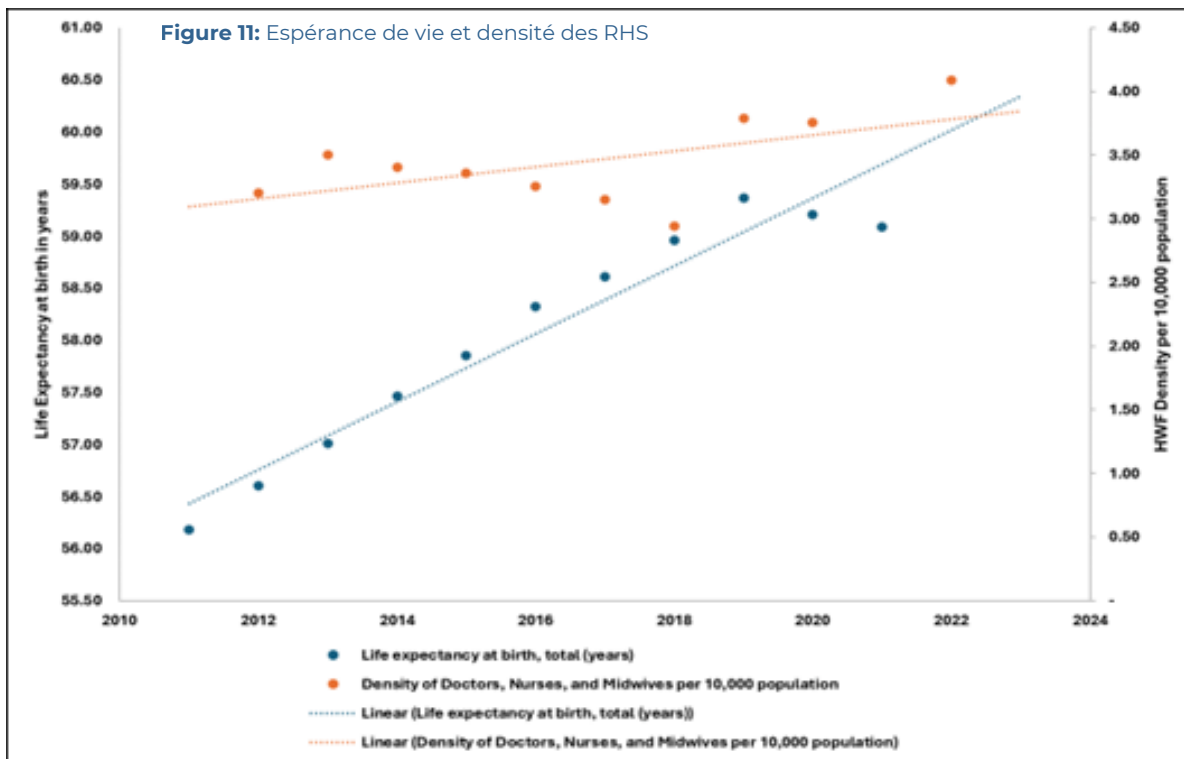


Figure 12: Mortalité maternelle et densité des RHS

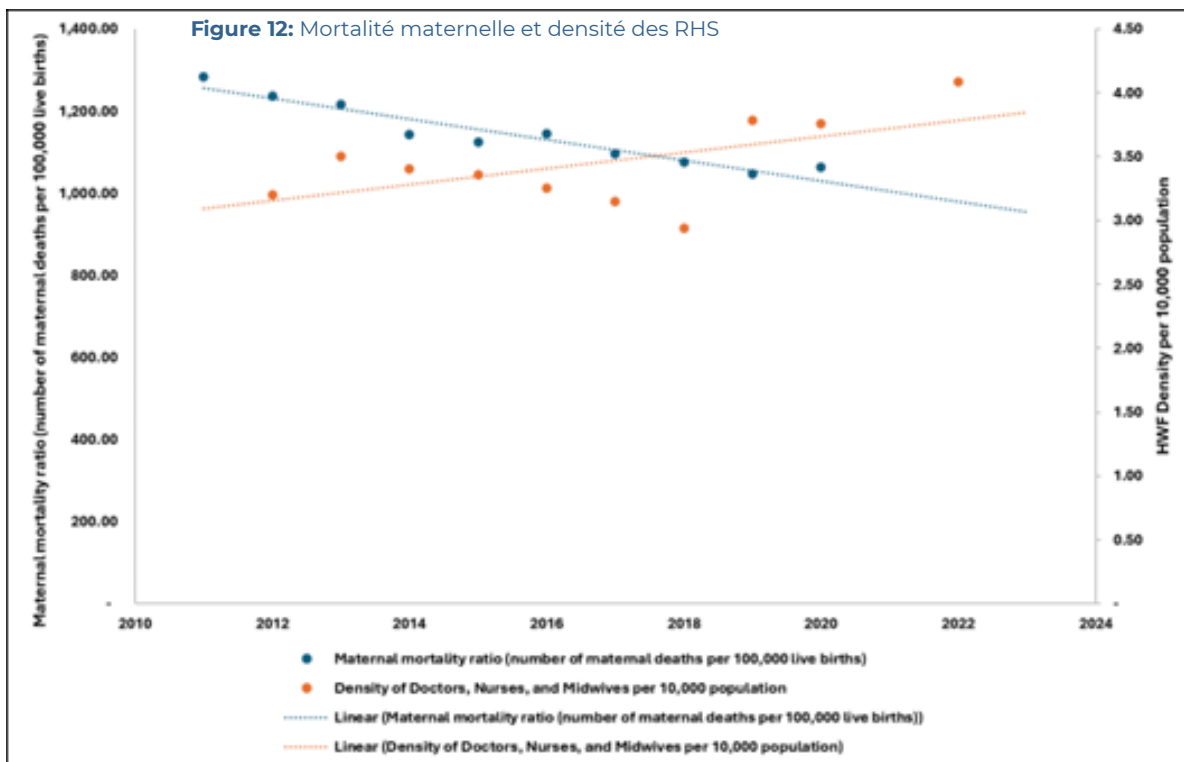
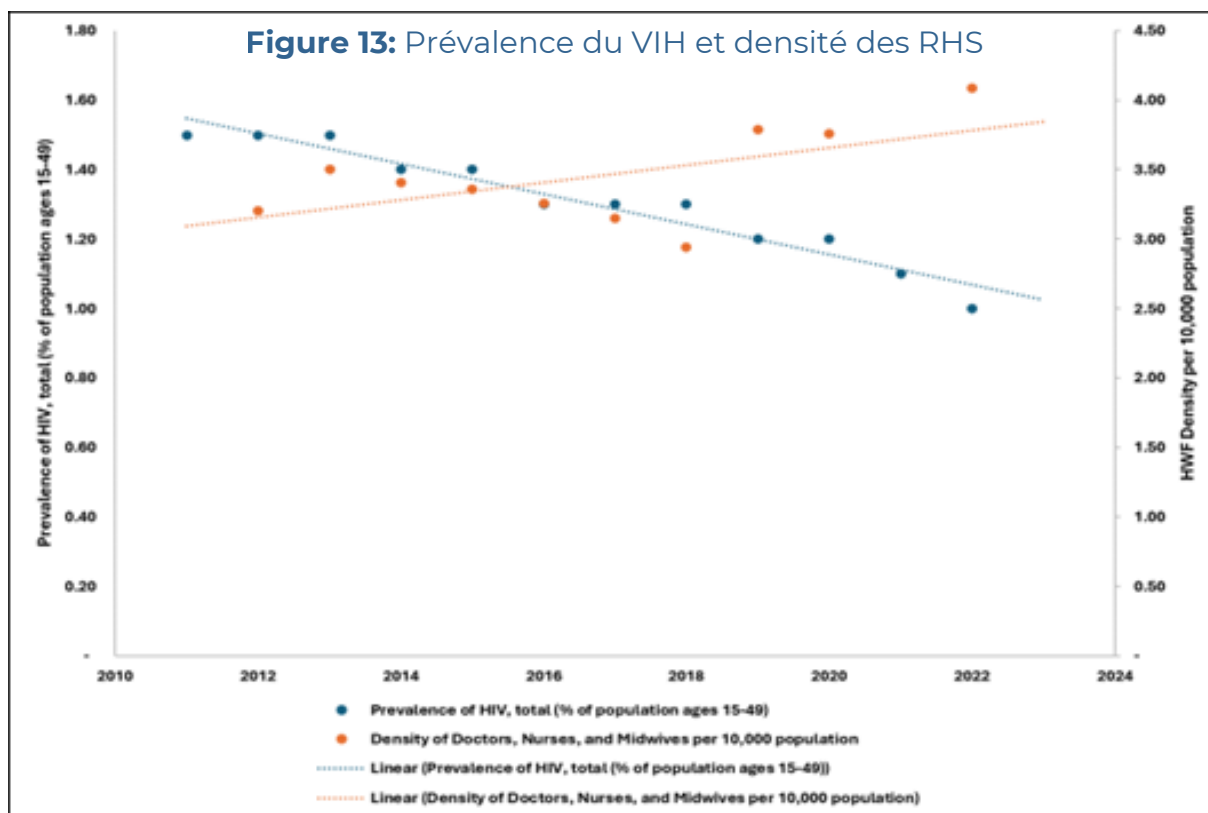


Figure 13: Prévalence du VIH et densité des RNS



Des analyses approfondies pourraient permettre d'établir ce lien ou déterminer la causalité, ou toutes autres approches qualitatives.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS





Recommandations sur le renforcement de la gouvernance et du système d'information sur les RHS

- 1 Renforcer les capacités de la DRHFP (niveaux central et provincial) en ressources humaines, matérielles et financières ; conformément aux nouvelles missions qui lui sont assignées
- 2 Elaborer une cartographie complète des intervenants (parties prenantes) et des interventions en matière de développement des RHS, par niveau des pyramides scolaire et sanitaire et par province, en vue d'améliorer la synergie des actions et l'efficacité dans l'utilisation des ressources.
- 3 Créer ou redynamiser les cadres de dialogues technique et politique sur les RHS au niveau de chaque province ; ainsi que les instances et mécanismes existants pour la production de données probantes et la formulation des recommandations stratégiques ou opérationnelles sur la dynamique du marché du travail en santé.
- 4 Poursuivre la production des Comptes Nationaux des Personnels de Santé – source de données importante pour l'AMTS – en améliorant et systématisant les outils de collecte de données et en y intégrant les dimensions « Performance des Services et des Personnels de santé ».
- 5 Opérationnaliser un Système Informatisé et Dynamique de Gestion des RHS (disposant des sous-systèmes interopérables par composante du marché du travail en santé), un Système Informatisé d'évaluation de la performance des services et agents du ministère de la santé.
- 6 Elaborer ou actualiser les différents documents-cadres de développement des RHS, notamment le Plan National de Développement des RHS, les Plans de formation initiale et continue, etc.



Recommandations sur le renforcement de la formation initiale et continue

- 7 Augmenter de façon significative la capacité d'accueil et les subventions des institutions publiques pour résorber la demande grandissante de formations en santé.



- 8 Effectuer une évaluation rigoureuse et participative du processus d'organisation de l'examen national de certification en santé, afin de lever les goulots d'étranglement et de l'améliorer.
- 9 Poursuivre la réforme des institutions publiques et privées de formation en santé, à travers l'instauration effective des mécanismes d'accréditation, l'amélioration de l'équité géographique de leur distribution, l'amélioration de l'adéquation entre l'offre de formation et la demande en RHS.
- 10 Réguler la création des institutions privées de formation en santé, en instituant des critères de performance par filière, suivis annuellement, et en informant les populations sur les niveaux de performance constatées afin de les guider vers celles qui excellent.
- 11 Réguler la formation continue des professionnels de la santé publique rendue facile grâce à la transformation du salaire en bourse d'étude, en tenant compte des besoins du système de santé.
- 12 Mettre en place un fonds ou un projet d'appui à l'amélioration de la qualité de la formation initiale et continue des RHS, en favorisant l'accès des étudiants et des professionnels des zones mal desservies et l'exercice dans ces zones.



Recommandations pour l'intensification des recrutements des personnels de santé

- 13 Mener un dialogue politique au plus haut niveau, pour rendre effectif les engagements de l'Etat des partenaires consistant à recruter annuellement 2 500 et 1 500 agents de santé respectivement, ainsi qu'un lobbying actif pour élargir les acteurs et les niveaux d'engagements dans l'optique d'atteindre les effectifs requis pour les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle.
- 14 Mobiliser et coordonner les recrutements effectués par les partenaires bilatéraux et mis directement à la disposition des formations sanitaires dans leurs zones d'interventions, afin de réorienter les nouveaux recrutements publics vers les zones nécessiteuses.
- 15 Développer un plan d'investissement dans les RHS pour répondre aux défis et aux besoins en RHS à l'horizon 2040.



Recommandations pour améliorer le redéploiement, la fidélisation et les conditions

- 16 Élaborer un plan national de (re)-déploiement équitable des RHS, en tenant compte des besoins spécifiques des différentes provinces.
- 17 Renforcer les stratégies de fidélisation des agents de santé dans les zones mal desservies ou difficiles (afin de limiter les départs vers d'autres zones, voire d'autres secteurs ou à l'étranger), à travers des incitatifs financiers et non financiers, le suivi rigoureux des carrières et des avancements, le renforcement des capacités, etc.
- 18 Améliorer les conditions de travail dans les zones difficiles ou mal desservies identifier comme prioritaire par les RHS: Améliorer la disponibilité des médicaments ; Subventionner la prise en charge des frais médicaux des agents de santé et de leur famille ; Améliorer la qualité des infrastructures de santé; Améliorer la disponibilité des équipements médicaux; Rémunérer les heures supplémentaires de services ; Améliorer la disponibilité et la qualité du plateau technique ; Augmenter le niveau des salaires.
- 19 Collaborer avec les autres ministères sectoriels et leurs partenaires au développement afin de créer les conditions favorables non seulement au maintien et à la fidélisation des RHS dans les zones difficiles ou mal desservies, mais aussi au rayonnement de ces zones : Améliorer la disponibilité des écoles pour les enfants ; Disposer d'eau potable dans la formation sanitaire et dans les ménages; Électrifier la formation sanitaire et les ménages.



Recommandations pour améliorer les financements adéquats pour le développement des RHS

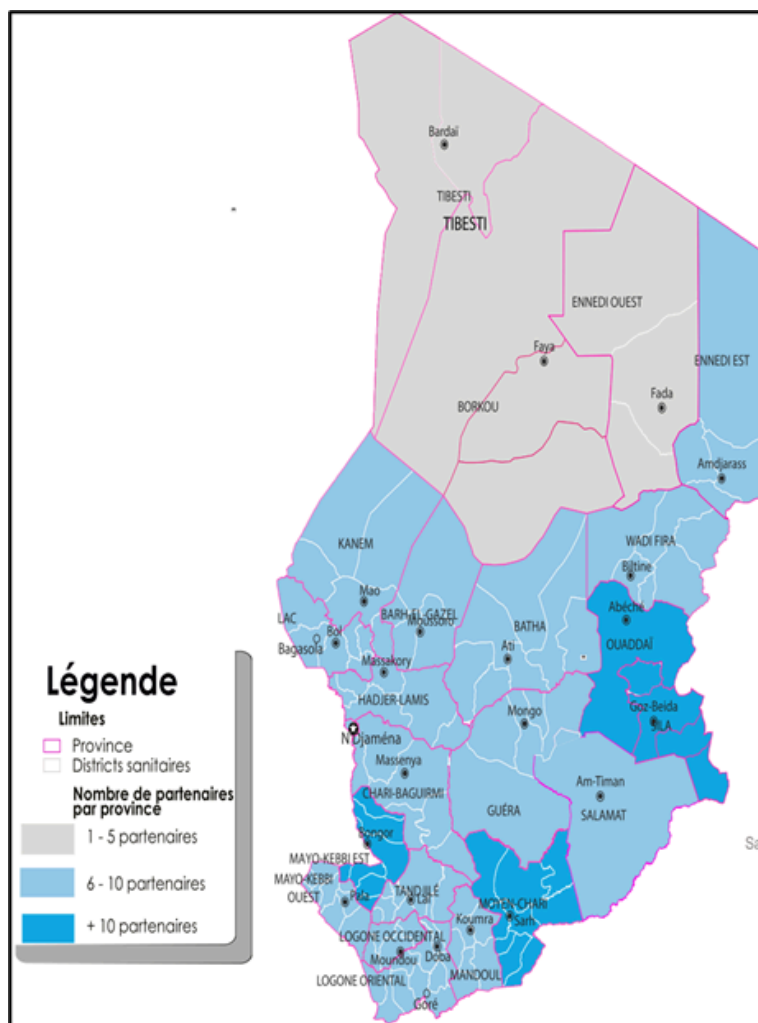
- 20 Initier une approche globale et progressive d'élargissement de l'espace budgétaire pour les RHS, en combinant diverses stratégies : priorisation des RHS dans les allocations budgétaires du ministère de la santé, diversification des sources de financement, amélioration de l'efficacité des dépenses en RHS, renforcement du plaidoyer et des investissements en faveur des RHS (Formation, Recrutement, Fidélisation).
- 21 Assurer un financement durable des politiques de RHS en mobilisant des fonds nationaux et internationaux et des financements innovants pour les RHS, à l'horizon 2040.

8 RÉFÉRENCES

1. Arrêté N°42/MEN/SE/2019 relatif à l'accréditation des établissements de formation en santé.
2. Ministère de la santé publique, Politique Nationale de Santé (2016-2030), mars 2016
3. Arrêté N°1125/PCM/PMT/MSPSN/2022 portant mise en place d'un comité ad hoc chargé du redéploiement des Agents de la santé publique et de la solidarité nationale
4. Arrêté N°0039/PT/PM/MSPP/SE/SG/DGRIE/SFIEIF/2023 portant création d'une commission chargée d'examiner les demandes d'ouverture des Ecoles Privées de Formation des Agents de la Santé
5. Arrêté N°0291PT/PM/MSPP/SE/DGRIE/DRHF/SFC/2023 portant création d'une commission d'attribution des bourses de formation de santé au personnel de santé
6. Loi N°011/PR/2018 portant orientation de l'enseignement supérieur au Tchad
7. Ministère de la santé publique et de la Prévention, Plan National Développement Sanitaire (PNDS 4) de 2022 – 2030, novembre 2022
8. Loi N°38/PR/96 du 11 décembre 1996 portant code du travail de la République du Tchad régissant le travail et définissant les conditions de recrutement dans les secteurs public et privé.
9. Loi N°017/PR/2001 portant statut général de la fonction publique, décembre 2023
10. Ministère de la santé publique et de la Solidarité Nationale, Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé au Tchad (2022- 2030), juillet 2022
11. Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé au Tchad (2022- 2030), Juillet 2022
12. Ministère de la Santé Publique et de la Prévention, Rapports des Comptes Nationaux des Personnels de Santé (2019, 2020, 2021, 2022, 2023)
- 13.
14. Ministère de la santé publique et de la Solidarité Nationale, direction de la santé communautaire, Plan stratégique national de santé communautaire, 2021-2025, juillet 2021
15. Ministère de la santé publique et de la prévention, Plan de suivi et d'évaluation du plan national de développement sanitaire (PNDS 4) 2022-2030, juillet 2022
16. Ministère de la santé publique et de la Solidarité Nationale, Référentiel des compétences des agents de santé du district sanitaire au Tchad pour la mise en œuvre de la couverture vaccinale universelle, septembre 2021
17. Ministère de la santé publique et de la Solidarité Nationale, Modèles des prestations des soins pour la mise en œuvre de la couverture santé universelle au Tchad, mars 2021
18. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, Planification Opérationnelle des Ressources Humaines de la Santé en Côte d'Ivoire : Etude du Marché du Travail du Personnel de la Santé, Rapport final, septembre 2017
19. Ministère de la Santé publique, Etude du marché de travail des ressources humaines en santé au Tchad, Association Défi Socio Sanitaire (ADSS), 2019.
20. Ministère de la santé publique et de la solidarité nationale, Plan stratégique national de santé communautaire 2021-2025, août 2021
21. Note de service N°017/PR/MSP/SE/SG/CABFPS/2024 mettant en place la commission chargée d'attribution des bourses de formation au personnel de la santé au titre de l'année académique 2024-2025
22. Note de service N°2978/MSP/SE/DGRIE/DRHF/2024 du 24 mai 2024 fixant le quota des critères de sélection des candidats pour l'année 2024-2025
23. Note d'information N°2879/MSPP/SE/SG/DGRIE/DGRH/SFC/2024 lançant avis officiel pour le dépôt des dossiers pour suivre la formation en spécialité au titre de l'année académique 2024-2025
24. Note circulaire N°006/MSP/SE/SG/DGRIE/DRHF/2024 portant suspension des transferts et/ou affectation au Ministère de la Santé Publique
25. Termes de référence pour élaboration du document de la Politique de fidélisation, décembre 2023
26. Ministère de la Santé Publique, Plan de carrière du personnel de santé, décembre 2015
27. Termes de références pour l'élaboration du document de politique de la formation continue, décembre 2023
28. Termes de référence pour l'élaboration du document de politique de recrutement, décembre 2023
29. Termes de référence pour l'élaboration d'un document de politique de déploiement et de redéploiement du personnel de santé, 2023

9 ANNEXES

9.1 PRÉSENCE OPÉRATIONNELLE DES PARTENAIRES DU CLUSTER SANTÉ AU TCHAD



Barh-El-Gazel Chadra: UNICEF, OMS, UNFPA Michemire: ACF, UNICEF, OMS, UNFPA Moussoro: ACF, CICR, OMS, UNFPA, UNICEF Salat: UNICEF, OMS, UNFPA	Mayo-Kebbi Ouest Binder: WVI, OMS, UNICEF, UNFPA Gagal: WVI, OMS, UNICEF, UNFPA Guegou: WVI, UNICEF, OMS, UNFPA Guelo: WVI, UNICEF, OMS, UNFPA Lagon: WVI, UNICEF, OMS, UNFPA Lame: WVI, UNICEF, OMS, UNFPA Léré: WVI, UNICEF, OMS, UNFPA Pala: WVI, ESEDD, JHPIEGO UNICEF, OMS, UNFPA Torrock: WVI, UNICEF, OMS, UNFPA	Batha Alifa: UNICEF, OMS, UNFPA Assinet: OMS, UNICEF, UNFPA Ati: UNICEF, OMS, UNFPA Djedda: UNICEF, OMS, UNFPA Koundjourou: OMS, UNICEF, UNFPA Oum-Hadjer: OMS, UNICEF, UNFPA Yao: MSF-SUISSE, UNICEF, OMS, UNFPA	Chari Baguirmi Ba Illi: UNICEF, OMS, UNFPA Bouso: UNICEF, OMS, UNFPA Dourballi: UNICEF, OMS, UNFPA Kouno: UNICEF, OMS, UNFPA Mandelia: ADES, UNHCR; UNICEF, OMS, UNFPA Massenya: UNICEF, OMS, UNFPA	Ennedi Est Amdjaras: JHPIEGO, WVI, UNICEF, OMS, UNFPA Bahai: IRC, CICR, UNICEF, OMS, UNFPA Kaoura: UNICEF, OMS, UNFPA Mourdi Djoura: UNICEF, OMS, UNFPA
Guera Baro: IRC, UNICEF, OMS, UNFPA Bitkine: IRC, ASTBEF, UNICEF, OMS, UNFPA Mangalmé: IRC, UNICEF, OMS, UNFPA Melfi: IRC, UNICEF, OMS, UNFPA Mongo: IRC, JHPIEGO, OMS, UNFPA, UNICEF	Ennedi Ouest Fada: JHPIEGO, UNICEF, OMS, UNFPA Kalaït: UNICEF, OMS, UNFPA Ounianga Kebir: UNICEF, UNFPA, OMS	Ouaddai Abéché: PUI, CICR, MSF-FRANCE, ADES, IRC, UNICEF, UNHCR, OMS, UNFPA, ONUSIDA, JHPIEGO Abougoudam: UNICEF, OMS, UNFPA Adre: ACF, IRC, ALIMA/AS, ADESOH, PUI, MSF-SUISSE, MSF-FRANCE, OMS, ADES, UNHCR, OMS, UNFPA, UNICEF ESEDD, MEDAIR Am Dam: OMS, UNICEF, UNFPA Amhitane: PUI, UNICEF, OMS, UNFPA Amleyouana: ADESOH, PUI, IRC, OMS, UNICEF, UNFPA, UNHCR Chokoyane: PUI, UNICEF, OMS, UNFPA Hadjer Hadid: IRC, WVI, ESEDD, PUI, UNFPA, UNHCR, UNICEF, OMS, UNFPA	Kanem Amdoback: OMS, UNFPA, UNICEF Kekedina: OMS, UNFPA, UNICEF Mao: ACF, OMS, UNFPA, UNICEF Mondo: ACF, OMS, UNFPA, UNICEF Nokou: OMS, UNFPA, UNICEF N'tona: OMS, UNFPA, UNICEF Rig Rig: OMS, UNFPA, UNICEF	Lac Bagasola: CWW, ACF, JHPIEGO, IRC, HI, UNICEF, OMS, UNFPA Bol: CWW, JHPIEGO, IRC, HI, CICR, ONUSIDA, UNICEF, OMS, UNFPA Isseïrom: UNICEF, OMS, UNFPA Kouloudia: UNICEF, OMS, UNFPA Liwa: IRC, UNFPA, UNICEF, OMS Ngour: ACF, UNICEF, OMS, UNFPA
Logone Occidental Beinamar: UNICEF, OMS, UNFPA Bebalem: WVI, UNICEF, OMS, UNFPA Benoye: WVI, UNICEF, OMS, UNFPA Laokassy: UNICEF, OMS, UNFPA Moundou: WVI, JHPIEGO, ESEDD, UNICEF, OMS, UNFPA	Logone Oriental Baibokoum: OMS, UNFPA, UNICEF Bebedja: WVI, JHPIEGO, UNICEF, OMS, UNFPA Beboto: UNICEF, OMS, UNFPA Bessao: UNICEF, OMS, UNFPA Bodo: WVI, UNICEF, OMS, UNFPA Doba: JHPIEGO, UNICEF, OMS, UNFPA, ONUSIDA Donia: UNICEF, OMS, UNFPA Goré: ACF, ADES, WVI, ESEDD, OMS, UNICEF, UNFPA, UNHCR Kara: WVI, UNICEF, OMS, UNFPA Larmanaye: UNICEF, OMS, UNFPA	Mayo-Kebbi Est Bongor: CRF, JHPIEGO, UNICEF, OMS, UNFPA Fianga: UNICEF, OMS, UNFPA Gounou Gaya: UNICEF, OMS, UNFPA Guelendeng: WVI, OMS, UNFPA, UNICEF Moulikou: WVI, UNICEF, OMS, UNFPA Pont Carol: OMS, UNICEF, UNFPA Youe: UNICEF, OMS, UNFPA	Hadjer Lamis Bokoro: OMS, UNFPA, UNICEF Gama: UNICEF, OMS, UNFPA Karal: UNICEF, OMS, UNFPA Mani: UNICEF, OMS, UNFPA Massaguet: UNICEF, OMS, UNFPA Massakory: MSF-HOLLANDE, UNICEF, OMS, UNFPA	Borkou Faya: CICR, ESEDD, UNICEF, OMS, UNFPA Kirdimi: UNICEF, OMS, UNFPA Kouba Olanga: UNICEF, OMS, UNFPA
Moyen-Chari Balimba: WVI, MSF-SUISSE, UNICEF, OMS, UNFPA Biobe Singako: WVI, MSF-SUISSE, OMS, UNICEF, UNFPA Danamadjil: MSF-SUISSE, UNICEF, OMS, UNFPA Korbol: WVI, MSF-SUISSE, UNICEF, OMS, UNFPA Koumogo: WVI, MSF-SUISSE, UNICEF, OMS, UNFPA Kyabé: WVI, MSF-SUISSE, UNICEF, OMS, UNFPA Maro: MSF-SUISSE, ADES, UNHCR, OMS, UNFPA, UNICEF Sarh: MSF-SUISSE, JHPIEGO, ONUSIDA, UNICEF, OMS, UNFPA	N'Djamena N'Djamena Centre: ADESOH, OMS, JHPIEGO, MSF-SUISSE, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA N'Djamena Est: JHPIEGO, UNICEF, UNFPA, MSF-SUISSE, OMS, ONUSIDA N'Djamena Nord: UNICEF, UNFPA, OMS, ONUSIDA N'Djamena Sud: JHPIEGO, MSF-WACA, CICR, OMS, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF 9e Arrondissement/Toukra: JHPIEGO, UNICEF, OMS, UNFPA, ONUSIDA	Sila Abdi: UNICEF, OMS, UNFPA Goz-Beldi: ACF, ALIMA/AS, CWW, WVI, IRC, ADES, CRF, ADES, OMS, UNFPA, UNHCR, UNICEF Koukou Angarana: ALIMA/AS, CWW, MSF-HOLLANDE, IRC, ADES, OMS, UNFPA, UNHCR, UNICEF Tissi: MSP, UNICEF, OMS, UNFPA	Salamat Aboudeia: MSF-SUISSE, UNICEF, OMS, UNFPA Am Timan: MSF-SUISSE, JHPIEGO, UNICEF, OMS, UNFPA Haraze Mangueigne: ADES, OMS, MSF-SUISSE, UNICEF, UNHCR, UNFPA	Mandoul Bedaya: UNICEF, OMS, UNFPA Bedjondo: UNICEF, OMS, UNFPA Bekouro: UNICEF, OMS, UNFPA Bouna: UNICEF, OMS, UNFPA Goundi: UNICEF, OMS, UNFPA Koumar: UNICEF, OMS, UNFPA Moissala: ADES, UNICEF, OMS, UNFPA
160 Tibesti Bardai: UNICEF, OMS, UNFPA Zouar: UNICEF, OMS, UNFPA		Wadi Fira Amzoer: OMS, UNICEF, UNFPA Arada: IRC, OMS, UNFPA, UNICEF Biltine: UNICEF, OMS, UNFPA Guereda: ADESOH, IRC, WVI, UNFPA, OMS, UNICEF Iriba: IRC, MSF-WACA, WVI, UNFPA, OMS, UNICEF Matadjana: UNICEF, OMS, UNFPA Tiné: WVI, IRC, UNICEF, OMS, UNFPA	Tandjilé Backthoro: UNICEF, OMS, UNFPA Béré: UNICEF, OMS, UNFPA Dafra: UNICEF, OMS, UNFPA Deressia: UNICEF, OMS, UNFPA Donomanga: UNICEF, OMS, UNFPA Guidari: UNICEF, OMS, UNFPA Kelo: UNICEF, OMS, UNFPA Koloni: UNICEF, OMS, UNFPA Lai: JHPIEGO, UNICEF, OMS, UNFPA, ONUSIDA	

9.2 SITUATION DES DEMANDES D'OUVERTURE DES ÉCOLES PRIVÉES DE FORMATION DES AGENTS DE SANTÉ, EN INSTANCE DE TRAITEMENT À LA DRHFP EN 2024

N°	PROVINCE	SITE D'IMPLANTATION	TYPES DE DEMANDE D'AUTORISATIONS			
			Provisoire	Définitive	Filaire	Annexe
1	BATHA OUEST	Ati	4			
	BATHA EST	Oum hadjer	2			
2	BORKOU	Faya	1			1
3	CHARI BAGUIRMI	Koundoul	1			
		Ba-Illi	1			
		Mandalia	1			
4	GUERA	Monzo	4	1	1	
5	HADJER-LAMIS	Massakora	5			2
6	KANEM	Mao	3			
7	LAC	Bol	4			
		Ngouri	1			
8	LOG OCCIDENTAL	Krim- Krim	1			
		Bénoua	1			
		Moundou	10	2		
9	LOG ORIENTAL	Bodo	1			
		Larmanaye	1			
		Behidja	1			
		Gore	1			
		Doba	2	2	1	
10	MANDOUL	Komogo	1			
		Koumra	8			
		Moissala	2			
11	MAYO-KEBBI EST	Gounon-Gaya	4			
		Pont-Carol	1			
		Guelendeng	4			
		Bongor	3			1
		Koyon	1			
		Bactchovo	3			
		Fianza	1			
		Djoumame	1			
12	MAYO-KEBBI OUEST	Léré	4			
		Lazon	1			
		Bissikeda	1			
		Pala	1	1		
13	MOYEN-CHARI	Sarh	3			
		Danamadji	1			
		Kyabé	1			
14	OUADDAI	Abéché	4		1	
15	SALAMAT	Am Timan	3			
16	SILA	Goz-Beida	2			
17	TANDJILE	Lai	3			
		Béré	2			
		Tandjilé	1			
		Kélo	4			
18	WADI-FIRA	Biltine	2			
19	NDJAMENA	Ndjamena	52	8	5	2
	TOTAL (=187)		159	14	8	6

9.3 NOTES MÉTHODOLOGIQUES

NOTE 1: INDICE D'ÉQUITÉ GÉOGRAPHIQUE DES RHS

Le chômage des chômeurs dans le secteur de la santé est un sujet complexe avec des nuances importantes en général et spécifiques dans le cadre du Tchad.

Notion du chômage :

- **Un chômeur au sens d'Organisation Internationale du Travail (OIT)**, une personne en âge de travailler, qui est sans emploi pendant la période de référence (généralement 4 semaines), disponible pour travailler dans les deux semaines suivantes, et qui est activement à la recherche d'un emploi pendant une période spécifiée.
- Cette définition générique est appliquée et adaptée dans chaque pays selon son contexte, l'âge de travailler, la période de référence d'inoccupation, de disponibilité pour travailler ou de recherche d'emploi.
- Par ailleurs, un distinguo doit être fait lorsqu'on parle de chômage :
 - *Chômage frictionnel* : une personne en situation de chômage frictionnel désigne une personne en chômage temporaire ou transitionnel dû à la période nécessaire pour trouver un emploi correspondant à ses compétences et préférences.
 - *Chômage structurel* : il s'agit d'une situation de décalage entre les compétences disponibles sur le marché du travail et celles demandées par les employeurs.
 - *Chômage conjoncturel* :
 - *Chômage en situation de sous-emploi ou partiel* : une personne est en situation de sous-emploi lorsqu'il travaille involontairement moins que la durée normale de travail et souhaite travailler davantage.

Nuances du chômage au secteur de la santé :

Dans le secteur de la santé, un chômeur est toute personne qualifiée/formée et ayant l'autorisation d'exercer en tant que professionnel ou dans le secteur de la santé (pour les professions réglementées), qui ne travaille pas, mais qui désire travailler au salaire en vigueur et qui recherche activement un emploi.

Être autorisé à exercer en tant que professionnel ou dans le secteur de la santé révèle la particularité de ce secteur bien réglementé et fait donc référence à l'obligation légale et réglementaire de détenir un diplôme ou certificat reconnu par les autorités nationales (compétences et diplômes), de respecter de la déontologie et parfois inscrit au tableau de l'ordre professionnel selon la profession (qualités éthiques). En effet, certaines professions dans le secteur de la santé sont réglementées. Il s'agit très souvent et non exclusivement des médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, dentistes, etc.

NOTE 2: NOTION DE CHÔMAGE DES RHS

La demande en RHS est une modélisation économétrique utilisant des paramètres macroéconomiques et dépenses en santé pour estimer la **densité des ressources humaines en santé** en fonction de plusieurs variables économiques clés.

L'équation est la suivante :

$$\begin{aligned} \ln(\text{Densité des RHS}) &= \alpha + \beta_1 \times \ln(\text{PIB par tête}_{\text{retardé d'un an}}) \\ &+ \beta_2 \times \ln(\text{Dépenses publiques en santé par tête}_{\text{retardé d'un an}}) \\ &+ \beta_3 \times \ln(\text{Dépenses direct des ménages en santé}_{\text{retardé d'un an}}) \\ &+ \beta_4 \times \ln(\text{Dépenses directes de santé des ménages}_{\text{retardé d'un an}}) \\ &+ \beta_5 \times \ln(\text{PIB} \times \text{Dépenses publiques en santé par tête}) + \varepsilon \end{aligned}$$

Interprétation des composantes du modèle :

1. Variable dépendante :

- $\ln(\text{Densité des RHS})$: Il s'agit du **logarithme naturel** de la densité des RHS de santé (par exemple, le nombre de médecins, infirmiers, etc., pour 10 000 habitants). Cette transformation logarithmique est utilisée pour stabiliser la variance et interpréter les coefficients en termes de **pourcentages**.

2. Variables explicatives :

- $\ln(\text{PIB par tête}_{\text{retardé d'un an}})$: Cette variable représente le **Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant**, retardé d'un an, en **logarithme naturel**. Ce décalage temporel (lag) est introduit pour tenir compte du fait que les investissements économiques influencent la demande en personnel de santé avec un certain délai.
- $\ln(\text{Dépenses publiques en santé par tête}_{\text{retardé d'un an}})$: Cette variable indique les **dépenses publiques de santé par habitant**, également retardées d'un an et exprimées en logarithme. Elle capte l'effet des investissements en santé sur la densité des RHS.
- $\ln(\text{Dépenses direct des ménages en santé}_{\text{retardé d'un an}})$: Il s'agit des **dépenses de santé supportées directement par les ménages** (out-of-pocket, OOP), exprimées en logarithme. Des dépenses directes élevées peuvent refléter un accès limité aux soins publics, influençant ainsi la demande en personnel de santé.
- $\ln(\text{PIB} \times \text{Dépenses publiques en santé par tête})$: Ce terme d'interaction mesure l'effet combiné du **PIB par habitant** et des **dépenses directes** sur la densité des travailleurs de la santé. Il permet de capter l'effet synergique ou modérateur de ces deux facteurs économiques.
- **Constante (α)** : Représente l'ordonnée à l'origine du modèle, c'est-à-dire la densité de base des RHS lorsque toutes les variables explicatives sont nulles.
- **Erreur (ε)** : Ce terme mesure les **facteurs non observés** ou **aléatoires** affectant la densité des RHS et qui ne sont pas expliqués par les variables incluses dans le modèle.

Interprétation des coefficients (β_1 , β_2 , β_3 et β_4) :

- β_1 : Indique l'élasticité de la densité RHS par rapport au **PIB par habitant**. Une augmentation de 1 % du PIB par habitant entraînera une augmentation de $\beta_1 \times 100\%$ de la densité des RHS, toutes choses égales par ailleurs.
- β_2 : Mesure l'effet des **dépenses de santé** sur la densité des professionnels de santé.
- β_3 : Reflète l'impact des **dépenses directes** sur la densité des travailleurs de la santé.
- β_4 : Capture l'effet combiné du **PIB par habitant** et des **dépenses directes**, permettant d'analyser si ces variables ont un effet renforcé ou atténué ensemble.



Organisation
mondiale de la Santé



**LE
FONDS
MONDIAL**



LE FONDS FRANÇAIS
MUSKOKA