



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**« PROGRAMME DE SECURITE NUTRITIONNELLE DES POPULATIONS
HOTES ET REFUGIEES DU LOGONE ORIENTAL »**

PHASE UNIQUE (2022 - 2025)

RAPPORT D'EVALUATION FINAL EXTERNE



Association AGR de la ZR de Danamadja

Evaluateurs :

Dr SANI Charles : Médecin de Santé Publique

Dr Mossel Bétoubam : Médecin de Santé Publique

Novembre 2024

REMERCIEMENTS

L'équipe des évaluateurs tient ici à exprimer sa gratitude à tous ceux qui de loin ou de près ont collaboré à la réalisation de cette mission. Nos remerciements vont particulièrement à :

- Aux responsables centraux du ministère de la Santé publique (MSP) ;
- Au responsable du portefeuille services sociaux de base du bureau de la Coopération Suisse à N'Djaména ;
- Au représentant du bureau pays de ACF et son équipe à N'Djaména et à Goré ;
- Aux autorités administratives de la province du Logone Oriental et du Département de la Nya-Pendé ;
- A Monsieur le Maire de Goré ;
- Au Délégué sanitaire du Logone oriental et à son équipe ;
- Au médecin chef de district et à l'équipe cadre du district sanitaire de Goré.

Nos remerciements vont également à tous les acteurs de terrain qui ont accueilli l'équipe des évaluateurs notamment les équipes des six centres de santé visités, les chefs de village et les membres des différents groupes (COSAN, ASC, Matrones, Membres des groupements...).

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	11
2. DESCRIPTION DU PROGRAMME ET JUSTIFICATIONS DE L'EVALUATION	11
2.1. Titre du programme : « Programme de sécurité nutritionnelle des populations hôtes et réfugiées du Logone oriental », Phase unique (2022 - 2025)	11
2.2. Objectifs du Programme	11
2.3. Les effets et résultats attendus du Programme	11
2.4. Bénéficiaires du programme	12
2.5. Gouvernance du Programme.....	12
2.6. Cadre logique du Programme	12
2.7. Justification de l'évaluation	12
3. OBJECTIFS ET QUESTIONS D'EVALUATION	12
3.1. Objectif général	12
3.2. Objectifs spécifiques de l'évaluation	12
3.3. Questions d'évaluation	13
4. METHODOLOGIE ET LIMITES DE L'EVALUATION	13
4.1. Phases de la mission	13
4.2. Déroulement de la mission	13
4.3. Limites de l'évaluation	16
5. RESULTATS DE L'EVALUATION.....	16
5.1. Pertinence	16
5.1.1. Pertinence des objectifs par apport aux problèmes et aux défis liés au contexte.....	16
5.1.2. Pertinence des objectifs par apport aux stratégies et politiques nationales et leur appréciation	17
5.1.3. Réalisme de l'objectif général et des effets attendus	17
5.1.4. Participation des principaux acteurs à la réalisation du programme.....	17
5.1.5 : Perception des acteurs et bénéficiaires du projet.....	18
5.2. Efficacité	19
5.2.1. Efficacité par rapport à l'atteinte des indicateurs du projet.....	19
5.2.2. Efficacité par rapport à la réalisation des activités du projet (Annexe 4 des activités).....	23
5.2.3. Efficacité par rapport à l'évolution des indicateurs des CS appuyés.....	24
5.2.4. Efficacité par rapport aux autres districts de la province.....	25
5.2.5. Efficacité dans la satisfaction des acteurs et les bénéficiaires	26
5.3. Efficience.....	27
5.3.1. Financement du programme	27

5.3.2. Efficience dans l'utilisation des ressources financières du programme	27
5.3.3. Efficience dans l'utilisation des ressources humaines	28
5.4. Impacts /effets	29
5.5. Cohérence :	29
5.6. Couverture	30
5.7. Viabilité, pérennité et durabilité	30
5.8. Partenariat et coordination.....	31
5.9. Redevabilité	32
5.10. Genre et équité.....	32
6. CONCLUSION.....	34
7. RECOMMANDATIONS	36
8. ANNEXES.....	36
ANNEXE 1 : Les TDR de l'évaluation	37
ANNEXE 2 : Les principales questions d'évaluation	53
ANNEXE 3 : Etat d'atteinte des indicateurs du programme	55
ANNEXE 4 : Etat de mise en œuvre des activités du projet durant la période de mai 2022 à Avril 2024	58
ANNEXE 5 : Liste des forages réalisés	61
ANNEXE 6 : Liste des groupements.....	62
ANNEXE 7 : % de femmes dans les différents organes de décision	63
ANNEXE 8 : Personnel formé	64

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Chronogramme de l'évaluation	15
Tableau 2 : Bénéficiaires santé/nutrition et WASH.....	18
Tableau 3 : Evaluation de la mise en œuvre des activités.....	24
Tableau 4 : Progrès au niveau des CS du DS de Goré en 2022 et 2023.....	25
Tableau 5 : Evolution des indicateurs dans les CS entre 2022 et 2023.....	25
Tableau 7 : Analyse FFOM du projet.....	33
Tableau 6 : Performance du district de Goré par rapport aux autres districts de la province ..	31

Liste des Abréviations/Acronymes

ACF	Action Contre la Faim
AGR	Activités Génératrices de Revenus
AME	Articles Ménagers Essentiels
ANADER	Agence Nationale d'Appui au Développement Rural
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ASC	Agent de Santé Communautaire
AVEC	Association Villageoise d'Epargne et de Crédit
BUCO	Bureau de la Coopération Suisse
CAP	Connaissance attitude et pratique
CDS	Centre de Santé
CGPE	Comité de Gestion de Point d'Eau
CGPF	Comité de Gestion de Plaintes et de Feedback
COSAN	Comité de Santé
COGES	Comité de Gestion
CPN	Consultation Prénatale
CPON	Consultation Post Natale
DDC	Direction du Développement et de la Coopération
DS	District Sanitaire
DSSR	Droit de la Santé Sexuelle et Reproductive
EAH	Eau Hygiène Assainissement
ECD	Equipe Cadre du District
FEFA	Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes
HCR	Haut-Commissariat pour les réfugiés
IEC	Information, Education et Communication
MAG	Malnutrition Aiguë Globale
MAPI	Manifestations Post Vaccinales Indésirables
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MSP	Ministère de la Santé publique
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre Brachial
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies d'Enfance
PCIME-C	Prise en Charge Intégrée des Maladies d'Enfant Communautaire
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue
PCIMAS	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë Sévère
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PHAST	Participatory Hygiene and Sanitation Transformation
PMH	Pompes à Motricité Humaines
SAME	Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence
SIDA	Swedish International Development Cooperation Agency
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour l'enfance

UNA	Unité Nutritionnelle Ambulatoire
UNT	Unité Nutritionnelle Thérapeutique
VAR	Vaccin Antirougeoleux
VBG	Violences Basées sur le Genre
WASH	Water Sanitation and Hygiene
WiN	Wash in Nut

RESUME EXECUTIF

• Introduction

La province du Logone Oriental, située au nord de la RCA et à l'Est du Cameroun a accueilli plusieurs vagues de réfugiés à la suite des différentes crises qu'a connues la république centrafricaine. En effet, depuis les années 2003 et 2004 jusqu'en juillet 2021, la province du Logone Oriental a enregistré de façon successive des arrivées de réfugiés centrafricains. Dans la ville de Goré où ACF mène actuellement ses interventions, le nombre de réfugiés a augmenté de 36,64% entre décembre 2019 (58 534) et septembre 2021 (79 985), soit 21 451 réfugiés supplémentaires avec une augmentation de la pression sur les ressources naturelles et les moyens de subsistance des communautés d'accueil.

La situation sanitaire du district de Goré est caractérisée par une faiblesse du système de santé liée à des problèmes structurels (insuffisances en ressources humaines qualifiées, en financement, en intrants et en matériels medicotechniques) et un faible accès des populations aux soins de santé. Ainsi les indicateurs sanitaires restent faibles. Les infrastructures des huit centres de santé (CS) ciblés ne répondent pas aux standards du paquet minimum d'infrastructures WASH. Du point de vue nutritionnel, la situation est caractérisée par la prévalence de la Malnutrition Chronique Globale dans la province, au-dessus du seuil d'urgence de 30% et près de 10% des enfants souffrent d'un retard de croissance sévère.

Le « programme de sécurité nutritionnelle des populations hôtes et réfugiées du Logone oriental » est un projet mis en œuvre par ACF et financé par la DDC et un consortium composé de deux autres institutions : SIDA et CIAA. Le but du projet est d'améliorer la situation socio sanitaire et nutritionnelle de réfugiés, des déplacés et des populations autochtones du département de la Nya-Pendé en intervenant à la fois dans le domaine de « la santé et nutrition », de « l'eau, hygiène et assainissement » et de « la sécurité alimentaire » avec les activités SAME.

• Méthodologie de l'évaluation

Une rencontre de cadrage a eu lieu le 25 septembre 2024 et a permis de retenir 6 CS accessibles à visiter. La mission sur le terrain a duré du 27 septembre au 2 octobre 2024. Sur le terrain, la même méthodologie a été utilisée dans chaque CS visité (présentation de l'équipe, visite de la structure), entretien avec l'équipe d'ACF, les équipes cadre du district, les leaders d'opinion du département, les partenaires œuvrant dans la même vision, les autres ministères connexes, les représentants de la communauté, les groupements/coopératives et les bénéficiaires des soins préventifs et curatifs.

• Activités mises en œuvre

Concernant le volet santé et nutrition, le projet a démarré par le renforcement des capacités des services (CS et CNT) en équipements et médicaments, en ressources humaines par le recrutement de personnel additionnel pour les CS et l'UNT et par des formations pour tous les soignants. Les soins pour les enfants de 0 à 5 ans et les FEFA sont rendus gratuits dans les CS, le CNT et la maternité de l'HD. Au niveau communautaire, grâce à la formation des ASC et des matrones, la sensibilisation de la population a été très renforcée. Les activités à base communautaire telles que les soins gratuits aux enfants et aux femmes enceintes et/ou allaitantes ont démarré. Le dépistage actif de la malnutrition et la prise en charge rapide des cas de MAG, a permis de réduire la prévalence de la malnutrition dans les communautés.

Pour le volet WASH, il a été délivré un paquet minimum d'activités WASH pour les CS et pour les couples parent-enfants MAS, dans les unités nutritionnelles et dans la communauté : construction des

forages, des incinérateurs et des toilettes dans les CS à l'UNT et au sein des communautés et la possibilité de contrôler la qualité de l'eau de boisson dans les CS et dans la famille.

Par rapport à la sécurité alimentaire, il a été mis en place les activités AVEC et AGR afin de renforcer les capacités économiques des familles, et des groupements des maraîchers et des producteurs agricoles pour renforcer la production et améliorer la qualité des aliments et changer les habitudes alimentaires des communautés.

Toutes ces actions ont été menées grâce à une forte implication des services déconcentrés de l'Etat, des autorités administratives, et des autres partenaires.

- **Pertinence du projet**

Le projet a pour but de résoudre les problèmes des bénéficiaires qui sont prioritaires pour le gouvernement, notamment les problèmes liés à la santé de la mère et de l'enfant et le développement durable. Les objectifs du projet et les stratégies développées ont pour but d'améliorer l'état nutritionnel et sanitaire des populations vulnérables hôtes et réfugiées dans le district sanitaire de Goré. Les autorités administratives et locales, la DPS, l'équipe cadre du district de Goré, les partenaires, les groupements/coopératives, la communauté en général et en particulier les bénéficiaires perçoivent très positivement les actions du projet. Le projet **est donc très pertinent**.

- **Efficacité du projet**

Le projet a permis une prise en charge (PEC) gratuite, effective et décentralisée des enfants de 0 – 5 ans et les femmes à l'âge de procréer dont femmes enceintes et des femmes allaitantes (FEFA) à travers l'organisation de la stratégie avancée, la PEC communautaire des maladies de l'enfant par les ASC, le dépistage communautaire des malnutris au sein des communautés et dans les CS et leur prise en charge à travers les unités nutritionnelles ambulatoires (UNA) dans les centres de santé (CS) et l'unité nutritionnelle thérapeutique (UNT) au sein de l'hôpital de district (HD) de Goré. Avec le projet, il y a une amélioration des indicateurs de santé dans les 8 CS appuyés, un meilleur accès à une eau potable dans les villages et une amélioration des conditions d'hygiène et/ou d'assainissement au sein de la communauté et dans les services.

Le projet a permis le renforcement des capacités économiques de la population à travers le programme SAME qui a mis en place des groupements (AGR, AVEC...) et fait la promotion de la variation de l'alimentation (Groupements maraîchers) et renforcer la production agricole (Comités cultures fluviales).

Certains membres de ces groupements interrogés lors de l'évaluation, ont dit qu'ils sont mieux organisés et que leur capacité financière a été renforcée.

Sur 46 indicateurs, 24 ont été atteints et parfois dépassés, ce qui représente 54%, c'est-à-dire une **efficacité moyenne du projet**. Pour les autres indicateurs, soit les résultats n'ont pas été atteints (28%), soit les données ne sont pas disponibles (17 %). Cette performance est à nuancer par le fait que les autres districts de la province ont connu pour la plupart une amélioration de leurs indicateurs.

Par rapport à la mise en œuvre des activités programmées, sur 40 activités, 27 ont été totalement réalisées soit 67,5 %, 7 ont été partiellement réalisées, soit 17,5% et 6 non réalisées, soit 15%. Ce qui traduit une efficacité assez bonne.

- **Efficience du projet**

Les ressources du projet sont utilisées en respectant les procédures habituelles et les décaissements des partenaires durant la période couverte ont été réguliers. Trois partenaires ont

accepté de financer le projet pendant 3 ans, mais l'un d'eux s'est retiré après 1 an et un deuxième après 28 mois.

Plus de 49% du budget total a été dépensé dès la première année. Le manque d'un cadre de pilotage du programme n'a pas permis un échange régulier sur l'évolution du projet, ce qui pourrait éviter une clôture anticipée du projet. Le projet a été **efficace dans le respect des procédures comptables mais pas dans le financement et le décaissement**.

- **Effets / Impact du projet**

Sur le volet santé, il y a une meilleure utilisation des services (amélioration des indicateurs de santé) et une meilleure prise en charge des populations cibles. Il y a également une meilleure surveillance de la malnutrition au sein des communautés grâce à un dépistage actif et une prise en charge rapide des cas dans les UNA et à l'UNT.

Avec les activités EHA et SAME, il y a une amélioration des conditions de vie et une amélioration des potentialités économiques de certaines familles selon les personnes interrogées. **L'impact du projet est alors positif mais à nuancer car les autres districts de la province ont vu leurs indicateurs améliorés durant la même période.**

- **Viabilité/pérennité et durabilité du projet**

Beaucoup d'éléments sont en faveur de la durabilité. Il s'agit du renforcement des infrastructures et des équipements des huit CS et de l'UNT, de l'utilisation sur le terrain des protocoles mis en place par le ministère de la santé, les ministères connexes et leurs partenaires, l'organisation des communautés (SAME), l'engagement des autorités à tous les niveaux et des services déconcentrés de l'Etat (Santé, Agriculture, Elevage, Eau/Assainissement, Action sociale) et des autres partenaires...

Cependant, la non-intégration à la fonction publique du personnel additionnel déployé sur le terrain et spécialement à l'UNT, l'arrêt de la gratuité des soins dans les CS à la suite du manque des médicaments ou l'incapacité des services déconcentrés de l'Etat à poursuivre l'encadrement des groupements, sont autant de situations qui à court et moyen terme peuvent influencer négativement la poursuite des activités.

Le retrait précipité de ACF a perturbé les activités de la troisième année qui sont censés renforcer tout ce qui a été mis en place dès la première année. **Le projet a mis en place des structures de pérennité qui sont le renforcement des compétences et les infrastructures mais pas l'organisation des activités et le maintien du personnel additionnel permettant la durabilité des actions.**

- **Aspect genre du projet**

L'aspect genre a été pris en compte dans la conception du projet. Il a été fortement encouragé avec une implication des femmes dans les différents groupements et comités avec une plus grande participation des femmes dans les organes décisionnels comme le CGPE, les ASC, les groupements AGR, AVEC, etc. Globalement, il était attendu une participation de 54% des femmes dans les différentes organisations. Mais pour finir les femmes représentent 71,5%. **Le projet a donc très bien renforcé l'aspect genre.**

- **Recommandations**

Aux Responsables de la DPS/DS

- Faire un plaidoyer auprès du MSP pour les médicaments de la gratuité ;
- Faire un plaidoyer pour l'intégration du personnel additionnel du projet ;

- Affecter plus de personnel qualifié au DS et maintenir ceux qui sont en place ;
- Utiliser les ressources du FBR pour renforcer les activités à base communautaire (motiver les ASC et les matrones) ;
- Poursuivre les activités à base communautaire mises en place avec les ASC et les matrones ;
- Développer des stratégies de sensibilisation de la population par rapport à l'utilisation des services, sur les bonnes pratiques d'hygiène et la gestion des points d'eau...

A ACF

- Sécurisation des ressources d'un éventuel programme avant son démarrage ;
- Organisation des rencontres d'un comité de pilotage incluant les bailleurs de fonds afin de valider ensemble les rapports d'activités, les plans d'actions et les nouvelles orientations du programme ;

A la DDC

- Prioriser les projets qui intègrent à la fois le volet humanitaire et le développement tout en cherchant le passage de l'humanitaire au développement ;
- Veiller à la tenue régulière des rencontres de pilotage du projet afin de valider les plans d'actions, les rapports d'activités et les orientations éventuelles du projet ;
- Assurer la supervision régulière du projet.

ANADER

- Renforcer et poursuivre l'encadrement des maraichers et des producteurs

1. INTRODUCTION

Il s'agit ici de l'évaluation d'un projet humanitaire défini par ACF et intitulé « **Programme de sécurité nutritionnelle des populations hôtes et réfugiées du Logone oriental** » **phase unique (2022 - 2025)**. Ce projet, d'une durée de trois ans (avril 2022-mai 2025) comprend trois volets qui sont : « Santé et nutrition », « Eau, hygiène et Assainissement (EHA) » et « la sécurité alimentaire (SAME) ». Le projet est financé par trois bailleurs qui sont DDC et CIAA pour les volets santé nutrition et EHA, SIDA pour le volet sécurité alimentaire. Les bénéficiaires du projet sont les réfugiés, les retournés et la population hôte du département de la Nya-Pendé (Goré), province du Logone oriental. Le projet a été clôturé de manière brusque huit mois avant terme par ACF à la suite des incompréhensions avec les financeurs. Une évaluation externe a donc été commanditée par la DDC (annexe 1 : TDR) afin d'apprécier les réalisations du projet et de justifier les ressources mises à la disposition de ACF.

Le présent rapport comprend : une description du programme, la méthodologie de l'évaluation et les principaux résultats du projet.

2. DESCRIPTION DU PROGRAMME ET JUSTIFICATIONS DE L'EVALUATION

2.1. Titre du programme : « Programme de sécurité nutritionnelle des populations hôtes et réfugiées du Logone oriental », Phase unique (2022 - 2025)

2.2. Objectifs du Programme

L'objectif général du programme est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto-juvénile dans la province du Logone Oriental.

2.3. Les effets et résultats attendus du Programme

Effet 1 : Améliorer l'état nutritionnel et sanitaire des populations vulnérables hôtes et réfugiées dans le district sanitaire de Goré. 4 résultats sont attendus :

- Les soins de santé préventifs et curatifs gratuits et de qualité sont offerts, disponibles et accessibles pour les enfants de moins de 5 ans ;
- Les services essentiels de santé sexuelle, reproductive, et VBG sont disponibles, offerts, accessibles et adaptés aux besoins ;
- La prévention et la PEC nutritionnelle est améliorée à travers la délivrance du PMA WASH pour les couples parents-enfants MAS, dans les unités nutritionnelles et dans la communauté ;
- Les capacités de prévention, de préparation, et de réponse aux urgences et catastrophes des populations réfugiées, hôtes et leurs autorités sont renforcées à travers une approche communautaire intégrée.

Effet 2 : Créer les conditions d'une résilience communautaire inclusive et participative en renforçant l'implication et le leadership des services techniques et des autorités dans le développement local. 3 Résultats sont attendus.

- Les services des DPS garantissent les services de santé de qualité pour les populations avec une implication participative des communautés ;
- Les équipements et ressources en eau améliorés au profit des retournés et populations hôtes sont protégés et gérés de façon durable ;
- Les capacités de production et les opportunités économiques des communautés sont diversifiées et renforcées avec l'appui des services techniques décentralisés.

Effet 3: Favoriser le changement de comportement sensible à la nutrition à la santé, au genre et aux chocs divers par la mise en place d'un système d'apprentissage, de partage d'expériences et de redevabilité avec un résultat attendu. **Un résultat est attendu :**

- Un dispositif participatif d'appropriation et de pérennisation des activités par la communauté et les services décentralisés de l'état est opérationnel.

2.4. Bénéficiaires du programme

Les bénéficiaires du programme sont les réfugiés, les retournés de la Centrafrique et les populations hôtes des zones de responsabilité de huit centres de santé : six CS dans le district sanitaire de Goré et deux CS dans le district sanitaire de Yamodo qui est nouvellement créé à la suite de la subdivision du district sanitaire de Goré.

2.5. Gouvernance du Programme

Le projet est mis en œuvre par ACF qui a mis en place deux équipes dont l'une à N'Djaména pour appuyer tous les projets de ACF et l'autre à Goré. L'équipe technique de N'Djaména comprend 4 Responsables des Départements Techniques (EAH, SAME, Nutrition Santé, SERA), un département Support (Finance, Logistique et RH), un Responsable Plaidoyer, et un chargé de Communication.

A Goré, on a un Coordinateur Terrain, un Responsable EHA, un Responsable Santé nutrition, un responsable SAME, une équipe support chargée des finances, ressources humaines, administration, logistique et 3 animateurs.

2.6. Cadre logique du Programme

Quarante six indicateurs sont retenus dans le cadre logique. Les résultats de 16 indicateurs sont donnés par des enquêtes CAP organisées chaque année par ACF dans la zone couverte. (Voir cadre logique en annexe)

2.7. Justification de l'évaluation

Le projet prévu pour trois ans, a dû être arrêté 8 mois avant la fin, par manque de co-financement. Après le désengagement des autres bailleurs, la DDC a décidé d'arrêter sa contribution au financement. Le but de l'évaluation est d'apprécier les résultats obtenus afin de rendre compte de l'utilisation des ressources mise en place par les bailleurs.

3. OBJECTIFS ET QUESTIONS D'EVALUATION

3.1. Objectif général

La présente évaluation externe vise à fournir aux parties prenantes - notamment la DDC - une appréciation indépendante de la performance globale de la mise en œuvre du programme permettant de rendre compte de l'efficacité et des résultats, contribuant ainsi à l'obligation de rendre compte (annexe 1 : TDR).

3.2. Objectifs spécifiques de l'évaluation

1. Analyser la pertinence et la durabilité des approches choisies ainsi que l'efficacité des activités menées dans le programme ;
2. Analyser le niveau d'atteinte des résultats attendus 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 le district sanitaire d'intervention du programme et faire des recommandations d'amélioration ;

4. Comparer la performance des zones d'appui du programme et les autres structures publiques ou privées de la province et identifier les facteurs ayant influencé cette performance ;
5. Apprécier l'aspect genre de manière très pointue dans la mise en œuvre du programme ;
6. Apprécier le degré de synergie entre le programme de sécurité nutritionnelle et les autres projets/programmes qui interviennent dans le département de la Nya Pendé ;
7. Etablir une matrice d'intervention des partenaires qui interviennent en appui du système de santé dans le district sanitaire du programme et évaluer les opportunités pour une meilleure coordination au niveau opérationnel.

3.3. Questions d'évaluation

Les principales questions d'évaluation sont en annexe 2 dudit rapport.

4. METHODOLOGIE ET LIMITES DE L'EVALUATION

4.1. Phases de la mission

L'évaluation a débuté par une réunion de briefing au niveau du bureau de la coopération suisse qui a précisé l'importance de cette évaluation qui intervient à un moment particulier de la vie de ce programme. En effet, prévue pour être terminée en mai 2025, le programme s'est arrêté le 30 septembre 2024, soit 8 mois avant terme. Les phases de l'évaluation sont les suivantes :

Phase 1 : Réunion préparatoire avec les parties prenantes : DDC et ACF, collecte des documents essentiels et de la littérature et rencontres avec les autorités et les partenaires à N'Djaména (ACF, DDC et MSP).

Phase 2 : Collecte de données sur le terrain (DPS à Doba, ECD, CS, bénéficiaires, services déconcentrés de l'Etat, autorités administratives, OCHA à Goré).

Phase 3 : Présentation des premiers résultats, entretiens complémentaires au niveau central, débriefing au bureau de la coopération ensuite au bureau de ACF, saisie des données, triangulation / consolidation des données et synthèse des résultats, et élaboration d'un rapport provisoire et son envoi à ACF et à la DDC pour observations, prise en compte des observations de la DDC et de ACF, élaboration d'une version finale du rapport et remise du rapport final.

4.2. Déroulement de la mission

Après la réunion préparatoire à la coopération suisse le 23 septembre et la rencontre à ACF le 24 septembre, descente sur le terrain du 25 septembre au 03 octobre 2024 en commençant par Goré contrairement à ce qui était prévu initialement (annexe 10). Sur les 8 CS et l'UNT, la mission s'est rendue dans 6 CS (Goré urbain, Yamodo, Bakaba, Béborninga, Peuleuh et Danamadja) et au CNT de Goré et a pu visiter trois aires aménagées pour le maraichage et rencontrer plusieurs membres des différents groupements dont AGIR, AVEC, culture attelée, maraichage. Les CS de Béakoro et de Békan ne sont pas accessibles en cette période de pluies. Au niveau de chaque CS, la démarche suivie est la suivante : entretien avec le RCS ou son remplaçant, souvent appuyé par la sage-femme du CS. Puis une visite du CS est faite afin de constater les travaux effectués au niveau du CS, le niveau de propreté du CS, les équipements reçus et le niveau de réalisation des activités du CS. L'équipe organise ensuite un focus groupes avec les COGES, les ASC ou les relais et avec les membres des groupements présents. La descente sur le terrain a été précipitée à cause de la fermeture du projet, le 30 septembre 2024. A Goré, la base ACF était fermée, ce qui a rendu très difficile la collecte de la documentation tant au niveau de ACF à Goré qu'à N'Djaména. Certains responsables et en particulier toute

l'équipe SAME avait déjà quitté les lieux. Le déroulement de la mission est présenté dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Chronogramme de l'évaluation

		Echéancier de l'évaluation																							
Phases	Activités	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
		Septembre								Octobre															
		23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Phase 1 (2 j)	Briefing avec les parties prenantes : Buco et ACF																								
	Collecte des documents essentiels et de littérature																								
	Rencontres avec autorités et partenaires à N'Djaména (ACF, BUCO et MSP)																								
Phase 2 (8 J)	Voyage aller à GORE			1	2	3	4	5	6	7	8	9													
	Rencontres avec les autorités de à Doba (MCH, SG départ), ACF, Pt focal nutrition																								
	Maire, CS Goré urbain et CS Béborniga 1 ; MCH																								
	CS Bakaba et Yamodo																								
	UNT																								
	CS Peuleu et Danamadjia																								
	Partenaires																								
	Départ Doba																								
	DSP, MCD et CZ + Moundou																								
	Voyage retour à N'Djaména																								
Phase 3 (14 J)	Préparation de la présentation des premiers résultats																								
	Entretiens complémentaires au niveau central																								
	Débriefing au bureau de coopération avec la participation de ACF																								
	Saisie des données, Triangulation / consolidation des données et Synthèse des résultats et élaboration d'un rapport provisoire et son envoi à ACF et à DCC pour observation																								
	Prise en compte des observations du Buco et de ACF et élaboration d'une version finale du rapport																								
	Remise du rapport final																								

4.3. Limites de l'évaluation

Les principales difficultés rencontrées par les évaluateurs sont : i) l'arrivée de la mission des évaluateurs à Goré alors que le siège de ACF de Goré n'est plus fonctionnel. L'équipe des évaluateurs a pu avoir une réunion avec le coordinateur du bureau de Goré, le chef du volet Santé/Nutrition et celui du volet « Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) », ii) la difficulté d'accéder aux différents documents et rapports d'activités et aux résultats des enquêtes CAP réalisées par ACF, iii) la difficulté de retrouver certains responsables des groupements et certains chefs de villages qui sont dans les champs vu la période des cultures, iv) L'absence des représentants des partenaires UNICEF et PAM, du Médecin chef de district et du Chef de zone à Goré, v) L'impossibilité d'avoir accès à 2 des 8 CS à cause de l'état des routes en saison des pluies.

Les opportunités pour l'équipe ont été, la présence du MCH, la rareté des pluies et la présence du responsable santé/nutrition et du responsable EHA, les deux premiers jours de mission dans les CS.

5. RESULTATS DE L'EVALUATION

5.1. Pertinence

5.1.1. Pertinence des objectifs par apport aux problèmes et aux défis liés au contexte

L'objectif global du projet est de « Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto-juvénile dans la province du Logone Oriental ». Cet objectif **est pertinent** car il correspond bien à celui de la politique nationale de santé (PNS 2022-2024) qui est « d'Assurer à la population l'accès universel aux soins de santé de qualité, globaux, intégrés, continus et centrés sur la personne afin de contribuer efficacement au développement socio-économique du pays ». Cet objectif est repris dans les objectifs spécifiques du Plan national de développement sanitaire (PNDS 4 : 2023-2030).

Les trois effets suivants attendus du programme **sont pertinents** : il s'agit de: 1) « Améliorer l'état nutritionnel et sanitaire des populations vulnérables hôtes et réfugiées dans le district sanitaire de Goré » ; 2) « Créer les conditions d'une résilience communautaire inclusive et participative en renforçant l'implication et le leadership des services techniques et des autorités dans le développement local » et, 3) « Favoriser le changement de comportement sensible à la nutrition à la santé, au genre et aux chocs divers, par la mise en place d'un système d'apprentissage, de partage d'expérience et de redevabilité ».

Le projet vise à apporter des solutions à des problèmes concrets, ressentis par la population. Il s'agit de l'accès à des soins de qualité, la prise en charge des malnutris de la communauté et la prévention de la malnutrition à travers le renforcement des capacités productives de la population et l'amélioration des principaux déterminants de la santé à savoir (l'accès à une eau potable, à l'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement) et de créer les conditions pouvant assurer la sécurité alimentaire de la population.

L'originalité du projet a été l'intégration des activités à caractère humanitaire et donc d'urgence aux activités de développement et la prise en compte de tous les bénéficiaires potentiels, indépendamment de leurs statuts.

Enfin, l'objectif général et les effets du Projet correspondent totalement aux engagements de la Coopération Suisse au Tchad qui, grâce à sa longue présence dans le pays, a compris que la santé reste un grand défi. L'axe principal de son intervention est de promouvoir l'accès à un service de santé de qualité.

5.1.2. Pertinence des objectifs par apport aux stratégies et politiques nationales et leur appréciation

Le volet santé et nutrition du projet s'aligne sur la politique de la gratuité des soins prônée par le gouvernement en faveur des groupes cibles (enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes) et s'inscrit dans la politique nationale de santé avec la priorité donnée à la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile, à la santé communautaire, à la lutte contre le paludisme, à la PCIME, à la PCIMAS, etc. Le volet SAME correspond à la promotion de la sécurité alimentaire pour laquelle travaille le Gouvernement.

Il faut noter également une très bonne intégration des actions sur le terrain et une bonne implication des autorités, des services déconcentrés de l'Etat et des communautés elles-mêmes qui facilitent la mise en œuvre des actions du projet.

5.1.3. Réalisme de l'objectif général et des effets attendus

L'objectif général reste d'actualité car il s'agit de donner un accès facile et permanent à des soins gratuits aux enfants de 0-5 ans, de prendre en charge les malnutris conformément à la stratégie nationale ou encore, d'assurer aux femmes des soins de santé de la reproduction. Il y a aussi les problèmes d'accès à l'eau potable, à une meilleure condition d'hygiène et d'assainissement et à une bonne nutrition pour lesquels des actions simples sont proposées. Les effets attendus sont également réalistes car ils sont mesurables et atteignables durant la période du projet.

5.1.4. Participation des principaux acteurs à la réalisation du programme

Les bénéficiaires directs sont composés des populations retournées et réfugiées (133 415 personnes) et les populations hôtes vivant dans les aires des 8 CS. Il y a plusieurs groupes de bénéficiaires indirectes selon les trois domaines des interventions.

Volet santé et nutrition : Le personnel de santé est responsable de la mise en œuvre des actions. Pour cela, il a bénéficié des formations appropriées et dispose des médicaments, des matériels et autres consommables pour offrir gratuitement des soins. Il y a les agents de santé communautaire (ASC) qui assurent la prise en charge des enfants et des femmes jusqu'au sein des communautés (PEC du paludisme, de la diarrhée, distribution de la vitamine A, le déparasitage des enfants et le dépistage actif des malnutris).

Pour la santé reproductive (SR), le personnel de santé a été formé sur les thèmes suivants : SONU, PTME, PF, atténuation des risques de VBG pour prendre en charge des femmes enceintes et allaitantes (FEFA) au niveau des centres de santé (CS). Les sages femmes sensibilisent par rapport aux VBG, la planification familiale, la CPN, etc. Il y a aussi les matrones qui accompagnent les femmes pour des accouchements aux CS. Tous ces acteurs participent à la planification et à la mise en œuvre des activités du programme (Annexe 4).

Tableau 2 : Bénéficiaires santé/nutrition et WASH

Bénéficiaires des activités Santé-Nutrition				
	Hommes	Femmes	Total	% femmes
Total pris en charge	25264	40753	66017	61,73
Total prévus	24902	89685	114587	
Ecart	362	- 48932		
Bénéficiaires des activités WASH				
	Hommes	Femmes	Total	%
Total pris en charge	11749	12718	24467	51,98
Total prévus	7290	5427	12717	
Ecart	4459	6291	11750	

Sources : Rapport 2^{ème} année

Volet Wash : Les acteurs pour le volet EHA sont les ASC, le personnel de santé, les membres du comité de gestion des points d'eau (CGPE), le service d'hygiène et assainissement du département et les hygiénistes qui veillent à la bonne gestion des ouvrages, au contrôle de la qualité des eaux de consommation, à l'éducation et à la sensibilisation des populations.



Aire de lavage du CS de Yamodo



Toilette du CS de Bakaba

Volet SAMA : Pour la promotion de la sécurité alimentaire à travers les activités SAME, les principaux acteurs sont le sous-secteur ANADER et tous les membres des différents groupements et associations des bénéficiaires. ANADER a été associée à l'identification des sites et des activités pour les maraichers et les groupements des producteurs, aux formations techniques et organisationnelles des différents membres des groupements et fait le suivi trimestriel des groupements avec l'équipe d'ACF.

Transversalement, il y a le groupe de bénéficiaires composé des autorités traditionnelles et religieuses et autres qui appuient globalement le programme en sensibilisant la population de leur village.

5.1.5 : Perception des acteurs et bénéficiaires du projet

Tous ces acteurs qui sont directement en première ligne, sont satisfaits des actions qui se déroulent sur le terrain mais beaucoup de bénéficiaires interrogés déclarent ne pas maîtriser ce qu'ils font. Il s'agit surtout des associations pour la culture attelée et les maraichers qui comptent encore sur la présence de ACF pour asseoir complètement leur association. Il y a aussi le problème des semences, de la maîtrise de l'irrigation goutte à goutte, etc.

De même, les autorités du département, la délégation sanitaire et l'équipe cadre du district de Goré, les chefs de villages et les leaders d'opinion contactés reconnaissent chacun leur implication dans la mise en œuvre du programme et se disent satisfaits par rapport à la manière de travailler des équipes d'appui sur le terrain.

Selon l'avis des parents des enfants malades et de quelques animateurs interrogés, les soins sont effectivement gratuits pour les populations cibles. Ce qui attire beaucoup de malades des zones voisines non couvertes. La population affirme être satisfaite des prestations des infirmiers, mais certains se plaignent que de fois, ils doivent acheter des médicaments à cause des ruptures de stock de ces produits.

5.2. Efficacité

5.2.1. Efficacité par rapport à l'atteinte des indicateurs du projet

Les informations ci-dessous couvrent les deux premières années du projet (la période d'avril 2022 à mai 2024).

Si on considère l'ensemble des 46 indicateurs du programme, 54 % ont été atteints et 28 % ne sont pas atteints. Pour 17 %, les données ne sont pas disponibles. L'efficacité pour l'atteinte des indicateurs du projet est par conséquent moyenne (annexe 3 indicateurs).

- ***Effet 1 : Améliorer l'état nutritionnel et sanitaire des populations vulnérables hôtes et réfugiées dans le district sanitaire de Goré.***

Par rapport à cet effet, trois indicateurs ont été retenus. Les cibles ont été atteintes comme suit : i) Pour le *taux de la malnutrition aigüe générale (MAG) dans la zone d'intervention* qui était de 6,9% en 2021 (Enquête CAP 2021), il est descendu à moins 5% dès la deuxième année après les campagnes de dépistage actif des malnutris et leur prise en charge. ii) Le *taux d'utilisation des services de santé pour les enfants de moins de 5 ans* est passé de 76% à 98,14% à la deuxième année du projet et dépasse la cible du projet qui est de 90%. iii) Enfin, le *nombre d'enfants Malnutris Aigus Sévères (MAS) admis ayant reçu un kit WiN après sensibilisation du couple « mère/accompagnant - enfant malnutri »* est passé de 0 à 4.477 sur les 3.645 prévus en fin de projet, soit une réalisation de 123%. **Les 3 indicateurs ont été totalement atteints.**

- ***Résultat 1 : Les soins de santé préventifs et curatifs gratuits et de qualité sont offerts, disponibles et accessibles pour les enfants de moins de 5 ans, dans le district sanitaire de Goré***

Pour ce résultat, 6 indicateurs ont été retenus dont voici le point : i) *Le Nombre d'enfants MAS admis au programme* est passé de 3.018 à 3.780 prévus dont 3.230 ont été admis au programme la 1^{ère} année soit 85% puis, il est descendu à 2.635 la 2^{ème} année, soit 80% ; ii) *Nombre de centres de santé (CS) soutenus atteignant au moins 3 indicateurs de performance dans la prise en charge des malnutris* est de 7 contre 5 avant le projet. L'UNA de Béborniga n'a pas pu être ouvert ; iii) *Nombre d'enfants vus en consultations curatives aux CS* : 13.484 la 1^{ère} année soit 85% et 92% la 2^{ème} année contre 76% avant le projet; iv) *Nombre des enfants pris en charge dans la communauté par les ASC* : 17.747 enfants (49% de la cible), la 1^{ère} année et 14.466 (98%) de la cible la 2^{ème} année. Avant le projet, le nombre des enfants pris en charge au niveau communautaire était de 9.150. Il a doublé en un an; v) *Le taux de couverture VAR* est passé de 80% à 100% dès la 1^{ère} année et est resté à 100% la 2^{ème} année ; vi) *Pourcentage de personnes sensibilisées ayant amélioré leur connaissance et attitudes sur les pratiques familiales essentielles* : parti de 0, 79% déclarent avoir amélioré leur connaissance sur les pratiques familiales. **En 2 ans, plus de 85% des 6 indicateurs ont été atteints. (Annexes 8 et 9)**



Accompagnantes des enfants pris en charge à l'UNT



Hangar de Danamadja

- *Résultat 2 : Les Services essentiels de santé sexuelle, reproductive, et VBG de qualité sont disponibles, offerts, accessibles et adaptés aux besoins des femmes, et adolescentes : (Annexe 10)*

8 indicateurs ont été identifiés et les résultats sont les suivants : i) *Le Taux de couverture CPN I* est passé de 35% à 101% puis 93% la 1^{ère} année et la 2^{ème} année pour une cible de 60%; ii) *Le Taux de couverture CPN4* lui est passé de 12% à 42% puis à 49% la 1^{ère} année et la 2^{ème} année pour une cible de 40% ; iii) *Le Taux d'accouchements assistés* n'a pas changé la première année. Il est resté à 54%. Mais la deuxième année, il est passé à 57% pour une cible de 70% ; iv) *Le Taux de couverture en planification familiale* est passé de 11,8% à 11% la 1^{ère} année puis à 15% la 2^{ème} année ; la cible est de 15% ; v) *Le Pourcentage des agents de santé et matrones ayant amélioré leur connaissance sur les différents protocoles nationaux de SSR* est de 100% pour les infirmiers responsables du CS (RCS), 86% pour les ASC et les matrones pour une cible de 80% ; vi) *Le Pourcentage des femmes qui affirment être libres de prendre des décisions pour l'accès aux services du planning familial* est de 12% la première année et 57% la 2^{ème} ; la cible finale est de 75% ; vii) *Le Pourcentage de la population cible sensibilisée sur le DSSR* est de 86% dès la 1^{ère} année ; viii) *Le Pourcentage des femmes qui affirment être satisfaites des services psychosociaux et médicaux lors de la prise en charge médicale* : données non disponibles ; ix) *Le Nombre de femmes et d'hommes dans les structures communautaires mises en place pour la prévention des cas de VBG* : données non disponibles.

Pour les activités de la SR, 7 des 9 indicateurs sont satisfaisants. Mais on ne dispose pas de résultat pour le 8^{ème} et le 9^{ème} indicateurs.



Maternité de Béborninga

Pour les activités de la SR, la plupart des indicateurs sont atteints voir dépassés. Pour la couverture des accouchements assistés, l'objectif du projet qui est de 60% est ambitieux vu les moyens de déplacement inexistantes et la distance à parcourir pour atteindre les CS.

- **Résultat 3 WASH :**

La prévention et la prise en charge nutritionnelle sont améliorées à travers la délivrance du paquet minimum d'activités WASH pour les couples parent-enfants MAS, dans les unités nutritionnelles et dans la communauté. 5 indicateurs étaient retenus : i) *le Nombre d'enfants MAS bénéficiant du paquet minimum WASH délivré dans les centres nutritionnels selon la stratégie Wash in Nut au Tchad : En partant de 0, 2.880 et de 1.597 enfants sont servis les 1^{ère} et 2^{ème} année sur les 2.430 prévus chaque année, soit 118,51% et 65,72% ; ii) Le Pourcentage de ménages ciblés ayant accès à un point d'eau amélioré : Le pourcentage est passé de 42,8 à 63% de ménages en 1^{ère} année et à 48% la 2^{ème} année, contre une cible de 80% ; iii) Le Pourcentage des femmes dans les comités de gestion des points d'eau mis en place : 8 CGPE avec 200 membres ont été mis en place dont 62 femmes, soit 31%. On n'a pas de donnée de départ; iv) Le Pourcentage des ménages dans les communautés ciblées PHAST utilisant une latrine améliorée est passé de 11% à 43% la 1^{ère} année puis à 54%, la 2^{ème} année. La cible du projet de 80% n'est pas atteinte; v) Le Pourcentage des ménages ciblés disposant d'un équipement de lavage de main au savon factionnel est passé de zéro à 40% la 1^{ère} année. (Annexe 5 et 7)*

Pour le Wash, les indicateurs pour l'accès de la population à l'eau potable et l'utilisation des latrines ne sont pas atteints (annexe 5 forages).



Forage de Danamadja

- **Résultat 4 : les capacités de prévention, de préparation, et de réponse aux urgences et catastrophes (changements climat, épidémies, conflits) des populations réfugiées, hôtes et leurs autorités sont renforcées à travers une approche communautaire intégrée :**

2 indicateurs retenus : i) *Le Pourcentage des leaders communautaires et des membres des comités locaux d'action (CLA), des comités départementaux d'action (CDA), du comité provincial d'action (CPA) qui attestent avoir renforcé leurs capacités dans la surveillance et la gestion des crises grâce au soutien du projet.* Tous les leaders communautaires identifiés ont été formés, soit 100% dès la 1^{ère} année en partant de zéro; ii) *Le Pourcentage des femmes qui affirment être impliquées dans les processus de prise de décision communautaires sur les stratégies de prévention et de réponse aux catastrophes :* en 2023, 57% des femmes présentent dans les différents groupements et associations, affirment être impliquées dans les processus de prise de décisions.

- **Effet 2 : Créer les conditions d'une résilience communautaire inclusive et participative en renforçant l'implication et le leadership des services techniques et des autorités dans le développement local**

Six indicateurs ont été retenus : i) Le Nombre de diagnostic et planification RSS (6 piliers SS) réalisés (Non documenté) ; ii) Le pourcentage des actions prévues dans le Plan d'Actions Opérationnel du district sanitaire de Goré mise en œuvre : non documenté ; iii) Le pourcentage des femmes et jeunes membres des associations locales déclarant avoir participé activement aux décisions agroécologiques prises dans leur groupement à la fin du projet : 130 bénéficiaires des 6 groupements dont 64% des femmes ont bénéficié de la formation (Annexe 6 groupements) contre zéro au départ; iv) Le pourcentage des points d'eau installés, fonctionnels, avec une gestion pérenne à la fin du projet : 100% des points d'eau sont fonctionnels et entretenus alors qu'au départ, l'UNT et 7 CS ne disposaient pas de point d'eau, ni de latrine; v) Le Nombre d'ateliers de renforcement de capacités des leaders de la société civile et des autorités : une en 1^{ère} année ; vi) Le Nombre de journées de plaidoyer organisées et Nombre d'actions de plaidoyer regroupant décideurs et société civile : non documenté.

Sur les 6 indicateurs, 2 n'ont pas été réalisés. **Les activités de plaidoyer n'ont pas pu être réalisées la première année. Reportées en deuxième année, les ressources n'étaient plus disponibles.**

- **Résultat 1 : Les services des délégations sanitaires jouent leur rôle en matière de garantie de services de santé de qualité pour les populations avec une implication participative des communautés :**

Trois indicateurs retenus : i) Le Nombre des COGES/COSAN fonctionnels : 5 au début et 8 COGES en 1^{ère} année, soit 100% ; ii) Le Nombre de supervisions conjointes réalisées : une en 1^{ère} année et une en 2^{ème} sur les deux prévues par an ; iii) Le Nombre de care-groups mis en place et fonctionnel : De 0, 5 groupes sont prévus et mis en place dès la 1^{ère} année.

Les activités d'appui à l'ECD ont été effectives en 1^{ère} année. L'apport du projet en ce qui concerne le PAO et le comité directeur du DS n'a pas été réalisé. Sur les 3 indicateurs, seul celui concernant la fonctionnalité des COGES / COSAN est vraiment réalisé. Le second est réalisé partiellement.

- **Résultat 2 (EHA) : Les équipements et ressources en eau améliorés au profit des réfugiés, retournés et population hôtes sont protégés et gérés de façon durable avec l'appui des services techniques décentralisés (Annexes 5).**

Un seul indicateur : Le Nombre de missions de suivi trimestriel réalisées par la délégation provinciale de l'hydraulique urbaine et rurale : une seule mission a été réalisée la 1^{ère} année et trois la 2^{ème} année.

- **Résultat 3 : Les capacités de production et les opportunités économiques des communautés sont diversifiées et renforcées avec l'appui des services décentralisés techniques :**

4 indicateurs retenus : i) Le Pourcentage des membres des groupements bénéficiaires des activités de relance agropastorale qui ont adapté au moins 3 pratiques agro écologiques à la suite du dispositif d'encadrement technique mis en place par le projet : parti de 0, 63% des membres des 6 groupements déclarent avoir appliqué au moins trois pratiques agroécologiques. La cible du projet qui est 80% n'est pas atteinte; ii) Le Pourcentage des ménages appuyés déclarant disposer d'une activité économique leur permettant de subvenir aux besoins alimentaires et non alimentaires de leur ménage : de 0, 57% des ménages déclarent disposer

d'une activité, sur une cible de 80% ; iii) *Le Pourcentage d'agents techniques de l'Etat qui ont renforcé leur capacité technique et le suivi des producteurs* : moins de 50% des agents techniques ont vu leurs capacités renforcées ; iv) *Le Pourcentage des femmes qui affirment avoir le contrôle sur la gestion des ressources économiques produites* : 62% des femmes affirment contrôler la gestion des ressources produites contre une cible du projet de 60%.

Par rapport aux capacités de production, les opportunités économiques des communautés sont diversifiées et renforcées, toutefois, certains résultats ne sont pas atteints car il faut plus de temps pour renforcer ces activités.

- ***Effet 3 : Favoriser le changement de comportement sensible à la nutrition à la santé, au genre et aux chocs divers par la mise en place d'un système d'apprentissage, de partage d'expérience et de redevabilité***

4 indicateurs retenus : i) *Le Pourcentage des participants directs aux projets ayant amélioré leurs connaissances (désagréé par secteur, âge et sexe) et qui appliquent au moins 3 bonnes pratiques promues par le projet* : 86% des personnes formées ont amélioré leur capacité technique ; ii) *Le Nombre de publiereportages sur les activités du projet réalisés* : un réalisé la 1^{ère} année ; iii) *Le Pourcentage des acteurs locaux (individus, chefs de villages, services techniques, société civile et autorités administratives) qui affirment être satisfaits du système de redevabilité mis en place par secteur ayant affirmé que le système de redevabilité mis en place est adapté à leurs capacités* : 82% des acteurs locaux sont satisfaits du système de redevabilité mis en place et qui est adapté à leurs capacités ; iv) *Le Taux de satisfaction sur les activités proposées aux communautés cibles de l'intervention* : la plupart des bénéficiaires interrogés ont exprimé une grande satisfaction par rapport aux activités proposées (tous les rapports de l'enquête CAP n'ont pas été remis).

Résultat 1 : Un dispositif participatif d'appropriation et de pérennisation des activités par la communauté et les services décentralisés de l'état est opérationnel :

Deux indicateurs retenus : i) *Nombre de cadres de concertation communautaire réalisé* (Non documenté) ; ii) *Nombre de missions de supervision conjointes multisectorielles réalisées* : non réalisée.

5.2.2. Efficacité par rapport à la réalisation des activités du projet (Annexe 4 des activités)

Par rapport à la liste des activités retenues, 20 activités sont retenues pour l'effet 1 parmi lesquelles 19 sont réalisées, et une non-réalisée. Pour l'effet 2, 14 activités sont retenues dont 6 réalisées, 4 partiellement réalisées et 4 non-réalisées. Pour l'effet 3, 6 activités sont retenues dont 2 réalisées, 2 partiellement réalisées et 2 non-réalisées.

Sur les 40 activités du projet, 27 sont totalement réalisées, soit un taux de réalisation de 67,5%. 7 activités sont partiellement réalisées, soit 17,5% et 6 non-réalisées (15%). Pour la réalisation des activités, l'efficacité est bonne.

Il faut noter que certaines activités ont atteint un taux de réalisation de plus de 100%. Parmi celles-ci on retiendra le nombre de forages construits et ou réhabilités, les indicateurs de santé et de la nutrition globalement, le nombre de personnes sensibilisées et formées dans les différents secteurs (annexe 8), etc.

Tableau 3 : Evaluation de la mise en œuvre des activités

Activités	Total	Réalisée	Partiellement réalisé	Non réalisée
Effet 1 : Améliorer l'état nutritionnel et sanitaire des populations vulnérables hôtes et réfugiées dans le district sanitaire de Goré : Les indicateurs suivants ont été choisis				
Total pour l'Effet 1	20	19	1	0
Effet 2 : Créer les conditions d'une résilience communautaire inclusive et participative en renforçant l'implication et le leadership des services techniques et des autorités dans le développement local				
Total pour l'Effet 2	14	6	4	4
Effet 3 : Favoriser le changement de comportement sensible à la nutrition à la santé, au genre et aux chocs divers par la mise en place d'un système d'apprentissage, de partage d'expérience et de redevabilité.				
Total pour effet 3	6	2	2	2
TOTAL DU PROJET	40	27	7	6
Pourcentage	100%	67,5	17,5	15



Aire de maraichage de DOBAMA

5.2.3. Efficacité par rapport à l'évolution des indicateurs des CS appuyés

Selon le tableau 4 et 5 ci-dessous, les performances des CS du district de Goré appuyés par rapport aux indicateurs d'utilisation des services curatifs (**taux d'utilisation de la consultation curative chez les enfants d 0-5 ans**) et des services de la santé de la mère et de l'enfants (**taux des accouchements assistés, taux de couverture CPN 4, taux de couverture de la CPN4 et plus**) sont améliorés entre 2021 et 2023. Au niveau de ces CS, tous les indicateurs ont progressé entre 2021 et 2023 sauf le taux d'utilisation de la consultation curative qui a diminué en 2023. Pris individuellement, tous les CS ont vu leurs indicateurs progresser sauf le CS de Béakoro qui est nouveau. Cette performance peut s'expliquer par la gratuité des soins, la disponibilité des médicaments et des intrants, la gamme des services offerts et leur qualité, les sensibilisations faites aux CS et dans les communautés par les ASC et les matrones.

Tableau 4 : Progrès au niveau des CS du DS de Goré en 2022 et 2023

GORE	Taux d'utilisation de la consultation curative	Taux de couverture de la CPN 1	Taux de couverture CPN 4	Taux des accouchements assistés	Couverture CPON	Taux de Couverture CPE
2021		79,49	16,91	38,40		
2022	79.2	84.9	26.9	55	86.62	65.49
2023	73.5	90.5	37.2	66	93.89	75.72

Sources : Données du DS Goré

Tableau 5 : Evolution des indicateurs dans les CS entre 2022 et 2023

zones de responsabilité	Taux des accouchements assistés		Couverture CPON		Taux de couverture PF	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
CS BEBORNINGA	30.1	56.1	75.86	78.57	12	7.94
CS CAMP BEAKORO	57.4	33.7	96.27	101.23	5.85	4.96
CS CAMP BEKAN	173.6	141.5	99.63	99.56	28.6	45.79
CS DANAMADJA	21.6	34.2	85.32	89.71	4.27	6.84
CS GORE URBAIN	93.8	128.8	106.72	132.28	22.82	66.46
CS PEULEUH	50.1	67.8	88	100	5.03	9.38

Zones de responsabilité	Taux de couverture CPN 1		Taux de couverture CPN 4		Taux d'utilisation de la consultation curative		Proportion de Malnutrition dépistée	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
CS BEBORNINGA	74.9	91.1	12.2	27.5	57.2	77.9	27.57	90.93
CS CAMP BEAKORO	75.6	36.2	41.2	24.5	50	25.3	41.4	30.92
CS CAMP BEKAN	246.1	187.9	166.1	101	136.2	95.7	184.87	139.09
CS DANAMADJA	41.6	48	9.8	12.2	11	16.7	24.2	25.52
CS GORE URBAIN	271.6	251.1	87.7	122.6	57.8	84.7	115.38	97.99
CS PEULEUH	62.4	121.9	17.8	22.9	30.6	58.6	54.57	76.43

Sources : Données du DS Goré.

5.2.4. Efficacité par rapport aux autres districts de la province

Selon le tableau 6 ci-dessous, les performances du district de Goré par rapport aux indicateurs d'utilisation des services curatifs (taux d'utilisation de la consultation curative) et des services de la santé de la mère et de l'enfants (taux des accouchements assistés, taux de couverture de la CPN4 et plus) sont au-dessus de la moyenne des 11 districts.

Le taux d'utilisation de la consultation curative est plus élevé dans le district de Goré en 2021 comme en 2023, mais il a augmenté dans tous les districts sauf dans le district de Larmanaye où il a baissé.

Le taux d'accouchement assisté arrive en deuxième position en 2021 (48 %) après Larmanaye (58 %) mais en 2023, il arrive en 3^{ème} position après Larmanaye, Donia et Béboto. Cet indicateur a progressé de 2021 à 2023 dans tous les districts sauf dans le district de Mbaïbokoum où il a baissé.

Le taux de CPN 4 et plus est plus élevé dans le district de Goré (38 %) par rapport aux autres districts. En 2023, cet indicateur arrive en 4^{ème} position après Yamodo, Kara et Bessao. En 2023 cet indicateur a baissé dans tous les 11 districts sans exception. Le facteur qui doit être à l'origine de cette baisse semble commun à tous les districts.

Il faut dire que l'amélioration des indicateurs est générale dans tous les districts du Logone oriental. Le district de Goré conserve une meilleure position dans cette augmentation surtout pour les soins curatifs qui bénéficient de la gratuité des soins. Pour les autres indicateurs, le district conserve une bonne position aussi mais parfois dépassé par les autres districts. Il faut ajouter qu'avant le projet, les indicateurs du district étaient à un bon niveau déjà grâce aux appuis précédents.

Tableau 6 : Performance du district de Goré par rapport aux autres districts de la province

Districts du Logone oriental	Taux d' utilisation de la consultation curative		Taux des accouchements assistés		Taux de couverture de la CPN4 et plus	
	2021	2023	2021	2023	2021	2023
BAIBOKOUM	31%	40,10%	25%	17%	11%	9,2
BEBIDJA	14%	17,90%	29%	65%	30%	6,8
BEBOTO	17%	37,90%	28%	108,30%	22%	13,5
BESSAO	16%	23,40%	22%	49,20%	33%	32,3
BODO	23.7%	26%	35%	65,30%	32%	6,5
DOBA	23%	24,70%	46%	69,60%	33%	9,9
DONIA	22%	27,70%	41%	122%	18%	5,4
GORE	62.5%	75,90%	48%	71,80%	38%	13,3
KARA	22%	35,90%	45%	72%	37%	21,5
LARMANAYE	29%	25,30%	58%	64,30%	23%	5,7
YAMODO		51,20%		81,30%		17,7
MOYENNE	22%	32,20%	38%	68,30%	28%	13,2

5.2.5. Efficacité dans la satisfaction des acteurs et les bénéficiaires

- Point de vue des acteurs

Le personnel de santé interrogé au niveau des CS et à la maternité de l'hôpital est tout à fait satisfait du programme. La première raison a été le renforcement des services en équipements et en matériels et surtout en médicaments, ce qui leur a permis d'effectuer facilement leur travail. Au niveau des CS, il y a de nouveau un afflux de malades, ce qui n'était pas le cas avant. Cependant des retards dans les dotations des médicaments ont été retenus comme une difficulté car il fallait à chaque fois expliquer aux malades que cela ne dépendait pas d'eux. La deuxième raison a été le renforcement des capacités sur des domaines très importants selon les intéressés. Il y a aussi les facilités offertes à l'équipe cadre d'effectuer régulièrement des supervisions dans les CS.

Les ASC et les matrones ont été très satisfaits du travail accompli et certains se sont engagés de poursuivre les activités avec les CS, quitte à leur trouver une motivation même mineure. Ils ont trouvé

le travail avec les enfants très utile. Les matrones sont contentes car les femmes qu'elles accompagnent pour accoucher au CS ont moins de problèmes.

- Point de vue des bénéficiaires

Pour les bénéficiaires, à la satisfaction se mêlent tout de suite les inquiétudes liées au départ de l'ACF. Les groupes de femmes interrogées disent être très satisfaites des soins offerts par les CS, du travail des ASC qui vont à domicile, le dépistage dans la communauté des enfants malnutris, et le traitement des enfants malades. Certaines trouvent des difficultés de déplacement en cas d'accouchements pour aller rapidement au CS. Les personnes interrogées sont inquiètes de voir les activités du CS diminuer et ou de voir certains groupements cesser de fonctionner après le départ de ACF.

Par rapport aux activités SAME, un groupe de femmes de AGR est très fière de ce qu'elles ont pu initier avec ACF. Elles disent disposer désormais des moyens propres pour se soigner. Ils y auraient encore d'autres groupements nés spontanément qui demanderaient des soutiens. Il faut noter que ces femmes font presque toutes les mêmes activités.



Site maraîcher de Bedaya canto Békan



Réhabilitation mini château d'eau à Peuleu

Un groupement de producteurs a exprimé l'inquiétude qu'avec le départ de ACF, leur jeune groupement ne disparaisse car ils n'ont pas encore tissé en leur sein, beaucoup de liens et réaliser des activités communes. Le responsable même du groupement évoque le risque que le matériel reçu soit vendu et l'argent partagé entre les membres. La notion de bien commun et l'union des forces pour travailler ensemble n'est pas acquise d'avance selon un autre interlocuteur.

5.3. Efficience

5.3.1. Financement du programme

Le « Programme de sécurité nutritionnelle des populations hôtes et réfugiées du Logone oriental » a trois effets financés comme suit : l'effet qui consiste à « contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité en améliorant la sécurité nutritionnelle et la réponse aux besoins vitaux et immédiats des femmes, des hommes, des filles et des garçons touchés par des catastrophes naturelles ou des chocs provoqués par des conflits » et qui couvre la composante SAME est financé par SIDA. Il s'agit de renforcer la sécurité nutritionnelle à travers une approche multisectorielle intégrée du programme. Les effets 2 et 3 qui consistent à « améliorer l'état nutritionnel et sanitaire des populations vulnérables hôtes et réfugiées dans le district sanitaire de Goré », sont financés à la fois par CIAA et DDC.

5.3.2. Efficience dans l'utilisation des ressources financières du programme

Pour la mise en œuvre de l'action, une enveloppe globale de 3 846 154 EURO (2 522 911 639 XAF) est sollicitée et financée par la DDC pour un montant global de 1 800 000 EURO (1 180 722 600 XAF) soit 46,8%, et le consortium SIDA-CIAA pour un montant global de 2 046 154

EURO (1 342 189 039 XAF). Les dépenses des deux premières années du projet sont résumées dans l'annexe 11.

En première année, 49% du budget a été consommé dont 75% pour les activités. En effet plus de 85% des activités ont été réalisées dès la première année, grâce au nombre élevé des techniciens déployés sur le terrain. Selon le schéma de ACF et dans la continuité des actions en cours, toutes les infrastructures et les organisations ont été mises en place dès la première année. La deuxième et la troisième année devraient permettre de les consolider mais cela ne va pas se réaliser comme prévu car le projet s'est arrêté avant termes.

L'utilisation des ressources a été efficiente par rapport aux trois domaines d'activités vue les résultats du tableau des dépenses en annexe. Les modes d'acquisition des équipements et des médicaments étaient conformes aux procédures mises en place par ACF. Les décaissements étaient régulièrement réalisés par les financeurs, même si le calendrier des activités n'a pas été respecté.

Les partenaires CIAA et DDC se sont retirés respectivement à la fin de première année du projet et en septembre 2024, c'est-à-dire, 8 mois avant la clôture du projet prévue pour le 30 mai 2025. Ces retraits ont eu un impact sérieux sur le projet car les activités financées par CIAA se sont arrêtées au cours de la deuxième année. La clôture anticipée du projet a eu des effets négatifs en particulier sur les activités à base communautaire : plus de renforcement des capacités des acteurs, plus de campagne de dépistage des malnutris par les ASC, arrêt du paiement des motivations des matrones et des ASC.

5.3.3. Efficience dans l'utilisation des ressources humaines

- Ressources humaines

La mission ACF dispose d'une coordination nationale basée à N'Djamena qui est dirigée par un Directeur Pays en charge du développement et du pilotage de la vision stratégique, conformément aux besoins nationaux et aux orientations internationales d'ACF.

Déployés sur le terrain avec un contrat de la DPS pour le volet santé nutrition, il y a 3 superviseurs et une sage-femme chargée de la santé reproductive et du volet violence basée sur le genre (VBG). Il a aussi 8 staffs adjoints affectés dans chaque CS et comprenant une sage-femme, 4 IDE et 3 ATS. Au niveau de l'UNT, l'équipe est composée d'un médecin, de 5 infirmiers, de 5 surveillants chargés du suivi des enfants, et d'un éducateur. L'ensemble du personnel recruté et déployé dans les CS et à l'UNT sont sous contrat de la DPS et gérés par elle. Cependant un compte rendu est fait régulièrement à ACF qui assure les salaires selon les accords avec la délégation sanitaire. ACF assure aussi la motivation des ASC et des matrones ainsi que les motivations et la logistique des cadres des services déconcentrés de l'Etat qui se déplacent sur le terrain.

La présence massive de ACF sur le terrain a permis la réalisation de la plupart des activités dès la première année mais cela n'a pas permis de garantir la durabilité des actions et la fermeture brusque du programme qui laisse un goût d'inachevé, exprimé par la plupart des bénéficiaires.

- Gestion des infrastructures et des équipements

Le projet a permis de renforcer les capacités techniques des centres de santé, de la maternité de l'HD et de l'UNT, en les dotant de matériels médicaux sanitaires dont les tables d'accouchement, les boîtes d'accouchement et de pansement et d'autres consommables médico techniques et de mobiliers de bureau.

Le sous-secteur d'ANADER, les CLA, les CDA et le CPA ont été renforcés en différents équipements et mobiliers dont une moto pour le service d'hygiène et assainissement. Tous les CS disposent d'un éclairage grâce à la réhabilitation des systèmes solaires.

Le projet a construit la pédiatrie de l'UNT, la maternité du CS de Béborniga et réhabilité les maternités des CS (Yamodo).

Dans les domaines de SAME également, les groupements maraichers et de culture fluviale ont été dotés des équipements et des outils de travail.

Tout ceci a contribué à améliorer le cadre de travail des acteurs qui sont devenus plus performants.

5.4. Impacts /effets

- Effets positifs / négatifs / attendus ou inattendus du projet à court et moyen terme

Pour les effets positifs attendus, le renforcement des services a pour conséquence une meilleure prise en charge des malades et des cas de malnutrition dans les UNA et à l'UNT. A court terme, plus de malades utilisent les services, améliorant ainsi leur état de santé. A long terme, il y a une amélioration de l'état de santé de la population. Parmi des effets positifs inattendus, il y a un attrait des communautés des autres zones de responsabilité où la prise en charge n'est pas gratuite avec surcharge de travail des CS appuyés. Mais, il faut retenir qu'à travers de certaines activités comme la distribution de cadeaux aux parturientes, on entretient l'idée de « tout gratuit » qui est en défaveur des efforts pour le développement.

- L'impact de la sensibilisation avec augmentation du nombre de cas

Avec le projet, les communautés sont pris d'assaut par les COSAN, les ASC et les matrones qui sensibilisent et orientent la population avec comme résultats 1) un recours rapide vers les services de santé pour des soins curatifs et préventifs, mais aussi pour des accouchements malgré les distances à parcourir, 2) plus de malnutris dépistés et pris en charge au niveau des 8 CS, 3) une amélioration des principaux déterminants de la santé dont l'accès à l'eau potable, l'amélioration des conditions d'hygiène et des changements de comportements positifs comme l'utilisation des latrines. Par rapport au volet SAME, il y a une amélioration des conditions économiques de certaines femmes et des familles ; ce qui améliore les conditions familiales.

Le programme a eu un impact très positif sur certains indicateurs cités ci-haut qui sont notamment :

- Le taux de la MAG dans la zone d'intervention 56,9% en 2021 à <5%
- Le taux d'utilisation des services de santé pour les enfants de moins de 5 ans est passé de 76 % à 96,14%
- Le taux de couverture VAR est passé de 80% à 100 % ;
- Le taux de couverture en CPN 4 est passé de 12 % à 49 %,
- Le taux d'accouchements assistés est de 54 % à 75 %.
- Le taux de couverture en planification familiale est passé de 11,80 % à 15 %.

5.5. Cohérence :

- La cohérence des différentes composantes du projet

Les différents volets du projet concourent pour donner un meilleur bien être à la population du district de Goré composée de réfugiés, des retournés et de autochtones qui accueillent en préservant ce qui constitue leurs droits les plus élémentaires qui sont le droit à la santé et en particulier le droit à la santé reproductive, le droit d'accès à une eau potable et à des meilleures conditions d'hygiène et enfin le droit d'accès à une alimentation suffisante et de qualité. Pour

tout cela, le renforcement de la capacité productive des familles et surtout la recherche de l'autonomie des femmes est très nécessaire.

Les principaux domaines d'intervention du projet correspondent totalement aux trois axes prioritaires retenus par la DDC dans son Programme stratégique 2023-2026 dans lequel figurent l'accessibilité et la qualité des services sociaux de base dont la santé et l'amélioration de la sécurité alimentaire. A cela s'ajoute la priorité accordée à l'égalité de sexe, à l'application du principe de « ne laisser personne de côté » et à la jeunesse.

Le programme est cohérent avec la stratégie de Coopération de la DDC 2018-2021, la politique nationale de santé et le PNDS4. Les différentes composantes du programme répondent aux engagements du gouvernement repris dans le Plan national de développement et dans la politique nationale de santé. Ces orientations de la PNS sont déclinées dans le Plan national de développement sanitaire en des orientations stratégiques suivantes : OS3 : Renforcement de la santé communautaire ; OS 2 : offre de soins et services de qualité (organisation et disponibilité) ; OS 4 : Qualité de soins garantie pour toute la population ; OS 6: Promotion de la nutrition et prise en charge des cas ; OS 7 : Equité dans la prise en charge sanitaire de toute la population et OS 8 : Renforcement du dispositif juridique et institutionnel de la solidarité nationale.

5.6. Couverture

Les principaux bénéficiaires du projet sont pris en charge dans l'ensemble des zones de responsabilités des 8 CS et sans aucune différence entre les déplacés et la population hôte. L'accès aux soins gratuits et pour tous les enfants de 0 à 5 ans. De même, la prise en charge gratuite des femmes enceintes ou allaitantes et des accouchements s'adresse à toutes ces femmes qui viennent aux CS. Les activités suivantes ont permis de rapprocher d'avantage les services de santé des groupes cibles. Il s'agit de : i) organisation des activités en stratégie avancée deux fois par semaine, dans chaque CS pour offrir la vaccination et la CPN et la planification familiale, la prévention du paludisme, etc... ii) développement de la prise en charge au niveau communautaire des problèmes de l'enfant (traitement du paludisme, de la diarrhée, le déparasitage, la supplémentation en vitamine A, le dépistage des malnutris, etc...).

5.7. Viabilité, pérennité et durabilité

Plusieurs activités ont pour but de préparer les principaux acteurs à la poursuite des activités mises en place. Les éléments suivants constituent des éléments de durabilité du projet.

- **Au niveau des organes de gestion du système sanitaire du district et de la province,** on note : 1) le renforcement de capacités de l'ECD sur la gestion des médicaments et des autres intrants, à la planification et à la supervision formative de l'ECD, 2) l'appui à l'élaboration du Plan d'actions opérationnel (PAO) et l'organisation du Comité directeur (CD) du DS, 3) l'association du DS au recrutement et à la gestion du personnel additionnel des CS et du CNT, 4) la signature d'un contrat de collaboration avec la DPS et le DS, et 5) la redynamisation des COSAN/COGES et l'implication des COGES dans la gestion des CS.
- **Dans le domaine clinique,** il y a : 1) Les équipements des CS, de l'UNT et de la maternité, 2) Le renforcement des capacités du personnel des CS et de l'HD en PCIMAS, PCIME, SONUB, CPN recentrée, la prise en charge du paludisme et de la diarrhée, etc..., 3) L'utilisation des stratégies mises en place par le MSP pour le traitement des malades et la prise en charge des cas de MAM, de MAG et MAS, 4) le renforcement des capacités des communautés dans le dépistage actif de la malnutrition et, 6) La maîtrise par les ASC, les COGES, les matrones, les agents hygiénistes de leurs rôles.

- **Dans le domaine de l'EHA** il y a : 1) l'organisation des CGPT et la formation de deux artisans réparateurs des PAH, 2) la formation de deux hygiénistes par zone de responsabilité du CS, 3) l'organisation d'un circuit de fourniture des pièces des pompes avec l'appui du sous-secteur eau, hygiène et assainissement, 4) l'installation de kits de production d'eau oxygénée dans chaque CS, 5) la construction de kit Wash dans chaque CS, 6) la construction des dalles des latrines par des ouvriers formés au sein des communauté.
- **Dans le domaine de SAME**, il y a : 1) la mise en place des groupements et le renforcement des capacités de leurs membres, 2) la dotation des groupements maraichers et de production en outils de production, 3) la promotion des AVEC et des AGR et 4) la formation technique et organisationnelle des bénéficiaires.
- **De manière transversale** : les activités suivantes sont des gages d'une pérennité des actions mises en place : il y a : 1) l'implication des services déconcentrés de l'Etat à l'identification du projet et à toutes les phases de mis en œuvre du programme (Sous-secteur ANADER, sous-secteur eau, hygiène et assainissement), 2) la formation des autorités locales et des leaders d'opinion par rapport à leur responsabilité et aux appuis à apporter aux différentes initiatives au niveau communautaire, 3) la redynamisation des CLA, CDA et du CPA.

En conclusion, beaucoup de choses ont été faites dans le sens de la durabilité et de la pérennité des actions, cependant la fin anticipée du projet n'a pas permis de préparer les acteurs et les bénéficiaires à l'après ACF. Certaines conditions ne sont pas réunies pour la poursuite des activités comme : la durée très courte de mise en place des groupements, en particulier, dans le domaine du maraichage et de la culture, qui n'a pas permis à ces groupements de bien s'installer, le manque de ressources humaines associée à l'instabilité du personnel au niveau de l'UNT et des CS, la non-disponibilité des médicaments de la gratuité, l'incapacité des services déconcentrés à poursuivre leur appui sur le terrain (manque de logistique), le manque de motivation des ASC et des matrones. A cela s'ajoutent la prise en charge des MAM et MAG basée totalement sur les intrants importés, les motivations systématiques accordées aux cadres des services déconcentrés pour leur participation sur le terrain, les encouragements apportés aux femmes lors de la CPN ou de l'accouchement qui ne sont pas systématiques dans tous les CS du DS de Goré.

5.8. Partenariat et coordination

Dans le domaine du partenariat, il y a plusieurs autres partenaires dont les actions complètent d'une manière ou d'une autre les actions du projet. Dans le domaine de la nutrition, UNICEF et PAM fournissent les intrants pour le traitement des malnutris, ADS et CARITAS appuient des groupements de producteurs, ATURAD appuie des AGR, ACHDEV appuie les écoles et les AGR, ATADER appuie les activités SAME, etc...

Dans le domaine de la coordination, les partenaires et les services déconcentrés de l'Etat se retrouvent au moins deux fois par mois pour faire le point sur les activités en cours. Il y a les réunions mensuelles de coordination interagence dirigée par le préfet de la Nya-Pendé et regroupant tous les partenaires humanitaires travaillant dans le département, les services déconcentrés de l'Etat, les ONG et autres organisations de la société civile. Il y a aussi les réunions sectorielles hub sur le Wash, la santé, la nutrition, SAME et la sécurité qui débattent de la situation spécifique dans ces domaines et font des recommandations pour l'amélioration de chaque secteur. Ces réunions constituent un cadre d'échanges sur toutes les actions menées au niveau du département par les différents partenaires. Au niveau de la santé et nutrition, il y a les réunions mensuelles au niveau du DS, le comité directeur du DS et beaucoup d'autres occasions de rencontre des infirmiers des CS.

En plus des réunions citées plus haut, d'autres activités particulières ont été initiées par ACF parmi lesquelles : l'atelier de lancement du 11 mai 2022, l'atelier de plaidoyer pour l'intégration de l'UNT de Goré à la pédiatrie de l'hôpital de Gore, organisé au mois d'avril 2023, l'atelier de plaidoyer sur le désengagement de ACF, l'atelier de clôture du projet organisé le 7 février 2023.

La coordination des partenaires, très appréciée par l'ECD et OCHA a été satisfaisante et régulière, en particulier dans le domaine de la santé, de la lutte contre la malnutrition, de la promotion des groupements et de la sensibilisation des communautés.

5.9. Redevabilité

Dans le souci de la pertinence et de l'efficacité de ses interventions, et dans le respect des standards de redevabilité et de qualité des interventions humanitaires (projet SPHERE) et dans la norme humanitaire fondamentale de qualité et de redevabilité CHS (Core Humanitarian Standard), 40 comités de gestion des plaintes constitués chacun de 5 membres ont été mis en place et dans chaque village où existe un comité de gestion des plaintes, une boîte à suggestions est installée et visible pour recueillir les plaintes/retours. Ce canal permet de recueillir l'opinion des bénéficiaires et d'adapter les approches sur le terrain aux informations reçues.



Boîte à suggestion ZR de Bakaba

5.10. Genre et équité

L'aspect genre a été fortement encouragé avec une implication des femmes dans les différents groupements et comités (CGPE, AGR, AVEC, CGPE, ...). Globalement, il était attendu une participation de 54% des femmes dans les différentes organisations. Mais pour finir, les femmes représentent 71,5%, soit 20% de plus. Le projet a fait un grand travail avec les femmes dans les communautés sur les droits sociaux sanitaires primordiaux en formant le personnel de santé, les ASC, les membres des groupements et un cadre de l'action sociale sur la VBG. Les femmes des communautés ont été largement sensibilisées sur la VBG. Lors des entretiens, plus de femmes se sentent libres de prendre des décisions sur leur santé reproductive. Le projet a permis de faire prendre conscience de la nécessité d'avoir des femmes dans les COGES même si actuellement cela n'a pas été pris en compte (moins de 5%).

Sur une cible de 3.912 bénéficiaires SAME dont 2.337 femmes (54,63%) initialement prévue, le projet a atteint 5.426 dont 3876 femmes, soit 73,43%. Au total plus de 80% de femmes en plus ont été atteintes avec les activités SAME (Annexe 7).

6. FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES, MENACES

Le tableau ci-dessous résume les principales forces, les points à améliorer, les opportunités et les contraintes de ce projet.

Tableau 7 : Analyse FFOM

Forces	Faiblesses (Points à renforcer)	Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Le projet complète et renforce un projet antérieur ; - Répond aux priorités du Gouvernement, à la stratégie de DDC et à la politique de ACF ; - Répond aux besoins des populations cibles ; - Renforcement des infrastructures et équipements des 8 CS et UNT ; - Disponibilité de médicaments et avec gratuité effective des soins ; - Développement des activités sanitaires à base communautaire ; - Renforcement de capacités des acteurs à tous les niveaux (ECD, RCS, hygiénistes, bénéficiaires SAME) - Paquet minimum Wash dans tous les CS, à l'UNT et dans certains villages - Formation et motivation des ASC et matrones, et techniciens locaux ; - Forte implication des autorités, de la DPS, de l'ECD, des autorités locales depuis le début du projet ; - Indicateurs du projet atteints en grande partie ; - Satisfaction de la plupart des acteurs : prestataires et bénéficiaires finaux ; - Existence des cadres de concertation et coordination des acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de RH au niveau du district ; - Certains CS ne sont accessibles ; - Pas d'utilisation des produits locaux pour la prise en charge des cas de MAM ; - L'UNT fonctionne uniquement avec du personnel de ACF ; - Suspension des activités à base communautaire depuis juillet 2023 pour manque des intrants - Arrêt de la motivation des ASC et des matrones depuis fin décembre 2023 - Le DS n'est pas préparé pour gérer l'après ACF - Pas un partenaire qui prend la relève de ACF. - La plupart des groupements ne sont pas encore consolidés - Brusque fermeture du projet 	<ul style="list-style-type: none"> - Présence du Projet FBP en cours fournissant des ressources non négligeables ; - Présence d'autres partenaires qui donnent les intrants nutritifs - Possibilités d'obtenir des appuis « des 5% des revenus pétroliers » 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de médicaments de la gratuité après la clôture du projet ; - Départ du personnel additionnel à la clôture du projet ; - Arrêt de la motivation des acteurs (ASC, des matrones, RCS...) ; - Manque de logistiques des services déconcentrés de l'Etat - Manque de ressources pour appuyer les activités à base communautaire ; - La population est habituée à être assistée - Réduction des ressources des partenaires pour Goré - Recrudescence des violences intercommunautaires - Insécurité - Vol des équipements installés (panneaux solaires...) - Instabilité du personnel et des autorités

6. CONCLUSION

Le « programme de sécurité nutritionnelle des populations hôtes et réfugiées du Logone oriental, mis en œuvre par ACF et financé par la DDC et un consortium composé de deux autres institutions : SIDA et CIAA, a été interrompu avant la fin des 3 années prévues. Les bénéficiaires sont les réfugiés, les retournés et les populations hôtes du département de la Nya-Pendé. Les domaines sont la santé et nutrition, l'eau, hygiène et assainissement, et la sécurité alimentaire.

Ce projet **est pertinent** car il aborde les problèmes prioritaires des populations notamment, les problèmes liés à la santé maternelle et infantile, à la production agricole, à la malnutrition et à l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement. Les objectifs, les résultats attendus et les activités programmés sont pertinents par rapport aux politiques et stratégies du MSP, du ministère de l'agriculture et du ministère de la femme et de la petite enfance et des autres ministères connexes et par rapport aux grandes orientations des actions de la DDC au Tchad.

Les groupes cibles perçoivent très positivement le programme comme pouvant contribuer à résoudre leurs problèmes, ce qui est à l'origine de la mobilisation des populations bénéficiaires et de leurs chefs de villages et des autorités pour s'impliquer dans sa définition et sa mise en œuvre.

Concernant **l'efficacité** par rapport à l'atteinte des indicateurs, sur les 46 indicateurs définis, 54 % ont été atteints, 28 % ne sont pas atteints et pour 17 %, les données ne sont pas disponibles pour les apprécier. L'efficacité par rapport à l'atteinte des indicateurs du projet est par conséquent moyenne. Elle est très bonne pour les volets « santé/nutrition » et « EHA ». Tous les indicateurs de la santé maternelle et infantile sont en hausse dès la première année du projet et cela est dû non seulement aux formations, au renforcement des structures sanitaires en équipements et en médicaments gratuits pour la population mais aussi, à la forte sensibilisation de la population et au développement des activités à base communautaire (dépistage des malnutris à la fois par les ASC, mais aussi par les parents, prise en charge au niveau communautaire des maladies de l'enfance, la prévention du paludisme, le déparasitage des enfants et la distribution de la vitamine A). Il faut noter que certains indicateurs comme le taux de fréquentation des soins curatifs et le taux d'accouchement assisté étaient déjà supérieurs à ceux des autres districts de la province avant le début de la mise en œuvre du programme. Il faut noter aussi que les progrès réalisés dans le district de Goré se sont produits également dans les autres districts de la province de 2021 à 2023. Cela veut dire que l'évolution positive des indicateurs n'est pas spécifique du district de Goré, c'est-à-dire ne sont pas tous à attribuer au programme.

Par rapport à la réalisation des activités, sur les 40 activités, 27 sont totalement réalisées, soit un taux de réalisation de 67,5%. Il y a 7 activités qui sont partiellement réalisées, soit 17,5% et 6 non-réalisées (15%). Pour la réalisation des activités, l'efficacité est bonne. Si on considère que le programme n'a pas été mis en œuvre durant 3 ans comme initialement prévu, on peut remarquer qu'il a été efficace. Il faut cependant notifier que les activités de SAME, bien que mises en place, ne sont pas bien assises car le temps n'a pas permis la consolidation qui nécessite plus de suivi. Cette situation risque de compromettre les résultats à court et long termes. L'efficacité du programme également se lit à travers la satisfaction exprimée par les acteurs et les bénéficiaires.

Les ressources mises à la disposition ont été utilisées de **manière efficiente** dans le respect des procédures administratives et comptables mises en place. En première année, 49% du budget a été consommé dont 75% pour les activités. En effet, plus de 85% des activités réalisées l'ont

été dès la première année. Il faut toutefois noter que ces activités, qui devaient par la suite être renforcées les deux dernières années ne l'ont pas été comme prévu à cause de la clôture anticipée du programme. L'utilisation des ressources humaines et matérielles a été aussi efficiente et cela a permis la réalisation de la plupart des activités programmées. Toutefois, l'achat des médicaments à l'extérieur, alors qu'on pouvait les avoir à la CPA ou la PPA, ne respecte pas la politique du MSP et finalement, les produits reviennent plus chers et souvent arrivent avec retard. L'importation des produits nutritionnels se justifie par le fait qu'ils ne sont pas disponibles dans le pays. L'efficacité du programme est également limitée par l'arrêt du financement des partenaires CIAA et DDC qui se sont retirés respectivement à la fin de première année du projet et en septembre 2024 de la deuxième année, c'est-à-dire, 8 mois avant la clôture du projet prévue pour le 30 mai 2025. Ces retraits ont eu un impact sérieux sur le projet car les activités financées par CIAA se sont arrêtées au cours de la deuxième année.

Pour ce qui est de l'**impact** positif du programme, les indicateurs de la santé comme la couverture CPN4, le taux de fréquentation des services de santé, le taux d'accouchements assistés, le taux de planification familiale se sont améliorés et sont souvent supérieurs aux moyennes nationales. Toutefois cet impact est à nuancer car les autres districts de la province ont vu leur performance améliorée durant la même période. A cela s'ajoutent l'impact positif obtenu dans le domaine de l'eau, d'hygiène et d'assainissement. Tout cela a contribué à l'amélioration de la santé des enfants et des FEFA et contribue à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto-juvénile dans la province du Logone Oriental.

Concernant la **durabilité** des actions, le programme a réalisé plusieurs interventions dont les actions peuvent durer dans le temps : il s'agit notamment de la formation des acteurs à tous les niveaux, la construction des infrastructures, la sensibilisation des communautés... L'ACF a impliqué les acteurs à différents niveaux, depuis la préparation du programme jusqu'à sa mise en œuvre. Il s'agit des services déconcentrés de l'Etat (Délégation et district sanitaires, sous-secteur de l'hygiène et assainissement, sous-secteur ANADER, etc...), des autorités traditionnelles et religieuses, et les bénéficiaires. Cela a facilité par la suite le développement même du programme et surtout les activités réalisées avec les communautés et constitue un gage pour la pérennité des actions. Cependant, le départ précipité de l'ACF a laissé les acteurs et les bénéficiaires dans un état de questionnement et surtout, la non-finalisation du projet n'a pas permis de préparer les acteurs pour l'après projet. La durée très courte de la mise en place des groupements, le départ du personnel recruté pour le programme et qui n'est pas remplacé, la non-disponibilité des médicaments de la gratuité, l'incapacité des services déconcentrés de poursuivre l'accompagnement des groupements et des associations et le manque de paiement des motivations des ASC et des matrones, compromettent la durabilité à moyen et long terme des actions entreprises par le programme.

Grâce aux organes de **coordination** mis en place par les partenaires dans le cadre de la gestion des urgences et aussi grâce à d'autres instances mises en place, les actions et les résultats atteints ont été largement partagés avec les autres partenaires sur place. Certains partenaires du système des nations unies (PAM, UNICEF) et autres ont également contribué à la mise en œuvre des activités.

L'aspect **genre** est valablement pris en compte surtout dans les activités des groupements. La présence des femmes dans les différents organes de gestion, les AVEC et les AGR et les groupements a été fortement renforcée.

Le programme a mis en place et fait fonctionner plusieurs organes de **redevabilité** et a assuré une **couverture** sans distinction des bénéficiaires.

7. RECOMMANDATIONS

7.1. Aux Responsables de la DPS/DS et CS

- Faire un plaidoyer auprès du MSP pour continuer à recevoir les médicaments de la gratuité ;
- Faire un plaidoyer pour l'intégration du personnel additionnel mis à la disposition des CS et de l'UNT par ACF ;
- Affecter plus de personnel qualifié au DS de Goré et assurer sa stabilité ;
- Utiliser les ressources du FBR pour motiver les ASC et les matrones ;
- Poursuivre les activités à base communautaire mises en place avec les ASC et les matrones ;
- Développer des stratégies de sensibilisation de la population par rapport à l'utilisation des services, sur les bonnes pratiques d'hygiène et la gestion des points d'eau...

7.2. A ACF

- Sécurisation des ressources d'un éventuel programme avant son démarrage ;
- Organisation des rencontres de comité de pilotage incluant les bailleurs de fonds afin de valider ensemble les rapports d'activités, les plans d'action et les nouvelles orientations du programme ;
- Pour chaque projet, mettre en place un comité de suivi avec les financeurs pour suivre la mise en œuvre du dit projet

7.3. A la DDC

- Prioriser les projets qui intègrent à la fois le volet humanitaire et le développement tout en cherchant le passage de l'humanitaire au développement ;
- Veiller à la tenue régulière des rencontres de pilotage de tout projet auquel participent tous les financeurs et bénéficiaires, afin de valider les plans d'action, les rapports d'activités et les orientations éventuelles du projet ;
- Assurer la supervision régulière du projet.

7.4. ANADER

- Renforcer et poursuivre l'encadrement des maraichers et des producteurs

8. ANNEXES

1. TDR de l'évaluation
2. Questions d'évaluation
3. Etat d'atteinte des indicateurs
4. Etat de mise en œuvre des activités
5. Liste des forages réalisés
6. Liste des groupements
7. % de femmes dans les organisations
8. Nombre de personnel formé
9. Exécution du budget
10. Liste des personnes rencontrées lors de l'évaluation

ANNEXE 1 : Les TDR de l'évaluation

Bureau de la coopération suisse au Tchad



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Termes de Référence

De l'évaluation externe du « Programme de sécurité nutritionnelle des populations hôtes et réfugiées du Logone oriental », Phase unique (2022 - 2025)

Procédure sur invitation

Juillet 2024

Sigles et abréviations

ACF	<i>Action contre la Faim</i>
AGR	<i>Activités Génératrices de Revenus</i>
ANADER	<i>Agence Nationale d'Appui au Développement Rural</i>
CDA	<i>Comité Départemental d'Action</i>
CIC/SN-CSU	<i>Cadre Intersectoriel de la Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle</i>
CLA	<i>Comité Local d'Action</i>
CNARR	<i>Comité National d'Accueil des Réfugiés et des Retournés</i>
COGES	<i>Comité de Gestion</i>
COSAN	<i>Comité de Santé</i>
CPA	<i>Comité Provincial d'Action</i>
DFAE	<i>Département Fédéral des Affaires Etrangères</i>
ECD	<i>Equipe Cadre du District</i>
HNO	<i>Humanitarian Needs Observations / Aperçu des besoins humanitaires</i>

IDH	<i>Indice de Développement Humain</i>
IRA	<i>Infection Respiratoire Aigue</i>
MAG	<i>Malnutrition Aigüe Globale</i>
MAS	<i>Malnutrition Aigüe Sévère</i>
PCIMA	<i>Protocole de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue</i>
PND	<i>Plan National de Développement</i>
PNDS	<i>Plan National de Développement Sanitaire</i>
PNS	<i>Politique Nationale de la Santé</i>
SN-CSU	<i>Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle</i>
SRMNE	<i>Santé de la Reproduction Maternelle, Néonatale et de l'Enfant</i>
UNA	<i>Unité Nutritionnelle Ambulatoire</i>
UNHCR	<i>Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés</i>
UNT	<i>Unité Nutritionnelle Thérapeutique</i>
VBG	<i>Violences Basées sur le Genre</i>

1. Introduction

Situé en Afrique centrale et complètement enclavé, le Tchad couvre une superficie de 1 284 000 Km² où vivent environs plus de 17 millions d'habitants. Le Tchad comme la plupart des pays d'Afrique subsaharienne vit une situation socio-économique peu luisante. Si l'espace politique offre une certaine liberté et une stabilité relative, le développement économique du pays n'est pas encore enclenché malgré l'exploitation du pétrole en 2003. En dépit de la mise en œuvre de différentes stratégies de développement, 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 préoccupante avec des taux élevés de morbidité et de mortalité. Le Gouvernement de la République du Tchad a entrepris ces dernières décennies d'importantes réformes en vue d'améliorer la santé de la population. Il s'agit 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 l'amélioration du pilotage du secteur de santé, l'accroissement de l'offre et la qualité des services de santé et 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 PND, découle la Politique Nationale de Santé (PNS) pour l'horizon 2016 - 2030. Elle s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du Programme de Développement Durable adopté par les Nations Unies et auquel le Tchad a souscrit en 2015. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 4) élaboré et validé techniquement pour la période 2022 - 2030 est destiné à la mise en œuvre de cette politique. La Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle (SN-CSU) 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) doit concourir à l'atteinte des objectifs de la PNS. Ses activités doivent s'imbriquer dans le PNDS4, seul cadre unique de planification et de suivi évaluation de toutes les interventions en santé à court et à moyen terme. Le programme de sécurité nutritionnelle des populations hôtes et réfugiées du Logone oriental, cofinancé par la Coopération Suisse et le consortium SIDA-CIAA, se propose d'appuyer l'effort du Gouvernement tchadien à améliorer la santé de la population.

1. Contexte et justification

Le Tchad fait face à d'importants défis sécuritaires, climatiques et de développement. A cela s'ajoute un contexte humanitaire caractérisé par des mouvements de populations, une crise nutritionnelle et sanitaire. Près de 5,5 millions de personnes ont besoin d'une aide humanitaire d'urgence et 5,1 millions de personnes sont affectées par l'insécurité alimentaire et la malnutrition dont 1,7 millions en situation d'insécurité alimentaire sévère. Plus d'un million de personnes sont en situation de déplacement (Réfugiés, déplacés internes et retournés tchadiens).

La province du Logone Oriental, qui fait frontière avec la Centrafrique et le Cameroun, est de ce fait affectée par la crise centrafricaine caractérisée par des mouvements de populations (retourné-e-s, réfugié-e-s, etc.). En effet, depuis les années 2003 et 2004 jusqu'en juillet 2021, la région du Logone Oriental a enregistré de façon successive des arrivées de réfugié(e)s centrafricain(e)s. La dernière vague de décembre 2020 à août 2021 a accueilli un afflux de populations de plus de 25'207 personnes, répartis entre le Logone Oriental, le Mandoul et le Moyen-Chari, dont 58% de femmes et 64% d'enfants (UNHCR, 27/08/21), portant à 122 197 le nombre de réfugié(e)s centrafricain(e)s présent(e)s au Tchad depuis le début de la crise. Dans la ville de Goré (Département de la Nya-Pendé au Logone oriental) où ACF mène actuellement ses interventions, le nombre de réfugiés a augmenté de 36,64% entre décembre 2019 (58 534) et septembre 2021 (79 985), soit 21451 réfugiés supplémentaires. Cet afflux de population augmente la pression sur les ressources naturelles, sur les moyens de subsistance des communautés d'accueil déjà faibles et sur les services sociaux de base qui peinent à couvrir les besoins de base de la population. Aujourd'hui, la stratégie de villagisation mise en avant par le UNHCR permet d'intégrer les réfugié(e)s dans la communauté, mais accroît également les besoins d'appui en santé-nutrition, appui alimentaire et accès à l'eau, dans les services de base de la province et d'implication et développement des capacités de réponse à ces besoins par les structures étatiques.

La situation sanitaire est caractérisée par la prévalence de la Malnutrition Chronique Globale dans la province, au-dessus du seuil d'urgence de 30% et près de 10% des enfants souffrent d'un retard de croissance sévère.

Cette crise nutritionnelle s'intègre dans une crise alimentaire plus large : la production céréalière y a baissé de 3,7% entre 2020 et 2021 et l'on constate une baisse moyenne de la production de 3,8% sur les cinq dernières années (HNO 2021).

Même si les taux de MAG et de MAS sont en dessous des seuils d'urgence, le nombre estimé d'enfants souffrant de Malnutrition Aigüe dans les zones d'intervention d'ACF a été estimé entre 3 283 et 6 172 au moment de la réalisation de l'enquête SMART. Dans le DS de Goré, ACF est le seul acteur à apporter un appui pour la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère dans les centres de santé (5 CS appuyés en 2020-2021) et l'UNT de Goré, ce qui reste très insuffisant pour couvrir les besoins.

Très peu d'acteurs sont présents pour la prise en charge de la malnutrition dans cette zone, l'UNHCR et UNICEF répondent aux besoins nutritionnels dans les camps de réfugié(e)s et réfèrent les cas de MAS à l'UNT de Goré.

Outre la malnutrition, la province du Logone Oriental est marquée par la prévalence élevée de certaines maladies, notamment le paludisme, les diarrhées, les infections respiratoires, les dermatoses et les infections ORL (l'enquête SMART 2021 indique que 68,4% des enfants de 6 à 59 mois souffrent de comorbidités). La séroprévalence du VIH est de 9,1%. La province fait également face à des épidémies récurrentes, notamment de rougeole.

Sur le plan économique, la situation humanitaire est caractérisée par une forte dépendance des personnes déplacées à la distribution de nourriture sans aucune perspective de retour. Il convient également de noter que l'environnement d'accueil des personnes déplacées n'offre pas de possibilités de développement des moyens de subsistance et d'accès à un travail rémunéré. À cela s'ajoute la réduction continue des budgets alloués à l'assistance humanitaire dans cette zone, ce qui engendre des réponses

faibles à une immensité de problèmes souvent très complexes et dans un contexte économique et politique très difficile.

Depuis juillet 2018, ACF mène des projets multisectoriels d'urgence dans les départements de Nya Pendé et Monts de Lam dans les secteurs de la santé-nutrition, de la sécurité alimentaire et de l'accès à l'eau afin de répondre aux besoins essentiels des populations locales et des réfugié(e)s centrafricain(e)s présent(e)s dans la zone. ACF articule ses interventions autour de l'accès aux soins de santé primaire pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes dans les structures de santé proches des sites et camps de réfugiés, à travers un appui à la SRMNIAN dont la PCIMA ; et à l'amélioration des conditions d'hygiène, d'accès à l'eau potable et d'accès à la sécurité alimentaire de façon durable.

2.1. Secteur Nutrition / Santé

La situation sanitaire du district de Goré est caractérisée par une faiblesse du système de santé liée à des problèmes structurels (insuffisances en ressources humaines qualifiées, en financements, en intrants, et en matériels medicotechniques). Le recouvrement des coûts et l'application partielle et irrégulière de la politique de gratuité ne facilitent pas l'accès des populations aux soins de santé.

Le district compte seulement 11 infirmiers diplômés d'Etat/agents techniques de santé (soit environ 1 agent de santé pour 14'877 habitants) et 4 sage-femmes (soit 1 sage-femme pour 35'610 femmes en âge de procréer) et un médecin pour 40'912 habitants, loin des recommandations de l'OMS : 1 infirmier/sage-femme pour 5'000 habitants, 1 médecin pour 10'000 habitants.

Ainsi, les indicateurs sanitaires restent faibles : le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 2,25% (0,62-7,71) selon l'enquête SMART de 2021, celui de la CPN4 est inférieur à 25%, le taux d'accouchement assisté est de 40,5%¹ et le taux de planification familiale est de 11,8%.

Selon les résultats des enquêtes SMART 2020 - 2021, la situation nutritionnelle des enfants de 6 à 59 mois est passée d'acceptable à précaire dans la zone du Logone Oriental. Cette détérioration pourrait être en lien avec les arrivées constantes de réfugiés. Les autres hypothèses sont : les ruptures d'intrants nutritionnelles, la hausse des prix du marché, aux mauvaises pratiques de ANJE (96,8% des enfants n'ont pas une alimentation minimum acceptable et 95,7% des enfants de 6 à 23 mois ont une diversité alimentaire minimale pauvre et 93,6% des enfants de 0-5 mois ont été allaités exclusivement au sein), la prévalence des maladies (68,4% des enfants de moins de 5 ans ont souffert de diarrhée et/ou fièvre et/ou IRA durant les deux dernières semaines au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête). Le constat est donc que les valeurs des indicateurs nutritionnels restent à améliorer bien qu'elles soient en nette progression, notamment l'allaitement exclusif pour les enfants de 0 à 6 mois qui est passé de 8,8% en 2019 à 16,4% en 2020.

Par ailleurs, certains centres de santé (Békan et Béakoro) sont difficilement accessibles durant les 4 mois de la saison des pluies. Par conséquent, les communautés de ces localités fréquentent très peu les services de santé. Isolées, elles sont exposées aux maladies parasitaires (paludisme, dermatoses), aux maladies hydriques et à la sous-nutrition.

2.2. Secteur Eau, Assainissement, Hygiène

L'accessibilité des services en eau, hygiène et assainissement dans le Logone Oriental demeure problématique, expliquant des gaps à couvrir. Lors de l'évaluation rapide multisectorielle, il est apparu que les huit centres de santé ciblés (Yamodo, Béakoro, Békan, UNA Goré, Danamadja, Babaka, Béborninga et Peuleu) ne disposent pas de points d'eau, de latrines, de briseurs de verre ni

¹ Revue semestrielle DSP 2021

d'incinérateurs, et ne répondent donc pas aux standards du paquet minimum d'infrastructures WASH nécessaire au bon fonctionnement des centres de santé.

2.3. Secteur sécurité alimentaire et moyens d'existence

Longtemps considérée comme le grenier du Tchad, la Province du Logone Oriental fait face depuis quelques années à une insécurité alimentaire et nutritionnelle inquiétante. Avec des campagnes agricoles caractérisées par des rendements en baisse, les cycles des analyses du Cadre Harmonisé des 3 dernières années montrent une augmentation du nombre des personnes en insécurité alimentaire aiguë, phase 3 à plus. En effet, la population vulnérable, ayant un besoin urgent d'assistance alimentaire est passée de 53 945 personnes en 2019 à 42 783 personnes en 2020, pour augmenter dangereusement à 133 415 personnes en 2021.

Aux variabilités climatiques saisonnières et aux pratiques agricoles locales peu durables, vient s'ajouter la pression née d'un afflux régulier des réfugiés, dont l'impact négatif sur le foncier et les ressources naturelles mérite une attention particulière. Le sondage sur l'agroécologie et les changements climatiques, réalisé par ACF en septembre 2021 dans 5 cantons de la Nya Pendée et 1 canton des Monts de Lam, révèle qu'environ 62% des acteurs locaux interrogés parmi lesquels 79% des femmes n'ont aucune connaissance sur le concept de l'agroécologie. Les 38% ayant répondu en savoir un peu plus sont en majorité les partenaires formés par ACF. 42% des ménages ont perdu 25 à 50% de production agricole pendant la campagne 2021.

Aussi, dans les villages d'accueil, les populations locales souffrent d'une faiblesse de perspectives d'opportunités économiques, limitant leur pouvoir d'achat, au moment où les prix des denrées de premières nécessités sont en hausse sur les marchés. L'accès alimentaire reste un besoin pressant et la diversification alimentaire une problématique majeure surtout dans les villages d'accueil où les ménages sont pauvres. L'enquête multisectorielle organisée par ACF en fin septembre 2021, dans 8 centres de santé non appuyés regorgeant des villages d'accueil des réfugiés, démontre que 36% de ménages enquêtés ont un score de SCA pauvre et 63% un SCA un score limite. Seuls 8% ont peu ou pas faim pendant que plus de 86% des femmes ne diversifient que très peu leur alimentation (MDD W faible).

Grâce au financement de la DDC et du consortium SIDA-CIAA, ACF initie depuis deux ans des appuis divers à 26 groupements mixtes réfugiés et hôtes, soit 650 ménages en majorité composées des femmes. Il s'agit entre autres de la promotion et la diversification de la production des légumes locales, des cultures vivrières et l'agroforesterie via des aménagements hydroagricoles collectifs avec maîtrise d'eau d'irrigation. Dans le cadre de la promotion de l'approche agro écologique, ces groupements bénéficient des kits semences et outils adaptés au climat et d'un dispositif d'appui conseil de proximité en collaboration avec l'ANADER. Des thématiques de formation et de sensibilisation de ces communautés visant l'intégration des aspects nutritionnels dans les comportements locaux sont développées à travers la diffusion des messages par les agents d'ACF, les relais communautaires ainsi que les radios locales. L'amorce d'une approche locale de prévention des risques et désastres, la réduction du recours à certaines pratiques agricoles néfastes comme l'utilisation abusive des produits chimiques et le brulis sont autant de sujets qu'ACF a développés avec les producteurs agricoles, leurs leaders, les services techniques et les membres des clubs agro écologiques. ACF appuie également la structuration et le renforcement de la gouvernance interne des groupements pour leur durabilité. Le renforcement de leurs capacités techniques et organisationnelles, condition de leur autonomisation, a été rendu possible par la mise en place d'un portfolio d'activités connexes constituées d'AGR, des VSLA et des unités de cultures attelées renforcent la diversification des moyens d'existence des ménages appuyés pour améliorer leur pouvoir d'achat.

La mise à l'échelle des bonnes pratiques enregistrées permettra de réduire les vulnérabilités des populations hôtes et les réfugiés créant ainsi des conditions d'une bonne cohabitation. Ces deux populations ont des besoins similaires dont la réponse doit être multisectorielle. Ces besoins en sécurité alimentaire se résument à :

- une augmentation de la production agricole locale afin de rendre disponibles les produits de base à des prix abordables et en toute saison ;

- un appui en intrants agricoles de bonne qualité ainsi que la mise en place d'une stratégie de sécurisation semencière (multiplication de semences, sélection massale, mis en réseau avec les fermes spécialisées, etc.) ;
- un appui en renforcement des capacités techniques et organisationnelles pour adapter des pratiques agricoles au climat changeant et une bonne gouvernance locale ;
- un appui pour renforcer les capacités locales pour une prise de conscience collective des risques de catastrophes plausibles ainsi que le développement des plans de contingence adaptés impulsés par le dispositif CLA, CDA et CPA ;
- un appui dans la diversification des moyens d'existence durable à travers une approche inclusive, intelligente au climat et sensible à la nutrition et au genre.

3. Le programme de sécurité nutritionnelle des populations hôtes et réfugiés du Logone oriental

A travers ce programme, ACF cible la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto-juvénile dans la province du Logone Oriental. Sur une période de trois ans, des activités visant la réponse aux besoins urgents en santé-nutrition mais aussi en WASH et en sécurité alimentaire des populations cibles sont mises en œuvre. Ce programme considère également l'évolution des besoins des populations dans le temps et l'importance d'appuyer le renforcement de leur résilience face aux différentes crises auxquelles elles sont confrontées (pandémie, malnutrition, insécurité alimentaire...). Ce programme considère également l'implication des services techniques de l'Etat comme étant l'un des facteurs essentiels pour assurer le renforcement et le maintien de la résilience des populations pour un accès à des services de qualité et durable et enfin l'implication des populations au niveau communautaire qui permet de définir les orientations à prendre pour la réponse à leurs besoins.

Impact : Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto-juvénile dans la province du Logone Oriental.

Effet 1 : Améliorer l'état nutritionnel et sanitaire des populations vulnérables hôtes et réfugiées dans le district sanitaire de Goré.

- Les soins de santé préventif et curatif gratuits et de qualité sont offerts, disponibles et accessibles pour les enfants de moins de 5 ans, dans le district sanitaire de Goré ;
- Les services essentiels de santé sexuelle, reproductive, et VBG de qualité sont disponibles, offerts, accessibles et adaptés aux besoins des femmes, et adolescentes ;
- La prévention et la prise en charge nutritionnelle est améliorée à travers la délivrance du paquet minimum d'activités WASH pour les couples parents-enfants MAS, dans les unités nutritionnelles et dans la communauté ;
- Les capacités de prévention, de préparation, et de réponse aux urgences et catastrophes (changements climatiques, épidémies, conflits) des populations réfugiées, hôtes et leurs autorités sont renforcées à travers une approche communautaire intégrée.

Effet 2 : Créer les conditions d'une résilience communautaire inclusive et participative en renforçant l'implication et le leadership des services techniques et des autorités dans le développement local.

- Les services des délégations sanitaires jouent leur rôle en matière de garantie de services de santé de qualité pour les populations avec une implication participative des communautés ;
- Les équipements et ressources en eau améliorés au profit des réfugiés, retournés et population hôtes sont protégés et gérés de façon durable avec l'appui des services techniques décentralisés ;
- Les capacités de production et les opportunités économiques des communautés sont diversifiées et renforcées avec l'appui des services techniques décentralisés.

Effet 3 : Favoriser le changement de comportement sensible à la nutrition, à la santé, au genre et aux chocs divers par la mise en place d'un système d'apprentissage, de partage d'expériences et de redevabilité.

Un dispositif participatif d'appropriation et de pérennisation des activités par la communauté et les services décentralisés de l'état est opérationnel.

4. Bénéficiaires du programme

Les bénéficiaires directs sont les communautés (retournés, réfugiés et populations hôtes) vivant dans les aires de santé touchées par les actions du projet ainsi que les agents de santé communautaire travaillant avec les formations sanitaires (centres de santé) bénéficiaires. En outre, la communauté est impliquée dans toutes les activités de dépistage et de référencement ainsi que de sensibilisation communautaire.

Ce programme vise également les groupes spécifiques suivants : les enfants de 6 à 59 mois et les femmes enceintes et allaitantes pour les actions de prise en charge de la malnutrition.

Les autorités traditionnelles : elles sont chargées du règlement des différends entre des territoires communautaires ou en leur sein. Elles sont aussi des acteurs clés de changement de comportement et seront ciblées pour la diffusion de messages appropriés.

Le programme intervient dans 8 centres de santé du district sanitaire de Goré, de la province du Logone oriental (Yamodo, Béakoro, Békam, UNA Goré, Danamadja, Babaka, Béborninga et Peuhleu) et 1 UNT et dans les villages et communautés vulnérables liées à ces structures de santé.

5. Mandat

6.1 Objectifs de l'évaluation et résultats attendus

6.1.1 Objectif général de l'évaluation

La présente évaluation externe vise à fournir aux parties prenantes - notamment la DDC - une appréciation indépendante de la performance globale de la mise en œuvre du programme permettant de rendre compte de l'efficacité et des résultats, contribuant ainsi à l'obligation de rendre compte.

6.1.2 Objectifs spécifiques de l'évaluation

- Analyser la pertinence et la durabilité des approches choisies ainsi que l'efficacité des activités menées dans le programme.
- Analyser le niveau d'atteinte des résultats attendus (*outputs, outcomes*) 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.
- Analyser la performance des formations sanitaires publiques qui délivrent les soins aux bénéficiaires dans le district sanitaire d'intervention du programme et faire des recommandations d'amélioration.
- Comparer la performance des zones d'appui du programme et les autres structures publiques ou privées de la province et identifier les facteurs ayant influencé cette performance.
- Apprécier l'aspect genre de manière très pointue dans la mise en œuvre du programme.
- Apprécier le degré de synergie entre le programme de sécurité nutritionnelle et les autres projets/programmes qui interviennent dans le département de la Nya Pendé.
- Etablir une matrice d'intervention des partenaires qui interviennent en appui du système de santé dans le district sanitaire du programme et évaluer les opportunités pour une meilleure coordination au niveau opérationnel.

6.2 Champs et cibles de l'évaluation

Pertinence :

- Quelle est la pertinence du programme aux regards des besoins des différentes populations ?
- Le programme mis en œuvre est-il en lien avec ces besoins, la stratégie de la politique nationale et les priorités du Ministère de la Santé ?
- Les objectifs et les résultats ont-ils été correctement définis, sont-ils réalistes et adaptés au contexte ?

Efficiences :

- Comment les différentes activités ont-elles utilisé les ressources disponibles pour atteindre les résultats prévus (outputs) en maximisant la qualité, la quantité et le planning ?
- Quel est le rapport coût-efficacité du programme mené ? N'existerait-il pas une meilleure option ?

Efficacité

- Quel a été le niveau d'atteinte des résultats planifiés ? Les indicateurs proposés ont-ils été respectés ?
- Les activités prévues ont-elles été exécutées en conformité avec le calendrier prévisionnel de travail ?
- L'appui à la coordination et le suivi des activités santé-nutrition par les autorités sanitaires provinciales impliquant les autres partenaires et organismes, a-t-il été efficace ?
- Identifier les forces et faiblesses de l'appui technique apporté par le programme aux acteurs de santé ainsi que leurs capacités à prendre en charge de manière autonome le paquet minimum d'activités au niveau des centres de santé et le paquet complémentaire d'activités au niveau du district sanitaire ?
- Identifier les forces, faiblesses de l'appui à la mise en place et le renforcement des activités communautaires de prévention et de dépistage de la malnutrition, ainsi que l'implication des acteurs communautaires dans la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère ?

Impact :

- Quels sont les effets positifs / négatifs / attendus ou inattendus du projet à court et moyen terme ?
- Quel est l'impact des actions menées par les acteurs communautaires ?
- Evaluer l'impact du renforcement des capacités des acteurs communautaires et du personnel de santé ainsi que des équipes cadre des districts sanitaires et de la province ?

Couverture : Mesure de l'atteinte de tous les bénéficiaires par l'intervention:

- Est-ce que les besoins des bénéficiaires ont été identifiés ? La couverture des populations bénéficiaires est-elle suffisante ? Les critères de ciblage prévus par le projet ont-ils permis d'atteindre les bénéficiaires ?
- Quelle prise en compte des aspects genre dans le programme ?

Cohérence :

- Evaluer la cohérence des différentes composantes du projet ;

- Evaluer la cohérence du programme avec la stratégie de Coopération de la DDC 2018-2021, et le PNDS3 ;
- Evaluer la cohérence du programme avec la politique nationale du système de santé et les capacités (et motivation) nationales.

Durabilité :

La durabilité sera analysée à différents niveaux :

Au niveau des organes de gestion du système sanitaire du district et de la province :

- Comment les autorités sanitaires provinciales et celles du district sanitaire ont été impliquées dans le programme ? Identifier les éléments de durabilité des acquis du projet au niveau institutionnel ;
- Qu'est-ce qui doit être fait pour améliorer ce critère de durabilité ?

Au niveau communautaire :

- Il faut examiner si l'approche du programme cadre s'intègre dans les mécanismes de la culture locale et de la société locale. Existe-t-il d'autres approches de mobilisation communautaire plus adaptées à même de garantir la durabilité des acquis du programme dans la communauté ?
- Les différents acteurs communautaires (relais communautaires, les groupements féminins ...) impliqués dans le programme sont-ils aptes à maîtriser / assurer la durabilité des résultats post-programme ? N'existe-t-il pas d'autres canaux, acteurs plus efficaces ?
- Qu'est-ce qui doit être fait pour renforcer ce critère de durabilité ?

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

- Quelles sont les principales capacités renforcées des agents en termes de soins de santé et de nutrition, quel est leur niveau de maîtrise ?
- Quel est le niveau de disponibilité en matériel, outils et intrants nécessaires pour la réalisation des activités de nutrition ? Existe-il un mécanisme pérenne mis en place permettant un renouvellement de ces matériels, outils et intrants ?

Genre et équité :

- Quelle est la répartition hommes / femmes au sein du staff, des acteurs de terrain (Relais Communautaires), participants aux démonstrations culinaires ? A quel niveau de responsabilité ?

Partenariat et coordination

- Les partenaires ont-ils remplis leurs responsabilités et engagements par rapport à ce qui était prévu dans le protocole d'accord ?
- Quels sont les acquis de ce partenariat pour chacune des organisations ?
- Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la relation partenariale ?
- D'autres partenariats secondaires ont-ils nourri le partenariat principal et les résultats du programme, et si oui comment et avec quel effet / impact ? Quel est le degré d'appropriation des activités par les responsables des districts et de la province ?

Résultats et produits attendus de l'évaluation

5.2. Résultats attendus

- La DDC, les partenaires du programme, ainsi que ACF disposent des informations leur permettant d'apprécier la pertinence et les performances (résultats atteints, viabilité, efficacité) du programme, ainsi que ses contributions à l'amélioration de la santé des populations dans la zone d'intervention.
- La DDC, les partenaires du programme, ainsi que ACF disposent d'éléments d'appréciation de la cohérence stratégique du programme en lien avec les documents des politiques stratégiques du Tchad (PNS, PNDS, CSU...)
- La DDC, ses partenaires, ainsi que ACF disposent d'éléments de référence (leçons apprises, propositions) pour alimenter leurs réflexions sur les orientations futures des projets à venir.
- La DDC, ses partenaires ainsi que ACF disposent des éléments clairs et précis sur l'appropriation du programme par le gouvernement à travers le Ministère de la santé publique.

6.2. Produits attendus

- Un Rapport de démarrage (10-15 pages maximum) après les discussions préliminaires avec le bureau de la coopération suisse au Tchad et l'examen documentaire ;
- Un projet de rapport d'évaluation de maximum 30 pages (sans les annexes) avec un résumé exécutif à remettre au plus tard le **2 septembre 2024** à la DDC et à l'ONG ACF pour commentaires ;
- Le rapport final devrait être envoyé à la DDC au plus tard le **12 septembre 2024**.

7. Déroulement de l'évaluation

7.1. Equipe d'évaluation

L'évaluation sera conduite par un(e) consultant(e) régionale et un(e) consultant(e) national(e) ou deux consultant(e)s nationaux/-les. Le/la consultant(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).

- ✓ Consultant, Chef(fe) 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 en matière de financement de la santé. Bonne connaissance de l'Afrique subsaharienne et idéalement une expérience au Tchad. Une expérience d'au moins 5 ans dans l'évaluation des projets 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 national : 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 projets 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 projets (au moins 3 projets évalués). Langues : français et langue locale prédominante (ngambaye) dans la zone d'intervention du programme 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).

7.2. Méthodologie

Sur la base des termes de référence de l'évaluation décrit ci-haut, le (la) consultant(e), chef(fe) d'équipe soumettra une offre technique qui doit comporter une proposition de la méthodologie de travail et un calendrier de travail pour évaluer le « Programme de sécurité nutritionnelle des populations hôtes et réfugiées du Logone oriental ». La méthodologie de travail fera apparaître les responsabilités aussi de l'autre consultant(e) et précisera les informations que la DDC et ACF devront fournir aux consultants avant le début du travail sur le terrain.

Ci-joint une liste (non-exhaustive) des interlocuteurs possibles à rencontrer lors de la mission :

Au niveau central

- Le Secrétariat général du Ministère de la santé publique ;
- La direction générale de la santé publique ;
- La direction pays de l'ONG Action contre la faim ;
- Le bureau de la coopération suisse au Tchad.

Au niveau périphérique

- Les autorités administratives du Logone oriental (Gouverneur, Secrétaire général, Préfet de la Nya Pendé et les Sous-Préfets du Département) ;
- Le Délégué sanitaire provincial du Logone oriental ;
- L'équipe cadre du district sanitaire (ECD) de Goré ;
- Les responsables des Comités de santé et des comités de gestion (COSAN, COGES) ;
- Les autorités traditionnelles de la Nya Pendé ;
- Les organisations de la société civile notamment les associations féminines et autres organisations locales impliquées dans la mise en œuvre du programme ;
- Les organisations nationales et internationales intervenant dans la zone du programme.

Sur la base de l'offre retenue, le bureau de la coopération suisse se chargera de faire une proposition d'organisation de la mission d'évaluation.

7.3. Calendrier et volume de travail indicatifs

L'évaluation se déroulera idéalement sur 20 jours, du 20 août au 11 septembre 2024.

Calendrier et volume de travail indicatifs

Activités	Volume (max.)
Lecture des documents et préparations	2 jours
Voyage à N'Djaména (pour le consultant régional)	1 jour
Briefing au Buco et préparation de la mission	1 jour
Mission de terrain au Logone oriental (Doba – Goré – Cantons)	4 jours + 3 jours voyage
Rencontres avec autorités et partenaires à N'Djaména	2 jours
Préparation de la présentation des premiers résultats	2 jours
Débriefing au bureau de coopération avec la participation de ACF	1jour

Voyage de retour (pour le consultant régional)	1 jour
Rédaction du rapport	7 jours
Envoi du rapport au bureau de coopération et à ACF	
Prise en compte des observations	1 jour
Total	20 jours

8. Critères d'évaluation des offres

8.1. Exigences formelles

Respect du délai des offres : les offres doivent être envoyées par courrier électronique avant le délai de clôture des offres.

8.2. Critères de qualification et structure des offres

Les critères de qualification énumérés ci-dessous doivent être intégralement respectés, sans restriction ni modification, et être assortis des moyens de preuve lorsque l'offre est présentée. Dans le cas contraire, il ne sera pas entré en matière sur cette dernière.

Les critères de qualification énumérés ci-dessous doivent être intégralement respectés, sans restriction ni modification, et être assortis des moyens de preuve lorsque l'offre est présentée. Dans le cas contraire, il ne sera pas entré en matière sur cette dernière.

Tableau 2 : critères de qualification

CQ	Critères de qualification	Justificatif
CQ 0	Lettre de couverture Contenant une auto-déclaration que le prestataire est dans une position économiquement et financièrement saine et capable d'exécuter le mandat. Et qu'il fournira les ressources nécessaires comme décrit dans le cahier des charges	Confirmation écrite dûment signée
CQ 1	Informations du soumissionnaire Le soumissionnaire doit remplir l'information du soumissionnaire à l'annexe 1.	Signature valable en droit de la Déclaration du soumissionnaire (annexe 1) dûment rempli et signé
CQ	Critères de qualification	Justificatif
CQ 2	Acceptation des conditions générales et du Code de conduite pour les partenaires contractuels du DFAE Le soumissionnaire confirme explicitement qu'il accepte les conditions générales et le code de conduite du DFAE sans restriction ni modification, telles qu'elles figurent à l'annexe du présent document d'appel d'offres.	Confirmation écrite
CQ 3	Expériences Le soumissionnaire dans son intégralité a acquis suffisamment d'expérience en réalisant des projets comparables. Il atteste de cette expérience en fournissant 3 références se rapportant aux 10 dernières années.	Justificatif écrit comportant au moins les indications suivantes : – Nom et adresse de l'organisation, le nom et le numéro de téléphone des interlocuteurs ; – Période et lieu de l'exécution du mandat ; – Volume du mandat exécuté ; – Description des prestations fournies L'adjudicateur se réserve le droit de prendre contact avec les interlocuteurs indiqués.

CQ 4	Interlocuteur Le soumissionnaire dispose d'une personne de contact (SPOC) qui a le pouvoir de décider et qui assume la responsabilité du mandat au cas où une succession de problèmes appellerait une décision de la hiérarchie.	Confirmation écrite avec mention de nom, prénom et adresse, des coordonnées et de la fonction de la SPOC, y compris le nom de son suppléant
CQ 5	Compétences linguistiques des personnes clés Les 2 consultants proposés sont capables de travailler et de communiquer en français.	Une confirmation écrite avec des documents clairement incompréhensibles sur les compétences linguistiques des personnes-clés.
CQ 6	Calendrier Le soumissionnaire confirme la conformité au calendrier présenté par l'adjudicateur.	Confirmation écrite.

Sur la base des termes de référence, les offres des consultants intéressés par l'évaluation devront respecter obligatoirement la structure suivante :

Tableau : structure de l'offre

Chapitre	Description	No. pages (max.) (sans annexes)
0	Lettre d'accompagnement avec signatures	1
1	Commentaires concernant les critères de qualification (CQ) – Lettre de couverture (CQ 0) – Information du soumissionnaire (CQ 1) – Acceptation des conditions générales et du Code de conduite pour les partenaires contractuels du DFAE (CQ 2) – Expériences (CQ 3) – Interlocuteur (CQ 4) – Compétences linguistiques des personnes-clés (CQ 4) – Calendrier (CQ 5)	3
2	Offre technique	8
2.1	Introduction avec motivation de la candidature	
2.2	Compréhension du mandat	
2.3	Description de la méthodologie proposée	
2.4	Compétences, rôles, responsabilité de l'équipe d'évaluation	
3	Proposition financière L'offre financière doit être établie en CHF (pour consultant national en FCFA) conformément au <i>formulaire</i> figurant à l'annexe 3.1 Mandat Type B et 3.2 Mandat local (Utiliser la feuille Excel du formulaire budgétaire en annexe)	1 narrative page , (+ Budget format SOR)
4	Annexes: - CV des membres principaux de l'équipe - Références - Proposition financière ; formulaire d'offre financière - Autres	

8.3. Critères d'adjudication

Les offres sont évaluées à l'aune des critères d'adjudication et des pondérations suivants :

Tableau : critères d'adjudication

CA	Critères d'adjudication	Pondération
CA 1	Qualification des consultants appelés à intervenir dans le cadre du mandat (Curriculum Vitae CV)	50 %
CA 1.1	Qualifications et références, connaissances, expériences et compétences du/de l'expert(e) régional(e) ou chef(fe) d'équipe	60 %
CA 1.2	Qualifications et références, connaissances, expériences et compétences du/de la consultant(e) national(e)	40 %
CA 2	Compréhension du mandat concernant l'approche méthodologique	30 %
CA 2.1	Offre compréhensible, bien structurée, avec une bonne appréciation et compréhension des exigences et des attentes	50 %
CA 2.2	Qualité de l'approche et de la méthodologie proposées	50 %
CA 3	Prix total L'offre financière doit obligatoirement être déposée au moyen du formulaire de budget figurant à l'annexe 3.1 pour pays du nord, 3.2 pour locaux du document d'appel d'offres	20 %
CA 3.1	Le montant total (hors TVA) - évalué à l'aide de la formule suivante : $\text{Score} = M \times \left(\frac{P_{\min}}{P} \right)^2$ <p>P = prix de l'offre à évaluer P min = prix de l'offre la plus avantageuse M = nombre maximal de points L'offre au prix le plus avantageux reçoit le nombre maximal de points (c'est-à-dire 5).</p>	100 %
	Total	100 %

Les critères d'adjudication sont évalués selon l'échelle de 0 à 5 détaillée ci-après.

Tableau 5 : échelle d'évaluation

Note	Niveau de satisfaction et de qualité des critères	
0	Non évaluable	- Pas d'indications
1	Très mauvais	- Données insuffisantes, incomplètes - Qualité des données extrêmement médiocre
2	Mauvais	- Données sans rapport suffisant avec le projet - Qualité des données médiocre

3	Normal, moyen	<ul style="list-style-type: none"> - Données correspondant aux exigences de l'appel d'offres - Qualité des données appropriée
4	Bon	<ul style="list-style-type: none"> - Données remplissant bien les exigences - Bonne qualité des données
5	Très bon	<ul style="list-style-type: none"> - Données contribuant clairement à la réalisation des objectifs - Excellente qualité des données

9. Documents à soumettre dans l'offre

L'équipe d'évaluation doit soumettre par courrier électronique à : _djo.narmbaye@eda.admin.ch ; samuel.roches@eda.admin.ch ; ndjamena@eda.admin.ch deux propositions séparément :

9.1. Une proposition technique

Elle devra inclure les documents suivants :

- une présentation de la structure et des expériences pertinentes dans un maximum de 5 pages ;
- une copie du CV et des diplômes de chaque consultant(e) d'au maximum 3 pages par personne ;
- deux exemplaires d'un rapport de l'évaluation récent rédigé par le/la consultant(e) principal(e) ;
- une note méthodologique (maximum 20 pages sans annexes) qui devra démontrer :
 - o la compréhension des termes de référence (y compris des buts et objectifs) ;
 - o les méthodes de collecte et d'analyse des données y compris la stratégie d'échantillonnage que l'équipe estime pertinentes lorsque cela est requis afin de répondre aux questions de l'évaluation incluses dans les termes de référence ;
 - o des justifications valides pour l'utilisation de chacune des méthodes de collecte et d'analyse identifiées ;
 - o un plan de travail y compris une définition claire des rôles et responsabilités que l'équipe de l'évaluation va jouer par rapport au bureau de coopération suisse au Tchad, ainsi que les rôles et responsabilités de chacun des membres de l'équipe de l'évaluation ;
 - o un chronogramme détaillé d'activités incluant la répartition en homme/jour pour les différentes étapes de l'évaluation.

Ce document demeure un document technique et pas une lettre de motivation. Par ailleurs, cette note méthodologique ne devra pas répliquer le contenu d'aucune section des termes de référence à l'exception des questions d'évaluation.

9.2. Une offre financière

L'offre financière doit être présentée sous forme d'un budget détaillé avec ventilation par catégorie, item et coût unitaire le cas échéant. Le budget détaillé devra être cohérent et refléter la mobilisation des ressources humaines nécessaire à l'évaluation (Homme/jour/étapes). Elle devra être présentée séparément de l'offre technique et ne sera examinée que pour les candidats dont l'offre technique est jugée techniquement valable. L'offre devra être soumise en francs suisses (CHF), pour consultant national en francs CFA, conformément au formulaire figurant à l'annexe 3.1 Mandat Type B et 3.2 Mandat local.

10. Délai de dépôt et validité des offres

Les offres doivent être envoyées par courrier électronique au plus tard le **09 août 2024 à 12h30** (heure du Tchad) aux adresses citées au point 11, avec la mention suivante : Offre d'évaluation externe du « **programme de sécurité nutritionnelle des populations hôtes et réfugiés du Logone oriental** ».

Annexes :

Sont annexés aux présents termes de référence :

1. Offre financière pour mandat local (pour des soumissionnaires domiciliés au Tchad et dans la sous-région).
2. Offre financière pour mandat type B (pour des soumissionnaires domiciliés en Suisse ou dans l'Union Européenne).
3. Formulaire de Déclaration de soumissionnaire.
4. Conditions générales pour mandat local (pour des soumissionnaires domiciliés au Tchad et dans la sous-région) / Conditions générales pour les contrats de mandat types A et B (pour des soumissionnaires domiciliés en Suisse ou dans l'Union Européenne).
5. Code de conduite pour les partenaires contractuels du DFAE.

Documents de référence

- Politique nationale de santé ;
- Plan national de développement sanitaire ;
- Document de projet du programme de sécurité nutritionnelle des populations hôtes et réfugiés du Logone oriental y compris le budget ;
- Rapports et plans opérationnels et financiers (mai 2022 à avril 2024) ;
- Rapports annuels d'audits (mai 2022 à avril 2024) ;
- Rapports de missions de suivi du Bureau de la coopération suisse au Tchad.

ANNEXE 2 : Les principales questions d'évaluation

1. Pertinence :

Quelle est la pertinence du programme aux regards des besoins des différentes populations ?

Le programme mis en œuvre est-il en lien avec ces besoins, la stratégie de la politique nationale et les priorités du ministère de la santé publique ?

Les objectifs et les résultats ont-ils été correctement définis, sont-ils réalistes et adaptés au contexte ?

2. Efficience :

Comment les différentes activités ont utilisé les ressources disponibles pour atteindre les résultats prévus (outputs) en maximisant la qualité, la quantité et le planning ?

Quel est le rapport coût-efficacité du programme mené ? N'existerait-il pas une meilleure option ?

3. Efficacité

Quel a été le niveau d'atteinte des résultats planifiés ? Les indicateurs proposés ont-ils été respectés ?

Les activités prévues ont-elles été exécutées en conformité avec le calendrier prévisionnel de travail ?

L'appui à la coordination et le suivi des activités santé-nutrition par les autorités sanitaires provinciales impliquant les autres partenaires et organismes, a-t-il été efficace ?

Identifier les forces et faiblesses de l'appui technique apporté par le programme aux acteurs de santé ainsi que leurs capacités à prendre en charge de manière autonome le paquet minimum d'activités au niveau des centres de santé et le paquet complémentaire d'activités au niveau du district sanitaire ?

Identifier les forces, faiblesses de l'appui à la mise en place et le renforcement des activités communautaires de prévention et de dépistage de la malnutrition, ainsi que l'implication des acteurs communautaires dans la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère ?

4. Impact :

Quels sont les effets positifs / négatifs / attendus ou inattendus du projet à court et moyen terme ?

Quel est l'impact des actions menées par les acteurs communautaires ?

Evaluer l'impact du renforcement des capacités des acteurs communautaires et du personnel de santé ainsi que des équipes cadre des districts sanitaires et de la province ?

5. Couverture :

Mesure de l'atteinte de tous les bénéficiaires par l'intervention (quantité et qualité) :

Est-ce que les besoins des bénéficiaires ont été identifiés ? La couverture des populations bénéficiaires est-elle suffisante ? Les critères de ciblage prévus par le projet ont-ils permis d'atteindre les bénéficiaires ?

Quelle prise en compte des aspects genre dans le programme ?

6. Cohérence :

Evaluer la cohérence des différentes composantes du projet ;

Evaluer la cohérence du programme avec la stratégie de Coopération de la DDC 2018-2021, et le PNDS3 ;

Evaluer la cohérence du programme avec la politique nationale du système de santé et les capacités (et motivation) nationales.

7. Durabilité :

La durabilité sera analysée à différents niveaux :

Au niveau des organes de gestion du système sanitaire du district et de la province :

Comment les autorités sanitaires provinciales et celles du district sanitaire ont été impliquées dans le programme ? Identifier les éléments de durabilité des acquis du projet au niveau institutionnel ;

Qu'est-ce qui doit être fait pour améliorer ce critère de durabilité ?

Au niveau communautaire :

Il faut examiner si l'approche du programme cadre s'intègre dans les mécanismes de la culture locale et de la société locale. Existe-t-il d'autres approches de mobilisation communautaire plus adaptées à même de garantir la durabilité des acquis du programme dans la communauté ?

Les différents acteurs communautaires (relais communautaires, les groupements féminins ...) impliqués dans le programme sont-ils aptes à maîtriser / assurer la durabilité des résultats post-programme ? N'existe-t-il pas d'autres canaux, acteurs plus efficaces ?

Qu'est-ce qui doit être fait pour renforcer ce critère de durabilité ?

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

Quelles sont les principales capacités renforcées des agents en termes de soins de santé et de nutrition, quel est leur niveau de maîtrise ?

Quel est le niveau de disponibilité en matériel, outils et intrants nécessaires pour la réalisation des activités de nutrition ? Existe-il un mécanisme pérenne mis en place permettant un renouvellement de ces matériels, outils et intrants ?

8. Genre et équité :

Quelle est la répartition hommes / femmes au sein du staff, des acteurs de terrain (Relais Communautaires), participants aux démonstrations culinaires ? A quel niveau de responsabilité ?

9. Partenariat et coordination

Les partenaires ont-ils remplis leurs responsabilités et engagements par rapport à ce qui était prévu dans le protocole d'accord ?

Quels sont les acquis de ce partenariat pour chacune des organisations ?

Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la relation partenariale ?

D'autres partenariats secondaires ont-ils nourri le partenariat principal et les résultats du programme, et si oui comment et avec quel effet / impact ? Quel est le degré d'appropriation des activités par les responsables des districts et de la province ?

ANNEXE 3 : Etat d'atteinte des indicateurs du programme

N°	Indicateurs	Baseline	Cible	Année 1	Année 2	Année 3	Cible atteinte	Cible non atteinte	N D
1	Taux de la MAG dans la zone d'intervention	56,9% en 2021	<5%	2,6% (2022)	<5%		1		
1	Taux d'utilisation des services de santé pour les enfants de moins de 5 ans	76%	90%	76,00%	98,14%		1		
1	Nombre d'enfants Malnutris Aigus sévères (MAS) admis ayant reçu un kit WiN après sensibilisation du couple « mère/accompagnant - enfant malnutri	0	4860	2430	1215	1215		1	
1	Nombre d'enfants MAS admis au programme (désagrégué par genre et sexe) :	3018	3780	3230/3780 Soit 85%	2635/3780	3780	1		
1	Nombre de centres de santé (CS) soutenus atteignant au moins 3 indicateurs de performance	5	8	7				1	
1	Nombre d'enfants vus en consultations curatives	9879	27641 (80% E 0-5 ans)						1
1	Nombre des enfants pris en charge dans la communauté par les ASC	9150	21960	21960	21960	21960	1		
1	Taux de couverture VAR	80%	90%		100%		1		
1	% personnes sensibilisés ayant amélioré leur connaissance et attitudes sur les pratiques familiales essentielles (désagrégué par sexe)	0%	60%		79%		1		
1	Taux de couverture CPN 1	35%	70%	101%	93%		1		
1	Taux de couverture CPN4	12%	40%	42%	49%		1		
1	Taux d'accouchements assistés	54%	75%	54% sur 60%	57% sur 70%	75%	1		
1	Taux de couverture en planification familiale	11,80%	15%	11%	15%		1		
1	% de personnes ayant amélioré leur connaissance sur les différents protocoles nationaux de SSR (agents de santé et matrones)	0%	80% /formation	86%			1		
1	% des femmes qui affirment être libre de prendre des décisions pour l'accès aux services du planning familial	15%		12% Plus25%	57% Plus25%	Plus25%	1		
1	% de la population cible sensibilisée sur le DSSR (désagrégué Homme-femme) ;	ND	100%	86%				1	
1	Pourcentage des femmes qui affirment être satisfaites des services psychosociaux et médicaux lors de la prise en charge médicale :	ND	90%						1
1	Nombre de femmes et d'hommes dans les structures communautaires mises en place pour la prévention des cas de VBG.	ND	62%	12%				1	
1	Nombre d'enfants MAS bénéficiant du paquet minimum WASH délivré dans les centres nutritionnels selon la stratégie Wash in Nut au Tchad	0	7290	2880 sur 2430	1597 sur 2430	2430		1	

1	% de ménages ciblés ayant accès à un point d'eau amélioré	42,80%	80%	63%	48%			1	
1	% des femmes dans les comités de gestion des points d'eau mis en place	ND	50%	63%	100%		1		
1	% de ménages dans les communautés ciblées PHAST utilisant une latrine améliorée	11%	80%	43%	54%			1	
1	% de ménages ciblés disposant d'un équipement de lavage de main au savon factiionnel	0%	80%	40%				1	
1	% des leaders communautaires et membres des CLA, CDA, CPA qui attestent avoir renforcé leurs capacités dans la surveillance et la gestion des crises grâce au soutien du projet.	0%	80%	100%			0,01		
1	% des femmes qui affirment être impliquées dans les processus de prise de décision communautaires sur les stratégies de prévention et de réponse aux catastrophes	ND	40%	10%				1	
1	Nombre de diagnostic et planification RSS (6 piliers SS) réalisés	0		22					1
1	% des actions prévues dans le Plan d'action Opérationnel du district sanitaire de Goré mise en œuvre	0	50%						1
1	% femmes et jeunes membres des associations locales déclarant avoir participé activement aux décisions agroécologiques prises dans leur groupement à la fin du projet		60%						1
1	% des points d'eau installés, fonctionnels, avec une gestion pérenne à la fin du projet	0	80%						1
1	Nombre d'ateliers de renforcement de capacités des leaders de la société civile et des autorités	0	3	1	1	1	1		
1	Nombre de journées de plaidoyer organisées		8						1
1	Nombre d'actions de plaidoyer regroupant décideurs et société civile		5						1
1	Nombre des COGES/COSAN fonctionnels	5	8	8	8		1		
1	Nombre de supervisions conjointes réalisées		12	1 sur 4	1 sur 4	4		1	
1	Nombre de care group mis en place et fonctionnel	0	5	16			1		
1	Nombre de missions de suivi trimestrielles réalisées par la délégation provinciale de l'hydraulique urbaine et rurale	0	24	01 sur 8	3sur 8	8	1		
1	% des membres des groupements bénéficiaires des activités de relance agropastorale qui ont adapté au moins 3 pratiques agro écologiques suite au dispositif d'encadrement technique mis en place par le projet	ND	80%	70%	23%		1		
1	% des ménages appuyés déclarant disposer d'une activité économique leur permettant de subvenir aux besoins alimentaires et non alimentaires de leur ménage Baseline	ND	80%	100%	59%		1		
1	% d'agents techniques de l'Etat qui ont renforcé leur capacité technique et le suivi des producteurs.	0	60%					1	
1	% des femmes qui affirment avoir le contrôle sur la gestion des ressources économiques produites.	ND	60%	60	62%		1		

1	% des participants directs aux projets ayant amélioré leurs connaissances (désagrégré par secteur, âge et sexe) et qui appliquent au moins 3 bonnes pratiques promues par le projet - Baseline : enquête	ND	60%		23%			1	
1	Nombre de publireportages sur les activités du projet réalisés.	0	3	1 sur 1	1	1	1		
1	% des acteurs locaux (individus, chefs de villages, services techniques, société civile et autorités administratives) qui affirment être satisfaits du système de redevabilité mis en place par secteur ayant affirmé que le système de redevabilité mis en place est adapté à leurs capacités. Baseline 0, Cible : 80%	0	80%	82%			1		
1	% Taux de satisfaction sur les activités proposées aux communautés cibles de l'intervention (désagrégré par secteur, sexe, âge)	ND	60%					1	
1	Nombre de cadre de concertation communautaire réalisé		36	12	12	12	1		
1	Nombre de missions de supervision conjointes multisectorielles réalisées :	0	3	1	1	1	1		
46							25	13	8
%							54%	28%	17%

ANNEXE 4 : Etat de mise en œuvre des activités du projet durant la période de mai 2022 à Avril 2024

Activités	Réali sée	Partielle ment réalisé	Non réalisée	Commentaires
Effet 1 : Améliorer l'état nutritionnel et sanitaire des populations vulnérables hôtes et réfugiées dans le district sanitaire de Goré : Les indicateurs suivants ont été choisis				
<i>Résultat 1 : Les soins de santé préventif et curatif gratuits et de qualité sont offerts, disponibles et accessibles pour les enfants de moins de 5 ans, dans le district sanitaire de Goré</i>				
A.1 : Appui à la prise en charge médicale et nutritionnelle gratuite des enfants de moins de 5 ans dans les structures sanitaires d'intervention (dotation en médicaments, consommables médicaux et matériels, RH additionnels)	R			
A.2 : Formation/recyclage / supervision des agents de santé (PECIMA, ANJE)	R			
A3 : Extension et Renforcement de la prise en charge communautaire des pathologies de l'enfant selon la politique nationale des santés communautaire (ICCM)	R			
A.4 : Renforcement du dépistage de la MAS à base communautaire (dépistage de masse, approche PB-parents)	R			
A.5 : Sensibilisation pour le changement de comportement	R			
A.6 : Elaboration et diffusion de messages de sensibilisation sur les enjeux de la donation de sang	R			
A.7 : Plan de plaidoyer pour l'intégration de l'UNT de Goré à la pédiatrie de l'hôpital de Goré	R			
<i>Résultat 2 : Les Services essentiels de santé sexuelle, reproductive, et VBG de qualité sont disponibles, offerts, accessibles et adaptés aux besoins des femmes, et adolescentes</i>				
A1 : Appui des centres de santé pour rendre effectif la gratuité ciblée conformément à la politique nationale (dotation en médicaments, consommables médicaux et matériels médicaux technique)	R			
A2 : Réhabilitation des salles d'accouchement	R			
A3 : Renforcement de capacités des agents/ personnels de santé des DS sur les différents protocoles (SONU, Remplissage des Partogramme, PTME, PF, Atténuation des risques de VBG)	R			
<i>Résultat 3 WASH : La prévention et la prise en charge nutritionnelle est améliorée à travers la délivrance du paquet minimum d'activités WASH pour les couples parent-enfants MAS, dans les unités nutritionnelles et dans la communauté</i>				
A1 : Réalisation/réhabilitation de forages équipés de pompe à motricité humaine	R			
A2 : Mise en place et formation de structures de gestion des points d'eau (CGPE, Artisans Réparateurs, COGES)	R			
A3 : Distribution et formation à l'utilisation de kits mini-Wata pour le traitement de l'eau dans les centres de santé	R			
A4 : Suivi de la qualité de l'eau des points d'eau et au sein des ménages et des centres de santé	R			
A5 : Construction d'ouvrages sanitaires dans les structures de santé	R			
A6 : Installation de matériel de gestion de l'hygiène et des déchets biomédicaux	R			

A7 : Mise en place de l'approche PHAST pour la construction de latrines domiciliaires dans les communautés ciblées		PR		Le programme a démarré en 2ème année et seul 200 dalles ont été fabriquées sur les 400 initialement prévues
A8 : Distribution de kits WiN aux couples parents-enfants malnutris et organisation de sessions de sensibilisation sur l'utilisation de ces kits	R			
A9 : Renforcement de capacités EAH des Agents de santé, Hygiénistes et Relais Communautaires et promotion à l'hygiène	R			
<i>Résultat 4 : les capacités de prévention, de préparation, et de réponse aux urgences et catastrophes (changements climat, épidémies, conflits) des populations réfugiées, hôtes et leurs autorités sont renforcées à travers une approche communautaire intégrée</i>				
A1. Redynamisation des Comités Villageois (CV), Comités Locaux d'Action (CLA), des Comités Départementaux d'Action (CDA) et du comité Provincial d'Action (CPA) pour la fonctionnalité de l'alerte précoce et réponses aux urgences	R			
Total pour l'Effet 1	19	1	0	
Effet 2: Créer les conditions d'une résilience communautaire inclusive et participative en renforçant l'implication et le leadership des services techniques et des autorités dans le développement local				
<i>R1 : Les services des délégations sanitaires jouent leur rôle en matière de garantie de services de santé de qualité pour les populations avec une implication participative des communautés</i>				
A1 : Appui aux activités opérationnelle des districts sanitaires (suivi/supervision des activités de santé/nutrition, stratégie avancée, réunions de monitoring)		PR		La deuxième année le DS n'a pas bénéficié des appuis de la première année
A2 : Mise en place des Care-group	R			
A3 : Promotion des pratiques familiales essentielles	R			
A4 : Vulgarisation des lois sur la santé			NR	Le travail n'a pas démarré faute de financement
A5 : Cartographie et analyse des lois et politiques sanitaires au Tchad			NR	Le travail n'a pas démarré faute de financement
A6 : Renforcement des ECD dans la gestion des COGES/COSAN	R			
A7 : Appui à l'organisation des Journées de Plaidoyer sanitaires (Lavage des mains, CSU, mondiale de la santé, AME, Santé Mentale, journée mondiale contre la Faim) et commémoration de la SENAFET/JIF et 16 jours d'activisme.			NR	Le travail n'a pas démarré faute de financement
<i>R2: Les équipements et ressources en eau améliorés au profit des réfugiés, retournés et population hôtes sont protégés et gérés de façon durable avec l'appui des services techniques décentralisés.</i>				
A1 Appui à la délégation provinciale de l'hydraulique urbaine et rurale du Logone oriental	R			
A2 Vulgarisation des lois sur l'accès à l'eau au niveau des OSC			NR	Le travail n'a pas démarré faute de financement
<i>R3 : les capacités de production et les opportunités économiques des communautés sont diversifiées et renforcées avec l'appui des services décentralisés techniques</i>				
A1 : Renforcement de l'autonomie économique des groupements de producteurs maraichers et pluviaux, des membres CGPE et COSAN et Care Groupe par la mise en place des paquets d'activités adaptés à leurs capacités (sites maraichers, des champs communautaires, des jardins de santé, des AGR, AVEC, UTC, banques de semences, banques multifonctions)		PR		Certaines activités ont connu un début de mise en œuvre qu'en deuxième année et n'ont pas eu le temps de s'enraciner. D'autres comme les banques de semences n'ont pas démarré

A2 Appui des groupements de producteurs les plus vulnérables en unités des cultures attelées	R			
A3 : Mise à l'échelle de l'agroforesterie et des bonnes pratiques agro écologiques sensibles à la nutrition (moringa, jathropha)		PR		Le programme débuté en deuxième année n'a pas connu un développement attendu
A4 : Amélioration de la qualité post récoltes dans les bassins de fortes productions via la construction et la bonne gestion des greniers communautaires adaptés aux aléas climatiques,		PR		Le programme débuté en deuxième année n'a pas connu un développement attendu
A5 : Appui aux activités opérationnelles des sous-secteurs de l'ANADER à Goré (formations, supervisions trimestrielles intégrées, réhabilitation/équipement des locaux)	R			
Total pour l'Effet 2	6	4	4	
Effet 3 : Favoriser le changement de comportement sensible à la nutrition à la santé, au genre et aux chocs divers par la mise en place d'un système d'apprentissage, de partage d'expérience et de redevabilité.				
<i>Résultat 1 : Un dispositif participatif d'appropriation et de pérennisation des activités par la communauté et les services décentralisés de l'état est opérationnel</i>				
A1 : Réalisation d'un atelier de lancement et intermédiaire	R			
A2 : Organisation de supervisions conjointes multisectorielles semestrielles avec les délégations		PR		Seule en 2ème année 2 supervisions ont été réalisées
A3 : Réalisation d'un atelier de capitalisation sur les activités du projet			NR	
A4 : Mise en place d'un mécanisme de feedback de plainte	R			
A5 : Réalisation des enquêtes baseline, mid-line et endline (enquête CAP multisectorielle, enquête mid-line externe étude d'impact, analyse genre barrières d'accès aux SSR, Etude sur les barrières liées aux transfusion sanguine, enquête de satisfaction des bénéficiaires, étude d'impact sur l'utilisation des pesticides dans la zone d'intervention)		PR		Seules les enquêtes CAP ont été réalisées; les enquêtes midline et endlines ne sont pas réalisées
A6 : Réalisation du monitoring communautaire multisectoriel			NR	
Total pour effet 3	2	2	2	TOTAL DES ACTIVITES
TOTAL DU PROJET	27	7	6	40
Pourcentage	67,5	17,5	15	

ANNEXE 5 : Liste des forages réalisés

Répartition de forages réalisés et réhabilités en Année 2

Aire de Santé	Villages / Quartiers	Nouveaux forages	Forages réhabilités
Goré Urbain	<ul style="list-style-type: none"> - Nangda; - Mission; - Ferrick Mado - UNT (Mini chateau) 	(1) (1) (1)	(1)
Peuleuh	<ul style="list-style-type: none"> - Guelbi; - Motgada - Centre de Santé Peuleuh - Kondroro 	(1) (1)	(1) (1)
Béborninga	<ul style="list-style-type: none"> - Behere; - Beday - Béborninga 2 	(1)	(1) (1)
Yamodo	<ul style="list-style-type: none"> - Nangmadja - Djou; - Ngéré; - Wollo; - Kessy; - Goubeti 	(1)	(1) (1) (1) (1) (1)
Bakaba	<ul style="list-style-type: none"> - Bemadja - Betolbo - Masra - Bakaba 	(1)	(1) (1) (1) (1)
Total		(8)	(14)

ANNEXE 6 : Liste des groupements

ZR	Village	AGR	AVEC	Culture fluviale	Maraichers	Agro/ forestier	Boîte à suggestion
Bépan	Peuleuh 1	Madjilebé		2			1
	Domoundou	Denedobé	Melom 2				
	Bémborninga	Djodjinatar		1			1
Goré	Kana	Mekasna			Memadji2		
	Komba1	Takasna					
	Komba2	Femme vulnérables commerçantes					
Bépan	Bedaya		Djamadjine		Avenir		
Bépan	Bedaya		Djarako				
	Mekab		Madjilebé				
	Betolbo		Djanako				
	Betolbo		Lassem				
	Bakaba		Djarako	2			1
Komé	Nguebeuh		Melom 1		Tinkorlebé		
	Peuleu 2		Néguemadji				
	Peuleu 3		Netonon				
	Danamadja			1			1
Goré	Kobiiteye2				Madjilébé		
Yamodo	Bemadja2				Djarako		
Komé	Kondro				Djarané		
	Nombre	6	10	6	6		4

ANNEXE 7 : % de femmes dans les différents organes de décision

	Genre			
	Femmes	Hommes	Total	% F
RCS	1	7	8	13
SF	9	0	9	100
Formation en gestion de STOCK	1	8	9	11
SIS	0	1	1	0
PCIME	8	8	16	50
PCIMAS				
SONU			22	
PTME/PF	10	4	14	
Soins au Enfants 0-5ans	1703	1527	3230	53
ASC	19	61	80	24
Matrone	100	0	100	100
ICCM	2589	2593	5182	50
PB DOMICILE	2901	827	3728	78
Parents formés	461	365	826	56
Sensibilisation sur le changement de comportement en communauté	19257	18639	37896	51
Sensibilisation sur le changement de comportement au CS	8321	4505	12826	65
Gratuité des soins	6859	6625	13484	51
Sensibilisation WASH	19754	9731	5496	51
MAS bénéficiaires de kit Wash				
Hygiène	10460	10050	20510	51
AVEC	371	73	297	80%
AGR	125	0	125	100%
CGSE	200	138	60	43%
Maraichers	130	47	83	63%
Culture fluviale			0	0

ANNEXE 8 : Personnel formé

Formations du personnel sanitaire					
	Durée/Jours	Bénéficiaires	Hommes	Femmes	Total
Gestion du médicament	2	4 RCS et 5 Gestionnaires des 4 nouveaux CS	8	1	9
SIS	2	RCS			8
PCIME	5	RCS + Equipe ACF	8	8	16
PTME	3	RCS + SFDE, Equipe ACF	7	8	15
PF	5	RCS + SFDE, Equipe ACF	7	8	15
SONUB	12	SFDE, RCS	7	15	22

ANNEXE 9 : exécution du budget

RUBRIQUES	Budget global		Dépenses Année 1			Dépenses Année 2			Taux globaux
	EUR	XAF	EUR	XAF	%	EUR	XAF	%	
Activités	786 498	515 908 823	588 519	386 043 276	75	252 088	165 359 046	32	107%
Frais hors personnel	621 292	407 540 620	290 922	190 832 467	47	247 590	162 408 157	40	87%
Frais de personnel	2 152 121	1 411 698 973	851 732	558 699 613	40	769 710	504 896 931	36	75%
Autres	34 625	22 712 833	14 467	9 489 527	42	8 598	5 640 095	25	67%
Total couts directs	3 594 536	2 357 861 248	1 745 640	1 145 064 882	49	1 277 987	838 304 230	36	84%
Couts indirects (7%)	251 618	165 050 287	122 195	80 154 541	49	89 459	58 681 296	36	84%
Cout total du projet	3 846 154	2 522 911 534	1 867 835	1 225 219 423	49	1 367 446	896 985 526	36	84%

Sources : Rapport 2^{ème} année

Annexe 10 : Liste de personnes rencontrées

Durant la mission les personnes suivantes ont été rencontrées :

- Responsable du portefeuille « Services sociaux de base » de la Coopération Suisse ;
- Equipe ACF N'Djaména ;
- Equipe ACR de Goré ;
- DPS : Délégué sanitaire, Point focal Nutrition et responsable des données ;
- DS : MCH, Point focal nutrition, Responsable de l'assainissement, MCD et Chef de Zone ;
- Personnel des 6 centres de santé visités ;
- Groupes d'ASC et de matrones de chaque CS visité ;
- Membres des COGES des 6 CS ;
- Autorités politiques : SG du département, le Maire et le SG de la mairie de Goré ;
- Des autorités traditionnelles : Chefs de village et leaders d'opinion au niveau des ZR ;
- Les services déconcentrés de l'Etat : Délégué de l'action social, Délégué provincial de l'agriculture, Chef du sous-secteur de l'agriculture de Goré (ANADER), Chef de sous-secteur de l'action sociale de Goré, Sous-secteur Assainissement de Goré
- Bénéficiaires : Membres des groupements : AVEC, AGR, maraichers, de Production agricole ;
- Parents des enfants à l'UNT de Goré
- Membres de CDA
- Représentants de OCHA



7F-10920.01

Management response de l'évaluation externe du programme de sécurité nutritionnelle des populations hôtes et réfugiées du Logone oriental

1. Analyse de l'évaluation

L'évaluation a été menée par une équipe d'experts indépendants du centre de support en santé international (CSSI) conformément aux normes internationales. Le processus d'évaluation a été supervisé par l'équipe du bureau de coopération (Bucu) de N'Djaména. Le programme est prévu pour une phase unique allant de mai 2022 à avril 2025 et exécuté par l'ONG Action contre la faim (ACF). Il est co-financé par le consortium Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA) et Comité interministériel de l'aide alimentaire (CIAA - France) et la Suisse. Le consortium a arrêté son financement à la fin de la 1^{ière} année de mise en œuvre et le bureau de coopération suisse de N'Djaména (Bucu) a résilié le contrat de financement le 30 septembre 2024. Cette évaluation est initiée par le bureau de coopération afin de capitaliser les résultats atteints, retenir des leçons apprises et clôturer le programme.

Les évaluateurs ont échangé avec la majorité des partenaires du programme, à N'Djaména et dans le district sanitaire de Goré (Province du Logone oriental). Une restitution de la mission a été organisée à N'Djaména pour présenter les principales constatations.

Bien que des lacunes dans la rédaction du rapport de l'évaluation aient été notées, l'analyse du rapport et les recommandations qui en découlent sont considérées comme utiles pour alimenter les réflexions sur l'intervention de la Suisse dans le secteur de la santé.

2. Principales constatations

Les évaluateurs du CSSI ont conduit l'évaluation conformément aux objectifs qui lui sont assignés dans les termes de référence. Des réponses ont pu être apportées aux principales questions posées et ce, avec des illustrations quantitatives et qualitatives. Des appréciations sont fournies par les évaluateurs. Les atouts et bonnes pratiques du programme sont relevés par les évaluateurs. Les insuffisances, les faiblesses et les limites de certaines approches qui ont marqué la mise en œuvre du projet sont mises en exergue et analysées avec certaines réserves. Les analyses des évaluateurs ont abouti à la formulation de recommandations dans la perspective d'une intervention future de la Suisse au Tchad.

De ce qui précède, le Bureau de coopération est partiellement satisfait du rapport d'évaluation, du fait que le rapport est transmis avec certaines insuffisances sur la forme et dans le fond. Les constatations et recommandations n'ont pas toutes été explicites et claires. Il a fallu réviser plusieurs fois avant que le rapport ne soit accepté.

3. Recommandations

Sur les 13 recommandations faites par les évaluateurs, 10 sont « entièrement approuvées » (vert), 2 sont « partiellement approuvées » (orange) et 1 n'est « pas approuvée » (rouge). Seules 3 recommandations (10, 11 et 12) s'adressent à la DDC.

Recommandations	Destinataires	
1. Faire un plaidoyer auprès du ministère de la santé publique pour continuer à recevoir les médicaments de la gratuité.	Délégation et districts sanitaires, et centres de santé	
La recommandation est partiellement approuvée par le Buco car le programme est en phase unique et n'intervient que dans un district sanitaire. En plus, il n'y a pas d'organisation partenaire pour un plaidoyer. Aussi, le ministère de la santé publique (MSP) ne dispose pas d'assez de ressources pour assurer cette gratuité qui perturbe le système de recouvrement des coûts. La solution serait le développement de la couverture santé universelle.		
2. Faire un plaidoyer pour l'intégration du personnel additionnel recruté par ACF et mis à la disposition des centres de santé et de l'unité nutritionnelle de l'hôpital de district de Goré.	Délégation et districts sanitaires, et centres de santé	
Nous sommes partiellement d'accord avec la recommandation. Le problème de sous-effectif du personnel de santé qualifié dans les formations sanitaires est réel. Cependant, un plaidoyer pour une intégration à la fonction publique n'a jamais produit les résultats escomptés. Des organismes onusiens comme le FNUAP et l'UNICEF l'ont expérimenté.		
3. Affecter plus de personnel qualifié au district sanitaire de Goré et assurer sa stabilité.	Délégation et districts sanitaires, et centres de santé	
Nous sommes d'accord avec cette recommandation. Le renforcement de l'effectif du personnel qualifié et leur stabilité au district de Goré est nécessaire afin de maintenir la qualité des services de santé dans les formations sanitaires appuyés. Cependant, la situation est la même dans tous les districts sanitaires. Cette recommandation ne peut être possible que si la fonction publique recrute du personnel de santé qui est mis à la disposition du MSP.		
4. Utiliser les ressources du financement basé sur les résultats pour motiver les agents de santé communautaire (ASC) et les accoucheuses traditionnelles (AT).	Délégation et districts sanitaires, et centres de santé	
Nous sommes d'accord avec cette recommandation. Dans les provinces du Batha et du Moyen Chari où intervient le projet PADS, les ressources du FBR sont utilisées pour des investissements dans les formations sanitaires et la motivation du personnel soignant. Et comme les ASC et AT sont des relais du personnel soignant et contribuent à l'atteinte des résultats des FOSA, ils peuvent être pris en compte à travers ces fonds.		
5. Poursuivre les activités à base communautaire mises en place avec les agents de santé communautaire et les accoucheuses traditionnelles.	Délégation et districts sanitaires, et centres de santé	
Nous sommes d'accord avec cette recommandation. La population est à plus de 72% rurale et les organisations à base communautaire jouent un rôle très important dans la sensibilisation et la vaccination de leurs communautés. Aussi, ils assurent le relais entre le personnel de santé souvent en sous-effectif et les communautés. Des textes qui organisent leurs activités sont en révision au MSP. Un forum sur la santé communautaire est prévu pour février 2025.		

OUVERT

Référence:

6. Développer des stratégies de sensibilisation de la population par rapport à l'utilisation des services de santé, sur les bonnes pratiques d'hygiène et la gestion des points d'eau.	Délégation et districts sanitaires, et centres de santé	
Nous sommes d'accord avec cette recommandation. L'approche communautaire reste la plus efficace pour la sensibilisation de la population.		
7. Sécuriser les ressources financières d'un éventuel programme avant son démarrage.	Action contre la faim	
Nous sommes d'accord avec cette recommandation. Idéalement, il faudrait avoir des engagements suffisants avant de démarrer le projet.		
8. Organiser des rencontres de comité de pilotage incluant les bailleurs de fonds afin de valider ensemble les rapports d'activités, les plans d'actions et les nouvelles orientations du programme.	Action contre la faim	
Nous sommes d'accord avec cette recommandation. L'organisation des réunions du comité de pilotage permet de valider les documents de pilotage du projet et de s'assurer de l'évolution de la mise en œuvre du projet qui garantissent l'atteinte des résultats.		
9. Pour chaque projet/programme, mettre en place un comité de suivi avec les financeurs pour suivre sa mise en œuvre.	Action contre la faim	
Le Bucu n'approuve pas cette recommandation. L'équipe opérationnelle du Bucu organise des missions de suivi de la mise en œuvre des projets. Le partenaire de mise en œuvre organise des missions de supervision avec les services techniques de l'Etat. Pas besoin de mettre en place un comité de suivi en plus du comité de pilotage.		
10. Prioriser les projets qui intègrent à la fois le volet humanitaire et le développement (Nexus), tout en cherchant le passage de l'humanitaire au développement.	DDC	
Nous sommes d'accord avec cette recommandation. Les réfugiés s'installent dans les zones pour un long moment et il est nécessaire de développer le « Nexus » lorsqu'on intervient dans les zones où vivent les populations hôtes et réfugiées.		
11. Veiller à la tenue régulière des rencontres de pilotage de tout projet auquel participent tous les financeurs et bénéficiaires, afin de valider les plans d'action, les rapports d'activités et les orientations éventuelles du projet.	DDC	
Nous sommes d'accord avec cette recommandation. L'organisation des réunions du comité de pilotage permet de valider les documents de pilotage du projet et de s'assurer de l'évolution de la mise en œuvre du projet qui garantissent l'atteinte des résultats.		
12. Assurer la supervision régulière du programme.	DDC	
Nous sommes d'accord avec cette recommandation. L'équipe opérationnelle du Bucu organise des missions de suivi de la mise en œuvre des projets.		
13. Renforcer et poursuivre l'encadrement des maraichers et des producteurs.	Agence national de développement rural (ANADER)	

Nous sommes d'accord avec cette recommandation. Le projet avait une phase unique, cette mission sera assurée par l'équipe du sous-secteur de l'ANADER de Goré.

4. Engagements de la DDC

Recommandation 10		
Prioriser les projets qui intègrent à la fois le volet humanitaire et le développement (Nexus), tout en cherchant le passage de l'humanitaire au développement.		
Management Response / Prise de position		
Entièrement approuvée	Partiellement approuvée	Pas approuvée
Nous sommes d'accord avec cette recommandation. Les réfugiés s'installent dans les zones pour un long moment et il est nécessaire de développer le « Nexus » lorsqu'on intervient dans ces zones.		
Mesures	Responsabilité	Délai
Mettre en œuvre l'approche nexus dans les zones de crises récurrentes et/ou prolongées.	Buco et chargés de programme	Lors des nouvelles actions dans les zones concernées
Recommandation 11		
Veiller à la tenue régulière des rencontres de pilotage de tout projet auquel participent tous les financeurs et bénéficiaires, afin de valider les plans d'action, les rapports d'activités et les orientations éventuelles du projet.		
Management Response / Prise de position		
Entièrement approuvée	Partiellement approuvée	Pas approuvée
Nous sommes d'accord avec cette recommandation. L'organisation des réunions du comité de pilotage permet de valider les documents de pilotage du projet et de s'assurer de l'évolution de la mise en œuvre du projet qui garantissent l'atteinte des résultats.		
Mesures	Responsabilité	Délai
Mettre en place les outils de pilotage des projets et assurer des réunions régulières.	Buco et chargés de programme	Au moins une réunion du CoPil par an et par projet
Recommandation 12		
Assurer la supervision régulière du programme.		
Management Response / Prise de position		
Entièrement approuvée	Partiellement approuvée	Pas approuvée
Nous sommes d'accord avec cette recommandation. L'équipe opérationnelle du Buco organise des missions de suivi de la mise en œuvre des projets.		

Mesures	Responsabilité	Délai
Renforcer les missions de suivi de la mise en œuvre du projet.	Buco et chargés de programme	Si possible au minimum une visite de terrain par an et par projet

NB : Les autres recommandations approuvées par la DDC seront transmises aux destinataires.

5. Les leçons apprises

1. Une contribution pluriannuelle est essentielle pour le nexus. Dans le cas contraire, les agences humanitaires ne peuvent que difficilement développer des interventions contenant des objectifs de développement. De plus, elles dédient une partie conséquente de leurs ressources à la levée de fonds.
2. Une contribution à des activités routinières mises en œuvre par une organisation humanitaire ne correspond pas aux critères de gestion de projets basée sur les résultats, et la pérennité des acquis n'est pas garantie. Il faut alors s'assurer en amont que l'organisation ait une vision de projet, avec une fin et des objectifs mesurables.
3. Avant de s'engager dans un projet, il faut évaluer la possibilité réelle de suivi de terrain. Les zones reculées et/ou difficiles d'accès, ainsi que l'absence d'autres interventions suisses dans la même région, représentent des barrières au suivi de terrain régulier voulu par la DDC.
4. Même pour une contribution, il est nécessaire de mettre en place des outils de pilotage tels que le comité de pilotage, le comité technique et les missions conjointes, et de s'assurer de leur conduite régulière.
5. La collaboration entre la coordination de la gestion des urgences et les autres instances mises en place dans le cadre du développement (approche nexus) favorise la synergie d'actions des différents acteurs et permet d'avoir des effets de développement.
6. L'implication des acteurs à différents niveaux, depuis la préparation du projet jusqu'à sa mise en œuvre, constitue un gage pour la pérennisation des actions.

7. Approbation de la direction du bureau de coopération

Le rapport final de l'évaluation externe du programme de sécurité nutritionnelle des populations hôtes et réfugiées du Logone oriental est accepté.

N'Djaména, le 21.01.2025

Le Chargé de programme

Le Directeur de coopération suppléant

Djo Narmbaye

Samuel Roches