



Bureau d'Appui Santé et Environnement

“Valorisons ensemble le savoir - faire endogène”

**Etude réalisée pour le compte de
La Chaîne de l'Espoir et F3E (Paris)**

Analyse de la problématique d'accès aux soins essentiels chirurgicaux pour la population tchadienne

Synthèse exécutive

**De Leener Philippe
Ahmat Malick
Sansebastiano Lorenza**

Juin 2020



INTER-MONDES BELGIQUE (IM-B)

32 Rue de la lanterne Magique, Boîte L2.04.01 C/O FOPES
B-1348 Louvain-La-Neuve (Belgique)
Tel.: +32(0)491.223.242 - +32(0) 474.697.967
marc.totte@inter-mondes.org – philippe.deleener@uclouvain.be

www.inter-mondes.org

N° enregistrement : BE0 473.920.719 - Compte Belfius : BE38 7775 9577 3672

Les observations, appréciations et recommandations exprimées dans ce rapport sont faites sous la seule responsabilité de leurs auteurs

Acronymes

CE	Chirurgie Essentielle
COGES	Comité de Gestion du centre de santé
COSAN	Comité de Santé
CS	Centre de Santé
CSU	Couverture Santé Universelle
DS	District Sanitaire
EP	Etude préalable
HD	Hôpital de District
LCDE	La Chaîne de l'Espoir
MCD	Médecin en chef en charge du district
MCH	Médecin de l'hôpital du District
MSP	Ministère de la Santé Publique
NSOAP	National Surgical, Obstetric, and Anesthesia Plan
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OCA	Obstétricien(ne), Chirurgien(ne), anesthésiste
ODD	Objectifs du Développement Durable
PCA	Paquet Complémentaire d'Activité
PMA	Paquet Minimum d'Activité
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
TSAR	Technicien Supérieur Anesthésie et Réanimation

Sommaire

1. Cadre général de l'étude	4
2. Le défi de la chirurgie essentielle (CE)	4
3. Le système de santé au Tchad : bref tour d'horizon	6
4. La chirurgie essentielle au Tchad	8
5. Situation dans les hôpitaux de district (HD)	8
6. Premières pistes pour construire un projet d'appui au développement de la chirurgie essentielle.	9
7. Conclusions	12

Le présent document propose la synthèse d'une étude préalable sur la chirurgie essentielle au Tchad dont le rapport complet est livré séparément. Pour le confort du lecteur et de la lectrice, nous précisons régulièrement entre crochets les sections du rapport complet où des explications supplémentaires et approfondissements pourront être trouvés.

1. Cadre général de l'étude

1.1. Entre février et juin 2020, une étude préalable a été conduite dans le **but** (i) de faire le point en matière d'accès à des services chirurgicaux de base au Tchad, au regard des recommandations internationales en matière de chirurgie essentielle, (ii) d'identifier des parties prenantes au regard de l'organisation du système de santé et ainsi (iii) d'apprécier les conditions et la perspective dans lesquelles un projet d'appui au développement de la chirurgie essentielle (CE) pourrait être envisagé. Deux questions sont restées en ligne de mire tout au long des travaux: (i) est-il pertinent que LCDE développe un projet visant à développer et améliorer la pratique de la CE au Tchad ? ; (ii) en quoi et pourquoi un tel projet fait-il écho aux enjeux de santé publique au Tchad ? [—> sections 1.1.1 et 1.1.2]

1.2. L'étude a mobilisé un médecin spécialiste des questions de santé publique, une gynécologue obstétricienne et un spécialiste des questions de développement. Elle s'est déroulée en **quatre temps** : (i) recherches documentaires et préparation des travaux de terrain, notamment à l'occasion d'un atelier au siège de LCDE à Paris (février), (ii) investigations à Ndjamenà et dans deux districts sanitaires (Gozaror et Bokoro), atelier de synthèse en interaction avec des parties prenantes (février et mars), (iii) production de rapports provisoires et réalisation d'une enquête interne sur les pratiques de diagnostic et de préparation des projets (avril et mai), (iv) interactions avec l'équipe de LCDE et production des rapports finaux (mai et juin) [—> section 1.1.3].

1.3. Au Tchad, sur le terrain, la mission a pu rencontrer et échanger dans le cadre d'entretiens, une **diversité d'acteurs** (représentants d'ONG ou d'autres OSC nationales ou internationales, cadres du Ministère de la Santé Publique, infirmiers, médecins et chirurgiens en fonction dans des hôpitaux, personnel des hôpitaux des district sanitaires de Gozator et Bokoro, femmes usagers des services chirurgicaux, ...) [—> annexes 1 et 2].

1.4. En règle générale, **les entretiens** ont été individuels, parfois réalisés avec 2 ou 3 interlocuteurs réunis pour la circonstance. Des focus-groups avaient été envisagés avec des associations de femmes ou d'autres usagers dans les districts, mais ils n'ont pas pu se réaliser, en dépit de notre insistance et de notre préparation. De manière générale, la mission n'a pas eu facile à mobiliser et rencontrer les parties prenantes, tant à Ndjamenà que dans les districts [—> section 1.1.4]. Par contre, la participation a été large lors de l'atelier de synthèse et de réflexion organisé à la mi-mars à Ndjamenà [—> annexes 10 et 11].

1.5. Dans le sillage de cette étude préalable, **deux autres actions** ont été entreprises : (i) la rédaction d'une esquisse méthodologique sur la manière de concevoir et mener une étude préalable au sein d'une organisation comme LCDE et (ii) une enquête interne sur les pratiques, méthodes et instruments en usage au sein de LCDE en matière de diagnostic et de préparation de projets. Ces deux différentes actions font l'objet de deux documents séparés.

2. Le défi de la chirurgie essentielle (CE)

2.1. Dans cette étude, nous considérerons que la chirurgie essentielle (CE) concerne la prise en charge des affections chirurgicales fréquentes qui mettent en jeu le pronostic des patient(e)s et qui peuvent être traitées par des techniques chirurgicales simples, peu coûteuses, facilement enseignées

et mises en place avec un taux de réussite élevé et une faible morbidité, ne nécessitant pas de technologies médicales complexes ou coûteuses associées.

La chirurgie essentielle peut comprendre des interventions :

- en chirurgie **gynécologie-obstétrique** (césariennes),
- en **chirurgie générale et viscérale** (laparotomies),
- en **traumatologie** (fractures ouvertes)
- en **chirurgie urologique**.

Les **soins anesthésiques** font partie intégrante de la chirurgie essentielle [—> annexe 4]. La chirurgie essentielle étant composée à 80% d'actes obstétricaux, la place des femmes, leur perception de la qualité des soins, le lien avec la santé maternelle et infantile en général sont dès lors prépondérants dans tout projet pour développer la CE.

2.2. Depuis une quinzaine d'années, la CE fait l'objet d'une attention particulière à l'échelle internationale. Elle a fait l'objet d'un **nombre grandissant d'études et de publications**, tant dans des revues générales que spécialisées, notamment des études ou recherches menées dans des pays d'Afrique de l'Est ou de l'Ouest [—> annexe 3]. En 2015, une commission du Lancet s'est prononcée en faveur de cette forme de chirurgie, notamment en développant des recommandations. De l'ensemble de tous ces efforts, deux points importants pour notre étude ressortent plus spécialement [—> chapitre 1.5., sections 1.5.2 à 1.5.5] :

- **Six domaines clefs** sont systématiquement mis en avant et présentés comme étant interdépendants : (i) la qualité des services, des soins et des actes médicaux, (ii) la qualité du personnel médical qui délivre les soins, (iii) la qualité des infrastructures et équipements médicaux, (iv) la qualité des systèmes d'information et de management du personnel, infrastructures et équipements, (v) la qualité (régularité, consistance) du financement et (vi) la qualité de la gouvernance tant des politiques que des systèmes de soins et de santé aux différentes échelles.
- La **qualité des prestations de chirurgie** s'apprécie suivant trois critères : (i) le respect des normes et procédures de réalisation, (ii) le résultat de l'intervention conformément aux attentes et (iii) l'absence de complications. **Actuellement, au Tchad**, dans la plupart des structures en périphérie, on ne réalise pas les audits de décès ni de revues « near miss » de sorte qu'on perd beaucoup de données nécessaires pour l'évaluation des performances.

2.3. Les études internationales soulignent un certain nombre d'éléments qui jouent un rôle décisif dans la réussite des efforts de développement de la chirurgie essentielle. L'existence de ces éléments renvoie à autant de **conditions régulièrement mentionnées comme cruciales** : (i) l'existence d'un programme national de développement de la santé traduit dans les termes d'une stratégie nationale, (ii) l'existence de dispositifs et critères de suivi des progrès, (iii) l'existence d'une définition officielle de la CE, (iv) la prise en compte explicite, dans le plan stratégique national, du développement de la chirurgie, l'obstétrique et de l'anesthésie, (v) l'existence d'un bilan diagnostic (forces et faiblesses) du développement de la chirurgie, de l'obstétrique et de l'anesthésie, (vi) l'existence et l'application de critères de suivi des progrès pour la chirurgie, l'obstétrique et l'anesthésie, (vii) l'existence d'instruments de référence pour le suivi des recettes et des dépenses adaptés à des cadres budgétaires contraints et (viii) l'existence d'une stratégie explicite de collaboration concertée des diverses familles d'acteurs (étatiques, privés, société civile) [—> chapitre 5, sous-section 1.5.6].

Actuellement, au Tchad, seuls les deux premiers éléments satisfont plus ou moins aux attentes en la matière et surtout en obstétrique [—> chapitre 5, sous-section 1.5.8, tableau 1.5.1].

2.4. S'agissant de la **réussite des programmes de développement de la CE**, les études internationales, notamment The Lancet et l'OMS, portent régulièrement à l'avant-plan plusieurs conditions : (i) la qualité des services, des soins et des actes médicaux, (ii) la qualité du personnel médical qui délivre les soins, (iii) le niveau de formation des agents médicaux, (iv) le niveau de rétention des agents formés dans le système de santé, (v) l'existence d'un système d'information et de suivi précis des activités, (vi) la qualité des statistiques enregistrées et de la gestion des données médicales, (vii) l'existence et la qualité du système de suivi des performances et des effets, (viii) la

maîtrise des financements, leur régularité et consistance, (ix) la collaboration entre les diverses institutions de santé en activité dans le district, (x) la qualité du management du personnel, (xi) la qualité des infrastructures et équipements médicaux, (xi) la qualité de la gouvernance et place des bénéficiaires dans la conduite de l'hôpital et (xii) la place et l'influence des bénéficiaires ou usager(e)s dans la conduite de l'hôpital et des infrastructures médicales.

Actuellement, au Tchad, dans les conditions courantes du système de santé, l'ensemble de ces conditions sont (très) pauvrement rencontrées, particulièrement la dernière relative à l'implication des usagers et usagères des soins de santé [—> chapitre 5, sous-section 1.5.8, tableau 1.5.2].

Le défi de la participation des usagers

En principe, la population est bien représentée à la base du système de santé au Tchad, via les COSAN et les COGES. Le COSAN est constitué de personnes élues par les communautés. Le COGES est constitué de membres du COSAN.

Ces personnes devraient jouer le rôle de relais entre la communauté et les services de santé. Elles sont appelées à appuyer les professionnels de la santé dans l'identification des besoins et des stratégies et ainsi contribuer au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre des activités de soins.

Toutefois, en pratique, les COSAN et COGES ne jouent pas pleinement leur rôle, se limitant au suivi de la gestion du centre de santé. Il en résulte qu'une distance se crée souvent entre les communautés et les structures sanitaires qui finissent par être perçues comme étrangères au milieu. Les raisons de cette situation sont multiples :

- La faible communication entre les personnes impliquées dans les COSAN et la population,
- Les rapports de pouvoir,
- Le faible turn-over des élus,
- L'insuffisante compréhension des rôles,
- Parfois le manque de considération ...

Cela explique en partie que le recours aux centres de santé ou à l'hôpital ne se fait que lorsque la situation devient inquiétante, que lorsque les malades ont tout essayé avant [—> section 1.4.2].

3. Le système de santé au Tchad : bref tour d'horizon

3.1. Le système de santé tchadien repose un document de Politique Nationale de Santé (PNS) qui s'inscrit dans la vision globale du Tchad à l'horizon 2030 et d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS3). La politique nationale de santé est en rapport avec les objectifs de développement durable. A l'horizon 2030, le système de santé du Tchad aspire d'être un système intégré, performant, résilient et centré sur la personne. La politique cible en particulier les groupes vulnérables (tel que déclaré dans le document de Stratégie Nationale de Protection Sociale SNPS 2014-2018). L'objectif général de la PNS est d'assurer à toute la population l'accès aux soins de santé de qualité, globaux, intégrés, continus et centrés sur la personne afin de contribuer efficacement au développement socio-économique du pays. Le PNDS3 ne fournit pas de précisions stratégiques précises concernant l'amélioration des pratiques chirurgicales. Il ne mentionne pas non plus la chirurgie essentielle (CE) parmi ses priorités.

3.2. **Le système national de santé tchadien est de type pyramidal.** Il se développe en 3 niveaux. (i) Le premier niveau,

central, comprend le Ministère, la direction générale et les directions centrales, les programmes nationaux et les institutions hospitalières nationales mais aussi la Faculté des sciences de la santé humaine, une école nationale des agents de santé et la centrale pharmaceutique d'achat (CPA) ; (ii) le niveau intermédiaire, ou **provincial**, correspond aux 23 délégations sanitaires provinciales (DSP) et comporte les hôpitaux provinciaux (situés dans le chef-lieu des provinces), les pharmacies provinciales d'approvisionnement (PPA) et les écoles provinciales de formation ; (iii) Le troisième niveau, dit **périphérique**, correspond au **district**. Il retient toute notre attention car c'est à cette échelle qu'un projet de terrain pour développer la CE peut s'envisager. Il constitue le niveau opérationnel chargé de l'exécution des activités [—> section 1.4.1].

3.3. Le troisième niveau comprend deux échelons : le premier échelon de soins correspond aux centres de santé, le second échelon aux hôpitaux de district. Au premier échelon est mis en œuvre le **paquet minimum d'activités** (PMA) et au second le **paquet complémentaire d'activités** (PCA). Il existe au Tchad 138 districts sanitaires (DS) dont 66 ont un hôpital (parmi lesquels 12 sont construits mais insuffisamment équipés). Chaque District est découpé en zones de responsabilité (ZR). Il existe 1.652 zones de responsabilité dont seulement 1.334 (81%) disposent d'un centre de santé fonctionnel [—> section 1.4.1].

3.4. A l'échelle du pays, les **distances moyennes** parcourues par les patients pour se rendre à un centre de santé et à un hôpital sont respectivement de 16 km et de 60 km. La population moyenne desservie par type de structures est estimée à 9.517 habitants pour un centre de santé et de 147.462 habitants pour un hôpital.

3.5. L'accès facile aux soins de santé, la **participation de la communauté aux activités sanitaires**, notamment aux activités de prévention et de promotion de la santé, la présence d'un système de référencement au niveau supérieur quand nécessaire (basé sur les composantes du PMA et PCA, comme défini dans les documents de la Politique Nationale de Santé) figurent parmi les priorités qui sont particulièrement pertinentes dans la présente étude.

3.6. Un regard analytique sur le fonctionnement actuel du système de santé attire l'attention sur plusieurs **points sensibles d'importance** dans le cadre de notre étude [—> section 1.4.1] :

- **Mise en œuvre insuffisante des grandes composantes de la PNS**, particulièrement au niveau des districts, bien que d'un district à l'autre les situations varient. On relève spécialement : l'insuffisance du personnel, le manque de formation sur certaines composantes du PMA, le manque des équipements et intrants, la logistique insuffisante (ambulance, eau potable, électricité).
- **Surcharge de travail « administratif »** (due notamment à la multiplication des outils propres à chaque programme et/ou projet financé par l'aide internationale multi- ou bilatérale). Il en résulte un manque de suivi, et régulièrement un sentiment d'abandon du personnel médical.
- **Relative sous-utilisation** des infrastructures et établissements de niveau secondaire, notamment du fait de l'absence de prestataires (souvent le MCD fait fonction de MCH de sorte qu'il ne peut pas garantir sa présence permanente dans l'hôpital) mais aussi à cause des difficultés d'accès (transport périlleux vers les hôpitaux, conditions financières). En même temps, les hôpitaux nationaux et régionaux situés dans les grandes villes sont surchargés par des patient(e)s atteint(e)s de pathologies ordinaires qui se présentent spontanément, sans avoir été référé(e)s.
- **Faible recours aux protocoles**. En pratique, quand des protocoles nationaux existent, ils ne sont pas toujours rendus disponibles. Toutefois certains protocoles ne sont pas disponibles au niveau national laissant l'initiative à chacune ou chacun de les traduire en dispositions pratiques.

3.7. Une enquête SARA est disponible au Tchad (année 2015) ainsi qu'une enquête rapide SONU (portant sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence) réalisée en 2018. Elles permettent de se faire une certaine idée du cadre dans lequel les actes sanitaires sont posés. Il ressort notamment, concernant les interventions chirurgicales, qu'il n'existe aucune source nationale fiable quantifiant le nombre d'interventions, leur nature et surtout la mortalité périopératoire [—> section 1.4.2].

3.8. **D'autres constats** sur le système de santé tchadien retiennent l'attention, notamment ceux-ci pertinents pour cette étude préalable [sections 1.4.1. et 1.4.2.] :

- **Difficultés d'exécution de la gratuité des soins d'urgence**. Le Tchad a mis en œuvre depuis 2005 une politique de gratuité des urgences, étendue en 2012 aux centres de santé avec pour groupes cibles les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans. En 2019, une loi sur la couverture santé universelle (CSU), visant à terme à proposer une couverture universelle maladie, a été promulguée. Cette politique de gratuité des soins soulève cependant un certain nombre de difficultés de sorte qu'elle ne répond pas aux attentes et espoirs qui avaient été pourtant investis en elle [—> annexe 8, sous-section 8.3].
- **Dépenses à la charge des usagers** : malgré l'instauration de la gratuité des soins, les dépenses supportées par les usagers sont encore considérables, en particulier les coûts du transport vers l'hôpital de district, les coûts de séjour à l'hôpital, le coût des médicaments non disponibles dans la structure sanitaire.
- **Organes de participation de la société civile lacunaire**. Les comités de santé (COSAN) et les comités de gestion (COGES), qui sont actifs à l'échelle locale dans les centres de santé de zone et qui constituent la clef de voûte en matière de participation des usagers dans le système de santé, ne jouent pas pleinement leur rôle. Ils ne sont pas souvent réellement fonctionnels (voir l'encart).

4. La chirurgie essentielle au Tchad

Actuellement, LCDE collabore avec la Faculté de Médecine de l'Université de Ndjama dans la formation à la CE dans le cadre d'un certificat. Par le passé, d'autres programmes avaient formé un certain nombre de médecins généralistes à la CE de sorte qu'aujourd'hui, dans plusieurs hôpitaux de district (HD), des soins chirurgicaux sont délivrés, mais de qualité et de régularité variables.

A l'heure actuelle, au Tchad, hormis les initiatives de formation mentionnées, il n'existe pas de programmes, ni de projets, ni d'initiatives structurées, ni de cadres réglementaires pour encadrer et améliorer la pratique de la CE. Au mieux, on rencontre en dehors des grandes villes des initiatives dispersées au rayonnement très local, souvent de courte durée ou intermittente. Il n'existe pas non plus une compréhension partagée de ce qu'il faut comprendre par CE [—> section 2.2.]

Dans les faits, à l'issue nos visites et entretiens, sur base de notre expérience du pays et du contexte sanitaire, on peut affirmer que le développement de la CE dans les hôpitaux en dehors de Ndjama et de quelques villes est une **perspective nouvelle, attendue et perçue comme un progrès**, particulièrement par les populations rurales coupées des facilités et services de santé urbains.

5. Situation dans les hôpitaux de district (HD)

5.1. Principal lieu où la CE se pratique et est appelée à se développer, l'hôpital de district a spécialement retenu notre attention. Nos visites se sont concentrées sur deux d'entre eux, l'un proche de Ndjama (Gozator), l'autre situé en zone rurale à plus de 300 km à l'est de Ndjama (Bokoro). De nos travaux, visites et entretiens dans ces hôpitaux, de notre expérience de terrain acquise à travers la conduite d'autres projets ou programmes, **plusieurs constats et éléments de réflexion** doivent être particulièrement pointés [—> section 2.3.1]:

- **Les équipements et les locaux**, certes dans un état parfois discutable, notamment leur salubrité, permettent la pratique d'une CE de qualité suffisante et dans des conditions acceptables ;
- **Perception de l'hôpital**. Les hôpitaux sont perçus par les usagers comme l'ultime recours de sorte que souvent ils y sont transférés lorsque il est trop tard. Plusieurs raisons sont fréquemment avancées pour expliquer cette situation préoccupante :
 - l'accessibilité au départ de villages reculés ainsi que le coût du transport et la qualité médiocre des véhicules,
 - la pauvreté de l'information des usagers sur le fonctionnement, les conditions, l'offre et le coût des soins dans les hôpitaux,
 - l'incertitude sur les critères de décision lié à un transfert vers un hôpital (sur base de quels critères ou indices décider de transférer ?). De là découle un doute sur la valeur ajoutée d'une intervention en hôpital. D'autres :
- **Le sentiment d'isolement et parfois d'abandon du personnel médical** face à l'ampleur des tâches et au regard des situations de surcharge quotidienne (c'est particulièrement vrai lorsque le MCH remplit aussi les fonctions de MDC, ce qui est fréquent),
- **Le manque d'un suivi évaluation** des activités conçu à la fois comme référence, support et encouragement pour la conduite des activités ;
- **Le déficit de compétences**, soit qu'elles manquent complètement, soit que ces compétences ne sont plus à jour ni informées des progrès disciplinaires ;
- **La quasi absence de relations de collaboration avec les usagers** combinée au manque d'information de ces derniers sur les possibilités offertes par l'hôpital et sur les conditions de réussite d'une intervention chirurgicale (notons cependant que les usagères que nous avons rencontrées n'ont pas manqué de souligner la qualité de l'accueil et la bienveillance du personnel médical, ce qui souligne qu'un potentiel et que les conditions sociales pour établir de bonnes relations existent).

5.2. S'agissant de la CE plus particulièrement, les **professionnelles et professionnels** rencontrés dans les districts ont en outre souligné les points suivants [—> sections 2.3.2 à 2.3.5] :

- La présence d'un MCH en plus d'un MCD est une condition pour mener un programme de CE à l'échelle du district. Quand le MCH fait aussi fonction de MCD, il est presque impossible de garantir la continuité des services ;
- Le besoin ressenti d'être accompagné et ressourcé régulièrement sur les connaissances et gestes de métier ;
- La nécessité d'avoir des structures dotées en équipements et matériels spécifiquement ciblés sur la mise en œuvre des interventions de CE ;
- La chirurgie étant un travail d'équipe, il faut prendre en compte tous les acteurs nécessaires au bon fonctionnement de la chaîne opératoire si on vise l'amélioration de l'offre chirurgicale ;
- L'amélioration du référencement et de la logistique (ambulance, chauffeur), ce qui implique de prendre aussi en considération les modalités de couverture des frais de transport ;
- La nécessité d'uniformiser et d'actualiser les protocoles et guidelines pour toute la chaîne d'intervention.

5.3. Les professionnel(le)s des HD visités ont tous insisté sur la nécessaire **sensibilisation des populations** sur les pathologies et les procédures. De nos travaux, il ressort que souvent les communautés ne sont pas assez informées sur la possibilité de traitement de certaines pathologies couvertes par la CE ni sur la possibilité de bénéficier de tels traitements au niveau de l'hôpital de district, ni a fortiori les conditions dans lesquelles de tels traitements sont réalisés. La participation communautaire dans la recherche des solutions qui puissent s'ajouter au système déjà existant est souhaitée par l'ensemble des acteurs rencontrés. C'est pourquoi le développement des relations entre les usagers et l'hôpital de district, et particulièrement la **participation communautaire active** aux efforts d'amélioration, doit faire l'objet d'une attention et d'une réflexion toute particulière, notamment pour accroître la capacité des efforts sanitaires d'améliorer les conditions de santé et l'accès aux soins, notamment de CE, aux groupes les plus vulnérables du système de santé [—> sections 1.5.9 et 2.3.6].

6. Premières pistes pour construire un projet d'appui au développement de la chirurgie essentielle.

Si nos travaux ne permettent pas de répondre entièrement à toutes les questions soulevées dans les TdR en vue d'un éventuel projet, ils permettent de mettre en évidence une série de points importants, notamment sur les finalités, les orientations stratégiques, les indications pragmatiques, les conditions de faisabilité et les défis à affronter.

6.1. La **finalité générale** d'un projet d'appui au développement de la CE au Tchad vise la réduction de la mortalité et de la morbidité des populations, en particulier celles qui vivent dans les zones rurales mal desservies, avec un accès difficile aux formations sanitaires et tout spécialement les mères et les enfants en bas âge.

6.2. Une telle finalité est trop générale et doit être précisée. Aussi, nos travaux ont identifié trois domaines où, au Tchad, des **objectifs spécifiques** peuvent être formulés dans le but de donner corps à cette finalité générale : (i) améliorer la pratique et les performances de la CE dans les hôpitaux de district, (ii) améliorer la gouvernance et le fonctionnement des hôpitaux de district où se pratique la CE et (iii) améliorer la participation des usagers dans la gestion et la mise en œuvre des actions concernées par le développement de la CE. Ces trois domaines correspondent étroitement à trois des 6 piliers NSOAP [—> section 3.1.1].

6.3. Un quatrième domaine, moins direct, a été envisagé dans une perspective plus large de contribution au développement local (comment, en développant la CE, on peut aussi contribuer à du développement local ?). Ce domaine se présente comme une possibilité intéressante à envisager pour enrichir les trois premiers : il consiste, tout en travaillant pour relever les défis de la CE, à se saisir des opportunités pour agir, directement ou indirectement, sur l'un ou l'autre mécanisme social qui traverse, affecte ou perturbe la société « autour » des infrastructures de santé [—> section 3.1.1].

6.4. Sur cette base, plusieurs **orientations stratégiques** se présentent sur la base desquels des **résultats attendus** pour un projet pourraient être déclinés :

- (i) **Développer les métiers de la santé et la fonctionnalité des hôpitaux** en même temps qu'on améliore les capacités chirurgicales (piliers NSOAP n°1 et 3). Il s'agit notamment de développer la pratique et la culture des protocoles qui actuellement font défaut dans les hôpitaux de district et qui entravent les performances de la chirurgie dans les districts [—> section 3.1.2];
- (ii) **Développer la réflexivité professionnelle** à travers les échanges entre les professionnels (pilier NSOAP n°2). Pour lutter contre le sentiment d'abandon ou d'isolement des MCH, il s'agit créer les conditions et les cadres dans lesquels les femmes et hommes médecins et les autres agents de santé impliqués dans la pratique de la CE peuvent échanger entre eux et ainsi développer la réflexivité professionnelle qui est au cœur de tout processus d'apprentissage et de développement des métiers [—> section 3.1.3].
- (iii) **Développer la CE avec les usagers et usagères** (objectif de participation, en lien avec le pilier NSOAP n°6). Il s'agit ici de mettre les usager(e)s dans le coup, pas seulement pour décliner leurs besoins et perceptions, pas seulement pour informer et sensibiliser mais aussi pour prendre part à la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation des actions de soutien au développement de la CE, aussi loin que possible compte tenu des moyens et des capacités [—> sections 3.1.4 et 3.2.1.3].

6.5. En s'appuyant sur cette base programmatique, plusieurs orientations pragmatiques ont été déclinées de manière à délimiter un certain nombre de **domaines d'activités**.

- **L'hôpital de district** (HD) a été identifié comme le lieu de référence où les actions concrètes peuvent être menées le plus fructueusement. En pratique, au départ, si un projet se met en place, il conviendra d'identifier deux ou trois HD dans des régions différentes et confrontés à des contextes et problématiques contrastés de manière à pouvoir tirer un maximum de leçons dans le cas où le programme initial serait étendu à d'autres régions (districts) et à d'autres infrastructures médicales [—> section 3.2.1.1].
- Développer la **formation continue de l'ensemble des métiers** intervenant dans la chaîne opératoire, (i) en situation réelle et (ii) sur la base d'un programme progressif ciblant le développement des compétences en situation de travail [—> section 3.2.1.2].
- Développer les **compétences des usagères et usager** dans leur capacité à collaborer efficacement avec les acteurs de la CE et plus largement avec les infrastructures médicales, en particulier l'HD. Dans ce sillage, développer les compétences citoyennes dans le sens de citoyens et citoyennes contrôlant et inspirant la qualité des services au public qui leur sont proposés par des instances publiques [—> section 3.2.1.3].

6.6. En lien direct avec ces lignes pragmatiques, **un certain nombre d'activités concrètes** peuvent raisonnablement être envisagées en première hypothèse [—> section 3.2.2.1.] :

- Activités de supervision et d'intervision (suivant un principe de « peer to peer review » mettant en valeur le vécu professionnel, les gestes de métier et les pratiques) ;
- Organisation de caravanes orientées « autoapprentissage & apprentissage », donc très différentes des caravanes classiques destinées à offrir gracieusement des prestations chirurgicales aux démunis [—> section 3.2.2.2] ;
- Activités visant au développement des pratiques, méthodes et dispositifs collaboratifs entre professionnels de la santé et usagers ;
- Avec les usagers, femmes et hommes, activités de sensibilisation / information / communication et de mobilisation participative autour de problématiques sensibles (par exemple l'identification rapide des cas nécessitant une intervention et le transport vers l'HD dans de bonnes conditions) ;
- Avec les usagers, femmes et hommes membres des communautés en lien avec les CS et HD, identification et caractérisation des différentes catégories ou groupes d'usagers, notamment ceux qui ont des caractéristiques socio-économiques exigeant une attention supplémentaire ; le cas échéant, définition de stratégies appropriées pour mieux les impliquer ;

- Activités de suivi évaluation des activités et résultats, suivi évaluation compréhensif des effets et changements (pourquoi, comment ça change ?), capitalisation apprenante et de suivi de la qualité (quelles leçons ?).

6.7. Plusieurs **conditions de faisabilité** ressortent directement de nos travaux de terrain dans les hôpitaux. Elles font largement écho à celles qui sont habituellement mises en lumière dans la littérature internationale consacrée à la CE, notamment les études de type NSOAP.

- Faisabilité et conditions **institutionnelles** (partenariats, ancrages,...). Le défi du portage des efforts et initiatives reste entier au terme de cette étude. Nos travaux à Ndjamena n'ont pas permis d'identifier quelles organisations, publiques, privées ou membres de la société civile, sont prêtes à porter le flambeau de la CE. Dans les conditions actuelles, le Ministère de la Santé Publique, sans doute aux côtés de la Faculté de Médecine de Ndjamena, prendrait place dans un comité de pilotage (*portage institutionnel*) mais ces acteurs ne réunissent pas les conditions pour assumer le *portage opérationnel*. Pour cette fonction, nos travaux désignent plutôt une structure de la société civile qui, à ce jour, reste cependant à identifier [—> section 3.3.1].
- Faisabilité et conditions **organisationnelles**. Une fois les HD identifiés, il s'agit ici de réaliser une analyse de contexte (du district) et un diagnostic organisationnel et fonctionnel des HD. Pour être efficace, un tel diagnostic devra combiner deux dimensions, analyse descriptive (quoi, comment) et analyse compréhensive (pourquoi) [—> section 3.3.2]. La participation des usagères aux moments opportuns enrichira un tel diagnostic.
- Faisabilité et conditions **opérationnelles** en lien avec la qualité, la disponibilité, le bon usage et la maintenance des infrastructures, outils, équipements nécessaires pour mener des opérations de CE dans de bonnes conditions [—> section 3.3.3].
- Faisabilité et conditions **financières**, avec une préoccupation cardinale, celle de ne pas créer une dépendance vis-à-vis de sources de financement externes au Tchad. Les efforts de développement de la CE doivent être aussi loin que possible financés par des ressources tchadiennes [—> section 3.3.4].

6.8. La réalisation d'un projet d'appui au développement de la CE au Tchad place ses promoteurs et les acteurs ou actrices qui y sont impliqués face à un **certain nombre de défis exigeants à relever** :

- Les **défis de l'engagement et de la responsabilité** qui conditionnent fondamentalement l'avenir à long terme de toute initiative de développement de la CE au Tchad. Comment créer les conditions pour les relever ? [—> sections 3.3.5.1. et 3.3.5.2] ;
- Le défi de **l'implication évolutive et durable des communautés** : une chose est d'associer des communautés occasionnellement lors d'opérations ou de moments particuliers dans le déroulement d'un projet, tout autre est le défi de les impliquer *structurellement* et donc *durablement* en veillant que cette participation évolue quantitativement et qualitativement au fil des années, en lien étroit avec l'évolution des contextes et de l'action [—> sections 3.3.5.3] ;
- Le défi de la **maintenance et de la salubrité** : à première vue, un tel défi semble purement technico-sanitaire. En réalité, il touche à la conception même de la santé et de l'action sanitaire, dans les centres médicaux mais aussi au-delà dans les lieux de vie [—> sections 3.3.5.4] ;
- Le défi d'une **perspective genre « revisitée » et « politisée »**. Il ne s'agit pas simplement de garantir l'égalité de genre ou plus largement de prendre en compte des catégories les plus faibles et vulnérables. Il est question ici de repenser les pratiques, approches et stratégies de genre en regard de leur potentiel de transformation « douce » des sociétés locales, notamment en ce qui concerne les mécanismes de domination, d'exploitation, d'exclusion, de violence qui rongent les sociétés locales par l'intérieur. De tels mécanismes ne se limitent pas aux seuls rapports entre hommes et femmes [—> section 3.3.5.5] ;
- Le défi d'une action qui ne se limite pas à soulager des symptômes mais qui investit et agit à **la racine des problèmes**, c'est-à-dire sur les mécanismes qui sont à la source des dysfonctionnements pour lesquels des solutions sont recherchées [—> section 3.3.5.6] ;
- Le défi de l'intelligibilité des progrès et du **balisage des évolutions**, défi qui implique en pratique de se doter d'un **état des lieux de référence au départ** de tout projet d'amélioration de la CE au Tchad [—> section 3.3.5.7].

7. Conclusions

7.1. Au terme de nos travaux, il ressort qu'un programme d'appui au développement de la pratique de la CE est pertinent au Tchad et qu'il répond à des enjeux de santé publique de grande pertinence. En effet, en améliorant la pratique de la CE, un certain nombre d'**impacts de santé publique** en résultent, notamment :

- Une contribution significative au développement de la fonctionnalité des hôpitaux de district et, de manière générale, à l'efficacité de l'action de santé publique dans les districts sanitaires, particulièrement si des liens collaboratifs avec les usagers sont développés. En effet, l'hôpital de district, spécialement dans les zones reculées du pays, constitue avec les centres de santé qui lui sont liés, une pièce maîtresse dans le système de santé actuellement au Tchad. Il représente l'ultime recours pour des situations d'urgence pour la grande majorité de la population qui vit dans de telles zones éloignées de Ndjamenas et qui ont de fait un accès difficile aux soins de santé de qualité.
- En développant la CE, on crée une opportunité pour améliorer l'articulation fonctionnelle, au sein du district, entre les centres de santé et l'hôpital de référence et, par ce biais, entre les représentants des usagers (et des communautés qu'ils et elles représentent) et les professionnels de la santé.

7.2. Il apparaît en outre que le projet d'amélioration de la CE dans les districts offre une opportunité pour affronter des défis développementaux et ainsi accroître indirectement la pertinence de toute action en faveur de la CE par le biais d'**impacts sociaux et sociétaux collatéraux** :

- Le développement de compétences citoyennes locales au sein des populations utilisatrices des hôpitaux. En renforçant la liaison entre les usager(e)s et les structures de santé locales, on améliore la délivrance de soins de qualité et la capacité des populations à l'exiger, à la contrôler et à l'améliorer à leur usage ;
- La lutte contre l'exclusion de groupes ou catégories plus faibles ou plus vulnérables ;
- Possiblement, un travail en profondeur avec des usagers et des professionnels de la santé sur des mécanismes dysfonctionnels qui font sens à l'échelle des sociétés locales.

Une action de santé publique qui prend pour cible la CE peut donc accroître les performances de la santé publique en même temps qu'elle améliore par ricochet le fonctionnement social des sociétés locales.

7.3. Toutefois, dans les conditions actuelles, l'ensemble des éléments avancés ci-dessus ne sont pas solidement garantis. C'est pourquoi nous proposons de commencer par un projet modeste, mené dans 2 ou 3 districts et conduit à la manière d'une **« action-recherche »** qui aurait pour vocation de vérifier, de mettre à l'épreuve et d'approfondir de manière créative les pistes envisagées dans cette étude préalable. Les résultats d'une telle action recherche menée sur deux ou trois années permettront de clarifier les modalités dans lesquelles une action de plus long cours et de plus grande ampleur peut être construite au Tchad sur des bases consolidées.

Inter-Mondes Belgique

Siège

1, Place des Doyens
S/C Institut d'Etudes de Développement
Bureau A 330, 3^{ème} étage, aile A
B-1348 Louvain la Neuve (Belgique)

Adresse postale

Rue de la Lanterne magique, 32 boîte L2.04.01
B-1348 Louvain la Neuve (Belgique)

Bureau opérationnel à Bruxelles

21, rue Alexandre De Craene, B-1030 Schaerbeek
Tel : +(32)22.42.34.32
Tel.: +32(0)472.285.472 - +32(0)10.478.502 + +32(0)474.697.967

contact@inter-mondes.org - www.inter-mondes.org
N° enregistrement / TVA : BE0 473.920.719
Compte Belfius: BE38 7775 9577 3672 BIC/SWFT : GKCCBEBB

