

Juin 2025 |

Évaluation externe du portefeuille santé de la DDC au Tchad de 2014 - 2024

Equipe d'Evaluateurs :

Dr Tshiula Lubanga, Albert, MD, MPH |

DJENDADJE Séraphin Djimnade, Spécialiste M&E |

DIONADJI TOPINANTY Brigitte, Spécialiste Genre & Equité |

Ibn Ali Youssouf, Spécialiste des informations de santé |



Agence
Européenne pour le
Développement
Et la
Santé



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à l'équipe de la **Direction du développement et de la coopération (DDC)** à N'Djamena pour toutes les informations fournies avant et après l'ensemble du processus d'évaluation, et ayant conduit à la rédaction de ce rapport.

Un remerciement particulier aux personnes qui nous ont accueillis et accompagnés sur le terrain, et qui ont répondu à l'ensemble de nos questions.

Nous remercions également les différents **partenaires techniques et financiers**, aux responsables des directions techniques de la santé, ainsi que toutes les équipes des délégations provinciales et des districts sanitaires dans les provinces du Batha et du Moyen Chari.

Nos remerciements vont également au Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique et de la Prévention pour sa disponibilité et les réflexions partagées avec l'équipe d'évaluation.

Enfin, un remerciement particulier aux femmes et aux hommes qui ont participé aux différents entretiens et focus groups organisés lors de nos visites sur le terrain.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	10
1.1	CONTEXTE DU PROGRAMME DE COOPERATION	10
1.2	CONTEXTE DE L'EVALUATION.....	11
2	METHODOLOGIE.....	15
2.1	CADRE CONCEPTUEL DE L'EVALUATION DU PROGRAMME	15
2.2	METHODES D'EVALUATION	16
2.3	ORGANISATION ET CONTRAINTEES DE LA MISSION	16
3	RESULTATS DE L'EVALUATION.....	17
3.1	INFLUENCE DU CONTEXTE.....	17
3.2	OBSERVATION GENERALE SUR LES TROIS PROJETS (FICHES SIGNALETIQUES)	17
3.2.1	<i>Le projet de mutuelles de santé</i>	17
3.2.2	<i>Le projet nutritionnel</i>	18
3.2.3	<i>Le Programme d'Appui aux Districts Sanitaires (PADS)</i>	19
3.3	ANALYSE DES CRITERES OCDE.....	19
3.3.1	<i>Pertinence</i>	19
3.3.2	<i>Cohérence externe.....</i>	21
3.3.3	<i>Efficacité</i>	23
3.3.4	<i>Efficience</i>	24
3.3.5	<i>Impact.....</i>	24
3.3.6	<i>Pérennité - Durabilité</i>	28
3.3.7	<i>Genre et équité</i>	29
3.4	POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES.....	31
3.4.1	<i>Points forts et faibles des programmes/projets</i>	31
3.4.2	<i>Points forts et faibles de l'intervention dans son ensemble</i>	32
3.5	ANALYSE SWOT	33
3.5.1	<i>Forces</i>	33
3.5.2	<i>Faiblesses</i>	33
3.5.3	<i>Opportunités</i>	33
3.5.4	<i>Menaces</i>	34
4	CONCLUSION.....	35
5	RECOMMANDATIONS	37
ANNEXES		39
TERMES DE REFERENCE DE L'EVALUATION		39
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES		56
CHRONOGRAMME DE MISSION DE L'EVALUATION		57

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Graphique 1 : Cartographie du financement du DHIS2.....	22
Graphique 2 Taux de couverture de référence et atteint dans la province du Batha	25
Graphique 3 : Taux de couverture de référence et atteint dans la province du Moyen Chari.....	26
Graphique 4 : Performances vaccinales	26

ACRONYMES

AEP	Accès à l'Eau Potable
ANJE	Alimentation et Nutrition du Jeune Enfant
APD	Aide Publique au Développement
CAD	Comité d'Aide au Développement
CNAS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
COM	Contrats d'Objectifs et de Moyens
CSSI	Comité de Sécurité des Systèmes d'Information
CSU	Couverture Santé Universelle
CZR	Coordinateur Zone Régionale
DDC	Direction de la Coopération et du Développement
DHIS2	District Health Information System 2
FBP	Financement Basé sur la Performance
FFOM	Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces
FOSA	Formation Sani
IDH	Indice de Développement Humain
MAG	Malnutrition Aiguë Globale
MCD	Médecin Chef de District
MSP	Ministère de la Santé Publique
NAC	Nutrition a Assise Communautaire
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PADS	Programme d'Appui aux Districts Sanitaires
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PND	Plan national de développement
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SAN	Santé Alimentaire et Nutrition
SIS	Système d'Information Sanitaire
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
UE	Union Européenne
UNA	Unités Nutritionnelles Ambulatoires
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees,
UNT	Unités Nutritionnelles Thérapeutiques
USAID	United States Agency for International Development
WASH	Water, Sanitation and Hygiene

RESUME

Introduction

La Coopération suisse intervient au Tchad depuis plusieurs années pour soutenir les efforts du gouvernement visant à améliorer la gouvernance en santé, à lutter contre la pauvreté et à garantir l'accès de la population aux services de base. La logique d'intervention s'appuie sur une compréhension globale du contexte social, économique, sanitaire et politique afin de répondre aux besoins prioritaires.

Le Tchad, pays enclavé d'Afrique centrale comptant environ 18 millions d'habitants en 2022, est confronté à de graves défis sécuritaires, climatiques et de développement. À cela s'ajoute un contexte humanitaire marqué par plus d'un million de personnes en situation de déplacement — réfugiés, déplacés internes et retournés — qui exerce une pression considérable sur les capacités d'accueil et de prestation de services.

La situation sanitaire du pays demeure préoccupante : difficultés d'accès aux soins, pénurie de personnel qualifié, insuffisance des infrastructures, éloignement géographique et faiblesse des réseaux de transport limitent fortement la prévention et le traitement des maladies.

La stratégie 2023-2026 de la Coopération suisse, articulée autour de trois axes prioritaires (gouvernance et paix, accès aux services de base, perspectives économiques), s'aligne sur le Plan national de développement sanitaire et vise à garantir un accès équitable et de qualité aux services de santé à tous les niveaux.

C'est donc dans ce contexte que s'inscrit cette évaluation qui doit notamment contribuer à la réflexion sur l'appui de la Coopération Suisse pour les prochaines années.

Objectifs de l'évaluation

L'évaluation porte sur l'ensemble du portefeuille santé au Tchad, couvrant trois projets aux temporalités différentes, dont l'un est achevé depuis plusieurs années, sur la période 2014-2024. L'objectif général de l'évaluation est de contribuer à améliorer la gouvernance et l'offre de services de santé de qualité, tout en analysant les résultats obtenus et les processus mis en œuvre, afin de tirer des enseignements utiles pour l'avenir.

L'évaluation poursuit un double objectif : rétrospectif, en appréciant la performance selon les critères du CAD (pertinence, efficacité, impact, etc.) et en intégrant les dimensions genre et inclusion ; et prospectif, en identifiant les opportunités, bonnes pratiques et conditions favorables à de futurs appuis, sur la base des forces et faiblesses constatées.

Plus spécifiquement, l'évaluation examine l'adéquation des interventions avec les besoins et priorités des populations et parties prenantes, mesure les effets positifs ou négatifs, intentionnels ou non, apprécie la durabilité des résultats et le degré d'appropriation à tous les niveaux du système sanitaire, évalue le niveau d'institutionnalisation dans le système national et propose des options stratégiques pour la poursuite de l'engagement suisse.

Méthodologie

La portée de l'évaluation est basée sur les critères standards d'évaluation qui sont définis par l'OCDE/CAD. A ces critères, s'ajoutent les questions additionnelles relatives au contexte politique et humanitaire du Tchad qui porte sur la coordination et la cohérence de la réponse globale dans la

mise en œuvre du portefeuille santé de la Coopération Suisse au Tchad et de sa logique d'intervention comme stratégie d'offre de service de base à la population. Les critères utilisés sont : (i) la pertinence, (ii) la cohérence, (iii) l'efficacité, (iv) l'efficience, (v) la pérennité/durabilité, (vi) l'Impact (vii) le genre.

Pour atteindre les objectifs de l'évaluation, nous avons suivi une approche visant à analyser les facteurs de performance et les contraintes au niveau du portefeuille en fonction des objectifs de la Coopération Suisse et des résultats attendus en lien avec les dimensions suivantes : contexte, gouvernance et coordination, accès aux services de base. La combinaison de l'analyse pragmatique et l'analyse des besoins opérationnels à travers l'examen des facteurs et contraintes de mise en œuvre de l'approche, nous a permis de mieux répondre aux questions soulevées dans les termes de référence.

La mission d'évaluation s'est déroulée à distance et au Tchad (N'Djamena) puis dans les provinces de Batha et Moyen Chari. La rencontre de plusieurs acteurs du secteur sanitaire lors de plusieurs séances de travail et d'échanges a permis d'obtenir une vue d'ensemble du portefeuille suisse et du regard des autres acteurs sur les différentes interventions. Les échanges ont également permis d'obtenir des points de vue sur les perspectives à venir tout en confrontant la grande diversité des points de vue entre acteurs opérationnels et les PTFs (Partenaires Techniques et Financiers).

Une combinaison de méthodes a été utilisée pour réaliser cette évaluation: (i) revue de la littérature ; (ii) entretiens individuels ou de groupe ; (ii) observations sur le terrain et méthodes quantitatives ; (iv) récoltes de données SIS et analyse des données collectées.

Les entretiens avec les acteurs clés et les observations menées sur le terrain ont permis une triangulation des informations et de la revue de la littérature, ainsi que l'analyse des données quantitatives et qualitatives.

Résultats et principales conclusions

La Suisse est un acteur clé dans l'appui au renforcement du système de santé au Tchad. Le portefeuille santé de la DDC a induit des transformations importantes sur le système de santé au Tchad, notamment via : l'augmentation de la couverture santé dans les districts sanitaires qu'elle a appuyés; des actions positives sur les systèmes d'information sanitaires à travers le DHIS2 ; l'appui à l'amélioration de la couverture santé universelle (CSU) dans sa phase de démarrage.

Pour rappel, l'amélioration de la qualité et l'accessibilité des services de santé constituent un préalable indispensable à la mise en place d'une offre de soins de qualité, condition essentielle au déploiement de la Couverture Sanitaire Universelle.

Également, l'introduction d'innovations telles que l'approche « Une seule santé » et les interventions en nutrition, en privilégiant la prévention dans une démarche multisectorielle ont permis de renforcer la convergence des actions de nutrition sensibles au sein des communautés.

Ces orientations montrent la pertinence et l'importance du portefeuille santé, qui s'est imposé pendant 10 ans comme un levier financier majeur pour impulser des changements durables au bénéfice de la population. Mais également des sites d'expérimentation de meilleures pratiques par exemple en ce qui concerne le système d'information sanitaire.

La contribution suisse à travers le portefeuille de la santé, a été pertinente aux regards de l'environnement global car elle intervenait sur les problèmes prioritaires des populations en matière de santé. Notamment, les problèmes liés à la santé maternelle et infantile, à la santé

nomade/santé mixte, à la malnutrition et à l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement. **Les objectifs, les résultats attendus et les activités programmés** sont cohérents par rapport aux politiques et stratégies du ministère de la santé publique, des autres ministères connexes et par rapport aux grandes orientations des actions de la DDC au Tchad.

Un bilan contrasté en termes d'efficacité et d'efficiency.

Les mutuelles de santé, bien que pertinentes dans leur conception, n'ont pas réussi à s'imposer dans un contexte socio-économique défavorable. L'absence de financement étatique durable et le retrait de l'Union européenne ont compromis leur viabilité. Leur gestion autonome sans appui externe reste un défi majeur, et l'État tchadien ne les considère pas comme un levier prioritaire de sa stratégie de CSU. Leur abandon en cours de route apparaît donc cohérent.

Pour le programme d'appui aux Districts Sanitaires, l'impact du portefeuille est néanmoins tangible dans les zones appuyées : taux de vaccination complète supérieur à 70 %, accouchements assistés atteignant en moyenne 60 % et une augmentation significative du taux de fréquentation pour la consultation curative dans les centres de santé. Toutefois, seule une évaluation approfondie spécifiques centrée sur l'impact permettrait de mesurer l'effet réel sur la mortalité materno-infantile et les changements de comportements de santé. Quoi qu'il en soit, le manque de convergence géographique entre projets a par ailleurs limité les synergies, réduisant l'effet de levier global et l'impact systémique à l'échelle nationale.

Des approches multisectorielles prometteuses mais inachevées.

En nutrition, l'approche Nexus a montré son efficacité, notamment dans la réduction de la mortalité et de la morbidité liées à la malnutrition dans le Logone oriental. Mais l'arrêt du projet sans stratégie de sortie ni articulation claire avec l'agriculture, l'eau ou la protection sociale a fragilisé les acquis. Une relance multisectorielle consolidée pourrait permettre d'obtenir des résultats durables : réduction de la malnutrition aiguë et chronique, meilleure intégration des services nutritionnels dans le paquet de soins, et renforcement de la résilience des communautés.

L'approche One Health a produit des avancées concrètes, comme la vaccination conjointe des populations nomades et de leur cheptel, ou la détection précoce de certaines épidémies. Toutefois, son déploiement est resté centré sur la santé humaine et animale, sans intégrer pleinement les dimensions transversales (environnement, mobilité, accès à l'eau, éducation, gestion des ressources naturelles), pourtant essentielles à une vision holistique.

L'aspect genre a été fortement encouragé durant le cycle de financement couvert avec une implication bien plus nette des femmes dans les différents groupements et comités. Des avancées notables ont été observées, notamment la valorisation des femmes leaders communautaires et l'implication croissante dans les instances locales. Toutefois, ces avancées restent limitées et localisées. L'approche « genre » devrait donc dans l'avenir être abordée selon une approche de transformation actionnable et équitable pour faire du genre un levier d'efficacité plutôt qu'une simple thématique transversale.

Une problématique centrale : la durabilité.

La principale limite des trois interventions reste la difficulté à assurer la pérennisation et l'appropriation nationale après la clôture des projets. Dans un contexte marqué par des capacités étatiques limitées et des financements nationaux insuffisants, les acquis demeurent fragiles. Il apparaît donc peu pertinent de lancer un nouveau cycle d'appui transversal sans garantie de reprise effective par le ministère de la Santé Publique.

Plus globalement, le système de santé tchadien reste fortement tributaire des financements extérieurs, entraînant une fragmentation des efforts et une planification difficile à long terme. Malgré un alignement affiché sur les politiques nationales, les priorités demeurent largement dictées par les bailleurs, au détriment d'une véritable appropriation institutionnelle.

Vers un changement de paradigme.

Ces constats illustrent les défis classiques de la coopération internationale dans les contextes fragiles : concilier innovation et simplicité, favoriser l'appropriation locale, et composer avec la volatilité des financements. Pour maximiser son impact, la DDC gagnerait à passer d'une logique de projets dispersés à une démarche sectorielle intégrée et co-construite, visant explicitement le renforcement des capacités de pilotage et de financement nationales.

Sans cette réorientation, les investissements risquent de maintenir le système dans une relation de dépendance, limitant la portée transformative de la coopération suisse. **L'évaluation diagnostique clairement les problèmes de durabilité, d'appropriation et de mesure d'impact, qui devront guider les choix futurs.**

Recommandations transversales (méthodologiques et institutionnelles)

En conclusion, **la recommandation stratégique primordiale – sous réserve du choix politique de la DDC de maintenir ou non son investissement dans le secteur de la santé au Tchad** – est d'opérer une transition fondamentale : celle d'évoluer d'un financeur de projets vers un partenaire du renforcement systémique. Ce repositionnement exige de privilégier la profondeur et la qualité de l'appui institutionnel au détriment de la quantité d'activités mise en œuvre. Il appelle un engagement à la fois plus politique et plus technique, ainsi qu'une certaine forme de patience et d'humilité pour agir dans une perspective de long terme et accepter la nature souvent indirecte de l'impact transformationnel.

1. Se concentrer sur des Interventions "Structurelles et Transformatrices"

Objectif : Cibler les goulots d'étranglement systémiques qui entravent tout le système de santé, plutôt que de produire des outputs isolés.

Recommandation : Réorienter les investissements vers le renforcement des systèmes de base qui permettent la pérennité en ayant une approche d'appui stratégique :

- **One health** : potentiel de faire évoluer la santé mixte vers une stratégie nationale « one health », intégrant santé, environnement, élevage, santé nomade, etc.)
- **Financement de la Santé** : Abandonner le soutien direct aux Districts Sanitaires et se concentrer sur l'appui à la CSU
- **Prévention de la malnutrition** : potentiel d'approche multisectorielle (santé, éducation, accès à l'eau, etc.) en appuyant la mise en œuvre des stratégies nationales comme la NAC et l'ANJE et surtout en intégrant les autres programmes de la DDC au Tchad
- **Gestion des Ressources Humaines** : Appuyer la création d'un centre de formation continue intégrée au plan de carrière et la motivation du personnel de santé (voir le modèle de la formation intégré à la faculté de science humaine et médicale dans le cadre du projet FORMANUT)
- **Jouer un Rôle de "Facilitateur Stratégique" et de Plaideur** : un plaidoyer conjoint dans le cadre du dialogue politique (PTFs) auprès de l'Etat Tchadien pour augmenter la part budgétaire allouée à la santé

-
- **Genre et Equité** : promouvoir l'autonomie économique des femmes (avoir l'accès et le contrôle des moyens de production) dans une approche transversale et multisectorielle (potentiel avec les autres projets et programmes non santé de la DDC)

2. Intégrer Explicitement la Sortie et la Transition dès la Conception de programmes/projets

Objectif : Garantir la durabilité des actions après le retrait de l'aide suisse.

Recommandation : Instituer l'obligation d'un "Plan de Sortie et de Transition" coconstruit avec le Ministère de la Santé Publique pour toute nouvelle intervention.

Ce plan doit inclure :

- Dès le début du projet, une analyse des coûts récurrents et une stratégie claire pour leur reprise progressive par le budget national ou d'autres sources de financement internalisées.
- Un calendrier progressif de transfert de responsabilités de la gestion opérationnelle du projet vers les institutions nationales.

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte du programme de coopération

La Coopération Suisse intervient au Tchad depuis plusieurs années pour soutenir les efforts du gouvernement à améliorer **la gouvernance, la lutte contre la pauvreté ainsi que l'accès aux services de base de la population**. La logique d'intervention de la Coopération Suisse pour induire le changement, tient en effet compte du contexte général (social, économique, sanitaire, politique).

Le Tchad, pays enclavé situé en Afrique centrale avec une population de 17 958 641 habitants (2022) fait face à **d'importants défis sécuritaires, climatiques et de développement**. A cela s'ajoute un contexte humanitaire dégradé caractérisé par des mouvements de populations avec plus d'un million de personnes en situation de déplacement (réfugiés, déplacés internes et rentrés tchadiens).

En dépit de la mise en œuvre de différentes stratégies de développement, **le Tchad reste l'un des pays les plus pauvres au monde**. En effet, selon l'Indice de Développement Humain (IDH), il était classé au 185^e rang sur 188 en 2015 contre 189^e en 2014.¹ Le Tchad a une économie essentiellement fondée sur **l'agriculture, l'élevage et une exploitation limitée des ressources naturelles**. La découverte du pétrole a permis de générer des revenus, mais cette richesse n'a pas toujours été redistribuée équitablement, aggravant ainsi les inégalités. **L'isolement géographique**, combiné à des **infrastructures insuffisantes**, complique l'accès aux marchés régionaux et internationaux, freinant **le développement et la diversification économique**.

Le **contexte social tchadien** est caractérisé par une grande diversité ethnique et culturelle, et de grandes disparités entre zones urbaines et rurales qui se manifestent dans l'accès aux services essentiels, tels que **la santé, l'éducation et l'Accès à l'Eau Potable (AEP)**. Le taux d'alphabétisation reste faible (arabe et français), et une partie importante de la population vit sous le seuil de pauvreté. Les femmes et les jeunes sont particulièrement vulnérables et font face à des obstacles en termes **d'opportunités économiques et d'inclusion sociale**.

La situation sanitaire du Tchad demeure préoccupante et reflète un **ensemble de défis structurels majeurs**. Ce pays, caractérisé par son vaste territoire et une population majoritairement rurale, fait face à des difficultés d'accès aux soins, à une pénurie de personnel médical qualifié et à des infrastructures sanitaires souvent insuffisantes et mal équipées. Dans de nombreuses régions, l'éloignement géographique et la faiblesse des réseaux de transport limitent l'accès aux centres de santé, entravant ainsi la prévention et le traitement des maladies.

Les indicateurs de santé du Tchad figurent parmi les plus faibles de la sous-région. **Les taux de mortalité infantile et maternelle demeurent élevés**, comme le rappellent les Termes de Référence de cette évaluation, en raison notamment de la malnutrition chronique, de la persistance des maladies infectieuses et d'un accès limité à des soins de qualité. La malnutrition, particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans, est aggravée par l'insécurité alimentaire, les conditions climatiques défavorables et les tensions liées aux conflits locaux. Par ailleurs, des maladies telles que le paludisme — première cause de consultation, d'hospitalisation et de décès —, la tuberculose

¹ Selon le rapport **sur le développement humain 2023-2024** du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)

et le VIH/SIDA constituent des défis majeurs pour le système de santé, malgré les initiatives de prévention et de traitement mises en œuvre par le gouvernement et ses partenaires.

Les dépenses publiques de santé sont globalement en recul depuis 2014, avec une forte baisse enregistrée en 2015, alors même que les besoins de la population ne cessent de croître. Bien que la Déclaration d'Abuja, adoptée par les pays africains, recommande d'allouer 15 % du budget général de l'État au secteur de la santé, le budget accordé en 2019 ne représentait que 6,85 % des dépenses publiques. Les dépenses de santé par habitant s'élèvent à environ 4 000 FCFA (7 \$), soit bien en deçà du minimum de 17 130 FCFA (30 \$) à 22 840 FCFA (40 \$) recommandé par l'OMS pour les pays à faible revenu.

Le Plan national de développement (PND) 2017-2021 visait à poser les bases permettant au Tchad de devenir un pays émergent à l'horizon 2030, conformément à la « Vision 2030 » définie par les autorités nationales. Cependant, les progrès dans l'atteinte des Objectifs de développement durable (ODD) restent limités, à l'exception de l'ODD 6 : le taux d'accès à l'eau potable atteint actuellement 63 %, bien que les données soient peu fiables et masquent d'importantes disparités. En matière d'assainissement, la couverture demeure faible, à seulement 20,2 % (MICS 2019).

Pour répondre à ces défis, le gouvernement, en partenariat avec des organisations internationales et des ONG, a lancé plusieurs réformes visant à renforcer le système de santé. Celles-ci incluent la modernisation des hôpitaux, la mise en œuvre de la Couverture sanitaire universelle avec la création de la Caisse nationale d'assurance santé, ainsi que la digitalisation du système d'information sanitaire, notamment à travers l'adoption de la plateforme DHIS2.

Afin de poursuivre ces efforts, le pays s'est doté du quatrième Plan national de développement sanitaire (PNDS 4) couvrant la période 2022-2030. Toutefois, le principal obstacle à la concrétisation de ces réformes demeure le déficit de financement de l'État, qui rend indispensable l'appui continu des partenaires internationaux. C'est donc dans ce contexte que s'inscrit cette **évaluation** qui doit notamment contribuer à la réflexion de l'appui de la **Coopération Suisse** pour les prochaines années.

La stratégie de la coopération suisse 2023-2026 avec ses trois axes prioritaires (gouvernance et paix, accès aux services de base, perspectives économiques) s'inscrit dans les orientations du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) en appuyant en effet le domaine de la santé, pour favoriser des services de santé de qualité et équitables à tous les niveaux.

1.2 Contexte de l'Evaluation

L'**évaluation** porte sur l'ensemble du portefeuille santé de la Coopération Suisse au Tchad, qui est constitué de **3 projets** qui, pour certains, ont déjà fait individuellement l'objet d'une évaluation. Elle porte sur la **période allant de 2014 à 2024**, avec des projets dont les durées et les périodes d'activité dans cet intervalle sont différentes.

Il s'agit d'avoir un regard analytique sur ces projets, mis en œuvre dans le cadre du portefeuille de la santé de la Coopération suisse. Il est cependant ici à noter que ces trois projets ne convergent pas du point de vue localisation (ne couvrent pas les mêmes districts sanitaires) et ont des thématiques qui ne convergent pas.

1. Le projet de promotion des mutuelles de santé au Tchad (2009 - 2019) s'était aligné sur la politique nationale de santé 2016 – 2030 et avait centré ses actions sur l'accès et la qualité des offres de soins dans les provinces du Logone oriental, du Mandoul, du Mayo Kebbi Est, du Mayo Kebbi Ouest et du Moyen Chari.

Objectifs principaux:

- Améliorer la couverture santé via les mutuelles communautaires.
- Réduire les barrières financières par des mécanismes de solidarité.
- Renforcer la qualité des soins dans les structures partenaires.
- Favoriser l'inclusion des femmes et des groupes marginalisés.

Approches clés:

- Renforcement institutionnel des mutuelles.
- Partenariat avec les autorités, ONG locales et communautés.
- Modèle de financement durable basé sur les cotisations et subventions.

Résultats attendus:

- Augmentation des membres couverts.
- Réduction des dépenses de santé catastrophiques.
- Amélioration de la gouvernance et des services.

2. Le Programme de sécurité nutritionnelle des populations hôtes et réfugiées du Logone oriental (2022 - 2025) avait pour objectif la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile des populations hôtes et réfugiées.

Objectifs principaux:

- Réduire la malnutrition chez les enfants et les femmes vulnérables.
- Renforcer les capacités communautaires en éducation nutritionnelle.
- Améliorer l'accès aux soins et aliments nutritifs.
- Promouvoir les bonnes pratiques nutritionnelles et d'hygiène.

Approches clés:

- Dépistage et traitement communautaire.
- Promotion de cultures nutritives et petits élevages.
- Implication des femmes dans l'éducation et les AGR.
- Coordination avec autorités et partenaires.

Résultats attendus:

- Diminution des cas de malnutrition.
- Meilleure connaissance des pratiques nutritionnelles.
- Systèmes communautaires renforcés.
- Intégration communautaire et sociale des réfugiés.
- Gestion et distribution responsables des ressources environnementales.

3. Le Programme d'appui aux districts sanitaires au Tchad - PADS (2014 - 2027) s'est aligné sur un des objectifs de la vision stratégique de l'Etat tchadien à l'horizon 2030, L'appui du PADS devait contribuer à améliorer la gouvernance des services de santé dans les districts sanitaires des provinces du Batha et du Moyen Chari et à accompagner le développement de la couverture santé universelle.

Objectifs principaux:

- Renforcer la gestion des districts sanitaires.
- Améliorer l'offre de soins de santé primaire.
- Promouvoir la gouvernance locale et la participation communautaire.
- Étendre la couverture sanitaire aux groupes vulnérables.

Approches clés:

- Formation des acteurs de santé.
- Réhabilitation des FOSA, fourniture d'équipements et médicaments essentiels.
- Mobilisation communautaire via les comités de santé.
- Alignement sur les politiques nationales (PNDS).

Résultats attendus:

- Meilleure performance des districts sanitaires.
- Extension des services essentiels (vaccination, soins maternels).
- Renforcement de la participation citoyenne.

Ce portefeuille vise l'**amélioration de la gouvernance** et de l'**offre de qualité de services de base** dans le cadre de l'approche Suisse sur le Développement humain dont le message clé pour la période 2021-2024 est : Sauver des vies, fournir des services de base de qualité – notamment éducation et santé – et contribuer à la diminution des causes de la migration irrégulière et du déplacement forcé.

L'objet final de cette évaluation est de dégager une vision globale de l'appui que la Suisse a fourni dans le secteur de la santé au Tchad au cours des dix dernières années et de ses perspectives pour le futur. Également d'analyser la logique d'intervention de différents partenaires impliqués dans la mise en œuvre opérationnelle du portefeuille de la santé de la Coopération Suisse au Tchad.

Il s'agit de faire une analyse objective par rapport aux résultats obtenus, c'est-à-dire par rapport aux acquis de l'intervention et au processus ayant conduit à ces résultats ; de tirer des conclusions sur les leçons apprises et autres éléments probants permettant de confirmer la pertinence, l'efficacité et surtout l'impact du portefeuille dans l'amélioration de la couverture et de l'accessibilité aux services de santé.

L'évaluation à un double objectif :

- **Rétrospectif** : Apprécier la performance des interventions en se basant sur les critères CAD avec un accent plus particulier sur la pertinence, l'efficacité et l'impact. Également prendre en compte les dimensions genre et inclusion dans l'appréciation de la performance.

- **Prospectif :** Identifier les opportunités d'appui en vue d'une éventuelle suite des appuis santé ou autre de la Coopération Suisse. Tirer les leçons et identifier les bonnes pratiques qui pourront être prises en compte dans les orientations stratégiques futures de la Coopération Suisse dans le secteur de la santé sur la base de l'analyse des points forts et des points faibles.

De manière spécifique, cette évaluation doit permettre de:

- Apprécier dans quelle mesure les objectifs et la conception des interventions correspondent aux besoins et aux priorités des populations et des parties prenantes impliquées ;
- Apprécier dans quelle mesure les interventions du portefeuille ont produit des effets importants et de vaste portée, positifs ou négatifs, intentionnels ou non ;
- Apprécier dans quelle mesure les bénéfices ou résultats des interventions du portefeuille sont susceptibles de perdurer pour les populations et les principales parties prenantes ;
- Apprécier le niveau d'appropriation des acteurs de différents niveaux central, intermédiaire et périphérique du système sanitaire ;
- Identifier jusqu'à quel point les aspects des projets du portefeuille sont institutionnalisés dans le système sanitaire ;
- Proposer des options et conditions pour la suite de l'intervention de la Suisse dans le secteur de la santé au Tchad.

L'analyse s'est appuyée sur les éléments probants issus de la mise en œuvre des trois projets/programmes opérationnels du portefeuille de la santé présentés ci-dessus : (i) Le renforcement du système de santé : le programme d'Appui aux Districts Sanitaires au Tchad 2014-2027, (ii) La lutte contre l'insécurité alimentaire et nutritionnelle : le programme de Sécurité Nutritionnelle des populations hôtes et réfugiées du Logone oriental 2022-2025, (iii) La lutte contre les barrières financières : le Projet de promotion des mutuelles de santé au Tchad 2009-2019.

Une analyse a été faite sur les questions transversales (**genre, inclusion, environnement, droits de l'homme, autres, etc...**) ; comme **levier d'efficacité** avec une **participation active des femmes** dans les différents niveaux de responsabilité au niveau sanitaire et social.

La **portée de l'évaluation** est basée sur les **critères standards de l'évaluation** qui sont définis par l'OCDE/CAD. A ces critères s'ajoutent les critères additionnels relatifs au **contexte politique et humanitaire** du Tchad qui porte sur la coordination et la cohérence de la réponse globale dans la mise en œuvre du portefeuille santé de la Coopération Suisse au Tchad et de sa logique d'intervention comme stratégie d'offre de service de base à la population.

Les critères utilisés sont donc : (i) la **pertinence**, (ii) la **cohérence**, (iii) **l'efficacité**, (iv) **l'efficience**, (v) la **pérennité/durabilité**, (vi) **l'Impact** (vii) **le genre**.

2 METHODOLOGIE

Afin de mener bien et à terme cette évaluation, et en tenant compte des Termes de Référence (cf. annexe) et de la réunion de cadrage et du débriefing, avec la DDC-TCHAD, une approche participative avec les acteurs clés de la mise en œuvre et bénéficiaire a été utilisée

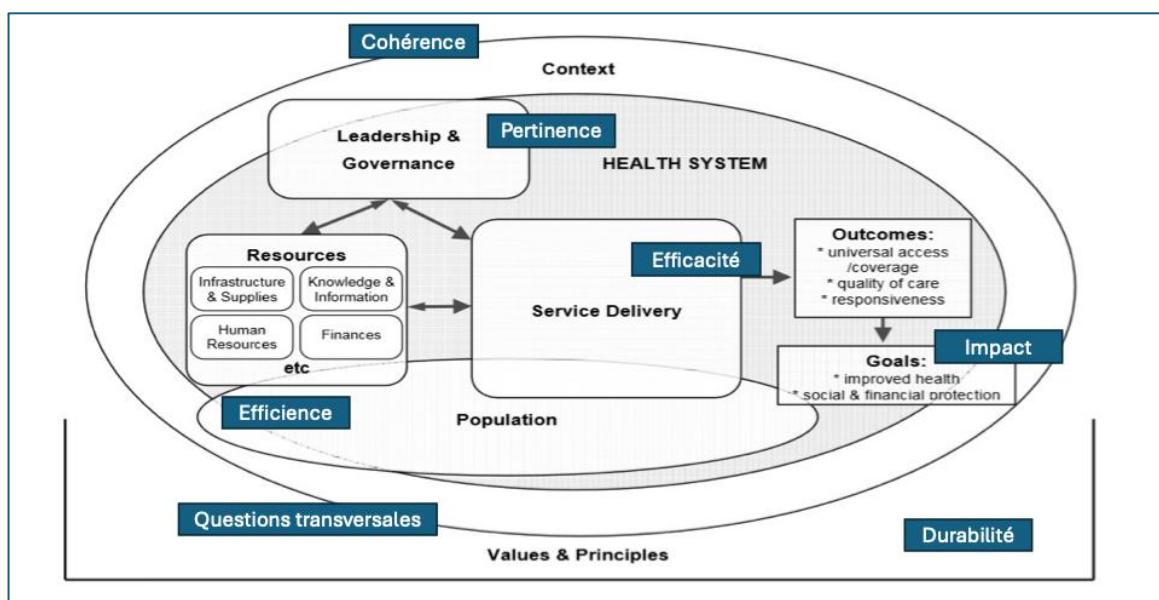
L'objectif était surtout d'analyser **la pertinence, l'efficacité et l'impact** du programme en vue de faire des propositions de pistes pour une réflexion stratégique autour de possibles futures interventions qui permettront à la DDC de renforcer les acquis de ces interventions en matière de santé au Tchad. Cependant il a fallu également analyser la durabilité de l'action dans un contexte où la DDC au Tchad veut capitaliser sur les acquis.

2.1 Cadre conceptuel de l'évaluation du programme

Pour atteindre au mieux les objectifs de cette évaluation, nous avons adopté une approche permettant d'analyser les facteurs de performance ainsi que les contraintes du portefeuille, en lien avec les objectifs de la Coopération suisse et les résultats attendus. Cette analyse s'articule autour de trois dimensions principales : le contexte, la gouvernance et la coordination, ainsi que l'accès aux services de base.

En combinant une analyse pragmatique avec l'identification des besoins opérationnels, à travers l'étude des facteurs et contraintes de mise en œuvre, nous avons pu répondre de manière plus précise aux questions formulées dans les Termes de Référence.

Pour traiter les questions et objectifs spécifiques de l'évaluation, nous avons retenu un modèle d'analyse combinant le cadre de l'OMS et celui proposé par Van Olmen (figure 1).



Source: Van Olmen J, Criel B, van Damme W and all: *Analysing Health System Dynamics: a framework*. In *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 28. 2nd edition. Antwerpen : ITGpress ; 2012

Ce choix est dicté par le fait que le portefeuille santé de la DDC vise l'amélioration des indicateurs clés de santé et de renforcer le système de santé.

L'analyse est faite au regard du contexte, de la gouvernance, de la coordination, des ressources (financières, humaines), de l'offre de services ainsi que le niveau d'implication des bénéficiaires ou les communautés concernées.

Cette démarche a permis d'analyser les facteurs ayant favorisé l'accès de la population en général et surtout des plus vulnérables aux services de santé dans les zones couvertes par le portefeuille de la santé de la DDC, avec un accent mis sur l'amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé, la promotion de l'équité, et le genre en matière d'accès aux soins.

2.2 Méthodes d'évaluation

La mission d'évaluation s'est déroulée à distance et au Tchad (N'Djamena) puis dans les provinces de Batha et Moyen Chari. La rencontre de plusieurs acteurs du secteur sanitaire (liste disponible en annexe 2) lors de plusieurs séances de travail et d'échanges a permis d'avoir une vue d'ensemble du portefeuille suisse et du regard des autres acteurs sur les différentes interventions. Les échanges ont également permis d'obtenir des points de vue avec les différents acteurs sur les perspectives à venir tout en confrontant la grande diversité des points de vue entre acteurs opérationnels et les PTF (Partenaires Techniques et Financiers).

Une combinaison de **méthodes qualitatives et quantitatives** a été utilisée pour réaliser cette évaluation : (i) revue de la littérature ; (ii) entretiens individuels ou de focus group ; (iii) observations sur le terrain (iv) récoltes de données SIS et analyse des données collectées. Les entretiens et les observations ont permis la triangulation des informations et la revue de la littérature, ainsi que l'analyse des données quantitatives et qualitatives. Dans le cadre des entretiens, des acteurs clés ont été contactés et des discussions ont été menées avec les bénéficiaires directs (institutionnels, les populations cibles) ainsi que les bénéficiaires indirects.

2.3 Organisation et contraintes de la mission

L'évaluation a duré 37 jours ouvrables. Les premiers jours à distance ont permis des échanges avec l'équipe de la DDC pour une réunion de cadrage de l'évaluation. A partir du 9 juin 2025, une mission terrain au Tchad, a permis à l'équipe d'évaluation d'avoir des rencontres et des entretiens avec les acteurs clés aussi bien à N'Djamena, dans les provinces sanitaires du Batha et du Moyen Chari.

Voir les détails dans le chronogramme en annexe (temps mission terrain, lieu et équipe terrain).

3 RESULTATS DE L'EVALUATION

3.1 Influence du contexte

Le **portefeuille de la santé** a pour objectif de contribuer au **renforcement du système de santé** par le renforcement de la gouvernance du secteur et en contribuant aux réformes structurelles et systémiques pour l'accès aux soins de bonne qualité.

Dans le cadre de cette évaluation, un regard global a été considéré, pour une analyse en bloc du portefeuille sans analyser séparément les 3 projets.

Signalons que l'analyse tient compte des éléments contextuels majeurs apparus durant la période de mise en œuvre en vue d'apprecier l'adaptabilité ou flexibilité du portefeuille de la santé dans sa dimension opérationnelle. Les évènements majeurs qui, depuis 2014, ont fragilisé davantage le contexte général du pays sont :

- **L'accentuation du phénomène « El Nino »** : impacts significatifs sur la sécurité alimentaire au Tchad, aggravant principalement les sécheresses et les perturbations climatiques, ce qui a affecté l'agriculture, l'élevage et les moyens de subsistance des populations. On note également le déplacement et l'allongement de la période de soudure, exacerbant les vulnérabilités préexistantes du Tchad, entraînant presque 40% de la population dans l'insécurité alimentaire selon la dernière analyse du Cadre Harmonisé (juin 2024).
- **La crise de la pandémie Covid-19** : a accentué les inégalités socio-économiques, avec une augmentation de la vulnérabilité générale, entraînant la dépendance accrue à l'aide internationale. La Covid-19 a ralenti la lutte contre la pauvreté, la faim et l'éducation (Objectifs de Développement Durable) pour un pays qui reste très vulnérable aux chocs externes.
- **La crise politique et sécuritaire au Soudan** : a entraîné des conséquences majeures sur le Tchad, tant sur le plan humanitaire, économique que sécuritaire. Plus de 600 000 réfugiés soudanais ont fui vers le Tchad (UNHCR, juin 2024). Plus de 170 000 Tchadiens revenus du Soudan (où ils travaillaient) se retrouvent au Tchad sans ressources. Selon les rapports du HCR et de la Banque mondiale, le Tchad est l'un des pays qui supporte la **charge la plus lourde** pour l'accueil des réfugiés, compte tenu de ses propres défis économiques et humanitaires (insécurité alimentaire, pauvreté, etc.).
- **La crise de financement avec la diminution des fonds des APD** (Aide Publique au Développement) d'une manière générale et en particulier de manière récente **de l'aide américaine (USAID)** : En 2024, l'APD a reculé pour la première fois en six ans. On remarque en général, chez les PTFs une diminution de l'aide à la santé (UE, USAID). Pour 2025, les prévisions annoncent une baisse supplémentaire de près de 20 %.

3.2 Observation générale sur les trois projets (fiches signalétiques)

3.2.1 Le projet de mutuelles de santé

Ce projet était inscrit dans une logique d'amélioration de l'accès aux soins de santé pour les populations vulnérables, notamment dans un contexte où le système de santé tchadien fait face à des défis majeurs (financement insuffisant, faible couverture sanitaire, précarité économique des ménages).

Les résultats de ce projet visaient : (i) une augmentation de l'adhésion aux mutuelles avec un effet de réduction partielle au financement direct des soins pour les adhérents, (ii) une amélioration de l'accès aux soins : Au cours du projet ,les bénéficiaires des mutuelles ont signalé une meilleure fréquentation des centres de santé, notamment pour les femmes et enfants, (iii) une sensibilisation et mobilisation communautaires : Des campagnes ont permis d'expliquer le principe de mutualisation, bien que des réticences aient persisté (méfiance envers les systèmes collectifs, faible capacité contributive, etc.).

Malgré les efforts déployés, **les mutuelles supportées ont grandement peiné à atteindre l'autonomie financière** sans subventions externes, en raison notamment de la faible capacité contributive des populations. Par ailleurs, leur couverture géographique reste limitée : **le projet cible principalement des zones urbaines ou semi-urbaines, laissant à l'écart les régions rurales fortement marginalisées.** Enfin, dans l'ensemble, l'impact des mutuelles sur le fonctionnement des structures sanitaires demeure restreint, en partie à cause des ruptures d'approvisionnement en médicaments dans les CS et du manque de personnel qualifié. À noter que n'étant pas ciblé sur les mêmes zones géographiques que le PADS **aucune synergie n'a pu être obtenue entre ces deux projets.**

Le contexte socio-économique complique par ailleurs le versement régulier des cotisations. Enfin la situation a été aggravée par le retrait de l'Union européenne du financement des mutuelles associées à la faible contribution et un faible soutien de l'État, ce qui fragilise davantage la viabilité de celles-ci. Enfin, il semble que **le gouvernement s'oriente désormais vers d'autres mécanismes pour la couverture sanitaire universelle, reléguant l'option des mutuelles au second plan.**

3.2.2 Le projet nutritionnel

Il ciblait à la fois les populations hôtes et les réfugiés, s'inscrivait dans une logique « NEXUS » en visant à lutter contre la malnutrition aiguë et chronique dans un contexte marqué par l'insécurité alimentaire, les déplacements forcés et la pression sur les ressources locales. L'approche inclusive du projet devait permettre une réduction relative des tensions entre réfugiés et populations hôtes grâce à une distribution équitable des ressources.

Le projet semble avoir permis un dépistage et une prise en charge accrue avec une augmentation du nombre d'enfants dépistés et traités pour malnutrition aiguë grâce aux relais communautaires et aux centres nutritionnels soutenus, un taux de guérison amélioré dans les zones d'intervention ($> à 75\%$), une sensibilisation plus efficace avec l'adoption accrue de l'allaitement maternel exclusif et des pratiques d'alimentation complémentaire (grâce aux formations des mères et aux campagnes médiatiques).

Cependant, l'arrêt précoce du projet, la pénurie de personnel qualifié et les ruptures de stocks en intrants nutritionnels assez fréquentes (aliments thérapeutiques, médicaments) ont limité son impact, les communautés réfugiées et déplacées continuant de rester largement tributaires de l'aide alimentaire d'urgence, faute de solutions durables.

Au total, le projet a sauvé des vies et stabilisé des situations critiques, mais **son impact est resté fragile** en l'absence de solutions durables (développement agricole, systèmes de protection sociale).

3.2.3 Le Programme d'Appui aux Districts Sanitaires (PADS)

À travers ce projet en cours depuis déjà une dizaine d'années, des résultats significatifs ont été enregistrés en matière de renforcement des capacités locales, notamment grâce à la formation des acteurs impliqués.

Les gestionnaires de districts ainsi que le personnel de santé (infirmiers, sages-femmes) ont ainsi été formés à la planification sanitaire, à la gestion des stocks et au suivi épidémiologique, etc. On observe également des progrès dans la collecte et l'analyse des données sanitaires, en particulier en matière de surveillance épidémiologique. Avec le DHIS2, une meilleure complétude et promptitude d'envoi des données par les structures sanitaires ont été observées. Par ailleurs, la formation continue des médecins à la chirurgie de district démarrée dans le cadre de ce projet a permis d'améliorer la qualité de la prise en charge des urgences chirurgicales. Les investissements consentis notamment au niveau des hôpitaux de district ciblés semblent également avoir eu un effet positif important.

De manière générale, dans les zones appuyées, l'accès aux soins et leur qualité se sont améliorés, tout comme la fréquentation des centres de santé. Ces progrès sont notamment la conséquence à de l'amélioration de la qualité des soins obtenus, aux actions de sensibilisation communautaire et à la réduction des barrières financières grâce à certains mécanismes de subvention.

Au total ces diverses interventions ont eu des effets positifs sur plusieurs indicateurs clés, tels que l'augmentation du nombre d'accouchements assistés, la couverture vaccinale des enfants et l'augmentation des CS au niveau curatif.

Le PADS a également contribué à l'amélioration de l'environnement de travail, notamment par la réhabilitation des formations sanitaires de premier et second niveau de contact, et leur dotation en équipements médicaux de base et en médicaments essentiels — malgré des ruptures d'approvisionnement encore fréquentes.

Par ailleurs, la participation communautaire et la gouvernance locale se sont renforcées grâce à la meilleure implication des comités de santé. Certains districts ont constaté une meilleure redevabilité des structures sanitaires envers les populations, ainsi qu'une sensibilisation accrue aux pratiques sanitaires préventives (hygiène, vaccination, planning familial).

3.3 Analyse des critères OCDE

3.3.1 Pertinence

La **pertinence** permet de déterminer dans quelle mesure les objectifs et la conception de l'intervention correspondent aux besoins et aux priorités des bénéficiaires ; ainsi que dans quelle mesure les interventions programmées ont été alignées sur les **politiques et priorités nationales et mondiales**, et sur celles des **autres partenaires et institutions**. On peut aussi relier à ce critère l'examen de l'intégration harmonieuse des différentes composantes du projet pour l'atteinte des buts de ce projet. On parle aussi parfois de « **cohérence interne** ».

L'approche et l'appui du portefeuille de la santé ont été pertinents car ils correspondaient à ceux de la politique nationale de santé 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* » ainsi qu'aux besoins concrets ressentis de la population bénéficiaire de la zone d'intervention.

A travers ces trois projets mis en œuvre, le portefeuille de la santé a agi sur la **problématique de la situation fragile du système de santé au Tchad**, notamment avec :

- **Le PADS** : en assurant à la population des zones ciblées l'accès aux soins de santé de qualité, globaux, intégrés, continus et centrés sur la personne, ce projet a contribué directement au développement socioéconomique du pays en améliorant les indicateurs sanitaires clés de la zone d'intervention, en réduisant le coût de la santé au niveau des dépenses sanitaires des ménages, et en induisant l'amélioration et le renforcement de la gouvernance des services de santé ;
- **Le Programme de sécurité nutritionnelle des populations hôtes et réfugiées du Logone oriental** : ce projet avait pour but d'agir sur la question de l'insécurité alimentaire et nutrition, en fournissant les voies et moyens d'améliorer les indicateurs nutritionnels, la mortalité et la morbidité chez les populations hôtes et les réfugiés, à travers un processus d'autonomisation et de renforcement de la résilience des communautés ;
- **Le Projet de promotion des mutuelles de santé au Tchad.** Ce projet en agissant sur la question de la barrière financière, devait contribuer à l'émergence d'un mouvement mutualiste structuré et fort, prélude d'une approche de micro-assurance santé. De ce point de vue là il était donc pertinent.

Les questions adressées par le portefeuille santé de la DDC, correspondent aux priorités du PNDS-4 et font consensus entre les autorités sanitaires et les PTF. Cet appui fait de la Suisse un acteur clé dans le paysage de la santé, dans le renforcement et la réforme du système de santé tchadien.

L'engagement et les moyens mis par la DDC à travers le portefeuille de la santé sont pertinents du fait de leurs **capacités à augmenter la couverture sanitaire et l'accès aux soins de qualité pour les populations des zones cibles**.

La **promotion de l'accès à des services de santé de base de qualité constitue un objectif central** et un axe structurant de l'ensemble du portefeuille santé. La pertinence du PADS se manifeste par son alignement avec les besoins réels des populations, en s'appuyant sur une approche adaptée au contexte local, marquée par la décentralisation et la mobilisation communautaire. Il s'inscrit également dans une logique de complémentarité avec les autres acteurs présents dans les provinces du Batha et du Moyen-Chari.

Le PADS illustre aussi la dynamique voulue par la Coopération suisse à travers son déploiement en trois phases :

- Phase 1 (2014-2018) : appui concentré sur deux districts sanitaires ;
- Phase 2 (2018-2022) : extension progressive de l'appui ;
- Phase 3 (2023-2027) : couverture de l'ensemble des districts sanitaires des deux provinces, avec une distinction entre districts à appui complet et districts bénéficiant d'un appui partiel.

Pour les mutuelles de santé, l'approche reste intrinsèquement pertinente pour la population tchadienne comme système de protection sociale de proximité et de partage des risques, même si sa viabilité à long terme reste questionable, notamment en raison du changement d'orientation du ministère de la santé en matière de couverture santé universelle.

La pertinence du projet nutritionnel n'est quant à elle pas à questionner dans le contexte d'insécurité alimentaire et nutritionnelle que traverse le pays (aggravée par les différents mouvements de population induits par une situation géopolitique très instable). De surcroit, l'accueil et l'assistance aux réfugiés étant souvent source de tensions sociales, la mise en place d'un projet visant à réduire ces tensions par une approche de coresponsabilité et de gestion responsable des ressources locales constitue une stratégie pertinente, tant pour la prévention des conflits que pour le renforcement du bon voisinage.

Au total, les trois projets combinés à l'action de la DDC elle-même (par exemple en matière de contribution au dialogue sectoriel) visaient à contribuer à :

- l'amélioration de l'offre des soins (réhabilitation, équipement et dotation en médicaments),
- l'amélioration de la qualité et la disponibilité des informations sanitaires (soutien à la mise en place du DHIS2),
- le renforcement des capacités de prestataires de soins (formation en chirurgie de district)
- la mise en place et l'appui aux aspects liés à la CSU (mutuelle de santé, amélioration de l'offre),
- une gouvernance du système de santé plus efficace au niveau local (ex. fédération et sous-fédération de COSAN),
- l'amélioration de la couverture de soins pour les populations nomades (« santé mixte »)
- la lutte contre la malnutrition dans une approche multisectorielle,

Ce qui montre la pertinence du choix des domaines d'intervention de la Coopération Suisse en matière de santé au Tchad dans le contexte de la période couverte.

3.3.2 Cohérence externe

La **cohérence externe** permet de déterminer dans quelle mesure d'autres interventions, en particulier des politiques publiques, appuient ou affaiblissent l'intervention évaluée, et inversement. Il s'agit d'étudier la compatibilité avec les normes et les critères internationaux, avec les politiques et stratégies nationales, avec les interventions des autres bailleurs. La cohérence externe recouvre les notions de complémentarité, d'harmonisation et de coordination, ainsi que la mesure dans laquelle l'intervention apporte une valeur ajoutée à la politique nationale.

Les interventions opérationnelles des trois projets étaient alignées sur les priorités du Plan National de Développement Sanitaire en cours. A travers ces trois projets, on a observé un alignement et une priorisation sur trois thèmes centraux de la politique sanitaire tchadienne : **la santé maternelle et infantile, la lutte contre les maladies infectieuses, et le renforcement des systèmes de santé**.

Ainsi, le portefeuille santé de la Coopération suisse au Tchad présentait une **forte cohérence avec la politique nationale de développement sanitaire**. Ses projets (mutuelles de santé, renforcement des districts sanitaires et programmes nutritionnels) ont ciblé des zones vulnérables et fourni des efforts soutenus pour collaborer avec le Ministère de la Santé tant au niveau central que périphérique. L'alignement stratégique entre la DDC et l'État tchadien en matière de protection sociale en santé, bien que manifeste lors du lancement du projet des mutuelles de santé, n'a pas résisté à la réorientation opérée par les autorités publiques dans le cadre de la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

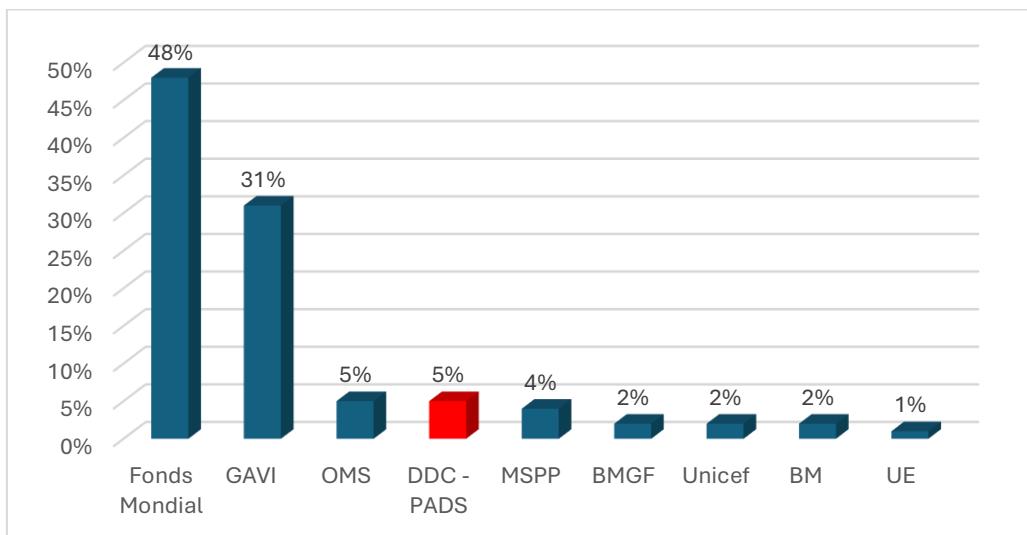
Durant la période, harmonisation et complémentarité se sont fait par ailleurs sentir avec les efforts nationaux et ceux des autres partenaires (OMS, UNICEF AFD, BM, Fonds Mondial, GAVI, etc.).

Néanmoins, des instances comme le groupe sectoriel santé ou des groupes thématiques (VIH, nutrition, etc.) au demeurant actuellement encore assez peu fonctionnels, ont exercé une influence limitée sur les orientations stratégiques du Ministère de la santé. On constate enfin que la plupart des PTFs par ailleurs de moins en moins nombreux, continuent à agir parfois avec des priorités et des agendas divergents (ex. : certains se concentrent sur les urgences, d'autres sur le renforcement systémique).

Enfin, les changements réguliers de responsables (chez les partenaires ou au gouvernement) ont perturbé la continuité de l'action.

Exemple de cohérence de complémentarité et de coordination : L'investissement dans le DHIS2 et son déploiement

Graphique 1 : Cartographie du financement du DHIS2



Exemple de manque de cohérence de complémentarité et de coordination : les politiques incitatives

- Le Financement Basé sur la Performance et les autres initiatives dont l'exemption de paiement ne se sont pas avérés pleinement compatibles : appui ONG versus appui DDC-PADS.
- GAVI paie des incitations aux vaccinateurs hors salaire de l'État, qui, en même temps, sont soutenus par la DDC, la Banque Mondiale ou l'OMS selon d'autres moyens (FBP, Contrats d'Objectifs et de Moyens). Il existe donc ici de nombreux doublons.

En conséquence de quoi :

La complémentarité potentielle entre le PTFs peut encore être largement améliorée. Au manque de cohérence observé parfois entre des stratégies et des projets différents, s'ajoutent les **problèmes de synchronisation et de couverture**, qui réduisent l'impact des actions opérationnelles au niveau des bénéficiaires.

Ainsi, une absence de planification conjointe efficace des actions des PTFs, un faible engagement dans les mécanismes nationaux et un manque de convergence en matière d'appui sectoriel lui-même conséquence d'un manque de leadership du MSP ont réduit les impacts des interventions sur le terrain dont celle de la DDC.

3.3.3 Efficacité

L'**efficacité** permet de déterminer dans quelle mesure **les objectifs et les résultats** de l'intervention ont été atteints, ou sont en train de l'être. L'analyse de l'efficacité est encadrée par le « cadre logique » du projet qui liste les objectifs, résultats attendus et activités du projet, et y rattache des indicateurs et sources de vérification.

Le cycle de financement du portefeuille Suisse, jusqu'à 12 ans par projet est un modèle qui permet d'avoir le temps d'induire les changements attendus. Il s'agit d'un engagement de long terme qui permet de s'inscrire dans la durée tout en s'adaptant progressivement à l'évolution du contexte.

Il s'agit donc d'une logique programme qui permet de renforcer durablement le système de santé tchadien tout en améliorant la santé de la population couverte. On passe d'une logique de "projets" isolés et ponctuels à une logique de "programme" intégré et durable, permettant ainsi de concentrer les efforts sur des objectifs nationaux clairs.

C'est le cas des exemples cités suivants :

Renforcement de la Couverture sanitaire :

Appui total (avec un paquet complet ou partiel) des districts sanitaires de deux provinces sanitaires (Batha et Moyen Chari). L'amélioration de l'accès physique et le rapprochement de l'offre de service avec les bénéficiaires, la réhabilitation des structures de santé, la prise en compte de nouveaux centres de santé et la prise en charge médicale des nomades dans le cadre de la santé mixte, peuvent contribuer à l'adhésion aux régimes de la CSU pouvant conduire l'augmentation de l'accès de la population bénéficiaire.

DHIS2 :

Des actions positives sur les Systèmes d'Informations Sanitaires à travers le DHIS2, ont été réalisées sous financement de la DDC qui ont permis de **passer à l'échelle pour l'ensemble du système de santé dans l'utilisation de la plateforme DHIS2 au Tchad**. Certes, le processus est encore en cours, mais il reste à améliorer et renforcer la capacité d'analyse et de prise de décisions sur des données générées par la plateforme ; mais des progrès importants ont été notés.

CSU :

Au niveau opérationnel, l'approche relative à la question de la barrière financière a été abordée dans un premier temps à travers l'approche des « mutuelles de santé » ; mais cette stratégie a été abandonnée suite à la réorientation stratégique du Ministère de la Santé. Dans le cadre de la CSU, l'approche en cours du portefeuille est désormais essentiellement un **appui indirect au CNAS**, à travers l'amélioration de l'offre des services et le plateau technique.

Depuis, grâce au plaidoyer et à la participation au Comité Technique pour la mise en place de l'assurance maladie, la DDC à travers le portefeuille de la santé, a contribué à la mise en œuvre de la CNAS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) ; ce qui répond à l'objectif global sur la protection sociale et la réduction de la barrière financière pour l'accès aux services de base de la santé.

Approche « One Health » :

Il s'agit d'une réforme importante dans l'approche holistique du système de santé pour agir sur « *le Renforcement de la préparation, de la surveillance et des capacités de réponse aux urgences de santé publique dans les zones à haut risque* » dont la mise en œuvre est transversale pour permettre un fonctionnement multisectoriel. Notons que cette approche est devenue nationale, et que sa

pertinence se manifeste dans sa capacité d'assurer la vaccination des populations nomades et leurs bétails. L'approche a permis la détection précoce de l'épidémie de diptérie dans la province du Batha induisant une réponse coordonnée par différents partenaires opérationnels dont les opérateurs financés par la DDC.

Au niveau nutritionnel :

Le projet a eu une efficacité à court terme notamment au regard des indicateurs d'efficacité avec une baisse globale de la malnutrition aiguë globale (MAG) qui est passée de 15% à moins de 10% (au seuil d'urgence de l'OMS) et terme de la prise en charge dans les structures sanitaires de la zone d'intervention.

Durant la période **80% des enfants malnutris sévères** ont reçu des soins appropriés dans la zone d'intervention (contre <50% avant le projet) avec un taux de guérison supérieur à 75%.

3.3.4 Efficience

L'**efficience** permet de déterminer dans quelle mesure l'intervention produit, ou est susceptible de produire, des résultats de façon économique et dans les temps impartis. Ce critère est l'occasion de vérifier si les ressources consacrées à l'intervention sont justifiées par ses résultats.

Les moyens consacrés par la DDC dans les zones d'intervention, ont permis d'obtenir un taux d'utilisation des services d'une moyenne de 0,35 nc/hab/an (contre environ 0,20 pour le reste du pays).

Comme souligné par rapport à la cohérence, une cartographie efficace de l'intervention des partenaires au niveau national et préfectoral manque. Cette absence de bonne connaissance des interventions sur le terrain pourrait amener à certaines pertes d'efficience en raison de gaps ou de doublons. Ainsi, la coordination des PTFs plus particulièrement au niveau opérationnel reste problématique avec un **risque de dédoublement des interventions et de financement** ; ce qui entraîne un **manque d'optimisation des ressources**.

Au total, la coordination déficiente entre les partenaires de la santé - gouvernement, agences onusiennes, ONG, bailleurs de fonds - limite l'efficience et l'efficacité des interventions. En particulier les réunions techniques ne permettent pas standardisation des interventions et les outils de reporting communs manquent, ce qui complique l'harmonisation des données mais aussi la synergie des interventions.

3.3.5 Impact

L'**impact** désigne les changements durables et à long terme (positifs ou négatifs, directs ou indirects) générés par un projet/programme sur les conditions de vie des bénéficiaires (ex. : réduction de la pauvreté, amélioration de la santé), les systèmes (sociaux, économiques, environnementaux) dans lesquels le projet s'inscrit ou les politiques publiques (si le projet influence des réformes structurelles).

Le portefeuille santé de la DDC au Tchad visait à améliorer l'accès aux soins de santé de base et à renforcer le système de santé, en particulier dans les provinces fragiles du Batha et du Moyen-Chari, touchées par des crises humanitaires et une faible couverture sanitaire.

L'**impact** sanitaire direct le plus attendu était donc la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Il est impossible avec les données à notre disposition d'objectiver précisément l'impact des projets financés par la DDC sur la mortalité maternelle. Néanmoins, sachant que les causes de la mortalité maternelle au Tchad résultent de facteurs médicaux, socio-économiques et systémiques dont une grande partie a été adressée notamment par le projet PADS, on peut émettre l'hypothèse réaliste que **la somme des interventions réalisées a permis**, au moins dans les districts ciblés par le projet, **une réduction substantielle de la mortalité maternelle**.

Il en est de même pour la mortalité infantile : **l'amélioration significative de l'accès aux soins, de la vaccination et de la prise en charge efficace des cas de malnutrition aiguë a très probablement permis d'éviter de nombreuses maladies et décès chez les enfants de moins de 5 ans.**

IMPACT DIRECT

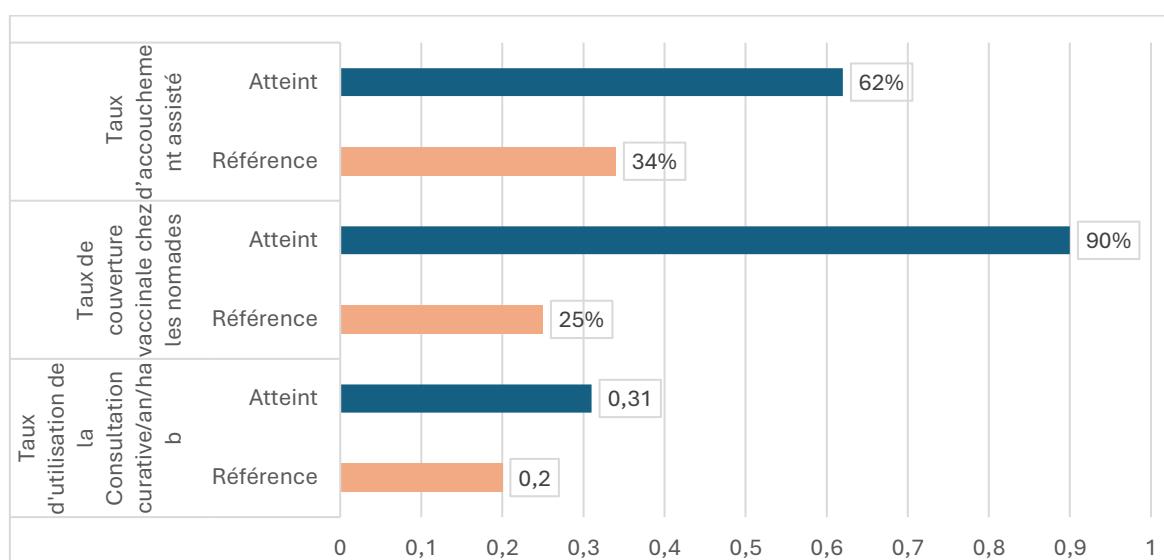
1- Impact en matière de santé

Les impacts observés des trois projets et plus particulièrement du PADS sont :

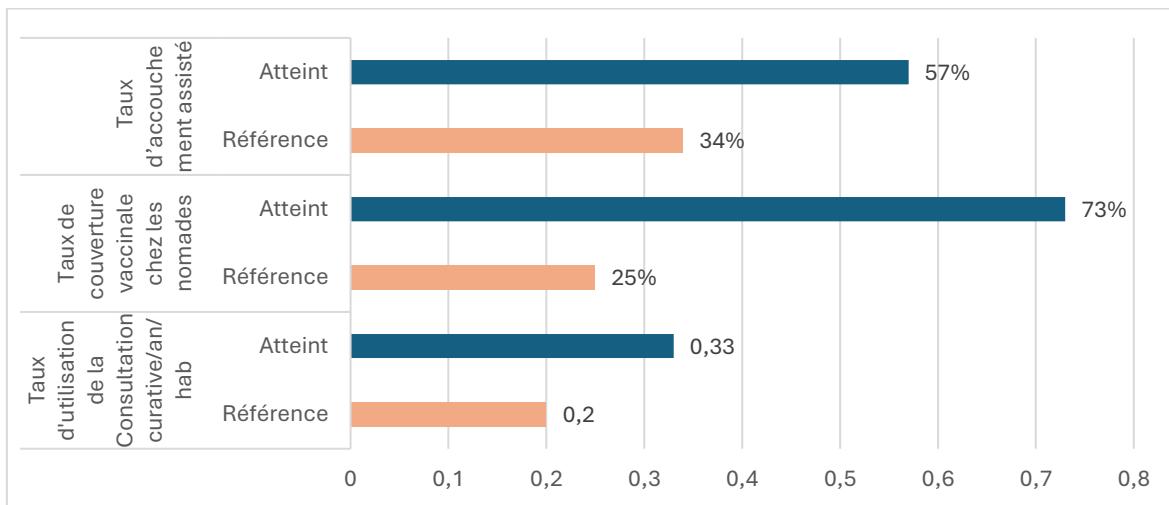
Au niveau des populations bénéficiaires

- Hausse de l'utilisation des services de santé : taux de consultation de 0,35 NC/hab/an dans les zones d'intervention du PADS (contre 0,20 NC/hab/an au niveau national).
- Tendance à la réduction de la mortalité maternelle et infantile grâce à un meilleur accès aux soins prénatals et aux accouchements assistés (néanmoins il y a une nécessité d'une analyse secondaire pour confirmer cette tendance).
- Diminution ponctuelle de la malnutrition grâce aux programmes intégrés dont celui de la DDC (impact à consolider).
- Implication de la population dans la gestion de la santé (COGES, COSAN) et une meilleure coordination pour la gestion de la réponse aux épidémies (ex. : gestion de la diphtérie dans la province du Batha).

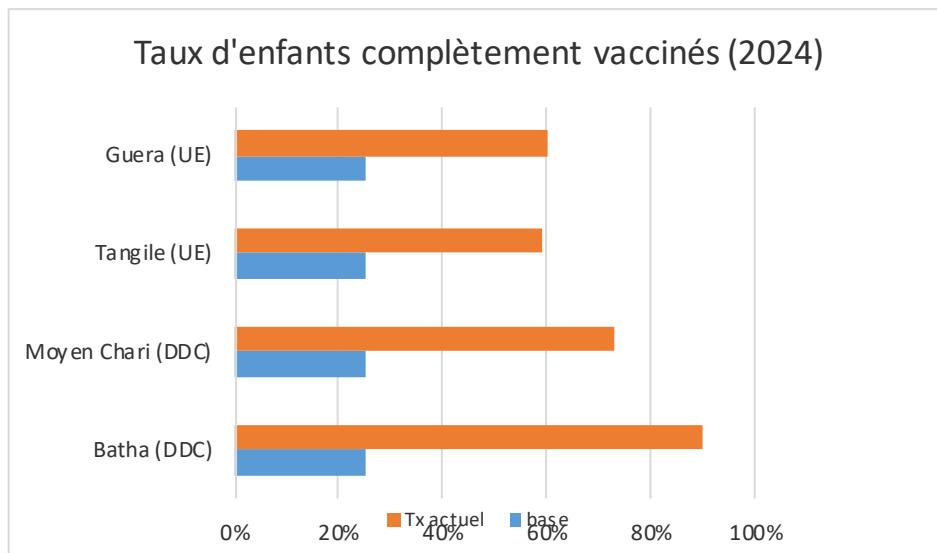
Graphique 2 Taux de couverture de référence et atteint dans la province du Batha



Graphique 3 : Taux de couverture de référence et atteint dans la province du Moyen Chari



Graphique 4 : performances vaccinales

Au niveau institutionnel :

Amélioration de la gouvernance locale par

- Le renforcement des capacités des **districts sanitaires** en planification et suivi-évaluation.
- Une meilleure coordination avec les acteurs locaux (autorités sanitaires, communes, PTF).
- Une allocation plus efficace des ressources via les PAO des districts sanitaires plus pertinents.

2 - Impacts attendus en matière de couverture santé universelle

La mise en place de mutuelles de santé, qui a facilité l'accès aux soins pour plus de 55 000 adhérents durant le projet, a eu un impact sur la santé des bénéficiaires, en particulier les populations vulnérables. Par ailleurs, grâce aux mutuelles, le financement plus stable d'un nombre significatif de centres de santé a permis d'améliorer la qualité des prestations et de renforcer la participation communautaire.

N.B. Il a été constaté que les mutuelles dirigées par des femmes ont montré une meilleure performance, contribuant à une gouvernance plus inclusive.

Au terme du projet des mutuelles de santé, leur l'impact sur la barrière financière et l'accès aux soins, reste néanmoins limité en raison du faible pouvoir d'achat des populations, de la dépendance aux financements externes (UE, DDC) et surtout du changement d'orientation stratégique en matière de CSU.

3 – Impact en matière nutritionnelle,

L'impact direct est le renforcement de capacité de formation sanitaire avec un impact sur la qualité des services nutritionnels, d'où une meilleure prise en charge des cas de malnutrition dans les Unités Nutritionnelles Thérapeutiques ou Ambulatoires (UNT & UNA).

Quelques indicateurs d'impact nutritionnel positifs se sont vus améliorés dans la zone d'intervention aussi bien chez la population hôte que chez les réfugiés situés dans la zone du projet de nutrition.

Par ailleurs, grâce au focus communautaire en matière la sensibilisation, un changement de comportement est également perceptible avec comme effet un recours plus rapide vers les services de santé pour les soins curatifs et préventifs, mais aussi plus d'enfants malnutris dépistés et pris en charge dans les formations sanitaires.

Dans la zone du projet, on a enfin constaté 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.

IMPACT INDIRECT

- Les formations sanitaires des zones d'intervention du portefeuille santé, à travers les trois projets, ont connu une augmentation significative de leur fréquentation, attirant souvent des populations issues d'autres districts sanitaires en quête de soins de qualité et disponibles. Cette dynamique a toutefois entraîné une surcharge de travail pour les agents de santé dans les zones concernées.
- Dans le domaine de la gouvernance locale du système de santé, les Comités de Santé ont renforcé leurs compétences en matière de plaidoyer. Ceci a pu influencer d'autres secteurs tels que l'éducation, l'eau ou encore l'élevage, les incitant à collaborer de manière intersectorielle pour améliorer les conditions de vie des communautés.
- Les leaders des fédérations et sous-fédérations des COSAN formés par le PADS mettent désormais en pratique les compétences acquises, souvent d'ailleurs pour résoudre des conflits communautaires, jouant ainsi un rôle actif dans la cohésion sociale.
- Le financement de la DDC a joué un rôle clé dans la généralisation de l'utilisation du système d'information sanitaire DHIS2 à l'échelle nationale.
- Le plaidoyer mené dans le cadre du portefeuille santé, en synergie avec les efforts des autres PTF, a favorisé l'adoption officielle de l'approche « One Health ». Cela a abouti entre autres à la création d'une plateforme dédiée à cette approche.
- Les réflexions menées autour du projet ont contribué au déclenchement du processus de mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), notamment à travers le soutien de l'action de la CNAS (Caisse Nationale d'Assurance Santé).

- En ce qui concerne les mutuelles de santé, l'autonomisation des femmes — majoritaires parmi les adhérents — a renforcé leur pouvoir de décision, notamment en matière de gestion des cotisations et de participation aux comités de santé.
- Par ailleurs, dans certains cas, les mutuelles ont servi de plateformes de dialogue entre groupes ethniques ou religieux, contribuant ainsi au renforcement de la cohésion sociale au sein des communautés.

En même temps les cotisations, même modestes, ont pu exclure les ménages extrêmement pauvres, aggravant les inégalités d'accès aux soins. Certaines mutuelles se sont effondrées faute des mécanismes autonomes de gestion et se retrouvent endettées, ne pouvant plus assurer le remboursement des frais de santé et ainsi ont dû voir leurs membres exclus ou obligés de payer directement les soins aux FOSA. Dans certains villages, les non-membres ont été perçus comme "égoïstes", créant des divisions sociales.

3.3.6 Pérennité - Durabilité

La **durabilité** permet de déterminer dans quelle mesure les bénéfices nets de l'intervention seront susceptibles de perdurer. Selon le moment où l'évaluation est effectuée, il peut s'agir d'analyser le flux réel de bénéfices nets (évaluation à posteriori) ou d'estimer la probabilité que les bénéfices nets perdurent à moyen et long terme (évaluation en cours de projet). La **durabilité** peut être analysée selon cinq (5) sous-dimensions distinctes : **durabilité technique, institutionnelle, sociale, environnementale et économique**.

Le système de santé évolue dans un contexte d'un financement insuffisant et dépendant des bailleurs de fonds externes. En effet, la loi de finance 2024 du Tchad montrent que la part allouée au secteur de la santé est d'environ 4,5% (loin des 15% recommandés par la Déclaration d'Abuja). La dépendance à l'aide extérieure, est avérée avec plus de 70% des dépenses de santé provenant de PTFs. Ainsi en l'absence de financement extérieur la **durabilité économique des acquis d'un projet, quel qu'il soit est largement compromise**.

Dans le contexte actuel, il n'existe pas de solution miracle. La pérennité ne peut s'atteindre que par un changement de paradigme : passer de la logique de "projets" isolés et temporaires à celle du renforcement d'un système de santé résilient, porté par une volonté politique nationale en même temps ancré dans la communauté. Cela requiert une approche programme centrée sur une stratégie nationale cohérente ainsi qu'une coordination sans faille entre le gouvernement, les bailleurs et la société civile, et enfin une vision commune et persistante sur le long terme. Or de nombreux éléments cités ici ne sont pas présents actuellement au Tchad.

Des acquis institutionnels relativement durables ont cependant été obtenus à travers le financement du portefeuille de la santé au niveau structurel ou institutionnel du système de santé comme pour (i) le DHIS2, (ii) la CSU/CNAS, (iii) l'approche One Health. **Ces trois éléments ont un potentiel de continuité du fait qu'ils ont été intégrés comme composantes structurelles du système de santé.**

Il est donc à réfléchir sur l'appui futur des partenaires qui devrait être désormais orienté vers l'accompagnement pour la maturation de ces acquis.

D'un point de vue technique, l'appui en matière de ressources humaines à travers le PADS a permis de former des médecins en chirurgie de district, renforçant ainsi le plateau technique et favorisant une prise en charge chirurgicale de proximité, tout en réduisant les coûts de référence pour les familles. À titre d'exemple, l'hôpital de district d'Amdjaména-Bilala reçoit désormais des patients provenant non seulement d'autres districts sanitaires de la province du Batha, mais également d'autres délégations, notamment celle du Guéra. **Dans l'avenir il sera essentiel de**

veiller à ce que les médecins formés demeurent effectivement actifs dans les districts sanitaires, qu'ils soient ou non appuyés par la coopération suisse. On peut cependant dire que globalement, grâce aux investissements du projet PADS, la probabilité de maintenir ces acquis est aujourd’hui plus élevée qu'auparavant.

Au niveau communautaire, dans le cadre de la participation communautaire et du renforcement de la gouvernance, le PADS a mis en place dans les deux préfectures ciblées, des fédérations et sous-fédérations de COSAN, qui peuvent servir de pilote dans la gestion du système sanitaire. **L'initiative est à suivre, vu le potentiel qu'elle représente pour renforcer l'implication des populations et communautés à l'amélioration de l'accès aux soins.**

Au niveau social, la question de mutuelle de santé reste fragile et leur pérennité reste très hypothétique. Malgré l’investissement réalisé avec la création du centre d’appui technique aux mutuelles en zone rurale, les mutuelles appuyées restent surendettées et ont les plus grandes difficultés à assurer leurs missions, et couvrir les dépenses des adhérents. En même temps, si on fait la comparaison avec « les caisses villageoises de partage de risque » qu'avait développées l'Union Européenne dans le cadre du programme SAN (Santé Alimentaire et Nutrition) à Abéché, on constate que la sécurité financière de ces caisses est relativement meilleure en comparaison aux mutuelles de santé.

3.3.7 Genre et équité

Réalisation

L’aspect genre a été fortement encouragé à travers une implication accrue des femmes dans les groupements et comités locaux. Des avancées notables ont été observées, notamment la valorisation des femmes leaders communautaires et leur participation croissante aux instances locales de gouvernance. **Toutefois, ces progrès restent encore limités et souvent localisés.** Ainsi, peu de mesures ont véritablement permis de réduire durablement la charge de travail qui pèse sur les femmes, notamment en l’absence d’un accompagnement économique suffisant.

Les besoins des femmes pris en charge par les trois projets du portefeuille santé ont majoritairement porté sur des aspects matériels et pratiques. **Les intérêts stratégiques — tels que l'autonomie économique, la transformation des rapports sociaux de genre ou encore l'accès au pouvoir décisionnel — ont été relativement peu pris en compte.** Les appuis mis en œuvre ont essentiellement répondu à des besoins immédiats, sans toujours s’inscrire dans une logique de changement durable de la condition des femmes.

Cela dit, les interventions du portefeuille, et en particulier celles du PADS, ont contribué à améliorer l'accès des femmes et de certains groupes vulnérables aux services de santé. Des actions telles que la formation des accoucheuses traditionnelles, le recrutement de sages-femmes et la participation active des femmes au sein des structures communautaires (COSAN, mutuelles) ont renforcé leur implication dans le système de santé local. Néanmoins, l’approche demeure largement centrée sur les besoins pratiques, sans adresser de manière suffisante les enjeux liés à l’autonomisation et à l’égalité de pouvoir.

Les résultats restent satisfaisants au niveau des structures communautaires, où l'on observe une participation croissante des femmes, accompagnée d'un suivi régulier assuré par les services techniques.

Dans les zones rurales, et en particulier auprès des populations nomades, plusieurs actions ciblées ont donc été mises en œuvre en faveur des femmes. Cependant, d'autres groupes vulnérables — tels que les personnes en situation de handicap, les minorités ethniques ou les réfugiés — ont été peu, voire pas du tout, pris en compte. Cela met en évidence un besoin urgent de renforcer les synergies avec d'autres secteurs (éducation, agriculture, protection sociale) pour adopter une approche plus intégrée de la lutte contre les différentes formes de marginalisation.

En somme, les interventions du portefeuille santé ont permis d'améliorer l'accès équitable aux services de santé pour les femmes, et dans une certaine mesure les nomades et d'autres groupes vulnérables, tout en contribuant à une meilleure qualité des soins maternels et infantiles.

Analyse

L'approche « genre » doit être envisagée comme un levier de transformation actionnable et d'équité, afin de dépasser le statut de simple thématique transversale. Selon l'OMS, investir dans une approche sensible au genre pourrait accroître l'efficacité des interventions sanitaires de près de 40 %. Intégrer pleinement le genre dans les stratégies de santé publique permettrait ainsi d'en améliorer la performance globale.

L'augmentation de la fréquentation des structures sanitaires peut notamment s'expliquer par une plus grande implication des femmes dans les décisions liées à l'accès aux soins. Cela souligne l'importance de leur rôle dans les dynamiques de santé communautaire.

Dans cette perspective, **on peut regretter que des analyses genre systématiques au sein des projets n'aient pas pu être réalisées de façon plus systématique**. De telles analyses constituent en effet un premier pas essentiel vers une planification et une programmation sensibles au genre impliquant directement les parties prenantes locales. Elles permettent, pour chaque sexe, de prendre en compte les activités, les besoins spécifiques, l'accès et le contrôle des ressources (matérielles, financières, décisionnelles), ainsi que les capacités à participer au développement et aux processus de décision. Ces éléments sont indispensables pour orienter des actions réellement transformatrices.

Des effets inattendus ont parfois été observés, tels qu'une charge de travail accrue pour les femmes, sans réels mécanismes de compensations ou de soutiens économiques.

Il conviendrait donc, à l'avenir, d'élargir les analyses à l'autonomisation effective des femmes dans les instances de décision, de suivre les évolutions sociales générées ou non, et de veiller à l'inclusion des autres groupes marginalisés (personnes en situation de handicap, réfugiés, minorités ethniques, orphelins).

3.4 Points forts et Points faibles

3.4.1 Points forts et faibles des programmes/projets

Le tableau ci-dessous présente une synthèse des points forts et des points faibles des trois projets composant le portefeuille santé financé par la Coopération Suisse (DDC) au Tchad. Il s'agit des projets : (i) PADS (appui aux districts sanitaires), (ii) Projet de promotion des mutuelles de santé, (iii) Projet nutritionnel pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans le Logone oriental.

Bien que chacun réponde à une problématique distincte, ils ne sont pas mis en œuvre dans les mêmes zones ni de manière coordonnée, leur seul point commun étant le financement de la DDC.

AXES ANALYSÉS	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
Répartition géographique	- Expériences pilotes enrichissantes par projet	- Couverture déséquilibrée et absence de synergie géographique : PADS (Batha/Moyen Chari), nutrition (Logone oriental), mutuelles (faible rayonnement)
Pertinence	- Alignement avec les priorités du PNDS et les besoins structurels - Interventions sur trois leviers clés : accès, gouvernance, barrière financière	- Absence d'une stratégie intégrée du portefeuille
Cohérence interne	- Complémentarité thématique (soins de santé primaires, nutrition, micro-assurance)	- Zones d'intervention disjointes - Coordination faible au niveau opérationnel entre les projets - Faible synergie entre les projets
Cohérence externe	- Coordination nationale sur certaines plateformes (ex. DHIS2)	- Faiblesse en matière de coordination au niveau national et régional
Efficacité des interventions	- Résultats visibles avec PADS (accès, vaccination, accouchements, DHIS2, One Health) - Effet structurant sur la CSU via CNAS	- Couverture inégale : PADS large, nutrition & mutuelles limitées - Peu d'effet visible des mutuelles
Effet de levier / innovations	- Innovations intégrées (DHIS2, One Health, CSU) - Effet de démonstration du PADS	- Faible capitalisation ou mise à l'échelle pour la nutrition et les mutuelles
Pérennité – durabilité	- Intégration de certaines réformes dans le système national (DHIS2, CNAS) - Approche communautaire avec les COSAN, les fédérations et les sous - fédérations des COSAN	- Fragilité des mutuelles sans appui extérieur - Impact nutrition non consolidé
Approche genre et inclusion	- Implication accrue des femmes dans les COSAN et mutuelles - Accès amélioré pour les femmes rurales et nomades	- Trop peu d'effets transformateurs sur les rapports de genre - Charge accrue sans soutien économique
Lien avec la CSU	- PADS et mutuelles ont contribué aux bases de la CSU	- Mutuelles peu viables sans soutien - Absence de continuité entre mutuelles et dynamique CNAS

3.4.2 Points forts et faibles de l'intervention dans son ensemble

Le tableau ci-dessus reprend les points forts et points faibles, mais cette fois-ci dans la perspective d'un programme global tel que l'est celui de la Coopération suisse

Catégorie	Points forts	Points faibles
Pertinence et alignement stratégique	Alignement avec les politiques nationales et besoins des populations ; approche multisectorielle pertinente. ; adaptation aux contextes locaux.	Zones d'intervention peu convergentes et absence de logique intégrée.
Renforcement du système de santé	Gouvernance locale renforcée (COSAN), structures réhabilitées, personnel formé (médecins en chirurgie, personnel communautaire).	La formation en chirurgie reste dépendante de la DDC
Accès aux services	Augmentation de la fréquentation, couverture vaccinale renforcée, amélioration de l'offre et réduction ponctuelle de la malnutrition.	Manque d'appui pour le passage à l'échelle des interventions préventives (NAC, ANJE)
Innovation et transformation	DHIS2 déployé à l'échelle nationale ; participation à la mise en œuvre de la CSU via la CNAS ; adoption nationale de l'approche « One Health ».	Pour le One Health, l'absence d'une stratégie nationale
Genre et inclusion	Implication des femmes dans les structures communautaires (mutuelles, COSAN), formation et rôle décisionnel renforcé.	Approche centrée sur les besoins pratiques ; faible soutien à l'autonomie économique et à l'égalité stratégique.
Durabilité et dépendance externe	Quelques acquis institutionnels durables (DHIS2, CNAS, One Health).	Forte dépendance aux bailleurs ; faible engagement budgétaire de l'État ; Mutuelles non viables économiquement.
Effets limités ou fragiles		Impact nutritionnel fragile ; couverture limitée des mutuelles ; surcharge du personnel de santé.
Coordination entre partenaires	Quelques complémentarités opérationnelles établies (ex. : DHIS2).	Faible coordination des PTFs ; doublons d'initiatives ; manque de planification conjointe ; leadership ministériel faible.
Genre :	Prise en compte de certains aspects genres dans les différents projets/programmes	Charge de travail accrue pour les femmes sans accompagnement ; inclusion insuffisante des groupes vulnérables (handicapés, réfugiés, minorités). Absence d'analyse Genre
Suivi-évaluation et mesure d'impact	Cadre de suivi – évaluation des projets et programmes	Données insuffisantes pour évaluer la réduction de la mortalité maternelle/infantile ; absence d'analyses secondaires robustes.

D'un point de vue de l'organisation stratégique du portefeuille de la santé, on doit surtout insister sur la **discontinuité des interventions et une localisation des zones d'interventions qui n'est pas convergente**.

Signalons également un **manque d'anticipation sur les plans de sorties** des différents projets, ce qui donne l'impression d'absence de stratégies de transition vers des ressources locales (budget public, contributions communautaires, revenus autonomes) avec évidemment dans ce contexte,

un risque majeur de perte des acquis après le retrait du bailleur (exemple du projet des mutuelles de santé et du projet nutritionnel).

A l'avenir si la DDC veut s'investir dans l'amélioration de l'accès aux services de base dans la santé au Tchad, elle gagnerait à adopter une approche intégrée et territoriale. Il s'agirait de financer un « paquet complet » de services cohérent sur des zones d'intervention circonscrites et communes. Cette approche permettrait de rationaliser le nombre d'opérateurs, chacun étant responsable d'une province ou d'un district sanitaire unique. Idéalement, chaque opérateur contribuerait à un programme unique de « renforcement du système de santé », articulé autour de plusieurs axes complémentaires tels que la gouvernance, l'assurance maladie et la lutte contre la malnutrition.

3.5 Analyse SWOT

Analyse FFOM – Portefeuille Santé de la DDC au Tchad

3.5.1 Forces

- Les interventions ont répondu aux besoins réels des populations vulnérables, en particulier dans les zones fragiles comme le Batha et le Moyen-Charï.
- Le portefeuille était parfaitement aligné avec les priorités nationales, notamment le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS-4), la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), et l'approche « One Health ». En ce qui concerne la couverture santé universelle c'est avant tout le changement d'orientation du ministère dans le domaine qui a réduit la pertinence de l'approche mutuelle.
- La DDC est perçue comme un acteur crédible et engagé dans le secteur de la santé, ce qui donne du poids à ses choix stratégiques.

3.5.2 Faiblesses

- L'approche des mutuelles de santé, bien que pertinente sur le principe, s'avère difficilement soutenable dans le contexte tchadien (faible pouvoir d'achat, dépendance aux subventions).
- Une partie des interventions reste limitée en matière d'aire de couverture.
- Certaines innovations techniques se trouvent sans mécanisme clair d'extension ou de généralisation.
- La dimension genre reste limitée à des aspects pratiques liés à l'accès aux soins sans s'attaquer suffisamment aux intérêts stratégiques des femmes (autonomie économique, pouvoir décisionnel).

3.5.3 Opportunités

- Développement de centres de formation en santé.
- Le portefeuille a pu capitaliser sur sa cohérence avec les politiques nationales pour influencer les réformes en cours (CSU, décentralisation, gouvernance locale).
- Des synergies renforcées avec d'autres PTFs (OMS, UNICEF, AFD, GAVI, etc.) ont permis de consolider l'ancrage de certaines interventions pertinentes.

3.5.4 Menaces

- Le contexte sécuritaire est instable
- Le contexte humanitaire est instable avec des mouvements de populations autochtones ou étrangères.
- Le pays est victime de la crise économique avec des risques de régression des dépenses de santé.
- Le pays continue à être sous doté en ressources humaines en santé notamment dans les zones les plus périphériques.
- Les chocs climatiques perturbent la continuité des interventions, même si elles sont bien conçues. Ceci aggrave la crise alimentaire.
- Le secteur du médicament est très mal régulé au Tchad et de nombreux médicaments falsifiés circulent dans le pays.
- Le désengagement progressif de certains partenaires financiers (UE, USAID) risque de fragiliser la poursuite de la mise en œuvre d'approches pourtant pertinentes.
- La multiplicité d'initiatives non coordonnées dans le secteur santé pourrait diluer la visibilité et l'impact de stratégies pourtant alignées.

4 CONCLUSION

La Coopération suisse, à travers la DDC, demeure un acteur stratégique et engagé dans le renforcement du système de santé au Tchad.

Le portefeuille santé a permis des transformations importantes, notamment l’élargissement de la couverture sanitaire et l’amélioration de ses performances dans les zones d’intervention, le renforcement du système d’information via le déploiement du DHIS2, ainsi que des avancées dans la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle, actuellement en phase de démarrage.

La contribution suisse s’est révélée pertinente en ciblant trois problématiques prioritaires pour les populations : la santé maternelle et infantile, la malnutrition et l’accès à l’eau, à l’hygiène et à l’assainissement. Les objectifs et résultats des projets sont restés globalement cohérents avec les politiques et stratégies du ministère de la Santé, mais aussi avec celles des ministères de l’agriculture, de la femme, de la petite enfance et de la protection sociale.

Des acquis notables mais fragiles.

Grâce notamment au PADS, la qualité des services de santé – indispensable au déploiement de la CSU – a commencé à s’améliorer. Cependant, plusieurs freins ont limité une mise en œuvre complète : retrait de certains partenaires, arrêt prématuré du programme nutritionnel dans le Logone oriental, stagnation des mutuelles de santé et changement d’orientation du ministère de la Santé en matière de CSU.

Malgré ces contraintes, l’évaluation relève des résultats positifs : introduction d’innovations comme l’approche One Health ou les interventions nutritionnelles préventives, qui ont renforcé l’intégration des déterminants sociaux, environnementaux et sanitaires, en particulier au bénéfice des populations marginalisées.

Un bilan contrasté en termes d’efficacité et d’efficience.

Les mutuelles de santé, bien que pertinentes dans leur conception, n’ont pas réussi à s’imposer dans un contexte socio-économique défavorable. L’absence de financement étatique durable et le retrait de l’Union européenne ont compromis leur viabilité. Leur gestion autonome sans appui externe reste un défi majeur, et l’État tchadien ne les considère pas comme un levier prioritaire de sa stratégie de CSU. Leur abandon en cours de route apparaît donc cohérent.

L’impact du portefeuille est néanmoins tangible dans les zones appuyées : taux de vaccination complète supérieur à 70 %, accouchements assistés atteignant en moyenne 60 % et une augmentation significative du taux de fréquentation pour la consultation curative dans les centres de santé. Toutefois, seule une évaluation approfondie spécifique centrée sur l’impact permettrait de mesurer l’effet réel sur la mortalité materno-infantile et les changements de comportements de santé. Quoi qu’il en soit, le manque de convergence géographique entre projets a par ailleurs limité les synergies, réduisant l’effet de levier global et l’impact systémique à l’échelle nationale.

Des approches multisectorielles prometteuses mais inachevées.

En nutrition, l’approche Nexus a montré son efficacité, notamment dans la réduction de la mortalité et de la morbidité liées à la malnutrition dans le Logone oriental. Mais l’arrêt du projet sans stratégie de sortie ni articulation claire avec l’agriculture, l’eau ou la protection sociale a fragilisé les acquis. Une relance multisectorielle consolidée pourrait permettre d’obtenir des résultats

durables : réduction de la malnutrition aiguë et chronique, meilleure intégration des services nutritionnels dans le paquet de soins, et renforcement de la résilience des communautés.

L'approche One Health a produit des avancées concrètes, comme la vaccination conjointe des populations nomades et de leur cheptel, ou la détection précoce de certaines épidémies. Toutefois, son déploiement est resté centré sur la santé humaine et animale, sans intégrer pleinement les dimensions transversales (environnement, mobilité, accès à l'eau, éducation, gestion des ressources naturelles), pourtant essentielles à une vision holistique.

Une problématique centrale : la durabilité.

La principale limite des trois interventions reste la difficulté à assurer la pérennisation et l'appropriation nationale après la clôture des projets. Dans un contexte marqué par des capacités étatiques limitées et des financements nationaux insuffisants, les acquis demeurent fragiles. Il apparaît donc peu pertinent de lancer un nouveau cycle d'appui transversal sans garantie de reprise effective par le ministère de la Santé publique.

Plus globalement, le système de santé tchadien reste fortement tributaire des financements extérieurs, entraînant une fragmentation des efforts et une planification difficile à long terme. Malgré un alignement affiché sur les politiques nationales, les priorités demeurent largement dictées par les bailleurs, au détriment d'une véritable appropriation institutionnelle.

Vers un changement de paradigme.

Ces constats illustrent les défis classiques de la coopération internationale dans les contextes fragiles : concilier innovation et simplicité, favoriser l'appropriation locale, et composer avec la volatilité des financements. Pour maximiser son impact, la DDC gagnerait à passer d'une logique de projets dispersés à une démarche sectorielle intégrée et co-construite, visant explicitement le renforcement des capacités de pilotage et de financement nationales.

Sans cette réorientation, les investissements risquent de maintenir le système dans une relation de dépendance, limitant la portée transformative de la coopération suisse. L'évaluation diagnostique clairement les problèmes de durabilité, d'appropriation et de mesure d'impact, qui devront guider les choix futurs.

5 RECOMMANDATIONS

Axe / Conclusion	Recommandations principales
CSU	Consolider l'appui à la CNAS par des projets pilotes
Fragmentation géographique et thématique	Repenser la logique territoriale pour créer plus de synergies entre les projets et maximiser les effets de levier intersectoriels. Favoriser des pôles d'intervention multisectoriels (santé, nutrition, WASH, sécurité alimentaire) sur une base territoriale cohérente.
One Health	Étendre le périmètre des projets au-delà de la santé animale et humaine : intégrer pleinement l'environnement, les ressources naturelles, la mobilité des populations, l'éducation et les zoonoses.
PADS	Accélérer la validation du plan de sortie avec le MSP
Nutrition et Nexus	Si désireux de travailler sur la nutrition, poursuivre dans l'idée de mise en place d'une approche multisectorielle, en assurant des passerelles fonctionnelles avec les secteurs de l'agriculture, eau, protection sociale et éducation.
Qualité des soins	Appuyer le MSP à la création d'un centre de formation continue pour former des jeunes médecins et praticiens de la santé, en mettant l'accent sur les spécialités les plus nécessaires dans les zones rurales.
Systèmes d'information/ DHIS2	Poursuivre l'investissement dans le DHIS2, en se concentrant désormais sur l'analyse des données et la prise de décision locale. Appuyer l'institutionnalisation de la collecte et l'usage régulier des données au niveau des districts. Appuyer le MSP à développer et mettre en œuvre des solutions de télémédecine pour faciliter l'accès aux soins dans les zones reculées, en intégrant des technologies adaptées aux réalités locales en particulier dans les régions où le personnel soignant est rare ou inexistant.
Genre et équité	Introduire une analyse genre dès la conception des projets pour orienter les objectifs, indicateurs et résultats attendus. Promouvoir l'autonomie économique (avoir l'accès et le contrôle des moyens de production), la participation des femmes aux instances décisionnelles, et adresser les charges invisibles (travail domestique, soins informels). Adresser de manière plus systématique les besoins d'autres groupes marginalisés (handicapés, réfugiés, minorités, orphelins). Travailler avec les réseaux des femmes leaders et les mamans lumières (nutrition) qui sont actives dans les districts sanitaires.
Efficience coordination	Renforcer la coordination des PTF au niveau opérationnel, avec un mécanisme clair de planification conjointe et d'harmonisation des outils. Encourager le ministère de la Santé à jouer un rôle de leader dans l'alignement des partenaires.
Durabilité	Basculer les efforts de la DDC vers l'appui à la maturation des acquis structurels : CNAS, DHIS2, One Health, chirurgie de district. Intégrer un plan de transition dans chaque projet pour réduire la dépendance aux financements externes. Renforcer les capacités locales (collectivités, COSAN, personnel) en gestion autonome des projets.

Recommandations transversales (méthodologiques et institutionnelles)

En conclusion, la recommandation stratégique primordiale – sous réserve du choix politique de la DDC de maintenir son investissement ou non dans le secteur de la santé au Tchad – est d'opérer une transition fondamentale : celle d'évoluer d'un financeur de projets vers un partenaire du renforcement systémique. Ce repositionnement exige de privilégier la profondeur et la qualité de l'appui institutionnel au détriment de la quantité d'activités mise en œuvre. Il appelle un engagement à la fois plus politique et plus technique, ainsi qu'une certaine forme de patience et d'humilité pour agir dans une perspective de long terme et accepter la nature souvent indirecte de l'impact transformationnel.

1. Se Concentrer sur des Interventions "Structurelles et Transformatrices"

Objectif : Cibler les goulots d'étranglement systémiques qui entravent tout le système de santé, plutôt que de produire des outputs isolés.

Recommandation : Réorienter les investissements vers le renforcement des systèmes de base qui permettent la pérennité en ayant une approche d'appui stratégique :

- **One health** : potentiel de faire évoluer la santé mixte vers une stratégie nationale « one health », intégrant santé, environnement, élevage, santé nomade, etc.)
- **Financement de la Santé** : Abandonner le soutien direct aux Districts Sanitaires et se concentrer sur l'appui à la CSU
- **Prévention de la malnutrition** : potentiel d'approche multisectorielle (santé, éducation, accès à l'eau, etc.) en appuyant la mise en œuvre des stratégies nationales comme la NAC et l'ANJE et surtout en intégrant les autres programmes de la DDC au Tchad
- **Gestion des Ressources Humaines** : Appuyer la création d'un centre de formation continue intégrée au plan de carrière et la motivation du personnel de santé (voir le modèle de la formation intégré à la Faculté des Sciences de la Santé Humaine de l'Université de Ndjamena pour une licence en nutrition, dans le cadre du projet FORMANUT)
- **Jouer un Rôle de "Facilitateur Stratégique" et de Plaideur** : un plaidoyer conjoint dans le cadre du dialogue politique (PTFs) auprès de l'Etat Tchadien pour augmenter la part budgétaire allouée à la santé
- **Genre et Equité** : promouvoir l'autonomie économique des femmes (avoir l'accès et le contrôle des moyens de production)

2. Intégrer Explicitement la Sortie et la Transition dès la Conception de programmes/projets

Objectif : Garantir la durabilité des actions après le retrait de l'aide suisse.

Recommandation : Instituer l'obligation d'un "Plan de Sortie et de Transition" coconstruit avec le Ministère de la Santé Publique pour toute nouvelle intervention.

Ce plan doit inclure :

- Dès le début du projet, une analyse des coûts récurrents et une stratégie claire pour leur reprise progressive par le budget national ou d'autres sources de financement internalisées.
- Un calendrier progressif de transfert de responsabilités de la gestion opérationnelle du projet vers les institutions nationales.

ANNEXES

Termes de Référence de l'évaluation



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bureau de la coopération suisse au Tchad

Procédure Invitation à soumissionner

Termes de référence

Évaluation des projets de la DDC en santé

N'Djaména, janvier 2025

Sigles et abréviations

Buco	Bureau de coopération
CA	Critère d'adjudication
CAD	Comité d'aide au développement
CHF	Franc suisse
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIDR	Centre international de développement et de recherche
COGES	Comité de gestion
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
COSAN	Comité de santé
CPA	Centrale pharmaceutique d'achats
CPE	Consultation préventive enfant
CPN	Consultation prénatale
CQ	Critère de qualification
CS	Centre de santé
CSU	Couverture santé universelle
CV	Curriculum vitae
DDC	Direction du développement et de la coopération
DFAE	Département fédéral des affaires étrangères
DHIS2	District health information system
DS	District sanitaire
DSSIS	Direction des statistiques et du système d'information sanitaire
EDS-MICS	Enquête démographique et de santé, et enquête à indicateurs multiples
FCFA	Franc de la communauté francophone d'Afrique
FOSA	Formation sanitaire
HD	Hôpital de district
HP	Hôpital provincial
INSEED	Institut national de la statistique et des études économiques et dermographiques
NV	Naissance vivante
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PADS	Programme d'appui aux districts sanitaires
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PMA	Paquet minimum d'activités
PND	Plan national de développement
PNS	Politique nationale de santé
PPA	Pharmacie provinciale d'achats
PTF	Partenaire technique et financier
Swiss TPH	Swiss tropical and public health institute
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
ZR	Zone de responsabilité

Table de matières

Table de matières.....	3
1. Introduction	4
2. Informations générales et contexte de l'évaluation	4
2.1 Contexte national	4
2.2 Le portefeuille santé de la Suisse au Tchad	5
3. Objectifs, portée et orientations de l'évaluation.....	6
3.1. Objet de l'évaluation.....	6
3.2. But et objectifs.....	7
3.3. Portée de l'évaluation.....	8
3.4. Questions indicatives d'évaluation.....	8
4. Processus et méthodes d'évaluation.....	10
4.1 Méthodologie d'évaluation	10
4.2 Rôles et responsabilités de l'équipe d'évaluation	10
4.3 Calendrier et volume de travail l'évaluation	10
5. Réalisations attendues.....	11
6. Documents de référence	11
7. Profils et compétences des évaluateurs.....	11
8. Critères de qualification et d'adjudication	12
9. Procédures en matière d'offres.....	13
9.1. Adjudicateur	13
9.2 Mode de procédure	13
9.3 Structure, contenu des offres	14
9.4 Coûts d'élaboration des offres	15
9.5 Critères d'évaluation des offres.....	15
9.6 Critères d'adjudication.....	15
10. Autres éléments devant être pris en compte par les soumissionnaires.....	16
10.1. Adresses de dépôt des offres	16
10.2. Langue des offres	16
10.3. Délai de dépôt et validité de l'offre	16
10.4. Négociations	16
10.5. Confidentialité	16
10.6. Clause d'intégrité	16
10.7. Droit de propriété	17
10.8. Pénalités.....	17
11. Echéancier.....	17
12. Contrat.....	17
13. Annexes.....	17

1. Introduction

Le présent document définit les exigences relatives au mandat d'évaluation des projets/programmes du portefeuille santé que sont le programme d'appui aux districts sanitaires (PADS), le projet de promotion des mutuelles de santé au Tchad et le programme de sécurité nutritionnelle des populations hôtes et réfugiées du Logone oriental, ainsi que les procédures et critères de sélection.

2. Informations générales et contexte de l'évaluation

2.1 Contexte national

Le Tchad, pays enclavé au cœur de l'Afrique, a une population estimée en 2021 à plus de 17 millions d'habitants dont 3.4% de nomades (INSEED 2021). Cette population, qui croît à un rythme de 3.5 % par an depuis 2018, est très jeune : les moins de 25 ans représentent 68% du total de la population tandis que les plus de 60 ans représentent 4.5% uniquement. On compte en moyenne 6 personnes par ménage. Selon le milieu de résidence, 21.9% de la population vit en milieu urbain contre 78.1% en milieu rural.

Le Tchad reste l'un des pays les plus pauvres au monde. En dépit de la mise en œuvre de différentes stratégies de développement, il est classé au 189^{ème} rang sur 193 en 2022, selon l'Indice de Développement Humain (UNDP 2024). Les populations rurales et plus spécifiquement les femmes et les jeunes filles, affichent des indicateurs sociaux encore plus bas que les moyennes nationales. Le pays s'est doté d'un Plan National de Développement (PND) 2017-2021 qui ambitionne d'apporter des solutions aux nombreux défis importants relatifs aux questions économiques, sociales et sécuritaires, sans oublier les thèmes de gouvernance et de cohésion sociale. Néanmoins, les investissements dans les services publics restent faibles, notamment à la suite des pertes de revenus avec la chute des cours du pétrole et découlant de la désorganisation du commerce transfrontalier d'animaux d'élevage. Le prochain PND n'est pas disponible jusqu'à présent.

Les principaux indicateurs de santé du Tchad sont les plus faibles de la sous-région. L'espérance de vie à la naissance de la population est de 53 ans, comparé à 54 ans en République centrafricaine et 62 ans au Niger. La situation de la santé de la mère et de l'enfant reste une préoccupation majeure pour l'Etat tchadien. Le taux de mortalité maternelle est actuellement de 1'093 décès pour 100'000 naissances vivantes (NV) et la mortalité infantile représente 64 pour 1'000 NV. Le taux d'utilisation des services de consultation préventive enfant (CPE), qui assurent le suivi de l'état nutritionnel des enfants conjointement aux unités nutritionnelles intégrées dans les centres de santé (CS), est très faible avec 21.4% en 2019. En effet, très rares sont les enfants suivis régulièrement avec une courbe de croissance. Le manque de suivi des enfants ne permet pas de détecter précocement la malnutrition infantile, de prodiguer des conseils alimentaires aux mères et d'organiser des démonstrations culinaires au niveau du CS avec les mères de ces enfants à risque. Le paludisme constitue la première cause de consultation curative, la première cause d'hospitalisation et la première cause de décès pour tous les groupes d'âges et plus particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Le système de santé du Tchad est de type pyramidal avec trois niveaux de responsabilité et d'activités :

- **Le niveau central** comprend un conseil national de santé, une administration centrale, des organismes techniques sous tutelle et des organes de consultation ainsi que des institutions nationales sanitaires (CHU Référence Nationale, CHU Renaissance, CHU Mère/Enfant, Centrale Pharmaceutique d'Achat - CPA, l'école nationale supérieure des agents sanitaires et sociaux, le centre national d'appareillage et de réadaptation, le centre national de transfusion sanguine, le centre national de traitement des fistules, des programmes nationaux de santé...).

- Le niveau intermédiaire comprend les conseils provinciaux de santé, les délégations provinciales de la santé (DPS), les établissements publics hospitaliers des provinces (HP), les écoles provinciales de formation et les Pharmacies Provinciales d'Appropriation (PPA).
- Le niveau périphérique comprend les conseils de santé des districts, les équipes cadres de district, les hôpitaux de district (HD), les centres de santé, les conseils de santé des zones de responsabilité, les comités de santé (COSAN) et leurs comités de gestion (COGES). Les COSAN sont des organisations à base communautaire. Bien que des activités à base communautaire soient réalisées sur le terrain, le niveau communautaire des soins n'est pas inscrit dans le système de santé tel que défini dans la politique nationale de la santé (PNS).

En 2019, le Tchad comptait 2'047 formations sanitaires publiques (FOSA) dont 1 CHU et 23 hôpitaux provinciaux, et 235 FOSA privées dont 29 cliniques médicales, 79 cabinets de soins médicaux et 127 cabinets de soins infirmiers (Source DSSIS). Sur les 235 FOSA, 160 sont implantées à N'Djamena soit 68% de l'ensemble des FOSA privées au Tchad (Source : DSSIS). On constate qu'il y a la création de nouveaux DS et CS sans qu'il y ait une amélioration du nombre des HD et CS fonctionnels.

2.2 Le portefeuille santé de la Suisse au Tchad

L'appui de la Suisse au secteur de la santé, à travers la Direction du développement et de la coopération (DDC), a commencé en 1994 par l'initiative pour l'accompagnement de la santé préventive dans le milieu scolaire par la vaccination des écoliers dans les provinces du Kanem, du Batha et du Wadi-Fira, en appui à l'éducation de base. Cet appui s'est étendu à la santé communautaire en 1999 afin de renforcer la participation des communautés à la gestion des services sociaux de base comme l'éducation et la santé. Les comités de santé et leurs comités de gestion, ainsi que les accoucheuses traditionnelles ont été formées et appuyées pour une participation efficace à l'amélioration de la santé des populations. Les conclusions stratégiques sur l'analyse du contexte et de la situation de la santé de 2013 a permis au Bureau de la coopération suisse au Tchad de constater que malgré d'importants revenus pétroliers, ceux-ci sont prioritairement affectés aux infrastructures et à la sécurité, au détriment des secteurs productifs et des secteurs sociaux où les performances de l'Etat sont faibles et où de ce fait, les organisations communautaires jouent un rôle très important. Globalement, l'accès des populations à des soins de qualité est limité alors que la croissance démographique très élevée (3.5% par an) entraîne une demande de services accrue et fragilise le système sanitaire. Cela a permis aussi au Bureau de la coopération suisse d'identifier des principaux facteurs porteurs et de s'engager dans le secteur de la santé. Cet engagement se traduit aujourd'hui par un portefeuille santé de trois projets complémentaires, visant l'amélioration de la gouvernance du système de santé et de la qualité de services de santé.

Cohérents avec les priorités stratégiques de la DDC et du Tchad, les projets/programmes santé s'inscrivent sur le thème prioritaire de la DDC « Développement humain » (*Message 2021-2024 : Sauver des vies, fournir des services de base de qualité – notamment éducation et santé – et contribuer à la diminution des causes de la migration irrégulière et du déplacement forcé*) et font partie du portefeuille 2 (services sociaux de base) du programme de coopération suisse au Tchad 2023-2026. Ils s'alignent parfaitement avec un des objectifs de la vision stratégique de l'Etat tchadien à l'horizon 2030, qui est de donner la possibilité à chaque citoyen d'accéder à l'eau, à la santé, au logement, à l'énergie et à la stabilité, et sur l'objectif général du plan national de développement sanitaire (PNDS) 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 socioéconomique du pays* » (source PNDS 4).

Les projets évoluent dans un secteur de santé où la gouvernance et la coordination des interventions demeurent encore faibles. Les processus de planification stratégique et opérationnelle ne sont pas systématiquement respectés. Le système de santé est resté très centralisé avec des organes de concertation peu fonctionnels. En plus, la création « subjective » des districts sanitaires et centres de santé ne favorise pas un développement du système de santé.

Le secteur de santé est insuffisamment financé (estimé à 9% du budget de l'Etat contre 15% selon la déclaration d'Abuja). La part du paiement direct des ménages dans les dépenses totales de santé est de 64.4% (PNDS 4). Les ressources humaines sont insuffisantes en quantité et en qualité et cela impacte négativement sur la qualité des offres de soins. L'information sanitaire est faiblement utilisée. Le marché illicite et les faux médicaments sont en pleine expansion.

Dans le cadre de l'élaboration du prochain programme de coopération de la Suisse au Tchad qui couvrira la période de 2027 à 2030 et des réflexions stratégiques sur la suite des interventions, le bureau de la coopération suisse voudrait évaluer sa stratégie d'intervention sous le programme de coopération actuel et en analyser la pertinence. La totalité des projets du portefeuille santé sont arrivés à leur terme ou le seront dans un avenir proche, la fin du projet « Programme d'appui aux districts sanitaires – PADS » étant prévue pour mars 2027. Ce contexte présente donc une opportunité pour une évaluation des projets/programmes suisses dans le domaine de la santé et une réflexion sur un potentiel futur de l'engagement de la DDC dans ce secteur.

3. Objectifs, portée et orientations de l'évaluation

3.1. Objet de l'évaluation

Le portefeuille santé, objet de cette évaluation, est constitué des 3 projets suivants :

Le Programme d'appui aux districts sanitaires au Tchad - PADS (2014 - 2027) s'aligne sur un des objectifs de la vision stratégique de l'Etat tchadien à l'horizon 2030, qui est de donner la possibilité à chaque citoyen d'accéder à l'eau, à la santé, au logement, à l'énergie et à la stabilité, qui se décline en « *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 socioéconomique du pays* ». L'appui du PADS contribue à améliorer la gouvernance des services de santé dans les districts sanitaires des provinces du Batha et du Moyen Chari et à accompagner le développement de la couverture santé universelle. Il est mis en œuvre par le consortium Swiss TPH et Centre de support en santé internationale (CSSI). La stratégie de mise en œuvre du PADS s'appuie sur différentes approches : (i) une approche systémique visant à rechercher des solutions aux disfonctionnements du système de santé, (ii) l'intersectorialité dans le cadre du développement de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), (iii) la participation des acteurs (y compris les communautés) à tous les niveaux et (iv) le transfert des compétences et des connaissances générées.

L'évaluation externe de la phase 2 du PADS (Novembre 2021), démontre qu'« en mettant le focus sur la santé des femmes et des enfants, et par son appui à une meilleure gouvernance du secteur, le PADS reste en harmonie avec les orientations stratégiques de la coopération suisse 2018-2021 au Tchad. Le PADS a testé et validé des innovations, notamment la santé unique (« One health »), le « District Health Information System » (DHIS2) ou encore les Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM) et le système d'information et de gestion de l'assurance santé (openIMIS). Ces innovations ont été initiées avec succès et disposent d'un potentiel fort de réplication et de mise à l'échelle respectivement dans d'autres districts et provinces. Cependant, les indicateurs d'utilisation des services de santé maternelle et infantile quoi qu'ayant subi une amélioration restent toujours faibles, notamment le taux d'accouchement dans les formations sanitaires ».

Le Programme de sécurité nutritionnelle des populations hôtes et réfugiées du Logone oriental (2022 - 2025) a pour objectif la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto-juvénile des populations hôtes et refugiées dans un contexte où les femmes et les

enfants font face à des crises successives (troubles politico-militaires, changements climatiques, situation économique faible, pandémie mondiale) qui affectent le Tchad. La Suisse a contribué au financement de ce programme qui est proposé et mis en œuvre par Action Contre la Faim. En s'appuyant sur l'approche Nexus développement – humanitaire, le programme s'est proposé de contribuer à l'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle et de prévenir les conflits intercommunautaires dans la Province du Logone oriental.

L'évaluation externe du programme (Octobre 2024), démontre qu'« il est important de prioriser les projets qui associent l'humanitaire et le développement (nexus) et que le renforcement des effectifs et compétences du personnel de santé dans les formations sanitaires et les activités à base communautaire faisant intervenir les agents de santé communautaire et les accoucheuses traditionnelles améliore la qualité des offres de soins et la fréquentation des formations sanitaires ».

Le projet de promotion des mutualités de santé au Tchad (2009 - 2019) s'était aligné sur la politique nationale de santé 2016 – 2030 et avait centré ses actions sur l'accès et la qualité des offres de soins dans les provinces du Logone oriental, du Mandoul, du Mayo Kebbi Est, du Mayo Kebbi Ouest et du Moyen Chari. Le projet, mis en œuvre par le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR), avait pour objectif de contribuer à l'émergence d'un mouvement mutualiste structuré et fort en valorisant les atouts de la gouvernance mutualiste et d'une gestion professionnelle de la micro-assurance santé. La stratégie d'intervention s'est focalisée sur la qualité de l'offre de soins de santé primaire pour stimuler l'adhésion des communautés des zones du projet. Il s'agissait essentiellement de renforcer les compétences de tous les infirmiers/infirmières responsables des formations sanitaires (centres de santé) par la mise à disposition de guides de diagnostic et traitement adapté aux maladies courantes et conformes au diagnostic des malades. En facilitant l'accès financier à des soins de santé de qualité, le dispositif de solidarité mis en place prévoyait d'améliorer l'état de santé des populations du secteur informel et agricole, et concourrait à la réalisation de l'engagement de l'Etat tchadien d'atteindre la couverture santé universelle.

3.2. But et objectifs

L'évaluation externe du portefeuille santé comporte un objectif rétrospectif, consistant surtout à analyser la pertinence et l'impact des projets actuels et récents sur le système de santé, mais joue aussi un rôle prospectif, visant à identifier les opportunités d'appui pouvant impacter positivement et durablement le système de santé. Les opportunités d'appui identifiées pourront alimenter la réflexion de la DDC sur la possible suite de son intervention dans le secteur de la santé en tenant compte de l'évolution du contexte politique et administratif, notamment la redynamisation en cours de la décentralisation au Tchad.

Cette évaluation a pour objectifs de :

- Fournir aux parties prenantes - notamment à la DDC - une appréciation indépendante de la performance globale de ses interventions dans le domaine de la santé et une analyse de leur pertinence, leur efficacité, leur durabilité et leur impact ;
- Générer des connaissances basées sur les évidences en identifiant les bonnes pratiques et les leçons apprises qui pourraient guider les réflexions sur les orientations stratégiques futures de l'intervention de la Suisse dans le secteur de la santé mais aussi pour leur passage à l'échelle au cours des dix dernières années d'intervention (2014 - 2024).

De manière spécifique, cette évaluation doit permettre de :

- Apprécier dans quelle mesure les objectifs et la conception des interventions correspondent aux besoins et aux priorités des populations et des parties prenantes impliquées ;
- Apprécier dans quelle mesure les interventions du portefeuille ont produit des effets importants et de vaste portée, positifs ou négatifs, intentionnels ou non ;
- Apprécier dans quelle mesure les bénéfices ou résultats des interventions du portefeuille sont susceptibles de perdurer pour les populations et les principales parties prenantes ;
- Apprécier le niveau d'appropriation des acteurs de différents niveaux central, intermédiaire et périphérique du système sanitaire ;
- Identifier jusqu'à quel point les aspects des projets du portefeuille sont institutionnalisés dans le système sanitaire ;
- Proposer des options et conditions pour la suite de l'intervention de la Suisse dans le secteur de la santé au Tchad.

Ainsi, le but de l'évaluation revêt deux dimensions : (i) **analytique et rétrospective** en ce sens qu'elle analysera l'efficacité des interventions de la Suisse et en appréciera la pertinence, et identifiera les résultats en termes d'effets des interventions en mettant en exergue les points forts et les points faibles, et (ii) **prospective** parce qu'elle donnera des éléments d'une vision stratégique plus vaste des projets pour une possible intervention suisse future dans le secteur de la santé.

3.3. Portée de l'évaluation

L'évaluation concerne les projets du portefeuille santé de la DDC, mis en œuvre durant la période de 2014 à 2024, dans les provinces du Batha, du Logone oriental, du Mandoul, du Mayo Kebbi Est, du Mayo Kebbi Ouest et du Moyen Chari.

3.4. Questions indicatives d'évaluation

Au cours de la phase initiale, les évaluateurs, en accord avec la DDC, doivent affiner les questions qui sont structurées selon les critères du CAD de l'OCDE. Le soumissionnaire est donc tenu de répondre à ces questions dans le cadre de son offre technique.

A. Pertinence

- Dans quelle mesure les objectifs et stratégies des projets du portefeuille santé sont en lien avec les priorités nationales ?
- Dans quelle mesure les interventions ont-elles répondu aux besoins des partenaires aux niveaux périphérique, intermédiaire et central du système sanitaire ?
- Quelles ont été les capacités d'adaptation des projets aux évolutions du contexte afin de garantir leur pertinence ?
- Dans quelle mesure les interventions du portefeuille santé sont-elles novatrices dans la démarche, dans l'évolution, et dans les adaptations apportées ?

B. Cohérence

- Dans quelle mesure les interventions du portefeuille santé sont-elles compatibles avec d'autres interventions de la DDC au Tchad, notamment dans le domaine des services de base ?

- Quelles sont les complémentarités et synergies avec les projets des autres partenaires techniques et financiers (PTF) dans le domaine de la santé et les actions initiées par le ministère de la santé publique ?

C. Efficacité

- Les résultats prévus du portefeuille sont-ils atteints ou sont-ils en train de l'être d'un point de vue quantitatif et qualitatif en termes de produits (*outputs*), réalisations (*outcomes*) et objectifs ?
- Quels sont les principaux facteurs qui ont influencé la réalisation ou la non-réalisation des résultats escomptés ?
- Les actions du portefeuille ont-elles permis aux professionnels de la santé impliqués de modifier leurs pratiques professionnelles ?
- Les partenaires des différents projets du portefeuille ont-ils été renforcés pour adopter une démarche plus adaptative et efficace dans le cadre de leurs missions ?
- Quelles sont les forces et les faiblesses/limites de l'appui technique apporté par les projets du portefeuille aux acteurs de la santé à différents niveaux ?
- Quelles sont les forces et les faiblesses de l'appui technique apporté à la mise en place des organisations à base communautaire et le renforcement des activités communautaires dans la gestion du système de santé ?

D. Efficiency

- L'utilisation des ressources des projets du portefeuille est-elle faite suivant les critères d'efficience (adéquation des moyens et résultats attendus, bon usage des ressources, capacités d'exécution) ?
- Tous les résultats attendus ont-ils été atteints dans les délais prévus ?
- Quelles structures organisationnelles et quels mécanismes de financement et d'appui harmonisés seraient efficaces ?

E. Durabilité

- Dans quelle mesure les résultats positifs des interventions dans le domaine de la santé de la DDC au Tchad ont perduré ou sont susceptibles de perdurer après la fin du soutien de la DDC ?
- Existe-t-il des indications de l'engagement du gouvernement après la fin du financement des projets du portefeuille par la DDC ?
- Quels facteurs majeurs peuvent améliorer ou entraver la pérennité des effets produits ?
- Dans quelle mesure les bonnes pratiques des interventions du portefeuille peuvent-elles être mises à l'échelle par le ministère de la santé publique et/ou d'autres acteurs dans le pays ? Si non, pourquoi ?
- En termes de compétences, est-ce que les différents acteurs étatiques et non-étatiques disposent de compétences pour assurer la durabilité des acquis générés par les projets du portefeuille ?

F. Impact

- Les interventions du portefeuille santé ont-elles eu un impact sur les populations, les parties prenantes et sur les cadres institutionnels du système de santé ?
- Quels effets positifs et négatifs inattendus se sont produits ?
- Quelles sont les innovations des projets du portefeuille qui ont été institutionnalisées en dehors des interventions du portefeuille ?
- Quels sont les impacts des projets du portefeuille sur le système de santé ?

G. Genre et inclusion

- Les interventions du portefeuille ont-elles contribué à améliorer l'égalité des genres à différents niveaux du système de santé, en termes d'accès et de qualité des services de santé ?
- Les actions du portefeuille ont-elles bénéficié au groupe marginalisé (hommes ou femmes) ?
- Dans quelle mesure les interventions du portefeuille ont-elles encouragé des évolutions positives en matière d'égalité de sexes et d'autonomisation des femmes ? Y a-t-il eu des effets inattendus ?

4. Processus et méthodes d'évaluation

4.1 Méthodologie d'évaluation

Sur la base des termes de référence de l'évaluation, les organisations ou les évaluateurs feront une offre technique qui doit comporter une proposition de méthodologie de travail et un calendrier de travail pour évaluer les projets du portefeuille santé. La méthodologie de travail fera apparaître les rôles et responsabilités de tous les évaluateurs et précisera les informations que le bureau de la coopération suisse devra fournir aux consultant(e)s avant le début de la mission. Il est proposé, à titre indicatif, à l'équipe d'évaluateurs, une méthodologie qualitative (analyse de documents et entretiens sur le terrain) avec une forte dimension participative, permettant une appropriation des résultats par les différents partenaires.

4.2 Rôles et responsabilités de l'équipe d'évaluation

Le(La) chef(fe) d'équipe sera l'interlocuteur(trice) du bureau de la coopération suisse au Tchad et assurera la coordination de l'équipe d'évaluation. Il/elle veillera à assurer le design de l'évaluation, le pilotage du processus évaluatif, l'assurance qualité et la délivrance des produits attendus en étroite collaboration avec ses collègues. Il/elle devra conduire l'évaluation selon une approche favorable au transfert de compétences aux collaboratrices et collaborateurs régionaux et nationaux.

4.3 Calendrier et volume de travail l'évaluation

Le chronogramme ci-dessous est proposé à titre indicatif. Il pourrait être modifié et adapté à la situation d'un commun accord au démarrage de la mission qui sera retenu sur la base de la méthodologie et du plan de travail proposés par l'équipe d'évaluation.

L'évaluation devra démarrer le 01avril 2025 avec une remise du rapport final au plus tard le 15 mai 2025.

Activités	Nombre de jours de travail		
	1 Expert International	1 Consultant sous régional	2 Consultants nationaux
• Revues documentaires	6	5	8
• Elaboration de la matrice d'évaluation			
• Entretien avec le commanditaire			
Vols internationaux	2	2	0
Visites de terrain	15	15	20
▪ Briefing			
▪ Entretiens à N'Djaména			
▪ Missions de terrain dans les provinces			
Débriefing avec la DDC et les mandataires	2	2	4
Atelier de restitution à chaud des premières conclusions de l'évaluation	1	1	2
Elaboration du rapport provisoire et transmission au commanditaire	8	5	8
Finalisation du rapport de l'évaluation	3	2	2
TOTAUX	37	32	44

5. Réalisations attendues

Un rapport initial incluant une matrice de l'évaluation doit préciser la démarche méthodologique pour répondre aux différentes questions de l'évaluation selon les champs d'intervention des projets du portefeuille, proposer les outils de collecte et de traitement de données, et le chronogramme actualisé du déroulement de la mission et la soumission des livrables - 10 pages maximum.

Sur la base des informations collectées, un premier draft du rapport de l'évaluation de 30 pages maximum (sans les annexes éventuelles) sera proposé au bureau de coopération suisse, après l'atelier de restitution des premières conclusions de l'évaluation aux membres du comité de pilotage du PADS et organisations partenaires. L'équipe d'évaluation partagera avec le bureau de coopération suisse la présentation qui sera faite au cours de l'atelier de restitution. Le draft du rapport doit comporter l'ensemble des résultats de l'évaluation et une synthèse introductory (résumé). Il fera ressortir clairement une analyse basée sur les évidences pour l'appréciation des résultats du portefeuille, en termes de changements et d'impact sur le système de santé, et des propositions de pistes/options pour le futur de l'intervention de la Suisse en santé. Il sera envoyé en version électronique aux adresses indiquées ci-dessous.

Un rapport final, de cinquante (50) pages maximum (sans les annexes éventuelles), comprenant l'ensemble des résultats attendus et un résumé analytique de 3-4 pages reprenant les résultats de l'analyse et les recommandations. Le rapport final doit contenir des références claires aux informations / données importantes disponibles dans les annexes qui, comprennent notamment les outils de collecte, un tableau résumant tous les commentaires reçus et expliquant pourquoi et comment, ils ont été intégrés ou rejetés. La grille d'analyse de la DDC pour les critères du CAD, doit être remplie par les évaluateurs et jointe au rapport final de l'évaluation.

6. Documents de référence

Programme de coopération de la Suisse au Tchad 2023 - 2026

Stratégies de la coopération de la Suisse au Tchad 2013 - 2016 et 2018 - 2022

Documents de base des projets du portefeuille santé

Documents de pilotage des projets du portefeuille santé

Rapports d'évaluation des projets du portefeuille santé

Plan national de développement sanitaire au Tchad 2022 – 2030

Politique nationale de santé 2016 – 2030

7. Profils et compétences des évaluateurs

L'évaluation sera conduite par une équipe de consultants démontrant l'expertise nécessaire au bon déroulement de cette évaluation. L'équipe soumettra sa composition en désignant le chef d'équipe. Cette équipe devra comprendre au maximum quatre (4) experts clés à profils complémentaires ayant chacun un diplôme universitaire supérieur (Bac+5 au moins), dont idéalement un expert international en tant que chef d'équipe, un expert de la sous-région et deux nationaux. L'équipe devrait également avoir une bonne connaissance du contexte national, du secteur de la santé, notamment en ce qui concerne le développement de la CSU. Les membres de l'équipe travailleront en étroite collaboration pour la co-production et la mise en œuvre d'une méthodologie et d'une démarche appropriées pour la réponse aux questions d'évaluation et l'atteinte des résultats escomptés.

Consultant(e) chef(fe) d'équipe :

Qualités nécessaires :

- Diplôme universitaire supérieur en santé publique, économie de la santé ou domaine similaire ;
- Expérience et connaissances actuelles et approfondies en santé publique ;
- Expérience et connaissances actuelles en gouvernance de santé et en matière de couverture sanitaire universelle ;

- Bonnes connaissances des systèmes de santé en Afrique sahélienne ;
- Solide expérience professionnelle en Afrique sahélienne, idéalement au Tchad ;
- Expériences et compétences professionnelles en matière d'évaluation et de méthodes d'évaluation de projets de santé ;
- Expérience confirmée dans la gestion d'une équipe d'évaluation de taille, de composition et de portée comparables ;
- Expériences et compétences dans les questions de genre et de gouvernance ;
- Compétences sociales, y compris sensibilité interculturelle et capacités à travailler avec une large palette de parties prenantes ;
- Maîtrise parfaite de la langue française.

Qualités souhaitées :

- Connaissance de la DDC et de ses instruments de travail.

Consultant(e)s associé(e)s :

Qualités nécessaires :

- Diplôme universitaire supérieur en santé publique, économie de la santé ou autre domaine pertinent ;
- Expériences et connaissances actuelles en santé publique ;
- Bonnes connaissances du système de santé du Tchad ;
- Expérience dans l'évaluation de programmes/projets similaires ;
- Excellente maîtrise du français et de l'arabe tchadien (pour les consultants nationaux).

Qualités souhaitées :

- Expérience en tant que responsable provincial ou national au Tchad ;
- Connaissance de la DDC et de ses instruments de travail.

Le dossier doit comprendre des curriculums vitae détaillés, des copies de diplômes et certificats / attestions et 3 personnes de références (coordonnées complètes) démontrant les qualités énoncées ci-dessus.

8. Critères de qualification et d'adjudication

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. Le soumissionnaire apporte des justificatifs indiquant qu'il est en mesure de remplir le mandat du point de vue technique, financier et économique ou il en fait la déclaration par écrit.

Critères de qualification

CQ	Critères de qualification	Justificatifs
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 3.	Signature valable en droit de la « Déclaration du soumissionnaire » (cf. annexe 3) dûment remplie et signée
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 des présents termes de référence	Confirmation écrite et dûment signée d'acceptation des Conditions Générales et du Code de conduite

CQ	Critères de qualification	Justificatifs
CQ 3	Expériences Le soumissionnaire dans son intégralité a acquis suffisamment d'expériences en réalisant l'évaluation de projets comparables. Il atteste de cette expérience en fournissant 3 références se rapportant aux 10 dernières années. Si un sous-traitant fournit des prestations essentielles dans le cadre de ce mandat, il doit lui aussi attester de son expérience dans la fourniture de prestations telles que celles que l'on attend de lui dans le contexte du présent mandat.	Justificatif écrit comportant au moins les indications suivantes : - Nom et adresse de l'entreprise, avec le nom et le numéro de téléphone des interlocuteurs ; - Période et lieu de l'exécution du mandat ; - Etendue 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 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 personne de contact, y compris le nom de son suppléant.
CQ 5	Compétences linguistiques des personnes clés L'équipe d'évaluation proposée est capable de travailler et de communiquer en français. Au moins un membre doit pratiquer l'arabe local.	Confirmation écrite accompagnée d'une documentation claire concernant les connaissances linguistiques des membres de l'équipe d'évaluation.
CQ 6	Calendrier et disponibilité Le soumissionnaire confirme la conformité au calendrier d'intervention présenté par l'adjudicateur. Une attestation de disponibilité signée individuellement par (tous) le/s consultant/es confirmant sa/leur disponibilité pour le mandat prévu pendant toute la durée du mandat.	Confirmation écrite et attestation de disponibilité dûment signée.

Seuls les soumissionnaires et les offres qui satisfont toutes les exigences formelles et remplissent les critères de qualification sont évalués sur la base des critères d'adjudication. Les autres soumissionnaires et offres sont exclus de suite de la procédure.

9. Procédures en matière d'offres

9.1. Adjudicateur

La procédure d'adjudication est placée sous l'égide du Bureau de la coopération suisse et Agence consulaire au Tchad, B.P. 1102, Avenue Général Routouang Yoman Golom, N'Djaména, qui intervient en tant qu'adjudicateur direct à l'égard du soumissionnaire.

9.2 Mode de procédure

L'adjudication a lieu dans le cadre d'une procédure d'invitation à soumissionner (liste restreinte), aux termes de l'ordonnance sur les marchés publics du 11 décembre 1995 (OMP), RS 172.056.11. La décision d'adjudication ne peut faire l'objet d'un recours.

9.3 Structure, contenu des offres

Sur la base des présents termes de référence, le soumissionnaire soumettra une offre composée d'une proposition technique et financière. L'offre comprendra obligatoirement mais non exhaustivement les éléments dans le tableau ci-dessous :

Structure et contenu des offres

Chapitre	Descriptions
1	Lettre d'accompagnement avec signatures Commentaires concernant les critères de qualification (CQ) : <ul style="list-style-type: none"> - 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 5) - Calendrier (CQ 6)
2	Proposition technique
2.1	Introduction avec motivation de la candidature
2.2	Compréhension du mandat et des termes de référence : compréhension du contexte, des projets du portefeuille, des parties prenantes, du rôle des consultants, du but de l'évaluation, des champs d'analyse, questions clés et résultats attendus, etc.
2.3	Description détaillée de la méthodologie et de l'approche proposée : approche, outils et méthodologie que le soumissionnaire compte utiliser pour conduire les étapes du processus d'évaluation, questions d'évaluation et des données à utiliser ou à collecter, concept détaillé décrivant la procédure envisagée, calendrier de mise en œuvre indiquant les jours de travail planifié pour les consultants, plan de rapportage, etc.
2.4	Compétences et expériences des consultant(e)s : qualifications et références, diplômes et connaissances des langues et du contexte, compétences et expériences avec des mandats similaires.
2.5	Organisation de l'équipe : rôles, tâches et responsabilités du/de la chef(fe) d'équipe et des consultants associés, chronogramme, répartition de travail entre les consultants, etc.
2.6	Attestation de disponibilité : attestations signées par les consultants confirmant leur disponibilité pour le mandat prévu pendant toute la durée du mandat et pour les déplacements dans les provinces d'intervention des projets du portefeuille selon les normes de sécurité du Bureau de coopération suisse et Agence consulaire au Tchad.
3	Proposition financière L'offre financière doit être faite conformément au formulaire budgétaire en format Excel et dans la devise FCFA et/ou CHF, conformément au formulaire figurant à l'annexe 3.2 Mandat local et 3.1 Mandats Types A ou B. L'offre financière comprendra, outre les honoraires des consultant(e)s, tous les coûts estimés pour le déroulement du mandat d'évaluation, en lien avec la proposition technique et le calendrier de travail proposé ainsi qu'un narratif sur l'offre financière et toutes autres informations pertinentes.
4	Annexes: <ul style="list-style-type: none"> - CV des membres principaux de l'équipe d'évaluation - Références - Proposition financière : formulaire d'offre financière - Autres

9.4 Coûts d'élaboration des offres

Le soumissionnaire n'a droit à aucune indemnité pour l'élaboration et la présentation des offres.

9.5 Critères d'évaluation des offres

Exigences formelles

Respect du délai de dépôt : les offres doivent être déposées avant le délai de clôture des offres.

Les exigences formelles énoncées aux chapitres 8 et 9.3 doivent être entièrement respectées. Dans le cas contraire, il ne sera pas entré en matière sur l'offre.

9.6 Critères d'adjudication

Les offres sont évaluées à l'aune des critères d'adjudication et des pondérations des tableaux ci-dessous :

Critères d'adjudication

CA	Critères d'adjudication	Pondération
CA 1	Qualification des consultant(e)s appelé(e)s à intervenir dans le cadre du mandat (Curriculum Vitae - CV)	50%
CA 1.1	Qualifications et références, connaissances, expériences et compétences de l'expert(e) chef(fe) d'équipe	60%
CA 1.2	Qualifications et références, connaissances, expériences et compétences des Consultant(e)s associé(e)s	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	40%
CA 2.2	Qualité de l'approche et de la méthodologie proposées	40%
CA 2.3	Organisation de l'équipe, rationalité de l'organisation/structure proposée, cohérence du partage de responsabilités, complémentarité de l'équipe, couverture des domaines d'intervention	20%
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.	20%
CA 3.1	Le montant total en FCFA ou CHF (hors TVA) sera évalué à l'aide de la formule suivante : Score= $M \times \left(\frac{P_{\min}}{P}\right)^2$ 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 : 5	100%
Total		100%

Les critères d'adjudication sont évalués selon l'échelle détaillée dans le tableau ci-dessous :

Echelle d'évaluation

Notes	Qualité des critères	Appréciations des critères
0	Non évaluable	Pas d'indications
1	Très mauvaise	Données insuffisantes, incomplètes Qualité des données très médiocre
2	Mauvaise	Données sans rapport suffisant avec le projet Qualité des données médiocre

3	Moyenne, normale	Données correspondantes aux exigences de l'appel d'offres Qualité des données appropriée
4	Bonne	Données remplissant les exigences Bonne qualité des données
5	Très bonne	Données contribuant clairement à la réalisation des objectifs Excellent qualité des données

10. Autres éléments devant être pris en compte par les soumissionnaires

10.1. Adresses de dépôt des offres

Les offres doivent être envoyées au Bureau de coopération suisse et Agence consulaire à N'Djaména (Tchad) par courrier électronique aux adresses suivantes :

djo.narmbaye@eda.admin.ch et ndjamena@eda.admin.ch

10.2. Langue des offres

Les offres doivent être déposées en français.

10.3. Délai de dépôt et validité de l'offre

L'offre doit être envoyée par courrier électronique au plus tard le vendredi 04.03.2025 à 16h30 (N'Djaména heure locale) aux adresses citées au point 10.1 avec la mention suivante :

« OFFRE ÉVALUATION DU PORTEFEUILLE SANTÉ ».

L'adjudicateur confirmera réception de l'offre dans les 3 jours ouvrables suivant le délai de soumission. Si la confirmation manque, le soumissionnaire doit réclamer celle-ci à l'adresse :

djo.narmbaye@eda.admin.ch et ndjamena@eda.admin.ch jusqu'au 08.03.2025 au plus tard. Le soumissionnaire doit s'assurer dans tous les cas qu'il dispose de la preuve de remise de l'offre dans les délais. La signature électronique certifiée faisant foi. L'offre reste valable 120 jours après le délai de dépôt.

10.4. Négociations

Demeurent réservées. Le Bureau de coopération suisse au Tchad se réserve le droit de négocier les coûts d'honoraires après adjudication pour tenir compte de la grille d'honoraires applicables à la DDC et les conditions fiscales locales.

10.5. Confidentialité

Le soumissionnaire doit traiter de manière confidentielle l'ensemble des informations qu'il reçoit en rapport avec l'activité de l'adjudicateur ou de tiers. Les documents d'appel d'offres ne peuvent être utilisés à d'autres fins que celles prévues par la soumission de l'offre, même sous forme d'extraits. Le contenu de l'appel d'offres ne peut être rendu accessible à des tiers que pour la soumission de l'offre.

Le soumissionnaire veille à la confidentialité de toutes les informations qui ne sont pas publiques ou librement accessibles. Dans le doute, les informations seront traitées de manière confidentielle. Cette obligation de garder le secret continue de s'appliquer après la clôture de la procédure.

Le destinataire de l'offre s'engage à garder le secret à l'égard des tiers au sujet de cette offre.

10.6. Clause d'intégrité

Le soumissionnaire et l'adjudicateur s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires pour éviter la corruption. Ils s'abstiennent en particulier d'offrir ou d'accepter toute libéralité ou autre avantage.

Si le soumissionnaire viole cet engagement, il doit verser une peine conventionnelle à l'adjudicateur. Le montant de cette peine s'élève à 10 % de la valeur du contrat, mais à CHF 3'000 au moins par infraction.

Le soumissionnaire prend note du fait que tout manquement au devoir d'intégrité entraîne en principe l'annulation de l'adjudication ainsi que la résiliation anticipée du contrat par l'adjudicateur pour juste motif. Les parties s'informent de tout fait de corruption fondée sur des soupçons raisonnables.

10.7. Droit de propriété

Tous les droits de propriété nés de la réalisation du mandat passent à l'adjudicateur.

10.8. Pénalités

Outre les pénalités prévues dans les documents des conditions générales (Annexe 3 et Annexe 4), en cas d'indisponibilité d'une ressource clé avant le démarrage du mandat, le Bureau de la coopération suisse se réserve le droit de réclamer des dommages et intérêts équivalents à 10% de la valeur du contrat.

11. Echéancier

Dates	Activités
03.02.2025	Bureau de coopération : Invitation aux consultants pour soumission des offres avec partage des termes de référence de la mission
06.02.2025	Soumissionnaires : Délai pour manifestation d'intérêt et transmission des questions par courrier électronique à djo.narimbaive@eda.admin.ch et ndiamena@eda.admin.ch
11.02.2025	Bureau de coopération : Réponses aux questions des soumissionnaires par courrier électronique (adressées à tous les soumissionnaires qui ont manifesté intérêt à soumettre une offre)
04.03.2025	Soumissionnaires : Dépôt des offres technique et financière par courrier électronique à djo.narimbaive@eda.admin.ch et ndiamena@eda.admin.ch
17.03.2025	Adjudication du mandat et information des soumissionnaires dont les offres ne sont pas retenues
25.03.2025	Conclusion du contrat
01.04.2025	Début du mandat

12. Contrat

Le Bureau de coopération suisse adjugera le contrat au terme de l'évaluation des offres techniques et financières reçues sur la base des présents termes de référence.

Le contrat qui doit être conclu est soumis aux conditions générales pour les mandats locaux (pour les soumissionnaires domiciliés au Tchad) et aux conditions générales pour les mandats des types A et B (pour les soumissionnaires domiciliés en Suisse ou dans l'Union Européenne). Ces conditions générales sont considérées comme acceptées au moment du dépôt de l'offre.

13. Annexes

Sont annexés aux présents termes de référence :

1. Formulaire budgétaire en format Excel « Canevas Budget, Mandat local »
2. Formulaire budgétaire en format Excel « Canevas Budget, Mandat type A ou B »
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 mandats 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
6. Grille d'analyse pour les évaluations des interventions de la DDC.

Liste des personnes rencontrées

Fonction	Organisation/Institution	Lieu
Directeur	CSSI	N'Djamena
Coordinateur	PADS	N'Djamena
Conseiller Technique	PADS	Sarh
Gestionnaire	PADS	Sarh
MCD	Ministère de la santé	Danamadji
CZR	Ministère de la santé	Danamadji
PEV	Ministère de la santé	Danamadji
Président Mutuelle	Ministère de la santé	Danamadji
Président sous fédération	COSAN	Danamadji
PF VIH/TB	Ministère de la santé	Danamadji
Adjoint Gestionnaire	COGES	Danamadji
Président de la Fédération interprovinciale des mutuelles de santé	FEIMUSAT	Koumra
CZR	Ministère de la santé	Kyabé
RSC	Ministère de la santé	Kyabé
Chargée information	COSAN	Kyabé
Trésorière	Sous Fédération	Kyabé
Secrétaire général	Sous Fédération	Kyabé
Président Sous fédération	Sous Fédération	Kyabé
MCD	Ministère de la santé	Kyabé
Président	Fédération du Batha	Ati
MCD	Ministère de la santé	Ndjaména-Bilala
Délégué Provincial	Ministère de la santé	Ati
Gestionnaire	PADS Batha	Ati
Gynécologue	PADS Batha	Ati
Secrétaire général	Ministère de la santé	N'Djamena
Responsable Vaccination	OMS	N'Djamena
Chef section nutrition	Unicef	N'Djamena
Responsable REACH	PAM	N'Djamena
Directeur DANA	Ministère de la santé	N'Djamena
Directeur santé Communautaires	Ministère de la santé	N'Djamena
Chef composante santé/SAN	Programme SAN	N'Djamena
DUE/ECHO	Référent régional santé	N'Djamena
DDC	Directeur adjoint, Coordinateur du portefeuille Services de base, éducation	N'Djamena

Chronogramme de mission de l'évaluation

Jours/mois : juin – juillet 2025	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J							
Activités	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3
Préparation de la mission																																					
Revues documentaires																																					
Entretien avec le commanditaire, cadrage de la mission et finalisation de la matrice d'évaluation																																					
Revue chronogrammes																																					
Voyage au Tchad																																					
Briefing Equipe AEDES/DSS																																					
Briefing avec la DDC/N'Djamena																																					
Prise de contact, rendez-vous et entretien avec les acteurs clés à Ndjamen																																					
Mission terrain Batha (DPS Atis, DS Amdjamen)																																					
Mission terrain Moyen chari et MAndoul																																					
Suite entretien avec les acteurs clés																																					
Réunion d'équipe AEDES/DSS																																					
Débrifieng avec la DDC/N'Djamena																																					
Élaboration Draft rapport																																					
Elaboration du rapport provisoire																																					
Inputs des parties prenante																																					
Réunion d'équipe AEDES/DSS																																					
Finalisation du rapport provisoire																																					
Finalisation du rapport final																																					



Prise de position relative à l'évaluation externe du portefeuille suisse en santé au Tchad (2014 – 2024)

Cette évaluation est importante pour le Bureau de la coopération suisse au Tchad, en ce sens qu'elle permet de dresser un bilan des interventions suisses dans le secteur de la santé lors de la dernière décennie. Elle permet également de tirer des leçons pour le pilotage des projets en cours et de contribuer à la réflexion concernant le possible futur rôle de la Suisse dans ce secteur. Les analyses et les enseignements fournis sont passables et le rapport final de l'évaluation externe du portefeuille suisse en santé de 2014 à 2024 est alors accepté.

1. Analyse de l'évaluation

Après plus de dix années de mise en œuvre opérationnelle de trois projets suisses en santé au Tchad, le bureau de la coopération suisse a commandité une évaluation externe pour mieux apprécier les effets de son intervention dans ce secteur, bien que deux des trois projets aient déjà été évalués et clôturés. Cette évaluation visait également l'identification d'options pour une possible intervention future de la Suisse dans ce secteur, en se basant sur une analyse critique des résultats obtenus, des défis rencontrés, et des opportunités identifiées.

L'évaluation a été menée par une équipe d'experts indépendants mise à disposition par l'Agence européenne pour le développement et la santé (AEDES), composée de Dr TSHIULA LUBANGA Albert, DJENDADJE Séraphin Djimnade, DIONADJI TOPINANTY Brigitte et YOUSSEOUF Ibn Ali, conformément aux normes internationales. Le processus d'évaluation a été bien géré, et le groupe de référence du Bureau de la coopération suisse composé de NARMBAYE Djo, Coordonnateur du portefeuille services sociaux de base, et MOYÉNA Kladoum, Chargé de programme éducation, y a été étroitement associé, tout comme STEINER Noemi, Chargée de programme Tchad à la centrale.

Les évaluateurs ont :

- Fourni une appréciation indépendante de la performance globale de la mise en œuvre des projets du portefeuille santé et une analyse par rapport à leur pertinence, leur efficacité, leur durabilité, leur impact, ainsi que l'équité de genre et l'inclusion ;
- Généré des connaissances basées sur les évidences en identifiant les bonnes pratiques et les leçons apprises qui pourraient guider les orientations stratégiques futures de l'intervention de la Suisse dans le secteur de la santé mais aussi pour la réplication et le passage à l'échelle des bonnes pratiques développées au cours de ces dix dernières années d'intervention.

A l'issue de la collecte des données auprès des principaux acteurs intervenant dans le secteur de la santé de N'Djamena ainsi que ceux des provinces d'intervention à savoir le Batha, le Mandoul et le Moyen Chari, la restitution de la mission d'évaluation prévue dans le processus n'a pu être organisée à cause de la faible qualité du rapport provisoire dégageant les premiers éléments d'analyse et les recommandations soumis au bureau de la coopération suisse au Tchad.

Aussi, les critères d'évaluation de l'OCDE-CAD semblaient mal maîtrisés par l'équipe d'évaluation. Malgré les multiples échanges avec le groupe de référence du bureau de la coopération suisse et les différentes versions du rapport exigées, cette faiblesse demeure dans la version finale du rapport.

Finalement, les recommandations ne semblent pas toujours découlées d'observations bien documentées, de collectes de données concrètes et d'analyses robustes. Ceci explique le fait que seule une minorité des recommandations ne puisse être acceptée sans réserve.

2. Principales constatations

Les évaluateurs ont généralement conduit l'évaluation conformément aux objectifs qui lui sont assignés dans les termes de référence. Des réponses ont pu être apportées à certaines questions principales posées et ce, avec des illustrations quantitatives et qualitatives. De plus, des appréciations sont fournies par les évaluateurs, toute comme une description des atouts et bonnes pratiques du portefeuille suisse en santé. Les insuffisances, les faiblesses et les limites de certaines approches qui ont marqué la mise en œuvre des projets du portefeuille santé sont mises en exergue et analysées avec certaines réserves. Les analyses des évaluateurs ont abouti à la formulation de recommandations dans la perspective du possible futur rôle de la Suisse dans le domaine de la santé au Tchad.

Selon eux, la participation communautaire et la gouvernance locale se sont renforcées grâce à une meilleure implication des comités de santé. L'amélioration de la qualité des services de santé, indispensable au déploiement de la couverture santé universelle (CSU), a été amorcée, même si certaines limites ont freiné une mise en œuvre complète. Certains districts ont constaté une meilleure redevabilité des structures sanitaires envers les populations, ainsi qu'une sensibilisation accrue aux pratiques sanitaires préventives (hygiène, vaccination, planning familial). Aussi, le développement de la santé mixte a conduit à l'acceptation de l'approche de santé unique (One Health), qui est une réforme importante dans une optique holistique du système de santé pour agir sur « *le renforcement de la préparation, de la surveillance et des capacités de réponse aux urgences de santé publique dans les zones à haut risque* » dont la mise en œuvre est transversale pour permettre un fonctionnement multisectoriel. Notons que cette approche est devenue nationale. De même, le système d'informations sanitaires déployé dans les provinces prioritaires de la DDC (DHIS2) a été institutionnalisé par le ministère de la santé publique et de la prévention (MSPP), dénotant le rôle de catalyseur joué par certains aspects des interventions suisses.

L'évaluation relève aussi que « *la principale limite des trois interventions reste la difficulté à assurer la pérennisation et l'appropriation nationale après la clôture des projets. Dans un contexte marqué par des capacités étatiques limitées et des financements nationaux insuffisants, les acquis demeurent fragiles. Il apparaît donc peu pertinent de lancer un nouveau cycle d'appui transversal sans garantie de reprise effective par le ministère de la Santé Publique. Plus globalement, le système de santé tchadien reste fortement tributaire des financements extérieurs, entraînant une fragmentation des efforts et une planification difficile à long terme. Malgré un alignement affiché sur les politiques nationales, les priorités demeurent largement dictées par les bailleurs, au détriment d'une véritable appropriation institutionnelle* ». La coopération suisse accepte cette analyse et conclut qu'elle devrait dans le futur rediriger son appui du renforcement du système de santé vers des sous-secteurs de la santé dans lesquels elle dispose d'une valeur ajoutée indéniable et dans lesquels elle peut mener des actions ayant un potentiel d'impact à long terme ne dépendant pas d'une reprise des activités par l'Etat.

3. Recommandations, prise de position et mesures

Se fondant sur les résultats de son analyse, l'équipe d'évaluateurs a formulé 21 recommandations au sujet desquelles le bureau de la coopération suisse au Tchad prend les positions ci-après. Sur les 21 recommandations, 9 sont « entièrement approuvées – vert », 8 sont « partiellement approuvées – orange », 1 n'est « pas approuvée – rouge » et 3 ne requièrent pas de prise de position de la part de la coopération suisse, figurant en « blanc » dans le tableau ci-dessous :

Entièrement approuvée	Partiellement approuvée	Pas approuvée
Recommandation 1. Consolider l'appui à la CNAS par des projets pilotes.		
La DDC contribue au développement de la CSU à travers le co-financement du P4H et l'appui aux districts sanitaires du Moyen Chari, une zone ciblée par le projet pilote de la CNAS. Cependant, elle n'appuie pas directement les activités de la CNAS dans l'état actuel où les mécanismes de transfert des fonds collectés (taxes dédiées) pour la CSU ne sont pas définis.		
Mesures	Responsabilité	Délai
N/A	N/A	N/A
Recommandation 2. Repenser la logique territoriale pour créer plus de synergies entre les projets et maximiser les effets de levier intersectoriels.		
Nous sommes d'accord avec cette recommandation. Et la DDC est dans cette logique avec la définition de ses provinces prioritaires.		
Mesures	Responsabilité	Délai
Pour l'identification des nouvelles interventions du portefeuille santé, les zones d'intervention seront ciblées afin de favoriser la complémentarité et la synergie entre les projets de la DDC ainsi que les effets de levier intersectoriels.	Buco (équipe opérationnelle)	En continu
Recommandation 3. Favoriser des pôles d'intervention multisectoriels (santé, nutrition, WASH, sécurité alimentaire) sur une base territoriale cohérente.		
Recommandation 4. Étendre le périmètre des projets au-delà de la santé animale et humaine : intégrer pleinement l'environnement, les ressources naturelles, la mobilité des populations, l'éducation et les zoonoses.		
Recommandation 6. Si désireux de travailler sur la nutrition, poursuivre dans l'idée de mise en place d'une approche multisectorielle, en assurant des passerelles fonctionnelles avec les secteurs de l'agriculture, eau, protection sociale et éducation.		
Nous sommes d'accord avec ces recommandations, que nous comprenons comme un besoin de créer des interconnexions entre les projets suisses touchant une même zone géographique, de passer de la santé mixte à la santé unique en intégrant les questions environnementales, et de considérer les différents facteurs influençant les causes de la malnutrition.		
Mesures	Responsabilité	Délai
À la suite de la revue à mi-parcours du programme de coopération 2023-2026 mettant en lumière la nutrition et la santé unique comme possibles axes d'intervention, des notes conceptuelles seront élaborées pour définir les contours d'une potentielle intervention suisse dans ces secteurs.	Buco (équipe opérationnelle)	Dès 2026
Recommandation 5. Accélérer la validation du plan de sortie avec le MSP.		
Recommandation 18. Intégrer un plan de transition dans chaque projet pour réduire la dépendance aux financements externes.		
Recommandation 21. Instituer l'obligation d'un "Plan de Sortie et de Transition" coconstruit avec le Ministère de la Santé Publique pour toute nouvelle intervention.		
Nous sommes d'accord avec ces recommandations. Les directives de la DDC prévoient l'élaboration d'une stratégie de sortie lors du montage du projet. La convention de partenariat entre le partenaire de mise en œuvre du projet PADS et le ministère de la santé (phase 3) prévoit aussi un plan de transfert des acquis. Le Ministère a mis en place un comité de pilotage du plan de pérennisation des acquis du projet.		

Mesures	Responsabilité	Délai
Finaliser le plan de transfert des acquis du projet PADS et veiller à sa mise en œuvre selon la convention de partenariat et l'arrêté n°06626 portant mise en place d'un comité de pilotage du plan de transfert des acquis du PADS.	Coordination du PADS et MSPP	Dès septembre 2025

<p>Recommandation 7. Appuyer le MSPP à la création d'un centre de formation continue pour former des jeunes médecins et praticiens de la santé, en mettant l'accent sur les spécialités les plus nécessaires dans les zones rurales.</p> <p>Recommandation 10. Appuyer le MSPP à développer et mettre en œuvre des solutions de télémédecine pour faciliter l'accès aux soins dans les zones reculées, en intégrant des technologies adaptées aux réalités locales en particulier dans les régions où le personnel soignant est rare ou inexistant.</p> <p>Recommandation 17. Basculer les efforts de la DDC vers l'appui à la maturation des acquis structurels : CNAS, DHIS2, One Health, chirurgie de district.</p>		
Nous sommes convaincus de l'importance de la formation continue pour la qualification et l'efficacité du personnel de santé, ainsi que du fait qu'il est de la responsabilité du gouvernement tchadien de mettre en place un dispositif de formation continue du personnel de santé. Le contexte actuel du Tchad présente beaucoup de défis pouvant entraver le développement de la télémédecine surtout dans les districts sanitaires reculés ; toutefois, nous comprenons que ces nouvelles technologies pourraient mener à des avancées significatives au Tchad. Par conséquent, nous considérerons ces recommandations comme des idées parmi d'autres pour l'évolution de notre portefeuille.		
Mesures	Responsabilité	Délai
N/A	N/A	N/A

<p>Recommandation 8. Poursuivre l'investissement dans le DHIS2, en se concentrant désormais sur l'analyse des données et la prise de décision locale.</p>		
Nous sommes partiellement d'accord avec cette recommandation. Dans les 2 provinces d'intervention du PADS, l'appui est focalisé sur l'analyse et l'exploitation des données sanitaires au niveau des districts. Toutefois, aucune intervention dans ce domaine ne fera suite au PADS.		
Mesures	Responsabilité	Délai
Poursuivre l'appui prévu dans le cadre du PADS	PADS	Mars 2027

<p>Recommandation 9. Appuyer l'institutionnalisation de la collecte et l'usage régulier des données au niveau des districts.</p>		
Le ministère de la santé a institutionnalisé la collecte des données par le DHIS2 et leur utilisation pour l'élaboration des micro-plans des centres de santé et les planifications des districts sanitaires. La DDC appuie tout le processus dans les 2 provinces d'intervention, à travers le PADS, mais se retire d'ici la fin du PADS avec une perspective de reprise par l'État.		
Mesures	Responsabilité	Délai
Institutionnaliser la collecte et l'utilisation des données avec l'appui de l'OMS et des autres PTF pour l'élaboration des plans d'activités opérationnelles des districts et délégations sanitaires.	MSPP	En continu

<p>Recommandation 11. Introduire une analyse genre dès la conception des projets pour orienter les objectifs, indicateurs et résultats attendus.</p>		
Nous sommes d'accord avec cette recommandation. Et l'analyse genre doit être réalisée à la conception des projets de la DDC.		
Mesures	Responsabilité	Délai
La DDC réalisera une analyse genre à la conception de ses nouveaux projets tel que prévu dans les directives.	Buco (Chargés de programme)	En continu

Recommandation 12. Promouvoir l'autonomie économique (avoir l'accès et le contrôle des moyens de production), la participation des femmes aux instances décisionnelles, et adresser les charges invisibles (travail domestique, soins informels).	
--	--

Nous sommes partiellement d'accord avec cette recommandation, qui est déjà intégrée dans plusieurs projets de la DDC mais n'est pas suffisamment spécifique pour réorienter nos actions ou en développer de nouvelles.

Mesures	Responsabilité	Délai
À travers le PADS, les femmes sont encouragées à intégrer le comité de santé de leur communauté et à postuler pour être membre du comité de gestion.	Coordination du PADS	En cours

Recommandation 13. Adresser de manière plus systématique les besoins d'autres groupes marginalisés (handicapés, réfugiés, minorités, orphelins).

Nous sommes partiellement d'accord avec cette recommandation. La DDC a comme principe de travail « Ne laisser personne de côté ou LNOB » mais ne peut pas adresser systématiquement les besoins de tous les groupes marginalisés.

Mesures	Responsabilité	Délai
Veiller à l'application du principe LNOB dans tous les projets de la DDC.	Buco (Chargés de programme)	En continu

Recommandation 14. Travailler avec les réseaux des femmes leaders et les mamans lumières (nutrition) qui sont actives dans les districts sanitaires.

Nous sommes partiellement d'accord avec cette recommandation. Nos projets travaillent au renforcement des capacités des organisations à base communautaire comme les comités de santé et leur sous-fédération au niveau des districts. Nos prochains projets considéreront la possible implication des organisations féminines.

Mesures	Responsabilité	Délai
Considérer ces organisations à l'identification du projet nutrition et sécurité alimentaire, si elles sont présentes et actives dans les zones ciblées.	Buco (Chargés de programme)	Dès 2026

Recommandation 15. Renforcer la coordination des PTF au niveau opérationnel, avec un mécanisme clair de planification conjointe et d'harmonisation des outils.

Recommandation 16. Encourager le ministère de la Santé à jouer un rôle de leader dans l'alignement des partenaires.

Nous sommes partiellement d'accord avec ces recommandations. Certes, nous pouvons apporter notre contribution à la bonne coordination des PTF en santé et aux messages qui sont délivrés au Ministères. Ainsi, la Suisse va continuer à jouer son rôle, celui de contribuer à travers ses interventions dans la santé et sa participation active au groupe des PTF santé. Pour l'instant, une planification conjointe et les mécanismes de suivi sont en chantier et la DDC participe au processus. Cependant, nous pensons que le rôle de la Suisse est relativement limité dans cette optique. L'OMS est chef de file des PTF santé et le ministère de la Santé a la tâche de coordonner toutes les interventions dans ce secteur.

Mesures	Responsabilité	Délai
N/A	N/A	N/A

Recommandation 19. Renforcer les capacités locales (collectivités, COSAN, personnel) en gestion autonome des projets.

Nous sommes d'accord avec cette recommandation. La DDC a de longue date renforcé les capacités du personnel de santé, les comités de santé et les agents de santé communautaire sur différentes thématiques en lien avec leurs responsabilités et tâches. Les collectivités constituent des nouveaux acteurs importants à intégrer dans un cadre de partenariat à définir.

Mesures	Responsabilité	Délai
Explorer la possibilité d'appuyer l'installation et le développement des capacités des collectivités autonomes.	Buco (équipe opérationnelle)	Dès 2026

Recommandation 20. Réorienter les investissements vers le renforcement des systèmes de base qui permettent la pérennité en ayant une approche d'appui stratégique (One Health, financement de la santé, malnutrition, gestion des ressources humaines, etc)

Nous sommes partiellement d'accord avec cette recommandation. La DDC est en réflexion pour définir un nouveau programme de coopération au Tchad (2027 – 2030). Elle va également commencer la réflexion sur les thématiques nutrition, One Health, et santé mentale. En revanche, la mise en place de la CSU et la gestion des ressources humaines sont de la responsabilité de l'Etat tchadien, et la Suisse n'aura pas un rôle actif dans ces domaines.

Mesures	Responsabilité	Délai
Avancer dans les réflexions pour la définition des interventions pour appuyer le développement de l'approche One Health et la nutrition/sécurité alimentaire, afin d'aboutir à des notes conceptuelles.	Buco (Chargés de programme)	Juin 2026

4. Leçons apprises

- Il est important de développer des projets dans une logique de cohérence territoriale et de complémentarité. Cela s'inscrit dans la dynamique de décentralisation actuelle avec la mise en place des collectivités autonomes.
- Il est capital pour le MSPP de mieux coordonner les interventions menées par les PTF afin d'arriver à un alignement sur les plans nationaux, de rationaliser l'utilisation des ressources, de créer plus de synergie et d'éviter les doublons (p.ex. financement simultané par les systèmes COM et FBP).
- La pérennisation des acquis des projets est un processus dynamique et doit être au cœur des réflexions dès la phase de conception.
- L'approche nexus humanitaire – développement a montré son efficacité, notamment dans la réduction de la mortalité et de la morbidité liées à la malnutrition dans le Logone oriental. Une relance multisectorielle consolidée pourrait permettre d'obtenir des résultats durables : réduction de la malnutrition aiguë et chronique, meilleure intégration des services nutritionnels dans le paquet de soins, et renforcement de la résilience des communautés.

5. Approbation de la direction du bureau de coopération

Malgré les faiblesses énoncées ci-dessus et à la suite des multiples révisions basées sur les observations et commentaires du groupe de référence du bureau de la coopération suisse, le présent rapport d'évaluation du portefeuille santé est accepté.

N'Djaména, le 21.10.2025

Le Chargé de programme

Djo Narmbaye

Le Directeur de coopération

Peter Bieler

