



LISTE DES ABREVIATIONS

ADRB	:	Association pour le Développement de la Région du Batha
AGR	:	Activités Génératrices de Revenus
APDI	:	Association pour la Promotion du Développement Intégral
ASC	:	Agent de Santé Communautaire
AT	:	Accoucheuse traditionnelle
ATEV	:	Association Terre Verte
BCG	:	Bacille Calmette Guérin
BuCo	:	Bureau de Coopération Suisse
CAP	:	Connaissances-Attitudes-Pratiques
CIDR	:	Centre International de Développement et de la Recherche
COGES	:	Comité de Gestion
COFIL	:	Comité de Pilotage
COM	:	Contrat d'Objectifs et de Moyens
COSAN	:	Comité de Santé
CPE	:	Consultation Préventive Enfant
CPN	:	Consultation Périnatale
CRF	:	Croix Rouge Française
CRT	:	Croix Rouge du Tchad
CS	:	Centre de Santé
CSSI	:	Centre de Support en Santé Internationale
CSU	:	Couverture Sanitaire Universelle
CIC-SNCSU	:	Cellule Interministérielle de Coordination de la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle
DDC	:	Direction de Développement et de la Coopération
DHIS2	:	District Health Information System 2
DS	:	District Sanitaire
DSP	:	Délégation Sanitaire Provinciale
ECD	:	Equipe Cadre de District
EDS	:	Enquête Démographique et de Santé
EP	:	Equipe du Programme
ERSAS	:	Ecole Régionale de Santé et des Affaires Sociales
FBR	:	Financement Basé sur les Résultats
FOSA	:	Formation Sanitaire
GAVI	:	Global Alliance vaccination and Immunization
HD	:	Hôpital de District
MICS	:	Multiple Indicator and Conjunctural Survey
MSPSN	:	Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale
NC	:	Nouveau Cas
ODD	:	Objectifs du Développement Durable
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	:	Programme Commun des Nations Unies de lutte contre le Sida
PADS	:	Programme d'Appui aux Districts Sanitaires
PAO	:	Plan d'Action Opérationnel
PCA	:	Paquet Complémentaire d'Activités
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PMA	:	Paquet Minimum d'Activités
PND	:	Plan National de Développement

PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNS	:	Politique Nationale de Santé
POM	:	Paquet Opérationnel Minimum
PPA	:	Pharmacie Provinciale d'Approvisionnement
PTB	:	Plan de Travail Budgétisé
PTF	:	Partenaire Technique et Financier
RCS	:	Responsable de Centre de Santé
RH	:	Ressources Humaines
SIDA	:	Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquisée
SIS	:	Système d'Information Sanitaire
SMART	:	Spécifique, Mesurable, Accessible, Réaliste et Temporel
SONUC	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
SWISSTPH	:	Swiss Tropical and Public Health Institute
TOM	:	Taux d'Occupation Moyen des Lits
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHCR	:	Fonds des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAA	:	Vaccin Anti Amaril
VAR	:	Vaccin Anti Rougeoleux
VIH	:	Virus de l'Immuno-déficience Humaine
VPO	:	Vaccin Polio Oral


TABLE DES MATIERES


Résumé exécutif.....	4
Cadre conceptuel de l'évaluation externe.....	7
Introduction.....	9
1.Contexte.....	11
2. Le PADS.....	14
2.1. L'organisation du programme.....	15
1. Les zones d'interventions du programme.....	15
2. Le Consortium SwissTPH – CCSI.....	15
3. L'implication des provinces.....	17
4. Les personnels du PADS.....	18
5. La Phase 2 du Programme.....	20
2.2. Les moyens financiers du programme.....	23
3. Analyse des résultats du programme – Les constats.....	31
3.1. Le COVID 19.....	31
3.2. La contractualisation.....	31
3.3. Les mutuelles de santé.....	36
3.4. Les centres de santé privés.....	36
3.5. La Couverture Sanitaire Universelle.....	37
3.6. Le DHIS2.....	38
3.7. Le « OneHealth ».....	39
3.8. La visibilité, la durabilité, la pérennité	40
4. Analyse de la mise en œuvre du programme au niveau des provinces.....	42
4.1. Elément du contexte.....	42
4.2. La pertinence des objectifs.....	42
4.3. Le cadre logique et les résultats.....	43
5. Analyse des forces et faiblesses.....	58
6. Défis à relever et perspectives d'action.....	61
7. Références bibliographiques.....	63
Annexes.....	64
Annexe 1 : les TDR de l'évaluation externe.....	64
Annexe 2 : liste des personnes rencontrées.....	77
Annexe 3 : liste des thématiques abordées lors des rencontres.....	81


RESUME EXECUTIF

La présente évaluation répond à une requête de la Direction du Développement et de la Coopération (DDC) qui souhaite avoir les informations nécessaires qui lui permettent d'apprécier les performances et les résultats. L'objectif de cette évaluation se rattache donc à l'appréciation des résultats à l'année 3 de la deuxième phase et à un diagnostic de tous les efforts, actions et moyens techniques, humains requis pour donner un nouveau souffle au Programme (voir les termes de référence en annexe 1).


L'évaluation a été conduite d'une manière participative avec une implication forte des différents acteurs et bénéficiaires. Elle est basée pour l'essentiel sur l'exploitation des documents du programme (rapports de missions, rapports d'audits, rapports d'avancements), des statistiques sanitaires et des interviews auprès des responsables et des bénéficiaires. L'exercice d'évaluation a inclus une mission de terrain effectuée du 6 au 18 novembre 2021 dans les provinces sanitaires du Batha et du Moyen Chari (districts sanitaires de Alifa, Ati, Danamadji, Maro, Sarh et Yao) au cours de laquelle des entretiens individuels ou de groupe ont été réalisés auprès de plus de 100 personnes y compris les autorités administratives, traditionnelles et communales. L'analyse des données s'est appuyée sur des critères classiques d'évaluation (pertinence, efficacité, efficacie, impact et durabilité) et 3 critères d'importance majeure pour le programme (partenariat, genre et gouvernance). Au terme de cette analyse les constats suivants ont été établis.


 **Le Programme est pertinent** dans ses orientations. L'objectif de développement est en adéquation avec les directives contenues dans le Plan National de Développement du Tchad. Le Programme trouve également des repères solides sur le plan international dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement devenus les Objectifs du Développement Durable. En mettant le focus sur la santé des femmes et des enfants, et par son appui à une meilleure gouvernance du secteur, le PADS reste en harmonie avec les orientations stratégiques de la coopération suisse 2018-2021 au Tchad. L'inscription de la lutte contre les épidémies inscrite dans l'objectif général du Programme et avec des activités spécifiquement prévues a permis au PADS d'être très réactif lors de la crise COVID 19 dès le premier semestre 2020 et démontre une anticipation très pertinente du projet.

 **L'efficacité du Programme est jugée satisfaisante.** Beaucoup d'activités ont été exécutées et ont produit des résultats probants en termes d'amélioration de la quantité et de la qualité des prestations, de progrès dans l'utilisation des soins de santé, de renforcement de l'administration sanitaire à tous les niveaux, notamment au niveau de la Délégation Sanitaire Provinciale (DSP). Le cadre logique du Programme est clair et constitue un guide essentiel tant pour l'action que pour le suivi et l'évaluation des actions. L'implication dans le suivi de la COVID 19 a été importante. Par rapport à l'utilisation des services, les couvertures vaccinales sont celles qui ont connu une véritable progression dépassant les cibles à atteindre à la fin du Programme. Cependant les taux d'accouchements institutionnels sont restés faibles.


 **L'efficacité du Programme est jugée plutôt bonne.** Les audits financiers et les rapports de suivi évaluation effectués dans le cadre du Programme ont révélé que les ressources du PADS ont été utilisées de manière efficace et selon les prévisions. Le taux d'absorption du Programme est actuellement satisfaisant. Il avait accusé un certain retard par rapport aux prévisions notamment en raison des constructions et équipements qui avaient

été prévus en année 1 et 2 de la phase 2 et qui ont pris du retard. Cette prévision était sans doute trop optimiste : actuellement, ces constructions et réhabilitations prévues sont pratiquement terminées.

 **Le Programme a eu des effets significatifs.** La mise à disposition d'une équipe d'appui dans les districts sanitaires et au niveau des DSP, la rénovation et/ou la construction de certains bâtiments, l'équipement et l'apport de financement direct et basé sur la performance aux structures sanitaires, les formations dans différents domaines ont incontestablement contribué à accroître les performances des formations sanitaires. Le PADS a testé et validé des innovations, notamment la santé unique (« One health »), le « District Health Information System » (DHIS2) ou encore les Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM) et le système d'information et de gestion de l'assurance santé (openIMIS). Ces innovations ont été initiées avec succès et disposent d'un potentiel fort de réplication et de mise à l'échelle respectivement dans d'autres districts et provinces. Cependant, les indicateurs d'utilisation des services de santé maternelle et infantile quoi qu'ayant subi une amélioration restent toujours faibles, notamment le taux d'accouchement dans les formations sanitaires ; le COVID 19, particulièrement pour l'année 2020, a été un frein à ces accouchements assistés, les femmes ayant peur d'attraper le COVID 19 en venant dans les formations sanitaires.

 **La durabilité est sans doute l'aspect le plus problématique.** Tant au niveau central qu'au niveau des provinces appuyées, le PADS est un programme connu et perçu comme un programme de bonne qualité. Ses résultats sont appréciés de la grande majorité des acteurs : MSPSN, autorités administratives dans les provinces, population au travers des enquêtes de satisfaction (malgré les critiques qui peuvent être faite à ces enquêtes menées sur le terrain). En conséquence, pour l'avenir, tous souhaiteraient que le PADS poursuive, voire intensifie, ses efforts, par conséquent, lors de la phase 3.

Si cette forte visibilité est sympathique, elle n'en n'est pas moins problématique. Les rencontres que la mission a eu avec la Coopération suisse au niveau de N'Djamena laissent au contraire à penser que la phase 3 ne sera pas une phase d'expansion du PADS et qu'à la fin de la phase 3 (2026), le PADS, sous sa forme actuelle, sera clos.

 **La prise en compte des aspects transversaux de genre et de la gouvernance est moyennement satisfaisante.** Sur la prise en compte du genre, le PADS reste très insuffisant. La participation des femmes reste faible dans les équipes de Programme, dans les formations sanitaires comme dans les structures à base communautaire. Ce constat s'explique en partie par une absence de stratégie adéquate et une démarche méthodique pour apporter une réponse aux besoins spécifiques des femmes et des hommes. Il est la résultante d'un manque de compétences à différents niveaux. Pour y pallier, il apparaît fondamental d'accroître les capacités des différents acteurs à l'approche genre qui est à la fois un outil de planification, de mise en œuvre et de gestion.

 **Plusieurs forces sont relevées pour ce Programme**

Deux **leçons apprises** sont soulignées, notamment :

- La pertinence du recours aux Organisations à Base Communautaire (OBC) pour les activités de sensibilisation
- La nécessité d'avoir une appropriation par la partie nationale

Trois **bonnes pratiques** méritent une mise en lumière :

CADRE CONCEPTUEL DE L'EVALUATION

OBJECTIFS ATTENDUS DE L'EVALUATION

L'évaluation externe de la phase 2 a pour finalité d'apprécier les résultats atteints et de fournir des éléments de décision pour les prochaines étapes du programme. Elle vise spécifiquement à :

1. Analyser la pertinence et la durabilité des approches choisies ainsi que l'efficacité des activités menées dans le programme¹ ;
2. Analyser le niveau d'atteinte des résultats attendus (output, outcome) définis dans le cadre logique du programme et se prononcer sur leur durabilité et discuter les facteurs qui ont influencé le niveau d'atteinte des résultats ;
3. Analyser la performance des formations sanitaires publiques qui délivrent les soins aux bénéficiaires dans les deux districts d'intervention du programme et faire des recommandations d'amélioration ;
4. Apprécier l'aspect « genre » dans la mise en œuvre du programme ;
5. Apprécier le degré de synergie entre le programme et les mutuelles de santé en particulier dans le district sanitaire de Danamadji ainsi que les autres politiques et instruments de financements du système de santé pilotés par le gouvernement (en particulier le Financement Basé sur les Résultats « FBR » et la politique de gratuité de soins) ;
6. Analyser les liens avec la Couverture Sanitaire Universelle et envisager les conséquences des toutes dernières avancées
7. Capitaliser les "leçons apprises" ainsi que les bonnes pratiques du Programme et analyser dans quelle(s) mesure(s) ces dernières ont été reprises au niveau district, régional ainsi qu'au niveau des politiques nationales de santé ;
8. Faire des propositions pour le futur immédiat et à moyen terme du Programme et des appuis de la DDC ;

RESULTATS ATTENDUS DE L'EVALUATION EXTERNE

1. La DDC, les partenaires du programme, ainsi que le consortium Swiss_TPH-CSSI, disposent des informations leur permettant d'apprécier la pertinence et les performances (résultats atteints, viabilité) du Programme, ainsi que ses contributions à l'amélioration de la santé des populations dans les zones d'intervention.
2. La DDC, les partenaires du Programme, ainsi que Swiss_TPH-CSSI disposent d'éléments d'appréciation de la cohérence stratégique du programme en lien avec les documents des politiques stratégiques du Tchad (PNS, PNDS, CSU....)
3. La DDC, ses partenaires, ainsi que Swiss_TPH-CSSI disposent d'éléments de référence (leçons apprises, propositions) pour alimenter leurs réflexions sur les modalités futures du Programme et appuis.
4. La DDC, ses partenaires ainsi que Swiss_TPH-CSSI disposent des éléments clairs et précis sur l'appropriation du Programme par le gouvernement à travers le MSP.

METHODOLOGIE

Elle s'articule autour de 4 étapes :

1. La revue et l'analyse de la documentation mise à la disposition des consultants suivi d'une réunion de prise de contact le 05 novembre à la Maison Nationale de la Femme et de briefing dans les locaux du PADS le 06 novembre 2021.

2. Une visite de terrain et des entretiens. Entre le 06 et le 18 novembre 2021 l'équipe d'évaluation a réalisé des entretiens et discussions avec 96 personnes sur le terrain. La liste des personnes interrogées couvrait l'ensemble du spectre des acteurs impliqués (ministère de la Santé, administration provinciale et de district), partenaires (PMS, Croix Rouge Française, PAC) et bénéficiaires (personnel de santé et représentant de la population). Les entretiens ont été conduits sur place et se sont déroulés parfois individuellement, parfois avec des groupes de personnes. Les interlocuteurs ont été informés brièvement des objectifs et du contenu de la mission avant toute discussion. La conduite des interviews suivait un guide d'entretien tout en tenant compte du profil des interlocuteurs respectifs. Les entretiens sur le terrain se sont poursuivis à N'Djaména avec les parties prenantes nationales et internationales ainsi que des collaborateurs du programme. Les représentants des partenaires se trouvant dans le Moyen Chari et le Batha ont été également approchés par les évaluateurs.
3. Les principaux résultats de la phase terrain ont été partagés au cours d'un atelier de restitution aux autorités administratives, sanitaires, traditionnelles des deux provinces. Cela a permis de s'accorder sur les recommandations faites et de corriger certaines insuffisances de l'évaluation.
4. Un atelier national regroupant tous les acteurs concernés par la question de même que les principaux partenaires s'est déroulé le 23 novembre 2021 et a regroupé plus de 30 participants. Des amendements ont été faits par les participants à l'issue de la présentation de la synthèse des travaux. Des discussions enrichissantes ont aussi permis aux consultants de peaufiner le rapport de l'évaluation externe.

Ces rencontres et visites des services couvraient l'ensemble du spectre d'activités du programme allant des interactions avec les délégués sanitaires provinciaux, des représentants du Ministère de l'Elevage et des Productions Animales, des gestionnaires des hôpitaux de districts, du personnel de santé et des mutuelles de santé.

Tout au long de cette mission les évaluateurs ont passé en revue des documents du PADS mis à leur disposition par les responsables respectifs. Le suivi du cadre logique du programme s'est basé sur des informations émanant du PADS. Les sources d'information les plus importantes pour cette évaluation sont les documents listés en références bibliographiques, les entretiens avec les parties prenantes du PADS aussi bien du niveau central que périphérique et les échanges avec les équipes d'appui du PADS ainsi que le responsable du bureau de la Direction de Développement et de la Coopération Suisse au Tchad.

¹ Un jugement sur la pertinence et la durabilité devrait se baser sur des interviews avec des bénéficiaires du Programme au sein de la population, des acteurs du secteur de la santé, des représentants du gouvernement et des donateurs (la Suisse). L'efficacité peut être définie comme un jugement des évaluateurs sur la relation input – output.

CONTEXTE

Le Tchad reste l'un des pays les plus pauvres au monde. Selon l'Indice de Développement Humain (IDH), il est classé au 187^{ème} rang sur 189 en 2019 (PNUD, 2020). Les deux-tiers de la population (d'environ 14 millions d'habitants) vivent en dessous du seuil de pauvreté selon les mêmes sources.

La situation sanitaire est en particulier préoccupante avec une morbidité et une mortalité élevée (selon EDST-MICS taux de mortalité maternelle 856 décès pour 100'000 NV, selon MICS 6, le taux de mortalité infantile est 79‰ soit 59‰ pour le Batha et 71‰ pour le Moyen Chari).

Préoccupé par cette situation, le Gouvernement de la République du Tchad a formulé ces dernières décennies d'importantes réformes en vue d'améliorer la santé de la population. Il s'agit entre autres :

- Du Plan National de développement (PND 2017–2020), qui a pour objectif principal, d'améliorer l'état de santé de la population en mettant l'accent particulièrement sur i) l'amélioration du pilotage du secteur de santé, ii) l'accroissement de l'offre et la qualité des services de santé et iii) l'amélioration de l'état nutritionnel en faveur de la population en général et plus particulièrement des femmes et des enfants et ce, dans le contexte global du Développement Durable.
- Du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 3) élaboré et validé techniquement pour la période 2018-2021 qui est destiné à la mise en œuvre de cette politique.
- De la Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle (SN-CSU)⁴ entérinée par arrêté n°4295/PR/PM/2017 de 08/2017 mettant en place les organes de gestions ou instances de décisions dans un cadre intersectoriel (CIC/SN-CSU) et qui doit concourir à l'atteinte des objectifs de la Politique Nationale de Santé "PNS". Ses activités doivent s'imbriquer dans le PNDSII, seul cadre de planification et de suivi évaluation des interventions en santé à court et à moyen terme.

Le Tchad est confronté à une situation sanitaire caractérisée par une forte morbidité et une mortalité élevée dues aux maladies transmissibles et les maladies endemo-épidémiques (méningite, rougeole, choléra, paludisme, diarrhées, IRA etc.) et celles non transmissibles (chiffres). Pour remédier à cette situation, le Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale se référant à la vision 2030 « le Tchad que nous voulons » et aux Objectifs de Développement Durable (ODD), a élaboré et adopté, avec l'appui de ses Partenaires techniques et financiers du secteur de la santé, la Politique nationale de santé (2016-2030), le troisième Plan national de développement sanitaire 2018-2021 (PNDS 3) et les Plans Provinciaux de Développement Sanitaire (PPDS). Le PNDS 3 dispose d'un cadre de suivi évaluation comportant la liste des indicateurs sanitaires essentiels pour mesurer le degré de mise en œuvre des interventions et l'atteinte des résultats planifiés.

Cependant, la mauvaise gestion des ressources, l'absence de redevabilité ainsi que la faible appropriation des activités sanitaires par le personnel de santé, la faible implication de la

⁴ Affirmer la vision de la couverture sanitaire universelle, version provisoire, novembre 2014.

communauté dans la résolution de ses problèmes de santé, impactent négativement le système de santé et constitue un facteur de contreperformance.

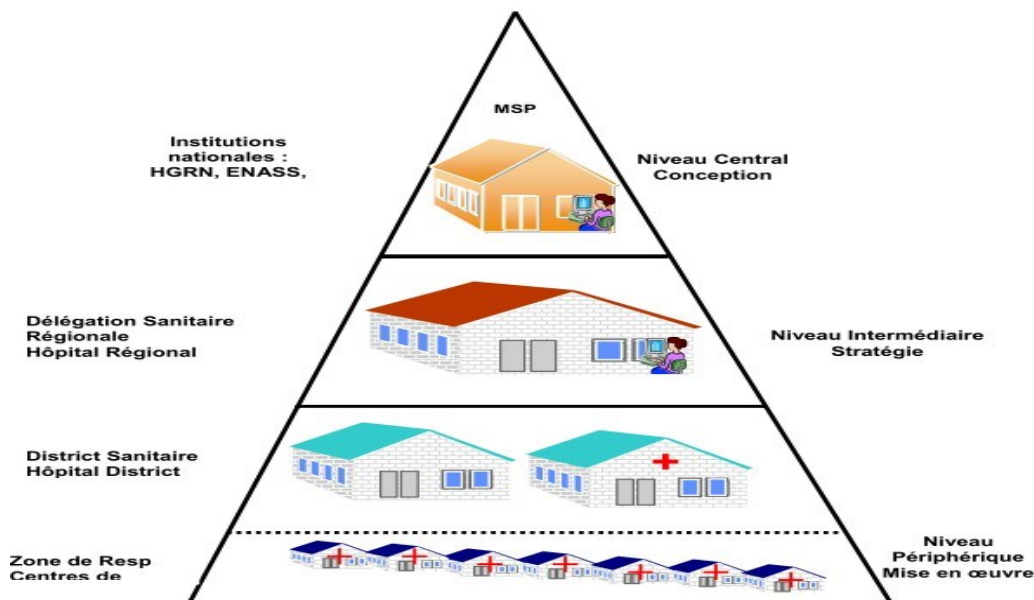
Sur le plan économique, le gouvernement a fourni de gros efforts en 2019 pour réduire ses dépenses afin de rétablir l'équilibre budgétaire, en taillant dans la masse salariale de la fonction publique et le train de vie des services publics. Ces efforts consentis lui permettent d'avoir une courbe de la croissance en hausse de + 5,5 % du PIB annoncés pour 2020². Malheureusement cette croissance pourrait retomber en raison de la pandémie de COVID 19. Les prévisions des institutions financières, notamment le FMI prédisent une récession économique en Afrique qui se chiffrerait en 2020 entre - 2,1 % et - 5,1 %.

La baisse des revenus des exportations engendrées par les conséquences de la pandémie du COVID 19 et la dépendance du pays à l'aide financière bilatérale et multilatérale rend davantage vulnérable le pays, avec des conséquences négatives sur le système de santé.

Configuration et diagnostic du secteur de la santé

Le système de santé du Tchad est de type pyramidal à 3 niveaux : un niveau central, un niveau intermédiaire et un niveau périphérique et repose sur le développement des districts sanitaires sur la base des soins de santé primaires. Le pays est divisé en 23 provinces sanitaires avec, au niveau périphérique, 150 Districts Sanitaires (DS) dont 129 fonctionnels, eux-mêmes subdivisés en 1856 Zones de Responsabilité (ZR) dont 1672 fonctionnelles. Ce qui donne une couverture sanitaire théorique de 90,09%.

L'organisation du système sanitaire tchadien



Principaux indicateurs

Les données de l'EDS-MICS⁵ 2014 – 2015 montrent de légères améliorations de l'état sanitaire dans certains groupes cibles. Le taux de mortalité maternelle est passé de 1'099 pour

⁵ EDS-MICS: Enquête Démographique et de Santé-Enquête par grappes à indicateurs multiples.

Le Programme d'Appui aux Districts Sanitaires (PADS)

Le Tchad souffre d'une trop lente et faible réduction de la mortalité maternelle ces dernières décennies et des investissements sur le long terme sont nécessaires pour atteindre l'objectif de 500 décès pour 100'000 NV en 2030 (politique nationale de santé). Le faible niveau des indicateurs de santé au Tchad s'explique en bonne partie par la faiblesse de la gouvernance du système de santé et, soutenu par ses principaux partenaires, dont la Suisse, le Gouvernement a entrepris des réformes pour renforcer son système de santé. C'est dans ce contexte que la Direction au Développement de la Coopération Suisse (DDC) a confié au Consortium SwissTPH-CSSI la mise en œuvre du « Programme d'appui aux districts sanitaires au Tchad » (PADS) configuré pour contribuer au domaine Citoyenneté, paix et prévention de la violence (CPPV) de la stratégie de la Coopération suisse au Tchad.

Le PADS a été conçu pour soutenir les efforts du gouvernement en vue d'étendre la couverture sanitaire universelle, d'accroître l'utilisation des services de santé et d'améliorer la gouvernance du secteur de la santé. Promu et financé par la DDC, le programme a une durée totale de 12 ans (2014-2025), et répond à un engagement de la suisse à soutenir le gouvernement tchadien sur le long terme.

- Phase 1 : Le PADS a été mis en œuvre pendant une première phase qui s'est déroulée du 01.11.2014 au 31.10.2018. Le PADS a développé des activités dans deux districts sanitaires (Danamadji et Yao) tout en restant dans une vision holistique du système de santé et en renforçant les articulations essentielles du système entier. Avec un taux d'utilisation budgétaire de 98% et des résultats et réalisations significatives constatées par l'évaluation externe et l'étude de fin de phase, telles que l'amélioration de la qualité des soins, la construction et la réhabilitation de 18 infrastructures sanitaires équipées, l'augmentation de la demande de soins et le renforcement de l'administration sanitaire, le PADS phase 1 s'est achevé avec une reconnaissance unanime des partenaires ;
- La Phase 2 s'étalera de novembre 2018 à décembre 2022. La phase 2 du PADS a commencé officiellement le 01.11.2018 avec l'annonce de l'accord de financement le de Programme bilatéral entre la Confédération suisse et la République du Tchad et du mandat confié par la DDC à SwissTPH, chef de file du Consortium SwissTPH-CSSI. C'est à partir de là que le processus de recrutement auquel s'étaient préparés les partenaires a pu se concrétiser, occasionnant un délai dans le déploiement des équipes sur le terrain.

Le PADS est conçu pour mettre en œuvre une approche à plusieurs niveaux en faisant remonter les expériences du niveau périphérique au niveau central, l'idée étant que l'on puisse capitaliser et répliquer certaines interventions sur l'ensemble du pays. C'est ainsi que pour la phase 2, afin de commencer à répliquer les acquis, un élargissement provincial a été jugé pertinent au moins pour certaines activités qui ont démontré un potentiel pour l'extension (Approche Onehealth, Système d'information sanitaire (SIS) dont la surveillance ; Gestion des approvisionnements et des stocks de médicaments (GAS) et l'IEC (Information, Education, Communication) ;

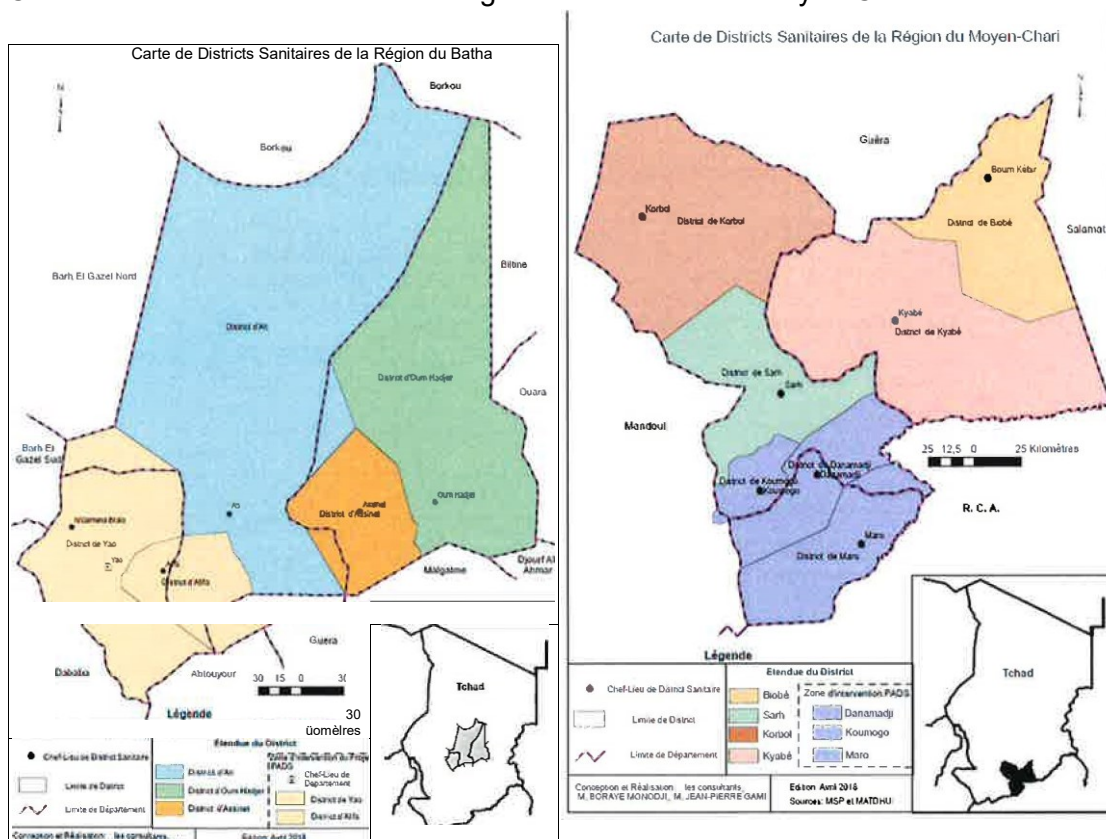
La formulation des objectifs de la phase 2 s'intègre à la fois dans la stratégie nationale en matière de santé et plus particulièrement l'outil de mise en œuvre de la politique sectorielle, le Plan national de développement sanitaire (PNDS), mais également dans la stratégie de la Coopération suisse au Tchad à laquelle le PADS entend contribuer efficacement au sein du domaine, avec un accent renforcé sur la gouvernance à tous les niveaux.

3- 1- L'organisation du Programme

1- Les Zones d'intervention du Programme

Suite au nouveau découpage de la carte sanitaire, il a été prévu dans le document Prodoc de la phase 2 que le Programme poursuive ses appuis au Batha (district de Yao, mais aussi nouveau district d'Alifa) et au Moyen Chari (district de Danamadji, mais aussi partiellement aux districts de Maro et Koumogo). Ce nouveau découpage des districts sanitaires est aujourd'hui pleinement effectif.

Cartes des districts sanitaires des régions du Batha et du Moyen Chari



Ces districts sanitaires d'origine (Phase1) et leurs démembrements⁶ recevront un appui dit complet. Mais, et ceci est nouveau par rapport à la phase 1, les autres districts sanitaires de ces deux Délégations Sanitaires Provinciales (DSP) recevront aussi un appui, mais pour ceux-ci, il sera limité à certaines activités : Système d'Information Sanitaire (SIS), Gestion des Approvisionnements et des Stocks (GAS), OneHealth, Information, Education et Communication (IEC). Cet élargissement au niveau des DSR avait été recommandé par l'évaluation externe finale de la Phase 1.

2- Le Consortium SwissTPH et CSSI

La Direction au Développement de la Coopération Suisse (DDC) a confié au Consortium SwissTPH-CSSI la mise en œuvre du « Programme d'appui aux districts sanitaires au Tchad - (PADS) ». SwissTPH est le chef de file de ce Consortium : c'est SwissTPH qui a signé la

⁶ Il s'agit des Centres de santé qui relevaient des districts originellement appuyés et qui ont été rattachés à de nouveaux districts sanitaires dans le cadre du redécoupage administratif.

convention avec la Coopération suisse. Le Consortium a été mis en place depuis le début de la Phase 1 du Programme, à savoir fin 2014. La phase 2 du PADS a commencé officiellement le 01.11.2018 avec l'annonce de l'accord de financement le jour même par la DDC puis la signature dans les semaines qui suivirent, de l'accord de Programme bilatéral entre la Confédération suisse et la République du Tchad.

La Direction du Programme est assurée par un Directeur qui relève de SwissTPH et est financé pour partie avec des fonds du Programme. Est mis en place ensuite un Coordonnateur du PADS qui est basé à N'Djamena et qui est en contrat avec SwissTPH.

- Un premier coordonnateur a été en place du début de la Phase 1 jusqu'au début de la Phase 2, il a quitté fin décembre 2018.
- Un deuxième coordonnateur a été en place à partir de mars 2019 et a été démis de ses fonctions le 23 juillet 2020
- Un troisième coordonnateur a été installé à partir de le 4 octobre 2020
- Suite à la démission du deuxième coordonnateur, l'intérim a été assuré à N'Djamena par le directeur du Programme basé à Bâle : Mr Damien Revault

L'argent du Programme est versé par la Coopération suisse à SwissTPH. Une avance est versée par SwissTPH au Programme à N'Djamena. Celui-ci peut alors faire des engagements jusqu'à une hauteur de 10 millions de FCFA (3 millions jusqu'à une date récente). Au-delà de ce montant, une autorisation préalable doit être obtenue de la part du Directeur du Programme à Bâle. Par ailleurs, sur appel de fonds de la part de CSSI une somme est versée à CSSI (tous les 3 mois) pour que celui-ci paie les salaires des personnels recrutés par CSSI, soit 17 personnes au total⁷. Pour cette activité, CSSI ne reçoit pas de marge de gestion sur ces financements (la DDC ne verse pas de frais de gestion dans ses projets) ni même de financements pour suivre l'activité de ses personnels (par exemple, la supervision de ces personnels).

On peut s'interroger sur le bienfondé de ce dispositif dans lequel le Programme est dirigé depuis SwissTPH à Bâle. Cet éloignement du terrain, notamment en raison du contrôle a priori des financements, induit les lenteurs, lourdeurs ; certaines de ces lenteurs ont été corrigées par une révision du manuel de procédures, donnant davantage de marges de manœuvre à la Coordination. Mais ne serait-il pas envisageable d'aller plus loin. Il serait sans doute utile de rediscuter de cette direction du Programme entre le consortium d'une part et l'Etat tchadien (MSPSN) d'autre part. En effet, le Programme a mis en place une planification semestrielle et annuelle des activités qui constitue une sorte de contrôle a priori des activités, complétée par le manuel de procédures. Ainsi serait-il envisageable de mettre l'accent plutôt sur le contrôle a posteriori afin de fluidifier l'action ?

Par ailleurs, certains interlocuteurs tchadiens considèrent qu'une trop forte part des financements du Programme reste ou retourne en Suisse.

La mission a pris acte des difficultés qui sont apparues progressivement entre SwissTPH et CSSI, qui sont pourtant deux institutions dont les liens sont très anciens. Ces difficultés ont pour origine principale le rôle joué par le deuxième coordonnateur du Programme, notamment autour du non-respect des règles concernant les marchés publics. Cette situation a abouti à la démission du coordonnateur 2. Cette démission a entraîné une période de flottement, de telle sorte que le Directeur du Programme a dû assurer l'intérim du coordonnateur du

⁷ Le recrutement par CSSI se fait sur appel d'offre, notamment pour les postes importants. La sélection se fait par CSSI lors d'une commission comprenant en outre, et le Coordonnateur du Programme : la direction du BuCo doit alors confirmer les propositions faites.

Programme pendant 3 mois environ en venant sur place à N'Djamena. La présence du Directeur du PADS à N'Djamena n'a pas toujours été bien appréciée : on reprochait une présence trop forte de SwissTPH dans la gestion du Programme. Cette mésentente entre SwissTPH et CSSI a été réglée avec l'arrivée du troisième coordonnateur (Dr Oumar Ouattara). Depuis cette date, les relations entre CSSI et le Programme sont apaisées. On notera que cette situation a laissé des traces : les relations entre CSSI et la Direction du Programme à Bâle ne sont toujours pas sereines (point de vue du Directeur de CSSI). Qu'il soit permis à l'équipe des évaluateurs de ne pas aller au-delà de ce constat.

La direction de CSSI a attiré l'attention des évaluateurs sur le fait que l'accord de consortium signé le 16/04/2015 entre les deux parties prenantes - Consortium (SwissTPH et CSSI- stipule, en son article 24 le « Renforcement et le transfert de compétences au CSSI ». Par conséquent, selon cette vision réaffirmée par CSSI, CSSI devrait prendre une place de plus en plus importante dans la gestion du PADS : la mission a constaté qu'aucune action n'avait été prise en ce sens.

On notera en outre qu'il n'y a plus de réunions formelles entre les membres du Consortium, comme cela avait été envisagé au départ.

Le pilotage du PADS est réalisé à travers trois instances qui se complètent pour assurer au Programme l'atteinte des résultats :

- Le Comité de Pilotage (Copil), institué par arrêté du 21 mars 2016, et révisé en phase 2 par un texte du 25 juillet 2019. Il est composé des acteurs du niveau central et déconcentré du MSPSN et du terrain, apprécie progressivement les progrès réalisés à travers le suivi des indicateurs et fait des recommandations visant à améliorer les performances du Programme. Ce CoPil est présidé par le Secrétaire Général du MSPSN et se réunit une fois par an : dernière réunion en date du 10 novembre 2021 (pendant la présente mission) ;
- Les Comités Techniques Provinciaux: sous l'égide du Gouverneur de la Province, ces Comités techniques doivent rassembler les acteurs locaux de la santé. Toutefois, à ce jour, ces Comités ont eu du mal à se mettre en place : la première réunion du CSP du Batha s'est tenue le 2 juillet 2020 ;
- Enfin, un comité de suivi entre mandataire et bailleurs tient des réunions depuis janvier 2017 sur une base semestrielle.

3 – L'implication des Provinces

Le rapport d'évaluation externe de la phase 1, ainsi que le document Prodoc, montrent la nécessité d'une meilleure implication du niveau intermédiaire du système de santé - le niveau Provincial. Dans le Moyen Chari comme dans le Batha, l'intégration de l'équipe du Programme aux ECD s'est soldée par une substitution au niveau des tâches et des rôles et donc par une faible appropriation du Programme par la partie nationale. Dans les deux districts, ce sont les équipes du Programme qui pilotent les activités du district. Cette situation est liée surtout au manque de leadership des ECD. Pour pallier cette insuffisance, le PADS a retenu de renforcer substantiellement l'appui au niveau Provincial, en intégrant à l'équipe de la DSP 4 personnes PADS (dont un conseiller technique médecin de santé publique, à recrutement international). Au niveau du district, l'appui du PADS concerne le chirurgien qui travaille tant au niveau de l'hôpital qu'au niveau de l'ECD.

En conséquence, l'appui du PADS se présente en deux parties :

- Un appui de proximité au sein des DS d'origine et leurs démembrements : les DS « d'origine » (Danamadji au Moyen Chari et Yao au Batha) et leurs démembrements (Maro et Koumogo au Moyen Chari et Alifa au Batha) recevront un appui dit « complet » grâce la présence des chirurgiens près des ECD de Yao et de Danamadji. Un seul chirurgien pour chaque région sera mobilisé au niveau DS, qui sera basé dans les DS d'origine et appuiera directement les DS nouvellement créés (démembrements) comme cela s'est fait au cours de la phase 1 ;
- Un appui provincial : Les autres DS de chaque région reçoivent l'appui de l'équipe provinciale. Cependant, l'équipe provinciale du PADS intégrée au sein de l'équipe cadre de la Délégation Sanitaire Provinciale appuiera techniquement la mise en œuvre de l'ensemble du paquet d'activités prévu aux niveaux intermédiaire et périphérique. Ceci se fera notamment au travers des supervisions dans les DS et à l'appui général en faveur d'une meilleure gouvernance notamment la coordination des partenaires au niveau régional afin d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles. Il conviendra donc en particulier pour les nouveaux districts d'intervention du PADS d'identifier précisément les ressources disponibles et de mener les activités préalables pour une planification réaliste des activités à mener.

Ainsi, on observe que le strict appui aux districts sanitaires (CS, HD et ECD) s'est transformé en un double appui : aux districts sanitaires d'une part (comme dans la phase1) mais aussi au niveau provincial d'autre part. Cette nouvelle stratégie aura plusieurs incidences : meilleure articulation entre le niveau central et le niveau périphérique, meilleure coordination des actions du système de santé au niveau de la Province : donc un meilleur pilotage du système de santé et non pas une action seulement au niveau de la prestation des services au niveau des formations sanitaires. Cette appui stratégique au niveau des deux DSP marque un véritable virage du Programme à tel point que le PADS pourrait s'appeler PADSP-DS. Il ne s'agit plus d'un Programme purement opérationnel au niveau des activités des districts mais il se dote d'une vision stratégique au niveau du pilotage du système par les Délégations Sanitaires Provinciales ; c'est tout à fait clair dans les actions pour le COVID (cf. ci-dessous).

4 - Les personnels du PADS

Le PADS continuera à œuvrer de manière intégrée au sein du système de santé et l'approche pour la phase 2 du programme consiste à décentraliser davantage les appuis techniques pour plus d'efficacité.

Ainsi le programme est organisé pour sa gestion à 4 niveaux hiérarchiques tel que le montre l'organigramme suivant :

1. Le consortium SwissTPH-CSSI est le répondant institutionnel vis-à-vis de la DDC, SwissTPH étant le chef de file en tant que signataire du mandat d'exécution confié par la DDC.
2. Le Directeur du programme est placé sous la responsabilité du Consortium auquel il répond directement, il est basé au siège du programme, au siège social de SwissTPH (Bâle, Suisse).
3. Le Coordinateur (basé à N'Djamena) supervise l'équipe de coordination (EC) et est placé sous la responsabilité du Directeur (basé à Bâle).
4. Les équipes provinciales (EP) sont placées sous la responsabilité d'un conseiller technique (CT), médecin spécialisé en santé publique, basé au chef-lieu de province au sein des ECDSP (à Ati et à Sarh), et qui comprend un démembrement dans les

deux districts « d'origine » du PADS (Amdjaména Bilala pour le DS de Yao et Danamadji) avec la présence d'un assistant technique au sein des deux ECD, médecins dotés de compétences en chirurgie (ATD).

Ce sont donc 20 personnes qui sont prises en charge par le PADS :

- Le Directeur à Bâle (à temps partiel) et le Coordinateur à N'Djaména financés par SwissTPH ;
- 3 techniciens et 5 personnels, au niveau central du PADS à N'Djaména, pris en charge par CSSI
- 5 personnels dans chacune des provinces du Programme pris en charge par CSSI : 4 personnes au niveau de la DSP et un chirurgien au niveau du district (ECD et Hôpital de district. On relève actuellement des retards dans le paiement des salaires de ces personnels sur le terrain, notamment dans le Batha, qui a conduit à plusieurs démissions, impactant ainsi les activités dans les Provinces.

Ce dispositif n'est pas sans poser de problèmes. Les personnels payés par CSSI et mis à la disposition du PADS ont ainsi une double redevance : ils doivent rendre compte à CSSI qui les paie, mais aussi à la coordination du PADS relevant de Swiss-TPH. Il s'avère parfois difficile au Coordonnateur du PADS d'imposer certaines choses à des personnes qui sont payées par ailleurs.

Deux pools de consultants, experts court terme, renforcent le dispositif d'appui dans les domaines techniques, qui se complètent ou travaillent en synergie suivant les domaines de compétences :

- Des consultants du siège du programme, conseillers, consultants interne de Swiss TPH, mobilisés par le Directeur du programme sous la coordination de l'EC.
- Des consultants locaux (et internationaux), experts, consultants internes de CSSI, mobilisés par le Coordinateur du programme.

La gestion administrative est répartie entre les deux membres du consortium comme suit :

- Le Directeur, le Coordinateur, et le pool de consultant de SwissTPH sont contractés par SwissTPH (en rouge sur le schéma).
- Le reste du personnel et le pool de consultants de CSSI sont contractés par CSSI (en vert sur le schéma).

Pour des besoins spécifiques et ponctuels, des consultants externes peuvent être contractés directement par l'équipe de coordination.

Organigramme de l'équipe Programme

Contrat d'Objectif et des Moyens sont des motivations intéressantes qui obligent les formations sanitaires à atteindre les résultats escomptés. Cependant, cette motivation à bien faire ne perdurerait pas si le Programme devait s'arrêter et les primes avec. Il paraît d'ores et déjà opportun de penser à d'autres types de motivations intrinsèques au fonctionnement des formations sanitaires pouvant prendre le relais des COM ;

- Sur la prise en compte du genre, le PADS reste très insuffisant. La participation des femmes reste faible dans les équipes de Programme, dans les formations sanitaires comme dans les structures à base communautaire. Il est la résultante d'un manque de compétences à différents niveaux. Pour y pallier, il apparaît fondamental d'accroître les capacités des différents acteurs à l'approche genre qui est à la fois un outil de planification, de mise en œuvre et de gestion.

Une recommandation : une plus forte implication du PADS au niveau Provincial afin de mieux inscrire l'appui à un district dans la dynamique provinciale.

Le démarrage de la Phase 2

La phase 2 du programme s'inscrit dans le prolongement de la Phase 1. Cette Phase 2, qui a démarré fin 2018 – début 2019, a été élaboré dès juillet 2017. Elle se veut une continuité de la Phase 1. Elle est la deuxième phase de l'intervention de la DDC qui doit se mettre en place en trois phases : Phase 1, de 2014 -2018, Phase 2, de 2018 – 2022 et Phase 3, de 2022 - 2025.

La phase 2 a commencé sur de très bonnes bases institutionnelles, initiées depuis la fin de phase 1 avec une préparation de la phase 2 largement participative (atelier de planification national les 8 et 9 mai 2018), l'accord de financement le 1^{er} novembre 2018, la signature de l'accord de Programme entre les deux gouvernements dès le 16 novembre 2018, l'atelier national de lancement et de planification de la phase 2 les 24 et 25 janvier 2019 et la signature de la convention cadre avec le MSP le 30 janvier 2019. L'amélioration de la gouvernance du système de santé constitue l'objectif général du PADS et en ce sens, les clauses de la convention cadre reflètent bien les exigences et les attentes des partenaires bilatéraux.

Il convient en outre de particulièrement souligner que le Programme Phase 2, qui a démarré fin 2018 – début 2019, a été élaboré dès juillet 2017, c'est-à-dire à une période où la pandémie de la COVID19 n'était pas présente ni même envisagée. Le document de Programme Phase 2 ne fait par conséquent aucunement référence à cette pandémie qui n'est apparue qu'un an après le démarrage effective de cette phase 2, laquelle a eu une incidence notoire tant au niveau central qu'au niveau des zones du Programme.

Les objectifs de la Phase 2

Objectif général

Contribuer à la meilleure gouvernance du système de santé pour améliorer la santé materno- infantile, la couverture sanitaire universelle et la prévention des épidémies.

Effets (outcomes) :

1. **Effet 1** : Les ressources des systèmes de santé sont mieux gérées à tous les niveaux
2. **Effet 2** : La disponibilité et la qualité des prestations sanitaires sont améliorées dans les zones d'intervention du programme

3. **Effet 3** : L'équité dans l'accès aux services de santé est améliorée en particulier pour les femmes, les enfants et les populations marginalisées

Comparaison des objectifs de la Phase 1 et la phase 2

Objectifs de la Phase 1	Objectifs de la Phase 2
Effet attendu 1 : L'offre de soins s'améliore tant au niveau qualitatif que quantitatif dans les districts sanitaires appuyés	Effet attendu 1 : Les ressources des systèmes de santé sont mieux gérées à tous les niveaux
Effet attendu 2 : La demande de soins en matière de santé maternelle et infantile et leur utilisation effective augmentent dans les districts sanitaires appuyés	Effet attendu 2 : La disponibilité et la qualité des prestations sanitaires sont améliorées dans les zones d'intervention du programme
Effet attendu 3 : Le renforcement de l'administration sanitaire au niveau district, régional et national contribue progressivement à une gestion plus transparente, efficace, participative et redevable	Effet attendu 3 : L'équité dans l'accès aux services de santé est améliorée en particulier pour les femmes, les enfants et les populations marginalisées

Bien que la formulation des effets soit différente, en réalité les objectifs sont sensiblement les mêmes. La différence la plus notable concerne en fait dans l'effet 3 où l'accent est mis sur l'aspect « genre » et les populations marginalisées.

Le suivi du Programme

De nombreux documents permettent le suivi de la mise en œuvre du Programme :

- Document du Programme -Phase 2 appelé PRODOC, lequel définit tout le fonctionnement du Programme et servira de référence pendant toute la Phase 2 (document de 162 pages) ;
- Rapport d'évaluation externe pour la Phase 1 (janvier 2019)
- Rapport de démarrage de la Phase 2
- Rapports de progrès semestriels et annuels
- Rapport d'évaluation externe à mi-parcours de la Phase 2 ;
- Rapports d'audit

Tous ces documents sont des documents conséquents, très bien rédigés et complets. Le Programme s'assure que son action est bien documentée ; mais on peut s'interroger sur la pertinence d'avoir tous ces documents. Il a été dit, lors des rencontres avec la mission, que la préparation de ces rapports est très consommatrice en temps, au détriment parfois de l'action régulière. Par ailleurs, il ressort que ces documents sont très peu lus et qu'il en est très peu tenu compte pour réorienter les actions qui en auraient besoin.

3-2- Les moyens financiers du Programme

Le budget du PADS

Le budget prévisionnel de la Phase 1 du Programme (novembre 2014 – octobre 2018) s'élevait à 12 062 451CHF, avec des dépenses effectives qui se sont élevées à 11 867 172CHF. Le budget prévisionnel de la Phase 2 du Programme (novembre 2018 - décembre 2022) s'élève à 12 700 713 CHF et se répartit comme suit :

Siège social	1 080 117
Bureau local du mandataire	546 758
Experts pour mission longue	1 934 891
Experts pour missions courtes	382 124
Appui local et logistique locale	802 742
Fonds de Programme administrés	7 953 369
Total	12 700 000

- Les frais du siège social comprennent les frais de mobilisation du Directeur du programme et des consultants, y compris les honoraires et frais remboursables pour leur permettre d'effectuer des missions d'appui au Tchad.
- Le bureau local comprend la rémunération des cadres locaux de l'équipe de coordination (EC) ainsi que les frais de déplacement de l'EC et les experts en mission longue.

Les fonds fiduciaires ou fonds de Programme administrés permettront de financer les activités présentées en Annexe 4 du Prodoc et décrite dans le présent document, avec la répartition suivante entre les trois effets attendus par le programme.

Répartition du budget par effet attendu

EN CHF

	Budget Initial	Budget Exécute A ce jour (novembre 2021)	Solde	Taux d'exécution
<i>Outcome 1 : Les ressources des systèmes de santé sont mieux gérées au niveau central, régional et local</i>	4,151,719	2,684,786	1,466,933	64.67%
<i>Outcome 2 : La disponibilité et la qualité des prestations sanitaires sont améliorées dans les zones d'intervention du programme</i>	3,262,266	1,324,924	1,937,342	40.61%

	Budget Initial	Budget Exécute A ce jour (novembre 2021)	Solde	Taux d'exécution
<i>Outcome 3 : L'équité dans l'accès aux services de santé est améliorée en particulier pour les femmes, les enfants et les populations marginalisées</i>	539,385	313,609	225,776	58.14%
TOTAL Partie 4	7,953,369	4,323,319	3,630,050	54.36%

Cette répartition illustre l'importance donnée au renforcement de la gouvernance (outcome 1). Le budget le plus important est consacré aux contrats d'objectifs et de moyens (COM), aux études, mais ce budget donne aussi une place importante aux activités participatives et structurantes (appuis aux instances de gouvernance participatives, supervisions, assurance maladie, ...).

Le taux d'exécution de ce budget est de 64.67%. Cependant 48% de ce budget exécuté est alloué aux COM au détriment des autres activités prévues.

Le relèvement du plateau technique était nécessaire, d'autant plus avec l'extension régionale, ce qui a justifié un budget important consacré aux infrastructures et équipement, ainsi qu'à la formation et aux supervisions. Mais ce budget est exécuté à 40,61%, ce qui est très faible vu que nous sommes à la fin de l'an 3 de la 2ème phase. Ce faible taux peut s'expliquer par le retard dans les constructions des infrastructures du aussi à l'inaccessibilité des routes.

L'effet 3 dispose d'un budget plus modeste lié aux activités à financer mais qui ne doit en aucun cas laisser penser que les résultats attendus n'ont pas un rôle primordial pour atteindre l'objectif général du programme. Il s'agit ici de financer principalement les campagnes IEC et les campagnes mixtes, tout en accompagnant les structures de participation communautaires (COSAN). Le taux d'exécution du budget est de 58%, ce qui reste faible vu le temps qu'il reste pour la fin de la phase 2.

En général le taux d'exécution budgétaire de la partie 4 dédiée aux activités du Programme sur le terrain est de 54,3%. Ce taux est faible car nous sommes dans la 3ème année de la phase 2. Soit il y a un retard dans la mise en œuvre des activités du PADS sur le terrain, soit les décaissements se font tardivement.

Décaissement

La DDC transfère les fonds au siège du programme, à SwissTPH qui est la partie contractante, en Suisse. A son tour, SwissTPH transfère les fonds à l'équipe de coordination (EC), sur le compte ouvert au nom du programme au Tchad.

L'EC se charge alors de procéder aux décaissements, sauf pour les dépenses d'un montant supérieur à dix millions de FCFA, lesquelles demandent un accord préalable de la Direction du PADS.

Les fonds fiduciaires seront gérés uniquement par le programme. Il pourrait être envisagé de faire transiter une partie des fonds fiduciaires par l'administration tchadienne (par exemple district sanitaire) uniquement si toutes les conditions de bonne gouvernance sont réunies et

En CHF

	Budget sur la durée du Programme 2019 – 2022	2019			2020			2021		
		Budget prévu au Programme	Dépensé	Exécuté	Budget prévu au Programme	Dépensé	Exécuté	Budget prévu au Programme	Dépensé à ce jour	Exécuté
Siège social	1 079 920	313 970	301 208	95,9%	237 299	138 992	58,6%	331,440	118,472	35.74%
Bureau local du mandataire	604 060	169 150	160 317	94,8%	144 970	91440	63,1%	153,000	64,601	42.22%
Experts pour mission longue	1 864 050	563 380	487 928	86,6%	475 890	489 016	102,7%	493,170	267,422	54.23%
Experts pour missions courtes	431 710	125 890	110 391	87,7%	101 320	99 731	98,4%	105,500	33,797	32.04%
Appui local et logistique locale	766 260	205 160	187 370	91,3%	224 000	173 663	77,5%	239,550	123,717	51.65%
Fonds de Programme administrés, dont :	7 954 000	3.102 000	1 402 931	45,2%	2 024 000	1 999 668	98,8%	3,538,814	920,718	26.02%
- Outcome 1	3 934 000	1 088 000	785 888	72,2%	1 042 000	1 430 426	137,3%	1 127 450	468 472	41.55%
- Outcome 2	3 380 000	1 828 000	423 809	23,2%	804 000	437 191	86,7%	2 232 264	423 922	19%
- Outcome3	640 100	186 000	153 233	82,4%	178 000	132 050	74,2%	179 100	28 324	15.8%
Total	12 700 000	4 479 550	2.650.239	59,2%	3 207 479	2 992 514	93,3%	4,861,474	1,528,727	31.45%

Pour l'année 2021, le budget est exécuté à 31.4% jusqu'au 30 juin. En milieu d'année, le PADS n'a pas pu exécuter son budget de moitié.

Par ailleurs le budget alloué aux activités sur le terrain est exécuté à 26% seulement, alors que c'est lui qui a la plus grande part dans le budget total. On déduit qu'il y a un grand retard dans la mise en œuvre des activités du Programme sur le terrain.

Le PADS explique cela par le fait que les constructions n'ont pas été terminées aux dates prévues, l'achat des équipements ne s'est pas fait à temps, des contrats avec des prestataires n'ont pas été signés. Les paiements prévus pour le 1^{er} semestre ne se feront qu'au deuxième semestre.

Cependant les autres postes de dépenses réservés au siège, à la coordination, aux missions ont un taux d'exécution acceptable.

	Budget Initial	Budget Exécute	Solde	Taux d'exécution
Siège social				52.07%
	1,080,117	562,378	517,739	
Bureau local (LO) du mandataire				57.86%
	546,758	316,359	230,399	
Experts pour missions longues (unité de mise en œuvre)				67.58%
	1,934,891	1,307,532	627,359	
Experts pour missions courtes (consultants)				63.83%
	382,124	243,921	138,203	
Appui local et logistique local				62.29%
	802,742	500,040	302,702	
Fonds de Programme administrés				54.36%
	7,953,369	4,323,319	3,630,050	
Outcome 1				64.67%
	4,151,719	2,684,786	1,466,933	
Outcome 2				40.61%
	3,262,266	1,324,924	1,937,342	
Outcome 3				58.14%
	539,385	313,609	225,776	
Total	12,700,000	7,253,549	5,446,451	57.11%

Globalement le PADS a exécuté 57.1% de son budget de la phase 2 à la moitié de l'an 3. Ce qui paraît relativement faible.

Ce qu'on remarque encore c'est que 37 % du budget total est alloué à l'administration du Programme (Siège, Coordination, Missions des experts), ce qui représente une part importante du budget.

Pour l'année 1, on observe un taux de dépenses de 59,2%, très essentiellement de l'outcome 2 (la disponibilité et la qualité sont améliorées dans les zones d'intervention du Programme) de la ligne Fonds de Programme administrés. Plus spécifiquement, la construction de nouvelles infrastructures et leur équipement n'ont pas été réalisées : le budget prévu pour les constructions s'élevait à 1 200 000CHF sur lesquels seulement 265 915CHF ont été dépensés. Les chiffres de l'Année 2 montrent qu'il n'y a pas eu de rattrapage pour ces constructions.

Pour l'année 2, on observe un taux de dépenses de 93,3% attestant d'une bonne gestion du Programme.

- Pour la ligne « Fonds de Programme administrés », globalement la réalisation est proche de la prévision.
 - Mais on observe, pour l'outcome 1, une dépense excessive sur l'output 1.3 « le SIS produit dans les délais requis des données qui contribuent à la prise de décision, alors que pour output 1.4 l'étude CAP n'a pas été réalisée
 - Pour l'outcome 3, on observe une dépense en deçà sur l'output 3.1, les cartes sanitaires n'ayant pas été réalisées alors que dans le même temps on dépense plus que prévu pour OneHealth
- Pour la ligne « siège social », les dépenses de personnels (honoraires et frais remboursables) » sont inférieures aux prévisions. Dans une moindre mesure toutefois, il en est de même pour le bureau local du mandataire.

L'année 2 marque par conséquent un net redressement dans l'exécution du Programme.

En ce qui concerne les constructions/ réhabilitations, la Phase 2 du Programme prévoit :

Formations sanitaires qui seront construites ou réhabilitées en phase 2

Provinces	District Sanitaire	Centre de santé à construire	Hôpitaux à réhabiliter
Batha	Yao	CS Souar	HD Yao
	Djedda	CS Aradip	
Moyen Chari	Maro	CS Mianvélé	HD Danamadji
	Koumogo	CS Sako-Gongo	

Le rapport de progrès An1 de la Phase 2 n'indique pas explicitement ce manque de constructions/réhabilitations et encore moins les raisons. Le rapport de progrès an2 n'est pas beaucoup plus explicite, si ce n'est de dire que le Programme travaille sur la question. A ce jour, on peut faire le point suivant :

- HD de Yao:
 - La maternité de l'hôpital provincial de Sarh ainsi que celle de ATI ont été également réfectionnées
 - Réception technique faite le 12 novembre 2021
- CS de Aradip: Retard dans l'exécution du marché. Travaux exécutés à hauteur de 50
- CS de Souar: Retard dans l'exécution du marché Travaux exécutés à hauteur de 60%
- HD de Danamadji: Les travaux de réhabilitation n'ont pas débuté. Seul le bloc de la maternité a été réfectionné
- CS de Mianvélé: Réception technique provisoire faite en novembre 2021
- CS de Sako-Gongo: Réception technique provisoire faite en novembre

ANALYSE DES RESULTATS DU PROGRAMME – LES CONSTATS

Cette partie rassemble les principaux constats que la mission a pu rassembler tant au niveau central auprès du MSPSN que des autres partenaires et acteurs de la santé, que sur le terrain au niveau des zones d'intervention du Programme.

3-1- Le COVID 19

La Covid 19 n'avait bien évidemment pas été anticipée dans la préparation de la Phase 2 du Programme. La Covid 19 est apparu lors de l'année 2 du Programme, à savoir début 2020, et a eu un impact important :

- Les équipes PADS dans les provinces ont été fortement impactées. Tout d'abord, les déplacements étaient impossibles au départ de la pandémie (début 2020). Les activités de ces équipes provinciales étaient à cette époque totalement tournées vers le COVID 19. Elles ont participé à l'élaboration du Plan de Contingence Provincial, en suivant le modèle national, elles ont participé à la mise en place des activités de prévention (formations des personnels aux gestes barrières, distribution de gel hydroalcoolique et d'hydroxychloroquine (maintenant arrêtée), identification et déclaration des cas, surveillance des points d'entrée dans la province). Les activités initialement planifiées ont donc été mises de côté pendant cette période. Aujourd'hui, l'impact est moins important, notamment parce que le nombre de cas est somme toute assez faible ;
- Le Covid 19 a eu un impact significatif sur la fréquentation des formations sanitaires : la population craignait d'être contaminée en se rendant dans une formation sanitaire, notamment lorsque l'hôpital était un lieu d'hospitalisation des personnes contaminées. Cette baisse importante de la fréquentation au cours de 2020 et au début de 2021 s'est aujourd'hui atténuée et on est progressivement revenu à la situation d'avant la pandémie. Toutefois, les indicateurs peinent à s'améliorer car les populations conservent toujours certaines réticences et la sensibilisation rencontre des difficultés à se faire entendre.

Le COVID 19 a conduit le PADS à réorienter son budget.

Par ailleurs, la mort du Président Idriss Déby Itno en avril 2021 a eu un impact sur une courte période ; mais rapidement sa situation a été contrôlée et aujourd'hui cet événement majeur ne semble plus avoir d'influence notable sur la vie quotidienne et le déroulement des activités dans les zones du Programme.

3-2- Le recours à la contractualisation

Il existe actuellement au Tchad différents mécanismes d'incitation à la performance :

- Le Financement Basé sur la performance (FBR) mis en place par la Banque mondiale depuis le début des années 2010 ;
- Les Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM) mis en place par le PADS depuis 2018 ;

- Les contrats d'objectifs entre les matrones et les centres de santé mis en place par l'AFD – BASE.

1- Le Financement Basé sur les Résultats (FBR)

Le FBR part du constat que le financement classique des inputs donne des résultats en général assez insatisfaisants. Le FBR part du préalable qu'il faut financer les résultats si l'on veut obtenir une amélioration de l'offre des services de santé. Le principe devient alors simple : le financeur définit au départ une règle du jeu qui détermine les domaines sur lesquels vont être appréciés les résultats qui seront obtenus par un prestataire après un certain temps. Libre alors au prestataire pour s'organiser sur la manière d'obtenir les meilleurs résultats possibles. Les résultats obtenus seront ensuite récompensés par une prime dont les modalités de calcul seront définies dans la règle du jeu (manuel de procédures). Une fois ce calcul effectué, cette prime est versée à la formation sanitaire qui peut l'utiliser comme elle le souhaite : pour financer des dépenses de fonctionnement de la structure et/ou pour payer les primes de motivation au personnel. Il est en outre généralement entendu que le financeur passera par une Agence d'Achat qui sera chargée d'utiliser le financement reçu du financeur pour acheter les résultats aux prestataires de services. On notera que dans ce dispositif, il n'y a pas réellement de contractualisation, puisque la règle du jeu est définie par le financeur. Ce FBR a été mis en place au Tchad par la Banque mondiale pendant plusieurs années : mais cette expérience a pris fin en mars 2020. Un nouveau Programme de la Banque mondiale va remettre en place à nouveau le FBR à partir d'un nouveau Programme qui sera effectif à partir de décembre 2021 (et pour 5 ans). A l'heure actuelle, la Banque mondiale cherche à mettre en place une Cellule Technique Nationale, placée sous la responsabilité du Secrétaire Général du MSPSN. Cette cellule aurait pour objectif d'harmoniser les différentes pratiques en matière de financement basé sur la performance, et, par conséquent, celle du PADS avec les COM qui pourrait voir ainsi l'originalité de son approche être remise en cause.

2- Les Contrats d'objectifs et de moyens (COM)

Les COM fonctionnent sur la base des deux principes suivants :

- Financement par avance** en fonction d'un budget appelé plan de travail budgétisé (PTB). Au début d'une période donnée, le PADS s'entend avec un prestataire donné sur un groupe d'activités que ce prestataire doit réaliser. Une fois cette entente obtenue, un contrat est signé et le budget pour la réalisation de ces activités est versé : il s'agit donc d'un financement anticipé des activités ou une subvention (crédit) de fonctionnement. La seule différence par rapport au budget classique du MSPSN tient à ce qu'il y a entente sur les activités qui seront financées – contractualisation sur ces activités. En toute logique, ce financement par avance devrait compléter les crédits de fonctionnement que le MSPSN doit accorder à toute formation sanitaire du pays. Dans la réalité, ces crédits de fonctionnement ne sont que de « l'argent sur papier », à savoir qu'ils ne sont pas réellement utilisables, a fortiori dans les zones d'intervention du Programme PADS. Ainsi, les financements par avance constituent dans ces zones les seuls crédits de fonctionnement des formations sanitaires (outre le recouvrement des coûts), et constituent par conséquent une substitution au rôle de l'Etat⁸. Le PADS doit rester un Programme d'**APPUI**⁹ aux districts sanitaires dans une vision

⁸ Ainsi, le PADS ne réalise pas directement des activités (ce qui serait une substitution directe), mais peut être vue comme une substitution indirecte puisque le PADS se substitue au rôle de l'Etat

⁹ Le maître d'œuvre de la prestation de services de santé demeure le MSPSN. Le PADS n'est pas un programme agissant comme une délégation de service public.

stratégique et ne pas être une institution indispensable au fonctionnement du système de santé. Ainsi, ce fonctionnement par avance de la part du PADS devrait rester un complément au financement de l'Etat.

L'autre effet pervers est que les responsables des FOSA ont tendance à se consacrer essentiellement à la mise en œuvre des activités des PTB au détriment des autres activités non contractualisées du Plan d'Action Opérationnel (PAO).

- b) Primes en fonction des résultats obtenus.** Dans un deuxième temps, une fois que les activités ont été menées, il y a évaluation des résultats obtenus et versement d'une prime, à l'instar du mécanisme FBR. L'utilisation de cette prime à la formation sanitaire peut servir soit à améliorer le fonctionnement de la formation sanitaire soit aux paiements de primes au personnel. La prime aux personnels ne peut excéder 70% de la prime totale reçue. Pour l'utilisation de cette prime, le prestataire soumet un plan d'utilisation qui sera approuvé par l'Administration sanitaire dont il relève. L'utilisation des 30% du montant total de la prime reçue pour améliorer le fonctionnement de la formation sanitaire ou payer les primes au personnel n'est malheureusement pas toujours effective sur le terrain. Certains employés devant bénéficier de ce partage ne reçoivent pas toujours ce qui leur revient surtout au niveau des ECD et très souvent au niveau des formations sanitaires, les équipements que les responsables déclarent avoir acheté ne sont pas retrouvés sur site. Aussi, faut-il le rappeler, sur les lignes du recouvrement des coûts, existent le versement des ristournes aux prestataires mais aussi la prise en charge des contractuels. Là également, il se pose un problème de gestion transparente des ressources issues du recouvrement des coûts. Les auteurs coupables de malversations ne sont jamais inquiétés et cela ne concourt pas à la résolution de ces problèmes de gestion qui mettent à mal la durabilité des interventions du PADS sur le terrain. La mise en place d'un outil de suivi de l'utilisation des 30% des primes versées aux FOSA est primordiale et l'implication de l'ECD pour mieux apprécier cette utilisation est aussi capitale.

Ces mécanismes relèvent donc une double influence sur les résultats atteints par une formation sanitaire : la formation est motivée parce qu'elle dispose d'un budget de fonctionnement dès le début de l'année pour mener ses activités. Elle est ensuite motivée par la prime en fonction des résultats obtenus.

On notera ainsi que l'appellation « COM » ne correspond pas à la définition qui est donnée par le Code de l'action sociale et des familles français (Article L313-11) cité dans le document du Prodoc. Les COM tels que définit ci-dessus sont des outils de gestion au quotidien, à court terme : il s'agit de verser aux formations sanitaires des moyens de fonctionnement afin qu'elles mettent en place leurs activités et obtiennent les résultats qu'elles ont planifiés à court terme. Au contraire, les COM tels que définit dans le Code d'action sociale français cité renvoient à une vision stratégique de moyen ou long terme : il s'agit de s'interroger sur l'évolution souhaitée de la structure de santé en insistant sur les changements stratégiques qui amélioreront les résultats de cette structure : par exemple, mise en place de nouveaux services proposés par une structure de santé. En général, la contractualisation visera à donner les moyens, notamment financiers, et à mettre en place pour ces changements stratégiques. Cette vision s'appuiera sur un document de type « Projet d'établissement » établi en concertation par les membres de la structure de santé mais aussi avec les instances administratives et politiques décentralisées et des représentants de la population. Nous voudrions simplement souligner ici que cette appellation est maintenant bien ancrée dans le langage tchadien alors qu'elle ne figure pas explicitement dans la Politique Nationale de Contractualisation de 2014. Ainsi, il pourrait être intéressant de réorienter les COM de sorte à

en faire des instruments accompagnant les changements stratégiques nécessaires à l'évolution des structures de santé.

c) La vérification

La vérification des résultats atteints est toujours un enjeu majeur dans ce type de mécanismes. Cette vérification pour les COM s'opère ainsi :

- En ce qui concerne les aspects quantitatifs, ce sont les instances supérieures qui en ont la charge : ECD pour les centres de Centres de santé, équipe de la DSP pour les ECD et les Hôpitaux de district, niveau central pour l'équipe provinciale. Cette vérification est supervisée par le PADS ;
- En ce qui concerne les aspects qualitatifs, cette vérification est contractuellement confiée aux Organisations à Base Communautaire (OBC). Celles-ci réalisent sur une base trimestrielle des enquêtes de satisfaction perçue par les utilisateurs des services de santé. L'examen des résultats de ces enquêtes pour le Moyen Chari montre une satisfaction qui atteint systématiquement et régulièrement le taux de 100%. Qu'il soit ici permis de douter du sérieux de ces résultats. Les OBC ont-elles les compétences pour mener de telles enquêtes ? Ce qui est certain, c'est qu'il n'est pas nécessaire de payer ces OBC pour qu'elles indiquent un taux qui atteint toujours le taux de 100%. Ce niveau de satisfaction est suspect quand on sait les nombreux problèmes d'accueil dans les FOSA, les fréquentes ruptures en médicaments, la faible qualité des soins offerts par un personnel quelque fois peu qualifié, le temps d'attente relativement long dans certaines FOSA pour être pris en charge, etc. De ce fait, nous pensons que la méthodologie d'enquête doit être revue, la qualité des agents enquêteurs doit être questionnée quand on sait également que ceux-ci ont en grande majorité un niveau d'instruction assez bas pour bien traduire les questions posées en langue locale, leur proximité avec les patients est un autre biais puisque dans le district d'Alifa et de Yao, il s'agit des mêmes agents qui sillonnent depuis 2 ans les villages de résidence des patients. Le niveau des agents en charge de la collecte, leur proximité avec les patients, le même enquêteur est en place toute l'année, les grandes distances à parcourir. Les entretiens révèlent également une différence entre le niveau de satisfaction obtenu par le vérificateur et celui déclaré par l'agent enquêteur souvent plus bas et compris entre 20 et 70%. Il faudrait pour plus de qualité recourir à une institution disposant de l'expérience en matière de collecte, de traitement et d'analyse des données et qui comptent des agents de collecte des données n'ayant aucune relation avec les patients pour conduire ces enquêtes de satisfaction qui sont très importantes dans l'amélioration de la qualité des soins offerts et dans la prise en compte des avis des bénéficiaires de ces soins. Il peut être organisée une ou au maximum 2 enquêtes de satisfaction dans l'année car en réalité d'un trimestre à un autre les changements ne sont pas aussi importants. Enfin, Ces enquêtes doivent être assorties des plans de résolution des points d'insatisfaction des patients par formation sanitaire.

Les COM sont l'essence même des FOSA et des ECD dans les deux provinces. En effet, les COM représentent jusqu'à 70% de l'ensemble des ressources de FOSA et presque 90% des ressources des équipes cadres des districts sanitaires. Ce qui pose un problème de dépendance de ces structures au financement des COM. Au lieu de payer la structure sur la base du nombre de séances en stratégie avancées ou mobiles réalisées, il faut y adjoindre le niveau d'atteinte des cibles fixées. Aussi, il peut être envisagé, une forme de motivation pour toute structure de soins qui innove en proposant toute stratégie pouvant contribuer à atteindre les cibles/objectifs de la

période ou qui sur la base des 30% de leurs bonus présentent lors des évaluations qualité COM, un matériel, un engin ou un équipement acheté.

d) Les tableaux ci-après indiquent les montants financiers consacrés aux COM.

Décaissements pour les Plans de Travail Budgétisé

En FCFA

Décaissement Plan de Travail Budgétisé des Contrats d'Objectifs et de Moyens aux Partenaires												
Structures partenaires	Décaissement 2019			Décaissement 2020			Décaissement 2021			Cumul		
	Batha	Moyen Chari	Total	Batha	Moyen Chari	Total	Batha	Moyen Chari	Total	Batha	Moyen Chari	Total
Centres de santé	7 705 000	8 043 000	15 748 000	15 661 900	12 362 150	28 024 050	15 857 710	11 189 454	27 047 164	39 224 610	31 594 604	70 819 214
DSP	4 153 400	8 351 164	12 504 564	12 938 600	8 684 000	21 622 600	9 938 000	8 065 462	18 003 462	27 030 000	25 100 626	52 130 626
DS Appui Compl	10 108 375	12 815 763	22 924 138	23 017 975	21 708 280	44 726 255	17 799 865	18 451 787	36 251 652	50 926 215	52 975 830	103 902 045
DS Appui Provin	14 835 000	11 220 000	26 055 000	35 758 750	21 062 720	56 821 470	30 154 163	26 388 308	56 542 471	80 747 913	58 671 028	139 418 941
PPA	2 300 000	2 300 000	4 600 000	4 248 500	3 450 000	7 698 500	5 279 250	3 443 421	8 722 671	11 827 750	9 193 421	21 021 171
HD	4 344 000	5 167 400	9 511 400	15 215 520	12 731 996	27 947 516	9 283 520	21 577 203	30 860 723	28 843 040	39 476 599	68 319 639
DGMSPSN	-	-	4 848 000	-	-	4 848 000	-	-	4 248 000	-	-	13 944 000
Total	43 445 775	47 897 327	96 191 102	106 841 245	79 999 146	191 688 391	88 312 508	89 115 635	181 676 143	238 599 528	217 012 108	469 555 636

Décaissements pour les Primes aux services de santé

En FCFA

Structures	Décaiss. 2019	Décaiss. 2020	Décaiss. 2021	Cumul
Batha	14 088 705	71 776 965	69 339 292	155 204 962
Moyen Chari	18 742 727	58 984 065	74 349 729	152 076 521
DGMSPSN	450 000	3 075 000	4 425 000	7 950 000
TOTAL	33 281 432	133 836 030	148 114 021	315 231 483

Les décaissements totaux relatifs aux COM, sur la période de 2,5 ans, s'élèvent à 784 787 119 FCFA soit au taux de 1CHF pour 603FCFA¹⁰, soit 1 301 471CHF, soit environ 18% des décaissements totaux au 01/06/2021 du PADS. Une autre manière de lire ces chiffres, consiste à dire que 469 555 636FCFA, soit 778 699 CHF, correspondent au financement par avance du PTB, c'est-à-dire à des dépenses régaliennes, c'est-à-dire encore à des dépenses de substitution. La part finançant le Plan de Travail Budgétisé (PTB) représente 59,8% de ces décaissements totaux et la part allant aux primes pour les services de santé représente 40,2%. Cette part n'a pas beaucoup varié au cours de la période.

Le montant total et la part élevée du financement du Plan de Travail Budgétisé est problématique dans l'optique d'un retrait à terme du PADS : le budget de fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale (MSPSN) aura-t-il les capacités de prendre la relève du PADS ? Aussi serait-il opportun, pour la Phase 3 d'envisager les modalités de diminution de ces décaissements : par exemple, en ce qui concerne les financements par avance, envisager un partage entre le PADS et le MSPSN, dont les responsables financiers s'engageraient contractuellement, à l'instar des COM. Ceci serait en outre rendu plus facile au fur et à mesure de la mise en place du Régime 3, dans les années à venir, par la Caisse National d'Assurance Santé (CNAS), puisque ce régime 3 aura pour conséquence de donner des moyens financiers supplémentaires aux formations sanitaires.

¹⁰ A la date du 11 novembre 2021

En résumé, la faible viabilité de nombreux CS dont l'indice de recouvrement des coûts est inférieur à 1,1 et les ressources humaines qualifiées se limitent à un seul agent poussent à reconsidérer les critères de contractualisation avec les FOSA. Ne faut-il pas signer des contrats d'objectifs et des moyens uniquement avec les CS assez robustes, faisant preuve d'une gestion rigoureuse des ressources, disposant de plus d'un agent qualifié et qui à terme peut fonctionner grâce aux recettes du recouvrement des coûts ?

3-3- Les mutuelles de santé

Les mutuelles de santé comptaient en 2017 70 prestataires de soins sous contrat. L'expérience du réseau de mutuelles de santé en matière de contractualisation est unique dans la perspective de la mise en œuvre du dispositif d'assurance santé et de couverture sanitaire universelle. A travers les contrats, les mutuelles s'engagent principalement à financer les soins de leurs membres selon un système de tiers payant et des conditions prédéfinies, en contrepartie de quoi le prestataire s'engage à fournir des soins de qualité à des tarifs et selon des procédures définies. Les comités de suivi de la contractualisation qui se tiennent périodiquement et réunissent l'équipe cadre de district avec les élus et gérants mutualistes et tous les prestataires conventionnés constituent un espace de dialogue unique. Cette forme de contractualisation contribue à une meilleure régulation du système de santé, elle instaure un contrôle de la population organisée en mutuelles sur les services de santé inédit et constitue un outil d'amélioration de la gouvernance à plusieurs titres par exemple : redevabilité et transparence dans la tarification et le financement reçu des mutuelles, efficacité des services sanitaires, participation des usagers.

L'ONG CIDR56 porteuse du projet de développement des mutuelles a mis sur pied une association locale fin 2019 nommée Centre de Promotion et de Gestion des Risques Sociaux ; « le CPG-RS assure l'appui permanent aux mutuelles et négocie avec les autorités de santé les conventions qui concrétisent la relation entre mutuelles et FOSA ». Des formations ont été organisées, des outils de gestion ont été développés. Cependant, le CPG-RS a cessé ses activités depuis l'arrêt du financement de la Coopération suisse le 31 décembre 2019.

Aujourd'hui, les mutuelles du Moyen Chari (il n'y en a pas dans le Batha) sont en mode « Pause ».

Le PADS a décidé d'aider, pour quelques mois, à les redynamiser. Mais s'il n'a pas de financements nouveaux, ces mutuelles de santé risquent de définitivement disparaître.

3-4- Les centres de santé privés

Il existe des centres de santé privés, c'est-à-dire confessionnels uniquement dans la zone du Programme du Moyen Chari (et, peut-être un centre de santé adventiste à Ati). Ces centres de santé n'ont pas signé de contrats d'association à la mission de service public comme le voudrait la Politique Nationale de contractualisation. Pour autant, on peut dire qu'il y a une contractualisation *de facto*, c'est-à-dire non formalisée : ces formations privées sont inscrites dans la carte sanitaire et bénéficient de certains avantages identiques à ceux des formations sanitaires publiques. Ainsi, des COM ont été signés avec ces formations sanitaires privées au même titre qu'avec les formations sanitaires publiques. Elles bénéficient ainsi des mêmes financements par avance du PTB et des mêmes primes aux résultats.

- L'Axe 1 : le PADS est particulièrement concerné par cet axe et le sera encore plus dans l'avenir avec la mise en place du régime 3. Au cours de la phase 2, le PADS a appuyé la CIC-CSU en finançant diverses activités, notamment au niveau central (ateliers, formations, sensibilisation). Le PADS viendra en appui de la mise en œuvre du régime 3 dès 2022 et nouera des liens avec la CNAS, notamment pour la mise en place du logiciel « Openimis » dans le district de Danamadji (qui est un logiciel de gestion de l'assurance maladie, utilisé dans différents pays). En outre, le PADS s'impliquera dans l'appui à l'identification des personnes démunies dans le district de Danamadji ;
- L'Axe 2, dans son aspect de développement de l'assurance qualité pour les formations sanitaires : dans son Output A22.1, le PADS souhaite développer l'assurance qualité dans formations sanitaires bénéficiant de son appui. Un atelier dans chacune des deux provinces a été organisé en février – mars 2020 sur l'assurance qualité ou qualité des soins (Dr Charles Sani): un accent était mis sur des notions telles que : hygiène et environnement de la formation sanitaire, temps d'attente, accueil par le personnel de santé, salle d'accouchement, confidentialité lors des examens, disponibilité des médicaments, respect des tarifs ;
- L'axe 4 : l'approche intersectorielle de cet axe 4 est également largement privilégiée dans le PADS, par exemple au travers de l'approche OneHealth. Le PADS pourrait aussi également contribuer à la mise en œuvre de plusieurs actions identifiées dans le Plan Stratégique National pour la mise en œuvre de la CSU telles que : contrôle de l'hygiène et l'assainissement dans les établissements agro-alimentaires, gestion des déchets domestiques, interdiction de fumer dans les lieux publics, contrôle de la consommation de drogue et d'alcool, lutte contre la divagation des animaux errants, lutte contre toutes les formes de violence et les mutilations génitales féminines ;
- L'axe 5 : Prendre davantage en compte les souhaits de la population. Il s'agit de mieux prendre en compte les souhaits des populations : donc enquête auprès des usagers, ce qui est fait au niveau des enquêtes de satisfaction dans le cadre des COM, mais plus en profondeur comprendre pour certaines catégories de la population ne fréquente pas les formations sanitaires. Le PADS pourrait davantage mettre l'accent sur des actions autour de l'accueil des patients, la lutte contre les dessous de table, le meilleur entretien des locaux ¹¹ ;
- L'axe 6 : le PADS contribue à mobiliser les ressources financières pour la couverture universelle : soutien direct à la mise en place du Dispositif d'Assurance Santé (DAS), et plus particulièrement pour le développement des mutuelles de santé (Régime 2).

3-6- DHIS2

District Health Information System version 2 (DHIS2) est un logiciel qui permet la collecte informatisée des données pour les formations sanitaires. Cet outil a été développé par un groupe d'institutions et d'experts (Université d'Oslo) et a été validé par l'OMS. Ce mécanisme se met en place dans de nombreux pays, dont le Tchad. Ce mécanisme est souhaité comme opérationnel au Tchad au 01 janvier 2022 progressivement pour l'ensemble des formations sanitaires sous l'égide de la Direction de la Statistique et des Systèmes d'Information Sanitaire (DSSIS) Ce développement a été possible avec l'appui du Fonds mondial et de GAVI. Il y a d'ailleurs quelques problèmes de duplication entre le travail réalisé par le PADS et une équipe de consultants de l'OMS.

¹¹ La population est sensible au fait que la formation sanitaire ait des locaux accueillants : nettoyage des sols et des murs, entretien des extérieurs, entretien des salles d'accouchement. Ce qui aurait sans doute une incidence sur la fréquentation des populations, sans doute autant que les campagnes classiques de sensibilisation.

Le PADS, dans ses zones d'intervention, a mis en place une version pilote du DHIS2, axée sur les provinces, dès le début de la phase 2 du Programme. Aujourd'hui, le DHIS2 mis en place par le PADS doit être intégré dans le DHIS2 du MSPSN.

Par ailleurs, le PADS a contribué à la définition du nom de domaine « dhistchad.td » pour permettre au public l'accès à une information synthétique des données du DHIS2.

Très rapidement, DHIS2 permettra une information en temps réel et à la demande des informations contenues dans DHIS2 et constituera donc un outil efficace d'aide à la prise de décision. Cet outil rendra sans doute caduque la publication d'un annuaire statistique sous une forme classique. Cependant, la publication d'une plaquette synthétique à partir de ces données demeurera utile.

On notera enfin une difficulté d'ordre démographique : le MSPSN considère le district sanitaire comme aire géographique alors que l'INSEED travaille à partir du Département ; ce qui conduit le DHIS2 un travail supplémentaire pour calculer la population des districts sanitaires.

En dépit des multiples avantages du DHIS2, cet outil est confronté au Tchad aux problèmes de connexion à internet quand on sait qu'il s'agit d'une application web. Le module de saisie off line doit être développé pour permettre à tous ceux qui saisissent les données de pouvoir les charger dès l'instant où la connexion est à nouveau disponible. Le téléchargement pour le moment est très lourd prenant au minimum une heure et vue la qualité du réseau internet et sa cherté, les utilisateurs ne disposent pas d'assez de ressources pour rester connecter plusieurs heures. En outre, des bonnes pratiques sont à relever dans les deux provinces avec le déplacement de tous ceux qui ont des problèmes d'encodage des données au chef-lieu du district ou de la province pour la saisie des données quelque fois sous la supervision des responsables en charge de la gestion des données au niveau des districts sanitaires. Mieux, ces derniers se font souvent aider par les membres des ECD pour la saisie de leurs données. De plus en plus, quelques médecins chefs de districts s'investissent également dans l'utilisation du DHIS2. Le PADS a formé tous les responsables des centres de santé et les surveillants des hôpitaux à l'utilisation du DHIS2. Cependant, il importe de former au moins 2 personnes supplémentaires des districts à appui provincial pour éviter le problème de dépendance d'un individu.

3-7- OneHealth et la participation communautaire

Au nom du principe d'équité, le PADS s'est engagé avec le MSPSN d'apporter un paquet d'activités sanitaires au profit des pasteurs nomades à travers des campagnes de vaccination conjointe et de santé intégrée et ce, dans une gouvernance intersectorielle. Conjointement, il s'agit de s'intéresser simultanément à la santé des éleveurs et de leurs animaux. Les pasteurs nomades représentent environ 10% de la population des deux districts d'intervention du PADS. Ils sont pour la plupart très éloignés des centres de santé. On observe ainsi qu'il y a plus d'enfants et de femmes vaccinées lors des passages avec les vétérinaires. On observe en outre une économie d'environ 15% lors de tournées conjointes sur la logistique et le personnel.



Le PADS finance beaucoup des activités communautaires du ministère de l'Elevage et des Productions Animales pour la population nomade, notamment les missions de suivi évaluation sur le terrain, les sensibilisations pour amener les nomades à accepter la vaccination. L'octroi des vaccins pour la population nomade dans le cadre de la campagne de vaccination mixte. Le PADS a appuyé la réalisation de campagnes conjointes de promotion de la santé humaine et de la santé animale en direction des pasteurs mobiles.

Par ailleurs, l'IRED a recruté des auxiliaires de l'élevage (AE) dans le cadre de l'alerte sanitaire des animaux. Pour cela, il envisage la création de COM communautaires pour permettre de récompenser ces AE. Plutôt que de créer des COM spécifiques, il pourrait être envisagé d'inclure cette motivation de ces AE dans les COM, en spécifiant bien sûr ce qui a trait à ces AE.

Enfin, le Programme de l'Afrique Contre les Epidémies et la Banque mondiale souhaiteraient promouvoir une Plateforme nationale One Health, intégrant également les dimensions « environnement et agriculture ».

3-8- La visibilité, durabilité, pérennité du PADS

Tant au niveau central qu'au niveau des provinces appuyées, le PADS est un programme connu et perçu comme un programme de bonne qualité. Ces résultats sont appréciés de la grande majorité des acteurs : MSPSN, autorités administratives dans les provinces, population (au travers des enquêtes de satisfaction). Le PADS est considéré comme un programme pilote que beaucoup voudrait voir répliqué dans le pays. Les acteurs, notamment de terrain, se sont habitués à l'appui du PADS, qui, par certains aspects, s'apparentent à de la substitution. Par exemple, on dit que le PADS ne réalise pas lui-même des activités. Ce qui est vrai, mais en même temps, à travers les COM et les financements par avance, le PADS finance directement les activités. Les actions sont présentées dans le site Internet du PADS www.pads-tchad.org, qui rassemble en outre toute la documentation sur le PADS. Ce site a été initié par SwissTPH et actuellement le Bureau du PADS à N'Djamena essaie de prendre la relève.

En conséquence, pour l'avenir, tous souhaiteraient que le PADS poursuive, voire intensifie, ses efforts et ses activités, lors de la phase 3. Ceci sousentend souvent que l'on accepte que le PADS se substitue au MSPSN.

Si cette forte visibilité est sympathique, elle n'en n'est pas moins problématique. Les rencontres que la mission a eu avec la Coopération suisse au niveau de N'Djamena laissent au contraire à penser que la phase 3 ne sera pas une phase d'expansion du PADS mais plutôt

de consolidation des acquis et de redploiement et qu'à la fin de cette phase (2026), le PADS, sous sa forme actuelle, sera clos.

Ceci implique donc que les acteurs concernés actuellement par le PADS doivent commencer à prendre acte de cette situation et à s'y préparer. Il faut réfléchir en termes de pérennisation des acquis et de relève. Comment s'assurer que cette implication du programme pendant 12 ans laisse des traces sur l'ensemble du système de santé tchadien ? A titre d'exemple, comment s'assurer que les COM pourront être pris en charge par l'Etat tchadien.

ANALYSE DE LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME AU NIVEAU DES PROVINCES

4-1- Eléments de contexte

Le PADS a été conçu pour soutenir les efforts du gouvernement en vue d'étendre la couverture sanitaire, d'accroître l'utilisation des services de santé et d'améliorer la gouvernance du secteur de la santé. La Phase 2 du Programme met l'accent sur trois points :

- Une implication substantielle des Délégations Sanitaires Provinciales (DSP). Sont mises en place des équipes provinciales du PADS au sein des équipes des Délégations Sanitaires Provinciales.
- Un accent tout particulier est mis sur l'approche « genre », tant au niveau des activités (santé maternelle, mutilations génitales féminines, violences basées sur le genre, contraception, etc.) ;
- Le désengagement : lors de sa première phase, le Programme s'est retrouvé dans une logique de substitution par rapport au rôle de l'Etat. Lors de la Phase 2, l'accent est mis sur le transfert des compétences par l'apprentissage : ainsi, les deux chirurgiens du Programme mettront leur savoir-faire à la disposition de leurs homologues nationaux. Le PADS doit utiliser ces districts d'intervention pour servir de pools de formation pour d'autres districts du pays.

4-2- Pertinence des objectifs du programme

L'objectif spécifique du PADS qui vise à « *Contribuer à la meilleure gouvernance du système de santé pour améliorer la santé materno-infantile, la couverture sanitaire universelle et la prévention des épidémies* ». Le PADS, dans ses orientations, apporte une réponse substantielle à la mise en œuvre de l'axe stratégique 2 de la PND qui vise la mobilisation et valorisation du capital humain et la lutte contre les inégalités, la pauvreté et l'exclusion sociale, ainsi que de l'axe stratégique 4 qui porte sur l'amélioration de la gouvernance.

Le PADS est très pertinent pour les priorités et les objectifs de la stratégie de la coopération suisse. Il est en cohérence avec l'axe stratégique 2 qui prescrit d'« *assurer un accès équitable aux ressources et services essentiels* » et contribue fortement à l'atteinte de l'objectif principal de la DDC en matière de santé qui porte sur « *la réduction de la mortalité et de la morbidité dans les régions prioritaires soutenues par la DDC par l'amélioration de la qualité des soins délivrés par les districts de santé (soins préventifs et curatifs du Paquet Minimum d'Activités) et leur accessibilité pour les populations (financière, géographique, socioculturelle), avec un accent particulier sur la santé de la mère et de l'enfant* »

En mettant le focus sur la santé des femmes et des enfants, et par son apport à une meilleure gouvernance du secteur, le PADS reste en adéquation avec les orientations stratégiques de la coopération suisse 2018-2021 au Tchad. Non seulement il appréhende les deux thèmes transversaux de genre et de gouvernance mais surtout s'inscrit en droite ligne des objectifs de cette coopération qui est « *d'accompagner le Tchad vers une diminution de la fragilité en atteignant un développement durable qui garantit la sécurité alimentaire..., en appuyant les services le développement des services de base adaptés*. Améliorer la santé des populations reste essentiel à tous les autres objectifs de développement quelque soit le domaine : citoyenneté, éducation agriculture et la sécurité alimentaire. Autrement dit une population en

mauvaise santé quoique formée ne saurait soutenir le développement d'une agriculture viable pour répondre aux besoins alimentaires.

Les indicateurs définis par le cadre de résultats pour mesurer l'atteinte des objectifs restent pour la plupart pertinents et SMART. Sur la base des résultats de la phase 1 du Programme, les valeurs cibles à atteindre en tenant compte des documents stratégiques du MSPSN pour les différents indicateurs ont été fixées pour la phase 2 du Programme. Dans leur majorité la plupart de ces valeurs cibles apparaissent comme rationnelles. Cependant certaines d'entre elles restent trop ambitieuses au regard du contexte dans la Province du Batha. Il s'agit notamment de la valeur cible du programme fixé à 35% pour l'utilisation des services de la consultation curative, 40% pour les accouchements assistés lorsqu'on sait que ce taux déjà faible au niveau national est resté stagnant à 24% sur 20 ans entre 1996/1997 (EDST1) et 2014/2015 (EDST3). Il en est de même pour la prévalence contraceptive qui doit atteindre 20% alors même 4% pour les méthodes modernes au Batha contre 12% au Moyen Chari en 2019 (MICS6, 2019).

Les bénéficiaires ont été clairement identifiés dans le document du programme. Il s'agit notamment :

- Des populations des 2 provinces sanitaires (dont les plus vulnérables sont les femmes, les enfants, et les populations nomades, insulaires et celles des zones d'accès difficile) ;
- Des communautés dont le rôle sera renforcé dans la participation à la gestion des FOSA au niveau le plus décentralisé et dans la promotion de la santé ;
- Du personnel de santé (FOSA et PPA) dont les capacités seront renforcées ;
- Les représentants de l'administration sanitaire à ses différents niveaux (central, provincial et du district) et plus particulièrement au niveau périphérique (ECD et ECDSP) ;
- Des OBC et autres partenaires de terrain à travers les alliances stratégiques qui seront nouées dans une approche de coordination efficiente ;
- Du MSPSN et les PTF au niveau central bénéficieront des preuves et autres leçons tirées des expériences du programme qui alimenteront le dialogue politique au niveau central et influenceront sur les politiques sectorielles, visent la province (appui aux ECDSP et PPA) et le niveau national (MSPSN et PTF) dans le cadre de l'animation du dialogue politique.

Cette nomenclature des bénéficiaires montre une vision holistique du programme qui tout en focalisant sur les districts sanitaires à appui complet prend en compte les différents maillons du système. Il s'agit là d'une des forces du programme : prendre appui sur districts à appui complet et impacter le système dans son ensemble. Ce qui revient également à dire que la conception a su appréhender le fait que les résultats à atteindre dans les deux provinces restent tributaires du bon fonctionnement de l'ensemble du système de santé : du niveau central, du niveau provincial et de la synergie à établir entre partenaires.

4-3- Le cadre Logique du Programme et les résultats

L'élaboration de la Phase 2 du Programme a retenu un objectif général (ou Impact) qui est :

« Contribuer à la meilleure gouvernance du système de santé pour améliorer la santé maternelle et infantile, la couverture sanitaire universelle (CSU) et la prévention des épidémies »

Cet objectif général se décline en trois grands effets attendus du programme (ou Outcomes) :

- Outcome 1 : Les ressources du système de santé sont mieux gérés au niveau central, régional et local ;
- Outcome 2 : La disponibilité et la qualité des prestations sanitaires sont améliorées dans les zones d'intervention du Programme ;
- Outcome 3 : L'équité dans l'accès aux services de santé est améliorée en particulier pour les femmes, les enfants et les populations marginalisées.

Chacun de ces trois grands effets attendus (ou Outcomes) se décompose en plusieurs résultats attendus (ou Outputs) qui eux-mêmes vont se diviser en grandes Activités à réaliser pour atteindre chacun des Outputs. Ces éléments constituent ce qui est appelé le Cadre logique du Programme. Un des buts principaux de cette évaluation externe consiste à faire le point pour chacune des Activités sur les résultats qui ont été obtenus depuis le début de la mise en œuvre de la Phase 2 du Programme, sachant qu'il reste encore une année complète avant la fin de la Phase 2.

Afin de remplir la colonne intitulée « Résultats observés », les évaluateurs se sont basés sur les indicateurs d'outputs qui sont définis dans le document du Programme. Il serait trop long de les reprendre ici ; mais ils sont consultables dans le document Prodoc du Programme (pages 103 à 108).

Le tableau suivant présente ces trois éléments ainsi que les résultats observés :

Cadre logique

Outcomes	Outputs	Indicateurs	Résultats à ce jour par rapport à l'objectif initialement fixé
<p>Outcome1 : Les ressources du système de santé sont mieux gérées au niveau central, régional et local</p>	<p>Output1-1 : La coordination des partenaires et la participation des bénéficiaires sont assurées</p>	<p>% de Comité de santé comprenant à la fois des éleveurs et des agriculteurs (Contribution à la réduction des conflits)</p>	<p>Cet indicateur n'a pas été renseigné en année 1. En 2020 la proportion des COSAN comprenant à la fois des agriculteurs et des éleveurs varie de 38% au Moyen Chari à 78% au Batha. Il n'y a pas une grande différence en 2021. Au Moyen Chari, certains districts sanitaires (Balimaba et Korbol) ne comptent pas de nomades installés dans des ferricks afin de participer au COSAN</p>
		<p>OC 1-1 % des formations sanitaires (FOSA) ayant transmis à temps mensuellement leurs inventaires mensuels des médicaments et OC 1-2 % des formations sanitaires (FOSA) ayant transmis à temps les rapports financiers mensuels</p>	<p>Le niveau de cet indicateur est assez élevé et atteint même 100%. Cependant, la qualité des pièces justificatives reste à améliorer. En effet, on note un faible engouement des gestionnaires des districts à traiter avec célérités ces pièces avant leur transmission à l'équipe provinciale. Il faut assurer un suivi plus rapproché auprès des gestionnaires de districts afin de respecter les délais de transmission</p>
		<p>OC 1-3 % des Centre de Santé (CS) ayant un indice de recouvrement des coûts considéré comme normal (compris entre 1,1 et 1,3)</p>	<p>La viabilité des centres de santé est appréciée à travers le niveau de cet indicateur qui malheureusement n'a jamais dépassé 40%. Pire, d'année en année, la proportion des CS ayant un indice de recouvrement des coûts considéré comme normal (compris entre 1,1 et 1,3) baisse passant de 39% en année 1 au Batha à 15% en année 3 et de 40% en année 1 au Moyen Chari à seulement 8% en année 3. Après plusieurs années de mise en œuvre des COM dans ces deux provinces, les proportions devaient être plus élevées que ce qui est observées. Curieusement nombreux sont les CS qui sont redevables à la PPA avec des montant avoisinant 700000 FCFA (CS d'Ambassatna dans le district sanitaire de</p>

Outcomes	Outputs	Indicateurs	Résultats à ce jour par rapport à l'objectif initialement fixé
			Yao). Ce qui montre que s'il n'y a pas de COM, ces formations sanitaires ne pourront pas fonctionner.
		OC 1-4 Nombre des activités du paquet organisationnel minimum (POM) prévues et réalisées (Supervision, réunions, comité directeur, monitoring, conseil d'administration...)	Si les supervisions sont réalisées à hauteur de 100% de même que les comités directeurs des districts et des délégations sanitaires, les réunions des conseils de santé quant à elles ne sont pas systématiquement tenues. En effet, les proportions des rencontres organisées oscillent autour de 80% en moyenne. Pour cet indicateur la grosse difficulté se rapporte à la qualité de la supervision réalisée (non-respect du calendrier de sortie, non utilisation systématique des grilles de supervision, insuffisance de temps consacré à la supervision d'une FOSA, préférence accordée par les ECD aux évaluations COM au détriment de la supervision, absence de plan de résolution des problèmes constatés au cours de la supervision, ...). Les comités directeurs sont certes organisés mais les analyses faites au cours des discussions restent encore largement perfectibles avec des focus à accorder à des problèmes cruciaux comme ceux de la gestion des ressources, l'utilisation des COM ou encore la question de la santé de la reproduction surtout au Batha.
		OP 11-1 : % des FOSA disposant de micro-plans (CS) / plans annuels validés (HD, HR) avec la participation des représentants des bénéficiaires	Bien qu'en constante augmentation, la proportion des FOSA disposant de micro-plans (CS) / plans annuels validés (HD, HR) avec la participation des représentants des bénéficiaires reste faible au Moyen Chari en 2021 soit 47% contre 100% au Batha. Les COSAN et COGES jouent un rôle très important dans la sensibilisation des communautés sur diverses thématiques ayant trait à la santé
		OP 11-2 : Nombre de plans annuels opérationnels (PAO)	Tous les districts des 2 provinces disposent des PAO intégrant la contribution des partenaires techniques et

Outcomes	Outputs	Indicateurs	Résultats à ce jour par rapport à l'objectif initialement fixé
		(districts, régions) intégrant la contribution des partenaires techniques et financiers (PTF)	financiers (PTF) même si dans la mise en œuvre, on ne sent pas une vraie appropriation dans l'exécution des activités. Pire, la priorité est accordée au PTB au détriment du PAO et nombreux sont encore les staffs qui font la distinction entre les activités du district de ceux des partenaires qui en réalité n'en possèdent pas.
	Output 1-2 : La performance des structures sanitaires s'améliore	OP 12-1 Taux de performance des structures sanitaires sous COM (agrégé / désagrégé)	Si le taux de performance des structures sous COM est relativement élevé au Moyen Chari en 2021 soit 92% contre 74% et 72% respectivement en 2019 et 2020, les performances des structures sanitaires sous COM au Batha n'ont jamais atteint les 70% (62%) en 2021
	Output 1-3 : Le système d'information sanitaire et de surveillance produit des données qui contribuent à la prise de décision	OP 13-1: % des formations sanitaires (FOSA) qui planifient leurs activités sur base d'une analyse et d'une exploitation des données collectées et produites à leur niveau (exploitation)	En dehors de la première année caractérisée par des niveaux relativement faibles (moins de 60%), la proportion des formations sanitaires (FOSA) qui planifient leurs activités sur base d'une analyse et d'une exploitation des données collectées et produites à leur niveau (exploitation) atteint ces deux dernières années plus de 98% et cela grâce au renforcement des capacités des staffs des FOSA et des ECD.
	Output 1-4 : des documents de capitalisation et des actions de promotion sont réalisés	OP 14-2 : Nombre d'actions de promotion du programme	En année 1, chacune des provinces a mis en œuvre 6 actions de promotion du programme. En outre, en année 2, le PADS a entrepris la fixation des panneaux (supports de visibilité) dans les différentes structures concernées. En 2021, une réunion du comité de suivi provincial a été tenue avec la forte présence et l'intérêt marqué des premières autorités des deux provinces
Coût total prévu (après avenant de mars 2021) pour l'outcome 1 : 4 151 719 CHF			

Outcomes	Outputs	Indicateurs	Résultats à ce jour par rapport à l'objectif initialement fixé
Outcome 2 : La disponibilité et la qualité des prestations sanitaires sont améliorées dans les zones d'intervention du programme		OC 2-1 % des Centre de Santé (CS) obtenant un score qualité COM > 80%	Bien qu'en augmentation dans les deux provinces passant de 3% au Batha en 2019 à 23% en 2021 et de 10% au Moyen Chari en 2019 à 71% en 2021, cette proportion des CS obtenant un score qualité COM > 80% reste tout de même faible après plusieurs années de mise en œuvre de cette approche.
		OC 2-2 % de satisfaction des bénéficiaires au niveau CS > 90% (par genre/ mutualistes / non mutualistes)	Le niveau estimé de satisfaction des patients en dehors de la première année de mise en œuvre est plus que satisfaisant (99%) et cela quel que soit la province. Mais on peut douter de ces résultats
	Output 2-1 : Le paquet minimum d'activité (PMA) et le paquet complémentaire d'activités (PCA) sont assurés dans les formations sanitaires	OP 21-1 sur l'indice de capacité opérationnelle générale des établissements de santé	Cet indicateur n'est pas renseigné
	Output 2-2 : Un système d'assurance qualité performant pour les prestations sanitaires est mis en place	OP 22-1 Évolution du coût moyen des CC (nouveaux cas + anciens cas)	Les coûts moyens des consultations curatives restent relativement modestes dans la province du Batha (1262 FCFA en 2021) même si en 2019, ce coût avait été estimé à 1796 FCFA. Par contre au Moyen Chari, le coût reste élevé soit 2436 FCFA en 2021. Avec une population rurale globalement pauvre, un tel coût éloigne cette frange de la population des formations sanitaires. Pire les entretiens ont montré qu'il n'existe pas dans les hôpitaux des services sociaux pouvant supporter la prise en charge des malades indigents. Devant ces situations, certes rares, les prestataires de soins sont souvent embarrassés.

Outcomes	Outputs	Indicateurs	Résultats à ce jour par rapport à l'objectif initialement fixé
	Output 2-3 : Le nombre d'infrastructures sanitaires (administratives et de soins) fonctionnelles augmente	OP 23-1: % de la population des districts sanitaires disposant d'un CS de proximité neuf ou réhabilité selon les critères d'implantation des centres de santé selon les zone (Sahéliennes et soudanienne)	Le PADS est l'un des rares partenaires qui continuent à construire des FOSA. En effet, dans la province du Moyen Chari, ce sont 2 centres de santé (Miavélé et Sako-Gongo qui ont été construits et la réception technique a eu lieu en novembre 2021. Il en est de même de la réfection de la maternité de l'hôpital provincial de Sarh. Le seul retard est celui de la réfection de l'hôpital de Danamadji qui n'a même pas commencé. Dans le Batha, les retards sont assez importants puisque les travaux de construction des 2 centres de santé prévus au cours de cette phase 2 ne sont exécutés qu'à hauteur de 50% même si la maternité de l'hôpital Provincial d'Ati est faite de même que celle d'Amdjamena Bilala, réceptionnée toujours au mois de novembre 2021
Cout total prévu (après avenant de mars 2021) pour l'outcome 2 : 3 262 265 CHF			
Outcome 3 : L'équité dans l'accès aux services de santé est améliorée en particulier pour les femmes, les enfants et les populations marginalisées	Output 3-1 : Le nombre de personnes démunies et des populations prioritaires dans les zones difficiles à atteindre qui accède aux soins augmente	OC 3-1 Taux d'utilisation des consultations curatives (CC, nouveaux cas NC) par sexe chez les adultes et par tranche d'âge chez les enfants	Le taux d'utilisation des services de la consultation curative, loin de dépasser la moyenne nationale, varie entre 15% en 2020 au Batha à 26% au Moyen Chari en 2019. Il décroît d'année en année au Moyen Chari passant de 26% en 2019 à 23% en 2021
		OC 3-2 Taux de couverture vaccinale (BCG, Penta3, VAR) des enfants de 0 à 11 mois	Les couvertures vaccinales des 3 antigènes sont relativement élevées même si celle du VAR est loin des 95% recommandée.
		OC 3-3 Taux d'accouchements assistés dans les CS	La couverture en accouchements assistés demeure encore faible. Elle est comprise entre 18 à 29%. On note une croissance régulière d'année en année passant de 21% en 2019 à 29% en 2021 au Moyen Chari. Dans le Batha, après une stagnation les deux premières années,

Outcomes	Outputs	Indicateurs	Résultats à ce jour par rapport à l'objectif initialement fixé
			la couverture en accouchement assisté a augmenté passant de 18% en 2020 à 24% en 2021.
		OP 31-1 : proportion d'enfants et de femmes des populations nomades, insulaires et situées en zone d'accès difficiles ayant accès aux soins	Le nombre annuel de femmes nomades, insulaires et situées en zone d'accès difficile ayant un accès aux soins était estimé en 2020 à moins de 40000 dans les deux provinces. Celui des enfants est de moins de 35000. L'absence de dénominateur rend difficile l'appréciation de l'évolution de cet indicateur.
	Output 3-2 : Le nombre de femmes accédant aux services de santé reproductive et utilisant une méthode contraceptive augmente	OP 32-1 : taux de Consultations prénatales (CPN1)	La couverture en CPN1 est relativement élevée. Elle passe de 69% au Moyen Chari en 2019 à 84% au Batha en 2021. Il serait plus opportun de retenir pour une autre phase, la CPN4 et + qui est plus pertinente et traduit l'observance de la femme enceinte
		OP 32-2 Taux de prévalence de la contraception	Le niveau de la prévalence contraceptive est également faible. Dans la zone d'intervention du PADS, elle oscille entre 3% au Batha en 2019 à 11% au Moyen Chari en 2021. On observe une lente progression d'environ 1 point chaque année.
Coût total prévu (après avenant de mars 2021)pour l'outcome 3 : 539 384 CHF			

Gestion des ressources financières : A l'issue des entretiens, il ressort clairement des faibles capacités en matière de gestion financière qu'il faille nécessairement renforcer pour garantir une durabilité des interventions. En effet, dans les districts sanitaires à appui complet, tous les CS doivent avoir un indice de recouvrement des coûts considéré comme normal. La mauvaise gestion des recouvrements des coûts est aussi observée sur les bonus dont 30% sont dédiés au renforcement du système de santé (achat d'équipement, de matériels, ...). La clé de répartition du bonus n'est pas respectée sur le terrain et seule la PPA du Batha a pu acheter une moto grâce à ces ressources. Il est plus qu'urgent de mettre en place un outil qui permettra de s'assurer de la gestion efficiente des bonus des COM. Aussi, les ECD doivent s'assurer de la bonne gestion du bonus par les formations sanitaires. La Délégation sanitaire doit faire autant pour les ECD et le niveau central à son tour doit s'assurer de la bonne gestion du bonus par les délégations sanitaires. Aussi, est-il important de rappeler que les évaluations qualité COM doivent être améliorées car les scores actuels montrent une certaine complaisance puisque de nombreuses faiblesses sont constatées et parallèlement les scores issus des évaluations plafonnent à plus de 90%. Une agence indépendante d'évaluation qualité serait plus indiquée pour faire ce travail combien important. Les ECD doivent être plus regardant sur la gestion des ressources du recouvrement des coûts pendant leurs missions de terrain bien que les COM contribuent parfois à masquer les faiblesses gestionnaires des responsables à la tête des FOSA. Les responsables coupables de malversions doivent être sanctionnés car c'est l'impunité qui enracine la mauvaise gestion des ressources.

Construction des infrastructures : des retards assez importants sont à relever au sujet de la construction des 2 centres de santé du Batha dont le niveau d'exécution des travaux ne dépasse guère les 50% bien que les équipements soient déjà disponibles.

La mise aux normes des formations sanitaires est une préoccupation majeure du PADS et fait de lui un partenaire assez particulier quand on sait que nombreux sont ceux qui ces dernières années se sont retirés dans la construction ou réhabilitation des infrastructures estimant qu'il s'agit là d'un domaine régalien de l'Etat.

Performance des structures sanitaires sous COM (agrégé / désagrégé) : L'analyse comparative des performances des structures sanitaires sous COM entre le Moyen Chari et le Batha montre une nette différence entre ces deux provinces. En effet, les districts sanitaires à appui complet sont plus performants que ceux à appui provincial dans le Moyen-Chari tandis qu'au Batha à l'exception de l'indice du recouvrement des coûts, des couvertures en BCG et Penta 3, les performances des districts sanitaires avec un appui complet sont paradoxalement nettement plus faibles que ceux à appui provincial en 2021. Cette situation s'expliquerait en partie par la tenue de nombreux centres de santé par des agents communautaires aux compétences limitées, la présence d'un seul personnel qualifié dans de nombreux centres de santé au point où le CS est pratiquement fermé lorsque l'unique personnel qualifié se rend à une formation. Ces facteurs influencent le niveau d'utilisation des services et la qualité des soins. L'appui du PADS ne peut avoir assez d'impact sur la santé de la population que lorsque le Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale affectera des ressources humaines en quantité conformément aux normes développées dans le plan stratégique national de Développement des ressources humaines 2020-2030 (au moins 04 infirmiers dans un centre de santé rural). Aussi, l'intégration en priorité à la Fonction Publique des contractuels du PADS et autres stagiaires/communautaires qui exercent actuellement sur le terrain pourrait amplifier l'impact des appuis multiformes du PADS dans les deux provinces.

- Accouchements assistés : c'est un indicateur clé d'un système de santé.

	2019	2020	Juin 2021
Moyen Chari	21%	26%	26%
Batha	11%	18%	18%

La différence entre les deux provinces tient à la fois à la différence de revenus des habitants, et à la distance par rapport aux formations sanitaires. Le plus faible taux observé en 2019 tient au COVID 19 : certaines femmes hésitant à fréquenter une formation sanitaire par peur du COVID 19. On peut donc dire que ce taux reste stable sur les deux dernières années. Pour l'ensemble du Tchad, ce taux s'élevait à 27% en 2019 (MICS6-2019). Le PADS ne semble pas faire la différence sur cet indicateur, malgré tous les efforts consentis, notamment en matière de sensibilisation et de prise en compte du travail des accoucheuses traditionnelles, ainsi que l'amélioration physique des formations sanitaires. En examinant la couverture en CPN1 et en accouchement, il ressort très clairement que les formations sanitaires n'arrivent pas à fidéliser les femmes enceintes qui se présentent à la CPN.

- Taux de Vaccination : Globalement, ce taux est élevé : 80% environ. Les effets des activités en avancées et mobiles ne sont pas forcément perceptibles en examinant ces résultats. En effet, on s'attendait à des couvertures soient encore plus élevées grâce aux ressources mobilisées pour ces stratégies. Malheureusement, le non-respect du calendrier vaccinal et des sorties sur terrain font baisser les couvertures au niveau de quelques DS à appui provincial.
- Taux d'utilisation des Consultations curatives. L'utilisation des services de la consultation curative mesure indirectement la confiance qu'a la population aux formations sanitaires. L'évolution dans le temps montre une légère baisse d'un point d'année en année au Moyen Chari passant de 26% en 2019 à 23% en 2021, tandis qu'au Batha le taux d'utilisation oscille autour de 19% l'an. En comparaison avec les provinces aux caractéristiques similaires (Barh El Gazal pour le Batha et Logone Occidental pour le Moyen Chari), on se rend bien compte que le niveau des indicateurs est meilleur dans les provinces d'intervention du PADS que dans les deux autres. En effet, le taux d'utilisation de service en 2019 dans le Batha était estimé à 19% tandis qu'au Barh El Gazal, il n'est que de 12%. En outre au Moyen Chari, le taux d'utilisation de services de la consultation curative est de 38% nettement au-dessus du niveau du Logone Occidental de 21% en 2020.

Taux de consultations prénatales (CPN1) : La couverture en CPN1 est en constante augmentation d'année en année au Moyen Chari passant de 69% en 2019 à 74% en 2021. La tendance est similaire au Batha. En comparaison aux provinces similaires, les couvertures en CPN1 sont meilleures au Batha 77% qu'au Barh El Gazal 48,16% et au Moyen Chari 69% qu'au Logone Oriental 68,53% en 2019.

- Promotion de la santé reproductive : c'est sur cet indicateur que les progrès sont les plus marquants :

	2019	2020	Juin 2021
Moyen Chari	5,7%	19%	52%
Batha	0,5%	14%	23%

Des contrats avec des OBC ont été établis pour assurer la sensibilisation et le travail avec les Radios locales ont portés leurs fruits. Il est envisagé, pour prolonger ces efforts, de mieux impliquer les autorités traditionnelles et de créer des « écoles des

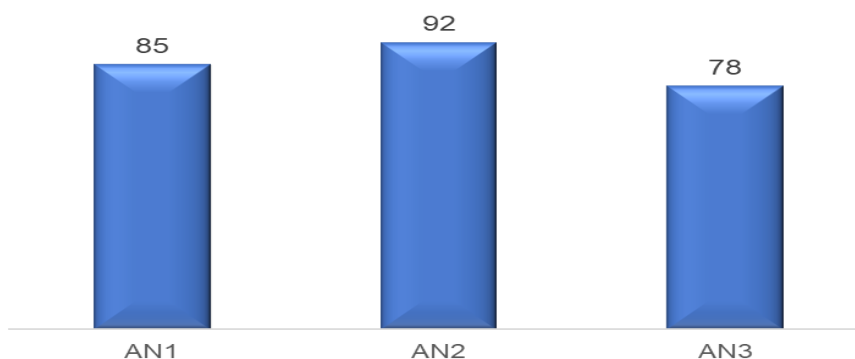
maris » (stratégie qui vise à faire des hommes des acteurs de changement positif en faveur de la planification familiale).

- Prévalence contraceptive. Faible sur l'ensemble du territoire, la prévalence contraceptive varie d'une province à une autre. Elle est estimée à 12,1% au Moyen Chari contre seulement 8,8% au Logone Oriental. Au Batha les progrès sont plutôt lents soit 3,7% contre 5,6% au Barh El Gazal

ETAT DE REALISATION DES OUTCOMES ET DES ACTIVITES

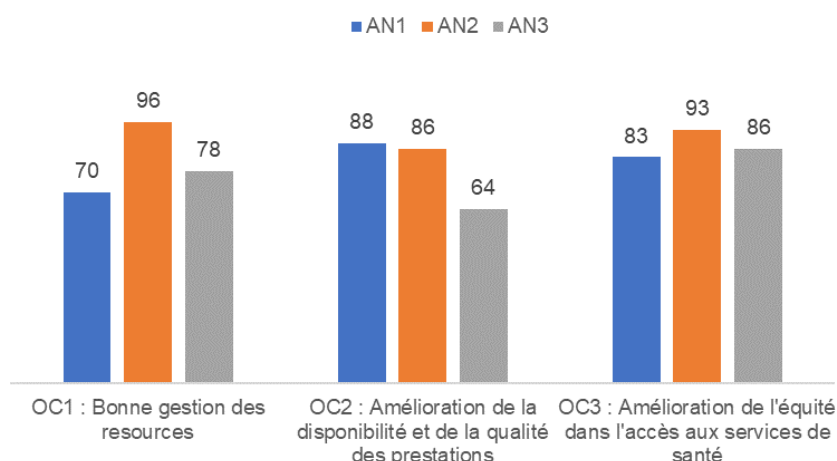
La stratégie d'intervention du PADS est basée pour l'essentiel sur des appuis techniques et financiers au système de santé. La performance du programme est donc évaluée sur la base du niveau d'exécution des prévisions annuelles contenues dans les Plans d'Actions Opérationnels (PAO) des FOSA, des districts et des 2 provinces sanitaires. Le graphique ci-dessous donne une idée du taux de réalisation des activités au cours des deux premières années et du premier semestre de la troisième année d'exécution.

En dépit des perturbations enregistrées en 2020, 92% des activités programmées ont été réalisées. En année 1, compte tenu des problèmes liés au démarrage du programme, le taux de réalisation est de 85%. Enfin, pour l'année en cours moins de 4 activités sur 5 ont été exécutées soit 78% comme illustré sur le graphique ci-dessous.



Evolution du niveau de réalisation des activités de l'an 1 à l'an 3

Au-delà, l'efficacité du programme est appréciée par rapport aux réalisations pour les trois effets attendus. Le niveau de réalisation des activités varie d'un outcome à un autre. Toutefois les performances sont meilleures en termes de mise en œuvre pour l'outcome 3 avec une tendance à l'augmentation, suivi de l'outcome 1. Cependant, les activités se rapportant à l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des prestations sont relativement moins mises en œuvre que les autres.



Evolution du niveau de réalisation des activités de l'an 1 à l'an 3 par outcome

Thématiques transversales du PADS

Depuis la première phase du Programme, les questions relatives au genre, à la bonne gouvernance et à une contribution à la réduction des conflits dans le contexte tchadien, ont été prises en compte dans le cadre des résultats. Ces trois thématiques sont considérées comme essentielles pour la réussite du programme et sont mises en œuvre suivant une approche transversale.


























- La pertinence du programme découle du fait qu'il contribue au **renforcement d'une bonne gouvernance** à travers des mécanismes de dialogue au niveau national (comité de pilotage) et décentralisé (comités directeurs), entre le secteur public et la société civile (mise en place des sous-fédérations des COSAN et COGES) ainsi qu'à l'amélioration de la disponibilité en médicaments essentiels au niveau des provinces, des districts et des formations sanitaires. Une meilleure gouvernance est un élément important des Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM). Ainsi le programme promeut une meilleure transparence et redevabilité des services de santé à travers l'approche contractuelle.
- A propos du **genre**, le PADS considère cette thématique comme partie intégrale du programme et vise à améliorer l'accès des femmes aux services de santé ainsi que les compétences du personnel de santé féminin ou encore la participation féminine aux instances de gouvernance communautaire (COSAN, COGES, Conseils de santé). Malgré le faible ratio genre, les femmes figurant parmi le personnel de santé sont promues à des postes de responsabilité et font preuve de leadership. La prise en compte de l'aspect genre grâce au travail de sensibilisation des équipes du PADS est de plus en plus une réalité dans les deux provinces d'intervention, en témoigne le district sanitaire de Sarh où on compte 6 RCS de sexe féminin sur 13 soit 46% ; 1 Médecin Chef de District à Balimba ; 1 Médecin chef de l'hôpital de District de Sarh, 2 responsables de services hospitaliers à l'hôpital de District de Sarh, d'Amdjamena Bilala. Au premier échelon de soin, on compte des femmes responsables de centre comme à Danamadji Ouest dans le Moyen Chari ou encore à Birny dans le Batha.
- Le troisième sujet transversal du PADS consiste à s'assurer de la **présence dans les bureaux des COSAN des agriculteurs et des éleveurs dans**

l'optique de contribuer à la réduction des conflits intercommunautaires récurrents ces dernières années. Au premier semestre 2021, 78% des COSAN dans le Batha comptent aussi bien des agriculteurs que des éleveurs contre 35% dans le Moyen Chari. Les activités de sensibilisation qui sont conduites par ces organes contribueront à la prévention de la violence, à la non-discrimination à travers des processus participatifs.

CARTOGRAPHIE DES PARTENAIRES EN APPUI AU SYSTEME DE SANTE DANS LES DEUX PROVINCES SANITAIRES

De nombreuses partenaires techniques et financiers participent au développement des politiques et des stratégies en matière de santé. Ils ont non seulement une influence considérable sur les choix stratégiques et politiques mais contribuent également de manière importante au financement comme c'est le cas de l'Union Européenne, l'Organisation Mondiale de la Santé, l'UNICEF, la Banque Mondiale, l'UNFPA, l'UNHCR, l'ONUSIDA, dont les interventions couvrent l'ensemble du territoire national. D'autres comme le PADS, ont ciblé quelques provinces sanitaires pour être plus efficaces et plus efficients dans leurs interventions. Le tableau ci-dessous donne une distribution des partenaires qui viennent en appui au deux provinces sanitaires.

Matrice d'intervention des partenaires en appui au système de santé dans les 2 provinces sanitaires

Partenaires intervenant en appui au système de santé	Provinces d'intervention		Domaines d'intervention
	Batha	Moyen Chari	
PADS			Renforcement du système de santé
CRT/CRF			Sensibilisation de la population
UNFPA			Santé de la Reproduction, renforcement des capacités, Dotation en équipements, Ressources Humaines
PAM			Appui au centre de santé de Maïngama
OMS			Surveillance Epidémiologique, Vaccination
PALAT			Lutte contre le Plaudisme
ASRADD			Surveillance des PFA
Unicef			Vaccination
Fondation Carter			Eradication du Ver de Guinée
UNHCR			Protection des réfugiés
Union Fait la Force			Sensibilisation de la population et conduite des enquêtes communautaires
Association Femme Avenir			Sensibilisation de la population et conduite des enquêtes communautaires
Association Femme Debout			Sensibilisation de la population et conduite des enquêtes communautaires
Association pour le Développement du Lac Fitri (ADELAF)			Sensibilisation de la population et conduite des enquêtes communautaires
PMS			Sensibilisation de la population
CARE			Santé de la Reproduction
ATCP			Appui dans le secteur des soins curatifs
PAC			Appui dans le secteur des soins curatifs au centre de santé de Maïngama
SWEDD			Appui à l'Ecole Provinciale de Santé et des Affaires Sociales

Le tableau révèle une multitude d'intervenants avec une diversification des domaines d'intervention. A travers leurs démembrements locaux, plusieurs PTF apportent un appui institutionnel qui couvrent les aspects se rapportant à l'approvisionnement en médicaments et consommables, à la prévention des maladies, aux renforcements des capacités et bien évidemment à la promotion des mutuelles de santé retenue par le Ministère comme un des instruments de régulation du financement du système de santé aux côtés de la gratuité des soins d'urgence et du financement basé sur les résultats. L'Etat qui consacre déjà d'importantes ressources pour le fonctionnement des formations sanitaires, bénéficiaient également de l'appui non négligeable du CIDR dans l'accompagnement des groupes organisés en mutuelles de santé aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural dans les districts sanitaires de Danamadji et de Sarh. Ces mutuelles faute de financement ont cessé de fonctionner pendant plus d'une année mais viennent de reprendre grâce au soutien financier du PADS pour une période de trois (03) mois. La reprise des activités des mutuelles contribuera à booster le niveau des indicateurs de santé dans les deux districts sanitaires ci-dessus cités quand on sait que les mutuelles de santé lorsqu'elles fonctionnent bien

ANALYSE DES FORCES ET DES FAIBLESSES

5.1. FORCES, FAIBLESSES

Forces	Faiblesses
Montage du programme <ul style="list-style-type: none"> - L'élaboration du Programme sur une base participative a permis de mieux appréhender les problèmes du système de santé notamment dans les provinces cibles du Programme - Ancrage institutionnel au niveau des structures de l'Etat a permis d'obtenir un meilleur engagement des MSPSN notamment pour la supervision, le suivi des activités - La cohérence d'ensemble qui prend en compte tous les aspects de coordination, de suivi évaluation et surtout d'assurance qualité 	<ul style="list-style-type: none"> - Certains indicateurs trop ambitieux eu égard au contexte. Notamment le taux de couverture en accouchement assisté, la prévalence contraceptive ou encore le taux d'utilisation des services de la consultation curative.
Mise en œuvre <ul style="list-style-type: none"> - Formalisation du partenariat avec le MSPSN a facilité l'implication et a accru l'engagement du MSPSN pour les activités du Programme - Réalisation d'une étude base pour documenter les indicateurs du Programme - L'option du financement (le PADS n'a pas vraiment de PAO propre mais finance les PAO des districts) permet de répondre aux besoins spécifiques à différents niveaux - Renforcement des capacités des différents acteurs a permis de renforcer les plateaux techniques des DS - Renforcement des capacités (infrastructures, moyens roulants, équipements, formation, ...) - Fort engagement des équipes du Programme pour réussir la mission confiée à eux - Pilotage du programme : La tenue régulière des COPILs et l'évaluation interne ont permis d'identifier les goulots d'étranglement et apporter les solutions appropriées - Les équipements informatiques et logiciels ont permis d'améliorer la collecte et l'archivage des données dans les DS cibles - Le transfert de compétence à travers l'apprentissage sur le tas est une bonne pratique - La stratégie du "faire faire" à travers les COM a contribué à améliorer la mise en œuvre et les résultats du Programme 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible disponibilité des ressources humaines dans les services de santé (turn over important, forte ingérence du niveau central et présence massive des RCS communautaires) - Faible leadership au niveau des ECD - Faible appropriation des activités par les ECD et le staff dans les FOSA - Faible qualité des pièces justificatives - Faible niveau de complétude et de promptitude dans la transmission des pièces justificatives - Faible coordination (activités et PTF) couplée à un faible leadership - Attention accordée au PTB et non au PAO - Faible qualité des activités en stratégies avancées (vaccination) - Non-respect des agendas de supervision, du calendrier de la vaccination - Forte dépendance des COM (40-70%) - Endettement de quelques formations sanitaires - Gestion des ressources de RdC et des COM à améliorer

<ul style="list-style-type: none"> - La redynamisation des organes de gouvernance participative a contribué à améliorer la participation communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de transparence dans la gestion des primes par les bénéficiaires accordées à travers les fonds COM au niveau des formations sanitaires - Faible disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité conséquence du non-respect par le MSPSN de son engagement - Absence d'évaluation des performances des agents par leurs supérieurs hiérarchiques - Manque de leadership au niveau des ECD - Faible prise en compte du genre
<p>Résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des effets sont constatés sur le terrain en termes d'amélioration du PMA dans les FOSA, de Plateaux techniques, de compétences et de progrès de certains indicateurs d'utilisation des services de santé 	
<p>Partenariat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recherche de synergie d'action avec les partenaires intervenant dans les mêmes DS a contribué à l'efficience du programme, elle a évité des doubles financements et une orientation des fonds du Programme vers d'autres actions indispensables 	
<p>Durabilité</p> <p>Bonne implication des structures communautaires dans la mise en œuvre du Programme</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Capacité de résilience face à la de la COVID-19 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible disposition des institutions nationales à prendre la relève - Faible capacité des structures communautaires à prendre la relève.

5.2. OPPORTUNITES ET MENACES

OPPORTUNITES	MENACES
<p>Orientations de la nouvelle phase du programme (2018-2022):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformité du PADS avec les nouvelles orientations du PNDS 2017-2022. Les objectifs du Programme intègrent les six piliers du PNDS - Cohérence avec la stratégie de la coopération suisse au Tchad 2018-2021. Le Programme s'inscrit en droite ligne aux thèmes transversaux de genre et de bonne. Il contribue fortement au cadre normatif des services de base. Le domaine agriculture et sécurité alimentaire présente une opportunité pour le programme d'entrevoir les activités visant l'amélioration nutritionnelles dans les DS site du programme. Par exemple les activités de démonstration nutritionnelle peuvent être un moyen de mobilisation sociale, autour duquel les Organisations communautaires peuvent aborder les thèmes de sensibilisation sur la santé de la mère et de l'enfant. - Nouveau PMA défini par le Ministère est une opportunité d'améliorer l'offre de soins dans les formations sanitaires pour contribuer à l'atteinte des objectifs du Programme - Stratégie d'approche communautaire du MSPSN offre les éléments à prendre en compte pour une mobilisation des populations en faveurs des activités du Programme <p>Mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de nombreux partenaires dans le district/DSP : La collaboration et la synergie d'actions avec les différents partenaires, devrait avoir un impact positif sur l'efficacité mais aussi l'efficience du Programme. Les activités des autres partenaires pourraient contribuer à l'atteinte des résultats. Une bonne synergie engendre un partage de coûts - Engagement des leaders communautaires. Sur le terrain l'évaluation note une appréciation positive des leaders communautaires (Sultan, Chefs de cantons, Maires) et une disponibilité à accompagner. Ceci devrait avoir un effet levier pour la mobilisation communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Part prépondérante du financement du PAO par les PTFs - Faible niveau d'instruction de la population - Forte attente des populations et du personnel - Problème de connexion et de réseau téléphonique - Absence de banque dans la Province - Plafonnement des transferts hors zone CEMAC à 1 million par mois handicapant les experts burkinabès - Insécurité dans la Province du Batha avec des multiples cas de braquages à mains armées - Problèmes d'accessibilité physique dans les deux provinces - Existence d'une offre parallèle (accoucheuses traditionnelles, Dr Choukou et guérisseurs). Une véritable menace pour l'atteinte de l'objectif 2 du Programme visant l'amélioration de l'utilisation des services de santé. L'offre des AT et Docteurs Choukou reste très concurrentielle pas en termes de qualité mais surtout en termes d'accessibilité et de convenances par rapport au contexte.

DEFIS A RELEVER ET PERSPECTIVES D'ACTIONS

Orientations pour la troisième phase du Programme

- Favoriser l'adoption et l'intégration de certaines stratégies porteuses par le MSPSN du PADS telles que la culture de la performance.
- Asseoir le DHIS2 comme stratégie permettant de disposer de données complètes et immédiates pour améliorer la prise de décision à tous les niveaux du système de santé, notamment au niveau du terrain.
- S'engager dans la mise en œuvre de la CSU à travers un appui institutionnel (renforcement des capacités, appui à la cellule intersectorielle, élaboration des textes réglementaires, accompagnement technique) et au niveau du district de Danamadji, choisi parmi les 7 districts expérimentaux de la mise en œuvre du Régime 3. Il est de l'intérêt du PADS et de la CNAS de s'appuyer l'un sur l'autre afin de montrer que la mise en place du Régime 3 est possible et pérenne : la CSU s'inscrit en effet dans la durée. La CNAS a besoin d'un Programme fort tel que le PADS pour s'assurer d'une mise en place réussie du Régime 3 et le PADS a besoin de montrer son efficacité à couvrir une population marginalisée comme voulu dans l'effet 3.
- Pour chaque niveau de formation sanitaire, étudier la complémentarité des différentes sources de financement: recouvrement des coûts, mécanismes d'incitation à la performance, assurance santé, mécanismes de gratuité.
- Poursuivre le plaidoyer pour le respect des engagements de l'Etat dans le cadre de la convention de partenariat, notamment en matière de ressources humaines.
- Renforcer le leadership dans les nouveaux districts à appui complet (Alifa, Koumogo et Maro), à l'instar des districts d'origine du programme, à savoir Danamadji et Yao.
- Renforcer la participation communautaire, notamment au travers des COSAN et COGES, en donnant plus de place dans ces instances aux femmes et aux éleveurs.
- Améliorer la satisfaction des populations par rapport aux formations sanitaires, tant celles fréquentant ces formations que celles qui ne les fréquentent pas, en pensant que la sensibilisation à elle seule présente des limites.
- Améliorer l'assurance qualité (qualité des soins): accueil des patients, temps d'attente, propreté et hygiène des formations sanitaires, notamment dans les allées d'accouchement, respect des tarifs, confidentialité lors des examens, disponibilité des médicaments et s'assurer de la mise en œuvre effective de cette assurance qualité
- Préparer la partie nationale au désengagement du PADS à travers une stratégie d'exit cohérente et pertinente. Plutôt que développer de nouvelles actions, il s'agira de capitaliser sur les interventions les plus prometteuses (OneHealth, DHIS2, Couverture Sanitaire Universelle, Contractualisation) et à en faire la promotion pour une application à l'ensemble du pays. La Phase 3 devrait être celle du **redéploiement** au-delà des zones actuelles d'intervention du programme.

- Amener le Programme à retrouver sa finalité première, à savoir d'être un Programme d'**APPUI** aux districts Sanitaires, c'est-à-dire visant à aider le MSPSN à jouer pleinement le rôle de leadership qui doit être le sien : gouvernance des ressources, disponibilité et accès aux services de santé, équité et qualité de l'offre de soins, spécialement à la population vulnérable

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Le Dispositif d'Assurance Santé (DAS), SN-CSU, 2017

Ministère de Santé Publique, (2010), « Plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé au Tchad », N'Djaména, 103 pages

Ministère de la Santé Publique, (2016), « Politique Nationale de Santé 2016-2030 »

Ministère de la Santé Publique, (2013), « Politique nationale de nutrition et d'alimentation 2014-2025 », N'Djaména

Ministère de la Santé Publique, (2014), « Plan d'action intersectoriel de nutrition et d'alimentation 2014 – 2025 », N'Djaména

Manuel de procédures pour la mise en œuvre des Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM), PADS, mars 2019

Programme d'Appui aux Districts Sanitaires au Tchad Yao et Danamadji, Phase 1 « Document de Programme (Prodoc) », SwissTPH et CSSI

Programme d'Appui aux Districts Sanitaires au Tchad Yao et Danamadji, Phase 2 « Document de Programme (Prodoc) », SwissTPH et CSSI

Rapport d'évaluation externe de la première phase (Novembre – 2018), PADS, Mars 2019

Rapport de démarrage de la Phase 2 du PADS, août 2019

Rapport GIZ : « Définir le cadre institutionnel du régime AMED, selon ses fonctions et ses processus opérationnels », D.Revault, S.Nsabimana, F.Gakaitangou, 2019

SwissTPH et CSSI, Bâle et N'Djaména, (2015), « Plan intégré de communication pour le PADS Yao-Danamadji. MonUltra. »

Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle au Tchad « affirmer la vision de la couverture sanitaire universelle », Novembre 2014

Plan stratégique national pour la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle du Tchad, 2017-2019

SwissTPH et CSSI, Bâle et N'Djaména, (2016), « Note stratégique de mise en œuvre des contrats d'objectifs et de moyens (COM) : Cadre conceptuel et méthodologique »

Swiss Tropical and Public Health Institute : Report of the independent auditor, period from 1 November 2018 to 31 December 2019

Swiss Tropical and Public Health Institute : Report of the independent auditor, period from 1 January 2020 to 31 December 2020

PADS : Rapport de progrès annuel du 01.11.2018 au 31.12.2019

PADS : Rapport de progrès annuel du 01.01.2020 au 31.12.2020

ANNEXES

Annexe 1 : TDR de l'évaluation



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

« Programme d'Appui aux Districts Sanitaires au Tchad (PADS) » Phase 2 (2018-2022)

1.1 PROCEDURE SUR INVITATION

1. Introduction

Le Tchad reste l'un des pays les plus pauvres au monde. Selon l'Indice de Développement Humain (IDH), il est classé au 187^{ème} rang sur 189 en 2019 (PNUD, 2020). Les deux-tiers de la population (d'environ 14 millions d'habitants) vivent en dessous du seuil de pauvreté selon les mêmes sources.

La situation sanitaire est en particulier préoccupante avec une morbidité et une mortalité élevée (selon EDST-MICS taux de mortalité maternelle 850 décès pour 100'000 NV, taux de mortalité infantile 72 pour 1000 NV).

Préoccupé par cette situation, le Gouvernement de la République du Tchad a formulé ces dernières décennies d'importantes réformes en vue d'améliorer la santé de la population. Il s'agit entre autres :

Du Plan National de développement (PND 2017–2020), qui a pour objectif principal, d'améliorer l'état de santé de la population en mettant l'accent particulièrement sur i) l'amélioration du pilotage du secteur de santé, ii) l'accroissement de l'offre et la qualité des services de santé et iii) l'amélioration de l'état nutritionnel en faveur de la population en général et plus particulièrement des femmes et des enfants et ce, dans le contexte global du Développement Durable.

Du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II) élaboré et validé techniquement pour la période 2017-2021 qui est destiné à la mise en œuvre de cette politique.

de la Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle (SN-CSU)¹² entérinée par arrêté n°4295/PR/PM/2017 de 08/2017 mettant en place les organes de gestions ou

¹² Affirmer la vision de la couverture sanitaire universelle, version provisoire (draft 1), novembre 2014.

instances de décisions dans un cadre intersectoriel (CIC/SN-CSU) et qui doit concourir à l'atteinte des objectifs de la Politique Nationale de Santé "PNS". Ses activités doivent s'imbriquer dans le PNDSII, seul cadre de planification et de suivi évaluation des interventions en santé à court et à moyen terme.

2. Contexte et justification

2.1 Contexte général

Le Tchad est confronté à une situation sanitaire caractérisée par une forte morbidité et une mortalité élevée dues aux maladies transmissibles et les maladies endemo-épidémiques (méningite, rougeole, choléra, paludisme, diarrhées, IRA etc.) et celles non transmissibles (chiffres). Pour remédier à cette situation, le Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale se référant à la vision 2030 « le Tchad que nous voulons » et aux Objectifs de Développement Durable (ODD), a élaboré et adopté, avec l'appui de ses Partenaires techniques et financiers du secteur de la santé, la Politique nationale de santé (2016-2030), le troisième Plan national de développement sanitaire 2018-2021 (PNDS 3) et les Plans provinciaux de développement sanitaire (PPDS). Le PNDS 3 dispose d'un cadre de suivi évaluation comportant la liste des indicateurs sanitaires essentiels pour mesurer le degré de mise en œuvre des interventions et l'atteinte des résultats planifiés.

Cependant, la mauvaise gestion des ressources, l'absence de redevabilité ainsi que la faible appropriation des activités sanitaires par le personnel de santé, la faible implication de la communauté dans la résolution de ses problèmes de santé, impactent négativement le système de santé et constitue un facteur de contreperformance.

Sur le plan économique, le gouvernement a fourni des gros efforts en 2019 pour réduire ses dépenses afin de rétablir l'équilibre budgétaire, en taillant dans la masse salariale de la fonction publique et le train de vie des services publics.

Ces efforts consentis lui permettent d'avoir une courbe de la croissance en hausse de + 5,5 % du PIB annoncés pour 2020². Malheureusement cette croissance pourrait retomber en raison de la pandémie de COVID 19. Les prévisions des institutions financières, notamment le FMI prédisent une récession économique en Afrique qui se chiffrerait en 2020 entre - 2,1 % et - 5,1 %.

La baisse des revenus des exportations engendrées par les conséquences de la pandémie du COVID 19 et la dépendance du pays à l'aide financière bilatérale et multilatérale rend davantage vulnérable le pays, avec des conséquences négatives sur le système de santé.

2.2 Configuration et diagnostic du secteur de la santé

Le système de santé du Tchad est de type pyramidal à 3 niveaux : un niveau central, un niveau intermédiaire et un niveau périphérique et repose sur le développement des districts sanitaires sur la base des soins de santé primaires. Le pays est divisé en 23 provinces sanitaires avec, au niveau périphérique, 138 Districts Sanitaires (DS) dont 107 fonctionnels, eux-mêmes subdivisés en 1'588 Zones de Responsabilité (ZR) dont 1'320 fonctionnelles. Ce qui donne une couverture sanitaire théorique de 85,5%.

Figure 1 : L'organisation du système sanitaire tchadien

Le bilan de la mise en œuvre de la politique nationale de santé (2007-2015) a révélé une insuffisance de la réponse du système face à ces problèmes de santé. Toutefois, dans le cadre de l'offre de soins de santé des efforts appréciables ont été réalisés.

3. Programme d'Appui aux Districts Sanitaires au Tchad (PADS)

C'est dans ce contexte que la Direction au Développement de la Coopération Suisse (DDC) a confié au Consortium SwissTPH-CSSI la mise en œuvre du « Programme d'appui aux districts sanitaires au Tchad » (PADS) en 20xx.

Dans une vision holistique du système de santé, le PADS intervient au niveau le plus essentiel de la déconcentration sanitaire en renforçant les articulations essentielles du système entier. Il développera ainsi deux districts sanitaires modèles, en vue d'une réplique à l'échelle régionale ou nationale.

A cet effet, outre la mise à niveau des ressources matérielles, le programme s'attaque en priorité aux capacités médico techniques et administratives du personnel sanitaire ainsi qu'à la déconcentration des procédures et outils, dont la trop forte centralisation entrave aujourd'hui l'effectivité des soins primaires. Il mobilise les communautés en tant que responsables de leur santé et partenaires d'un système sanitaire durable tant pour appuyer la régulation du système que pour favoriser l'accès aux services de santé. En ligne avec les objectifs de l'Etat, ce programme vise à assurer l'accès de toute la population des provinces du Moyen Chari et du Batha à une offre complète des soins de base selon le standard du paquet minimum d'activités (PMA), avec un accent particulier sur la santé mère-enfant.

Après une première phase (2014-2018), les objectifs pour la Phase 2 (2018-2022) sont définis comme suit.

Indiquer le budget / dépenses réelles de la phase 1 et phase 2

Le budget de la 1^{ère} phase (novembre 2014 – octobre 2018) est de 12 062 451, 93 CHF. Les dépenses réelles de cette phase sont de 11 867 172, 35 CHF soit un taux d'exécution budgétaire de 98%.

Le budget de la 2^{ème} phase du PADS (novembre 2018 – décembre 2022) est de 12 700 713,78 CHF. Les dépenses cumulées au 31 décembre 2020 (soit 52% de temps consommé) se chiffrent à 5 661 657, 15 CHF soit un taux de d'exécution de budgétaire de 45%.

3.1 Objectifs du programme

Objectif principal

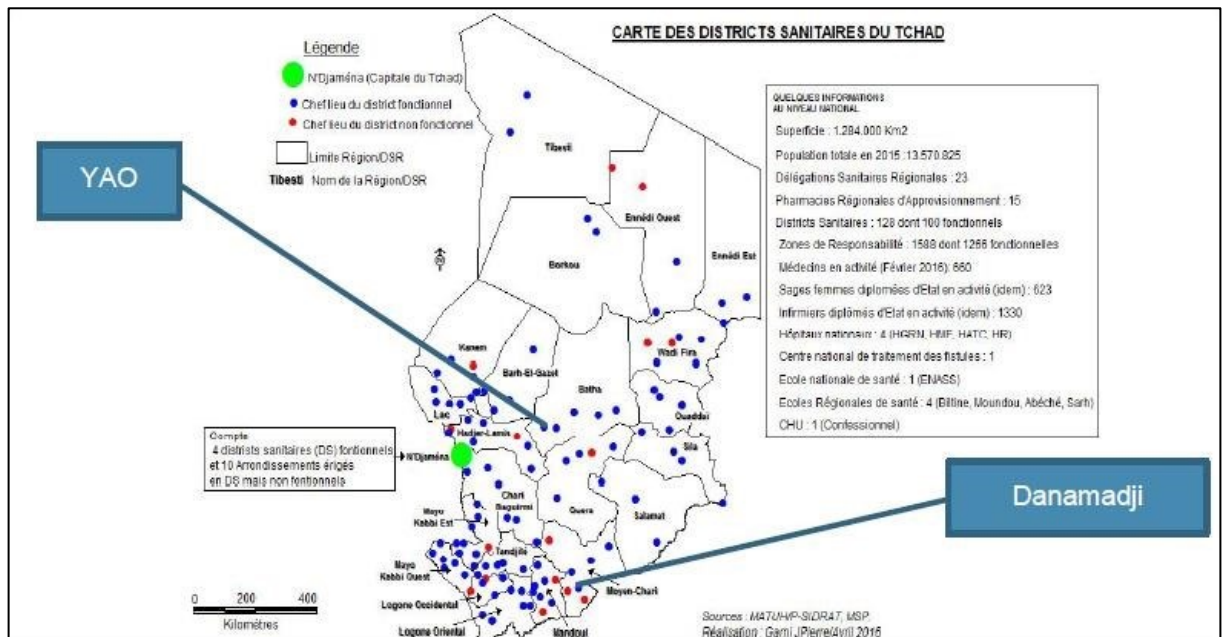
Contribuer à la meilleure gouvernance du système de santé pour améliorer la santé materno- infantile, la couverture sanitaire universelle et la prévention des épidémies.

Effets (outcomes) :

- 3- **Effet 1** : Les ressources des systèmes de santé sont mieux gérées à tous les niveaux.
- 4- **Effet 2** : La disponibilité et la qualité des prestations sanitaires sont améliorée dans les zones d'intervention du programme.
- 5- **Effet 3** : L'équité dans l'accès aux services de santé est améliorée en particulier pour les femmes, les enfants et les populations marginalisées.

Zones d'intervention du Programme

Figure 1 : Cartes des districts sanitaires du Tchad et les deux districts appuyés des provinces du Batha et du Moyen Chari



3.2 Partenariats

Les principaux partenaires impliqués dans le programme sont :

Au niveau central

- Le Ministère de l'Économie du Plan et de la Coopération Internationale, qui a signé le protocole d'accord de coopération et l'accord de Programme. La Direction des ONG est chargée d'évaluer le Programme après dix-huit mois de fonctionnement du programme.
- Le Ministère de la Santé Publique, à travers la Direction Générale et la Direction des Organisations des Services de Santé (DOSS), chargé du suivi du programme et qui dispose à cet effet d'un point focal pour le programme des mutuelles de santé. Chaque semestre, le Directeur Général des Administrations Sanitaires et le Directeur de la DOSS vont sur le terrain pour apprécier le déroulement des activités du programme et apporter un appui au programme afin de trouver des solutions aux problèmes éventuels auxquels il serait confronté.
- La Direction Fédérale des Affaires Étrangères de la Suisse, représentée par le Bureau de la Coopération Suisse au Tchad, principal bailleur de fonds du programme.

Au niveau périphérique

- Les deux Délégations Sanitaires provinciales et les districts sanitaires des deux provinces concernées par le programme, dont leur rôle est d'accompagner le programme afin que les structures sanitaires, sous leur autorité, puissent offrir des soins de qualité aux bénéficiaires du programme.
- En outre, il convient de préciser que le PADS a signé des contrats d'objectifs et de moyens (COM) avec les structures administratives et prestataires sanitaires ainsi que les deux pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA Ati et PRA Sarh)
- La mise en œuvre du programme au niveau central de même qu'au niveau périphérique vise à renforcer la gouvernance et le rôle des acteurs

étatiques du système dans une perspective de transfert réel de compétence et non de substitution.

4. Mandat

4.2 Objectif de l'évaluation externe

La 2^{ème} phase du « Programme d'Appui aux Districts sanitaire au Tchad » mis en œuvre par le consortium SwissTPH-CSSI vient à terme au 31 Décembre 2022. La présente évaluation de la phase 2, vise à juger la performance du Programme selon les critères d'évaluation de l'OECD (pertinence, efficience, efficacité, durabilité, cohérence, couverture et durabilité) et à formuler les recommandations pour la prochaine phase

A. Pertinence

- Dans quelle mesure les objectifs de l'intervention du PADS répondent-ils aux difficultés rencontrées et aux attentes exprimées par les bénéficiaires ?
- Dans quelle mesure l'action s'inscrit-elle dans les politiques nationales en matière de santé publique, tient-elle compte des capacités (et motivations) des autorités en charge de ces politiques est-elle mise en œuvre en lien c avec les priorités opérationnelles du Ministère de la Santé?
- Dans quelle mesure la conception et l'architecture du Programme sont-ils définis dans la perspective de la réalisation de ses objectifs ? Dans quelle mesure le ciblage des deux districts sur deux provinces a-t-il permis d'obtenir des résultats répliquables ou applicables dans d'autres régions?

B. Efficacité

- Dans quelle mesure les objectifs du Programme (outcomes, outputs) ont-ils été atteints ou sont-ils en voie de l'être d'un point de vue à la fois quantitatif et qualitatif ? Dans quelle mesure les résultats visant le renforcement de la gouvernance et le transfert de compétences aux acteurs étatiques ont-ils été atteints ou le seront-ils probablement ?
- Quels facteurs ont principalement influencé le niveau d'atteinte des résultats ?
- Quelles sont les forces et faiblesses de l'appui à la mise en place et au renforcement des activités communautaires de prévention et de dépistage de la malnutrition ? Quel a été l'impact marginal de l'implication des acteurs communautaires dans la prise en charge de la malnutrition aiguë et sévère ? Dans quelle mesure les capacités des acteurs communautaires et du personnel de santé ainsi que des équipes cadre des districts sanitaires et ont-ils été renforcées ? Qu'est-ce sont les effets de ce renforcement ?
- Dans quelle mesure les changements dans le contexte (cadre légal, situation politique et sécuritaire, dispositif institutionnel, chocs économiques, pandémie COVID-19) affectent-ils l'exécution du Programme et ses résultats ? Comment ces changements ont-ils été pris en compte dans la conduite du Programme ?
- Dans quelle mesure les activités du Programme ont-elles affecté la performance des services de santé publique dans les districts considérés par le Programme en comparaison provinciale ou nationale ?
- Dans quelle mesure les résultats ont été atteints en ce qui concerne les activités du PADS dans la mise en œuvre du plan de contingence (COVID-19) ?

C. Efficience :

- Dans quelle mesure la conversion des ressources (finances, compétences spécialisées, temps, etc.) en résultats est économique ? Quel est le rapport coût-efficacité des actions menées ?
- Dans quelle mesure la performance des services de santé et les résultats obtenus dans les zones d'appui du programme sont-ils différents de ce des autres structures de santé publiques ou privées dans les provinces visées. Quels sont les facteurs expliquant des différences ?
- Dans quel degré il y a de synergies entre le PADS et les autres programmes appuyés par la Suisse dans les 2 provinces (Moyen Chari et Batha) ?
- Existe-t-il une synergie pertinente et durable entre les contrats d'objectifs et de moyens (COM) et les mutuelles de santé en particulier dans le district sanitaire de Danamadji ?
- Quelles sont les synergies développées avec des politiques et instruments de financements du système de santé pilotés par le gouvernement (en particulier le Financement Basé sur les Résultats « FBR » et la politique de gratuité de soins ? Quelles sont les propositions pour une meilleure complémentarité pour l'appui à la CSU ?
- Dans quelle mesure les formations sanitaires publiques aux bénéficiaires sont-elles délivrées d'une manière performante dans les districts d'intervention du programme ?
- Dans quelle mesure l'appui à la coordination et au suivi des activités santé-nutrition par les autorités sanitaires régionales impliquant les autres partenaires et organismes ont-ils été efficaces ?
- Comment la performance de la gestion du programme est jugée concernant le management du Programme, la gestion des sous-traitants, des ressources humaines, la gestion financière ?

D. Égalité des sexes et autonomisation des femmes

- Dans quelle mesure les objectifs et la conception du programme tiennent il compte des facteurs d'inégalité entre les sexes en identifiant des cibles, des actions et des paramètres de suivi spécifiques ?
- Quelle est la répartition hommes/femmes au sein du staff, des acteurs de terrain (Relais Communautaires) ? A quel niveau de responsabilité ? les différences en matière d'équité sont-elles observées et des mesures correctives prises ?

E. Impact

- Dans quelle mesure la délivrance des services de base en santé dans les deux districts a-t-elle connu des changements de performance plus important que dans les districts des deux provinces qui n'ont pas bénéficié de l'appui de Programme ?
- Dans quelle mesure l'intervention au niveau des deux districts sanitaires modèles a permis une réplcation à l'échelle régionale ou nationale ?
- Comment est l'Impact, positif et négatif, induit par les interventions de PADS, directement ou non, intentionnellement ou non, sur les conditions de vie des ruraux pauvres ?

F. Durabilité :

La durabilité sera analysée à différents niveaux :

Au niveau des organes de gestion du système sanitaire des districts et de la région :

- Comment les autorités sanitaires régionales et des districts sanitaires ont-elles été impliquées dans le Programme ? Quelles sont les mesures prises

pour assurer la pérennité des acquis du Programme au niveau institutionnel ?

- Quelle est la probabilité que les avantages apportés par le Programme persistent après sa clôture et quelle est la résistance probable des activités économiques aux risques après la fin du Programme?

Au niveau communautaire :

- Dans quelle mesure l'approche du Programme s'intègre-t-elle dans la culture locale et le tissu social ? Existe-t-il d'autres approches de mobilisation communautaire plus à même de garantir la durabilité des acquis du Programme dans la communauté ?
- Dans quelle mesure les différents acteurs communautaires (relais communautaires, les groupements féminins ...) impliqués dans le Programme sont-ils équipés pour maîtriser/assurer la durabilité des résultats post-programme? Dans quelle mesure est-ce qu'il y a des alternatives ?
- Qu'est-ce qui doit être fait pour renforcer la pérennité des acquis du Programme en matière de santé publique ?

Au niveau des structures de prise en charge médicale et nutritionnelle :

- Quelles mesures d'investissement, quelles allocations budgétaires et en ressources humaines et mesures de gestion es autorités doivent-elles consentir pour permettre le fonctionnement pérenne des outils développés par le Programme et le maintien des acquis ?
- Cet effort est-il réalisable et répliquable dans d'autres territoires en termes de disponibilités budgétaires et en ressources humaines ?

G. Partenaires de mise en œuvre et coordination

- Dans quelle mesure les partenaires de mise en œuvre ont-ils rempli leur mandat ?
- Dans quelle mesure la structure du consortium SwissTPH et CSSI a-t-elle donné satisfaction en termes de gestion ? Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la relation partenariale?
- D'autres partenariats secondaires ont-ils nourri le partenariat et les résultats du programme, et si oui comment et avec quel impact ? Quel est le degré d'appropriation des activités par les responsables des districts et de la région ?

4.3 Résultats attendus de l'évaluation

4.3.1 Produits attendus

- Un rapport de démarrage (10 pages maximum) après les discussions préliminaires avec le Buco et examen documentaire
- Un Programme de rapport d'évaluation au maximum 30 pages (sans les annexes) avec un résumé exécutif à remettre au plus tard à remettre au plus tard quatorze (14) jours après la fin de la mission au DDC et au Consortium SwissTPH-CSSI pour commentaires.
- Rapport final : Un rapport final de l'évaluation, de 30 pages maximum (sans les annexes) structuré comme suit :
Résumé
 1. Objectifs, méthodologie et processus d'évaluation
 2. Le Programme
 - 2.1 Contexte du Programme
 - 2.2 Mise en œuvre du Programme
 3. Principaux constats de l'évaluation

- A. Pertinence
- B. Efficacité
- C. Efficience
- D. Égalité des sexes et autonomisation des femmes
- E. Impact
- F. Durabilité des résultats

4. Conclusions et recommandations

4.1 Conclusions

4.2 Recommandations

Annexes (y compris le tableau de notation)

Le rapport final doit contenir des références claires aux informations / données importantes disponibles dans les annexes.

- Le rapport final devrait être envoyé à la DDC au plus tard sept (07 jours) après réception des commentaires.

5. Déroulement de l'évaluation

5.1. Equipe d'évaluation

L'évaluation sera conduite par un(e) consultant(e) international(e) et deux consultant(e)s nationaux/-les. Le/la consultant(e) international(e) senior assumera la coordination de l'équipe et la responsabilité de l'évaluation. Il est souhaité que l'équipe soit équilibrée en termes de genre (homme/femme).

- Consultante internationale Chef d'équipe : Au minimum maîtrise en santé publique ou économie de la santé ou domaine similaire expert en Gouvernance avec une large expérience sur le développement : connaissances approfondies de système de santé et des stratégies pour l'atteinte d'une Couverture Sanitaire Universelle (CSU) notamment en matière de financement de la santé. Bonne connaissance de l'Afrique sahélienne et idéalement expérience au Tchad. Une expérience d'au moins 5 ans dans l'évaluation des Programmes de santé. Si possible connaissance de la DDC et ses instruments de travail. Une maîtrise parfaite de la langue française. Une aptitude à diriger une équipe et expériences dans ce domaine. Le dossier doit comprendre un curriculum vitae détaillé, copie des diplômes et certificats / attestations avec une attestation de bonne fin pour les différentes évaluations et 3 personnes de références (coordonnées complètes)
- Consultant.e régional.e : expert en santé publique ou en économie de la santé avec une bonne connaissance du système de santé des pays sahéliens et ou du Tchad. Une expérience prouvée de 5 ans dans l'évaluation des programmes / Programmes similaires.
- Consultant.e national.e : avoir au minimum une maîtrise en santé publique ou en économie de la santé, une expérience d'au moins dix ans dans la gestion de Programmes ou programmes de santé au Tchad ou une expérience d'au moins dix ans en tant que responsable provincial (5 ans) et ou responsable national (5 ans) au Tchad. Expérience significative en matière d'évaluation de Programmes (au moins 3 Programmes évalués). Langues : français et arabe tchadien courants. Le dossier doit comprendre un curriculum vitae détaillé, copie des diplômes et certificats / attestations avec une attestation de bonne fin pour les différentes évaluations et 3 personnes de références (coordonnées complètes)

6. Méthodologie

Sur la base des termes de référence de l'évaluation et de l'étude décrit ci-haut, le (la) consultant(e) international(e) fera une offre technique qui doit comporter une proposition de méthodologie de travail et un calendrier de travail pour évaluer le Programme « Appui aux Districts sanitaires ». La méthodologie de travail fera apparaître les responsabilités aussi de l'autre consultant(e) et précisera les informations que la DDC et SwissTPH-CSSI devront fournir aux consultants avant le début du travail sur le terrain.

Il est proposé, à titre indicatif, à l'équipe d'évaluateurs, une méthodologie de type croisée (analyse de documents et entretiens sur le terrain) avec une forte dimension participative, permettant une appropriation des résultats par les différents partenaires du programme :

☐ *Elaboration d'une théorie du changement*

- **La recherche documentaire**, la connaissance du programme à travers ses activités et toute sa documentation:
 - Stratégie de la Coopération suisse au Tchad 2018 - 2021 ;
 - Documents de base du programme : document de Programme, rapports d'avancement périodiques et du bilan de fin de la phase 1,
 - Documents stratégiques du gouvernement du Tchad ; - Autres documents des partenaires.
- **Entretiens** avec des parties prenantes de ce programme
- **Les visites de terrain**, s'entretenir avec des bénéficiaires et des autorités et services déconcentrés
- **Le briefing et le débriefing** avec le Bureau de la coopération suisse et les partenaires centraux et du terrain en début et fin de mission ;
- **Une restitution à la fin des visites de terrain** qui permettra la présentation, l'amendement, la validation et l'adoption des résultats de l'évaluation par les principales parties prenantes du programme.

7. Calendrier indicatif de la mission

7.1 Estimation de jours de travail

La durée de la mission d'évaluation est estimée à 21 jours pour le consultant international, 14 jours pour les consultants nationaux. Le plan de travail est réparti comme suit, à titre indicatif, avec un chronogramme qui sera retenu sur la base de la méthodologie et du plan de travail proposés par les évaluateurs, au démarrage de la mission. Au vu de la crise sanitaire actuelle liée au COVID-19 (la quarantaine d'une semaine à N'Djamena), le calendrier pourrait être modifié et adapté à la situation d'un commun accord.

Activités	Consultant international (Chef d'équipe)	Consultant international	Consultants nationaux
Lecture des documents et préparations	7 jours	7 jours	2
Voyage à N'Djamena (aller-retour)	2 jours	2 jours	
Briefing au Buco et préparation de la mission y compris quarantaine	8 jours	8	2
Mission de terrain Région du Moyen Chari	3 jours + 4 jours voyage 7 jours au total		7
Mission de terrain Région au Batha		3 jours + 2 jours de voyage soit 5 jours au total	5
Rencontres avec autorités et partenaires à N'Djaména	2 jours	2	2
Préparation du debriefing	1 jour	1	2
Débriefing Buco avec la participation du Consortium PADS et des partenaires	1jour	1	2
Rédaction du rapport	7 jours	5	6
Prise en compte des observations et révision du rapport	1 jour		
Total	29 jours	24	28 (soit 14 jours chacun)

NB : il était initialement prévu un deuxième consultant international/ régional. La Coopération suisse a décidé de ne pas le recruter

- Annales statistiques du MSP
- Rapport de l'EDS-MICS 2014-2015
- Document de programme PADS y compris le budget de la phase2
- Rapports et plans opérationnels et financiers
- Rapports annuels d'audits (AN 1 et 2)
- Procès-verbaux des comités nationaux de pilotage du PADS
- Documents sur la Couverture Sanitaire Universelle (stratégie nationale et mesures d'application)
- Rapports des différentes missions de suivi du Buco Suisse au Tchad
- PACTE 2019-2021 entre le gouvernement du Tchad et ses partenaires de la santé
- Rapport d'évaluation de la phase1

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

NIVEAU CENTRAL		
Prénom - Nom	Institution	Fonction
Dr Ismael Barh Bachar	Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale	Secrétaire Général
Dr Francine Mbaidedji Dekandji	Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale	Secrétaire générale Adjointe
Dr Yam-Madje Aliace Djitaingar	Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale	Directeur Technique de l'Organisation du Système de Santé et de Qualité des Soins
Mr Bassounda Poudinguem	Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale	Directeur des Statistiques et du Système d'Information Sanitaire
Mr Galy Lipelba	Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale	Directeur des Infrastructures et Equipements
Dr Garba Tchang Salomon	Banque mondiale	Coordinateur général Projet FBP
Mr Djimet Sougjimadji	Secrétariat permanent des ONG	Secrétaire permanent
Mr Faize et Dr Hamid	IREC	
Dr Dadjim Blague, Mr Moktar, Mr Saibou Seynou	Cellule Interministérielle de Coordination de la Couverture Sanitaire Universelle	
Dr John Eyong Efobi, Mme Martine Yoyammel	Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	Conseiller HSS et Suivi/Evaluation
Dr Daugla Doumagoum Moto	Centre de Support en Santé Internationale	Directeur
Mr Romain Darbellay	Bureau de la Coopération Suisse (BuCo)	Directeur
Dr Abdel-Madjid Abderahim Mahamat	Bureau de la Coopération Suisse (BuCo)	Chargé de Programme
Mr Damien Revault	SwissTPH	Directeur PADS
Dr Oumar Ouattara	PADS	Coordonnateur
Mr Rongar Mbaindignodji	PADS	Responsable Gouvernance Financière
Mr Berinan Kladoumadji	PADS	Responsable Finance
Dr Yonli Lamoudi	CSSI Burkina	Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM)

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES SUR LE TERRAIN

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION
DISTRICT SANITAIRE DE SARH		
1	MOIALBEI ADOLPH	Chef de Zones du District Sanitaire de Sarh
2	NOUBARASSEM NGARIDENAN	PF PEV
3	BLODJINGAR KIDY	PF PALUDISME

4	TAMIBE WAHEU	PF SEI
5	MOUBA RAMBA	PF SR
6	Lomadji Guiryengar	Gestion
CENTRE DE SANTE DE MAINGAMA		
7	MOUNTADJIM SIUTIGAL	Chef de Zones du District Sanitaire de Maro
8	ZARA IBRAHIM IDRIS	Caissière COSAN
9	ABDOULAYE ALIOU	VICE PRESIDENT COSAN
10	OUMAR MOUSTAPHA	PRESIDENT COSAN
11	BACHIR MOUSSA	SG COSAN
12	HAWA MOUSSA	Présidente OBC Femme Debout
13	MARIAM BOURMA	Secrétaire Général OBC Femme Debout
HOPITAL DE DISTRICT DE SARH		
14	NANDOU MANGRIE DJIMADOU MADJI	GESTIONNAIRE
15	TANODFI HENRY	SG HOPITAL DE DISTRICT DE SARH
16	Dr TCHANDJOURO MARC	MCH PI
17	KASSADOI H KANIKA NAKRA	COMPTABLE
DISTRICT SANITAIRE DE MARO		
18	MOUNTADJIM SIUTIGAL	CHEF DE ZONES
19	LALIA MONGOLYOM	DATA MANAGER
20	MADJIRASSEM VALENTIN	SG HOPITAL DE DISTRICT DE MARO
21	BEHOUNNAN KAGKY	ADMIN-GEST
22	SALEH MAHAMAT CHERIF	PREFET
23	TAGUINAN SAMUEL	CHEF DE CANTON
24	Dr Nadjiarebeye D Rordrigo	Médecin
CENTRE DE SANTE DE BANDA QUARTIER		
25	ATANGAR VALENTIN	RCS
26	MBAIDIGUIM FRANCOIS	RPEV
27	NARBE JACOB	CHEF DE QUARTIER JARDIN
28	ALLARAMADJI BONGO	CHEF DE QUARTIER JARDIN
29	DJIMASRA NAOGOM	CHEF DE QUARTIER KEMKIA
30	MADJADOUM RAOUL	CHEF DE QUARTIER TOMBALBAYE
31	SYLVESTRE OUADDAI	CHEF DE CARRE 2 DE KEMKIA
32	NGUENOUDJIM ANGELINE	CAISSIERE
33	AZIZA HERMANNE	FILLE DE SALLE
MUTUELLE DE SANTE		
34	DJEDOUBOUM ERNEST	GESTIONNAIRE DE LA MUTUELLE DE SARH
EQUIPE DE PROJET PADS		
35	Dr Jean Bernard Gbangou	Conseiller Technique Provincial du PADS
36	MRARINGAR NGARTENAN	GESTIONNAIRE
37	NEMEDE NATHANIEL	CHEF MOBILISATION SOCIALE
DELEGATION SANITAIRE PROVINCIALE		
38	Dr DEMBAYO HONORE	DELEGUE SANITAIRE PROVINCIAL
39	BATCHANENG NALOUM URBAIN	RSIS
40	Dr Ahmadou Oumarou	Consultant OMS
41	Ndouba Madji	Responsable SR
42	Kladoum Ali	Responsable Paludisme/Nutrition
ECOLE PROVINCIALE DE SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES		
43	NAGUE NDEM	Directeur des Etudes
44	NGARASSAL NOUBADETA	Gestionnaire
DISTRICT SANITAIRE DE DANAMADJI		
45	Dr Allarassem Innocent	MEDECIN CHEF DE DISTRICT
46	Radimadji Djimadoubaye	RESPONSABLE PEV

47	Mahamat Dakou	GESTIONNAIRE
48	Dimanche Nodjihati	CHEF DE ZONES
49	Dr Ouédraogo Tasséré	Médecin Chirurgien
CENTRE DE SANTE DE DANAMADJI OUEST		
50	Minguedebaye Eleazar	Président COSAN
51	Halmadjah Mathieu	SG COSAN
52	Madjidi Kemhadal	RCS adjointe
53	Salomé Djadinaibé	SFDE
54	Djohtanan Emmanuel	Pharmacien
55	Achta Kara Kanninga	RCS adjointe
56	Ndakemdorte Désiré	Infirmier
57	Koumtibaye Ernest	Vice-Président COSAN
58	Mairamadji Martin	RPEV
DISTRICT SANITAIRE DE ALIFA		
59	Djedanem Frédéric	RCS Adjoint
60	Ndingayom Todjidé Brigitte	Infirmière
61	Mahamat Hassan Adam	ASC
62	Adoum Kaïdallah Absakine	Président ADLAF
63	Moussa Mahamat Moussa	Représentant du Chef de Canton
64	Bachir Idriss	ASC
65	Issa Outman	ASC
66	Absakine Ahmat	ASC
67	Mariam Haroun	ASC
68	Halimé Yaya	ASC
69	Ahmat Hassan Saleh	Chauffeur
DELEGATION SANITAIRE PROVINCIALE DU BATHA		
70	Anega Wangbikro	PF/Planification
71	Mbatna Tonzia Augustin	ASRADD
72	Ahmat Djibrine Bouba	SAFP/ONAMA
73	Adoum Mahamat Sougui	DS Ati Gestionnaire
74	Dr Doufené Sylvain D.	MCD Alifa
75	Mahamat Saleh Tové	Gestionnaire DS Alifa
76	Mallah Abba Alifa	Chef de zone DS Alifa
77	Nantoiallah Guinnem	Chef de zones DS Yao
78	Voissineké Gabriel	RPEV/DSP
79	Enduana Nore Natir	PF SR DS ATI
80	Djingambaye Aubino	Administrateur PADS
81	Dr Telnyeret Armel	Assistant Technique PADS
82	Housna Alkhalil	Chargé de mobilisation sociale
83	Dr Masngar Koumdembaye	MCD Ati
84	Hassan Djidda Hassan	Technicien de la Radio
85	Djibrine Ahmat	Chauffeur
86	Hassan Ahmat	ASS-Gos
87	Youbouss Hissein	Chef de zone Ati
88	Fadanné Doctor	Gestionnaire
89	Fadoul Ahmat	SG-DSP
90	Yassine Mahamat	Médecin
91	Abdelsalama-Abdoulaye	AS-HP
92	Abdelhamid Mahamat	Gestionnaire-Administrateur
ATELIER NATIONAL DE DEBRIEFING DES PRINCIPAUX CONSTATS		
93	Dr FOKZIA Elie	Délégué Sanitaire Provincial du Batha
94	Dr Ahmat Malick	CP/BASE
95	Mbaindignodji Rongar	RAF/PADS

96	Yoyammel N. Martien	OMS
97	Seynou Saibou	GIZ
98	Larose Mélanie	ACF/GRO
99	Dr Toralta Joséphine	DSSR/A MSPSN
100	Dr Dadjim Blagué	Coordo CSU
101	Nicolas ROSEMBERG	Banque Mondiale
102	Dr Daugla Doumkoum Moto	CSSI
103	Abdelmadjid Abderrahim	Coopération Suisse
104	Remadji Chritelle	Consultante Coopération Suisse
105	Dabsou Guidaoussou	CENARESSES
106	Kladoumadji Berinan	PADS
107	Abdelkerim Ahmat	PADS
108	Nguiranodji Dinganko	DDC
109	Moukhtar Mahamat Ambadi	CIC/CSU
110	Dr Ignace Bimenezimana	PNUD/PALAT
111	Aïcha Mohamed Ali	PNUD/PALAT
112	Kodjinan Nasngar	AS
113	Dr Narassem Mbaïdoun	DGPC/MSPSN
114	BEMADJI REOUBAOU	MSPSN/DOSSQS
115	Djimramadji Arnand	CPG
116	Ali Senoussi Ali	DCP/MSPSN
117	Isamaël Barh Bachar	SG/MSPSN
118	Oumar Adoum	Chauffeur
119	Yaya Issaka	RSE

ANNEXE 3 : Liste des thématiques abordées lors des entretiens et rencontres

ECD
 HP/HD
 CS public et privé
 Associations de la population
 Instances administratives
 Autorités religieuses et traditionnelles
 Niveau central du MSPSN
 MEPA (IRED)
 Autres PTF

Les questions doivent permettre de traiter de :

A- Pertinence : les actions mises en œuvre sont-elles en liens avec les besoins des populations et avec les priorités du MSPSN et du MEPA ?

- Dans quelle mesure les objectifs de l'intervention du PADS répondent-ils aux difficultés rencontrées et aux attentes exprimées par les bénéficiaires ?
- Dans quelle mesure l'action s'inscrit-elle dans les politiques nationales en matière de santé publique, tient-elle compte des capacités (et motivations) des autorités en charge de ces politiques est-elle mise en œuvre en lien avec les priorités opérationnelles du Ministère de la Santé ?
- Dans quelle mesure la conception et l'architecture du Programme sont-ils définis dans la perspective de la réalisation de ses objectifs ? Dans quelle mesure le ciblage des deux districts sur deux provinces a-t-il permis d'obtenir des résultats répliquables ou applicables dans d'autres régions ?

B. Efficacité

- Dans quelle mesure les objectifs du Programme (outcomes, outputs) ont-ils été atteints ou sont-ils en voie de l'être d'un point de vue à la fois quantitatif et qualitatif ? Dans quelle mesure les résultats visant le renforcement de la gouvernance et le transfert de compétences aux acteurs étatiques ont-ils été atteints ou le seront-ils probablement ?
- Quels facteurs ont principalement influencé le niveau d'atteinte des résultats ?
- Quelles sont les forces et faiblesses de l'appui à la mise en place et au renforcement des activités communautaires de prévention et de dépistage de la malnutrition ? Quel a été l'impact marginal de l'implication des acteurs communautaires dans la prise en charge de la malnutrition aiguë et sévère ? Dans quelle mesure les capacités des acteurs communautaires et du personnel de santé ainsi que des équipes cadre des districts sanitaires ont-ils été renforcées ? Qu'est-ce que sont les effets de ce renforcement ?
- Dans quelle mesure les changements dans le contexte (cadre légal, situation politique et sécuritaire, dispositif institutionnel, chocs économiques, pandémie COVID-19) affectent-ils l'exécution du

Programme et ses résultats ? Comment ces changements ont-ils été pris en compte dans la conduite du Programme ?

- Dans quelle mesure le changement à la tête du PADS (coordonnateur) a-t-il affecté la mise en œuvre des interventions du PADS ?
- Dans quelle mesure l'extension du PADS à l'ensemble de la Province a-t-il affecté les résultats ?
- Dans quelle mesure les activités du Programme ont-elles affecté la performance des services de santé publique dans les districts considérés par le Programme en comparaison provinciale ou nationale ?
- Dans quelle mesure les résultats ont été atteints en ce qui concerne les activités du PADS dans la mise en œuvre du plan de contingence (COVID-19) ?
 - Degré de réalisation des résultats attendus
 - Niveau d'atteinte des indicateurs par rapport aux objectifs fixés
 - Relation entre agents de santé communautaires (accoucheuses traditionnelles, tradipraticiens, mutualistes,...) et le service technique de santé est-elle formalisée et durable ?
 - Références et contre référence entre médecine traditionnelle et médecine moderne

Apprécier le changement de comportement au niveau des bénéficiaires dans le recours aux soins (accouchements assistés, consultation curative, ...) et par rapport aux questions d'hygiène, assainissement, nutrition, accouchement, consultation prénatales, ...

- Degré de satisfaction estimée de la population par rapport aux interventions du PADS

C. Efficience :

- Dans quelle mesure la conversion des ressources (finances, compétences spécialisées, temps, etc.) en résultats est économique ? Quel est le rapport coût-efficacité des actions menées ?
- Dans quelle mesure la performance des services de santé et les résultats obtenus dans les zones d'appui du programme sont-ils différents de ce des autres structures de santé publiques ou privées dans les provinces visées. Quels sont les facteurs expliquant des différences ?
- Dans quel degré il y a de synergies entre le PADS et les autres programmes appuyés par la Suisse dans les 2 provinces (Moyen Chari et Batha) ?
- Existe-t-il une synergie pertinente et durable entre les contrats d'objectifs et de moyens (COM) et les mutuelles de santé en particulier dans le district sanitaire de Danamadji ?
- Quelles sont les synergies développées avec des politiques et instruments de financements du système de santé pilotés par le gouvernement (en particulier le Financement Basé sur les Résultats « FBR » et la politique de gratuité de soins ? Quelles sont les propositions pour une meilleure complémentarité pour l'appui à la CSU ?
- Dans quelle mesure les formations sanitaires publiques aux bénéficiaires sont-elles délivrées d'une manière performante dans les districts d'intervention du programme ?
- Dans quelle mesure l'appui à la coordination et au suivi des activités santé-nutrition par les autorités sanitaires régionales impliquant les autres partenaires et organismes ont-ils été efficaces ?

- Comment la performance de la gestion du programme est jugée concernant le management du Programme, la gestion des sous-traitants, des ressources humaines, la gestion financière ?

D. Égalité des sexes et autonomisation des femmes

- Dans quelle mesure les objectifs et la conception du programme tiennent-ils compte des facteurs d'inégalité entre les sexes en identifiant des cibles, des actions et des paramètres de suivi spécifiques ?
- Quelle est la répartition hommes/femmes au sein du staff, des acteurs de terrain (Relais Communautaires) ? A quel niveau de responsabilité ? les différences en matière d'équité sont-elles observées et des mesures correctives prises ?

Les dimensions de l'équité sont-elles prises en compte dans la planification et la mise en œuvre des interventions du Programme

E. Impact

- Dans quelle mesure la délivrance des services de base en santé dans les deux districts a-t-elle connu des changements de performance plus importants que dans les districts des deux provinces qui n'ont pas bénéficié de l'appui de Programme ?
- Dans quelle mesure l'intervention au niveau des deux districts sanitaires modèles a permis une réplication à l'échelle régionale ou nationale ?
- Comment est l'Impact, positif et négatif, induit par les interventions de PADS, directement ou non, intentionnellement ou non, sur les conditions de vie des ruraux pauvres ?

F. Durabilité :

La durabilité sera analysée à différents niveaux :

1. Au niveau des organes de gestion du système sanitaire des districts et de la région :

- Comment les autorités sanitaires régionales et des districts sanitaires ont-elles été impliquées dans le Programme ? Quelles sont les mesures prises pour assurer la pérennité des acquis du Programme au niveau institutionnel ?
- Existe-t-il une stratégie d'exit du PADS clairement définie ?
- Quelle est la probabilité que les avantages apportés par le Programme persistent après sa clôture et quelle est la résistance probable des activités économiques aux risques après la fin du Programme ?

Y a-t-il des synergies d'action entre partenaires intervenant dans la province ? Comment l'ECD coordonne les activités des différents partenaires ?

2. Au niveau communautaire :

- Dans quelle mesure l'approche du Programme s'intègre-t-elle dans la culture locale et le tissu social ? Existe-t-il d'autres approches de mobilisation communautaire plus à même de garantir la durabilité des acquis du Programme dans la communauté ?
- Dans quelle mesure les différents acteurs communautaires (relais communautaires, les groupements féminins ...) impliqués dans le Programme sont-ils équipés pour maîtriser/assurer la durabilité des résultats post-programme ? Dans quelle mesure est-ce qu'il y a des alternatives ?
- Qu'est-ce qui doit être fait pour renforcer la pérennité des acquis du Programme en matière de santé publique ?

- 3. Au niveau des structures de prise en charge médicale et nutritionnelle :
 - Quelles mesures d'investissement, quelles allocations budgétaires et en ressources humaines et mesures de gestion es autorités doivent-elles consentir pour permettre le fonctionnement pérenne des outils développés par le Programme et le maintien des acquis ?
 - Cet effort est-il réalisable et répliquable dans d'autres territoires en termes de disponibilités budgétaires et en ressources humaines ?
- Formations prévues et réalisées pour le personnel : combien et comment sont-elles organisées ?
- L'intégration des équipes régionales du Programme au sein des DSR
- Les médecins cliniciens dans les ECD : comment sont-ils intégrés dans les DSR ?
- Mécanismes de motivation du personnel du PADS et des ECD

Les formations sanitaires : questions plus spécifiques

- 1.1 COVID-19 :
 - la zone est-elle impactée par la COVID-19 : nombre de cas, décès ? Comment se fait la référence ?
 - Le CS dispose-t-il de masques et sont-ils gratuits ?
 - Les personnels ont-ils été formés ?
 - Enregistrement des cas et transfert de l'information
 - Evolution de la fréquentation de CS sur la période en distinguant bien avant et après démarrage du COVID-19
 - Impact sur les autres vaccinations
 - La population est-elle réticente au sujet de la vaccination contre la COVID-19 ?
 - Quel a été l'apport du PADS dans la vaccination contre la COVID-19 ?
- 1.2 Les mutuelles de santé
 - Existe-t-il des mutuelles sur la zone ?
 - Contribuent-elles à l'information sur la COVID ?
 - Existe-t-il un contrat avec le CS ?
 - Pratiquent-elles le tiers-payant ?
- 1.3 Les personnels du CS ont-ils variés sur la période ? si oui, comment cela s'est-il passé ?
- 1.4 Les ressources financières du CS viennent-elles uniquement du PADS ? part dans le budget du CS ? Ces ressources sont-elles versées sans retard ? Les primes aux personnels : montant, efficacité sur le personnel
- 1.5 Rapports avec le HD et l'ECD
- 1.6 COM : Existence, si oui, depuis quand ? Satisfactions et difficultés rencontrées

Questions suivant la logique du PRODOC

Pour les indicateurs d'outcome, voir l'Annexe 2 (cadre logique) du PRODOC

Outcome 1 : Ressources du système de santé sont mieux gérées au niveau central, régional et local

- Output 1.1 : renforcement des organes de gouvernance participatifs : COSAN, conseils de santé (régionaux et districts)
- Output 1.2 : la performance des structures sanitaires s'améliore : la mise en place des campagnes mixtes, l'évolution des COM, l'évolution des mutuelles de santé
- Output 1.3 : Le SIS, notamment des questions sur les données concernant le COVID
- Output 1.4 : Réalisation d'une étude CAP

Outcome 2 : la disponibilité et la qualité des prestations sanitaires sont améliorées dans les zones d'intervention

- Output 2.1 : le PMA et le PCA sont assurés dans les formations sanitaires
- Output 2.2 : un système d'assurance de qualité : rationalisation des prescriptions, protocoles thérapeutiques, recours à la télémédecine ; mais aussi renforcement de la chaîne d'approvisionnement (GAS)
- Output 2.3 : le nombre de formations sanitaires fonctionnelles augmente ? Problème de la maintenance

Outcome 3 : L'équité dans l'accès aux services de santé est améliorée, en particulier pour les femmes, les enfants et les populations marginalisées

- Output 3.1 : le nombre de personnes démunies dans les zones difficiles à atteindre augmente (stratégie avancée)
- Output 3.2 : le nombre de femmes accédant aux services de santé reproductive et utilisant une méthode contraceptive augmente