



**Bureau d'Appui Santé et Environnement**

“Valorisons ensemble le savoir - faire endogène”

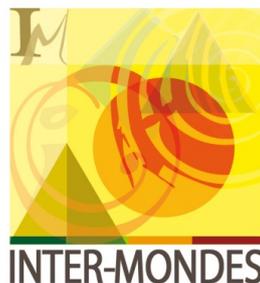
**Etude réalisée pour le compte de  
La Chaîne de l'Espoir et F3E (Paris)**

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

**Rapport Complet Final**

**De Leener Philippe  
Ahmat Malick  
Sansebastiano Lorenza**

**Juin 2020**



**INTER-MONDES BELGIQUE (IM-B)**

32 Rue de la lanterne Magique, Boite 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](mailto:marc.totte@inter-mondes.org) – [philippe.deleener@uclouvain.be](mailto:philippe.deleener@uclouvain.be)

[www.inter-mondes.org](http://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

ATS	Agent Technique de Santé
BAD	Banque Africaine de Développement
CE	Chirurgie Essentielle
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
COGES	Comité de Gestion du centre de santé
COSAN	Comité de Santé
CPA	Centrale Pharmaceutique d'Achat
CPN	Consultation Périnatale
CS	Centre de Santé
CSU	Couverture Santé Universelle
DS	District Sanitaire
EP	Etude préalable
FACSSH	Faculté de Sciences de la Santé Humaine
FIDA	Fonds International pour le Développement agricole
HD	Hôpital de District
HGRN	Hôpital Général de Référence Nationale
HME	Hôpital de la Mère et de l'Enfant
HTA	Hyper Tension Artérielle
IEC/CCC	Information-Education-Communication / Communication pour le Changement de Comportement
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
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
PNS	Plan National de Santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTF	Partenaires techniques et financiers
RGPH2	Recensement Général de la Population
RSS	Renforcement du Système de Santé
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SONUC	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complète
TSAR	Technicien Supérieur Anesthésie et Réanimation
UE	Union Européenne
WB	World Bank

## Sommaire

<b>Résumé exécutif</b>	<b>8</b>
1. Cadre général de l'étude	8
2. Le défi de la chirurgie essentielle (CE)	8
3. Le système de santé au Tchad : bref tour d'horizon	10
4. La chirurgie essentielle au Tchad	11
5. Situation dans les hôpitaux de district (HD)	12
6. Premières pistes pour construire un projet d'appui au développement de la chirurgie essentielle.	13
7. Conclusions	15
<b>PARTIE I : Fondements de l'étude</b>	<b>17</b>
<b>1.1- Introduction : cadre, motivations, demande, méthodologie</b>	<b>17</b>
1.1.1. Contexte de l'étude préalable	17
1.1.2. Objectifs et enjeux de l'étude préalable	18
1.1.3. Méthodologie et déroulement	18
1.1.4. Limites	19
<b>1.2. Le contexte global : grandes tendances et points de vigilance</b>	<b>21</b>
<b>1.3. Le contexte tchadien : grandes tendances et points de vigilance</b>	<b>23</b>
1.3.1. Un tableau d'ensemble décourageant	23
1.3.2. La santé dans le contexte national : premiers éléments	24
<b>1.4. Vue d'ensemble du système de santé au Tchad. Grandes problématiques et accès aux soins</b>	<b>26</b>
1.4.1. Organisation des services de santé au Tchad	26
1.4.2. Quelques indicateurs sur la disponibilité des services de santé	28
1.4.3. Quelques constats sur le système de santé tchadien	28
<b>1.5. Le défi de la chirurgie essentielle. Les objectifs du Lancet : état des lieux, enjeux, perspectives, vue d'ensemble des problématiques, et la situation au Tchad</b>	<b>30</b>
<b>PARTIE II : La chirurgie essentielle au Tchad à la lumière des situations dans deux hôpitaux de district</b>	<b>37</b>
<b>2.1. Analyse comparative des deux hôpitaux de district visités</b>	<b>37</b>
2.1.1. L'hôpital dans le district sanitaire	37
2.1.2. L'hôpital de district : quelques considérations générales	37
2.1.3. Pratique de la chirurgie dans les deux hôpitaux visités	38
2.1.3.1. Gozator	38
2.1.3.2. Bokoro	38
<b>2.2. Ce qu'on entend par chirurgie essentielle au Tchad</b>	<b>39</b>
<b>2.3. Perspectives de développement de la chirurgie essentielle dans les hôpitaux de district au Tchad</b>	<b>40</b>
2.3.1. Les défis et enjeux de la CE dans les districts sanitaires	40

2.3.2. Les opportunités _____	41
2.3.3. Les contraintes _____	41
2.3.4. Le désirable et les limites du possible dans un cadre de ressources modestes _____	41
2.3.5. Conditions préalables au vu de nos travaux dans les HD _____	42
2.3.6. Place des populations et des usagers _____	42

## **PARTIE III : Premières pistes pour construire un projet d'appui au développement de la chirurgie essentielle (le possible rôle de LCDE dans le développement de la CE au Tchad) \_\_\_\_\_ 44**

<b>3.1. Objectifs généraux des efforts pour développer la CE au Tchad _____</b>	<b>44</b>
3.1.1. Des objectifs dans plusieurs domaines _____	44
3.1.2. 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) _____	46
3.1.2.1. Développer les métiers, les protocoles et la culture du protocole (pilier NSOAP n°1) _____	46
3.1.2.2. Deux conditions clefs : prise de conscience et action sur la racine des difficultés _____	47
3.1.3. Développer la réflexivité professionnelle à travers les échanges entre les professionnels (pilier NSOAP n°2) _____	47
<b>3.2. Ouvertures pragmatiques et stratégiques _____</b>	<b>48</b>
3.2.1. Options stratégiques de base _____	48
3.2.1.1. L'hôpital de district comme l'espace sanitaire de référence pour développer la CE _____	48
3.2.1.2. La formation continue en situation réelle (pilier NSOAP n°2) _____	49
3.2.1.3. La participation des usagers en lien avec l'HD et les CS (pilier NSOAP n°6) _____	49
3.2.2. Indications pour un éventuel futur projet ou programme _____	50
3.2.2.1. Indications générales _____	50
3.2.2.2. Des caravanes orientées « auto-évaluation & apprentissage » (piliers NSOAP n°1 et 2) _____	51
3.2.2.3. Autres pistes _____	52
<b>3.3. Conditions de faisabilité à particulièrement surveiller _____</b>	<b>52</b>
3.3.1. Faisabilité / conditions institutionnelles (partenariats, ancrages,...) : le défi du portage des efforts et initiatives (pilier NSOAP n°6) _____	52
3.3.2. Faisabilité / conditions organisationnelles (gouvernance, pilier NSOAP n°6) _____	54
3.3.3. Faisabilité / conditions opérationnelles (pilier NSOAP n°3) _____	55
3.3.4. Faisabilité / conditions financières (pilier NSOAP n°4) _____	55
3.3.5. Autres conditions influençant transversalement la faisabilité : 7 défis en ligne de mire _____	56
3.3.5.1. Relever le défi de l'engagement et volonté d'agir _____	56
3.3.5.2. Relever le défi de la responsabilité _____	57
3.3.5.3. Relever le défi de l'implication évolutive des communautés _____	57
3.3.5.4. Relever le défi de la maintenance et de la salubrité _____	57
3.3.5.5. Relever le défi d'une perspective genre « revisitée » et « politisée » _____	58
3.3.5.6. Investiguer et agir sur les mécanismes à la source des dysfonctionnements _____	59
3.3.5.7. Se doter d'un état des lieux de référence _____	60

## **Conclusions générales \_\_\_\_\_ 61**

## **Annexes \_\_\_\_\_ 64**

<b>Annexe 1 : Participants aux ateliers et personnes rencontrées en entretien _____</b>	<b>64</b>
<b>Annexe 2 : Calendrier des missions de terrain, personnes rencontrées _____</b>	<b>65</b>
<b>Annexe 3 : Principaux documents consultés _____</b>	<b>68</b>
1. Littérature internationale _____	68
2. Documents Tchad _____	69
<b>Annexe 4 : Liste des actes médicaux susceptibles d'être classés dans la CE (selon LCDE) _____</b>	<b>70</b>
<b>Annexe 5 : Points clefs des entretiens, ateliers et réunions du jeudi 13/02 à Paris au siège de La Chaîne de l'Espoir _____</b>	<b>72</b>
<b>Annexe 6 : Etat des lieux des hôpitaux visités (vue d'ensemble) _____</b>	<b>77</b>
<b>Annexe 7 : Analyse du contexte tchadien : grandes tendances et points de vigilance _____</b>	<b>80</b>

7.1. Vie et dynamiques politiques _____	80
7.2. Vie et dynamiques sociales _____	82
7.3. Vie et dynamiques économiques _____	83
7.4. Conséquences et implications dans le cadre d'une étude sur la CE _____	84
<b>Annexe 8 : Vue d'ensemble du secteur de la santé au Tchad et de ses grandes problématiques _____</b>	<b>86</b>
8.1. Paysage des grandes problématiques _____	86
8.2. Paysage des opportunités _____	89
8.3. La gratuité des soins, un progrès pour le Tchad ? _____	89
<b>Annexe 9 - Soigner les corps, soigner la société : Défis au cœur de la société tchadienne _</b>	<b>92</b>
9.1. Des « maladies sociétales », autant de défis _____	93
Mécanisme M1 : Les limites, les interdits n'empêchent pas de faire ce qu'on ne devrait pas faire. Les règles et les lois n'obligent pas. _____	93
Mécanisme M2 : Le Collectif est absent des consciences et des actes qui fondent la vie quotidienne _	94
Mécanisme M3 : L'enfermement dans l'immédiat, dans le « ici et tout de suite » _____	95
Mécanisme M4 : Le pouvoir est conçu et vécu comme un attribut pour exercer sa domination sur les autres ou pour soutirer des privilèges, et non pas comme une fonction sociale nécessaire à la « bonne vie » en société _____	95
9.2. Quatre mécanismes ... ou d'autres _____	96
9.3. Faire « coup double » : soigner les corps et en même temps soigner la société _____	96
<b>Annexe 10 : Vue d'ensemble des travaux de l'atelier du 14 mars _____</b>	<b>97</b>
<b>Annexe 11 : Participants à l'atelier de « synthèse réflexion » du 14 mars à Ndjamena ____</b>	<b>99</b>
<b>Annexe 12 : Bref survol de l'expérience de BASE en matière de renforcement du système de santé au Tchad _____</b>	<b>100</b>

## Remerciements

Nous voulons remercier ici toutes les personnes que nous avons rencontrées et qui nous ont consacré leur temps précieux pour nous recevoir et échanger avec nous, que ce soit à Ndjamena ou en dehors, notamment à Gozator et Bokoro. Sans leur engagement et souvent leur sympathie, nous n'aurions pas pu mener le travail que nous présentons ci-après.

Nous remercions aussi l'équipe de LCDE et du F3E qui, dès le début, nous a manifesté de mille manières leur intérêt et leur enthousiasme pour cette étude. Nous les remercions pour les riches interactions que ces animatrices nous ont consacrées. Nous espérons vivement avoir répondu à leurs attentes en ayant été aussi loin que possible avec les moyens disponibles et dans les circonstances actuelles.

## Avertissements

1. L'habitude de prendre plus substantiellement en compte le **genre** dans la rédaction des textes, notamment dans le cas des études, fait son chemin. Toutefois, cette disposition rencontre en pratique une préoccupation, celle de la lisibilité. C'est pourquoi nous avons renoncé à mettre systématiquement au masculin et au féminin partout où cela devrait se faire. Pour ne pas mettre pour autant au rebut cette préoccupation légitime, nous avons préféré adopter une autre stratégie d'écriture, commune en milieu anglo-saxon, celle qui consiste à mettre aléatoirement au masculin ou au féminin. Les lecteurs comme les lectrices seront sans doute surpris(e)s au début mais les unes et les autres découvriront qu'on s'y habitue rapidement une fois averti.

2. Tous les éléments du présent rapport ne contredisent pas les efforts produits par ailleurs par LCDE en matière de **formation universitaire** (nous faisons allusion au projet déjà en cours entre LCDE et la Faculté de Médecine de l'Université de Ndjamená). Nos apports sont *au contraire* de nature à les consolider et à leur donner un surcroît de pertinence.

## Résumé exécutif.

Pour le confort du lecteur et de la lectrice, ci-après nous précisons régulièrement entre crochets les sections du présent rapport où des explications supplémentaires et approfondissements pourront être trouvés aisément.

### 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 Ndjamenas 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 districts 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 Ndjamenas 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 Ndjamenas [—> 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].

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

## **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

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 Ndjamena 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 Ndjamena 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 Ndjamena (Gozator), l'autre situé en zone rurale à plus de 300 km à l'est de Ndjamena (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 **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 professionnels 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 de 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 « auto-apprentissage & 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 usagers 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 Ndjamena 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 colatéraux** :

- 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.

## PARTIE I : Fondements de l'étude

Dans cette première partie, nous livrons tous les éléments nécessaires à une compréhension des travaux menés sur le terrain et du cadre dans lequel cette étude prend place.

### 1.1- Introduction : cadre, motivations, demande, méthodologie

#### 1.1.1. Contexte de l'étude préalable

LCDE a été fondée en 1994 et vise à donner accès aux soins et à l'éducation aux enfants les plus vulnérables, à leurs familles et leurs communautés à travers le monde. Dans le domaine de la santé, l'action de LCDE se divise en plusieurs volets : (i) les soins médico-chirurgicaux, (ii) les formations en chirurgie spécialisée et (iii) la construction et réhabilitation de structures hospitalières (LCDE 2019, TdR, p.1). « *Si la prise en charge chirurgicale a toujours été au cœur de son action, LCDE vise aujourd'hui à développer des programmes d'accès aux soins pour les populations les plus démunies* » (LCDE 2019, TdR, p.2). Les partenaires de LCDE, notamment le Ministère de la Santé publique mais aussi un certain nombre de ses membres sont aujourd'hui « *très demandeurs d'un accompagnement de LCDE sur la mise en place d'un nouveau modèle d'intervention autour de la chirurgie essentielle* » (LCDE2019, TdR, p.3). En l'occurrence, un vif intérêt a été manifesté par les partenaires tchadiens de LCDE de sorte que dès 2018 un programme de formation a été élaboré pour mettre en place dès la rentrée universitaire de novembre 2019 un diplôme de « *Capacité en Chirurgie Essentielle pour les Médecins des Districts Sanitaires du Tchad* ». L'étude préalable qui fait l'objet du présent rapport n'est cependant pas en lien direct avec la conduite de ce certificat, même si, à l'avenir, les actions que LCDE pourraient décider en matière de développement de la CE au Tchad devraient se mettre en liaison avec cette initiative de formation universitaire.

LCDE envisage à terme de contribuer au développement d'un projet de chirurgie essentielle adapté au contexte tchadien qui pourrait servir de modèle à d'autres interventions ailleurs. Le futur projet a « *pour but global l'amélioration des capacités du système de santé tchadien pour permettre un accès en temps opportun (en moins de deux heures) à une chirurgie essentielle de qualité, sûre et financièrement accessible* » (LCDE, 2019, TdR, p.8). LCDE s'appuiera sur les 6 piliers du système de santé tels que définis par l'OMS (prestations de services de santé, personnel de santé, systèmes d'information médicale, accès aux médicaments de base, financement et gouvernance). « *A ce stade, le projet envisagé s'apparente à un projet pilote, mis en place sur un ou deux districts qui puisse être répliqué, adapté à d'autres districts et passé à l'échelle régionale* » (LCDE, 2019, p.9).

« *LCDE souhaite inclure à la formation en place et au projet futur une perspective de genre, mais aussi un regard plus général sur la qualité de soins (approche centrée autour des usager.ère.s). La chirurgie essentielle étant composée à 80% d'actes obstétricaux, la place des femmes et de leur perception sur la qualité des soins est prépondérante dans le projet. Un lien important est à envisager dans le futur projet avec la santé maternelle et infantile en général et les parties prenantes y contribuant* » (LCDE, 2019, p.12).

LCDE souligne « *le risque de sous-représentation des femmes dans l'accès à la formation, notamment dû au faible nombre de femmes médecins et anesthésistes tchadiennes, notamment à des positions de leadership dans les centres de santé, les hôpitaux de district et les Ministères. La question de l'accès*

*étant un élément-clé dans tout projet de chirurgie essentielle, tant en termes physique, financier que d'acceptabilité, il s'agira d'identifier des mesures pour atténuer ce risque lié à la sous-représentation des femmes dans les instances décisionnaires comme dans le personnel médical » (LCDE, 2019, p.12).*

### 1.1.2. Objectifs et enjeux de l'étude préalable

L'objectif de l'étude est double :

- au **niveau opérationnel**, améliorer « *la pertinence du futur projet de chirurgie essentielle de LCDE au Tchad dès la phase de formulation. Ce futur projet vise à permettre un accès en temps opportun à une chirurgie essentielle de qualité, sûre et financièrement accessible. L'étude se traduira par une analyse complète de la problématique d'accès aux soins des populations et de la faisabilité du projet envisagé, y compris depuis une perspective communautaire et inclusive » (LCDE, 2019, TdR, p.13).*
- au **niveau stratégique structurant**, sur la base de cette étude préalable, « *permettre à LCDE de formuler une nouvelle approche du diagnostic préalable qui lui sera propre, incluant un processus clairement défini, une méthodologie et des outils » (LCDE, 2019, TdR, p.13).*

Ces objectifs ont été précisés lors de l'atelier et des rencontres du 13 février 2020 à Paris (voir le compte rendu en annexe 5). Les TdR soulignent cependant certains éléments clefs, notamment le fait que « *les parties prenantes issues de la **société civile** ne sont pas systématiquement impliquées dans l'identification des besoins et la formulation des projets. L'intérêt et la pertinence de mener une étude préalable, avec, qui plus est, une composante participative et une perspective de genre, ne sont pas évidents pour tous et toutes au sein de LCDE » (LCDE, 2019, TdR, p.14).*

Les TdR précise les enjeux et les **questions** de référence (LCDE, 2019, TdR, pages 17 à 19).

### 1.1.3. Méthodologie et déroulement

La manière même de mener une étude préalable au sein de LCDE fait partie des ambitions affichées pour cette étude. Sur la méthode, nous renvoyons le lecteur document publié séparément qui aborde explicitement cette dimension en détail. Dans cette section, nous exposons en quelques mots l'essentiel du déroulement des travaux.

- Un **atelier préparatoire** a été organisé à Paris pour donner la parole aux membres et personnel de LCDE, principalement autour de leurs craintes, de leurs attentes et des propositions qu'ils avaient à l'esprit pour améliorer ou enrichir l'étude.
- L'équipe de l'étude est **multidisciplinaire**, composée de deux médecins en fonction au Tchad depuis longtemps, un homme généraliste spécialiste des questions de santé publique, une femme gynécologue-obstétricienne qui a travaillé dans divers hôpitaux et d'un spécialiste des dynamiques de projet (bio-ingénieur, docteur psychologue et professeur d'économie du développement à Louvain en Belgique).
- La mission s'est déroulée, au Tchad, en **deux périodes** (du 20/02 au 01/03/20 et du 12/03 au 15/03/20) et en cinq temps : (i) une visite à chaud de l'Hôpital de District de Gozator, un quartier périphérique de Ndjamenà, (ii) un atelier de lancement qui visait de mettre « dans le coup » les autorités tchadiennes, (iii) une phase d'entretiens mobilisant toute la gamme d'acteurs susceptibles de jouer un rôle dans le futur projet ou connaissant bien le système de santé tchadien, (iv) un travail de terrain dans les districts de Gozator et de Bokoro (300 km à l'est de Ndjamenà) et (v) une phase de synthèse (du 12/03 au 15/03) avec comme moment fort au Tchad un atelier de restitution / valorisation / réflexion. L'atelier a mis au travail des parties prenantes du système de santé tchadien autour de quelques questions clefs.

**Tableau 1.1. : Grandes catégories des acteurs rencontrés**

Médecins chefs d'hôpitaux (notamment de district),  
Médecins chefs de district,  
Chirurgiens,  
Médecin(e)s ou infirmier(e)s faisant fonction de chirurgien,  
Infirmières ou infirmiers (IDE, ATS),  
Techniciens TSAR ou chargés de l'anesthésie,  
Sages femmes,  
Stérilisateurs,  
Gestionnaires (responsables administratifs) d'hôpitaux,  
Fonctionnaires du Ministère de la Santé Publique en charge de programmes de santé, de divisions ou de sous-divisions,  
Femmes ayant bénéficié de soins chirurgicaux de type CE,  
Enseignant(e)s de l'Université : doyen et vice doyen(ne) faculté de Médecine, Université de Ndjamenas,  
Responsables de programmes de santé d'ONG

- En début avril et le 4 juin, deux autres moments de debriefing ou réflexion sont programmés en France pour consolider l'ancrage de l'étude au sein de LCDE.

*L'annexe 1* précise le nom des personnes que nous avons rencontrées dans le cadre d'entretiens (le plus souvent individuels) ou celles qui ont participé aux ateliers du lundi 24/02 (lancement) et du samedi 14/03 (synthèse / réflexion).

*L'annexe 2* donne le détail du programme de travail ainsi que le nom des personnes rencontrées lors des visites de terrain ou à Ndjamenas.

De manière générale, nous avons rencontré des représentants des *grandes catégories* reprises dans le tableau 1.1 Les personnes rencontrées étaient liées (employées) tantôt par des structures publiques, tantôt par des structures médicales privées (notamment confessionnelles).

Un travail documentaire a été mené en pointillé entre la mi-janvier et la fin mars. *L'annexe 3* reprend un certain nombre des textes que nous avons consultés et utilisés dans cette étude.

#### 1.1.4. Limites

La mission a été courte et dotée de moyens mesurés. Il a donc fallu faire des choix de méthode de sorte que certaines limites sont nécessaires à souligner.

- Les visites d'hôpitaux n'ont pas toujours été simples à mener. Ainsi, le samedi 23/02, notre passage à Gozator coïncidait avec la pleine activité d'une Caravane organisée par la Fondation Grand Cœur (fondation créée par la Première Dame du Tchad)<sup>1</sup>. En outre, le médecin chef district (MCD) qui est aussi MCH ; n'était pas présent de même que les deux TSAR<sup>2</sup>. Le jeudi 27/02 et vendredi 28/02, notre séjour à Bokoro coïncidait cette fois avec le passage d'une grosse opération orchestrée par l'UNICEF<sup>3</sup>, mobilisant notamment le MCD (qui fait fonction de MCH).
- Les conditions dans lesquelles mener les entretiens n'étaient pas forcément confortables, surtout s'agissant des patient(e)s. Malgré tout, les conditions de confidentialité ont toujours été réunies.
- La disponibilité des acteurs clefs à rencontrer n'était pas aisée à obtenir. Nous avons dû renoncer à rencontrer plusieurs acteurs qui, a priori, nous semblaient importants. C'est particulièrement le cas de certains acteurs attachés au Ministère de la Santé Publique, peu accessibles et, lorsqu'ils étaient présents, peu disponibles ou parfois mal informés sur les matières regardant notre étude<sup>4</sup>.
- En dépit de nos efforts, certaines catégories restent sous-représentées dans l'échantillon des acteurs rencontrés, particulièrement les bénéficiaires, mais aussi les représentants de la société civile<sup>5</sup>. Ce n'était pas faute d'avoir tenté (les RV ont parfois été pris longtemps à l'avance).

1- Cette caravane propose des interventions chirurgicales entièrement gratuites. Lors de notre passage à Gozator, il s'agissait de médecins et chirurgiens égyptiens ne s'exprimant qu'en arabe...

2- Nous avons cependant pu les rencontrer mardi 25/02 en matinée dans de bonnes conditions, malgré la caravane.

3- Plus d'une quinzaine de personnes, au point que nous avons eu de sérieuses difficultés des chambres à louer.

4- Parfois, pour des raisons indépendantes de leur volonté telles que, par exemple, une convocation inattendue des responsables des diverses divisions chez le Ministre. Il faut tout de même noter qu'aucun(e) des fonctionnaires invités lors de l'atelier de lancement le lundi 24/02 ne s'est présenté (ni n'a excusé son absence), ce qui a quelque peu déformé la diversité de l'échantillon d'acteurs représentés. En revanche, les représentants du Ministère de la Santé Publique étaient présents et actifs lors de l'atelier de restitution réflexion du 14 mars.

5- Au total, nous avons rencontré 7 bénéficiaires, dont 4 femmes ayant subi une césarienne (trois d'entre elles ont perdu leur enfant).

- De manière générale, notre étude présente et travaille peu de données quantitatives. Pour deux raisons : les modalités et conditions de l'étude ne nous permettaient pas de produire nous-mêmes des données chiffrées consolidées de qualité tandis que les données primaires et secondaires, quand elles étaient disponibles et accessibles chez les personnes ou institutions rencontrées, n'étaient pas fiables et souvent lacunaires (dans certains cas, elles n'existaient pas)<sup>6</sup>.

---

6- La production de statistiques et de chiffres rigoureux relativement aux interventions de CE ou de éléments la concernant figure comme une problématique sérieuse.

## 1.2. Le contexte global : grandes tendances et points de vigilance

Le développement de la CE ne se fait pas *en absence du monde autour*. Avant d'entrer dans le vif du sujet, la chirurgie essentielle au Tchad, il est nécessaire à nos yeux de souligner quelques tendances massives qui traversent les contextes globaux. A première vue, elles semblent s'éloigner de notre propos. Elles déterminent pourtant profondément les initiatives que les acteurs prennent quel que soit leur échelle, leur lieu ou leur objet.

Pour faire court, nous pointerons particulièrement *quelques clefs de lecture*, profondément structurantes. Selon nous, toute initiative gagne en puissance si elle prend en compte de telles tendances.

(1) Première tendance, la *fragmentation généralisée* des sociétés contemporaines, partout dans le monde. Cette fragmentation correspond à l'effondrement des sociétés organiques, c'est-à-dire les sociétés où les individus se définissent primordialement par rapport à la place ou au rôle qu'ils y jouent. Elle fait émerger une société des individus, où les individus se construisent en fonction de leurs préférences et aspirations.

(2) Cette fragmentation se met au service d'une seconde tendance profondément structurante : le basculement des sociétés humaines contemporaines dans la dynamique de la *consommation de masse*. Cette dynamique n'est pas seulement économique, elle exerce aussi une influence profonde de la manière de vivre. Le modèle de subjectivité sous-tendu par la consommation de masse est typiquement l'individu souverain qui se conçoit indépendant des autres, autonome, autosuffisant, auto résilient...

Ces deux tendances de fond ne manquent pas d'influencer le rapport à sa santé et à celle des autres autour de soi.

(3) Troisième tendance, la progressive dissipation des Etats « de droit ». Ce phénomène porte à l'avant-plan le défi de la « *fonction d'Etat* » qui doit alors être réinventée<sup>7</sup>. Ce phénomène affecte toutes les sociétés contemporaines, y compris dans les pays dits « à faibles revenus » ou présentés comme « émergents ». La difficulté croissante des Etats à incarner l'intérêt général est une des grandes incertitudes politiques d'aujourd'hui. Elle soulève la question de savoir qui est réellement aux commandes des sociétés : qui gouverne au service et au profit de qui et de quoi ?

(4) En même temps que ces évolutions, on note un autre changement, de posture cette fois-ci : en effet, on évolue sensiblement d'une politique de développement et d'appui au développement qui valorise « *l'offre de services* » à une posture qui porte à l'avant-plan la « *demande de services* », une demande appelée alors être portée par des citoyen(ne)s organisé(e)s.

Cette perspective prend d'autant plus de poids si on valide une autre différence, celle qu'on établit entre, d'une part, « service public » (qui est de l'ordre d'un statut ou d'une forme) et, d'autre part, « service au public » (qui désigne un fonctionnement, une activité). L'Etat devient d'autant plus pertinent que les services qu'il rend remplissent cinq (5) qualités de base structurant tout service public : équité, accessibilité, permanence, pertinence et qualité. Ces 5 qualités sont justement celles qui sont les plus recherchées dans le domaine des services de santé offerts à la population, en Afrique de manière générale et, bien entendu, au Tchad.

---

7- Pour la clarté, nous faisons ici la différence entre, d'une part, « Etat » et, d'autre part, « fonction d'Etat ». Le premier est une « forme » politique (en réponse à la question « comment c'est structuré ? ») d'une part et, d'autre part, un « fonctionnement » politique (qui répond à la question de savoir « comment ça marche ? »).

(5) Cinquième tendance, le détournement symbolique de **la lutte contre la pauvreté**. Le système économique mondial a besoin d'accroître sans cesse l'ampleur de la consommation de masse. C'est une condition *sine qua non* de sa survie. La lutte contre la pauvreté s'est donc concentrée sur l'amélioration du pouvoir d'achat et la hausse des revenus monétaires<sup>8</sup>. L'augmentation des revenus permet d'accroître la masse de consommateurs. Or la consommation de masse est précisément à la racine de quelques-uns des défis majeurs du moment : la crise de la biodiversité, la déforestation et le dérèglement des grands écosystèmes, le réchauffement climatique et son corolaire le défi énergétique, la mondialisation des marchés, les mutations familiales,...

(6) Sixième tendance, l'**urbanisation galopante** et les grands défis démographiques que cette urbanisation incarne. Un grand nombre de villes africaines sont en expansion démographique très rapide. Ce phénomène – qui s'explique en partie par la dynamique des naissances, par l'exode rural et par les migrations – joue un rôle considérable pour redéfinir les modalités du vivre ensemble et de la paix. Il conditionne aussi le rôle nouveau des institutions placées face à des défis d'une ampleur inédite, notamment les institutions et instances en charge de la santé.

La dynamique démographique structure le profil des stratégies de la santé. Aucune stratégie à long terme du développement de la santé et de ses modalités, parmi lesquelles la chirurgie essentielle, ne peut faire l'impasse sur cette dynamique qui s'impose comme structurante et contraignante. Pour le dire plus clairement encore, le développement des capacités de CE, en jeu dans la présente étude, ne peut pas ignorer le facteur démographique dans son équation. Toutes les dispositions prises *aujourd'hui*, si elles n'anticipent pas les mutations démographiques, notamment les mouvements et la densité des populations dans les zones rurales doivent d'emblée envisager que, *dans peu de temps*, elles seront dépassées et sans doute inefficaces.

D'autres tendances auraient pu être soulignées à côté de celles ci-dessus. Peu importe. L'idée clef est celle-ci : il est impossible en 2020 de fermer les yeux sur le contexte mondial. Il est imprudent de ne pas envisager qu'il puisse être profondément structurant, notamment pour fonder le sens et les limites du « possible » et du « désirable » des initiatives entreprises.

---

8- La crise inédite déclenchée par l'épidémie du corona virus montre clairement que sitôt que les échanges de marchandises sont perturbés à l'échelle mondiale, c'est la croissance et donc l'ensemble de l'économie de marché qui est directement mise en difficulté

## 1.3. Le contexte tchadien : grandes tendances et points de vigilance

### Remarques introductives

Dans cette section, nous mettons en évidence des éléments clefs du cadre national pertinents à observer pour toute initiative de développement au Tchad. Nous campons un paysage d'ensemble en ayant en ligne de mire les défis de la santé au Tchad.

Pour des raisons de lisibilité du rapport, nous avons reporté en annexe 7, à titre documentaire, une analyse plus détaillée et circonstanciée du contexte national.

\*\*\*

Le Tchad est subdivisé en 23 régions administratives, 57 départements et 245 sous-préfectures. En dépit d'une volonté manifeste de décentralisation, l'organisation administrative du Tchad reste fortement marquée par la centralisation des services de l'Etat dans la capitale (notamment les organes de décision et les infrastructures socio-sanitaires).

Selon l'ECOSIT II, plus de la moitié de la population vit avec moins d'un dollar par jour. Cette pauvreté atteint plus particulièrement les femmes. Bien que le Tchad dispose d'importantes potentialités économiques, il est classé 186<sup>ème</sup> sur 189 pays au monde, selon l'indice de développement humain 2017 (PNUD).

Les caractéristiques les plus importantes du Tchad qui influencent la mise en œuvre des politiques de développement sanitaire sont la grande étendue du territoire (1 284 000 km<sup>2</sup>), la faible densité de la population (10,65 hab. /km<sup>2</sup>, source RGPH2), l'isolement géographique de certaines populations, la jeunesse de la population (68% moins de 25 ans, source Projections Démographiques 2017) et le haut indice de fécondité (6,4). Quelques indicateurs démographiques, pertinents au regard de notre étude, sont réunies dans le tableau qui suit.

Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	6,4
Taux Brut de Natalité (TBN)	3,6%
Femmes de 15-19 ans qui sont déjà mères ou enceintes	36,00%
% de grossesses attendues	4,23%
% d'accouchements attendues	4,10%
Taux de mortalité néonatale (décès pour 1000 naissances)	34 ‰
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000)	133 ‰
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	860 pour 100.000
Espérance de vie à la naissance (RGPH2) des hommes	51,6 ans
Espérance de vie à la naissance (RGPH2) des femmes	53,4 ans

Source : EDST-MICS 2014-2015

Avec ce taux d'accroissement de 3,6%, la population tchadienne est estimée à 16 934 912 habitants en fin 2019. Près de 78,3% de sa population vit en milieu rural, la population nomade est estimée à 3,5%.

### 1.3.1. Un tableau d'ensemble décourageant

Sans rentrer dans les détails (annexe 7), soulignons d'emblée une sélection de difficultés face auxquelles le pays et ses populations sont placées et qui influencent plus ou moins directement les initiatives de développement :

- (i) la fragmentation nationale de sorte que le pays apparaît très divisé entre diverses fractions ethniques ou religieuses qui coopèrent pauvrement entre elles,
- (ii) son projet démocratique à la dérive de sorte que bon an mal an le Tchad navigue entre tentations dictatoriales et tentatives démocratiques,
- (iii) la corruption, l'arbitraire et la mal gouvernance dommageables à tous les niveaux,
- (iv) l'Etat en difficulté financière avec en outre ses services perçus avant tout comme autant d'instruments exclusifs au service de ceux qui s'en emparent,
- (v) une société civile fragile et peu organisée en regard de l'importance des défis, en particulier elle est faiblement représentative et en quête d'un véritable pouvoir d'agir,
- (vi) la situation des femmes et des jeunes notoirement difficile, surtout en région rurale,
- (vii) les ressources humaines compétentes en nombre insuffisant, avec des effets sur le système éducatif et sur le système de santé,
- (viii) la stagnation dans les activités agropastorales en dépit de leur centralité dans l'économie nationale (faible productivité agricole, exode rural, incertitude foncière, les menaces d'accaparement),
- (ix) la pauvreté structurelle et la précarité de vie et l'habitude » à cette précarité,
- (x) de manière générale, la rareté des opportunités économiques en lien avec la faible croissance économique, une rareté sensible pour les petits opérateurs qui ont le sentiment de survivre dans une économie sans horizon, en faillite permanente, où les opportunités paraissent rares ou hasardeuses.

De manière générale, les conditions de sécurité sont précaires, quelle que soient les régions du pays, ce qui ne va pas sans conséquences sur les activités économiques et la santé des populations. Bien que les chiffres fiables manquent, il semble que le nombre de cas de blessures par arme blanche ou par balle soit en augmentation sensible.

En examinant ce paysage problématique, on peut rapidement se sentir découragé. Pourtant, de nombreux projets et organismes tentent de faire ce que les moyens disponibles permettent. En outre, les initiatives, courageuses et parfois innovantes, prises ici ou là, des initiatives démontrent que les Tchadiens ne baissent pas les bras.

Ces efforts « à la base » réussissent parfois à faire momentanément oublier la dureté de la vie. Ces efforts de développement sont confrontés à un défi décisif : comment faire que ces efforts ne servent pas seulement à **rendre supportable ce qui est fondamentalement insupportable** ?

Cette question met le doigt sur un défi crucial en matière de développement : comment faire une « vraie » différence ? Comment au départ de ses initiatives déclencher un cercle vertueux de manière à ne pas seulement contribuer à rendre supportable l'insupportable ? Comment, tout en faisant le mieux possible dans son domaine (ici la santé et la CE), contribuer à agir sur ce qui dans la société tchadienne rend ce contexte si difficile ?

### **1.3.2. La santé dans le contexte national : premiers éléments**

Pour ce qui concerne la santé, il est fondamental d'opérer une distinction entre population urbaine et rurale, que ce soit du point de vue des besoins et des demandes ou bien de l'offre.

La population rurale (78% de la population totale, source RGPH2) représente le principal usager des services de santé du premier niveau (notamment pour les consultations prénatales et les vaccinations). Il existe un cadre institutionnel relatif à la participation communautaire, qui a été revu en 2015 à travers le Plan Stratégique de Santé Communautaire 2015-2018. Malgré cet instrument, le constat est que la population n'est pas fréquemment concrètement impliquée dans la gestion du système de santé et dans la prise des décisions. Les comités de santé (COSAN) et les comités de gestion (COGES) sont des structures constituées de personnes élues par les populations. Elles devraient jouer le rôle de relais entre la communauté et les services de santé. En réalité, elles ne remplissent pas pleinement leur rôle, une distance se crée entre les communautés et les structures sanitaires. Ces dernières sont souvent perçues par les populations comme externes sinon étrangères.

L'accessibilité physique est un important facteur qui joue sur l'utilisation des services. La distance moyenne à parcourir pour accéder à un centre de santé est de 16 km (selon l'Annuaire Statistique Sanitaire, 2017). Pour accéder à un hôpital il faut en moyenne parcourir 62 km. La population moyenne desservie par type de structure est estimée à 9.517 habitants pour un centre de santé (la norme OMS est de 23 établissements sanitaires pour 10 000 habitants) et de 147.462 habitants pour un hôpital. L'accessibilité financière, évoquée même pour les centres de santé, devient cruciale lorsqu'il s'agit d'intervention chirurgicale et d'hospitalisation. Malgré l'instauration de la gratuité des soins pour les urgences d'abord et ensuite pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, les dépenses à la charge des usagers sont encore considérables (citons les coûts du transport vers l'hôpital de district avec un véhicule particulier ou avec l'ambulance du district sanitaire). Il faut aussi souligner que les coûts pour la nourriture du malade et des accompagnants, ou encore, les coûts pour l'achat de certains médicaments non disponibles dans la structure sanitaire<sup>9</sup>.

Il n'existe pas de données détaillées mais, selon le PNDS3 2018-2021, « *la contribution des ménages a plus que doublé entre 2013 et 2016, malgré l'instauration de la gratuité des soins d'urgence dans les formations sanitaires. Ces taux restent élevés pour la majorité de la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté* ».

La population urbaine en général présente un profil différent et des exigences différentes, avec une facilité d'accès aux structures de deuxième et troisième niveau de la pyramide sanitaire.

La province de Ndjaména présente des particularités en termes de démographie (1.538.387 habitants avec une densité de 3.076,77 hab/km<sup>2</sup>, source Annuaire Statistiques Sanitaires 2017), de concentration des structures sanitaires (Hôpitaux Nationaux) et des ressources humaines affectées à la santé (environ 46% du personnel de santé, tous agents confondus, PNDS3 2018-21).

Différents facteurs (pouvoir d'achat, niveau d'instruction plus élevé) ont contribué à élargir les possibilités de choix des soins en ville avec une conséquente augmentation des structures privées à but lucratif (cliniques gérées par des professionnels, pour la plupart fonctionnaires, et des « cabinets » de soins, gérés par des paramédicaux, très fréquentés par la population grâce surtout à la facilité d'accès et à une certaine flexibilité envers les usagers).

Il est important de souligner qu'on assiste actuellement au Tchad à un changement des habitudes de vie, à une augmentation de la longévité, avec tout le corollaire des maladies chroniques (obésité, diabète, hypertension artérielle, néoplasies), qui change le profil épidémiologique du pays, surtout en zone urbaine sans oublier les pathologies endémiques telles que le paludisme, la diarrhée, les infections respiratoires et la malnutrition qui sévissent toujours au Tchad et occupent les premières places de consultation médicale dans les structures sanitaires.

Le recours tardif à la structure de santé est cependant commun aux deux populations, ce qui montre qu'il y a d'autres déterminants qui jouent sur la fréquentation des formations sanitaires. L'accessibilité, investiguée sous l'angle culturel, est plus complexe, les causes étant multiples.

La gratuité des soins a amélioré la prise en charge surtout en donnant aux techniciens la possibilité d'intervenir rapidement, sans attendre l'achat des médicaments et consommables. Les ordonnances qui sont par la suite à la charge des patients sont plutôt liées au manque de certains produits dans la structure hospitalière (ce manque relève des problèmes de gouvernance).

Les prestations du tradipraticien ou de l'accoucheuse traditionnelle ainsi que les produits traditionnels sont fréquents. Il faut préciser que ces recours, qui ne sont jamais gratuits, répondent souvent mieux aux attentes des usagers.

Il est important de souligner que souvent les interventions chirurgicales de CE (à Ndjaména comme dans les HD) sont effectuées après le délai « utile », ce qui se traduit par des difficultés et des risques, sans oublier le pronostic engagé en cas d'augmentation de la durée d'hospitalisation, de l'utilisation de solutés et antibiotiques (augmentation des dépenses pour l'usager et pour la structure).

---

9- Nous discutons de cette importante question de la gratuité des soins et de l'accès financier aux soins en annexe 9 (section 9.3).

## 1.4. Vue d'ensemble du système de santé au Tchad. Grandes problématiques et accès aux soins

### *Remarque introductive*

*Dans cette section, nous ne livrons que l'essentiel du paysage analytique. Nous renvoyons le lecteur et la lectrice soucieuse d'en savoir plus à l'annexe 8 où les problématiques sont davantage argumentées. Nous y discutons notamment la question clef de la gratuité des soins, particulièrement sensible en période de basse conjoncture économique.*

### 1.4.1. Organisation des services de santé au Tchad

Le Tchad détient une **Politique Nationale de Santé** (PNS) qui s'inscrit dans la vision globale du Tchad à l'horizon 2030. Elle est en rapport avec les Objectifs de Développement Durable. La vision de l'actuelle politique est que d'ici 2030 le système de santé du Tchad soit un système intégré, performant, résilient et centré sur la personne. Il est axé en particulier sur les groupes vulnérables. Les documents de politique ne donnent cependant pas de détails précisant qui devrait être considéré comme une personne vulnérable. Il y est seulement question de « *prise en charge optimale de tous les besoins de santé des populations vivant sur le territoire, en particulier les plus pauvres et vulnérables* ». Le document de Stratégie Nationale de Protection Sociale apporte quelques précisions (SNPS 2014-18) mais sans définir de critères.

L'objectif général de la Politique Nationale de Santé 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. Pour cela, améliorer l'état de santé et de bien-être des populations en général et particulièrement des plus vulnérables se comprend dans un contexte global classiquement orienté par les Objectifs du Développement Durable. Cette vision consacre l'adhésion du Gouvernement au processus de réforme du secteur de la santé et son engagement en faveur de la mobilisation des ressources au bénéfice de ce secteur.

Le système national de santé tchadien, de type pyramidal se développe à 3 niveaux : un niveau central, un niveau intermédiaire et un niveau périphérique.

- **Niveau central** : Il comprend le Ministère, la Direction générale, les directions centrales, les programmes nationaux, les institutions nationales dont des hôpitaux nationaux : Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN), Hôpital de la Renaissance, Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME), Hôpital de l'Amitié Tchad Chine (HATC). Appartiennent aussi à ce niveau le CHU Bon Samaritain et une Faculté de Sciences de la Santé Humaine, une Ecole Nationale des agents de Santé la Centrale Pharmaceutique d'Achat, tous basés à Ndjamená.
- **Niveau intermédiaire ou provincial** : Il correspond aux 23 Délégations Sanitaires Provinciales (DSP) et comportent les Hôpitaux Provinciaux (situés dans les chefs-lieux de provinces), les Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement (PPA) et les Ecoles Provinciales de Formation.
- **Niveau périphérique ou district** : Il constitue le niveau opérationnel chargé de l'exécution des activités. Il 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, récemment revu dans un document de 2017) et au second le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA). Il existe 138 districts sanitaires (DS) dont 66 ont un hôpital (parmi ceux-ci, 12 sont construits mais insuffisamment équipés tandis que plusieurs autres sont en construction mais leurs chantiers sont arrêtés depuis 2 ou 3 ans). Chaque district est découpé en zones de responsabilité (ZR). A l'échelle du pays, il existe 1.652 zones de responsabilité mais seulement 1.334 (81%) disposent d'un centre de santé.

Le paquet minimum d'activités (PMA) des centres de santé est constitué des activités curatives et préventives, : IEC/CCC ( IEC : Information-Education-Communication, CCC : Communication pour le Changement de Comportement), la CPN (Consultation Pré Natale), l'assistance aux accouchements non compliqués, la consultation postnatale, la planification familiale, la consultation préventive des enfants, la vaccination des enfants et des femmes en âge de procréer ou enceintes, la consultation curative primaire, la prise en charge des maladies chroniques transmissibles et non transmissibles, le système de référence et contre référence.

Le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) est constitué de toutes les activités qui ne sont pas réalisables au niveau du centre de santé mais plutôt dans les hôpitaux, notamment les activités d'hospitalisation, les examens complémentaires (laboratoire, imagerie), consultation de référence, les urgences chirurgicales et la prise en charge des complications obstétricales. Les documents nationaux relatifs au PCA ne sont pas autant détaillés que ceux relatifs au PMA (qui a été réactualisé en 2017). En pratique, la réalisation des activités dépend aussi beaucoup de la disponibilité des équipements fonctionnels, de la capacité du médecin responsable du district (et de sa présence sur place), de la présence d'un personnel qualifié qui peut effectuer des anesthésies.

Le secteur privé assure certaines activités curatives et en même temps la vente des produits en parallèle des structures de santé publique : en cas de rupture de la chaîne publique, les établissements sanitaires s'approvisionnent auprès des grossistes privés agréés.

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 structure est estimée à 9.517 habitants pour un centre de santé (la norme OMS est de 23 établissements sanitaires pour 10 000 habitants) et 147.462 habitants pour un hôpital.

Le système de santé tchadien, comme décrit plus haut, se réfère au concept de soins de santé primaire (Primary Health Care) afin d'améliorer l'état de santé de la population, avec une attention particulière pour les plus démunis, à travers différents axes et stratégies. Ses priorités sont notamment l'accès facile aux services, la participation de la communauté aux activités sanitaires, 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).

Cependant ces diverses composantes ne sont pas toujours mises en œuvre, même pour ce qui concerne le premier niveau. Les causes sont multiples. Les causes les plus souvent mentionnées par les prestataires du premier niveau sont les suivantes : insuffisance du personnel, manque de formation sur certaines composantes du PMA manque des équipements/intrants, logistique insuffisante (ambulance, eau potable, électricité). Chaque structure médicale est cependant confrontée à un contexte qui lui est propre.

D'une manière générale, le personnel de santé du premier niveau est confronté à une insuffisance des effectifs (par rapport à la population desservie), une surcharge de travail « administratif » (née aussi de la multiplication des outils propres à chaque programme et/ou projet financé par l'aide internationale multi-ou bilatérale), et du manque de suivi. Un des outils et une des tâches principales déléguées aux districts sanitaires est la supervision de centres de santé qui, réalisée d'une manière irrégulière, devient surtout une visite destinée à collecter les données (et, trop souvent, seulement les données spécifiques à un projet en cours qui donne son appui logistique et financier). L'aspect formatif est secondaire, sinon absent. Cette carence empêche ainsi de pouvoir recycler ou mettre à jour les prestataires de soins sur les nouveaux savoirs, orientations et pratiques.

Les établissements de niveau secondaire, situés en périphérie, sont souvent sous-utilisés en raison de l'insuffisance des services proposés (pour les raisons les plus variées, qu'il s'agit des équipements, intrants, personnel ou de l'absence d'eau et électricité), des absences de prestataires (souvent le MCD fait fonction de MCH de sorte qu'il ne peut pas remplir ses fonctions hospitalières de manière permanente), des difficultés d'accès (logistiques, financières). S'agissant des pratiques quotidiennes, il faut souligner l'absence d'affichage des protocoles dans les centres de santé. Dans certains cas, les protocoles nationaux existent mais ils ne sont pas physiquement affichés ou disponibles (c'est le cas, par exemple, des procédures en obstétrique). Par contre, d'autres protocoles ne sont pas disponibles au

niveau national parce qu'aucune initiative n'est prise pour les faire connaître et les traduire en dispositions nationales suivant les lignes, guides ou recommandations qui existent au niveau international (OMS ou autres). Les prestataires de soins se retrouvent mal orientés (on pense à l'insuffisante utilisation des outils de référence et contre-référence, au manque de communication entre les différents niveaux, etc.).

Par ailleurs, les hôpitaux de troisième niveau, situés dans les grandes villes, sont surchargés par des patients atteints de pathologies ordinaires qui se présentent spontanément, sans avoir été référés. C'est le cas des hôpitaux de Ndjamen (HGRN et HME) qui reçoivent respectivement la plupart des accidents de la voie publique, les personnes blessées par arme (à l'HGRN, on cite 28 cas quotidiens d'accident de la voie publique et 6 cas par jour de blessure par arme blanche, pour un total annuel de consultation aux urgences de 39.864 (selon l'annuaire des statistiques sanitaires, année 2017). Pour ce qui est des accouchements, pour 2017, l'HME a comptabilisé 4.154 accouchements par voie basse et 1.368 césariennes (toujours selon l'annuaire des statistiques sanitaires, année 2017). Ces chiffres sont à mettre en relation avec le constat que les hôpitaux de district proches de Ndjamen sont sous-utilisés.

#### **1.4.2. Quelques indicateurs sur la disponibilité des services de santé<sup>10</sup>**

Selon l'enquête SARA 2015 au Tchad, quelques indicateurs ressortent et permettent de se faire une certaine idée du cadre dans lequel les actes sanitaires sont posés (les % sont à apprécier par rapport à l'idéal attendu sur la base de la démographie) :

- La «densité d'établissements de soins» est de 0.96 établissements de santé pour 10 000 habitants, contre une norme OMS de 2 établissements pour 10.000 habitants ;
- La « densité de lits d'hospitalisation» (nombre de lits pour 10 000 habitants) pour apprécier l'accès aux services d'hospitalisation, est de 3 lits/10.000 habitants, contre une norme de l'OMS de 25 lits pour 10.000 habitants qui sert de référence pour les pays à faibles revenus) ;
- L'indicateur de « densité de personnels médicaux de base » est de 2,74 professionnels de santé de base pour 10.000 habitants, contre la norme OMS de 23 travailleurs de santé pour 10.000 habitants ;
- L'indice de «disponibilité de l'infrastructure sanitaire » est faible, de l'ordre de 11,96% au niveau national ;
- L'indice de «disponibilité du personnel de santé» est faible au niveau national (13,80%), tandis qu'il est très élevé à Ndjamen (82.96%) ;
- « L'indice de disponibilité des services », calculé en utilisant les 3 indices (indice de la disponibilité de l'infrastructure sanitaire, indice de disponibilité du personnel et l'indice d'utilisation des services) est faible, de l'ordre de 10,20% au niveau national.

Concernant les interventions chirurgicales, il n'existe actuellement aucune source nationale fiable permettant de quantifier le nombre d'interventions, leur nature, leur taux réussite et la mortalité associée à ces actes. La principale raison de ce déficit de données tient à l'insuffisance des données enregistrées à l'échelle des hôpitaux de district.

#### **1.4.3. Quelques constats sur le système de santé tchadien**

Le Tchad est confronté à une double charge de la morbidité : la persistance des maladies transmissibles et l'émergence des maladies non transmissibles.

Les motifs les plus courants de consultation, d'hospitalisation et de décès dans la tranche d'âge 15 ans et plus se présentent comme suit :

---

10- Nos chiffres sont extraits du tableau en page 13 du PNS Tchad

Morbidité	Hospitalisation	Mortalité
Paludisme simple	Paludisme grave	Paludisme grave
Accidents de la voie publique	Traumatisme	Anémie
Paludisme grave	Accidents de la voie publique	SIDA
Traumatisme	Anémie	Traumatisme
Fièvre thyphoïde	Fièvre thyphoïde	Accidents de la voie publique

Source : Adapté de *Annuaire des Statistiques Sanitaires, année 2017*

Les pourcentages d'établissements offrant les 3 interventions de Bellwether par établissement (hôpitaux provinciaux, hôpitaux de district et cliniques privées, base de l'enquête SARA 2015) sont les suivants :

Type d'interventions	% des structures qui les offrent
Laparotomies	79 %
Traitement des fractures ouvertes	53 %
Césariennes	77%

Source : Enquêtes SARA année 2015

Les pourcentages des femmes qui ont eu accès aux services de santé selon le lieu de résidence rural ou urbain sont les suivants :

Type de services	Urbain	Rural	Urbain et Rural
CPNr ( consultation prénatale recentrée)	89%	59%	
CPN4 (consultation prénatale, 4 <sup>ème</sup> visite)	51%	26%	
Accouchement dans une formation sanitaire			22%
CPoN (consultation postnatale)			16%
Planification familiale			5%

Source : EDST MICS 2014-2015

Pour lutter contre ces problèmes, 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.

Le gouvernement tchadien a aussi mis en place en 2014 la Stratégie Nationale de Protection Sociale dont la composante santé a été traduite en Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle.

Le Tchad, à l'instar de beaucoup de pays sub-sahariens, s'est doté en 2019 d'une loi sur la Couverture Santé Universelle (CSU), visant à terme à proposer une couverture universelle maladie. Cette couverture sanitaire comprend trois régimes : le régime 1 pour les fonctionnaires et les travailleurs privés, le régime 2 pour les travailleurs informels et le régime 3 pour les indigentes et les actes qui définissent chaque régime sont définis dans le paquet de soins qui est en cours de validation (Loi CSU)

La stratégie nationale de la CSU met un accent particulier sur les questions liées à la prévention, à l'équité dans l'accès aux soins, à la qualité des services, au développement des ressources humaines pour la santé, à la protection financière, au renforcement des systèmes de santé et à la durabilité.

## 1.5. Le défi de la chirurgie essentielle. Les objectifs du Lancet : état des lieux, enjeux, perspectives, vue d'ensemble des problématiques, et la situation au Tchad

1.5.1. Dans ce chapitre, nous proposons une vue d'ensemble de la problématique de la CE en nous référant, notamment, aux expériences menées dans d'autres pays africains vivant des situations comparables. A l'issue de ce chapitre, nous établirons un premier état des lieux avec la situation qui prévaut au Tchad.

Pour la clarté du propos, nous nous appuyerons d'emblée sur la définition de la chirurgie essentielle proposée par LCDE en date du 12/09/2019<sup>11</sup>.

*« La chirurgie essentielle, qui rentre dans la définition de la chirurgie mondiale (au même titre que tout autre acte chirurgical), concerne la prise en charge des affections chirurgicales qui ont en commun : d'être fréquentes, de mettre en jeu le pronostic des patients, de pouvoir être traitées par des techniques chirurgicales simples, peu coûteuses et 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, en chirurgie générale et viscérale, en traumatologie et/ou en chirurgie urologique<sup>12</sup>. Les soins anesthésiques nécessaires à ces interventions font partie intégrante de la chirurgie essentielle. La capacité à réaliser des césariennes, des laparotomies et à traiter les fractures ouvertes prédit la capacité à accomplir l'ensemble des interventions chirurgicales essentielles. Ces trois interventions sont dites les interventions de Bellwether. A l'inverse de la chirurgie spécialisée, la chirurgie essentielle est incluse dans le package des soins de santé primaire »<sup>13</sup>.*

LCDE précise un point important : au Tchad, il n'y a qu'un nombre restreint de chirurgiens, d'anesthésistes et d'obstétriciens disponibles pour toute la population, pour la plupart basé à Ndjamen. (on parle ici du nombre des médecins spécialistes en Chirurgie Générale, Anesthésie et Réanimation, Gynécologie-Obstétrique). « Face à ce constat, la Chaîne de l'Espoir développe actuellement un projet pilote en chirurgie essentielle au Tchad<sup>14</sup> visant l'amélioration des capacités du système de santé tchadien pour permettre un accès en temps opportun (en moins de 2 heures) à une chirurgie essentielle de qualité, sûre et financièrement accessible » (LCDE, 2019, pp.10-11). L'hypothèse générale qui sous-tend les efforts actuels de LCDE au Tchad défend l'idée que des progrès sensibles peuvent être réalisés en développant la CE, notamment une réduction de la mortalité maternelle et infantile mais aussi la mortalité et morbidité pour d'autres catégories sociales, par exemple les personnes de tout âge ou sexe qui sont victimes de l'insécurité ou d'accidents (traumatismes et blessures).

\*\*\*

---

11- LCDE (2019). *Programme de soutien à la chirurgie essentielle au Tchad*. Paris : LCDE, 09 décembre 2019, 16p. Cette définition n'est cependant pas écrite dans le marbre, raison pour laquelle lors de nos travaux de terrain, nous avons toujours pris soin de sonder la compréhension de nos interlocuteurs et de mettre en discussion les éventuelles divergences.

12- Notre annexe 4 reprend la liste des affections et interventions le plus souvent concernées par la CE, liste qui sert de référence actuellement au niveau de LCDE. Pour la clarté de notre propos, dans cette étude, nous avons repris cette liste à notre compte.

13- LCDE (2019), p.10.

14- Il s'agit d'un projet de formation, mené par ailleurs, avec ses ressources et dispositions propres qu'il convient de ne pas confondre avec la présente étude préalable.

1.5.2. De manière générale, dans les pays à bas et moyens revenus, particulièrement en Afrique, la chirurgie n'est pas considérée depuis longtemps comme partie des soins essentiels. Pourtant, depuis deux décennies déjà, un certain nombre de spécialistes de la santé publique et d'institutions ou instances médicales ont souligné la nécessité de faire la part des choses. Ils avancent l'idée selon laquelle une série d'interventions chirurgicales, que l'on peut qualifier de simples ou basiques, peuvent jouer un rôle décisif. Dans un article récent, la revue *The Lancet* soulignait que le faible accès d'une large population à des soins chirurgicaux de qualité, même pour des opérations considérées comme courantes (césariennes, appendicites, ...) représentait un coût élevé pour la société<sup>15</sup>. De son côté, en 2015, l'OMS a reconnu le rôle crucial de la chirurgie et de l'anesthésie pour atteindre l'objectif de Couverture Universelle des soins de Santé (UHC, Universal Health Coverage)<sup>16</sup>. Même si, en première analyse, des interventions chirurgicales peuvent paraître coûteuses, il apparaît qu'à long terme le développement des capacités chirurgicales est source de gains économiques d'importance.

1.5.3. Toutefois, le développement des capacités chirurgicales exige des progrès importants dans **six domaines clefs** : (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.

1.5.4. Les programmes qui s'attachent à améliorer la qualité des soins chirurgicaux, qu'elle que soit leur nature ou ampleur, doivent s'attacher à améliorer chacune des composantes de la chaîne des soins. C'est ici que les défis de la coordination et de l'intégration des interventions chirurgicales dans un ensemble médical cohérent et de qualité sont les plus sensibles. C'est ici aussi qu'on perçoit la nécessité d'inscrire des progrès en matière de chirurgie dans une **stratégie de progrès d'ensemble** plus large qui englobe et intègre les six grands domaines cités ci-dessus<sup>17</sup>.

1.5.5. La qualité des prestations de chirurgie, de manière générale, s'apprécie suivant trois voies : le respect des normes et procédures de réalisation, le résultat de l'intervention conformément aux attentes et la survenue de complications ou infections secondaires post-opératoires. Actuellement, au Tchad, il existe des lignes directrices pour évaluer certaines prestations en santé maternelle (par exemple, la fiche nationale d'audit des décès maternels), tandis que dans les autres services la déclaration reste à l'initiative du responsable. Dans la plupart des structures en périphérie, on ne réalise pas les audits de décès.

1.5.6. Ci-après, nous réunissons un certain nombre d'éléments qui jouent un rôle souvent décisif dans la réussite des programmes ou initiatives orientées vers l'amélioration de la chirurgie en Afrique subsaharienne et particulièrement la chirurgie essentielle. Ce sont de tels éléments qui ont retenu notre attention lors des travaux d'investigation au Tchad. On peut les voir comme autant de **conditions générales** nécessaires au succès d'interventions de CE. Ces conditions sont régulièrement mentionnées comme cruciales, ou comme des facteurs de réussite des programmes de développement de la chirurgie essentielle :

- L'existence d'un *programme national de développement de la santé* qui est sous-tendu et traduit dans les termes d'une *stratégie nationale* qui décline clairement des priorités, des objectifs spécifiques qui se soutiennent l'un l'autre, des résultats et des activités à entreprendre dans le cadre d'une analyse budgétaire réaliste<sup>18</sup> ;

15- Meara, J.G. et al. (2015). Global surgery 2030 : evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *The Lancet* 2015, 386 :569-624.

16- World Health Organization (2015). *WHA 68.15 : Strengthening emergency and essential surgical care and anaesthesia as a component of universal health coverage*.

17- Ce qui est sans doute une évidence pour ceux et celles qui travaillent au quotidien est régulièrement mentionnée comme une nécessité absolue, sinon comme un préalable, dans les pays où des initiatives ont été lancées et soutenues pour développer les capacités chirurgicales, et notamment la chirurgie essentielle (citons, par exemple, Citron I, Jumbam D, Dahm J, et al. (2019). Towards equitable surgical systems: development and outcomes of a national surgical, obstetric and anaesthesia plan in Tanzania. *BMJ Glob Health* 2019; 4:e001282).

18- L'analyse fine des coûts d'une part et, d'autre part, des sources de leur financement est décisive pour mener à terme et à bon port une stratégie (Citron, 2018).

- L'existence, la qualité précise et la mise en application de *dispositifs et critères de suivi* des progrès visés en matière de développement du système de santé dans les six domaines prioritaires susmentionnés ;
- La prise en compte explicite, dans ce plan stratégique, du développement de la chirurgie, l'obstétrique et de l'anesthésie qui souligne clairement un *engagement* structuré et structurant ;
- L'existence d'un *bilan diagnostique* en termes de forces et faiblesses (assorties d'une cartographie des situations, des manques ou besoins et des potentialités), d'une réflexion et d'un engagement à l'échelle nationale pour tout ce qui regarde le développement de la chirurgie, de l'obstétrique et de l'anesthésie. Plus les évaluations sont compréhensives, c'est-à-dire plus elles mettent l'accent sur les dispositions, pratiques, mécanismes qui conduisent aux situations constatées, meilleures sont les possibilités de réponse stratégique ayant des effets durables. Les diagnostics qui dressent l'inventaire des problèmes, manques, dysfonctionnements sont d'autant plus pertinents qu'ils s'attachent par la même occasion à mettre en lumière les rouages institutionnels, organisationnels, pragmatiques par lesquels ces problèmes, manques ou dysfonctionnements affectent durablement le système de santé.
- *L'articulation (idéalement synergique) des efforts* dans les 6 domaines clefs mentionnés ci-dessus, en particulier le développement concomitant des opérations pré-, intra- et post-opératives (actes, gestes, dispositions avant, pendant et après les interventions chirurgicales), en particulier la prise en considération de l'interdépendance étroite de ces opérations qui font système et dont dépend la qualité et l'issue des interventions chirurgicales<sup>19</sup> ;
- La définition précise et la mise en application de *critères de suivi des progrès* visés en matière de développement de la chirurgie, l'obstétrique et de l'anesthésie ;
- La centralité d'une réflexion sur la production et l'affectation raisonnée (véritablement stratégique) des moyens dans des *cadres budgétaires contraints* ;
- La *collaboration* concertée et coordonnée des diverses familles d'acteurs (étatiques, privés, société civile), notamment pour éviter les duplications mais aussi pour développer les synergies. Un état des lieux des *collaborations et inter-collaborations* est un facteur de réussite important s'il permet de calibrer les initiatives collaborations (nous parlons ici au sens de collaborations croisées entre secteurs différents, et donc pas seulement des collaborations au sein d'un même secteur, domaine ou espace).

1.5.7. Un certain nombre de **conditions particulières** sont régulièrement désignées parmi les facteurs de réussite de programmes de développement de la chirurgie essentielle :

- La *formation* et la rétention dans le système de santé des ressources humaines, ce qui est une stratégie en matière de *gestion des ressources humaines* affectée aux activités de chirurgie essentielle (plan de développement des compétences, affectation et rétention des ressources humaines, développement de la carrière)<sup>20</sup>. En effet, il ne suffit pas de former et qualifier des ressources humaines, il faut garantir les conditions grâce auxquelles ces ressources restent durablement et efficacement en activité dans les structures de santé où les compétences font défaut. Cette préoccupation vise autant les institutions publiques que privées.
- En matière de formation, plusieurs dimensions jouent un rôle : la qualité de la formation de base, les conditions de formation offertes aux candidat(e)s, la sélection des candidat(e)s, la stratégie de formation (pédagogie), la possibilité de formation continuée. Du point de vue des politiques publiques, ces dimensions doivent être financées<sup>21</sup>.
- Le développement d'un système d'information qui permet un suivi précis des activités mais aussi des *performances et des effets* qui en résultent. C'est tout le travail de collecte, traitement,

---

19- Plusieurs recherches soulignent la nécessité de coordonner systématiquement les améliorations dans ces éléments qui selon les cas se renforcent ou déforcent mutuellement (Citron, 2019, p.2).

20- La question des plans de carrière et de gestion des ressources humaines prend une dimension d'importance lorsqu'il s'agit de construire des stratégies fonctionnelles sur le long terme (Voir à ce sujet, notamment, Gajewski et al., 2017, 2018 et 2019).

21- Gajewski et al. (2019) insiste tout spécialement sur le développement des routines procédurales, c'est-à-dire l'inscription des procédures et des actes médicaux dans un cadre de routines qui s'inscrivent comme références par rapport auxquelles des anomalies ou des dysfonctionnements peuvent être rapidement détectées et mettre en alerte le praticien.

capitalisation et valorisation des données. Insistons ici sur le fait que la disponibilité des données ne suffit pas, l'enjeu est de les mettre au travail<sup>22</sup> ;

- Le défi du *financement* qui ne se réduit pas à ce qui regarde strictement les actes de chirurgie, mais englobe toute la chaîne des opérations. La CE comporte des coûts et une des questions clés qui se posent pour son développement est de savoir qui supporte ces coûts. Ce qui suppose de les connaître et donc de les calculer. Parmi les défis de la CE, on notera le risque de basculer dans une spirale d'endettement pour faire face aux dépenses médicales et chirurgicales. Ce raisonnement vaut particulièrement pour les usagers.
- S'agissant des coûts de la CE, plusieurs études insistent sur la nécessité de *voir ces coûts comme des investissements* étant donné que le coût d'un décès ou d'une infirmité (menant à l'incapacité de travailler et à la dépendance) pèse lourd dans la balance (pas dans le budget des hôpitaux mais dans celui des patients). Mais, même du point de vue d'une comptabilité d'infrastructure médicale, le développement de la CE peut se révéler rentable du fait d'un meilleur taux d'occupation des lits et de meilleures conditions pour amortir les équipements et instruments. Il faut aussi souligner qu'une intervention effectuée en temps utile (par exemple une césarienne) est beaucoup moins coûteuse pour la formation sanitaire que la même intervention effectuée en extrême urgence (comme c'est le cas pour la plupart des césariennes dans les districts). Ces études soulignent la nécessité de mener des investigations approfondies avant de déclarer que la CE serait trop coûteuse<sup>23</sup> ;
- Plusieurs expériences de développement de la CE mettent en évidence la centralité – et l'efficacité – des *stratégies de collaborations* entre diverses institutions de santé. Elles suggèrent que le développement de nouvelles capacités propres se réalise plus efficacement et à moindre coût à travers des montages qui font la part belle aux complicités, mises en commun et collaborations. Les formes peuvent être multiples (par exemple des tournantes, des opérations conjointes, des échanges de compétences,...).

L'ensemble des éléments que nous venons de présenter avec le document OMS (Surgical care systems strengthening: developing national surgical, obstetric and anaesthesia plans) nous ont guidés dans l'élaboration des grilles d'entretien<sup>24</sup>. Ils nous serviront d'arrière-plan pour nos analyses dans la suite de cette étude. Ils nous aideront plus tard à structurer nos observations et analyses.

Avant de clôturer cette section, nous devons tout de même rappeler que la CE ne fait pas l'unanimité partout. Confier le sort des patient(e)s à des médecins généralistes ou à d'autres agents de santé soulève plusieurs difficultés (sécurité, efficacité, organisation des entités hospitalières, responsabilité,...), en particulier celle de la qualité des actes médicaux et de leur issue. Ce qui conduit à conclure que **seule une CE de qualité** permet de faire des avancées significatives dans le système de santé<sup>25</sup>. Tel est en fin de compte le défi à relever pour tout projet de développement de la CE.

#### 1.5.8. **La situation au Tchad et les conditions cadres pour la CE**

Les éléments qui précèdent donnent un cadre général inspiré des recommandations du Lancet. Sur cette base, nous pouvons esquisser un premier état des lieux qui sera complété et mis à l'épreuve lors des investigations de terrain (partie II).

De manière générale, les acteurs interpellés au Tchad sont ouverts en matière de CE. Il faut rappeler à ce propos qu'au Tchad la chirurgie dite « de base » a été prise en compte depuis 1997 dans le cadre de

---

22- Comme Bolkan et ses collègues l'ont clairement souligné s'agissant du développement de la chirurgie en Sierra Leone (Bolkan, H.A. *et al.* (2017). Safety, productivity and predicted contribution of a surgical task-sharing programme in Sierra Leone. *BJS* (2017, 104): 1315-1326.

23- A ce sujet, on lira avec profit Cornelissen, D. *et al.* (2018). The cost of providing district-level surgery in Malawi. *World Journal of Surgery* (2018) 42: 46-53 ; Grimes, C.E. *et al.* (2014). Cost-effectiveness of surgery in low- and middle-income countries : a systematic review. *World Journal of Surgery* (2014), 38(1): 252-263 ; Dalaba, M.A. *et al.* (2013). Cost of maternal health services in selected primary care centres in Ghana: a step down allocation approach. *BMC Health Serv Res* : 13 : 287.

24- Ces grilles d'entretien sont reprises *in extenso* en annexe de la brochure qui présente une esquisse de méthodologie pour mener une étude préalable. Cette brochure fait l'objet d'une publication séparée.

25- Plusieurs auteurs, notamment, Gajewski et ses collègues (2019), chargés d'évaluer les programmes de formation en CE au Malawi, soulignent cet aspect crucial : des actes chirurgicaux mal réalisés, loin d'aider les patients, peuvent au contraire aggraver leurs situations et éventuellement porter atteinte à leur vie.

la mise en œuvre du PMA et qu') ce titre elle a été objet des formations destinées aux médecins généralistes. Dans les années 2000, ces formations ont été arrêtées par manque des fonds.

La plupart des interventions chirurgicales au Tchad sont effectuées avec des TSAR par manque des médecins anesthésistes. De même, pendant longtemps, elles ont été exécutées par des médecins généralistes ou du personnel paramédical formé par « apprentissage ». Il est opportun de rappeler au passage qu'il n'existe pas formellement au Tchad de techniciens en soins chirurgicaux.

Les tableaux de synthèse qui suivent aident à se faire une idée des défis à relever pour développer la CE au Tchad.

**Tableau 1.5.1.**  
**Niveau de réalisation des critères de référence en matière de développement de la CE**  
**Conditions générales (échelle nationale)**

<b>Critères de référence internationaux</b>	<b>Situation au Tchad en 2020</b>
Existence d'un programme national de développement de la santé traduit dans les termes d'une stratégie nationale	Il existe un document de Politique Nationale de Santé (PNS) et un Plan National de Développement Sanitaire version n°3 (PNDS3)
Existence de dispositifs et critères de suivi des progrès	Il existe un Plan de suivi et évaluation du PNDS3. La qualité du dispositif de suivi évaluation est matière à discussions
Existence d'une définition officielle de la CE	Actuellement, il existe seulement une définition pour la chirurgie de base qui, en l'occurrence, n'est pas bien détaillée
Prise en compte explicite, dans le plan stratégique national, du développement de la chirurgie, l'obstétrique et de l'anesthésie	La prise en compte est précisée seulement dans le cadre des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
Existence d'un bilan diagnostic (forces et faiblesses) du développement de la chirurgie, de l'obstétrique et de l'anesthésie	Un tel bilan est évoqué seulement dans le cadre des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
Existence et application de critères de suivi des progrès pour la chirurgie, l'obstétrique et l'anesthésie	Ces éléments n'existent que dans le seul cadre des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
Existence d'instruments de référence pour le suivi des recettes et des dépenses adaptés à des cadres budgétaires contraints	Les instruments de référence conformes existent
Existence d'une stratégie explicite de collaboration concertée des diverses familles d'acteurs (étatiques, privés, société civile)	Une telle stratégie existe dans le document de Politique Nationale de Santé (PNS) et dans le Plan Stratégique de Santé Communautaire (PSSC)

Sur la base de notre connaissance, nous appuyant sur des actions, projets ou programmes que nous gérons dans diverses régions du pays, selon les entretiens menés au cours de cette étude, plusieurs tendances se dégagent. Nous les rassemblons au tableau 1.5.2. qui suit ci-après.

**Tableau 1.5.2.**  
**Niveau de réalisation des critères de référence en matière de développement de la CE**  
**Conditions particulières (échelle district)**

Critères de référence internationaux	Situation au Tchad en 2020
Qualité des services, des soins et des actes médicaux	Qualité variable d'un HD à l'autre mais, en règle générale, ils sont rarement à la hauteur des normes attendues
Qualité du personnel médical qui délivre les soins Niveau de formation des agents médicaux	Compétences variables d'un HD à un autre mais en règle générale insuffisantes (en quantité) au regard des défis et des situations rencontrées fréquemment
Niveau de rétention des agents formés dans le système de santé des ressources humaines	Les médecins spécialistes ne recherchent pas souvent de poste en dehors de la capitale
Existence d'un système d'information et de suivi précis des activités Qualité des statistiques enregistrées et de la gestion des données médicales	Les données demandées par le système de collecte (rapport mensuel d'activités) se limitent au type et nombre d'interventions chirurgicales, mais ne considèrent la morbidité et mortalité intra et post opératoire
Existence et qualité du système de suivi des performances et des effets	Rares sont les HD qui possèdent un tel dispositif rigoureux
Maîtrise du financement (régularité, consistance)	Qualité de la gestion et du financement variables d'un HD à l'autre
Collaborations entre les diverses institutions de santé en activité dans le district	Quand elles sont présentes, les structures professionnelles collaborent avec le district sanitaire et peuvent même faire fonction d'hôpital de district
Qualité du management du personnel	La GRH n'est pas souvent une préoccupation principale dans les HD (c'est un des « clients pauvres » du management hospitalier)
Qualité des infrastructures et équipements médicaux	Beaucoup de HD sont équipés mais pas toujours suffisamment en regard des prestations à réaliser
Qualité de la gouvernance et place des bénéficiaires dans la conduite de l'hôpital	Les usagers sont pour ainsi dire absents dans la conduite des HD
Place et influence des bénéficiaires / usagers dans la conduite de l'hôpital et infrastructures médicales	Les populations sont représentées dans les COSAN et les COGES au niveau des zones (centres de santé). Leur participation, prise d'initiatives et engagement est un domaine où d'importants progrès sont possibles

#### 1.5.9. *Les exclus du système de santé au Tchad*

Quelles sont les catégories de personnes particulièrement exclues du système de santé au Tchad et qui, par voie de conséquences, pourraient figurer parmi les groupes exclus de la CE ? Cette question est importante pour la perspective d'un projet LCDE. Qu'en est-il en 2020 ?

L'accessibilité financière reste toujours un des majeurs obstacles aux soins. Les coûts ne sont pas forcément ni exclusivement liés aux prestations des soins mais à toute la logistique (déplacement, nourriture, etc.). Il n'y a pas des données détaillées à ce propos. Selon le PNDS3 2018-2021, « *la contribution des ménages a plus que doublé entre 2013 et 2016, malgré l'instauration de la gratuité des soins d'urgence dans les formations sanitaires. Ces taux restent élevés pour la majorité de la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté* ».

D'une manière générale, sans surprise, ce sont les ménages les plus pauvres qui auront plus des difficultés à avoir accès aux soins. Les femmes ont un faible pouvoir décisionnel ainsi que financier. Cependant il y a eu des changements dans le cadre législatif afin de permettre un consensus autonome de la femme en cas de césarienne (ces mesures légales figurent parmi les actions destinées à réduire la mortalité maternelle).

Il est opportun de rappeler que, en cas d'intervention chirurgicale « majeure », par exemple laparotomie ou amputation de membre, le malade, sans différence de sexe ou d'âge, ne possède qu'un faible pouvoir décisionnel face à tout le conseil familial.

Il est important de souligner que les familles, même les plus pauvres, sont très solidaires. Elles se mobilisent autour du malade. Les très rares cas de personnes « abandonnées » sont souvent liées à d'autres facteurs (souvent exceptionnels). Le cas des populations isolées (insulaires et nomades) est pris en compte dans la PNS, de même que le cas de réfugiés et retournés.

L'accessibilité ou l'inaccessibilité pour des raisons culturelles engagent une réflexion plus complexe de sorte que les causes sont multiples. Des telles situations de renoncement à des soins pour des raisons culturelles ne sont pas exceptionnelles. Toutefois, il n'existe pas d'information quantitative à ce sujet.

La gratuité des soins a amélioré la prise en charge, surtout en donnant aux techniciens la possibilité d'intervenir rapidement, sans attendre l'achat des médicaments et consommables. Les ordonnances qui sont par la suite à la charge des patients sont plutôt liées au manque de certains produits dans la structure hospitalière (cela relève des problèmes de gouvernance).

Rappelons ici que les prestations du tradipraticien, de l'accoucheuse traditionnelle de même que les produits traditionnels ne sont jamais gratuits de sorte que leurs coûts s'ajoutent éventuellement aux autres coûts d'une intervention médicale. Ces recours traditionnels répondent souvent mieux aux attentes des usagers.

S'agissant de l'analyse de l'exclusion, il semble que plutôt que de penser en termes de personnes ou de groupes exclus, on pourrait aussi raisonner en termes de **"pathologies exclues"**, en ce sens qu'au Tchad, on ne possède pas tous les moyens diagnostiques et thérapeutiques nécessaires pour faire face partout à toutes les pathologies. De ce point de vue, la question des coûts financiers pèse lourd car celui qui en a les moyens, peut aller se faire soigner loin de sa région de résidence ou même à l'étranger (ici aussi la solidarité joue son rôle, quand il s'agit de "cotisations" pour envoyer quelqu'un ailleurs).

Au total, au Tchad, en zone rurale comme en zone urbaine, on ne peut pas parler d'exclusion qui serait le fait par exemple de caractéristiques sociales, démographiques ou culturelles et qui frapperait certaines catégories d'usagers. On parlera plutôt de la possibilité, ou non, d'accéder à des soins, et aux dépenses que cela engage. Il convient toutefois de souligner que le financement des soins reste un problème majeur dans beaucoup de zones rurales, certain(e)s patient(e)s renonçant à se rendre dans les structures sanitaires parce qu'ils ou elles n'ont pas d'argent pour faire face aux dépenses (transport et soins), notamment lorsque la solidarité n'a pas été pas effective. Le renoncement aux soins à cause de barrières financières est une réalité qui dans certaines régions et à certaines périodes peut être décisive.

## **PARTIE II : La chirurgie essentielle au Tchad à la lumière des situations dans deux hôpitaux de district**

### **2.1. Analyse comparative des deux hôpitaux de district visités**

Pendant la mission de terrain, deux hôpitaux de district du secteur public ont été visités, un en périphérie de la ville de N'Djaména (HD de Gozator) et l'autre en zone rurale (HD de Bokoro, 350 km à est de N'Djaména).

#### **2.1.1. L'hôpital dans le district sanitaire**

L'hôpital de District a pour mission de fournir le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) aux usagers référés des centres de santé (CS) qui ne fournissent que le Paquet Minimum d'Activités (PMA). Le PCA est constitué des toutes les activités qui ne sont pas réalisables au niveau du CS, notamment les activités d'hospitalisation, les examens complémentaires (laboratoire, imagerie), la consultation de référence, les urgences chirurgicales et la prise en charge des complications obstétricales. Dans les différents documents (PNDS2, rapport SARA Tchad 2015, annuaire des statistiques sanitaires), on remarque que l'accent est mis sur les aspects organisationnels et la planification plutôt que sur une liste détaillée des interventions chirurgicales prévues. Si la césarienne constitue un pourcentage très important des interventions de chirurgie essentielle, il faut reconnaître qu'il n'existe pas une liste exhaustive des interventions chirurgicales qu'on pourrait pratiquer au niveau de l'hôpital de district (HD). On peut penser intuitivement qu'elles vont dépendre beaucoup plus du niveau de formation initiale et des capacités du MCH ainsi que du plateau technique disponible à l'HD. Cette dernière remarque est importante pour l'objectif de cette étude, sa pertinence et sa validité.

L'HD est la structure des soins de deuxième niveau à laquelle s'adressent les prestataires des centres de santé (CS) pour les références. Compte tenu de cette organisation pyramidale du système, il est évident que la référence doit être performante afin d'assurer une prise en charge correcte. Même si les conditions varient d'un HD à un autre, les districts sanitaires sont dotés d'ambulance pour le transfert des malades des CS à l'Hôpital. En principe, le problème de temps ne devrait pas se poser mais dans la pratique on remarque deux problèmes fréquents :

- La distance entre le CS et l'HD : il existe des centres de santé trop éloignés de l'HD (souvent dans ce cas le temps de déplacement de l'ambulance dépasse les deux heures) ;
- Le financement du carburant de l'ambulance est souvent demandé aux accompagnants des malades, bien qu'il ne soit pas budgétisé par l'HD.

Le District Sanitaire est généralement calqué sur le découpage administratif, ce qui explique que certains centres de santé sont géographiquement plus proches d'un hôpital qui appartient à un autre district.

#### **2.1.2. L'hôpital de district : quelques considérations générales**

En principe, il est prévu un médecin chef de l'hôpital (MCH), chargé de la direction de l'hôpital et de la mise en œuvre des activités du PCA. A cause de l'insuffisance des ressources humaines, souvent le médecin chef de district (MCD) fait office de médecin chef de l'hôpital, comme c'est le cas dans les deux

hôpitaux visités. Le personnel paramédical fait lui aussi défaut. Selon le rapport SARA 2015, les normes prévoient pourtant dans chaque hôpital de district (HD) « *au moins un Médecin Chef de l'hôpital polyvalent, un Infirmier Diplômé d'Etat, une Sage-Femme Diplômée d'Etat, des Techniciens supérieurs de laboratoire et de radiologie, un Surveillant Général* ».

D'une manière générale dans beaucoup d'hôpitaux en périphérie, et les deux hôpitaux visités ne font pas exception, on remarque la présence d'un personnel à peine suffisant (la PNS souligne pourtant que « *L'accent sera mis sur le recrutement par postes disponibles, en privilégiant les régions les plus déficitaires, le suivi et la fidélisation sur le terrain* »). Les mêmes considérations sont valables pour les équipements, matériels, intrants et aussi l'eau et l'électricité, malgré les efforts faits par le gouvernement ces dernières années.

Le personnel dédié au suivi postopératoire des malades, salubrité des salles, nettoyage et stérilisation des instruments sont également matière à discussion.

Dans les deux hôpitaux visités, on a pu remarquer des difficultés de gouvernance et/ou de leadership mise en évidence par une organisation approximative (difficulté d'accès aux données, manque de salubrité, etc.).

### **2.1.3. Pratique de la chirurgie dans les deux hôpitaux visités**

Les deux hôpitaux de district visités offrent des soins de chirurgie essentielle, avec un certain nombre de différences en termes de type des opérations et de volume d'activités.

#### **2.1.3.1. Gozator**

A l'HD de Gozator, l'équipe est assez étoffée. Toute la chirurgie pour les urgences obstétricales est confiée à deux médecins spécialisés en gynécologie-obstétrique, tandis que la partie relevant de la chirurgie générale est mise en œuvre par un technicien supérieur en soins chirurgicaux. L'anesthésie est pratiquée par 2 TSAR ; le responsable de stérilisation/salubrité est employé comme garçon de salle mais il a reçu des formations par des partenaires (Expertise France).

Les points faibles sont constitués par le manque de mise à niveau du personnel (en particulier le technicien en soins chirurgicaux qui n'a pas reçu de formation depuis plus de 20 ans) et l'utilisation réduite ou absente des protocoles (notamment s'agissant de procédures de stérilisation).

Le plateau technique en activité permet d'avoir deux salles opératoires dotées des lampes scialytiques, d'aspirateur et d'extracteur d'oxygène. Pour ce qui concerne les procédures de prévention des infections, les installations ne sont pas adéquates (local et lavabo de buanderie trop petits et utilisés pour d'autres usages, rangement pour les blouses et les instruments). On a noté des difficultés dans la gestion et maintenance des autoclaves.

L'eau et l'électricité sont disponibles (l'électricité avec les limites dues aux délestages habituels pendant la saison sèche).

L'HD est aussi doté d'appareil de radiologie et d'échographie ; curieusement le laboratoire n'est pas à mesure de préparer sur place des poches de sang pour raison de manque de réactifs (situation signalée à plusieurs reprises par le MCH sortant).

Les données relatives aux activités 2019 (voir en annexe 6) montrent un volume d'activité assez réduit. Cependant il ne faut pas oublier la proximité des grandes structures médicales de la ville (notamment celle d'hôpitaux tels que l'HGRN ou l'HME) et celle de l'hôpital confessionnel de Guinébor, de bonne réputation).

#### **2.1.3.2. Bokoro**

A l'HD de Bokoro, l'équipe est beaucoup moins étoffée, il y a un seul médecin généraliste (qui a bénéficié de la formation en « chirurgie de base »), un IDE et un ATS qui s'occupent aussi de l'anesthésie et qui

interviennent au bloc opératoire et dans le service de chirurgie. La stérilisation est confiée à un ancien garçon de salle qui n'a pas reçu de mise à niveau depuis plus de 40 ans.

Le MCH (qui est aussi MCD) s'occupe des cas de chirurgie qui ne nécessitent pas de réanimation poussée, les cas les plus lourds et les plus complexes sont référés à Ndjaména, en général à l'HGRN, après stabilisation des conditions du patient (remplissage, maîtrise des éventuelles hémorragies, etc.) ; le patient est alors accompagné en ambulance par un infirmier.

Le plateau technique est incomplet (problème d'installation et de maintenance des autoclaves, absence des lampes scialytiques et d'appareils de radiologie,...) tandis que le mobilier médical est insuffisant et les boîtes sont à peine suffisantes.

Les données relatives aux activités 2019 montrent que cet Hôpital ne manque pas d'activité (voir l'annexe 6).

Pendant la visite dans les deux hôpitaux, on a échangé avec les bénéficiaires, respectivement une femme à Gozator et trois femmes (avec leurs accompagnants) à Bokoro. Toutes les femmes avaient été opérées de césarienne en urgence.

Toutes les bénéficiaires interviewées sont satisfaites des services reçus à l'hôpital. Cependant, les échanges ont mis en lumière certains biais.

- Avec la malade de Gozator, nous avons rencontré des problèmes de communication (elle ne maîtrisait pas l'arabe vernaculaire du Tchad, fait qui a probablement joué aussi sur la communication avec les prestataires). Elle a quand même pu nous signaler qu'elle a été bien suivie pendant le postopératoire.
- Avec les trois femmes à Bokoro et les accompagnants (un époux et un père), les échanges ont été plus approfondis. Les femmes ont expliqué que les prestataires de soins leur ont donné des explications satisfaisantes sur l'intervention, les risques, la gravité de la situation, les implications sur les futures grossesses. Ici aussi les femmes ont été accompagnées pendant la phase postopératoire.

Il faut aussi souligner que toutes les quatre ont été hospitalisées dans le service de maternité, où le personnel est exclusivement féminin.

Les trois femmes opérées (deux césariennes et une reprise de paroi), et deux de leurs accompagnants (mari et père), ont chacune fait le récit de leur séjour à l'HD (chaque personne a été rencontrée dans le cadre d'un entretien individuel). Les considérations faites rejoignent celle qu'avait faite la précédente patiente entendue à Gozator. Aucune des trois patientes entendues n'avait jamais été hospitalisée auparavant.

Dans les deux hôpitaux visités, il n'y avait pas de protocoles (affichés et prêts à consulter), sauf partiellement dans les services de maternité.

## 2.2. Ce qu'on entend par chirurgie essentielle au Tchad

Pendant les entretiens avec le personnel de santé en exercice, médecin y compris, on a remarqué une certaine unanimité dans la compréhension. En effet, pour la majorité, s'agissant de CE, il est question de **chirurgie d'urgence**, réalisable avec peu des moyens. Tous s'accordent sur le fait qu'il s'agit d'un travail d'équipe et qui nécessite un plateau technique conséquent, c'est-à-dire équipé, propre et correctement géré. Malgré les équipements minimaux observés dans les deux hôpitaux, s'agissant des éléments les plus susceptibles d'améliorer la pratique de la CE, l'accent a été plutôt mis sur un renforcement des compétences et de la gestion des ressources humaines.

Il est intéressant de remarquer que l'idée de supervision formative couplée à une caravane de chirurgie est ressortie à plusieurs reprises de la bouche des techniciens rencontrés sans consultation préalable.

## 2.3. Perspectives de développement de la chirurgie essentielle dans les hôpitaux de district au Tchad

Au regard de nos travaux dans les hôpitaux visités, plusieurs conclusions paraissent pouvoir se dégager. Nous les pointons en quelques mots.

### 2.3.1. Les défis et enjeux de la CE dans les districts sanitaires

Il n'est pas facile de pouvoir citer tous les défis et enjeux qu'on peut retrouver en imaginant une diffusion de la capacité de CE au niveau des districts sanitaires. Cependant, on arrive tout de même à identifier certains aspects qui sont communs à la plupart des structures sanitaires du pays.

Comme souligné par la plupart des personnes interviewées, le principal défi est représenté par les ressources humaines. Comme décrit plus haut, la chirurgie est un travail d'équipe, on ne peut pas envisager de déployer exclusivement le technicien qui « opère » sans qu'il soit accompagné par tous les acteurs nécessaires au bon fonctionnement de la chaîne.

Un autre défi se situe au niveau institutionnel. Il s'agit en effet d'entamer une réflexion qui puisse aboutir à l'élaboration d'un cadre normatif afin de pouvoir :

- déployer le personnel dans les zones périphériques, et renforcer ainsi (en quantité et qualité) tous les niveaux de la chaîne (et les fidéliser) ;
- accompagner régulièrement les ressources humaines pendant la mise en œuvre ;
- doter les structures périphériques en équipements/matériels spécifiquement ciblés sur la mise en œuvre des interventions de CE (analyse préalable à effectuer surtout avec les techniciens directement concernés pour éviter l'envoi d'équipements qui ne seront pas utilisés).

Le principal enjeu est celui de rendre vraiment performant un système de santé qui, à l'heure actuelle, ne satisfait seulement que sur le papier. Il s'agit, à travers le développement de la CE, de faire fonctionner tout ce qui est en amont et qui concerne la demande.

Les premiers pas devraient être surtout orientés vers une sensibilisation des populations (fait qui a été souligné par un des MCD interrogé). Souvent les communautés ne sont pas assez informées sur la possibilité de traitement de certaines pathologies ainsi que de la possibilité de recevoir tel traitement au niveau de l'hôpital de district. Les grands hôpitaux historiques du Tchad, notamment l'HGRN, l'Hôpital Provincial d'Abéché et de Moundou, représentent pour la population « Les hôpitaux » par définition, avec tout le corollaire que cette manière de voir comporte. Il en résulte que les hôpitaux de district sont souvent vus comme des hôpitaux qui « *ne peuvent pas soigner une maladie grave* ».

Il est emblématique à ce propos de se rappeler la joie éprouvée par les deux accompagnants interrogés à Bokoro en voyant que l'intervention s'était « bien » passée (est-ce qu'on peut considérer comme « se déroulant bien » une césarienne réalisée en urgence qui a pour résultat le sauvetage maternel mais avec enfant mort-né ?). Ce fait montre bien l'ampleur du travail à faire auprès des populations.

Avant de sensibiliser les populations il faut toutefois que l'hôpital de district possède les moyens nécessaires (à titre d'exemple : si un MCD qui fait fonction de MCH est capable d'effectuer des césariennes mais qu'il se trouve en déplacement au moment du transfert, les usagers en détresse retiendront que l'HD ne peut pas toujours assurer la prise en charge).

Selon les personnes rencontrées, les pas successifs pour améliorer devraient être orientés pour assurer la mise en œuvre effective des services offerts :

- Référencement et disponibilité logistique (ambulance, chauffeur) et surtout financière s'agissant du transport ;
- Présence effective du personnel qui assure le service (quand le MCH fait fonction aussi de MCD, il est presque impossible de garantir la continuité des services), d'où la nécessité de doter les hôpitaux de district d'un médecin qui pratique la CE ;

- Uniformité des protocoles et des guidelines (pour toute la chaîne d'intervention) ; on ne devrait pas remarquer de différences de procédures entre une césarienne réalisée en périphérie (dans un hôpital de district) et une césarienne réalisée à l'HME de Ndjamena.

### **2.3.2. Les opportunités**

Le Tchad pendant ces dernières années a beaucoup investi dans le secteur de la santé (infrastructure, équipement, etc.) jusqu'à la crise financière due à la chute du prix du pétrole. Malgré les difficultés, il y a des nouvelles opportunités qui se présentent, notamment un nombre important des médecins nouvellement diplômés et intégrés, la présence d'encadreurs universitaires de qualité à Ndjamena et d'enseignants chercheurs, les écoles de spécialité de Chirurgie Générale, Gynécologie à la FACSSH de N'Djamena (les premiers chirurgiens auraient dû sortir diplômés en mars 2020).

Une autre opportunité fondamentale est représentée par la filière de formation (système LMD) des TSAR qui ouvrira bientôt (les premiers TSAR seront prêts dans trois ans).

### **2.3.3. Les contraintes**

Une des principales contraintes pour le pays est la grande étendue du territoire couplée au manque de bonnes voies de communication.

Si une décentralisation pour les soins primaires est souhaitable, il n'en est pas de même pour les structures destinées à fournir des soins de CE. C'est là qu'on voit l'importance de la participation communautaire dans la recherche des solutions qui puissent s'ajouter au système de référencement déjà existant (voir 2.3.6).

Une autre contrainte est liée aux mauvaises conditions de vie en périphérie (les écoles notamment). Elle fait partie des facteurs à prendre en compte pour la « fidélisation » du personnel et aussi pour faire « coup double » en termes d'investissements institutionnels<sup>26</sup> (voir par exemple le niveau des écoles en périphérie, la présence du réseau téléphonique, internet, etc.).

### **2.3.4. Le désirable et les limites du possible dans un cadre de ressources modestes**

En suivant les interventions chirurgicales de base considérées dans l'enquête SARA et compte tenu du fait qu'il n'y a pas assez des précisions sur telles interventions, on pourrait préconiser que chaque HD devrait être en mesure d'effectuer les interventions suivantes<sup>27</sup> :

- Incision et drainage des abcès
- Parage des plaies,
- Prise en charge des brûlures aiguës,
- Suture,
- Traitement des fractures fermées,
- Circoncision,
- Cure d'hydrocèle
- Insertion de drain thoracique.
- Césarienne ; AMIU ; cure de grossesse extra utérine (interventions orientées vers la réduction de la mortalité maternelle demandées aux structures de soins obstétricaux néonataux d'urgence complète (SONUC),
- Appendicectomie,
- Hernie et hernie étranglée,
- Sondage urétrale,
- Cystostomie,
- Traitement des fractures ouvertes.

26- Au sens précis où en investissant dans les infrastructures pour rendre l'HD plus fonctionnel, par retombée cela profite à la cité autour de l'HD.

27- Interventions de base évaluées dans l'enquête SARA

### **2.3.5. Conditions préalables au vu de nos travaux dans les HD**

D'après nos travaux de terrain et nos visites, il est évident que certaines conditions préalables devraient être réunies pour assurer une offre des services sûre et de qualité en matière de CE, partant de l'idée de base que le personnel doit être capable de gérer toutes les étapes, pré, intra et post opératoire. Pour une gestion efficace des urgences, la structure doit garantir les éléments suivants :

- La prise en charge et la gestion de la patiente en état de choc,
- La possibilité d'effectuer une transfusion sanguine,
- Permanence 24h sur 24h et 7 jours sur 7,
- Un médecin chef de l'hôpital dans chaque HD fonctionnel.

Pour les ressources humaines, ce qui a été dit précédemment reste valable. Toutefois, il est important ici de souligner deux aspects : (i) si dans le passé il y a eu des techniciens de santé qui ont fait fonction de chirurgien (et dans certaines structures ils sont encore en activité), maintenant cette option ne semble plus d'actualité (compte tenu du nombre de médecins généralistes et du nombre réduit de personnel paramédical en périphérie) ; (ii) les TSAR seront toujours incontournables car, jusqu'à maintenant, tous les chirurgiens et gynécologues opèrent avec eux et s'appuient sur leur expertise.

Pour ce qui concerne l'aspect équipement/matériel, il est utile de remarquer que la plupart des techniciens interrogés n'ont pas trop insisté sur cet aspect. S'agissant de leurs besoins, ils ont plutôt attiré l'attention sur l'aspect formation continue et leur désir de pouvoir bénéficier d'un suivi régulier qui les sort du sentiment d'abandon.

### **2.3.6. Place des populations et des usagers**

Un dernier point attend d'être abordé. Il s'agit des **relations entre les hôpitaux visités et les usagers**. Il s'agit d'un domaine où BASE peut se valoir d'une longue expérience (annexe 12).

2.3.6.1. De manière générale, ceux-ci et celles-ci sont principalement perçus comme des personnes destinées à recevoir des soins dans des conditions et suivant des modalités décidées par les autorités et le personnel de l'hôpital. Les conditions d'accueil et l'attention que les soignants leur consacrent sont en général de qualité, sinon techniquement, au moins humainement, suivant nos observations et nos enquêtes. Sur un plan formel, les usagers sont impliqués dans la gouvernance des structures médicales, via les COSAN et les COGES. En pratique, cette présence se fait peu sentir dans la conduite des hôpitaux. De manière plus précise, dans les hôpitaux visités, même s'il existe des cadres et de dispositifs qui sollicitent la **participation active des usagers**, dans la pratique ces cadres sont peu ou pas actifs.

D'une certaine façon, on peut dire que le monde de l'hôpital et le monde des usagers ne se recoupent pas : ce sont actuellement deux mondes séparés. Ils ne se rencontrent qu'en situation de crise.

A la lecture de la liste indicative ci-dessus, on voit que cette participation, actuellement absente ou alors occasionnelle, n'est pas simplement de nature instrumentale, elle concerne globalement la gouvernance et la fonctionnalité de l'infrastructure sanitaire et sa meilleure inscription dans son milieu et dans la vie des populations qui en font usage.

2.3.6.2. Ce dernier point attire l'attention sur un autre domaine où des relations améliorées peuvent jouer un rôle décisif pour améliorer la CE, **les échanges entre l'HD et les CS** (et à travers eux, via les COSAN, les échanges entre HD et populations). Actuellement, même si le MCD est chargé de la supervision des centres de santé, les échanges à l'occasion des références ne se font pas toujours. Pourtant il est prévu d'effectuer des contre-références afin de pouvoir échanger sur les protocoles de prise en charge et de référence. Cette relation pourrait cependant s'enrichir de deux manières au moins : (i) en développant des liens entre les centres de santé (RCS) et (ii) en développant la place des usagers dans le fonctionnement même des CS, notamment pour ce qui concerne les modalités des transports des patients du village au CS (importants pour la CE).

2.3.6.3. Un autre domaine pertinent du point de vue de la CE concerne l'activité des **matrones villageoises**. Dans beaucoup de zones de responsabilité, leur activité a été réorientée sur l'accompagnement des femmes au centre de santé (pour les CPN ou pour l'accouchement) en suivant les orientations de Plan Stratégique de Santé Communautaire 2015-2018. Des relations de collaboration entre les matrones et le personnel du centre de santé ainsi qu'une meilleure information, sensibilisation sur la CE peuvent jouer un rôle important pour améliorer les attitudes des communautés envers l'HD et son offre de soins.

Un raisonnement similaire peut être développé pour le **personnel des CS** et pour les membres des **COSAN et COGES** : mieux informés, mieux sensibilisés sur les possibilités, conditions, contraintes et limites de la CE, des progrès peuvent être attendus. D'une certaine manière, en informant et préparant mieux les membres des COSAN en matière de CE, on peut ainsi, par ricochet, contribuer à dynamiser et renforcer les CS, leur fonctionnement et éventuellement à trouver des solutions pour l'orientation des malades qui nécessitent des interventions de CE (caisses de solidarité, transport communautaire, etc.). En rendant les COSAN plus actifs et plus efficaces, on renforce l'ancrage du CS dans la vie des populations locales, ce qui est un progrès important du point de vue du RSS.

2.3.6.4. Toujours dans le même esprit (mieux faire connaître la CE, ses modalités, conditions, possibilités et limites en HD), les relations peuvent aussi être nouées, ou consolidées le cas échéant, entre l'HD et MCD d'une part et, d'autre part, les associations locales, particulièrement les associations féminines ou de jeunes. Cette relation ne s'installe pas de manière spontanée, comme nos visites à Gozator et Bokoro l'ont montré<sup>28</sup>. D'un district à l'autre, les potentialités ou possibilités varient, parce que chaque district a son contexte propre, mais elles ne sont jamais absentes.

---

28- Bien que des rendez-vous aient été pris bien à l'avance, en général via le MCD, nous n'avons pas pu rencontrer des représentants d'associations locales, ni à Gozator, ni à Bokoro. Cela nous a amené à envisager qu'un travail pour consolider les relations entre le MCD et ces structures pourraient être pertinent dans le cadre d'un projet LCDE.

## **PARTIE III : Premières pistes pour construire un projet d'appui au développement de la chirurgie essentielle (le possible rôle de LCDE dans le développement de la CE au Tchad)**

Dans cette partie, nous prenons un peu de recul sur les données collectées. Nous dégageons quelques orientations pertinentes utiles pour développer un projet ou un programme de soutien au développement de la CE au Tchad.

Toutefois, dans ce qui suit, nous ne développerons pas la matrice d'un projet. Nous proposons des ressources, des pistes et des indications. Des études ou travaux ultérieurs les développeront en vue d'un projet. Nous ne les avons pas organisées selon le schéma classique du montage de projet (finalités, objectifs spécifiques, résultats attendus, activités, analyse des risques, montage organisationnels et financiers, etc.).

### **3.1. Objectifs généraux des efforts pour développer la CE au Tchad**

A quoi devrait aboutir le développement de la CE au Tchad ? Autrement dit, quelles finalités devraient poursuivre (servir) les efforts qui seraient investis au Tchad à l'appui de la CE ?

Au premier rang des finalités figure la réduction de la mortalité et de la morbidité des populations 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. Selon les situations réelles rencontrées, d'autres catégories de personnes vulnérables pourront être ajoutées, par exemple des réfugiées, des déplacées ou des personnes en situation de handicap. Un grand nombre d'études portant sur la CE souligne expressément cette finalité, notamment la commission du Lancet. Ces études mettent en avant le fait qu'en améliorant les services de CE, on contribue indirectement au bien-être des populations mais aussi au développement de l'économie, notamment en réduisant la vulnérabilité et la proportion des dépendants.

Cette finalité, nécessaire à viser mais générale, reste cependant insuffisante pour l'action concrète. Elle ne circonscrit pas suffisamment la visée d'un projet d'appui au développement de la CE au Tchad. Dans la situation concrète d'un projet d'amélioration de la CE, d'autres perspectives sont nécessaires à prendre en compte par LCDE. Ci-dessous, nous esquissons quelques pistes sans prétendre avoir épuisé le potentiel de créativité. Chemin faisant, d'autres pistes aussi porteuses de sens et d'avenir pourront se révéler.

Dans ce qui suit, nous voulons insister sur une perspective de « **développement orienté transformation** ». L'idée de base est de **faire coup multiple** : en même temps qu'on développe la CE, on contribue au développement d'autres transformations, tant au niveau du système de santé que plus largement au niveau de la société locale.

#### **3.1.1. Des objectifs dans plusieurs domaines**

Toute action menée pour améliorer la pratique chirurgicale (la CE) dans les hôpitaux de district doit être conçue, conduite et appréciée comme une contribution – modeste – au traitement d'autres préoccupations de manière à faire coup multiple : on améliore la chirurgie et en même temps on porte ses efforts peuvent aussi contribuer sur d'autres domaines et, éventuellement, si l'opportunité et les conditions s'y prêtent, ailleurs dans la société locale.

Dans cette perspective, pour développer la CE, trois finalités conjointes et mutuellement supportives sont envisagées chacune correspondant à un domaine :

**Domaine 1** : améliorer la **pratique et les performances de la CE** dans les hôpitaux de district (premier niveau de transformation où des résultats, effets et activités peuvent être définis) ;

**Domaine 2** : tout en améliorant efficacement la pratique et les performances de la CE dans les hôpitaux, améliorer la gouvernance et le **fonctionnement de l'hôpital de district** (second niveau de transformation où des résultats, effets et activités peuvent être définis) ;

**Domaine 3** : améliorer la **participation des usagers** dans la gestion et mise en œuvre des actions concernés par la CE (troisième niveaux de transformation où des résultats, effets et activités peuvent être définis).

Ces trois domaines sont en relation avec **les 6 piliers NSOAP** internationalement reconnus pour le renforcement des systèmes de santé (RSS). Le premier domaine recoupe plus ou moins les piliers 1 et 2, le second domaine recoupe les piliers 1 et 6, le troisième domaine renvoie au pilier 6.

<b>Critères généraux de qualité en lien avec les piliers du RSS</b>	<b>Niveau de priorité dans les pistes envisagées</b> +++ : priorité élevée ++ : important + : secondaire (+) : à envisager selon les situations concrètes
Pilier 1. Qualité des services, des soins et des actes médicaux	<b>++</b>
Pilier 2. Qualité du personnel médical qui délivre les soins (ressources humaines)	<b>+++</b>
Pilier 3. Qualité des infrastructures, équipements et produits médicaux	<b>(+)</b>
Pilier 4. Qualité (régularité, consistance) du financement	<b>(+)</b>
Pilier 5. Qualité des systèmes d'information et de management du personnel	<b>(+)</b>
Pilier 6. Qualité de la gouvernance des systèmes de soins et de santé	<b>+++</b>

Tableau inspiré des critères mis en avant dans le NSOAP promu par l'OMS<sup>29</sup>

Dans ce qui suit, on fera régulièrement référence à ces six piliers NSOAP, du moins lorsque c'est pertinent.

Un quatrième domaine, qui dépasse l'horizon de référence NSOAP mais qui est néanmoins décisif si on se place dans la perspective d'une action de développement, peut être envisagé selon les opportunités qui se présentent. En effet, tout en travaillant sur les défis de la CE, il est possible d'agir, directement ou indirectement, sur l'un ou l'autre mécanisme qui traverse et configure la société « autour » des infrastructures de santé. Nous parlons ici de mécanismes qui se présenteraient « spontanément » dans le déroulement des activités de développement / amélioration de la CE. Il peut s'agir par exemple du défi que constitue le respect des règles et des normes, le rapport difficile à l'argent qui parasite les liens, les relations de genre, ou encore les mécanismes d'exclusion, d'exploitation ou de domination qui configurent les sociétés locales. L'annexe 9 livre à titre indicatif quelques précisions à ce sujet. L'idée principale ici, fidèle à l'intuition du coup multiple, est que tout projet ou initiative concrète de

29- NSOAP : National Surgical, Obstetric, and Anesthesia Plan (pour une introduction pratique du concept, voir par exemple Meara JG, Peters AW. (2018). Theoretical Framework of the NSOAP Process. Paper presented at Pakistan National Vision for Surgical Care 2025 Stakeholders Conference, November 15–16, 2018. Ou, plus extensivement : Kieny, M-P. *et al.* (2017). Surgical care systems strengthening. Developing national surgical, obstetric, and anesthesia plan. Harvard Medicine School. Program in Global Surgery and Social Change & WHO). A l'heure actuelle, il n'existe pas de NSOAP tchadien. Nous reprenons ici la structure en 6 piliers telle qu'elle est conventionnellement promue par les instances internationales, notamment l'OMS.

développement fournit l'occasion de s'attaquer à des problématiques de fond qui traversent les sociétés où ses activités se déroulent.

La « qualité », le « désirable » et le « possible » du domaine 1 conditionne la « qualité », le « désirable » et le « possible » des deux autres domaines. Autrement dit, il faut être excellent – et pertinent – dans le domaine 1 (CE) pour s'attaquer efficacement au domaine 2 (l'hôpital) et au domaine 3 (les usagers).

L'amélioration substantielle de la CE est centrale. Si on ne réussit pas à améliorer les performances de la CE, il sera difficile de prétendre améliorer celles de l'hôpital, et plus largement les relations avec la société autour et les usagers. A l'inverse, si on ne se préoccupe uniquement d'améliorer la CE, en fermant les yeux sur tout ce qui se passe « autour », les efforts investis risquent de rester marginaux car leur aboutissement dépend justement de ce qui se passe « autour » et de l'implication des usagers.

Ci-après, nous traduisons ces éléments de principe dans quelques pistes concrètes partant des situations rencontrées dans les districts.

### **3.1.2. 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)**

L'enjeu qui se présente – et qui paraît accessible – est le suivant. Compte tenu de la centralité qu'occupe le fonctionnement des blocs opératoires et des maternités dans les hôpitaux de district, lorsqu'on améliore substantiellement le fonctionnement de ces services, on améliore pour ainsi dire automatiquement le fonctionnement plus large de l'hôpital. On fait d'une pierre deux coups : on rend les actes chirurgicaux disponibles, plus sûrs et de meilleure qualité (domaine 1) en même temps que, par effet tache d'huile, on améliore le fonctionnement de l'hôpital en tant qu'organisation intégrée de divers services de santé (domaine 2). L'hôpital est vu ici comme un système, c'est-à-dire comme un ensemble intégré de divers services techniques plus ou moins en lien les uns avec les autres. Un des progrès que peut induire la CE réside précisément dans le développement de la cohérence et de l'articulation des diverses interventions au sein d'un établissement sanitaire, entre les différents services mais aussi entre les différents métiers.

Ce n'est pas seulement le **fonctionnement de l'hôpital** qui peut bénéficier du développement de la CE (le fait qu'il fonctionne conformément aux attentes) mais aussi les **métiers** qu'il accueille. Autrement dit, en développant la CE (domaine 1), on se donne la possibilité de développer les métiers qu'elle convoque nécessairement pour être mise en œuvre, métier de chirurgien, métier de garçon de salle, métier de TSAR ou d'anesthésiste,... (domaine 2).

#### **3.1.2.1. Développer les métiers, les protocoles et la culture du protocole (pilier NSOAP n°1)**

Toute opération chirurgicale et toute l'activité de l'équipe qui s'efforce de soigner une personne dans un bloc opératoire sont sensées suivre des protocoles. Ces protocoles incarnent les normes du « bien faire » et les règles d'exécution précises des actes professionnels. Dans la partie II, on a vu, tant à Gozator qu'à Bokoro, que les protocoles sont peu présents dans le travail des professionnels qui agissent en salle d'opération. S'ils ne sont pas toujours inconnus, ils sont soit incomplets, soit démodés<sup>30</sup>, soit insuffisamment compris et donc mal appliqués.

En développant les protocoles, on développe « la culture du protocole ». La connaissance et le respect des protocoles reconnus dans le métier et conformes à la littérature scientifique sont une modalité importante pour améliorer la qualité de la CE qui est pratiquée. En même temps, on améliore à la fois les compétences et l'intelligence pratique de ceux et celles qui opèrent. La question de la mise à jour des protocoles a été explicitement soulevée – et demandée – par le MCH et les techniciens de l'HD de Bokoro avec qui nous en avons discuté.

---

30- A Bokoro, le garçon de salle qui s'occupe du bloc et de la stérilisation s'inspire de notions qu'il a acquises depuis les années ... 1970. A Gozator, l'infirmier qui fait fonction de chirurgien met en œuvre des protocoles qu'il a appris au Soudan pendant ses années de formation il y a plus de 20 ans (sans avoir bénéficié d'aucun recyclage ou suivi par la suite).

L'introduction de protocoles implique une supervision régulière qui en évalue l'application effective et les modalités d'application. Ici, on revient à la nécessité, déjà soulignée, du suivi et des échanges réguliers entre professionnels.

Si on a pris l'habitude de suivre des protocoles de manière rigoureuse dans la salle d'opérations ou dans la maternité, on sera tenté de faire de même ailleurs. On sera même tenté d'exiger des protocoles là où aujourd'hui il n'y en a pas. On sera aussi soucieux de s'informer de leurs progrès. En outre, on en parlera à ses collègues des autres services de l'hôpital qui, sans doute, seront intéressés d'en savoir plus et se demanderont si, eux aussi, ne devraient pas se soumettre à des protocoles. En d'autres mots, si, à la faveur des efforts de développement de la CE, les blocs opératoires et la maternité fonctionnent sur la base de protocoles rigoureux et à jour au vu et au su de tous, on envisager un **effet de basculement** (car c'est l'ensemble du fonctionnement de l'établissement sanitaire qui se retrouve amélioré).

### **3.1.2.2. Deux conditions clefs : prise de conscience et action sur la racine des difficultés**

De tels « effets de contagion » (ou de « migration de compétences ») dans le système hôpital ne se réaliseront pleinement que si deux conditions clefs sont remplies :

- (i) Il faut que d'emblée les professionnels et professionnelles concernées se rendent **conscient(e)s** de ce potentiel de progrès. Qu'ils soient conscients que, en développant leur métier (et sa pratique), ils peuvent aussi, implicitement, indirectement améliorer le fonctionnement de l'hôpital. En l'occurrence ici, cela veut dire qu'ils se rendent conscients du pouvoir transformateur (sur eux) et améliorateur que peuvent apporter des protocoles bien compris et proprement orchestrés en salle d'opération ;
- (ii) Il faut aussi que les personnes concernées investiguent la **source du dysfonctionnement**. Ici, avec les protocoles, on se demandera, par exemple, comment et pourquoi on ne consulte pas les protocoles, comment et pourquoi on ne les affiche pas, comment et pourquoi on a pris l'habitude de « naviguer à vue », de ne pas se mettre à jour sur les nouvelles techniques ou indications, etc. Bref, on cherche à comprendre où est la racine de cette absence, de ce manque, ou de ce défaut. Cette préoccupation est décisive car c'est à ce moment-là qu'on rentre dans une perspective transformatrice (et non pas seulement « réparatrice » ou « correctrice »<sup>31</sup>).

Ainsi on peut contribuer à développer et à améliorer le fonctionnement d'un hôpital tout entier en ne s'occupant que d'améliorer le fonctionnement d'une ou deux de ses composantes clefs (en l'occurrence ici le bloc opératoire et la maternité). En professionnalisant la seule CE, on améliore dans la foulée le fonctionnement de tout l'hôpital, ce qui représente un véritable progrès pour le système de santé à l'échelle du district.

### **3.1.3. Développer la réflexivité professionnelle à travers les échanges entre les professionnels (pilier NSOAP n°2)**

Une autre perspective se dégage de nos travaux, la nécessité, particulièrement sensible à l'échelle des districts, de sortir les professionnels de leur isolement. Les médecins rencontrés étaient unanimes : « *Nous sommes seuls, en fait nous nous sentons seuls* » (selon un MDC rencontré). Briser la solitude, ce n'est pas simplement inscrire les médecins dans un système ou dispositif de relations (par exemple avec des pairs ou des collègues qui vivent les mêmes situations et les mêmes défis ailleurs). C'est aussi, à travers une confrontation entre les pair(e)s et les aîné(e)s, les aider (i) à prendre du recul sur leur métier et sur « leur façon à eux » de le pratiquer, (ii) à questionner la pertinence des actes qu'ils posent et (iii) à se tenir informer sur les dernières recommandations reconnues au niveau internationale.

Un second horizon de travail pour développer la CE au Tchad s'ouvre : créer les conditions et les cadres dans lesquels les femmes et hommes médecins et 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

---

31- Avant, on n'appliquait pas les protocoles, maintenant on les applique. C'est une démarche « correctrice » ou « réparatrice ». On peut aller plus loin. Si on investigate pour comprendre comment et pourquoi avant on n'appliquait pas les protocoles, on remonte à la racine du problème. On peut alors dévoiler un mécanisme sur lequel agir. C'est une démarche « transformatrice ». La durabilité des progrès professionnels et sanitaires avec la CE dépend directement de ce passage d'une démarche simplement correctrice à une démarche transformatrice.

tout processus d'apprentissage et de développement des métiers. Nous pensons notamment à ceux et celles qui sont en charge de l'anesthésie et des mesures post-opératoires.

En promouvant les échanges de pair(e)s à pair(e)s, on aide à concevoir des pistes pour progresser autrement que par des formations à l'étranger (souvent liées au projet de s'installer à son compte à Ndjamenà ou hors du pays). En même temps, développer des processus et dispositifs d'échanges entre pair(e)s donne une ampleur nouvelle aux efforts de formation de base<sup>32</sup>. En effet, avant même de sortir de leur formation certifiante, les (jeunes) médecins savent que leur apprentissage va se poursuivre par la suite et qu'ils ne seront pas « abandonnés » dans leur hôpital de district. Un lien est ainsi créé entre la formation initiale et la pratique du métier.

Nous revenons ci-dessous plus précisément sur cette perspective de formation continue qui devrait, à notre avis, figurer en bonne place parmi les finalités d'un projet ou programme d'appui au développement de la CE au Tchad.

### **3.1.4. Développer la CE avec les usagers (participation, pilier NSOAP n°6)**

Cette perspective correspond au troisième domaine. A priori, les domaines où cette participation peut être attendue ne manquent pas. Citons notamment :

- décider des priorités en matière de soins,
- identifier des groupes qui devraient bénéficier d'une attention spéciale,
- contribuer au contrôle des activités sanitaires et à l'amélioration de leur offre,
- faciliter la communication et les collaborations entre prestataires de soins et usagers,
- sensibiliser les usagers sur des enjeux précis (par exemple, la CE),
- mobiliser des forces vives en cas de nécessités ou d'urgence.

## **3.2. Ouvertures pragmatiques et stratégiques**

A toutes fins utiles, mais sans les approfondir, voici un certain nombre d'orientations stratégiques et des activités intéressantes à envisager dans la suite.

### **3.2.1. Options stratégiques de base**

#### **3.2.1.1. L'hôpital de district comme l'espace sanitaire de référence pour développer la CE**

Cette perspective comporte évidemment une implication importante pour LCDE : si des projets ou programmes doivent être développés par LCDE, c'est à ce niveau là qu'il faudra réfléchir le futur. Combien d'hôpitaux, lesquels exactement, choisis sur la base de quels critères, pour quelle périodes, ... ? Autant de questions concrètes qui seront au menu de celles qui devront ultérieurement développer un dossier de projet ou de programme pour le développement de la LCDE<sup>33</sup>.

Il y a cependant une condition de base sans laquelle ce choix est discutable : le ou la MCH ne doit pas cumuler les fonctions de MCD. Le ou la MCH doit être à 100% disponible pour les soins.

Le découpage géographique et l'identification de **zones prioritaires** sont une nécessité. Un programme qui couvrirait d'emblée tous les districts du pays n'est pas réaliste. Dès début, il faudra répondre aux questions pratiques suivantes :

- Dans combien de districts lancer les opérations ?
- Des districts situés dans quelle(s) région(s) (provinces) du pays ? Pourquoi ces régions-là spécialement ?

---

32- Par exemple, ceux que LCDE déploient déjà aujourd'hui en partenariat avec la faculté de médecine de Ndjamenà)

33- Des réponses à de telles questions, importantes bien évidemment, dépassent le mandat de cette étude préalable.

- Quelle progressivité mettre en place, à quel rythme ?

Nous proposons de commencer dans une « logique d'action recherche » (« essayer voir ») dans **deux ou trois districts** qui serviraient en quelque sorte de « bancs d'essai ». Plus tard, il s'agira d'élargir progressivement vers d'autres districts, le cas échéant, au regard des résultats obtenus dans les 2 ou 3 districts expérimentaux. Selon quelle logique, quelle stratégie ? Comment déclencher une effet « tache d'huile » et à quels niveaux ? Autant de questions qu'il faudra aborder avec patience avec les acteurs intéressés.

### 3.2.1.2. La formation continue en situation réelle (pilier NSOAP n°2)

Sur le plan de l'action proprement dite, le développement de la formation continue<sup>34</sup> ouvre une perspective à la fois réaliste et pertinente. En outre, une telle option s'inscrit en toute logique dans le sillage de ce que LCDE fait déjà au Tchad (formation universitaire, certificat).

- Par formation continuée, nous parlons ici de mettre en place des dispositifs qui permettent aux agents médicaux qui pratiquent la CE de poursuivre leur formation et de bénéficier de l'expertise de chirurgiens spécialistes tout en restant en fonction dans leur hôpital de district. La formation continue met la priorité sur les apprentissages et le développement rigoureux des **compétences en situation** (au contraire de la formation formelle qui met l'accent sur le développement des connaissances et des capacités). Par nature, les opérations de formation continuée ne retirent pas le professionnel de leur lieu de travail ou alors pour des périodes de courte durée. La formation continuée renforce le professionnel(le)s dans ce qu'elles font et là où elles le font. Les mêmes considérations sont valables pour les autres acteurs concernés (TSAR, infirmier du bloc, SFDE, etc.).
- Du point de vue de la stratégie de formation continuée, il est pertinent de concevoir différents niveaux de compétences, chaque niveau correspondant à la maîtrise d'une série d'actes chirurgicaux de complexité progressive. Ce principe de **progressivité** peut faciliter l'apprentissage : on commence par le plus simple et, pas à pas, on évolue vers des actes plus complexes qui font appel à des compétences et exigences nouvelles.
- La formation continuée dont nous parlons ici concerne **l'ensemble des personnes et des métiers** impliqués dans la conduite des interventions de CE, depuis l'accueil jusqu'à la sortie et le suivi post-opératoire, c'est-à-dire le ou la médecin mais aussi l'anesthésiste et tous les autres agents sanitaires formant l'équipe chirurgicale ou intervenant dans la chaîne opératoire.

Il existe au sein du Ministère une division en charge de la formation continue. A notre connaissance, elle fonctionne principalement sur la base de la conversion de salaire en bourse accordée à des agents demandeurs, déjà intégrés à la fonction publique. L'offre concerne des formations dispensées en général à l'étranger. Selon nos informations, cette structure ministérielle ne possède pas de programme de formation continue en *situation réelle*, c'est-à-dire sur place, là où les agents sont en activité dans les hôpitaux de district. Cela signifie que la piste que nous suggérons en matière de CE viendrait en **complément d'un dispositif national** (et qu'elle ne fait donc pas double emploi). De manière plus générale, s'agissant de formation continuée, actuellement seuls les programmes spécialisés (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose, ...) bénéficiant de budgets et stratégies propres, offriraient de telles possibilités mais pour un nombre limité d'agents de santé et sans aucun lien avec la CE.

### 3.2.1.3. La participation des usagers en lien avec l'HD et les CS (pilier NSOAP n°6)

Nos travaux de terrain ne nous ont pas permis, hélas, de rencontrer ni a fortiori de discuter directement avec des usagers et des structures de la société civile locale sur la manière précise de les associer à la conception, aux actions et à la conduite d'un projet ou programme pour développer la CE. Cela devra se faire plus tard si LCDE se décide pour un programme au Tchad. En attendant, en mobilisant notre propre et longue expérience au Tchad en la matière (annexe 12), plusieurs pistes indicatives se déduisent de nos observations telles que rapportées à la section 2.3.6. (partie II).

---

34- Dans la suite de notre texte, nous utiliserons indifféremment les expressions « formation continue » ou « formation continuée » auxquelles nous donnons le même sens.

- Concevoir et réaliser une analyse de contexte et un diagnostic des besoins et des situations en matière d'interventions chirurgicales, en associant étroitement les membres ou représentants des COSAN et des OSC locales, non seulement comme informateurs mais également, autant que possible, comme acteurs parties prenantes dans la conception, la réalisation, la conduite et la valorisation d'un tel diagnostic ;
- Sensibiliser sur les possibilités, potentialités, contraintes et limites de la CE à travers les structures associatives à la base. Une fois encore, la connaissance du milieu que possèdent les usagers est une ressource pour concevoir et mener des actions de sensibilisation / conscientisation efficace ;
- Impliquer les matrones et acteurs villageois de la santé pour faire connaître la CE ; construire les bases d'une complicité opérationnelle pour améliorer le référencement ;
- Identifier les catégories qui sont les plus vulnérables (ou les plus susceptibles de se voir exclues) ainsi que les catégories qui demandent une attention ou une approche spécifique ; cerner leurs besoins spécifiques et travailler avec elles pour identifier et tester les meilleures manières d'y répondre. Plus cette identification sera faite en lien étroit avec les communautés concernées, meilleure sera sa pertinence et sa praticabilité ;
- De manière générale, soutenir et consolider la participation active dans les formations sanitaires, notamment via les COSAN et COGES. Une action de promotion participative de la CE dans le district doit être conçue et menée en même temps comme une action de soutien au développement de ces structures de base appelées à jouer un rôle de relais et de partenaire.

Ces pistes sont à comprendre comme des ressources pour amorcer et développer une réflexion à reprendre et à approfondir en temps opportun.

### 3.2.2. Indications pour un éventuel futur projet ou programme

Les objectifs généraux et ces options stratégiques de base ne remettent nullement en cause les efforts développés par ailleurs par LCDE dans la formation des médecins en matière de CE telle qu'elle est actuellement envisagée avec la Faculté de Médecine de Ndjamená<sup>35</sup>.

#### 3.2.2.1. Indications générales

Au cours de nos travaux de terrain, les éléments qui suivent ont été discutés à plusieurs reprises avec les interlocuteurs rencontrés. Ils sont à considérer comme des éléments à prendre en compte si un projet ou un programme d'appui ou d'accompagnement du développement de la CE doit se mettre en place. La manière précise de procéder, la répartition des responsabilités et des tâches dépasse le mandat d'une étude préalable de courte durée.

- Développer la **supervision** (suivi conseil vertical) et **l'intervision** (suivi conseil horizontal). Ce qui signifie organiser des lieux de discussion et de référence en cas de problèmes ou situations qui dépassent. Par exemple des systèmes de revue entre pairs (« peer to peer review »). Le développement de **pratiques, méthodes et dispositifs collaboratifs** est donc vivement attendu. Des logiques et pratiques de compagnonnage pourraient inspirer des dispositifs et figurer parmi les dispositions d'apprentissage entre pairs (piliers NSOAP n°1 et 2) ;
- Considérer **l'accueil des patients aux urgences** comme le premier moment de la chaîne d'intervention chirurgicale<sup>36</sup>. Ce qui suppose de dresser un bilan-diagnostic de cette première étape avec les usagers et d'en tirer les leçons opérationnelles pertinentes pour améliorer la prise en charge et le cas échéant les interventions de CE (pilier NSOAP n°1) ;
- Développer des pratiques, instruments et dispositifs de **suivi capitalisation**, au sein de l'hôpital mais sans doute aussi aux niveaux administratifs supérieurs, de manière construire une mémoire des

35- Insistons : la formation continuée envisagée ici est d'autant plus pertinente – et impactante – que la formation initiale est de qualité. A l'appui de cette assertion, nous reprenons la remarque élégante faite par Philippe Kalbassou, l'infirmier chirurgien en charge des opérations assimilables à la CE à l'hôpital de Guinebor II : « *J'ai été formé par un grand, c'est le chirurgien qui a créé cet hôpital. J'ai tout appris avec lui. Il s'est cloné en moi. Complètement. Il est parti mais avec moi il est toujours là* ».

36- Lors de notre premier passage à l'HD Gozator, le défi d'un accueil efficace a été longuement discuté avec l'équipe en charge de cette fonction. La question toujours délicate du diagnostic et du niveau d'urgence du cas qui se présente se joue à ce niveau-là.

- métiers et de la pratique de la CE sur place (hôpital) et au niveau du système de santé (district) (pilier NSOAP n°5) ;
- Organiser **l'analyse et le suivi des effets** à plusieurs niveaux : (i) changement : quelles évolutions au niveau des structures, quels progrès dans les performances sanitaires ?, (ii) transformation : quels effets au niveau des fonctionnements, là où les problèmes « se fabriquent », s'entretiennent et se durabilisent ? (pilier NSOAP n°5).
  - Mettre en place un **suivi évaluation de la qualité**, condition pour baliser les apprentissages et les progrès<sup>37</sup> (pilier NSOAP n°5).

Les deux premiers points ont été explicitement demandés par les médecins et infirmiers rencontrés à Gozator et Bokoro. Les trois autres sont des recommandations qui découlent des échanges et réflexions partagées avec les personnes rencontrées (chirurgiens dans les hôpitaux ou responsables d'ONG à Ndjamena). Elles sont corroborées par notre propre expérience des hôpitaux au Tchad.

### 3.2.2.2. Des caravanes orientées « auto-évaluation & apprentissage » (piliers NSOAP n°1 et 2)

De manière plus concrète, le principe de la **caravane** a été régulièrement mentionné par les personnes rencontrées. C'est une pratique relativement courante au Tchad<sup>38</sup>. Des chirurgiens spécialisés sont mobilisés pour quelques jours et dispensent des soins gratuitement aux populations.

Actuellement, ce genre de caravanes ont une vocation purement utilitaire : il s'agit d'offrir gracieusement des services de chirurgie spécialisée à des populations pour lesquelles ce genre de services sont inaccessibles. Dans notre cas, la vocation et les modalités seraient différentes : en plus de réaliser effectivement des interventions proposées au public<sup>39</sup>, l'objectif serait surtout de **créer une situation d'auto-évaluation et d'apprentissages** pour l'ensemble des membres du personnel de l'hôpital habituellement impliqués dans les interventions chirurgicales (le médecin mais aussi les infirmiers et autres garçons de salle).

La caravane serait l'occasion de dresser un **bilan** des connaissances et des compétences, mais aussi un **état des lieux** du cadre, des instruments, des méthodes et des protocoles. La, le ou les médecins invités dans le cadre de la caravane auraient pour mission d'animer ce moment formateur et ainsi d'aider l'équipe de l'hôpital (i) de repérer des faiblesses (erreurs), (ii) de réfléchir à la meilleure façon de les corriger / éliminer et (iii) de mettre en place un plan de progression (non seulement des actes chirurgicaux proprement dits mais aussi de l'ensemble des actes et activités pré- et post-opératives<sup>40</sup>).

Vu de cette manière, la caravane conduite dans une logique de formation continuée est à comprendre comme un **moment de professionnalisation** du personnel de l'hôpital impliqué dans la CE. C'est notamment lors de cette occasion que les protocoles et leur mise en œuvre concrète seraient passés en revue (dans la ligne de ce que nous avons suggéré ci-dessus).

C'est aussi un **moment de resocialisation**. Ce point est important : tous les médecins (et les autres professionnelles de la santé) rencontrés ont évoqué le sentiment qu'une fois sorti de l'école de médecine et une fois en poste, ils se retrouvaient seuls face à l'immensité des défis quotidiens. Peu de contacts avec d'autres médecins, peu de contacts avec des spécialistes dans les domaines qui les préoccupent<sup>41</sup>. Comment faire en sorte que les médecins et les autres professionnels de la santé actuellement isolés se sentent « (re)connectés » à d'autres médecins ou pair(e)s qui vivent les mêmes situations qu'eux et elles ? Autrement dit, comment créer du réseau et de la mise en réseau les diverses professionnelles et

---

37- Cette disposition peut aller, le cas échéant, jusqu'à développer des pratiques, instruments et dispositifs d'auto-évaluation (par les équipes en charge des activités de chirurgie au niveau de l'hôpital).

38- Lors de notre passage à l'hôpital de Gozator, nous avons croisé une caravane de chirurgiens lybiens et égyptiens de passage chaque matin pour une semaine.

39- Les modalités concrètes pour organiser les caravanes nécessitent d'être réfléchies en profondeur. Les conditions dans lesquelles les caravanes se déroulent actuellement ne sont pas forcément de bonnes références.

40- La formation continuée s'adresse donc à l'ensemble des personnes et des métiers impliqués dans la chaîne opératoire (depuis l'accueil jusqu'à la sortie et le suivi post-opératoire du patient).

41- Tant à Bokoro qu'à Gozator, le personnel médical rencontré a évoqué le fait qu'il n'était pas supervisé et qu'il ne bénéficiait d'aucune mise à jour de leurs compétences et pratiques : « *Personne n'est jamais venu me voir depuis que je suis en fonction ici* » nous a déclaré le MDH de Bokoro. C'est exactement ce déficit-là que viserait à combler une dynamique de formation continue.

divers professionnels impliqués dans la CE ? Comment concevoir la caravane – et tout autre élément fondateur d'un projet ou programme d'appui au développement de la CE – comme des moments de resocialisation et de reconnexion des professionnels aujourd'hui isolés dans leur district ou leur hôpital ?<sup>42</sup>

En plus de ces aspects centrés sur la formation continuée et la resocialisation du personnel, la caravane peut aussi, en outre, construire des moments de travail et d'interaction structurée avec des **usagers représentatifs**, éventuellement organisés pour consolider leur position d'acteur et d'actrice dans le système de santé du district, en lien notamment avec les défis de sensibilisation, la communication et les actions à la base pour développer la CE.

### **3.2.2.3. Autres pistes**

A côté de ces pistes orientées « apprentissage », d'autres dimensions s'ajoutent et inspirent d'autres interventions :

- Développer la gouvernance des infrastructures hospitalières, car de la fonctionnalité et de la bonne gestion de l'hôpital dépend directement la faisabilité et la qualité de la CE. C'est à cet endroit que la formation du MCH doit aussi être pensée. Nul ne devient spontanément un bon gestionnaire d'un hôpital, cela s'apprend, il y a des outils, des modalités et des compétences spécifiques nécessaires à acquérir (piliers NSOAP n°5 et 6);
- Développer d'une « culture de la maintenance » ou du prendre soin de ses outils de travail (pilier NSOAP n°3) ;
- Développer les compétences relationnelles, non seulement orientées vers les usagers (les patientes en particulier) mais aussi vers les autres infrastructures ou institutions publiques. Par exemple, comment l'hôpital de district se met en lien ou collabore avec les collectivités locales ou les autres services publics locaux ? Un hôpital n'est pas une structure isolée dans un espace institutionnellement vide. Ce genre de liaison peuvent se révéler importantes pour financer des investissements ou des opérations sanitaires (pilier NSOAP n°6).

## **3.3. Conditions de faisabilité à particulièrement surveiller**

Ces conditions ressortent directement de nos travaux de terrain dans les hôpitaux. Elles recoupent les conditions largement mises en lumière dans la littérature scientifique consacrée à la CE (chapitre 1.5). Chacune de ces conditions pourraient, le cas échéant, inspirer ou figurer au menu d'un éventuel futur projet ou programmes.

### **3.3.1. Faisabilité / conditions institutionnelles (partenariats, ancrages,...) : le défi du portage des efforts et initiatives (pilier NSOAP n°6)**

Même si l'impulsion au départ vient de dehors (ici de LCDE), qui par la suite va la reprendre à son compte, qui va l'assumer dans tout ce qu'elle implique ? Autrement dit, si LCDE prend l'initiative, qui va prendre le relais et dans quels délais ?<sup>43</sup>

Voilà des questions essentielles. Le portage de l'initiative CE au Tchad est certainement un des grands défis face auquel LCDE se retrouve, sans doute le premier. Un défi d'autant plus difficile que le **Ministère de la Santé Publique**, institution de référence incontournable, n'est pas la structure réputée la plus dynamique et la plus compétente en matière de prise d'initiatives ou de conduite de programmes. Elle reste néanmoins nécessaire à impliquer dans la dynamique. De quelle manière ? Avec quel mandat précisément ?

---

42- Avec les NTIC, les possibilités de créer des réseaux apprenants et des réseaux d'appui ne manquent pas. Même si ce n'est pas une panacée, c'est une piste à considérer par LCDE.

43- Idéalement, cela devrait être dès le départ, sitôt après l'étude préalable de sorte que l'étude de mise en œuvre d'actions, projets ou programmes soient portées par des acteurs tchadiens qui s'engagent.

Concrètement, le portage implique **trois dimensions** indénouables : (i) la *volonté* (le « vouloir que ça advienne ») mais aussi plus fondamentalement le désir, qui tous les deux sont de l'ordre de la condition politique, (ii) la *responsabilité* (et donc le fait de prendre et d'assurer les risques) et (iii) *l'engagement actif* (le passage à l'action, le nécessité de « se mouiller la chemise » et de prendre des initiatives<sup>44</sup>). Actuellement, le Ministère de la Santé Publique ne répond pas de manière convaincante à ces trois dimensions. Du moins à la lumière de nos visites et rencontres.

En pratique, un portage qui réussit doit pouvoir prendre appui sur une dynamique de **partenariat** et donc sur un rassemblement de forces, de volontés (et de bonnes volontés) autour d'une perspective partagée. Construire un portage revient à construire un ou des partenariats. Avec qui ? Dans quels buts partagés ? Qui s'engageant à quoi ? Qui apportant quoi ? Les travaux menés pendant la mission, brève il est vrai, ne permettent pas de répondre à ces questions. Aucune des structures rencontrées, y compris le Ministère de la Santé Publique, n'était prête pour porter un tel projet à brève échéance.

Sur le plan pratique, un certain nombre d'**indications concrètes**, susceptibles d'inspirer pour la poursuite, ont été discutées, notamment celles-ci :

- La mise en place d'un Comité de Pilotage et de Liaison (COPIL) ad hoc mis en place sous l'égide du Ministère de la Santé Publique, garant à la fois de la légalité, de la durabilité et de l'ancrage institutionnel des initiatives qui seraient prises, un COPIL accueillant en son sein les structures, publiques ou privées, pourvu qu'elles soient mobilisés par les défis que la CE au Tchad ;
- C'est dans le cadre de ce COPIL que les stratégies et grandes orientations seraient élaborées et validées, mais aussi que des opérations de communication et de capitalisation / évaluation seraient conduites. C'est aussi dans ce COPIL que serait définie la liste des actes reprises sous l'appellation de CE au Tchad<sup>45</sup> ;
- L'identification des partenaires tant opérationnels qu'institutionnels est une étape importante. Il faut envisager que chaque partenaire puisse avoir un mandat et un rôle particulier propre à mettre en valeur ses capacités et ressources ;
- L'analyse des besoins financiers et le repérage de engagements financiers constitue une tâche qui incombera au COPIL (avec des questions précises à régler, par exemple celles-ci : qui est prêt à financer quoi, endéans quels délais, à quelles conditions,... ?).

S'agissant du portage, il faut distinguer plusieurs niveaux, notamment le **portage institutionnel** de l'initiative, d'un côté et, de l'autre côté, le **portage opérationnel** des activités.

- Le premier niveau de portage (institutionnel) se conçoit à l'échelle nationale et à distance du terrain et des activités
- En revanche, le second niveau de portage (opérationnel) se conçoit à l'échelle des districts sanitaires, là où les actions se mènent par et avec d'autres acteurs.

On ne peut développer pleinement ce deuxième niveau qu'une fois que les districts qui accueillent le projet sont identifiés et que, dans ces districts, les acteurs, professionnels de la santé mais aussi les usagers, associations ou OSC parties prenantes, ont été identifiés, informés, intéressés et mobilisés.

Pour assurer le portage opérationnel dans différents districts, une structure de coordination devra cependant être identifiée. Son rôle sera notamment d'assurer la conduite et l'animation générale du projet dans les deux ou trois HD choisis pour démarrer et de garantir les liens et la cohérence entre des actions menées dans les districts.

Aucune structure candidate pour assumer ces rôles n'a pu être identifiée dans le cadre de la présente mission. Identifier une telle structure s'impose comme un préalable.

---

44- Prendre des initiatives mais aussi, surtout, se reconnaître auteurs des initiatives, une modalité qui n'est pas forcément acquise d'emblée.

45- Plusieurs possibilités s'offrent à ce niveau. Ainsi, lors des échanges il a été question, notamment, de la possibilité de définir une liste initiale minimale, avec les actes considérés comme les plus simples, liste qui s'élargirait progressivement en englobant des actes ou interventions plus élaborées chemin faisant.

### 3.3.2. Faisabilité / conditions organisationnelles (notamment la gouvernance, pilier NSOAP n°6)

L'hôpital est une organisation. La pratique de la CE dépend immédiatement de la fonctionnalité de l'hôpital en tant qu'organisation (système intégré de fonctions)<sup>46</sup>. La possibilité pour le médecin et l'équipe en charge des interventions chirurgicales de mettre en œuvre leurs talents dépend directement de la fonctionnalité de l'hôpital où ils pratiquent. De nos travaux, plusieurs aspects ressortent clairement :

- La qualité et la disponibilité des professionnels de la santé qui sont au cœur des défis à relever pour le développement de la CE. Pour faire court, on pourrait dire que de la santé des patients hospitalisés dépend beaucoup de la santé de l'hôpital en tant que corps organisé.
- La fonctionnalité des hôpitaux, vue dans sa double dimension managériale et institutionnelle conditionne immédiatement la faisabilité de la CE. La coordination et la cohérence des activités qui relie entre eux les différents services fait partie des défis du management d'un hôpital de district. Autrement dit, pour bien pratiquer la CE, il faut un hôpital qui fonctionne bien (proprement géré, bien dirigé, efficacement coordonné, avec une vision claire de l'avenir et en lien proche avec ses usagers)<sup>47</sup>.
- La collecte et le traitement des données figure parmi les éléments importants pour suivre le fonctionnement d'une unité au sein d'un hôpital et l'hôpital lui-même.

Ces éléments placent un **diagnostic organisationnel** comme une modalité de réalisation de tout programme d'introduction ou de développement de la CE. Le diagnostic qui serait réalisé dès le début, de manière participative de façon à impliquer tout le personnel, servirait de situation de référence pour suivre les évolutions et les progrès réalisés (baseline). Ce diagnostic peut éviter de reproduire la situation actuellement très fréquente de ces programmes qui s'investissent pour améliorer un aspect ou une composante du système de santé en négligeant le fait que cette composante fait partie d'un tout fonctionnel.

Nous suggérons, notamment ci-après au point 3.4.5.3., que les populations bénéficiaires, notamment les femmes, peuvent aussi jouer un rôle pour enrichir un tel diagnostic. Ce diagnostic organisationnel vient enrichir **l'analyse du contexte du district** dans lequel l'action d'amélioration de la CE prend place. Cette phase de diagnostic peut notamment aider à identifier les manques particulièrement criants pour la pratique de la CE et les sources du dysfonctionnement ou d'autres aspects tels que l'indisponibilité de ressources sur le marché tchadien, le manque de financement, la présence de contrefaçons, etc.

Précisons ici un point important : nous ne parlons pas d'une analyse « technique » faite par des consultants ou par des académiques, nous pensons ici à une analyse réalisée par les acteurs eux-mêmes, c'est-à-dire les professionnels de la santé et les autres parties prenantes, notamment les catégories d'usagers plus vulnérables et leurs associations, le cas échéant avec l'appui méthodologique de la structure opérationnelle qui coordonne le projet.

Une telle analyse de contexte (concertée et mobilisatrice) sera d'autant plus pertinente qu'elle est d'emblée envisagée et réalisée dans une double perspective : **descriptive** (quelles sont les situations, quels sont les acteurs, que font-ils, qu'est-ce qui se passe, quelles forces, quelles faiblesses, quelles évolutions et tendances, ... ?) mais aussi **compréhensive** (pourquoi de telles situations, quelles sont les forces en jeu, d'où proviennent-elles, qu'est-ce qui les amplifie ou, au contraire, les atténue, qui gagne, qui perd, au dépens de qui ou de quoi, au bénéfice de qui ou de quoi, pour quelles raisons, suivant quels mécanismes ... ?). L'analyse porte principalement sur le contexte sanitaire, particulièrement en lien avec la CE mais elle ne s'y enferme pas pour autant. Une analyse de contexte utile n'est pas forcément exhaustive mais par contre elle est « curieuse » en même temps qu'elle attise la **curiosité** de toutes les parties prenantes.

---

46- Selon les experts de la division de la Formation continue du Ministère de la Santé Publique, les médecins de district ont pu suivre, grâce à un appui financier de l'AFD, une formation de base d'une durée de 45 jours qui a pour objet la gestion et la gouvernance d'un établissement hospitalier. Actuellement, cette possibilité n'existe plus. Selon ces experts, cette formation n'aurait pas été évaluée de sorte qu'il n'est pas facile de savoir si une telle formation a donné les résultats attendus en matière de meilleur management des hôpitaux de district.

47- La situation de Gozator de ce point de vue était significative : lors de notre visite, nous avons affaire avec une structure bien gérée sur le plan financier mais pauvrement coordonnée, sans solide gestion des ressources humaines, sans claire orientation en matière de management ou de communication interne. Le potentiel est là mais pauvrement mis en valeur.

### 3.3.3. Faisabilité / conditions opérationnelles (pilier NSOAP n°3)

Tous nos interlocuteurs ont identifié les **équipements** fonctionnels et la **disponibilité de consommables** de qualité comme une des conditions majeures pour que la CE soit faisable et qu'elle soit de qualité. Cela concerne tout ce qui est nécessaire pour les actes de chirurgie proprement dits mais concerne aussi les équipements, instruments, dispositifs, notamment pour réaliser une anesthésie de qualité et plus largement toutes les opérations pré- et post-opératives.

**Deux dimensions** sont à prendre en compte conjointement : (i) disponibiliser les équipements (au besoin en apportant ce qui manque) mais aussi (ii) garantir leur maintenance (ou le suivi des stocks et leur qualité si ce sont des consommables).

Dans les hôpitaux visités, il existe un vrai défi de l'entretien et du « prendre soin » des infrastructures et instruments de travail. On peut vraiment parler de développer une **culture de la maintenance**. L'ancrage durable d'une telle culture devrait figurer en bonne place parmi les axes de progrès. Mais, pour y parvenir, il est nécessaire de **comprendre pourquoi et comment, aujourd'hui**, cette culture du « prendre soin » de ses instruments de travail n'existe pas. Quelle est l'origine de cette carence fonctionnelle ?

En investiguant cette piste, on mettra sans doute le doigt sur l'un ou l'autre mécanisme propre à la société tchadienne, l'occasion de faire coup double. Voici comment on peut y arriver : (i) on met en place concrètement les mesures efficaces pour assurer la maintenance, (ii) en même temps, on s'efforce de dévoiler et comprendre les mécanismes sociaux (locaux) qui font que la maintenance ne se fait pas spontanément et (iii) on prend des mesures pour neutraliser ou « couper les racines » de tels mécanismes (voir le point 3.4.5.6. ci-dessous).

### 3.3.4. Faisabilité / conditions financières (pilier NSOAP n°4)

Un certain nombre de préoccupations tournent autour des questions financières, en particulier celle de savoir comment les patients pourront payer les services de chirurgie essentielle. Cette préoccupation est d'autant plus pertinente que le système de santé au Tchad est pauvrement financé et que le budget national est en régression depuis 2015<sup>48</sup>. Le paiement des prestations de CE figure parmi les enjeux à prendre en compte pour l'avenir des futures initiatives qui seraient prises par LCDE. Il y a donc une véritable problématique de l'économie de la CE avec quelques questions d'importance qui appellent des réponses de qualité, notamment celles-ci :

- Quels sont les coûts directs et indirects, notamment les coûts cachés ? Comment les répartir entre les différentes parties ?
- Quelles sont les ressources mobilisées et les économies réalisables ?
- Comment faire en sorte que la CE reste accessible aux plus démunis ?
- Comment construire le financement *durable* des actes et dispositifs de CE ?

La manière dont les hôpitaux fonctionnent, dont ils sont financés et organisés, la manière dont les données et informations médicales sont collectées dans les hôpitaux, ne permettent pas de se faire facilement une idée de ce que coûte spécifiquement la CE tant du point de vue des prestataires que de celui des patient(e)s. Ce constat rend difficile la réponse à la question de savoir ce que peut réellement coûter la mise en œuvre d'un dispositif de CE performant, accessible et de qualité pour les différentes catégories d'acteurs concernés.

Nous parlons ici des coûts de deux points de vue : les coûts financiers tels que les salaires des différentes catégories d'acteurs médicaux intervenant et les consommables (coûts directs) mais aussi les coûts en termes de surcharge de travail ou d'opportunités, de maintenance et d'amortissement des équipements, instruments, bâtiments et infrastructures (coûts indirects). Sur base de la connaissance de

---

48- Le financement de la santé publique au Tchad est désormais étroitement lié à l'évolution des prix du pétrole sur le marché mondial. Or ceux-ci sont tendanciellement à la baisse depuis plusieurs années.

tels coûts, il devient envisageable d'établir des coûts unitaires par type d'interventions chirurgicales proches de la réalité<sup>49</sup>.

L'analyse de la faisabilité économique, tant du point de vue des prestataires de soins (côté délivrance et offre) que des bénéficiaires (côté accès et demande), devra faire l'objet d'un examen attentif si un projet ou programme de développement de la CE doit être développé à l'avenir. En particulier, de tels projets ou programmes doivent particulièrement veiller à ne pas créer des situations de **dépendance structurelle** vis-à-vis de ressources externes. Ils devront se rapprocher le plus possible des situations qui prévalent aujourd'hui (et donc faire avec ce qui est là plutôt qu'avec ce qui devrait être là (qu'à la faveur d'un projet on rend provisoirement et artificiellement disponible). Si pour lancer une initiative nouvelle, des ressources externes peuvent être envisagées, pour amorcer un processus, il convient dès le départ de penser à l'évolution des flux financiers (au départ exogènes, ensuite progressivement endogènes).

### **3.3.5. Autres conditions influençant transversalement la faisabilité : sept défis en ligne de mire**

Un certain nombre d'autres conditions, pas forcément simples à saisir, sont importantes à souligner si un projet ou un programme doit être envisagé. A nos yeux, elles correspondent chacune à un défi, ce qui suggère une manière positive de s'en saisir. Sept défis croisent la route de ceux et celles qui se soucient de faisabilité, de sens et de pertinence.

#### **3.3.5.1. Relever le défi de l'engagement et volonté d'agir**

La volonté et l'engagement durable des acteurs impliqués, en particulier le médecin chef de l'hôpital et le personnel du bloc opératoire. S'ils ne perçoivent pas immédiatement l'intérêt de ces efforts supplémentaires qu'implique le développement de la CE dans leur établissement, l'avenir des actions initiées reste incertain. La question clef qui se pose ici n'est donc pas seulement celle de savoir comment « motiver » les acteurs concernés, c'est-à-dire comment construire la volonté de s'engager dans de nouvelles démarches, de nouvelles postures, de nouvelles pratiques, c'est aussi celle de savoir comment et pourquoi les acteurs concernés sont désengagés (ou ne sont pas engagés) d'une part et, d'autre part, comment ils se désengagent (en supposant qu'ils étaient engagés au moment de leur affectation).

Il n'est jamais simple de sonder la motivation d'une personne à s'engager durablement dans une action. On peut comprendre l'état de fatigue de certains médecins. Ainsi, le médecin chef rencontré à Gozator n'a pas caché son découragement vis-à-vis de ses conditions actuelles de travail, peu motivantes selon lui (rémunération faible, pauvre reconnaissance des efforts, absence de suivi ou d'encouragement de sa hiérarchie, difficultés matérielles pour « faire marcher l'hôpital », l'abondant personnel temporaire en regard du petit nombre de permanents,...). Toutefois, cette position contrastait avec celle de la sage femme responsable de la maternité qui semblait elle, au contraire, habitée par un réel enthousiasme. Ces deux figures, au-delà de ce qu'elles donnent à voir, aident à soulever une question importante pour la construction d'un projet : comment construire l'enthousiasme et la motivation qu'elle incarne dans un hôpital de district ?

Une des facettes de la motivation concerne le cadre institutionnel dans lequel les agents de santé évoluent. L'absence de plan de carrière, l'absence de planification des rotations ou des mutations, de manière générale la faiblesse des stratégies et pratiques de gestion des ressources humaines au niveau du Ministère de la Santé Publique sont autant d'éléments qui pèsent de tout leur poids sur la construction de la motivation et la volonté d'agir. D'autres facteurs, moins évidents, peuvent aussi entrer en ligne de compte, par exemple l'absence d'écoles de qualité en dehors des grandes villes de sorte que le MCD ou MCH affecté dans un district éloigné ne pourra pas offrir à ses enfants l'éducation de qualité qu'il est en droit de leur proposer (ce qui est un facteur de démotivation).

---

49- L'annexe 4 suggère la diversité des interventions en CE (qu'on peut répartir grossièrement en quatre grandes catégories : obstétrique, traumatismes, urgences non traumatiques, autres interventions ni traumatiques, ni urgentes).

### 3.3.5.2. Relever le défi de la responsabilité

Responsabilité et prise de responsabilité. Deux conditions de faisabilité qui traversent l'ensemble des efforts qui pourraient être entrepris pour développer la CE et ses performances. Ce qui suppose un cadre de travail stimulant, encadrant et structurant (du côté de l'institution sanitaire)<sup>50</sup>. Mais développer la responsabilité suppose aussi de travailler sur l'irresponsabilité : comment, individuellement et collectivement, on devient irresponsable ou comment on s'empêche de prendre ses responsabilités ? Autrement dit, comment l'absence ou le défaut de responsabilité est fabriqué dans les rouages du quotidien au sein de l'établissement de santé ?

A plusieurs reprises, il est apparu que la responsabilité n'est pas seulement l'affaire du corps médical mais aussi celle des patients et des patientes. C'est le cas, par exemple, lorsque le mari ou la famille tergiverse pour transférer la femme en travail vers l'hôpital de district avec pour effet d'arriver dans des conditions catastrophiques (comme l'illustre l'histoire de madame Adija Bakar, jeune maman arrivée à Bokoro en état comateux et qui a été sauvée de justesse par le médecin). Les membres de la famille ont débattu longtemps entre eux de qui va payer quoi, de la nécessité, des conditions du transport, ... avant de décider tardivement le transfert. D'un autre point de vue, la responsabilité des patient(e)s et de leur famille est aussi liée au fait que les personnes ne respectent pas certaines précautions ou dispositions préventives, par exemple les quatre « trop » qui font actuellement l'objet de campagne de sensibilisation nationale (grossesses trop tard, trop tôt, trop rapprochées, trop nombreuses). L'application des quatre « trop » soulève des enjeux et des questions de grande portée au niveau même du fonctionnement des ménages et des familles. Ce n'est donc pas une simple affaire d'appliquer ou pas les mesures préconisées. Se marier plus tard, étaler les grossesses, les limiter soulèvent des questions qui logent au cœur de la vie sociale et des contradictions familiales.

Le défi de la responsabilité soulève encore d'autres questions importantes, notamment celle du référencement et de son organisation : à partir de quand et de quoi un patient est transféré vers un centre de santé de niveau supérieur ? Améliorer le cadre dans lequel la CE est développée exige de vérifier – et au besoin repenser – la fonctionnalité de toute la chaîne que constituent le centre de zone, l'hôpital de district et l'hôpital principal. Comment les responsabilités sont-elles distribuées entre ces divers niveaux ? Comment sont-elles évaluées de manière à pouvoir être réajustées en fonction des réalités et situations locales ? Comment le projet pourra-t-il influencer sur la structuration du système de référencement autour de la chirurgie essentielle depuis le niveau communautaire ?

### 3.3.5.3. Relever le défi de l'implication évolutive des communautés

Dans notre esquisse stratégique, ci-dessus, nous avons identifié la participation *active* des usagers organisés comme un des trois grands domaines de finalités du futur projet (c'est le domaine n°3). Le défi bien sûr consiste à effectivement impliquer les acteurs à la base et notamment les plus vulnérables, les exclus et les « invisibles » mais il consiste surtout à **rendre cette participation active durable et structurelle**. De nouvelles questions se posent alors. Comment *continuer* à impliquer les communautés dans l'élaboration d'une stratégie de CE ? Comment en particulier *continuer* à solliciter leur analyse en rapport avec leur expérience des établissements de santé et notamment les HD ? Autrement dit comment *continuer* à approfondir avec eux, en sollicitant leur intelligence des situations et leur diagnostic pour ancrer solidement leur participation. Bref, comment **la faire évoluer** tout au long de la vie de l'éventuel programme de développement de la CE au Tchad ?

### 3.3.5.4. Relever le défi de la maintenance et de la salubrité

Ce sont deux dimensions passent facilement au second plan et pourtant elles sont essentielles. La réussite des opérations de CE dépendra étroitement du niveau de réalisation de ces deux conditions. C'est pourquoi tout programme de développement des capacités de CE devra aussi prévoir la manière d'affronter ces deux défis.

---

50- *Stimulant* au sens de donner envie d'agir et de bien faire, *encadrant* au sens d'un cadre qui vous soutient dans ce que vous faites en tant que professionnel et dans lequel vous apprenez de ce que vous faites, *structurant* au sens d'un cadre qui délivre les normes et règles, qui fonctionne sur des procédures et protocoles partagés, qui donnent des orientations claires,...

Quatre dimensions doivent être prises en compte simultanément : (i) la formation de tous les acteurs de la chaîne opératoire, (ii) l'établissement de protocoles qui formalisent les procédures (quelles sont les règles et les critères de la « bonne salubrité » en milieu hospitalier, quelles sont les règles et critères de la maintenance efficace ?), (iii) la responsabilisation d'agents qui ont en charge l'une ou l'autre de ces deux dimensions et (iv) l'établissement d'une situation de référence (baseline au temps 0), élément indispensable pour baliser les progrès au fil du temps.

### **3.4.5.5. Relever le défi d'une perspective genre « revisitée » et « politisée »**

Un aspect important qui conditionne la faisabilité et le sens de programme de soutien au développement de la CE concerne la mise en valeur de la dimension genre, d'autant plus importante que la CE s'adresse pour beaucoup aux femmes, et en particulier les plus vulnérables. Il est nécessaire de prendre en considération leurs spécificités, leurs besoins propres, leurs craintes et préoccupations, leurs préférences comme autant de paramètres pour la réussite du développement de la CE.

Pour peser de tout son poids, la conception du genre nécessite d'être enrichie. Le plus souvent, dans le monde du développement, les préoccupations liées au genre sont analysées à la lumière de la place qu'occupent les femmes, ou certains groupes ou catégories d'exclus, dans les espaces sociaux, les ressources auxquelles ces personnes ont accès ou pas, les discriminations, injustices ou violences auxquelles elles sont exposées et dont elles sont les victimes (le plus souvent invisibles). Toutefois, sans autres analyses ou réflexions, ces préoccupations et les mesures ou actions qui s'en suivent n'aboutissent pas forcément aux transformations profondes qu'elles peuvent revendiquer. C'est le cas si elles ne valorisent que la perspective *inter-catégorielle* basée sur le genre, c'est-à-dire, par exemple, le clivage hommes / femmes (les hommes en « position haute » vis-à-vis des femmes en « position basse »)<sup>51</sup>.

Dans une perspective d'amélioration de la CE, il est nécessaire d'aller plus loin en matière de genre. C'est possible si on adopte une perspective *intra-catégorielle*<sup>52</sup> d'une part en même temps que, d'autre part, on prend pour cible l'analyse du(des) mécanisme(s) qui caractérise(nt) les rapports de genre inter-catégoriels (le plus souvent, il s'agit de la violence, de l'inégalité, de l'exclusion, de l'exploitation ou de la domination).

Dans ce cas, les questions et les possibilités d'action s'élargissent. En effet, on ne se demande plus seulement comment rétablir l'égalité, par exemple entre les hommes et les femmes, ou comment on peut neutraliser la domination ou l'exploitation des femmes par des hommes. Si cette perspective est nécessaire pour ceux et celles qui subissent la domination, elle ne suffit pas. On doit *aussi* se demander plus fondamentalement, d'une part (i) comment et pourquoi l'inégalité, la domination ou l'exclusion fonctionnent dans la société de manière plus large, peu importe les groupes ou les catégories et, d'autre part, (ii) comment on peut agir sur les rapports inégaux, d'exploitation, de violence et de domination qui existent entre les catégories comme moyen pour s'attaquer plus fondamentalement aux racines et aux mécanismes qui génèrent et « naturalisent » de tels rapports ailleurs (et partout ?) dans la société tchadienne. L'action sur les rapports entre hommes et femmes devient alors un moyen privilégié pour analyser des rapports qui structurent la société et entravent le « bien vivre ensemble ». C'est ce que nous voulons dire en parlant de « *politiser la dimension genre* ».

S'agissant de la CE, les possibilités ne manquent pas. En effet, les *urgences, les maternités et les salles d'opérations* sont en quelque sorte le rivage sur lequel les contradictions de la société locale échouent et se donnent à voir dans leurs effets délétères. Car les situations d'urgences obstétriques sont

---

51- Pour ne pas compliquer inutilement notre point de vue, nous ne parlerons ici, s'agissant de genre, que des rapports entre femmes et hommes. Il existe bien évidemment d'autres populations particulièrement exclues du système de santé et directement préoccupées par l'accès à la CE (certains groupes d'âge, de handicap, de statut, certains groupes ethniques,...).

52- Les analyses intra-catégorielles s'intéressent aux rapports entre les membres d'une même catégorie d'acteurs, par exemple, à la manière dont certaines femmes dominent, exploitent, violentent d'autres femmes, ou encore aux rapports d'inégalité qui s'établissent entre des femmes différentes. De telles études mettent en lumière que les limites des approches inter-catégorielles en montrant par exemple comment des femmes émancipées des rapports inégaux entre hommes et femmes reproduisent à leur compte ces mêmes rapports de domination vis-à-vis d'autres femmes dépendant d'elles. Dans pareils cas, on comprend que si le mécanisme de domination ne fait pas l'objet d'une analyse *et* d'une action spécifiques, on ne transforme pas la société, on ne modifie que des formes et des modalités.

souvent la conséquence de dysfonctionnements sociaux et d'un certain type de rapports entre les femmes et les hommes, entre les générations au sein des familles, entre les familles au sein des communautés, entre certains groupes sociaux, les uns excluant ou exploitant les autres. A ce titre, elles offrent donc une opportunité concrète pour questionner les cadres sociaux, les pratiques, les normes et les règles en vigueur dans le système familial ou social au sein duquel se pose la question de dignité et de leur « bien-vivre ». En pratique, on voit comment on peut travailler ces urgences qui aboutissent à une intervention chirurgicale (CE) :

- (i) Bien évidemment, au départ, la prise en charge médicale retiendra toute l'attention, la réponse médicale devant être à la hauteur des situations et des souffrances éprouvées, que ce soit en termes de rapidité, de sécurité et de qualité des actes médicaux :
- (ii) Mais, dans le sillage de ce travail médical, on doit *aussi* se demander avec les intéressé(e)s, au moment opportun, de la bonne manière, qu'est-ce qui dans leur système de vie et, en particulier, dans le fonctionnement socio-économique de leur ménage ou famille, a pu contribuer à créer la situation d'urgence, qu'est-ce qui l'a aggravée sensiblement.

C'est là que la perspective de ***faire coup double*** apparaît dans toute son épaisseur stratégique. On s'investit le mieux qu'on peut sur un défi médical qui consiste parfois simplement à sauver des vies (premier coup) et, ce faisant, en même temps, on s'attaque – avec les personnes concernées – à ce qui est à la cause ou au fonctionnement social qui est à l'origine de la situation d'urgence (second coup).

Cette dimension sociale est spontanément apparue lors des entretiens avec les jeunes mamans (et leurs accompagnants) qui avaient bénéficié d'une césarienne à Bokoro<sup>53</sup>. Au-delà de l'urgence médicale, toute une série de pratiques, de conceptions de la vie et de relations au sein du ménage, transparaissaient dans leurs explications et laissaient entrevoir en toute simplicité la possibilité de mettre des questions là où habituellement il n'y en a pas.

#### ***3.4.5.6. Investiguer et agir sur les mécanismes à la source des dysfonctionnements***

Nous avons introduit sommairement cette idée plus haut lorsque nous parlions des finalités (section 3.1). Nous y revenons parce que la même perspective se révèle également décisive du point de vue de la faisabilité. En effet, il ne suffit pas de repérer les obstacles et problèmes et d'ensuite leur apporter une solution, il faut aussi, *en outre*, comprendre comment les acteurs ensemble « fabriquent » et « durabilisent » ces obstacles ou problèmes. Il faut donc aussi s'attaquer aux mécanismes qui, dans le système de travail *et* chez les personnes, œuvrent pour perpétuer ou renouveler les difficultés. En effet, si on ne travaille pas les causes et surtout ce qui rend efficace les causes, il y a beaucoup de chances que les solutions d'aujourd'hui dressent le lit des problèmes et difficultés de demain. Les mêmes problèmes ou difficultés resurgissent sous une nouvelle forme, souvent plus puissante et davantage dommageable.

Les exemples ne manquent pas. Ainsi, à Gozator, nous avons pu discuter d'une situation assez typique, celle d'un subordonné qui met en question la pratique, le geste ou la décision d'un supérieur. En règle générale, au Tchad, lorsqu'une personne en position basse soulève une question sur l'activité décidée ou menée par une personne en position haute, automatiquement on considère qu'elle s'en prend directement à la personne. Il n'y a pas séparation nette entre la norme d'une part et, d'autre part, la personne qui incarne la norme : affecter (a fortiori critiquer) la norme revient à affecter (critiquer) la personne qui l'incarne. Il en résulte que seuls les chefs peuvent initier une démarche de questionnement (possiblement critique). Ce genre de règle tacite, prise ici comme un exemple, imprègne tous les dispositifs de gouvernance et l'organisation des établissements sanitaires. Si une démarche est entreprise pour « reconfigurer » le répertoire des normes, règles et pratiques sur lequel se fonde la gouvernance au quotidien d'un hôpital, il sera nécessaire de « mettre en lumière » de tels mécanismes, quelques-uns au moins, les plus immédiatement impliqués, de manière à les mettre en discussion et de s'entendre, le cas échéant, sur ce qu'on en fait.

---

53- Selon nos entretiens individuels en date du 27/02/20

### **3.4.5.7. Se doter d'un état des lieux de référence**

Quelle était la situation au démarrage de l'action ? Où en étions-nous ? Et si on compare avec aujourd'hui, où en sommes nous, où et en quoi progressons-nous, où et en quoi stagnons-nous, où et en quoi reculons-nous ? Si un programme est lancé dans quelques hôpitaux de district, il est fondamental de se doter d'un état des lieux au départ qui puisse servir de référence. Cet état des lieux, ou baseline, devra être faite dans tous les domaines, gestes, pratiques, dispositifs qui importent et où des progrès sont attendus, que ce soit en matière de CE *sensu strictu* (les actes chirurgicaux), d'anesthésie, de stérilisation, de maintenance des équipements, de salubrité, de gestion des ressources humaine, de prise en charge pré ou post opératoire, mais également de participation des usagers... Pour chacun de ces domaines, un instrument, sorte de tableau de bord, doit être conçu de la manière la plus simple et la plus pertinente possible. Et avec réalisme. En la matière, le principe de parcimonie est décisif : il ne s'agit pas d'en faire trop mais *suffisamment* tout en gardant toujours en ligne de lire la valeur ajoutée en terme d'utilité.

La question clef est alors celle-ci : en quoi ça nous fait avancer de suivre tels ou tels progrès dans tels ou tels domaines ? Est-ce que cela nous fait gagner davantage que ce que cela nous coûte en surcroît de travail ? A quoi on peut le voir ? Comment en être certain ? Et comment ça évolue ? (car ce qui est efficace aujourd'hui peut devenir inefficace ou inutile demain. Il ne s'agit pas de chasser des routines pour les remplacer par d'autres tout aussi sourdes)

## Conclusions générales

Au terme de cette étude préalable, il nous faut répondre à la question centrale qui l'a motivée : LCDE étant déjà en appui de la Faculté de Médecine de Ndjamenas pour former des médecins à la CE (certificat), est-il justifié d'aller au-delà de cette aide en accompagnant des initiatives de développement de la CE sur le terrain ? Autrement dit, est-il pertinent que LCDE développe un projet visant à développer et améliorer la pratique de la CE au Tchad ? Pour quelles raisons le cas échéant ? De manière plus générale, en quoi et pourquoi le développement de la CE au Tchad serait-elle pertinente vis-à-vis des enjeux de santé publique ? Dans l'affirmative, de quelle manière, suivant quelles lignes stratégiques ?

1. D'après nos travaux dans deux hôpitaux de districts, à la suite des entretiens que nous avons menés auprès d'un certain nombre d'acteurs de terrain et d'autorités publiques, au regard des investigations documentaires que nous avons réalisées, en nous appuyant sur notre expérience du Tchad, il apparaît en effet qu'au Tchad, un projet visant à accompagner le développement est non seulement possible à mettre en place mais qu'il se justifie pleinement.

**Un projet de développement de la CE est pertinent au Tchad, il répond à des enjeux majeurs de santé publique**

2. Les raisons qui fondent cette conclusion ne sont cependant pas de même nature que celles qui sont habituellement mentionnées dans la littérature médicale (notamment la commission du Lancet ou l'OMS). Les conditions et les moyens mis en œuvre dans cette étude préalable ne permettent pas de réunir des données solides capables de démontrer chiffres à l'appui la valeur ajoutée de la CE au Tchad, ni sur le plan des statistiques de santé publique (le nombre de vies sauvées, le nombre d'invalidités évitées, l'impact sur la durée de vie) ni sur le plan économique (gains d'opportunité, contribution directe et indirecte à la croissance économique). En dehors de la capitale Ndjamenas, les données quantitatives rigoureuses et fiables sur la pratique chirurgicale dans les hôpitaux du Tchad font défaut tandis que les conditions et moyens de notre étude ne permettaient pas de les produire nous-mêmes au cours de nos investigations. Sur la base des seuls chiffres, nous ne pouvons pas affirmer que le développement de la CE au Tchad répond à des enjeux majeurs de santé publique.

3. Les raisons qui nous mènent pourtant à penser qu'un programme d'appui au développement de la pratique de la CE au Tchad est pertinent, notamment pour répondre à des enjeux de santé publique, sont d'une autre nature et découlent directement de nos travaux de terrain et de nos entretiens. En

**En développant la CE dans les HD, on développe l'efficacité de l'action de santé publique en touchant et en impliquant des populations qui ont un accès difficiles aux soins**

améliorant la pratique de la CE, il apparaît qu'on apporte 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. Or, l'hôpital de district, particulièrement 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, pour la grande majorité de la population qui vit dans des zones éloignées de Ndjamenas, l'ultime recours pour des situations d'urgence.

4. En développant la CE essentielle, on se donne la possibilité d'améliorer sensiblement les hôpitaux de district et leur ancrage (et utilité) dans la société locale. Au moins de trois manières différentes :

- **Premièrement**, en développant la qualité de l'offre de soins de santé via le **renforcement professionnel et des métiers** (qualité des gestes professionnels et de l'offre de soins). En pratique, il s'agit de développer :
  - (i) la fonctionnalité, les performances et la cohérence de l'ensemble de la **chaîne opératoire** (avant l'entrée à l'hôpital jusqu'à la sortie de la patiente ou du patient),

- (ii) l'ensemble des **métiers** (médecin, anesthésiste, infirmier, chargé de stérilisation,...) et leur intégration harmonieuse,
- (iii) la **formation continue** qui a été identifiée comme une orientation stratégique majeure à explorer pourvu qu'elle ne s'adresse donc pas aux seuls médecins mais à l'ensemble des agents de santé concernés.

- **Deuxièmement**, en consolidant la gouvernance et l'organisation interne de l'hôpital, et par voie de conséquence son économie. Il s'agit de développer, avec autant de soin que les actes médicaux et les métiers, la **fonctionnalité de l'établissement sanitaire** que représente l'hôpital, notamment sa gestion et sa gouvernance. Il est apparu que la meilleure manière de le faire consiste à travailler sur l'amélioration de la CE avec les acteurs concernés, l'hypothèse étant que le développement et l'amélioration de la pratique de la CE au sein de l'HD conduira *de facto – par voie de conséquence et par ricochet* – au développement de la fonctionnalité de l'hôpital.

- **Troisièmement**, en contribuant de manière concrète à développer une **liaison fonctionnelle** entre, d'une part, les **femmes et les hommes usagers des services de santé** et, d'autre part, les professionnel(le)s et les institutions de la santé, tant au niveau du district qu'au niveau de la zone de santé. En somme, il est question ici de donner forme et consistance à l'idée fondamentale que les soins de santé, y compris la CE, seront d'autant plus acceptés, accessibles et de qualité que les usagers, femmes et hommes de toute condition sociale, sont étroitement associés (impliqués, responsabilisés) à l'action de santé publique. En déployant une stratégie participative pour améliorer la CE, on crée une opportunité pour toucher **les groupes les plus vulnérables**. Il devient alors possible d'agir ainsi, même modestement, sur certains mécanismes à l'origine de leur vulnérabilité ou exclusion. A condition d'en faire une préoccupation et un objectif explicite dès le départ.

**Développer la CE dans les districts avec les communautés usagères est une des clefs de la réussite**

4. Dans le sillage direct de ces progrès envisagés dans la pratique de la CE, dans le fonctionnement de l'HD et dans la mobilisation des femmes et hommes de toute catégorie sociale qui sont usagers des soins de santé, on crée une opportunité pertinente pour affronter **aussi** en profondeur la « fabrication » des problèmes, obstacles et contraintes. Il ne s'agit donc pas seulement d'apporter des solutions à des problèmes technico-médicaux, il s'agit aussi, en outre, autant que possible, d'agir sur ce qui génère et « durabilise » ces problèmes, difficultés ou impasses, c'est-à-dire ce que nous avons appelés les « **mécanismes** »<sup>54</sup>.

5. A l'heure actuelle, tout ce qui précède relève de l'hypothèse. En effet, nous ne pouvons pas affirmer avec certitude que ces pistes sont décisives. Par contre, ce que notre étude permet d'avancer, c'est que de telles pistes sont suffisamment prometteuses pour être mises à l'épreuve à une échelle limitée et dans un cadre heuristique, c'est-à-dire sous le format d'une **action recherche**<sup>55</sup> qui se donne explicitement comme finalité de les confronter au réel, de les vérifier et de les développer / enrichir le cas échéant. Une telle action recherche menée concrètement dans **deux ou trois districts** sanitaires soigneusement choisis (par exemple un district représentatif des zones où il y a un afflux de personnes ou familles réfugiées ou déplacées, un district représentatif des zones rurales reculées, etc.).

**Des hypothèses fortes mais qui attendent d'être confirmées**

6. Cette recherche action aurait pour vocation explicite (i) de mettre à l'épreuve opérationnellement et d'enrichir la palette de pistes esquissées dans la partie III, mais aussi (ii) de produire les données chiffrées et factuelles qui manquent actuellement, notamment en matière d'interventions chirurgicales (tant du côté de sa valeur ajoutée en termes de santé que du côté de son impact économique). Une telle action recherche permettra aussi de répondre, cette

**Une action recherche pour vérifier, enrichir mais aussi pour motiver et impliquer**

54- La lectrice peu familière au concept de « mécanismes » est invitée à consulter l'annexe 9 ci-après.

55- Nous disons bien « action recherche » et non pas « recherche-action » pour souligner la centralité de la dimension « action ». La recherche ici n'est pas académique mais pragmatique, directement au service de l'action et de la vérification / enrichissement de sa pertinence.

fois sur des bases consolidées tant qualitativement que quantitativement, à l'importante question de savoir en quoi – et dans quelle mesure – le développement de la CE est pertinent au Tchad vis-à-vis des enjeux de santé publique (lesquels précisément et de quelle manière ?).

7. Un certain nombre de questions soulevées dans l'étude, dans le sillage direct de celles posées dans les TdR, restent sans réponse définitive. L'information de qualité pour y répondre n'est pas disponible ou alors il n'a pas été possible de produire des réponses suffisantes dans les conditions limitées de la présente étude préalable. Parmi ces questions en suspens, on en retiendra particulièrement deux, (i) celle de *l'ancrage institutionnel* (dans quelle niche institutionnelle loger un projet ?) et (ii) celle du *portage actif* (quels acteurs porteront les initiatives et prendront les risques ?).

**Le défi du portage et de l'engagement reste entier**

Concernant *l'ancrage institutionnel*, le Ministère de la Santé Publique figure *a priori* parmi les structures qui devront être concernées, en partenariat aussi avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur. Dans quelle mesure, jusqu'à quel point, à quel titre exactement ? Une analyse, même superficielle de cette institution, laisse planer des doutes sur ses capacités opérationnelles actuelles. La question reste dès lors ouverte : quel montage institutionnel impliquant qui, de quelle façon, avec quelles ressources ? Nos investigations à Ndjama n'ont pas abouti au repérage d'autres acteurs parties prenantes, ni du côté de la société civile, ni du côté des institutions publiques. Aucune des structures rencontrées n'a manifesté un intérêt en ce sens. S'agissant de la formation continuée, il est toutefois apparu que la Faculté de Médecine, déjà en partenariat avec LCDE pour le certificat en chirurgie, pourrait jouer un rôle intéressant. Les personnes rencontrées au Doyennat et lors l'atelier de synthèse ont manifesté leur intérêt et leur disponibilité dans ce sens.

S'agissant du *portage actif*, la solution la plus réaliste serait que LCDE s'associe avec une structure de terrain déjà implantée ou familière dans des districts en vue de lancer concrètement l'action recherche esquissée ci-dessus. Si les contacts opérés pendant l'étude préalable n'ont pas permis d'identifier cette structure, il est nécessaire de poursuivre l'investigation pour la repérer. C'est une des conditions préalables pour lancer un projet.

**Un autre défi : comment développer la CE avec et par des Tchadiens, hommes et femmes, avec des structures publiques et privées, en valorisant les conceptions et perspectives tchadiennes ?**

8. Quelle que soit la perspective, LCDE est conscient qu'il faut éviter le scénario qui se déploie avec les programmes spécialisés (VIH/SIDA, tuberculose, vaccinations,...) : des institutions étrangères se substituent à l'Etat, pensent, conçoivent, font le travail, dirigent, évaluent et sanctionnent à la place des autorités ou structures tchadiennes avec pour conséquence un déficit majeur d'appropriation, une déresponsabilisation générale et la perspective désastreuse de gaspillages. Quel que soit le scénario, pour LCDE, l'enjeu est donc de **rester en position d'appui à des initiatives** destinées d'abord et avant tout à rester portées par des Tchadiens et des Tchadiennes.

## Annexes

### Annexe 1 : Participants aux ateliers et personnes rencontrées en entretien<sup>56</sup>

Adjougoult Koboy Bonte	Médecin spécialiste en Anesthésie Réanimation, HGRN, 66336767
Ahmat Khamis Goody	Médecin en chef du District de Bokoro (également médecin en chef de l'hôpital du district)
Ahmat N'gare	Médecin généraliste, ancien Infirmier chirurgien, Hôpital Chine Tchad
Ali Adoum Angomallah	Responsable de la Formation Continue, Ministère de la Santé Publique, 62584425
Ali Hassabalkerim Manoufi	Sous directeur de la Division des Formations Sanitaires (DOSS), Ministère de la Santé Publique, 66732400
Ali Mahamat Moussa	Doyen de la Faculté des Sciences et de la Santé humaine, 66275732
Atim Abba Oumar	Technicien supérieure en soins chirurgicaux, hôpital de Gozator, 66443225,
Awad Adona Awad	Directeur de la Direction de la Santé Reproductive et de la Vaccination (DSRV), Ministère de la Santé Publique, 66251348
Batakao Grégoire	Conseiller du Doyen, DES/I, FSSH, 66522272
Beninga Beassoum	garçon de salle ; Chargé de la stérilisation, hôpital de Gozator, 66463514
Choua Ouchemi	Chirurgien, HGRN, 66248220
Dahab Manoufi	Directeur de BASE Tchad, 66291801
Damadji Alain	Directeur administratif de l'hôpital adventiste de Guinebor II, 66369078
Djekoundaede, Antoinette	Vice doyenne de la Faculté des Sciences et de la Santé humaine, 62203199
Fatime	Jeune mère bénéficiaire d'une césarienne, hôpital de Gozator
Faysall Attaliv	Responsable de la pharmacie à l'hôpital de Bokoro
Foumsou Lhagadang	Gynécologue, HME, 66286389
Hadje Fatime Ngoua	CS Pharmacie, HME, représentante LCDE Au Tchad, 66328525
Hamid Borgou Haggard	Médecin chef de l'hôpital de Gozator,
Hillaire Rachid	Chargé de Projet, CICR Tchad, 66464164
Hobbo Mahamat Sale	Technicienne supérieure Obstétrique, hôpital de Gozator, 62100189
Kalbassou Philippe	Technicien chirurgien de l'hôpital adventiste de Guinebor II, 65471961
Kéda Wondéré	TSAR, Hôpital Le Bon Samaritain Ndjamen
Lucien Kikwayaga	International Rescue Committee, médecin coordonnateur programme santé au Tchad, 60931789
Madilam Douba Kod	Sage femme responsable de la maternité, hôpital de Gozator, 66616027
Mamane Ahmat Set	Surveillant principal de l'hôpital de Bokoro et infirmier faisant fonction d'anesthésiste
Md Adama Abderamane	Jeune mère ayant bénéficié d'une césarienne à l'hôpital de Bokoro
Md Adja Bakar	Jeune mère ayant bénéficié d'une césarienne à l'hôpital de Bokoro
Md Fanta Diallo	Jeune mère ayant bénéficié d'une césarienne à l'hôpital de Bokoro
Mahamat Moussa	Chef du service des urgences de l'hôpital de Gozator, 66339270
Mouassede Madengar	Chirurgien, Hôpital Le Bon Samaritain Ndjamen
Mr Abderamane Djibril	Mari de Md Adama Abderamane (bénéficiaire d'une césarienne à Bokoro)
Mr Jimi Adam	Père de Md Adja Bakar (bénéficiaire d'une césarienne à Bokoro)
Naïssem Denise	, Médecine généraliste qui pratique césarienne Hôpital Le Bon Samaritain Ndjamen
Papa Outmane Brahim	Garçon de salle à l'hôpital de Bokoro
Ronel Evelyne,	Sage femme, hôpital de Gozator
Souleymane Aba	Chef du service post-opératoire à l'hôpital de Bokoro
Soumaine Kalibou	Surveillant général de l'hôpital de Gozator, 66312099
Touré Mohamed Allassane	Responsable des programmes Santé à Expertise France, 62758756
Zouzabé Pandaré	Sous directeur de la Formation des Ressources Humaines, Ministère de la Santé Publique, 6575181

56- La plupart du temps, il s'agissait d'entretiens individuels

## Annexe 2 : Calendrier des missions de terrain, personnes rencontrées

Date	Evénements, activités, personnes rencontrées
20/02/2020	06h00 – 18h30 : Transfert Bruxelles Ndjamena via Istanbul
21/02/2020	08h30 : Accueil à BASE Tchad 08h30-09h00 : Echanges avec Dahab Manoufi (Directeur de BASE Tchad) 9h00-12h30 : Réunion de travail entre consultants (programmation, approfondissement des questionnaires de référence, listes de rendez vous pour la semaine,...) 14h30-17h00 : Poursuite des travaux préparatoires
22/02/2020	09h30-13h00 : Visite de l'hôpital du district de Gozator 09h30-10h00 : Accueil par Mr Soumaine Kalibou (66312099), Surveillant général de l'hôpital 10h00-10h30 : Echanges avec Mr Mahamat Moussa (66339270), chef du service des urgences 10h30-11h00 : Echanges avec Mr Beninga Beassoum (66463514), chargé de la stérilisation des instruments 11h00-11h45 : Echange avec Mr Atim Abba Oumar (66443225), infirmier faisant office de chirurgien 11h45-12h35 : Visite de l'hôpital sous la conduite de Mr Kalibou : visite de la pharmacie, de l'incinérateur (en panne), des salles d'opération, des espaces de stérilisation, de la maternité et du bâtiment des urgences. 12h35-12h50 : Echange avec Md Fatim (20 ans) bénéficiaire d'une césarienne 12h50-13h15 : Synthèse avec Mr Soumaine Kalibou 13h30-14h00 : Rencontre entre consultants 15h00-19h00 : Mise en ordre des informations et lectures de documents
23/02/2020	8h00-18h00 : Préparation de l'atelier de lancement, mise en ordre et exploitation de la documentation
24/02/2020	09h30-10h30 : Entretien avec Dr Lucien Kikwayaga (60931789), International Rescue Committee 10h45-11h30 : Entretien avec Dr Hilaire, CICR (66464164) 11h30-14h15 : Préparation de l'atelier de lancement, échanges d'information entre consultants 14h45-15h45 : Entretien avec Mr Mohamed Allassane Touré, Responsable des programmes Santé à Expertise France (62758756) 16h00-17h30 : Atelier de lancement
25/02/20	10h00-10h15 : Accueil par Mr Soumaine Kalibou, Surveillant principal de l'hôpital de Gozator 10h15-11h15 : Entretien avec Hamid Borgou Hagggar, Médecin chef de l'hôpital de Gozator 11h15-11h45 : Entretien à la maternité avec Md Madilam Douba Kod, Sage femme responsable de la maternité, hôpital de Gozator (66616027), Md Hobbo Mahamat Sale, Technicienne supérieure Obstétrique, hôpital de Gozator (62100189) et Md Ronel Evelyne, Sage femme, hôpital de Gozator 12h45-13h30 : Entretien avec Mr Ali Mahamat Moussa, Doyen de la Faculté des Sciences et de la Santé humaine (66275732) et Md Djekoundaede, Antoinette, Vice doyen de la Faculté des Sciences et de la Santé humaine, 62203199 16h00-16h50 : Entretien avec Mr Damadji Alain, Directeur administratif de l'hôpital adventiste de Guinebor II (66369078) et Mr Kalbassou Philippe, Technicien chirurgien de l'hôpital adventiste de Guinebor II (65471961)

26/02/2020	<p>09h00-09h30 : Entretien avec Dr Ali Adoum Angomallah, Responsable de la Formation Continue, Ministère de la Santé Publique, 62584425</p> <p>09h30-10h15 : Entretien avec Mr Zouzabé Pandaré, Sous directeur de la Formation des Ressources Humaines, Ministère de la Santé Publique, 65751818 et Ali Adoum Angomallah, Responsable de la Formation Continue, Ministère de la Santé Publique, 62584425</p> <p>10h15-10h45 : Entretien avec Ali Hassabalkerim Manoufi, Sous directeur de la Division des Formations Sanitaires (DOSS), Ministère de la Santé Publique, 66732400</p> <p>13h00-14h00 : Entretien avec Ahmat Ngare, Infirmier chirurgien, Hôpital Chine Tchad</p> <p>14h30-15h30 : Entretien avec Kéda Wondéré, TSAR, Hôpital Le Bon Samaritain Ndjamen, Naïssem Denise, Médecine généraliste qui pratique césarienne, Hôpital Le Bon Samaritain Ndjamen et Mouassede Modenga, Chirurgien, Hôpital Le Bon Samaritain Ndjamen</p>
27/02/2020	<p>Transfert vers Bokoro</p> <p>15h00-16h00 : Première rencontre avec Ahmat Khalis Goody, Médecin en chef du District de Bokoro (également médecin en chef de l'hôpital du district) Installation dans les locaux du projet PARSAT, antenne de Bokoro (Projet d'Appui aux initiatives de Résilience des Services Agrotechniques, projet GEF &amp; FIDA)</p>
28/02/2020	<p>07h45-09h30 : Entretiens individuels avec Md Adidja Bakar et son mari Mr Jimi Adam, Md Adama Abderamane et son père Mr Abderamane Djibril, Md Fanta Diallo</p> <p>9h30-10h15 : Entretien avec Mamane Ahmat Set (IDE faisant fonction d'anesthésiste)</p> <p>10h15-10h45 : Entretien avec Papa Outmane Brahim, garçon de salle, en charge des équipements</p> <p>10h45-11h10 : Entretien avec Mr Souleymane Aba, chef du service post opération</p> <p>11h10-12h15 : Visite de l'hôpital de Bokoro (salles d'opération, maternité,...)</p> <p>12h20-13h30 : Entretien avec Mr Ahmat Khamis Goody (MCD &amp; MCH de Bokoro)</p> <p>15h00-18h00 : mise en ordre des notes de terrain et réunion de synthèse entre consultants</p>
29/02/2020	<p>06h30-12h30 : Transfert de Bokoro vers Ndjamen</p> <p>14h00-19h00 : Mise en ordre des informations</p>
01/02/2020	<p>07h00-16h00 : Mise en ordre des informations, derniers échanges entre consultants</p> <p>Après 16h30, départ du consultant international (arrivée le lendemain vers 16h00 à Bruxelles)</p>
Du /02 au 11/03	<p>Travaux en pointillé de l'équipe de consultants, notamment un skype avec F3E et l'équipe de LCDE en date du vendredi 06/03/2020 (synthèse à chaud des travaux de terrain et perspectives)</p>
11/03/2020	<p>16h00 : Départ de Philippe De Leener de Brussels</p>
12/03/2020	<p>18h30 : Arrivée de Philippe De Leener à Ndjamen</p>
13/03/2020	<p>08h30-18h30 : Atelier entre consultants, préparation de l'atelier de synthèse réflexion</p>
14/03/2020	<p>08h30-12h45 : Atelier de synthèse réflexion</p> <p>13h00-14h00 : Réunion de synthèse entre consultants</p>

	14h00-19h00 : Mise en ordre des informations
15/03/2020	8h00-16h30 : Rédaction rapport (premier draft) 16h30 : Transfert vers l'aéroport et retour vers l'Europe (Philippe De Leener)
16/03/2020	16h00 : Arrivée à Bruxelles, fin de la seconde mission de terrain
Du 17/03 au 20/03/20	Rédaction du rapport provisoire (interaction entre consultants)

## Annexe 3 : Principaux documents consultés

### 1. Littérature internationale

- Bolkan, H.A. *et al.* (2017). Safety, productivity and predicted contribution of a surgical task-sharing programme in Sierra Leone. *BJS* (2017, 104): 1315-1326
- Chu, K. *et al.* (2009). Surgical task shifting in Sub-Saharan Africa. *PLoS Med* 2009, 6: e1000078.
- Citron I, Jumbam D, Dahm J, *et al.* (2019). Towards equitable surgical systems: development and outcomes of a national surgical, obstetric and anaesthesia plan in Tanzania. In *BMJ Glob Health* 2019; 4:e001282)
- Citron, I & Meara, J.G. (2018). A global surgery, obstetrics and anaesthesia metamorphosis. In *Safe-T Summit Report*, pp.6-8.
- Cornelissen, D. *et al.* (2018). The cost of providing district-level surgery in Malawi. *World Journal of Surgery* (2018) 42: 46-53
- Cumbi A., Pereira C., Malalane R., Vaz F., McCord C. & Bacci A *et al.* (2007). Major surgery delegation to mid-level health practitioners in Mozambique: health professionals' perceptions. *Hum Resour Health* 2007; 5: 27.
- Dalaba, M.A. *et al.* (2013). Cost of maternal health services in selected primary care centres in Ghana: a step down allocation approach. *BMC Health Serv Res* : 13 : 287.
- Gajewski J, Mweemba C, Cheelo M, McCauley T, Kachimba J, Borgstein E *et al.* Non-physician clinicians in rural Africa: lessons from the Medical Licentiate programme in Zambia. *Hum Resour Health* 2017; 15: 53.
- Gajewski J., Conroy R., Bijlmakers L., Mwapasa G., McCauley T., Borgstein E. *et al.* (2018). Quality of surgery in Malawi: comparison of patient-reported outcomes after hernia surgery between district and central hospitals. *World J Surg* 2018; 42: 1610 – 1616.
- Gajewski, J. *et al.* (2019). Evaluation of a surgical training programme for clinical officers in Malawi. *BJS* 2019,106: e156-165.
- Galukande M, Kaggwa S, Sekimpi P, Kakaire O, Katamba A, Munabi I *et al.* (2013). Use of surgical task shifting to scale up essential surgical services: a feasibility analysis at facility level in Uganda. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 292.
- Grimes, C.E. *et al.* (2014). Cost-effectiveness of surgery in low- and middle-income countries : a systematic review. *World Journal of Surgery* (2014), 38(1): 252-263.
- Hoyler, M. *et al.* (2015). Surgical care by non-surgeons in low-and middle income countries : a systematic review. *The Lancet*, 2015, 385 (Suppl 2): S42
- LCDE (2019). *Programme de soutien à la chirurgie essentielle au Tchad*. Paris : LCDE, 09 décembre 2019, 16 p.
- LCDE (2019). Termes de référence "Etude Préalable", 24 p.
- Meara, J.G. *et al.* (2015). Global surgery 2030 : evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *The Lancet* 2015, 386 :569-624.
- Oosting, R.M. & Wauben, L.S. G.L. & R. S. Groen & Dankelman, J. (2019) Equipment for essential surgical care in 9 countries across Africa: availability, barriers and need for novel design *Health and Technology* (2019) 9:269–275
- Safe Surgery (2020). Data intervention training participant workbook.
- World Health Organization (2015). *WHA 68.15 : Strengthening emergency and essential surgical care and anaesthesia as a component of universal health coverage*.

World Health Organization (2017). Surgical care systems strengthening: developing national surgical, obstetric and anaesthesia plans.

## **2. Documents Tchad**

Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples  
(EDS-MICS 2014-2015).

Rapport de l'enquête SARA. Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé. Edition 2015

Paquet Minimum d'Activités des Centres de Santé au Tchad. Aout 2017

Annuaire des Statistiques Sanitaires, Edition Année 2017

Politique Nationale de Santé (PNS) 2016-2030

Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2017-2021)

## Annexe 4 : Liste des actes médicaux susceptibles d'être classés dans la CE (selon LCDE)

S'agissant des actes chirurgicaux (affections et interventions) à considérer dans le cadre de la CE, nous avons décidé de nous aligner sur la liste de référence publiée récemment par LCDE en date du 12/09/2019, liste que nous reprenons *in extenso* ci-dessous<sup>57</sup>.

Cette liste est bien entendu matière à d'éventuels débats dans la mesure où, selon certains avis, certaines interventions ne devraient pas être classées dans cette catégorie tandis que d'autres devraient y être ajoutées. A ce sujet, nous voulons souligner que la liste des actes de CE à considérer fait l'objet de réflexions au Tchad, ainsi que nous avons pu le découvrir lors de l'atelier de synthèse du 14 mars. A toutes fins utiles, nous invitons le lecteur et la lectrice à consulter *aussi* la liste proposée en annexe 11.

**Obstétrique**<sup>58</sup>: Parmi les interventions qui sont admises par tous, citons : l'accouchement dystocique, l'avortement spontané, les césariennes, les épisiotomies, la réparation des lésions périnéales post-obstétricales récentes et les lésions traumatiques cervico-vaginales, l'hystérectomie pour hémorragie et rupture utérine, la rupture de grossesse extra-utérine (qui peut aussi être rattachée aux laparotomies en urgence). Parmi les interventions classées non urgentes mais relevant de la chirurgie essentielle<sup>59</sup>, citons : hystérectomie pour fibrome, myomectomie.

**Traumatismes** : les principes de prise en charge d'un polytraumatisé (ABCDE, voies aériennes, remplissage, les plaies de toutes localisations (prise en charge, parage, suture), les brûlures, les traumatismes des membres, notamment : les plaies et lésions des tendons, les luxations et fractures fermées des membres (techniques de réduction et d'immobilisation), les fractures ouvertes, plaies par balles (parage, immobilisation), les traumatismes de l'abdomen (laparotomie pour plaie ou contusion, hémopéritoine, packing hépatique, splénectomie, résection de grêle ...), les traumatismes du thorax (drain pleural), les traumatismes crâniens (principes de prises en charge), les traumatismes rachidiens (principes de prises en charge)<sup>60</sup>.

**Urgences non traumatiques de chirurgie dite « générale »** : les abcès de toutes localisations (face, anal, membres ...), la laparotomie pour infections abdominales et occlusions, l'appendicite, les hernies étranglées, la GEU rompue, la torsion de testicule et le drainage urinaire (sondage, cystostomie)<sup>61</sup>.

**Interventions de chirurgie réglée (non urgente, non traumatique)** : hernies, hydrocèle, circoncision (posthectomies, phimosis), orchidopexie<sup>62</sup>

**Malformations** : selon les positions des uns et des autres, aucune malformation ne relèverait de la chirurgie essentielle<sup>63</sup>.

---

57- Extrait de l'annexe 1 de la brochure : LCDE (2019). *Programme de soutien à la chirurgie essentielle au Tchad*. Paris : LCDE, 09 décembre 2019, pp.13-14.

58- Rappelons que l'obstétrique représente la principale partie des interventions qui tombent dans le cadre de la chirurgie essentielle (jusqu'à 80 % selon certains).

59- Les avis divergent cependant mais une majorité de spécialistes s'accordent sur ces interventions non urgentes. Les fistules post-obstétricales (vésico-vaginales, vésico-rectales) ne sont pas reprises dans le domaine de la CE compte tenu des résultats plus aléatoires et des difficultés / complications qui peuvent se présenter.

60- Un certain nombre d'interventions ne font pas l'unanimité ou sont parfois rejetées du domaine de la CE : liberté des voies aériennes (trachéotomie), les plaies colorectales, colostomies, la craniectomie, trou de trépan (résultats trop aléatoires pour de nombreux auteurs), les membres (mise en place de fixateur externe et les greffes de peau et lambeaux cutanés (LCDE, 2019, Annexe p.13).

61- Les interventions suivantes ne font pas l'unanimité : cholécystectomie pour cholécystite, prise en charge d'une ostéomyélite et prise en charge d'un arthrite (LCDE, 2019, Annexe p.13).

62- A cette liste de base qui ne soulèvent habituellement pas d'objections dans le cadre de la CE, d'autres interventions sont citées mais elles ne font pas l'unanimité et suscitent parfois une vive opposition : thyroïdectomie (morbidité, difficultés), cholécystectomie, cancer du sein, cancer du colon, adénomectomie prostatique, réhabilitation rapide en chirurgie.

L'annexe 2 du document de LCDE signale que « *certaines ajoutent les cataractes : elles font partie des affections qui devraient pouvoir être prises en charge pour tous mais elles relèvent de techniques plus compliquées et plus spécialisées ; tous excluent la prise en charge des cancers, maladies vasculaires, transplantation ... : ces différentes affections rentrent dans la discussion de Global Surgery (accès pour tous à la chirurgie) mais ne relèvent pas de la chirurgie essentielle* » (LCDE, 2019, p.14) .

---

63- Certaines malformations sont parfois incluses dans la chirurgie essentielle telles que le pied bot (qui peut être traitée par la technique de Ponsetti, non chirurgicale) ou le bec de lièvre (uniquement fente labiale). Les autres malformations (spina bifida, malformations cardiaques, fentes palatines, malformations digestives ...) relèvent de chirurgie spécialisée.

## Annexe 5 : Points clefs des entretiens, ateliers et réunions du jeudi 13/02 à Paris au siège de La Chaîne de l'Espoir

Dans cette note de travail, nous réunissons les principaux points qui ont fait l'objet de discussion, débats et réflexions lors de la journée du 13/02 au siège de LCDE à Paris.

La journée a été divisée en **trois temps** : (i) un atelier avec une vingtaine de membres, sympathisants et personnel de LCDE (de 10h00 à 13h15), (ii) deux entretiens individuels, l'un avec Alain Deloche (fondateur de LCDE), l'autre avec Eric Cheysson (président de LCDE), de 15h00 à 16h20 et (iii) un COPIL avec mesdames Dechifre, Smyers et Aguilera représentant LCDE et monsieur Pioch (F3E), de 16h30 à 17h45.

Tout au long de la journée, une partie importante des travaux a consisté à informer et donner la parole aux acteurs de LCDE pour qu'ils puissent exprimer, approfondir et enrichir leur compréhension de l'étude préalable envisagée au Tchad, mieux la situer dans la dynamique actuelle de LCDE. Dans un premier temps, un grand nombre des éléments partagés lors de cette journée peuvent être réunis dans trois grandes catégories : (i) les attentes, (ii) les craintes et (iii) les propositions vis-à-vis de l'étude préalable au Tchad. Ce que nous proposons ci-dessous.

Du côté des **attentes** :

- L'étude doit contribuer à élaborer la base de données qui sera nécessaire pour l'élaboration et le suivi des éventuelles futures actions ou projets menés en matière de CE au Tchad. En somme, elle doit servir de « baseline study », c'est-à-dire une étude qui permet d'établir la situation de référence au moment du démarrage et qui peut servir à apprécier les évolutions ou régressions futures ;
- L'étude doit aider à intégrer dans la « culture LCDE » le principe de mener des études préalables, notamment de manière à susciter la réflexion et les débats créatifs au sein de l'association. En ce sens, l'étude devra permettre de questionner les pratiques et compétences actuelles qui existent au sein de l'association ;
- L'étude doit procurer des ressources pour développer un double plaidoyer en matière de CE, en interne et en externe, de manière à montrer les enjeux que cette approche nouvelle au sein de LCDE soulève ;
- L'étude doit se mettre au service de la mise en œuvre concrète d'initiatives, actions, projets ou programmes liés au développement de la CE ;
- L'étude doit s'inscrire dans une logique systémique et envisager la CE dans toute la chaîne d'interventions pré, intra et post-opératoires. Autrement dit, la CE ne s'arrête pas aux seuls actes et gestes médicaux en salle d'opérations, elle comporte aussi tout ce qui se passe avant, pendant et après. Des questions ont été posées notamment à propos de l'hygiène, des équipements, des infrastructures, également à propos de l'anesthésie qui ne peut pas rester « un client pauvre » dans la succession des actes opératoires.

Du côté des **craintes ou des risques**<sup>64</sup> :

- Comment, en matière d'appui au développement de la CE, construire des dynamiques, projets ou programmes « qui durent », que ce soit sur les plans des infrastructures, des consommables, de la maintenance, des ressources financières ou sur le plan politique (de santé) ?
- Comment éviter de « parasiter » le projet de formation en CE actuellement en voie de développement au Tchad (avec l'appui de LCDE) ? En particulier, comment éviter les quiproquos ou les fausses attentes que l'étude préalable pourrait indirectement susciter ?
- Risque d'ingérence : comment éviter que l'étude, et les projets qui pourraient s'en suivre, ne prennent l'allure d'ingérences dans les politiques de santé tchadiennes ? Comment se maintenir dans une position d'appui à des demandes tchadiennes ? Comment, grâce à cette étude, enrichir les perspectives susceptibles de mobiliser l'intérêt (et les initiatives) des acteurs tchadiens ? Comment faire pour que les initiatives prises par LCDE restent sous contrôle et sous-tendues par

---

64- Nous les avons reformulées sous la forme de questions ouvertes.

la demande des autorités tchadiennes (de manière à ce qu'elle ne reste pas à l'initiative de la seule LCDE mais qu'elle devienne complètement l'affaire des acteurs tchadiens) ?

- Comment fidéliser les médecins formés en CE ? En effet, comment pourront-ils mettre en oeuvre leurs compétences nouvelles dans les meilleures conditions possibles ? Car il existe un risque de découragement des médecins formés si leur savoir faire et compétences ne sont pas mises en valeur dans des situations qui rendent les actes médicaux pertinents.
- Les donateurs de l'association ne connaissent pas la CE. Comment dès lors éviter que cette orientation nouvelle ne les « égarent » sinon même les dissuadent de soutenir LCDE ?
- La question du financement des nouvelles interventions de CE a été posée à plusieurs reprises : quels coûts nouveaux sont engagés pour les centres de santé ? Comment vont-ils être couverts, qui va payer quoi et jusqu'à quel point ? En gros, que signifie la CE du point de vue de l'économie d'un centre de santé, notamment sa viabilité financière ?
- Il faut pas oublier tout ce qui entoure la pratique de la CE, les équipements, les infrastructures, les consommables, les instruments,... tout ce qui rend la CE faisable.
- Comment envisager le développement des éventuels futurs appuis dans un contexte socio-politique instable et potentiellement dangereux (les « zones rouges » qui n'en finissent pas de s'étendre dans les pays soudano-sahéliens ?)
- Si de nouvelles approches sont développées, comment le contrôle de qualité sera-t-il effectué ? Ne doit-on pas craindre que des actes comme la césarienne soient abusivement pratiqués (puisque, grâce aux efforts de CE, les compétences et moyens seraient disponibles « *et dès lors, pourquoi ne pas le faire ?* ») ?

Un grand nombre de ces craintes tournent autour de la définition du rôle de LCDE dans le développement de la CE : où les efforts devront-ils se concentrer pour garantir la cohérence stratégique et en même temps l'identité de LCDE sur la scène de la CE et, en particulier, sur celle du développement de la CE au Tchad ?

Du côté des **propositions** pour mener à bon port l'étude :

- Actuellement, au Tchad, LCDE développe déjà un programme en matière de CE, un programme de formation de médecins. Comment assurer et clarifier la complémentarité des deux initiatives tout en préservant leur identité propre ainsi que leur relative autonomie ?
- De manière plus large, quelles sont les autres expériences engagées au Tchad, puisque depuis les années 1997 déjà des médecins ont été formés à la CE ? Que sont devenues ces compétences, qu'ont-elles produites comme effets et résultats en matière de santé publique ?
- Mettre au clair les incidences de développement de la CE en matière de financement des structures de santé, en particulier au niveau des districts ? Quelles exigences nouvelles imposant des dépenses nouvelles ? Quelles recettes envisager, provenant d'où et de qui ?
- A plusieurs reprises, les participants ont insisté sur la nécessaire implication des acteurs locaux dans l'étude, non seulement ceux qui sont liés au système de santé, mais plus largement aussi les bénéficiaires, en particulier les femmes, les autres intervenants, par exemple les ONG ou les autorités locales<sup>65</sup>.
- L'étude préalable doit avoir un caractère pilote et « formateur » au sein de l'association, « *elle doit servir de référence même si aujourd'hui on n'a pas encore de visée claire pour son avenir* »<sup>66</sup>.
- L'étude doit mettre en évidence et à l'épreuve la valeur ajoutée de la CE dans le contexte tchadien : « *Dans quelle mesure la CE apporte-t-elle une réponse aux défis ? D'autres stratégies ne seraient-elles pas plus pertinentes à privilégier, par exemple le transport des personnes nécessitant une intervention rapide vers des hôpitaux bien équipés ?* »<sup>67</sup>.

---

65- Les femmes en particulier occupent une place centrale dans le développement des services de CE dans la mesure où elles sont les premières bénéficiaires des interventions.

66- Selon Alain Deloche, fondateur de LCDE, entretien en date du 13/02, 15h00-15h30.

67- Selon Alain Deloche, fondateur de LCDE, entretien en date du 13/02, 15h00-15h30.

D'autres éléments sont apparus au cours des échanges. Tous soulignent que l'étude se dessine au carrefour de **mutations au sein de LCDE** :

- **Mutations méthodologiques** : l'étude préalable est la première du genre au sein de LCDE, elle est appelée à servir de référence pour l'avenir, c'est pourquoi un accent particulier est placé sur la capitalisation méthodologique ;
- **Mutations stratégiques** : depuis une année, dans le sillage de la perspective de développer des actions dans le champ de la chirurgie essentielle, des transformations sont en marche au sein de l'association. Il apparaît que c'est la mission même de l'association et ses modalités d'action qui sont mises en vibrations<sup>68</sup>, même si aujourd'hui il est prématuré d'affirmer que des orientations précises se dégagent. Toutefois, il est certain que des prises de position nouvelles, difficiles à envisager il y a moins d'un an, sont prises au plus haut niveau de l'association et creusent leur chemin ;
- **Mutations organisationnelles** : l'ensemble des personnes rencontrées manifestent un intérêt (et parfois affichent un réel enthousiasme) pour l'étude. De cet enthousiasme renouvelé peuvent surgir des nouvelles pistes et de nouveaux horizons.

L'investissement pour la CE marque-t-il, ou incarne-il, un tournant au sein de LCDE ? Qui portera « la nouveauté » au sein de l'association ? La question mérite d'être soulevée et permet de porter à l'avant plan la double fonction de l'étude : elle est au service d'une action sur un terrain difficile (le Tchad) et au service de dynamiques nouvelles qui se profilent en interne à LCDE<sup>69</sup>.

Selon certains participants aux travaux de la journée, il est certain que, dans un proche avenir, LCDE devra se prononcer plus fermement sur le rôle qu'elle entend jouer pour développer la CE au Tchad, et dans ce sillage, prendre position sur des perspectives élargies ou renouvelées.

**D'autres éléments** ont également été discutés à divers moments de la journée, notamment ceux-ci qui semblent devoir retenir l'attention de ceux qui mèneront l'étude<sup>70</sup> :

- Les dynamiques d'apprentissages : comment apprendre et continuer à apprendre dans le sillage de l'étude et des initiatives ou projets qu'elle pourrait générer ?
- Comment suivre avec rigueur les résultats et les effets induits par les initiatives ou projets, au regard de quels critères ou de quelles normes du « bien faire » ?
- Comment construire les conditions de l'appropriation par les « acteurs » Tchadiens des initiatives ou projets générés dans le sillage de l'étude (sinon l'étude elle-même) ? Quels acteurs précisément (publics, privés, société civile, ...) ? De manière plus large, une autre question se pose à cet endroit : comment pérenniser les efforts engagés au Tchad dans une double perspective, réduire les dépendances vis-à-vis de LCDE et d'autres sources extérieures, construire les bases pour des évolutions créatives<sup>71</sup> ?

---

68- L'actuel président, Eric Cheysson, a parlé d'une "véritable inversion des perspectives". Jusqu'il y a peu, c'était la chirurgie de haut niveau qui tenait le haut du pavé au sein de LCDE : "Une mutation est en marche".

69- Certains participants ont adressé cette même préoccupation sous un autre angle : comment la CE va-t-elle s'intégrer dans les dynamiques de LCDE ? Quelle sera sa valeur ajoutée du double point de vue, celui des terrains où elle est déployée et celui de la vie associative de LCDE ?

70- Nous les formulons délibérément sous la forme de questions ouvertes pour stimuler ou ouvrir les engagements et la réflexion de toutes, tous, chacun, chacune.

71- Dans le langage de Inter-Mondes Belgique, nous parlons à ce sujet, non pas de durabilité, mais d'évolutivité (au sens de durer en évoluant, en innovant, en s'adaptant aux contextes toujours en transformation incertaine).

## Mémo COPIL, Paris, 16h00-17h30, siège LCDE

Voici les points clefs qui ont été discutés lors du COPIL (de 16h30 à 17h45) et qui précisent les travaux à faire pour mener à bon port l'étude :

1- Arrivée de Philippe De Leener le JEUDI 20 FEVRIER à Ndjamena, vers 18h00.

2- Avant le démarrage, finaliser l'inventaire des RENDEZ VOUS à prendre pendant la mission et développer une hypothèse de programme d'investigations pour la période du 24/02 au 11/03. Qui visiter et qui interviewer ? Où, quand, comment ? Qui dans les DEUX DISTRICTS retenus (Ndjamena Gozator et Bokoro) mais aussi qui au niveau national (Ministère, autorités etc.) ? Il est donc nécessaire de préparer une liste et un programme de base à discuter avant le lancement (atelier du lundi 24/02). Attention : il faut penser à toutes les catégories d'acteurs : ministère, officiel, ONG, associations, hôpitaux privés, etc.

3- Il faut aussi interviewer les médecins tchadiens qui ont été formés par le passé en CHIRURGIE ESSENTIELLE (CE) et qui la pratiquent ou l'ont pratiquée<sup>72</sup>. On doit aussi visiter des lieux où on pratique la CE au Tchad faire le bilan de ces expériences et en tirer des leçons. C'est un point important de notre évaluation, aussi important que l'analyse dans les deux districts. Donc il faut (1) identifier quelques uns de ces médecins qui ont été formés en CE par le passé, (2) des lieux où on pratique cette CE et (3) des (anciens) bénéficiaires de ces pratiques.

4- Pour les données à collecter, la demande se décline sur deux plans : données QUALITATIVES (les visites, les entretiens, les focus groups) et QUANTITATIVES (il faut valoriser, autant que possible, des chiffres qui permettent de faire le bilan sur ce qui se passe actuellement au Tchad, même si les chiffres sont « fragiles ». On devrait pouvoir, aussi souvent que possible, avec les réserves nécessaires, mettre des chiffres sur ce dont on parlera dans l'étude.

5- Pour les ENQUETES, les commanditaires ont rappelé les questions dans les TdR, et pour lesquelles ils attendent des réponses solides et consistantes. Dans les limites du possible, cependant, dans la mesure où les commanditaires reconnaissent que ce paysage de questions est certainement ambitieux au regard des ressources engagées dans la conduite de l'étude (notamment le budget temps limité de l'étude).

6- Pour les investigations de terrain, il faut envisager la chaîne des diverses opérations : AVANT, PENDANT et APRES les interventions de chirurgie. Le diagnostic médical doit porter sur ces trois moments inséparables.

7- Les investigations doivent particulièrement mettre en lumière la FAISABILITE de la CE au Tchad et à quelles conditions. Faisabilité en termes opérationnels, en termes sociaux, en termes culturels mais aussi en termes financiers et économiques (ça coûte combien et qui paie quoi ?) de même qu'en termes organisationnels / relationnels (qui portera le drapeau et le défi de la CE au Tchad ? Quels Tchadiens ? Quelles structures ? ...).

8- Les commanditaires sont intéressés de situer la CE dans un état des lieux (diagnostic d'ensemble) de la santé dans le pays et bien évidemment aussi du système de santé au Tchad.

9- Autre point d'attention essentiel rappelé lors du COPIL : l'intérêt de faire une auto-évaluation de la méthode utilisée pour faire cette étude. Les commanditaires veulent des orientations méthodologiques pour savoir comment à l'avenir mieux faire ce genre d'études. Autrement dit, quelles leçons tirer de l'étude qui sera menée ?

---

72- Pour rappel, de 1997 à 2017, il y avait une formation à la CE au Tchad (Faculté de médecine). Elle a été abandonnée et c'est en 2008 que LCDE a commencé les discussions pour relancer une telle formation au Tchad.

10- PROPOSITION de plan de travail pour l'équipe chargée de l'étude :

- Arrivée au Tchad de Philippe De Leener le jeudi 20 février ;
- Vendredi 21 février : atelier entre consultants à BASE pour préparer l'atelier de lancement, se coordonner, confirmer le programme, affiner le questionnaire,... (le matin du vendredi ?), et l'après midi premiers RV / entretiens ?
- Samedi 22/02 (ou lundi 24/02 ?), atelier de lancement : inviter les principales parties prenantes à l'étude pour rappeler les objectifs, pour valider fixer ensemble le calendrier, la méthodologie
- Du mardi 25/02 matin au samedi midi 29/02 : enquêtes de terrain, rendez vous, etc. ;
- Seconde mission de synthèse restitution du 12/03 au 15/03

11- Des représentants de la LCDE seront impliqués lors de la seconde partie de la mission, période du 12 au 15 mars, sans doute 2 ou 3 personnes de LCDE venant de Paris.

12- Le tableau ci-dessous synthétise les grandes ECHÉANCES retenues en première hypothèse.

<b>Calendrier<sup>73</sup></b>	
<b>Activités</b>	<b>Périodes</b>
Remise note de cadrage	Fin janvier 2020
Réunion de cadrage à LCDE Paris	13 février 2020
Missions terrain au Tchad	Du 20 février au 15 mars 2020 <sup>74</sup>
Debriefing et approfondissement missions terrain à LCDE Paris <sup>75</sup>	Dans la semaine du 6 avril 2020
Remise rapport provisoire	Semaine du 18 mai 2020
Restitution rapport provisoire à LCDE Paris	4 juin 2020
Remise rapport + synthèse finaux	Fin juin 2020

73- Extrait de annexe 6 ajustée en date du 14/02/20 (Lilian Pioch, F3E)

74- Philippe De Leener sera au Tchad du 20/02 au 01/03 et du 12/03 au 15/03, mais les autres consultants poursuivront les travaux en dehors de ces dates-là si nécessaire.

75- La question des moyens à mobiliser pour cette intervention, qui n'est pas reprise ni dans l'offre qui a été validée, ni dans les TdR, reste cependant en attente d'une solution.

## Annexe 6 : Etat des lieux des hôpitaux visités (vue d'ensemble)

### HOPITAL DE DISTRICT DE BOKORO

Nombre d'habitants desservis par l'hôpital : 292.375 (pop. 2020)  
21 ZR fonctionnelles, distance moyenne de l'HD 78 km (3-180)

#### VOLUME D'ACTIVITE ANNEE 2019

Pathologie/geste	N reçus	N traités	N décès	N référés	observations
Suture plaie	126	126	2	3	
Fractures non ouvertes	25	0	1	24	
Appendicectomie	1	1	0		
Hernie	58	58	0		
Drainage abcès	3	1	0	2	
Pose drain thoracique	2	0	0	2	
Hydrocèle	7	7	0		
Obstruction urinaire	32	32	1		
cesarienne	28	28	1		
GEU	2	2	0		
ventouse	5	5	0		
suture déchirures cervicales	0	0	0		
suture déchirures périneales	3	3	0		
curettage/AMIU	2	2	0		
Autre	69	69	1		

#### RESSOURCES HUMAINES

		Besoins en encadrement
Médecin généraliste qui pratique chir de base	1	
Médecin généraliste qui pratique cesarienne	1	
Pers paramed qui pratique chir de base	0	2
Pers param qui pratique cesarienne	1	2
Pers qui pratique anesthésie	3	3
SFDE qui pratiquent ventouse, AMIU, réa nn	2	
Autre (garçons de salle)	3	3

#### ORGANISATION URGENCES

Ambulance	4
Équipe permanence 24hs/24	1
Moyens de communication	Telephone personnel

## MATERIEL / EQUIPEMENT

Table accht	oui	Table oper	oui	NFS/Hb	non
Source de lumière	oui	Lampes scialitiques	non	Biochimie	non
Extr oxygène	oui	Kit intub adulte/ped	non	electrolites	non
aspirateur	oui	ECG	non	sérologies	oui
Table bébé	oui	Oxymètre de pouls	non	Réactif/consomm	non
Pèse bébé	oui	Btes chir	oui	Produit transfusion	non
Ventouse	oui	Guéridon/armoire	non		
Bte CP/AMIU	oui	frigo	non	RX	non
Aspir nn	oui	Stetoscope	oui	Consomm RX	non
Btes accht	oui	tensiomètre	oui	échographe	oui
				Consomm écho	non
Autoclave fonct	oui	Produits anesthésie	ketamine		
eau	oui	electricité	groupe		

## HOPITAL DE DISTRICT DE GOZATOR

Nombre d' habitants desservis par l'hopital : 997.737 (pop. 2019)  
17 ZR fonctionnelles

## VOLUME D'ACTIVITE ANNEE 2019

Pathologie/geste	N reçus	N traités	N décès	N référés	observations
Suture plaie	0				
Fractures non ouvertes	0				
Appendicectomie	0				
Hernie	3	3	0		
Drainage abcès	0				
Pose drain thoracique	0				
Hydrocèle	4	4	0		
Obstruction urinaire	5	5	0		
cesarienne	7	7	0		
GEU	0				
ventouse	0				
suture déchirures cervicales	2	2	0		
suture déchirures périméales	3	3	0		
curettage/AMIU	6	6	0		
Autre	8	8	0		

## RESSOURCES HUMAINES

		Besoins en encadrement
Chirurgien	0	
Gynécologue	2	

Médecin généraliste qui pratique chir de base	0	
Médecin généraliste qui pratique césarienne	0	
Pers paramed qui pratique chir de base	1	1
Pers param qui pratique césarienne	0	
TSAR	2	
SFDE qui pratiquent ventouse, AMIU, réa nn	4	
Autre (garçons de salle)	1	1

#### ORGANISATION URGENCES

Ambulance	1
Équipe permanence 24hs/24	1
Moyens de communication	0

#### MATERIEL / EQUIPEMENT

Table accht	oui	Table oper	oui	NFS/Hb	oui
Source de lumière	oui	Lampes scialitiques	oui	Biochimie	oui
Extr oxygène	oui	Kit intub adulte/ped	non	electrolites	non
aspirateur	oui	ECG	non	sérologies	oui
Table bébé	oui	Oxymètre de pouls	oui	Réactif/consomm	oui
Pèse bébé	oui	Btes chir	oui	Produit transfusion	non
Ventouse	oui	Guéridon/armoire	non		
Bte CP/AMIU	oui	frigo	non	RX	oui
Aspir nn	oui	Stetoscope	oui	Consomm RX	oui
Btes accht	oui	tensiomètre	oui	échographe	oui
				Consomm écho	oui
Autoclave fonct	oui	Produits anesthésie	Ketamine ?		
eau	oui	electricité	oui		

## Annexe 7 : Analyse du contexte tchadien : grandes tendances et points de vigilance

Dans cette section, nous avons actualisé une analyse du contexte national que nous avons menée en fin 2014, notamment sur la base d'une série d'entretiens, individuels ou micro-collectifs, et de la

### Le Tchad en quelques chiffres

**Superficie** : 1.284.000 Km<sup>2</sup>  
**Population** : près de 16 millions dont près de 80% vivent en zones rurales  
**Nombre d'enfants par femme** : entre 5 et 6  
**Espérance de vie** : 50,7 ans (selon UNICEF)  
**Couverture vaccinale** : entre 10 et 35% selon les régions  
**Taux de mortalité maternelle** : 860 pour 100.000 naissances

lecture d'une série d'études. L'éclairage que nous proposons ci-dessous ne vise pas à être exhaustif, loin s'en faut, il cherche plutôt à esquisser un paysage problématique qui se déploie en arrière-plan de toute initiative de développement, quel que soit le domaine. Deux raisons importantes nous invitent à porter notre attention sur le contexte tchadien. Tout d'abord, nous voulons souligner la nécessité de clarifier le cadre dans lequel LCDE pourrait contribuer à développer la CE au Tchad. En effet, il nous semble nécessaire de toujours situer une initiative particulière dans l'ensemble social, économique, politique et environnemental plus large auquel elle appartient et qui ne peut pas manquer d'influencer sa trajectoire. Ensuite, nous sommes convaincus qu'une initiative de progrès sectorielle, quelle que soit sa nature et son domaine, ici la CE, sera d'autant plus pertinente et d'autant plus pénétrante qu'elle participe,

fût-ce très modestement, au progrès plus général de la société dans laquelle elle prend place. Ainsi nous pensons qu'une initiative en matière de CE sera d'autant plus pertinente qu'elle participe aussi, même seulement à la marge, à construire une société tchadienne meilleure.

Ci-dessous, nous pointons certains secteurs de la société nationale qui soulèvent des questions et préoccupent profondément de nombreux citoyens et citoyennes du Tchad. Même si ces éléments pourront paraître en première lecture décalés au regard de l'investigation en matière de CE, ils font cependant pleinement partie du paysage national actuel qui doit retenir l'attention de tout preneur ou preneuse d'initiatives, quelle que soit leur thème et leur ampleur, qu'elle que soit leur ambition.

### 7.1. Vie et dynamiques politiques

7.1.1. Le **poids de l'histoire**. Depuis l'Indépendance, et particulièrement depuis une trentaine d'années, le pays vit dans l'instabilité avec des périodes de grande tension, de violence et de guerre, intérieure et extérieure. Toute la sous-région est régulièrement en situation de quasi guerre civile ou de grande instabilité (les deux Soudan, la République Centre Afrique, le Nord du Nigéria, la Lybie,...). Après la période tragique sous l'égide d'Hussein Habré, le pays a connu ce qu'il est convenu d'appeler une transition démocratique. En même temps, dans les années 1990 et 2000, le pays a vu l'émergence d'une société civile composée notamment d'associations et d'ONG. Le respect des Droits de l'Homme et la redistribution des bénéfices de l'exploitation du pétrole étaient devenus des préoccupations structurantes dans le sillage du développement d'une démocratie encore balbutiante. Mais tous ces acquis semblent fragiles. La rébellion de 2008 atteste qu'à tout moment le pays peut s'enfermer dans un cercle de violence aux issues incertaines. Même si, depuis une dizaine d'années, le pays semble plus calme, malgré les épisodes dramatiques animés par Boko Haram, le potentiel d'insurrection ou de désordre reste intact. Si on considère les tendances longues, en remontant jusqu'au-delà de l'aire coloniale, il faut admettre que le pays reste profondément divisé, que ce soit sous l'angle religieux, ethnique ou clanique. Les dynamiques de division existent aussi bien entre les groupes qu'en leur sein. Cette réalité fait de la **cohésion sociale**, tant à l'intérieur qu'entre les composantes sociales, un défi permanent à toutes les échelles et dans toutes les régions du pays. Par ailleurs, à l'instar des pays voisins, l'insécurité règne, notamment dans la zone sahélo soudanienne sous l'emprise de mouvements terroristes.

7.1.2. **Esquisses démocratiques**. Beaucoup reconnaissent que la liberté d'expression est relativement large. La presse démontre une certaine vitalité en même temps qu'on note en son sein une diversité de positions. Il est possible de porter sur la place publique la critique sur les options politiques, sociales et économiques du régime en place. Jusqu'à un certain point. Face à des enjeux

clefs, les structures de la société civile semblent avoir démontré qu'elle est capable de peser d'un certain poids. S'agissant des enjeux pétroliers, les revenus que ce secteur d'activités dégagent, même diminués par rapport à ce qu'ils étaient il y a une dizaine d'années, restent importants. Ils impliquent une part significative des ressources du pays. A ce niveau, l'influence de la société civile est beaucoup moins sensible, variable d'une période à une autre. De manière générale, beaucoup reconnaissent que les structures démocratiques formelles à l'échelle du pays sont relativement peu fonctionnelles et que, de manière générale, la vie démocratique reste largement embryonnaire, et sans doute absente sitôt qu'on franchit les portes de N'Djamena. La vie démocratique à l'échelle locale est émergente du fait que les communes ont été récemment créées et qu'elles ne bénéficient pas encore de la pleine dévolution des compétences et des moyens. Le défi démocratique au Tchad reste donc entier, tant à l'échelle nationale que locale. Il est crucial à deux niveaux au moins : d'une part la *culture ou l'esprit* démocratique et, d'autre part, le *fonctionnement* démocratique dans tous les compartiments de la vie au Tchad, que ce soit dans les instances de la démocratie formelle à l'échelle du pays (élections et vie parlementaires), dans les milieux de travail ou dans le monde associatif. L'invention d'une culture et d'un système démocratique « à la tchadienne » reste totalement à l'ordre du jour.

7.1.3. **Gouvernance incertaine.** De ce qui précède, on ne sera pas surpris de pointer la problématique de la mauvaise gouvernance. Elle se vit partout au Tchad, des sommets de l'Etat jusqu'au dernier échelon de l'édifice administratif. La situation est bien connue de tous. Aussi nous n'en soulignerons ici que certaines facettes. Le déficit de ressources humaines a été régulièrement pointé du doigt<sup>76</sup>. Il en résulte que les repères pour exercer une quelconque autorité sont brouillés : « *Tout le monde est chef maintenant* » entend-t-on parfois. Les secteurs clefs de la vie nationale sont en difficulté, ainsi en va-t-il de l'enseignement à tous les niveaux, de l'armée, de la justice, des services publics en général<sup>77</sup>,... La société tchadienne semble sous-tendue toute entière par une conception du pouvoir qui paraît valoriser la force et l'arbitraire. Sans doute est-ce pour cette raison que les chefs, à tous les niveaux, donnent parfois l'impression de vivre dans la peur du complot qui les renversera.

De manière générale, les conceptions claniques, et donc les intérêts particuliers, voire individuels, prennent fréquemment le pas sur toute autre considération. S'agissant de gérer le pouvoir, un clan remplace un autre. La première alternative envisagée serait pour beaucoup de Tchadiens celle du remplacement du clan au pouvoir par celui auquel ils appartiennent. On ne sera pas surpris, dans ces conditions, que le consensus national ait du mal à s'établir sur les grands enjeux. La redevabilité, dont on souligne à juste titre la nécessité, se réalise, non pas vis-à-vis des citoyens, ni à l'égard des instances reconnues, mais plutôt vis-à-vis de ses alliés ou au regard de ceux à qui on s'est soumis pour accéder à des avantages ou à des rentes. Cela explique-t-il la rotation rapide des postes à responsabilités aux sommets de l'Etat ? Cela aide-t-il à comprendre le système souvent dénoncé de surfacturation ? Pour beaucoup, l'origine de cette situation serait à rechercher dans le manque de vision, dans l'absence de projet de société ou même simplement de programme. Cela dit, depuis une dizaine d'année des efforts importants ont été faits dans les infrastructures, les routes, les écoles, les centres de santé. Le tableau n'est pas seulement noir.

7.1.4. **Déficit d'Etat.** Le manque d'Etat, c'est-à-dire plus précisément le manque de **structures, de culture et surtout de fonctionnement d'Etat**, est la conséquence la plus dommageable de tout ce qui précède. En matière de gouvernance, le premier défi est sans aucun doute le développement d'un Etat dans lequel les Tchadiens, qui qu'ils soient, d'où qu'ils soient, peuvent se retrouver, auquel ils peuvent s'identifier. L'Etat ne serait pas au service de tous et toutes. Il ne serait qu'un instrument pour l'exercice de la puissance de quelques-uns et pour soutenir des intérêts claniques ou néo-claniques. Son fonctionnement donne souvent l'impression qu'il est un distributeur de rentes que se partagent ceux qui sont aux commandes. C'est pourquoi il est régulièrement question de corruption, l'Etat étant vu comme une manne dont il faudrait s'accaparer.

---

76- En décembre 2014, nous pointions du doigt, à titre d'exemple, le cas des maîtres communautaires, ces enseignants non qualifiés recrutés sur le tas. Nous citons aussi un autre cas qui à l'époque défrayait la chronique, le cas de ce chauffeur de taxi propulsé sans transition au rang de sous-préfet. Ces exemples illustrent que les compétences requises ne seraient plus nécessaires pour exercer des postes à responsabilité.

77- On peut citer les grèves du secteur public en fin 2018 qui avait pour motif majeur l'incertitude sur le niveau et le paiement des salaires.

7.1.5. **Une société civile en quête de pouvoir d'agir.** De manière unanime, les acteurs reconnaissent que la société civile au Tchad joue un rôle important dans le maintien de la paix et d'un Etat de droit. Avec la presse, elle reste un rempart contre les excès. Mais un rempart fragile et relativement dépendant des ressources de partenaires étrangers, ce qui affecte en partie sa légitimité. La société civile est en effet fréquemment menacée par la division. Car il n'y a pas qu'une seule société civile, homogène et cohérente. Néanmoins, son rôle reste irremplaçable pour contre balancer les excès du pouvoir d'Etat dont on a déjà souligné la faiblesse et la mauvaise gouvernance. D'une certaine manière, la société civile tchadienne est sans doute à l'heure actuelle l'instance qui incarne le mieux l'intérêt général. Il faut souligner son influence constructive lorsqu'elle se fait partenaire des dynamiques ou services gouvernementaux.

7.1.6. **Ouvertures, opportunités.** Le tableau clinique qui précède n'est pas réellement « chantant », à l'évidence. Mais il ne doit pas empêcher de constater des progrès parfois importants. Ainsi, quoiqu'on en dise, même s'il y a des hauts et des bas, *la sécurité des biens et des personnes* est revenue dans beaucoup de zones où avant la violence et l'arbitraire sévissait. Le Tchad est aujourd'hui le seul pays de la sous-région avec son voisin sahélien, le Niger, où la *paix* règne plus ou moins.

Par ailleurs, nous l'avons déjà souligné, le pays a vu naître une *presse et des médias indépendants* du pouvoir qui au fil des années ont fait leur chemin. Une certaine *liberté d'expression* s'est construite petit à petit. Jusqu'à devenir irréversible ? Les avis sont partagés mais tous s'accordent pour dire qu'aujourd'hui elle est relativement consistante.

*L'expérience démocratique* est sans aucun doute embryonnaire. Mais, même si aujourd'hui aucune instance ni pratique dite démocratique, n'est profondément fonctionnelle, si tout paraît d'une grande fragilité, la perspective préoccupe et mobilise un nombre grandissant d'acteurs qui parfois prennent des risques et s'engagent. Aussi, sans doute, est-il sage de considérer que le pays est entré dans une phase d'apprentissage, certes modestement, imparfaitement, mais substantielle. En dépit de toutes ses faiblesses et imperfections, on peut toujours mentionner l'exemple de l'observatoire de la gestion des ressources publiques (OGRP), notamment son travail de suivi des recettes pétrolières.

Sur un autre plan, les salaires de la fonction publique ont été revalorisés et ils sont payés avec une régularité que le pays n'avait plus connue depuis longtemps. Le pays, tant bien que mal, s'efforce d'offrir des services publics, notamment dans le domaine de la santé, certes aujourd'hui défectueux mais néanmoins existants et susceptibles d'être réformés et améliorés. L'Etat ne fonctionne pas bien mais il existe et représente toujours une référence et d'une certaine manière un rempart contre la barbarie.

## 7.2. Vie et dynamiques sociales

7.2.1. **Tensions inter-identitaires et cohabitations.** De nombreux interlocuteurs mettent en lumière la difficulté de cohabitation de communautés d'origine régionale, d'ethnie ou de religion différente. Ces clivages sont toujours susceptibles d'être instrumentalisés en étant mis au service d'entreprises malveillantes. Les dynamiques rassembleuses, celles qui parviennent à réunir des Tchadiens de tout horizon autour de défis conçus et partagés ensemble restent rares. Les dynamiques de cloisonnement et créatrices de clivages continuent actuellement à prendre le dessus.

Il faut accorder une attention importante aux tensions entre agriculteurs et éleveurs qui, régulièrement, tournent au conflit violent avec mort d'hommes. Ces conflits mettent en lumière la compétition pour l'accès aux ressources naturelles, l'eau, la terre et la flore. La raréfaction des ressources, les sécheresses chroniques qui poussent les éleveurs à sortir de leurs aires traditionnelles ou à modifier leurs calendriers de transhumance, les transferts parfois massifs de population en provenance des zones où l'insécurité sévit figurent parmi les causes les plus fréquemment avancées. Il en résulte que la capacité à régler ou prévenir pacifiquement des conflits d'une part et, d'autre part, la capacité à valoriser positivement la coexistence de populations affichant des identités, des valeurs ou des modes de vie différents restent deux défis d'ampleur nationale.

7.2.2. **Les jeunes et les femmes des campagnes.** Ces deux catégories importantes dans la vie économique du pays sont régulièrement oubliées dans les programmes de développement, sauf dans les programmes de santé maternelle. Pourtant, l'avenir du pays repose sur ces deux catégories

d'acteurs, en particulier les femmes dont le rôle est irremplaçable en matière d'éducation et de vie des familles.

7.2.3. **Exodes et migrations.** Les guerres qui affectent les pays limitrophes ont amené au Sud et à l'Est de profonds bouleversements. Beaucoup de réfugiés en provenance des zones de conflit se sont installés, sans doute définitivement, provoquant des situations de grandes tensions entre autochtones et allochtones. Les systèmes de production agricole et les traditions agropastorales sont en situation de déséquilibre. Les défis existentiels sont nombreux : éducation, logement, accès aux services, emploi, hygiène,... La sécurité alimentaire est menacée en bien des endroits. De manière générale, ni les populations locales, ni les autorités et structures locales ne sont préparées pour faire face aux mouvements de population parfois massifs. En bien des lieux, le défi est celui de la reconstruction d'une société rurale en équilibre et pacifiée.

7.2.4. **Des dynamiques associatives en suspens.** Certes, d'importants progrès peuvent être observés à hauteur de la société civile, en dépit de limites incontestables (par exemple sa grande dépendance à l'égard des ressources financières externes). Toutefois, en zones urbaines mais surtout dans les zones rurales, on mesure mal leur influence, en dépit du poids qu'elle pourrait revendiquer avoir. A côté de dynamiques parfois remarquables, l'impression générale est celle d'une discrétion dans les arènes du dialogue politique ou dans les lieux où les orientations politiques se décident.

7.2.5. **Le défi de la ressource humaine.** En dépit de progrès ici ou là, la situation dans laquelle se retrouve le système éducatif national reste préoccupante : des écoles ont été construites un peu partout dans le pays mais il n'y a pas assez d'enseignants qualifiés, particulièrement en zone rurale.. Le vide est énorme, jusque dans le système secondaire où peu de candidats franchissent la dernière épreuve du bac<sup>78</sup>. L'enseignement supérieur préoccupe lui aussi, faute d'un nombre suffisant d'enseignants qualifiés, faute d'écoles et de facultés à la hauteur des défis éducatifs. En outre, des écoles supérieures privées, motivées semble-t-il par le lucre, naissent un peu partout, même des facultés de médecine, toutes ces écoles délivrant des diplômes qui ne sont pas reconnus, ou alors frauduleusement, et mettant sur le marché de l'emploi des candidats aux compétences non certifiées.

7.2.6. **Les familles, la dimension oubliée ?** La société tchadienne, comme toutes les sociétés du monde, se reproduit dans le creuset des dynamiques familiales et interfamiliales. Une société évolue lorsque les familles qui la composent se transforment, et *vice versa*. Malgré cette évidence, cette dimension échappe régulièrement à leur réflexion des acteurs qui s'intéressent au développement. Certes, les nutritionnistes et les autres acteurs de la santé mettent en avant la centralité de la mère et des enfants en bas-âge, deux catégories au centre de toutes les politiques de santé. Avec raison. Mais leur rôle dans la reproduction des impasses que traversent les sociétés tchadiennes est peu questionné. Or, les familles sont en même temps le problème et la solution. Elles sont le problème car la plupart des obstacles au changement prennent racine dans les familles, dans les interstices de la vie quotidienne. Mais elles sont aussi la solution car, lorsque les innovations pénètrent les familles, elles s'enracinent durablement et déclenchent un effet démultiplicateur positif, un cercle vertueux.

### 7.3. Vie et dynamiques économiques

7.3.1. **Centralité des activités agropastorales.** L'agriculture et l'élevage restent pour la très grande majorité des Tchadiens le principal domaine d'activités et la première source de revenus et de bien-être. Aujourd'hui, comme demain, et pour longtemps encore, le secteur agropastoral reste le seul secteur véritablement porteur d'avenir. De sa bonne santé dépend la capacité du pays à se nourrir (sécurité et souveraineté alimentaires). Ce n'est pas un détail dans un pays où, dans certaines régions, entre 15 et 18% des enfants souffriraient de malnutrition, tandis que bon an mal an la famine menace des régions entières du pays. L'amélioration des chaînes de production et de transformation (valorisation de la production primaire) figure au premier rang des priorités. Le secteur est central, il fait l'objet de plans et de discours politiques, certes, mais globalement il souffre : (i) la productivité y est faible, (ii) les meilleures terres sont menacées d'accaparement par des investisseurs opportunistes, (iii) l'exode rural démobilise une partie non négligeable de la jeunesse rurale, (iv) le poids des femmes et la centralité du travail féminin sont insuffisamment valorisés dans le secteur

---

78- C'est aussi la sélection qui est biaisée, par corruption.

agricole, les inégalités de genre y étant profondes, (v) les conflits entre agriculteurs et éleveurs mettent en lumière l'absence de synergie entre deux activités rurales pourtant structurellement complémentaires.

**7.3.2. *Pauvreté, progression des inégalités et dépossesion...*** Le pétrole et la gestion des revenus qu'il génère à l'échelle du pays ont fait couler beaucoup d'encre depuis 2003. Beaucoup d'incertitudes subsistent au sujet de sa gestion. Qui connaît réellement les richesses qu'il apporte et qui en profite réellement ? Dès qu'on aborde la question du pétrole, les avis divergent. Une chose semble cependant à peu près unanimement partagée : rares sont les Tchadiens qui savent réellement ce qui se passe dans ce secteur. Bien entendu, de nombreux chantiers ont été mis en place, surtout des infrastructures. Mais dans des conditions souvent discutables. De manière générale, depuis 2000, avec et sans pétrole, la pauvreté et les inégalités n'ont pas spectaculairement reculé. Ce qui semble visible depuis plusieurs années, c'est le développement d'élites enrichies qui ont tendance à s'accaparer les domaines les plus rentables de l'économie. Le propre de ces nouvelles élites, aux richesses parfois ostensibles, est leur faible contribution à l'activité économique et *a fortiori* au développement économique : il s'agit d'une élite largement parasitaire, des hommes ou des femmes d'affaires qui s'aménagent des situations de rentes et dont les activités sont principalement spéculatrices et prédatrices. Beaucoup semblent investir dans l'immobilier, l'achat de terrains et la construction d'immeubles. Rares sont ceux qui investissent dans la production, peu produisent une réelle valeur ajoutée susceptible de nourrir les rouages de l'économie nationale. De ce point de vue, la manne pétrolière est sans doute restée largement stérile.

La consommation ostensible et l'argent facile ne semblent pas se limiter aux seules élites urbaines. La tendance affecte de plus en plus tous les compartiments de la société tchadienne, jusque dans les zones rurales les plus reculées, toute proportion gardée. Ainsi, la circulation monétaire, qui s'est pourtant améliorée, paradoxalement approfondit les dynamiques de paupérisation : là où l'augmentation des échanges économiques devraient vivifier l'économie, ils relaient des processus d'appauvrissement. Des besoins nouveaux sont apparus alors que les plus fondamentaux ne sont pas satisfaits. Est-ce pour cette raison que les dépenses d'éducation et de santé ne semblent pas tirer sensiblement profit des progrès de la croissance ? De meilleurs revenus signifieraient-ils davantage de dépenses pour la consommation et la satisfaction de besoins moins essentiels ?

**7.3.3. *Croissance stérile ?*** Telle est la conclusion qui vient en conclusion de bien des analyses. Pourtant, on doit sans doute envisager que, ici et là, des alternatives et des initiatives porteuses d'espoir se déploient, contribuant ainsi à construire du renouveau économique. Que ce soit dans l'agriculture, dans l'élevage ou dans la transformation des ressources agropastorales. Aussi un des enjeux consiste-t-il sans doute à valoriser de telles initiatives, à les mettre en réseau et à développer leur potentiel d'expérimentation et d'influence pour qu'elles puissent s'appuyer et s'inspirer mutuellement mais aussi pour qu'elles puissent devenir des points de repère pour les autres sphères de la société tchadienne.

#### **7.4. *Conséquences et implications dans le cadre d'une étude sur la CE***

Nous voulons d'emblée souligner nécessité de ne pas s'arrêter à une analyse simplement descriptive, à une sorte de bilan ou d'inventaire des états de société au Tchad. Certes, un tel relevé constitue une étape nécessaire et importante, mais insuffisante en elle-même. L'enjeu consiste à aller au-delà des symptômes pour « attraper » quelques-unes des **causes fondamentales** qui pourraient, au moins à titre d'hypothèse, être à l'origine du tableau clinique sociétal. Les symptômes peuvent paraître variés, innombrables mêmes. La question qu'il faut alors se poser est la suivante : derrière tous ces phénomènes, positifs ou négatifs, quelles grandes causes qui sont mises au travail ? Quelles causes profondes donc peu visibles ?

« Débusquer » les causes est nécessaire mais le travail ne s'arrête pas là : une fois qu'on a identifié de telles causes, il reste encore à mettre en lumière la manière précise dont elles travaillent pour générer les effets qu'on leur attribuent. Il faut donc mettre en lumière des **mécanismes**. Précisément ces mécanismes qui mettent les causes au travail et qui leur donnent de la puissance, c'est-à-dire qui les rendent productives d'effets, bons ou mauvais selon les cas.

Ce travail de mise en lumière des mécanismes et d'action sur les mécanismes est nécessaire à prendre en charge par les acteurs soucieux d'améliorer le système de santé au Tchad, notamment en promouvant la CE. La question fondamentale qui se pose (sur laquelle nous reviendrons plus en détails) est en effet est la suivante : comment, en même temps qu'on développe des initiatives médicales de grande valeur et de grande ampleur dans leurs effets, est-il possible de contribuer *aussi*, même très modestement, à des progrès à hauteur des mécanismes qui structurent la société tchadienne et qui fabriquent le paysage problématique esquissé ci-dessus ?

## Annexe 8 : Vue d'ensemble du secteur de la santé au Tchad et de ses grandes problématiques<sup>79</sup>

La santé est actuellement le principal sinon l'unique champ d'intervention du BASE. Il est dès lors indispensable de dresser le paysage général de ce secteur de la même manière que nous l'avons fait pour le pays en général. Depuis quelques années, un certain nombre d'orientations majeures ont été formalisées dans plusieurs documents, notamment un nouveau plan national de développement sanitaire (PNDS-III), et également dans une série de documents qui livrent de précieuses indications stratégiques pour le pays (par exemple, la révision du PMA de 2017, le manuel national SONEU de 2017 et aussi l'EDS-MICS 2015

Nous renvoyons le lecteur à ces documents, et à d'autres plus récents, pour davantage de précisions (la liste est livrée en annexe 3 de ce rapport). Nous précisons cependant ici que les grandes axes stratégiques de la politique nationale de santé s'articulent autour de sept domaines prioritaires d'action :

- a) Pilotage du secteur
- b) Offre de services des soins de qualité
- c) Promotion de la santé communautaire dans toutes les zones de responsabilité
- d) Développement des activités de santé promotionnelle à tous les niveaux
- e) Planification et gestion de l'information sanitaire
- f) Ressources (humaines, matérielles, financières et infrastructurelles)
- g) Médicaments, vaccins, réactifs et autres produits dérivés

Cette politique, est ainsi construite, *grosso modo*, autour de trois grandes perspectives : (i) lever les obstacles à l'accès aux soins, notamment l'obstacle financier pour les démunis ou vulnérables, (ii) dispenser des soins de qualité et (iii) réduire l'exposition aux risques (épidémies, hygiène et qualité de l'eau, tabac, ...). La lutte contre le VIH SIDA, la vaccination, la santé pré- et postnatale des enfants et de leur mère représentent un espace d'intervention prioritaire.

### 8.1. Paysage des grandes problématiques

Pour camper globalement le paysage, nous reprenons la synthèse de la situation telle que figurée dans la synthèse du PND parue en avril 2013. Elle livre un premier tableau d'ensemble : « *L'accès et la qualité des services de santé restent faibles. Le profil épidémiologique du Tchad est caractérisé par la prévalence élevée des maladies endémiques telles que le paludisme, la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, qui constituent les premières causes de consultation ; et des maladies épidémiques comme le choléra, la rougeole ou la méningite. Un enfant sur cinq décède avant d'atteindre son 5ème anniversaire. Malgré les efforts importants dans le domaine de la vaccination, les maladies évitables par la vaccination sont encore régulièrement rapportées par le service de surveillance épidémiologique. En matière de santé maternelle, le Tchad se situe parmi les pays d'Afrique les plus mal placés. Le taux de mortalité maternelle est de 860 pour 100.000 naissances vivantes en 2014 (MICS). En matière de VIH-SIDA, le Tchad a réalisé des progrès importants. Le taux de prévalence est de 1.6% en 2014, le taux de mortalité infantile est passé à 72 en 2014. Le taux de mortalité néonatale est à 34 en 2014. En ce qui concerne la malnutrition, d'une manière globale, 44 % de la population vit dans l'insécurité alimentaire et la malnutrition aiguë atteint le seuil critique de 15% dans la plupart des régions, près de 40% des enfants souffrent de malnutrition chronique, sans signe de diminution notable depuis les années 90.*

---

79- Cette annexe est la reprise d'une synthèse que nous avons produite en fin 2014. Nous l'avons revue et mise à jour. Dans l'ensemble, il apparaît ce que nous écrivions à cette époque reste d'une grande actualité, ce qui interpelle.

Un examen détaillé des situations rencontrées sur le terrain de la santé, telles que nous en avons discuté avec nos interlocuteurs, révèle un certain nombre de **problématiques**. Nous les déclinons en deux grandes rubriques, système de santé et situations des soins au niveau des centres de santé.

8.1.1. En matière de **conception de la santé, de système de santé et de stratégies**, quelques grandes tendances semblent se dégager :

- De manière générale, beaucoup des efforts ont été faits pour intégrer dans la pratique des soins un approche de type préventif et de promotion de la santé (vaccination, activités ANJE, activités communautaires de dépistage, activités de sensibilisation, etc) Par contre, la perspective de rechercher et d'agir sur les causes profondes des maladies ou endémies qui frappent les populations est réellement absente. En règle générale, la médecine est envisagée principalement sous le seul angle médical ou sanitaire, la réflexion et la lutte contre les déterminants sociaux, politiques et économiques sont absentes du référentiel national et, *a fortiori*, des pratiques médicales.
- La conception d'une **médecine globale**, celle qui envisage que la santé ne se réduise pas à l'absence de maladie mais qu'elle englobe en réalité tout le système de vie et l'environnement des populations, est pauvrement ancrée dans la société ;  
Pourtant la vision de la PNS est que « d'ici 2030 le système de santé du Tchad soit un système intégré, performant, résilient et centré sur la personne » Cependant les actions sur la salubrité des milieux de vie ou la qualité de l'eau de boisson n'occupent pas la place centrale qu'elles devraient avoir dans les stratégies sanitaires locales
- Le **lien entre la santé et l'environnement** au sens large est également pauvrement valorisé. La relation au territoire est fréquemment négligée, sinon oubliée. Les centres de santé sont le plus souvent considérés à la manière d'une île dans un océan, comme un en-soi. Or, l'ancrage de la structure de soins dans son **environnement social et institutionnel**, la diversité et la force des trames relationnelles qui relient le centre à la société et au territoire dont il est une partie prenante, sont déterminants de l'efficacité de l'action sanitaire. La qualité de l'environnement dans lequel vivent les populations est elle aussi cruciale, notamment en ce qui concerne l'accès à une **eau** de qualité constante et en abondance tout au long de l'année, en ce qui concerne **l'hygiène** des espaces de vie, notamment l'habitat, quand on sait que le paludisme est une des premières causes de mortalité, tant en ville que dans les campagnes. Il faut toutefois souligner, dans le sillage de la décentralisation, l'intérêt récent pour établir des relations entre les autorités locales et les acteurs de la santé en activité sur le territoire de l'entité communale.
- A l'échelle du pays, le **dispositif pyramidal** sert de référence pour le système de santé. En théorie, car en pratique, il ne fonctionne pas suivant cette logique de sorte que, à l'examen des situations concrètes, les unités sanitaires de toute catégorie paraissent agir comme si elles étaient dotées des mêmes compétences : ainsi les hôpitaux de référence font ce que font les centres de santé et par conséquent ils font mal ce qu'ils devraient faire et que les centres de santé n'ont pas les moyens de faire<sup>80</sup>.

8.1.2. En matière de **soins et de situations sur le terrain**, quelques tendances s'imposent à l'analyse à l'échelle du pays :

- Si quelques progrès peuvent être soulignés en zone urbaine, dans les campagnes, par contre, la situation dans le domaine de la santé primaire est préoccupante, particulièrement en matière de **santé maternelle et infantile**. Tant la mortalité que la morbidité restent anormalement élevées, une situation que les circonstances géopolitiques dans la sous-région (guerres, terrorismes et déplacements de populations) ne parviennent cependant pas à expliquer pleinement. La santé de

---

80- La situation est emblématique à N'Djamena où l'hôpital « La mère et l'Enfant » a dû ouvrir une maternité pour accueillir des accouchements normaux alors qu'initialement cette institution était destinée à prendre en charge les cas compliqués qui dépassaient les capacités d'intervention des centres de santé ou les maternités de quartier. Il en résulte qu'une partie du personnel et des ressources sont affectées à des tâches et fonctions qui ne relèvent pas de ce qui est normalement attendu d'une telle formation. D'autre part, les centres de santé et les maternités de quartier, équipés pour des interventions ordinaires, se retrouvent sous-utilisés, parfois même désertés. Serait-ce un indice de plus que l'action sanitaire est « encombrée » par le paradigme d'une médecine de haute technologie et hospitalo-centrée, convoquant implicitement un genre de médecine qu'en réalité seule une élite fortunée peut se payer ?

la mère et des enfants en bas-âge représente toujours en 2014 le défi majeur en matière de santé publique à côté du paludisme et du VIH-SIDA.

- La **qualité des médicaments** est régulièrement problématique, soit que les remèdes sont périmés, soit qu'ils sont frelatés. Dans les deux cas, les patients ne disposent pas des ressources pour se soigner efficacement. En outre, il faut déplorer la surconsommation des médicaments. Les cas d'empoisonnement par les médicaments ne sont pas rares. Un de nos interlocuteurs dira de manière provocante qu'au Tchad, « *les médicaments tuent autant qu'ils soignent* ». Il faut en outre souligner que les médicaments font régulièrement l'objet d'un véritable « petit commerce » par les agents des centres de santé eux-mêmes. Les dérapages et les contradictions ne manquent pas<sup>81</sup>.
- Le **personnel médical de qualité** fait défaut. Dans les zones reculées, un certain nombre de centres de santé ne disposent pas d'infirmiers diplômés et sont en réalité gérés par des garçons de salle<sup>82</sup>. Même quand ils accueillent un personnel complet, les compétences sont régulièrement mises en question. En pratique, les agents de santé les plus qualifiés et les mieux expérimentés rechignent à travailler en milieu rural. Beaucoup rêvent d'ouvrir un cabinet privé à N'Djamena. En pratique, beaucoup de jeunes médecins ou infirmiers, sitôt qu'ils ont acquis un peu d'expérience en brousse, s'efforcent de revenir en ville. Les meilleurs émigrent à l'étranger où ils ne rencontrent guère de difficultés à se faire embaucher dans de meilleures conditions qu'au Tchad. De manière transversale, la question de la motivation du personnel soignant, de son engagement dans son travail au jour le jour a été soulevée à plusieurs reprises. Dans les mots d'un de nos interlocuteurs, « *le personnel de santé, en règle général, manque de cadre structurant pour mener le travail, je veux dire qu'il manque de valeurs pour s'orienter, de principes pour cadrer ce qu'on fait, les finalités ne sont pas suffisamment claires... Et surtout, il n'y a pas de système de sanction : en cas de malversations ou de fautes, même graves, il n'y a pas de sanction. C'est un facteur déstructurant qui fait que le personnel est finalement livré à lui-même* ».
- La **gestion des centres de santé** est régulièrement prise en défaut. La gestion des stocks de remèdes et de consommables en particulier est problématique. La planification, en dépit des innovations promues à la faveur de la micro-planification, est fréquemment dysfonctionnelle. Grâce aux COGES et aux COSAN, la participation des populations devrait jouer un rôle décisif dans la bonne administration et le contrôle des centres de santé. Hélas, ces structures de base sont rarement véritablement fonctionnelles pour des raisons que seule une investigation de terrain pourrait mettre en lumière<sup>83</sup>. De manière générale, la gestion administrative des centres de santé est défailante tandis que les capacités de gestion font globalement défaut. Faute de formation adéquate ? Faute de support technique ? Faute de tradition administrative ? Les explications sont diverses. Un de nos interlocuteurs a vigoureusement insisté : « *une structure de santé repose sur deux piliers, des compétences médicales mais aussi des compétences de gestion. C'est comme deux jambes : si l'une est malade, tu ne peux plus avancer* ».
- Une des fonctions majeures de tout centre de santé primaire réside dans **l'information et la prévention**. A toutes les échelles, la médecine curative n'est durablement performante que si, et seulement si, elle repose sur un dispositif de prévention efficace. Comme déjà souligné à l'échelle du système de santé, au niveau des centres de santé, l'action préventive est insuffisante sinon souvent défailante ou simplement absente. Or la prévention et la santé promotionnelle (celle qui informe et sensibilise) sont l'une des stratégies les plus puissantes pour rendre la population véritablement actrice de sa santé. En pratique, le personnel des centres de santé est tellement pris par les tâches curatives qu'il n'a pas le temps ni les moyens de prendre en charge la prévention, hormis les campagnes de vaccination, et moins encore l'information sanitaire.

---

81- En décembre 2014, un de nos interlocuteurs s'était demandé si « *les infirmiers ou les autres agents de santé étaient d'abord des soignants ou d'abord des commerçants de remèdes ?* ». Selon nos travaux de février 2020, la remarque garde, hélas, toute sa pertinence aujourd'hui.

82- Normalement, chaque centre de santé urbain devrait être géré par un médecin généraliste, tandis que le centre de santé rural par un IDE (PMA 2017). En pratique, ce sont généralement des infirmiers ou des agents techniques de santé qui remplissent une fonction de prescripteur pour laquelle leurs études ne les ont pourtant pas préparés.

83- Il convient de rappeler ici qu'au Tchad, BASE figure parmi les structures qui ont jeté les bases de ce système de participation (Lire par exemple le travail de Dingamnodji Koilo, 2005).

## 8.2. Paysage des opportunités

A côté de ce tableau d'ensemble qui peut susciter un certain pessimisme, des opportunités apparaissent et sont de nature à redonner du courage.

Le Tchad s'est prononcé, notamment, pour le développement prioritaire de la santé primaire, en particulier le principe de centres de santé en lien avec un hôpital de référence vers lequel déferer les interventions qui exigent une compétence qui n'existe pas au niveau d'un centre de santé. La priorité est portée également sur la santé maternelle et infantile. Au moins dans le discours et les intentions, le principe d'un système intégré est mis à l'avant plan. Cette option offre un cadre d'action riche au sein duquel tout le potentiel d'action et d'innovation d'une structure de la société civile peut se déployer.

La co-gestion, la micro-planification, la recherche-action et l'expérimentation d'innovations, tant sociopolitiques que socio-organisationnelles, sont autant de lignes de force dont la valeur et la pertinence ont été confirmées unanimement par tous les interlocuteurs rencontrés et dont certains sont désormais repris dans les documents qui fondent la stratégie nationale.

En outre le gouvernement tchadien privilégie les partenariats entre les différents intervenants actifs dans le secteur de la santé, facilitant en particulier les synergies, le tout en ayant défini un cadre formel de réglementation et des références stratégiques qui aident les acteurs dans leurs choix<sup>84</sup>. Dans cet ordre d'idées, plusieurs partenaires techniques et financiers ont souligné l'opportunité que représentait la décentralisation pour le développement des centres et des stratégies de santé. Des alliances et des synergies semblent à explorer. Des actions conjointes menées avec les autorités communales ou locales, notamment dans le cadre des efforts de décentralisation, offrent de nouveaux espoirs<sup>85</sup>.

L'intérêt que portent les autorités et certains PTF pour la gratuité des soins, par contre, mérite une réflexion soigneusement menée. En même temps, cette stratégie qui semble attirer les faveurs des décideurs, offre une belle occasion de relancer la réflexion sur le genre de médecine qu'on veut promouvoir au Tchad, sur les principes et valeurs qui devraient prévaloir en matière de santé publique. Nous en disons quelques mots spécifiquement dans la section suivante.

## 8.3. La gratuité des soins, un progrès pour le Tchad ?

A première vue, la logique semble imparable : les pauvres n'ont pas les moyens de se payer les soins, il revient donc à la collectivité et à l'Etat de les leur fournir gratuitement. Le droit à la santé gratuite serait indiscutable et s'inscrirait à l'appui d'une saine stratégie de redistribution de la richesse collective. Toute stratégie de lutte contre la pauvreté devrait dès lors impérativement adopter la gratuité des soins comme ligne de conduite. Tous les pauvres, partout dans le pays, devraient pouvoir se faire soigner à tout moment, non loin de là où ils vivent, sans déboursier le moindre franc.

Voilà pour le principe. En réalité, lorsqu'on examine les situations concrètes sur le terrain, quel que soit le milieu social considéré, *a fortiori* chez les pauvres et en milieu rural, la logique se grippe. Beaucoup de questions se posent et tendent à relativiser l'opportunité de mettre en œuvre une telle option. Nous n'avons pas la place ici d'aller en profondeur dans cette discussion. En attendant, voici tout de même quelques éléments qui donnent à réfléchir et qui ont fait l'objet d'échanges lors des visites. Ces éléments convoquent notamment l'expérience de la gratuité des soins, désastreuse pour le coup, observée dans d'autres pays de la sous région<sup>86</sup>.

---

84- Voir à ce sujet par exemple le document précisant la politique nationale en matière de contractualisation officiellement publié en juillet 2014 (République du Tchad, MSP (2014). *Politique Nationale de contractualisation dans le secteur de la santé au Tchad*).

85- BASE lui-même a joué un rôle de pionnier dans ce domaine. Même s'il n'a pas eu beaucoup d'écho jusqu'à ce jour, le terrain institutionnel semble aujourd'hui plus mûr pour accueillir la perspective.

86- L'investigation menée par Luc Dusoulier et deux médecins congolais dans l'Est de la RDC est édifiante. Ces auteurs montrent comment, sous couvert de la gratuité, des soins de qualité ou même simplement des soins minima, deviennent dans les faits inaccessibles aux plus pauvres (Lire Dusoulier, L. 2014). Les travaux menés en RDC par la médecin chercheuse en santé publique à l'Université Catholique de Louvain (Clinique Saint Luc, Belgique), Véronique Zinnen, aboutissent à des conclusions similaires.

- La gratuité des soins **exige** une administration publique efficace dans le domaine de la santé, solidement organisée, dotée d'un personnel compétent, mobilisant des équipements de qualité, gérant un dispositif logistique performant capable de prévenir les pénuries d'intrants médicaux, en particulier les médicaments d'origine certifiée. Or, à l'évidence, au Tchad, en 2014, aucune de ces conditions n'est réunie. Ou alors exceptionnellement mais alors là où les soins ne sont justement pas gratuits.
- Une **analyse fine de l'économie** de la santé montre qu'au Tchad, le coût moyen des interventions au niveau des centres de santé primaire varierait en moyenne, pour l'essentiel, entre 500 et 1000 FCFA<sup>87</sup>. Même pour des ménages vivant dans une grande pauvreté, une telle somme reste accessible. Pour autant que l'intervention dont ils bénéficient soit efficace. Or, si les patients s'acquittent du paiement d'un tel coût, le recouvrement des dépenses est garanti au niveau du centre de santé. Le renouvellement des stocks de consommables et les frais d'entretien sont alors couverts localement.
- La promotion systématique et non encadrée de la gratuité des soins conduit à **dualiser l'offre des soins de santé** : d'un côté, une médecine payante et performante pour les riches, mais chère et inaccessible pour la majorité des patients et, de l'autre, une médecine gratuite mais sous équipée, dysfonctionnelle, largement inefficace pour les pauvres.
- La gratuité des soins part du principe que les ménages pauvres n'ont pas les moyens financiers, même pas le minimum, pour payer les soins. L'analyse des réalités concrètes suggère que, si tel est parfois effectivement le cas, en règle générale le manque de liquidités pour couvrir les dépenses de santé dans les ménages pauvres et très pauvres s'expliquent **aussi** par une mauvaise utilisation des ressources rares du ménage et pas forcément par un défaut absolu de revenus. Si tel est le cas, la gratuité des soins en arrive alors, indirectement, à **cautionner des dysfonctionnements** dans la gestion ou l'affectation des revenus ménagers<sup>88</sup>.
- En matière de recouvrement des coûts, l'expérience de pays voisins démontre que lorsque les patients, même les plus pauvres, affichent une véritable capacité de financement des soins de santé, par exemple à travers des dispositifs de **mutuelles**, ils ont le pouvoir d'imposer la qualité aux prestataires. Le fait de payer ses soins consolide le droit à la qualité et la possibilité concrète de la faire appliquer.
- La gratuité des soins a pour conséquence concrète de placer le patient sous le pouvoir absolu du système médical, que ce soit le prescripteur, le prestataire ou le dispositif de soins en tant que tel. Le patient est réduit au rôle d'**acteur passif consommateur** d'une offre de soin que lui délivre le soignant sur lequel il ne dispose d'aucun moyen d'action. C'est assurément un point faible dans un pays comme le Tchad où le système est dysfonctionnel.

On le voit, la gratuité des soins n'est nullement garante de l'accès aux prestations de santé, moins encore de leur qualité. Sans défendre l'idée qu'elle soit *par principe* inappropriée au Tchad, on doit cependant admettre que si la perspective peut paraître séduisante, sa mise en œuvre nécessite un certain nombre de préalables et de conditions qui, actuellement, au Tchad, sont loin d'être réunies. En outre, il faut se demander si le véritable enjeu loge réellement à ce niveau.

---

87- Sauf erreur, 650 FCFA en moyenne selon les travaux menés par le père Gherardi du centre hospitalier Le Bon Samaritain et, dans le centre de Goundi (N'Djamena).

88- Nos propres recherches menées en pays dogon, au Mali, avec une population de femmes pauvres et très pauvres ont montré qu'une part non négligeable des revenus, entre 18 et 30%, étaient affectées à des dépenses qualifiées par les femmes elles-mêmes de non essentielles. Paradoxalement, l'augmentation des revenus dont elles bénéficiaient à la faveur d'activités génératrices de revenus soutenus par un projet de développement était principalement affectée à ces dépenses qualifiées de moins essentielles. Ainsi, une augmentation de 25% des liquidités financières moyennes annuelles ne permettait pas de couvrir les dépenses de santé des enfants qui pourtant mobilisaient annuellement moins de 20% du budget ménager. Les recherches ont démontré que l'origine du « déficit » budgétaire des ménages, celui qui rendait apparemment difficile la couverture des soins de santé, tenait principalement à une faible maîtrise des dépenses ostentatoires, particulièrement celles des femmes en situation de rivalité tendue dans la région investiguée. Ce genre de recherches suggère tout l'intérêt de mener avec les intéressés des recherches sur leurs stratégies budgétaires. Lorsqu'elles sont bien menées, de telles investigations invitent les intéressés eux-mêmes, c'est-à-dire les pauvres, à imaginer et mettre eux-mêmes en œuvre des mesures qui les conduisent à reprendre la main sur leurs dépenses et ainsi à rendre possible le paiement de prestations de soins de coût modéré.

**Tableau A.8.1. Vue d'ensemble de grands défis en matière de santé au Tchad en 2020**

<b>Grands domaines</b>	<b>Grands défis</b>
<b>Système de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Remettre au cœur des politiques de santé les recommandations d'Alma Ata 1978 et de Bamako 1987 et les faire vivre</li><li>- Rendre fonctionnel le modèle de la santé intégrée (qui place le centre de santé local en lien avec un hôpital de référence au cœur du système)</li><li>- Remettre en selle la médecine préventive et promotionnelle, se décentrer de l'option curative et hospitalo-centrée</li><li>- Développer les capacités locales de gestion, de planification et de contrôle (défi d'une participation véritablement contributive)</li></ul>
<b>Mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Maîtriser la circulation, l'usage et la qualité des médicaments dans le pays</li><li>- Développer la ressource humaine qui donne vie, compétence et vigueur au système de santé</li></ul>
<b>Gratuité des soins</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rendre les soins de santé de qualité accessibles à tous et chacun en tout lieu</li><li>- Inscire la réflexion critique de l'option de la gratuité dans une réflexion plus large qui prend pour cible les rationalités et pratiques tchadiennes de l'économie réelle tant à l'échelle du pays que des ménages</li></ul>

(Adapté de De Leener, P. & BASE Tchad, 2015)

## Annexe 9 - Soigner les corps, soigner la société : Des défis au cœur de la société tchadienne<sup>89</sup>

Dans cette annexe, nous reprenons en grande partie une analyse que l'équipe de BASE avait menée en 2015 avec Inter-Mondes Belgique dans le but de tirer les leçons d'une analyse en profondeur du contexte tchadien réalisée avec des partenaires<sup>90</sup>. Cinq années ont passé mais il faut reconnaître que la société et la vie au Tchad n'ont guère changé depuis de sorte que le tableau d'ensemble esquissé ci-après reste pertinent, même s'il est vrai, reconnaissons-le, que globalement, il est décourageant ainsi que nous l'avons suggéré au chapitre 1 (section 1.3).

Dans cette annexe, nous voulons donner du contenu à l'idée générale que nous défendons en matière d'action dans le champ de la santé, notamment à la faveur d'un programme de développement de la CE au Tchad. Celle-ci tient en une question : **comment soigner la société tchadienne en même temps qu'on soigne le corps des Tchadiens et des Tchadiennes ?** Cette question repose sur une hypothèse générale, celle suivant laquelle la plupart des difficultés que rencontrent les personnes et les collectifs ou institutions tirent leur origine dans quelques mécanismes fondamentaux qui « machinent dans le ventre de la société tchadienne ». Si tel est le cas, tous les efforts investis pour régler telle série de difficultés ou de problèmes particuliers, par exemple ceux qui justifient une action en matière de CE, resteront vains, sauf si ces efforts contribuent aussi à neutraliser, ou affecter suffisamment, ces quelques mécanismes fondamentaux. A défaut, ils rendront un peu plus supportable ce qui est structurellement insupportable.

C'est cette perspective-là que nous voulons développer et illustrer dans cette annexe et que nous pensons cruciale pour fonder les projets ou programmes que LCDE pourrait développer dans le sillage de la présente étude préalable.

\*\*\*

En règle générale, la plupart des acteurs du développement, privés ou publics, nationaux et internationaux, s'attaquent aux problèmes un par un, chacun dans son secteur en tentant de faire le meilleur usage de leurs ressources et de leurs talents. C'est nécessaire, sans aucun doute, mais face à l'ampleur des impasses, on comprend que ces efforts, pour louables et justifiés qu'ils soient, ne suffiront pas. Aussi, sans négliger la nécessité de tels investissements, un certain nombre de questions doivent être soulevées : dans quelle mesure tous ces efforts ne se limitent-ils pas aux symptômes ? Autrement dit, dans quelle mesure s'attaquent-ils aux causes fondamentales et surtout à ce qui met ces causes au travail si efficacement au point de durer et de sans cesse renouveler les symptômes ? En outre, souvent quand le problème quel que soit le secteur, santé, éducation, agriculture, marché, ... est solutionné *ici*, il resurgit *ailleurs* ou parfois au même endroit mais sous une *autre forme*. On est envahi alors par le sentiment désespérant d'être toujours pris au dépourvu et de devoir sans cesse reprendre les luttes à zéro.

D'autres questions viennent à l'esprit : dans quelle mesure les malheurs qui frappent le pays ne sont-ils pas *aussi* l'œuvre des Tchadiens eux-mêmes, en particulier de la manière dont ils vivent, des mentalités, des pratiques et des comportements qu'ils privilégient ? Autrement dit, comment les Tchadiens – individuellement et collectivement – contribuent-ils à « fabriquer » les impasses et difficultés qui rendent leur vie si difficile ? Que font-ils qu'ils ne devraient pas faire ou que ne font-ils pas qu'ils devraient faire ?

---

89- Inter-Monde Belgique travaille depuis les années 2000 sur de telles questions. Un ouvrage de synthèse, en cours de publication, sert de référence pour l'approche développée ci-après. L'ouvrage développe en détail la logique nouvelle qui est développée ici en quelques mots (De Leener, P. & Totté, M. (2020). « *Changer sa société. Faire coup double. Cinquante deux pistes pour penser et agir le changement en Afrique* ».

90- Cette annexe est la reprise d'une synthèse que nous avons produite en 2015. Nous l'avons revue et mise à jour pour qu'elle rentre dans le format de l'actuel rapport. Il va sans dire ce que nous écrivions à cette époque reste d'une brûlante actualité.

Dans quelle mesure tous ces problèmes qui affectent la vie quotidienne des Tchadiennes et des Tchadiens sont-ils la manifestation sensible et visible de dysfonctionnements graves qui conditionnent et entravent en profondeur la société nationale ? En d'autres mots, nous faisons l'hypothèse qu'un grand nombre des difficultés ou malheurs qui frappent le Tchad prennent racine dans le fonctionnement de la société, dans ses rouages les plus fondamentaux. Il en résulte alors que ce ne sont pas en tant que telles les conditions de vie qui devraient seulement et prioritairement retenir l'attention mais *aussi* la manière dont chacun, chacune contribue à les construire *sans y penser*. Comment agir sur ces manières de fonctionner qui génèrent le cortège de problèmes qui affectent si lourdement la vie quotidienne, partout, et notamment en ce qui nous concerne dans les établissements sanitaires ?

En présentant les choses de cette façon, on rejoint l'idée fondamentale que nous avons introduite : la plupart des problèmes ou difficultés qui entravent le bien vivre au Tchad proviennent d'un nombre limité de « *mécanismes* », toujours les mêmes, qui structurent en profondeur la société tchadienne. Ce sont de tels mécanismes qui génèreraient les « maladies » qui frappent la société tchadienne. Dès lors, en s'attaquant à de tels mécanismes, on s'attaque *de facto* aux racines du mal et on se donne la possibilité de traiter en même temps les causes d'un grand nombre de difficultés, précisément ces difficultés qui font la raison d'être de la multitude de projets ou initiatives de développement.

### **9.1. Des « maladies sociétales », autant de défis**

Quels sont ces mécanismes qui « travailleraient » dans le « ventre de la société tchadienne » ? En fin 2014 et en 2015, BASE et Inter-Mondes Belgique ont approfondi quatre d'entre eux qui retenaient particulièrement l'attention dans la mesure où ils traversent – et configurent – de nombreuses situations rencontrées partout au Tchad.

Nous les livrons ici à titre d'exemples ou de références concrètes pour expliciter ce que nous voulons dire lorsque nous parlons de mécanismes fondamentaux. A ce stade de notre étude, s'agissant d'une action visant le développement de la CE essentielle, nous ne prétendons pas que ces mécanismes-là en particulier devraient *tous* figurer « au menu » du programme que LCDE pourrait éventuellement développer au Tchad. Nous disons seulement deux choses : (i) que c'est *ce genre* de mécanismes fondamentaux qui devraient armer le « coup double » ou le « coup multiple » que nous proposons à la partie IV comme fondation stratégique et (ii) qu'un travail spécifique devra être entrepris lors du montage d'un éventuel programme LCDE pour déterminer quels pourraient être ce ou ces mécanismes que ciblerait un « coup double ».

***Mécanisme M1 : Les limites, les interdits n'empêchent pas de faire ce qu'on ne devrait pas faire. Les règles et les lois n'obligent pas.***

Ce constat peut être fait dans tous les compartiments de la société. La relation sociale, le rang social, sa place dans la hiérarchie dépasse la règle ou la loi. En pratique, lorsqu'une règle doit être appliquée, on regarde d'abord la qualité de ceux ou celles à qui elle devrait s'appliquer. Plus les personnes sont perçues de rang élevé, ou alors plus elles peuvent mobiliser des acteurs de haut rang ou des élites, moins les règles s'appliquent. L'appartenance ethnique ici peut jouer peser de tout son poids : si on est lié à un clan ou un groupe en position de force, la règle ou la loi ne s'appliquera pas à soi si elle s'oppose à ses intérêts.

La règle ou la loi se place « à côté » : la force de la situation, les rapports de force, le poids des intérêts particuliers dépasse la force de la règle ou de la loi. On observe souvent que la loi ou la règle est appliquée sous l'effet de la peur ou pour éviter la honte, mais non pas parce qu'on y adhère intérieurement. Ou alors elle est appliquée au profit de... ou aux dépens de... Dans ce cas, la règle se réduit à son utilité immédiate dans telle ou telle situation : arrange-t-elle ou dérange-t-elle ? On se « débrouille ».

En pratique, souvent, les lois et les règles ne sont ni connues, ni comprises. De façon générale, elles ne sont pas l'objet de discussion ni de débat approfondi, ni sur la place publique, ni dans les sphères privées. Au Tchad, il semble qu'il n'y a pas – ou plus ? – de culture de la loi ou de la règle. C'est-à-dire qu'il n'existerait pas d'habitude de la discussion des règles. Les lois comme les règles

apparaissent comme un « donné » qui s'imposerait aux plus faibles, les plus forts pouvant revendiquer (ou se donner) le pouvoir de leur échapper ou de se placer au-dessus d'elles.

De ce tableau découle un premier défi de grande importance pour la vie en société au Tchad, en particulier si on s'intéresse à la démocratie, le *défi de la régulation maîtrisée (comprise et appliquée) par les concernés*.

La perspective que déplie ce défi est celle qu'une société où les lois et les règles seraient indifférentes par rapport aux situations et aux statuts ou rangs sociaux. C'est-à-dire qu'une fois qu'elles ont été décidées, elles s'appliquent à tout le monde en toute circonstance, quel que tu sois, où que tu sois, quel que soit le moment ou la circonstance. Si la loi ou la règle est mauvaise, elle doit alors faire l'objet de débats appropriés dans un cadre convenu pour être modifiée, ou adaptée, ou supprimée. Le défi est donc d'inscrire dans la vie tchadienne le fait que les règles et les lois qui organisent la vie sociale soit placé en surplomb, au-dessus des hommes et des femmes pris dans une situation particulière, face à un problème particulier.

Le défi est en réalité complexe car il concerne toute une série d'aspects, notamment ceux-ci : (i) la conception des règles, ce qui suppose la mise en discussion des *normes* qui les sous-tendent, (ii) leur mise en débat entre et par les concernés et les concernées, (iii) leur formulation, (iv) leur mise en application et la détermination de leur champ d'application, (v) leur contrôle (avec le cas échéant les sanctions qui sont à mettre en œuvre en cas de violation), (vi) leur évaluation et (vii) leur transformation ou adaptation suite à leur évaluation.

### **Mécanisme M2 : Le Collectif est absent des consciences et des actes qui fondent la vie quotidienne**

Le Collectif – avec un "C" majuscule – désigne la société prise comme un tout. Il se distingue du collectif avec un petit "c" qui lui désigne la structure, l'association, la communauté, le groupe ... auquel on se sent appartenir. Le Collectif renvoie à l'idée qu'on vit avec des gens qu'on ne connaît pas forcément mais qui font pourtant partie du même corps social. Par Collectif, on souligne ce qui est de l'ordre de l'intérêt général ou du bien commun, ce qui est juste, bon et désirable pour tous et chacun, pour toutes et chacune. Le Collectif est aussi ce qui pousse soi-même à s'empêcher de faire ce qu'on aurait tendance à faire spontanément ou, au contraire, à s'obliger de faire ce qu'on ne ferait pas forcément volontiers.

Un regard, même distrait, sur la vie de tous les jours montre que la dimension Collective est fragile sinon régulièrement absente. La préférence clanique (« *les miens d'abord* ») et le repli identitaire sont la règle de vie en société au Tchad. Cette situation semble s'être aggravée depuis les années 1980. Dans les premières années de l'Indépendance, le sentiment national semblait avoir pris un certain poids et transcendait les appartenances claniques ou autres. Ce n'est plus le cas aujourd'hui.

Les gens ne se sentent responsables ou redevables que vis-à-vis de leur groupe d'appartenance. Ils ne s'engagent que dans des « collectifs des mêmes » (sa communauté, son ethnie, son clan,...). La référence au Collectif comme structure (le « UN pluriel ») est absente des relations sociales. En pratique, l'intérêt général est effacé au profit des intérêts privés, particuliers ou circonstanciels. « L'immanent » (ce qui est à sa hauteur, à portée de son action, qui est là à ses côtés dans sa vie de tous les jours) l'emporte sur le « transcendant » (ce qui est au-dessus de soi et qui s'impose à soi). En d'autres mots, il n'y aurait rien dans sa conscience ou dans son cœur qui obligerait ou qui empêcherait, rien qui serait placé au-dessus des personnes, au-dessus des situations ou au-dessus des liens sociaux, rien qui donne une orientation au « bon vouloir ».

Dans ce contexte-là, il n'est pas rare que l'autre, celui qu'on ne connaît pas, soit alors vu *a priori* comme une menace potentielle. Ce n'est que si on a pu le rattacher à un clan ou à un groupe qu'on décidera s'il mérite ou non le respect.

De ce tableau découle un défi de grande importance pour la vie en société au Tchad, on peut l'exprimer en une formule condensée comme le défi de la (ré)invention ou (ré)activation d'une dimension Collective qui dépasse les appartenances et clivages identitaires

Ce défi se joue dans toutes les sphères de la société tchadienne, en ville comme dans les zones rurales. Il prend une importance tout à fait particulière dans une conjoncture d'instabilité structurelle. La dimension Collective à réinventer doit loger dans la conscience des acteurs. L'idée à inscrire dans la conscience des acteurs est celle suivant laquelle en s'empêchant, ou en s'obligeant, *contre son bon gré*, ici ou maintenant, on puisse, plus tard, ici autant qu'ailleurs, en retirer un réel avantage qui dépasse de loin l'avantage immédiat.

### ***Mécanisme M3 : L'enfermement dans l'immédiat, dans le « ici et tout de suite »***

Ce mécanisme siège au cœur des cultures nationales. Il correspond à l'aplatissement du temps, au fait qu'en définitive, seul importe ce qui arrive ici et maintenant sous ses yeux.

Il en résulte que les actions sont détachées d'une vision, comme si, à la limite, seul l'issue immédiate, et la perspective implicite de gains faciles, mobilise l'imagination et l'initiative. La créativité des acteurs est en quelque sorte détournée par les calculs à courte vue.

Le futur (le « après, il y a quoi ? », le « où tout ça conduit ? ») subsiste en arrière-plan de la pensée quotidienne de sorte que l'action reste prisonnière du présent (le « ici tout de suite »). La courte vue et le court terme dominant la pensée et limitent la capacité à prendre des initiatives.

De cela découle un troisième défi de grande importance pour la vie en société au Tchad, quelle que soit la sphère, privée ou publique, quelle que soit la situation, le défi du développement dans ce qui est entrepris de la perspective de « l'après » et « du demain ».

En réalité, cela veut dire contribuer à promouvoir un autre rapport au temps. Un défi énorme bien évidemment. Pour agir sur un tel défi, il faut approfondir la compréhension du rapport au temps immédiat. Pourquoi, aujourd'hui, au Tchad, en règle générale, c'est le « ici et tout de suite » qui prend systématiquement le dessus ? En même temps qu'on pose cette question, il faut également rechercher et comprendre les situations où, au contraire, c'est le « après » ou le « demain » qui l'emporte.

Ces questions montrent que, plus encore que pour les autres mécanismes, de la réflexion et des recherches complémentaires sont nécessaires pour identifier à quel niveau, dans quel cadre, sur quels aspects il conviendrait d'agir, et de quelle manière. Pas des recherches académiques, mais certainement des recherches ancrées là où on agit, dans le sillage direct de l'action menée.

### ***Mécanisme M4 : Le pouvoir est conçu et vécu comme un attribut pour exercer sa domination sur les autres ou pour soutirer des privilèges, et non pas comme une fonction sociale nécessaire à la « bonne vie » en société***

La manière de comprendre et de vivre le pouvoir – et au pouvoir – est déterminante. En règle générale, le pouvoir au Tchad, tant dans la vie privée que publique, est compris comme un privilège ou comme une source de privilèges. Ainsi, la fonction de chef est régulièrement vue comme une position de force et non pas comme un travail à faire au service d'un groupe ou d'une communauté qui se serait donné un objectif et qui, pour l'atteindre, aurait désigné des responsables et des chefs.

Le pouvoir est souvent vu comme une finalité (prendre le pouvoir) source de privilèges ou d'honneurs. Il n'est pas compris comme une responsabilité qu'un groupe ou une collectivité a attribué à un de ses membres au vu de ses compétences pour diriger. Il en va autrement dans la vie ordinaire : le chef a toujours raison, son pouvoir et ses ordres ne se discutent pas.

Classiquement, les proches du chef se voient eux aussi comme des chefs, comme si eux-mêmes étaient devenus chefs en même temps que leur parent le devenait.

En outre, ce que le chef décide est assimilé à la loi qui ne souffrirait pas d'objection. En revanche, le chef est souvent perçu comme une personne qui se situe au-dessus des règles et des lois. L'arbitraire règne alors en maître. De là découle un défi important, le défi du chef qui se perçoit et qui se met au service d'une fonction pour laquelle il a été explicitement et précisément mandaté par un collectif.

En pratique, quand le chef se sent mandaté et qu'il sent le poids de ses subordonnés dans ce qu'il décide, cela implique que les décisions qu'il prend – leur conception, débat, formulation, mise en œuvre, contrôle, évaluation et évolution – soient l'expression et le résultat du travail du collectif au service duquel il se met.

### **9.2. Quatre mécanismes ... ou d'autres**

Les quatre mécanismes mis en lumière ci-dessus paraissent aujourd'hui être au centre de la vie sociale et contribuent considérablement, directement ou indirectement, à la fabrication de nombreux problèmes qui nécessitent la mise en œuvre de projets et programmes de développement. Ce ne sont pas les seuls mécanismes. Chemin faisant, d'autres mécanismes, peut-être encore plus fondamentaux, plus profondément enfouis, peuvent être mis en lumière. C'est pourquoi une activité de réflexion ou de recherche devra être menée conjointement et en lien direct avec les activités qu'un programme ou projet mènerait. Ici nous parlons de « recherches actions participatives » pour clairement souligner que ce sont les personnes concernées par les situations vécues qui devront mettre en lumière et déchiffrer de tels mécanismes, à la lumière des situations concrètes vécues quotidiennement. Ce ne sont pas des « experts » ou des « savants » qui pourraient prétendre comprendre à leur place l'origine et les effets de ce qu'ils vivent.

Pour lancer une telle investigation, l'approche est simple. Un obstacle ou un problème se présente. On s'efforce de le solutionner. En même temps, on se pose une autre question : comment, chez nous, « on fabrique » ce genre de problème ? D'où il vient ? Qu'est-ce ce qui le « machine » ? Autrement dit, quel mécanisme « tourne » derrière ce problème ? De fil en aiguille, un mécanisme pourra être dévoilé, un des quatre illustrés ci-dessus ou un autre, peu importe.

### **9.3. Faire « coup double » : soigner les corps et en même temps soigner la société**

*A priori*, les questions et défis de la CE logent au cœur de préoccupations de santé. Et c'est important de prendre au sérieux les défis parfois très techniques, organisationnels ou professionnels, que son développement au Tchad peut soulever. En parlant de mécanismes comme nous venons de le faire, nous nous demandons comment, tout en faisant le mieux possible son travail dans le secteur de la santé, ici la CE, on peut contribuer *aussi*, par la même occasion, même modestement, à « agir » sur l'un ou l'autre mécanismes fondamentaux, avec ceux et celles qui les incarnent, dans les situations où ils émergent. C'est ce que nous avons appelé « faire coup double ».

Faire coup double signifie ainsi qu'en faisant la même chose (ici la CE), on poursuit deux objectifs en même temps. En matière de développement, faire coup double signifie que toute activité de développement qui poursuit un objectif de mieux-être ou de progrès dans un domaine précis et concret (par exemple ici le développement d'une CE de qualité dans les hôpitaux de district) doit poursuivre *aussi, en plus*, un objectif qui cible les racines à l'origine du mal-être ou du dysfonctionnement qui justifie les efforts de développement. Le premier coup désigne les efforts pour régler un problème (ici améliorer la pratique de la CE dans les hôpitaux de district), le second coup indique les efforts dirigés contre la « maladie sociétale » (le mécanisme) à l'origine du problème ou du dysfonctionnement. Concrètement, dans un projet de développement de la CE, lorsqu'on sera en activité par exemple sur des questions de santé qu'elle soit strictement médicale ou professionnelle (premier coup), on s'attachera aussi, tout en faisant efficacement son travail de santé, à s'attaquer à l'une ou plusieurs maladies sociétales (deuxième coup).

## Annexe 10 : Vue d'ensemble des travaux de l'atelier du 14 mars

Le samedi 14 mars, un atelier de synthèse a été animé dans les locaux du CEFOD à Ndjamena. L'atelier a été organisé autour de deux grands moments : (i) la restitution des principaux résultats de l'étude préalable (de 8h45 à 9h45) suivi d'un moment de discussion en plénière (de 9h45 à 11h15) et (ii) des travaux de groupe autour de quatre questions d'importance avec restitution en plénière.

Ci dessous, nous livrons une synthèse des principaux contenus de l'atelier à titre documentaire<sup>91</sup>.

S'agissant de la synthèse présentée par l'équipe de consultants, le lecteur pourra se reporter au résumé exécutif en tête du rapport qui en reprend l'essentiel. Les **discussions en plénière** qui ont suivi la présentation powerpoint ont mis particulièrement en évidence les points suivants susceptibles d'être approfondis ultérieurement lors de l'élaboration d'un éventuel projet ou programme soutenu par LCDE :

- La **fidélisation des agents de santé**, notamment les médecins, en poste dans les HD. Ceux qui ont bénéficié d'une formation ne rejoignent pas forcément leur hôpital d'affectation, ou alors ils n'y durent pas, pour des raisons diverses, et notamment le fait que les rémunérations ne sont pas à la hauteur des difficultés que représente une installation de longue durée loin de Ndjamena. Se pose ici la problématique de la stabilité des engagements et le défi que représente le fait que les médecins formés ne sont pas forcément affectés à des structures ou des postes où ils mettront à l'épreuve et à l'œuvre leurs nouvelles compétences. Beaucoup se retrouvent attachés à des fonctions administratives ou dans des projets sans lien véritable avec les formations spécialisées qu'ils ont reçues ;
- Dans la ligne de cette première thématique, les participants se sont demandés comment répartir les ressources humaines – les compétences et les talents – équitablement dans les provinces ? la question de la **décentralisation des recrutements** a été soulevée : actuellement, c'est le niveau central qui décide quel médecin est affecté dans quel hôpital. Les participants se sont demandés si le recrutement ne devrait pas se faire au niveau de la province (même si les salaires sont payés par le niveau central) ;
- **L'affectation** des médecins loin de Ndjamena, c'est-à-dire l'affectation des agents de santé formés pour pratiquer la CE, soulève des questions délicates. Par exemple, comme cela a été cité, à quelle école (de qualité) le médecin confiera-t-il l'éducation de ses enfants ? (sachant qu'en dehors des grandes villes, la qualité de la formation scolaire est régulièrement médiocre) ;
- Il a été souligné que l'Etat doit prendre rapidement sa place dans les initiatives qui seraient lancées, les autorités nationales doivent **se réapproprier les dynamiques** qui seraient impulsées au départ de l'extérieur (par exemple par LCDE). L'enjeu ici est la durabilité des initiatives ;
- Un participant a aussi longuement souligné la nécessité de prendre en compte toutes les fonctions nécessaires au bon déroulement d'une intervention chirurgicale, et notamment **l'anesthésie**. Un programme d'appui au développement de la CE doit **embrasser tous les métiers** ;
- Comment « **motiver** » les agents et médecins qui ont été formés ? Les motiver pour qu'ils développent leurs compétences mais aussi pour qu'ils s'engagent dans les districts, même les plus reculés ;
- Une discussion a été consacrée au fait que la prise en charge des pathologies en urgence dépend beaucoup des **transports**. La qualité de l'intervention chirurgicale, son issue et parfois sa faisabilité, dépendent beaucoup de l'état dans lequel les patientes ou patients arrivent à l'hôpital : « *Parfois, c'est le transport qui tue le patient* ».

---

91- L'enregistrement audio intégral a été transmis par ailleurs à l'équipe de LCDE et au F3E. A titre tout à fait indicatif.

Après une courte pause, le travail s'est poursuivi dans deux groupes<sup>92</sup>. **Quatre questions de réflexion** étaient à l'ordre du jour. Le groupe n°1 a traité les deux questions suivantes :

- Quelles sont les actes de CE à prendre en considération au Tchad ? (liste d'interventions CE de référence) ?
- Quelles stratégies / modalités pour la mise œuvre si un programme CE est lancé au Tchad ?

Le groupe n°2 a travaillé deux autres questions :

- Comment et où ancrer un tel projet ? (comment relever le défi du portage du développement de la CE au Tchad) ?
- Quelle stratégie pour financer la CE (toute la chaîne opératoire) ?

### **Travaux du groupe n°1**

Parmi les **modalités** à prendre en compte tout spécialement, les membres de ce groupe ont souligné d'emblée l'importance du transport, la disponibilité d'une ambulance et, de manière générale, le fait que la qualité du transport peut influencer l'issue de l'intervention. D'autres modalités ont été discutées et priorisées : (i) la bonne communication entre les centres de zone et l'HD mais aussi au sein de l'hôpital, (ii) la qualité de la préparation des patients avant l'acte chirurgical (réhydratation, sondes, transfusion sanguine, kit GS-RH, etc.). Une autre modalité a fait l'objet d'une discussion, à savoir la position du Ministère de la santé qui, selon le groupe, devrait prendre le leadership et notamment en ce qui concerne les aspects suivants : recrutement des candidats, plan de formation, mobilisation des ressources financières, équipements de sites de formation, financement du matériel didactique. La formation par compagnonage (mentorship, pairs à pairs) a été proposée comme une piste prometteuse à explorer.

La **liste des actes** qui ont été retenus par les participants du groupe pour la CE est la suivante répartie en quatre grandes catégories :

- **Chirurgie de base** : les abcès de toutes localisations, la laparotomie pour peritonites, l'appendicite, les hernies étranglées, la torsion de testicule
- **Urologie** : drainage urinaire (sondage, cystostomie). hydrocèle,
- **Gynéco-Obstétrique** : accouchement dystocique, césariennes, réparation des lésions périnéales et cervico vaginale post-obstétricales récentes, l'hystérectomie d'hémostase, la grossesse extra-utérine ; à discuter myomectomie et kystectomie
- **Traumatologie** : les principes de prise en charge d'un polytraumatisé plaies de toutes localisations, les brûlures, les traumatismes des membres, notamment techniques de réduction et d'immobilisation, les fractures ouvertes, , les traumatismes de l'abdomen, les traumatismes du thorax (drain pleural)

### **Travaux du groupe n°2**

S'agissant de **l'ancrage** d'un éventuel projet, le Ministère de la Santé Publique a été désigné comme principale instance avec le Ministère de l'enseignement supérieur, avec pour référence principale le plan de développement des ressources humaines 2020 2030. Le groupe a ensuite établi la liste de démarches qu'il conviendrait de suivre : (i) signature d'une convention entre parties prenantes, (ii) rédaction d'une note conceptuelle, (iii) production d'un document de projet, (iv) mise en œuvre de la convention, (v) réalisation des actes administratifs, (vi) identification de la division ou de la direction en charge de la réalisation du projet, (vii) intervention de la coordination des jeunes médecins.

S'agissant du **financement**, les éléments suivants ont été portés à la discussion : (i) subvention par l'Etat (notamment pour ce qui regarde les infrastructures et le personnel), (ii) la contribution des ménages doit être envisagée, (iii) de même que l'apport des partenaires techniques et financiers. Les membres de ce groupe ont insisté pour qu'il y ait une ligne budgétaire au niveau de l'Etat en même temps qu'un plan de communication pour faire connaître la CE et ses modalités de financement.

---

92- La composition des deux groupes a été laissée à l'initiative des participants.

## Annexe 11 : Participants à l'atelier de « synthèse réflexion » du 14 mars à Ndjamena

N°	Noms et prénoms	Fonction/Structure	Téléphone
01	Ahmat Ngaré Djonab	Hôpital Amitié Tchad Chine	66120043
02	Dr Abdoul Goundi	Responsable formation des médecins /MSP	66276709
03	Dr Mahamat Nour Abdelhakim	Hôpital Amitié Tchad Chine	66252224
04	Dr AllohHoumaizou Maina	MCD District Est de N'Djamena	65061204
05	Ali Hassaballah MANOUFI	Sous-directeur des formations sanitaires/MSP	66732400
06	Zouzabe Pandoré Aloukoum	Sous-directeur de la formation/MSP	65751818
07	Dr Hadje Fatimé	Représentante LCDE/HME	66328525
08	Ali Adoum Angomallah	Direction des ressources humaines/MSP	62584427
09	Dr Mouassede Madengar	Chirurgien/CHU Walia	66274873
10	Dr Siniki Fandebnet	Orthopédiste/Hôpital de Renaissance	68942323
11	Pr Choua OUCHEMI	Chirurgien/ HGRN	66248220
12	Pr Ali Mahamat MOUSSA	Faculté de Science de Santé Humaine	66277532
13	Pr Kaboro	Anesthésiste/Faculté de Science de Santé Humaine	
14	Dr Batakao GREGOIRE	Conseiller du Doyen/Faculté de Science de Santé Humaine	66522272
15	Dr Adjougoulta Bonté	Anesthésiste/ HGRN	66336767
16	Ahmat Moustapha	Directeur des Ressources Humaines/MSP	66224838
17	Deguem KASSIRE	Représentant du Directeur de coopération et de Partenariat/MSP	62445800
18	Dr Moussa Moussa Brahim	DOSS-MF/MSP	66271028
19	Moussa Idriss Adoum	Hôpital de Guinebor	66304700
20	Dr Lorenza Sensabastiano	Gynécologue/BASE	66266141
21	Dr Ahmat Malick	Médecin Santé Publique/ BASE	62383987
22	Dr Cherif TOGBANAN	Médecin Santé Publique/BASE	63095337
23	Philippe De leener	Consultant International pour l'étude	

## **Annexe 12 : Bref survol de l'expérience de BASE en matière de renforcement du système de santé au Tchad**

BASE appuie le système de santé tchadien depuis qu'il a été créé dans les années 1990. Il a mis en œuvre des projets d'appui aux districts sanitaires dans tout le territoire tchadien.

Ces dernières années, grâce à ses divers bailleurs (AFD, UE, DDC/Suisse, UNHCR, UNICEF, PAM, UNFPA, FM) et partenaires stratégiques (Centre International de Développement et de Recherche, Women's Hope International, Institut de Recherche et Développement et Inter monde de Belgique) BASE a contribué au développement du système de santé tchadien surtout par la mise en place des stratégies novatrices.

Les activités développées essentiellement ces 20 dernières années sont liées à la santé maternelle et infantile, la nutrition, le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, l'autonomisation des femmes par l'accès aux soins et l'appui aux systèmes de santé avec un mode opératoire basé sur l'approche communautaire.

BASE détient un capital humain important (médecins santé publique, économiste en santé, nutritionniste, gynécologues, expert communautaire, sages-femmes, sociologue, épidémiologiste, expert en VIH/TB....) et dispose d'un réseau d'associations locales implantées dans une grande partie du territoire tchadien.

Ces 5 dernières années BASE a conduit plusieurs études et recherches dont :

- Une enquête initiale sur la satisfaction des bénéficiaires et des prestataires des services de soins dans le Logone occidental en 2017 ;
- Une étude sur l'impact de l'utilisation de l'eau et la survenue des maladies diarrhéiques dans les provinces du Lac et de Hadjar Lamis en 2018 ;
- Une étude qualitative sur la résilience du système de santé dans le Logone Occidental et le Mandoul en 2019 ;
- Une enquête finale sur la satisfaction des bénéficiaires et des prestataires des services de soins dans le Logone occidental en 2019.

La stratégie du BASE est de valoriser son savoir-faire dans le secteur de la santé en s'investissant dans des projets de santé (premier coup). Mais, tout en faisant le mieux possible son travail dans le secteur de la santé, il s'attache aussi, en même temps, à porter du changement au niveau de la société tchadienne (second coup).

- Mettre la priorité sur le renforcement des acteurs communautaires et sur l'action à hauteur des communautés. Mettre la priorité sur le système de soins intégré inspiré de Alma Ata (1978)19 ;
- Contribuer à consolider le contrôle de la gestion des finances et moyens affectés à la santé par des usagers (contrôle citoyen), au moins à l'échelle locale, par exemple celle des centres de santé (via les COGES, via les COSAN) ;
- Développer la participation des usagers, pas seulement dans le domaine de la gestion et de l'administration des centres de santé sensu stricto, mais également dans la réflexion sur les stratégies pour consolider la santé des populations locales. Cela revient à associer les populations bénéficiaires des soins à l'analyse et surtout l'amélioration des stratégies locales de santé publique ;
- Soutenir le développement de dynamiques mutualistes comme alternative aux assurances maladies individuelles de type privée (étant donné que les mutuelles, à travers les mécanismes de contractualisation, offrent concrètement aux usagers un moyen d'action et de pression pour contrôler et améliorer la qualité des prestations de soins de santé).

## Inter-Mondes Belgique

### Siège

1, Place des Doyens  
S/C Institut d'Etudes de Développement  
Bureau A 330, 3<sup>ème</sup> 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](mailto:contact@inter-mondes.org) - [www.inter-mondes.org](http://www.inter-mondes.org)

N° enregistrement / TVA : BE0 473.920.719

Compte Belfius: BE38 7775 9577 3672 BIC/SWFT : GKCCBEBB

