



Evaluation du projet « Réduction de la mortalité maternelle et néonatale ainsi que de la morbidité liée à la fistule obstétricale au Kanem »

Tchad

Avril 2012

Evaluation du projet « Réduction de la mortalité maternelle et néonatale ainsi que de la morbidité liée à la fistule obstétricale au Kanem »

Tchad

Equipe de consultants :
Yves Lafort (Consultant international)
Martine Yoyammel (Consultant national)
Zénaba Daoussa (Consultant national)

Table de matière

| | |
|--|-----|
| Table de matière | ii |
| Liste des tableaux..... | iii |
| Liste des graphiques..... | iii |
| Remerciements | iv |
| Liste des abréviations et acronymes | v |
| Résumé..... | vi |
| 1 Introduction..... | 1 |
| 1.1 Les problèmes de santé maternelle et néonatale au Tchad, y inclus la fistule obstétricale, et la réponse nationale..... | 1 |
| 1.1.1 La santé maternelle et néonatale au Tchad..... | 1 |
| 1.1.2 La réponse nationale..... | 1 |
| 1.2 Le Projet « Réduction de la mortalité maternelle et néonatale ainsi que de la morbidité liée à la fistule obstétricale dans le Kanem »..... | 2 |
| 1.3 Objectifs et contexte de l'évaluation | 2 |
| 1.4 Organisation et méthodologie de l'évaluation | 3 |
| 1.5 Limites de l'évaluation | 3 |
| 2 Résultats Principaux..... | 3 |
| 2.1 Pertinence du projet et des thèmes choisis..... | 3 |
| 2.1.1 Pertinence du choix des thèmes et de la zone d'intervention..... | 3 |
| 2.1.2 Alignement avec les politiques nationales..... | 4 |
| 2.2 Mécanismes de la mise en œuvre du projet..... | 4 |
| 2.2.1 Organisation et gestion du projet | 4 |
| 2.2.2 Mécanismes de planification, de suivi et évaluation | 5 |
| 2.2.3 Mécanismes de coordination avec les parties prenantes et appréciation du projet par les parties prenantes..... | 5 |
| 2.3 Bilan des réalisations physiques par résultat attendu | 6 |
| 2.4 Effets et impacts du projet..... | 10 |
| 2.4.1 Résultat attendu 1 : Le suivi des femmes enceintes, la prise en charge des accouchements et des nouveau-nés sont améliorés..... | 10 |
| 2.4.2 Résultat attendu 2 : La prise en charge globale des femmes diagnostiquées souffrant de fistule obstétricale est améliorée..... | 11 |
| 2.4.3 Résultat attendu 3 : Des actions et des initiatives qui ont comme objectif une pérennisation du projet sont identifiées et mises en place..... | 12 |
| 2.5 Pérennité des activités | 12 |
| 2.6 Les aspects genre | 13 |
| 3 Conclusions et Recommandations | 13 |

| | | |
|--|---|----|
| 3.1 | Conclusions..... | 13 |
| 3.1.1 | Forces et acquis du projet | 13 |
| 3.1.2 | Faiblesses du projet..... | 14 |
| 3.2 | Recommandations..... | 14 |
| ANNEXES..... | | 17 |
| Annexe 1. Termes de Référence | | 17 |
| Annexe 2. Liste des personnes rencontrées..... | | 23 |
| Annexe 3. Documents consultés | | 24 |
| Annexe 4. Programme de la mission | | 25 |
| Annexe 5. Présentation de la restitution | | 26 |
| Annexe 6. Bilan détaillé des réalisations physiques par résultat attendu | | 43 |
| 1. | Résultat attendu 1 : Le suivi des femmes enceintes, la prise en charge des accouchements et des nouveau-nés sont améliorés | 43 |
| 2. | Résultat attendu 2 : La prise en charge globale des femmes diagnostiquées souffrant de fistule obstétricale est améliorée..... | 47 |
| 3. | Résultat attendu 3 : Des actions et des initiatives qui ont comme objectif une pérennisation du projet sont identifiées et mises en place | 49 |
| Annexe 7. Graphiques d'évolution d'indicateurs..... | | 50 |
| Annexe 8. Recommandations spécifiques | | 53 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1 - BILAN DES REALISATIONS DES ACTIVITES..... | 7 |
| Tableau 2 - BILAN DES REALISATIONS DES ACTIVITES DE SENSIBILISATION COMMUNAUTAIRE | 43 |
| Tableau 3 - BILAN DES REALISATIONS DES ACTIVITES DE FORMATIONS DES AT | 44 |
| Tableau 4 - BILAN DES REALISATIONS DES ACTIVITES DE PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES FEMMES SOUFFRANT DE FISTULE OBSTETRICALE | 48 |

LISTE DES GRAPHIQUES

| | |
|---|----|
| Graphique 1: TAUX DE CPN1 MENSUEL AU LONG DU PROJET | 50 |
| Graphique 2: TAUX DE CPN3+ MENSUEL AU LONG DU PROJET | 50 |
| Graphique 3: TAUX D'ACCOUchements ASSISTES AUX CENTRES DE SANTE | 51 |
| Graphique 4: NOMBRE D'ACCOUchements ET CESARIENNES A L'HOPITAL..... | 51 |
| Graphique 5: TAUX DE CONSULTATIONS POSTNATALES AUX CENTRES DE SANTE | 52 |

REMERCIEMENTS

L'équipe d'évaluation tient à remercier très sincèrement toute l'équipe de Médecins du Monde à Mao et à N'Djamena, le Bureau de Coopération de la Direction du Développement et de la Coopération suisse à N'Djamena et l'ensemble des Partenaires Techniques et Financiers pour leur disponibilité et l'appui qu'ils ont apporté à la mission. Cette mission n'aurait pas été possible sans cet appui et cette disponibilité. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

Nos remerciements vont également au personnel de santé et aux populations bénéficiaires rencontrés dans les structures sanitaires et villages visités qui ont bien voulu recevoir la mission et lui apporter leur contribution au travail d'évaluation.

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

| | |
|--------|---|
| AT | Accoucheuse traditionnelle |
| ATS | Agent technique de santé |
| BEF | Bien-être familial |
| CERF | « Central Emergency Response Fund » (Fonds central d'intervention d'urgence) |
| COGES | Comité de gestion |
| COSAN | Comité de santé |
| CPN | Consultations prénatales |
| CPoN | Consultations postnatales |
| CS | Centre de santé |
| DS | District sanitaire |
| DRS | Délégation régionale de la santé |
| DSRV | Direction de la santé de la reproduction et de la vaccination |
| EDST | Enquête démographique et de santé au Tchad |
| FO | Fistule obstétricale |
| IDE | Infirmier diplômé d'état |
| MCD | Médecin-chef de district |
| MCH | Médecin-chef de l'hôpital |
| MdM | Médecins du monde |
| MICS | « Multiple Indicator Cluster Survey » (Enquête à grappes à indicateurs multiples) |
| MSP | Ministère de la santé publique |
| NV | Naissances vivantes |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| PNDS | Plan national de développement sanitaire |
| PNUD | Programme des nations unies pour le développement |
| RCS | Responsable de centre de santé |
| SIS | Système d'information sanitaire |
| SONUC | Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet |
| UNFPA | Fonds des Nations Unies pour la population |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |
| ZR | Zone de responsabilité |

RESUME

Introduction

Depuis Juin 2009 l'organisation non-gouvernementale française Médecins du Monde (MdM) exécute un projet qui vise à améliorer l'accès aux soins de qualité pour les femmes enceintes et les nouveau-nés ainsi que pour les femmes souffrant de fistules obstétricales à l'hôpital de Mao et dans 15 centres de santé (CS) de la région du Kanem au Tchad, et ceci pour une période de 3 ans. En 2012, la Coopération suisse, un des bailleurs de fonds du projet, a confié à une équipe comprenant un consultant international, recruté à travers le bureau d'études « Health Research for Action » (HERA), et deux consultantes nationales, l'évaluation de la première phase du projet pour apprécier les résultats atteints et pour fournir un input au processus de décision de la future collaboration entre la Coopération suisse et MdM.

Principaux constats

Points forts du projet

- Les thèmes choisis par le projet, c'est à dire la santé maternelle et néonatale dans leur globalité et la fistule obstétricale comme élément spécifique, sont très **pertinents** dans le contexte du Tchad, un pays qui est confronté à des taux de mortalité et de morbidité maternelles et néonatales parmi les plus élevés dans le monde et identifiées par le Ministère de la santé publique comme prioritaires. Le choix de la région du Kanem, une région avec des défis géographiques et socioculturels importants, est également approprié.
- MdM est une organisation bien structurée et la **gestion du projet** est globalement bonne. Le projet est exécuté par une équipe de personnes expatriées et locales très qualifiées et motivées.
- La **mise en œuvre des activités** est généralement bonne. La plupart des activités sont exécutées comme prévu et sont de bonne qualité. Le nombre de personnes atteintes dépasse souvent les cibles identifiées. Certaines activités n'ont pas été réalisées mais toujours à cause de raisons claires et justifiées, par exemple parce que l'activité planifiée n'était plus pertinente ou impossible à réaliser.
- Les activités menées ont eu **certaines résultats encourageants**, tels que l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux au niveau des 15 CS appuyés et de l'hôpital par la formation et les appuis en matériels, l'augmentation des consultations prénatales et de bien-être familial, et du nombre de femmes référées à l'hôpital, ainsi que la prise en charge d'une manière effective d'un nombre important de femmes souffrant de fistule obstétricale.
- MdM a fait un grand effort pour **impliquer les autorités et les leaders d'opinion locaux** dans le projet, y compris les autorités traditionnelles et religieuses.
- MdM applique une approche qui essaie de développer **des systèmes qui soient à la fois efficaces et pérennes** et qui évite une substitution au rôle des services de santé publique.

Points faibles du projet

- **Certains aspects de la gestion du projet** peuvent être améliorés, tel que l'utilisation de plans opérationnels budgétisés, l'installation d'une structure de pilotage, des rapports globaux de dépenses, et surtout l'aspect suivi et évaluation. Le choix des indicateurs et cibles n'était pas toujours adéquat et les données recueillies ne permettent pas toujours l'interprétation correcte des résultats obtenus.
- Le projet a été **trop optimiste dans certaines cibles** à atteindre. Il a sous-estimé la durée nécessaire pour changer les perceptions et le comportement et pour assurer un minimum de soins aux CS, ainsi que pour

les problèmes de transport. Certains résultats attendus, tel qu'une augmentation importante du nombre d'accouchements au CS, d'accouchements compliqués à l'hôpital et de soins postnataux, n'ont donc pas été réalisés.

- Un des résultats attendus vers la fin du projet était que les leçons apprises pourraient déjà être capitalisées et que certaines activités pourraient être répliquées ailleurs. **La durée du projet** était beaucoup trop courte pour permettre un impact substantiel et constituer un modèle à répliquer.
- Bien que MdM ait fait de grands efforts pour éviter la substitution et développer des systèmes durables, il était impossible d'atteindre des résultats sur un court terme sans entrer dans certain degré de substitution. Certaines activités, telles que l'appui en médicaments et consommables, le paiement de salaire d'une sage-femme et la prise en charge des fistules, ne sont actuellement pas pérennes. Les ressources extrêmement limités au niveau du système de santé national ne permettent pas de garantir **la durabilité de ces activités à court terme**.
- Les instances de gestions communautaires (COSAN/COGES) ne sont pas suffisamment développés ou présents dans tous les 15 CS ce qui limite la logique de cofinancement et de cogestions des ressources

Recommandations

Il est recommandé que:

- *MdM et la Coopération suisse continuent leur appui à plus longue durée, avec un certain degré de substitution temporaire.*
Le projet a sous-estimé la complexité et le temps nécessaire pour engranger des résultats durables, ainsi que les capacités très limitées du système de santé national. Pour avoir un impact réel sur la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales, y inclus une réduction de l'incidence de la fistule obstétricale, un projet de longue durée est nécessaire. De plus, le système national de santé n'a pas encore actuellement les capacités requises pour assurer un minimum de soins de santé maternelle et néonatale. De ce fait un certain degré de substitution est inévitable.
- *un mécanisme de suivi global du projet soit installé par les parties prenantes.*
Il est recommandé qu'un mécanisme soit établi pour le suivi et l'évaluation périodique du projet par les acteurs impliqués, c'est-à-dire les différents bailleurs de fonds qui financent le projet, les responsables du système de santé au niveau national et régional, et les bénéficiaires.
- *la composante suivi et évaluation soit améliorée.*
MdM devrait recueillir plus d'informations et conduire plus d'analyses, sans surcharger le personnel de santé (donc en utilisant le personnel de MdM), par exemple en analysant les données disponibles dans les différents registres des structures sanitaires et en menant certaines études ou enquêtes d'envergure limitée.
- *certaines activités soient encore améliorées.*
Bien que la qualité des activités observées soit généralement très bonne, certaines améliorations sont à envisager, telles que par exemple ajouter certaines composantes à la formation des accoucheuses traditionnelles, renforcer la supervision des AT, installer une maison d'attente pour les femmes dont la grossesse est à haut risque, et renforcer le suivi des femmes opérées de la fistule obstétricale.
- *l'implication des autorités locales soit continuée et le lien avec le système de santé national soit renforcé.*
MdM fait déjà de grands efforts pour coordonner ses activités avec la Direction régionale de santé et les Districts sanitaires, mais il est encore souhaitable de plus les appuyer dans la planification et la coordination de toutes les activités de santé maternelle et néonatale de la région. Au niveau national, le lien avec la Direction de la santé de la reproduction et de la vaccination (DSRV) pourrait être davantage renforcé.
- *la deuxième phase du projet soit appuyée par la Coopération Suisse.*

La durée de trois ans a été trop courte pour atteindre des résultats substantiels et durables. Le projet a initié des activités qui nécessitent d'être poursuivies pour atteindre les résultats attendus et arrêter le projet dans cette phase mettrait les acquis déjà atteints en danger.

- *le plaidoyer pour et l'appui au renforcement général du système de santé national par la Coopération suisse soit continué et renforcé.*

La Coopération suisse joue déjà un rôle important dans l'appui au secteur santé dans le pays. Cependant, le système de santé tchadien reçoit encore très peu de moyens, tant du côté du Gouvernement que du côté de l'aide internationale, et un plaidoyer pour l'augmentation continue des ressources est incontournable. Tant que le système national n'est pas renforcé dans toute son étendue, l'amélioration durable de la santé maternelle et néonatale reste une illusion.

1 INTRODUCTION

1.1 Les problèmes de santé maternelle et néonatale au Tchad, y inclus la fistule obstétricale, et la réponse nationale

1.1.1 La santé maternelle et néonatale au Tchad

Le Tchad est un pays où la situation sanitaire est une des plus précaires dans le monde. Le pays se situait en 2011 à la 183^{ième} place sur 187 pays selon le classement de l'indice de développement humain¹. Les résultats des deux dernières Enquêtes Démographique et de Santé au Tchad (EDST) ont relevé les taux de mortalité maternelle à 827 pour 100 000 naissances vivantes (NV) en 1996/1997 et à 1099/100 000 NV en 2004. Selon les estimations faites par l'UNFPA, l'UNICEF et la Banque Mondiale, cet indicateur était estimé en 2008 à 1200 décès pour 100 000 NV. Ce taux est considéré comme extrêmement élevé et est égalé ou dépassé par seulement deux autres pays dans le monde, notamment la Somalie et l'Afghanistan². Le taux de mortalité néonatale est estimé à 39 pour 1 000 NV (EDST 2004), un taux qui figure également parmi les plus élevés dans le monde.

Ces taux élevés sont principalement le résultat d'une combinaison de grossesses précoces et multiples avec une très basse utilisation des services de santé maternelle et néonatale. L'enquête à grappes à indicateurs multiples (MICS) réalisée en 2010 montre que la prévalence contraceptive demeure extrêmement basse (1,6%), que la proportion de femmes qui accouchent à un âge précoce est très élevé, et que la couverture en consultations prénatales (CPN) et en accouchements assistés par du personnel qualifié est très basse (respectivement 53% et 14%), ainsi que le taux d'accouchements par césarienne (1,5%). Une autre conséquence de la faible utilisation des services de santé maternelle est l'incidence élevée de fistules obstétricales qui résultent d'accouchements compliqués et prolongés.

1.1.2 La réponse nationale

Le système de santé au Tchad est pyramidal avec trois niveaux de responsabilité et d'activités : le niveau central, le niveau intermédiaire (régional) et le niveau périphérique. Le premier échelon de l'offre de soins est le Centre de Santé (CS) qui prescrit un paquet minimum d'activités préventives, curatives et promotionnelles et qui couvre une Zone de responsabilité (ZR). Les soins au CS sont souvent dispensés par une seule personne, soit un Infirmier Diplômé Etat (IDE) au un Agent Technique de Santé (ATS). Le deuxième échelon est la Délégation Sanitaire Régionale (DSR) qui couvre les Districts sanitaires (DS) offrant un paquet complémentaire d'activités et l'hôpital régional de référence. Il est chargé de la coordination de la mise en œuvre de la politique de santé et apporte un appui technique au niveau périphérique. Le niveau central est le troisième niveau : il comprend l'administration centrale et a pour rôle essentiel la conception et l'orientation de la politique sanitaire du pays.

Le Ministère de la santé publique (MSP) du Tchad a développé une Politique Nationale de Santé, 2007-2015 et un Plan national de développement sanitaire (PNDS) qui spécifie les objectifs, les orientations stratégiques et les activités à mener pour la période 2009-2012. La prise en charge de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est un des défis principaux de ce plan. De plus, une Feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile a été élaborée pour la période 2009-2015, incluant un plan opérationnel. Un Pré-pacte a été signé en 2011 entre le Gouvernement du Tchad et ses partenaires du secteur de la santé en vue «

¹ PNUD, 2012. Rapport sur le développement humain 2011.

² OMS, 2011. Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008. Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale.

d'assurer à la population l'accès aux services de santé de base de qualité pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité, afin de contribuer à l'atteinte des OMD à l'horizon 2015 ». Les partenaires principaux sont l'Union européenne, la France, les Etats Unis, la Banque mondiale, la Banque africaine de développement, la Coopération suisse et les organismes des Nations Unies tels que le PNUD, le FNUAP, l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF.

En ce qui concerne la lutte contre les fistules obstétricales, le Gouvernement tchadien a élaboré une première stratégie nationale et un programme national de lutte contre la survenue des fistules obstétricales en 2003. Cette stratégie a été revue après 5 ans, résultant dans la stratégie nationale de lutte contre les fistules obstétricales au Tchad pour la période 2008 – 2012. Cette stratégie est appuyée par l'UNFPA à travers son projet d'appui au MSP pour l'élimination de la fistule.

Le système de santé tchadien est confronté à plusieurs contraintes, dont l'insuffisance en ressources humaines est une des plus alarmantes. Selon la Direction des Ressources Humaines le ratio population/personnel de santé était, en 2009, de 1 médecin pour 32 120 habitants, 1 Infirmier Diplômé d'Etat pour 14 987 habitants et 1 sage- femme pour 10 578 femmes en âge de procréer, des statistiques qui se situent en dessous des normes préconisées par l'OMS. En outre, 50,6% des sages-femmes et 56,9% des médecins exerçaient à N'Djamena qui ne représente pourtant que 8,8% de la population totale du pays.

1.2 Le Projet « Réduction de la mortalité maternelle et néonatale ainsi que de la morbidité liée à la fistule obstétricale dans le Kanem »

En 2009, l'organisation non-gouvernementale française Médecins du Monde a fait une proposition d'intervention à 3 partenaires techniques et financiers, notamment l'UNICEF, l'UNFPA et la Coopération suisse, pour un projet de réduction de la mortalité maternelle et néonatale ainsi que de la morbidité liée à la fistule obstétricale dans la région du Kanem, au nord-ouest du Tchad. La contribution de la Coopération suisse est la plus importante, représentant 45% du budget global du projet.

L'objectif du projet est de *contribuer à réduire, sur une période de trois ans, la morbi-mortalité maternelle et néonatale dans la région du Kanem au Tchad et notamment la prévalence des fistules obstétricales, et ceci en garantissant un accès aux soins de qualité pour les femmes enceintes et les nouveau-nés ainsi que pour les femmes souffrant de fistules obstétricales.*

L'objectif est réalisé à travers trois résultats attendus :

1. Le suivi des femmes enceintes, la prise en charge des accouchements et des nouveau-nés sont améliorés dans les 15 zones de responsabilité (ZR) soutenues ;
2. La prise en charge globale (chirurgicale et sociale) des femmes diagnostiquées souffrant de fistule obstétricale est améliorée dans la région du Kanem ; et
3. Des actions et des initiatives qui ont comme objectif une pérennisation du projet sont identifiées et mises en place en coordination avec les autorités sanitaires locales.

1.3 Objectifs et contexte de l'évaluation

L'objectif de l'évaluation, tel que spécifié dans les termes de référence (voir annexe 1), était d'apprécier les résultats atteints à la fin de la première phase du projet, qui se termine fin juin 2012, et de fournir un input au processus de décision de la future collaboration entre la Coopération suisse et l'ONG Médecins du Monde (MdM) pour le futur immédiat et à moyen terme.

Les aspects du projet à analyser comprennent (i) la pertinence, (ii) la durabilité des approches choisies et la pérennité, (iii) les aspects genre, (iv) l'efficacité des activités menées, (v) le niveau d'atteinte des résultats attendus, (vi) les modalités de mise en œuvre du projet, (vii) la perception des parties prenantes, (viii) le niveau d'alignement du projet avec les politiques nationales, et (ix) la capitalisation des « leçons apprises ».

1.4 Organisation et méthodologie de l'évaluation

Le Bureau de la Coopération suisse au Tchad a recruté une équipe de trois consultants. Un consultant international a été recruté à travers le bureau d'études « Health Research for Action » (HERA) en Belgique, et deux consultantes nationales ont été recrutées au Tchad. L'équipe est complémentaire en expériences et expertises et combine la connaissance du terrain avec une vision internationale.

La méthodologie de l'évaluation est axée sur trois composantes : (1) la revue de tous les différents documents relatifs au projet et aux politiques nationales, (2) les entretiens individuels avec des informateurs clés, et (3) les visites sur le terrain, avec l'observation directe des activités et les entretiens individuels ou de groupes avec les bénéficiaires du projet. Les listes des documents consultés et des personnes rencontrées sont présentées en annexe 2 et 3.

La mission a démarré le 9 avril par un briefing au Bureau de la Coopération suisse au Tchad puis par un entretien avec la coordinatrice de MdM au niveau de N'Djamena et enfin par la revue de la documentation reçue. Le 10 avril l'équipe s'est rendue à Mao dans la région du Kanem et pendant les quatre jours suivants les consultants ont observé les activités sur le terrain et discuté le projet avec les responsables de MdM. Le 15 avril l'équipe est retournée à N'Djamena et le 16 avril elle a rencontré les parties prenantes au niveau de N'Djamena. Le 17 avril, l'équipe de l'évaluation a échangé sur leur travail afin de présenter les résultats et recommandations provisoires issus de ladite évaluation au Bureau de la Coopération suisse en présence des parties prenantes. Le calendrier de la mission est présenté en annexe 4.

1.5 Limites de l'évaluation

L'équipe a réussi à réaliser la mission comme prévu et a rencontré les informateurs clés les plus importants et observé un nombre importants d'activités, bien que les représentants du District sanitaire étaient absents lors de la mission. Cependant, la durée de la mission n'a pas permis d'analyser en profondeur tous les aspects du projet. L'équipe s'est concentrée sur l'appréciation de la mise en œuvre des activités et les atteintes des résultats attendus, et moins sur des aspects tels que la gestion administrative et financière du projet. Une analyse des coûts – efficacité n'était pas possible à cause du manque de documentation financière qui ne permettait pas d'effectuer une synthèse globale des financements par activité ou ligne budgétaire, et par source de financement. L'appréciation des résultats atteints a été limitée par le manque de données comme expliqué dans les points 2.2.2 et 2.3 ci-dessous.

2 RESULTATS PRINCIPAUX

2.1 Pertinence du projet et des thèmes choisis

2.1.1 Pertinence du choix des thèmes et de la zone d'intervention

Les thèmes choisis par le projet, c'est à dire la santé maternelle et néonatale et la fistule obstétricale, sont sans aucun doute des thèmes très pertinents au Tchad. Les indicateurs sanitaires relatifs à la

santé maternelle et néonatale sont parmi les plus alarmants au monde, comme résumé dans le point 1.1.1 ci-dessus.

Le choix de la région du Kanem est également pertinent. La situation géographique et socioculturelle du Kanem, avec une dispersion de la population en villages de petite taille, souvent à une grande distance d'une structure sanitaire, et des coutumes traditionnelles telles que le mariage précoce, le grand nombre de grossesses et la recherche de soins tardive, résulte dans des indicateurs de santé maternelle et néonatale et d'utilisation de services encore au-dessous de la moyenne nationale, comme mesurés dans la dernière EDST en 2004. En ce qui concerne la fistule, le pays ne dispose pas de statistiques détaillées mais une étude réalisée en 2006 a démontré qu'environ 10% des fistules traitées à N'Djamena et à Abéché concernaient des patientes provenant du Kanem, ce qui indique une prévalence élevée.

Le projet a choisi de ne pas couvrir la région du Kanem dans sa totalité, mais de limiter l'intervention, avec une approche graduelle, à l'hôpital de Mao et à 15 CS (et leur ZR) répartis dans deux des quatre districts sanitaires de la région : les DS de Mao et Mondo. La justification est que le projet ne dispose pas de moyens suffisants pour couvrir la région entière. Selon les données démographiques officielles, la population totale des 15 ZR couvertes est de 138 264 habitants, ce qui correspond à peu près à un tiers de la population totale de la région. Les autorités régionales auraient préféré que le projet couvre l'entièreté de la région, mais l'équipe d'évaluation comprend les arguments de MdM et estime que le choix de limiter l'intervention à une zone plus réduite est justifié.

2.1.2 Alignement avec les politiques nationales

L'insuffisance de la surveillance de la grossesse, le faible pourcentage d'accouchements assistés et la prise en charge inadéquate des accouchements compliqués ont été identifiés comme des problèmes prioritaires dans le PNDS 2009-2012. C'est pour cette raison qu'une feuille de route nationale a été développée spécifiquement pour réduire les problèmes de santé maternelle, néonatale et infantile. La fistule obstétricale figure elle aussi parmi les problèmes de santé maternelle prioritaires et une stratégie spécifique de lutte contre ce problème a été élaborée. Le projet MdM s'inscrit parfaitement dans ces stratégies.

2.2 Mécanismes de la mise en œuvre du projet

2.2.1 Organisation et gestion du projet

MdM utilise une structure organisationnelle « triptyque » avec une coordinatrice nationale au niveau de N'Djamena, un responsable de desk au niveau du siège en France et un responsable mission qui est une personne ressource bénévole également basée en France. La coordinatrice nationale assure le relais avec les autorités et programmes nationaux, la coordination du projet avec les parties prenantes au niveau national et le bon déroulement général du projet. Le responsable de desk supervise la gestion administrative du projet et le responsable mission, qui est gynécologue, accompagne le contenu technique et en assure la bonne qualité. Il visite le projet régulièrement. La coordination quotidienne sur le terrain est assurée par un coordinateur « site » à Mao. Cette structure a démontré son efficacité dans plusieurs projets de MdM.

Sur le terrain, à Mao, MdM a déployé une large équipe composée de 3 personnes expatriées (le coordinateur site, une sage-femme et une logisticienne) et 14 tchadiens : un assistant administrateur, un assistant logistique, 2 sages-femmes, 4 animateurs communautaires, 2 animateurs psycho-sociaux et 4 chauffeurs. L'équipe d'évaluation a apprécié le bon fonctionnement

et la grande motivation de cette équipe, et a apprécié le fait que Mdm ait réussi à recruter des personnes qualifiées et motivées pour toute la durée du projet comme un acquis majeur.

2.2.2 Mécanismes de planification, de suivi et évaluation

Les sources de financement du projet sont multiples. La Coopération suisse et l'UNICEF assurent le financement de la plupart des activités, l'UNFPA finance la majorité des activités liées à la composante fistule obstétricale et des fonds propres Mdm sont utilisés pour une grande partie des coûts de support, tel que les salaires du personnel et le fonctionnement des bureaux. De plus, Mdm a obtenu des fonds supplémentaires du Fonds central d'intervention d'urgence (CERF) des Nations Unies.

Une proposition d'intervention a été élaborée dans laquelle les objectifs, résultats attendus et activités du projet sont décrits, et qui présente des indicateurs, un chronogramme et les ressources nécessaires pour la durée totale du projet, ainsi qu'un budget détaillé pour la première année. Le projet n'a pas développé de plans opérationnels (annuels) pour la suite du projet, ni de budgets détaillés pour les années suivantes ou par source de financement. Néanmoins, les activités sur le terrain semblent être bien planifiées et exécutées, et l'absence de ces outils de planification ne semble pas affecter l'efficacité du projet.

Le progrès réalisé est présenté dans des rapports d'activités spécifiques à chaque bailleur de fonds. La périodicité est différente par bailleur, trimestrielle pour l'UNICEF, l'UNFPA et le CERF, annuelle pour la Coopération suisse. Ces rapports présentent les activités menées et les résultats atteints d'une manière très détaillée. Cependant, aucun des bailleurs n'a demandé à avoir un comité de pilotage et il n'est pas clair comment le suivi du projet est coordonné par les partenaires. L'absence de rapports financiers, qui résument les dépenses par bailleur, a empêché l'évaluation du coût du projet.

Pour le suivi et l'évaluation du projet, certains indicateurs ont été définis dans la proposition d'intervention. Cependant, certains de ces indicateurs n'étaient pas adéquats et d'autres pas mesurables. Mdm a redéfini certains indicateurs en cours du projet, mais en général le choix et la formulation d'indicateurs n'étaient pas toujours optimaux. Par exemple, il était prévu d'utiliser le taux de CPN1 (cible 60%) pour mesurer l'augmentation de la fréquentation des consultations prénatales, alors que ce taux était déjà très élevé ; un autre indicateur, le pourcentage de femmes ayant une complication obstétricale traitée à l'hôpital (cible 100%), n'est pas mesurable si on utilise les systèmes de collecte de données actuels.

Le projet a choisi de ne pas introduire de systèmes de collecte de données supplémentaires pour ne pas surcharger le personnel de santé. Tous les indicateurs utilisés sont basés sur les rapports mensuels d'activités (RMA) du MSP. Bien que l'équipe d'évaluation apprécie cette préoccupation de ne pas surcharger le personnel, la conséquence de cette approche est que le projet dispose de peu de données pour évaluer les effets atteints et documenter les leçons apprises. Vu le rôle de projet pilote, il est important que les résultats atteints soient clairement démontrés. Il existe des possibilités de recueillir des informations supplémentaires sans surcharger le personnel de santé, par exemple en utilisant le personnel Mdm pour analyser les registres des CS ou pour effectuer des enquêtes auprès des bénéficiaires (voire section 'recommandations').

2.2.3 Mécanismes de coordination avec les parties prenantes et appréciation du projet par les parties prenantes

L'approche de Mdm est de s'intégrer le plus possible dans les systèmes de santé nationaux et l'équipe d'évaluation a noté la volonté de Mdm de participer aux mécanismes existants de

coordination au niveau national et régional. Cependant l'insuffisance de ressources humaines au niveau régional fait que ces mécanismes ne fonctionnent pas toujours de manière optimale. L'irrégularité des réunions de coordination et l'accent important sur les problèmes nutritionnels ont été mentionnés comme facteurs limitant la bonne coordination. Un des défis est la bonne coordination avec le projet FOSAP qui exécute des activités dans le même domaine mais utilisant une approche différente, par des équipes mobiles. Le consensus obtenu, à savoir que le projet FOSAP couvre des CS qui ne sont pas couverts par MDM et qui sont plus éloignés, est apprécié comme une bonne solution à court terme, mais à long terme il sera nécessaire que la région développe une stratégie globale et plus cohérente pour l'offre de soins de santé maternelle et néonatale.

Bien que la collaboration entre MDM et les autorités de santé de la région et du district soit généralement bonne et que l'appréciation du projet par le délégué régional de la santé soit très positive, une différence de vision sur le rôle du projet a été notée. MDM voit le projet principalement comme un projet pilote qui explore des mécanismes et des approches pour améliorer l'accès aux soins de santé maternelle et néonatale sans entrer dans une substitution au système national. La Délégation régionale de la santé, confrontée aux problèmes énormes d'insuffisance de ressources, voit le rôle du projet plutôt comme un projet qui comble les vides du système national. Cette différence de vision est parfois la cause de certaines tensions. Ainsi le Délégué régional de la santé aurait, par exemple, préféré que MDM couvre la totalité des deux districts et les services de santé maternelle et infantile dans son intégralité, et que MDM donne des appuis supplémentaires en ressources humaines.

Au niveau des CS, MDM a essayé d'impliquer le plus possible les comités de gestion (COGES) et les comités sanitaires (COSAN) des zones de responsabilité. Cependant, aucune des zones appuyées n'a un COSAN et dans la majorité des zones le COGES n'est pas fonctionnel ou fonctionne avec difficultés. Les raisons principales invoquées sont l'absence d'une rémunération pour les membres du COGES et les problèmes de transport qui rendent difficile le recrutement de membres en dehors du village où le CS est localisé.

2.3 Bilan des réalisations physiques par résultat attendu

Le bilan des réalisations par résultat attendu et activité est résumé dans le tableau 1. Une description plus détaillée des réalisations est présentée en annexe 6.

L'appréciation globale des réalisations est bonne. La majorité des activités ont été menées comme prévu et certaines ont permis des réalisations au-delà des cibles identifiées. Certaines activités n'ont pas été réalisées mais toujours à cause de raisons claires et justifiées. Par exemple, parce que l'activité n'était plus pertinente ou parce qu'elle était impossible à réaliser pour des raisons non inhérentes au projet. Les activités observées étaient globalement de très bonne qualité, ainsi que les outils utilisés.

Tableau 1 - BILAN DES REALISATIONS DES ACTIVITES

| Activité | Cible | Réalisations | Appréciation |
|---|------------------------------------|---|--|
| <i>Résultat attendu 1 : Le suivi des femmes enceintes, la prise en charge des accouchements et des nouveau-nés sont améliorés</i> | | | |
| Sensibilisation des communautés villageoises | 1/trimestre/ ZR soutenues | 1048 séances aux villages avec 37 253 participants, dont 13 470 hommes et 23 783 femmes activités de sensibilisation dans la ville de Mao. | Le nombre de séances et personnes atteintes dépasse largement la cible. La qualité de la sensibilisation est bonne et les messages sont bien perçus. |
| Formation des accoucheuses traditionnelles | 15 AT formées et supervisées | 337 AT formées dans le module 1, 168 dans le module 2 et 189 dans le module 3. 163 AT qui ont participé à la session de révision. | Le nombre d'AT formées dépasse largement la cible. La méthodologie est de bonne qualité et adaptée au milieu culturel et les messages sont bien perçus. Les thèmes abordés sont pertinents, bien que certaines composantes nécessitent d'être renforcées. La supervision à long terme devrait être renforcée. |
| Formation et supervision des responsables de centre de santé | Former le personnel des 15 CS | Le personnel des 15 CS ont été formé par les sages-femmes MdM individuellement au CS à travers des visites de formation régulières. Des visites de supervision régulières sont faites. | La qualité de la formation parait bonne et les bénéficiaires sont satisfaits. L'équipe d'évaluation approuve le choix de former le personnel sur place (au lieu d'une formation en atelier) à cause de la meilleure efficacité et d'éviter de laisser le CS sans personnel. |
| Equiper des centres de santé en matériels et médicaments nécessaires pour le suivi des grossesses, les accouchements, et la prise en charge des nouveau-nés | Equiper les 15 CS soutenus | Les 15 CS ont été équipés avec les matériels, médicaments et consommables nécessaires. Dans les CS où c'était nécessaire, le projet a appuyé la construction d'une salle d'accouchement par la communauté à travers le COGES. | Les CS visités étaient suffisamment équipés, bien qu'un état des lieux effectué par MdM dans les 10 premiers CS appuyés quelques mois après l'appui montrait que la plupart de ces CS n'avaient plus le matériel complet et nécessitaient un nouvel appui. |
| Formation du personnel de santé de l'hôpital de Mao en SONUC | Tout le personnel soit formé | Tout le personnel de l'hôpital qui est impliqué dans les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets a été formé. L'organisation des SONUC a été améliorée, y compris le renforcement de l'utilisation du partogramme. Financement du salaire d'une sage-femme supplémentaire. | Les formations sont bien appréciées par les bénéficiaires. L'efficacité est limitée à cause du manque de personnel et de sa grande mobilité. La sage-femme supplémentaire a permis une amélioration importante des soins et est fortement appréciée par les parties prenantes. |
| Equiper de l'hôpital de Mao en matériels et médicaments | Equiper l'hôpital | L'hôpital est appuyé en matériel médical, consommables et médicaments nécessaires pour les SONUC. Les médicaments et consommables sont gérés par la | Bien que les médicaments pour les urgences obstétricales à l'hôpital doivent être fournis gratuitement par le MSP, ce système n'a pas encore été mis en place. MdM se substitue temporairement au rôle du Gouvernement. |

Rapport provisoire d'évaluation du projet « Réduction de la mortalité maternelle et néonatale ainsi que de la morbidité liée à la fistule obstétricale au Kanem »

| Activité | Cible | Réalisations | Appréciation |
|--|---------------------------------|---|--|
| Mise en place d'un système de transfert entre les CS et l'hôpital | Système en place | <p>pharmacie de l'hôpital.</p> <p>Mise à disposition de la DRS d'une deuxième ambulance.</p> <p>Introduction d'un système de référence des urgences obstétricales.</p> <p>Environ 15 évacuations par mois.</p> <p>Remise graduelle de la gestion du système à la DRS.</p> <p>Une enquête au sein des ménages pour analyser la faisabilité de différents systèmes de transport des villages au CS.</p> | <p>La DRS assure déjà une partie des dépenses, mais avec difficultés.</p> <p>Le système de financement par le MSP n'a pas de lignes budgétaires spécifiques pour ce genre d'activité qui doit être financée par les fonds de recouvrement de coût.</p> <p>Le problème de manque de moyens de transport pour arriver jusqu'au CS persiste et MdM va tester un système sur base de solidarité communautaire, en optant pour l'utilisation de charrettes tirées par des chevaux dans deux villages.</p> |
| Mise en place d'un plateau technique pour la transfusion sanguine | Plateau mise en place | N'a pas été réalisé. | Le manque d'alimentation électrique continue empêche l'établissement d'une chaîne de froid et l'installation de la banque de sang. La solution à ce problème dépasse les moyens de MdM. |
| <i>Résultat attendu 2 : La prise en charge globale des femmes diagnostiquées souffrant de fistule obstétricale est améliorée</i> | | | |
| La sensibilisation sur la problématique des fistules | 1/trimestre/ ZR soutenues | <p>Est intégré dans la sensibilisation générale.</p> <p>De plus : sensibilisation sur les marchés, formation du personnel d'une ONG locale, sensibilisation des leaders communautaires, sensibilisation des femmes fréquentant les consultations prénatales et sensibilisation dans des villages non-couverts par le programme de sensibilisation générale.</p> | L'équipe d'évaluation n'a pas participé à ce genre d'activités mais ne voit aucune raison de douter de leur qualité. |
| La formation des accoucheuses traditionnelles dans la problématique des fistules | 15 AT formées et supervisées | Cette activité est intégrée dans l'activité de formation des AT. | |
| Le recensement des femmes ayant une fistule obstétricale | Pas de cible | <p>Est fait lors des activités de sensibilisation.</p> <p>De plus, des communiqués diffusés par la radio locale et la sensibilisation par des femmes ayant déjà bénéficié d'une opération.</p> <p>Un total de 66 femmes a été recensé.</p> | L'équipe d'évaluation n'a pas participé à ce genre d'activités mais ne voit aucune raison de douter de leur qualité. |
| La prise en charge chirurgicale et la formation | Pas de cible | <p>Sept sessions de prise en charge chirurgicale ont été organisées.</p> <p>65 femmes ont été opérées et 141 opérations ont été effectuées.</p> <p>Les 3 médecins des deux DS ont été formés.</p> | <p>Le nombre relativement élevé de ré-opérations est dû au fait que la majorité des fistules dépistées sont des fistules compliquées dont le taux d'échec après la première opération est élevé.</p> <p>La formation porte seulement sur l'opération de fistules simples et vu le nombre réduit de ce type de fistules la PEC chirurgicale</p> |

Rapport provisoire d'évaluation du projet « Réduction de la mortalité maternelle et néonatale ainsi que de la morbidité liée à la fistule obstétricale au Kanem »

| Activité | Cible | Réalisations | Appréciation |
|--|---|---|---|
| La prise en charge psycho-sociale | Former une animatrice Mettre en place un accompagnement psychosocial | 2 animateurs psycho-sociaux qui sont formés et assistés par une psychologue expatriée. Un suivi psycho-social qui commence avant l'opération, continue pendant la session chirurgicale et se termine par des visites à domicile postopératoires. Des activités génératrices de revenus. | continue de dépendre de la visite de l'équipe expatriée. La composante 'suivi psycho-social' a été bien appréciée par l'équipe d'évaluation parce que cette composante est souvent négligée par d'autres projets. L'équipe d'évaluation n'a pas participé à ce genre d'activités mais n'a aucune raison pour douter de leur qualité. Néanmoins, les animateurs reconnaissent que le suivi postopératoire pourrait encore être amélioré. |
| La participation et l'appui aux autres campagnes de traitement | Pas de cible | La participation aux plateformes de coordination à N'Djamena et la coordination des activités avec les partenaires . | |
| La sensibilisation du personnel des hôpitaux de Moussoro et Nokou | Pas de cible | Cette activité n'a jamais démarré. Une ONG locale a été formée pour sensibiliser les femmes dans la région de Bahr El Ghazal. | |
| La mise en place d'un système de référence vers N'Djamena | Pas de cible | N'a pas encore démarré. | Cette activité n'a pas encore pu démarrer à cause du manque de capacité au niveau de l'hôpital de référence de N'Djamena. |
| <i>Résultat attendu 3 : Des actions et des initiatives qui ont comme objectif une pérennisation du projet sont identifiées et mises en place</i> | | | |
| L'information et l'implication des leaders d'opinion | Pas de cible | Information et implication des toutes les autorités locales à Mao. Implication des chefs de villages à travers des séances préparatoires avant les visites de sensibilisation. | L'équipe d'évaluation a particulièrement apprécié les activités conduites avec l'Imam de Mao et quelques marabouts, vu la grande influence des leaders religieux au Kanem. |
| L'appui aux autorités sanitaires nationales pour répliquer les activités mises en place dans les autres régions | Pas de cible | N'a pas encore été réalisé. | Le projet n'a pas encore atteint le point où les leçons apprises puissent être répliquées dans d'autres régions. |
| L'appui à la création d'une association des femmes victimes de fistules obstétricales | Pas de cible | N'a pas été réalisé. | Cette activité n'a pas été réalisée principalement à cause des grandes distances et des problèmes de transport qui ne facilitent pas l'organisation de réunions de femmes. |

2.4 Effets et impacts du projet

2.4.1 Résultat attendu 1 : Le suivi des femmes enceintes, la prise en charge des accouchements et des nouveau-nés sont améliorés

Par la sensibilisation de la communauté et des leaders d'opinion, la formation et la sensibilisation des AT, la formation du personnel et l'équipement des structures sanitaires, et la mise en place d'un système de référence du CS à l'hôpital, le projet visait une augmentation importante de l'utilisation des soins prénataux, des accouchements dans les structures sanitaires, des accouchements compliqués à l'hôpital et de l'utilisation des soins post-nataux. De plus, la qualité des soins maternels et néonataux serait améliorée.

MdM a évalué les effets en utilisant les données disponibles du système d'information sanitaire existant et n'a pas introduit de collectes de données supplémentaires, pour ne pas surcharger le personnel de santé. Ceci limite néanmoins l'interprétation des effets obtenus.

2.4.1.1.1 Soins prénataux

En ce qui concerne les consultations prénatales, la cible du projet était qu'au moins 60% des femmes enceintes viennent au moins une fois aux CPN. Le taux de première CPN est calculé en utilisant les données disponibles de la population estimée couverte par les CS et estimant le nombre de femmes enceintes par an à 50/1000 habitants (taux de natalité de 45/1000, plus les grossesses qui terminent en avortement). Malheureusement les estimations de la population sont peu fiables et apparemment sous-estimées puisque le taux est souvent au-dessus de 100% (voir Graphique 1 en annexe 7). Néanmoins la couverture est probablement très élevée et au-dessus du taux de 60% ciblé. Le taux au début du projet était déjà très élevé et le projet a donc eu peu d'effet supplémentaire. L'explication probable pour ce taux élevé est que le programme de nutrition distribue gratuitement des aliments aux femmes qui viennent pour la CPN1.

Cependant, ces aliments ne sont plus offerts lors des CPN suivantes. Le taux de consultations CPN3+ (troisième CPN ou plus) a nettement augmenté pendant la durée du projet (voir Graphique 2 en annexe 7). Il est très probable que cette augmentation soit une conséquence des activités de sensibilisation de MdM, bien qu'on ne puisse pas exclure qu'elle soit due aux autres interventions puisque une comparaison avec les CS non-appuyés n'a pas été faite.

2.4.1.1.2 Accouchements assistés

Là où la couverture CPN est satisfaisante, la couverture en accouchements l'est moins. La cible de 10% n'a pas été atteinte, d'autant que les données démographiques sont sous-estimées (voir Graphique 3 en annexe 7). De plus, il n'y a pas clairement une tendance de croissance au long du projet. Les raisons de ce faible effet ne sont pas connues, mais le fait que les conditions de travail au niveau des CS soient encore minimales (pas de salle d'accouchement, une seule personne (de sexe masculin) pour faire les accouchements) joue probablement un rôle important dans cette situation, de même que les problèmes de transport pour arriver au CS. De plus, le changement de perceptions au sein de la communauté a besoin de plus de temps.

Le nombre d'accouchements à l'hôpital (Graphique 4 en annexe 7) a connu une légère croissance au long du projet, bien que le nombre continue d'être largement insuffisant au vu de la taille de la population de la région. Les statistiques disponibles ne permettent pas de distinguer les accouchements normaux des accouchements compliqués: on ne peut donc pas savoir combien d'accouchements auraient nécessité une référence à l'hôpital. Néanmoins il est clair que la grande majorité des accouchements compliqués n'arrivent pas encore à l'hôpital.

Il est difficile de juger de la qualité des accouchements à partir des données disponibles. Le nombre de césariennes est assez élevé à l'hôpital (16%), mais reste très bas si on le rapporte au nombre total d'accouchements attendus dans la région (<1%). Le taux de mort-nés et le nombre de décès maternels restent élevés (24% des accouchements se soldent par un mort-né et on a compté 30 décès maternels entre janvier 2010 et mars 2012 sur 720 accouchements) : ceci reflète sans doute le fait qu'une partie importante des accouchements à l'hôpital sont des accouchements compliqués arrivés très ou trop tard à l'hôpital. De nouveau, le manque de données ne permet pas une analyse plus approfondie.

Un indicateur de qualité est le pourcentage d'utilisation du partogramme à l'hôpital. Bien que cet outil soit recommandé par les directives nationales, il reste peu utilisé. MdM a renforcé son utilisation et il était utilisé pour plus de la moitié des accouchements à la fin de 2010. Cependant, après le départ d'une des sages-femmes et la crise de ressources humaines à la maternité il était à nouveau peu utilisé. Depuis l'arrivée des nouvelles sages-femmes et le recrutement d'une sage-femme supplémentaire par MdM son utilisation est à nouveau en croissance. Il faut cependant noter que le partogramme devient souvent inutile à cause de l'arrivée tardive des femmes sur le point d'accoucher.

2.4.1.1.3 Soins postnataux

Tous les nouveau-nés qui naissent à l'hôpital reçoivent les soins appropriés, ce qui était une des cibles du projet. De même on constate une forte amélioration des soins postnataux dans les 15 CS appuyés. Cependant le nombre de femmes qui se présentent pour une consultation post-natale reste trop bas.

Le taux de consultations postnatales (CPoN) aux 15 CS appuyés connaît une grande irrégularité (graphique en dents de scie) depuis le début du projet (voir Graphique 5 en annexe 7). Les différences entre CS ne s'expliquent pas non plus facilement. Dans les 5 CS intermédiaires on note une tendance à la croissance. Néanmoins, le fait que le taux de CPoN est beaucoup plus élevé que le taux d'accouchements au CS (environ 9 fois plus élevé) est encourageant, puisqu'il montre qu'il y a des femmes qui accouchent à domicile mais viennent quand même au CS pour la CPoN. D'autre part, le taux de CPoN est au-dessous du taux d'accouchements recensés par les AT dans la ZR, ce qui indique qu'une grande partie (environ la moitié) des femmes qui accouchent à domicile avec l'aide d'une AT ne se présentent pas au CS.

2.4.1.1.4 Autres effets obtenus

Bien que le bien-être familial ne fût pas un objectif spécifique du projet, les sensibilisations communautaires ont apparemment résulté dans une augmentation des consultations de BEF. Cependant, le taux reste très faible. La planification familiale est encore un point très sensible au Tchad et les messages du MSP et de MdM ne sensibilisent que pour l'espacement des naissances et le délai de la première grossesse, et pas encore pour une réduction du nombre total d'enfants.

2.4.2 Résultat attendu 2 : La prise en charge globale des femmes diagnostiquées souffrant de fistule obstétricale est améliorée

Les indicateurs choisis par MdM pour mesurer l'effet de ce résultat étaient (1) le % de femmes dépistées d'une FO acceptant d'être opérées (cible : 80%), (2) le % de femmes dépistées d'une FO grave référées à l'hôpital de référence national de N'Djamena (cible : 90%) et (3) le % de femmes opérées suivies par une animatrice psychosociale (cible : 80%). La première cible a été atteinte puisqu'une seule femme a refusé d'être opérée. La deuxième cible n'a pas pu être réalisée à cause des contraintes de l'hôpital national de N'Djamena : les cas compliqués ont donc dû être opérés à Mao par l'équipe MdM. La troisième cible a été atteinte: toutes les femmes opérées ont bénéficié du suivi psycho-social.

Il serait important de connaître la proportion de femmes souffrant d'une FO dans la région du Kanem qui ont été recensées, diagnostiquées et opérées. Malheureusement l'information sur le nombre total de femmes souffrant d'une FO n'est pas disponible : nous ne pouvons donc qu'apprécier si le nombre total de 65 femmes qui ont bénéficié d'opération(s) est suffisant pour justifier cette intervention. Vu les grandes conséquences sociales d'une FO pour la femme et le manque d'approches alternatives dans le contexte actuel, l'équipe d'évaluation juge que l'effet de cette intervention est suffisant pour la justifier, bien qu'il soit nécessaire à long terme de trouver des solutions moins coûteuses.

2.4.3 Résultat attendu 3 : Des actions et des initiatives qui ont comme objectif une pérennisation du projet sont identifiées et mises en place

Le cadre logique du projet élaboré par MdM avait défini ce troisième résultat qui regroupait des activités ayant comme but d'améliorer la pérennisation. Cependant, la pérennité est plutôt assurée par les approches choisies que par des activités spécifiques. MdM s'est rendu compte de ce fait pendant le projet et a reformulé le cadre logique pour la phase suivante en considérant la pérennisation comme un aspect transversal plutôt que comme un résultat attendu spécifique.

2.5 Pérennité des activités

L'approche de MdM est d'éviter la substitution et de développer des systèmes qui puissent être repris par les structures locales sans appui de l'extérieur. MdM a pour cette raison essayé principalement de faire un transfert de compétences, à travers la formation sur site et la supervision, au lieu de fournir les services eux-mêmes, et d'améliorer l'organisation des services et de développer des mécanismes supplémentaires mais durables.

Cependant, la pérennité est un grand défi inhérent à ce type de projets. D'une part le projet veut développer des systèmes et mécanismes qui améliorent, à court terme, la santé maternelle et néonatale, et d'autre part, il vise la pérennité (continuation sans appui extérieur et réplique dans d'autres régions). Cette approche exige un équilibre très délicat entre le développement d'activités efficaces (en évitant la substitution) et la mise en place de systèmes qui soient pérennes.

Il est clair que dans le contexte actuel de ressources nationales extrêmement limitées pour le système de santé, il est presque impossible d'atteindre des résultats à court terme sans pratiquer un certain degré de substitution. MdM a dû s'engager dans certaines activités qui normalement sont la responsabilité du MSP et qui sont clairement de la substitution. Des exemples sont l'appui en médicaments et consommables et le paiement du salaire d'une sage-femme. Aussi la prise en charge des FO est actuellement complètement assurée par MdM et ne peut pas être continuée sans leur appui.

La question qui doit se poser est de savoir, dans un contexte comme celui du Tchad, avec des contraintes énormes au niveau du système de santé et une situation géographique, socioculturelle et économique qui limitent les effets et impacts possibles, s'il est possible et justifié de ne pas adopter, à un certain degré, la substitution. Cette question est largement idéologique et seules les parties prenantes peuvent y répondre. Reconnaître la nécessité d'un certain degré de substitution implique cependant une approche différente avec une durée de projet beaucoup plus longue et une assurance d'équité géographique.

2.6 Les aspects genre

L'équipe d'évaluation considère que la prise en compte des aspects genre par MdM est suffisamment bonne. L'équipe de MdM est bien équilibrée du point de vue genre et les activités de sensibilisations mènent indirectement à une amélioration de la position de la femme dans le ménage et la communauté, en renforçant son pouvoir de décision concernant la reproduction. Cependant, la position de la femme dans la société kanémienne reste très faible et le renforcement de l'autonomie de la femme est un sujet encore très délicat et sensible.

3 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

3.1 Conclusions

3.1.1 Forces et acquis du projet

En conclusion, les principales forces du projet sont :

- ***Le choix de thèmes très pertinent dans le contexte tchadien***

La santé maternelle et néonatale et la fistule obstétricale sont sans aucun doute des priorités de santé au Tchad et au Kanem, et reconnues telles par le MSP.

- ***La mise en œuvre efficiente et de bonne qualité***

MdM est une organisation bien structurée avec des mécanismes de gestion et de mise en œuvre bien développés. En particulier le recrutement de personnel bien qualifié et motivé a été apprécié.

- ***Les activités sont généralement exécutées comme prévu et sont de bonne qualité***

La majorité des activités ont été menées comme prévu et certaines ont eu des réalisations au-delà des cibles identifiées. Certaines activités n'ont pas été réalisées mais toujours à cause de raisons claires et justifiées. Les activités observées étaient globalement de très bonne qualité, ainsi que les outils utilisés.

- ***Certains résultats encourageants ont été obtenus***

Les activités de sensibilisation, la formation des AT et du personnel de santé, l'appui en matériels et médicaments et le système de référence ont eu clairement des résultats sur la qualité des soins maternels et néonataux au niveau des 15 CS appuyés et de l'hôpital, sur le nombre de femmes référées à l'hôpital et sur l'utilisation des soins prénatals et de BEF aux CS. Le résultat des activités de prise en charge des fistules obstétricales est qu'un nombre important de femmes ont été prises en charge d'une manière effective, des femmes qui autrement n'auraient jamais bénéficié de cet appui.

- ***Les autorités locales et les leaders d'opinion ont été bien impliqués dans les activités***

MdM a mis un accent important sur l'implication de toutes les autorités locales, y compris les autorités religieuses, et a bien collaboré avec les autorités de santé locales.

- ***Une approche appréciable en évitant de jouer à la substitution***

MdM applique une approche qui essaie de développer des systèmes qui à la fois sont efficaces et pérennes. Cette volonté d'éviter de se substituer au rôle des services de santé publique, est bien appréciée.

3.1.2 Faiblesses du projet

- ***Faiblesses dans la composante suivi et évaluation***

Les mécanismes de suivi et évaluation du projet peuvent être améliorés et renforcés. Le choix des indicateurs et cibles n'était pas toujours adéquat et il n'existe pas de structure, constituée des représentants des différents partenaires (techniques, financiers et l'état), qui supervise et pilote le projet d'une manière globale. De plus, les données recueillies ne permettent pas toujours une interprétation adéquate des résultats obtenus.

- ***Certains résultats attendus n'ont pas été atteints***

L'utilisation de certains services, tel que l'accouchement au CS, l'accouchement compliqué à l'hôpital et les soins postnatals, n'a pas atteint le niveau espéré. Le projet a sous-estimé la durée nécessaire pour changer les perceptions et le comportement, assurer un minimum de soins aux CS et résoudre les problèmes de transport persistants.

- ***La durée du projet est trop courte pour déjà permettre un transfert de compétence, un impact ou une capitalisation des leçons apprises***

MdM a été trop optimiste sur les résultats et l'impact qui pourraient être réalisés après trois ans. Le changement de perceptions et de comportement, le renforcement des structures sanitaires et le transfert de compétences ont besoin de beaucoup plus de temps pour avoir un impact substantiel. Les leçons apprises ne peuvent donc pas encore être capitalisées.

- ***La durabilité à court terme est difficile à cause des moyens limités du système de santé national***

Bien que MdM ait fait de grands efforts pour éviter la substitution et développer des systèmes durables, il était impossible d'atteindre les résultats sur une période si courte sans adopter un certain degré de substitution. Certaines activités, telles que l'appui en médicaments et consommables, le paiement de salaire d'une sage-femme et la prise en charge des FO, ne sont actuellement pas pérennes. Les ressources extrêmement limitées au niveau du système de santé national ne permettent pas d'envisager la pérennité des activités dans un horizon de court terme.

3.2 Recommandations

a. Générales

- ***Considérer un appui à plus longue durée, avec un certain degré de substitution temporaire***

Le projet a sous-estimé la complexité et le temps nécessaire pour atteindre des résultats durables, et surestimé les capacités très limitées du système de santé national. Pour avoir un impact réel sur la mortalité et morbidité maternelle et néonatale, y compris une réduction de l'incidence de la fistule obstétricale, un projet de longue durée est nécessaire. De plus, le système national de santé n'a pas encore actuellement les capacités d'assurer un minimum de soins de santé maternelle et néonatale, et un certain degré de substitution est inévitable. Ceci est d'ailleurs souhaité par les autorités de santé locales. Cependant, le but final du projet devrait continuer d'être le développement d'approches et de mécanismes qui soient pérennes dans le contexte tchadien, et qui puissent être absorbés par le système de santé national à long terme.

- ***Installer un mécanisme de suivi global du projet par les parties prenantes***

La mission recommande que soit mis sur pied un mécanisme de suivi et d'évaluation périodique du projet, dans lequel seraient impliqués les différents partenaires qui financent le projet, les autorités sanitaires du niveau national et régional, et les bénéficiaires. Ce mécanisme pourrait être intégré

dans les systèmes de coordination régionale existants. Au niveau national, un comité de pilotage ou une structure similaire pourrait être établi.

b. A Médecins du Monde

• Améliorer la composante suivi et évaluation

Bien que la préoccupation de ne pas surcharger le personnel de santé avec des tâches supplémentaires de collecte de données soit compréhensible, il serait cependant possible de recueillir plus d'information et mener davantage d'analyses sans surcharger ce personnel. Par exemple, les données disponibles dans les registres des structures sanitaires peuvent être recueillies et analysées par le personnel de MdM. De plus, MdM peut inclure une petite composante de recherche opérationnelle par laquelle certaines études ou enquêtes de petite envergure seraient conduites qui viseraient à mieux documenter les besoins, les facteurs déterminants et les effets obtenus. Vu le caractère « pilote » du projet et son ambition de servir de modèle au niveau national, cette composante est essentielle. Des recommandations plus spécifiques à ce sujet sont présentées en annexe 8.

• Améliorer certaines activités

L'équipe d'évaluation n'a pas pu évaluer de manière approfondie la qualité de toutes les activités. Cependant, elle a quelques recommandations pour l'amélioration de certaines activités :

- Amélioration de la boîte à images sur les grossesses à risque
- Renforcer la formation des accoucheuses traditionnelles, et discuter avec le MSP d'y inclure des techniques d'accouchement propre
- Renforcer la supervision des AT par le RCS après la formation
- Considérer la possibilité d'établir une maison d'attente pour les femmes avec une grossesse à haut risque à l'hôpital de Mao, sur le modèle du village d'attente des femmes souffrant de FO.
- Renforcer le suivi des femmes opérées de la FO pendant les 6 mois après l'opération

• Continuer à impliquer les autorités locales et renforcer le lien avec le système de santé national

MdM fait déjà de gros efforts pour coordonner ses activités avec les autorités de santé locales et nationales. L'équipe d'évaluation encourage MdM à continuer ces efforts et à appuyer davantage la Direction régionale de santé et les Districts sanitaires dans la planification et la coordination de toutes les activités de santé maternelle et néonatale. Cet appui inclut le développement d'une stratégie commune pour l'offre de soins maternels et néonataux, impliquant aussi d'autres partenaires comme le projet FOSAP. Au niveau national, le lien avec la DSRV pourrait encore être renforcé, par exemple par sa participation dans le comité de pilotage, assurant ainsi que les activités soient en accord avec les politiques nationales et que les leçons apprises soient capitalisées par l'Etat.

c. Au Bureau de la Coopération Suisse

• Continuer à appuyer la deuxième phase du projet

La durée de trois ans est trop courte pour atteindre des résultats substantiels et durables. Le projet a initié des activités qui nécessitent d'être poursuivies pour atteindre le résultat attendu et arrêter le projet dans cette phase mettrait en danger les acquis engrangés.

• Continuer et renforcer le plaidoyer pour et l'appui à le renforcement générale du système de santé national

La Coopération suisse joue déjà un rôle important dans l'appui au secteur santé dans le pays. Cependant, le système de santé tchadien reçoit très peu de moyens, tant du côté du gouvernement que du côté de l'aide internationale, et un plaidoyer pour l'augmentation continue des ressources demeure nécessaire. Des premiers pas ont déjà été faits, par exemple pour améliorer la situation des ressources humaines, mais il reste un long chemin à parcourir. Tant que le système national ne sera pas globalement renforcé, l'amélioration durable de la santé maternelle et néonatale reste une illusion.

ANNEXES

Annexe 1. 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
Bureau de la Coopération suisse au Tchad

TERMES DE REFERENCE

EVALUATION EXTERNE

du

Projet de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile ainsi que la morbidité liée à la fistule obstétricale dans le district de Mao, Kanem au Tchad, réalisé par Médecins du Monde (MdM)

7F-07006.01

Introduction

Depuis les années soixante dix, la Direction du développement et de la coopération suisse (DDC) au Tchad, représentée à N'Djaména par son Bureau de Coopération (Buco), 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 genre, gouvernance et environnement.

Dans le domaine de la santé, DDC a défini sa politique 2012 – 2016 autour de l'objectif global de renforcer les systèmes de santé des pays partenaires, y compris l'amélioration de la qualité des soins et la participation des communautés et des utilisateurs dans la gestion des formations sanitaires. Les priorités spécifiques de la politique sont les suivantes: 1) réduire la charge des maladies transmissibles et non-transmissibles ; 2) améliorer la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants et 3) adresser les déterminants de santé.

Dans ce contexte, la DDC au Tchad appuie depuis une dizaine d'années dans différentes régions du pays au travers des ONG locales la mise en œuvre un volet de santé préventive via l'animation et la formation des comités de santé communautaires. A présent, la DDC cofinance également le projet de la mise en place de mutuelles de santé réalisé par CIDR dans les régions sud du Tchad.

Le présent projet de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile ainsi que la morbidité liée à la fistule obstétricale dans le district de Mao, Kanem, est mis en œuvre par **Médecins du Monde (MdM)**. La contribution de la Suisse représente 45% du budget global du projet. En dehors des fonds propres de MdM, les contributions complémentaires sont apportées par deux agences des Nations Unies, le FNUAP et l'UNICEF.

Le projet a comme objectif général de « garantir un accès aux soins de qualité pour les femmes enceintes et les nouveau nés ainsi que pour les femmes souffrant de fistules obstétricales de la région du Kanem à l'hôpital de Mao et dans 15 centres de santé ». La durée initiale du projet est prévue pour une période de 3 ans du 1.11.2009 au 30.06.2012.

1. Contexte

Le projet MdM concerne la région du Kanem située au Nord-Est du Lac Tchad. Frontalière avec le Niger, elle regroupe deux Districts: Mao et Nokou. La population totale de cette région est estimée à 463'064 personnes¹. La densité de population est très faible avec une population rurale de 85%. Pour la majorité de ses habitants, l'économie s'y résume à une agriculture de subsistance, saisonnière et soumise aux aléas du climat. Le Kanem est néanmoins une zone de transit de marchandises en provenance du Niger et du Nigéria ce qui facilite les échanges commerciaux pendant la saison sèche.

La situation sanitaire au Tchad demeure des plus précaires. Les indicateurs relatifs à la santé maternelle et infantile sont parmi les plus alarmants au monde. Les femmes, généralement très jeunes, qui n'ont pas bénéficié de consultations prénatales et qui accouchent après un travail de plusieurs jours d'enfants mort-nés, ont un très grand risque de développer une fistule obstétricale² (FO).

Il est à signaler que le taux de mortalité maternelle a connu une augmentation ces dernières années passant de 827 pour 100.000 naissances vivantes en 1997 (EDST I) à 1'099 en 2004 et en 2008 à 1'200 décès pour 100'000 naissances vivantes. Le suivi des grossesses est insuffisant, seules 33% des femmes enceintes bénéficient d'une consultation prénatale (OMS préconise 4 consultations prénatales). Le taux de prévalence contraceptive est de 3% toutes méthodes confondues. Parmi les adolescentes de 15 à 19 ans, 30% sont déjà mères ou enceintes de leur 1er enfant; elles contribuent pour 15% de la fécondité totale.

Les indicateurs sanitaires pour la région du Kanem et le district de Mao sont assez similaires aux résultats nationaux³. Le taux de première consultation prénatale (CPN) est de 38,9% dans les zones de responsabilités du projet. Dans ce cadre, peu de grossesses à risques sont dépistées à temps: moins de 8% et seulement 35% d'entre elles sont référées pour un suivi adéquat. Au moment de l'accouchement toute femme court un risque élevé si elle accouche sans assistance médicale et loin d'un centre de santé. Le taux d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié et/ou dans les structures sanitaires est évalué à moins de 10%. Le taux de césarienne est extrêmement bas et se situe, pour le district de Mao, autour de 0,07%. Facteur de risque supplémentaire, les femmes sont souvent très jeunes lors de leur premier accouchement.

La malnutrition sévit de façon endémique au Kanem. Une évaluation de la sécurité alimentaires réalisée par le Programme alimentaire mondiale dans la bande sahélienne en avril 2011, indique une malnutrition aiguë globale de 20,5 et une malnutrition aiguë sévère de 4% chez les enfants entre 6 à 59 mois. Cette enquête révèle également un taux de mortalité rétrospective de 2,7 pour 10'000 enfants de moins de cinq ans et par jour.

Globalement, le système de santé reste inadapté par rapport au cadre de vie des communautés. Les centres de santé sont trop distants des villages, le personnel de santé est souvent sous-qualifié et l'approvisionnement en médicaments de base est déficitaires (les ruptures de stock sont courantes). Ces contraintes pèsent lourdement sur la facilité d'accès et la qualité des soins de santé de base ce qui explique la faible fréquentation des structures de santé et un recours à des pratiques traditionnelles souvent inadaptées.

En outre, il n'existe pas de recueil spécifique des cas de fistules obstétricales dans la région. Cependant, le Kanem a été identifié comme la 3ème région en termes de prévalence dans le pays (Etude Dr. Koyalta, 2008).

¹ Annuaire de statistiques sanitaires du Tchad en 2007

² Perforation acquise au cours d'un accouchement entre la filière génitale et les viscères voisins (vessie et/ou rectum). Elle survient après un accouchement laborieux et dystocique : 65% après une expulsion spontanée, 20% après forceps et 15% après césarienne.

³ Source : Annuaire des Statistiques Sanitaires du Tchad, 2007

La prise en charge de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est un des défis principaux que le Programme national de développement sanitaire (PNDS) du Ministère de la santé publique doit relever. Cette politique nationale fixe les priorités en matière de santé comme suit : l'amélioration de la prestation de soins et de la disponibilité des ressources humaines en qualité et quantité, l'amélioration de la prise en charge de la santé maternelle, le développement d'un partenariat avec la communauté pour améliorer la gestion de la santé et le développement de la promotion de la santé pour assurer un changement de comportement. L'objectif principal du plan est de réduire la mortalité maternelle de 1'200 (2008) à 275 décès/100 000 naissances vivantes d'ici 2015.

2. Aperçu du projet

L'objectif général du projet est de garantir un accès aux soins de qualité pour les femmes enceintes et souffrant de complications liées à leur grossesse et à leur accouchement (dont les fistules obstétricales) de la région du Kanem. La couverture géographique de cette première phase inclut l'hôpital de Mao et 15 centres de santé, pendant une période de 3 ans.

Il s'articule autour des axes suivants :

- Un appui au fonctionnement de l'hôpital de Mao, particulièrement les services de la maternité et le bloc opératoire, afin d'assurer les capacités techniques et humanisées pour la provision des soins obstétricaux d'urgences complets, la référence et le traitement des fistules obstétricales ;
- Un appui à 15 centres de santé dans leurs activités relatives à la santé materno-infantile; à travers le renforcement des compétences et des connaissances des personnes impliquées et à travers l'appui en matériel ;
- La mobilisation sociale, par l'organisation d'activités de communication sur le changement de comportement auprès des communautés, par l'implication, la formation et le suivi des accoucheuses traditionnelles. Cette mobilisation devrait permettre dans l'immédiat d'améliorer le dépistage des cas difficiles et à plus long terme de les réduire.

Dans l'ensemble du projet, une attention particulière est accordée au transfert de compétences dans le domaine médical, par le développement des activités en binôme (expatrié et tchadien) et une appropriation progressive par les responsables sanitaires et communautaires des objectifs fixés afin de favoriser la pérennisation de l'action.

Les résultats attendus du projet sont les suivants :

- Le suivi des femmes enceintes et la prise en charge des accouchements sont améliorés dans les 15 Centres de santé soutenus par le projet dans district de Mao ;
- La prise en charge globale (chirurgicale et sociale) des femmes diagnostiquées souffrant de fistule obstétricale est améliorée dans la région du Kanem ;
- 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.

3. Objectifs et résultats attendus de l'évaluation externe

La première phase du projet MdM vient à terme fin juin 2011. Une évaluation externe à la fin de la phase est prévue pour apprécier les résultats atteints et pour fournir un input au processus de décision de la future collaboration avec l'ONG MdM.

3.1 Objectifs

- Analyser la pertinence et la durabilité des approches choisies ainsi que l'efficacité des activités menées dans le projet⁴.
- Apprécier la prise en compte des aspects genre dans la mise en œuvre du projet
- Analyser le niveau d'atteinte des résultats attendus (*output, outcome*) définis dans le cadre logique du projet et se prononcer sur leur durabilité et discuter les facteurs qui ont influencé le niveau d'atteinte des résultats.
- Apprécier, aux plans du transfert des compétences, des effets et de la durabilité, les modalités de mise en œuvre du projet.
- Evaluer la gestion opérationnelle et organisationnelle du projet par MdM
- Juger la perception des parties prenantes concernant la pertinence, la valeur ajoutée, la pérennité et le management du projet.
- Apprécier le niveau d'alignement du projet avec les politiques nationales de santé ainsi que leur degré de coordination/harmonisation avec les programmes des autres partenaires techniques et financiers.
- Apprécier les synergies développées avec les autres programmes de la DDC au Tchad dans le domaine de la santé.
- Capitaliser les "leçons apprises" ainsi que les bonnes pratiques du projet et analyser dans quelle(s) mesure(s) ces dernières ont été reprises au niveau des politiques nationales de santé.
- Faire des propositions pour le futur immédiat et à moyen terme du projet et des appuis de la DDC.

3.2 Résultats attendus

3.2.1 Effets attendus

- La DDC, les partenaires du projet, ainsi que MdM, disposent des informations leur permettant d'apprécier la pertinence et les performances (résultats atteints, durabilité) du projet, ainsi que ses contributions à l'amélioration de la santé des populations dans les zones d'intervention et au niveau national.
- La DDC, les partenaires du projet, ainsi que MdM, sont en mesure de juger du niveau atteint en matière de coordination/harmonisation de l'aide dans le domaine de la santé de reproduction.
- La DDC dispose d'éléments d'appréciation de la cohérence stratégique de ses interventions dans le domaine de la santé au Tchad.
- La DDC, ses partenaires, ainsi que Médecins du Monde disposent d'éléments de référence (leçons apprises, propositions) pour alimenter leurs réflexions sur les modalités futures du projet et appuis.

3.2.2 Produits attendus

- Une présentation power point des résultats et recommandations de l'évaluation à la DDC et à ses partenaires au bureau de coopération suisse à N'Djaména pendant une restitution à chaud (2-3 heures).
- Un projet de rapport d'évaluation de 15 pages (sans les annexes), à remettre au plus tard 15 jours après la finalisation de la mission à la DDC et MdM pour commentaires ;
- Le rapport final devrait être envoyé à la DDC (date sera spécifié dans le contrat), de 15 pages maximum, plus les annexes et un résumé exécutif. Les annexes devraient inclure la liste des documents consultés, la liste de personnes rencontrées et le Powerpoint de la restitution.

⁴ Un jugement sur la pertinence et la durabilité devrait se baser sur des interviews avec des bénéficiaires du projet au sein de la population, des acteurs du secteur de la santé, des représentants du gouvernement et des donateurs (inclut la Suisse). L'efficacité peut être définie comme un jugement des évaluateurs sur la relation input – output.

4. Déroulement de l'évaluation

4.1 Equipe d'évaluation

L'évaluation sera conduite par un(e) consultant(e) international(e) et un(e) consultant(e) national(e). Ces derniers seront désignés d'un commun accord entre le Bureau de coopération suisse au Tchad et la DDC Berne. Le/la consultant(e) international(e) assumera la coordination de l'équipe et la responsabilité de l'évaluation.

- Consultant(e) international(e) : Connaissances approfondies dans le domaine de la santé, notamment en santé de reproduction et gouvernance des formations sanitaires de base en milieu rural et solide expérience en matière d'évaluation de projet de santé de base. Bonne connaissance de l'Afrique sahélienne et idéalement expérience au Tchad. Si possible connaissance de la DDC et de sa culture d'évaluation. Langue : français.
- Consultant(e) national(e) : Connaissances du système de santé tchadien et des enjeux de santé publique. Expérience en matière d'évaluation. Langues : français et arabe tchadien.

4.2 Méthodologie

Sur la base des termes de référence de l'évaluation, le consultant international fera une offre technique avec une proposition de calendrier. Elle inclura une méthodologie de travail qui fera notamment apparaître les responsabilités des deux consultants et précisera les informations que la DDC (Centrale, Buco), Médecins du Monde, et les partenaires devront fournir aux consultants avant le début du travail sur le terrain.

La mission de terrain débutera à N'Djaména par un premier briefing au Buco. A la fin de la mission une présentation à chaud des résultats et recommandations sera organisé pour les partenaires du projet au Buco.

5. Contreparties / Collaborations

- Bureau de coopération suisse au Tchad : responsabilité générale du processus d'évaluation, choix des consultants, fourniture des informations et documents, financement de l'évaluation, organisation et facilitation de la mission.
- Médecins du monde (responsables de projet à N'Djaména et à Mao) : appui pour faciliter l'évaluation, fourniture d'informations et de documents.
- Représentants des systèmes sanitaires aux différents niveaux : appui pour faciliter l'évaluation, fourniture d'informations et de documents.
- Bailleurs : partage d'information avec les évaluateurs

6. Calendrier et volumes de travail indicatifs

L'évaluation externe débutera idéalement fin février 2012 au Tchad. Le transport pour la mission de terrain sera assuré par le Bureau de la coopération suisse au Tchad.

| Activités | Volume |
|---|--------------------------|
| Lecture des documents et préparations planification | 1 jour |
| Voyage à N'Djaména | 1 jour |
| Briefing au Buco/Rencontres avec partenaires (UNICEF/UNFPA et Ministère de la santé publique) | 1 jour |
| Mission de terrain dans la région du Kanem | 4 jours + 2 jours voyage |

| | |
|--|----------|
| Préparation Powerpoint et débriefing au Buco | 1 jour |
| Voyage de retour | 1 jour |
| Rédaction du rapport | 2 jours |
| Total | 13 jours |

7. Documents de référence

- Document de projet de Mdm sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile ainsi que la morbidité liée à la fistule obstétricale dans le district de Mao, Kanem au Tchad ;
- Contrat de contribution signé avec la DDC ;
- Rapport d'activité du 1^{er} novembre au 30 juin 2010 ;
- Décompte financier du 1^{er} novembre au 30 juin 2010 ;
- Rapport d'audit du 1^{er} novembre au 30 juin 2010 ;
- Rapport d'activité du 1^{er} juillet 2010 au 30 juin 2011 ;
- Décompte financier du 1^{er} juillet 2010 au 30 juin 2011
- Rapport d'audit du 1^{er} juillet 2010 au 30 juin 2011
- Présentation Power-Point Bilan d'activité 2011 et stratégie 2012.

Annexe 2. Liste des personnes rencontrées

| Nom | Position |
|-------------------------------------|---|
| <i>A N'Djamena</i> | |
| Petra Winiger | Responsable du projet au sein du Bureau de la Coopération Suisse |
| Alexandra Panis | Coordinatrice du projet, Médecins du Monde |
| Dr Thomas Zoungrana | Conseiller en Santé de la Reproduction, UNFPA |
| Yaron Wolman | Chef de Section Santé et Nutrition, UNICEF |
| Dr Matchoké Gong Zoua | Secrétaire Général Adjoint, Ministère de la santé ^publique |
| Dr Fatchou | Directeur Adjoint, Direction de la santé de la reproduction et de la vaccination, MSP |
| Abdelouaye Mahamed Hassan | Délégué régional de la santé au Kanem |
| Dr Félicité | Ex Directrice de la santé de reproduction et du vaccin |
| Dr Abbon Goudjo | Conseiller du SG/MSP |
| <i>Au Kanem</i> | |
| Le Gouverneur de la région de Kanem | |
| Le secrétaire du Sultanat du Kanem | |
| Lucas Honauer | Coordinateur site de Médecins du Monde |
| Anne-Laure Honauer Nicolai | Sage-femme expatriée de Médecins du Monde |
| Kladoumadji Honoré | Responsable du centre de santé Maga |
| Chrisantemus Focha | Responsable intérim d'UNICEF au Kanem |
| Dr DjimasdéMbaïrébé | Point focal santé UNICEF |
| Hassan Brahim Maina | Directeur intérim de l'hôpital de Mao |
| Claudine Dassougu | Responsable de la maternité à l'hôpital de Mao |
| Ali Abakar | Responsable du centre de santé Mao centre |
| Bohinbo Antipasse | Responsable du centre de santé Ligra |
| <i>Réunion de débriefing</i> | |
| Petra Winiger | Responsable du projet au sein du Bureau de la Coopération Suisse |
| Dr Abdelmadjid | Responsable santé du Bureau de la Coopération Suisse |
| Alexandra Panis | Coordinatrice du projet, Médecins du Monde |
| Thomas Zoungrana | Conseiller en Santé de la Reproduction, UNFPA |
| Dr DjimasdéMbaïrébé | Point focal santé UNICEF |

Annexe 3. Documents consultés

Documents du projet

- Médecins du Monde - Proposition d'intervention
- Médecins du Monde - « Réduction de la mortalité maternelle et néonatale ainsi que la morbidité liée à la fistule obstétricale dans le Kanem, Tchad » - Tchad, Septembre 2010 - Rapport annuel d'activités terrain – 1^{er} Novembre 2009-30 Juin 2010 – SDC
- Médecins du Monde - « Réduction de la mortalité maternelle et néonatale ainsi que la morbidité liée à la fistule obstétricale dans le Kanem, Tchad » - Rapport annuel d'activités terrain – Juillet 2010-Juin 2011 – SDC
- N-Consulting - Médecins du Monde France – Mission du Tchad - « Réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile ainsi que la morbidité liée à la fistule obstétricale dans le district de Mao, Kanem » - Audit de comptes du fonds DDS – Période allant du 1^{er} novembre 2009 au 30 Juin 2010 – Rapport d'audit sur les états financiers – Version définitive – Septembre 2011
- Médecins du Monde – Enquête Ménage – Projet d'un système de référencement entre les villages et les centres de santé dans la région du Kanem, Tchad – Juillet 2011
- Médecins du Monde - Présentation Power-Point Bilan d'activité 2011 et stratégie 2012
- Médecins du Monde - « Réduction de la mortalité maternelle et néonatale ainsi que la morbidité liée à la fistule obstétricale dans le Kanem, Tchad » - Rapport semestriel d'activités terrain – Juillet-Décembre 2011 – UNICEF

Documents stratégiques

- Ministère de la Santé Publique – Direction de la Santé de la Reproduction et de la Vaccination - Rapport de l'évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Tchad
- Ministère de la Santé Publique – Feuille de Route Nationale pour l'accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile – 2009-2015
- Ministère de la Santé Publique – Plan opérationnel de mise en oeuvre de la Feuille de Route Nationale pour l'accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile – 2009-2015
- Ministère de la Santé Publique – Feuille de Route Nationale pour l'accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile – 2009-2015 – Document de synthèse-Table ronde
- Ministère de la Santé Publique – Plan National de Développement Sanitaire du Tchad – 2009-2012 – Tome 1 : Analyse situationnelle, objectifs, orientations stratégiques – Octobre 2008
- Ministère de la Santé Publique – Plan National de Développement Sanitaire du Tchad – 2009-2012 – Tome 2 : programmation, suivi et évaluation – Octobre 2008
- Ministère de la Santé Publique – Politique Nationale de Santé – 2007-2015
- Ministère de la Santé Publique – Direction de la Santé de la Reproduction et de la Vaccination – Politique et Normes des Services de Santé de la Reproduction
- République du Tchad – Présidence de la République – Primature – Pré-pacte entre le Gouvernement du Tchad et ses Partenaires du Secteur de la Santé en vue « D'assurer à la population l'accès aux services de santé de base de qualité pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité, afin de contribuer à l'atteinte des OMD à l'horizon 2015 »
- Ministère de la Santé Publique – Direction de la Santé de la Reproduction et de la Vaccination - Stratégie nationale de lutte contre les fistules obstétricales au Tchad - 2008-2012

Annexe 4. Programme de la mission

| | |
|---|--|
| Phase préparatoire | |
| Lundi 2 au samedi 7 avril | Préparation de la mission par le consultant international |
| Dimanche 8 avril | Arrivée du consultant international à N'Djamena |
| Briefing au niveau de N'Djamena | |
| Lundi 9 avril | Briefing de l'équipe d'évaluation par le Bureau de la Coopération suisse à N'Djamena Préparation par l'équipe de la visite sur le terrain Rencontre avec la coordinatrice du projet MdM |
| Mission au Kanem | |
| Mardi 10 avril | Voyage à Mao Rendez-vous avec le Gouverneur |
| Mercredi 11 avril | Visite au CS Maga, avec observation d'une formation d'AT Entretien avec le RCS et un groupe d'AT Rencontre avec UNICEF |
| Jeudi 12 avril | Visite à l'hôpital de Mao et au CS Mao centre Observation de la supervision des CPN Entretien avec le directeur intérim et la sage-femme de l'hôpital, et avec le RCS Observation d'une activité de sensibilisation communautaire dans un village dans la ZR du CS Mao centre Entretien avec un groupe de femmes bénéficiaires Rendez-vous au Sultanat du Kanem |
| Vendredi 13 avril | Entretien avec le personnel de MdM Visite au CS Ligra et entretien avec le RCS Observation d'une activité de sensibilisation communautaire dans un village de la ZR du CS Ligra Entretien avec un groupe d'hommes bénéficiaires Observation d'une deuxième activité de sensibilisation communautaire dans un autre village de la ZR du CS Ligra |
| Samedi 14 avril | Entretien avec le coordinateur site et la sage-femme expatriée MdM Revue des données Discussion des constats |
| Dimanche 15 avril | Retour à N'Djamena |
| Rencontres à N'Djamena, concertation et débriefing | |
| Lundi 16 avril | Rencontres avec les personnes clé à n'Djamena (MSP, DSRV, UNFPA, MdM et UNICEF) |
| Mardi 17 avril | Concertation des constats entre les consultants et préparation du débriefing Présentation débriefing à la Coopération suisse et les parties prenantes (MdM, UNFPA et UNICEF) |
| Elaboration du rapport | |
| Mercredi 18 avril | Arrivée du consultant international en Belgique |
| Jeudi 19 avril au mardi 1 mai | Elaboration et dépôt du rapport provisoire |

Annexe 5. Présentation de la restitution

Évaluation du projet « Réduction de la mortalité maternelle et néonatale ainsi que de la morbidité liée à la fistule obstétricale »

Restitution

N'Djamena, le 17 avril 2012

Contenu de la présentation

1. Introduction

- Le projet
- Les termes de référence de l'évaluation
- Méthodologie et activités réalisés dans l'évaluation

2. Présentation des constats

3. Conclusions et recommandations

Contenu de la présentation des constats

- **Pertinence**
 - Est-ce que le projet a répondu à un besoin réel?
 - Est-ce qu'il est aligné avec les politiques nationales?
- **Modalités de mise en œuvre**
 - Gestion du projet
 - Coordination avec les parties prenantes
- **Appréciation des activités menées**
 - Réalisations par résultat et activité
 - Qualité des activités

- **Efficacité**
 - Est-ce que les résultats attendus ont été atteints?
 - Quel est l'impact?
- **Pérennité**
 - Transfert des compétences
 - Durabilité des approches choisies
 - Capitalisation des « leçons apprises » au niveau des politiques nationales de santé
- **Prise en compte des aspects genre**

Introduction: 1. Le projet

Objectif:

Contribuer à réduire la morbi-mortalité maternelle et néonatale dans la région du Kanem au Tchad sur 36 mois et notamment la prévalence des fistules obstétricales,

Et ceci par:

Garantir un accès aux soins de qualité pour les femmes enceintes et les nouveau-nés ainsi que pour les femmes souffrant de fistules obstétricales de la région du Kanem : à l'hôpital de Mao et dans 15 centres de santé pendant une période de 3 ans

Introduction: 1. Le projet

Résultats attendus:

1. Le suivi des femmes enceintes, la prise en charge des accouchements et des nouveau-nés sont améliorés dans les 15 zones de responsabilité soutenues
2. La prise en charge globale (chirurgicale et sociale) des femmes diagnostiquées souffrant de fistule obstétricale est améliorée dans la région du Kanem
3. Des actions et des initiatives qui ont comme objectif une pérennisation du projet sont identifiées et mises en place en coordination avec les autorités sanitaires locales

Introduction: 1. Le projet

Activités – Résultat 1:

- Sensibiliser les communautés villageoises
- Former les accoucheuses traditionnelles (AT)
- Former les RCS soutenus
- Equiper les CS soutenus en matériel et médicaments
- Former les personnels de santé de l'hôpital de Mao
- Approvisionner l'hôpital de Mao en équipement
- Mettre en place l'ambulance et le système de communication pour le transfert entre les CS et l'hôpital
- Mettre en place le plateau technique pour la transfusion sanguine

Introduction: 1. Le projet

Activités – Résultat 2:

- La sensibilisation sur la problématique des fistules dans les communautés villageoises
- Former les accoucheuses traditionnelles
- Dépister les femmes ayant une fistule obstétricale dans la région
- Prise en charge chirurgicale
- Former le personnel de santé de l'hôpital de Mao
- Prise en charge psychosociale
- Participer et appuyer les campagnes de traitement des fistules organisées par la DSRV et l'UNFPA
- Sensibiliser le personnel des hôpitaux de Moussoro et de Nokou
- Mettre en place un système de référence gratuit à N'Djamena

Introduction: 1. Le projet

Activités – Résultat 3:

- Informer les leaders d'opinion du contenu et de la portée du programme et les impliquer
- Accompagner les autorités sanitaires dans le monitoring
- Appuyer les autorités sanitaires nationales pour répliquer les activités mises en place dans les autres régions
- Appuyer la création d'une association des femmes victimes de fistules obstétricales
- Faire des sensibilisations de masse au niveau des communautés villageoises

Introduction: 1. Le projet

- Plusieurs bailleurs de fonds
 - Direction du Développement et de la Coopération Suisse
 - UNICEF
 - UNFPA
 - Fonds propres Médecins du Monde
 - Fonds CERF
- Durée de 3 ans (2009-2012)
- Budget moyen annuel environ 850.000 EUR/mois
- Zone d'intervention: les districts de Mao et Mondo

Introduction: 2. L'évaluation

Objectifs:

- Analyser différents aspects du projet
 - La pertinence
 - La durabilité/pérennité
 - Les aspects genre
 - L'efficacité
 - Le niveau d'atteinte des résultats attendus
 - Les modalités de mise en œuvre du projet
 - La perception des parties prenantes
 - Le niveau d'alignement du projet avec les politiques nationales
 - La capitalisation des "leçons apprises"
- Faire des propositions pour le futur immédiat et à moyen terme

Introduction: 2. L'évaluation

Méthodologie:

- Équipe de trois personnes avec background différent
- Mission de 8 jours, dont 4 jours de collecte d'informations sur le terrain et 2 jours à N'Djamena
- Sources d'informations:
 - Révision de documentation pertinente
 - Entretiens avec personnes ressource clé
 - Visites sur le terrain:
 - Observations d'activités
 - Entretiens individuels
 - Discussions en groupe

Présentation des constats: Pertinence

Est-ce que le projet a répondu a un besoin réel?

- + Oui, les problèmes de santé maternelle et néonatale, y inclus la fistule obstétricale, font partie des problèmes prioritaires au Kanem, et au Tchad

Est-ce qu'il est aligné avec les politiques nationales?

- + Oui, les problèmes abordés par le projet ont été définies par l'état et par la communauté internationale comme des priorités

Présentation des constats: Modalités de mise en œuvre

Le projet a t-il été bien géré?

- + La structure organisationnelle de MdM est bien définie (trityque)
- + Des systèmes de gestion financière et logistique qui paraient adéquats
- + Personnel qualifié, motivé et mobilisé à temps
- Bonne planification, mais absence de plans opérationnels annuels
- Le système de S&E ne permet pas toujours d'apprécier les résultats obtenus

Présentation des constats: Modalités de mise en œuvre

Le projet a-t-il été bien coordonné/harmonisé avec les autres partenaires?

- + Il y a une bonne disponibilité de MdM à collaborer avec les autorités de santé et les autres partenaires
- Cette collaboration est parfois limitée à cause des ressources limitées et la priorisation de certaines activités

Présentation des constats: Appréciation des activités menées

Résultat 1: Sensibilisation des communautés

- + Le nombre de villages et populations cible atteintes est ± en accord avec ce qui était planifié
- + La méthodologie et les outils utilisés sont:
 - + de bonne qualité
 - + adaptés au milieu
 - + le message est bien perçu

Présentation des constats: Appréciation des activités menées

Résultat 1: Formation des AT

- + Le nombre de AT formées a dépassé l'objectif fixé
- + La méthodologie et les outils utilisés sont de bonne qualité, adaptés au milieu et le message est bien perçu, bien qu'il y a une composante qui nécessite d'être renforcée
- + Les connaissances des AT ont clairement été améliorées
- + Le suivi des AT après la formation est assuré
- + L'hygiène sur les accouchements propres à domicile est renforcée a travers les kits fournis
- Est-ce que la supervision sur long terme est assurée?

Présentation des constats: Appréciation des activités menées

Résultat 1: Formation des RCS

- + Tous les RCS ont bénéficié de formation pratique dans leur CS, à travers les sages femmes
- + La méthodologie et les outils utilisés sont de bonne qualité

Résultat 1:Equiper les CS soutenus

- + Tous les CS ont bénéficié d'un appui en matériels, consommables et médicaments, ainsi assurant la gratuité des soins prénataux, d'accouchement, post-nataux et de BEF

Présentation des constats: Appréciation des activités menées

Résultat 1: Former les personnels de l'hôpital de Mao

- + Tous les médecins, sages femmes et autres personnes impliquées dans les soins maternels et néonataux ont bénéficié de formations
- + L'hôpital a été renforcé par une sage femme expérimentée qui encadre les autres
- + Introduction du partogramme

Résultat 1: Approvisionner l'hôpital de Mao

- + L'hôpital a bénéficié d'un renforcement en matériels, consommables et médicaments pour le SONUC

Présentation des constats: Appréciation des activités menées

Résultat 1: Mettre en place l'ambulance

- + Disponibilité d'une ambulance et un système de référence opérationnel
- + La gestion est assurée par un comité de gestion
- Le fonctionnement est graduellement transféré à la DSRK, bien que ça pose quelques problèmes

Résultat 1: Mettre en place un plateau pour la transfusion sanguine

- Cette activité a été annulée

Présentation des constats: Appréciation des activités menées

Résultat 2: La sensibilisation sur la problématique des fistules

- + En plus de la sensibilisation communautaires, autres activités de sensibilisation ont été menées au près de différentes populations

Résultat 2: Former les accoucheuses traditionnelles

- Cette formation est intégrée dans la formation globale des AT

Présentation des constats: Appréciation des activités menées

Résultat 2: Dépister les femmes ayant une fistule obstétricale

- + Un nombre important de femmes a été signalisées et diagnostiquées

Résultat 2: Prise en charge chirurgicale

- + Toutes femmes diagnostiquées ont été opérées lors des différentes sessions chirurgicales

Présentation des constats: Appréciation des activités menées

Résultat 2: Former le personnel de santé de l'hôpital

- + Les MCD des 2 districts et autre personnel pertinent de l'hôpital ont été formés

Résultat 2: Prise en charge psychosociale

- + La prise en charge psychosociale est suffisamment assurée avant, pendant et après les sessions chirurgicales, bien que le suivi postopératoire (à domicile) peut être amélioré

Présentation des constats: Appréciation des activités menées

Résultat 2: Autres activités

- + MdM participe dans les activités de fistules au niveau national
- La sensibilisation du personnel des hôpitaux de Moussoro et de Nokou a été remplacé par la formation d'une ONG
- Un système de référence gratuit à N'Djamena est en place, mais n'est pas opérationnel

Présentation des constats: Appréciation des activités menées

Résultat 3: Des actions et des initiatives qui ont comme objectif une pérennisation du projet

- + L'implication des leaders et des associations locaux est assuré
- + MdM participe activement à des réunions de coordination
- Les activités n'ont pas encore été répliquées dans autres régions
- Une association des femmes victimes de fistules obstétricales n'a pas été créée

Présentation des constats: Efficacité

Est-ce que les résultats attendus ont été atteints?

Résultat 1

- + Les CPN3+ ont clairement augmenté
- + Le taux d'utilisation du partogramme est élevé
- L'effet sur CPN1 est moins clair
- Le taux d'accouchements assistés continue très bas
- Le taux d'accouchements compliqués assistés n'est pas connu
- Le taux de césariennes a augmenté mais continue très bas

Présentation des constats: Efficacité

Est-ce que les résultats attendus ont été atteints?

Résultat 2

- + Presque toutes femmes acceptent être opérées
- + Le suivi psycho-social est assuré
- Les cas compliqués sont prise en charge sur place
- Le taux de dépistage n'est pas connu
- Le taux d'échec est assez élevé

Présentation des constats: Efficacité

Est-ce que les résultats attendus ont été atteints?

Résultat 3

- + Les cibles des indicateurs définis ont été atteints
- L'effet sur la pérennité n'est pas claire

Présentation des constats: Efficacité

Quel est l'impact?

- Les données disponibles ne permettent pas de apprécier l'impact
- La durée du projet est trop réduite pour déjà avoir un impact substantiel

Présentation des constats: Pérennité

Transfert des compétences

- + MdM fait un effort pour éviter la substitution afin d'assurer le transfert de compétences
- Cependant, l'insuffisance et la mobilité en ressources humaines et la courte durée du projet entravent le transfert de compétences

Durabilité des approches choisies

- + MdM utilise un approche que essaye d'assurer une durabilité
- Cependant, il est difficile d'avoir un impact sans entrer dans la substitution, vu les conditions actuelles du système national de santé

Présentation des constats: Pérennité

Capitalisation des « leçons apprises » au niveau des politiques nationales de santé

- La durée du projet est trop réduite pour déjà avoir une capitalisation

Conclusions

- + Les thèmes du projet sont pertinents
- + La mise en œuvre et la gestion sont de bonne qualité
- + La réalisation des activités est globalement bien appréciable
- + Certains résultats encourageants ont été obtenus
- + Une approche appréciable en évitant de jouer à la substitution
- + La bonne implication des leaders locaux

Conclusions

- Le système de suivi et évaluation mérite d'être renforcé
- Certains résultats attendus n'ont pas été réalisés
- La durée du projet est trop courte pour déjà avoir un transfert de compétence, un impact ou une capitalisation des leçons apprises
- La durabilité à court terme est à cause des moyens limités du système de santé national

Recommandations

- Continuer à appuyer la deuxième phase du projet
- Renforcer le S&E pour bien documenter les leçons apprises
- Activement participer dans, et contribuer à, le renforcement du système national de santé

Annexe 6. Bilan détaillé des réalisations physiques par résultat attendu

1. Résultat attendu 1 : Le suivi des femmes enceintes, la prise en charge des accouchements et des nouveau-nés sont améliorés

1.1 Sensibilisation des communautés villageoises

a. Réalisations

La sensibilisation des communautés villageoises se fait à travers des séances de sensibilisation faites par des équipes de 2 animateurs (un homme et une femme) dans les villages mêmes. Le nombre de participants par séance est en moyenne de 30 à 40. Initialement il y avait 2 séances par village, une avec les femmes et une avec les hommes, mais la méthodologie a été révisée et propose maintenant 3 séances par village, chaque séance sur un thème différent et groupant les hommes et les femmes ensemble. Dans chacune des 15 zones de responsabilité 6 villages sont choisis avec le Responsable de centre de santé (RCS) et chaque village est visité 3 fois. Les principaux critères de sélection sont le nombre d'habitants et la fréquentation actuelle du CS.

Tableau 2 - BILAN DES REALISATIONS DES ACTIVITES DE SENSIBILISATION COMMUNAUTAIRE

| | Nov 2009 - Juin 2010 | Juillet 2010 - Juin 2011 | Juillet 2011 - Mar 2012 | Total |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------|--------------|
| Nr de séances | 253 | 399 | 396 | 1048 |
| Nr d'hommes atteints | 3058 | 4596 | 5816 | 13470 |
| Nr de femmes atteintes | 5059 | 7220 | 11504 | 23783 |
| Nr total de participants | 8117 | 11816 | 17320 | 37253 |

Source : MDM, rapports d'activités

Le tableau 1 présente les données sur le nombre de séances de sensibilisations réalisées et le nombre de personnes atteintes tels que rapportés par MDM. Le nombre de séances dépasse de loin la cible qui avait été définie au début du projet (1/ZR/trimestre). En fin mars 2012, le projet avait compté un total de 37 253 personnes qui avaient participé aux séances. Il faut noter cependant que depuis juillet 2011 la sensibilisation a été divisée en trois séances, chacune sur un thème différent, et que chaque séance est suivie par principalement les mêmes participants. Le nombre de personnes atteintes pendant la période juillet 2011 – mars 2012 sera donc substantiellement plus réduit que le nombre de participants aux séances (environ un tiers). En conséquence nous estimons, sur base des données démographiques disponibles, que le nombre de personnes atteintes correspond à environ 37% de la population en âge de procréer des 15 ZR. Il faut cependant noter que les données démographiques sont peu fiables et qu'elles sous-estiment la population réelle (voir point 2.4.1.1.1). La couverture réelle est probablement plus basse. Néanmoins le nombre de personnes atteintes est très élevé.

En plus des activités de sensibilisation dans les villages, MDM a conduit des activités de sensibilisation au niveau de la ville de Mao. Celles-ci incluent une collaboration avec la Délégation de l'action sociale et le centre social de Mao pour sensibiliser les groupements de femmes au centre. De plus, des contacts ont été établis avec la Délégation régionale de l'éducation nationale pour initier des activités de sensibilisation au niveau des écoles.

b. Appréciation de la qualité

La sensibilisation se fait à l'aide de trois boîtes à images, une boîte par thème: le premier thème couvre la grossesse et l'importance de la consultation prénatale et le référencement ; le deuxième thème couvre la fistule obstétricale ; et le troisième thème couvre l'accouchement et la période post-natale, y inclus l'allaitement maternel et le bien-être familial (BEF). Les images sont bien adaptées au

milieu culturel et ont été pré-testées et révisées. La qualité de la sensibilisation, telle qu'appréciée pendant l'observation, était bonne et les discussions tenues avec les bénéficiaires montraient que les messages étaient bien perçus.

1.2 Formation des accoucheuses traditionnelles

a. Réalisations

Le taux d'accouchements réalisés par les accoucheuses traditionnelles (AT) est très élevé au Tchad (40% selon l'enquête MICS). La stratégie nationale recommande de former les AT pour qu'elles réfèrent les femmes enceintes aux structures sanitaires et non pour qu'elles fassent l'accouchement elles-mêmes. MdM respecte cette directive et met l'accent dans les formations sur la reconnaissance des signes d'alarme pendant la grossesse et l'accouchement. Néanmoins, à cause de la réalité du terrain et le grand nombre d'accouchements qui continuent d'être réalisés par les AT, MdM a choisi de fournir des kits d'hygiène aux AT pour assurer un minimum d'hygiène lors de ces accouchements. Pour chaque accouchement que l'AT rapporte au CS, elle reçoit un nouveau kit. L'équipe d'évaluation approuve cette approche car la capacité du système national de santé est encore très faible et ne peut pas du tout assurer tous les accouchements de la communauté.

Tableau 3 - BILAN DES REALISATIONS DES ACTIVITES DE FORMATIONS DES AT

| | 2010 | 2011 | 2012 (Jan-Fév) | Total |
|----------|------|------|----------------|-------|
| Module 1 | 194 | 24 | 119 | 337 |
| Module 2 | 66 | 102 | - | 168 |
| Module 3 | 83 | 106 | - | 189 |
| Révision | 70 | 93 | - | 163 |

Source : MdM, Résumé des activités, février 2012

Le tableau 2 ci-dessus présente le nombre d'AT qui ont participé aux différentes sessions de formation jusqu'à février 2012. La formation est divisée en trois modules. Le module 1 est dédié à l'hygiène, l'importance de la CPN et le suivi de la grossesse, le module 2 aux grossesses à risque, avec un accent sur la problématique de la fistule obstétricale, et la référence des accouchements compliqués, et le module 3 est consacré à l'allaitement maternel exclusif et l'importance des soins post-natals. Une session de révision est organisée six mois après la formation.

Le nombre total des AT dans les 15 ZR appuyées n'est pas connu et il n'est donc pas possible de calculer le pourcentage d'AT qui a bénéficié d'une formation. Néanmoins, le nombre est élevé et dépasse de loin la cible originelle (15 AT formées).

Un obstacle à la sensibilisation des AT pour référer les accouchements au CS est qu'elles perdent ainsi un pourboire qu'accorde ces femmes après l'accouchement. Pour cette raison l'UNICEF a proposé un système de « cash transfer ». L'AT recevrait une compensation pour chaque accouchement référé. MdM est plutôt en faveur d'un système de rémunération mensuelle non seulement pour la référence des accouchements, mais aussi pour les activités de sensibilisation conduites par les AT. L'équipe d'évaluation juge les deux options valables : il faudrait cependant étudier quelle option pourrait être la plus pérenne.

a. Appréciation de la qualité

La méthodologie utilisée est à nouveau celle des boîtes à images qui sont elles aussi de bonne qualité et adaptées au milieu culturel. Les messages sont assez bien perçus par les AT, comme le montrent les résultats post-test. Les thèmes abordés sont pertinents, bien que certaines composantes nécessitent d'être renforcées.

L'équipe d'évaluation a apprécié le suivi des AT après la formation. Trois mois après le dernier module, 3 AT sont supervisées dans chaque ZR. Cette supervision sert principalement à identifier les faiblesses persistantes qui seront ensuite intégrées dans la session de révision, 3 mois après la supervision. Cependant, la supervision à long terme n'est plus faite par MdM, mais par le responsable du centre de santé et cette composante nécessite d'être renforcée.

1.3 Formation et supervision des responsables de centre de santé

Les 15 RCS des centres appuyés sont formés par les sages-femmes MdM dans les différents soins de santé maternelle et néonatale. La formation est faite individuellement, au centre. À chaque visite un thème est abordé. En moyenne la sage-femme passe 3 fois par mois pendant une année, aux jours où il y a moins d'activités. Les thèmes abordés couvrent tous les aspects de la santé maternelle et néonatale et des modules de formation ont été élaborés.

L'équipe d'évaluation n'a pas participé à ces formations, mais la qualité paraît bonne et les bénéficiaires étaient satisfaits. Cependant, le personnel et les autorités de santé préfèrent la formation en atelier. Bien que la formation en atelier ait certains avantages, comme l'échange d'expériences entre les participants et un coût moins élevé, elle a aussi des désavantages, tels que l'absence du RCS du centre de santé (étant la seule personne qualifiée) et une moindre efficacité. L'équipe d'évaluation supporte donc le choix de MdM.

En plus des visites de formation, les sages-femmes MdM font la supervision régulière des consultations prénatales (2 fois par mois). L'équipe d'évaluation a participé à une de ces visites et a apprécié la qualité comme bonne.

1.4 Equipement des centres de santé en matériels et médicaments

Bien que l'équipement des CS soit de la responsabilité du MSP, la plupart des CS avait de grandes insuffisances en matériel. MdM a, pour cette raison, apporté un appui en matériels aux CS. L'appui inclut aussi la construction d'une salle additionnelle pour les accouchements quand cela s'avère nécessaire. Cette construction n'est pas faite par MdM, mais par la communauté à travers le COGES. Les CS visités étaient suffisamment équipés, bien qu'un état des lieux effectué par MdM dans les 10 premiers CS appuyés quelques mois après l'appui montrait que la plupart de ces CS n'avaient plus le matériel complet et nécessitaient un nouvel appui.

En plus du matériel, MdM appuie également les CS en consommables et médicaments. Au Tchad, le système de recouvrement des coûts est en vigueur pour les médicaments et consommables, à l'exception des médicaments pour le traitement de certaines maladies endémiques et pour les traitements d'urgence au niveau des hôpitaux. Les CS ne reçoivent donc pas encore de médicaments gratuits et MdM a établi une liste de tous les consommables et médicaments nécessaires pour les urgences obstétricales et approvisionne la pharmacie du DS, qui a son tour approvisionne les 15 CS en utilisant un système de gestion de stock séparé des systèmes du MSP. Le transport des médicaments aux CS est assuré par MdM. En plus des médicaments d'urgence, MdM approvisionne également les médicaments et consommables nécessaires pour la consultation prénatale et le bien-être familial.

1.5 Formation du personnel de santé de l'hôpital de Mao

L'hôpital de Mao est à la fois l'hôpital de district de Mao et l'hôpital de référence régional puisque aucun autre district de la région ne dispose d'un hôpital opérationnel. MdM a formé tout le personnel de l'hôpital qui est impliqué dans les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet (SONUC), c'est à dire le personnel de la maternité et du bloc opératoire, et les médecins des trois autres DS. La formation est partiellement faite par la sage-femme expatriée et partiellement par un

médecin gynécologue expatrié qui visite le projet une fois par an pour une période de un à deux mois. En plus de la formation, MdM appui aussi l'amélioration de l'organisation des SONUC. Cette composante inclut le renforcement de l'utilisation du partogramme.

L'équipe n'a pas pu évaluer la qualité de ces formations, mais elles étaient bien appréciées par les bénéficiaires. Cependant, l'efficacité a été limitée à cause du manque de personnel et de sa grande mobilité. Pendant la durée du projet, l'hôpital a passé des périodes sans aucun médecin, avec seulement une sage-femme. Pour garantir au moins un minimum de soins, MdM a opté de financer le salaire d'une sage-femme supplémentaire. Cette appui a permis une amélioration importante des soins et est fortement apprécié par les parties prenantes qui aimeraient que MdM appuie davantage en termes de personnel permanent (par exemple en mettant à disposition un médecin gynécologue).

1.6 Equipement de l'hôpital de Mao en matériels et médicaments

De la même manière que pour les CS, l'hôpital est appuyé par MdM en matériel médical, consommables et médicaments. Bien que les médicaments pour les urgences obstétricales à l'hôpital doivent être fournis gratuitement par le MSP, ce système n'a pas encore été mis en place. Tous les matériels et médicaments nécessaires pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets sont approvisionnés par MdM. Les médicaments et consommables sont gérés par la pharmacie de l'hôpital.

1.7 Mise en place d'un système de transfert entre les CS et l'hôpital

Les grandes distances entre les CS et l'hôpital, la mauvaise condition des routes et la manque de moyens de transport sont des facteurs importants expliquant la difficulté des références des accouchements compliqués. Pour cette raison, MdM a mis à la disponibilité de la DRS une deuxième ambulance et a introduit un système de référence des urgences obstétricales. MdM a pris en charge la gestion de l'ambulance (chauffeurs, carburant, entretien,...), mais le but est que celle-ci soit graduellement prise en charge par la DRS par le moyen d'un comité de gestion de l'ambulance qui comprend les responsables de la santé au niveau de l'hôpital, du district et de la région. Au moment de l'évaluation cette remise de la gestion était encore en cours et MdM prenait encore en charge le salaire des chauffeurs et l'entretien de l'ambulance. La DRS assure déjà les autres dépenses, mais avec difficultés. Le système de financement par le MSP n'a pas de lignes budgétaires spécifiques pour ce genre d'activité qui doit être financé par le recouvrement de coût.

L'ambulance est utilisée non seulement pour l'évacuation des urgences obstétricales des 15 CS appuyés par MdM, mais également pour les évacuations d'autres urgences de tous les CS de la région. Le nombre d'évacuations est en moyenne de 15 par mois, bien qu'il soit possible que toutes les sorties n'aient pas été enregistrées. Environ 70% de ces sorties sont pour des urgences obstétricales.

Cependant, le problème de manque de moyens de transport pour arriver jusqu'au CS persiste et MdM a conduit une enquête au sein des ménages pour analyser la faisabilité de différents systèmes de transport. L'enquête a illustré une volonté de la population d'adhérer à un système sur base de solidarité communautaire, en optant pour l'utilisation de charrettes tirées par des chevaux. MdM va tester ce système dans deux villages, et évaluer l'utilisation de motocyclettes-ambulances comme moyen de transport alternatif.

1.8 Mise en place d'un plateau technique pour la transfusion sanguine

La transfusion sanguine est une composante essentielle des SONUC. L'hôpital de Mao ne disposait pas d'une banque de sang et MdM avait planifié sa mise en place comme une de ses activités. L'hôpital a été équipé au cours du projet de tout le matériel nécessaire à l'établissement d'une

banque de sang sur un financement de la Banque Mondiale. Cependant, le manque d'alimentation électrique continue handicape l'établissement d'une chaîne de froid et l'installation de la banque de sang. La solution à ce problème dépasse les moyens de MdM et celui-ci a donc décidé de retarder cet appui. L'équipe d'évaluation supporte cette décision de MdM, parce que l'alimentation électrique d'un hôpital exige des expertises qui effectivement dépassent celles de MdM.

2. Résultat attendu 2 : La prise en charge globale des femmes diagnostiquées souffrant de fistule obstétricale est améliorée

2.1 La sensibilisation sur la problématique des fistules

En plus de la sensibilisation des communautés villageoises sur la fistule obstétricale intégrée dans la sensibilisation générale (point 2.3.1.1), MdM a mené des activités additionnelles telles que la sensibilisation sur les marchés, la formation du personnel d'une ONG locale basée dans la région adjacente de Bahr El Ghazal, l'information et la sensibilisation des leaders communautaires dans les villages où des femmes étaient dépistées, la sensibilisation des femmes fréquentant les consultations prénatales et la sensibilisation dans des villages non-couverts par le programme de sensibilisation générale. Ces activités sont généralement menées par les animateurs psycho-sociaux.

2.2 La formation des accoucheuses traditionnelles dans la problématique des fistules

Cette activité est intégrée dans l'activité de formation des AT (point 2.3.1.2).

2.3 Le recensement des femmes ayant une fistule obstétricale

Le recensement se fait par les activités de sensibilisation (voir ci-dessus) où les participants sont encouragés de se présenter ou d'encourager les femmes qu'ils connaissent à se présenter au CS ou à l'hôpital. De plus, plusieurs communiqués ont été diffusés par la radio locale et d'autres femmes ont été sensibilisées par des femmes ayant déjà bénéficié d'une opération. Les femmes sont d'abord visitées par les animateurs psycho-sociaux et ensuite une séance de diagnostic est organisée au CS avec le médecin-chef du district.

2.4 La prise en charge chirurgicale et la formation

Une session de prise en charge chirurgicale est organisée environ trois fois par an. Sept sessions ont été réalisées pendant le projet. MdM va chercher les femmes diagnostiquées et les amène à l'hôpital de Mao où elles sont logées à l'intérieur du terrain de l'hôpital dans un espace apprêté pour la circonstance appelé « village » d'attente. Une équipe expatriée, composée d'un chirurgien et d'un anesthésiste, vient à Mao pour une période d'environ dix jours pendant laquelle ils effectuent les opérations ensemble avec les médecins de la région (les Médecins chefs de district (MCD) de Mao et Mondo, et le Médecin chef de l'hôpital). Pendant ces opérations conjointes les médecins locaux sont formés dans la conduite de l'opération.

Le tableau 3 présente le nombre de femmes opérées lors de chaque session. En moyenne 20 opérations sont effectuées par session, dont 9 sont des premières opérations et 11 des ré-opérations. Le nombre relativement élevé de ré-opérations est dû au fait que la majorité des fistules dépistées sont des fistules compliquées dont le taux d'échec après la première opération est élevé. Certaines femmes ont nécessité plus de trois opérations.

Tableau 4 - BILAN DES REALISATIONS DES ACTIVITES DE PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES FEMMES SOUFFRANT DE FISTULE OBSTETRICALE

| | Nouvelles patientes opérées | Anciennes patientes réopérées | Total |
|--------------|-----------------------------|-------------------------------|------------|
| Session 1 | 4 | 0 | 4 |
| Session 2 | 13 | 1 | 14 |
| Session 3 | 7 | 9 | 16 |
| Session 4 | 15 | 15 | 30 |
| Session 5 | 7 | 22 | 29 |
| Session 6 | 9 | 18 | 27 |
| Session 7 | 10 | 11 | 21 |
| Total | 65 | 76 | 141 |

Source : MdM, Résumé des activités, février 2012

Le but de MdM était de former les médecins et les autres membres du personnel du bloc opératoire, afin qu'ils puissent continuer les opérations des fistules. Cependant, la formation porte seulement sur l'opération de fistules simples et vu le nombre réduit de ce type de fistules la prise en charge chirurgicale continue de dépendre de la visite de l'équipe expatriée.

2.5 La prise en charge psycho-sociale

MdM a ajouté à la prise en charge des femmes souffrant de fistule une composante importante de suivi psycho-social, ce qui a été bien apprécié par l'équipe d'évaluation parce que cette composante est souvent négligée. Le suivi psycho-social est assuré par les 2 animateurs psycho-sociaux qui sont formés et assistés par une psychologue expatriée. Celle-ci vient au moment des sessions chirurgicales mais reste pour une période plus longue que l'équipe chirurgicale.

Le suivi psycho-social commence déjà avant l'opération par des visites à domicile et des sessions de sensibilisation au CS par les animateurs. Il continue pendant la session chirurgicale par des entretiens individuels et des sessions de groupe, et il se termine par des visites à domicile postopératoires. De plus, des activités génératrices de revenus, tels que des ateliers de fabrication de pain ou de tressage, sont menées avec les femmes dans l'aire d'attente.

L'équipe d'évaluation n'a observé aucune activité de prise en charge psycho-sociale et ne peut donc pas apprécier sa qualité, mais elle n'a trouvé aucune indication que celle-ci ne serait pas bonne. Néanmoins, les animateurs reconnaissent que le suivi postopératoire pourrait encore être amélioré. Ce suivi est très important pour assurer la bonne adhérence aux conseils postopératoires, tel que l'abstinence sexuelle et la contraception, afin de permettre une bonne guérison.

2.6 La participation et l'appui aux autres campagnes de traitement

Cette activité consiste principalement en la participation aux plateformes de coordination à N'Djamena par la coordinatrice MdM et la coordination des activités avec les partenaires tels que la DSRV du MSP, l'UNFPA et Médecins sans frontières - Suisse, qui effectue également des opérations de fistules.

2.7 La sensibilisation du personnel des hôpitaux de Moussoro et Nokou

Cette activité n'a jamais démarré, bien qu'une ONG locale ait été formée pour sensibiliser les femmes dans la région de Bahr El Ghazal (dont Moussoro est la capitale).

2.8 La mise en place d'un système de référence vers N'Djamena

Cette activité n'a pas encore pu démarrer à cause du manque de capacité au niveau de l'hôpital de référence à N'Djamena pour recevoir les femmes référées. Une femme a été référée, mais n'a jamais été prise en charge.

3. Résultat attendu 3 : Des actions et des initiatives qui ont comme objectif une pérennisation du projet sont identifiées et mises en place

3.1 L'information et l'implication des leaders d'opinion

MdM a informé et impliqué les autorités locales dès le début du projet. Celles-ci incluent le Sultan du Kanem, le Gouverneur, le Maire de Mao et le Préfet entre autres. Les chefs de villages sont impliqués lors des visites de sensibilisation et MdM a encore renforcé cette implication vers la fin du projet à travers des séances préparatoire avec les leaders locaux avant la sensibilisation proprement dite. L'équipe d'évaluation a particulièrement apprécié les activités conduites avec l'Imam de Mao et quelques marabouts, vu la grande influence des leaders religieux au Kanem.

3.2 L'appui aux autorités sanitaires nationales pour répliquer les activités mises en place dans les autres régions

Le but était que vers la fin du projet les leçons apprises soient utilisées pour répliquer les activités dans d'autres régions. Cependant, le projet n'a pas encore atteint ce point.

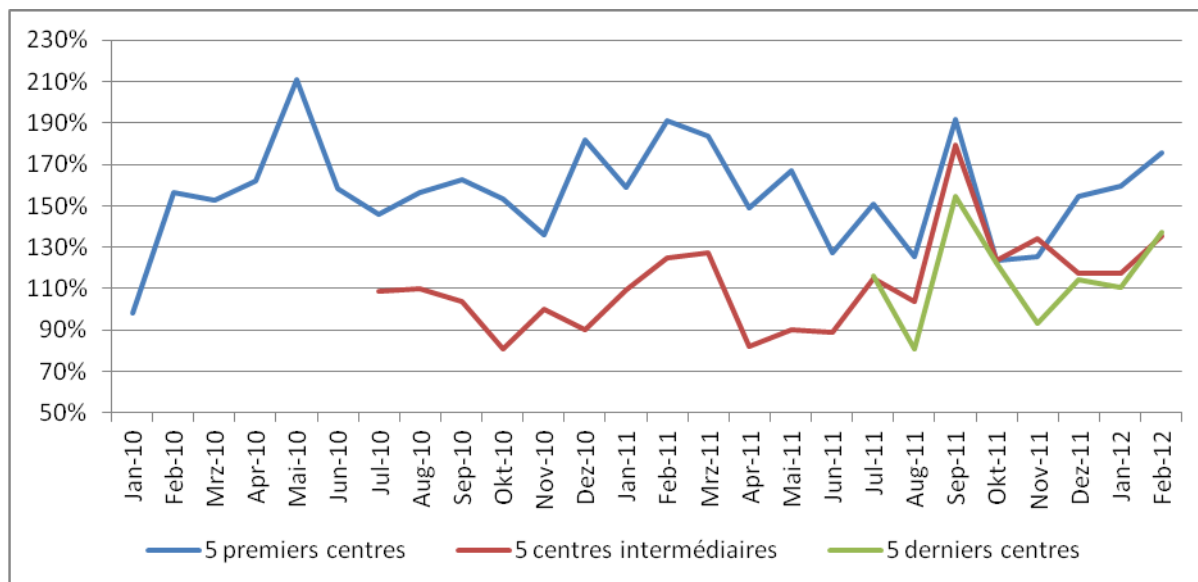
3.3 L'appui à la création d'une association des femmes victimes de fistules obstétricales

Cette activité n'a pas été réalisée principalement à cause des grandes distances et des problèmes de transport qui ne facilitent pas l'organisation de réunions de femmes.

Annexe 7. Graphiques d'évolution d'indicateurs

Graphique 1: TAUX DE CPN1 MENSUEL AU LONG DU PROJET

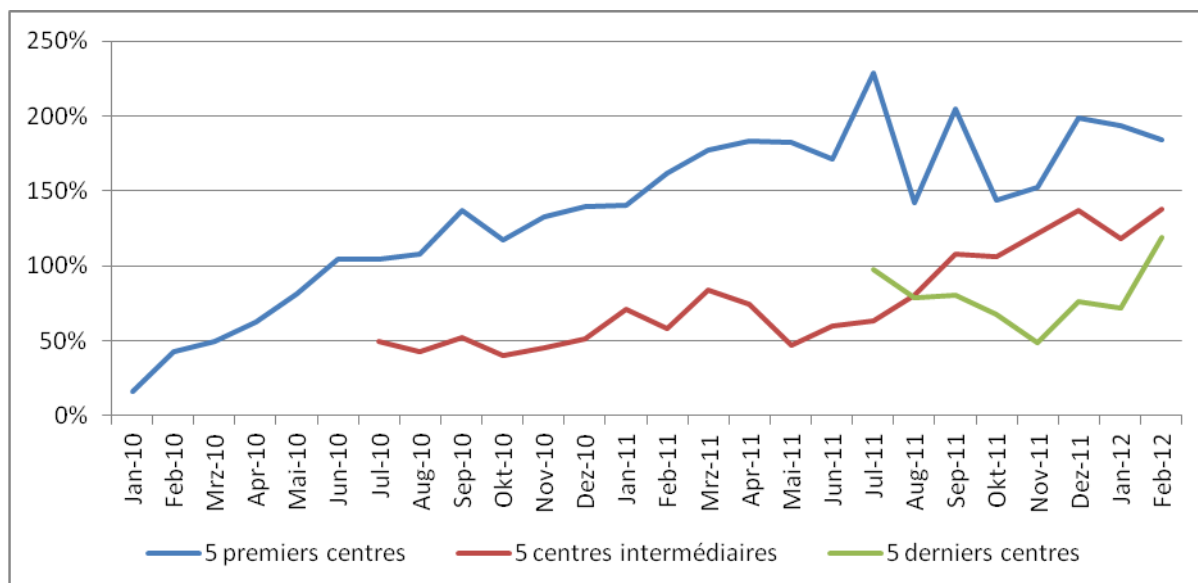
Le graphique 1 montre le taux de première CPN par mois pour les 5 CS appuyés dès le début (septembre 2009), les 5 CS appuyés depuis juillet 2010 et les 5 CS appuyés depuis juillet 2011



Source : Statistiques MdM

Graphique 2: TAUX DE CPN3+ MENSUEL AU LONG DU PROJET

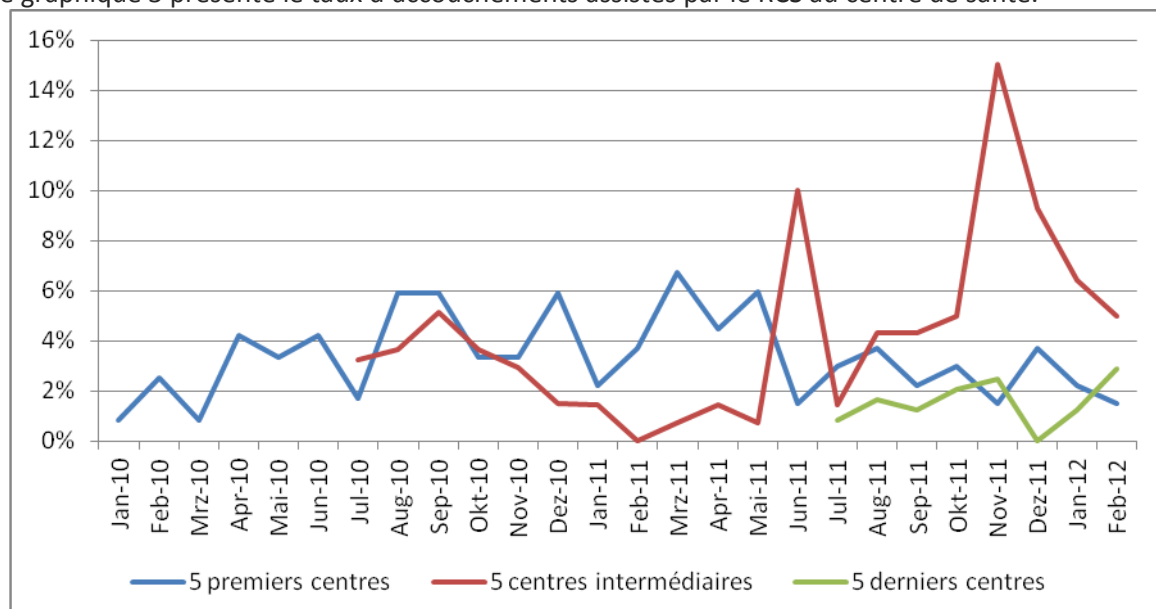
Le graphique 2 montre le taux de consultations CPN3+ (troisième CPN ou plus) par mois pour les 5 CS appuyés dès le début (septembre 2009), les 5 CS appuyés depuis juillet 2010 et les 5 CS appuyés depuis juillet 2011



Graphique 3: TAUX D'ACCOUCHEMENTS ASSISTES AUX CENTRES DE SANTE

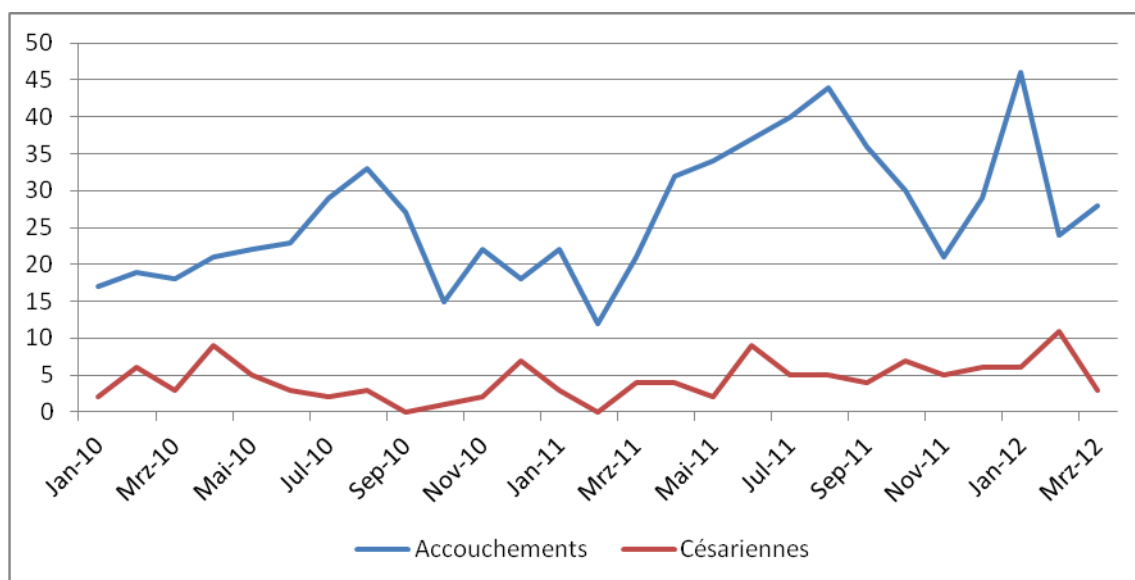
Le graphique 3 montre le taux d'accouchements aux centres de santé, assistés par le RCS, par mois pour les 5 CS appuyés dès le début (septembre 2009), les 5 CS appuyés depuis juillet 2010 et les 5 CS appuyés depuis juillet 2011

Le graphique 3 présente le taux d'accouchements assistés par le RCS au centre de santé.



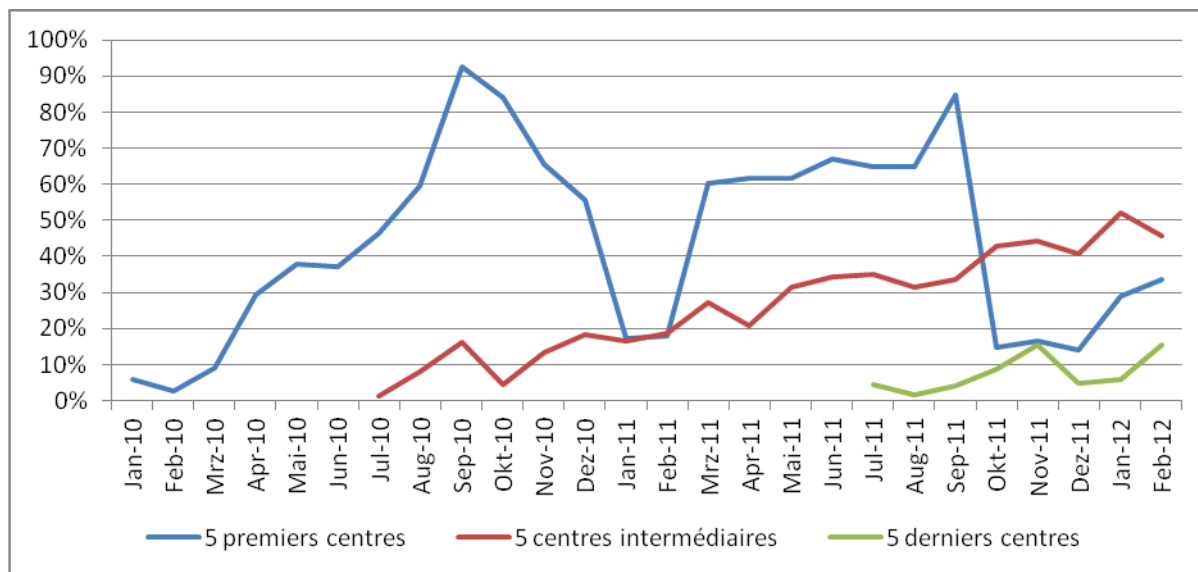
Graphique 4: NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS ET CESARIENNES A L'HOPITAL

Le graphique 4 montre le nombre d'accouchements et le nombre de césariennes à l'hôpital de Mao par mois depuis janvier 2010



Graphique 5: TAUX DE CONSULTATIONS POSTNATALES AUX CENTRES DE SANTE

Le graphique 5 montre l'évolution du taux de consultations postnatales par mois pour les 5 CS appuyés dès le début (septembre 2009), les 5 CS appuyés depuis juillet 2010 et les 5 CS appuyés depuis juillet 2011



Annexe 8. Recommandations spécifiques

Améliorer la composante suivi et évaluation

Dans la composante suivi/évaluation il faut distinguer deux aspects :

1. La collecte de statistiques de routine dans le cadre du système d'information sanitaire (SIS) du MSP, un système qui sert à informer le pays en termes généraux sur le nombre de pathologies, le nombre de services fournis et le nombre de bénéficiaires atteints aux niveaux des structures sanitaires
2. La collecte de données dans le cadre du suivi et de l'évaluation (S&E) du projet MdM qui sert à mesurer les effets et l'impact des activités menées par le projet

En ce qui concerne le SIS du MSP, l'amélioration de ce système ne figure pas parmi les objectifs du projet MdM et l'appréciation de ce système n'a donc pas fait partie de l'évaluation. Cependant, les évaluateurs ont noté quelques aspects qui méritent d'être mentionnés :

- *Le registre national des consultations prénatales n'est pas adapté aux besoins et ne suit pas les recommandations de l'OMS*

Le livre enregistre chaque consultation au lieu d'enregistrer chaque femme enceinte séparément (une ligne par consultation au lieu d'une ligne par femme enceinte). Il est recommandé que le livre soit révisé de manière à permettre de mieux compter le nombre de femmes qui viennent pour la consultation prénatale, le nombre de visites effectuées par chaque femme, et les services fournis au cours de la grossesse, selon les recommandations de l'OMS.

- *Les accouchements assistés à domicile ne sont pas toujours enregistrés d'une manière consistante.*

Dans certains CS visités les accouchements assistés par les AT et rapportés au CS étaient enregistrés comme 'accouchements assistés à domicile'. Dans d'autres CS seuls les accouchements assistés par le RCS à domicile étaient enregistrés.

- *Les CS visités ont mentionné un approvisionnement irrégulier par le MSP de fiches et livres de registres pour l'enregistrement et le rapportage des données.*

Il est recommandé que MdM prévoie dans son projet un appui plus large à l'organisation des services maternels et néonataux au niveau des districts et de la région (voir plus loin), qui inclurait l'amélioration du fonctionnement du système d'information.

Concernant le suivi et l'évaluation du projet MdM, le projet vise à augmenter le nombre de consultations prénatales, le nombre d'accouchements assistés, le nombre d'accouchements compliqués assistés à l'hôpital et le nombre de femmes et enfants qui reçoivent des soins appropriés après l'accouchement, ainsi que le nombre de femmes souffrant de fistule obstétricale diagnostiquée et traitée. De plus, le projet vise à améliorer la qualité de ces soins.

Le projet a pris l'option de ne pas introduire de systèmes de collecte de données supplémentaires et d'utiliser les données déjà recueillies par le SIS du MSP. Cependant, le but du SIS du MSP est différent du but du S&E du projet et ne permet pas toujours d'interpréter correctement quels sont les effets obtenus par les activités du projet. Plus précisément, le SIS ne permet pas:

- l'appréciation du nombre exact de consultations prénatales par femme enceinte (tous les consultations au-delà de la 3^{ème} sont groupées)
- l'appréciation du nombre d'accouchements par les AT
- la distinction entre les accouchements normaux et les accouchements compliqués
- l'appréciation de certains facteurs qui sont importants dans l'évaluation de la qualité des soins, comme par exemple le stade de progression de l'accouchement lors de l'arrivée à l'hôpital

L'interprétation correcte des effets du projet est essentielle vu le caractère « pilote » du projet et son ambition de servir de modèle au niveau national. Il est donc recommandé que le projet explore des stratégies pour obtenir plus d'informations, sans surcharger le personnel de santé. Des stratégies possibles sont :

- Il est possible d'extraire des informations supplémentaires des registres existants, des informations qui ne sont pas rapportées dans les rapports du SIS. Par exemple, sur base des fiches et registres disponibles à l'hôpital on pourrait estimer quel est le pourcentage des accouchements qui sont compliqués et quel est le pourcentage qui arrivent tard. Cette analyse peut se faire périodiquement par le personnel MdM.
- Le projet peut ajouter une composante 'recherche opérationnelle' dans laquelle certaines études ou enquêtes de petite envergure seraient conduites. Par exemple des études pour mieux documenter les besoins, les facteurs déterminants et la satisfaction avec les services, comme des discussions en groupe focal avec des femmes, ou des enquêtes qui mesurent périodiquement certains indicateurs au niveau de la population, comme le comportement de recherche de soins prénataux et maternels, et les raisons de ce comportement. Le choix de ces indicateurs devrait être conforme les indicateurs nationaux définis dans le cadre de la mise en œuvre de la feuille de route.

Le choix d'indicateurs pour le suivi et l'évaluation du projet n'était pas toujours adéquat. Certains indicateurs, comme par exemple le % de femmes suivies en CPN1, le % de nouveau-nés vivant ayant reçu des soins adéquats à la naissance ou le % de femmes dépistées d'une FO simple ou complexe acceptant d'être opérées, étaient déjà très élevés au départ du projet ou faciles à atteindre. D'autres indicateurs n'étaient pas mesurables par les systèmes de collecte de données en place, comme le % de femmes ayant une complication obstétricale traitées à l'hôpital. MdM a bien réagi à ces défis et a redéfini certains indicateurs en cours de projet. Il est recommandé que MdM évalue mieux, avant le démarrage du projet, quels sont les effets désirés à la fin du projet, quels sont les indicateurs les plus appropriés pour mesurer ces effets et quels sont les systèmes de collecte de données nécessaires pour mesurer ces indicateurs.

Continuer à impliquer les autorités locales et renforcer le lien avec le système de santé national

L'équipe d'évaluation n'a pas pu rencontrer les responsables du District Sanitaire et n'a que rencontré brièvement le Délégué de la Santé Régionale, ce qui a limité l'appréciation des activités du projet MdM par les responsables de la santé locaux ainsi que l'appréciation des systèmes existants de planification et de coordination des activités de santé maternelle et néonatale à ces niveaux. Néanmoins il était clair que MdM fait de gros efforts pour coordonner au maximum ses activités avec les autorités de santé locales et nationales. L'équipe d'évaluation encourage MdM à continuer ces efforts, et recommande d'appuyer encore plus la Direction régionale de santé et les Districts sanitaires dans la planification et la coordination de toutes les activités de santé maternelle et néonatale.

Le DSR a souhaité, lors de l'entretien, une amélioration de la collaboration avec le projet et que si possible le projet couvre toute la délégation pour mieux couvrir les immenses besoins de la population. L'équipe d'évaluation recommande que MdM analyse la possibilité d'étendre progressivement les activités à la totalité des deux DS actuellement appuyés et, sur plus long terme, à la totalité de la région.

En premier lieu, l'appui à la DSR inclurait le développement d'une stratégie commune pour l'offre de soins maternels et néonataux, impliquant aussi les autres partenaires au niveau de la région. Certains aspects de l'offre de soins maternels et néonataux ne sont actuellement pas clairs. Par exemple, le rôle des AT. D'une part la stratégie nationale n'encourage pas qu'elles fassent l'accouchement elles-mêmes, mais d'autre part la réalité du terrain fait que le choix est souvent entre un accouchement

assisté par une AT ou un accouchement sans aucune assistance. L'équipe d'évaluation recommande qu'une stratégie soit développée qui est réaliste. Jusqu'à ce que les structures sanitaires aient la capacité d'assurer tous les accouchements de la communauté, il est recommandé de former des accoucheuses traditionnelles en techniques d'accouchement propre. De plus, une approche standardisée pour appuyer les AT doit être accordée, soit le « cash transfer », soit la rémunération mensuelle. Finalement, une approche commune pour améliorer l'accès aux soins prénataux et maternels doit être établie. Le rôle de respectivement l'approche MDM, qui est le renforcement des soins au niveau des CS et l'amélioration de l'accès aux CS à travers des systèmes de transport, et l'approche choisie par le projet FOSAP, qui est l'introduction de services mobiles, doit être éclairci. Le développement de la stratégie doit bien sûr être fait en étroite collaboration avec le niveau national.

De plus, il est recommandé que MDM renforce encore son appui aux DS et DSR pour garantir la planification et le suivi correct des activités de santé maternelle et néonatale, par exemple en contribuant activement au développement des plans opérationnels annuels et encore plus en renforçant les visites sur le terrain par les responsables des DS et DSR. L'équipe d'évaluation est consciente que cet appui est sévèrement entravé par le manque et la grande mobilité des ressources humaines au niveau des DS et DSR et craint qu'un certain degré de substitution ne soit inévitable jusqu'à ce que la situation des ressources humaines du MSP se soit améliorée.