



HEALTH RESEARCH FOR ACTION

Bilan Prospectif Santé au Tchad

DDC

Rapport final

10/01/2011

Bilan Prospectif Santé au Tchad

DDC

10/01/2011

Lamoudi Yonli
Bana Baindioule
Dabsou Guidaoussou
Jean-Marie Tromme

Table de Matières

Partie I : Autoévaluation des 7 programmes de développement régionaux (ex-PDR).....	9
Note de présentation.....	9
Autoévaluation du PDR Biltine (PDR Wadi-Fira)	12
Autoévaluation du PDR Ennedi (APIDEL)	22
Autoévaluation du PDR Kanem (AIDER/BEG)	32
Autoévaluation du PDR Batha (ADRB)	42
Autoévaluation du PDR Moyen Chari	51
Autoévaluation du PDR Mandoul Pendé (APRODID)	59
Autoévaluation du PDR Bassin du Logone (MODEL).....	68
Partie II : Evaluation externe du Bureau d'Appui Santé Environnement (Base) (Phase V).....	76
Résumé exécutif.....	76
La pertinence et la durabilité des approches choisies : analyse.....	78
Efficience des activités : analyse	79
Niveau d'atteinte des résultats choisis attendus : analyse de l'efficacité	83
Gestion	84
Modalités de mise en œuvre du partenariat DDC/BASE : analyse	85
Le niveau d'alignement du programme.....	85
Les synergies développées.....	86
Leçons apprises : points forts / expériences concluantes	86
Recommandations pour le futur.....	87
Contribution du Base à l'analyse prospective.....	88
Conclusions	89
Partie III : Les projets thématiques récents	89
Programme de Promotion d'un réseau de mutuelles de santé dans les régions du Logone oriental, du Mayo-Kebi est et ouest, du Mandoul et du Moyen Chari	89
Projet de prévention des grossesses à risques (mis en œuvre par l'organisation Médecins du Monde dans la région du Kanem).....	91
Partie IV : Le Bilan Prospectif	93
Résumé exécutif.....	93
A. Les principes d'action de la DDC, commentaires	95
B. Les « Leçons apprises » ; l'évolution de la Coopération Internationale	96
C. Le contexte, la situation du Tchad : quelques constats	99
D. Les interventions programmées des partenaires à la coopération en santé	100
E. Pistes (scénarios).....	101
I. Renforcement institutionnel par l'intermédiaire d'un travail technique (avec termes de référence, calendrier, résultats), articulé avec les interventions des partenaires à la coopération,	

qui tiendrait compte des interventions antérieures et des leçons apprises et s'alimentant des axes de travail de proximité.....	101
II. Les actions au niveau local dans la continuité des lignes d'interventions actuelles, réalisées par l'intermédiaire d'ONG internationales et/ou nationales	107
F. Cadres d'intervention et mise en œuvre	110
G. Conclusions.....	112
H. Recommandations.....	112
ANNEXES	1
Annexes Partie 1 : Autoévaluations des ex-PDR	1
Annexe 1: Aide Mémoire pour l'Autoévaluation des Programmes de Santé des ex-PDR Tchad ...	1
Annexe 2: Liste des documents consultés	5
Annexes Partie II : Evaluation externe du Base	7
Annexe 3: Evolution du budget de la santé et des dépenses	7
Annexe 4: Tableau récapitulatif des formations réalisées.....	8
Annexe 5: Présentation PowerPoint à la Restitution de l'Evaluation Externe du Base à Biltine..	11
Annexes Partie IV : Le Bilan Prospectif	15
Annexe 6: Déclaration de Paris, schéma interprétatif.....	15
Annexe 7: Evolution schématique de la Coopération Internationale en Santé (interprétation libre, JM Tromme).....	16
Annexe 8: Organigramme du Ministère de Santé Publique	17
Annexe 9: Evolution du Budget du Ministère de Santé Publique entre 2005 et 2010	18
Annexe 10: Situation et répartition des Ressources Humaines en Santé, Tchad, 2010	19
Annexe 11: Evolution de certains indicateurs au Tchad	21
Annexes Générales	23
Annexe 12: Termes de Référence	23
Annexe 13: Calendrier.....	37
Annexe 14: Liste des personnes rencontrées	38
Annexe 15: Discours du Directeur Résident, Monsieur Jean-Robert Moret	41
Annexe 16: Présentation PowerPoint de la restitution finale du Bilan Prospectif Santé à N'Djamena	44
Annexe 17: Liste des Participants à la Restitution à N'Djamena	56
Annexe 18: Présentation PowerPoint de la restitution finale du Bilan Prospectif Santé à Berne	59
Annexe 19: Les déterminants de la santé	69

Présentation et Remerciements

L'équipe en charge de l'ensemble du processus d'autoévaluation, d'évaluation, d'analyse et de formulation du « Bilan Prospectif », voudrait ici exprimer sa gratitude et ses remerciements à toutes les personnes rencontrées qui, gracieusement, ont offerts leurs services et leur temps afin de rendre possible le bon déroulement de cet exercice complexe et important.

Nos remerciements vont tout d'abord à l'équipe du BuCo et à leur directeur, monsieur Jean-Robert Moret, ainsi qu'au chargé de programme santé, le docteur Abderahim Abdelmadjid, pour l'intérêt constant porté au bon déroulement de la mission et le support logistique inlassable fourni. A ce propos, nous voudrions également remercier le staff des chauffeurs de ce BuCo qui nous ont pilotés en toute sécurité et sans lesquels, le long périple parcouru n'eut pas été possible.

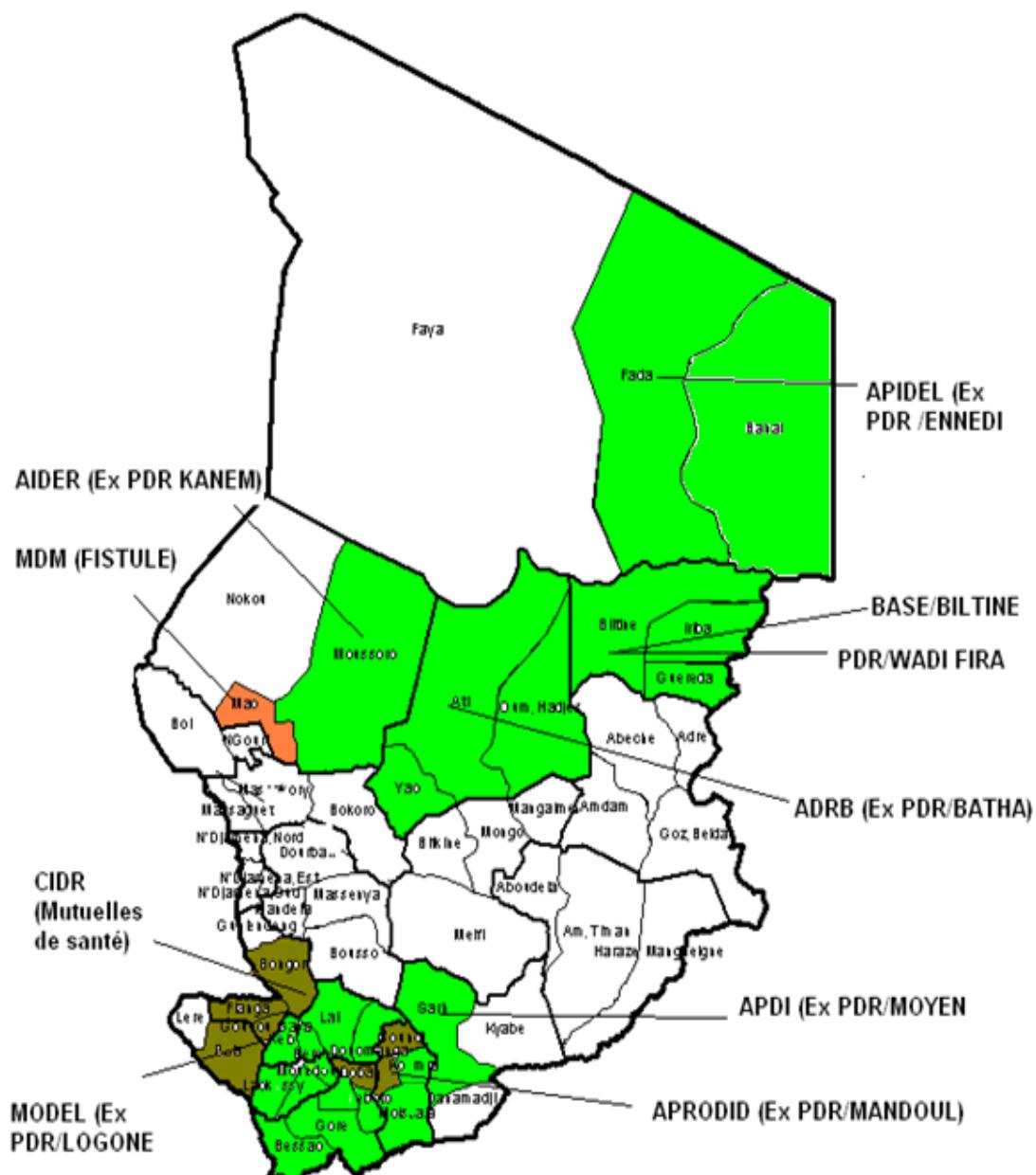
Nos remerciements vont ensuite à tous les partenaires des ONG aujourd'hui autonomes, et au personnel du BASE. Nous remercions les responsables locaux des deux nouveaux projets en cours (Médecins du Monde et CIDR) pour leur disponibilité. Enfin nous remercions les partenaires internationaux de la coopération en santé, présents à N'Djamena, pour les franches et productives discussions dont ils nous ont gratifiés.

Pour l'équipe du Bilan Prospectif

Docteur Jean-Marie Tromme

Belgique, octobre 2010

Localisation des interventions de la DDC au Tchad



Liste des abréviations et acronymes

ACD	association cantonale de développement
ACF	Action contre la faim
ADRB	Association pour le Développement Régional du Batha
AFD	Agence française de développement
AG	Assemblée Générale
AIDER	Association d'Appui aux Initiatives de Développement Rural
APIDEL	Association pour la Promotion des Initiatives de Développement Local
APRODID	Association pour la promotion du développement intégré et durable
ASV	Agents de Santé Villageois
AT	Accoucheuse traditionnelle
BASE	Bureau d'Appui Santé Environnement
BEF	Bien-Être Familial
BET	Borkou – Ennedi – Tibesti
BM	Banque Mondiale
BUKO	Bureau de Coopération
C.A.P.	Connaissance, Attitude, Pratique
CCCD	cadres de concertation cantonale de développement
CIDR	Centre International de Recherche et de Développement
COGES	Comité de Gestion
COSAN	Comité de Santé
CPF	Centre Polyvalent de Formation
CPN	Consultation prénatale
CS	Centre de Santé
CT	Conseiller technique
CTS	Cadres techniques de santé

DDC	Direction du Développement et de la Coopération (coopération suisse)
DOTS	Directly Observed Therapy, Short-course
DRH	Direction des ressources humaines
DS	District de Santé
DSIS	Direction du Système d'Information Sanitaire
DSR	Direction Sanitaire Régionale
ECD	Equipe Cadre de District
ENAS	Ecole nationale des agents sanitaires
FFOM	Forces Faiblesses Atouts Menaces
FIDA	Fonds international de développement agricole
FO	Fistule obstétricale
HD	Hôpital de District
IDE	infirmier diplômé d'état
IEC	Information, Education, Communication
IOV	Indicateurs objectivement vérifiables
ITRAD	Institut Tchadien de Recherche Agronomique pour le Développement
ITS	Institut Tropical Suisse
MAS	Malnutrition aigue sévère
MCD	Médecin chef de district
MdM	Médecins du Monde
MODEL	Ex-PDR, Bassin du Logone
MSP	Ministère de Santé Publique
OMS	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisations Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PAM	Programme alimentaire mondiale
PBF	Performance Based Approach (approche basée sur la performance)

PDR	Programme de Développement Régional
PDR/BL	Programme de Développement Régional / Bassin du Logone
PDR/E	Programme de Développement Régional / Ennedi
PDR/K	Programme de Développement Régional / Kanem
PDR/MC	Programme de Développement Régional/Moyen Chari
PDR/WF	Programme de Développement Régional / Wadi-Fira
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNS	Politique Nationale en santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
POA	Plans Opérationnels Annuels
PROADEL	Projet d'Appui au Développement Local
PVVIH	Personnes Vivants avec le VIH
RCS	Responsable du Centre de Santé
RH	Ressources humaines
RHS	Ressources humaines pour la santé
RMA	Rapport mensuel d'activités
SFDE	Sage-femme diplômée d'état
SIS	Système d'Information Sanitaire
SMART	Significatif, mesurable, atteignable, responsable de l'indicateur temporellement défini
SSEI	service de surveillance épidémiologique intégrée
TdR	Termes de Référence
TP	Tradipraticien
UE	Union Européenne
VIH/SIDA	virus de l'immunodéficience humaine / syndrome d'immunodéficience acquise

Partie I : Autoévaluation des 7 programmes de développement régionaux (ex-PDR)

Note de présentation

En 1999, la coopération suisse a mis en place sept (07) projets dénommés Programmes de Développement Régionaux (PDR) et les équipes nécessaires. Dans ces PDR la santé, d'abord intégrée aux domaines de l'éducation et de l'économie rurale, a été érigée en domaine spécifique en 2003. Les PDR ont acquis leur autonomie en 2010 et sont devenues des ONG de droit tchadien, reconnues d'utilité publique.

Une autoévaluation de ces nouvelles ONG a été conduite dans le domaine de la santé dans le cadre de la définition de nouvelles orientations pour les futures activités de la DDC dans le domaine de la santé publique et communautaire au Tchad. La méthodologie de travail pour cette autoévaluation a associé :

- une revue documentaire ;
- l'autoévaluation par les membres des équipes des ex PDR sur la base d'un aide mémoire élaboré par les consultants ;
- des entretiens individuels et de groupes avec des bénéficiaires (membres de COSAN/COGES, accoucheuses traditionnelles, tradipraticiens, responsables sanitaires au niveau délégation, district, centre de santé, autorités administratives) ont été menés par les consultants.

Pour chaque PDR, un rapport a été établi par les consultants et validé avec l'équipe du PDR.

Les limites de ce travail sont :

- certaines équipes (4/7) sont encore en restructuration;
- processus d'autonomisation en cours;
- les chargés du domaine étaient soit absents ou bien démissionnaires dans la majorité des PDR;
- des activités ont été programmées à N'Djaména par le BuCo d'où l'absence de certains chargés de coordination;
- les limites liées au processus d'autoévaluation;
- les équipes n'étaient pas bien informées sur le processus car n'ayant pas reçu ou n'ayant pas lu les TdR du BuCo;
- le temps imparti à l'autoévaluation était particulièrement court: 03 jours contre 3 semaines pour les autoévaluations réalisées en 2006.

L'objectif général en santé des sept programmes consiste à améliorer l'environnement sanitaire et optimiser la couverture sanitaire des communautés concernées en augmentant l'offre de prestations préventives et curatives de bonne qualité, par la mobilisation des connaissances locales confirmées et des structures publiques et communautaires de santé cogérées et cofinancées par les utilisatrices et utilisateurs.

Les interventions en santé des ex-PDR sont pertinentes et en adéquation avec la politique nationale de santé et le plan national de développement sanitaire dans leurs volets relatifs à la réduction de la mortalité maternelle, à la promotion de la santé et au développement de la collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle. Bien qu'il y ait une participation des bénéficiaires et un partenariat avec les services de santé, la durabilité est encore à construire du fait de la faible fonctionnalité des services de l'Etat pour prendre la relève; de même sans diversification de leurs financements, les nouvelles ONG ne peuvent pas poursuivre les actions.

Il apparaît clairement une rationalisation des ressources existantes et une réalisation des activités à moindre coût (le coût moyen de formation d'une AT, disparate selon les PDR varie entre 48.125 et

90.000 FCFA et est nettement inférieur à ce qui est pratiqué par d'autres intervenants). Pour optimiser cette efficience, il est recommandé l'intégration des activités.

En termes d'efficacité, le niveau global d'exécution des activités est de 73%. 686 accoucheuses traditionnelles (AT) ont été formées. Certaines sont fortement utilisées, réalisant plus de 10 accouchements par mois. Le travail en direction des tradipraticiens (TP) a permis d'améliorer leurs pratiques de collecte, de séchage et de conservation des produits et aussi d'initier un début de collaboration avec les services de santé. Un réseau de TP (avec 95 adhérents) a été mis en place au Mandoul et deux groupements dans le Moyen Chari. Les activités d'IEC menées avec souvent une implication des leaders d'opinion, entraînent l'adoption de comportements favorables à un bon état de santé (utilisation des services, meilleures pratiques de conservation des eaux de boisson à domicile, hygiène collective et individuelle...) au sein des communautés. Il y a une lente prise de conscience sur la problématique du VIH, ce qui se traduit par l'engagement des communautés partenaires à faire le dépistage volontaire de l'infection à VIH et des témoignages à visage découvert. Surtout, les communautés sont de plus en plus responsabilisées dans la cogestion des formations sanitaires à travers les comités de santé et de gestion, lesquels constituent aussi des relais pour la promotion de la santé. Il y a aussi participation aux activités préventives notamment la vaccination des enfants et des femmes en âge de procréer.

Les principales insuffisances sont relatives au manque de mécanisme de suivi des relais communautaires et des AT (cela n'a pas permis par exemple de comptabiliser la proportion des accouchements effectués par les AT ou les références effectuées pour les accouchements compliqués), l'insuffisance de coordination au niveau régional (source de duplication des actions), l'absence d'indicateurs clairement formulés pour le suivi des résultats, la faiblesse du suivi des relais communautaires.

Bilan des réalisations des ex PDR

PDR Items	Barh El Gazal		Bassin Logone		Batha		Ennedi		Mandoul Pendé		Moyen Chari		Wadi Fira		TOTAL
	PIII	PIV	PIII	PIV	PIII	PIV	PIII	PIV	PIII	PIV	PIII	PIV	PIII	PIV	
Taux exécution		77%		44%		60%		75%		100%		64%		90%	73%
Formation AT		58	20	90	60	50	6	41	10	85	22	149	35	60	686
Suivi AT				15		74									89
Identification des TP				44		17	7			200		70	14	26	378
Formation des Pairs éducateurs												7			7
Formation ASV/secouristes			7												37
Association VIH			12												12
Formation COSAN/COGES					64		16					22		19	121
Construction CS								2	1						3

Notes: PIII: phase (2003-2006) III. PIV: phase IV (2004-2010)

Ces ONG sont donc des ONG nationales intervenant dans plusieurs secteurs sociaux (ce qui, pour les populations concernées est tout à fait bénéfique) et supportées par la DDC. Pour le secteur santé et dans le cadre spécifique tchadien, les priorités d'intervention possibles s'établissent comme suit :

- A. Développement des **déterminants de la santé** (voir Annexe Générale 19) par l'intermédiaire d'activités **IEC** (Information, Education et Communication) afin de promouvoir un développement durable. Ce type d'activités ne réclame pas des ressources très importantes mais plutôt un personnel convaincu, préparé et mobilisé. Ces activités conditionnent également l'avenir et la pérennité de l'ensemble des interventions des ONG..
- B. **Formation, dotation et suivi des A.T.** (Accoucheuses Traditionnelles). Dans le cadre tchadien, ces A.T. constituent la colonne vertébrale de toute intervention pour la réduction du ratio de morbi-mortalité maternelle. Le suivi adéquat de ces A.T. ne peut se réaliser que par un développement concomitant des structures de santé de base.
- C. Les ONG devraient poursuivre et étendre leur effort pour la formation en gestion des centres de santé périphériques selon le mécanisme, adapté au cadre tchadien et développé par le « BASE » de « **l' Initiative de Bamako** ». (voir plus loin : Evaluation externe du Base))

Autoévaluation du PDR Biltine (PDR Wadi-Fira)

Résumé exécutif

Aussi longtemps que les services publics n'auront pas pris le relais, la présence d'une ONG telle que le PDR-WF sera importante pour la population afin de l'aider à se maintenir en bonne santé et à se rapprocher et utiliser les Services de la Santé. De plus, si on tient compte des déterminants principaux de la santé individuelle et collective que sont l'environnement et les comportements, cette ONG paraît à même d'intervenir efficacement dans le contexte de Biltine.

Les ONG (ex PDR) ont acquis cette année leur autonomie. Il n'existe pas d'autonomie sans autonomie financière ce qui implique que pendant un certain temps encore, elles seront dépendantes de leurs accords potentiels avec des agences/organisations financières. Si l'ONG veut conserver la même qualité de services tout en travaillant dans le même esprit, le PDR-WF devra tendre à générer des ressources propres, ce qui n'est pas facile dans ce pays marqué par la pauvreté. Mais des créneaux existent à côté et en plus des formations offertes à des personnes (leaders, accoucheuses traditionnelles, tradipraticiens) et à des communautés qui pourraient renforcer cette autonomie. Nous pensons à des services nécessaires et non couverts jusqu'à présent comme la maintenance hospitalière (matériel ambulant, matériel médical, informatique), la promotion de nouvelles technologies (appropriées).

Quelques facteurs viennent limiter la portée de cette autoévaluation. Il s'agit de l'absence des bénéficiaires et des organisations qui les représentent au cours de cette autoévaluation, de la rédaction du rapport qui finalement fut à la charge des consultants, du peu de temps disponible à l'équipe afin de vérifier sur place quelques affirmations de l'équipe locale de PDR/WF et la nécessité de la part de l'équipe des consultants de produire un aide-mémoire orientatif afin de faciliter la mise en œuvre de cette autoévaluation et de respecter les délais. Ceci dit les débats furent à chaque fois engagés, intéressants et, nous l'espérons, souvent productifs.

Introduction

La coopération suisse (DDC) intervient au Tchad depuis 1964 dans divers domaines dont celui de la santé qui fait partie des axes prioritaires. L'appui de la Coopération Suisse, dans la santé, vise à « **améliorer l'environnement et la couverture sanitaires, en augmentant l'offre et la qualité des prestations préventives et curatives, par la mobilisation des connaissances locales et par des structures publiques et communautaires de santé, cogérées et cofinancées par les communautés** ». Dans sa stratégie d'intervention, elle a mis en place des équipes de projets qui ont acquis leur autonomie de gestion en 2010 sous la forme d'organisation non gouvernementale (ONG) reconnue par l'Etat tchadien. Ces ONG, au nombre de sept, mènent des activités dans le domaine de la santé préventive et curative. Dans le cadre de la formulation de nouvelles orientations pour les futures activités de la DDC dans le domaine de la santé publique et communautaire au Tchad, une évaluation sous forme de bilan prospectif des activités menées depuis 2003 assortie d'une analyse prospective a été réalisée comprenant entre autres l'autoévaluation assistée des sept ONG. Cette autoévaluation a été faite avec l'appui des consultants et sur la base d'un aide-mémoire (voir Annexe 1, Aide-mémoire) reprenant et détaillant les différents critères d'évaluation tel que stipulés dans les Termes de Référence. En accord avec ces TdR, le présent rapport présente la synthèse de l'autoévaluation de l'ONG « PDR Wadi Fira ».

I. Objectifs (cf. TdR)

L'objectif général de l'autoévaluation est d'évaluer/apprécier objectivement la mise en œuvre du PDR/WF en vue de faire des recommandations pertinentes pour améliorer le programme.

II. Résultats attendus

Au terme de l'autoévaluation, le résultat global est une évaluation/appréciation objective (forces et faiblesses) de la mise en œuvre du programme de PDR/WF assortie de recommandations pertinentes pour son amélioration.

Les résultats spécifiques sont les suivants :

- Evaluation/appréciation de la mise en œuvre du plan d'action opérationnel (faiblesses, forces, suggestions);
- Appréciation du dispositif managérial mis en place par les parties concernées pour la conduite du programme au regard du profil ;
- Recueil des opinions/points de vue des différents partenaires et équipes du PDR sur le programme;
- Proposition des recommandations pour l'amélioration future du programme;

III. Résultats de l'atelier

Conformément aux mandats décrits dans l'aide-mémoire d'autoévaluation utilisé comme le fil conducteur, les participants se sont répartis en trois groupes de travail et ont répondu aux questions suggérées. Le déroulement des plénières successives aura constitué, en soi, des sessions de « Focus Group ».

1. Pertinence de l'approche santé

Au vu du contexte régional et au regard des faiblesses encore réelles des institutions étatiques constatées dans la région dans les domaines de la sensibilisation et participation communautaire, la présence de l'ONG/WF est nécessaire afin d'atteindre les individus et les organisations communautaires et de modifier leur environnement sanitaire et leur comportement individuel grâce à une insertion et une souplesse d'intervention plus élevée. Afin d'être plus efficaces les interventions en santé de l'ONG devraient cependant s'établir progressivement sur une présence plus permanente et plus technique.

Les services fournis par le PDR sont réalisés avec l'implication des services de santé (suivi, formation) ou en coordination avec ceux-ci; ils s'inscrivent et tiennent compte de la politique nationale en santé et du plan national de développement sanitaire (PNDS) 2009-2012; en effet la « Vision » de l'ONG en matière de santé et les activités développées sont en adéquation avec les 6 orientations stratégiques de la PNS et 8 (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10) des 10 programmes d'action du PNDS 2009-2012.

La planification budgétisée, tant des différentes phases que les Plans Opérationnels Annuels (POA) et les Programmations Semestrielles qui en dérivent, découlent des nécessités et des besoins exprimés par les individus et les communautés organisées. Une révision et un bilan périodiques des résultats et des indicateurs permettent un ajustement aussi pertinent que possible de ces activités.

La nature et la formulation des indicateurs devraient cependant être revues d'une manière critique afin qu'ils puissent pleinement jouer leur rôle d'indicateur. Pour l'instant il s'agit principalement d'appréciations qualitatives qui tôt ou tard devraient se traduire en éléments quantitatifs que l'ONG devrait pouvoir présenter et valoriser si elle veut participer et survivre dans un contexte difficile.

2. Durabilité de l'approche santé

La durabilité en matière de santé ne peut jamais être assurée dans sa totalité, mais devrait toujours être recherchée.

Elle s'analyse en termes de :

- Participation des bénéficiaires, des autorités sanitaires et des communautés : l'ONG est bien insérée dans la société du Wadi Fira et les différents partenaires sont parties prenantes tout au long du processus de planification et de la mise en œuvre. En particulier les services de santé participent aux formations et suivi des accoucheuses, ce qui constitue en même temps une opportunité de transfert de compétences. Il y a non seulement participation mais aussi acceptation de l'approche prônée par le programme. La communauté est responsabilisée pour la motivation des AT.
- La participation plus importante des femmes (quoiqu'encore limitée) dans les processus de prise de décision : de 2 à 6 femmes sur les 12 personnes qui forment généralement un Comité de santé.
- Coordination et complémentarité avec d'autres partenaires de développement local, associations, ONG: implication intersectorielle des autorités des autres secteurs (santé notamment) grâce à la participation aux différentes formations et mise à profit de chaque formation afin de sensibiliser.
- Recherche d'autofinancement du PDR/WF sans altérer la qualité du service rendu ni perdre la vision du PDR dans son ensemble (voir annexe 2, Budgets annuels et ressources propres) : d'autres partenaires ont déjà été approchés et ont même signé des accords (UNICEF) avec le programme pour l'exécution de certaines activités dans le domaine de la santé. Un autre accord pourrait être signé prochainement avec l'Union européenne.
- Intersectorialité : au sein du PDR toutes les activités dans les autres domaines sont mises à profit pour faire passer les messages éducatifs en santé, et cette démultiplication des formations constitue une spécificité remarquable à valoriser. De plus, la polyvalence des membres de l'ONG renforce les synergies entre les différents domaines d'intervention. Le Centre Polyvalent de formation de Doukour joue un rôle très important et dispose d'atouts; il est en effet inséré dans la vie rurale, c'est-à-dire qu'il n'est pas un corps étranger dans l'organisme que constitue la société locale. Il permet en outre de générer des fonds grâce aux prestations et à la vente de services.
- Transparence dans la gestion et rationalisation des ressources : cette transparence est assurée et partagée par les membres de l'ONG avec une redevabilité non seulement vis-à-vis des agences de financement mais aussi à travers les organes de gestion mis en place tels que l'Assemblée Générale et le Comité de Suivi.
- Les COSAN et les COGES, participent aux processus de sensibilisation, animation et formation. Ils interviennent également dans les coûts des infrastructures, achat de matériel et médicaments (des Centres de Santé, CS), quoique leur intervention principale demeure l'entretien et la maintenance.
- Prise de conscience de la communauté et des services périphériques du MSP sur l'importance des Accoucheuses Traditionnelles (AT): Certes, il y a absence d'informations sur l'impact du rôle des AT sur la diminution de la morbi-mortalité maternelle et néo-natale. Dans le débat actuel sur la nécessité/utilité (et son contraire) des AT, il faut tenir compte avant tout du contexte, constitué par l'absence ou par l'éloignement de tout service de santé compétent capable de résoudre un problème d'urgence obstétricale. A l'hôpital de

Biltine, fin 2010, on ne pratique pas la césarienne. Des AT bien formées, encadrées et suivies, demeurent pour l'instant une réponse déterminante –sans doute encore imparfaite et incomplète-, pour tenter de réduire ce ratio toujours scandaleusement élevé de la mortalité maternelle dans la région et dans le pays.

Au vu de ces éléments encourageants, on peut dire que la durabilité peut être assurée sous réserve de la poursuite des actions par le PDR ou la relève par d'autres acteurs et principalement les services de santé dans leur globalité. A cet effet, des réflexions sont menées pour la prise en charge par les COSAN des frais liés au suivi des AT.

3. Efficacité (Voir annexe 2, Tableaux des réalisations)

- a. Le niveau de réalisation physique des activités planifiées pour la phase est globalement satisfaisant (supérieur à 90%) sauf pour l'hygiène/assainissement, la formation des comités de santé et le travail en direction des tradipraticiens. Cependant il reste à voir l'impact réel de ces formations et sensibilisations sur l'utilisation des services de santé (vaccination, accouchements assistés, orientation des accouchements compliqués) et surtout en termes de réduction de la mortalité infantile et maternelle.
- b. La formation des tradipraticiens a été réalisée notamment sur l'établissement d'une collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle. Il semble y avoir un début de collaboration/référence entre les deux médecines, mais cela reste encore du domaine du verbal donc informel de sorte qu'il n'y a pas d'indicateur objectivement vérifiable.
- c. Changement de comportement des bénéficiaires. Les faits suivants sont relevés :
 - l'acceptation du contenu des messages et un début de mise en application par les communautés ;
 - l'utilisation plus importante des moustiquaires imprégnées dans les ménages (mais cela reste à mesurer) ;
 - la diminution des pratiques de l'excision dans la région (difficilement vérifiable) ;
 - la pratique de l'allaitement maternel exclusif par des mères alors que cette pratique était inconnue ou limitée avant son introduction par le programme ;
 - l'instauration de l'habitude de consommation de l'eau propre à travers la protection de l'eau de boisson dans les ménages ;
 - l'application de mesures individuelles et collectives d'hygiène (lavage des mains, hygiène corporelle et vestimentaire, latrinisation...)
 - le meilleur recours aux services de santé se traduisant par une amélioration des couvertures en consultation prénatale, en vaccination des enfants et en accouchement assisté (à vérifier par les indicateurs pour la période).

Les parents des malades ont aussi pris conscience de l'importance de la référence et louent désormais des véhicules ou utilisent des chevaux/chameaux pour l'évacuation des cas graves des familles vers les centres de santé ou l'hôpital de district. Ils assurent eux-mêmes les frais de carburant pour les évacuations par ambulance de l'HD vers l'hôpital régional d'Abéché.

Dans l'ensemble les acteurs rencontrés et les autorités correspondantes sont satisfaits de l'intervention du PDR.

4. Efficience (Voir Tableaux des Budgets Annuels, Annexe 3)

En terme général, sans disposer des données chiffrées permettant de vérifier les affirmations, le travail de proximité et participatif des ONG permet d'atteindre les objectifs fixés,

(sensibilisations et formations communautaires, aspects préventifs de la santé), d'une manière efficiente. De plus, apparaissent des modalités et des principes de mise en œuvre qui améliorent l'efficience; nous pensons à :

- Une rationalisation des ressources existantes et réalisation d'activités à moindre coût.
- Un effet multiplicateur des personnes formées ou sensibilisées par la polyvalence des approches.

5. IEC (information, Communication, Education)

- a. Il y a une adéquation des différents canaux de communication utilisés avec les cibles fixées par le programme, notamment grâce à:
 - L'utilisation des moyens locaux de communication (boîtes à images, porte à porte) ;
 - Les cérémonies de toute nature utilisées pour la sensibilisation ;
 - Les institutions religieuses et civiles (Mosquée, mairie, préfecture) qui servent de relais ;
 - L'utilisation des leaders d'opinion dans les villages ;
 - Les chansons en langues locales (voir « Success stories »).
 Ces différents canaux ont permis de faire passer les messages notamment dans les écoles, les groupements de producteurs /productrices, groupements de femmes...
- b. Le centre polyvalent de formation de Doukour : ce centre bien implanté dans le milieu constitue une référence pour les formations, lesquelles sont mises à profit pour faire passer des thèmes relatifs à la santé préventive (voir plus haut, « Durabilité »).

NB. Notons cependant qu'une présence éducative et formative de l'ONG auprès des malades hospitalisés pourrait apporter plus de bénéfices réels en tant que couverture et changement de comportement. Cette présence reste à constituer et pourrait être prise en charge par un membre compétent de l'ONG.

6. Gestion

a. Planification, suivi et évaluation

L'ONG a une bonne pratique de la planification qui est bien systématisée (par phase, annuelle, semestrielle avec chronogrammes mensuels). Bien qu'existant, le cadre logique présente quelques défaillances quant à la détermination claire des différents indicateurs et la formulation de ceux-ci, notamment ceux liés au changement de comportement.

Le système de rapportage est bien élaboré avec un suivi des différentes planifications, le compte rendu systématique des missions (formations, sensibilisations...) partagé au sein du programme et avec les partenaires. Les cibles de ces rapportages sont les autorités politiques, les agences et ONG. Il reste à corriger le défaut de transmission de ces données à la Délégation Sanitaire Régionale.

b. Financement, mécanismes de déboursement

Toutes les planifications font l'objet d'un budget prévisionnel. En général il n'y a pas de difficulté pour les décaissements dès l'approbation du budget de sorte qu'aucune activité planifiée ne souffre de délai d'exécution par manque ou de retard de décaissement (Cf. Annexe 2, Tableau des Budgets).

c. Ressources humaines

Les ressources humaines au nombre de sept pour le personnel qualifié ; ces personnes couvrent sans difficulté les domaines pris en compte par le programme notamment l'aspect santé. Cependant il n'existe pas de personnel qualifié en santé de sorte que pour certaines activités, le PDR étant limité en compétences, il doit se référer aux services de santé qui eux-mêmes sont limités en la matière. Une réflexion devrait être menée dans ce sens pour déterminer le type de profil approprié en adéquation avec la stratégie d'intervention de l'ONG.

d. Manuel de Gestion

Le PDR a adapté l'ancien manuel de gestion de 2003 pour le conformer à son statut actuel d'ONG. Le manuel semble être utilisé à la satisfaction générale.

7. Leçons apprises et bonnes pratiques

- a. Le travail de formation et de suivi réalisé par les Accoucheuses Traditionnelles (AT) en collaboration avec le BASE.
- b. Les AT formées et supervisées favorisent une meilleure acceptation des services de santé moderne au sein des communautés et améliorent l'utilisation des services en santé maternelle et infantile. En effet ces AT, outre la pratique de l'hygiène pour les accouchements normaux, détectent et réfèrent à temps les accouchements compliqués, sensibilisent les communautés pour la vaccination des enfants et des femmes en âge de procréer, la fréquentation des services de CPN pour les femmes enceintes qui a augmenté (voir Annexe 4 : Tableaux de la situation épidémiologique/région). Elles accompagnent également les femmes présentant les cas compliqués vers les CS ou l'HD.
- c. Les réseaux des relais communautaires : le programme a su mettre en place des relais communautaire dans le domaine de l'IEC; ces relais issus de la communauté se sont constitués en réseau qui mènent les actions importantes de sensibilisation.
- d. La composition et la diffusion de chansons dans les langues locales pour transmettre les messages d'hygiène : ces chansons sont montées par des animatrices et mises en cassettes qui sont diffusées dans le milieu et utilisées lors des différentes cérémonies et assemblées pour la sensibilisation.

8. Propositions pour les interventions futures (interventions thématiques ou autres)

- Continuer à former les communautés sur d'autres thèmes: par exemple sur les bienfaits de la consultation préventive des enfants,
- Etendre la formation des Accoucheuses Traditionnelles à de nouvelles zones et renforcer le suivi actuel.
- Etendre le niveau de diversification des activités de santé par exemple par des activités aux services de maintenance des moyens de mobilisation, de communication et de d'appareillage médical ce qui permettrait, en plus de la continuité des soins, la génération de ressources propres.
- Incursion dans la promotion des technologies appropriées adaptées aux conditions d'existence locale
- Appui et organisation des comités de santé locaux au financement des transports de femmes sur le point d'accoucher.
- Avec le MSP, contribution à la constitution de « postes » de santé communautaire, permettant ainsi de renforcer le volet informel du réseau du MSP.
- Incursion dans des domaines porteurs, comme « l'eau » et la « nutrition »
- Radio communautaire et moyen audio visuels modernes

IV. Recommandations

Au cours de la restitution, le « sage-homme » de l'hôpital de Biltine, infirmier responsable de la maternité, a manifesté de progrès notables : au cours des cinq dernières années il n'aura observé dans sa maternité, aucune mortalité maternelle et seulement deux cas de fistules. Cette

information, qui n'a rien de scientifique, dénote cependant l'excellent travail en profondeur réalisé par les AT.

Dans le contexte local, les activités de l'ONG bien ciblées demeurent une nécessité pour atteindre les individus et les communautés, ainsi que pour modifier leur environnement et leur comportement. Elles répondent ainsi aux principes de la « Promotion d'un Développement durable » prônés par la DDC.

En complémentarité avec les activités des institutions de l'Etat, elles devraient et pourraient cependant diversifier leur type d'intervention, ne fut-ce que pour assurer le financement de leur nouvelle autonomie. Diverses pistes ont été suggérées au cours de cet atelier.

Annexes

Annexe 1: Tableau d'analyse FFOM du PDR Biltine

	Forces	Faiblesses
Interne	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacité de négociation ou mobilisation des ressources, ✓ Mobilisation des compétences locales (Médecins, Infirmiers,...) ✓ Capacité de monter un message en langue locale ✓ Disponibilité d'un centre de formation en milieu rural ✓ Acceptation plus importante de la population versus autonomie ✓ Processus de l'autonomisation financière entamé ✓ Recyclage et formation du personnel ✓ Polyvalence de l'approche et des membres de l'ONG ✓ Structures physiques, de mobilisation et de personnel déjà présentes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autonomie incomplète dans les approches ✓ Insuffisance qualitative du personnel ✓ Visibilité limitée de publication de résultat du programme ✓ Manque d'informations techniques et financières ✓ Genre 2/7 dans l'équipe de l'ONG et participation 2-6/12 des femmes dans les Comités
	Atouts	Menaces
Externe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contexte politique favorable (déconcentration, décentralisation) ✓ Stratégie participative et intersectorielle de l'ONG 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Financement incertain par les Partenaires Financiers ✓ Compétition avec d'autres ONG ✓ Sécurité et contexte régional

Annexe 2: Tableaux des résultats attendus en santé préventive du PDR Wadi Fira**2.1. Tableau N° 1 : Bilan des formations et sensibilisations de la période 2007-2008**

Thèmes développés	Nombre de personnes prévues	Nombre de personnes formées ou sensibilisées	Ecart
Consultation prénatale (CPN)	1500	2350	(156%)
Hygiène / assainissement	1250	837	67%
VIH / SIDA	2000	1753	87%
Vaccination des enfants	800	991	123%
Vaccination des femmes	250	183	73%
Formation en Nutrition	60	60	100%
Formation en Santé de la reproduction	150	135	90%
Accoucheuses traditionnelles	15	15	100%
Formation de comité de santé	6	5	83%
Formation des tradipraticiens	7	4	57%

2.2. Tableau N° 2 : Bilan des formations et sensibilisations de la période 2008-2009

Thèmes développés	Nombre de personnes prévues	Nombre de personnes formées ou sensibilisées	Ecart
Sensibilisation sur l'allaitement maternel exclusif	600	650	108%
Consultation pré natale (CPN)	550	360	65%
Hygiène / assainissement	2000	1600	80%
VIH / SIDA	7000	6500	92%
Vaccination des enfants	8000	8200	102%
Vaccination des femmes	250	260	104%
Formation en Nutrition	150	180	120%
Formation en Santé de la reproduction	200	160	80%
Accoucheuses traditionnelles	35	30	86%
Formation de comité de santé	12	8	67%
Formation des tradipraticiens	15	15	100%

2.3. Tableau N° 3 : Bilan des formations et sensibilisations de la période 2009-2010

Thèmes Développés	Nombre de personnes prévues	Nombre de personnes formées ou sensibilisées	Ecart
Sensibilisation sur l'Allaitement maternel exclusif	1500	925	62%
Consultation pré natale (CPN)	2500	1605	64%
Hygiène / assainissement	3500	1712	49%
VIH / SIDA	6000	4318	72%
Formation en Nutrition	100	82	82%
Formation en Santé de la reproduction	90	65	72%
Accoucheuses traditionnelles	30	15	50%
Formation de comité de santé	10	6	60%
Formation des tradipraticiens	12	7	58%

(N.B : - Les chiffres négatifs de l'écart signifient que les réalisations sont inférieures aux prévus

- Les chiffres positifs de l'écart signifient que les réalisations sont supérieures aux prévus)

2.4. Tableau N°4 : Bilan des activités en éducation parentale en 2009

Type de formation	Personnes Prévues	Personnes formées	Ecart
Relais communautaires	83	83 dont 5 initiatrices des chansons locales	(100%)
Leaders d'opinion (chef de villages)	20	18	(90%)
Accoucheuses traditionnelles	07	07	(100%)
Encadreuse de Centre Alpha	30	28	(93%)
Sensibilisation des populations sur les thèmes : CPN, allaitement maternel exclusif, hygiène et assainissement, vaccination etc.	1500	16446 ménages	(110%)
	1500	33871 personnes	(225%)

Annexe 3 : Tableaux budgétaires

PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT RURAL
Siège Biltine (Wadi-Fira)

DOUKOUR (TCHAD)

**Tableau Récapitulatif du Budget de la Phase IV
par domaines d'activité de 2008-2010**

Description	Budget Phase IV	Dépenses		Dep Cumulées 30/04/2010	Ecart	Réalisation%
		2008-2009	2009-2010			
Fonctionnement	219 940 050	247 207 803	164 693 435	411 901 238	- 191 961 188	187%
DOMAINES DOMAINES DOMAINES						
Economie Rural	392 845 775	130 840 344	56 348 450	187 188 794	205 656 981	48%
Education	208 185 400	89 789 042	21 995 400	111 784 442	96 400 958	54%
Santé	61 829 000	9 241 450	3 205 000	12 446 450	49 382 550	20%
Genre	39 856 075	1 908 375	1 138 300	3 046 675	36 809 400	8%
Par Fonctionnement	335 293 975			-	335 293 975	
Dvlp Local	64 999 925	234 571	58 714	293 285	64 706 640	
Réçettes	- 20 249 975	- 14 236 420	- 6 331 717	- 20 568 137	318 162	102%
Autres Activités				-	-	
Dépenses Phasell				-	-	
Dépenses par BuCo				-	-	
Total	1 302 700 225	464 985 165	241 107 582	706 092 747	596 607 478	56%

Sources: Comptabilité PDR

Annexe 4 : Evolution de quelques indicateurs démographiques et de santé**Tableau 1 : Evolution des indicateurs démographiques au Wadi Fira de 2004 à 2008**

	2004	2005	2006	2007	2008
Population	260597	272885	281463	290118	299112
Densité	5,56	5,82	6,01	6,19	6,38
Capacité hospitalière	0,89	0,36	0,36	0,34	

Source : Annuaires de Statistiques Sanitaires

Tableau 2 : Evolution des ratios de ressources humaines au Wadi Fira de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Habitants/Médecin	37228	38983	40209	41445	42730
Habitants/Infirmier	5011	5247	5413	5474	5865
Femmes en Âge de procréer/Sage-Femme	29708	20739	32087	66147	8389

Source: Annuaire de statistiques Sanitaires

Tableau 3 : Evolution des indicateurs de santé maternelle au Wadi Fira de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Utilisation des services	11,9	15,76	19	31	12
Utilisation des services de CPN	21,7	28,2	39,73	43,1	38,57
Accouchements assistés	12,1	20	21,32	19	28

Source: Annuaire de Statistiques Sanitaires

NB : la chute des principaux indicateurs d'utilisation des services en 2008 est à mettre principalement au compte de la situation politico-militaire de la région du Wadi-Fira

Tableau 4 : Evolution de la couverture (%) vaccinale au Wadi Fira de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
BCG	12,2	48,60	78,38	68,6	
DTC3	38,2	48,40	50,77	63,1	23
Polio 3	37,9	49,41	51,17	62,6	43
VAA	40,1	51,10	75,39	83,5	59
VAR	44,9	57,98	78,88	90,11	54
Enf Compl Vacc	24,3	41,72	59,57	62,1	

Source: Annuaire des statistiques Sanitaires

Autoévaluation du PDR Ennedi (APIDEL)

Résumé exécutif

La situation sanitaire de l'Ennedi, marquée par une insuffisance des structures étatiques (1 HD, 6 CS) et d'ONG intervenant dans le secteur, impose la présence d'une ONG comme APIDEL Ennedi. En effet les indicateurs de base en santé sont très faibles (en 2008, moins de 1 enfant sur 5 reçoit le DTC3, seule 1 femme sur 25 accouche dans un centre qualifié, 80% de la population n'a pas accès aux services sanitaires). APIDEL est la seule organisation qui s'investisse dans le domaine de la santé avec en plus un aspect multisectoriel. Les approches de l'ONG basées sur l'implication et la responsabilisation des communautés ont produit des résultats remarquables en termes de processus (sensibilisation/information sur l'alimentation, l'hygiène, la CPN, la vaccination, les IST/VIH, formation des COSAN et AT, mise en place de secouristes villageois, construction de centres de santé communautaire...). Les effets quoique timides commencent à voir le jour notamment en matière d'hygiène, de recours aux services de santé moderne, d'amélioration de l'accessibilité géographique. Cependant l'environnement sanitaire a encore été peu affecté par l'impact de ces actions. Ainsi les taux de couverture des différentes prestations appuyées par les sensibilisations restent largement en deçà des moyennes nationales. L'efficience de l'appui à la stratégie avancée reste à parfaire. Le suivi des relais communautaires reste aussi à améliorer. Nos suggestions pour renforcer le suivi des AT et l'intégration d'autres interventions à la stratégie avancée en vaccination devraient permettre d'en renforcer encore l'efficience. En matière de durabilité, les responsables sanitaires n'ont pas encore intériorisé le fait d'assurer la relève : l'autonomisation n'est pas encore entrée dans les faits. Un accent doit être fait aussi en direction du COSAN dont les activités sont plus orientées vers la gestion financière du CS (cas de Kalaït) au lieu d'une action de mobilisation des communautés. La culture de résultats n'est pas encore effective au niveau de l'ONG et des efforts restent à faire pour la capitalisation des données. Enfin dans le souci de diversifier les sources de financement, un renforcement de l'équipe en plaidoyer et montage des dossiers de demande de financement devrait être une priorité à côté de la dynamisation du centre polyvalent de formation.

Introduction

L'Association pour la Promotion des Initiatives de Développement Local (APIDEL) est une organisation non gouvernementale qui œuvre dans les domaines de la santé, de l'économie rurale et de l'éducation dans la région de l'Ennedi. Cette ONG d'une importance capitale pour le bien-être des populations locales, contribue au bien être des populations.

Conscient de la nécessité de prendre part de manière très active dans le développement socioéconomique des régions, les ONG nationales sont confrontées aujourd'hui à plusieurs défis aux cotés de l'Etat qui ne peut tout entreprendre et reconstruire à la fois. C'est suivant cette logique qu'APIDEL s'est organisé pour apporter une réponse aux multiples sollicitations des populations de l'Ennedi.

APIDEL développe ses activités grâce à l'appui financier de la Coopération suisse. Aussi, dans le cadre de la définition de nouvelles orientations pour les futures activités de la DDC dans le domaine de la santé publique et communautaire au Tchad, une autoévaluation sous forme de bilan prospectif des activités menées depuis 2003, est-elle réalisée. Cette autoévaluation assortie d'une analyse prospective devra toucher 7 ONG dont APIDEL et est conduite par des consultants pourvus d'un aide mémoire reprenant et détaillant les différents critères d'évaluation tels que stipulés dans les termes de référence. Le présent rapport fait la synthèse de l'auto évaluation d'APIDEL et s'articule autour des points essentiels des TdR.

I. Objectifs (Cf. TdR)

L'objectif général de l'autoévaluation est d'évaluer/apprécier objectivement la mise en œuvre de APIDEL/Ennedi en vue de faire des recommandations pertinentes pour améliorer le programme.

II. Résultats attendus

Au terme de l'autoévaluation, le résultat global est une évaluation/appréciation objective (force et faiblesses) de la mise en œuvre du programme d'APIDEL assortie de recommandations pertinentes pour son amélioration.

Cela devrait être consigné dans un rapport de synthèse global.

Les résultats spécifiques sont les suivants :

- Evaluation/appréciation de la mise en œuvre du plan d'action opérationnel (faiblesses, forces, suggestions);
- Appréciation du dispositif managérial mis en place par les parties concernées pour la conduite du programme au regard du profil ;
- Recueil des opinions/points de vue des différents partenaires et équipes du PDR sur le programme;
- Proposition des recommandations pour l'amélioration future du programme;

III. Principaux résultats de l'atelier

Conformément aux mandats décrits dans l'aide mémoire d'autoévaluation remis comme le fil conducteur, les participants se sont répartis en trois groupes de travail et ont répondu aux questions.

1. Pertinence de l'approche santé

L'adéquation des interventions développées par APIDEL n'est pas à démontrer tant la région de l'Ennedi manque encore des structures socio-sanitaires de base devant permettre à la population de ladite zone de s'épanouir à l'image de celles des autres régions du pays. En effet, les douloureux événements qu'a connu le pays ont eu un impact négatif sur le développement socioéconomique du BET en général et de l'Ennedi en particulier eu égard à l'annexion libyenne et aux exactions des rebelles durant plus de 3 décennies. Contrairement aux autres régions ayant bénéficié des retombées de l'économie nationale, il manque cruellement dans l'Ennedi d'écoles, de centres de santé, d'hôpitaux, un personnel qualifié difficilement mobilisable en faveur de la zone du fait des caractéristiques physiques hostiles et difficiles. Afin de toucher les populations vivant dans des localités les plus reculées, la présence d'APIDEL est nécessaire. Sans se substituer à l'Etat, l'ONG est à même, à travers son réseau d'acteurs dans les différentes communautés villageoises et ses stratégies de proximité, de relever les multiples défis par ricochet, de contribuer à l'amélioration significative de la situation de santé des populations.

Les services fournis par APIDEL sont les fruits des échanges avec les communautés et du renforcement de celles-ci. Il se dégage des entretiens les différents problèmes qui font l'objet d'une priorisation compte tenu de l'insuffisance des ressources d'APIDEL. Tous ces services fournis s'inscrivent en droite ligne de la Politique Nationale de Santé (PNS) et du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2012

La planification budgétisée des activités tant annuelle que semestrielle s'appuie sur les besoins exprimés par les populations. Ces derniers sont priorisés et partiellement pris en compte par APIDEL en fonction des ressources disponibles.

En outre, des réunions mensuelles sont tenues et permettent de faire un bilan et programmées les activités à réaliser au cours du mois suivant.

Certes, beaucoup d'activités sont réalisées mais l'absence des statistiques tant au niveau de APIDEL que des bénéficiaires rend moins visibles l'impact réel des interventions de l'ONG. Pour cela, un accent particulier devrait à l'avenir être mis sur le suivi-évaluation des activités à travers une gamme d'indicateurs objectivement vérifiables identifiés au préalable.

2. Durabilité de l'approche santé

Sept (7) composantes permettent d'apprécier la durabilité en matière de santé. Il s'agit de :

Participation des bénéficiaires, des autorités sanitaires et des communautés : APIDEL couvre toute la région de l'Ennedi et travaille en collaboration avec l'ensemble des acteurs dans le processus de planification de ses activités ou de mise en œuvre de celles-ci. On note à cet effet, une large implication des services étatiques en général et sanitaires en particulier. Ces derniers participent aux formations et à la supervision des accoucheuses traditionnelles et autres secouristes, toute chose indispensable au renforcement des capacités des auxiliaires de santé. Compte tenu des actions visibles réalisées par APIDEL, la demande est de plus en plus forte de la part de la communauté mais les ressources pour répondre à cette demande de moins en moins importantes. A travers l'implication et la participation active de la communauté, les populations se sentent de plus en plus responsables des infrastructures réalisées et y veillent correctement.

La seule fausse note à relever est l'absence de supervision des AT et des secouristes de la zone de responsabilité de Kalaït. Cette insuffisance pourrait à terme conduire à des débordements (tentatives de prise en charge des accouchements compliqués) et donc produire des conséquences non intentionnelles dommageables à la santé des populations.

Coordination et complémentarité avec d'autres partenaires de développement local, associations, ONG : il y a une implication intersectorielle des autorités des autres secteurs (santé notamment) grâce à la participation aux différentes formations. Au sein d'APIDEL toutes les activités dans les autres domaines sont mises à profit pour faire passer les messages éducatifs en santé, ce qui est une bonne complémentarité.

Recherche d'autofinancement de APIDEL sans altérer la qualité du service rendu ni perdre la vision dans son ensemble (voir annexe 2, Budgets annuels et ressources propres) : la coordination de APIDEL dans l'optique de l'autonomisation du programme a ouvert un site pour la recherche des financements et procédé à la diffusion du document. Jusqu'à présent cette stratégie n'a pas encore porté fruit et parallèlement, d'autres actions sont entreprises notamment des plaidoyers auprès des bailleurs de fonds comme le PNUD. Face à cette situation les espoirs sont orientés vers le centre de formation et la ferme de Fada dont la rentabilité n'est pas encore avérée.

S'appuyant sur le contexte de rareté de ressources et d'hésitation des bailleurs de fonds, APIDEL doit aussi réfléchir sur les possibilités de génération de ressources propres à travers le développement des activités porteuses.

Transparence dans la gestion et rationalisation des ressources. Les pièces justificatives des dépenses sont centralisées chez le gestionnaire qui fait la situation des dépenses tous les deux mois au cours des réunions bi mensuelles de la coordination. Par ailleurs, il est également prévu un partage de l'information financière au cours des assemblées générales qui se tiennent une fois l'an mais aussi au cours des conseils d'administration. Les copies de la situation financière sont envoyées au BuCo et aux commissaires de compte pour toutes fins utiles.

Participation plus importante des femmes. Elles sont de moins en moins nombreuses dans les processus de prise de décisions (1 à 3 femmes maximum sur les 8 personnes qui forment généralement un comité de santé dans l'Ennedi). Le COSAN de Kalaït par exemple ne compte qu'une seule femme sur les 7 membres du bureau. Grâce à l'appui d'APIDEL, les membres ont bénéficié

d'une formation de 5 jours en 2008 à Fada sur les attributions des COSAN et la définition des tâches de ses membres. Cette formation qui a permis d'améliorer substantiellement le fonctionnement de l'organisation et doit s'inscrire dans la durée.

La principale difficulté relevée par les responsables du COSAN rencontrés se rapporte au transport des médicaments commandés généralement à la Pharmacie Régionale d'Abéché. Un appui d' APIDEL dans l'acheminement des médicaments est vivement souhaité et contribuerait à réduire la durée des ruptures.

Par ailleurs, il ressort des travaux que les COSAN et COGES participent essentiellement à la construction et à l'entretien des infrastructures de santé, l'achat et le transport de matériel et la disponibilité de médicaments, tout cela au détriment de la sensibilisation, qui est pourtant la variable clé pouvant contribuer au relèvement de la fréquentation des services de soins.

Prise de conscience de la communauté sur l'importance des AT. L'absence des statistiques n'a pas permis d'apprécier l'apport substantiel des AT dans l'amélioration de la couverture en accouchement assisté. Dans une région qui manque de sages femmes et où les distances qui séparent les ménages des formations sanitaires sont estimées en général à des dizaines de kilomètres, le recours aux AT est un moindre mal pourvu qu'elles soient régulièrement supervisées par les RCS.

Au regard des insuffisances ci-dessus répertoriées, la durabilité semble incertaine même si on assiste à une appropriation progressive des activités par les COSAN.

3. Efficacité de l'approche santé

- a. Le niveau de réalisation physique des activités planifiées pour la phase est globalement satisfaisant (75%). Cependant, il reste à voir l'impact réel de ces formations et sensibilisations sur l'utilisation des services de santé (vaccination, accouchements assistés, orientation des accouchements compliqués) et surtout en termes de réduction de la mortalité maternelle et infantile.
- b. La formation des tradipraticiens a été réalisée notamment sur l'établissement d'une collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle. Il semble y avoir un début de collaboration/référence entre les deux médecines, mais cela reste encore du domaine de l'informel. En outre, seul un tradipraticien basé à Fada détient une autorisation du Ministère de la Santé Publique et s'occupe des cas référés de traumatismes crâniens. Il serait souhaitable que APIDEL développe des supports de référence de la médecine traditionnelle vers la médecine moderne et vice versa, cela contribuerait d'une part à formaliser la collaboration et d'autre part disposer des statistiques montrant l'importance de la relation personnel soignant et tradipraticien dont les recettes ne sont pas documentées.
- c. Le changement de comportement des bénéficiaires se mesure par une nette amélioration des couvertures en consultation prénatale, en vaccination des enfants et en accouchement assisté (situation malheureusement non étayée par des données pour la période) et la pratique de l'hygiène (habitat)
- d. Les communautés ont pris conscience et participent financièrement et matériellement à la construction (10 à 30%) et à l'entretien des centres de santé (réparation des pièces endommagées, portes ou fenêtres par exemple), la prise en charge du transport des médicaments du lieu d'approvisionnement à la formation sanitaire, l'implication des membres des COSAN dans la sensibilisation des populations pendant les campagnes de vaccination.

Dans l'ensemble les acteurs rencontrés sont satisfaits de l'intervention de APIDEL même s'ils attendent encore un peu plus de cette ONG notamment dans la prise en charge du transport des médicaments, l'appui dans la sensibilisation des populations eu égard à la faiblesse des indicateurs

(10 accouchements réalisés dans le centre de santé de Kalaït de janvier à août 2010 et 67 enfants vaccinés sur un total de 355 !).

4. Efficience de l'approche santé

En comparant les coûts de réalisation de certaines infrastructures, il apparaît clairement que les ressources mises à la disposition de l'ONG permettent d'atteindre les objectifs fixés d'une manière efficiente. On note une rationalisation des ressources existantes et une réalisation des activités à moindre coût.

5. IEC (information, communication, éducation)

Au sujet l'IEC, on note une adéquation des différents canaux de communication utilisées avec les cibles fixées par le programme, notamment par le canal de :

- L'utilisation de la radio communautaire installée à Fada qui diffuse les messages de sensibilisation ;
- Les leaders d'opinion comme les imams et les chefs de canton utilisent les occasions de cérémonies de toute nature, les prêches pour la sensibilisation sur les thèmes relatifs à la santé ;
- Le recours à l'association SIDA YANDA basée à Faya et dotée d'une expérience avérée en matière de sensibilisation de la population dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida de même que des moyens de communication et de sensibilisation adéquats. Moyennant une prise en charge financière des membres de l'équipe (en général 5 personnes) et du transport, l'association parcourt les grands centres urbains de l'Ennedi et sensibilisent entre 3000 à 4000 personnes.
- APIDEL a mis en place des comités dans les villages qui veillent sur l'hygiène autour des puits.

Ces différents canaux ont permis de faire passer les messages notamment dans les écoles, les groupements de producteurs/-trices, groupements de femmes, les mosquées,...

6. Gestion

a. Planification, suivi et évaluation

La vision et les missions d'APIDEL sont précisées par les différents textes la régissant. Le processus de planification basé sur cette vision comporte un plan de phase de 2ans qui est déclinée en planification annuelle et semestrielle. Les programmes semestriels sont traduits en chronogrammes mensuels à l'occasion des rencontres mensuelles. Il existe un cadre logique mais les indicateurs sont plus du domaine du processus que des effets /impacts. Chaque planification fait l'objet d'un bilan d'exécution tout comme les différentes activités (missions, formations). Les différents bilans sont partagés avec les partenaires et bénéficiaires.

Les moyens (humains, matériel-4véhicules fonctionnels et 2 motos, financiers) dont dispose l'équipe lui permettent de suivre ses actions sans difficultés majeures. Les rapports de suivi font aussi l'objet de partage avec les partenaires.

b. Financement, mécanismes de déboursement

Le budget alloué par le partenaire ne permet pas toujours de couvrir l'ensemble des besoins exprimés dans les différentes programmations. S'agissant des décaissements les problèmes de transferts entre banque sont résolus depuis l'ouverture d'une agence de la FINACIAL BANK à Abéché.

Le programme dispose d'un centre polyvalent de formation à Fada mais qui est à ses débuts. Il pourrait constituer une référence pour les formations (lesquelles sont mises à profit pour faire passer des thèmes relatifs à la santé préventive) et aussi contribuer sans doute à générer des ressources propres pour le programme mais pour le moment les seules prestations sont les locations de salle de formation et de salles d'hébergement. Il doit à terme contribuer à l'autofinancement de l'ONG.

c. Ressources humaines

APIDEL dispose d'une équipe de 8 personnes dont 2 femmes de formation variée. Cependant il n'existe pas de spécialiste en santé obligeant le programme à recourir aux services d'experts externes (BASE, Association SIDA YANGA). Équipe polyvalente mais insuffisante en nombre et en genre. Ainsi une personne cumule à la fois le domaine de l'économie rurale et la santé. Sans pousser à une spécialisation, il serait profitable pour l'équipe de se doter d'un responsable à part entière de ce domaine.

Les mécanismes de motivation mis en place sont essentiellement constitués par le 13^{ème} mois, les formations continues et surtout la satisfaction d'être au service de sa communauté. Ainsi bien qu'il n'y ait pas prévu de formation spécifique en santé, les membres ont pu prendre part à des ateliers qui leurs ont permis de se familiariser avec la formation des COSAN avec l'ONG BASE.

d. Manuel de Gestion

Le manuel de gestion actuellement utilisé est la forme adaptée du manuel de 2003. Cette adaptation a été faite pour se conformer au nouveau statut d'ONG. Il comporte les procédures administratives, les procédures budgétaires comptables et financières ainsi que le système de contrôle. Toutes les informations liées aux salaires, prises en charge des missions... y figurent. Il s'agit d'un document de gestion transparente.

Les organes de gestion de l'ONG comprennent l'assemblée générale, le conseil d'administration et le bureau de coordination.

7. Leçons apprises et bonnes pratiques

APIDEL dispose d'une solide connaissance du milieu après de longues années d'expériences. Les principales leçons tirées sont :

- APIDEL a été la première équipe à élaborer un document bien structuré de formation sur la santé en milieu rural. Ce document au vu de sa pertinence a été repris par le BUCO pour en améliorer le contenu et le vulgariser en milieu rural.
- Les structures créées à l'initiative et avec la participation des communautés sont plus viables que celles imposées. Toute ONG voulant intervenir dans cette zone devrait prendre en compte cette donnée si elle veut se donner une chance de succès.
- APIDEL a su mobiliser les communautés autour de la prise en charge de leurs problèmes de santé et certaines ont contribué pour la mise en place de centres de santé communautaires (03) dans la zone, centres gérés par les communautés elles-mêmes.
- Les relais communautaires (AT, secouristes villageois) ne sont efficaces que s'il est associé un bon suivi post formation. Ainsi les AT et secouristes mis en place par le programme sont peu efficaces surtout dans la sous préfecture de Kalaït car ce suivi n'est pas assuré par les services de santé d'où la difficulté à se faire une idée de leur impact réel sur l'amélioration sanitaire des communautés.

8. Propositions pour les interventions futures (interventions thématiques ou autres)

APIDEL en tant que seule ONG de développement dans la région doit poursuivre l'action entreprise tout en améliorant son savoir faire et en diversifiant ses interventions. Fort du travail réalisé en direction des AT et des secouristes, il y a nécessité de poursuivre les formations tout en mettant un accent particulier sur le suivi et le recueil des données. Dans le prolongement de cette action, il peut être envisagé la formation d'agents de santé (sage femme) pour renforcer le dispositif sanitaire et aussi l'équipe pour la rendre moins dépendante.

Une réflexion doit être aussi envisagée dans le transport des femmes présentant des complications d'accouchement compte tenu du contexte. A cet effet on pourrait constituer des cellules d'urgence obstétricale avec implication des leaders locaux. Le travail en direction des TP devrait se poursuivre aussi tout en améliorant le système de suivi (références avec idéogrammes) et surtout sur les techniques de collecte et de conservation des produits. Une recherche active de tradipraticien maîtrisant le traitement des piqûres (mortelle) de scorpion devrait être entreprise.

La zone de couverture d'APIDEL connaît aussi une forte prévalence de la tuberculose et il serait bon que l'ONG puisse s'investir dans le domaine pour rompre la chaîne de transmission (DOTS communautaires).

Enfin l'eau constitue une préoccupation permanente dans cette zone marquée par la rareté des pluies; aussi l'accès et la conservation de l'eau potable constituent-ils un défi pour l'ONG

IV. Conclusions et recommandations

Dans une région aussi délaissée, les interventions d'une ONG sont toujours les bienvenues pour alléger les souffrances et les problèmes des populations à travers une modification du cadre de vie et un réel changement de comportements des bénéficiaires. L'ONG réalise un accompagnement des communautés sur la base de leurs besoins exprimés. Dans une optique de synergie d'actions tant avec l'Etat qu'avec les autres acteurs, APIDEL pourrait orienter également ses actions vers d'autres secteurs et réfléchir à la problématique d'autonomisation dans un contexte d'hésitation des bailleurs à continuer à financer les ONG. Dans tous les cas une consolidation de ce qui se fait de bien déjà doit être entreprise à travers :

- la capitalisation des acquis au niveau des effets notamment en lien avec le changement de comportement des communautés suite aux actions d'IEC. Pour cela, un travail de proximité doit être mené avec le district et les responsables des centres de santé. Avant toute extension il faut s'assurer du suivi de l'existant formé.
- La réorientation des COSAN vers les tâches de sensibilisation doit être réalisée.

La diversification des partenaires est aussi un défi de survie et passe par un renforcement de l'équipe (nécessité d'un personnel responsable volet santé); cela permettra en même temps de minimiser les coûts pour les consultants certainement pour une efficacité similaire.

Dans le domaine de l'autonomisation, tout en renforçant les activités génératrices de revenu, l'équipe doit nouer de nouveaux partenariats. Dans ce domaine, il semble que les capacités de plaidoyer de l'équipe soient encore faibles. Le renforcement des compétences en plaidoyer et montage des dossiers de demande de financement est donc une nécessité. Cela passe aussi par l'amélioration du système de suivi (collecte et analyse des données du programme) pour présenter des indicateurs de résultats et non seulement de processus.

Annexes

Annexe 1: Tableau d'analyse FFOM du PDR Ennedi

	Forces	Faiblesses
Interne	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Engagement des membres ✓ Approche de valorisation des ressources locales ✓ Cadres polyvalents maîtrisant le milieu ✓ Adéquation des interventions avec les besoins des communautés ✓ Processus d'autonomisation entamé ✓ Implication et participation des bénéficiaires ✓ Mobilisation ressources locales 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Faible capitalisation des résultats ✓ Un seul partenaire financier ✓ Faible implication des femmes (2 sur 8) ✓ Absence de spécialiste en santé ✓ Faible capacité de plaidoyer mobilisation des ressources
	Atouts	Menaces
Externe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Seul programme de développement dans la zone ✓ Unicité de la langue pour faire passer les messages 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Absence de partenaire ✓ Problèmes sécuritaires ✓ Faible participation des femmes dans les différentes institutions comme les COSAN

Annexe 2 : Tableaux des réalisations des résultats attendus en santé préventive du PDR Ennedi

Tableau n°1: Bilan des formations et sensibilisations de 2007 à 2010

Thèmes développés	Nombre de personnes prévues	Nombre de personnes formées ou sensibilisées	Taux réalisation
VIH / SIDA	9000	10000	111,1%
Vaccination des enfants et femmes	20000	13400	67%
Accoucheuses traditionnelles	55	41	74,5%
Formation de comités de santé	30	22	73%
Formation des secouristes	27	15	55%
Construction de centres de santé	05	04	80%
Médicaments et équipements	03	03	100%
TOTAL			

Tableau n°2 : Bilan des activités en éducation parentale en 2009

Type de formation	Nombre personnes prévues	Nombre personnes formées	Taux réalisation
Relais communautaires	18	12	66,6%
Leaders d'opinion (chef de villages)	13	13	100%
Accoucheuses traditionnelles	56	41	73,21%
Encadreuses de Centre Alpha	00	32	
Sensibilisation des populations sur les thèmes : CPN, allaitement maternel exclusif, hygiène et assainissement, vaccination etc.	11 communautés	10	90,9%

Annexe 3 : Tableaux budgétaires du PDR Ennedi

Période 2004 à 10/2007

	Budget prévu	%	Dépenses	%	Ecart
PDR	1 050 642 252		1 156 736 357		-106 094 105
Santé	29 222 500	2,78	44 675 050	3,86	-15 452 550
Recettes propres	5 175 000	0,49	(entré) 1 740 856	0,15	3 434 144

Période 11/2007 à 02/2010

	Budget prévu	%	Dépenses	%	Ecart
PDR/E	738 225 943		804 866 661		-66 285 603
Santé	21 935 100	2,97	31 733 235	3,94	-9 798 135
Recettes propres	15 700 000	2,13	(entré) 6 656 480	0,83	-9 093 605

Annexe 4: Evolution de quelques indicateurs démographiques et de santé**Tableau 1 : Evolution des indicateurs démographiques au BET de 2004 à 2008**

	2004	2005	2006	2007	2008
Population	98847	108064	111462	114889	118451
Densité	0,16	0,18	0,19	0,19	0,19
Capacité hospitalière	0,5	0,45	0,96	0,93	

Source : Annuaires de Statistiques Sanitaires

Tableau 2 : Evolution des ratios de ressources humaine au BET de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Habitants/Médecin	19769	27016	27866	38296	44270
Habitants/Infirmier	2824	3087	3185	3283	2817
Femmes en Âge de procréer/Sage-Femme	_	24639	_	_	70661

Source: Annuaires de statistiques Sanitaires

Tableau 3 : Evolution des indicateurs de santé maternelle au BET de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Utilisation des services	22,3	21,03	14	10	2
Utilisation des services de CPN	18,6	21,3	21,49	16,5	34,32
Accouchements assistés	3,6	3,7	7,61	2,6	4

Source: Annuaires de Statistiques Sanitaires

Tableau 4 : Evolution de la couverture (%) vaccinale dans la région sanitaire du BET de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
BCG	22,1	38,70	29,21	17,1	
DTC3	25,4	31,17	33,54	22,3	19
Polio 3	26,7	26,88	32,69	23,1	29
VAA	25	28,32	26,79	29,5	35
VAR	27,7	96,40	38,92	27,8	34
Enf Compl Vacc	20,4	23,93	20,48	20,6	_

Source: Annuaire des statistiques Sanitaires

Autoévaluation du PDR Kanem (AIDER/BEG)

Résumé exécutif

La région du Bahr El Gazal se caractérise par une situation sanitaire précaire marquée par l'insuffisance des structures sanitaires et des personnels de santé qualifiés. Les indicateurs sanitaires de 2008 sont illustratifs de cette situation (DTC3 : 39,51% ; VAT2+ FE : 42,10% ; CPN : 43,61% ; accouchements assistés : 17,69%). En outre il existe une sous-information des populations sur le VIH/SIDA malgré la présence de nombreuses villes carrefours dont Moussoro. Cette situation a motivé l'intervention de l'ONG AIDER/BEG (anciennement PDR Kanem) à appuyer depuis 14 ans les initiatives locales à la base afin de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des populations rurales en synergie et complémentarité avec l'économie rurale et l'éducation. Dans la santé, l'accent a été mis sur la santé préventive (sensibilisation sur hygiène, l'assainissement, la vaccination, la fréquentation des CS...), la formation des accoucheuses traditionnelles (dans le souci d'une collaboration avec les services de santé) et des agents de santé villageois (pour les zones reculées et inaccessibles), l'appui à la vaccination (enfants, femmes, filles en âge de procréer) et enfin l'appui en matériels de travail aux structures sanitaires locales. L'action se déroule essentiellement dans les zones non couvertes en complément aux interventions de l'Etat. En termes de résultats, 58 AT ont été formées au profit des communautés dont 17 recyclées en 2009. Sept (07) ASV (Agents de Santé Villageois) formés mais actuellement seuls 04 sont encore sur le terrain. Bien qu'il y ait une prise de conscience, les changements de comportement en matière de santé restent encore timides. Il se pose en outre un véritable problème de suivi sur le terrain, de mesure des effets, toutes choses qui compromettent l'efficacité mais aussi la durabilité vu qu'aucune relève n'est encore perceptible, les services de santé ne s'étant pas encore approprié le processus.

Introduction

L'Association d'Appui aux Initiatives de Développement Rural (AIDER) contribue, en dépit des multiples difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de ses activités, au bien être des populations à travers des actions dans les domaines de la santé, de l'économie rurale et de l'éducation au Barh El Gazal. Dans le cadre de la définition de nouvelles orientations pour les futures activités de la DDC en matière de santé publique et communautaire au Tchad, une autoévaluation sous forme de bilan prospectif des activités menées depuis 2003, est-elle réalisée. Cette autoévaluation assortie d'une analyse prospective devra toucher 7 ONG dont AIDER et est conduite par des consultants à l'aide d'un aide mémoire reprenant et détaillant les différents critères d'évaluation tels que stipulés dans les termes de référence. Le présent rapport fait la synthèse de l'auto évaluation de AIDER et s'articule autour des points essentiels des TdR.

I. Objectifs (cf. TdR)

L'objectif général de l'autoévaluation est d'évaluer/apprécier objectivement la mise en œuvre du programme santé de l'ONG AIDER/BEG (ex PDR Kanem) en vue de faire des recommandations pertinentes pour améliorer le programme.

II. Résultats

Au terme de l'autoévaluation, le résultat global est une évaluation/appréciation objective (forces et faiblesses) de la mise en œuvre du programme santé d'AIDER/BEG assortie de recommandations pertinentes pour son amélioration. Cela devrait être consigné dans un rapport de synthèse global. Les résultats spécifiques sont les suivants :

- Evaluation/appréciation de la mise en œuvre du plan d'action opérationnel (faiblesses, forces, suggestions);

- Appréciation du dispositif managérial mis en place par les parties concernées pour la conduite du programme au regard du profil ;
- Recueil des opinions/points de vue des différents partenaires et équipes de AIDER/BEG sur le programme;
- Proposition des recommandations pour l'amélioration future du programme;

III. Principaux résultats de l'atelier

Conformément aux mandats décrits dans l'aide mémoire d'autoévaluation mis à disposition comme canevas, les participants se sont réunis et ont répondu aux questions.

1. Pertinence de l'approche santé

La présence de AIDER permet de couvrir les zones de responsabilité d'accès difficile, de contribuer à un changement de comportement des populations et un assainissement de l'environnement sanitaire grâce à des actions de proximité. Les interventions de l'ONG complètent celles de l'Etat qui n'arrive pas à satisfaire les besoins de base des communautés tant dans le domaine de l'éducation que de la santé eu égard aux multiples priorités. Les services fournis par AIDER sont réalisés avec l'implication des services techniques (suivi des activités, formation des AT et des membres des associations) et tiennent compte des orientations stratégiques de la Politique Nationale de Santé et des programmes retenus dans le Plan National de Développement Sanitaire.

La planification budgétisée des différentes phases s'appuie sur les besoins exprimés par les communautés ; cependant AIDER est obligée de les prioriser compte tenu de l'insuffisance des ressources disponibles d'où la non prise en compte de certains besoins exprimés comme la construction des centres de santé.

2. Durabilité de l'approche santé

La durabilité en santé n'est pas un état mais un processus qui doit être vu comme un but vers lequel toutes les activités doivent concourir. Elle comprend :

Participation des bénéficiaires, des autorités sanitaires et des communautés :

Les différents partenaires (district, délégation, communautés) sont impliqués à des degrés divers dans le processus de planification et la mise en œuvre des activités. Les AT et les ASV sont choisis par leur communauté et formés avec l'appui des services de santé. Le suivi des AT est assuré par le chef de zones de responsabilité basé à Moussoro; cependant compte tenu des multiples charges de ce dernier, une des accoucheuses traditionnelles rencontrée reconnaît avoir été supervisée la dernière fois il y a 4 ans.

Diverses associations sont impliquées dans la sensibilisation des populations (hygiène corporelle et vestimentaire, prévention contre le VIH/SIDA, fréquentation des formations sanitaires) mais les responsables du collectif des associations et groupements du Barh-El Gazal déplorent l'absence des supports et moyens de sensibilisation ainsi que du suivi des activités de la part de l'ONG. Pour preuve depuis la formation en août 2009 de 12 associations, aucune occasion de rapprochement n'a été initiée par l'ONG.

L'insuffisance dans le suivi des AT et des Agents de Santé Villageois pourrait à terme si ce n'est déjà le cas, conduire à des débordements (références tardives des accouchements dystociques après échec de multiples manœuvres, vente des médicaments illicites) et donc produire des conséquences non intentionnelles dommageables à la santé des populations. Le médecin chef de district relève que les cas de références qui arrivent à l'hôpital de district sont tardives suites aux tergiversations à tous les niveaux. Selon lui, cette situation serait à l'origine du nombre élevé de cas de décès maternels et néonataux observés à l'hôpital de district.

Il y a non seulement une faible participation mais aussi un sentiment d'abandon de la part des bénéficiaires. La motivation des AT (sucre, savon, mil, viande, ...) encore supportée par les populations demeure aléatoire en terme de pérennité. Il n'existe aucun mécanisme pérenne de

renouvellement des trousse des AT. Les responsables des centres de santé ne sont pas responsabilisés dans le suivi des AT et autres relais communautaires.

Coordination et complémentarité avec d'autres partenaires de développement local, associations, ONG :

Au sein de AIDER, toutes les activités dans les autres domaines sont mises à profit pour faire passer les messages éducatifs en santé, ce qui est une bonne complémentarité même si les connaissances des uns et des autres dans le domaine de la santé reste à améliorer.

Il y a une insuffisance de coordination des interventions au niveau de la région. Plusieurs ONG ou agences interviennent dans la zone (ACF, UNICEF, PAM, ...) mais il manque un cadre de collaboration et de concertation entre intervenants, ce qui peut provoquer la duplication des actions (exemple : ACF forme les mêmes AT déjà formées par AIDER, PARSET forme à la même période les maîtres communautaires en formation avec AIDER).

Recherche d'autofinancement de AIDER sans altérer la qualité du service rendu ni perdre la vision dans son ensemble : la coordination de AIDER dans l'optique de l'autonomisation du programme a entrepris des démarches qui n'ont pas jusqu'à présent été concluantes.

S'appuyant sur le contexte de rareté de ressources et d'hésitation des bailleurs de fonds, AIDER doit aussi réfléchir sur les possibilités de génération de ressources propres à travers le développement des activités porteuses. A cet effet, la ferme qui est l'une des mamelles de l'ONG peine à écouter ses produits, assombrissant du coup l'horizon quant à une capacité réelle à s'autofinancer.

Il est à noter que l'ONG souffre du départ de ses cadres partis vers d'autres lieux. Cette fuite de cadres au lendemain de la fin du projet PDR/K fortement appuyé par la coopération suisse, diminue aussi les capacités de plaidoyer.

Transparence dans la gestion et rationalisation des ressources :

Les pièces justificatives des dépenses sont centralisées chez le gestionnaire. Il n'apparaît pas un partage des informations financières au cours des réunions mensuelles. Les situations financières faites sont envoyées au BuCo pour toutes fins utiles. Par contre, les cadres présents n'ont pas pu mettre à la disposition de la mission toutes les informations financières demandées. Ce qui dénote des insuffisances non seulement dans la gestion mais aussi des capacités très limitées dont dispose chaque membre à pouvoir répondre à une question qui ne concerne pas son domaine.

Participation plus importante des femmes :

Elles sont de moins en moins nombreuses dans les processus de prise de décisions (seulement 1/6 dans l'équipe de coordination qui devait servir d'exemple). Cependant, AIDER, après identification des COSAN/COGES, entend mettre l'accent pendant la restructuration de ces organes sur la représentativité des femmes au sein des différents bureaux.

Prise de conscience de la communauté sur l'importance des AT :

L'absence des statistiques n'a pas permis d'apprécier l'apport substantiel des AT dans l'amélioration de la couverture en accouchement assisté. Dans une région qui manque de sagefemmes et où les distances qui séparent les ménages des formations sanitaires sont estimées à des dizaines de kilomètres, le recours aux AT est un moindre mal pourvu qu'elles soient régulièrement supervisées par les RCS.

Partenariat avec les services techniques :

Le partenariat avec les services techniques est caractérisé par un appui financier et logistique de l'ONG de même que la dotation des structures de soins en matériels biomédicaux. Quelquefois invitée à prendre part aux comités de direction du district, l'AIDER échange de temps en temps des

informations avec les responsables sanitaires dans l'optique de l'amélioration de la santé des populations.

Véritable cadre de collaboration et de concertation, les réunions des comités de direction du district et de la délégation sanitaire régionale devraient être mises à profit par l'ensemble des intervenants en santé dans la zone pour non seulement échanger des informations, partager des expériences mais surtout réfléchir sur les meilleures stratégies devant conduire à optimiser les résultats dans un contexte de rareté des ressources. La délégation sanitaire régionale et le district sanitaire de Moussoro ont un grand rôle à jouer pour la mise en place formelle de ce cadre de concertation. AIDER en tant qu'ancienne ONG, bien implantée dans la région devrait également travailler en étroite collaboration avec l'ensemble des partenaires pour éviter des duplications des interventions.

Au regard des insuffisances ci-dessus répertoriées et dans un contexte où l'ONG cherche encore ses marques, la durabilité des interventions semble actuellement incertaine.

3. Efficacité de l'approche santé

a. Le niveau de réalisation physique des activités planifiées pour la phase est globalement satisfaisant (77%). Cependant, certaines activités ont un taux de réalisation très faible par rapport aux objectifs initialement fixés (moins de 10%) notamment le suivi des AT et des ASV par le personnel qualifié. Cette insuffisance fondamentale pourrait peser sur l'impact des interventions développées par l'ONG.

En termes de résultats, 58 AT ont été formées au profit des communautés dont 17 recyclées en 2009. Sept (07) ASV (Agents de Santé Villageois) formés mais actuellement seuls 04 sont encore sur le terrain.

Une timide collaboration semble exister entre les services de santé et les relais formés par l'ONG. Toutefois, dans le domaine du suivi de ceux-ci, il serait souhaitable que les responsables des centres de santé soient davantage responsabilisés. Il peut être envisagé un contrat avec des termes de référence précis faisant obligation au RCS de produire des statistiques régulières sur certains indicateurs clés retenus de commun accord.

Bien que plusieurs réalisations importantes soient faites par AIDER en faveur de l'amélioration de la santé des populations du Barh El Gazal, il est difficile au stade actuel de mesurer l'impact de ces interventions compte tenu de l'absence des indicateurs pertinents et adéquats. Pour corriger cette lacune, un accent particulier doit être mis sur le suivi-évaluation des activités à travers une gamme d'indicateurs objectivement vérifiables identifiés au préalable.

b. La référence/contre référence entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle : en dehors des AT, l'ONG n'a pas développé de collaboration avec les tradipraticiens pourtant largement consultés par les communautés. Il serait souhaitable qu'AIDER se rapproche de ces guérisseurs qui bénéficient encore d'une bonne audience auprès de la population pour une collaboration avec les services de santé moderne dans une optique de complémentarité. Des outils de référence pourraient être ultérieurement développés pour formaliser cette collaboration et en assurer le suivi.

c. Le changement de comportement des bénéficiaires devrait se mesurer par une amélioration des couvertures en consultation prénatale, consultation préventive des enfants, vaccination des enfants et accouchements assistés. Malheureusement aucune donnée de permet d'étayer cette situation. Il semble avoir des changements dans le domaine de l'hygiène et de l'assainissement. De plus la formation de 380 femmes sur l'alimentation équilibrée pour lutter contre la carence alimentaire des adultes et la bouillie enrichie pour lutter contre la malnutrition des enfants aurait commencé à produire des résultats.

d. Les communautés ont pris conscience de l'importance de la santé et participent financièrement de plus en plus au recouvrement des coûts de soins.

L'approche développée par l'ONG est acceptée par les communautés qui peuvent s'en approprier si un suivi efficace des activités avait été fait. Dans l'ensemble les acteurs rencontrés attendent un peu plus de cette ONG notamment dans le suivi de ces activités.

4. Efficience de l'approche santé

Le budget prévu dans la planification lorsqu'il est approuvé permet de réaliser toutes les activités planifiées même parfois au-delà. En comparant les coûts de réalisation de certaines activités, il apparaît clairement que les ressources mises à la disposition de l'ONG permettent d'atteindre les objectifs fixés d'une manière efficiente. Par exemple, pour la formation des AT, le per diem versé par AIDER est de l'ordre de 2500 FCFA contre 5000 FCFA voire plus pour d'autres intervenants. Le coût moyen de formation d'une AT est de 48125 FCFA, ce qui sans doute semble efficient.

5. IEC (information, communication, éducation)

On note une adéquation des différents canaux de communication utilisés avec les cibles fixées par le programme. Les principaux canaux utilisés sont les leaders d'opinion comme les imams et les chefs de villages qui utilisent les occasions de cérémonies de toute nature, les prêches, pour la sensibilisation sur les thèmes relatifs à la santé. Les animateurs de l'ONG se rendent aussi sur le terrain pour la sensibilisation des communautés.

Il manque cependant les boîtes à image, les affiches pour atteindre les couches de faible niveau d'instruction comme c'est le cas au Barh El Gazal.

6. Gestion

a. Planification, suivi et évaluation

L'ONG dispose d'une vision en rapport avec l'amélioration du bien être des populations de la région en se basant sur la santé préventive. Cette vision est traduite en actions suivant un processus de planification bien rodé comportant un plan de phase de 2 ans sur base duquel des plans annuels et semestriels sont élaborés. Pour la mise en œuvre opérationnelle, chaque plan semestriel fait l'objet de programmation mensuelle et de suivi en réunion d'équipe.

Il existe un cadre logique inspiré du système de gestion axé sur les résultats prenant en compte les besoins exprimés par les communautés. La priorisation est cependant faite au niveau du programme sur la base des disponibilités financières.

Le suivi évaluation se fait essentiellement à l'occasion des rencontres mensuelles et aussi lors des missions de terrain. Chaque activité (mission, formation) fait l'objet d'un rapport établi en deux exemplaires dont l'un est envoyé au BuCo et l'autre archivé au niveau du programme. Les différents rapports servent à rédiger le rapport mensuel puis semestriel et annuel.

Il y a un partage des informations avec quelques services techniques partenaires comme la santé et les autres ONG nouvelles ou anciennes intervenant dans la région mais tout cela reste du domaine de l'informel. Ainsi AIDER/BEG n'est pas systématiquement conviée aux sessions de comité directeur du district ou de la délégation. Au niveau régional, il semble ne pas avoir aussi une instance formelle de coordination. Cette situation fait que les interventions se chevauchent (ONG faisant la même chose et dans les mêmes cibles) entraînant une duplicité et absence de synergie (cas de la formation des AT). La délégation sanitaire et le district sanitaires doivent travailler avec les différents intervenants pour assurer ce cadre de concertation.

Il n'y a pas un système de capitalisation des acquis au sein de l'ONG qui souffre aussi de l'indisponibilité des données statistiques notamment en ce qui concerne les activités des AT et ASV de sorte que la mesure des effets reste difficile.

b. Financement, mécanismes de déboursement

En général le budget alloué permet de mener les activités. Seulement beaucoup d'activités jugées prioritaires par l'équipe ne reçoivent pas de financements et par conséquent sont annulées ou reportées. Le taux d'exécution physique de 77% illustre cette situation.

Pour assurer son autofinancement, AIDER/BEG dispose d'un centre polyvalent de formation avec une ferme végétale et une ferme animale, initialement conçu pour un but pédagogique. Bien que les fermes produisent des produits commercialisables, une réflexion à long terme sur la rentabilité ne semble pas avoir été menée. Actuellement il souffre même d'un manque de personnel et le taux d'autofinancement ne dépasse guère les 10% pour un objectif de 80% dans le cadre de l'autonomie. Beaucoup de facteurs défavorables y sont relevés notamment sa position excentrée par rapport aux zones d'intervention et son éloignement des centres urbains, tous facteurs qui rendent difficiles l'écoulement des produits. L'ONG doit mûrir une réflexion sur le fonctionnement de la ferme et surtout sur la manière d'assurer un écoulement de la production vers les centres urbains.

Des démarches sont aussi entreprises en direction de partenaires potentiels pour accroître les financements (en direction de Médecins du monde, UNICEF, FIDA) mais aucune n'a encore abouti. Il faut signaler qu'à ce jour, aucun fonds n'a encore été alloué par le BUCO, 09 mois après l'autonomie. Les activités sont donc au ralenti. Depuis le 1^{er} janvier 2010 aucune action n'a été menée en dehors de l'élaboration du business plan.

L'ONG de par son ancienneté et sa maîtrise du milieu semble incontournable. Elle est en effet sollicitée par les nouvelles structures qui veulent s'y implanter soit pour avoir des informations sur les communautés ou s'inspirer de son approche. Elle doit travailler à la mise en place d'un cadre de concertation dans ce domaine et surtout aussi envisager la possibilité de monnayer certaines prestations liées aux sollicitations.

Cependant il semble que l'ONG malgré le nombre d'années sur le terrain se cherche encore une identité et une crédibilité auprès des bénéficiaires.

c. Ressources humaines

De 26 personnes (dont 12 cadres-10 formateurs-2 gestionnaires) au début de la phase, l'ONG ne compte à ce jour que 06 cadres dont un cumule les postes de secrétaire exécutif et de gestionnaire. Les profils actuels se résument en 01 communicateur en entreprises, 01 sociologue, 01 géographe environnementaliste, 02 gestionnaires. Le personnel d'appui est aussi réduit à son strict minimum (01 chauffeur actuel contre 05 auparavant). Aucun des personnels actuels n'a bénéficié de formation en santé. Les formations reçues par le responsable du domaine santé (profil communicateur d'entreprises) sont les suivantes : concept développement par le rêve, genre et développement.

Il y a donc nécessité de renforcement les capacités de l'équipe aussi bien par la formation de l'existant que par le recrutement. L'équipe compte 1 femme sur les 6 membres, ce qui au regard de la situation de la région est encore insuffisant.

Le niveau de motivation de ce personnel semble vraiment bas même si les membres font référence au fait de travailler pour le développement de leur région. En effet la majeure partie du personnel (04/07) ne dispose pas de contrat en bonne et due forme et attend impatiemment le déblocage de la situation.

L'absence d'un cadre ayant un profil de la santé est un handicap qu'il faudra à terme corriger faute de quoi, l'ONG sera toujours dépendante des apports externes dans les domaines de la formation/suivi. Déjà certaines supervisions effectuées par les cadres de l'ONG semblent souffrir de quelques lacunes puisque n'étant pas des professionnels de la santé et n'ayant pas non plus bénéficié d'une formation continue dans ce domaine.

d. Manuel de Gestion

L'ONG dispose d'un manuel de procédures de gestion administrative, financière et comptable adapté en décembre 2009 à son statut d'ONG. L'innovation est la création d'un poste de responsable du volet suivi évaluation dans le bureau exécutif avec pour attributions de s'assurer de

la qualité de la formation et du suivi (prend en compte les relais communautaires, les COSAN/COGES). Les membres espèrent ainsi améliorer les capacités de suivi et d'évaluation de l'ONG. Le manuel précise les dispositions relatives au contrôle budgétaire et au suivi des opérations de trésorerie, le plan comptable de l'ONG. L'ONG dispose également d'un organigramme. L'instance suprême est l'AG ainsi que le conseil d'administration. Le bureau exécutif comporte 11 membres mais actuellement tous les postes ne sont pas pourvus. Le manuel semble connu de tous et contribue à la transparence.

7. Leçons apprises et bonnes pratiques

Dans le domaine de la santé, AIDER/BEG a mené des actions qui par manque de suivi n'ont pas eu les résultats espérés. Mais la formation des AT en milieu nomade est une innovation qui, si elle est suivie devrait permettre d'améliorer significativement la pratique des accouchements dans ces communautés de manière plus hygiénique et inciter les femmes pour l'utilisation des services de CPN.

Comme pratique innovante il y a la formation des associations de lutte contre le VIH. Malheureusement cette action n'est pas allée très loin aussi du fait de l'absence de suivi. Parmi les ASV formés certains se sont transformés aussi en « dr choukous » toujours du fait de l'absence de suivi. En conclusion, pour réussir, toute action et particulièrement en direction des communautés de base a besoin de l'adhésion de ces communautés mais et surtout de suivi. Fort de ce constat, l'ONG a décidé la création du poste de responsable du volet suivi évaluation pour effectivement mieux assurer le suivi de ces actions et surtout de pouvoir les capitaliser.

8. Propositions pour les interventions futures (interventions thématiques ou autres)

Pour le futur, l'ONG AIDER/BEG entend se positionner comme un pool d'excellence notamment dans la santé préventive. A ce titre, elle ambitionne de renforcer ce qu'elle fait déjà tout en innovant dans d'autres domaines. Ainsi elle envisage de :

- Assurer la formation des COSAN et COGES pour en faire de véritables relais communautaires susceptible d'être des vecteurs du changement au plan sanitaire ;
- Faire un état initial des lieux afin de rendre plus mesurables les résultats de ses actions dans la santé ;
- Assurer un suivi rapproché des relais communautaires formés ;
- Assurer la capitalisation de ses acquis et surtout en termes de statistiques sanitaires ;
- Contribuer au recyclage des RCS en vue d'améliorer la qualité des soins ;
- Assurer une meilleure concertation avec le DS dans le choix des formateurs.

IV. Conclusions et recommandations

Présente depuis 1994 dans la région, l'ONG AIDER/BEG s'est positionnée comme un intervenant incontournable dans le domaine de la santé préventive. Bien que beaucoup d'actions aient été menées, il se pose des difficultés quant à la mesure de l'impact de ses interventions. Certes il semble avoir une prise de conscience et un début de changement de comportement au sein des communautés en matière de santé, mais des efforts restent encore à faire. Prenant en compte la situation particulière de la région et des insuffisances ayant émaillé la phase, les recommandations suivantes sont formulées pour améliorer les actions de l'ONG et rendre plus visibles les résultats.

- Prendre en compte l'aspect lutte contre la malnutrition (sensibilisation, prise en charge communautaire) compte tenu de la prévalence très élevée (30% dont 10% MAS) et de ses conséquences en terme de mortalité maternelle ;
- Dans l'approche avec les AT, mettre l'accent sur le suivi avant d'envisager l'extension géographique ou en nombre tout en réfléchissant également avec les communautés et le district sur le renouvellement des trousseaux des AT ;
- Décentraliser le suivi des AT et ASV au niveau des RCS avec une approche contractuelle (à cet effet l'ONG pourrait s'inspirer de sa consœur ADRB dans le Batha);

- Mettre à la disposition des relais communautaires (associations, COSAN) un matériel minimal pour les activités d'IEC ;
- Assurer un suivi et capitalisation de toutes les actions entreprises ;
- Mobiliser les communautés pour la construction de centres de santé communautaires (cf APIDEL Ennedi) ;
- Réorganiser le staff de l'ONG notamment en évitant le cumul constaté actuellement ;
- Renforcer les capacités du personnel dans le domaine de la santé ;
- Travailler sur les COSAN qui sont de bons relais communautaires tout en développant leur capacité de cogestion des structures sanitaires publiques ;
- Mener une concertation avec les autres intervenants pour la mise en place d'un cadre de concertation des ONG ;
- Prendre en compte l'aspect valorisation de la médecine traditionnelle ;
- Poursuivre l'appui en matériels aux CS.

Enfin des actions en urgence doivent être entreprises pour clarifier la situation de l'ONG vis-à-vis de son partenaire privilégié qu'est la Coopération suisse.

Annexes

Annexe 1: Tableau d'analyse FFOM du PDR Kanem

	Forces	Faiblesses
Interne	<ul style="list-style-type: none"> - bonne connaissance du milieu - membres très engagés - bonnes relations avec les autres intervenants - approche basée sur les aspirations/besoins des populations 	<ul style="list-style-type: none"> - position géographique du centre (très excentré par rapport aux zones d'intervention posant difficultés d'écoulement des produits de la ferme) - nombre réduit des femmes au sein de l'équipe
	Atouts	Menaces
Externe	<ul style="list-style-type: none"> - existence d'initiatives locales - engagement des partenaires ruraux - appropriation de l'approche - communautés ouvertes aux innovations - existence des potentialités locales 	<ul style="list-style-type: none"> - existence d'un seul bailleur - esprit d'attentisme des partenaires ruraux

Annexe 2: Tableau des réalisations des résultats attendus en santé préventive du PDR Kanem

Bilan des réalisations en santé du PDR pour la période 2007-2009

Activités	2007			2008			2009		
	Planif	Réal	Tx réal	Planif	Réal	Tx réal	Planif	Réal	Tx réal
Formation Accoucheuses traditionnelles	12	6	50	0	0		0	0	
Recyclage AT	0	0		0	0		20	17	85
Suivi des AT par l'équipe de coordination	12	12	100	12	12	100	12	12	100
Formation des ASV		2							
Organisation des stratégies mobiles/avancées				1	1	100	1	1	100
Appui en matériels biomédicaux		1							
Formation de 12 associations sur le VIH/SIDA							12	12	100

Annexe 3 : Tableaux budgétaires

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Budget prévu PDR	202.161.566	254.135.001	390.507.743	322.695.587	466.889.463	
Budget exécuté PDR						
Budget prévu santé						
Budget exécuté santé	1.452.750F	1.508.230	24.663.980	793.900	3.947.700	-
Recettes propres						

Annexe 4: Evolution de quelques indicateurs démographiques et de santé**Tableau 1: Evolution des indicateurs démographiques au Kanem de 2004 à 2008**

	2004	2005	2006	2007	2008
Population	404375	413338	426332	439441	453064
Densité	3,53	3,61	3,72	3,84	3,96
Capacité hospitalière	0,23	0,22	0,26	0,25	

Source : Annuaire de Statistiques Sanitaires

Tableau 2: Evolution des ratios de ressources humaine au Kanem de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Habitants/Médecin	67396	68889	106583	87888	53022
Habitants/Infirmier	7488	5585	6989	7990	6532
Femmes en Âge de procréer/Sage-Femme	23050	18848	97204	103193	95653

Source: Annuaire de statistiques Sanitaires

Tableau 3: Evolution des indicateurs de santé maternelle au Kanem de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Utilisation des services	17,3	13,77	13	15	8
Utilisation des services de CPN	40,1	28,5	36,74	38,9	43,27
Accouchements assistés	27,9	19,8	27,4	25,2	23

Source: Annuaire de Statistiques Sanitaires

Tableau 4: Evolution de la couverture (%) vaccinale dans la région sanitaire du Kanem 2004-2008

	2004	2005	2006	2007	2008
BCG	50,8	54,05	70	71	
DTC3	46,4	44,46	60,35	60,3	28
Polio 3	44,5	43,49	58,21	56,6	42
VAA	45,7	54,03	54,51	61,6	73
VAR	53,9	50,58	59,62	61,4	48
Enf Compl Vacc	33,7	36,67	43,56	50,6	_

Source: Annuaire des statistiques Sanitaires

Autoévaluation du PDR Batha (ADRB)

Résumé exécutif

La région du Batha, située au centre du Tchad en zone sahélienne, connaît une situation sanitaire caractérisée par l'insuffisance d'infrastructures sanitaires et aussi d'ONG intervenant dans le domaine. Les indicateurs sanitaires pour l'année 2008 sont les suivants : 6 nouveaux contacts pour 100 habitants/an, 16% de couverture en CPN et accouchements assistés, 44% en DTC3). C'est dans ce contexte que l'ADRB, seule ONG à intervenir dans la santé, se bat au quotidien pour améliorer l'environnement sanitaire des populations et ce dans un cadre multisectoriel. Son approche principale, pour cette population à 87,5% rurale avec une forte composante nomade (13%), est participative. L'ONG a certes engrangé de nombreux résultats positifs aussi bien dans le domaine de l'IEC (sensibilisation sur divers thèmes dont le VIH/SIDA, l'hygiène...), de la collaboration entre les détenteurs des savoirs locaux (accoucheuses traditionnelles, tradipraticien) et la médecine moderne et aussi la dynamisation des comités de santé. Ainsi 90 AT ont été formées et 16 COSAN ont été restructurés. Les COSAN participent effectivement aux actions de sensibilisation et à la cogestion des formations sanitaires à la satisfaction des premiers responsables sanitaires de la région. Ils sont devenus des partenaires crédibles des services de santé. 17 tradipraticiens dont 3 femmes ont été approchés en vue d'une collaboration avec les services de santé moderne ; cette collaboration est effective pour le cas de deux tradipraticiens avec l'hôpital de district. Elle apporte un appui logistique prononcé aux services étatiques notamment dans le domaine de la vaccination et lors des épidémies. Grâce à cette intervention il y a une amélioration du taux des accouchements assistés grâce à la notification via les AT et aussi la référence aux centres de santé. Les conditions de pratique de ces accouchements assistés à domiciles se sont nettement améliorées. Les communautés commencent à prendre conscience de la réalité du VIH/SIDA et de son impact négatif sur le développement.

Dans le domaine de la santé des nomades, elle a su intégrer la formation des AT pour cette communauté. Les actions engagées font l'objet d'une participation consciente de la population. Cependant il existe encore des insuffisances en matière de formulation des indicateurs, ce qui retentit négativement sur le suivi. Pour le futur, l'ONG, tout en continuant et en diversifiant ces interventions, doit prendre en compte la nécessité de s'ouvrir vers d'autres partenaires, penser au renforcement de son autonomie (autofinancement) et améliorer aussi le suivi et l'efficience de certaines interventions.

Introduction

Vaste région située au centre du pays, le Batha est confronté à une carence en ressources humaines qualifiées, une insuffisance des structures socio sanitaires et une faible couverture sanitaire qui se traduit par un mauvais état de santé de la population. L'amélioration de la situation dans cette région peuplée majoritairement des nomades passe par une conjugaison des efforts tant de l'Etat que des ONG comme ADRB.

Répondant aux multiples sollicitations des populations, ADRB intervient dans plusieurs domaines notamment, l'économie rurale, l'éducation et la santé.

Par ailleurs, la coopération suisse, principal bailleur de fonds de l'ONG entend redéfinir ses orientations dans le domaine de la santé publique et communautaire au Tchad pour les actions futures. A cet effet, une autoévaluation sous forme de bilan prospectif des activités menées depuis 2003, est en cours et concerne les 7 ex PDR dont ADRB. Cette autoévaluation assortie d'une analyse prospective est conduite par des consultants pourvus d'un aide mémoire reprenant et détaillant les différents critères d'évaluation tels que stipulés dans les termes de référence. Le présent rapport fait la synthèse de l'autoévaluation d'ADRB et s'articule autour des points essentiels des TdR.

I. Objectifs (cf. TdR)

L'objectif général de l'autoévaluation est d'évaluer/apprécier objectivement la mise en œuvre du programme santé de ADRB en vue de faire des recommandations pertinentes pour améliorer le programme.

II. Résultats attendus

Au terme de l'autoévaluation, le résultat global est une évaluation/appréciation objective (force et faiblesses) de la mise en œuvre du programme d'ADRB assortie de recommandations pertinentes pour son amélioration.

Cela devrait être consigné dans un rapport de synthèse global.

Les résultats spécifiques sont les suivants :

- Evaluation/appréciation de la mise en œuvre du plan d'action opérationnel (faiblesses, forces, suggestions) ;
- Appréciation du dispositif managérial mis en place par les parties concernées pour la conduite du programme au regard du profil ;
- Recueil des opinions/points de vue des différents partenaires et équipes de ADRB sur le programme;
- Proposition des recommandations pour l'amélioration future du programme.

III. Principaux résultats de l'atelier

Conformément aux mandats décrits dans l'aide mémoire d'autoévaluation remis comme le fil conducteur, les participants se sont réunis autour du coordonnateur, et ont parcouru toutes les questions et apporté des éléments de réponse.

1. Pertinence de l'approche santé

L'insuffisance de structures socio sanitaires de base et du personnel qualifié, le faible niveau d'instruction de la population couplé au poids de la tradition sont les principaux facteurs qui justifient les interventions développées par ADRB. Les multiples défis auxquels l'Etat est confronté n'ont pas permis de développer des actions en faveur de la région du Batha dont les indicateurs sont parmi les plus faibles du pays. Cette situation se traduit par des grandes distances parcourues par les populations pour se rendre dans une formation sanitaire (32 km pour atteindre un centre de santé et 119 km pour un hôpital en 2008). A ce problème d'accessibilité géographique, s'ajoute l'accessibilité financière et culturelle. En moyenne les populations dépense environ 805 frs en cas de maladie, ce qui, ajouté aux frais de déplacement et autres coûts indirects est hors de portée pour de nombreux ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté. En outre, les ratios habitants/personnel qualifié sont loin des normes recommandées par l'OMS (93 374 hab/médecin ; 8191 hab/infirmier qualifié et 168084 FEAP/sage femme). Peuplée à hauteur de 13% par les nomades, la région du Batha compte parmi celles qui ont un taux d'utilisation des services de santé et une couverture en CPN faibles (respectivement 9% et 19,9% en 2007). Seules des actions de proximité développées par des organisations non gouvernementales ou des associations communautaires sont à même de réduire les peines supportées par les populations.

S'appuyant sur ses contacts quasi permanents avec les communautés, l'ADRB planifie et exécute des services qui sont en adéquation avec les attentes des populations. En effet, les problèmes identifiés par les communautés font l'objet d'une priorisation de la part de l'ADRB qui, en fonction des ressources disponibles, les retient dans son plan d'action. L'exécution de ces activités étant réalisée en collaboration avec les services techniques ce qui sous-tend que les interventions développées correspondent aux priorités nationales inscrites dans la Politique Nationale de Santé et dans le Plan

National de Développement Sanitaire. Mieux ces interventions répondent aux besoins essentiels exprimés par les populations.

Par ailleurs, la cohérence du processus de planification est assurée par l'existence/le respect du cadre logique et l'ensemble des activités et des résultats s'inscrivent dans la vision de l'ONG axée sur la santé préventive.

En outre, la tenue des réunions mensuelles permet de faire un bilan des activités mises en œuvre et d'assurer le suivi budgétaire de sorte qu'un responsable d'un domaine quelconque peut à tout moment être renseigné sur le niveau des dépenses, le solde, ...

Certes, beaucoup d'activités sont réalisées mais l'absence des indicateurs d'impact tant au niveau de ADRB que des bénéficiaires rend moins visibles la portée réelle des interventions de l'ONG. A ce sujet, il se pose un problème d'identification des indicateurs pertinents pour mesurer les impacts des interventions. Un accent particulier doit être mis sur le suivi-évaluation des activités à travers une gamme d'indicateurs objectivement vérifiables et pertinents.

2. Durabilité de l'approche santé

Le niveau actuel de participation des bénéficiaires, l'amorce du programme vers une autonomie et la large implication des services techniques sont les principaux fondements d'une durabilité de l'approche santé.

Participation des bénéficiaires

La motivation des AT et des COSAN/COGES, l'acceptation du recouvrement des coûts, le dévouement des relais communautaires dans la sensibilisation sont autant d'atouts qui peuvent être maintenus dans le cadre de l'autonomie de l'ADRB. On note, une large implication des services sanitaires qui participent aux formations et à la supervision des accoucheuses traditionnelles, toute chose indispensable au transfert des connaissances aux agents communautaires.

Coordination et complémentarité sectorielle : la bonne coordination des activités tant à l'intérieur qu'avec les autres intervenants permet non seulement un partage d'informations mais également d'éviter la duplication des interventions. Fort de cette expérience acquise après plus de deux décennies sur le terrain, plusieurs ONG s'inspirent du modèle de l'ADRB afin d'éviter des éventuels échecs dans leurs interventions. Cette forme de collaboration marquée par des échanges d'informations a contribué à éviter les duplications dans les interventions.

En outre, de plus en plus, grâce à la sensibilisation les communautés ont compris l'importance de la santé et s'impliquent davantage. Il est fréquent de constater que le renouvellement des stocks de médicaments ou de la trousse des AT sont assurés par les populations. A cela s'ajoute la participation individuelle des malades à travers le recouvrement des coûts.

Participation plus importante des femmes : la participation des femmes est désormais une réalité même si ces dernières sont encore sous représentées dans les sphères de décision. Les COSAN et COGES comptent dans les bureaux de plus en plus des femmes. Dans une société où les femmes sont réduites aux tâches ménagères et totalement soumises aux époux, des efforts considérables sont notés à travers leur présence dans la plupart des comités de santé. Tout cela est rendu possible grâce à l'implication de l'ADRB dans les sensibilisations des populations.

Grâce à l'appui d'ADRB, les membres COSAN/COGES ont bénéficié de formations en 2009 sur les attributions des COSAN. Cette formation qui a permis d'améliorer substantiellement le fonctionnement de ces organisations.

La motivation des AT est toujours assurée par les communautés même si après les formations reçues de la part de l'ADRB, les populations considèrent que les AT sont des salariées de l'ONG et par conséquent ne doivent plus rien attendre d'elles après un accouchement réalisé. Cette perception doit être corrigée dans les meilleurs délais par les COSAN et la DSR et les ONG intervenants dans la zone car de la résolution de ce problème dépend la durabilité des actions louables des AT. Le

renouvellement de la trousse qui n'est assurée par ADRB moins encore par la DSR doit être supporté par les populations à travers cette motivation symbolique.

Recherche d'autofinancement de ADRB sans altérer la qualité du service rendu ni perdre la vision dans son ensemble (voir annexe 2, Budgets annuels et ressources propres) : la coordination de ADRB dans l'optique de l'autonomisation du programme a entrepris des plaidoyers auprès de nombreux bailleurs dont le PNUD, l'Union Européenne qui n'ont malheureusement pas encore été concluant. Toutefois des contacts ont abouti avec le PROHYPAS pour le financement de certaines activités dans le domaine de la santé.

Au sein d'ADRB les activités de santé sont transversales et donc tous les domaines traitent d'une manière directe ou indirecte ce volet car tout concourt à la bonne santé. Toute la philosophie de l'équipe dirigeante est orientée vers la complémentarité des domaines de sorte que quiconque peut répondre aux questions touchant n'importe lequel des domaines.

Transparence dans la gestion et rationalisation des ressources. Toutes les actions financières s'appuient sur le manuel de procédures. Les membres de l'équipe sont tous tenu informé soit à titre consultatif soit à cause de l'attribution des membres.

Prise de conscience de la communauté sur l'importance des AT. L'absence des statistiques n'a pas permis d'apprécier l'apport substantiel des AT dans l'amélioration de la couverture en accouchement assisté. Dans une région qui manque de sage femme et où les distances qui séparent les ménages des formations sanitaires sont estimées en général à des dizaines de kilomètres, le recours aux AT est un moindre mal pourvu qu'elles soient régulièrement supervisées par les RCS.

Au regard des insuffisances ci-dessus répertoriées, la durabilité semble certaine même si des réflexions sur le suivi des AT et le renouvellement de leurs trousse sont nécessaires.

3. Efficacité (cf. annexe 2)

a. Le niveau de réalisation physique des activités planifiées pour la phase est estimé à 60%. Il reste à voir l'impact réel de ces formations et sensibilisations sur l'utilisation des services de santé.

b. Les tradipraticiens sont identifiés et mise en lien avec les services de santé moderne. Cette forme de collaboration n'est cependant pas matérialisée de façon formelle de même que les références et contre références d'un système à un autre. Il serait souhaitable que ADRB développe des supports de référence de la médecine traditionnelle vers la médecine moderne et vice versa, cela contribuerait d'une part à formaliser la collaboration et d'autre part disposer des statistiques montrant l'importance de la relation personnel soignant et tradipraticien dont les recettes ne sont pas documentées.

c. Le changement de comportement des bénéficiaires se mesure par une nette amélioration des couvertures en consultation prénatale, en vaccination des enfants et en accouchement assisté (situation malheureusement non étayée par des données pour la période) et la pratique de l'hygiène (habitat). Les accoucheuses traditionnelles rencontrées ont toutes reconnu avoir abandonné certaines anciennes pratiques néfastes au détriment des bonnes pratiques apprises pendant les formations reçues.

d. Les communautés ont pris conscience et participent à la sensibilisation mais surtout à la prise en charge de coûts de fonctionnement (loyer), l'entretien des centres de santé, le renouvellement du stock de médicaments...

Dans l'ensemble, les acteurs rencontrés sont satisfaits de l'intervention d'ADRB même s'ils attendent encore un peu plus de cette ONG.

4. Efficience

Le budget prévu permet la réalisation des activités planifiées (cf. annexe 3). Cependant, on note un accroissement des besoins exprimés par les communautés que le budget malheureusement ne permet pas la satisfaction.

Il apparaît clairement une rationalisation des ressources existantes (le coût moyen de formation d'une AT est de 90 000 FCFA) et une réalisation des activités à moindre coût. Ainsi les ressources mises à la disposition de l'ONG permettent d'atteindre les objectifs fixés d'une manière efficiente.

Pour optimiser cette efficience, il est recommandé l'intégration des activités. L'approche développée par ADRB quant au suivi de la bonne exécution des tâches assignées (suivi des AT) aux responsables des centres de santé conformément au contrat qui lie les deux parties est à encourager et concourt à rendre plus efficientes les interventions de l'ONG.

5. IEC (information, communication, éducation)

Les canaux utilisés pour conduire les stratégies d'IEC sont en adéquation avec les cibles fixées par le programme, notamment à travers l'usage :

- Des boîtes à image ;
- Les causeries-débats ;
- Les personnes ressources comme les imams et les chefs de village utilisent les occasions de cérémonies de toute nature, les prêches pour la sensibilisation sur les thèmes relatifs à la santé ;
- Les animatrices en qui les femmes ont confiance

Par ailleurs, la promotion de la santé est assurée par la réalisation dans les écoles, les différents groupements, d'activités se rapportant à l'hygiène corporelle et l'utilisation des latrines. De même la protection de l'environnement fait l'objet des campagnes de sensibilisation auprès de la population. Enfin, la vulgarisation des bonnes expériences se fait à travers les visites d'échanges, les stages, l'utilisation des relais communautaires (accoucheuses traditionnelles).

6. Gestion

a. Planification, suivi et évaluation

L'ADRB dispose d'une vision en matière de santé qui est intimement en rapport avec un développement global des communautés devant leur permettre d'accéder à un mieux être à travers l'accessibilité des soins de proximité. Fort de cette vision le processus de planification est suffisamment maîtrisé par les membres. Ainsi un plan de phase est élaboré puis décliné en plan annuel et semestriel. Le plan semestriel fait l'objet de programmations mensuelles.

Un cadre logique existe bien mais souvent il y a une confusion entre les résultats attendus et les objectifs, entre les effets et l'impact (ex objectif meilleure utilisation des services préventifs y compris le VIH/SIDA ; résultats attendus : nombre de personnes sensibilisées). Parfois les cibles mentionnées pour les objectifs ne sont pas les mêmes que dans les résultats attendus. Les indicateurs retenus relèvent du domaine du processus. Un effort dans l'indentification et la formulation des indicateurs par niveau doit être fait avec un accent particulier pour de véritables indicateurs de résultats.

S'agissant du suivi, il existe différents cadres de suivi. Ainsi il y a les instances statutaires de l'ONG (Assemblée générale, conseil d'administration, réunion de programmation et de suivi). Par ailleurs elle participe à des cadres de concertation au niveau district et région (comité directeurs, comité régional d'action). Ces cadres permettent des échanges informationnels avec les différents partenaires et l'administration. Il faut noter aussi que tous les différents plans font l'objet de bilans qui sont partagés avec les bénéficiaires et les différents partenaires notamment les services de santé. Les différentes activités (mission, formation, suivi) font aussi l'objet de note ou de rapport partagé au sein de l'équipe de sorte qu'il existe une mise à niveau informationnel.

Pour mener à bien ce travail, l'ADRB dispose d'un parc de 06 véhicules (dont deux en bon état) et de 3 motos DT.

Le centre polyvalent de formation constitue un outil pédagogique et se positionne comme un levier économique de l'ONG. A ce titre elle effectue des prestations payantes (location, restauration, vente de produits animaliers et végétaux...). Actuellement son taux d'autofinancement est de 67% pour un objectif de 80% voire à terme de 100% mais on est encore loin de la prévision d'accroissement de 10% par an. Le système d'exhaure d'eau constitue un poste de dépense très élevé qui grève la capacité d'autofinancement. Une réflexion vers l'utilisation d'autres sources d'énergie comme le solaire devrait permettre d'améliorer la situation à long terme tout en permettant de diversifier et d'accroître les productions.

Il est à noter que l'ONG dispose d'un organigramme et son leadership fait l'unanimité dans la région du fait de son approche et surtout de la maîtrise du terrain. Ainsi elle est de plus en plus sollicitée par les nouveaux intervenants dans la région.

b. Financement, mécanismes de déboursement

Actuellement la coopération suisse constitue le principal pourvoyeur de fonds mais à terme cela devrait pouvoir évoluer positivement avec les différents contacts établis dont certains devraient déboucher incessamment sur la signature d'un protocole. Les consultants ont toutefois suggéré certaines institutions intervenant dans le domaine de la santé et aussi l'exploration du côté du ministère concernant la mise en œuvre de l'approche contractuelle avec les ONG. Concernant le mécanisme de déboursement, il ne semble pas avoir de difficultés particulières avec le BUCO une fois le budget approuvé. L'expérience de suivi budgétaire acquise avec le BUCO devrait néanmoins être confrontée à la lumière des nouveaux partenariats qui ne manqueront pas d'être noués avec d'autres bailleurs. La rigueur de suivi dont a fait preuve l'ONG permet de dire que cela pourra se faire sans difficulté majeure.

c. Ressources humaines

Les ressources humaines qualifiées pour le travail se composent de 11 personnes dont 04 femmes. L'équipe est pluridisciplinaire mais aussi polyvalente ce qui permet à chaque acteur de donner des informations relatives au domaine de la santé à l'occasion de leur mission de terrain. L'atout majeur est que l'ONG dispose d'une personne qualifiée en santé (à la différence des autres PDR), ce qui permet une meilleure compréhension et approche mais aussi force le respect car ce ne sont pas des « profanes ». Cependant dans la responsabilisation, on note que le responsable est d'un domaine autre que la santé.

Tous les membres ont pu bénéficier de perfectionnement dans la santé. La principale source de motivation pour les membres de cette ONG semble être la fierté de travailler pour leur communauté d'origine.

d. Manuel de Gestion

Le manuel de procédure de 2003 a été adapté au contexte d'une ONG en 2009. Ce manuel prévoit la gestion administrative et financière tout en réglant la gestion du fonds alloué à la santé. Les procédures sont suffisamment claires et comprises de tous et toutes. L'exécution de chaque activité fait l'objet de planification et de justification au plan financier. Le suivi budgétaire permet d'avoir une lecture du niveau d'exécution par domaine.

7. Leçons apprises et bonnes pratiques

L'ADRB, tout en mettant en œuvre les mêmes approches que les autres ex PDR en matière de santé, a su développer des actions spécifiques à son contexte notamment marqué par le nomadisme et la transhumance. Cette population représente 13% de la population totale de la région. Ainsi en matière de formation des AT, elle a su convaincre les communautés nomades à identifier en leur sein des AT qui ont été formées et qui suivent tout en assurant leurs activités dans le respect des directives de la formation reçue. Cette expérience mérite d'être suffisamment documentée.

En outre dans le domaine du suivi des AT par le personnel de l'Etat (responsables des centres de santé -RCS), l'ONG a mis en place un contrat de prestation de service entre elle et ces agents ; ces contrats individuels font l'objet de termes de référence indiquant les actions que le RCS doit

accomplir. Le contrat est sanctionné par un rapport. Cependant les termes du contrat méritent d'être améliorés surtout dans sa partie collecte et analyse des données. Ce contrat peut être aussi l'occasion d'intégration d'autres activités, ce qui devrait permettre d'améliorer son efficience. Cette intégration est du reste prônée par la politique nationale de santé. Ainsi les activités telles que la vaccination, la lutte contre la malnutrition ou les CPN peuvent être couplées à ce suivi.

8. Propositions pour les interventions futures (interventions thématiques ou autres)

Pour le futur l'ONG envisage les actions suivantes :

- Poursuivre tout en les améliorant les actions déjà entreprises ;
- Mobilisation des communautés pour la construction de centres de santé ;
- Améliorer l'accès à l'eau potable ;
- Renforcer la santé des nomades en intégrant la formation d'agents de santé communautaire en leur sein et la construction de cases de santé ;
- Assurer des actions de lutte contre la malnutrition ;
- Intégrer les actions liées à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle ;
- Assurer l'alphabétisation fonctionnelle des COSAN, COGES et AT en vue d'améliorer le système de rapportage et de suivi.

IV. Conclusions et recommandations

Dans le contexte actuel de la région du Batha, les activités d'ADRB demeurent une nécessité pour l'amélioration de la santé des individus, des familles et des communautés. Tout en s'inscrivant dans la politique sanitaire nationale, les interventions de l'ONG doivent gagner en qualité et en professionnalisme. Des actions doivent être entreprises pour renforcer aussi le financement de la nouvelle autonomie. Les principales insuffisances constatées sont relatives à l'indentification des indicateurs de résultats (effets), la collecte des données, le suivi des AT. Les recommandations suivantes devraient permettre à l'ONG non seulement d'améliorer la qualité de ce qui est actuellement mené mais aussi d'améliorer son autonomie par rapport au principal bailleur :

- Nécessité de penser aux énergies renouvelables en matière d'exhaure d'eau ;
- Intégrer l'approche contractuelle initiée par le ministère de la santé ;
- Revoir la formulation des indicateurs surtout en mettant accent sur les indicateurs de résultats et non de processus ;
- Revoir les termes de référence du suivi des AT ;
- Intensifier la sensibilisation et réflexion sur un mécanisme communautaire de renouvellement des trousseuses des AT ;
- Mener une réflexion globale sur les autres possibilités de financement de ce suivi, les ressources mobilisées pouvant être réorientées ailleurs, dans la perspective de pérennisation ;
- Revoir l'approche avec les tradipraticiens en mettant aussi un accent sur l'amélioration de la conservation des produits et le dosage rationnel en fonction des âges et des pathologies (se rapprocher aussi de l'antenne régionale de surveillance épidémiologique qui a des actions en direction de la médecine traditionnelle) ;
- Intégrer les actions pour les rendre plus efficientes (discussion avec la délégation sanitaire et les districts);
- Réfléchir à des alternatives de financement du risque maladie (certaines communautés - Aradib- pourrait constituer une expérience pilote) ;
- Diversifier les sources de financement en développant le plaidoyer notamment en direction des partenaires impliqués dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Annexes

Annexe 1: Tableau d'analyse FFOM du PDR Batha

	Forces	Faiblesses
Interne	<ul style="list-style-type: none"> - Appartenance et bonne connaissance du milieu - Polyvalence des membres - Approche d'intervention participative - bonne organisation de l'équipe - centre polyvalent de formation avec potentiel de production 	<ul style="list-style-type: none"> - supports de collectes des statistiques inexistant ou pas au point - charges de structures du centre lourdes
	Atouts	Menaces
Externe	<ul style="list-style-type: none"> - Acceptation/appropriation de l'approche par les bénéficiaires - complémentarité avec les interventions des autres ONG - Bonne collaboration avec les services techniques 	<ul style="list-style-type: none"> - ONG tributaire d'un seul bailleur

Annexe 2 : Tableaux des réalisations des résultats attendus en santé préventive du PDR

Tableau N° 1: Bilan de réalisation des résultats attendus du PDR en santé préventive pour la période de 2007 à 2010

Thèmes développés	Nombre de personnes prévues	Nombre de personnes formées ou sensibilisées	Taux réalisation
VIH / SIDA	2160	738	34%
Formation en Nutrition	480	232	48%
Accoucheuses traditionnelles	80	50	62,5%
Formation de comité de santé	24	16	66,66%
Suivi des AT	90	74*	82,22%
Identification des tradipraticiens	20	17**	85%
TOTAL			

* : prend en compte les AT formées lors des phases antérieures

** : 02 sont mis en lien avec l'hôpital de district d'Ati en qualité de garçon de salle et fille de salle

Annexe 3 : Tableaux budgétaires

	Du 01/07/2004 au 31/10/2007	Du 01/11/2007 au 31/08/2008	Du 01/09/2008 au 31/12/2009	Du 01/01/2010 au 31/12/2011	TOTAL
Budget prév PDR	879'474'250	169'511'700	460'400'000	520'000'000	
Budget exécuté PDR	906'457'229	188'278'137	430'369'667	158'335'126	
Budget prév santé	11'778'000	7'723'500	8'906'665	11'257'250	

Budget exécuté santé	8'222'735	1'807'250	14'027'970	3'196'090	
Recettes propres	25'348'975	2'002'550	15'061'035	974'530	

Annexe 4: Evolution de quelques indicateurs démographiques et de santé**Tableau 1 : Evolution des indicateurs démographiques au Batha de 2004 à 2008**

	2004	2005	2006	2007	2008
Population	413361	425935	439325	452834	466872
Densité	4,65	4,8	4,95	5,1	5,26
Capacité hospitalière	0,28	0,27	0,25	0,24	_

*Source : Annuaire de Statistiques Sanitaires***Tableau 2 : Evolution des ratios de ressources humaine au Batha de 2004 à 2008**

	2004	2005	2006	2007	2008
Habitants/Médecin	59052	60848	62761	90567	93374
Habitants/Infirmier	6079	6263	6461	9057	8191
Femmes en Âge de procréer/Sage-Femme	47123	32371	50083	103246	168084

*Source: Annuaire de statistiques Sanitaires***Tableau 3 : Evolution des indicateurs de santé maternelle au Batha de 2004 à 2008**

	2004	2005	2006	2007	2008
Utilisation des services	10,2	9,83	10	9	6
Utilisation des services de CPN	20,1	19,5	21,57	16,9	15,64
Accouchements assistés	10,4	10,5	12,14	8,1	16

*Source: Annuaire de Statistiques Sanitaires***Tableau 4 : Evolution de la couverture (%) vaccinale au Batha de 2004 à 2008**

	2004	2005	2006	2007	2008
BCG	24,7	35,52	42,74	54,4	
DTC3	32	32,64	38,19	39,8	44
Polio 3	31,2	31,47	37,43	32,6	63
VAA	32,2	33,01	40,23	47,5	90
VAR	40,3	37,62	44,59	38,8	78
Enf Compl Vacc	18	20,29	24,49	26,1	

Source: Annuaire des statistiques Sanitaires

Autoévaluation du PDR Moyen Chari

Résumé exécutif

La région du Moyen Chari connaît une situation sanitaire caractérisée surtout par l'insuffisance de personnels de santé qualifiés et des faibles indicateurs sanitaires. Les couvertures en santé maternelle en 2008 sont respectivement de 56% en CPN et 20% pour les accouchements assistés aussi bien par le personnel de santé que les AT formées. Le taux de DCP3 est de 28%. La région est aussi marquée par une prévalence élevée du VIH/SIDA en raison, surtout, des nombreux brassages de populations. C'est en se fondant sur ce contexte que l'ex PDR Moyen Chari rebaptisé APDI, a décidé de contribuer à l'environnement sanitaire des populations de la région. Son approche principale est basée sur la santé préventive. Pour ce faire diverses interventions ont été menées avec toutefois des résultats mitigés.

Au titre des acquis on peut noter la formation de 149 AT, lesquelles réalisent les accouchements normaux, effectuent la référence des accouchements compliqués et sensibilisent les femmes enceintes sur la CPN. Les membres de 22 COSAN ont été formés et participent aussi bien à la cogestion des services qu'aux activités de sensibilisation.

Les insuffisances sont constatées tant dans le suivi des AT qu'au niveau de la collaboration entre TP et services de santé.

Pour le futur, l'ONG, devrait mettre l'accent sur la qualité des activités actuellement menées avant d'envisager toute extension à d'autres thématiques. Un accent devrait être mis particulièrement sur le suivi des AT et des COSAN.

Introduction

La région du Moyen Chari, zone d'intervention du PDR/MC, compte trois districts sanitaires et avec un hôpital régional ainsi que 02 hôpitaux de district à Kyabé et Danamadjì. A l'instar des autres zones du pays, la région se caractérise au niveau sanitaire par l'insuffisance des structures et de personnel qualifié. La pandémie de VIH/SIDA apporte aussi son lot de pathologies associées avec une prévalence atteignant les 13% selon la délégation sanitaire. Les couvertures en CPN et en accouchements assistés sont respectivement de 56% et 20%. Dans le domaine de la vaccination la couverture en BCG basse (53%) de même que le pourcentage d'enfants de moins de 11 mois qui reçoivent le DTC3 (28%). C'est dans ce contexte que le PDR MC, dans le souci de contribuer à l'amélioration de l'environnement sanitaire des populations, mène des actions de santé préventives axées sur l'IEC, la formation des accoucheuses traditionnelles (AT) et le développement de la complémentarité entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle.

I. Objectifs (cf. TdR)

L'objectif général de l'autoévaluation est d'évaluer/apprécier objectivement la mise en œuvre du domaine santé du PDR Moyen Chari en vue de faire des recommandations pertinentes pour améliorer le programme.

II. Résultats attendus

Au terme de l'autoévaluation, le résultat global est une évaluation/appréciation objective (forces et faiblesses) de la mise en œuvre du programme de PDR Moyen Chari assortie de recommandations pertinentes pour son amélioration.

Cela devrait être consigné dans un rapport de synthèse global.

Les résultats spécifiques sont les suivants :

- Evaluation/appréciation de la mise en œuvre du plan d'action opérationnel (faiblesses, forces, suggestions);

- Appréciation du dispositif managérial mis en place par les parties concernées pour la conduite du programme au regard du profil ;
- Recueil des opinions/points de vue des différents partenaires et équipes du PDR sur le programme;
- Proposition des recommandations pour l'amélioration future du programme;

III. Principaux résultats de l'atelier

Conformément aux mandats décrits dans l'aide mémoire d'autoévaluation remis comme le fil conducteur, les membres présents (03) ont répondu aux questions.

1. Pertinence de l'approche santé

L'action du PDR Moyen Chari (PDR/MC) en santé vise à « améliorer la couverture sanitaire par la prévention, la valorisation des connaissances endogènes et le développement du partenariat dans la prise en charge de santé ». Les interventions sont basées sur la santé préventive avec actions principales la communication pour le changement de comportement, la formation des AT, l'identification des tradipraticiens (TP) et leur mise en lien avec les services de santé moderne. Les actions de sensibilisations portent sur des thèmes divers tels que la vaccination, l'hygiène et l'assainissement, la fréquentation des services de santé notamment de la santé de la reproduction. Toutes ces actions s'inscrivent dans la politique sanitaire de santé (PNS) et le plan national de développement sanitaire (PNDS) du Tchad notamment en ce qu'elles visent la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile ainsi que l'amélioration des conditions d'hygiène collective et individuelle.

Les services fournis correspondent partiellement aux besoins essentiels exprimés par les populations au niveau local du fait de la limitation de l'enveloppe financière du PDR et aussi de l'exigence du partenaire principal. Par exemple, la construction des centres de santé qui est un des besoins exprimés par les communautés, n'est pas prise en compte par le PDR. Son approche repose sur le renforcement des capacités et l'animation pour un changement de comportement. L'appui aux personnes vivant avec le VIH/SIDA aussi n'a pas véritablement démarré.

Cependant certains besoins ne sont pas exprimés par la communauté mais sont pris en compte par le PDR compte tenu de leur impact sur la santé des populations. C'est le cas de la construction des latrines dans les villages qui est un besoin face aux nombreux problèmes liés à l'hygiène défectueuse et au péril fécal.

La cohérence du processus de planification est assurée à travers un cadre logique qui est utilisé aussi dans la mise en œuvre des activités. On peut donc conclure que la pertinence et la cohérence sont assurées.

2. Durabilité de l'approche santé

Elle a été appréciée à travers les critères suivants :

Participation des bénéficiaires

Les communautés sont impliquées dans le choix des AT et des relais communautaires. L'identification des TP se fait aussi avec l'implication des leaders d'opinions et de leurs pairs. Les AT formées réalisent les activités sur le terrain et leurs données statistiques sont prises en compte au niveau des services de santé.

Les comités de santé (COSAN) participent également aux actions de sensibilisation et cogestion des formations sanitaires de façon bénévole. Avec le recouvrement des coûts ils arrivent à renouveler les médicaments et assurer un « salaire » au personnel d'appui voire souvent au responsable du centre de santé. Mais très peu ont été restructurés et formés. Cependant beaucoup de COSAN actuellement en exercice ont largement dépassé leur mandat (2 ans renouvelable) et nécessite une restructuration avec formation pour plus de dynamisme.

La gratuité des prestations en cours par les organisations humanitaires joue négativement sur le recouvrement des coûts dans les centres de santé.

Coordination sectorielle et intersectorielle

Il existe une complémentarité au sein de l'équipe du fait de la polyvalence des membres. Toutes les autres activités (économie rurale, éducation) sont mises à profit pour intégrer des thèmes sur la santé. Avec les autres intervenants, il n'y a pas de véritable cadre de concertation. Avec son statut, APDI pourrait intégrer le comité directeur des districts et de la délégation et ainsi cette coordination pourrait mieux être assurée.

Niveau de participation de la femme

Au sein de l'ancienne équipe on comptait un tiers de femmes (4 femmes sur 12 membres). Dans la communauté la femme participe de plus en plus aux actions de développement dont la santé. Certaines femmes participent activement aux activités communautaires et occupent des postes stratégiques dans les organisations de leur village. Les productrices formées par l'Ex PDR prennent des décisions et la charge des coûts des prestations de soins.

Recherche d'autofinancement

L'ONG a déjà entrepris des démarches en vue de diversifier ses partenaires techniques et financiers. Ainsi un contrat est signé avec l'Union européenne pour des forages dans les écoles et les centres de santé. Un projet sur la stratégie multisectorielle pour l'amélioration de la santé de la mère et de la femme dans la région du Moyen Chari est envoyé d'être soumis à l'UNICEF pour financement

Transparence dans la gestion et rationalisation des ressources

Toutes les actions financières s'appuient sur le manuel de procédures. Les membres de l'équipe sont tous tenus informés soit à titre consultatif soit à cause de l'attribution des membres.

Prise de conscience de la communauté sur l'importance des AT

Les AT formées sont largement utilisées. Cependant elles ne sont pas toujours motivées par les bénéficiaires. La motivation, quand elle existe, est très variable : les parturientes ou leur famille payent en nature (thé, sucre, savon...) ou en espèces (200 FCFA à 1000 FCFA). Beaucoup ne donnent rien, d'où des difficultés pour renouveler le kit donné lors de la formation.

**Partenariat avec les services de santé modernes*

Les services de santé sont impliqués à tous les niveaux d'intervention du programme (planification, exécution, suivi-évaluation).

3. Efficacité (cf. annexe 2)

a. Taux de réalisation physique des activités de santé est moyen : sur 70 activités prévues de 2006 à avril 2010, 45 activités sont réalisées soit un taux de 64,28%.

Ce faible taux s'explique en partie par la suspension des activités ordonnées par le BuCo pour la phase transitoire.

b. Formation des AT : au total 149 accoucheuses traditionnelles ont été formées. Ces AT formées réalisent les accouchements normaux, la référence des accouchements compliqués (souvent en accompagnant les femmes) et sensibilisent les femmes enceintes sur la CPN.

Cependant il se pose le problème du suivi de la qualité de leurs prestations (insuffisance de supervision par les services de santé et du suivi par le PDR). Le kit donné à la fin de la formation n'est pas systématiquement renouvelé ; certaines AT visitées ne disposaient plus de consommables (antiseptiques, gants).

Certaines femmes ont été formées en qualité d'AT sans avoir auparavant exercé comme AT. De plus on continue à former des AT en zone A (rayon entre 0-5 kilomètres) alors que c'est la zone B (rayon au-delà de 5 kilomètres) qui devrait être privilégié vu son éloignement du centre de santé.

c. Formation des COSAN : cette activité en est à son début ; les membres de 22 COSAN ont été formés et participent aux sensibilisations (en tant que brigadiers sanitaires) et aussi à la cogestion des services de santé.

d. Des activités de sensibilisation ont été menées sur le VIH/SIDA, la CPN, la vaccination, l'hygiène et l'assainissement. Les communautés ont pris conscience des causes des maladies courantes, de l'existence du SIDA et des moyens de se protéger. L'habitat, l'alimentation, la santé et l'éducation des enfants se sont améliorés dans certaines familles et communautés touchées. On constate de plus en plus un changement de comportement dans l'utilisation des services (vaccination, accouchements, CPN...).

e. Le travail avec les TP : 70 TP ont été identifiés et formés. Ils se sont mis en 2 groupements (Moussafoyo, Danamadji) qui ont constitué une union basée à Danamadji. Selon le président de cette union, les TP ont amélioré leurs pratiques de collecte et de conservation des produits. Ils apprennent à travailler ensemble et ont même démarré la production de certains produits, en guise de test, en commun en vue d'une commercialisation future.

Une timide collaboration avec les services modernes commence à naître (exemple du TP de Bébinga et du centre de santé de Koumogo pour le traitement des pertes blanches, de la jaunisse et des fractures).

Cependant de manière générale, cette collaboration reste encore à construire, la méfiance des uns à l'égard de autres n'étant pas encore levée (des TP sont appelés clandestinement au chevet de certains malades à l'hôpital de district de Danamadji ; selon le médecin chef de district certains rebouteurs sont cause de complications ayant entraîné des amputations chez 05 enfants entre janvier et décembre 2010).

4. Efficience

Le budget prévu permet la réalisation des activités planifiées (annexe 3). Cependant, on note un accroissement des besoins exprimés par les communautés dont le budget malheureusement ne permet pas la satisfaction.

Il se pose aussi le problème d'incompréhension avec le personnel de santé à propos des per diem surtout pour le suivi des AT.

5. IEC (information, communication, éducation)

Différents canaux sont utilisés pour la sensibilisation : projection de film, boites à images, émission radiophoniques (radio locale), leaders communautaires (chefs de villages, chefs de canton). Ces canaux sont adéquats par rapport aux cibles à toucher cependant les leaders religieux sont insuffisamment pris en compte.

Des changements de comportement sont observables à travers le transport et stockage de l'eau de boisson et l'hygiène de l'habitat.

La promotion de la santé est assurée par la réalisation dans les écoles et au sein des communautés d'activités se rapportant à l'hygiène environnementale et individuelle. De plus il y a une intégration de thèmes relatifs à la pharmacopée dans les écoles via certains tradipraticiens.

Il est à noter que le PDR rencontre des difficultés en IEC car tous les cadres de l'équipe ne maîtrisent pas ce domaine.

6. Gestion

a. Planification, suivi et évaluation

La vision à long terme du PDR est d' « œuvrer pour l'amélioration de la couverture sanitaire et de l'accès à l'eau potable dans la région du Moyen Chari ». Les stratégies à utiliser pour l'atteindre sont l'implication des communautés, la valorisation des connaissances endogènes, la collaboration avec les services déconcentrés et les organisations de développement. C'est sur cette base que les

différents plans de phase sont élaborés et traduits en plans annuels, semestriels et chronogrammes mensuels. La concertation avec la délégation sanitaire reste encore insuffisante.

Un cadre logique existe bien mais les indicateurs de suivi sont surtout ceux du processus et non des résultats malgré la formation sur le cadre logique et la gestion axée sur les résultats et sur la planification par objectif.

Un effort dans l'indentification et la formulation des indicateurs par niveau doit être fait avec un accent particulier pour de véritables indicateurs de résultats.

Le système de rapportage est essentiellement basé sur les rapports d'activités ainsi que les différents bilans. L'absence d'un spécialiste santé constitue aussi un handicap pour le suivi dans le domaine de la santé. L'ONG dispose pour son travail de moyens logistiques comprenant 3 véhicules et 4 motos.

b. Financement et mécanismes de déboursement

Il n'y a pas généralement d'activités en souffrance de délai une fois le budget approuvé. La coopération suisse constitue le principal partenaire financier. Des contacts ont été établis avec certains partenaires techniques et financiers avec des promesses de financements.

Le PDR dispose d'un centre polyvalent de formation servant à la fois d'outil pédagogique et aussi d'unité économique. Des infrastructures d'hébergement et de formation en bon état et devrait pouvoir servir de cadre de formation pour d'autres partenaire ou même les services techniques déconcentrés. Les produits aussi bien de la ferme animale que végétale constituent aussi des sources de recettes.

L'enclavement actuel du centre constitue un handicap sérieux mais qui devrait être levé avec le projet de construction du pont sur le fleuve Chari. L'ONG doit déjà penser à une démarche marketing pour faire connaître le centre et promouvoir son utilisation.

Quoique la réflexion ait été engagée depuis 2002 sur l'autonomisation, celle-ci n'est pas encore acquise et nécessite encore un encadrement et la poursuite du transfert de compétences.

c. Ressources humaines

Le recrutement tient compte de l'équilibre hommes/femmes. Le nombre de femmes travaillant dans l'équipe était de 4 femmes sur un effectif de 12 cadres. Actuellement l'équipe de gestion se compose de deux cadres qui sont la coordonnatrice et la gestionnaire. L'ancien personnel avait bénéficié de deux formations de courte durée réalisées au profit des membres de l'équipe sur la santé communautaire et le VIH/SIDA. Le renforcement des capacités se fait de telle sorte que chacun développe une polyvalence.

d. Manuel de Gestion

Le manuel de procédures de 2003 est toujours en vigueur, l'ONG n'ayant pas encore finalisé son propre manuel. Mais il faut signaler que l'audit note que le manuel n'est pas toujours respecté.

S'agissant du leadership, l'ONG semble bien ancrée dans le milieu ; les autorités, les fonctionnaires actifs ou retraités les travailleurs libéraux des villes sollicitent son pour la création de leurs fermes et l'achat de charrettes à quatre roues.

7. Leçons apprises et bonnes pratiques

La prise en compte du domaine de la santé a permis au programme de mieux connaître la politique sanitaire nationale ainsi que le système national de santé et de se positionner en acteur de santé selon son approche spécifique. Il a ainsi appris à travailler avec les services techniques de santé.

L'introduction de l'enseignement de la pharmacopée traditionnelle à base de plantes (phytothérapie) dans les écoles constitue une expérience car elle permet de sensibiliser les enseignants et les enfants et de manière indirecte les parents sur l'utilisation de ce potentiel et surtout la préservation de ces plantes dont certaines commencent à se raréfier.

8. Propositions pour les interventions futures (interventions thématiques ou autres)

L'ONG envisage de poursuivre ses actions actuelles en améliorant la mise en œuvre pour plus d'efficacité. Ainsi le travail avec les accoucheuses traditionnelles sera poursuivi avec un accent sur la zone B des centres de santé. Le travail en direction des tradipraticiens sera aussi poursuivi avec l'amélioration du fonctionnement de leurs structures et aussi la collaboration avec la médecine moderne.

IV. Conclusions et recommandations

Dans le contexte actuel de la situation sanitaire de la région du Moyen Chari, les actions développées par APDI sont encore nécessaires pour la population. Tout en s'inscrivant dans la politique sanitaire nationale, ses interventions doivent gagner en qualité et en professionnalisme. Des actions doivent être entreprises pour renforcer aussi le financement de la nouvelle autonomie. Les principales insuffisances constatées sont relatives au fonctionnement interne de l'ONG suite au départ de certains cadres, le suivi des AT, la formation des COSAN, la collaboration entre services de santé modernes et tradipraticiens. Les recommandations suivantes devraient permettre à l'ONG de gagner en professionnalisme tout en renforçant son autonomie et la collaboration avec les services de santé.

- Améliorer la gestion interne de l'ONG (respect manuel de procédures, transparence dans la gestion, mise en place du staff de coordination, adoption du manuel de procédures adapté au statut d'ONG, suivi des recouvrements) ;
- Améliorer le suivi des AT (capitalisation, réflexion avec la délégation sur renouvellement des kits) ;
- Prioriser la zone B pour l'identification et la formation des AT ;
- Ne prendre en compte que les AT reconnues comme telles par leur communauté ;
- Appuyer le renforcement de la fonctionnalité des groupements de TP
- Renforcer la concertation et la collaboration entre les services techniques de santé et les TP ;
- Utiliser d'avantage la radio communautaire pour des tranches de communication en santé en langue locale ;
- Prendre en compte la problématique VIH/SIDA dans les activités d'IEC compte tenu de sa prévalence élevée et de son impact.

Annexes

Annexe 1: Tableau d'analyse FFOM du PDR Moyen Chari

	Forces	Faiblesses
Interne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipe compétente, bien soudée, confiante et convaincue de son engagement et son intervention en milieu rural ▪ Polyvalence des membres ▪ Maîtrise de la langue ▪ Maîtrise de terrain ▪ Ancrage dans le milieu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de personne formée en technique d'animation en IEC
	Atouts	Menaces

Externe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bonne collaboration avec les différents partenaires ▪ Contexte sociopolitique et économique de la région est favorable ▪ Communautés participatives et engagées ▪ Forte capacité de mobilisation des communautés en matière de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insécurité (conflits armés au nord-est, phénomènes de coupeurs de route) ▪ Inaccessibilité de certaines zones ▪ Conflits agriculteurs éleveurs ▪ Non diversification des partenaires financiers
---------	---	--

Annexe 2: Tableaux des réalisations des résultats attendus en santé préventive du PDR Moyen Chari

Bilan des formations et sensibilisations du PDR Moyen Chari de 2007 à 2010

Thèmes développés	Nombre de personnes prévues	Nombre de personnes formés ou sensibilisées	Taux réalisation
Consultation prénatale (CPN)	30 communautés	22 communautés	73%
Hygiène/assainissement	30 communautés	22 communautés	73%
VIH /SIDA	60 personnes	38 personnes	63%
Vaccination des enfants	30 communautés	22 communautés	73%
Vaccination des femmes	30 communautés	22 communautés	73%
Formation en nutrition			
Formation en santé de la reproduction			
Accoucheuses traditionnelles	225 accoucheuses	149 accoucheuses	66%
Formation de comité de santé	22 COSAN	22 COSAN	100%
Identification des tradipraticiens	90 tradipraticiens	70 tradipraticiens	77%
Total :	517	367	70'98%

Annexe 3: Tableau budgétaire

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Budget prévisionnel PDR	160'427'147	155'009'938	126'204'138	429'358'275	282'516'315	214'448'725
Budget exécuté PDR	387'029'990	188'212'240	223'490'117	113'353'776	215'056'259	
Budget prévisionnel santé	1'819'250	2'119'250	1'819'250	23'014'000	21'213'500	
Budget exécuté santé	1'423'470	309'375	2'202'335	59'000	6'881'877	
Recettes propres	9'096'035	12'869'770	22'492'150	11'474'900	1'837'800	

Annexe 4: Evolution de quelques indicateurs démographiques et de santé**Tableau 1 : Evolution des indicateurs démographiques au Moyen Chari de 2004 à 2008**

	2004	2005	2006	2007	2008
Population	467277	504057	519903	535889	552502
Densité	16,79	18,11	18,68	19,26	19,85
Capacité hospitalière	0,7	0,66	0,69	0,32	

Source : Annuaire de Statistiques Sanitaires

Tableau 2 : Evolution des ratios de ressources humaine au Moyen Chari de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Habitants/Médecin	35944	38773	43325	44657	55250
Habitants/Infirmier	4099	4421	5148	5306	2816
Femmes en Âge de procréer/Sage-Femme	9685	8209	13126	5769	8188

Source: Annuaire de statistiques Sanitaires

Tableau 3 : Evolution des indicateurs de santé maternelle au Moyen Chari de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Utilisation des services	17,1	17,42	31	20	79
Utilisation des services de CPN	40,9	32,1	56,97	37,9	55,51
Accouchements assistés	18	22,8	37,24	21,3	20

Source: Annuaire de Statistiques Sanitaires

Tableau 4 : Evolution de la couverture (%) vaccinale dans la région sanitaire du Moyen Chari de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
BCG	26	48,82	53,5	53,5	
DTC3	47,5	36,53	33,7	33,7	28
Polio 3	49,4	34,59	32,9	32,9	28
VAA	43,5	43,07	34,1	34,1	41
VAR	44	34,62	39,7	39,7	42
Enf Compl Vacc	29,9	24,35	23,2	23,2	

Source: Annuaire des statistiques Sanitaires

Autoévaluation du PDR Mandoul Pendé (APRODID)

Résumé exécutif

Les régions du Mandoul et du Logone oriental connaissent encore, malgré les efforts de l'Etat et de ses partenaires, une situation sanitaire marquée par l'insuffisance des structures sanitaires et surtout l'insuffisance du personnel qualifié. Les populations pour une grande majorité a encore recours aux services des accoucheuses traditionnelles (AT) et des tradipraticiens de santé (TP). C'est pourquoi le PDR Mandoul Pendé (aujourd'hui APRODID) a décidé d'intervenir aux cotés de l'Etat pour améliorer la situation sanitaire des populations en fondant ses actions sur la politique sanitaire nationale et en basant sa stratégie sur la santé préventive à travers la sensibilisation et la formation des acteurs communautaires et traditionnels.

Ainsi, 85 AT ont été formées et collaborent avec les structures sanitaires à travers les références, la transmission des données statistiques sur les accouchements et les sensibilisations sur la CPN, la vaccination et le BEF.

Un réseau de tradipraticiens du Mandoul a été mis en place et comporte 95 adhérents sur les 200 identifiés. Des formations à la collecte et conservation des produits de pharmacopée et des voyages d'échange ont été organisés à leur attention. Ces TP non seulement se sentent valorisés, ont amélioré leur savoir faire et commencent déjà des références au sein du réseau et avec les services de santé conventionnels.

Compte tenu de la forte prévalence du VIH/SIDA dans la zone, des sensibilisations ont été menées contre cette pandémie et il y a déjà une prise de conscience qui se fait sentir à travers les demandes de plus en plus récurrentes pour le dépistage volontaire. 294 producteurs/productrices ont amélioré leur comportement en hygiène suite aux sensibilisations dans ce domaine et dans 36 écoles, des monitrices donnent des cours d'hygiène aux élèves avec des répercussions sur le comportement des élèves et de leurs enseignants.

Cependant il subsiste des insuffisances en rapport avec la non prise en compte des COSAN dans la stratégie du PDR, l'insuffisance du suivi des AT avec comme corollaires la non documentation de leurs activités, le manque de mécanisme de renouvellement des trousses des AT et surtout pour leur motivation, le manque de concertation formel avec les services de santé. La fonctionnalité du réseau des tradipraticiens est encore faible car il ne dispose pas de document officiel de reconnaissance de la part des autorités ni de siège. Les références internes et externes restent encore du domaine de l'informel. Afin d'améliorer cette situation, l'ONG se propose de renforcer les actions à mener en les étendant à d'autres zones et en améliorant la qualité du suivi. Pour le futur un accent doit être mis pour l'organisation de la coordination de l'ONG, l'amélioration de la concertation avec les responsables sanitaires et les autres intervenants et aussi pour renforcer les capacités financières de la jeune ONG.

Introduction

La Zone d'intervention de l'ex PDR couvre la région du Mandoul et trois départements du Logone Oriental et se caractérise par une insuffisance de l'assistance aux femmes enceintes (pour 2008 les statistiques suivantes : Logone occidental CPN=33%, accouchements assistés=24% ; Mandoul: CPN=65% ; accouchements assistés=56%)), (voir annexe 2 ci-dessous). La pandémie du VIH y sévit avec une prévalence largement supérieure à la moyenne nationale. C'est pourquoi l'ex PDR a décidé de promouvoir la santé communautaire en valorisant les connaissances endogènes et la prévention pour assurer la couverture sanitaire de la population rurale qui a souvent des difficultés pour accéder aux soins de la médecine moderne. Se fondant sur la politique sanitaire en santé et dans le souci de complémenter les actions de l'Etat, le PDR mène diverses actions dans le domaine de la

santé préventive en collaboration avec les services de santé et avec l'implication des communautés à la base.

Dans le cadre du bilan prospectif des interventions de la coopération suisse au Tchad, une autoévaluation sous forme de bilan prospectif des activités menées par les 7 PDR depuis 2003, est réalisée. Le présent rapport fait la synthèse de l'autoévaluation (réalisée en fait par les consultants) de l'ONG APRODID (ex PDR Mandoul Pendé) et s'articule autour des points essentiels des TdR.

I. Objectifs (cf. TdR)

L'objectif général de l'autoévaluation est d'évaluer/apprécier objectivement la mise en œuvre du PDR en vue de faire des recommandations pertinentes pour améliorer le programme.

II. Résultats attendus

Au terme de l'autoévaluation, le résultat global est une évaluation/appréciation objective (force et faiblesses) de la mise en œuvre du programme de PDR Mandoul Pendé assortie de recommandations pertinentes pour son amélioration.

Cela devrait être consigné dans un rapport de synthèse global.

Les résultats spécifiques sont les suivants :

- Evaluation/appréciation de la mise en œuvre du plan d'action opérationnel (faiblesses, forces, suggestions);
- Appréciation du dispositif managérial mis en place par les parties concernées pour la conduite du programme au regard du profil ;
- Recueil des opinions/points de vue des différents partenaires et équipes du PDR sur le programme;
- Proposition des recommandations pour l'amélioration future du programme;

III. Principaux résultats de l'atelier

Conformément aux mandats décrits dans l'aide mémoire d'autoévaluation remis comme le fil conducteur, le chef de ferme par ailleurs formateur, seul membre de l'équipe présent lors du passage des consultants a répondu aux questions. Ces réponses ont été recoupées avec les entretiens et visites effectués sur le terrain par l'équipe des consultants.

1. Pertinence de l'approche santé

Le PDR Mandoul Pendé mène des actions en direction des AT (renforcement de leur capacité), des tradipraticiens et des activités de sensibilisation sur divers thèmes relatifs à la santé. Ces actions s'inscrivent en droite ligne de la politique nationale de santé et des programmes du plan national de développement sanitaire. En effet la formation des AT, en améliorant les conditions hygiéniques de l'accouchement et en permettant des références précoces vers les structures sanitaires, contribue à la mise en œuvre de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Le travail en direction des tradipraticiens permet une mise en lien entre les deux systèmes complémentaires que sont les systèmes modernes et traditionnels.

Toutes ces actions sont menées en étroite collaboration avec les services de santé et aussi les communautés sur la base de l'expression de leurs besoins suites aux différentes animations effectuées par l'équipe. Donc il y a prise en compte des besoins exprimés par les communautés dans la limite des moyens mis à la disposition du PDR d'où l'obligation d'une priorisation des besoins communautaires. En cela la cohérence du processus de planification est respectée. L'exécution des activités se fait aussi selon le cadre logique élaboré et accepté par les partenaires et bénéficiaires.

2. Durabilité de l'approche santé

Participation des bénéficiaires

Il y a une large implication des services de santé (district sanitaire, centres de santé) dans les actions entreprises. En effet la sélection des AT est faite conjointement avec les RCS et la formation est assurée par le district sanitaire. En ce qui concerne les tradipraticiens, les RCS et le district sanitaire sont encore impliqués dans le processus. Les AT et TP sont motivés pour le travail et se sentent valorisés au sein de leur communauté respective.

Coordination et complémentarité sectorielle :

Au sein du programme, il y aurait une polyvalence des membres de sorte que chaque membre de l'équipe peut intervenir dans les questions de santé lors des missions de terrain. Avec les autres intervenants en santé dans la zone, il y a une collaboration formelle même si au niveau de la délégation sanitaire du Mandoul il n'y a pas de cadre formel de concertation des acteurs en santé. Cependant les discussions avec la DSR permettent d'éviter les duplications et encouragent la complémentarité entre les intervenants.

Il semble cependant qu'il n'y a pas encore une relation de collaboration avec le programme « mutuelles de santé » développé par le CIDR.

Participation plus importante des femmes :

Il existe une réelle participation des femmes dans le processus engagé par le PDR. Ainsi au sein de l'association des tradipraticiens on retrouve un total de quinze femmes dont deux se retrouvent dans le bureau composé de 13 personnes. Au niveau des COSAN la situation est inconnue car il n'y a pas encore eu de travail en direction de ces associations. Il semble que les femmes soient de plus en plus actives dans les prises de décision en matière de santé et que plusieurs n'hésitent pas à débourser elles-mêmes pour les soins de leurs enfants.

Recherche d'autofinancement sans altérer la qualité du service rendu ni perdre la vision dans son ensemble:

A ce jour il n'y a pas encore de démarche pour diversifier les sources de financements, la coordination n'étant pas encore proprement mise en place. Il semblerait cependant que des contacts –à ce jour informels-, soient pris avec certains bailleurs de fonds.

Transparence dans la gestion et rationalisation des ressources :

La gestion s'appuie sur le manuel de procédures de 2003 remanié en 2008 avec implication de tous les membres.

Prise de conscience de la communauté sur l'importance des AT :

Il y a véritablement une prise de conscience de l'importance des AT et même des tradipraticiens. Les services offerts par les AT sont fortement utilisés (les visites à des AT a permis de se rendre compte : plus de 10 accouchements mensuels, ce qui dépasse largement certains centres de santé voir des hôpitaux de districts).

Cependant il n'y a pas de mécanisme pérenne mis en place pour leur motivation. Dans certaines communautés les AT reçoivent des gratifications modestes ne leur permettant pas de renouveler le kit mis à leur disposition après la formation. Certaines AT sont en rupture d'antiseptiques et de gants et de façon involontaire tendent à reprendre les anciennes (et mauvaises) pratiques habitudes.

Le partenariat avec les services techniques :

Certes il y a une bonne collaboration avec les services modernes de santé mais en matière de suivi il y a encore des insuffisances. Les services ne se sont pas encore approprié tout le processus.

Au regard de ce qui précède la durabilité n'est pas encore garantie ni au niveau des services de santé ni au niveau des bénéficiaires. Il y a encore un effort d'encadrement à faire pour renforcer le réseau des tradipraticiens (renforcement organisationnel, encadrement pour les techniques de conservation...), une concertation avec les services de santé pour l'appropriation de la collaboration avec les TP et surtout le suivi/capitalisation du travail des AT prenant en compte un mécanisme

pérenne de renouvellement des trousse, une conscientisation des communautés pour un meilleur soutien aux AT. Au niveau de l'ONG les structures de coordination doivent être remises en place et surtout un plaidoyer auprès d'autres bailleurs devra être nécessaire.

3. Efficacité

- a. De façon générale le taux d'exécution du programme est satisfaisant (autour de 100%). Les différents engagements sont tenus par le PDR.
- b. 85 AT ont été formées (en hygiène, suivi des grossesses et accouchements) et collaborent avec les structures sanitaires. Cependant le nombre d'accouchements réalisés par ces AT bien que certainement élevé n'est répertorié nulle part du fait de l'insuffisance de suivi tant au niveau du district (RCS) que du programme. Il en est de même des références effectuées. Cependant ces AT disposent de cahiers où sont enregistrés les différents accouchements. Outre les accouchements et références, ces AT sensibilisent les communautés et surtout les femmes enceintes sur la CPN, la vaccination, le BEF nous avons même vu une boîte à image sur le BEF chez une AT).
- c. 200 tradipraticiens ont été identifiés et un réseau de tradipraticiens du Mandoul (association pour la recherche et le développement de la médecine traditionnelle –ARDEMÉT) a été mis en place; ce réseau comporte 95 tradipraticiens. Des formations et voyages d'étude ont été organisés à leur intention en collaboration avec le CERVAMETRA et une mise en lien avec les infirmiers de 08 centres de santé. Ces TP se sentent valorisés, ont amélioré leurs prestations (collecte, conservation ???) et ils complètent efficacement les services offerts par les centres de santé. Certains d'entre eux sont devenus des référents auxquels les services modernes font appel surtout pour les cas de fractures.
- d. sensibilisation contre le VIH/SIDA : plus de 4000 personnes sensibilisées dans le domaine de la prévention du VIH /SIDA avec un début de prise de conscience de la pandémie et surtout demande de plus en plus exprimée pour le dépistage volontaire (10 communautés) malheureusement ce service n'est offert qu'à Koumra d'où la nécessité d'organiser ultérieurement une équipe mobile à cet effet.
- e. Intégration de la santé préventive dans la formation des producteurs, monitrices : 294 producteurs/-trices ont amélioré leurs comportement en hygiène. Dans 36 écoles, les monitrices donnent des cours d'hygiène aux élèves.
- f. Appui divers : organisation de bilans annuels dans 2 districts sur 4, équipement de certains centres de santé.

Cependant il n'y a pas une formalisation de la collaboration TP-PS ni des références au sein du réseau. Les accouchements et référence des AT ne sont pas documentés de même que les actions des TP.

De façon globale les personnes rencontrées sont largement satisfaites de la collaboration avec le PDR et surtout des actions qu'il mène dans le domaine de la santé. Il y a déjà acceptation voire début d'appropriation par les principaux bénéficiaires.

4. Efficience

Les activités acceptées par le BuCo ne souffrent d'aucun délai d'exécution car les décaissements sont faits à temps. Les activités sont réalisées selon le chronogramme. Il y a une rationalisation de l'utilisation des ressources existantes (le coût moyen de formation d'une AT est 76680 FCFA dont 50000 FCFA pour le kit) et une réalisation des activités à moindre coût. Ainsi les ressources mises à la disposition de l'ONG permettent d'atteindre les objectifs fixés d'une manière efficiente. Nous n'avons pas eu accès au budget de cette phase ou de la dernière année d'activité.

5. IEC (information, communication, éducation)

Pour la diffusion de ses messages en santé les canaux utilisés sont les animations communautaires. Des troupes théâtrales locales sont mises à contribution pour les sensibilisations. Les leaders communautaires (chefs de villages/cantons) sont également utilisés comme personnes- ressources pour les sensibilisations. Des projections vidéo sont aussi utilisées. Ces différents canaux sont adéquats et permettent aux cibles de bien comprendre les messages délivrés.

L'école constitue aussi un lieu privilégié de diffusion des messages de santé à travers les cours donnés qui comprennent des éléments de santé. Les enfants et les enseignants les répercutent au sein des communautés. Les écoles disposent de latrines par exemple. Les formations des producteurs sont aussi des vecteurs qui sont utilisés.

A tous les niveaux, les membres de l'équipe essayent d'être exemplaires en matière de comportement et de mode de vie.

6. Gestion

a. Planification, suivi et évaluation

L'ambition du PDR est de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des populations de la zone d'action. Dans le domaine de la santé, elle se fixe pour objectif de promouvoir la santé communautaire en valorisant les connaissances endogènes et la prévention pour assurer la couverture sanitaire de la population rurale qui a souvent des difficultés pour accéder aux soins de la médecine moderne. Pour atteindre ces objectifs, il a su développer une méthode de planification rigoureuse basée sur l'élaboration en équipe des plans de travail (planification de la phase, plans annuels) avec des budgets. Il y a une association des partenaires techniques au processus de planification. Le cadre logique existe avec des indicateurs objectivement vérifiables qui ont le mérite d'exister, d'être bien formulés et d'être utilisés.

S'agissant des capacités de suivi évaluation, le cadre logique précise déjà un certain nombre d'indicateurs de suivi. Cependant le suivi des activités santé souffre d'une insuffisance notamment en ce qui concerne les AT. De façon générale, le système de rapportage de l'ONG se fait à travers des bilans et rapports d'activités qui servent à l'évaluation et au partage d'information avec les partenaires. Pour mener à bien ce travail, l'ONG dispose de trois véhicules et trois motos.

Le mécanisme de partage d'information est encore informel avec les services de santé et même de l'administration. Il y a lieu de l'améliorer pour plus de transparence et de synergie dans les actions surtout avec la DSR et les districts sanitaires.

b. Financement, mécanismes de déboursement

La coopération suisse constitue le seul bailleur de fonds. Il ne semble pas avoir de difficultés particulières avec le BUCO une fois le budget approuvé. L'expérience acquise avec le BUCO devrait permettre à l'ONG d'être performante avec d'autres partenaires financiers.

Le centre polyvalent de formation est fonctionnel est devrait constituer dans le cadre de l'autonomie une unité économique. Il dispose en effet d'une ferme pédagogique alliant production végétale (verger, cultures pluviales, maraîchage) et production animale. En outre il existe d'autres possibilités de recettes à savoir l'hébergement, restauration, location de salle de formation ou de véhicules. Le taux d'autofinancement du CPF est de 55% en 2009. Ce faible taux est lié surtout au niveau élevé des charges de structure. Une réflexion visant à rechercher les voies et moyens pour accroître les recettes propres doit être fait dans délais pour que le centre devienne une unité économique. Déjà les réalisations faites en ce qui concerne l'augmentation de la capacité d'accueil est un début encore. Il reste à valoriser ce type d'infrastructures. Une démarche « marketing » auprès des intervenants dans la zone voire au delà doit être faite dans ce sens.

c. Ressources humaines

L'effectif du personnel cadre qui était de sept (7) personnes (4 femmes et 3 hommes) a diminué de façon drastique (actuellement il n'y a que le chargé de coordination et le chef de ferme). L'équipe est donc à recomposer avec toutes les difficultés pour la mise en niveau du nouveau personnel.

Des membres de l'équipe qui avait bénéficié d'une formation en recherche de financement et en rédaction de contrats, seul un est resté dans l'ONG. Un effort devra donc être fait pour le renforcement des capacités de l'équipe en mobilisation des ressources (montage de dossiers, plaidoyer...). En termes de motivation, en dehors de la motivation à travailler pour sa communauté pour préserver les acquis, aucun mécanisme n'est actuellement mis en place.

d. Manuel de Gestion

L'ONG utilise encore le manuel de procédures de 2003 mis à jour en 2008. Elle a en projet son propre manuel qui doit être adopté par les instances. Comme indiqué plus haut l'ONG ne dispose pas encore de toutes ses instances. L'ONG APRODID est reconnue comme telle en mai 2010 et comprend les organes suivants : assemblée générale, conseil d'administration, bureau de coordination. L'organigramme de la structure n'est pas encore adopté. Actuellement seul un bureau de coordination provisoire existe compte tenu de l'absence de fonds pour formaliser des contrats étant donné que le financement de la coopération suisse a cessé depuis avril 2010.

Le leadership de l'ONG semble confirmé dans la zone car elle est impliquée dans toutes les rencontres importantes avec les autorités administratives et sanitaires. D'autres ONG la sollicitent (World Vision, BELACD, PROADEL). Elle est retenue comme « animateur » des associations cantonales de développement (ACD) et des cadres de concertation cantonale de développement (CCCD) qui sont des organisations de développement communautaires mis en place par le PROADEL.

7. Leçons apprises et bonnes pratiques

Mise en place d'un réseau fonctionnel de recherche et d'échange des tradipraticiens du Mandoul : ce réseau initié et suscité par le PDR a permis d'identifier 200 TP dont 95 (dont 15 femmes) ont adhéré formellement au réseau dont le siège est à Koumra. Le réseau dénommé ARDEMET a bénéficié d'une formation par le CERVAMATRA et les membres ont changé radicalement leur mode de collecte et de conservation des produits de pharmacopée. Les membres disent désormais connaître leurs limites et effectuent des références entre eux et aussi avec les services de santé. Le lien avec la médecine conventionnelle les a valorisés davantage et les membres sont motivés pour la réussite du réseau qui est cependant en attente de leur récipité de reconnaissance du gouvernorat. Ces tradipraticiens ont commencé à mettre en place des jardins de plantes médicinales.

8. Propositions pour les interventions futures (interventions thématiques ou autres)

Les populations font toujours confiance à la médecine traditionnelle malgré la présence des services de santé modernes. Ce comportement s'explique par diverses raisons : croyances en ses pratiques endogènes, inaccessibilité financière et géographique des soins modernes... Cela conforte la position de l'APRODID à renforcer le dialogue entre personnels de santé et tradipraticiens, à contribuer à la mobilisation sociale pour la lutte contre le VIH/SIDA et certaines maladies endémiques comme le paludisme, l'onchocercose et d'autres, à renforcer les capacités des organisations communautaires, tradipraticiens et AT à travers :

- La facilitation de la concertation entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle en appuyant l'organisation des rencontres pour dissiper les incompréhensions qui existent entre les deux médecines ;
- Le renforcement de la capacité organisationnelle du réseau des tradipraticiens par des formations et des visites d'échanges pour enrichir leurs expériences et pour mieux répondre aux sollicitations des communautés ;
- La sensibilisation et l'appui à la conservation et la régénération des plantes médicinales ;

- La sensibilisation à l'hygiène (alimentaire, environnementale...) pour se protéger contre les maladies ;
- Le renforcement des COSAN à la mobilisation sociale contre les maladies endémiques ;
- Le renforcement des COGES à la gestion transparente et à la mobilisation de ressources générées par les CS ;
- Le renforcement des capacités des accoucheuses traditionnelles par la formation et l'apport des kits afin de préserver la santé des mères et des bébés ;
- La sensibilisation à la prise de conscience et la lutte contre le VIH/SIDA ;
- La participation au dialogue politique en matière de santé.

IV. Conclusions et recommandations

Dans le contexte actuel du Tchad et particulièrement de la zone d'intervention de APRODID, les interventions menées sont une nécessité pour l'amélioration de la santé des individus, des familles et des communautés. Tout en s'inscrivant dans la politique sanitaire nationale, les interventions de l'ONG doivent gagner en qualité et en professionnalisme. Les principales insuffisances constatées sont au suivi des AT, la non prise en compte des COSAN/COGES comme vecteur de transmission des messages en santé, la non formalisation des concertations et rapportage avec les services de santé, l'absence de démarche de diversification des sources de financements malgré le statut d'ONG. Les recommandations suivantes devraient permettre à l'ONG non seulement d'améliorer la qualité de ce qui est actuellement mené mais aussi d'améliorer son autonomie par rapport au principal bailleur :

- Mettre en place de l'organe exécutif de l'ONG ;
- Développer des stratégies en vue de la diversification des sources de financement ;
- Améliorer la concertation et l'échange d'information avec les autorités sanitaires ;
- Améliorer le suivi des AT et le système de rapportage des AT (cf zone Biltine et BASE) ;
- Dans l'extension de la formation des AT mettre un accent sur les zones B (y inclus les villages de forte concentration);
- Réfléchir sur mise en place d'un mécanisme pérenne de motivation des AT et de renouvellement de kits leur trousse en collaboration avec les autorités sanitaires (voir possibilité d'implication chefs de villages et de canton, prise en compte dans la composition de la layette) ;
- Renforcer la fonctionnalité du réseau des tradipraticiens (techniques de conservation) ;
- Assurer une formalisation de la collaboration TP PS et de la référence interne entre TP ;
- Assurer une sensibilisation des enseignants en pharmacopée avec répercussion dans les enseignements délivrés aux élèves ;
- Etendre les actions aux COSAN et COGES en complément des actions déjà en cours ;
- Réfléchir sur la manière de susciter la demande (de plus en plus de producteurs riches) par une mutualisation du risque maladie.

Annexes

Annexe 1: Tableau d'analyse FFOM du PDR Mandoul Pendé

	Forces	Faiblesses
Interne	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne capacité de conception et de monitoring de l'équipe ; - Maîtrise des langues du milieu ; - Bonne connaissances du contexte ; - Confiance des bénéficiaires envers l'équipe ; - L'utilisation optimale et transparente des ressources. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'un technicien en santé dans notre équipe ; - Manque de concertation en matière de santé avec les autres ONG ;
	Atouts	Menaces
Externe	<ul style="list-style-type: none"> - Existence des services techniques de santé ; - Existence des personnes ressources ; - Emergence d'une classe de producteurs commerçants ayant un revenu substantiel (production, stockage et achat des produits pour revendre...) pouvant se prendre en charge en santé ; - Créations des entreprises personnelles (fermes agricoles, entreprise de construction, de commercialisation des produits etc.) avec augmentation de revenu donc pouvant se prendre en charge en santé ; - Amélioration de l'accès à l'information (téléphonie mobile, radio privée, etc.) ; - Les femmes détiennent quelques parcelles de pouvoirs (prise de parole en public, association, activités génératrices de revenu etc.) et influençant sur la santé de la famille ; - Développement des institutions d'appui et des services déconcentrés de l'Etat. - Contexte politique favorable (politique sanitaire, décentralisation) 	<ul style="list-style-type: none"> - ONG tributaire d'un seul partenaire ; - Inaccessibilité géographique à certaines zones de travail ; - Insécurité.

Annexe 2: Evolution de quelques indicateurs démographiques et de santé

Tableau 1 : Evolution des indicateurs démographiques au Mandoul de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Population	593083	586547	604986	623588	642919
Densité	34,18	33,8	34,87	35,94	37,05
Capacité hospitalière	—	0,28	0,69	0,32	

Source : Annuaire de Statistiques Sanitaires

Tableau 2 : Evolution des ratios de ressources humaine au Mandoul de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Habitants/Médecin	118617	117309	60499	62359	80365
Habitants/Infirmier	32949	15435	5353	5518	9055
Femmes en Âge de procréer/Sage-Femme	135223	66866	45979	47393	115366

Source: Annuaires de statistiques Sanitaires

Tableau 3 : Evolution des indicateurs de santé maternelle au Mandoul de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Utilisation des services	25,6	33,6	26	33	40
Utilisation des services de CPN	59,7	69,6	69,67	70,6	65,06
Accouchements assistés	22,7	27,9	33,16	32,2	55,51

Source: Annuaire des Statistiques Sanitaires

Tableau 4 : Evolution de la couverture (%) vaccinale dans la région sanitaire du Mandoul 2004-2008

	2004	2005	2006	2007	2008
BCG	40,3	97,60	100,89	76,4	
DTC3	51,8	68,86	84,57	65,9	37
Polio 3	54,2	71,09	70,49	61	50
VAA	43	75,52	62,49	61,4	61
VAR	57,7	78,58	74,64	61,8	59
Enf Compl Vacc	30,1	47,18	54,93	48,6	

Source: Annuaire des statistiques Sanitaires

Autoévaluation du PDR Bassin du Logone (MODEL)

Résumé exécutif

L'ONG MODEL ancien PDR/BL évolue dans un contexte en mutation environnementale continue comportant 5 régions administratives. Au plan sanitaire, on note une insuffisance des infrastructures et de personnels qualifiés et la forte prévalence de certaines affections. C'est dans ce contexte que l'ONG mène des actions de santé préventive pour améliorer l'environnement sanitaire des populations. Ses axes d'interventions sont essentiellement l'information et la formation. Ainsi, 89 maîtres communautaires ont été formés en santé préventive; cette formation a pour but de préparer les maîtres à changer de comportement pour prévenir les maladies les plus fréquentes et à transmettre leurs connaissances aux élèves pour qu'eux aussi changent de comportement et deviennent des catalyseurs de changement dans leur communauté. 90 AT ont été formées et pratiquent des accouchements dans des conditions hygiéniques acceptables et réfèrent les cas compliqués. Elles contribuent à la sensibilisation pour la fréquentation des services de SR en particulier la CPN. Pour la seule année 2009, 138 accouchements ont été réalisés par ces AT avec 7 accouchements compliqués référés sans décès signalé. Des actions sont aussi menées dans le cadre d'une meilleure collaboration entre les tradipraticiens et les services de santé modernes. A cet effet, la formation des enseignants prend en compte l'utilisation des plantes médicinales. 44 TP ont été organisés en réseau et 3 tradipraticiens (TP) ont été mis en lien avec les structures publiques et sont devenus des « référents ». Dans le cadre du renforcement de la gouvernance locale, 63 membres de COSAN et COGES ont été formés pour une meilleure cogestion des structures sanitaires publiques. L'ONG bénéficie d'une bonne collaboration avec ECOSEET, les services de santé étatiques locaux et du soutien de personnes ressources en particulier le chef du canton de Bayaka.

Les principales insuffisances sont relatives au non partage des informations avec les services étatiques, l'insuffisance du suivi des AT, l'absence de mécanisme de renouvellement des trousseaux des AT, l'insuffisance dans la prise en compte de la problématique du VIH et des COSAN. Les recommandations faites ont pour but principal de contribuer à la résolution de ces insuffisances constatées.

Introduction

L'ONG MODEL (ex PDR/BL) intervient dans la partie sud-ouest du Tchad et couvre 5 régions administratives. Le Programme a pour finalité de contribuer à réduire la pauvreté et promouvoir un développement durable en milieu rural. Dans le domaine de la santé, le contexte d'évolution de l'ONG est similaire à celui de la plupart des régions (v. Annexe 4 ci-dessous) de la situation épidémiologique), marqué par l'insuffisance des structures sanitaires et du personnel qualifié. Les différents taux de couverture sanitaires restent faibles (exemple du Logone occidental : CPN=33%, accouchements assistés par personnel qualifié ou par AT formé à domicile=24%, DTC3 : 38%). La zone connaît aussi une forte prévalence du VIH/SIDA. C'est pourquoi le PDR axe ses interventions sur la santé préventive en vue de provoquer le changement de comportement et améliorer la santé des communautés.

Dans le cadre du bilan prospectif des interventions de la coopération suisse au Tchad, une autoévaluation sous forme de bilan des activités menées par les 7 PDR depuis 2003, est réalisée. Le présent rapport fait la synthèse de l'autoévaluation de MODEL (ex PDR /BL) et s'articule autour des points essentiels des TdR.

I. Objectifs (cf. TdR)

L'objectif général de l'autoévaluation est d'évaluer/apprécier objectivement la mise en œuvre du MODEL (ex PDR/BL) en vue de faire des recommandations pertinentes pour améliorer le programme.

II. Résultats attendus

Au terme de l'autoévaluation, le résultat global est une évaluation/appréciation objective (forces et faiblesses) de la mise en œuvre du programme de MODEL (ex PDR/BL) assortie de recommandations pertinentes pour son amélioration. Les résultats spécifiques sont les suivants :

- Evaluation/appréciation de la mise en œuvre du plan d'action opérationnel (faiblesses, forces, suggestions);
- Appréciation du dispositif managérial mis en place par les parties concernées pour la conduite du programme au regard du profil ;
- Recueil des opinions/points de vue des différents partenaires et équipes du PDR sur le programme;
- Proposition des recommandations pour l'amélioration future du programme;

III. Principaux résultats de l'atelier

L'équipe de MODEL (ex PDR/BL) réunie autour du Coordonnateur a répondu aux questions suivant les directives contenues dans l'aide mémoire d'autoévaluation remis comme le fil conducteur (Annexe 3). Il ressort des informations recueillies ce qui suit :

1. Pertinence de l'approche santé

Les interventions et les approches du PDR/BL sont en cohérence avec la politique nationale de santé et du plan national de développement sanitaire (PNDS) 2009-2012. En effet la « Vision » de l'ONG en matière de santé et les activités développées sont en adéquation avec les 6 orientations stratégiques de la PNS et 8 (1, 2,3, 5, 7, 8, 9, 10) des 10 programmes d'action du PNDS 2009-2012. L'approche utilisée pour développer les activités est l'approche participative.

La pertinence des actions du PDR/BL se manifeste à travers la participation active des bénéficiaires dans les activités. La formation des enseignants communautaires a été faite pendant une dizaine de jour à l'ECOSEET de Bebalem sur les différents thèmes de santé par les professionnels. Les compétences acquises lors des formations sont utilisées dans les écoles par la transmission aux élèves.

Le renforcement des capacités des maîtres communautaires d'une part, la Formation des Accoucheuses traditionnelles, des tradipraticiens et des membres de COSAN/COGES d'autre part, sont adéquats si on considère le contexte régional et au regard des faiblesses encore réelles des institutions étatiques constatées dans la région dans les domaines de la prise en charge des accouchements, de la sensibilisation et de la participation communautaire.

Les interactions entre secteurs privé et public semble amorcées (collaboration entre la médecine moderne et les tradipraticiens)

Les activités planifiées découlent des nécessités et des besoins exprimés par les communautés organisées. Ces activités ne sont pas toutes réalisées en 2009.

2. Durabilité de l'approche santé

Quelques éléments permettent de soutenir la durabilité de l'approche santé. Ce sont :

Participation des bénéficiaires :

Les AT sont identifiées par les communautés et les Responsables des Centres de Santé (RCS) et formées par le personnel du district sanitaire. Ces AT, en plus des accouchements, mènent des actions de sensibilisation pour la CPN et la vaccination surtout des femmes. Il semble avoir un changement de comportement des bénéficiaires se traduisant par une nette amélioration des couvertures en vaccination des enfants. Il n'y a pratiquement plus de résistance des parents pour la vaccination.

Partenariat avec les services techniques :

Le partenariat avec les services techniques est caractérisé par un appui logistique du PDR/BL. L'ONG prend part aux comités de direction du district, cependant les différentes rencontres de coordination ne sont pas matérialisées par des échanges supports (compte rendu des réunions, rapports d'activités) pour une bonne continuité des actions. Ces rencontres devraient être mises à profit par l'ensemble des intervenants en santé dans la zone pour non seulement échanger des informations, partager des expériences mais surtout réfléchir sur les meilleures stratégies devant conduire à capitaliser les acquis.

L'ONG entretient également une bonne relation avec l'Ecole de santé de Bebalem qui intervient dans la formation des maîtres communautaires sur les actions préventives. La même collaboration existe avec le CEVAMETRA de Moundou dont le responsable a formé 44 tradipraticiens. Trois tradipraticiens réfèrent de façon informelle les malades vers la médecine moderne.

Coordination et complémentarité avec d'autres partenaires de développement local, associations, ONG : L'entretien avec les responsables des services de santé de la région laisse présager une bonne collaboration. Les services de santé participent aux formations et suivi des accoucheuses, ce qui constitue en même temps une opportunité de transfert de compétences. Il y a non seulement participation mais aussi acceptation de l'approche du PDR/BL par les autres partenaires. Cependant les services de santé ne s'investissent pas réellement dans le suivi des activités prestées par les AT. Les suivis semblent porter uniquement sur la notification des cas d'accouchements dans le mois. Les difficultés rencontrées par les AT dans l'exercice de leur fonction n'ont pas été perçues. Un entretien avec une AT nous a permis de connaître que le kit remis en 2006 n'a pas été renouvelé jusqu'à ce jour et cela peut avoir des conséquences non intentionnelles dommageables à la santé tant de l'AT que des accouchées dans le contexte actuel de la région marqué par une forte prévalence du VIH. Il n'y a pas de mécanisme de motivation des AT, ni de renouvellement de leur kit.

Des entretiens, il ressort que le District sanitaire de Kélo se positionne pour le renouvellement de ces kits, aussi une meilleure concertation avec les services de santé permettra de rendre formel un mécanisme de suivi des AT et de renouvellement de leurs kits.

Recherche d'autofinancement de MODEL sans altérer la qualité du service rendu ni perdre la vision dans son ensemble:

La coordination de MODEL dans l'optique de l'autonomisation du programme ne s'est pas encore engagée dans la recherche de financement. Les activités génératrices de revenus développés au niveau du centre polyvalent de formation ont permis d'avoir une capacité d'autofinancement d'environ 122% en fin 2009 et les capitaux en termes d'animaux et arbres fruitiers dont dispose MODEL sont un atout.

Transparence dans la gestion et rationalisation des ressources :

Les dépenses sont effectuées de manière rationnelle suivant un manuel de procédures de gestion avec implication de tous les membres. Des audits ont été réalisés et ont conduit à un rapport.

Participation plus importante des femmes :

L'équipe MODEL a dans son sein 4 femmes sur 9 personnes. Dans certaines communautés, on observe de changements comme la prise de décision concertée, le partage de tâches et la responsabilisation des femmes dans la gestion des ressources. Concernant les COGES formés, on compte 12 femmes contre 52 hommes.

3. Efficacité (cf. annexe 2)

Les réalisations physiques des activités de santé planifiées pour la phase sont de l'ordre de 44% à cause de non décaissement des fonds en 2009. Les fonçages de puits fermés à pompe manuelle ont été réalisés par le PDR. Ce qui permet à la communauté d'avoir de l'eau propre. Le nombre exact des puits réalisés n'est pas connu.

Les AT sont formées et dotées chacune de trousse d'accouchement dans quatre districts sur neuf prévus. Les communautés sensibilisées par les AT ont perçu l'importance des consultations prénatales, les accouchements assistés et les femmes s'y intéressent de plus en plus. Le suivi de 15 AT sur les 20 formées en 2009 dans le DS Béré montre que 138 accouchements ont été réalisés, dont 07 cas compliqués référés au CS ou HD. On note une insuffisance voire manque de suivi de ces AT par les responsables de centres de santé.

Des sensibilisations ont été menées et on observe un changement de comportements dans certaines familles et écoles notamment l'acceptation de l'hygiène de l'eau et l'habitat, l'échange entre les membres de famille sur les mesures préventives.

Il y a une prise de conscience réelle des bénéficiaires dans le recours aux soins et par rapport aux questions d'hygiène, d'assainissement, des IST et du VIH/SIDA. Les jeunes ont accepté de se faire dépister volontairement et des témoignages à visage découvert sur la sérologie VIH sont observés. 63 membres de COSAN sont formés sur la prise en charge à base communautaire de l'onchocercose et ont distribué le Mectisan à 7023 adultes (dont 3823 femmes).

4. Efficience

Le budget prévu dans la planification lorsqu'il est approuvé permet de réaliser toutes les activités planifiées à moindre coût (cf. Tableau budgétaire ci-après).

5. IEC (Information, Communication, Education)

Les canaux de communication sont adéquats (boîtes à images, personnes ressources, matériels audio-visuels) et permettent effectivement de toucher la population cible. Le PDR/BL a même bénéficié de l'appui personnel du chef de canton de Bayaka pour les sensibilisations.

Les actions de sensibilisation ont concerné : la protection de l'environnement (sensibilisation sur l'hygiène sur toutes ses formes et l'assainissement), les dangers de l'utilisation des emballages des pesticides, les bienfaits de la CPN et de la vaccination, l'existence du VIH/SIDA et ses conséquences, les conséquences de l'onchocercose.

Ces sensibilisations sont menées aussi bien au sein des communautés que dans les écoles.

6. Gestion

a. Planification, suivi et évaluation

L'ONG a une vision qui s'insère dans celle globale des PDR à savoir contribuer à l'amélioration de l'accès des populations aux services socioéconomiques de base notamment l'éducation et la santé. Fort de cette vision, les principales stratégies développées sont l'information à travers les sensibilisations et la formation. Pour mener à bien ses activités, un processus de planification en trois étapes est adopté : planification de phase, plan annuels et plans semestriels. La mise en œuvre fait l'objet de chronogramme mensuel à l'occasion des réunions mensuelles qui sont aussi l'occasion de faire les bilans.

Il existe un cadre logique bien rédigé cependant les IOV au niveau de la santé rarement correctement formulés. Exemple : résultats : « les conditions des accouchements sont améliorées » IOV : « réduction des risques liés à l'accouchement ».

Le rapportage se fait essentiellement sous forme de rapports d'activités, comptes rendus de mission, bilan des plans. Les différents rapports font l'objet d'un partage interne (membres équipe, BUCO) et externes (partenaires) mais pour ceux-ci il semble exister des insuffisances car non retrouvé tant au niveau du district (Kélo) que de la DRS Tandjilé.

Cependant un effort de quantification des résultats, en ce qui concerne les activités des AT, devrait être fait.

S'agissant de la gestion interne, l'ONG dispose d'un organigramme. Le leadership de l'ONG semble bien ancré dans la région surtout du fait de sa connaissance du terrain et aussi de son approche communautaire et participative.

Le parc de l'ONG est composé de 4 véhicules 4X4, d'une benne et de 4 motos, tous vétustes.

b. Financement, mécanismes de déboursement etc.

Généralement le budget alloué permet de mener les activités. Mais depuis décembre 2009 une proposition de crédit adopté en septembre 2009 n'a pas eu un décaissement et aucune activité prévue n'est réalisée (d'où un faible taux d'exécution physique à 44%).

Le MODEL dispose d'un Centre Polyvalent de Formation (CPF) avec dortoirs et cuisine, une ferme végétale et une ferme animale, qui lui procure des revenus.

Aucune démarche n'est entreprise pour obtenir de financement auprès d'autres partenaires. Le CPF est un centre de référence et d'échanges avec ITRAD qui reçoit des stagiaires des Ecoles de formation agricole. Le CPF forme également les animateurs d'autres ONG.

c. Ressources humaines

Les ressources humaines comportent 09 cadres dont 5 femmes soit 55%. Les membres ont bénéficié de formation en santé communautaire et en nutrition mais il n'y a pas de recyclage. Les mécanismes de motivations consistent essentiellement en participations aux divers ateliers.

Il faut noter qu'actuellement compte tenu des difficultés de financement en rapport avec le manque de financement de la part du BuCo, certains membres ont démissionné. De plus le conseil d'administration vient de procéder à des changements au sein de l'équipe. Un nouveau chargé de coordination est en cours d'installation

Il n'y a pas un spécialiste en santé au sein de l'équipe ce qui handicape le bon déroulement de certaines actions.

d. Manuel de Gestion

Le manuel de procédures de gestion utilisé par l'équipe contribue à la transparence. L'ONG MODEL dispose d'un conseil d'administration de 05 membres. L'instance suprême est l'AG.

7. Leçons apprises et bonnes pratiques

L'intégration de la santé préventive à la formation des maîtres communautaires avec intégration de ce volet dans les cours dispensés aux élèves : cette intégration a un effet triple ; les enseignants acquièrent des connaissances et attitudes favorables à la santé lesquelles sont transmises aux élèves. Ceux-ci à leur tour les répercutent à leurs camarades et surtout aux parents. Ce phénomène en tache d'huile contribue au changement de comportement surtout dans le domaine de la vaccination et l'hygiène.

La formation des comités scolaires : les membres des comités scolaires aussi sont formés et constituent de vecteurs pour la diffusion des messages en santé au sein de la population.

Ainsi des changements de comportement sont constatés chez les élèves avec un effet entraîneur chez les parents (meilleure fréquentation des services de vaccination, protection des puits par des margelles, protection des puitesses par des fourches ou pieu).

La mise en place d'un bloc scientifique au centre de formation polyvalent : ce bloc dénommé « Pharmacie du paysan » dispose de plantes médicinales dont chacune dispose d'une fiche technique. Ce bloc sert de site de démonstration mais aussi d'exemple pour la conservation de cette richesse mise à rude épreuve par la forte pression anthropique.

8. Propositions pour les interventions futures (interventions thématiques ou autres)

- Mise en place staff stable avec responsabilisation pour domaine santé.
- Formation des associations des PVVIH et handicapés physiques.

- Formation des tradipraticiens et leur mise en réseau et en complémentarité avec la médecine moderne.
- Recrutement d'un agent de santé pour l'équipe.

IV. Conclusions et recommandations

L'ONG MODEL mène de nombreuses activités dans le domaine de la santé communautaire. Ces actions commencent à porter des fruits. Si les compétences des AT ont été renforcées, il n'en est pas de même en ce qui concerne la mise en place d'un cadre de concertation entre TP et agents de santé et surtout l'auto-prise en charge des communautés du point de vue de la santé. De plus la concertation avec les autorités sanitaires connaît encore des insuffisances de même que le suivi des AT. La problématique du VIH reste entière de même que l'implication des COSAN et COGES surtout dans le domaine de l'IEC. Il y a lieu pour le futur de :

- Assurer une meilleure concertation avec les responsables sanitaires (délégués sanitaires, médecin chefs de districts) à travers des rencontres régulières et surtout la transmission d'information (rapports d'activités)
- Assurer un meilleur suivi des AT et réfléchir avec le DS et la délégation sur la mise en place d'un mécanisme renouvellement des trousse et le suivi rapportage des activités
- Renforcer les capacités des COSAN en techniques de sensibilisation
- Développer avec les TP non seulement la collaboration avec les services modernes de santé mais aussi leurs capacités dans la conservation et dosage de leurs produits
- Renforcer les actions dans le domaine du VIH (prise en charge communautaire) et de la vaccination
- Etendre la formation des AT en zone B et dans les villages d'accès difficiles aux centres de santé
- Prendre en compte la lutte contre le paludisme notamment l'aspect MII dans les sensibilisations
- Réaliser des investissements pour offrir une garantie en cas de difficultés.

Annexes

Annexe 1: Tableau d'analyse FFOM du PDR Bassin du Logone

	Forces	Faiblesses
Interne	<ul style="list-style-type: none"> - Technique d'animation de groupe - Communication dans les langues locales - Existence des infrastructures de formation, de restauration et d'hébergement - Capacité d'autofinancement - Centre de formation de Bayaka - Logistique (benne pour le transport) - Hébergement (100 personnes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistence d'un personnel qualifié dans le domaine de la santé - Insuffisance de suivi des AT - Manque d'information et de préparation des « Services de santé » et Associations de la fin de la Phase V du PDR/BL,
	Atouts	Menaces
Externe	<ul style="list-style-type: none"> - Environnement socio économique (centres de santé, districts sanitaires, personnels, infrastructures routières...) - Contexte politique favorable (déconcentration, décentralisation) - Existence de Politique Nationale de Santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Rupture de financement - Financement incertain par les Partenaires Financiers. - Compétition avec d'autres ONG

Annexe 2: Tableaux des réalisations des résultats attendus en santé préventive du PDR Bassin du Logone

Tableau N° 1: Bilan des formations et sensibilisations en santé préventive pour la période de 2007 à 2010

Thèmes développés	Nombre prévue	Nombre formé ou sensibilisé	Taux réalisation
Sensibilisation en onchocercose	-----	2643	.....
VIH/SIDA	.....	2353	.....
Formation des AT	90	90	100%
Formation des COGES	.....	64	.....
Suivi des AT	20	15	75
Identification des tradipraticiens	.....	44	.....
Formation sur l'utilisation des plantes médicinales	.....	77	.....
Formation et suivi des comités scolaires	.....	216	.....
Formation sur l'utilisation sans risque des pesticides	.....	12	.....
Formation et suivi des producteurs /trices en hygiène	.....	491	.....
Formation et suivi des maîtres communautaires	.....	89	.....

Tableau N°2 : Bilan des actions réalisées en santé préventive de 2002 à 2010

Activités	Sensibilisation sur les IST/VIH/SIDA		Formation sur la santé préventive		Sensibilisation sur l'onchocercose		Formation sur l'utilisation des plantes médicinales		Formation des accoucheuses traditionnelles		Formation des membres comité de santé	
	H	F	H	F	H	F	H	F		H	F	
Années												
2002-2003	81	45	70	26								
2003-2004	157	67	44	04								
2004-2005	675	825	170	59								
2005-2006	960	1040	120	33					20			
2006-2007	338	385	279	57								
2007-2008	629	872	50	06			40	04				
2008-2009	11	24			1267	1376	30	03		52	12	
2009-2010	58	36							90			
TOTAL	2909	3294	733	185	1267	1376	70	07	110	52	12	

(Source: BDL : bilan des activités 1999-2010)

Annexe 3: Tableau budgétaire

Année	2004/2005	2 006	2 007	2 008	2 009	2 010
Budget prév. PDR/BL	10 150 000					
Budget exécuté PDR/BL	1 124 800	8 045 000	75 000	1 988 800		
Budget prév .santé					18 683 250	
Budget exécuté santé					8 128 455	
Recettes propres	9 686 850	9 158 620	7 244 540	9 840 850	14 263	946

Annexe 4: Evolution de quelques indicateurs démographiques et de santé

Tableau 1 : Evolution des indicateurs démographiques au Logone occidental de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Population	655985	672572	693714	715046	737212
Densité	85,25	87,4	90,15	92,92	95,8
Capacité hospitalière	0,66	0,89	0,77	0,74	

Source : *Annuaires de Statistiques Sanitaires*

Tableau 2 : Evolution des ratios de ressources humaine au Logone occidental de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Habitants/Médecin	38587	93039	77079	79450	61434
Habitants/Infirmier	5607	8244	4624	4767	5994
Femmes en Âge de procréer/Sage-femme	14957	10953	22595	23290	5700

Source: *Annuaire de statistiques Sanitaires*

Tableau 3 : Evolution des indicateurs de santé maternelle au Logone occidental de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Utilisation des services	17,5	21,5	19	16	21
Utilisation des services de CPN	44,5	42,5	60,8	40,3	32,55
Accouchements assistés	16,7	17	22,52	15,2	24

Source: *Annuaire de Statistiques Sanitaires*

Tableau 4 : Evolution de la couverture (%) vaccinale dans la région sanitaire du Logone occidental de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
BCG	57,3	84,74	91,74	91,4	
DTC3	58,4	58,81	79,22	63,3	38
Polio 3	55,8	57,81	78,12	62,9	56
VAA	71,7	70,99	69,71	69,3	73
VAR	61,8	65,92	73,58	61,9	72
Enf Compl Vacc	45,3	50,07	62,3	46,2	

Source: *Annuaire des statistiques Sanitaires*

Partie II : Evaluation externe du Bureau d'Appui Santé Environnement (Base) (Phase V)

Résumé exécutif

Le Bureau d'Appui Santé Environnement (BASE) est une ONG créée le 1 juillet 1993 dans le cadre de l'application d'un accord entre le Conseil Fédéral Suisse et le Gouvernement de la République du Tchad. Il remplace le Bureau de Coordination de l'Institut Tropical Suisse et a le souci, conformément à l'accord précité, d'appuyer les structures publiques et des initiatives privées dans le cadre du développement sanitaire et de la promotion de l'environnement.

Le BASE arrive dans la région du Wadi Fira dans un moment de tension politico-militaire à la frontière avec le Soudan, suivi d'un flux important de réfugiés alors même que le rôle et la présence de l'Etat tchadien surtout à l'Est du pays, était particulièrement limités dans le domaine social. Ici aussi -comme dans l'ensemble du pays-, les déficiences en termes de données sanitaires fiables ont donné à l'analyse de cette évaluation un caractère parfois plus qualitatif que quantitatif.

Dans ces conditions difficiles, l'ONG BASE, au Wadi Fira, a sans doute réalisé la plupart des activités prévues et atteint certains des objectifs et résultats attendus. Mais ces derniers étaient-ils pertinents ? Pas tout à fait, car la promotion d'un environnement sanitaire plus acceptable mais tellement nécessaire n'a que trop peu été envisagé au cours de ces années. A-t-t il été efficace dans l'exécution de ses plans d'action ? En grande partie, oui, eu égard aux activités planifiées. La durabilité de ses résultats, par contre, constitue sans doute l'aspect le plus questionnable de son intervention pour cause, sans doute, des faiblesses des mécanismes de suivi. Il en va de même de l'efficience: nous pensons en effet que les importantes ressources engagées, -matérielles, financières et humaines-, analysées plus avant auraient pu être utilisées plus valablement en fonction des résultats à obtenir et non pas seulement pour se donner les moyens d'y parvenir.

La pertinence de l'appui et la durabilité des résultats acquis peuvent être analysées sous l'angle de la composante institutionnelle de cet appui et par l'intervention des Comités de Gestion (Coges). Au niveau des Centres de Santé, les améliorations survenues proviennent essentiellement d'un meilleur contrôle de la gestion de ceux-ci par les Coges et de la participation aux activités préventives qui ont pu être réalisées avec l'aide du Cosan. L'hôpital de Biltine, par contre, fonctionne encore aujourd'hui comme un centre de santé à peine amélioré et à peine plus compétent que le Centre de Santé de la ville elle-même. Les synergies possibles entre les différentes interventions dans la région, elles-mêmes facteurs de soutenabilité des résultats, n'ont pas été suffisamment explorées ou développées avec les partenaires potentiels ou les autorités locales responsables du développement social ou du maintien d'un environnement.

Face à la faible présence institutionnelle des structures de l'Etat, on comprend aisément qu'il ait été demandé –et que le BASE ait accepté- d'appuyer les services publics dans le domaine de l'offre de service et de l'amélioration de la qualité de ceux-ci. Dans ce contexte d'insécurité et d'incertitude, le canal (du Base) permettait une gestion plus rapide et plus efficace des fonds que si ceux-ci avaient transité directement par le Ministère de Santé Publique (MSP), alors peu articulé entre ses différents niveaux d'intervention et peu présent auprès des populations rurales.

Le caractère de cette ONG est donc assez différent des PDR voisins. Elle agit principalement comme une organisation d'appui au MSP, y compris dans le chef des activités communautaires de ce dernier, mais sans en avoir le mandat, ni l'autorité sur son personnel. Elle agit et exécute, parfois en se substituant malgré elle, des activités à charge du MSP, accélère un processus qui devrait, tôt ou tard, être repris par le MSP. Mais peut-être alors tout en répondant à ces mandats, a-t-il en partie perdu de sa capacité d'innovation, d'adaptabilité et de son dynamisme, caractéristiques d'ONG.

Le Budget du MSP est resté identique ces dernières années (hors « Grands Travaux Présidentiels », voir annexe 1, Budget du MSP). Ces grands travaux ne paraissent pas être soutenus par des mesures d'accompagnements nécessaires au fonctionnement de ces infrastructures, comme par exemple et principalement, l'assignation de ressources humaines et la dotation d'équipement. Ces lacunes se retrouveront tout au long de nos évaluations.

Il faut signaler que l'ONG est intervenue essentiellement au niveau de Biltine tandis que les deux autres districts de la Région (Guereda et Iriba) ont très peu bénéficié de l'intervention du Base. La raison invoquée, en plus des problèmes d'insécurité, en est la présence massive d'organisations humanitaires qui offrent à la population des services gratuits. Dans ce cadre-là, il est évidemment difficile d'organiser un système de santé pérenne en adaptant l'« Initiative de Bamako » comme il a été fait dans le district de Biltine. Mais vu l'extension du district de Biltine et les ressources, humaines et matérielles limitées, dont disposait le Base pour exécuter ses activités, cette décision difficilement prévisible, aura été heureuse.

Le Base pouvait-il faire plus et mieux dans le district de Biltine que l'accompagnement des structures et du fonctionnement du MSP? Sans doute. Un facteur limitant que l'on retrouve aujourd'hui au Tchad et qui n'aura pas épargné le BASE, consiste en la disponibilité de Ressources Humaines de qualité, compétentes et dédiées. Ce facteur limitant se retrouve au niveau du personnel local de l'organisation, peu motivée et peu intéressée pour nombre d'entre eux, par leur mission et leurs objectifs. Les vacances de postes et le manque de motivation nous permettent de parler « d'occasions manquées » dans le cadre de la promotion de la femme et du développement social du district de Biltine.

On cite souvent quelques pays émergents comme exemple de pays qui sont sortis de la pauvreté et auront remplis leurs engagements vis-à-vis des Objectifs du Millénaire (OMD). Soit. On cite les défaillances des pays riches de remplir leurs engagements en termes d'aide financière, (0,3% de leur PIB au lieu des 0,7%), on parle de la nécessaire « bonne gouvernance » locale et de politiques économiques, qui changeraient tout. Mais un obstacle majeur au développement ne faudrait-il pas, aussi, le trouver dans les comportements internes, propres aux populations, de nature culturelles finalement. La résistance au changement ne faudrait-il pas la trouver premièrement dans certaines couches de la population elles-mêmes, rétives à ces changements ? Les plus jeunes générations sont certes nettement plus ouvertes, mais beaucoup moins celles qui détiennent encore le pouvoir de décision, des groupes plus âgés. Dans le district de Biltine, le rôle actuel des femmes dans la société, mériterait qu'un effort tout particulier soit entrepris tendant à améliorer leur position.

De manière plus générale, au cours des quelques mois qu'il reste au Base à Biltine dans le cadre de l'exécution de cette phase V, un effort particulier allant dans le sens des déterminants de la santé, des « comportements, attitudes et pratiques» des individus et des communautés et du renforcement de la gestion des « Coges », reste à faire qui nécessite un personnel convaincu et enthousiaste et qui incorpore nécessairement la femme dans cet effort.

Enfin, quoique la discussion entre « Programme ou Projet » soit parfois assez vaine, nous estimons que la situation de la durabilité des résultats aura transformé ce Programme en un Projet, limité dans le temps et dans ses perspectives.

La pertinence et la durabilité des approches choisies : analyse

Le Programme du BASE est un programme d'appui aux districts sanitaires de la région du Wadi Fira qui prend en compte aussi bien les structures publiques que communautaires de la Santé. L'approche s'est appliquée à la fois à l'offre et à la demande de services : d'une part elle entend renforcer l'offre de soins curatifs de qualité et soutient les activités préventives (vaccination et contrôle prénatal, CPN) et d'autre part, elle promeut la demande de services de la part des groupes vulnérables (femmes et enfants).

Les deux principaux domaines d'intervention et de résultats du Base au cours de la Phase IV peuvent être formulés de la manière suivante :

- Accompagner la grossesse et soutenir l'accouchement des femmes dans de meilleures conditions grâce à la présence et l'action compétente des Accoucheuses Traditionnelles (AT) ce qui aura contribué, sans aucun doute, à une réduction de la morbi-mortalité liée à la maternité.
- Permettre le fonctionnement de 13 Centres de Santé dans des conditions acceptables et cela malgré un contexte et un environnement institutionnel peu favorables.

Le contexte n'aura certes pas toujours été favorable avec des moments d'insurrection, d'afflux d'émigrés, avec la présence d'organisations humanitaires sans doute nécessaires à ce moment précis mais qui viennent tout de même perturber le mécanisme de « Recouvrement des coûts » et imposera postérieurement de limiter le rayonnement du BASE à un seul district (Biltine).

L'adéquation de ces deux principaux résultats attendus (Objectifs Spécifiques) au contexte, à l'environnement humain, social et culturel était certainement satisfaisante. Ajoutons cependant que le Projet ne présentait pas le maximum de garantie d'adéquation : la flexibilité ou la possibilité de détours nécessaires dans cet environnement et avenir incertains ne fut pas considéré. D'autres approches auraient pu et dû être envisagées ex-ante et surtout, en cours de route de Projet (touchant l'environnement, un changement plus radical des pratiques, des comportements à risques). Ces approches ne furent que très timidement abordées.

L'implication, réussie celle-là, de la société civile (par l'intermédiaire des Cosan et des Coges) dans la sphère du développement du secteur de la santé répond au souci fondamental de pérennisation des interventions de la DDC. Cependant, les déterminants de la santé, facteurs de protection et de prévention individuelle et communautaire, n'ont pas été considérés dans le « design » du Programme, ou trop timidement.

Mais combien de temps mettront les institutions de l'Etat à atteindre les zones périphériques et les populations de la région du Wadi Fira, celle du district de Biltine, assurant ainsi une reprise en charge et la durabilité des résultats obtenus? Certes, de nombreuses constructions sanitaires ont été réalisées dans le pays mais qui souffrent encore d'un manque d'équipement et surtout de personnel. (Voir Annexe 1 : Evolution du Budget du MSP) Des changements dans l'organisation du système de santé se manifestent, l'institution veut sortir de crise, mais elle mettra du temps pour atteindre les zones les plus éloignées ce qui signifie que longtemps encore l'intervention d'ONG dans le domaine de la santé sera pertinente.

Efficience des activités : analyse

A. Etant donné qu'on ne connaît pas les standards de productivité dans les services publics au Tchad, on ne peut faire de comparaisons avec d'autres interventions. Arbitrairement, pour les besoins de l'analyse, nous avons synthétisé les résultats et activités selon les cinq groupes suivants:

1. L'amélioration du fonctionnement et des services publics : les activités ont été menées aux trois niveaux :

- a. Niveau Central: Délégué régional : appui à la supervision et dotation de matériel de bureau et informatique.
- b. Hôpital de district: dotation d'une ambulance équipée (pas de système de « référence-contre référence » établi et fonctionnel); matériel informatique
- c. Centre de santé :
 - i. Infrastructures : Construction par le BASE de 6 incinérateurs et de 8 hangars : la maintenance et la pérennité de ces infrastructures est négligée. Certains incinérateurs ne fonctionnent plus et quelques « hangars » ne sont pas couverts.
 - ii. Dotation initiale en médicaments d'une valeur maximale de 1.000.000 CFA par CS
 - iii. Dotation de petit matériel
 - iv. Formation du personnel (SIS, CPN ; voir Annexe 4)
 - v. Elaboration des micro-plans: 1x/an et « suivi de l'exécution », 4x/année
 - vi. Prise en charge de deux agents communautaires (50000 FCFA) par CS.

2. L'organisation communautaire :

- a. Formation et gestion des Cosan composés d'agents (ou relais) communautaires représentatifs de chaque village ; se réunissent en assemblée une fois/an
- b. Formation et gestion des Coges : le recouvrement des coûts est en train de se mettre en place générant une meilleure prise de conscience de la population (Assemblée générale Cosan, 1 X/an), de ses droits à la santé. Cette population observe qu'une bonne gestion des services de santé pouvait générer des bénéfices, qui bien investis, pouvaient à leur tour améliorer la situation de bien-être de la communauté en même temps que la qualité des soins. Dans le district de Biltine, cette méthodologie aura permis aux CS de continuer à fonctionner de manière acceptable malgré un environnement néfaste. Quotidiennement, aujourd'hui encore dans ces CS, une moyenne de vingt patient(e)s consultent et reçoivent leur médicaments à un coût acceptable (+/- 1000FCFA/patient).

Le « partage des coûts » pourrait améliorer plus encore l'efficience des structures de soins et la qualité des prestations en permettant d'octroyer des incitations financières au personnel et en générant un contrôle social venant d'« usagers-clients » plus exigeants.

Lors des AG annuelles une « micro-planification » orientée par le BASE est préparée et approuvée pour l'année à venir. Le bénéfice cumulé des CS visités varie entre 2.5MoCFA et 4MoCFA (CS Biltine). Un problème cependant demeure : celui de l'usage pertinent de ces fonds recueillis. La durabilité de certains résultats, le renouvellement du matériel fondamental des AT, la qualité du service au CS pourraient être assurés à partir de ces fonds de recouvrement.

3. Savoirs locaux en matière de santé :

- a. Accoucheuses traditionnelles (voir Annexe 4 : formations réalisées): 79 AT formées, dotées et suivies par le BASE et 12 formées, dotées par le PDR-Biltine et Croix-Rouge Suisse mais suivies par le BASE également.
- b. Des relais locaux ont été formés mais le suivi est très lâche. Quant aux tradipraticiens, la résistance mutuelle à une collaboration entre les détenteurs d'un savoir traditionnel et les services modernes, leur méfiance réciproque, persiste toujours. A l'exception de quelques cas individuels, il n'y a pas eu de rapprochement un peu consistant.

4. Déterminants de la santé : changement d'attitude et environnement sanitaire

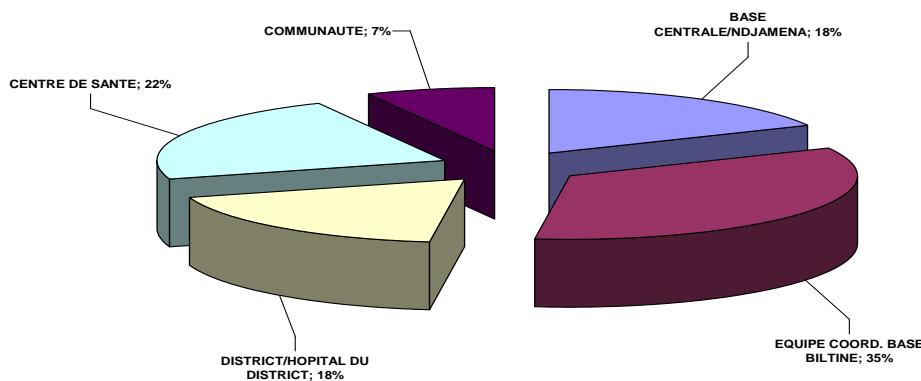
- a. Formation et sensibilisation SIDA, se limite à la projection de films dans les communautés; les boîtes à image, jugées trop crues, ne sont pas utilisées

5. Différents processus de « suivi » ont été mis en place et sont totalement ou partiellement pris en charge par le projet (per diem +carburant +véhicule). Tous sont importants et contribuent puissamment au succès où à l'échec des objectifs:

- Le Suivi de la Délégation Sanitaire Régionale : irrégulier (car Délégué sanitaire absent ou peu disponible)
- Le suivi des CS par le Médecin Chef de District ou les Chefs de Zones de responsabilité est réalisé par l'équipe BASE et non pas par l'équipe cadre ; les recommandations des supervisions sont informelles et n'obligent pas à action correctrice ni n'entraînent, le cas échéant, des sanctions.
- Le mécanisme de référence-contre référence, lorsqu'il existe, n'est pas formalisé. Le Centre de Santé de Biltine, par exemple, le plus proche de l'hôpital, n'a référé aucun patient vers l'hôpital au cours de l'année écoulée.
- Le suivi des AT par le RCS et par la sage-femme du programme à travers une fiche mensuelle, révisée par l'infirmier et remplie par l'AT à chaque accouchement. Les données sont collectées chaque fin de mois au cours de visites de supervisions. Ces visites sont intéressantes mais ne donnent pas lieu à un renouvellement ou renforcement du matériel de l'AT. De ce point de vue, c'est un peu une occasion manquée.
- Le suivi des relais communautaires est irrégulier et peu consistant. Il n'y a pas de fiche de suivi. Nous ne disposons pas de la liste de ces relais communautaires. Encore une fois, opportunité manquée.
- Suivi des Cosan et Coges par le BASE: on sait que ces assemblées peuvent dériver vers des organismes peu démocratiques où l'intérêt de quelques particuliers prédomine et le pouvoir qui dérive de ce Coges devient un enjeu. Cette situation -dangereuse pour la gestion du processus-, ne nous est pas apparue dans le district de Biltine. Au contraire, les Coges fonctionnent et auront permis la survie fonctionnelle des CS.
- Le suivi du BASE central vers le Base périphérique, par des visites annuelles sur le terrain, par le rapportage, et les Comités de pilotage MSP, Coopération suisse, Base). Il n'y a pas partage d'informations avec les structures publiques de l'Etat.

B. On peut rapporter les « groupes d'activités à l'analyse des budgets et les dépenses :

REPARTITION DU BUDGET DE LA PHASE V PAR NIVEAU DE DEPENSES

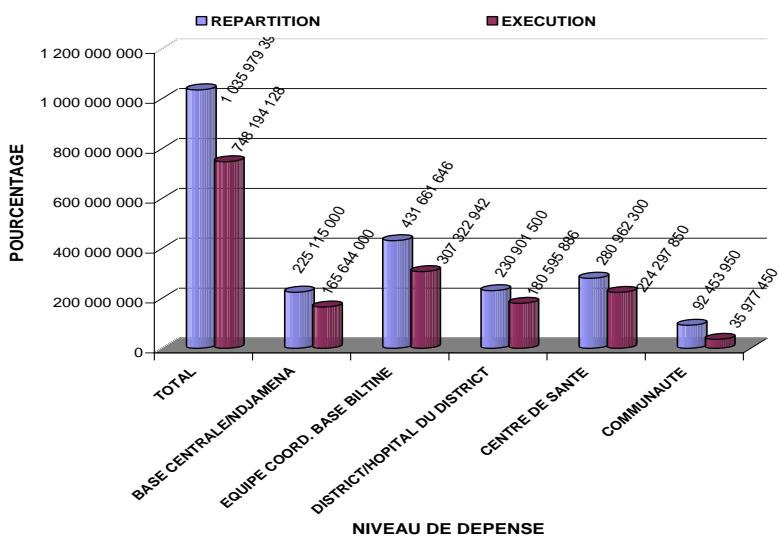


La ventilation budgétaire ci-dessus nous indique qu'environ 29% du budget de la phase V sont planifiées pour des activités au niveau communautaire (appui aux centres de santé, formation des AT et Relais communautaires), 18% pour l'appui au niveau de District sanitaire/Hôpital de Biltine (Equipements et supervisions) enfin 52% pour le BASE N'Djaména et Base Biltine dont 34% (Salaires et fonctionnement courant).

La part réservée au niveau District sanitaire/Hôpital de Biltine (Equipements et supervisions) ne se justifie pas si l'on considère la quasi absence de personnel qualifié et du médecin chef de district. Toutefois, 38% de ce budget a été utilisés (voir histogramme ci-dessous). Ces activités ont été réalisées, par défaut, pour la plupart par l'équipe de BASE dont les membres n'ont pas tous compétence de supervision des activités au niveau des Centre de santé. De ce fait l'intervention d'appui aux districts avec transfert des compétences et des responsabilités de BASE aux ECD et Centres de Santé n'a pas pu être réalisée. Ces structures périphériques de santé demeureront assistées et dépendantes.

Lors de nos conversations avec quelques membres des Coges, ils se sont montrés surpris à la question de savoir ce qui arriverait si la DDC ou le BASE cessait d'être présente? Ils ne sont pas préparés à cette éventualité et ne semblent pas avoir été informés de la finalisation de cette phase.

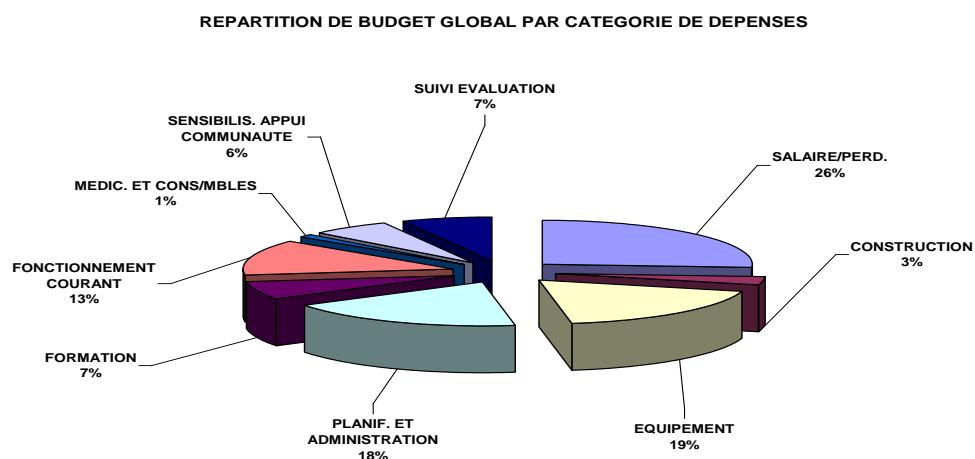
ALLOCATION ET EXECUTION BUDGETAIRE PAR NIVEAU DE DEPENSE



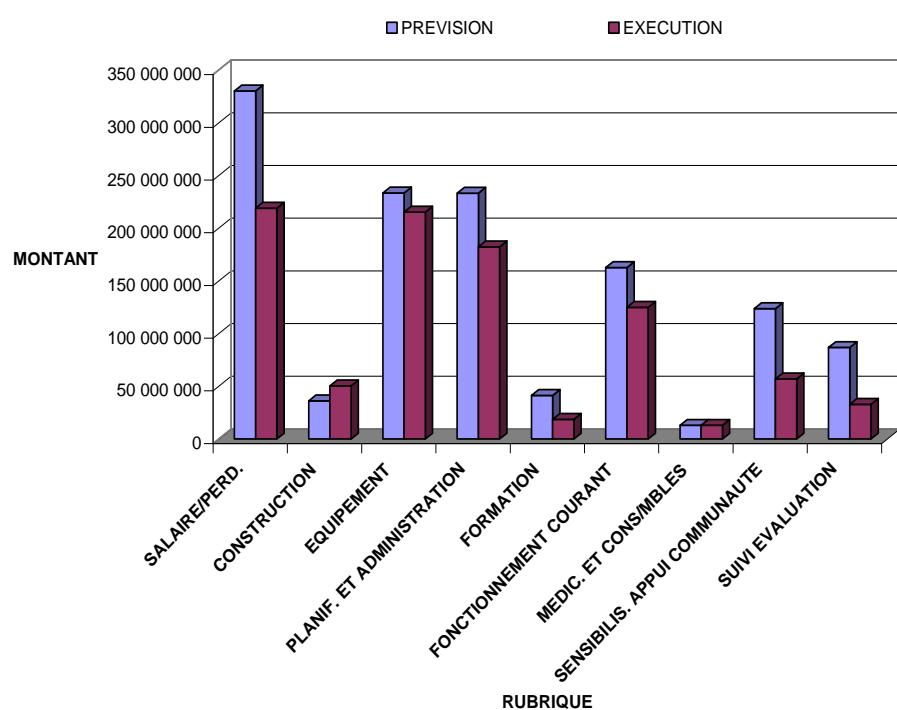
C. Achat d'équipement :

- 5 véhicules (2 pour le niveau BASE-central, 2 pour le Base-Biltine et 1 ambulance pour l'hôpital.)
- 6 motos (3 pour le BASE-Central et 3 pour le Base Biltine)
- 2 groupes électrogènes, dont 1 pour Base- Biltine,

L'acquisition des équipements s'étend sur toute la période du programme et même en fin de phase ; certains doivent encore être livrés, alors que ces biens devraient être disponibles dès le début des activités. La maintenance n'est pas considérée.



PREVISION ET EXECUTION BUDGETAIRE PAR RUBRIQUE PHASE IV



En conclusion, la recherche de la meilleure efficience technique et allocative ne semble pas avoir été la préoccupation ni la caractéristique la plus remarquable des activités du Base dans le Wadi Fira.

Niveau d'atteinte des résultats choisis attendus : analyse de l'efficacité

Les interventions prévues pour trois districts sanitaires se limitent au niveau du district de Biltine. Pour des raisons d'insécurité et de la présence massive des ONG humanitaires qui offrent des services gratuits à la population, les districts sanitaires de Guereda et d'Iriba ont très peu bénéficiés des activités du BASE. De plus, il faut tenir compte du fait que certains intrants n'étaient pas disponibles au démarrage de la phase V (absence ou insuffisance du personnel), qui a donc été retardé.

Le niveau de réalisation a été estimé de la manière suivante qui tient compte de la réalisation des objectifs/résultats sans mettre l'accent sur les éléments qualitatifs de mesure de ces performances:

R	Enoncé du résultat	Indicateurs	Niveau d'exécution estimé
1	Les communautés et les services de santé évoluent, planifient et réalisent ensemble les activités préventives, promotionnelles, curative et de lutte contre le VIH/Sida	1.1 Nombre de suivi intégré effectué par PS/COSAN > 4/an 1.2 Nombre d'évaluation intégrées réalisées par PS-COSAN > 2/an	12/an 2/an
2	Les communautés reçoivent des soins préventifs et curatifs dont elles ont besoin conformément aux normes (protocoles) à des coûts efficient	2.1 Toutes les composantes du PMA sont offertes 2.2 Taux de fréquentation des CS 2.3 Coût moyen du traitement : 700 /1000FCFA	Sauf maladies chroniques 20% 1000 FCFA
3	Le personnel de santé et les communautés réagissent de façon prompte et adéquate en cas de survenue de maladies à potentiel épidémique	3.1 75 relais membres des COSAN sont formés dans la sensibilisation 3.2 35 PS formés dans la prise en charge des maladies à potentiel épidémique dont le VIH/SIDA et les IST	180 relais formés dont 20 femmes 20 personnes formées
4	Les communautés participent au financement et à la gestion des services de santé au travers de structures représentatives et ainsi qu'aux prises de décisions et dans les orientations	4.1 reconnaissance officielle des COSAN du district 4.2 Nombre de réunions statutaires tenues par les différents organes tenues par les organes 4.3 Nombre de suivi en gestion/micro-plans effectués par an	12/13 reconnus 12 réunions mensuelles/an /Cosan ; 1-2AG/an 9 suivis par an
5	Un système de supervisions formatives, de formation continue, de recyclage et d'échanges d'expériences est mis en place	5.1 20 membres des ECD sont formés en planification, gestion supervision et sur le logiciel du SIS 5.2 35 PS sont formés et recyclés sur les maladies courantes, CPN, CPE, et BEF 5.2 350membres des Cosan sont formés sur les mêmes thèmes 5.3 140 membres des Coges sont formés sur des outils de gestion	56 PS formés en planification en informatique 15 PS formés en CPN/BEF 231membres sur thèmes de sensibil. 189 formés

6	Un système de référence et de contre-référence est mis en place et élargi graduellement entre différents domaines	6.1 60 accoucheuses sont formées équipées et suivies 6.2 3 Tradipraticiens collaborent avec les PS	79 AT sont suivies et 71 ont fait un stage pratique 5TP collaborent avec PS
7	Les groupements d'alphabétisation et des producteurs insufflent une dynamique associative aux COSAN de leur zone et servent de relais pour la santé	7.1 1/3 des Cosan sont des membres issus des groupements	13/13 Cosan Réalisé par le PDR
8	Les conditions d'un après-projet et l'évolution du partenariat avec Base sont définies dès le démarrage de la phase	N/A	
9	Les instances locales discutent des stratégies développées et des expériences menées par le programme	N/A	
10	Des réunions de concertations sur les conditions de réfugiés et les effets des interventions sur les politiques	N/A	

Le degré d'efficacité des interventions est variable mais tout à fait acceptable. Les données disponibles concernant le degré d'avancement des indicateurs -et qu'il eut été utile d'analyser initialement- ne sont pas très fiables, lorsqu'elles existent. A ce titre elles confirment la situation générale du SIS du pays. Les indicateurs utilisés justifient plus généralement les engagements financiers et permettent plus difficilement d'apprecier la qualité des formations données et la performance des résultats attendus. Le temps impari pour cette évaluation ne nous aura pas permis d'apprecier la qualité des soins prodigués dans les CS.

Gestion

- Ressources Humaines : A l'image du personnel du MSP, le personnel du BASE est instable: Les animateurs insérés dans la communauté sont présents depuis le début de la phase. Le poste de gestionnaire a été occupé par des titulaires différents et trois médecins conseillers se sont succédé au cours de cette Phase V. Le personnel du Base est actuellement composé de :
 - Un coordinateur, Mr. Yacoub Djounouma
 - Un médecin (urgentiste), conseiller, une sage-femme formatrice, un gestionnaire, deux animateurs, une secrétaire, deux chauffeurs, une sentinelle et une stagiaire.

NB : Il paraît étonnant que le seul médecin -urgentiste du Tchad, formé par ailleurs à Montpellier, fonctionne dans le cadre du BASE. C'est son droit et peut-être le BASE doit-il s'en réjouir. Mais cela illustre le mal fonctionnement de la gestion des ressources humaines à l'échelle nationale et le peu de motivation accordée aux spécialistes afin qu'ils fonctionnent dans le cadre de leur spécialité.

Nous avons constaté le manque d'enthousiasme, d'initiative et d'intérêt de certains membres du personnel vis-à-vis de leur travail. Lorsqu'on n'est pas soi-même convaincu de la nécessité d'une plus grande équité sociale et spécifiquement, de modifier et de valoriser la situation de la femme dans la société, on ne peut pas s'attendre à ce que ces personnes transmettent et deviennent des acteurs

de changement. Ce manque d'intérêt s'est encore confirmé au cours d'une restitution à Biltine assez amorphe et décevante à ce point de vue (aucune réaction ou question de la part du personnel).

2. Gestion financière :

- Il existe un budget annuel et semestriel approuvé par les parties et les rapports financiers sont confectionnés périodiquement.
- Les outils de gestion ont été révisés et répondent aux manuels de gestion financière adaptés et approuvés. Non seulement le souci de l'efficacité conduit les bailleurs dans le cas du Tchad à privilégier des procédures de gestion parallèles à celles de l'administration publique, mais également, dans ce cas, la nature de l'organisme exécutant (une ONG) et la volonté et le souci du bailleur de recevoir des informations financières acceptables font que ces procédures parallèles ont été appliquées.
- La contribution est versée au mandataire, le BASE, par acomptes semestriels successifs après réception et acceptation écrite par le BUCO de la proposition avancée par le BASE relatif à l'utilisation des fonds

3. Gestion matérielle : il n'a pas été mis à notre disposition un inventaire du matériel acquis par le Base avec la localisation de celui-ci, les personnes responsables, etc.

Modalités de mise en œuvre du partenariat DDC/BASE : analyse

Contrairement aux PDR -qui se sont engagés depuis 2002 avec la coopération suisse, dans un processus conduisant, en 2010, à l'autonomie de ces derniers,- le BASE, après l'évaluation externe de 1996, se rend autonome de l'ITS et se voit confié la totalité de l'appui aux deux secteurs, communautaires et publics.

Le BASE suit une approche décentralisée conformément aux priorités et stratégies nationales ; les suivis, tant du bureau central du Base que du BUCO vers le Base-Biltine auraient pu être plus réguliers et plus intenses que ce ne fut surtout de la part de la chargée de programme du BASE sous la forme de missions d'appui plus incisives. L'existence d'une micro-planification intégrée, budgétisée et participative est certes un atout, mais n'est pas suffisante.

Des « Comités de pilotage » se sont réunis annuellement qui rassemblent les partenaires (MSP, BUCO) autour du BASE. Des évaluations externes successives ont été réalisées permettant un ajustement permanent des activités et des objectifs de cette organisation.

Le BASE doit appuyer les districts sanitaires, CS publics et communautaires. L'approche du BASE s'applique à la fois à l'offre et à la demande de service par le renforcement de capacité des agents. Cependant le problème du personnel se pose avec acuité dans la région ainsi que pour la mise en œuvre des activités du BASE lui-même. De ce fait, le transfert de compétence vers les structures de l'Etat est difficile et partant, la durabilité.

Le niveau d'alignement du programme

Le BASE a pour objectifs de contribuer à l'amélioration de la couverture sanitaire par la dotation des équipements aux structures médicales, la formation en santé, au suivi de proximité du personnel médical, la formation et le recyclage des comités de santé, comités de gestion, la valorisation des savoirs locaux et leur intégration dans la politique nationale de santé. La finalité est de favoriser l'accès à des services de santé de qualité aux populations. La complémentarité entre médecine moderne et traditionnelle est en conformité avec les orientations de la Stratégie Nationale de Croissance et de Réduction de la Pauvreté 2ième génération.

Les deux principales approches stratégiques du BASE que sont le « recouvrement des coûts », afin de consolider le fonctionnement des CS périphériques et la formation, suivi et dotation des Accoucheuses Traditionnelles dans le cadre de la réduction de la « morbi-mortalité maternelle cadrent donc parfaitement dans l'énoncé de La Politique Nationale de Santé d'une part, les axes stratégiques du PNS et les objectifs du PNDS de l'autre.

Les synergies développées

En l'absence d'autres Programmes/Projets, les activités du BASE sont pratiquement confondues avec celles du Programme du MSP, ce qui n'est pas sain.

Peu de synergies ont été développées par le Base en dehors du suivi et de la valorisation des Accoucheuses Traditionnelles par la sage-femme, Mme Zenaba Daoussa. Les déficiences de l'équipe de la DSR et les équipes cadres des districts, peu disponibles, n'ont pas permis de développer la collaboration et les actions de complémentarité souhaitées.

Avec le PDR Biltine, la sage-femme du Base aura en effet fourni le suivi des AT formées par le PDR. En dehors de cet aspect, il ne semble pas y avoir eu de collaboration dans d'autres domaines communautaires entre les deux intervenants. Il n'y a pas d'autres ONG présente dans le district.

Leçons apprises : points forts / expériences concluantes

- 1 .Micro-planification annuelle: durent 3/4jours. Ce sont des moments privilégiés de rencontres, d'évaluation et de planification entre des services publics, des organismes communautaires et le BASE
2. Echange d'expériences entre les CS et surtout « l'évaluation par les pairs » : devrait devenir une pratique périodique entre les niveaux de résolution similaires (entre CS, entre Hôpitaux de districts, etc.)
3. Lutte contre le VIH/SIDA doit utiliser des formes de communication qui doivent correspondre à la sensibilité de la population locale. Les canaux utilisés jusqu'à ce jour (projection de films) ne sont pas suffisants.
4. Développement du mécanisme de « recouvrement des coûts » afin de maintenir et même, de développer la fonctionnalité des centres de santé.
5. Formation, dotation et suivi des Accoucheuses traditionnelles contribuant par là à une meilleure santé de la femme et à une réduction de la mortalité maternelle.

	Forces	Faiblesses
Interne	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Stratégie éprouvée d'encadrement et de suivi des Accoucheuses dans le cadre de la stratégie de diminution de Mort. maternelle Traditionnelles et de COSAN/COGES ✓ Capacité de transmission de la formation en gestion des Centres de santé ✓ Connaissance des mécanismes de 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Stratégique incomplète dans les approches de thèmes de santé (Hy.) ✓ Visibilité/Valorisation limitée de publication de résultats remarquables par le BASE. ✓ Substitution aux rôles des districts dans les supervisions ✓ Manque d'information aux « Services de santé » et Associations de la fin de la

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ « recouvrement des coûts » ✓ Adaptabilité à d'autres milieux/régions 	<ul style="list-style-type: none"> Phase V du BASE ✓ Manque de vision d'autonomie ✓ L'insuffisance de clarté dans le partage des responsabilités entre les communautés et le personnel de santé dans la gestion des ressources
	Atouts	Menaces
Externe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contexte politique favorable (déconcentration, décentralisation) ✓ Faiblesse de structure d'encadrement de l'Etat 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Financement incertain par les Partenaires Financiers. ✓ Compétition avec d'autres ONG ✓ Substitution forcée du rôle des services de santé de l'Etat ✓ Peu de synergie entre le BASE et autres ONG. ✓ Faible représentativité des femmes dans les instances de décision ✓ Insécurité et contexte régional (réfugiés, ONG humanitaire,)

Recommandations pour le futur

A. A court et moyen termes

- a. Les prochains mois verront la clôture de l'appui de la DDC au Base, ce qui, en soi, implique une série d'activités et de décisions qui ne sont pas simples, sont coûteuses et dououreuses. Il faut les prévoir. Mais l'essentiel des actions de ces six derniers mois devraient se concentrer sur les objectifs suivants :
 - i. Assurer la soutenabilité /pérennité de certains résultats
 - ii. Assurer que les biens mis en œuvre soient répartis équitablement et que leur maintenance soit assurée
- b. Dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle, augmenter plus encore le nombre d'accoucheuses formées, dotées et suivies adéquatement pour atteindre une quinzaine par centre de santé. Toutes ces AT pourraient renouveler leur matériel (savon, gants, alèse, savon, « gilette ») grâce aux bénéfices générés par le recouvrement des coûts (1 boîte de 100 paires de gants coûte environ 5.500 FCFA.)
- c. Assurer une meilleure gestion des « Fonds de recouvrement » des Centres de Santé ce qui signifie promouvoir l'usage des capitaux accumulés à des fins d'amélioration de la qualité des services et générer des activités productrices de mieux-être, (surtout pour les femmes : gestion des puits, moulins pour les grains, etc.)
- d. Promouvoir l'information sur l'hygiène publique, et les mécanismes d'impact sur les déterminants de la santé.
- e. Une supervision intégrée de la BASE et des structures de l'état permettra de rationaliser les ressources et de réaliser les actions de façon plus efficace et efficiente.

B. A plus long terme

- a. Promotion de la santé qui comprend
 - i. La promotion des comportements sains et responsables
 - ii. La promotion de l'environnement et les changements des déterminants de la santé
 - iii. La promotion des services de santé (publics et autres)
- b. Etude C.A.P., plutôt de nature anthropologique de la société du Wadi-Fira qui pourrait guider l'élaboration de plan futurs de promotion de la santé dans la région.
- c. Contribuer plus activement à la constitution d'un SIS régional.

Contribution du Base à l'analyse prospective

Caractère reproductible des résultats :

- a. Partage des coûts. Cette expérience n'est certes pas nouvelle et a donné dans le monde des résultats variables évalués pertinemment. Quelques conditions sont nécessaires à l'extension et à la reproduction de cette expérience dans un souci d'équité:
 - i. La gestion des ressources doit être assurée au niveau local par la communauté en accord avec le personnel de santé. Ce personnel du Coges doit être élu démocratiquement et non pas choisi selon les inclinaisons personnelles de quelques-uns. Le respect de cette condition conditionne la pérennité de l'initiative.
 - ii. Une décentralisation du processus de décision doit être institutionnalisée, ce qui semble être le cas au Tchad
 - iii. La capacité d'organisation et de gestion des communautés doit être renforcée et soumise à des mécanismes de contrôle externes rigoureux.
 - iv. La solidarité de la communauté vis-à-vis des plus démunis doit s'exprimer par la mise en place de mécanismes d'exemption de paiement pour ces derniers. L'indentification de ces indigents est un processus délicat mettant à l'épreuve la qualité démocratique des COGES
 - v. La qualité de la prise en charge pourrait être améliorée en allouant une partie des fonds générés à la motivation du personnel
- b. La formation des AT, la dotation initiale et périodique, et surtout le suivi des AT dans le cadre de l'attention aux femmes et la réduction de la mortalité maternelle. Couplée sur le point antérieur (voir « recouvrement des coûts »), elle devrait permettre de fournir les AT en matériel élémentaire (savon, fil, alaises, ...) lors de leurs visites mensuelles au CS et ainsi, les fidéliser.
- c. Une lutte cohérente et frontale pour diminuer le ratio de mortalité maternelle doit inclure la mise en place de mécanisme de résolution (principalement la capacité de réaliser des césariennes) dans de bonnes conditions (accessibilité, compétences, soins néonataux), ce qui ne peut être réalisé que dans des services capables de réaliser ce genre d'intervention (Hôpitaux de district). Ce point sera repris dans le « Bilan Prospectif »

Conclusions

Les changements désirables de comportement, d'attitude et de pratiques sont progressifs et toujours lents. L'unité de mesure en est plus souvent la génération que l'année ou la phase d'un Projet. Ils sont donc difficilement mesurables ou appréciables d'une année à l'autre, ou même d'une phase à l'autre.

Par contre les principaux déterminants de la santé auraient pu être abordés par les activités de la phase V. Il eut fallu prendre des initiatives, oser, ce que pouvait et devait entreprendre une ONG telle que le BASE.

Le BASE a initié ses activités au Wadi Fira au bon moment, ce qu'il voulait réaliser était en adéquation avec l'environnement et le contexte. Le principal facteur limitatif à jouer pleinement son rôle et à remplir ses objectifs a été le peu de motivation de ses propres Ressources Humaines locales, peu engagées, compétentes et disponibles.

On peut évidemment considérer une phase supplémentaire de l'appui de la DDC. Mais il serait alors impératif que :

- le personnel engagé remplit les conditions de motivation et de compétence permettant les changements attendus et la promotion de la femme,
- ce personnel soit disposé à développer la « promotion de la santé » dans toutes ses composantes : attitudes et comportements individuels, responsabilisation collective et mobilisation sociale, promotion des activités préventives des services de santé,
- une amélioration de l'efficience par une utilisation plus rationnelle des ressources soit instituée,
- le suivi de la part du niveau central (BUCO + Base « central »), soit alors beaucoup plus incisif.

Le BASE et le PDR/WF œuvrent dans des domaines qui se recoupent parfois et affectent des cibles parfois semblables surtout en ce qui concerne le volet communautaire. Un effort de définition des objectifs respectifs devrait être fait afin d'éviter la duplication des tâches

Partie III : Les projets thématiques récents

Programme de Promotion d'un réseau de mutuelles de santé dans les régions du Logone oriental, du Mayo-Kebi est et ouest, du Mandoul et du Moyen Chari

Ce Projet vient de débuter en 2010 par la signature de « Conventions cadre » tant entre le CIDR et le MSP que entre le CIDR et les partenaires de mises en œuvre (mars 2010). Le Conseiller Technique (CT), monsieur Damien Rouault, est lui aussi présent sur le terrain depuis le début de cette année. Il est prévu que le Projet s'étendra sur trois années. L'intervention de la DDC est de 1.120.000FCH (+/- 800.000€) étendue sur ces trois années.

La constitution de mutuelles de santé n'est pas neuve au Tchad. Par contre, l'initiative de constituer des réseaux permettant un partage des risques, la réassurance, un meilleur plaidoyer et une couverture-maladie plus étendue, est neuve et constitue un atout. Cet atout mérite d'être souligné.

D'autre part, la mise en œuvre de ce programme présente de nombreux risques et difficultés qui méritent d'être rappelés :

- *les difficultés :*

Le CT en charge est seul pour dynamiser/créer des mutuelles de santé, pour constituer les réseaux entre ces mutuelles. Bien qu'il y ait un Point Focal au niveau central du MSP, il n'y a pas de contrepartie locale, permanente qui l'accompagne et le soutienne. Les distances et l'étendue du pays viennent ajouter une difficulté non négligeable.

- *les risques :*

Les risques sont nombreux qui peuvent handicaper ou freiner le déploiement de cette initiative :

- La faible qualité des services de santé. La mise en place de mutuelles de santé présuppose, une offre des services de santé de qualité afin que les patients utilisent ces services. Il n'est pas certain que ces services deviendront performants avant la fin de ce Projet ; ils mettront du temps avant de pouvoir remplir les critères de qualité des services. Que peut ou que devrait faire ce Programme afin qu'il les remplisse ? Nous essaierons d'y répondre dans le « Bilan Prospectif), quatrième partie de ce rapport
- Le déficit institutionnel de l'Etat Tchadien dans le domaine de la santé. Au moment même où on promeut les mutuelles de santé, il est adopté la gratuité des soins pour certaines interventions. Il y a de fortes interférences entre ces deux options, à la limite antagoniques. Le MSP devrait préciser d'avantage sa position quant à ces 2 stratégies comportant des messages de nature assez différente et parfois contradictoires.
- Le problème récurrent de déficit/rotation du personnel : il constitue une source de non appropriation au niveau des districts et délégations sanitaires mais peut aussi entraver l'obtention et la continuation des résultats au niveau des centres de santé.
- L'appui politique du MSP vis-à-vis de cette initiative qui devrait devenir nettement plus déterminé. C'est une condition nécessaire en faveur de la constitution de ce réseau, mais également pour l'établissement des mécanismes de contrôle, facteur de confiance de la communauté dans le mécanisme.
- L'étendue du territoire tchadien et particulièrement de la zone d'intervention. Le projet couvre 05 régions avec de très grandes distances. Il est difficile voire impossible pour le seul CT de suivre effectivement les interventions dans toutes ces régions.
- La prise en charge des maladies catastrophiques et des indigents. Les mutuelles ne seront attrayantes pour les populations que si elles permettent la prise en charge de maladies lourdes à financer individuellement qui impliquent parfois la faillite de l'économie des ménages. Il faut aussi mener la réflexion sur la prise en charge des indigents par les mutualistes. Cela implique pour le système une sélection locale de ces indigents, la seule acceptable par ailleurs, mais également un mécanisme de solidarité transparent, accepté par toute une population.

Conclusions

La tâche entreprise est ambitieuse et le temps disponible très limité. Il faut dès lors prévoir une extension de cette phase. Pour mener à bien cette entreprise, il faudra du temps.

A ce titre, nous recommandons une reformulation du cadre logique initial très ambitieux et un suivi d'appui régulier de la part de la direction du CIDR sous forme de « Missions de backstopping ».

Une concertation avec le ministère est aussi nécessaire en vue de la mise à disposition d'un homologue au Conseiller technique pour le transfert de compétences.

Projet de prévention des grossesses à risques (mis en œuvre par l'organisation Médecins du Monde dans la région du Kanem)

Le Coordinateur Général est Mr. Basile Ema Ebede que nous avons rencontré, à sa demande, à N'Djamena.

Il a pour objectif la contribution à la lutte contre la mortalité maternelle et néo-natale et contre la morbidité liée aux fistules obstétricales (FO).

Le financement de la DDC totalise 611.000 € et s'étend sur 3 années et devrait se conclure en juin-juillet 2012; ce financement représente 40% du financement total et se consacre autant aux activités qu'au fonctionnement.

Les *objectifs* du projet sont :

- améliorer l'accès aux soins de qualité pour les femmes enceintes et les nouveau-nés (amélioration des soins de santé périphériques) ;
- rendre opérationnelle l'antenne chirurgicale de l'hôpital de Mao ;
- impliquer la communauté et les responsables du Ministère de la santé pour mettre en place les conditions nécessaires à la pérennité des actions initiées.

Les *interventions* du projet consistent en un appui:

- Au fonctionnement de 15 CS ruraux en termes de :
 - Ressources Humaines
 - Disponibilité de Médicaments
 - Equipement
- A l'hôpital de Mao :
 - Equipement chirurgical (déjà installé)
 - 1 ambulance
- Au « Plaidoyer » (auprès des relais communautaires, des autorités civiles et religieuses, des Services de santé) et prise en charge psycho-sociale des patientes souffrant de FO

La mise en œuvre nécessite par conséquent la restructuration de toute la chaîne de services incluant les centres de santé, le système de référence et l'hôpital de district de Mao. Il est prévu en outre le transfert de compétences par la formation du personnel local (médecins, infirmier, sages-femmes) par des chirurgiens expatriés (essentiellement pour la réalisation des interventions des FO).

Le personnel pris en charge consiste en 12 personnes dont 3 expatriés.

Une analyse de la situation préliminaire à l'intervention a eu lieu et les dirigeants rencontrés indiquent que le succès de leur intervention est conditionné par une présence dans la région devant s'étendre sur plusieurs phases successives.

Le coût de l'intervention est assumé par plusieurs bailleurs en plus des fonds propres apportés par l'organisation MdM.

Difficultés :

- Les relais/agents communautaires et personnel local de santé à former et à sensibiliser afin de pérenniser leurs actions.
- Les RH nationales de contrepartie peu stables : une fois de plus, la stabilité des ressources humaines conditionne la pérennité des actions qui seront initiées, surtout puisqu'il s'agit d'une ONG internationale.

Risques :

- Les risques ne sont pas spécifiques à l'action de MdM
- au Tchad. Ils sont en rapport avec :
 - o La stabilité politique et militaire du pays
 - o L'engagement à long terme des bailleurs de fonds pas toujours assuré
 - o La capacité de la DDC de suivre des actions entreprises et des résultats obtenus.

Partie IV : Le Bilan Prospectif

Résumé exécutif

Selon les Termes de Référence, il s'agit de « Définir les orientations pour que les futures activités publiques et communautaires produisent des résultats allant dans le sens d'une amélioration de la qualité et l'accès aux soins des populations les plus pauvres, quel que soit leur genre ou leur mode de vie, dans les zones rurales. »

L'élaboration des nouvelles stratégies et des modalités de mise en œuvre se fera à partir du contexte, de l'histoire et de la géographie locale; elle s'élaborera sur le socle des expériences passées tout en respectant :

- Les principes et les orientations de la Coopération Suisse (DDC)
- Les leçons apprises au cours des dernières années par la DDC au Tchad et l'évolution de la Coopération Internationale en Santé.
- La situation, le contexte du Tchad et ses tendances
- Les interventions déjà programmées des partenaires

Depuis les années 70, la coopération suisse au Tchad est passée au fil de son histoire d'une étape de « faire soi-même » où le mode d'action est assez substitutif, cher et peu soutenable à une étape de « faire faire », où la participation devient prépondérante, implique moins d'erreurs de planification, mais où la supervision technique est cependant encore importante. Au cours de cette étape où nous nous situons encore, les partenaires se diversifient (ONG, églises, municipalités, gouvernements), on s'appuie sur les organisations locales et l'obtention des résultats impliquent des ressources humaines mieux préparées et donc une meilleure soutenabilité. Les maîtres-mots sont devenus : « qualité, professionnalisme et pérennité ».

Les échos globalement favorables des actions menées jusqu'à ce jour par la Coopération Suisse au Tchad, l'accueil des communautés et du personnel d'encadrement, l'engagement des personnes très motivées qui composent les CTS et le potentiel déjà créé par tout l'investissement humain et matériel consenti toutes ces années, commandent que tout soit mis en œuvre pour réorienter et réussir encore à l'avenir une expérimentation capitalisable.

Une fois ces approches et ce contexte analysés, nous proposons les pistes suivantes, s'articulant sur deux volets complémentaires qui résultent des constats suivants : d'une part il n'y aura pas de changement substantiel dans l'offre de service de santé si l'Etat n'est pas capable de s'impliquer plus fortement et d'autre part, il faut entretemps soutenir les populations et les communautés pour les aider à sortir de leur condition actuelle.

1. Volet 1: Approche institutionnelle

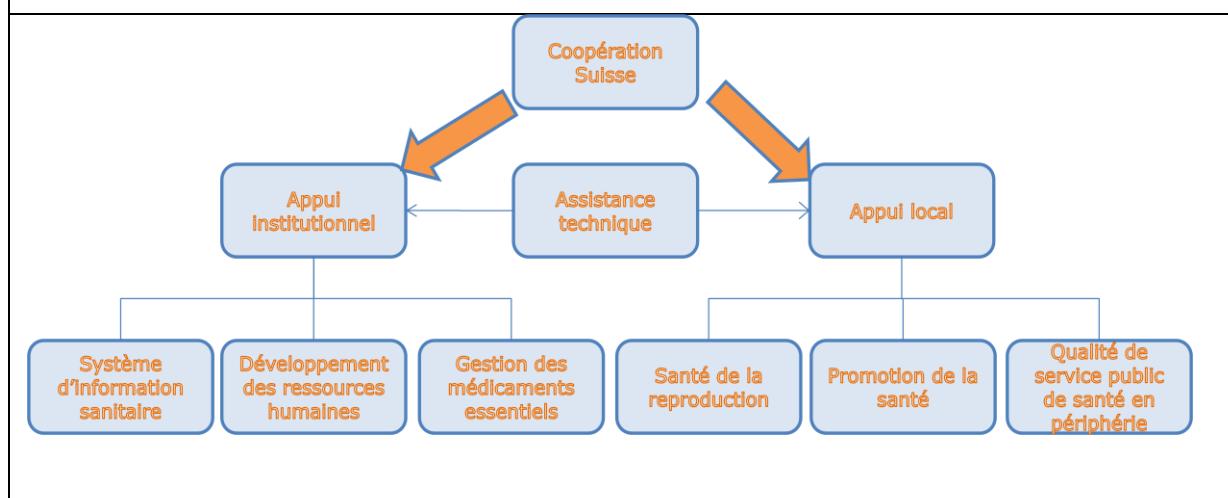
Renforcement et organisation des services en termes de:

- i. Ressources Humaines
- ii. Système d'information sanitaire
- iii. Coordination des activités
- iv. Disponibilité, accessibilité des médicaments essentiels
- v. Recherche opérationnelle

Assistance technique

2. Volet 2 : Approches locales

- i. Santé de la reproduction
- ii. Promotion de la santé et de ses déterminants
- iii. Amélioration de la qualité des services publics de santé en périphérie



Parmi ces approches possibles il reviendra à la DDC par la suite de prioriser et de choisir. De notre côté, nous en montrons la faisabilité et les risques, nous les inscrivons dans la continuité avec les interventions antérieures ou toujours en cours de la DDC, et nous voulons les coordonner avec celles des partenaires à la coopération. Nous proposons en plus quelques indicateurs, tant d'impact que de suivi de l'état de santé et de la qualité des services.

Il n'y a pas de « Formule magique » permettant de résoudre tous les problèmes à la fois. La DDC, avec le double ancrage proposé, devrait donc être plus présent au niveau des processus d'organisation et de coordination d'une part et d'autre part, de maintenir ce qui fait sa caractéristique principale : sa proximité des populations rurales et pauvres qu'elle veut soulager.

Ce modèle proposé doit s'adapter aux conditions existantes et au contexte et variera donc en fonction du temps. Une connaissance approfondie de la situation de la santé et des services est donc un préambule indispensable à toute formulation de scénarios de coopération ou de politiques futures de la DDC au Tchad. On ne peut théoriser, proposer des orientations et se projeter vers l'avenir qu'à partir des faits, du contexte et d'une analyse un peu approfondie de la réalité.

A. Les principes d'action de la DDC, commentaires

1. Le programme de la Suisse au Tchad vise à améliorer l'environnement et la couverture sanitaires, en augmentant l'offre et la qualité des prestations préventives et curatives, par la mobilisation des connaissances locales et par des structures publiques et communautaires de santé, cogérées et cofinancées par les communautés.

Dans le **domaine de la santé**, la Suisse entend contribuer à l'amélioration de la santé des populations, notamment des plus vulnérables. Pour ce faire, les approches suivantes ont été retenues par la Coopération au Développement qui s'appuie sur « La santé de base », avec comme priorités l'amélioration des prestations sanitaires des structures de santé, l'implication des communautés et la valorisation des connaissances traditionnelles. En d'autres termes, il s'agit pour la DDC (Voir TdR, Introduction):

- D'appuyer des districts sanitaires en mettant l'accent sur la qualité des soins, l'implication des communautés dans l'organisation et la gestion des services publics de santé, l'identification et la valorisation des connaissances traditionnelle en santé;
- De mettre l'accent sur la santé préventive et systématiquement prendre en compte la problématique du VIH/Sida dans tous nos programmes ;
- D'appuyer des initiatives communautaires dans le domaine de la santé, en accord avec la politique de santé nationale ;
- De renforcer les synergies avec les deux autres champs d'activité prioritaires ;
- De soutenir les principaux enjeux de la politique nationale : reconnaissance légale de la participation communautaire; adaptation de la politique nationale de santé aux réalités du pays (régions à faible densité démographique, populations nomades, etc.) ; valorisation des connaissances traditionnelles.

Rappelons enfin que l'ensemble des trois domaines prioritaires s'articulent autour des principes de « **Développement équilibré H/F** » et de la « **Bonne Gouvernance locale** » auxquels chacun d'entre eux doit contribuer.

2. Précisons que dans cet exercice, il s'agit de différencier l'action humanitaire du développement

Ce qui sépare l'humanitaire de la coopération au développement ne relève pas seulement de la nuance ; il ne s'agit pas seulement du même air de musique joué par des instruments différents. La coopération doit en effet se distinguer du droit humanitaire qui ***“est avant tout le droit des victimes à être reconnues comme telles et lié au droit à la vie. A ce droit, correspond un devoir impératif d’assistance qui relie tous les êtres humains”*** (Paul Ricoeur).

Le développement, par contre, ***c'est idéalement promouvoir des modèles fondés sur le respect des traditions locales, c'est poursuivre un but que l'on s'est clairement fixé, c'est emprunter un chemin que l'on voudrait à sens unique: celui du progrès dans l'équité.*** Il ne doit pas signifier le sacrifice des environnements, des solidarités, des interprétations et des coutumes traditionnelles au bénéfice des conseils en perpétuel changement et des modes académiques. Il ne devrait plus signifier une dépendance croissante envers les guides et les modèles, moins encore une mise à nu des sociétés, dépossédées de leur culture et forcées

de se ressembler toutes. Par ses principes et ses objectifs, la coopération suisse de la DDC s'inscrit dans le développement.

3. Il n'existe donc pas de stratégie /modalité d'exécution valable « hic et nunc », pour la coopération en santé. La **Déclaration de Paris**, malgré ses détracteurs diversement motivés, propose un cadre qui nous semble actuellement le plus acceptable (Voir Annexe 6, Déclaration de Paris, schéma interprétatif). Est-il besoin de rappeler, en plus, que le développement, avec tous ses facteurs, dans toutes ses composantes, prend du temps, et qu'il est donc contre-productif de passer chaque année d'une modalité à l'autre.

4. Au cours de cette nouvelle étape de son intervention en santé, la DDC voudra donc :

- Améliorer la qualité des services de santé
- Renforcer l'interface et les liens entre la société civile et l'état
- Promouvoir les échanges techniques et académiques entre les pays ainsi qu'entre les différentes approches médicales (traditionnelle et moderne)
- Développer des projets pilotes, reproductibles
- Adapter des méthodologies nouvelles et performantes aux groupes à risques et aux zones prioritaires.

B. Les « Leçons apprises » ; l'évolution de la Coopération Internationale

1. Comment assurer la cohérence de l'ensemble des interventions et donc des résultats. D'un côté, la DDC appuie la constitution des mutuelles de santé, et d'autre part, elle développe des stratégies de « recouvrement des coûts » dans la région du Wadi Fira; elle appuie des ONG dont l'action spécifique se déroule dans le domaine de la santé et des ONG polyvalentes ; elle se manifeste par des actions thématiques spécifiques (Réduction de la morbi-mortalité maternelle), plus horizontales, et contribue ainsi à l'atteinte de certains « Objectifs des Millénaires ».

Mais l'environnement social et sanitaire change et surtout dans de nombreux pays africains. Pour s'adapter au contexte et tenter de devenir plus performante, la coopération internationale en santé est passée par différents paradigmes successivement dominants (voir Annexe 7, Evolution de la Coopération Internationale):

- Approche par programmes verticaux, privilégiant la lutte contre les grands fléaux. Cette approche a fait place à une approche plus systémique.
- Gratuité des soins de santé et « Santé pour tous ». Il apparaît cependant que la gratuité des soins est largement formelle et surtout, qu'il n'existe pas de mécanismes permettant de protéger l'accès des plus pauvres aux soins.
- Contribution financière des usagers et « recouvrement des coûts » (il faudrait plutôt parler de « partage des coûts ») qui ne saurait à elle seule constituer une formule permettant aux systèmes de santé de fonctionner et de garantir à tous, un accès à des soins de santé, de qualité et fournit avec équité.
- Approfondissement de l'analyse des relations entre santé et développement problématique de la santé dans la lutte contre la pauvreté.

- Développement des mécanismes assuranciels et « empowerment » des populations et des femmes.
 - Appui Sectoriel (Sector Wide Approach ou SWAp) soutien financier direct au trésor public ou plus spécifiquement, au Ministère de la Santé.
 - Approche respectant la « Déclaration de Paris », actuellement développée dans cette proposition ancrée sur deux niveaux d'intervention.
2. Il est donc nécessaire de connaître ces modalités de travail actuel et des résultats ainsi que les principaux points d'achoppement.

Leçons apprises, des auto-évaluations et de l'évaluation du BASE : Synthèse

1° Facteurs de succès et limitant dans la mise en œuvre des programmes santé des PDR et du BASE

Facteurs de succès :

- Contexte sociopolitique favorable (PNS, PNDS, décentralisation)
- Engagement et motivation des équipes à travailler dans leurs propres communautés
- Approche participative acceptée par les bénéficiaires
- Développement de la polyvalence au sein des équipes
- Disposition des services de santé à la collaboration
- Disponibilité des ressources financières

Facteurs limitant :

- Insuffisance de personnel qualifié en santé au sein de certaines structures (PDR)
- Turnover très élevé des responsables sanitaires (district sanitaire et délégation sanitaire)
- Non appropriation des pratiques par les services de santé
- Insuffisance du système de suivi-évaluation et de la capitalisation des expériences
- Indisponibilité de certains acteurs de terrain
- Conflits armés et/ou conflits agriculteurs-éleveurs
- Absence d'indicateurs bien formulés
- Défaut d'appropriation et processus d'autonomisation insuffisamment préparés
- Transfert de compétences incomplet
- Extension du territoire et le peu (ou les difficultés) de contacts et de partage d'expériences entre tous les intervenants

2° Leçons apprises et bonnes pratiques :

Leçons apprises	a. Les AT formées et suivies favorisent une meilleure acceptation des services de santé de la reproduction par les communautés et contribuent à la référence à temps des grossesses à risques et des accouchements compliquée. Outre la réalisation des accouchements normaux dans des conditions d'hygiène plus acceptables, ces AT détectent et réfèrent à temps les accouchements compliqués souvent en accompagnant
------------------------	---

	<p>les parturientes), sensibilisent les communautés sur des thèmes divers (vaccination, CPN, bien être familial...).</p> <p>b. Les structures/organisations créées à l'initiative et/ou avec la participation des communautés sont plus viables que celles réalisées sans leur implication. Les centres de santé communautaires construits dans l'Ennedi par les communautés mobilisées autour de la prise en charge de leurs problèmes de santé par APIDEL sont mieux entretenus et plus utilisés par les populations.</p> <p>c. Les relais communautaires (secouristes villageois, agents de santé villageois, COSAN...) ne sont efficaces que s'il leur est associé un suivi rigoureux et périodique. Ainsi, par exemple, les ASV formés par certains ex-PDR ont très peu fonctionné.</p>
Bonnes pratiques	<p>a. <i>Composition de chansons en langues locales pour l'IEC en santé</i> : en milieu rural où les médias modernes sont quasi absents, il faut trouver des canaux adéquats pour véhiculer les messages de promotion de la santé. Cette innovation du PDR Wadi Fira a consisté à accompagner des femmes animatrices dans la composition de chansons et leur mise sur support magnétique. Les cassettes servent aux sensibilisations lors des différentes cérémonies/rencontres et même individuellement ou en famille.</p> <p>b. <i>Accoucheuses traditionnelles en milieu nomade</i>: cette frange importante de la population est difficile à suivre au plan sanitaire. L'ADRB (ex PDR Batha) a su mobiliser les nomades (13% de la population de la région) dont certaines communautés ont accepté l'identification et la formations d'AT. Ces AT nomades contribuent à un meilleur encadrement des accouchements dans ce milieu et aussi la promotion de la santé par la sensibilisation.</p> <p>c. <i>Approche contractuelle pour le suivi des AT</i> : le manque de suivi étant un facteur d'échec de la formation des AT, il est important que le suivi soit régulièrement fait par le responsable du centre de santé (RCS). L'ADRB a innové en établissant un contrat de prestation de service avec les différents RCS pour ce suivi. La défaillance d'un RCS est sanctionnée par l'annulation du contrat et le recours à un autre agent de santé pouvant appartenir à une autre zone de responsabilité.</p> <p>d. <i>Intégration de la santé préventive dans la formation des maîtres communautaires et des comités scolaires</i>: l'intégration a un triple effet ; les enseignants acquièrent des connaissances et attitudes favorables à la santé, lesquelles sont transmises aux élèves qui les répercutent à leurs camarades de jeux et aussi dans leurs familles. Les membres des comités deviennent à leur tour aussi des vecteurs efficaces pour promouvoir la santé dans leur milieu. Ainsi des changements de comportement sont constatés chez les élèves avec un effet entraîneur chez les parents.</p> <p>e. <i>Mise en place d'une « pharmacie du paysan »</i> : la médecine traditionnelle reste encore le plus souvent le premier recours des populations en quête de soins. Les soins par les plantes (phytothérapie) y occupent une place de choix mais la forte pression humaine tend à détruire ces ressources. Le MODEL a eu l'idée de mettre en place dans son centre polyvalent de formation un espace réservé aux plantes médicinales. Cet espace sert à la fois pour l'enseignement/démonstration et les soins tout en constituant un bel exemple de conservation de la nature.</p>

f. Mise en place d'un réseau de tradipraticiens : les tenants de la médecine moderne et ceux de la médecine traditionnelle coexistent dans une méfiance réciproque. Même entre tradipraticiens, cette méfiance est de mise. Dans un souci de complémentarité entre les 2 médecines et aussi entre tradipraticiens, APRODID a identifié 200 tradipraticiens dont 95 ont accepté formellement l'adhésion à un réseau. Les membres du réseau ont bénéficié d'une formation par le centre de recherche et de valorisation en médecine traditionnelle de Moundou et ont changé leurs pratiques de collecte et de conservation des produits de pharmacopée; des références entre membres ont vu le jour, chacun connaissant ses limites. Les membres ont aussi pris conscience de la nécessité de préserver les plantes médicinales et envisagent la création de jardins botaniques en la matière.

C. Le contexte, la situation du Tchad : quelques constats

1. L'Etat tchadien est en processus de réorganisation. Il en est de même pour le Secteur Santé dont la capacité de coordination doit encore être renforcée. La décentralisation est en cours, elle aussi, mais elle ne devrait pas signifier un abandon de la périphérie de la part de l'Etat Central, tout au contraire.
2. Pendant un long moment, encore, on ne pourra approcher cette périphérie que par un appui extérieur passant par la société civile organisée, c'est-à-dire, les ONG. On ne peut arriver jusqu'aux gens, à leurs pratiques et comportements, à la population organisée, que par ce biais et par un effort prolongé.
3. La faible visibilité des Programmes dans son ensemble sur le Plan national ne reflète que trop peu les nombreux acquis enregistrés par ceux-ci et ne contribue pas à valoriser et à capitaliser les succès de la coopération suisse par rapport à ses nombreux domaines d'intervention.
4. Une couverture maladie encore très restreinte et une offre de soins assez réduite. (Voir Annexe 6, évolution de certains indicateurs du Tchad) font que les besoins en termes d'assistance se font encore sentir dans la majorité des endroits où la DDC est intervenue dans le passé.
5. Des déficiences du facteur humain semblent traverser et lester lourdement toutes les initiatives engagées, quelle que soit l'organisation impliquée. Il existe une grande faiblesse en termes de capacités, dont une des composantes est l'extrême mobilité des cadres à tous les niveaux. Les cinq dernières années ont vu passer cinq ministres et probablement autant de secrétaires généraux. Un autre élément est la concentration du personnel qualifié dans la capitale. A peine nommé dans une région ou un district périphérique (ce qui est souvent considéré par ce personnel comme une « punition »), le professionnel de la santé tentera d'abréger son séjour et de retourner vers la capitale. Une réflexion sur les mécanismes à mettre en place pour la rétention de ce personnel, tant à l'intérieur du pays (fuite des cerveaux) qu'au niveau périphérique, serait urgente et déterminante.
6. La faible productivité du secteur santé résulte sans doute du niveau limité du capital humain, de la faiblesse de la coordination et de la mise en œuvre des politiques et stratégies et des déficits encore trop réels de gouvernance.
7. Pour répondre à ces préoccupations, une Politique Nationale de Santé du Tchad couvrant la période 2007-2015 a été élaboré et qu'il faut maintenant déployer. L'objectif général de cette nouvelle Politique Nationale de Santé est « d'assurer à la population l'accès aux services de base de qualité pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité,

afin de contribuer à l'atteinte des OMD d'ici 2015» en conformité avec les orientations de la Stratégie Nationale de Croissance et de Réduction de la Pauvreté 2ème génération. Elle comporte sept (7) objectifs spécifiques dont l'un consiste à « assurer la disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité à tous les niveaux ». La mise en œuvre de cette Politique Nationale de Santé est faite à travers un Plan National de Développement Sanitaire (2009-2012) qui accorde une place importante au développement des ressources humaines. L'accent y est mis sur le renforcement des politiques et stratégies de gestion, ainsi que le renforcement des capacités et la motivation du personnel pour un meilleur rendement au niveau de toutes les structures publiques, en particulier dans les zones reculées et pauvres.

D. Les interventions programmées des partenaires à la coopération en santé

1. La Banque Mondiale s'apprête à intervenir au Tchad par l'intermédiaire d'un mécanisme de financement « Basé sur les résultats » appelé également PBF (Performance Based Approach) dans les pays anglo-saxons. Les régions considérées sont le Guera, (Centre du pays) et deux districts et le Tandjilé (Sud) deux districts.
2. L'Union Européenne se propose,
 - A partir de 2011, dans le Salamat (Sud-Est) et dans le Guéra (Centre) de renforcer les capacités des CS au cours des 4 prochaines années
 - De fournir une aide aux outils de coordination du MDS (PNDS) et aux différents services du ministère de la santé, spécifiquement au « Bureau de coopération-Etudes » (1 AT affecté à ce bureau)
 - Appui à la réalisation des stages des étudiants (infirmières et infirmiers) de l'Ecole nationale des agents sanitaires (ENAS) ainsi que des Ecoles Régionales (Abeche, Biltine, Sarh)
3. L'OMS : En plus de la coordination générale de la coopération internationale, se propose de participer au renforcement du SIS
4. La République Fédérale d'Allemagne :
 - Réhabilitation/reconstruction post/urgence
 - Programme de développement local
5. La République Française :

Sa participation en santé s'exprime selon deux modalités :

 - La coopération Française (assistance technique) ; Présence d'un conseiller auprès du MDS (Dr. Philippe Rastano) + octroi de quelques bourses. Les principaux rôles de ce conseiller sont :
 - ✓ Participation aux orientations stratégiques
 - ✓ Technique en application du PNDS 2009-2012
 - ✓ Interface entre Ministère et partenaires
 - L'Agence Française de Développement (AFD) (Développement de Projets/Programmes 10Mo € sur 5 années ; fin prévue : 2012/2013) pour :

- ✓ L'Appui au District de Moundou et à la Région du Logone occidental; appui à la santé materno-infantile; n'a pas encore débuté.
- ✓ Gestion du personnel des RH (établissement de règles, de textes qui régissent le fonctionnement des RH, la promotion, les plans de carrière, et l'échelonnement, par l'intermédiaire d'un point focal au MSP). Appui à la bonne gouvernance. Formation des paramédicaux.
- ✓ Hôpital Général de N'Djamena et Hôpital de Moundou. Prise en charge par un AT des patients avec le VIH/SIDA.

E. Pistes (scénarios)

La Coopération Suisse en Santé pourrait s'articuler sur un mécanisme de double ancrage, institutionnel et local.

I. Renforcement institutionnel par l'intermédiaire d'un travail technique (avec termes de référence, calendrier, résultats), articulé avec les interventions des partenaires à la coopération, qui tiendrait compte des interventions antérieures et des leçons apprises et s'alimentant des axes de travail de proximité

Le contexte général des institutions semble être celui de sortie d'une « longue crise », marquée par l'absence de leadership dans le secteur, par la pénurie, par l'absence ou le peu de coordination entre toutes les interventions. Une prise de conscience et des premiers pas vers un cadre d'organisation sanitaire selon une logique de système sont perçus. Il faudrait aujourd'hui les appuyer dans différents domaines que l'on peut qualifier de « stratégiques ».

Ces différents domaines tendent tous à renforcer le Secteur de la Santé de l'Etat Tchadien dans le cadre de l'application de la Déclaration de Paris dans les domaines de l'Appropriation (Mécanismes de régulation des systèmes), de l'Alignement et de l'Harmonisation.

La faiblesse de l'administration et des systèmes de gestion et de contrôle nationaux entraînent que l'aide extérieure se manifeste jusqu'ici sous forme de Projets quasi autonomes, laissés à la décision des bailleurs. Cette situation sollicite lourdement un personnel déjà limité. Le drainage de ce personnel compétent vers des organisations privées vient handicaper plus encore un personnel institutionnel déjà réduit. (Voir Annexe 3 : Organigramme du MSP)

Cet Appui Institutionnel pourrait se concrétiser par une Assistance Technique, Régionale ou Internationale unique, basée préférentiellement au BUCO, et active à deux niveaux (central et périphérique). Ces deux niveaux s'alimentent et se renforcent mutuellement.

Soigneusement sélectionnée, cette présence d'une A.T., inusuelle pour la coopération suisse, est cependant pertinente si elle veut participer au dialogue politique autour des stratégies de la santé. Le résultat de ses activités pourrait conditionner le succès de l'ensemble des interventions futures de la coopération. **Il s'agit donc de miser sur une amélioration encore plus effective de la bonne gouvernance et de se concentrer sur des aspects plus thématiques/techniques de cette bonne gouvernance que constitue le renforcement de la coordination dans toutes ses composantes:**

Pour le niveau Central :

1. Réaliser un Mapping des intervenants et des interventions dans le pays tout entier.
2. Renforcer le « Bureau de la Coopération et des Etudes », dont fait partie l'Unité de gestion et de Coordination du PNDS, présidée par le Directeur Général des Ressources et de la Planification, en termes de Planification Stratégique budgétisée.

3. Pour tous les niveaux :

- Appuyer les mécanismes de coordination
- Appuyer à la décentralisation dans les régions et aux échelons périphériques.
Elaboration d'un Plan Stratégique régional
- Appuyer le renforcement nécessaire des Ressources Humaines en Santé à tous les niveaux et développant et actualisant de Plan Stratégique
- Le renforcement du Système d'Information sanitaire (SIS)
- L'appui au suivi et à la supervision intégrée
- La recherche opérationnelle

Par ordre de priorité, cet appui institutionnel devrait se manifester par :

1. Le Renforcement des Ressources Humaines en Santé

L'analyse de la situation des ressources humaines pour la santé, basée sur les documents existants et sur une enquête complémentaire réalisée en 2009, a mis au jour de nombreuses faiblesses parmi lesquelles : (i) l'absence de gestion prévisionnelle des ressources humaines entraînant un déséquilibre entre le programme d'infrastructures et la disponibilité du personnel de santé, (ii) l'insuffisance quantitative et qualitative des capacités de formation, (iii) l'absence d'une description claire des tâches et des responsabilités, (iv) les conditions de travail précaires, (v) certains déséquilibres dans la répartition du personnel de santé, (vi) le manque de suivi efficace du personnel, (vii) un système d'information peu efficace, et enfin (viii) le manque de coordination entre les différents départements impliqués dans la gestion des ressources humaines. Cela se traduit dans les formations sanitaires par l'indisponibilité de l'offre de soins de qualité. Quelques données méritent encore d'être rappelées (Voir Tableau, Annexe 5) :

- 1 médecin pour 31 840 habitants au lieu de 1 médecin pour 10 000 habitants selon les normes de l'OMS ;
- 1 infirmier diplômé d'état (IDE) pour 13 987 au lieu de 1 IDE pour 5 000 habitants selon les normes;
- 1 sage femme diplômée d'état (SFDE) pour 10 466 femmes en âge de procréer au lieu d'une SFDE pour 5 000 femmes en âge de procréer selon les normes.
- 307 médecins sont actifs (mars 2010), dont plus ou moins 20% affecté au domaine administratif);
- +/- 20 nouveaux médecins généralistes formés chaque année.

Cette situation du personnel a pour conséquence l'utilisation massive des agents de santé communautaires (Accoucheuses traditionnelles, secouristes...) faisant respectivement fonction de sages-femmes et d'infirmiers dans certaines formations sanitaires (hôpitaux, centres de santé).

Une intervention dans ce domaine paraît donc impérative. Elle signifie, essentiellement, réaliser le suivi du développement du « Plan Stratégique » qui tient compte :

- De la problématique ville/campagne
- Des procédures d'affectation du personnel
- De la Motivation
- Des mécanismes de rétention du personnel
- De l'encadrement/suivi/recyclage
- Des fuites du personnel qualifié
- Des plans de carrière et de promotion

Ce « Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la santé » s'étend sur une période de 30 ans et a été mis en place par le Ministère de la Santé Publique avec

l'appui de l'OMS. Depuis sa mise en place, le Système de Santé a certes déjà beaucoup évolué. De nouveaux hôpitaux et centres de santé ont été créés, de nouveaux districts sanitaires et de nouvelles Délégations Sanitaires régionales ont vu le jour, de nouvelles institutions de formation des paramédicaux publiques, privées et confessionnelles sont rendues fonctionnelles, une nouvelle Faculté de médecine confessionnelle est ouverte et opérationnelle, etc. Il en est de même de la mise en place de la nouvelle Politique nationale de santé, du Plan National de Développement Sanitaire, de la Feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

L'analyse de la situation a permis d'identifier les quatre principaux problèmes suivants:

a) Acquisition des RHS

- l'absence de gestion prévisionnelle des ressources humaines
- l'insuffisance quantitative en ressources humaines

b) Développement des RHS

- l'insuffisance des capacités de production des institutions de formation
- l'insuffisance qualitative en RHS et l'inadéquation des curricula avec les besoins du MSP
- l'absence de mise en œuvre du plan directeur de formation continue

c) Rétention des RHS

- l'absence d'une description claire des responsabilités et des tâches
- le manque d'équité dans l'affectation, la gestion et le développement de la carrière
- les mauvaises conditions de travail et de vie
- la faiblesse de la rémunération
- l'inexistence d'un statut particulier des personnels de santé

d) Gestion régulière, de coordination et de suivi

- le manque de suivi efficace et l'absentéisme fréquent du personnel
- l'insuffisance des capacités de coordination de la structure de gestion RH
- l'insuffisance du système d'information et de gestion

L'appui au Ministère de la Santé Publique devra permettre le renforcement de la gestion et du suivi du personnel par :

- la mise en place d'un Observatoire national de ressources humaines dans le cadre de l'observatoire de la santé du Tchad ;
- le renforcement des capacités de la DRH en équipements informatiques adéquats et en outils de gestion du personnel avec un service de gestion prévisionnel adéquat.
- le renforcement des capacités du système d'information et de gestion des ressources humaines de la DRH en termes de personnel, d'équipements et de logiciels spécialisés.
- l'établissement d'une nouvelle base de données exhaustive et interactive pour la gestion des personnels de santé du Ministère de la santé
- le renforcement des capacités du staff technique de la DRH dans le domaine de l'utilisation des outils informatique de gestion du personnel et des données statistiques sur les ressources humaines.
- la réactualisation du plan de formation des RHS

La mise en œuvre de programmes d'accès aux services essentiels et l'adjonction de primes de performance seront les principaux facteurs d'incitation financière des agents de santé et nécessiteront davantage de ressources financières pour le secteur.

Enfin, le renforcement des capacités institutionnelles nécessitera la mise en œuvre d'un ensemble d'études et de travaux de recherche nécessaires à une amélioration continue de l'exécution du nouveau Plan Stratégique du Développement des Ressources Humaines.

Nous l'avons noté plus haut, les partenaires de la coopération en santé sont tous préoccupés et sollicités par cet axe. Mais on observe également que les réponses données à ce jour sont nécessairement partielles et dispersées. De là, la nécessité d'établir la nécessité d'une ligne de base (mapping) des interventions et d'un processus de coordination spécifique (par exemple au travers de la constitution d'un « Basket Fund, RH » entre ceux-ci.

2. Le renforcement du SIS:

Il ne faudrait pas créer de nouvelles instances dans un panorama déjà saturé. Il ne s'agit pas de mettre en place un système d'information spécifique dans un contexte déjà marqué par la multiplication des mécanismes proposés par les différents organismes de coopération et par la pénurie de personnel local compétent.

La nécessité de planifier des actions dans le domaine de la santé exige une collecte, un traitement et une interprétation des données devant aider à une prise de décision pertinente. Aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, toutes les décisions à prendre nécessiteront de l'information. Cependant, ces informations ne seront pas du même type selon le niveau concerné. La mission première assignée au SIS est de capter de l'information sous forme de matière première, à la traiter et à la restituer sous forme de produit fini. (Annuaires de Statistiques Sanitaires).

Le SIS fait partie intégrante du système de santé et s'inscrit logiquement dans la démarche naturelle de la structure pyramidale de ce dernier. Idéalement, les informations collectées doivent d'abord permettre une utilisation sur place, là où l'information est recueillie.

Par ailleurs, en 1995 est intervenue la première révision des outils du système qui devait plus tard s'accompagner de l'informatisation des données jusque là traitées manuellement. Une seconde révision des outils et du programme de traitement des données est intervenue en 2003 avec l'intégration de la dimension genre dans les outils de collecte des données, l'éclatement des tranches d'âge, l'insertion des nomades, etc.

Situation actuelle:

Les informations sont quotidiennement enregistrées par le personnel soignant dans les formations sanitaires (médecins, infirmiers, sages-femmes,...). Celles-ci sont consignées dans les registres (soins curatifs, consultation de référence, hospitalisation, accouchement, consultation prénatale, bloc opératoire, laboratoire, ...). La compilation est faite par comptage sur le registre, elle fournit des fréquences absolues souvent utilisées comme numérateurs et dénominateurs pour le calcul d'autres indicateurs. Par ailleurs, chaque pathologie dispose d'un code connu du personnel soignant. A la fin de chaque semaine, le responsable de la structure de soins compile les données sur des fiches de dépouillement. Une compilation des informations est faite chaque mois sur un rapport mensuel d'activités qui est établi en deux exemplaires dont un est acheminé au district sanitaire et l'autre reste archivé au niveau de la formation sanitaire. Chaque district sanitaire compile à son tour les données de ses centres de santé et de son hôpital. Le chef de zone de responsabilités est chargé non seulement de la compilation mais il procède aussi sous la supervision du

Médecin-Chef de District au contrôle de la qualité des données pour relever les éventuelles incohérences et envoyer un rapport de retro information. Les données ainsi collectées sont envoyées à la délégation régionale sanitaire qui fait le même exercice de compilation et de toilettage avant une expédition au niveau central.

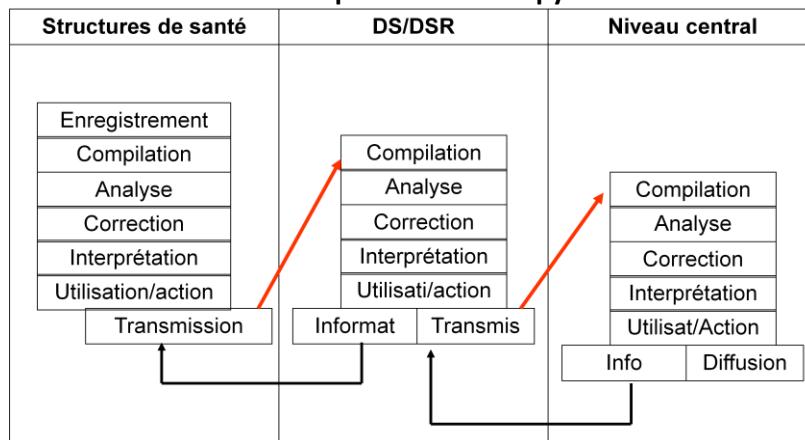
Plusieurs supports de collecte de données sont reproduits et distribués chaque année par la DSIS aux formations sanitaires. Il s'agit entre autres de :

- Les supports d'enregistrement des données (registres, cahier, fiches,...)
- Les supports de présentation, d'analyse et de transmission des données (graphique de suivi, rapport mensuel d'activités, rapport trimestriel d'activités, tableau de bord,...).

Les rapports mensuels d'activités (RMA) doivent être transmis du centre de santé au district au plus tard le 08 du mois suivant, du district à la DSR le 15 du mois suivant. Au niveau central, tous les RMA sont enregistrés à l'arrivée, puis traités manuellement avant l'encodage, l'analyse et l'interprétation en vue de la diffusion sous la forme d'un annuaire de statistiques sanitaires que le service édite chaque année.

L'Annuaire de statistiques sanitaires et la fiche de retro information sont transmis aux délégations sanitaires régionales et en cascade vers les Districts sanitaires, les centres de santé et les hôpitaux. Cette forme de communication a permis de mettre en place les mesures décidées, faciliter les comparaisons entre structures et montrer au personnel de santé que l'information transmise est utilisée et de maintenir une motivation pour le recueil. La figure 2 ci-après reprend les différentes activités réalisées par niveau avant la transmission des données au niveau supérieur.

Figure 1: Activités clés réalisées par niveau de la pyramide sanitaire



Principales difficultés

La qualité de l'information fournie par une étape dépend non seulement de la qualité du traitement qui y est réalisé, mais aussi de la qualité de l'information de base fournie par l'étape précédente.

Il se pose actuellement un problème d'appropriation et de culture statistique chez les principaux responsables (médecin, infirmiers) qui pensent toujours que c'est une charge supplémentaire. Rares sont ceux qui traitent et analysent effectivement les données. Lorsque celles-ci sont traitées et analysées, elles ne sont pas utilisées pour une prise de décision locale moins encore partagées avec la communauté. Chaque acteur du système doit en principe être conscient de l'importance de son rôle et de l'impact que peut avoir la moindre de ses défaillances. En plus, le système est également confronté à deux types de problèmes à savoir :

- Problème d'enregistrement (erreurs d'observations, omissions, erreurs de transcription de codes de pathologie) ;
- Problème de compilation (mauvais comptage) et des calculs.
- Incomplétude des données
- Retard d'acheminement d'où parution tardive de l'annuaire de statistique sanitaire

C'est pourquoi le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec ses partenaires a créé en 1999 un service de surveillance épidémiologique intégrée (SSEI). Ce service collecte les données (cas et décès) chaque semaine sur le paludisme, la grippe aviaire, la grippe AH1N1, la malnutrition, le tétanos maternel et néonatal, la méningite, la rougeole, le choléra, la fièvre jaune, les paralysies flasques aigües, le ver de guinée et l'hépatite. Ce service dispose d'un réseau de points focaux dans chaque district sanitaire et de chefs d'antenne de surveillance épidémiologique dans chaque région sanitaire. Enfin les données de structures privées de soins à but lucratif de même que celles des tradipraticiens ne sont pas intégrées dans les statistiques nationales, ce qui déforme le profil sanitaire du pays.

Axes prioritaires pour la résolution des problèmes du SIS

Au regard de ce qui précède, certaines interventions prioritaires axées sur le renforcement des capacités devraient contribuer à améliorer la performance du système d'information sanitaire. La Coopération Suisse pourrait orienter ses interventions parmi les domaines suivants :

a. Domaine Equipement

- Doter 22 régions sanitaires de 22 ordinateurs fixes dédiés au traitement des données ;
- Doter la DSIS et le service de surveillance épidémiologique intégrée de 2 serveurs centraux pour la compilation des données ;
- Assurer la mise en réseau des ordinateurs de la DSIS et du service de surveillance épidémiologique intégrée.

b. Domaine Formation

- Assurer la formation à distance de 3 cadres de la DSIS et 3 cadres du service de surveillance épidémiologique intégrée (domaine de formation : Système d'information géographique, Epidémiologie/biostatistique et gestion des données). Cette formation à distance permettra aux cadres de continuer à travailler dans leurs services respectifs au lieu de quitter comme c'est le cas d'une formation résidentielle.
- Assurer chaque année la reproduction des outils de collecte afin d'éviter les fréquentes ruptures constatées dans les délégations sanitaires régionales à l'origine de l'envoi tardif des données.
- Assurer les réunions trimestrielles d'analyse des données et d'échanges d'expériences en trois pools (Moundou, Abeché et N'Djaména). Cette stratégie permettra de collecter également tous les rapports d'activités encore restés en périphérie.
- Assurer le recrutement d'un assistant technique auprès de la DSIS et du service de surveillance épidémiologique intégrée. Dans le souci d'assurer un transfert de compétences appréciables aux cadres nationaux afin d'optimiser les résultats, une assistance technique résidentielle est souhaitable.

4. La gestion des médicaments essentiels, la recherche opérationnelle, la capacité de suivi et de supervision:

- a. Il n'y a pas de système de santé sans médicaments. La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels par une bonne gestion de la Centrale d'Achat est également un point déterminant (mais délicat à appréhender) du Système de la Santé au Tchad. Il conditionne évidemment le développement de l'« Usage Rationnel des Médicaments» par les thérapeutes et les patients. L'intervention de la DDC devrait coïncider avec les régions où interviennent les ONG qu'elle appuie.
- b. La recherche devrait être opérationnelle ou ne pas être. En relation avec le développement des ressources humaines, la DDC pourrait former des techniciens à la « méthodologie de la recherche » et aider ces chercheurs à appliquer cette méthodologie à la résolution de problèmes existants.
- c. La capacité de supervision et de suivi tellement lacunaire nous l'avons vu, pourrait être renforcée par la formulation de documents de suivi et de « supervision intégrée » que le MS appliquerait par la suite dans tous ses établissements. Localement, des moyens logistiques pourraient être fournis aux régions sanitaires et aux districts là où les ONG appuyées par la DDC interviennent.

II. Les actions au niveau local dans la continuité des lignes d'interventions actuelles, réalisées par l'intermédiaire d'ONG internationales et/ou nationales

1. La santé de la reproduction (la réduction de la Morbi-Mortalité maternelle, néo -natale et infantile)

Le développement de la santé maternelle et la réduction de la morbi-mortalité maternelle au Tchad implique la participation de nombreux axes de travail et contribue au principe central de « Développement équilibré » de la Coopération Suisse. Elle répond à une nécessité impérative.

A l'échelle nationale, il existe une « Feuille de route » pour l'accélération de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néo natale. Le contexte du Tchad, avec l'éloignement des services, et parfois, leur manque de compétence, impose pour l'application de cette feuille de route l'intervention des AT bien formées, dotées d'un matériel de base élémentaire, et surtout suivies attentivement par des sages-femmes et le personnel institutionnel. Au Tchad, l' « accouchement institutionnel » devrait inclure les accouchements assistés par des AT « certifiées compétentes ».

Les ONG, vecteurs de cet appui, ont joué leur rôle dans le passé et doivent le jouer encore dans les prochaines années. Maintenant que la gestion et la gouvernance de l'Etat tente de se renforcer et de s'améliorer, les ONG devraient laisser à l'Etat ce qui lui revient de « droit et de devoir », c'est-à-dire, le domaine de l'offre curative.

L'intervention de la DDC-si elle se concrétise-, devra incorporer les différents niveaux d'intervention suivants :

- L'éducation des adolescents et adolescentes à la vie sexuelle et reproductive
- La prévention (contrôle prénatal -CPN, Accoucheuses Traditionnelles)
- La référence et contre référence
- Le traitement et la prise en charge par des structures de service compétentes (CS et HD) en attendant le relai par les services de l'Etat.

La multiplication des niveaux d'intervention implique un compromis financier plus important qu'il faudra soigneusement mesurer avant un engagement dans ce domaine. Une fois encore l'implication des Coges et des Cosan sera utile afin d'assurer la qualité du suivi des Accoucheuses traditionnelles et sa pérennité.

2. Le renforcement des structures périphériques C.S par l'extension du mécanisme de « recouvrement des coûts » et inclusion de la dimension économique qui devient une composante à part entière de la réflexion sur les stratégies de mise en œuvre des politiques de santé

Justification :

En 2009, le Ministère de la Santé Publique a révisé la Politique Nationale de Santé en retenant douze (12) orientations stratégiques, tout en conservant l'objectif général qui est «d'assurer l'accès des populations à des services de santé de base de qualité »

Il devient primordial pour les responsables des politiques sanitaires de maîtriser tous les aspects relatifs au financement de la santé. Il peut s'agir du développement de mécanismes assurant le paiement du coût des services de qualité (mutuelles, assurances) avec en prime, le développement de la citoyenneté et de la solidarité. Il peut s'agir du mécanisme de « recouvrement des coûts » qui est devenu, dans les CS où la coopération suisse s'est déployée (district de Biltine) un mécanisme de « participation aux coûts » de fonctionnement de ces CS.

La tarification, lorsqu'elle tient compte du niveau de vie général de la population, n'est pas une barrière en soi; les usagers attachent une grande importance à la qualité et sont prêts à payer et à augmenter leur coût d'opportunité pour celle-ci. Toutes les études pertinentes montrent que la fréquentation des structures de soins et donc l' « **accès aux soins** » peuvent être améliorées si une part des ressources additionnelles dégagées (par la tarification, par le recouvrement des coûts) est consacrée à la **promotion de la qualité** du service (c'est-à-dire offrant des garanties d'accueil, de bonne écoute, de diagnostic et de faible coût de médicaments).

On pourrait sans peine imaginer un approfondissement et une extension de l'expérience développée dans les CS de Biltine pour le recouvrement des coûts, vers d'autres districts en mettant l'accent, en plus, sur l'amélioration de la qualité des services. Cette extension pourrait donc se réaliser en renforçant plus encore les mécanismes de gestion du recouvrement des coûts et en veillant à ce que les mécanismes de responsabilité solidaire mis en place, assurent un service aux plus démunis. Une partie des ressources collectées dans le cadre du recouvrement des coûts pourrait alimenter un fonds de solidarité au même titre qu'elle pourrait permettre de verser des primes au personnel et susciter par une mesure adéquate de certains indicateurs bien choisis, une amélioration de qualité qui à son tour entraînerait une fréquentation plus importante de ces centres de soins.

Cette extension pourrait se réaliser par l'intermédiaire des ONG locales en attendant que l'Etat puisse prendre effectivement le relai. Une ONG locale est en effet mieux à même d'identifier les plus pauvres que les structures nationales (pour éviter les passe-droits). Cette ONG devrait aussi, condition dirimante, créer les conditions afin que la communauté adhère effectivement à l'idée de solidarité.

L'extension des Mutuelles de Santé et des mécanismes assuranciels serait conditionnée et associée à la constitution de ces CS fonctionnels. Géographiquement, ces deux initiatives devraient coïncider. L'Etat devrait alors jouer un rôle régulateur et normatif essentiel dans le soutien des mécanismes mutuellistes et d'assurance à but non lucratif.

3. Développement de mécanismes de « Promotion de la Santé » dans toutes ses composantes

Ce rôle devrait être dévolu aux ex-PDR, à l'interface entre la société civile et les institutions. A cette fin, l'usage des « Centres de Formation » (infrastructure et personnel) existants serait tout à fait pertinent. Cette Promotion de la Santé comporte les axes suivants :

- La promotion des attitudes et des comportements individuels sains (l'hygiène personnelle, le comportement sexuel)
- Promotion de la responsabilité collective et individuelle et des déterminants de la santé (nutrition, accès à l'eau propre, technologies appropriées)
- Promotion des services publics de santé.

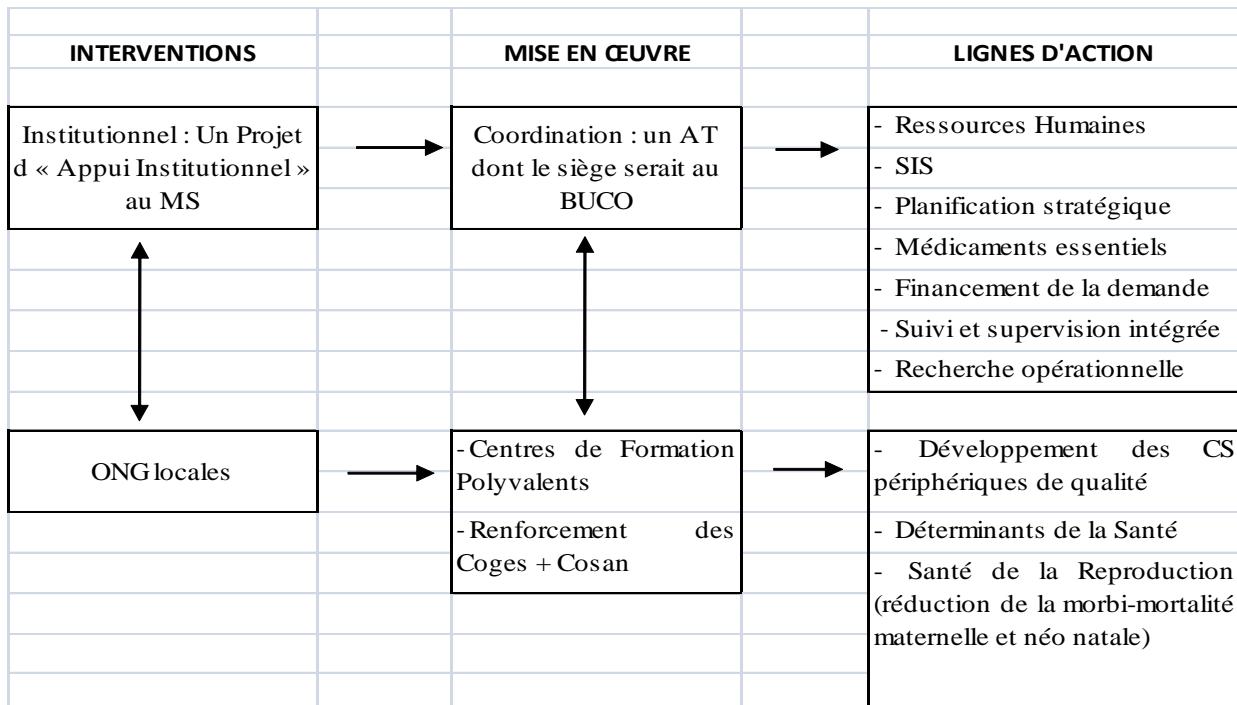
Les mécanismes utilisés relève du domaine de l'information, de l'éducation et de la communication. Remarquons toutefois :

- En ce qui concerne le genre, peu de changements observables jusqu'à présent. L'éducation est nécessaire, mais croire que l'éducation suffira à changer certaines pratiques et certains comportements est un leurre. Des lois s'imposent, parfois contraignantes, lois qui semblent cependant encore très hypothétiques et dont la mise en application sera longue.
- Que cette promotion devrait être extensive à d'autres secteurs de la société, comme celui des maîtres et des enseignants, des groupes de jeunes, du monde associatif laïc et confessionnel.

F. Cadres d'intervention et mise en œuvre

En capitalisant les leçons apprises, les interventions fructueuses à ce jour et fidèle aux principes de la DDC énoncés ci-dessus, en rassemblant les informations produites par les auto-évaluations, par l'évaluation, par les analyses, nous proposons le schéma de double ancrage suivant :

Figure 2: Cadre d'intervention



Rappelons que :

1. L'Assistant(e) technique serait en étroite relation avec le terrain qu'il (elle) appuierait et superviserait. Cette relation alimenterait d'autre part la composante « institutionnelle » de ses activités en lui donnant plus de réalité et de pertinence.
2. La coopération suisse devrait utiliser les structures et compétences des « Centres de Formations » établis et développés dans les ex-PDR, comme centres de « Promotion de la santé ». Ces Centres, où déjà travaille un personnel formateur pour d'autres axes prioritaires, devrait se dédier :
 - a. A former, doter et surtout, à suivre les A.T en complément aux AT déjà existantes ; développer un mécanisme de recyclage de celles-ci.
 - b. Dans chacun de ces centres polyvalents, à développer
 - o Des « Pharmacies paysannes »
 - o Des formations affectant les déterminants de la santé et spécifiquement la nutrition, l'accès et la protection de l'eau et de l'environnement.
 - o Des technologies appropriées au contexte géographique et humain
 - c. A consolider/former les Coges/Cosan à une bonne gestion des CS et HD ainsi qu'à une intervention plus décisive dans le domaine préventif. Cette consolidation pourrait aboutir pour les nombreux CS encore actuellement délaissés, à une

participation de la communauté dans le « **partage des coûts** » et des responsabilités qui les rendrait fonctionnels. Il existe par ailleurs une forte demande des responsables régionaux (Délégués Sanitaires Régionaux) pour que cette forme d'appui soit prolongée et renforcée.

- d. A orienter préférentiellement les utilités dégagées par une bonne gestion de ces centres de santé vers
 - o une amélioration de la qualité des services, gage de bonne fréquentation des services et de développement des mutuelles de santé
 - o afin que les mécanismes de solidarité mis en place soit également placés au service de la protection des plus démunis.

A cette fin, les ex-PDR (qui portent depuis leur autonomisation, des noms et des acronymes nouveaux) devraient utilement et nécessairement recevoir un complément d'appui technique de suivi et de gestion de la part de DDC/AT sous forme de « backstopping », d'évaluations à mi-parcours, etc.

3. L'appui institutionnel de la DDC devrait/pourrait se manifester au niveau central et se traduire par l'apport de compétences à ce niveau afin de soutenir l'organisation (ou la réorganisation) en cours du MSP, spécialement dans le domaine critique du développement des RH en santé. Une coordination pourrait s'établir avec les autres partenaires (B.M., UE, Coopération française) par la constitution d'un « Basket Fund – Ressources Humaines » qui autoriserait, en plus, à la DDC, de participer plus activement au dialogue politique en cours. Le tableau suivant synthétise ces aspects.

Projet d'Appui Institutionnel et A.T	
Population cible	- L'ensemble de la population du Tchad et plus spécifiquement, celle des zones d'intervention des ONG
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> - Participation au « dialogue politique » concernant la santé - Participation des femmes plus importante dans les processus décisionnels - Contribution à la résolution de certains problèmes cruciaux du secteur Santé - Appui politique plus soutenu au développement des mutuelles de santé
Risques	<ul style="list-style-type: none"> - Politique : engagement de l'AT auprès d'une personne; identification de l'AT à un parti, à un groupe de pression
Indicateurs	- Voir point « H : Recommandations »
Effets	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la qualité des services - Développement des mutuelles de santé - Meilleure coordination des intervenants
Coûts	- 1.000.000€ approximatifs annuels incluant le coût de l'A.T. habillé

G. Conclusions

Au Tchad, selon les paroles de la Ministre de la Santé, Madame Toupta Boguena, la Coopération Suisse en santé, véhicule une réputation de « discréction et d'efficacité ». Cette réputation doit se maintenir et se renforcer dans les faits et par des réalisations concrètes.

Ce double ancrage proposé, institutionnel et local, (Voir ci-dessus point E. PISTES, I. et II.), nous paraît répondre aux besoins de la population et à la situation du pays. Il appartient à la DDC de retenir parmi les options proposées celles qui lui convient.

H. Recommandations

1. Le choix de la ligne stratégique sera évidemment à charge du Bureau de la DDC. Cependant parmi les options décrites, il peut être utile de proposer un schéma préférentiel ou prioritaire. Celui-ci devrait inclure selon nous un **renforcement institutionnel par l'intermédiaire d'un « Projet » coordonné par un Assistant Technique**. Ce dernier aurait, en plus, comme fonction de superviser et de suivre la (ou les) actions locales choisies (**renforcement des CS, promotion de la santé, ou santé de la reproduction**) qui alimenteraient à leur tour la pertinence des actions centrales.
2. Il existe de nombreux types d'indicateurs. Parmi ceux-ci, nous voudrions indiquer quelques indicateurs de santé (situation de santé et des services) et les indicateurs de suivi des résultats attendus. Quelques principes et quelques propositions pourront être utiles:
 - a. Principes :
 - o Les indicateurs doivent être peu nombreux mais bien choisis
 - o On doit pouvoir établir une valeur de base consensuelle et fiable pour chacun de ceux-ci
 - o De préférence, ils devraient répondre aux caractéristiques « SMART »
 - o Ils doivent être discutés et approuvés en début de Projet par les acteurs/participants
 - b. Propositions (à finaliser lors de la phase de formulation):
 - Projet d'Appui Institutionnel :
 - o % des structures de santé avec présence de personnel selon les normes nationales, national et par DS
 - o % d'infirmiers travaillant en zone rurale/nombre total d'infirmiers (Impact / Equité)
 - o Ratio de médecins par habitants, national et par DS (Equité)
 - o Valeur moyenne de « rupture de stock » de certains médicaments traceurs ; nombre de jours/mois ; national et par DS (Qualité)
 - o % des districts complétant tous les « réquisits » mensuels
 - Santé de la reproduction :
 - o % des naissances assistées par du personnel qualifié, national et par DS (Impact)
 - o % des accouchements total effectué par des AT, par DS

- % des accouchements assistés, par DS
- % des femmes enceintes à risques référencées en temps utile par les AT, par DS
- % des femmes enceintes ayant recours à un premier CPN, par DS
- Ratio de mortalité maternelle (données institutionnelles et fournies par les AT, par DS)

Promotion de la santé :

- % de plantes médicinales produites dans les jardins pharmaceutiques avec fiche technique
- % des puits d'eau (ou sources) gérées par des femmes
- % de ménages dans la communauté dormant sous un filet imprégné

Renforcement /développement des structures périphériques de qualité(CS)

- Taux d'utilisation des services curatifs, par structure
- % des CS qui possèdent un moyen de transport pour les urgences
- % de la population adhérente à une mutuelle de santé, par DS

De processus :

- % de références effectuées par les AT
- % des CS fonctionnant grâce à un Coges autonome

La sélection des indicateurs les plus pertinents, l'établissement de leur valeur initiale, le choix des sources d'information et de la périodicité de la mesure, devraient faire l'objet d'un atelier spécifique qui devrait se tenir au tout début d'un Projet avec la participation de tous les acteurs (locaux, nationaux et internationaux).

Les mécanismes de récolte des données servant à établir la ligne de base et ses différentes valeurs successives devront être précisés au cours de cet atelier. Le cas échéant, l'établissement de ce mécanisme pourrait être une des premières activités du nouveau Projet (voir Pistes).

Cet « atelier technique » recommandé permettrait également en même temps de sensibiliser les intervenants sur l'importance des indicateurs et d'en améliorer ainsi le suivi. Cet atelier, où un consensus devrait apparaître, devrait faire partie intégrante de la formulation d'un futur Projet

ANNEXES

Annexes Partie 1 : Autoévaluations des ex-PDR

Annexe 1: Aide Mémoire pour l'Autoévaluation des Programmes de Santé des ex-PDR Tchad

I. Rappel des objectifs de l'auto évaluation

1. Analyser la pertinence et la durabilité de l'approche santé dans le programme des nouvelles ONG
2. Analyser l'efficience des activités santé menées dans le programme des ONG
3. Analyser le niveau d'atteinte des résultats attendus (out put, out comme) définis dans le cadre logique du programme et se prononcer sur sa durabilité
4. Apprécier, aux plans du transfert des compétences, des effets et de la durabilité, les modalités de mise en œuvre des programmes et analyser la relation/ partenariat DDC/ONG
5. Apprécier le niveau d'alignement du programme des nouvelles ONG avec la politique nationale de santé ainsi que leur degré de coordination /harmonisation avec les programmes des autres intervenants (autres donateurs)
6. Apprécier les synergies développées entre les nouvelles ONG et les autres programmes (par exemple BASE) de la DDC dans le domaine de la santé au Tchad
7. Capitaliser les « leçons apprises » ainsi que les bonnes pratiques du programme des ex PDR et analyser dans quelle (s) mesure (s) ces dernières ont été reprises dans les politiques nationales de santé
8. Faire des propositions (modalités d'intervention, thématiques...) pour la suite des appuis des nouvelles ONG dans le domaine de la santé au Tchad

II. Conduite de l'auto évaluation

1. Objectif général
 - Réaliser une analyse critique de la mise en œuvre du programme santé dans chaque PDR
2. Objectifs spécifiques
 - Analyser la mise en œuvre du programme selon les critères retenus
 - Procéder à une analyse FFOM
 - Tirer les leçons apprises et les bonnes pratiques
 - Prendre des décisions correctrices pour l'avenir

3. Méthodologie

Il s'agit d'une démarche participative sous la direction des équipes des PDR et avec l'assistance des consultants. La méthode est participative avec une visualisation du travail en équipe sur cartes tout au long des travaux dans le respect des approches andragogiques. Des travaux en plénière et en groupe sont organisés. Les plénières servent à la mise en train (présentation des participants, présentation des objectifs et recueil des attentes et des craintes) et aux synthèses des travaux de groupe qui sont eux-mêmes des sessions de production en équipe.

Il est à noter que l'analyse de chaque domaine en groupe sera suivie de la plénière pour faire la synthèse des débats et ressortir les problèmes, les causes, les solutions.

La modération et le choix des participants sont assurés par l'équipe.

III. Questions clés (exemples)

1. La pertinence

La pertinence est évaluée par rapport à l'adéquation de l'intervention face aux problèmes et aux besoins réels, aux priorités de la population cible, ainsi qu'au contexte physique et politique du projet.

Questions

- Est-ce que la cohérence du processus de planification est assurée (cadre logique) ?
- Est-ce que les activités et les résultats s'inscrivent dans la vision et les missions du programme santé?
- Est-ce qu'il y a respect du cadre logique dans la mise en œuvre d'interventions ?
- Est-ce que les services fournis correspondent :
 - o aux priorités nationales inscrites dans la politique nationale de santé et le PNDS?
 - o aux besoins essentiels exprimés par les populations au niveau local?

2. La durabilité

La durabilité est définie par la probabilité d'une continuation des résultats fournis par l'intervention après l'achèvement du support externe.

Questions :

***Participation des bénéficiaires**

- Les services et les bénéfices issus du programme santé PDR peuvent-ils être maintenus dans le cadre de l'autonomie du PDR? (quels sont les facteurs favorables et les facteurs défavorables)
- Apprécier la coordination sectorielle (à l'intérieur de l'ONG) et interventions de la DDC) et intersectorielle (avec les autres ONG) : complémentarité ou duplication
- Quel est le niveau de participation des bénéficiaires (COSAN, COGES, Accoucheuses traditionnelles, tradipraticiens...)
- Apprécier le niveau de participation de la femme (dans les processus de prise de décision en matière de santé : recours aux services, prise en charge des coûts des prestations ?)
- Responsabilisation de la communauté dans les mécanismes de motivation des accoucheuses traditionnelles

***Autonomie du programme/coordination**

- Démarche réalisées vis à vis des autres bailleurs en complément à l'appui de la coopération suisse
- Management interne du programme (optimisation des ressources – transparence de la gestion)

***Partenariat avec les services de santé modernes**

- Niveau d'implication/partenariat avec les services de santé (ECD) dans le processus

3. L'efficacité

L'efficacité est une évaluation de la contribution des résultats à l'atteinte de l'objectif spécifique, et le rôle des risques et des hypothèses.

Questions :

- Dans quelle mesure les résultats attendus ont été atteints ?

- Degré de réalisation des résultats attendus
- Niveau d'atteinte des indicateurs par rapport aux objectifs fixés
- Relation entre relais communautaires (accoucheuses traditionnelles, tradipraticiens) et le service technique de santé est-elle formalisée et durable ?
- Références et contre référence entre médecine traditionnelle et médecine moderne
- Apprécier le changement de comportement au niveau des bénéficiaires dans le recours aux soins (accouchements assistés, consultation curative) et par rapport aux questions d'hygiène, assainissement, nutrition.
- Modalités et approches de travail de l'ONG
 - Acceptation par les bénéficiaires
 - Appropriation par les bénéficiaires
 - Degré de satisfaction estimée de la population par rapport aux interventions du programme santé

4. L'efficience

L'efficience est une mesure pour déterminer si les résultats ont été atteints à un coût raisonnable, et ce en fonction de la qualité des résultats.

Questions :

- Est-ce que le budget prévu permet la réalisation des activités (sinon quels sont les problèmes)
- Coûts des différentes interventions (IEC, formation...) : à comparer avec d'autres intervenants

5. Information-éducation-communication (IEC)

- Est-ce que les canaux de communications sont adéquats ?
- Promotion de la santé : réalisation d'activités (écoles, groupements de producteurs/trices, femmes....)
- Protection de l'environnement : sensibilisation sur l'hygiène et l'assainissement
- Vulgarisation des bonnes expériences

6. Gestion

*Planification

- Existence d'une vision à long terme et les stratégies à utiliser pour l'atteindre
- Existence de cadre logique
- Processus de planification

*Capacité de suivi de l'ONG

- Existence de cadres
- Disponibilité logistique
- Existence et fonctionnement du système de rapportage
- Y a-t-il transmission des informations à d'autres intervenants (services techniques du ministère de la santé, autres partenaires...)

*Gestion interne de l'ONG

- Utilisation du manuel de procédures de gestion (de 2003)
- Fonctionnement du centre de formation (gestion, capacité d'auto financement, activités...)
- Existence organigramme de l'ONG
- Leadership de l'ONG

*Ressources humaines

- Nombre de femmes travaillant dans l'équipe, ratio homme/femme
- Formations prévues et réalisées pour le personnel
- Recyclage du personnel
- Mécanismes de motivation des membres

7. Quelles sont les leçons apprises de la mise en œuvre du programme santé

8. Quelles sont les bonnes pratiques à tirer (expériences particulièrement intéressante et pouvant être reproductible ailleurs ? Sont-elles utilisées au niveau du ministère de la santé ou d'autres partenaires ?

9. Propositions pour les interventions futures

10. Analyse FFOM

	Forces	Faiblesses
Interne		
	Atouts	Menaces
Externe		

Annexe 2: Liste des documents consultés

DDC/BUCO NDJ

Programme par pays Tchad 2004-2009

Koumba Boly/Barry ; Jacques Mivelaz : Rapport final Evaluation externe Programmes de développement régionaux de la coopération suisse au Tchad, juin 2007

Rapport de mission N°2 autoévaluation, Arcade, juin 2006

MINISTERE DE LA SANTE TCHAD

Politique nationale de santé 2007-2015, septembre 2007 ;

Plan national de développement sanitaire du Tchad, 2009-2012, tome 1 : analyse situationnelle, objectifs, orientations stratégiques, octobre 2008 ;

Plan national de développement sanitaire du Tchad, 2009-2012, tome 2 : programmation, suivi et évaluation, octobre 2008 ;

Plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé au Tchad, 2011-2020, Mars 2010 ;

PDR WADI FIRA BILTINE

Bilan de l'auto évaluation du programme TCH/Biltine, rapport Mars-juin 2009 ;

Document de la phase 4 PDR Biltine (01-09-2007 au 31-08-2011) ;

PDR APIDEL KALAIT

Synthèse des travaux de l'autoévaluation mai 2006

Guide de formation sur la santé en milieu rural

Procédures de gestion d'APIDEL 2010

Statuts et Règlement intérieur

PDR ADRB AMALLEYE

Rapport de l'auto évaluation du programme TCH50 Ati;

Document de projet pour la phase IV, programme de développement régional du Batha

Tch 50 Ati Juin 2007;

Business plan, 2010-2012

AIDR MOUSSORO

Rapport sur la campagne d'éducation nutritionnelle réalisée par le centre social avec l'appui de la coopération suisse, Centre social de Moussoro, 29-02-2008

Rapport de la formation des membres des associations sur les IST/VIH/SIDA avec l'appui financier de la coopération suisse à Moussoro, Délégation sanitaire de Bahr el gazal, Août 2009

Rapport d'activité de la délégation sanitaire du Bahr el Gazal, 2008

Rapport de fin de recyclage des anciennes accoucheuses traditionnelles, Août 2009

Rapport de la formation des agents de santé des villages, District de Moussoro, juin 2006

Rapport de mission n°2 autoévaluation, ACADE (association de consultants en agriculture, développement et environnement), juin 2006

MODEL BAYAKA

PDR/BL : Bilan des activités 1999-2010

PDR/BL : Rapport de formation des formatrices et formateurs du PDR/BL en santé communautaire, décembre 2008,

Eglise Evangélique au Tchad/Département de la santé/Ecole de santé : Rapport du séminaire de formation des maîtres communautaires sur la santé préventive, septembre 2005 (Pour le compte du PDR/BL)

Eglise Evangélique au Tchad/Département de la santé/Ecole de santé : Rapport des activités de 2002 et 2003 (formation des maîtres communautaires et du personnel de Bayaka sur le mouvement « l'enfant pour l'enfant »)

PDR/BL Rapport annuel 2009

PDR/BL : synthèse de l'autoévaluation des activités, 2006

APRODID NDERGUIGUI

Rapport final de l'autoévaluation des phases 2et 3, septembre 2006

Aprodid : Budget 2010-2012

Description de l'association pour la promotion du développement intégré et durable (APRODID)

APDI

Rapport de l'atelier sur la santé préventive et le VIH/SIDA, juin 2005

MBANGODJI Natoliiane, OUYA Takene, MARIAM Magotti : Education sanitaire

Guide pratique d'orientation des activités de gestion dans les centres de santé (destiné aux membres du COGES et des gérants des pharmacies des CS) module 1 à 8 mars 2009

KOILO Dingamnodji Nguinobe : Le livret du comité de santé dans le domaine de la participation communautaire, janvier 2009

Rapport d'autoévaluation

Annexes Partie II : Evaluation externe du Base

Annexe 3: Evolution du budget de la santé et des dépenses

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

**EVOLUTION DU BUDGET DE LA SANTE ET DES DEPENSES (en millier de FCFA)
(Hors Grands travaux de construction)**

ANNEE	PERSONNEL	FONCTIONNEMENT		Transferts courants	Dont	Gratuité des soins	INVESTISSEMENTS	TOTAL DEPENSES DE SANTE	BUDGET GENERAL ETAT	%BUDG ET SANTE	
		BIENS MATE-RIELS	SERVI-ICES		Gratuité des soins	Subven-tion SIDA/PSLS					
2006	LFR	7 073 699	4 362 385	2 237 615	1 400 000	-	17 350 668	32 424 367	641 299 000	5,06%	
2007	LFR	8 817 256	4 129 647	2 970 593	7 880 000	3 000 000	18 263 000	42 060 496	689 042 000	6,10%	
2008	LFR	9 841 386	5 553 696	3 016 539	7 745 000	3 000 000	14 693 732	40 850 353	905 312 988	4,51%	
2009	LFR	10 482 513	6 102 833	2 474 259	10 477 000	3 880 000	1 850 000	15 658 431	45 195 036	804 214 000	5,62%
2010	LFI	10 661 194	6 419 525	3 231 840	10 177 000	4 000 000	2 000 000	16 250 000	46 739 559	888 964 498	5,26%

Source : Division de la Programmation et de la Budgétisation/MSP

LFR: Loi de Finances Rectificatives

LFI : Loi de Finances Initiales

NB/ Les « Grands travaux de construction » ou « Projets Présidentiels », sont gérés par le Ministère des Infrastructures pour le compte du Ministère de la Santé et concernent la construction de 84 CS et 14 hôpitaux de districts, le « Grand Hôpital de la Mère et de l'Enfant », le Siège du MSP à N'djamena, et l'Hôpital Moderne à N'Djamena également. Ces diverses constructions sont déjà engagées.

Annexe 4: Tableau récapitulatif des formations réalisées



BUREAU D'APPUI SANTÉ
ET ENVIRONNEMENT - TCHAD

Tableau récapitulatif des thèmes de formation
Des COSAN et Accoucheuses Traditionnelles.

Thèmes	Dates	Lieu
- Appui à la redynamisation des organes de gestion.	16/07/2007	Douguine
- Appui à la redynamisation des organes de gestion.	17 au 28/07/2007	Gourmaka et Omol
- Formation de COSAN sur la participation communautaire et les outils de gestions.	07 au 21 /08/2007	Diker, Mata , Magar, Angara et Amzoer
	24 au 28/08/2007	Magar, Mata Amzoer
- Formation de COSAN sur la participation communautaire et les outils de gestions.	03 au 16/09/2007	Arada
	23 au 28/09/2007	Omol, Gourmaka et Douguine
- Formation de COSAN sur la participation communautaire et les outils de gestions.	02 au 04/10/2007	Angara
	05 au 08/10/2007	Biltine
- Appui à la redynamisation des organes de gestion Amélioration de procédure de gestion financière.	15 au 17/10/2007	Diker
- Micro plan.	Novembre et Décembre 2007	Djourouf
		Dans 6 Centres de santé
- Formation et dotation de 27 accoucheuses traditionnelles.	10 au 13/11/2007	Biltine
- Micro plan.	Janvier à Mai 2008	Dans 10 Centres de santé
NB : Certaines activités n'ont pas été réalisées à cause des événements malheureux de Ndjaména.		
- Mobilisation sociale dans les zones de responsabilité sur la participation communautaire.	Septembre 2008	Aux différents CS

- Mobilisation sociale dans les zones de responsabilités sur la participation communautaire.	06 au 11/10/2008	Aux différents CS
- Micro plan	05 au 24/12/2008	Aux différents CS
- Formation en technique d'animation sur les différents thèmes.	26 au 29/12/2008	Aux différents CS
- Formation et dotation de 33 Accoucheuses traditionnelles	01 au 05/11/2008	Biltine
- Micro plan	05 au 29/01/2009	Aux différents CS
- Formation sur les différents thèmes de sensibilisation pour la promotion de la santé sur la participation communautaire et lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le DS de Biltine.	15 au 21/03/2009	Amzoer, Angara et Mata.
- Formation de COSAN en technique d'animation.		
- Formation sur les différents thèmes de sensibilisation pour la promotion de la santé sur la participation communautaire et lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le DS de Biltine.	22 au 28/03/2009	Miti miti, Douguine et Magar.
- Formation de COSAN en technique d'animation.		
- Formation sur les différents thèmes de sensibilisation pour la promotion de la santé sur la participation communautaire et lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le DS de Biltine.	03 au 08/04/2009	-
- Formation de COSAN en technique d'animation.		
- Formation Hygiène et assainissement	12 au 14/04/2009	Biltine
- Formation sur les différents thèmes de sensibilisation pour la promotion de la santé sur la participation communautaire et lutte contre le VIH dans le DS de Biltine.	24 au 29 /04/2009	-
- Mobilisation sociale dans les zones de responsabilités sur la participation communautaire.	14 au 16/05/2009	-
- Mobilisation sociale (Biltine rural).	04 au 06/06/2009	Biltine
- Formation sur les différents thèmes de sensibilisation pour la promotion de la santé sur la participation communautaire et lutte contre le VIH/IST/SIDA.	07 au 12/06/2009	-
- Formation en gestion de ressource financière, matériel et MEG	24 au 27/06/2009	-
- Formation en gestion de ressource financière, matériel et MEG.	06 au 10/09/2009	Amzoer,Mata et Magar
- Formation en gestion de ressource financière, matériel et MEG.	17 au 21/09/2009	Arada et Biltine

- Formation et dotation de 19 Accoucheuses traditionnelles	23 au 27/05/2009	Biltine
- Formation de relais au sein des communautés dans le cadre des IST/VIH/SIDA.	01 au 05/03/2010	Gourmaka, Diker et Omol (formation par pool)
- Formation de relais au sein des communautés dans le cadre des IST/VIH/SIDA.	11 au 15 /03/2010	Angara, Douguine et Miti miti.
- Formation de relais au sein des communautés dans le cadre des IST/VIH/SIDA.	23 au 27 /03/2010	Djourouf,Arada et Biltine.
- Formation du COSAN sur la participation communautaire et la gestion financière, matériel et MEG	21 au 30/04/2010	Baibor
- Formation Du COSAN sur les différents thèmes de sensibilisation plus projection de film	20 au 24 /05/2010	Biltine, Djourouf et Arada
- Sensibilisation sur les IST/VIH/SIDA + projection de film.	05 au 13/07/2010	Miti miti, Magar et Mata
- Formation des Accoucheuses traditionnelles en faveur du PDR (07 AT identifiées et formées)	13 au 17/2010	Biltine

Annexe 5: Présentation PowerPoint à la Restitution de l'Evaluation Externe du Base à Biltine

<p>Programme du Base</p> <p>EVALUATION EXTERNE (ÉLÉMENTS PRINCIPAUX)</p>	<p>Contexte Initial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance des ressources humaines en santé (Qualité et Quantité) (voir Bilan Prospectif) • Action dans le district de Biltine uniquement (au lieu de 3 districts; pas Guerda ni Iriba) • Faiblesse des Services de Santé de l'Etat • Démarrage tardif (insécurité) • Mortalité maternelle et infantile très élevée
<p>Contexte (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stratégie APS 1978 • Initiative de « recouvrement des coûts » de Bamako • Stratégie nationale (MDG, PRS, PNS 2007-2010) • Stratégie de la DDC (de proximité, valorisation des savoir locaux, équité) 	<p>Alignement sur les politiques nationales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tout à fait réel, Facteur de soutenabilité • Dans ce contexte, le Base a surtout servi pour agiliser et rendre plus fonctionnels certains services de l'Etat (CS) et en ce sens, il a joué un rôle important dans le district (AT et Mortalité maternelle)
<p>Principaux axes développés</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1°Appui au Fonctionnement des Services de Santé <ul style="list-style-type: none"> ➢ Régional (-) ➢ District (-) ➢ Centres de Santé (+++): recouvrement (participation) des coûts ➢ Appui prévention <ul style="list-style-type: none"> ○ CPE ○ CPN ○ Vaccinations 	<p>Principaux axes (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2°:L'organisation communautaire <ul style="list-style-type: none"> ○ Les Cosan et Coges (+++) ○ Les relais communautaires (-)

Principaux axes 3

- Savoir locaux

- Accoucheuses Traditionnelles (+++)
- Les tradipraticiens (-)

Principaux axes: 4

- Développement des changements des CAP (déterminants de la santé)

- Sida (films)
- Hygiène(-)
- Eau(-)
- Nutrition (+)
- Environnement (-) avec la mairie, les écoles, les autres secteurs

Principaux axes (5)

- Le suivi

- Des AT, des relais communautaires,...
- Des Cosan et des Coges
- Des CS

Résumé de l'efficacité

- Faire plus et mieux, oui, mais moyens limités:

- budget (+/- 10%) pour niveau communautaire
- RH propres peu motivées en fin de Projet

Pertinence des Objectifs et Résultats

- Adéquation avec le contexte:

- Selon axe considéré
- Selon moment

Choix de la mise en œuvre

- Communauté organisée

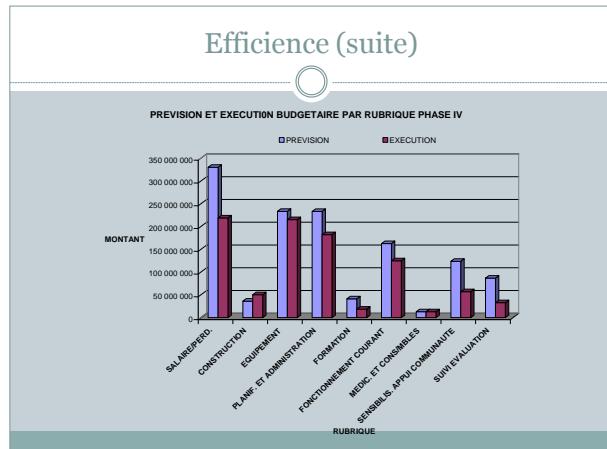
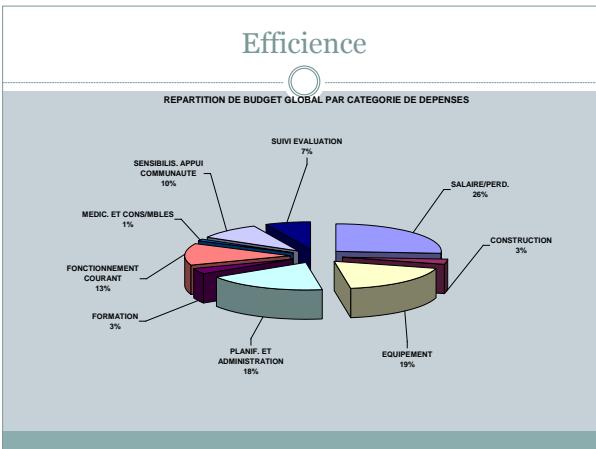
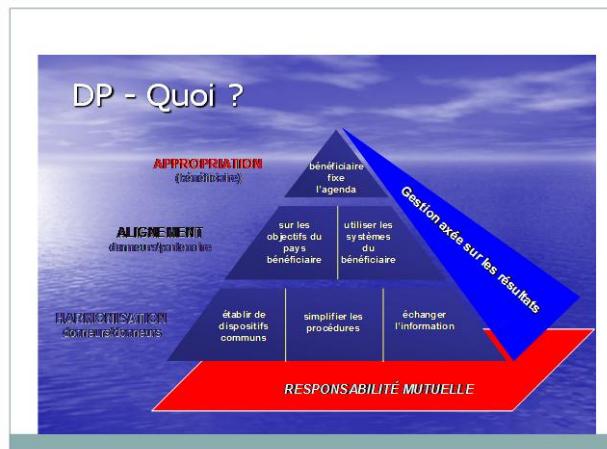
- Proximité

- ONG comme partenaire

- De manière coordonnée avec partenaires

Soutenabilité

- Implication du MSP structures et stratégies
- Intersectorialité (faible)
- Participation des communautés (forte)
- Appropriation
- Coordination
- (Déclaration de Paris)



Recommandations

- **Futur immédiat**
 - Annonce et préparation de la fin de Phase V
 - Renforcer la gestion des Coges
 - Assurer et faire connaître les axes porteurs
 - Accroître le nombre et la qualité des AT
 - Accroître progressivement la participation des Femmes au processus de décision (règles internes)

Recommandations

- **A plus long terme**
 - Développer des mécanismes de promotion de la santé avec tous les déterminants
 - Contribuer de manière plus systématique et rationnelle à la constitution du SIS
 - Assurer la maintenance des équipements fournis
 - Etudes CAP

FFOM
<ul style="list-style-type: none"> • Forces <ul style="list-style-type: none"> ○ Stratégie éprouvée d'encadrement et de suivi des Accoucheuses dans le cadre de la stratégie de diminution de Mort. maternelle Traditionnelles et de COSAN/COGES, ○ Capacité de formation en gestion des Centres de santé et autres niveaux opérationnels ○ Pratique des mécanismes de « recouvrement des coûts » ○ Adaptabilité à d'autres milieux/régions

FFOM
<ul style="list-style-type: none"> • Faiblesses <ul style="list-style-type: none"> ○ Stratégique incomplète dans les approches de thèmes de santé (Hy, environnement, eau) ○ Visibilité /Valorisation limitée de publication de résultats remarquables réalisés par le BASE. ○ Substitution aux rôles des districts dans les supervisions ○ Manque d'information et de préparation des « Services de santé » et Associations de la fin de la Phase V du BASE, ○ Vision d'autonomie peu apparente. ○ Insuffisance de clarté dans le partage des responsabilités entre les communautés et le personnel de santé dans la gestion des ressources.

FFOM (suite)
<ul style="list-style-type: none"> • MENACES <ul style="list-style-type: none"> ○ Financement incertain par les Partenaires Financiers. ○ Compétition avec d'autres ONG's ○ Substitution (imposée par les circonstances) du rôle des services de santé de l'Etat ○ Peu de synergie entre le BASE et autres ONG's ○ Faible représentativité des femmes dans les instances de décision ○ Insécurité et contexte régional (réfugiés, ONG humanitaire,) ○ Absence de politique de maintenance

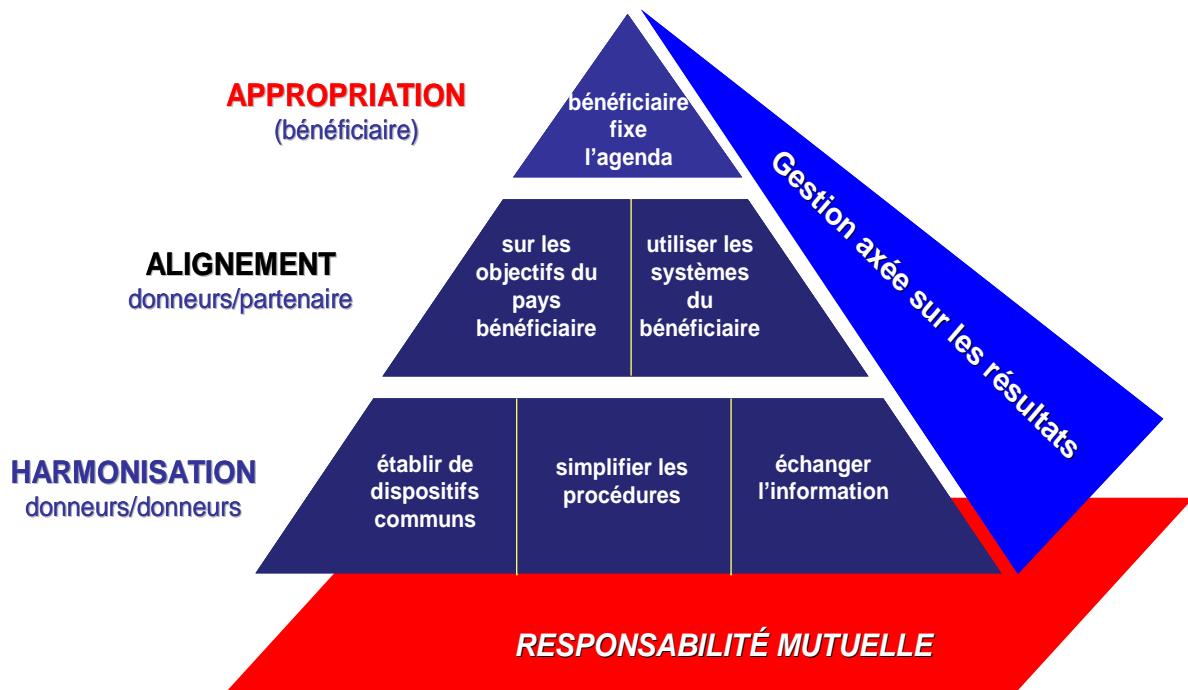
FFOM (suite)
<ul style="list-style-type: none"> • ATOUTS <ul style="list-style-type: none"> ○ Contexte politique favorable (déconcentration, décentralisation) ○ Existence de Politique Nationale de Santé qui encadre et légitime toute action future ○ Existence de Plan Stratégique du Développement des Ressources Humaines ○ Faiblesse de structure d'encadrement de l'Etat ○ Expérience acquise en termes de Recouvrement des coûts et auprès des AT.

Remarques
<ul style="list-style-type: none"> • Constat: • Les changements CAP, et des determinants pour la santé individuelle et collective, sont dépendant des facteurs culturels et nécessitent la prise en compte: <ul style="list-style-type: none"> ○ Du facteur temps. ○ Des lois autant que de l'éducation ○ Un engagement politique permanent

<ul style="list-style-type: none"> ● L'Equipe vous remercie de votre aimable attention ● Choukran jazilan

Annexes Partie IV : Le Bilan Prospectif

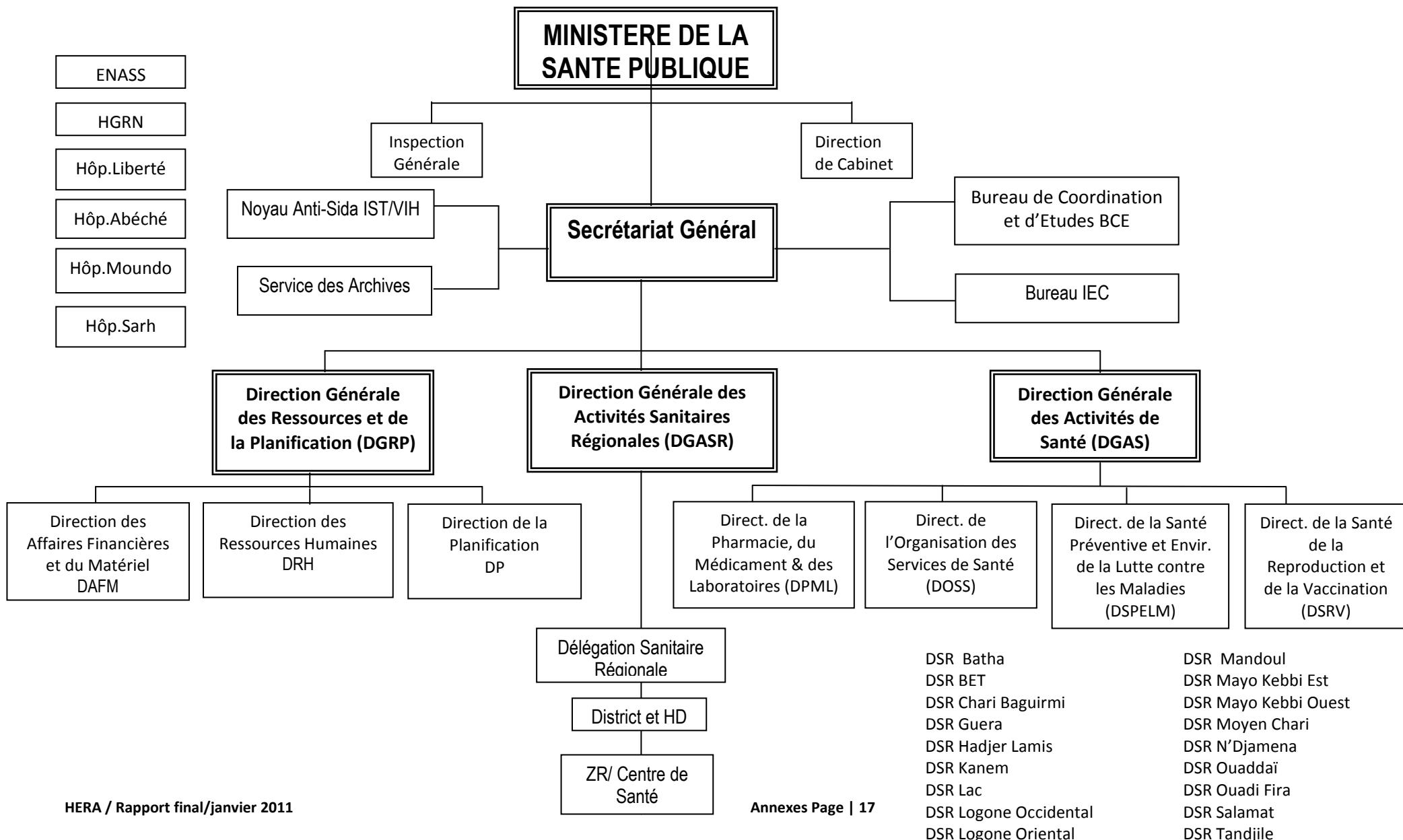
Annexe 6: Déclaration de Paris, schéma interprétatif



**Annexe 7: Evolution schématique de la Coopération Internationale en Santé
(interprétation libre, JM Tromme)**

Period of time	70's – 80's	80's – 90's	90's – 00's	00's – 10's
Strategy	Primary Health Care (Health for all)	Sector reform (Bamako initiative with financial participation of user)	Health financing shares / endorsements by end users	Policy dialogue Instersectorial approach.
Policy - Context	 Developpement of economical dimension of health Improvement of standing - general condition Good governance Alimentary security Public education			
Health paradigm	Infectious deficiencies	Epidemiological transition		Information – Education. Enviromental & climatic issues
Actions	Verticality	Integrated	SWAP	Nationally planned & financing contribution

Annexe 8: Organigramme du Ministère de Santé Publique



Annexe 9: Evolution du Budget du Ministère de Santé Publique entre 2005 et 2010

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
EVOLUTION DU BUDGET DE LA SANTE ET DES DEPENSES (en millier de FCFA)
(Hors Grands travaux de construction)

ANNEE	PERSONNEL	FONCTIONNEMENT		Transferts courants	Dont Gratuité des soins		INVESTISSEMENTS	TOTAL DEPENSES DE SANTE	BUDGET GENERAL ETAT	% BUDGET SANTE	
		BIENS MATERIELS	SERVICES		Gratuité des soins	Subvention SIDA/PSLS					
2006	LFR	7 073 699	4 362 385	2 237 615	1 400 000	-	17 350 668	32 424 367	641 299 000	5,06%	
2007	LFR	8 817 256	4 129 647	2 970 593	7 880 000	3 000 000	18 263 000	42 060 496	689 042 000	6,10%	
2008	LFR	9 841 386	5 553 696	3 016 539	7 745 000	3 000 000	14 693 732	40 850 353	905 312 988	4,51%	
2009	LFR	10 482 513	6 102 833	2 474 259	10 477 000	3 880 000	1 850 000	15 658 431	45 195 036	804 214 000	5,62%
2010	LFI	10 661 194	6 419 525	3 231 840	10 177 000	4 000 000	2 000 000	16 250 000	46 739 559	888 964 498	5,26%

Source : Division de la Programmation et de la Budgétisation/MSP

LFR: Loi de Finances Rectificatives

LFI : Loi de Finances Initiales

N.B. : Les « Grands travaux de construction » ou « Projets Présidentiels », sont gérés par le Ministère des Infrastructures pour le compte du Ministère de la Santé et concernent la construction de 84 CS et 14 hôpitaux de districts, le « Grand Hôpital de la Mère et de l'Enfant », le Siège du MSP à N'djamena, et l'Hôpital Moderne à N'Djamena également. Ces diverses constructions sont déjà engagées.

Annexe 10: Situation et répartition des Ressources Humaines en Santé, Tchad, 2010

Répartition du personnel du MSP par Délégations sanitaires régionales et autres structures

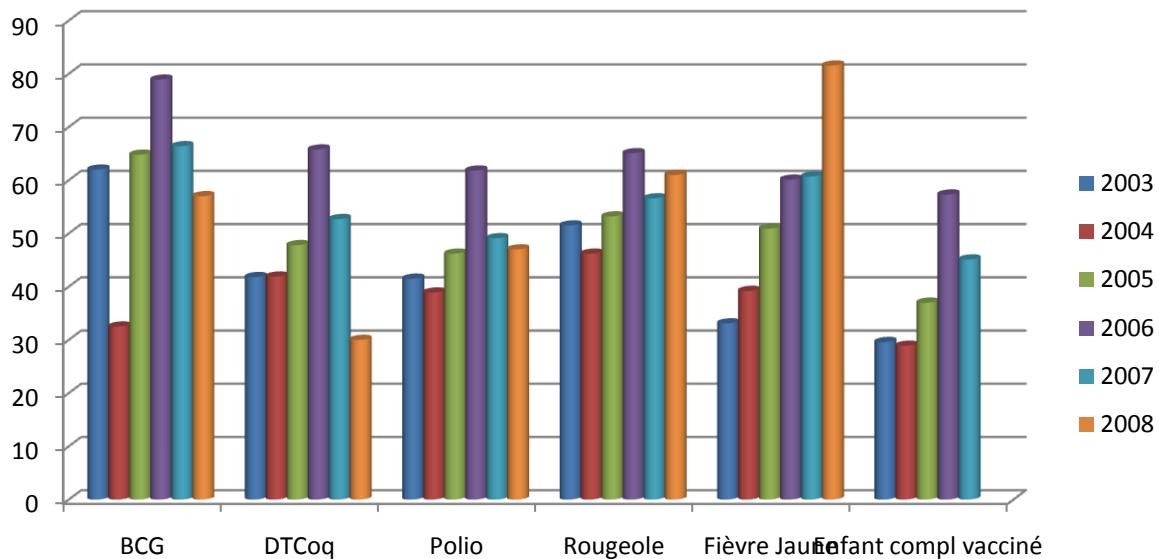
Qualification	Barh El Gazal	Batha	Bor.Tib	WaFira	Ch.Bag	DarSlia	Ennedi	Hadjer Lamis	Kanem	Log. Or.	Log. Occ.	Moyen Chari	Quadd	Salamat	Tandjilé	NDJ	HGRN	Adm. Cent et autres						
Médecins	3	6	3	5	6	4	3	7	5	4	4	15	9	6	7	12	8	5	8	23	62	28	69	
Pharmaciens	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	4	2	19	
Dentistes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	
Assist sanitaires/en soins infirmier	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	2	0	6	2	0	0	15	14	13	12
Biologistes/Sciences Naturelles	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	2	0	0	1	2	0	0	16	6	4	2	
Tech. en soins infirmiers	1	0	1	0	5	1	0	3	0	0	0	0	1	2	0	3	4	0	2	2	10	3	21	
Tech de laboratoire	5	6	3	5	6	2	2	7	9	4	7	11	8	9	9	7	8	16	8	12	31	30	22	19
Tech de bloc	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tech en anesth./réanim	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	3	0	0	1	0	4	3	0	0	1	11	7	7
Tech de radiologie/imager	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	2	0	0	0	9	4	0
Tech en ORL	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Tech en ophtalmologie	0	0	1	2	0	0	0	5	0	0	0	5	0	0	2	0	4	3	0	0	4	5	5	2
Tech en pharmacie	0	0	1	0	1	1	0	1	1	2	0	3	1	0	1	0	0	9	0	1	3	3	1	0
Tech en nutrition	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Tech en gynécologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	1
Tech en odontologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	1	0	0	0	4	2	0
Tech en santé publique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Tech en chirurgie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Tech en épidémio/ entomologie	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
Tech d'assainiss	0	3	0	1	2	0	1	5	5	1	2	23	11	5	12	3	10	1	1	11	10	2	3	57
Tech en Kiné/prothé/orthop./	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	2	2	3	0		

Réed. Fonctionnel																									
Tech en administ/enseign	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	9	1	1	0	0	8	6	0	0	1	0	0	19		
Tech en stat/Démograph	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	
IDE	8	12	1	11	20	4	3	28	17	14	12	28	20	21	23	26	26	26	10	23	53	54	30	26	
Sages femmes	1	0	2	1	2	0	2	7	4	2	0	15	8	2	8	3	11	5	3	0	56	26	21	10	
Infirmiers (ATS+IB)	17	45	24	41	37	10	12	55	22	36	55	91	64	52	53	50	54	71	35	81	14	58	50	11	
Assistants Sociaux/Sociologues	0	1	0	0	0	2	0	2	1	0	1	0	0	0	3	0	0	1	1	1	1	1	1	3	
Administratelu/gestio nnaires	1	2	0	3	4	2	3	7	2	4	5	3	6	4	8	3	6	8	2	5	11	8	7	90	
Comptables	0		0	0	0	0	0	4	1	0	0	4	1	1	0	0	3	1	1	1	1	5	6	3	17
Secrétaire d'adm	0	3	0	0	3	1	0	0	0	0	6	2	0	4	0	6	2	0	2	3	3	1	1	48	
Ingén./tech.biomédic aux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	
Agents d'appui	20	39	5	26	31	25	17	26	25	49	16	114	32	115	71	25	30	114	19	27	14	106	87	52	
TOTAL	57	117	41	102	117	52	44	160	93	116	10	345	172	218	205	125	196	289	85	175	52	432	299	504	

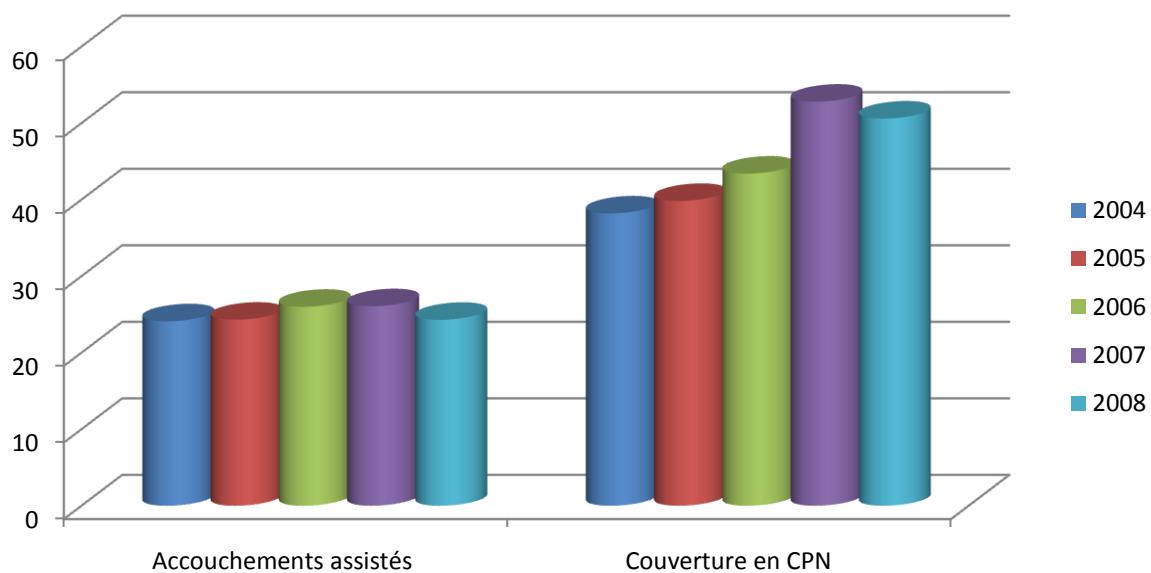
Total des médecins revues en mars 2010 après enquête pour l'élaboration du PSDRH: 355 (dont 307 Médecins exerçant sur le territoire, 27 Médecins en formation à l'extérieur et 21 médecins avec position inconnue).

Annexe 11: Evolution de certains indicateurs au Tchad

Graphique 1 : Evolution de la couverture (%) des antigènes de 2003 à 2008

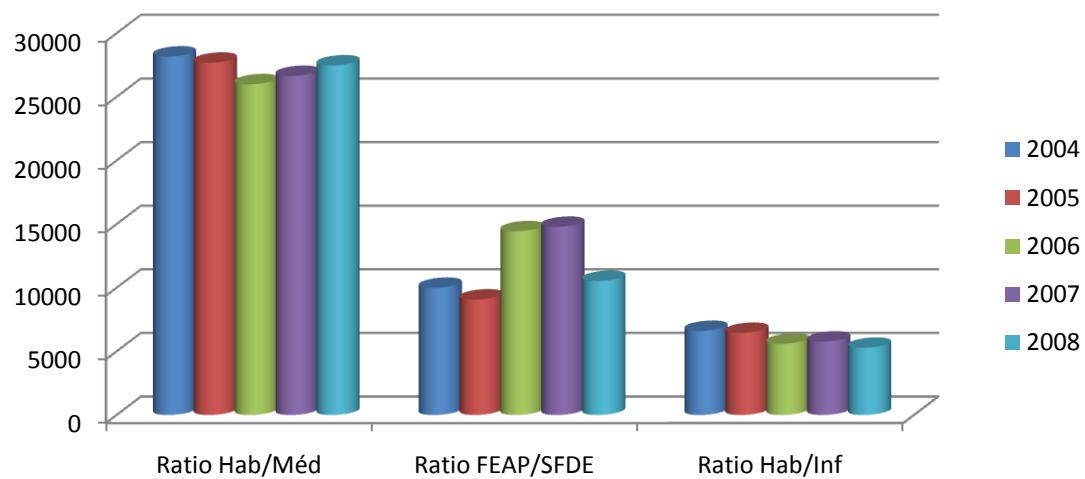


Graphique 2 : Evolution de la couverture (%) en CPN et accouchements assistés de 2004 à 2008



Accouchements assistés : accouchements par un Infirmier qualifié dans un CS et/ou par une Accoucheuse Traditionnelle formée.

Graphique 3 : Evolution des ratios habitants/catégorie de personnel qualifié de 2004 à 2008



Sources : Annuaires de Statistiques Sanitaires

Annexes Générales

Annexe 12: Termes de Référence



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral des affaires étrangères DFAE
Direction du développement et de la coopération DDC

Domaine de la Coopération régionale / Division Afrique orientale et austral

**TERMES DE REFERENCE BILAN PROSPECTIF
SANTÉ AU TCHAD
EVALUATION EXTERNE**

du

**BASE, Programme d'appui aux districts sanitaires du Wadi Fira,
(phase V, 12.2006 – 11.2009)**

et

AUTOEVALUATION

des

**7 Programmes de développement régionaux (ex-PDR), dans le domaine de la
santé (2003 – 2010)**

et

ANALYSE PROSPECTIVE

des

Activités du programme Santé DDC au Tchad

Introduction

Depuis les années soixante dix, la Direction du développement et de la coopération suisse (DDC), représentée à N'Djaména par son Bureau de Coopération, développe des programmes d'appui aux structures publiques et communautaires dans trois domaines prioritaires, à savoir **l'économie rurale, l'éducation et la santé**. A cela, s'ajoute les thèmes transversaux du genre, de la gouvernance et de l'environnement.

Le programme de la Suisse (PPP 2004 – 2009) au Tchad est centré sur les secteurs prioritaires de la politique nationale de développement et de la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Il concourt à renforcer les capacités des partenaires privés, associatifs et publics dans les principales régions du Tchad, et vise à:

- soutenir les partenaires dans la conception et la mise en œuvre d'une démarche d'évolution économique et sociale durable, en accord avec leurs perspectives à long terme, qui se traduise par un changement de perception et de comportement ;
- contribuer à atteindre un meilleur équilibre de l'accès aux chances de développement économique et social des principales régions du Tchad, et des femmes et des hommes ;
- favoriser l'émergence d'une économie rurale prospère et évolutive, basée sur des systèmes de production et des fermes familiales viables sur les plans économique et écologique, avec des systèmes de transformation et de commercialisation efficaces ;
- favoriser l'émergence de systèmes d'éducation décentralisés de qualité, mieux adaptés à leurs contextes socio-économiques, qui promeuvent des valeurs positives et qui préparent les écoliers à devenir des promoteurs de développement ;
- améliorer l'environnement et la couverture sanitaires, en augmentant l'offre et la qualité des prestations préventives et curatives, par la mobilisation des connaissances locales et par des structures publiques et communautaires de santé, cogérées et cofinancées par les communautés;

Dans le **domaine de la santé**, la Suisse entend contribuer à l'amélioration de la santé des populations, notamment des plus vulnérables. Pour ce faire, les approches suivantes ont été retenues par la coopération au développement. La santé de base avec comme priorités l'amélioration des prestations sanitaires des structures de santé, l'implication des communautés et la valorisation des connaissances traditionnelles:

- appuyer des districts sanitaires en mettant l'accent sur la qualité des soins, l'implication des communautés dans l'organisation et la gestion des services publics de santé, l'identification et la valorisation des connaissances traditionnelles en santé;
- mettre l'accent sur la santé préventive et systématiquement prendre en compte la problématique du VIH/Sida dans tous nos programmes;
- appuyer des initiatives communautaires dans le domaine de la santé, en accord avec la politique de santé nationale;
- renforcer les synergies avec les deux autres champs d'activité prioritaires;
- soutenir les principaux enjeux de la politique nationale: reconnaissance légale de la participation communautaire; adaptation de la politique nationale de santé aux réalités du pays (régions à faible densité démographique, populations nomades, etc.); valorisation des connaissances traditionnelles.

La DDC prévoit de réaliser un **bilan prospectif des activités santé** mises en œuvre depuis 2003 par les programmes de la DDC et émettre des recommandations en vue de définir les nouvelles orientations pour les futures activités de la DDC dans le domaine de la santé publique et communautaire. Compte tenu de l'hétérogénéité des interventions de la DDC, il est proposé que l'exercice du bilan des activités santé soit réalisé suivant **trois étapes** distinctes, le/la chef(fe) de mission ayant pour tâche de proposer un cadre méthodologique qui permette la mise en commun des différentes analyses de manière coordonnée dans le but de garantir la cohérence des résultats:

1. Une **évaluation externe** du mandat confié à l'ONG **BASE**
2. Une **autoévaluation** assistée dans chacune des **7 ONG** qui comprendra une capitalisation des acquis et résultats, ainsi que des recommandations par rapport aux orientations futures et perspectives d'avenir pour les ONG dans le domaine de la santé
3. Une **analyse prospective** de mise en perspective de ces résultats par rapport à la politique tchadienne de Santé publique et des priorités de la DDC dans ce domaine

Le bilan prospectif se positionnera aussi quant à la pertinence de deux nouveaux programmes débutés en 2009 sans pour autant évaluer leurs résultats. Il s'agit d'un programme de mise en place des **mutuelles de santé** au sud ainsi que d'un programme de **prévention des grossesses à risque** dans la région du Kanem.

L'ensemble du bilan prospectif des activités santé devra (1) permettre à la DDC et également à ses partenaires de tirer les leçons des approches et activités mises en œuvre jusque là au regard des hypothèses de départ et des objectifs fixés dans le domaine de la santé et (2) fournir des recommandations par rapport aux orientations futures à prendre pour la DDC dans le domaine de la santé publique et communautaire au Tchad, en s'appuyant sur les acquis et en respectant : le principe d'alignement sur la politique nationale de santé publique, les priorités de la DDC en matière de santé et l'implication des acteurs locaux dans la définition des attentes en matière de soins.

1. Le contexte

Le contexte socio sanitaire du Tchad est caractérisé par la forte prévalence des maladies épidémiques et endémiques parmi lesquelles le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la tuberculose, les MST/VIH/SIDA et les diarrhées occupent le premier rang. Ces pathologies affectent avec une préférence les couches les plus vulnérables qui sont les enfants et les femmes. Sur cette base d'analyse contextuelle, la Politique Nationale de Santé a connue une révision le 04 mai 2007 consécutive aux efforts consentis par les autorités sanitaires et les partenaires au développement. Cette politique met à la disposition des intervenants dans ce secteur, une vision du développement sanitaire à l'horizon 2015 avec des orientations stratégiques adaptées au contexte du pays ainsi qu'un cadre de mise en œuvre et des mécanismes efficaces pour le suivi évaluation fondés dans une perspective de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) comme un instrument de mise en œuvre la SNRP.

Fort de ce constat, la Politique Nationale de Santé vise à améliorer l'état de santé de la population en dotant la Nation d'un système de santé cohérent, performant et accessible à tous les citoyens, orienté vers les soins de santé primaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et soutenu par un système hospitalier performant. Elle s'attache ainsi à :

- Sélectionner des stratégies et des approches à haut impact sur les OMD, reposant sur des bases factuelles et ayant un bon rapport coût/efficacité telles que la Stratégie Africaine d'Accélération pour la Survie et le Développement de l'Enfant (SAASDE), la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, etc.
- Promouvoir la transparence et la responsabilité à tous les niveaux notamment l'obligation de rendre compte dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD);
- Renforcer le partenariat avec les différents acteurs, notamment le secteur privé, les associations de la société civile et professionnelles pour une meilleure utilisation des ressources et une meilleure coordination des activités de santé ;
- Définir clairement les rôles et responsabilités aux différents niveaux du système, y compris le niveau communautaire pour une compréhension commune des stratégies visant à améliorer la couverture sanitaire

2. Les programmes de la DDC dans le domaine de la santé

Le premier programme d'appui aux structures publiques et communautaires de santé, confié à l'Institut tropical suisse (ITS), a démarré dans les années soixante dix, dans le Moyen Chari et le Chari Baguirmi. Après une vingtaine d'années de travail au Tchad, la Coopération suisse a lancé au début des années quatre vingt dix un processus de réforme de son programme de développement, afin de mieux prendre en compte les nouvelles orientations fixées par le Document d'orientation stratégique (DOS) élaboré par la Section Afrique de l'Ouest et les évolutions du contexte tchadien.

La DDC a ainsi choisi de redéployer ses appuis géographiquement en s'étendant à de nouvelles régions, de s'ouvrir à de nouveaux partenaires communautaires et de rechercher plus de synergies, de complémentarités et d'articulation entre ses différents domaines d'intervention, à savoir l'économie rurale, l'éducation et la santé.

La DDC intervient dans le domaine de la santé au Tchad depuis 2003 par divers programmes et projets. Actuellement le programme santé au Tchad comprend les activités suivantes:

1. Contribution à l'**ONG BASE** (Bureau d'Appui Santé Environnement) qui intervient sur mandat de la DDC depuis 1998. Ce programme fera objet d'une **Evaluation Externe** de la phase V (2006-2010)
2. Contribution aux programmes des **7 nouvelles ONG** qui mettent en œuvre des programmes de santé pour la DDC depuis 2003 et qui passent du statut de projet DDC à celui d'ONG tchadienne par l'autonomisation en 2010. Le BuCo souhaite faire une **Autoévaluation** (2003 – 2010) pour chaque ONG.
3. Contribution à deux projets récents, notamment le projet **prévention des grossesses à risques au Kanem**, qui intervient avec l'objectif d'améliorer la santé des mères et enfants et le projet **mutuelle de santé** au Sud. Ces projets ont été mis en place en 2009, il est trop tôt pour les évaluer, cependant ils devraient être pris en compte dans les recommandations concernant les futures orientations.

3. Le programme d'appui aux structures communautaires et publiques

Au Tchad, le **Bureau d'Appui Santé Environnement (BASE)** est né de la séparation avec ITS qui s'occupait des structures publiques et BASE qui concentrait ses appuis aux structures communautaires. En 1996 une évaluation externe du BASE et de l'ITS a vivement recommandé de confier la totalité du programme santé au BASE (appui aux deux secteurs santé communautaire et publique). Ainsi la mission confiée au BASE est d'assurer la mise en œuvre du volet communautaire du programme santé de la DDC en appui à la politique nationale de santé. Dès 1998, le programme « Appui aux structures publiques et communautaires » lui a été intégralement confié. Dans le cadre de cette coopération bilatérale entre la Confédération suisse et la République du Tchad pour le développement de son système de santé, le BASE a exécuté depuis lors plusieurs mandats d'appui aux structures publiques et communautaires de santé, dont le dernier prendra fin en décembre 2010.

Depuis 1996, le BASE a exécuté cinq phases d'un programme d'appui au système de santé financé par la Coopération suisse :

- De 1996 à 1998 (Phase I), le BASE a réalisé un appui aux associations communautaires de santé avec deux (2) antennes de coordination. Le programme incluait les districts de Danamadji et Kyabé dans le Moyen Chari ; ceux de Bokoro, Massakory et Bousso, ainsi qu'un appui minimal dans le Chari Baguirmi.
- Dès 1999, la totalité du programme a été confiée au BASE, qui a mis en œuvre les phases II et III dans le Chari Baguirmi et le Moyen Chari, puis la phase IV dans le Chari Baguirmi.

Les phases I et II ont essentiellement permis la mise en marche du PMA (paquet minimum de santé) dans les CS. Ceci a été accompli à travers la construction et la rénovation des infrastructures, leur

équipement, le recyclage du personnel de santé et la mise en place des associations communautaires de santé, y inclus leur formation avec un outil moteur de mobilisation sociale (Micro planification).

La phase III a permis la consolidation des acquis du PMA au niveau des zones de concentration du programme ainsi que leur démarrage dans les autres centres de santé. Cette phase a également vu le démarrage effectif du PCA (paquet complémentaire d'activités) dans les hôpitaux de district et aussi de l'appui au renforcement des capacités des équipes cadres de district.

La phase IV a servi à la capitalisation des acquis et au transfert de compétences, aussi bien au niveau communautaire qu'au niveau des structures de santé dans le Chari - Baguirmi.

La phase V a consisté à débuter un programme d'appui aux districts sanitaires du Wadi-Fira prenant en compte aussi bien les structures publiques que communautaires de santé. Il a débuté dans le District de Biltine avec un appui minimal aux Districts de Guereda et d'Iriba. Le redéploiement du BASE dans le Wadi-Fira a été le fruit d'une discussion conjointe entre le Ministère de la Santé Publique (MSP) et La Coopération Suisse pour créer une logique de synergie et de complémentarité, là où la DDC est active à travers le Programme de Développement Régional de Wadi-Fira (ex-PDR). Cette phase, qui devait commencer en janvier 2007, n'a réellement débuté qu'en juillet 2007. Compte tenu de l'insécurité et de l'instabilité récurrente de la zone, l'évaluation interne du programme réalisée à mi-parcours a montré que les objectifs de la phase ne pourraient pas être atteints dans les délais prévus initialement. Une prolongation de phase d'un an a donc été décidée, soit l'ensemble de l'année 2010. Le programme d'appui aux structures publiques et communautaires de santé de la délégation sanitaire du Wadi Fira s'inscrit dans le cadre global de la politique nationale sanitaire du Tchad. Il apporte aux structures sanitaires et associations communautaires de santé l'appui technique et financier nécessaire pour la mise en œuvre des orientations définies dans la politique sanitaire nationale, particulièrement les soins de santé primaires, la lutte contre le VIH/SIDA/IST, la tuberculose, le paludisme et la valorisation de la médecine traditionnelle et sa mise en lien avec la médecine occidentale.

Le BASE a pour objectifs de contribuer à l'amélioration de la couverture sanitaire par la dotation des équipements aux structures médicales, la formation en santé, au suivi de proximité du personnel médical, la formation et le recyclage des comités de santé, comités de gestion, la valorisation des savoirs locaux et leur intégration dans la politique nationale de santé.

Le programme de BASE a pour finalité de favoriser l'accès à des services de santé de qualité, qui répondent aux attentes des populations, aux ressources disponibles et dont elles sont parties prenantes dans les orientations et dans la gestion. Une attention particulière est portée à la prévention en matière de santé maternelle, infantile et au VIH / SIDA. La complémentarité entre médecine moderne et traditionnelle est dynamisée, de même que les relations et les articulations entre santé, alimentation et hygiène.

3.1 Objectifs et résultats attendus de l'évaluation externe du BASE

Objectifs

- Analyser la pertinence et la durabilité des approches choisies ainsi que l'efficience des activités menées dans le programme de BASE¹.
- Analyser le niveau d'atteinte des résultats attendus (*output, outcome*) définis dans le cadre logique du programme et se prononcer sur sa durabilité.

¹ Un jugement sur la pertinence et la durabilité devrait se baser sur des interviews avec des bénéficiaires du programme au sein de la population, des acteurs du secteur de la santé, des représentants du gouvernement et des donateurs (inclus la Suisse). L'efficience peut être définie comme un jugement des évaluateurs sur la relation input – output.

- Apprécier, aux plans du transfert des compétences, des effets et de la durabilité, les modalités de mise en œuvre des programmes et analyser le partenariat DDC/BASE.
- Apprécier le niveau d'alignement du programme avec la politique nationale de santé ainsi que son degré de coordination/harmonisation avec les programmes des autres intervenants (autres donateurs).
- Apprécier les synergies développées entre le BASE et des autres programmes (nouvelles ONG) ainsi qu'entre le BASE et les autres programmes de la DDC dans le domaine de la santé au Tchad.
- Capitaliser les "leçons apprises" ainsi que les bonnes pratiques du programme et analyser dans quelle(s) mesure(s) ces dernières ont été reprises au niveau des politiques nationales de santé.
- Faire des propositions (modalités d'interventions, thématiques...) pour la suite des appuis de la DDC dans les domaines couverts par le programme BASE au Tchad.

Effets attendus

- La DDC, ses partenaires tchadiens, ainsi que BASE, disposent des informations leur permettant d'apprécier la pertinence et les performances (résultats atteints, durabilité) du programme BASE, ainsi que leurs contributions à l'amélioration de la santé des populations dans leur zone d'intervention.
- La DDC, ses partenaires tchadiens, ainsi que le BASE, sont en mesure de juger du niveau atteint en matière de coordination/harmonisation de l'aide dans le domaine de la santé.
- La DDC dispose d'éléments d'appréciation de la cohérence stratégique de son intervention dans le domaine de la santé au Tchad.
- La DDC, ses partenaires tchadiens, ainsi que le BASE disposent d'éléments de référence (leçons apprises, propositions) pour alimenter leurs réflexions sur les modalités des futurs appuis et la planification des prochains pas.

Produits attendus

- Un rapport d'évaluation de 15 pages au maximum (sans les annexes), à remettre au plus tard fin septembre 2010². Le rapport comportera un résumé exécutif de deux pages maximum. Le contenu du rapport devra satisfaire aux objectifs formulés afin que l'évaluation réponde aux effets attendus par la DDC et ses partenaires.
- Une restitution des résultats de l'évaluation à la DDC et à ses partenaires au Tchad.
- Un débriefing de la mission d'évaluation et une présentation des résultats à la DDC à Berne.

4. L'axe santé des Programmes de développement régionaux

En 1999, sept **Programmes de développement régionaux (PDR)** ont été mis en place dans les Régions des Logones, Moyen-Charï, Mandoul, Kanem, Batha, Biltine et Ennedi avec pour domaines d'intervention l'éducation, l'économie rurale, la santé et deux thèmes transversaux, le genre et la gouvernance. L'intervention dans le domaine de la santé s'est traduite par des actions ponctuelles, essentiellement dirigées vers la prévention, à travers l'information et la sensibilisation dispensées aux partenaires (producteurs et productrices, comités scolaires, maîtres communautaires) et la formation, notamment d'Accoucheuses traditionnelles (AT). A partir de 2003, la **santé** s'est érigée en domaine spécifique. La méthodologie de travail retenue, similaire dans tous les domaines mis en œuvre et dans toutes les régions d'intervention de la DDC au Tchad, consiste à « mobiliser d'abord les ressources intellectuelles, sociales, techniques et financières des acteurs à la base, hommes et femmes, en leur apportant ensuite les compléments extérieurs nécessaires pour leur permettre de mettre en valeur de manière durable et évolutive leur potentiel global ». Il s'agit donc d'appuyer des

² Date à confirmer en fonction des dates de la mission

initiatives locales à la base et de valoriser les connaissances endogènes, dans des domaines prioritaires de la Coopération suisse.

L'objectif général en santé des sept programmes consiste à améliorer l'environnement sanitaire et **optimiser la couverture sanitaire** des communautés concernées en augmentant l'offre de prestations préventives et curatives de bonne qualité, par la mobilisation des connaissances locales confirmées et des structures publiques et communautaires de santé cogérées et cofinancées par les utilisatrices et utilisateurs.

Les principaux résultats des PDR (rapport évaluation PDR 2007) : Le bilan global de la mise en œuvre du domaine santé en 2007 montre que des progrès sensibles ont été réalisés, ceci sur plusieurs aspects. On constate un renforcement des relations entre les PDR et les délégations sanitaires régionales ainsi que les réseaux des centres de santé. Les communautés sont de plus en plus impliquées dans la gestion des services de santé à travers les Comités de santé (COSAN), ce qui se traduit par une marque de responsabilisation en matière de cogestion des structures sanitaires. En matière de santé préventive, les communautés et les PDR participent activement dans les activités préventives (vaccination des enfants et femmes en âge de procréer). Les équipes ont contribué aux échanges entre les médecines traditionnelles et conventionnelles, ceci en vue d'améliorer la couverture sanitaire. Le BuCo a doté les équipes de supports pédagogiques (matériel audiovisuel, boîtes à images) pour améliorer les sensibilisations / animations dans les domaines du VIH/SIDA, de la nutrition, de l'hygiène, des consultations prénatales, etc. Compte tenu du découpage sanitaire qui n'obéit pas aux réalités de certaines régions (Ennedi et Kanem), les équipes, en collaboration avec les Médecins chefs de districts (MCD), ont réalisé des formations des agents de santé villageois (secouristes) pour répondre aux sollicitations des communautés les plus reculées. Il faut noter que ces agents sont supervisés par le personnel de santé qualifié. L'Etat a fait des progrès quant à la prise en charge gratuite des urgences médicochirurgicales dans certains cas. Dans le Kanem, et dans certaines équipes du Sud, on note une réelle prise de conscience sur la problématique du VIH, ce qui se traduit par l'engagement des communautés partenaires à faire le dépistage volontaire de l'infection à VIH. L'accès aux soins de base souffre de plusieurs facteurs de blocages liés aux insuffisances en personnel médical qualifié, aux fréquentes ruptures de médicaments et de consommables médicaux, à l'éloignement de certaines zones des Centres de santé (CS). Dans le Nord, il faut parcourir 70 à 100 km pour arriver au CS et, dans ces conditions, le pronostic vital des malades est engagé ; même si on sauve le malade, le diagnostic de sortie sera souvent émaillé des complications irréversibles.

L'année 2007 fut caractérisée par des grèves du personnel de santé en relation avec des revendications salariales, Ce qui a affecté l'accès aux soins des patients. Aussi le programme BASE (chapitre 3) a connu des retards pour son redéploiement au Wadi-Fira. Cela s'explique par les difficultés liées au recrutement du personnel et à la situation sécuritaire dans la zone avec des conséquences de la crise du Darfour. La mise en place n'a ainsi démarré qu'en juillet 2007. Pour une logique d'intervention, il a été décidé que le BASE amorcerait ses activités uniquement dans le District de Biltine et que l'extension progressive serait tributaire de l'évolution sécuritaire, mais qu'il devrait répondre aux sollicitations des PDR en cas d'expression de besoins.

Les priorités pour 2008 étaient focalisées sur le renforcement de l'articulation entre la santé et les autres domaines prioritaires (économie rurale et éducation). Cela s'est traduit concrètement par un atelier regroupant tous les PDR, animé par un consultant externe, mais sous la responsabilité directe des responsables thématiques. L'accent fut mis sur le renforcement des capacités des équipes en santé préventive, en collaboration avec le BASE, les communautés, les Délégations régionales sanitaires (DRS), les autres intervenants, ainsi que les structures déconcentrées de l'Etat.

2010 constitue l'année de l'autonomisation pour les PDR qui ont passé du statut de projet DDC à celui d'ONG tchadienne. Il est souhaitable de poursuivre leur soutien sous forme de contribution.

4.1 Objectifs et résultats attendus de l'Autoévaluation des sept ONG

Les ONG connaissent l'approche des autoévaluations depuis l'année 2006. L'autoévaluation assistée dans chacun des 7 ONG devra comprendre une capitalisation des acquis et résultats, ainsi que des recommandations par rapport aux orientations futures et perspectives d'avenir pour les ONG qui veulent continuer à intervenir dans le domaine de la santé.

Objectifs

- Analyser la pertinence et la durabilité de l'approche santé dans le programme des nouvelles ONG.
- Analyser l'efficience des activités santé menées dans le programme des ONG
- Analyser le niveau d'atteinte des résultats attendus (*output, outcome*) définis dans le cadre logique du programme et se prononcer sur sa durabilité.
- Apprécier, aux plans du transfert des compétences, des effets et de la durabilité, les modalités de mise en œuvre des programmes et analyser la relation / le partenariat DDC/ONG.
- Apprécier le niveau d'alignement du programme des nouvelles ONG avec la politique nationale de santé ainsi que leur degré de coordination/harmonisation avec les programmes des autres intervenants (autres donateurs).
- Apprécier les synergies développées entre les nouvelles ONG et des autres programmes (par. ex. BASE) de la DDC dans le domaine de la santé au Tchad.
- Capitaliser les "leçons apprises" ainsi que les bonnes pratiques du programme des ex-PDR et analyser dans quelle(s) mesure(s) ces dernières ont été reprises au niveau des politiques nationales de santé.
- Faire des propositions (modalités d'interventions, thématiques...) pour la suite des appuis des nouvelles ONG dans le domaine de la santé au Tchad.

Effets attendus

- Les nouvelles ONG disposent des informations leurs permettant d'apprécier la pertinence et les performances (résultats atteints, durabilité) du programme, ainsi que leurs contributions à l'amélioration de la santé des populations dans leur zone d'intervention.
- Les nouvelles ONG, sont en mesure de juger du niveau atteint en matière de coordination/harmonisation de l'aide dans le domaine de la santé.
- Les nouvelles ONG, ainsi que la DDC disposent d'éléments de référence (leçons apprises, propositions) pour alimenter leurs réflexions sur les modalités des futurs appuis et la planification des prochaines pas.
- La DDC dispose d'éléments d'appréciation de la cohérence stratégique de son intervention dans le domaine de la santé au Tchad.

Produits attendus

- Un rapport d'auto évaluation de 5 pages au maximum (sans les annexes) par ONG, à remettre au plus tard fin septembre 2010³. Le rapport comportera un résumé exécutif d'une demi-page maximum. Le contenu du rapport devra satisfaire aux objectifs formulés afin que l'évaluation réponde aux effets attendus par la DDC et les nouvelles ONG.
- Une restitution des résultats de l'auto bilan aux nouvelles ONG et à la DDC.
- Un débriefing de la mission et une présentation des résultats à la DDC à Berne.

³ Date à confirmer en fonction des dates de la mission

5. Les projets thématiques récents

Les projets ci-dessous ont été mis en place en 2009 et il est donc actuellement trop tôt pour les évaluer. Cependant, dans la mesure où ils font partie du portefeuille santé, ils devraient être pris en compte dans les recommandations concernant les futures orientations dans le domaine de la santé au Tchad. Plus particulièrement, il conviendra d'analyser la pertinence des approches.

5.1 Prévention des grossesses à risque

Ce projet est mise en œuvre dans la région du Kanem par l'organisation Médecins du Monde. A titre informatif le présent sous-chapitre présente les objectifs et les résultats attendus dudit projet :

Objectifs du projet:

- Améliorer l'accès aux soins de qualité pour les femmes enceintes et les nouveau-nés ;
- Rendre opérationnelle l'antenne chirurgicale de l'hôpital de Mao ;
- Impliquer la communauté et les responsables du Ministère de la santé pour mettre en place les conditions nécessaires à la pérennité des actions initiées.

Résultats attendus du projet:

- 100 % des femmes souffrant de fistule obstétricale (FO) et désirant être opérées ont bénéficié d'une intervention à l'Hôpital de Mao pour les cas simples et complexes ;
- 90% des patientes opérées ne souffrent plus à terme de ce handicap ;
- 90% de femmes dépistées d'une FO grave sont référées à l'hôpital de référence national de N'Djaména ;
- 100% des femmes opérées sont suivies par une animatrice psychosociale ;
- 80% des patientes fréquentant les CS trouvent les informations, soins et conseils nécessaires au bon déroulement de leur grossesse ;
- Les activités mises en place pour améliorer le suivi des femmes enceintes, de leurs accouchements et la prise en charge de la fistule obstétricale sont pérennes.

5.2 Mutuelles de santé

Ce projet est mise en œuvre par l'organisation CIDR dans la partie sud du pays. A titre informatif le présent sous-chapitre présente les objectifs et les résultats attendus dudit projet :

Objectifs du projet :

- Promouvoir des mutuelles à forte portée :
- Appuyer et consolider les mutuelles préexistantes
- Appuyer la création d'un mouvement mutualiste fort :
- Appuyer l'autorité de tutelle et le Ministère de la santé publique dans la mise en place et la sauvegarde des conditions nécessaires à la viabilité des mutuelles :

Résultats attendus du projet :

Plus de 80% des groupements mutualistes se sont structurées et organisé en réseau tout en disposant des mécanismes efficaces pour sécuriser leurs ressources, garantir la durabilité de leur fonctionnement et tiennent régulièrement leurs assemblées générales(AG)

100% des organisations existantes dans la région (les associations villageoises, économiques ou professionnelles, les Comités de santé et les Comités de gestion) ont développé un partenariat dans la zone d'intervention. Ce cadre de partenariat devra permettre de diffuser l'information sur les mutuelles, de faciliter les adhésions et de participer aux activités d'Information Education et Communication pour le Changement de Comportement.

90% communautés partenaires, en concertation avec les structures sanitaires déconcentrées de l'Etat (délégations régionales sanitaires, districts de santé et l'ensemble des réseaux de centres de santé périphériques) ainsi que les ONG et les autres acteurs locaux et régionaux font des plaidoyers auprès bailleurs pour diversifier leurs sources de financement et avoir leurs reconnaissances juridico-administratives et exiger des soins de qualités aux prestataires de services de santé.

Au niveau central, le Ministère de la santé publique (MSP) assurera le rôle de tutelle et de régulateur du système et d'autorité sur les services publics de santé, à travers les délégations et les Districts sanitaires.)

6. Analyse prospective des activités du programme santé de la DDC

6.1 Objectifs et axes d'analyse

Réaliser une **analyse des activités santé** mises en œuvre depuis 2003 par les programmes de la DDC et émettre **des recommandations** en vue de définir les orientations pour que les futures activités de la DDC dans le domaine de la santé publique et communautaire produisent des résultats allant dans le sens d'une amélioration de la qualité et l'accès aux soins des populations les plus pauvres, quelque soit leur genre ou leur mode de vie, dans les zones rurales.

Objectifs

- Analyser la pertinence et la durabilité des approches choisies ainsi que l'efficience des activités menées dans le programme de santé de la DDC
- Analyser le niveau d'atteinte des résultats attendus (*output, outcome*) et se prononcer sur sa durabilité.
- Apprécier, aux plans du transfert des compétences, des effets et de la durabilité, les modalités de mise en œuvre des programmes et analyser la relation entre les partenaires tchadiens et internationaux dans le domaine de la santé.
- Apprécier le niveau d'alignement du programme avec la politique nationale de santé ainsi que son degré de coordination/harmonisation avec les programmes des autres intervenants (autres donateurs).
- Apprécier les synergies développées entre les divers projets et programmes de la DDC dans le domaine de la santé au Tchad.
- Inventorier les "leçons apprises" ainsi que les bonnes pratiques du programme et analyser dans quelle(s) mesure(s) ces dernières ont été reprises au niveau des politiques nationales de santé.
- Faire des propositions (modalités d'interventions, thématiques) concrets pour la suite des appuis de la DDC dans le domaine de la santé au Tchad.

Les axes suivant devront faire l'objet d'une **attention particulière** :

- Recenser les expériences et les acquis en **renforcement** des capacités des partenaires en santé préventive et curative, plus particulièrement dans le domaine de l'Information, l'éducation et la communication (IEC) ;
- Analyser de façon approfondie les **rôles et responsabilités** des hommes et des femmes dans la gestion de la santé, tant au plan familial qu'au plan communautaire ;
- Apprécier **l'implication des communautés** dans les orientations, la gestion et le financement des structures de santé en dynamisant les instances de santé à base communautaire ;
- Evaluer le fonctionnement des mécanismes de **redevabilité** des services vis-à-vis des usagers;
- Apprécier les effets et impacts des actions menées en santé : Evaluer les **stratégies** mises en place par les partenaires pour la réduction de la morbi-mortalité materno-infantile, les sensibilisations pour la santé préventive, les MST / VIH / SIDA, le paludisme, etc.

- Evaluer la construction des liens (synergies et complémentarité) entre **médecine traditionnelle et médecine moderne** mis en place par les programmes tout en appréciant la pertinence et l'impact de cette mise en relation ;
- Faire ressortir la pertinence et l'efficacité des mécanismes de collaboration entre les acteurs impliqués pour la facilitation de l'accès aux soins des groupes différenciés (populations nomades/sédentaires ; hommes/femmes; filles/garçons) ;
- Identifier et évaluer les éléments de l'offre sanitaire préventive et curative portée par les services publics et les communautés (Paquet minimum d'activités – PMA), sur l'ensemble des centres de santé où la DDC est active à travers le BASE ;
- Evaluer les stratégies utilisées par la DDC et ses partenaires dans le **dialogue politique**, respectivement avec les autorités locales, régionales et nationales, en vue d'une amélioration de la prise en charge du secteur par l'Etat et de la prise en compte des expériences positives dans les politiques nationales ;
- Apprécier la **pertinence** du portefeuille d'activités de la DDC dans le domaine de la santé et fournir des recommandations pour la poursuite des activités (future stratégie santé).

Effets attendus

- La DDC disposent des informations lui permettant d'apprécier la pertinence et les performances (résultats atteints, durabilité) du programme, ainsi que ses contributions à l'amélioration de la santé des populations dans sa zone d'intervention et au niveau national.
- La DDC est en mesure de juger du niveau atteint en matière de coordination/harmonisation de l'aide dans le domaine de la santé.
- La DDC dispose d'éléments de référence (leçons apprises, propositions) pour alimenter ses réflexions sur les modalités des futurs appuis et la planification des prochaines pas.
- La DDC dispose d'éléments d'appréciation de la cohérence stratégique de son intervention dans le domaine de la santé au Tchad.

Produits attendus

- Un rapport avec des recommandations pour au moins trois scénarios possible de montage d'un programme nationale dans le domaine de la santé de 20 pages au maximum (sans les annexes), à remettre au plus tard le 30 octobre 2010⁴ à la DDC. Le rapport comportera un résumé exécutif de deux pages maximum. Le contenu du rapport devra satisfaire aux objectifs formulés afin que l'évaluation réponde aux effets attendus par la DDC
- Une restitution des résultats du bilan à la DDC.
- Un débriefing de la mission et une présentation des résultats à la DDC à Berne.

6.2 Equipe du bilan des activités santé de la DDC

L'équipe d'évaluation sera composée d'un consultant international, d'un consultant régional et de deux consultants locaux. Le **consultant international** assumera la coordination de l'équipe et la responsabilité pour tout le processus du bilan prospectif des activités santé de la DDC.

Profiles / Equipe du bilan des activités santé :

- (1) Consultant international senior / chef de mission chargé de la coordination global du mandat : Connaissances approfondies dans le domaine de la santé et solide expérience en matière d'évaluation, auto-évaluation et stratégie avec des compétences méthodologiques confirmés. Bonne connaissance de l'Afrique Subsaharienne et idéalement expérience dans la région et au Tchad. Si possible connaissance de la DDC et de sa culture d'évaluation.
Langues: français

⁴ Date à confirmer en fonction des dates de la mission

- (1) Consultant expert régional en santé publique et communautaire. Connaissances de l'auto évaluation. Langues: français
- (1) Consultant national du Ministère de la Santé du Tchad : Connaissances du système de santé tchadien et des enjeux de santé publique. Expérience en matière d'évaluation. Langues: français et local
- (1) Consultant expert tchadien en santé publique et communautaire. Connaissances de l'auto évaluation. Langues: français et local

6.3 Déroulement du bilan prospectif

Compte tenu de l'hétérogénéité des interventions, il est proposé que l'exercice soit réalisé suivant des étapes distinctes, le/la chef(fe) de mission ayant pour tâche de proposer un cadre méthodologique qui permette la mise en commun des différentes analyses dans le but de garantir la cohérence des résultats.

Néanmoins certaines attentes sont clairement définies par le mandataire, à savoir:

L'évaluation externe du mandat confié à l'ONG **BASE** sera conduite par le consultant international, le consultant régional et l'un des consultants nationaux. De même, le consultant international sera présent lors de la visite et des discussions sur les deux projets récents **prévention de grossesses à risque et mutuelles de santé**

L'autoévaluation assistée dans chacun des **7 nouvelles ONG** peut être conduit par les deux consultants nationaux avec le soutien du consultant régional. Néanmoins le consultant international doit participer à une autoévaluation au Nord et l'une au Sud afin de connaître les différents contextes et 'assurer une harmonisation de la méthodologie utilisée.

L'Analyse prospective se fera sur la base des résultats de l'évaluation externe et des autoévaluations. Un atelier devra être organisé afin de restituer les résultats de l'évaluation externe et des autoévaluations aux partenaires et mener conjointement les bases de la réflexion prospective. Des partenaires extérieures peuvent être invités à ce moment fort.

Le consultant international débutera sa mission à la DDC à Berne par un premier briefing. La mission de terrain débutera à N'Djamena par un briefing au Buco, en présence du reste de l'équipe. En fin de mission des débriefings du même type seront organisés.

Contreparties / Collaborations

- DDC (Desk santé en concertation avec Buco N'Djamena) : responsabilité générale du processus de bilan prospectif des activités, recrutement du consultant international, fourniture des informations et documents, financement du bilan.
- Buco N'Djamena : organisation et facilitation de la mission, choix du consultant régional et des consultants nationaux en concertation avec le Ministère de la santé du Tchad.
- Ministères de la santé du Tchad : proposition et choix des consultants nationaux en concertation avec le Buco, appui et accompagnement pour faciliter le bilan, fourniture d'informations et de documents.
- Représentants des systèmes sanitaires aux différents niveaux (Province, Districts...): appui pour faciliter le bilan, fourniture d'informations et de documents.
- BASE et nouvelles ONG : appui pour faciliter l'évaluation, fourniture d'informations et de documents.

6.5 Calendrier et volume de travail indicatifs

Date	Dès le 20 août ou selon disponibilité				
Lieux	Tchad : N'Djamena,Wadi-Fira pour le programme Base ainsi que les sept régions des nouvelles ONG à savoir Kanem, Batha,Wadi Fira, Ennedi, Moyen Chari, Bassin du Logun et Mandoul				
Volume indicatif de travail (à préciser dans l'offre technique)		Consultant international	Consultant régional	Consultant national Nord	Consultant national Sud
	Préparation	A définir			
	Evaluation Base	6	6	6	-
	Autoévaluation ONG Wadi-Fira	3	3	3	-
	Autoévaluation ONG Ennedi	-	3	3	-
	Autoévaluation ONG Kanem	-	3	3	-
	Autoévaluation ONG Batha	3	-	-	3
	Autoévaluation ONG Moyen Chari	-	3	-	3
	Autoévaluation ONG Mandoul	-	3	-	3
	Autoévaluation ONG Logun	-	3	-	3
Discussions/visites des deux projets récents		3	3	-	3
Préparation et tenue de l'atelier de restitution		3	3	3	3
Rédaction des rapports et de l'analyse prospective		A définir			

Le volume indicatif de travail sur place n'inclut pas les jours nécessaires à la préparation, aux voyages (CH/Tchad et interne) ainsi que les jours nécessaires à la rédaction des rapports.

6.4 Méthodologie

Sur la base de ces termes de référence, le consultant international fera une **offre technique**. Celle-ci inclura non seulement la compréhension du mandat mais aussi une méthodologie de travail qui fera notamment apparaître (1) les approches proposées pour procéder à l'évaluation externe du programme BASE, aux autoévaluations et à l'analyse prospective (2) les champs d'observations, les questions clés qui guideront le bilan prospectif dans son ensemble (3) les responsabilités de chaque membre de l'équipe. L'offre technique précisera aussi les informations que la DDC (Centrale, Buco), BASE, et les partenaires tchadiens devront fournir aux consultants avant le début du travail sur le terrain.

L'offre technique s'accompagnera d'une offre financière qui comportera une proposition de calendrier, le nombre de jour prévu et le tarif journalier du consultant international.

Annexes (sur demande)

PPP Tchad 2004-2009

Document de projet du BASE

Rapport évaluation des PDR – 2007

Document de projet de Médecins du Monde Prévention des grossesses à risque

Document de projet du CIDR Mutuelles de santé

Rapport Evaluation Programme d'Appui en santé communautaire et publique - 2002

Politique de Santé DDC 2003 - 2010

Document de la politique nationale tchadienne de santé

Annexe 13: Calendrier

CALENDRIER		Mois	août	jour	septembre											octobre												Nombre de jours par consultant															
Activités	Resp.				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	JMT	CR	CNN	CNS	Total										
Préparation	JMT (2) + CR (1)																																										
briefing à la DDC à Berne	JMT				B																																						
voyage au Tchad	JMT + CR				V																																						
Briefing au Buco à N'Djamena	JMT+ CR + CNN + CNS				B																																						
Organisation et mise au point avec l'équipe	JMT + CR + CNN + CNS																																										
Auto-évaluation ONG Wadi-Fira	JMT + CR + CNN					V																																					
Evaluation Base	JMT+ CNS																																										
Auto-évaluation ONG Ennedi	CR + CNN					V																																					
Autoévaluation ONG Batha	CR + CNN					V	V																																				
Discussions/visites des deux projets récents: 1) Kanem Médecins du Monde à N'Djamena	JMT + CS																V																										
Voyage de retour à Bruxelles	JMT																V	O	V																								
Autoévaluation ONG Kanem	CR + CNN																																										
Voyage au Sud	CR																V	V																									
Autoévaluation ONG Logun	CR + CNS																																										
Auto-évaluation ONG Mandoul	CR + CNS																																										
Voyage au Tchad	JMT																																										
Voyage au Sud (Moyen Chari)	JMT																																										
Auto-évaluation ONG Moyen Chari	JMT + CR + CNS																																										
Discussions/visites des deux projets récents: 2) projet au Sud CIDR	JMT + CR + CNS																																										
Voyage à N'Djamena	JMT + CR + CNS																																										
Rencontre Bailleurs d'avenir Ministère	JMT + CR																																										
Préparation et tenue de l'atelier de restitution	JMT + CR + CNN + CNS																																										
Voyage de retour à Bruxelles/Burkina Faso	JMT																																										
Rédaction des rapports de l'analyse prospective	JMT (5) + CR (2)																																										
Finalisation des rapports après commentaires de la DDC	JMT																																										
Débriefing à la DDC à Berne	JMT																																										
Commentaires:	JMT = Jean-Marie TROMME CR = consultant régional CNN = consultant national Nord CNS = Consultant national Sud V= Voyage																																										
	36 37,5 19 27 117,5																																										

Annexe 14: Liste des personnes rencontrées

Nom et prénoms	Fonction	Institution	Adresses
1. Dr Abdel Madjid Abderahim	Chargé de programme	Coopération Suisse	22517314
2. Etienne Jacques	CDM	MSF-CH	66661254
3. Yonatan SHIMEUS	Coordonnateur Administrateur	MDM	95552889
4. LITSCHGI Nicole	Chargée de programme	ONUSIDA	63660370
5. Aboubakar Sekou	Comptable	BASE	99291806
6. Yacoub Djonouma	Coordonnateur	BASE/Biltine	66263128
7. Dr Amina Inoua	Chargée de programme santé	BASE	66257397
8. Ali Yaya	Chargée de la santé	PDR Wadi Fira	66440002
9. Mahamat Khamis	Coordonnateur	APIDEL/Ennedi	66632277
10. Bessitbaye Nguewell-mbang	Formateur	PDR Mandoul	66352618
11. Daugla Doumagoum	Directeur	CSSI	66292758
12. Zakaria Adoum	Secrétaire exécutif	AIDER	66428100
13. Dabsou Guidaoussou	Consultant National	Coopération Suisse	66278216
14. Jean-Robert Moret	Directeur	Coopération Suisse	BuCo
15. Dr Dadjim Blagué	Directeur	DOSS/MSP	66345952
16. Harba Kamis	Coordonnateur	BCE/MSP	66222188
17. Natoïngar Néoumangar	Directeur Général	DGRP/MSP	66265863
18. Yaron Wolman	Santé et nutrition	UNICEF	66790112
19. Noser Verena	Chargée Santé	DDC/Berne	DDC
20. Dr Yonli Lamoudi	Consultant Régional	Coop. Suisse	
21. Vouloumso Balama	Directeur	DONG	66298719
22. Achta Yakité	Chargée de programme	UNFPA	66028993
23. Ngartel Naguerngar	Coordonnateur	APRODID	
24. Solkam Nadjialdy Désirée	Coordonnatrice	APDI/Moyen Chari	66365458
25. Dr Adandji André	Coordonnateur cluster santé	OMS	63200334
26. Djo Narimbaye	Chargée de programme	Coop. Suisse	66290796
27. Dr Jean-Marie Tromme	Consultant international	Coop. Suisse	
28. Mbanakil Ndoubo Olga	Formatrice	APDI/Moyen Chari	66478001
29. Ahmat Hassane Moussa	Coordonnateur	ADRB/Batha	66296031
30. Bana Baindiouleng	Consultant National	MSP	66274125
31. Mahamat Tahir Brémé	Responsable santé	ADRB	99541412
32. Mahamat Abdallah	Responsable santé	APIDEL	66329677
33. Olivier Ki-ZERBO	Chargé de programme	Union Européenne	22527276
34. Eduardo CAMPOS MARTINS	Premier Conseiller	Union Européenne	22527276
35. Dr Thomas Karengera	Chargé des urgences et actions humanitaires	OMS	66881971
36. Hamadou Nouhou		OMS	
37. Yacoub Mahamat Issaka	Coordonnateur	PDR/Wadi Fira	66226338
38. Zenaba Mahamat	Formatrice/	PDR/Wadi Fira	66403930
39. Oumar Doungous	Technicien	PDR/Wadi Fira	66211395
40. Ismael Youssouf Ali	Responsable éducation	PDR/Wadi Fira	66445201
41. Mahamat Hounène Issakha	Responsable Economie rurale	PDR/Wadi Fira	66236203
42. Akouna Ibrahim Baizouma	Préfet	Biltine	66252748
43. Ahmet El Hadj Idriss	Délégué sanitaire	Wadi Fira	66221773

44. Marné Hassane	Stagiaire	Wadi Fira	66213756
45. Mahamat Bahar	Médecin Conseiller		66656569
46. Abdelbassit D Kayak	Gestionnaire		66251967
47. Zenaba Daoussa	Sage Femme		66233449
48. Oumar hassane	Animateur		66711440
49. Mahamat Ahmat Adam	Animateur		66296735
50. Mahamad Mamadou Addy	Secrétaire d'Etat	Ministère Santé	
51. DIONMADJI François	Coordonnateur	MODEL	66367117/ 99828312
52. DASNET Madjiadingar	Ex Gestionnaire	MODEL	66247529
53. LIBMA Kitna	Formateur	MODEL	66224658/ 99424567
54. DIRIA BELLARI	Gestionnaire	MODEL	66001104/ 99148062
55. MARIE Françoise Marsou	Formatrice	MODEL	66319362
56. FRANSOU Mafakassou	Formatrice	MODEL	66340472
57. SAINBE Nathan	Maître communautaire	Ecole la Lumière de Bayaka	66469366
58. Dr MBAIHOL TAMADJI	Médecin chef de district	DS Kélo	66206532
59. OUMAROU Sambo	Responsable CS	CS Bayaka	99387273
60. Dr FOKZIA Elie	Délégué	DSR Tandjilé	66284690 / 99846773
61. PAKEME Vournebou	Chef de division ressources	DSR Tandjilé	66717619
62. HANAN Maurice	Trésorier	COGES CS Bayaka	66048627
63. ROUMABENG Naomie	Accoucheuse traditionnelle	CS Bayaka	66814777
64. DJADIMADJI Fabrice	Formatrice	MODEL	66942410
65. Bessitbaye Nguéwelmbang	Chef de ferme	PDRM Nderguigui	66352618 / 99287198
66. Nambatingar Jacob	Responsable	Centre de santé de Nderguigui	66471159
67. Abdelkerim Seïd	Préfet du Mandoul Occidental	MISP	66226223 / 99699860
68. Ngartoïnan	Trésorier	COGES Nderguigui	66045033
69. Djimrabaye	Vice Président	COGES Nderguigui	
70. Tobane Bertin	Trésorier Adjoint	COGES Nderguigui	63077222
71. Djasnan	Président	Comité construction	
72. Djimadoumbaye	Rapporteur	Comité Construction	66047417
73. Ban-Asse	Animateur	COSAN	62256267
74. Doumira Céline	Accoucheuse traditionnelle de Bewala	Zone de responsabilité de Nderguigui	
75. Robela Delphine	Accoucheuse traditionnelle de Bébo	Zone de responsabilité de Nderguigui	
76. Ngaro Ndomayo	Responsable PEV	DRS Mandoul	66375585
77. Dr Ongram Kouleta II	Délégué	DRS Mandoul	66474147
78. Kossingar Nahum	Gestionnaire	DRS Mandoul	66371435
79. Mbaiadoum Luc	Chef d'Antenne	DRS Mandoul	66371262

80. Dr Allamine Har.	MCD	District de Koumra	66281781
81. Djimadoumadji Béhorngar	Secrétaire Général	ARDMET*	
82. Remadji Mbotaïngar	Trésorière	ARDMET	66521810
83. Ngueitomadji Amos	Secrétaire Général Adjoint	ARDMET	99516135
84. Ngarbaye Emile	Commissaire aux comptes	ARDMET	66750147 / 95054986
85. Sindidibaye Daniel	Conseiller	ARDMET	63017110
86. Ndikinon Toldet Albertine	Conseillère Adjointe	ARDMET	66456400
87. Makadjibaye Julbert	Conseiller	ARDMET	66828670
88. Madallah Aimée	Commissaire aux comptes	ARDMET	63508216
89. Djimtoïngar Amos	Membre	ARDMET	66190686
90. Allarabaye Tamidabaye	Commissaire aux comptes	ARDMET	63834332
91. Djimtébaya Doumiguinan	Membre	ARDMET	66483566
92. Klahotom Ngarbaye	Membre	ARDMET	63843085
93. Luc	Président	Association KORETETE	
94. SOLKAM Nadjialdy Désirée	Coordonnatrice	APDI	66365458/ 99622669
95. HONROS Mamrabaye	Formateur	APDI	66439535 / 99742112
96. MBANAKIL NDoubo	Formatrice	APDI	66478001 / 99622437
97. MADJINGAYE Charlotte	Gestionnaire	APDI	63929930/ 99617832
98. DJIMINGAR Marthe	Accoucheuse traditionnelle	Centre santé Moussafoyo	63349879
99. MADJADOUM Domtin	Tradipraticien, Chef de village	Bessa II	66747470
100. NAHOMIE Domtin	Accoucheuse traditionnelle	Bessa II	
101. Dr MADJADOUMGUE Ngarmbatan	Médecin Chef	District sanitaire de Danamadji	66225311
102. DIMANCHE Nodjial	Chef des zones de responsabilités	District sanitaire de Danamadji	66360830
103. Dr Yam-madji Aliace Djitaingar	Délégué sanitaire	DSR Moyen Chari	66286043

Annexe 15: Discours du Directeur Résident, Monsieur Jean-Robert Moret

Bilan prospectif des programmes dans le domaine de la santé

de la Coopération suisse au Tchad

Jean-Robert Moret, Directeur résident

12.10.2010

Madame la Ministre de la santé,

Mesdames, Messieurs les représentants des partenaires de la santé,

Mesdames et Messieurs, chers invités.

C'est avec un réel plaisir que je vous adresse la bienvenue à cet atelier de Bilan prospectif de nos activités dans le domaine de la santé au Tchad.

Vous le savez, la Coopération suisse est présente depuis de nombreuses années au Tchad. En particulier dans le domaine de la santé. Elle y a acquis une longue expérience de terrain, à travers des approches diversifiées et complémentaires. Sa première intervention dans le cadre de la santé publique date de 1970, avec la prise en charge de structures sanitaires dans le Moyen Chari et le Chari Bariguimi.

Plusieurs institutions suisses ont participé par la suite à la mise en œuvre de programmes de santé de la Suisse au Tchad : l'Institut Tropical Suisse de Bâle, la Croix Rouge Suisse et les ONG Swissaid et Caritas.

Par la suite, le programme a effectué une mue tchadienne, avec la collaboration établie dès 1996 avec le Bureau d'appui Santé Environnement (BASE), qui a œuvré dans différentes régions du pays, en appui aux districts sanitaires.

Puis plus récemment avec la mise en place de sept Programmes de développement régionaux, les ex PDR, devenus sept ONG de droit tchadien et reconnues d'utilité publique, depuis 2010, qui conduisent des actions en faveur de la prévention de la

santé et de la formation, en faveur des accoucheuses traditionnelles et les comités de gestion de la santé.

Le programme s'est également ouvert à la problématique des tradipraticiens et, plus récemment, à la prévention des grossesses à risques dans la région du Kanem et aux mutuelles de santé dans le sud du pays.

Après une évaluation globale de l'ensemble de nos activités de développement conduite en 2007, un bilan du secteur de l'éducation de base en 2008, nous avons décidé de focaliser cette année notre attention sur le secteur de la santé.

Au Tchad, vous le savez mieux que tous, la situation dans le domaine de la santé est toujours préoccupante, voire alarmante : taux élevés de mortalité maternelle et infantile, malnutrition sévère et chronique ainsi que le lot des maladies épidémiques et endémiques comme le paludisme, les infections respiratoires, la tuberculose, les MST/VIH/SIDA et les diarrhées qui touchent les communautés les plus vulnérables du Tchad et particulièrement les femmes et les enfants.

Devant ce tableau, quelles actions entreprendre ? Que soutenir en priorité ? Que pouvons-nous réaliser afin de contribuer durablement à l'amélioration de la qualité de la santé publique au Tchad ?

Pour répondre à ces questions, nous avons demandé à nos évaluateurs d'accorder une attention toute particulière à sept dimensions spécifiques :

1. l'évaluation de la pertinence des actions de la Coopération suisse au Tchad en matière de santé ;
2. le renforcement des capacités de nos partenaires dans le domaine de la santé préventive – en particulier l'information et la communication – ainsi que dans la santé curative ;
3. le rôle et les responsabilités des hommes et des femmes dans la gestion de la santé familiale et communautaire ;
4. l'implication des communautés dans la gestion et le financement des structures de santé ;

5. les liens entre la médecine traditionnelle et moderne ;
6. les mécanismes de collaboration entre les différents acteurs pour faciliter l'accès aux soins de santé des populations sédentaires et nomades ;
7. le renforcement du dialogue politique dans le secteur de la santé au Tchad .

Ils sont aujourd'hui parmi nous, de retour de leur mission sur le terrain et de leurs entrevues dans les ministères et auprès des partenaires de la santé. Il s'agit d'une équipe mixte, belgo burkinabé tchadienne, mandatée pour nous présenter et partager ses recommandations et des pistes pour l'avenir.

Vous avez été invités pour réagir, pour amender et pour enrichir le travail amorcé. Nous vous remercions d'ores et déjà d'avoir répondu à notre invitation. Et vous souhaitons un excellent atelier.

Je vous remercie

Annexe 16: Présentation PowerPoint de la restitution finale du Bilan Prospectif Santé à N'Djamena

BILAN PROSPECTIF SANTE DDC

(Restitution)
12-10-2010
N'Djamena

Résultats évaluation BASE. Discussion

Contexte Initial

- Insuffisance des ressources humaines en santé (Qualité et Quantité) (voir Bilan Prospectif)
- Action dans le district de Biltine uniquement (au lieu de 3 districts; pas Guereda ni Iriba)
- Faiblesse des Services de Santé de l'Etat
- Démarrage tardif (insécurité)
- Mortalité maternelle et infantile très élevée

Agenda

- Résultats évaluation BASE. Discussion
- Présentation des auto-évaluation des ex-PDR et discussion
- Présentation des deux nouveaux et récents projets. Discussion
- Bilan Prospectif. Propositions. Discussion

Programme du Base

Evaluation Externe
(Eléments principaux)

Contexte (suite)

- Stratégie APS 1978
- Initiative de « recouvrement des coûts » de Bamako
- Stratégie nationale (MDG, PRS, PNS 2007-2010)
- Stratégie de la DDC (de proximité, valorisation des savoir locaux, équité)

Alignement sur les politiques nationales

- Tout à fait réel, facteur de soutenabilité

Dans ce contexte, le Base a surtout servi:

- pour agiliser et rendre plus fonctionnels certains services de l'Etat (CS)
- Il a joué un rôle important dans le district (AT et réduction de la Mortalité maternelle)

Principaux axes développés

■ 1°Appui au Fonctionnement des Services de Santé

- Régional (-)
- District (-)
- Centres de Santé (+++): recouvrement (participation) des coûts
- Appui prévention
 - CPE
 - CPN
 - Vaccinations

Principaux axes (2)

■ 2°L'organisation communautaire

- Les Cosan et Coges (+++)
- Les relais communautaires (-)

Principaux axes 3

■ Savoir locaux

- Accoucheuses Traditionnelles (+++)
- Les tradipraticiens (-)

Principaux axes: 4

■ Développement des changements des CAP (déterminants de la santé)

- Sida (films)
- Hygiène(-)
- Eau(-)
- Nutrition (+)
- Environnement (-) avec la mairie, les écoles, les autres secteurs

Principaux axes (5)

■ Le suivi

- Des AT, des relais communautaires,...
- Des Cosan et des Coges
- Des CS

Résumé de l'efficacité

- Faire plus et mieux, oui, mais moyens limités:
 - budget (+/- 10%) pour niveau communautaire
 - RH propres peu motivées en fin de Projet
 - +/- 3% pour formations

Choix de la mise en œuvre

- Communauté organisée
- Proximité
- ONG comme partenaire
- De manière coordonnée avec partenaires



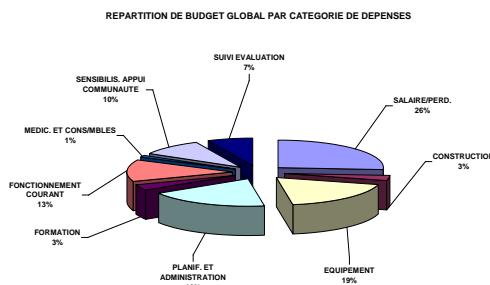
Pertinence des Objectifs et Résultats

- Adéquation avec le contexte:
 - Selon axe considéré
 - Selon moment

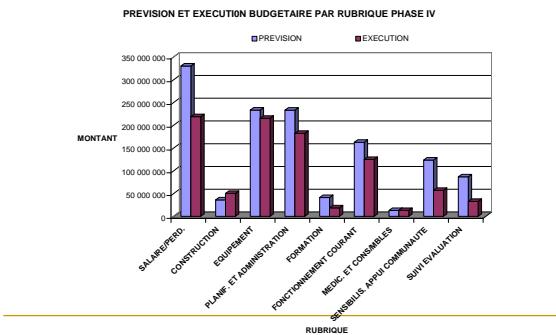
Soutenabilité

- Implication du MSP structures et stratégies
- Intersectorialité (faible)
- Participation des communautés (forte)
- Appropriation
- Coordination
- (Déclaration de Paris)

Efficience



Efficience (suite)



Recommandations

Futur immédiat

- Annonce et préparation de la fin de Phase V
- Renforcer la gestion des Coges
- Assurer et faire connaître les axes porteurs
- Accroître le nombre et la qualité des AT
- Accroître progressivement la participation des Femmes au processus de décision (règles internes)

Recommendations

A plus long terme

- Développer des mécanismes de promotion de la santé avec tous les déterminants
- Contribuer de manière plus systématique et rationnelle à la constitution du SIS
- Assurer la maintenance des équipements fournis
- Etudes CAP

FFOM

Forces

- Stratégie éprouvée d'encadrement et de suivi des Accoucheuses dans le cadre de la stratégie de diminution de Mort. maternelle Traditionnelles et de COSAN/COGES,
- Capacité de formation en gestion des Centres de santé et autres niveaux opérationnels
- Pratique des mécanismes de « recouvrement des coûts »
- Adaptabilité à d'autres milieux/régions

FFOM

Faiblesses

- Stratégique incomplète dans les approches de thèmes de santé (Hy, environnement, eau)
- Visibilité /Valorisation limitée de publication de résultats remarquables réalisés par le BASE.
- Substitution aux rôles des districts dans les supervisions
- Manque d'information et de préparation des « Services de santé » et Associations de la fin de la Phase V du BASE,
- Vision d'autonomie peu apparente.
- Insuffisance de clarté dans le partage des responsabilités entre les communautés et le personnel de santé dans la gestion des ressources.

FFOM (suite)

MENACES

- Financement incertain par les Partenaires Financiers.
- Compétition avec d'autres ONG's
- Substitution (imposée par les circonstances) du rôle des services de santé de l'Etat
- Peu de synergie entre le BASE et autres ONG's
- Faible représentativité des femmes dans les instances de décision
- Insécurité et contexte régional (réfugiés, ONG humanitaire,)
- Absence de politique de maintenance

FFOM (suite)

■ ATOUTS

- **Contexte politique favorable (déconcentration, décentralisation)**
- **Existence de Politique Nationale de Santé qui encadre et légitime toute action future**
- **Existence de Plan Stratégique du Développement des Ressources Humaines**
- **Faiblesse de structure d'encadrement de l'Etat**
- **Expérience acquise en termes de Recouvrement des coûts et auprès des AT.**

Remarques

■ Constat:

- Les changements CAP, et des determinants pour la santé individuelle et collective, sont dépendant des facteurs culturels et nécessitent la prise en compte:
 - Du facteur temps.
 - Des lois autant que de l'éducation
 - Un engagement politique permanent

SYNTHESE DES AUTOEVALUATIONS DES EX PDR

Plan de présentation

- Introduction
- Méthodologie de travail
- Limites du travail
- Principaux résultats
- Recommandations
- Conclusions

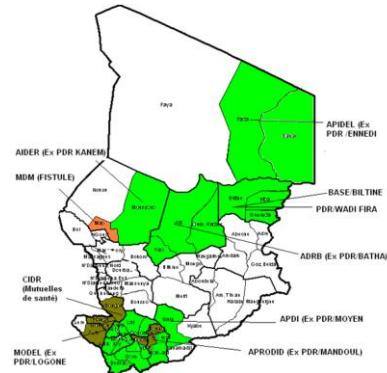
28

Introduction

- Historique intervention coopération suisse au Tchad
- Axes prioritaires
- Vision en santé
- Equipes projets 1999, autonomie en 2010 et rebaptisées
- Autoévaluation selon TDR

29

Localisation des interventions de la DDC



Méthodologie de travail

- Revue documentaire
- Autoévaluation par membres équipes des ex-PDR sur base aide mémoire
- Entretiens individuels et de groupes avec des bénéficiaires

31

Limites du travail

- Questionnaire élaboré par consultants
- Equipes des PDR (4/7) en restructuration
- Chargés du domaine santé absents ou démissionnaires
- Interférences avec activités du BuCo
- Limites imputables au processus d'autoévaluation

32

PRINCIPAUX RESULTATS

33

34

Durabilité

1/2

- Participation des bénéficiaires
- Coordination et complémentarité avec d'autres partenaires de développement local
- Recherche d'autofinancement
- Transparence dans la gestion et rationalisation des ressources
- Participation des femmes
- Partenariat avec les services de santé

35

Durabilité

2/2

- Durabilité à construire
 - Bénéficiaires
 - ONG
- Facteurs limitants
 - Problème de « suivi »
 - Turn-over élevé des responsables sanitaires
 - Insuffisance de l'appropriation par services de santé
 - Pas d'autonomie financière

36

Efficience

- Budget alloué permet réalisation activités planifiées
- Rationalisation des ressources existantes
 - Coût moyen AT : 48125 FCFA à 90000 FCFA inférieur à d'autres intervenants
 - Réalisation d'activités à moindre coût (CSCOM)
- Nécessité intégration

37

Efficacité

2/2

- Services des AT fortement utilisés
- Amélioration des pratiques des tradipraticiens
- Début de collaboration entre les 2 systèmes
- Réseau des tradipraticiens dont fonctionnalité à améliorer
- Adoption par les populations de comportements favorables à la santé
- Insuffisances : suivi, appropriation, kit, motivation

39

Efficacité

1/2

Bilan global des réalisations

Désignation	Niveau atteint
Taux réalisation physique	73%
Formation accoucheuses traditionnelles	686
Suivi accoucheuses traditionnelles	89
Identification tradipraticiens	378
Formation pairs éducateurs	7
Formation secouristes	37

38

Bonnes pratiques

- Composition de chansons en langues locales pour l'IEC en santé
- Approche contractuelle pour le suivi des accoucheuses traditionnelles
- La « pharmacie du paysan »
- Le réseau de tradipraticiens

Autonomie des ex PDR

- Tributaire d'un seul partenaire financier
- Capacité autofinancement insuffisant
- Autonomisation dans les « starting blocks »
 - Contrat engagé pour 1PDR
 - Approches pour d'autres
- Nécessité renforcement compétences (AFC)
- Crédibilité à reconstruire
- Départ d'une partie du personnel

41

Centres polyvalents de formation

- Potentialités
 - Productions végétale et animale
 - Infrastructures d'accueil
 - Ressources propres
- Transfert patrimoine non encore effectif
- Enclavement / éloignement des centres urbains
- Nécessité démarche « marketing » pour valorisation

42

Facteurs de succès

- Engagement et motivation équipes
- Approche participative acceptée par les bénéficiaires
- Développement de la polyvalence au sein des équipes
- Disponibilité des ressources financières
- Contexte sociopolitique favorable
- Disposition services de santé à la collaboration

43

Facteurs d'échec

- Insuffisance système suivi-évaluation et capitalisation des expériences fructueuses
- Absence indicateurs de résultats
- Autonomisation insuffisamment préparée
- Indisponibilité certains acteurs
- Sécurité
- Turn over très élevé des responsables sanitaires
- Appropriation insuffisante par services de santé

44

Recommandations

Gestion ONG :

- Améliorer gestion interne
- Renforcer autonomie
- Améliorer fonctionnalité des CPF (démarche marketing, prestations intellectuelles...)

45

Recommandations

Domaine santé :

- « Professionnaliser » formation AT
- Renforcer fonctionnalité réseau tradipraticiens
- Développer pharmacopée traditionnelle améliorée
- Développer actions vers COSAN/COGES
- Promotion de la santé (IEC, latrinisation...)

46

Recommandations

Programme santé:

- Identifier indicateurs pertinents de résultats
 - proportion accouchements effectués par les AT
 - % AT disposants de kits parmi celles formées depuis plus de 6 mois
 - % références effectuées par les AT
 - % références effectuées par les TP
 - % «médicaments traditionnels améliorés» par rapport aux recettes jugées efficaces
 - % COSAN formés menant sensibilisations

47

Conclusions

- Interventions des ex-PDR niveau communauté et non services de santé
- Pallient insuffisance présence Etat
- Consolidation des acquis avec « professionnalisme »
- Valoriser potentiel existant

48

Présentation des deux nouveaux et récents projets

- Mutuelles de Santé
- Santé maternelle (MdM)

49

1. Mutuelles de Santé

- Début du Programme en 2010, durée 3 années
- Signature de protocoles et d'accords
- Contrat du personnel et point focal

Risques

- Vastes étendues de territoire considérées vrs. moyens disponibles
- Fonctionnement préalable satisfaisant des CS
- Prise en charge des indigents par l'ensemble des mutuellistes.
- Extension de la couverture aux « maladies catastrophiques ».
- Absence d'homologue national
- Cadre logique inadapté

Atouts

- Engagement de la DDC
- Engagement politique: (on cite les mutuelles de santé dans le document de stratégies)
- Constitution de réseaux de mutuelles et donc
 - Réassurance
 - Extension des risques couverts
 - Plaidoyer national

2. Santé maternelle (MdM)

- Région du Kanem (MAO)
- Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale et contre la morbidité liée aux fistules obstétricales
- Financement de 3 années qui devrait aboutir en juin-juillet 2012 totalisant 611000 € ; ce financement représente 40% du financement total

Atouts

- Restructuration de toute la chaîne de services depuis CS , la référence et l'hôpital de Mao.
- Appui d'une aide Psycho-sociale
- Analyse de situation préliminaire
- Contribution d'autres bailleurs
- Formation par chirurgiens expatriés
- Sensibilisation par animateurs nationaux(4)

Risques

- RH: 12 personnes engagées par le Programme
- Médecin formé n'est plus disponible

Direction du Développement et de la Coopération (DDC)
Bureau de Coopération Suisse au Tchad (BUCO Tchad)

BILAN PROSPECTIF SANTÉ AU TCHAD

Analyse prospective des activités du programme santé DDC au Tchad
Pistes possibles

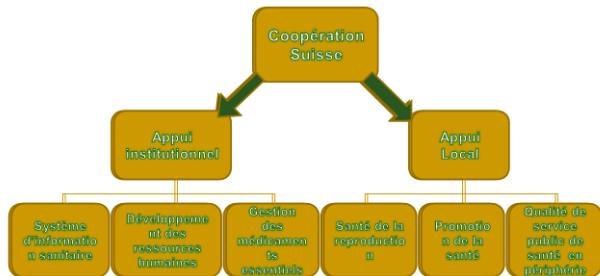
1. Contexte de l'analyse

La présente analyse prospective tient compte d'un certain nombre d'éléments à savoir :

1. Difficulté de l'Etat à satisfaire l'ensemble des besoins de la population eu égard aux multiples défis (sécuritaire, développement, ...);
2. Principes et stratégies de la coopération suisse ;
3. Existence et domaines d'intervention des partenaires;
4. Politique Nationale de Santé et PNDS
5. Leçons apprises

En s'appuyant sur les réalisations antérieures de la coopération suisse et les expériences des ex PDR sur le terrain, deux (2) principaux axes d'interventions sont préconisés pour les années à venir

Principaux axes de la Coopération Suisse pour les prochaines années



Axes d'intervention

- Pour chaque axe, 3 critères sont importants à considérer:
 1. la faisabilité,
 2. l'importance
 3. l'utilité
- Le premier axe permettra à la coopération suisse de participer plus activement au dialogue politique avec les autres partenaires, d'assurer sa participation dans le débat sur la santé et de contribuer à une meilleure organisation des services publics
- Le second garantit l'engagement vis-à-vis de la communauté et les personnes.

Appui Institutionnel

- Un accent particulier doit être mis sur 3 volets: le développement des ressources humaines, le système d'information sanitaire et la gestion des médicaments essentiels;

Au sujet du développement des ressources humaines, l'appui devra permettre d'intervenir dans le domaine de la formation du personnel, de la motivation de celui-ci, la rétention, sa répartition spatiale, dans le respect des grandes stratégies développées dans le plan national de développement des ressources humaines du Ministère de la Santé (Suivi du Plan National).

Appui Institutionnel

- Le Système d'information sanitaire, comme outil d'aide à la décision et au « suivi&évaluation» est un des domaines clés afin de garantir une production des données fiables et disponibles à temps, de les analyser et de les diffuser et de les utiliser. Cela passe encore une fois par un renforcement des capacités logistiques et humaines des services en charge des statistiques sanitaires du pays.

Appui Institutionnel

- Une autre piste de réflexion non de moindre se rapport à l'aspect gestion des médicaments essentiels.
- La Centrale Pharmaceutique d'Achat est confrontée à de constantes difficultés notamment la rupture de certaines molécules essentielles, l'approvisionnement régulier et la distribution des médicaments aux formations sanitaires, facteurs indispensables à l'accroissement de l'utilisation des services de soins de qualité.

Appui Local

1. Qualité des services publics de santé périphériques (1)

- Extension de l'expérience du BASE (Recouvrement des coûts) au Wadi Fira avec la formation des COGES et COSAN pour la gestion des ressources. Cette stratégie a permis à tous les centres de santé de disposer d'un fonds qui permette de renouveler le stock de médicaments sans difficultés majeures, de motiver le personnel , de réhabiliter certaines infrastructures et donc d'améliorer l'accès aux populations à des services de santé de qualité

1. Qualité des services de santé périphérique (2)

Une bonne gestion financière des formations sanitaires est une étape indispensable pouvant contribuer à jeter les bases du développement des mutuelles de santé

Une partie du recouvrement des coûts pourrait servir à :

- La motivation du personnel
- Le renouvellement des trousseaux des AT
- L'améliorer des soins curatifs et préventifs
- Le développement des mutuelles de santé

2. Promotion de la santé(1)

Dans ses trois composantes (changements de comportements individuels, organisation et responsabilisation communautaires, promotion des services publics de qualité) cette Promotion de la Santé pourrait utiliser les « Centres de Formation Polyvalents », voir ex-PDR, pour réaliser des séances de formation sur les déterminants de la santé, et pour sensibiliser la population notamment (mécanismes IEC):

- Nutrition,
- Accès et la protection de l'Eau propre
- Assainissement du milieu
- Hygiène
- Genre et développement d'un développement équitable

2. Promotion de la santé (2)

Cette action est dirigée vers les attitudes, les connaissances et les pratiques des populations pour garantir le bien-être et l'état de santé de celles-ci. Utilisation de l'IEC

Le développement de technologies appropriées fera partie également de cet axe de travail.

Le développement des mutuelles de santé qui pourrait s'appuyer sur le mécanisme de l'extension de services de qualité

3. Santé de la reproduction

-Ratio de mortalité maternelle de 1099 pour 100 000 NV (2004), (Résultats évaluation BASE) et un ratio sage femme/femme en âge de procréer est de plus de 10. 000,

3. Santé de la reproduction

- Le développement de cet axe implique en plus la formation des AT, du système de référence et de contre référence, la capacité de résolution des problèmes par les hôpitaux de district (césariennes).

3. Santé de la reproduction

Dans ce contexte, les accoucheuses traditionnelles contribuent très largement à faciliter le processus de l'accouchement et à les référer si nécessaires. La Coopération Suisse, à travers les Ex-PDR, et le BASE à organisé plusieurs formations à l'attention des AT , les a dotées en trousse de base et organisé le suivi.

Ce suivi rapproché et un renouvellement des trousse des AT contribue sans nul doute à réduire la morbidité et la mortalité maternelle.

Conclusion

La Coopération Suisse devrait orienter ses futures interventions en santé au Tchad vers une coopération de qualité qui combine un appui institutionnel avec une des 3 options de l'appui local décrit tout en limitant, par souci d'efficacité l'étendue géographique de son intervention

**Merci beaucoup
Choukran jazilan
et à bientôt**

Annexe 17: Liste des Participants à la Restitution à N'Djamena

Nom et prénoms	Fonction	Institution	Adresses
1. Dr Abdelmadjid Abderahim	Chargé de programme	Coopération Suisse	22517314
2. Etienne Jacques	CDM	MSF-CH	66661254
3. Yonatan SHIMEUS	Coordonnateur Admin	MDM	95552889
4. LITSCHGI Nicole	Chargée de programme	ONUSIDA	63660370
5. Aboubakar Sekou	Comptable	BASE	99291806
6. Yacoub Djonouma	Coordonnateur	BASE/Biltine	66263128
7. Dr Amina Inoua	Chargée de programme santé	BASE	66257397
8. Ali Yaya	Chargée de la santé	PDR Wadi Fira	66440002
9. Mahamat Khamis	Coordonnateur	APIDEL/Ennedi	66632277
10. Bessitbaye Nguewell-mbang	Formateur	PDR Mandoul	66352618
11. Daugla Doumagoum	Directeur	CSSI	66292758
12. Zakaria Adoum	Secrétaire exécutif	AIDER	66428100
13. Dabsou Guidaoussou	Consultant National	Coopération Suisse	66278216
14. Jean-Robert Moret	Directeur	Coopération Suisse	BuCo
15. Dr Dadjim Blagué	Directeur	DOSS/MSP	66345952
16. Harba Kamis	Coordonnateur	BCE/MSP	66222188
17. Natoïngar Néoumangar	Directeur Général	DGRP/MSP	66265863
18. Yaron Wolman	Santé et nutrition	UNCEF	66790112
19. Noser Verena	Chargée Santé	DDC/Berne	DDC
20. Dr Yonli Lamoudi	Consultant Régional	Coop. Suisse	
21. Vouloumso Balama	Directeur	DONG	66298719
22. Achta Yakité	Chargée de programme	UNFPA	66028993
23. Ngartel Naguerngar	Coordonnateur	APRODID	
24. Solkam Nadjialdy Désirée	Coordonnatrice	APDI/Moyen Chari	66365458
25. Dr Adandji André	Coordonnateur cluster santé	OMS	63200334
26. Djo Narimbaye	Chargée de programme	Coop. Suisse	66290796
27. Dr Jean-Marie Tromme	Consultant international	Coop. Suisse	
28. Mbanakil Ndoubo Olga	Formatrice	APDI/Moyen Chari	66478001
29. Ahmat Hassane Moussa	Coordonnateur	ADRB/Batha	66296031
30. Bana Baidioulleng	Consultant National	MSP	66274125
31. Mahamat Tahir Brémé	Responsable santé	ADRB	99541412
32. Mahamat Abdallah	Responsable santé	APIDEL	66329677

ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DES INITIATIVES DE DEVELOPPEMENT LOCAL

Noms et Prénoms	Fonctions	Institutions
Mahamat Khamis	Coordonnateur	APIDEL
Hissein Ali Koreï	Gestionnaire	APIDEL
Mahamat Galmaye Abdallah	Formateur	APIDEL
Issa Tahir Loroam	Co gestionnaire	APIDEL
Adoum Tahir Ali	Chef du centre	APIDEL
Maïdé Wardogou	Président	COSAN CS Kalaït
Issa Ibeda	Trésorier	COSAN
Mahamat Saleh	Membre	COSAN
Mbaramadjibeye Emma	Responsable	CS Kalaït
Timan Radir Baar	Infirmier breveté	CS CKalaït
Mevam Nakour	Matrone	CS CKalaït

ASSOCIATION DE DEVELOPPEMENT REGIONAL DU BATHA

Noms et Prénoms	Fonctions	Institutions
Dr Ali Soumaïne Baggar	Délégué Sanitaire	DSR/Batha
Ahmat Hassan Moussa	Coordonnateur	ADRB
Mahamat Tahir	Responsable santé	ADRB
Achta Mahamat Béchir	Animatrice/formatrice	ADRB
Al-Ass Moussa Adoum	Responsable Education	ADRB
Dassoukhi Senoussi	Formateur économie rurale	ADRB
Haoua Mahamat	Gestionnaire administratrice	ADRB
Ahmed Haroun Aguid	Responsable centre Amalaye	ADRB
Achta Bougaye	Responsable genre/formatrice	ADRB
Zam Zam Senoussi	Stagiaire	ADRB
Habib Adoum Hassan	Responsable Économie rurale	ADRB
Amtese Mahamat	Accoucheuse traditionnelle	Centre de santé ARADIB
Al Mahaba Encri	Accoucheuse traditionnelle	Centre de santé ARADIB
Al Bachir Houdone	Président COGES	Centre de santé ARADIB
Abdel Hadi Encri	Vice président COGES	Centre de santé ARADIB
Alamine Youssouf	Secrétaire COGES	Centre de santé ARADIB
Fadjadine Al Hour	Trésorier	Centre de santé ARADIB
Albachar Haroun	Commissaire aux comptes	Centre de santé ARADIB
Saleh Issa	Commissaire aux comptes	Centre de santé ARADIB
Lachiakbe Tim	Coordonnateurs Santé-Nutrition	ADRA
Ahmat Mahamat	Membre COSAN	Centre de santé ARADIB

ASSOCIATION D'APPUI AUX INITIATIVES DE DEVELOPPEMENT REGIONAL/BARH-EL-GAZEL

Noms et Prénoms	Fonctions	Institutions
Billi Nguena	Assistante de gestion	AIDR/BEG
Mahamat Ibrahim Djalal	Responsable Economie rurale	AIDR/BEG
Mahamat Abakar Mahamout	Responsable Education	AIDR/BEG
Mahamat Fadoul Hassan	Responsable Santé	AIDR/BEG
Dr TadjionPhilippe	Médecin chef de district	DS Moussoro
Assane Abakar	Chef des zones de responsabilité	DS Moussoro
Ali Abdoulaye	Président	Collectif associations/gpt
Mahamat Tidjani	Secrétaire général	Collectif associations/gpt
Mariam Allafi	Accoucheuse traditionnelle	ZR de Kam kalaga
Mariam Ousseïndo	Accoucheuse traditionnelle	ZR de Kamkalaga
Mariam Ali Brahim	Accoucheuse traditionnelle	ZR de Kamkalaga
Mahamat Saleh Ahmat	RCS	ZR de Kamkalaga

Annexe 18: Présentation PowerPoint de la restitution finale du Bilan Prospectif Santé à Berne



Principes Généraux

- Tenir compte du
 - Contexte: histoire et géographie (étendue et communication, passé récent)
 - Nature de la coopération suisse en santé
 - Interventions antérieures et actuelles
 - Intervention des partenaires

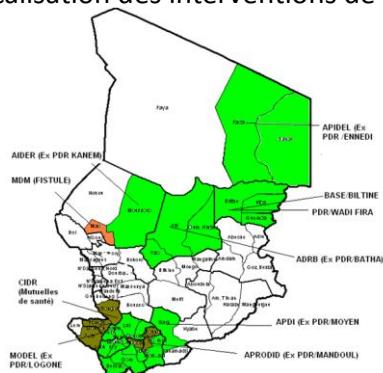
Fondements

- Elaboration à partir de ce qui a été réalisé, des leçons apprises, des succès et des échecs
- Interventions cohérentes
 - Mutuelles de Santé et Recouvrement des coûts
 - Thématisques (
 - ONG polyvalentes et ONG Santé
 - Grande dispersion géographique

Agenda

- Résultats évaluation BASE.
- Présentation des auto-évaluation des ex-PDR
- Présentation des deux nouveaux et récents projets.
- Bilan Prospectif. Propositions.
- Discussions

Localisation des interventions de la DDC



Contexte Initial

- Insuffisance des ressources humaines en santé (Qualité et Quantité) (voir Bilan Prospectif)
- Action du BASE dans le district de Biltine uniquement (au lieu de 3 districts; pas Guereda ni Iriba)
- Faiblesse des Services de Santé de l'Etat
- Démarrage tardif (insécurité)
- Mortalité maternelle et infantile très élevée

Contexte (suite)

- Stratégie APS 1978
- Initiative de « recouvrement des coûts » de Bamako
- Stratégie nationale (MDG, PRS, PNS 2007-2010)-10 axes prioritaires
- Stratégies de la DDC (de proximité, valorisation des savoir locaux, équité, interface)

Programme du Base

Evaluation Externe
(Eléments principaux)

BASE Alignment et rôle

- Alignement:
 - facteur de soutenabilité
 - Politique et stratégie nationale
- Rôles principaux:
 - agiliser et rendre plus fonctionnels certains services publics de l'Etat (CS)
 - contribution à la santé de la reproduction dans le district (AT) et à la réduction de la mortalité maternelle

Principaux axes développés

- 1°Appui au Fonctionnement des Services de Santé
 - Régional (-)
 - District (-)
 - Centres de Santé (+++): recouvrement (participation) des coûts
- Appui prévention
 - CPE
 - CPN
 - Vaccinations

Principaux axes (2)

- 2°L'organisation communautaire
 - Les Cosan et Coges (+++)
 - Les relais communautaires (-)
- 3°Savoirs locaux
 - Accoucheuses Traditionnelles (+++)
 - Les tradipraticiens (-)
- 4° Déterminants de la Santé et CAP
 - Sida (films)
 - Hygiène(-)
 - Eau(-)
 - Nutrition (+)
 - Environnement (-) : avec la mairie, les écoles, les autres secteurs
 - Education
- 5° Le suivi
 - Des AT, des relais communautaires,...
 - Des Cosan et des Coges
 - Des CS
 - Du niveau central vers périphérie (BASE et BUCO)

l'efficacité

- Faire plus et mieux, oui, mais moyens limités:
 - budget :
 - +/- 10% pour niveau communautaire
 - +/- 3% pour formations
 - RH propres ,peu motivées, mal suivies, en fin de Phase

Pertinence: Adéquation des Objectifs et Résultats

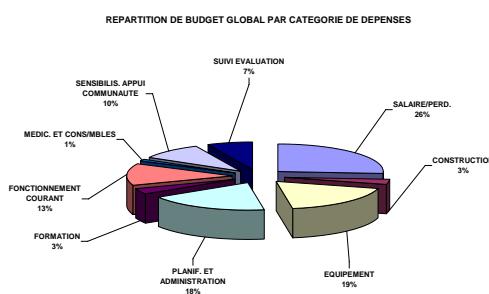
- Adéquation avec le contexte:
 - Selon axe considéré
 - Selon moment

Soutenabilité

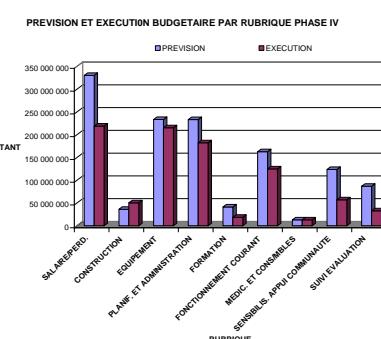
- Implication du MSP : structures et stratégies (-)
- Intersectorialité (faible)
- Participation des communautés (forte)
- Appropriation
- Coordination
- Selon Principes de la Déclaration de Paris



Efficiency



Efficiency (suite)



Recommandations

- Futur immédiat
 - Annonce et préparation de la fin de Phase V
 - Renforcer la gestion des Coges
 - Assurer et faire connaître les axes porteurs
 - Accroître le nombre et la qualité des AT
 - Accroître progressivement la participation des Femmes au processus de décision. (règles internes)

Recommandations

- A plus long terme
 - Développer des mécanismes de promotion de la santé avec tous les déterminants
 - Contribuer de manière plus systématique et rationnelle au renforcement du SIS
 - Assurer la maintenance des équipements fournis
 - Etudes CAP

Constat

Les changements CAP, et des déterminants de la santé individuelle et collective, sont dépendant des facteurs culturels et nécessitent la prise en compte:

Du facteur temps.
Des lois autant que de l'éducation
Un engagement politique permanent

SYNTHESE DES AUTOEVALUATIONS DES EX PDR

Limites de l'autoévaluation

- Aide mémoire et rapports élaborés par consultants
- Equipes des PDR (4/7) en restructuration
- Chargés du domaine santé absents ou démissionnaires (voir autonomisation)
- Interférences avec activités du BuCo
- Limites imputables au processus d'autoévaluation

Pertinence des approches des ex-PDR

- Approche participative basée sur santé préventive
- Actions de proximité : IEC, accoucheuses traditionnelles, tradipraticiens, relais communautaires
- Pertinence et adéquation avec politique nationale santé et contexte
- Adéquation avec les besoins des communautés

Durabilité 1/2

- Participation des bénéficiaires
- Coordination et complémentarité avec d'autres partenaires de développement local
- Recherche d'autofinancement
- Transparence dans la gestion et rationalisation des ressources
- Participation des femmes
- Partenariat avec les services de santé

25

Durabilité 2/2

- Durabilité à construire
 - Bénéficiaires
 - ONG
- Facteurs limitants
 - Problème de « suivi »
 - Turn-over élevé des responsables sanitaires
 - Insuffisance de l'appropriation par services de santé
 - Pas d'autonomie financière

26

Efficience

- Budget alloué permet réalisation activités planifiées
- Rationalisation des ressources existantes
 - Coût moyen AT : 48125 FCFA à 90000 FCFA inférieur à d'autres intervenants
 - Réalisation d'activités à moindre coût (CSCOM)
- Nécessité intégration

27

Efficacité 1/2
Bilan global des réalisations

Désignation	Niveau atteint
Taux réalisation physique	73%
Formation accoucheuses traditionnelles	686
Suivi accoucheuses traditionnelles	89
Identification tradipraticiens	378
Formation pairs éducateurs	7
Formation secouristes	37

28

Efficacité 2/2

- Services des AT fortement utilisés
- Amélioration des pratiques des tradipraticiens
- Début de collaboration entre les 2 systèmes
- Réseau des tradipraticiens dont fonctionnalité à améliorer
- Adoption par les populations de comportements favorables à la santé
- Insuffisances : suivi, appropriation, kit, motivation

29

Bonnes pratiques

- Composition de chansons en langues locales pour l'IEC en santé
- Approche contractuelle pour le suivi des accoucheuses traditionnelles
- La « pharmacie du paysan »
- Le réseau de tradipraticiens

Autonomie des ex PDR

- Tributaire d'un seul partenaire financier
- Capacité autofinancement insuffisant
- Autonomisation dans les « starting blocks »
 - Contrat engagé pour 1PDR
 - Approches pour d'autres
- Nécessité renforcement compétences (AFC)
- Crédibilité à reconstruire
- Départ d'une partie du personnel

31

Centres polyvalents de formation

- Potentialités
 - Productions végétale et animale
 - Infrastructures d'accueil
 - Ressources propres
- Transfert patrimoine non encore effectif
- Enclavement / éloignement des centres urbains
- Nécessité démarche « marketing » pour valorisation

32

Facteurs de succès

- Engagement et motivation équipes
- Approche participative acceptée par les bénéficiaires
- Développement de la polyvalence au sein des équipes
- Disponibilité des ressources financières
- Contexte sociopolitique favorable
- Disposition de certains services de santé à la collaboration

33

Facteurs d'échec

- Insuffisance système suivi-évaluation et capitalisation des expériences fructueuses
- Absence indicateurs de résultats
- Autonomisation insuffisamment préparée
- Indisponibilité certains acteurs
- Sécurité
- Turn over très élevé des responsables sanitaires
- Appropriation insuffisante par services de santé

34

Recommandations

Axe santé :

- « Professionnaliser » formation AT
- Renforcer fonctionnalité réseau tradipraticiens
- Développer pharmacopée traditionnelle
- Développer actions vers COSAN/COGES
- Promotion de la santé (IEC, latrinisation...)
- Activités génératrices de revenus: maintenance, technologies appropriées

35

Recommandations

- Identifier indicateurs pertinents de résultats
 - proportion accouchements effectués par les AT
 - % AT disposants de kits parmi celles formées depuis plus de 6 mois
 - % références effectuées par les AT
 - % références effectuées par les TP
 - % «médicaments traditionnels améliorés» par rapport aux recettes jugées efficaces
 - % COSAN formés menant sensibilisations
 - % Coges fonctionnels/ensemble des cuges CS

36

Présentation des deux nouveaux et récents projets

- Mutuelles de Santé (CIDR)
- Santé maternelle (MdM)

37

1. Mutuelles de Santé

- Début du Programme en 2010, durée 3 années
- Signature de protocoles et d'accords
- Contrat du personnel et point focal

Risques

- Vastes étendues de territoire considérées vrs. moyens disponibles
- Fonctionnement préalable satisfaisant des CS
- Prise en charge des indigents par l'ensemble des mutuellistes.
- Extension de la couverture aux « maladies catastrophiques ».
- Absence d'homologue national
- Cadre logique inadapté

Atouts

- Engagement de la DDC
- Engagement politique: (on cite les mutuelles de santé dans le document de stratégies)
- Constitution de réseaux de mutuelles et donc
 - Réassurance
 - Extension des risques couverts
 - Plaidoyer national

2. Santé maternelle (MdM)

- Région du Kanem (MAO)
- Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale et contre la morbidité liée aux fistules obstétricales
- Financement de 3 années qui devrait aboutir en juin-juillet 2012 totalisant 611000 € ; ce financement représente 40% du financement total

Atouts

- Restructuration de toute la chaîne de services depuis CS , la référence et l'hôpital de Mao.
- Appui d'une aide Psycho-sociale
- Analyse de situation préliminaire
- Contribution d'autres bailleurs
- Formation par chirurgiens expatriés
- Sensibilisation par animateurs nationaux(4)

Risques

Direction du Développement et de la Coopération (DDC)
Bureau de Coopération Suisse au Tchad (BUCO Tchad)

- RH: 12 personnes engagées par le Programme
 - Difficultés de désengagement
 - soutenabilité
- Médecin formé n'est plus disponible

BILAN PROSPECTIF SANTÉ AU TCHAD

Analyse prospective des activités du programme santé DDC au Tchad
Pistes possibles

1. Contexte de l'analyse

La présente analyse prospective tient compte d'un certain nombre d'éléments à savoir :

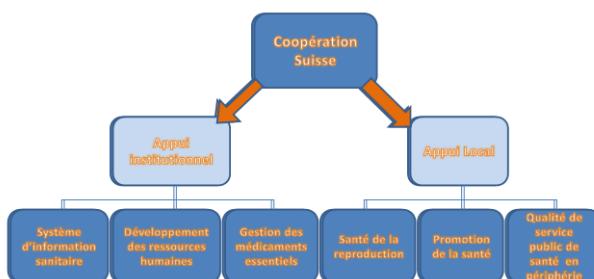
1. Difficulté de l'Etat à satisfaire l'ensemble des besoins de la population eu égard aux multiples défis (sécuritaire, développement, ...);
2. Principes et stratégies de la coopération suisse ;
3. Existence et domaines d'intervention des partenaires;
4. Politique Nationale de Santé et PNDS
5. Leçons apprises; échecs et succès

En s'appuyant sur les réalisations antérieures de la coopération suisse et les expériences des ex PDR sur le terrain, deux (2) principaux axes d'interventions sont préconisés pour les années à venir

Approches: évolution

- Approche par programmes verticaux, privilégiant la lutte contre les grands fléaux. Cette approche a fait place à une approche plus systémique
- Gratuité des soins de santé et « Santé pour tous ». Il apparaît cependant que la gratuité des soins est largement formelle et surtout, qu'il n'existe pas de mécanismes permettant de protéger l'accès des pauvres aux soins
- Contribution financière des usagers et « recouvrement des coûts » (il faudrait plutôt parler de « partage des coûts ») qui ne saurait à elle seule constituer une formule permettant les systèmes de santé de fonctionner et de garantir à tous, un accès à des soins de santé, de qualité et fournit avec équité.
- Approfondissement de l'analyse des relations entre santé et développement (problématique de la santé dans la lutte contre la pauvreté). Développement des mécanismes assuranciels et « empowerment » des populations.
- Appui Sectoriel (Sector Wide Approach ou SWApp) soutien financier direct au trésor public ou plus spécifiquement, au Ministère de la Santé.
- Approche respectant la « Déclaration de Paris », actuellement développée dans cette proposition ancrée sur deux niveaux d'intervention

Principaux axes de la Coopération Suisse pour les prochaines années



- Pour chaque axe, quelques critères sont importants à considérer:
 1. la faisabilité,
 2. l'importance et l'utilité
 3. la coordination
 4. les risques
 5. les indicateurs possibles ou recommandés)

- Deux niveaux d'intervention en relation:
 - A.T. niveau central qui développe des activités au niveau central et qui s'alimente et qui suit le développement des activités locales .Importance de développer des TdR précis et techniques pour cet AT
 - Une ou plusieurs interventions locales
- Le premier axe permettra à la coopération suisse de participer plus activement au dialogue politique avec les autres partenaires , d'assurer sa participation dans le débat sur la santé et de contribuer à une meilleure organisation des services publics. Pertinence de l'intervention
- Le second garantit l'engagement vis-à-vis de la communauté et les personnes.

49

Appui Institutionnel

Développement des ressources humaines:

- Nb de médecins actifs:307; +/- 20 nouveaux médecins par an (v. Tableau)
- Formation du personnel, de la motivation de celui-ci, la rétention, sa répartition spatiale, des plans de carrière, de promotion
- Basket Fund
- Suivi du Plan National Stratégique National de développement des ressources

Appui Institutionnel

- Le Système d'information sanitaire, comme outil d'aide à la décision et au « suivi&évaluation» afin de garantir
 - une production des données fiables et disponibles à temps, capacité de les analyser, de les diffuser et de les utiliser.
 - renforcement des capacités logistiques et humaines des services en charge des statistiques sanitaires du pays.

Appui Institutionnel

- Gestion des médicaments essentiels (Accessibilité, disponibilité)
- Planification stratégique, mapping des interventions
- Suivi; supervision intégrée
- Recherches opérationnelles
- + **Accompagnement des domaines d'activités locales**

Appui local

- Même localisation que « Ex-PDR »
- Usage des « Centre de Formation Polyvalents »
- Renforcement des Coges et des Cosan

Appui local

1. Qualité des services publics de santé périphériques

- Extension de l'expérience du BASE (Recouvrement des coûts) au Wadi Fira avec la formation des COGES et COSAN pour la gestion des ressources.

Une bonne gestion financière des formations sanitaires est une étape indispensable pouvant contribuer à jeter les bases du développement des mutuelles de santé

Une partie des fonds devrait également servir à :

- La motivation du personnel
- Le renouvellement des trousse des AT
- L'améliorer des soins curatifs et préventifs
- Le développement des mutuelles de santé

•

2. Promotion de la santé(1)

Dans ses trois composantes (changements de comportements individuels, organisation et responsabilisation communautaires, promotion des services publics de qualité), cette Promotion de la Santé pourrait utiliser les « Centres de Formation Polyvalents », voir ex-PDR, pour réaliser les formations sur les déterminants de la santé, et pour sensibiliser la population et groupes organisés(mécanismes IEC):

- Nutrition,
- Accès et la protection de l'Eau propre
- Assainissement du milieu
- Hygiène
- Genre et développement équitable

Promotion de la Santé

- Cette action est dirigée vers les attitudes, les connaissances et les pratiques des populations afin de garantir le bien-être et l'état de santé de celles-ci.
- Le développement de technologies appropriées.

3. Santé de la reproduction

- Formation, suivi rapproché matériel de base des AT contribuent sans nul doute à réduire la morbidité et la mortalité maternelle.
- Ratio de mortalité maternelle de 1099 pour 100 000 NV (2004), (Résultats évaluation BASE) et un ratio sage femme/femme en âge de procréer est de plus de 10. 000
- Le développement de cet axe implique en plus la formation des AT, du système de référence et de contre référence, la capacité de résolution des problèmes par les hôpitaux de district (césariennes).

Conclusions

- La Coopération Suisse devrait orienter ses futures interventions en santé au Tchad vers une coopération de qualité qui combine un appui institutionnel de coordination technique avec une des 3 options de l'appui local décrit tout en limitant, par souci d'efficacité, l'étendue géographique de son intervention aux zones déjà entreprises par la DDC
- Les maîtres mots: qualité, professionnalisme, pérennité

Annexe 19: Les déterminants de la santé

L'état de santé d'un individu et d'une collectivité est influencé par la combinaison de plusieurs facteurs ; l'hérédité (la biologie humaine), l'environnement physique et social dans lequel les gens vivent, le mode de vie et l'organisation des soins de santé.

Or, il faut savoir que l'affectation actuelle des dépenses de santé ainsi que les ressources financières, humaines et matérielles qu'on y consacre ne sont pas en relation avec l'ordre d'importance qu'ont ces quatre facteurs dans la contribution potentielle à la réduction de la mortalité. Aux Etats-Unis, par exemple, des études portant sur les dépenses en soins de santé et l'influence des facteurs ayant un impact majeur sur celle-ci démontrent que 90% des dépenses sont affectées au système de soins même si celui-ci contribue à réduire seulement 11% de la morbidité. A l'opposé, seulement 1.5% des budgets sont attribués au facteur " style de vie ", malgré le fait que sa contribution potentielle à la réduction de la morbidité se situe à 43%. Ces données sont superposables à celles des autres pays

La santé dépend en fait de quatre facteurs :

L'hérédité : Personne ne reçoit les mêmes qualités à la naissance et de plus, tout être vivant réagit différemment aux processus de vieillissement. On attribue à ce facteur 16% (Latouche R., 1995) d'incidence sur la santé d'un individu.

L'environnement : L'environnement joue également un rôle sur la santé de l'être humain. Il suffit de penser au milieu dans lequel nous évoluons (degré de pollution de l'air, de l'eau, du sol et toutes autres formes d'agressions nuisibles à la santé comme le bruit), mais aussi à l'influence du milieu relationnel (niveau de vie, de bien-être, relation positive avec l'entourage,...). 21 % d'incidence sont attribués à ce facteur (Genver, G.E.A., 1976).

Le mode de vie : Le mode de vie reprend la façon dont l'homme mange, boit, fume, utilise les médicaments, ses habitudes quant à la pratique d'activité physique et sportive,... On considère que ce facteur joue un rôle pour plus de 50 % sur la santé de l'être humain.

Le système de sécurité sociale : On entend par système de sécurité sociale l'intervention du médecin, l'inspection médicale scolaire, les vaccinations préventives et les soins de santé. La " sécu ", quant à elle, aurait une incidence de 10% sur la santé. Une étude américaine a conclu qu'elle permettait de réduire la morbidité de 11% (Genver, G.E.A., 1976).

Dans le cadre de l'action de la DDC au Tchad, une intervention plus décidée des ONG devrait être élaborée en terme de promotion de la santé et faisant appel à l'IEC. Elle devrait porter prioritairement sur les thèmes suivants :

- La nutrition : utilisation qualitative des aliments locaux
- L'eau : sa qualité et sa disponibilité
- L'hygiène, personnelle et collective
- L'éducation des enfants et des jeunes
- La promotion du rôle de la femme et d'un contexte familial équilibré
- La qualité de l'air et de l'environnement