

Projet 7F-08752.01
Direction du Développement et de la Coopération - DDC

Projet d'Appui aux Districts Sanitaires du Tchad, Yao et Danamadji

**Etude de fin de phase: évaluation de la qualité
des services de santé dans deux districts
sanitaires du Tchad - Yao et Danamdji**

Protocole d'étude / version 2

Filippo Lechthaler, Jean Pierre Gami





Contacts



Associated Institute of the University of Basel

Swiss Tropical and Public Health Institute
Centre Suisse de Santé Internationale
Socinstrasse 57
P.O. Box
4002 Basel
Switzerland

www.swisstph.ch

Damien Revault
Directeur de Projet
Swiss Center For International Health
Health System Support
T: +41 61 284 86 73
F: +41 61 284 81 03
E-mail: damien.revault@unibas.ch



Centre de Support en Santé Internationale
BP 972
N'Djaména, Tchad
www.cssi-td.org

Dr Daugla Doumagoum Moto
Directeur du CSSI
Tél. : +235 22 52 30 74
Fax : +235 22 52 37 22
Email : cssindjam@intnet.td
daugla1.doumagoum@gmail.com,
daugla.doumagoum@cssi-td.org

Abréviations

COGES	Comité de Gestion
COSAN	Comité de Santé
CS	Centre de Santé
CSSI	Centre de Support en Santé Internationale
DDC	Direction du Développement et de la Coopération
DS	District Sanitaire
DSR	Délégation Sanitaire Régionale
ECD	Equipe Cadre de District
ECDSR	Equipe Cadre de Délégation Sanitaire Régionale
EDST-MICS	Enquête Démographique et de Santé au Tchad –Multiple Indicator Cluster Survey (à Indicateurs Multiples)
FOSA	Formation Sanitaire
HD	Hôpital de District
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PADS	Projet d'Appui aux Districts Sanitaires au Tchad. Yao et Danamadji
PIB	Produit Intérieur Brut
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNS	Politique Nationale de Santé
PRDS	Plan Régional de Développement Sanitaire
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIS	Système d'Information Sanitaire
Swiss TPH	Swiss Tropical and Public Health Institute (Institut Tropical et de Santé Publique Suisse)

Table de matières

1	Contexte	4
2	Introduction à l'étude	6
	2.1 Objectifs général et spécifiques	6
	2.2 Résultats attendus	6
3	Méthodologie	7
	3.1 Conception générale	7
	3.2 Lieux de l'étude	7
	3.3 Définition opérationnelle de la qualité des services de santé	9
	3.3.1 Définition générale	9
	3.3.2 Description détaillée des attributs	9
	3.3.3 Analyse	14
	3.4 Collecte et gestion des données	14
	3.4.1 Population cible	14
	3.4.2 Instruments de collecte des données	15
	3.4.3 Echantillonnage	16
	3.4.4 Personnel pour la réalisation de l'étude	18
	3.4.5 Collecte des données sur le terrain	19
	3.4.6 Sélection et formation des superviseurs et des enquêteurs	19
	3.4.7 Collecte et gestion des données	20
	3.4.8 Pré-test des questionnaires	20
	3.4.9 Considérations éthiques	21
4	Planification	21
	4.1.1 Calendrier provisoire de mise en œuvre de l'enquête	Error! Bookmark not defined.
	4.1.2 Plan logistique de la formation des superviseurs	Error! Bookmark not defined.
	4.1.3 Plan logistique de la formation des enquêteurs et de la collecte des données	Error! Bookmark not defined.
	Appendix A: Formations sanitaires	2
	Appendix B: Instruments de collecte de données	4
	Appendix C: Manuel des superviseurs	5
	Appendix D: Liste de l'équipe de l'enquête	6
	Appendix E: Cadre logique du projet	7

1 Contexte

1.1 Contexte général

Le ratio de mortalité maternelle, un des plus élevés en Afrique au Sud du Sahara, est actuellement estimé à 860 décès pour 100 000 naissances (EDS-MICS 2014-2015). Les maladies transmissibles (maladies diarrhéiques, malaria, VIH/SIDA, et.) sont également très répandues. Le système sanitaire est en outre caractérisé par une faible utilisation des formations sanitaires, des soins de faible qualité, un personnel qualifié de santé insuffisant et des approvisionnements en intrants (médicaments et consommables) très irréguliers, etc. Les taux de couverture en première et quatrième consultations prénatales sont respectivement de 64% et 31%, le taux des accouchements assistés est de 34%, le taux de couverture vaccinale complète avant le premier anniversaire est de 25% (Source : Idem). L'ensemble de ces indicateurs sanitaires place le pays parmi ceux dont le système de santé est moins performant.

C'est dans ce contexte, et afin de contribuer à l'atteinte des objectifs de la politique nationale sanitaire, que la Direction au Développement de la Coopération Suisse (DDC) a confié au consortium SwissTPH-CSSI (Swiss Tropical and Public Health Institute - Centre de support en santé Internationale) la mise en œuvre du « Projet d'Appui aux Districts Sanitaires du Tchad, Yao et Danamadji » pour sa première phase 2014-2018.

Les objectifs du projet tels que définis dans le document initial du projet sont :

Objectif principal du projet : contribuer à réduire la mortalité et la morbidité dans les régions d'intervention de la DDC grâce à des services essentiels de qualité accessibles au plus grand nombre

Objectif spécifique de : améliorer la performance du système de santé ainsi que l'accès des populations à des services préventifs et curatifs dans les districts sanitaires appuyés, avec un fort accent sur la qualité du paquet minimum d'activités (PMA), particulièrement la santé maternelle et infantile.

Les effets attendus du projet sont :

- Effet attendu 1 : l'offre de soins s'améliore tant au niveau qualitatif que quantitatif dans les districts sanitaires appuyés
- Effet attendu 2 : la demande de soins en matière de santé maternelle et infantile et leur utilisation effective augmentent dans les districts sanitaires appuyés
- Effet attendu 3 : le renforcement de l'administration sanitaire au niveau district, régional et national contribue progressivement à une gestion transparente, efficace, participative et redevable du secteur de la santé

1.2 Contexte spécifique

Dès son démarrage le PADS a réalisé une étude de base dont les résultats ont servis notamment à renseigner les indicateurs du cadre logique au démarrage du projet. Ces indicateurs seront suivis et appréciés au travers d'autres études à la phase finale du projet.

Ces études de fin de phase du projet comportent deux sous études :

1. Etude de la qualité des services de santé dans les formations sanitaires (FOSA)
 - *Couvre principalement l'effet attendu 1*

2. Etude auprès des populations (enquête ménages), incluant les populations nomades sur leur utilisation des services de santé
 - *Couvre principalement l'effet attendu 2 et certains indicateurs d'impact du projet*

Elles allient la qualité des services de santé dans les FOSA avec l'état de santé ainsi que le comportement sanitaire de la population résidente dans les zones de responsabilité.

Le présent protocole couvre la partie 1. qualité des services de santé dans les formations sanitaires.

Afin d'améliorer la qualité des services de santé, le PADS est intervenu à différents niveaux avec notamment les interventions suivantes :

- Constructions, réhabilitations et dotations en équipements biomédicaux avec la particularité que la livraison des équipements biomédicaux est retardée et prévue seulement au cours de la période de l'étude.
- Renforcement des capacités du personnel de santé et de l'administration sanitaire (accueil, transfusion sanguine, PCIME, ordinogrammes, supervisions, planification, leadership, ...)
- Renforcement l'approvisionnement en médicaments.
- Renforcement de la gestion y compris de la participation communautaire.
- Financement des activités sanitaires et rétribution de la performance afin d'agir sur la motivation du personnel.
- Etc.

Les principaux enseignements de l'étude de base concernant ce volet ont été les suivants :

- Les DS de Yao et de Danamadji, la qualité des services de santé est généralement marquée par une faiblesse dans les attributs structurels et les attributs liés au processus, dont principalement les aspects techniques.
- la qualité des services est meilleure à Danamadji en ce qui concerne les attributs structurels. Elle est meilleure à Yao en ce qui concerne les attributs liés au processus.
- La qualité des services est nettement supérieure dans le secteur confessionnel par rapport aux attributs structurels.

2 Introduction à l'étude

2.1 Objectifs général et spécifiques

La qualité des services de santé étant l'un des principaux effets attendus du projet, son suivi régulier tout au long du projet est un élément clé de l'évaluation des effets du projet. L'objectif général de ce protocole est de définir la méthodologie de l'enquête qui vise à obtenir les données d'activités relatives à la qualité des services de santé des centres de santé (CS) et des hôpitaux de district (HD) dans les deux districts d'intervention du projet.

Plus précisément, les objectifs de cette étude sont:

1. **Etablir au moyen de critères pré-établis une situation de référence sur l'état de la qualité des services de santé maternelle et infantile** au premier échelon (CS) et deuxième échelon (HD) dans les deux districts d'intervention ;
2. **Comparer au moyen de critères pré-établis la qualité des services de santé maternelle et infantile dans deux DS** qui disposent de caractéristiques différentes en matière socio-sanitaire. Cela permettra d'identifier les besoins spécifiques de chaque district et de préciser les interventions du projet ;
3. **Comparer ces indicateurs avec ceux obtenus lors de l'étude de base pour analyser l'évolution de la qualité des services sanitaires au cours de la première phase** et de détecter l'impact des interventions du projet ;
4. **Calcul des indicateurs (sélectionnés) adaptés dans le cadre logique** du projet afin de suivre l'amélioration de l'offre de soins au niveau des effets attendus et des réalisations.

2.2 Résultats attendus

Cette étude vise à produire un rapport comprenant les résultats indiqués par les objectifs mentionnés ci-dessus. Ce rapport inclura une évaluation (principalement quantitative) des

indicateurs obtenus, y compris la comparaison des indicateurs avec ceux obtenus lors de l'étude de base.

De plus, les résultats permettront de calculer des indicateurs (sélectionnés) adaptés dans le cadre logique du projet. Les valeurs constituent une situation de référence pour le suivi et le monitoring du projet. Le cadre logique du projet (tel que figurant dans le document de projet) est présenté en annexe D.

Les informations collectées au cours de cette enquête seront utilisées pendant plusieurs années. Des études approfondies sur certains sujets pourront être menées, par exemple :

- Evaluation des différences de la qualité des services de santé entre le secteur public et le secteur privé (confessionnel)
- Evaluation de l'évolution de la qualité des services de santé au fil du temps (étude de fin de phase)
- Comparaison des résultats avec ceux obtenus par une méthodologie similaire dans d'autres contextes: éventuellement le Tadjikistan et l'Albanie où le Swiss TPH met en œuvre des projets d'appui au système de santé sur financement de la DDC).
- Evaluation de la qualité des services de santé en combinaison avec d'autres indicateurs sanitaires obtenus par enquêtes auprès la population (par exemple accès aux soins, différences entre population sédentaire et population nomade etc.)

3 Méthodologie

3.1 Conception générale

La présente étude est basée sur une approche quantitative et consiste en une **enquête transversale auprès les FOSA**. L'évaluation porte sur les FOSA (CS et HD), les prestataires des soins et les clients/bénéficiaires.

Selon les objectifs principaux du projet, cette étude mettra l'accent sur la qualité des services de santé maternelle et infantile.

3.2 Lieux de l'étude

Les districts sanitaires :

Le projet vise à améliorer la performance du système de santé **dans les deux DS Yao (DSR du Batha) et Danamadji (DSR du Moyen Chari)**. La présente étude couvre donc ces deux

DS. Les deux districts disposent de caractéristiques différentes en matière sanitaire et socio-économique, ce qui se reflète possiblement dans la qualité des services de santé. Par exemple, le DS de Danamadji est globalement mieux pourvu en termes de ressources (personnels, infrastructures, équipements, etc.) que celui de Yao tant au niveau des FOSA que de l'ECD et ECDSR. De plus, en matière de financement de la santé, le DS de Danamadji avec l'appui de la DDC met en œuvre un projet d'assurance maladie volontaire (mutuelles de santé) depuis 2013.

L'organisation sanitaire

L'organisation sanitaire du Tchad, à l'image de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne, est de type pyramidal à trois niveaux :

- **le niveau central** regroupe, autour du cabinet ministériel, les directions centrales du Ministère de la Santé Publique (MSP) ; il est chargé d'élaborer les politiques de santé, de coordonner l'aide extérieure, de superviser, d'évaluer et de contrôler la mise en œuvre des politiques nationales de santé ;
- **le niveau intermédiaire** comprend les délégations sanitaires régionales (DSR) au nombre de vingt-trois (23) ; il est en charge de la coordination de la mise en œuvre de des politiques nationales au niveau périphérique ;
- **le niveau périphérique** ou district sanitaire (DS) est l'unité de mise en œuvre du système de soins ; il est composé de deux échelons : le premier échelon qui est le centre de santé (CS) délivrant le paquet minimum d'activités (PMA) et le deuxième échelon représenté par l'hôpital de district (HD) délivrant le paquet complémentaire d'activités (PCA).

La qualité des services de santé sera analysée au niveau périphérique au premier échelon couvrant les CS et au deuxième échelon couvrant les HD.

Par conséquent, les éléments constitutifs du PMA ont été pris en compte dans la conception de l'outil d'évaluation. Le PMA est l'ensemble des activités curatives, préventives, promotionnelles et de réhabilitations nutritionnelles offertes à une population définie. Selon le MSP (2012) le PMA comprend :

- Consultation curative primaire
- Consultation préventive des enfants de 0 à 4 ans
- Vaccination
- Consultation prénatale
- Accouchements normaux
- Bien-être familial
- Prise en charge des malades chroniques (malnutris, tuberculeux, lépreux...)
- Education sanitaire
- Communication avec la population
- Activités communautaires

Au niveau de l'HD le PCA a été pris en compte. Il comprend :

- Consultation de référence
- Prise en charge des urgences médico-chirurgicales
- Prise en charge des accouchements compliqués
- Hospitalisation des cas référés par le premier échelon

- Imagerie médicale
- Laboratoire
- Système de référence/contre-référence

La présente étude, de par les objectifs du projet, se limite à deux aspects du PCA : la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et la prise en charge des accouchements compliqués.

3.3 Définition opérationnelle de la qualité des services de santé

3.3.1 Définition générale

L'étude considère une définition opérationnelle de la qualité des services de santé basée sur la conception de la qualité des soins selon Donabedian (1988, 1990), qui a été utilisée fréquemment dans des études similaires (Boller, Wyss et al., 2003 ; Kyei et la. 2012 Mathys, 2013). En conséquence la qualité des services ou des soins se caractérise par trois dimensions: les attributs structurels, les attributs liés au processus et les attributs liés aux résultats.

L'idée fondamentale de l'approche à trois parties est basée sur l'hypothèse que les trois dimensions sont reliées en matière de la qualité des services: une bonne structure augmente la probabilité des bons processus et des bons processus augmentent la probabilité des bons résultats. Comme les attributs du résultat représentent une conséquence plutôt qu'une composante de la qualité des services, cette étude se limite aux deux premières dimensions, les attributs structurels et les attributs liés au processus.

Attributs structurels: Ces attributs se rapportent à l'environnement de la prestation sanitaire. Ils comprennent l'organisation structurelle (le personnel médical, l'organisation interne et le remboursement), les ressources humaines (le personnel qualifié), les ressources physiques (infrastructures, équipements et médicaments). En outre, la structure comprend la performance technique et le jugement du personnel sanitaire concernant la fourniture de soins aux patients.

Attributs liés au processus: Ces attributs se rapportent à l'interaction entre patient et prestataire en considérant les aspects interpersonnels et les aspects techniques. Les aspects interpersonnels comprennent les activités des patients en se faisant soigner (par exemple le procédé de paiement) et les activités des prestataires en fournissant les services de santé (par exemple les diagnostics et la mise en œuvre du traitement).

3.3.2 Description détaillée des attributs

L'évaluation des attributs est basée sur des éléments spécifiques qui sont sélectionnés selon des critères de mesurabilité, compréhensibilité et représentativité en ce qui concerne la

qualité des services de santé. Une liste des attributs et la description de certains éléments exemplaires est reprise dans les tableaux 1 et 2.

La définition de ce qui est une valeur adéquate de référence pour les attributs et les éléments est basée sur des normes qui reflètent la situation locale. Ces valeurs sont obtenues en consultant :

- les normes nationales obtenues par le MSP en matière de
 - o médicaments essentiels
 - MSP : Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
 - o équipement
 - MSP : Direction Générale des Ressources et de la Planification / Division équipement et Maintenance
 - o infrastructure
 - MSP : Direction des Infrastructures

- des lignes directrices internationales en matière de
 - o Qualité des soins médicaux des enfants
 - OMS : Guides cliniques IMCI
 - o Hygiène, eau et assainissement
 - OMS : Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures des soins
 - o Médicaments :
 - OMS : Médicaments prioritaires destinés aux mères et enfants

- Les expériences d'études similaires, cf.
 - o AMDD (2009)
 - o AEDES-CSSI (2012)
 - o Boller, Wyss et al., (2003)
 - o Cordaid-SwissTPH (?)
 - o Matthys (2013)
 - o Ministère de la Santé (Rwanda), Office National de la Population (Rwanda), et ORC Macro (2003)

Les valeurs préliminaires de référence élaborées pour les intrants, les examens, et les méthodes de traitement seront examinées et révisées pendant la phase pilote de l'étude (pré-test).

Santé materno-infantile

En suivant les objectifs du projet et en considérant la situation locale, les attributs seront évalués en mettant l'accent sur les services prénataux et le suivi des enfants. Cela concerne particulièrement les attributs structurels et les attributs techniques liés au processus. Plus spécifiquement, dans le cadre des attributs structurels, les aspects de la santé maternelle et infantile seront pris en compte en incluant l'infrastructure et l'équipement médical spécifique aux accouchements et aux soins de nouveau-né et enfants. D'autre part, concernant les attributs liés aux processus des services de santé, les aspects techniques des consultations prénatales et les consultations des enfants seront spécifiquement évalués. De plus, la connaissance du personnel soignant sur les processus des consultations prénatales et des accouchements sera évaluée.

Le PMA et le PCA

Les attributs utilisés reflètent les critères du PMA que les CS sont tenus d'offrir ainsi que ceux du PCA – limités aux urgences gynéco-obstétriques, accouchement et soins néonataux (voir ci-dessus). C'est-à-dire que les critères du PMA et du PCA seront pris en compte à travers la sélection des attributs. Par exemple, pour les CS, les critères des consultations curatives primaires, des consultations préventives des enfants de 0 à 4 ans, des consultations prénatales ainsi que de l'éducation sanitaire seront pris en compte en évaluant les attributs liés au processus des services de santé. En plus, les critères liés aux activités communautaires seront repris dans les caractéristiques générales des centres sanitaires.

L'aspect de genre

Au Tchad, les inégalités et disparités de genre s'observent dans tous les domaines dont ceux de la santé. Dans une société dominée par le patriarcat, peu de place est faite aux femmes et aux enfants, notamment les filles, concernant leur santé. Le faible niveau des indicateurs de santé maternelle est en grande partie lié aux inégalités de genre qui affectent la situation sociale de la femme et limitent son niveau d'éducation et d'information, son pouvoir économique et de décision concernant sa santé notamment reproductive. L'homme exerce un contrôle quasi absolu sur la fécondité du couple.

Il existe toujours une forte prévalence des pratiques défavorables à la santé de la femme et de la fille: lévirat, excision, mariages précoces et/ou forcés, etc. et quelques fois à l'homme (sororat, mariage forcé, etc.). La vulnérabilité des femmes au VIH/SIDA est renforcée par les nombreuses pratiques culturelles dont les mutilations génitales féminines, la polygamie, le mariage forcé et/ou précoce, etc. En matière de prise de décision, il persiste encore des processus d'exclusion ou d'auto-exclusion sociale, particulièrement des femmes et des enfants (filles et garçons) aux sphères de décision.

Le projet attache une grande importance à la participation équilibrée des femmes et hommes dans ses activités. La présente étude prendra également en compte cet aspect à travers la sélection des indicateurs principal qui se réfèrent principalement à la santé materno-infantile, à savoir la grossesse, l'accouchement, la planification familiale et le suivi de l'enfant. La présente étude prendra également en compte cet aspect à travers la sélection des attributs. Cela concerne particulièrement les attributs structurels des ressources humaines ainsi que la sélection des prestataires sanitaires.

Tableau 1 Attributs structurels de la qualité des services de santé



Attributs structurels	Eléments
<i>Caractéristiques générales FOSA</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Zone de couverture - Centralité - Heures d'ouverture - Disponibilité du personnel sanitaire (et qualification) - Participation communautaire
<i>Infrastructure générale, équipement, maintenance</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Immeuble – propreté générale - Immeuble – maintenance (plancher, muraille etc.) - Eau – disponibilité - Electricité- disponibilité - Toilette – disponibilité, eau, savon, propreté - Salle de consultation – eau, savon, sphère privée - Salle d'accouchement - Précautions standard pour infections - Gestion des déchets
<i>Equipement médicale de base</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Equipement général - Equipement consultation prénatale - Equipement d'accouchement - Equipement pédiatrique
<i>Guide de diagnostic thérapeutique et procédures opérationnelles standard</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Guides spécifiques santé maternelle et infantile (ordinogramme)
<i>Médicaments essentiels</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Liste des médicaments traceurs: disponibilité, date d'expiration, conditions de stockage
<i>Ressources humaines</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Personnel - Formation/supervision du personnel de santé

Tableau 2 Attributs liés au processus des services de santé



Attributs liés au processus des soins	Eléments
Aspects interpersonnels	
<i>Confort patient</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Siège offert
<i>Interaction</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil - Intérêt - Politesse générale - Poser des questions sur les préoccupations, permettre aux patients d'expliquer leur état de santé - Façon de terminer la consultation - Procédé de paiement
<i>Sphère privée</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Porte fermée ou paravent pendant la consultation
<i>Explication des procédures</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Explication de la procédure avant l'examen - Explication du diagnostic - Explication de l'utilisation des médicaments et du traitement
Aspects techniques	
<i>Evaluation de l'historique du patient</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation histoire générale - Evaluation histoire liée à la maladie
<i>Examen physique</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Poids - Yeux - Abdomen - Cœur fœtal
<i>Approche diagnostique</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Mesurer la pression artérielle - Prendre la température corporelle humaine - Tests diagnostiques rapides paludisme - Contrôler hémoglobine - ...
<i>Traitement</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Prescription de médicaments
<i>Education sanitaire pour les patients</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Education générale - Education en matière de nutrition - Education en matière de prévention du paludisme - Explication du traitement



<i>Connaissances du personnel</i>	- Connaissances sur le processus d'accouchement
-----------------------------------	---

En sus de l'information concernant spécifiquement la qualité des services de santé, des données sociodémographiques seront collectées afin de caractériser la population qui fréquente les FOSA. L'information recueillie comprend surtout le niveau de vie des ménages et la formation scolaire. Le niveau de vie sera estimé par un score calculé sur la base de la disponibilité d'assets du ménage : source d'électricité, eau potable, télévision, appareil radio, bicyclette, motocyclette, voiture, téléphone portable, nombre de pièces de la maison et nombre de personnes qui font partie du ménage.

3.3.3 Analyse

Afin de calculer des scores globaux pour chaque attribut, des poids reflétant l'importance pour les services de santé seront donnés aux éléments individuels. Ces poids seront déterminés sur base des jugements professionnels ainsi que sur l'expérience d'autres études similaires.

Pour comparer la qualité des services de santé des FOSA entre les deux DS ainsi que entre le secteur publique et privé (confessionnel), les différences des scores seront analysées en utilisant le test de Kruskal-Wallis, un test non paramétrique pour plusieurs échantillons indépendants.

3.4 Collecte et gestion des données

3.4.1 Population cible

La présente évaluation de la qualité des soins est basée sur trois unités statistiques (éléments des populations): les FOSA du premier et deuxième échelon (CS et HD), les prestataires des soins et les clients. En utilisant l'information sur différents représentants et aspects du système sanitaire, cette structure permet une perspective intégrative sur la qualité des services de santé.

FOSA :

L'organisation sanitaire du Tchad au niveau des districts sanitaires est composée de deux échelons : le premier échelon est constitué de CS qui offrent les soins de santé primaires, incluant le PMA. Le deuxième échelon est représenté par l'HD délivrant le PCA. Cette étude vise à évaluer les deux types de FOSA.

Le critère d'inclusion pour les FOSA est l'existence d'une structure physique avec au moins un personnel minimalement qualifié (médecin, infirmier, aides-soignants).

Prestataire sanitaire :

Afin d'évaluer les capacités techniques, les connaissances médicales et le niveau de formation du personnel sanitaire, cette enquête vise à collecter les données sur les prestataires sanitaires.

Le critère d'inclusion est un consentement oral du prestataire.

Clients :

Pour prendre en compte la perception du côté de la demande, des clients seront enquêtés après leurs consultations (interview de sortie). En suivant les objectifs du projet, la population des clients sera divisée en trois groupes :

1. Consultations prénatales:

Selon l'objectif principal, le projet vise à améliorer la performance du système sanitaire avec un fort accent sur la santé maternelle et infantile. En conséquence un groupe de patients considéré sera « femmes enceintes » afin d'évaluer les soins liés aux processus prénatales.

2. Suivi des enfants :

Le deuxième groupe comprend un parent avec un enfant avec moins de 59 mois.

3. Consultation adulte :

Le troisième groupe comprend la population de plus de 5 ans qui visite les centres de santé. Selon le bilan des activités du district sanitaire en 2013 de Danamadji la majeure partie des consultations aux centres sanitaires est causé par des maladies infectieuses (surtout paludisme, 23% des consultations en 2013). En conséquence l'accent sera mis sur les procédures des soins liés à ces maladies.

Le critère d'inclusion est un consentement écrit du client.

3.4.2 Instruments de collecte des données

En fonction des attributs et de la population cible, la collecte des données est basée sur différentes méthodes et instruments. Tableau 3 montre un schéma correspondant.

- L'information relative aux attributs structurels (infrastructure, équipement, médicaments essentiels, ressources humaines) est obtenue en utilisant une **liste de contrôle**.
- Les aspects interpersonnels des attributs liés au processus sont obtenus en **observant les interactions entre prestataire et client (liste de contrôle)** ainsi que en questionnant les clients qui sortent d'une consultation sur leur perception du traitement reçu et sur la satisfaction du service (interview de sortie).

- Les aspects techniques des attributs liés au processus sont obtenus en **observant les interactions entre prestataire et client (liste de contrôle)** ainsi qu'en questionnant les prestataires sur les connaissances en matière de service de santé maternels et de soins au nouveau-né.
- Les clients qui sortent d'une consultation sont aussi **interrogés au moyen d'un questionnaire** sur les caractéristiques du ménage, le profil de santé, le but de la consultation et le coût et modalités de paiement.

Tableau 3 Types d'instruments utilisés

Information collectée	Méthodologie	Instrument	Population cible
Attributs structurels	Observation	Liste de contrôle	FOSA
Processus Aspects interpersonnel	Observation	Liste de contrôle	Prestataires sanitaires / client
	Enquête	Questionnaire	Clients
Processus Aspects techniques	Observation	Liste de contrôle	Prestataire sanitaires / client
	Enquête	Questionnaire	Prestataires sanitaires
Caractéristiques sociodémographiques et économiques	Enquête	Questionnaire	Clients

3.4.3 Echantillonnage

Les deux districts sanitaires d'intervention, Yao et Danamadji, sont divisée en zones de responsabilité. Normalement chaque zone compte un CS et chaque DS compte un HD.

Le district de Yao couvre une population estimée à 144'019 habitants en 2016 (DSIS/MSP, 2016) répartis en 16 zones de responsabilité dont 14 sont fonctionnelles avec 12 centres sanitaires et un HD (Am Djamena Bilala). Le district de Danamadji dessert 251'029 habitants (Idem) couverts par 25 zone de responsabilité dont 18 sont fonctionnelles avec 17 centres sanitaires et un HD (Danamadji). Tableau 5 et 6 en annexe A montrent une liste avec les centres sanitaires dans et HD les deux districts ainsi que la répartition de la population par centre sanitaire en 2013.



La taille de l'échantillon est limitée par le maximum nombre de jours qui est faisable d'une façon opérationnelle par la formation d'enquêteurs, en supposant qu'un centre de santé peut être évalué en une seule journée. Un prestataire peut être observé plusieurs fois.

La stratégie d'échantillonnage dépend de l'unité statistique :

CS :

En raison du faible nombre des centres sanitaires (29 en tout) dans les deux districts d'intérêt, cette étude vise à obtenir de l'information de toutes les entités. Par conséquent il n'y a pas besoin d'un échantillonnage aléatoire.

HD :

En raison du faible nombre d'HD (2 en tout) dans les deux districts d'intérêt, cette étude vise à obtenir de l'information de toutes les entités. Par conséquent il n'y a pas besoin d'un échantillonnage aléatoire.

Interaction prestataire-client :

Selon une étude du consortium AEDES-CSSI (2012) la fréquentation moyenne des CS dans différentes DS en Tchad est très faible avec des taux d'utilisation bien en deçà de la norme de l'OMS (projection taux d'utilisation moyen consultations curatives par population par an = 0.3). La fréquentation moyenne varie fortement parmi les FOSA et il n'y a aucun moyen de savoir combien de clients éligibles se présenteraient à une FOSA spécifique le jour de l'enquête. L'échantillon des interactions prestataire-client est donc un échantillon « opportuniste ». C'est-à-dire que les interactions seront sélectionnées pour l'observation à mesure que les clients se présentent. Là où les clients éligibles pour l'observation seront nombreux, on se fixe comme règle d'observer un maximum de 10 interactions par type de consultation.

Prestataire sanitaire :

Pour le questionnaire sur les connaissances en matière de service de santé maternels et de soins au nouveau-né, le prestataire qui a fait le plus grand nombre d'accouchements au cours du mois écoulé parmi tous ceux qui sont présents sera questionné.

Clients :

Les enquêtes auprès les clients (interview de sortie) sont effectués avec les mêmes clients qui consentent à l'observation prestataire-client. Si des clients ne consentent pas, des autres clients peuvent être inclus dans l'étude.

3.4.4 Personnel pour la réalisation de l'étude

Investigateur principal :

L'investigateur principal conçoit la méthodologie de l'étude en s'appuyant sur des études existantes et sur des consultations avec des experts (coordinateur de projet, coordinateur de terrain, experts techniques en dehors du projet, etc.). Il prépare les outils (questionnaires) ainsi que l'analyse. Pour le travail de terrain l'investigateur principal est chargé de la formation des superviseurs/enquêteurs et de l'échantillonnage de la population. Il est responsable du présent protocole et des aspects organisationnels de l'étude.

Une fois que l'ensemble de données est reçu, l'investigateur principal est chargé de l'analyse de la gestion des données et du rapport de l'étude.

Coordinateurs du terrain:

Le coordinateur de terrain travaille sous responsabilité directe de l'investigateur principal. Il est responsable des activités effectuées au Tchad comprenant la préparation de l'étude, la soumission (et présentation) du protocole au comité éthique, le pré-test, les manuels des enquêteurs, la logistique du terrain, le recrutement des équipes, la collecte des données, le contrôle de qualité et la saisie des données. Cela comprend aussi la préparation du calendrier du travail sur le terrain. Avec l'investigateur principal, le coordinateur de terrain contribue à la finalisation du protocole et questionnaires, à l'échantillonnage, aux formations, à l'analyse et au rapportage.

Le coordinateur de terrain se concerte avec les partenaires du projet et de l'étude (CSSI, chefs de village, personnels des CS, etc.) afin de discuter les aspects clés de l'étude ainsi que les aspects opérationnels.

Superviseur:

Les données seront collectées par une équipe d'enquêteurs composée (i) d'un superviseur (qui est enquêteur en même temps), (ii) d'enquêteurs, (iii) d'un infirmier et (iv) d'un chauffeur. Les superviseurs de nationalité tchadienne en place dans le cadre de l'enquête sont responsables du conduit des travaux du terrain. Ils forment et supervisent les enquêteurs et assure la qualité des procédures liées à la collecte et gestion des données. Ils travaillent sous la responsabilité du coordinateur de terrain et de l'investigateur principal.

Enquêteur :

Les enquêteurs qui conduisent les enquêtes sont de nationalité tchadienne, parlent les langues usuelles des 2 DS. Ils seront encadrés par un superviseur sur le terrain.

Coordinateur du projet, directeur du projet et expert M&E du projet :

Ils fournissent un appui technique, administratif et scientifique au cours de l'étude.

Le nom de ces différentes personnes est à retrouver en annexe D.

3.4.5 Collecte des données sur le terrain

Les données seront collectées par des équipes d'enquête (un superviseur, deux enquêteurs) auprès les 29 CS et les 2 HD. Il est prévu qu'une équipe puisse administrer le questionnaire dans les FOSA (CS ou HD) en une journée. Trois équipes (9 personnes) travailleront dans les deux districts simultanément: 1 équipe à Yao (12 CS / 1 HD) et 2 équipes à Danamadji (17 CS / 1 HD). En conséquence la collecte des données devrait être terminée après 13 jours à Yao et 9 jours à Danamadji.

Avant la collecte des données auprès FOSA, le coordinateur du travail de terrain (coordinateur de l'étude) informera les personnes clés (personnel des FOSA, chef du village etc.) sur les objectifs de l'enquête.

Le coordinateur de terrain détermine la séquence des FOSA envisagés avant de commencer le travail de terrain. Le superviseur détermine le choix des patients et des interactions prestataire-patient selon section 3.4.3.

L'équipe d'enquêteurs rejoindra les FOSA par voiture. Avec trois équipes travaillant simultanément dans deux districts sanitaires, trois voitures seront nécessaires pour réaliser les enquêtes.

3.4.6 Sélection et formation des superviseurs et des enquêteurs

Les superviseurs/enquêteurs seront sélectionnées à partir d'une liste des experts de terrain au sein du CSSI. Les enquêteurs remplissent les conditions suivantes : ils ont au moins un an d'expérience de travail de terrain dans la conduite d'enquêtes socio-économiques ou

sanitaires et ils maîtrisent les langues qui sont employées par la population rurale enquêtée. Ils sont choisis de préférence parmi les personnes ayant une compétence reconnue en matière médicale.

Sur le terrain les enquêteurs seront encadrés par un superviseur qui a des responsabilités élargies et est chargé de :

- Encadrer et superviser les enquêteurs
- Prendre contact avec les autorités au sein des villages
- Vérifier que les questionnaires sont correctement remplis
- Prendre soin des matériels utilisés lors de la collecte des données
- Gérer l'organisation logistique

Une formation sera organisée pour les enquêteurs et les superviseurs. Cette formation va essentiellement consister à familiariser enquêteurs avec le sujet de l'enquête et les outils de recueil des données. En plus ils seront sensibilisés sur l'importance de respecter la confidentialité, d'avoir un comportement approprié dans le ménage et de remplir correctement les questionnaires ou les check-lists. Superviseurs et enquêteurs seront formés à l'utilisation des tablettes numériques le cas échéant.

La formation est organisée en deux parties successives : la première phase sera la formation et préparation des superviseurs gérés par l'investigateur principal et le coordinateur de terrain. La deuxième phase sera la formation des enquêteurs laquelle aura lieu juste avant la collecte des données et sera gérée par le coordinateur de terrain et les superviseurs.

3.4.7 Collecte et gestion des données

La collecte des données sera faite au moyen des tablettes, c'est-à-dire que les questionnaires et les listes de contrôle seront remplis numériquement par les enquêteurs sur site. A la fin de chaque jour, le superviseur contrôle et vérifie les questionnaires et les listes finalisés avant de transférer les données directement sur le serveur qui est hébergé au siège du SwissTPH à Bâle.

3.4.8 Pré-test des questionnaires

Plusieurs semaines avant le démarrage officiel de la collecte des données un pré-test des instruments est organisé. L'objectif est d'identifier d'éventuels problèmes dans la conception et utilisation des outils qui pourraient émerger durant la collecte des données.

Deux pré-tests sont prévus : le premier sera réalisé par l'investigateur principal, le coordinateur de terrain et les superviseurs dans deux CS et un HD à Massaguet, dans la proche région de N'Djamena. Le second pré-test sera réalisé par le coordinateur de terrain, les superviseurs et les enquêteurs dans trois CS à N'Djamena.

Les objectifs spécifiques du pré-test sont les aspects principaux suivants :

- S'assurer de la compréhension des questions par les personnes interrogées

- Familiariser les enquêteurs et les superviseurs avec les outils de recueil des données
- Identifier et vérifier les valeurs de référence des attributs
- Compléter les instruments

A l'issue des pré-tests, les instruments seront revus sur la base de l'expérience du pré-test.

3.4.9 Considérations éthiques

Le Swiss TPH et CSSI accordent une grande importance aux valeurs éthiques lors de la mise en œuvre et le déroulement des enquêtes auprès des populations. Un exemplaire du protocole de l'étude incluant les questionnaires sera donc transmis aux autorités compétentes au Tchad, notamment le comité national de bioéthique du Tchad (CNBT)..

4 Planification

Le calendrier global de l'étude fin de phase (section 4.1) comprend cinq phases :

- A. Phase de conception*
- B. Phase préparatoire*
- C. Formation équipes et collecte des données*
- D. Analyse des données et rapportage*
- E. Dissémination*

Deux missions de l'investigateur principal dans le pays a eu lieu du 28 janvier au 2 février 2018 et pendant 10 jours en mars.

4.1 Calendrier

Activités	Responsable	Janvier			Février			Mars			Avril			Mai			Juin			Juillet			Août			Septembre		
A. Phase de conception																												
Préparation protocole	FLE		x	x																								
Préparation outil de collecte	FLE		x	x																								
Finalisation protocole	FLE, JPG				x																							
Finalisation outil de collecte	FLE, JPG				x																							
Planification détaillé collecte de données	FLE, JPG				x																							
Préparation budget collecte des données	FLE, JPG				x																							
Préparation TDR superviseurs et enquêteurs	JPG, FLE				x																							
Première ébauche du manuel des enquêteurs	JPG, FLE				x																							
Finalisation échantillonnage (sédentaire ET nomade)	JPG, FLE							x																				
Soumission protocole à la commission éthique au Tchad	JPG						x																					
B. Phase préparatoire																												
Soumission protocole à la commission éthique au Tchad	JPG						x																					
Recrutement personnel de terrain selon les TDR	JPG					x	x																					

Activités	Responsable	Janvier			Février			Mars			Avril			Mai			Juin			Juillet			Août			Septembre		
Finalisation calendrier travail du terrain	JPG							x																				
Préparation logistique de terrain, prétest et formations (vehicules, tablettes, location salle, autorisation etc.)	JPG							x	x																			
Installation système électronique collecte des données	FLE							x	x																			
Parametrage des tablettes	FLE, JPG									x																		
C. Formation, prétest et collecte des données																												
Formation superviseurs	FLE, JPG									x																		
Formation enquêteurs	FLE, JPG										x																	
Pré-test	JPG										x																	
Adaptation finale des outils de collecte	FLE, JPG										x																	
Lancement collecte des données	JPG											x																
Assurance qualité des données (à distance)	JPG											x	x	x	x	x												
Mission assurance qualité sur le terrain	JPG											x	x	x	x	x												
Intervention d'urgence (au besoin)	JPG											x	x	x	x	x												
D. Analyse des données et rapportage																												
Nettoyage des données	FLE																		x									
Analyse données qualité de soins	FLE																		x	x	x							
Analyse données ménages	FLE																					x	x	x				
Discussion des résultats	FLE, JPG																				x	x	x	x	x	x		
Rédaction du rapport	FLE, JPG																										x	x
E. Dissémination																												

Références bibliographiques

AEDS, BASE, (2013). «Etude de préféabilité pour identifier un programme DDC : Appui aux districts sanitaires au Tchad.» Rapport final. N'Djamena : DDC.

AEDS, CSSI, (2012). « Mission d'analyse de la qualité des soins de santé primaire. » N'Djamena : Banque Mondiale.

Averting Maternal Death and Disability AMDD (2009). Evaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence, New York : Columbia University.

Boller, C., Wyss, K., et al. (2003). « Quality and comparison of antenatal care in public and private providers in the United Republic of Tanzania. » Bull World Health Organization **81**(2) : 116-122.

Donabedian, A. (1988). "The quality of care. How can it be assessed?" JAMA **260**(12): 1743-1748

Donabedian, A. (1990). "The seven pillars of quality." Archives of pathology & laboratory medicine **114**(November): 1115-1118

Kim, Y. M., M. E. Figueroa, et al. (2002). "Impact of supervision and self-assessment on doctor-patient communication in rural Mexico." Int J Qual Health Care **14**(5): 359-367

Matthy, B. (2013). Assessment of quality of care in primary health care facilities in two pilot rayons of project Sino. Study report. Basel : Swiss TPH.

Ministère de la Santé Publique (Tchad) (2009). « Liste Nationale des Médicaments Essentiels. Révision Octobre 2009 ». N'Djamena : Ministère de la Santé Publique.

Ministère de la Santé Publique (Tchad) (2012). « Annuaire des statistiques sanitaires». N'Djamena : Ministère de la Santé Publique.

Ministère de la Santé (Rwanda), Office National de la Population (Rwanda), et ORC Macro (2003). « Enquête sur la prestation des services de soins de santé 2001 .» Calverton, Maryland : Ministère de la Santé, Office National de la Population et ORC Macro.

Organisation Mondiale de la Santé (2010). « Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins. » Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation Mondiale de la Santé (2011). « Médicaments prioritaires destinés aux mères et aux enfants. » Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

Appendix A: Formations sanitaires

Tableau 5 : liste des CS et HD du DS de Yao

DS de YAO	Formations sanitaires	Type Fosa	Population	Observations
1	Am-Djamena Bilala	HD		
2	Am-Djamena-Bilala	CS	13158	
3	Gambir	CS	10832	
4	Ambassatna	CS	14709	
5	Darmassa	CS	7828	
6	Yao	CS	7816	
7	Gallo	CS	15029	
8	Abourdah	CS	10438	
9	NGollo	CS	4874	
10	Abrégna-Bréka	CS	5884	
11	Abrégna-Djira	CS	4456	
12	Garia	CS	9601	
13	Moudo 1	CS	4424*	Ouvert en 2016
14	Souar	CS	3840*	Ouvert en 2016
15	Moudo 2	CS	4369*	Ouvert en 2016
16	Tartaga	CS	3813*	Non fonctionnel
17	Amdrobaye	CS		Non fonctionnel
Total population DS Yao			107159	
DS de ALIFA				
1	Tarsourou	CS	11486	Détaché du DS de Yao
2	Régnégné	CS	13621	Détaché du DS de Yao
3	Alifa		14054	
4	Birny		35357	
5	Ati Ardebé		34130	
Population Totale DS Alifa			108649	

Tableau 6 CS et HD du DS Danamadji

DS Danamadji	Formations sanitaires	Type Fosa	Population	Observations
1	Danamadji	HD		
2	Danamadji Est	CS	16554	
3	Danamadji Ouest	CS	14756	
4	Maimana	CS	11067	
5	Moyo	CS	7433	
6	Moussafoyo	CS	15490	
7	Moussoro	CS	13783	
8	Goro I	CS	12682	
9	Koumogo	CS	20115	
10	Djeke-djeke	CS	8773	
11	Sandana	CS	10938	
12	Magoumbou	CS	9782	
13	Bendana	CS	11544	
14	Manda II	CS	10168	
15	Ndakono	CS	6772	Fonctionnel janvier 2017
16	Sako-Gongo	CS	13673	Non fonctionnel
17	Boro	CS		Non fonctionnel
18	Gourourou	CS		Non fonctionnel
19	Nelmbi	CS		Non fonctionnel
20	Kobdogue	CS		Non fonctionnel
21	Ngakorio	CS		Non fonctionnel
22	Keinodjo-Dopele	CS		Non fonctionnel
23	Dorkoli	CS		Non fonctionnel
24	Gormira	CS		Non fonctionnel
	Total Danamadji		183530	
Nouveau DS de MARO				
1	Belom	CS	18564	Détaché de Danamadji
2	Maro	CS	18697	Détaché de Danamadji
3	Miavelé	CS	10432	Détaché de Danamadji
4	Sido Est	CS	11438	Détaché de Danamadji
5	Sido Ouest	CS	10627	Détaché de Danamadji
6	Maingama	CS	16377	
	Total DS Maro		102675	

Appendix B: Instruments de collecte de données

Voir le document joint à part et envoyé par email en même temps que ce protocole.

Appendix C: Manuel des superviseurs

Voir le document joint à part et envoyé par email en même temps que ce protocole.

Appendix D: Liste de l'équipe de l'enquête

Investigateur principal :

- Filippo Lechthaler

Coordinateur de terrain :

- Jean Pierre Gami

Superviseurs :

A préciser

Enquêteurs :

A préciser

Appendix E: Cadre logique du projet

Hiérarchie des objectifs Stratégie d'intervention	Indicateurs clés	Sources des données Moyens de vérification	
Impact (objectif général)	Indicateurs d'impact		
Contribuer à réduire la mortalité et la morbidité dans les régions d'intervention de la DDC grâce à des services essentiels de meilleure qualité accessibles au plus grand nombre.	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de mortalité infantile • Taux de mortalité maternelle • Taux de couverture vaccinale (pentavalent) par genre y inclut nomades • Dépenses des ménages pour la santé (proxy pour l'accessibilité aux soins) 	<ul style="list-style-type: none"> • EDS 2014 pour les données de base. Pour le suivi à définir • SIS • Enquêtes • Annuaire des statistiques sanitaires du MSP 	
Outcomes (Effets)	Indicateurs d'outcomes		Facteurs externes (hypothèses et risques)
Outcome 1 : l'offre de soins s'améliore tant au niveau qualitatif que quantitatif dans les districts sanitaires appuyés	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité des soins structurelle et des processus à travers des critères acceptés (structurelle : infrastructures et équipements, hygiène et sécurité, interaction patients- prestataire et des processus : respect des protocoles cliniques, respect des procédures de prévention des infections, interaction patient-prestataire) () • Taux de rétention annuel du personnel de santé dans les FOSA et ECD y compris par genre • Nombre et % d'accouchements assistés dans les CS • % de médicaments pour les 5 principales maladies qui sont prescrits sur la base des protocoles cliniques 	<ul style="list-style-type: none"> • Annuaire des statistiques sanitaires du MSP • SIS • Système de monitoring du projet • Enquêtes 	<ul style="list-style-type: none"> • Les régions et districts disposent du cadre légal, administratif, financier et institutionnel et des ressources minimales (p.e. en termes de cadres) pour mettre en œuvre la décentralisation • Le MSPASSN s'engage (aspects légaux et administratifs) à mettre à disposition du personnel de qualité en quantité suffisante dans les FOSA et au niveau de l'ECD (basé sur l'accord entre la Suisse – DDC et le Tchad – Ministère du plan et de la coopération internationale) • Les capacités d'absorption des districts et régions ne sont pas des goulets d'étranglement pour la réalisation des activités du projet

Hiérarchie des objectifs Stratégie d'intervention		Indicateurs clés	Sources des données Moyens de vérification	
Outcome 2 la demande de soins en matière de santé maternelle et infantile et leur utilisation effective augmentent dans les districts sanitaires appuyés		<ul style="list-style-type: none"> % utilisation des services par les populations cibles y compris par genre (fréquentation annuelle des services per capita) % des femmes enceintes avec au moins 3 consultations prénatales (CPN) Taux de couverture vaccinale pour les antigènes du PEV y compris VAT Connaissances, attitudes et pratiques des interventions promotionnelles prioritaires de santé du projet y compris par genre (à compter de l'année 2) 	<ul style="list-style-type: none"> Annuaire des statistiques sanitaires du MSP SIS Système de monitoring du projet Enquêtes/études 	<ul style="list-style-type: none"> La volonté et les capacités de l'Etat Tchadien de mettre en place une stratégie de financement durable (mutuelles, FBR, assurance sociale) et de disponibilité des médicaments sont réelles, y compris au niveau des districts bénéficiaires Les conditions logistiques et politiques (accessibilité physique des districts, conditions sécuritaires) ne limitent pas la réalisation des activités Les mouvements migratoires potentiels (p.e en fonction des conflits militaires notamment en RCA) ne perturbent pas la mise en œuvre du projet La volonté politique d'assurer une gouvernance et transparence et traçabilité est réelle et effective à tous les niveaux En termes d'approvisionnement des intrants, il n'existe pas d'incompatibilité entre les solutions proposées par le projet et la politique nationale Hypothèse : les populations bénéficiaires sont réceptives aux messages d'IEC pour le changement de comportement A tout niveau de l'administration sanitaire les partenaires sont disponibles et valorisent le dialogue politique
Outcome 3 : Le renforcement de l'administration sanitaire au niveau district, régional et national contribue progressivement à une gestion plus transparente, efficace, participative et redevable du secteur de la santé		<ul style="list-style-type: none"> Nombre et % des FOSA avec gestion de médicaments et gestion financière selon les normes et procédures Nombre de réunions annuelles de suivi et d'analyse des données du SIS au niveau du DS et DSR Nombre et % des FOSA qui planifient leurs activités sur base d'une analyse et d'une exploitation des données collectées et produites à leur niveau Nombre et % de rapports (RMA et RCA) complets et transmis à temps Nombre de comités de districts et de comités directeurs de région associant la société civile tenus annuellement (proxy pour la gouvernance et anti-corruption) % de rupture de stock pour 10 médicaments traceurs dans les CS 	<ul style="list-style-type: none"> Annuaire des statistiques sanitaires du MSP SIS Plan d'activités des ECD (y inclus suivi et partage de ces plans) Rapports des ECD et FOSA Système de monitoring du projet Enquêtes 	
Outputs par outcome et coûts		Indicateurs d'outputs		
Pour l'outcome 1: l'offre de soins s'améliore tant au niveau qualitatif que quantitatif dans les districts sanitaires appuyés				
Output 1	Les capacités des personnels de santé dans les FOSA sont renforcées en matière clinique et de gestion des ressources	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de formations réalisées par catégories de personnels de santé, y compris par genre Nombre et % de personnel de santé bénéficiant d'au moins une supervision formative par an, par district, y compris par genre 	<ul style="list-style-type: none"> SIS Système de monitoring du projet 	Voir au-dessus pour l'outcome 1

Hiérarchie des objectifs Stratégie d'intervention		Indicateurs clés	Sources des données Moyens de vérification	
		<ul style="list-style-type: none"> % du personnel formé par district par thématique prioritaire (à définir dans le plan de formation annuel), y compris par genre 		
Output 2	Les FOSA (CS et HD-maternité) sont mises à niveau (infrastructures et équipements)	<ul style="list-style-type: none"> Nombre et % des FOSA remises à niveau selon les normes nationales Nombre et % de salles d'accouchement dans les FOSA réhabilitées et/ou équipées selon les normes nationales Nombre et % de FOSA ayant introduit un système basique de maintenance (inventaire à jour et procédures en place) 	<ul style="list-style-type: none"> Système de monitoring du projet 	
Output3	Le paquet minimum d'activités (PMA) et le paquet complémentaire d'activités (PCA) sont disponibles et fonctionnels respectivement dans les CS (services de promotion, de prévention et de soins) et dans les HD (activités de santé maternelle : SONUC)	<ul style="list-style-type: none"> Nombre et % de CS fonctionnels selon le PMA Nombre et % d'HD fonctionnels selon le PCA (SONUC) Prévalence de la contraception (%) Couverture en services (% de la population couverte par le PMA) % des enfants <5 ans ayant été aux 4 consultations post natales, y compris par genre 	<ul style="list-style-type: none"> SIS Système de monitoring du projet 	
Output4	La qualité de la prise en charge des patients est améliorée	<ul style="list-style-type: none"> % de rupture de stock pour 10 médicaments traceurs dans les CS Nombre et % cas de paludisme dépistés et correctement pris en charge dans les CS % de FOSA utilisant les guides Diagnostic Thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> SIS Système de monitoring du projet Enquêtes 	
Coûts des outputs pour l'outcome 1:		4 108 800 CHF		
Pour l'outcome 2: la demande de soins en matière de santé maternelle et infantile et leur utilisation effective augmentent dans les districts sanitaires appuyés				
Output 5	la participation communautaire dans la gestion des FOSA est effective et les acteurs communautaires sont renforcés pour jouer leur rôle de promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un document de projet de stratégie d'intervention en santé communautaire % de COSAN fonctionnels % de femmes membres des COSAN/COGES 	<ul style="list-style-type: none"> SIS Système de monitoring du projet Enquêtes 	Voir au-dessus pour l'outcome 2

Hiérarchie des objectifs Stratégie d'intervention		Indicateurs clés	Sources des données Moyens de vérification	
		<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et % de groupes communautaires bénéficiant de COM (à partir de l'année 2) • Nombre et % d'agents de santé (ASC) communautaires formés pour mettre en œuvre la politique de santé à base communautaire 		
Output 6	L'ECD joue son rôle d'encadrement de la SBC	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de supervisions formatives des COSAN conduites par le responsable en charge à l'ECD (pour la SBC) 	<ul style="list-style-type: none"> • SIS • Système de monitoring du projet • Rapport de supervision 	
Output 7	Des campagnes de communication pour le changement de comportement améliorent les connaissances attitudes et pratiques (CAP) des populations cibles en matière de SMI	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de populations cibles touchées (nomades, femmes enceintes, etc.) y compris par genre) par les campagnes de promotion de la santé • Connaissances, attitudes et pratiques des interventions promotionnelles prioritaires de santé du projet y compris par genre (à compter de l'année 2) 	<ul style="list-style-type: none"> • SIS • Système de monitoring du projet • Enquêtes 	
Output 8	Le ciblage des groupes vulnérables et la mise en œuvre de campagnes mixtes (onehealth) sont réalisées régulièrement	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et % de groupes communautaires (populations sédentaires et nomades) ayant conduit une activité de promotion de la santé dans leur communauté au moins une fois par trimestre (à partir de l'année 2) • Nombre de campagnes mixtes réalisées • Nombre d'ASC issus des populations nomades formés et régulièrement suivis 	<ul style="list-style-type: none"> • Système de monitoring du projet 	
Coûts des outputs pour l'outcome 2:		1 520 000 CHF		
Pour l'outcome 3: le renforcement de l'administration sanitaire au niveau district, régional et national contribue progressivement à une gestion transparente, efficace, participative et redevable du secteur de la santé				
Output 9	Les capacités de gestion, planification et mise en œuvre des activités des ECD sont renforcées grâce aux formations et activités de coaching	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et % de personnel des ECD bénéficiant au moins une fois par an de formation en renforcement des capacités de gestion, • Nombre et % personnels de santé des FOSA (infirmiers, sages-femmes, etc.) bénéficiant d'au moins une supervision formative par an par l'ECD • Nombre et % de personnel des ECD 	<ul style="list-style-type: none"> • SIS • Système de monitoring du projet • Enquêtes 	Voir au-dessus pour l'outcome 3

Hiérarchie des objectifs Stratégie d'intervention		Indicateurs clés	Sources des données Moyens de vérification	
		ayant une fois par an un entretien d'évaluation avec leur supérieur hiérarchique		
Output 10	Les structures de gestion et supervision du district sanitaire et des FOSA sont fonctionnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et % d'activités réalisées par le district (inscrites dans les PAO) et par FOSA (inscrites dans les micro-plans) • Nombre et % des FOSA disposant de micro-plans annuels • Système opérationnel de m-health (basé sur l'utilisation des SMS) pour la GAS est disponible 	<ul style="list-style-type: none"> • SIS • Système de monitoring du projet 	
Output 11	Le SIS est renforcé au niveau du DS et de la DSR	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et % de rapports mensuels d'activités (RMA) des FOSA complets et transmis à temps au district • Nombre et % de rapports trimestriels d'activités (RTA) du district complets et transmis à temps à la DSR • Nombre de réunions de suivi et d'analyse des données réalisées annuellement par la DS et DSR 	<ul style="list-style-type: none"> • SIS • Système de monitoring du projet 	
Output 12	Les leçons apprises du projet alimentent le dialogue politique au niveau national	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et type de documents de capitalisation produits (études de cas, policy briefs, articles, etc.) produits par le projet et mis à disposition des parties prenantes (à partir de l'année 2) • Nombre de comités de districts et de comités directeurs de région associant la société civile tenus annuellement (proxy pour la gouvernance et anti-corruption) 	<ul style="list-style-type: none"> • Système de monitoring du projet 	
Coûts des outputs pour l'outcome 3:		2 017 200 CHF		