

Programme d'Appui aux Districts Sanitaires au Tchad phase 2 (PADS 2): 2018-2022

**Rapport de l'étude de base portant sur l'évaluation de la
qualité, de la gestion et de l'utilisation des services de
santé, ainsi que sur la perception des communautés sur la
gestion et l'utilisation des services de santé**

Séverine Erismann, Jean-Pierre Gami, Yaya Issaka, Helena Greter, Barbara Matthys, Ibra Mahadou,
Amadou Diallo et Damien Revault

Version finale 15 du 15 avril 2020

Contacts

<p>Swiss TPH </p> <p>Swiss Tropical and Public Health Institute Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut Institut Tropical et de Santé Publique Suisse</p> <p>Associated Institute of the University of Basel</p>	<p></p>
<p>Swiss Tropical and Public Health Institute Centre Suisse de Santé Internationale Socinstrasse 57 P.O. Box 4002 Basel Switzerland</p> <p>www.swisstph.ch</p> <p>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@swisstph.ch</p>	<p>Centre de Support en Santé Internationale BP 972 N'Djaména, Tchad www.cssi-int.org</p> <p>Dr Daugla Doumagoum Moto Directeur du CSSI Tél. : +235 22 52 30 74 Fax : +235 22 52 37 22 Email : contact@cssi-int.org</p> <p>dmdaugla@td.cssi-int.org</p> <p>daugla1.doumagoum@gmail.com</p>
<p>Programme d'Appui aux Districts Sanitaires au Tchad</p> <p>PADS</p> <p>Programme D'Appui aux Districts Sanitaires au Tchad</p> <p>Amadou Diallo Coordonnateur Programme d'Appui aux Districts Sanitaires au Tchad Swiss TPH - CSSI</p> <p>Tél : + 235 60 72 98 73 / + 235 95 30 29 46 E-mail : amadou.diallo@swisstph.ch BP 972, N'Djamena Tchad</p>	<p> Schweizerische Eidgenossenschaft Confédération suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra</p> <p>Département Fédéral des Affaires Etrangères DFAE Direction du Développement et de la Coopération DDC Bureau de la Coopération suisse au Tchad Rue de la Corniche, Quartier Sabangali BP 1102, N'Djaména, Tchad</p> <p>www.deza.admin.ch</p> <p>Abdelmadjid Abderahim Chargé de programmes Département fédéral des affaires étrangères DFAE Direction du Développement et de la Coopération DDC Bureau de la Coopération Suisse au Tchad B.P : 1102 N'Djamena – Tchad Tél : +235 22 51 73 14 / +235 22 51 77 16 abdelmadjid.abderahim@eda.admin.ch</p>

Abréviations

ASC	Agent de Santé Communautaire
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
CPN	Consultation Périnatale
CS	Centre de Santé
CSSI	Centre de Support en Santé Internationale
DDC	Direction du Développement et de la Coopération
DS	District Sanitaire
ECD	Equipe Cadre de District
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	Programme d'Appui aux Districts Sanitaires au Tchad, Yao et Danamadji
PEV	Programme national Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
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
SMNN	Services de Santé Maternelle et Néonatale
Swiss TPH	Swiss Tropical and Public Health Institute (Institut Tropical et de Santé Publique Suisse)
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
USD	United States Dollar
WASH	Water, Sanitation and Hygiene (Eau, Assainissement et Hygiène)

Table de matières

Contacts	ii
Abréviations	iii
Table de matières	iv
Liste des figures	v
Liste des tableaux	v
1 Résumé exécutif	1
2 Contexte	11
3 Introduction à l'étude	13
3.1 Etude Formations Sanitaires (FOSA) : évaluation de la gestion et la qualité des services de santé	13
3.2 Enquête District Sanitaire	13
3.3 Etude communautaire : perception sur la gestion des formations sanitaires, la qualité, l'accès et l'utilisation des services de santé en milieu rural au Tchad	14
3.4 Résultats attendus	14
4 Méthodologie	15
4.1 Couverture géographique	15
4.2 Echantillonnage et population cible.....	16
4.3 Instruments de collecte des données	19
4.4 Collecte et gestion des données	20
4.5 Considérations éthiques	21
4.6 Analyse.....	21
5 Résultats	23
5.1 Etude Centre de Santé : évaluation de la gestion et la qualité des services de santé	23
5.1.1 Participation des Centre de Santé à l'enquête FOSA.....	23
5.1.2 Comités de Santé et de Gestion (COSAN, COGES).....	24
5.1.3 Aspects de gestion des FOSA	26
5.1.4 Qualité des soins	29
5.2 Enquête District Sanitaire	34
5.2.1 Participation des Districts Sanitaires à l'enquête.....	34
5.2.2 Aspect de gestion des FOSA	35
5.2.3 Qualité de soins	39
5.3 Enquête communautaire	47
5.3.1 Redevabilité (responsabilité - accountability)	47
5.3.2 Equité	48
5.3.3 Efficacité	52
5.3.4 Transparence	55
5.3.5 Participation.....	56

6	Discussion et recommandations	56
6.1	Discussions	56
6.2	Recommandations des trois enquêtes	58
	Références	60
	Annexes	61
A.1	Protocole d'étude	61

Liste des figures

Figure 3 : Carte des districts sanitaires dans les provinces du Batha et du Moyen-Chari, Avril 2018. A noter qu'en 2019, une division des districts sanitaires de Yao et Danamadji a eu lieu. 15

Liste des tableaux

Tableau 1	: Aperçu du nombre de FOSA parmi les deux provinces	17
Tableau 2	: Liste des districts sanitaires et type d'appui dans les deux provinces de Batha et du Moyen-Chari.	17
Tableau 3	: Nombre d'entretiens de groupe, par groupes cibles et districts sanitaires	19
Tableau 4	: Participation des Centre de Santé à l'enquête	23
Tableau 5	: Nombre de COGES et de COSAN par district	24
Tableau 6	: Existence de COGES et de COSAN par province	24
Tableau 7	: Proportion des COGES et COSAN qui sont actifs par degré d'appui (appui complet vs. appui provinciale)	24
Tableau 8	: Proportion des femmes parmi les membres COGES	25
Tableau 9	: Proportion des femmes parmi les membres COSAN	25
Tableau 10	: Proportion des agriculteurs et éleveurs parmi les membres COSAN	26
Tableau 11	: Nombre et Pourcentage de COSAN par district comprenant à la fois des éleveurs et agriculteurs	26
Tableau 12	: Moyenne de supervisions externes de routine réalisés dans des Centres de Santé les 12 mois passés	26
Tableau 13	: Nombre des RMA du 1er trimestre 2019 existant et vérifié par l'enquêteur	27
Tableau 14	: Type de rapport des RMA disponible	28
Tableau 15	: Indice de recouvrement des coûts par district	28
Tableau 16	: Indice de recouvrement des coûts par province	28
Tableau 17	: Disponibilité de Guide diagnostique, lignes directrices ou de protocoles au niveau des CS	29
Tableau 18	: Disponibilité des méthodes contraceptives	30
Tableau 19	: Disponibilité des vaccins par province	30
Tableau 20	: Caractéristiques des patients considérés comme cas de diarrhée	30
Tableau 21	: Prise en charge des cas de la diarrhée	31
Tableau 22	: Caractéristiques des patients considérés comme cas de paludisme	32
Tableau 23	: prise en charge des cas du paludisme	32
Tableau 24	: Participation des District Sanitaire à l'enquête	34
Tableau 25	: Pourcentage de Centre de Santé ayant transmis à temps leurs inventaires mensuels de médicaments et leurs rapports financier pour le premier trimestre 2019 - Batha	35

Tableau 26 : Pourcentage de Centre de Santé ayant transmis à temps leurs inventaires mensuels de médicaments et leurs rapports financier pour le premier trimestre 2019 - Moyen Chari	35
Tableau 27 : Pourcentage de Centre de Santé ayant un indice de recouvrement des coûts considéré comme normal (compris entre 1.1 et 1.3) - Batha	36
Tableau 28 : Pourcentage de Centre de Santé ayant un indice de recouvrement des coûts considéré comme normal (compris entre 1.1 et 1.3) – Moyen Chari.....	36
Tableau 29 : Nombre des activités du paquet organisationnel minimum (POM) prévues et réalisées (supervision, réunion du comité directeur, monitoring, conseil d'administration) au Batha	37
Tableau 30 : Nombre des activités du paquet organisationnel minimum (POM) prévues et réalisées (supervision, réunion du comité directeur, monitoring, conseil d'administration) au Moyen Chari.	37
Tableau 31 : % des FOSA disposant de micro-plans (CS) / plans annuels validés (HD, HR) avec la participation des représentants des bénéficiaires au Batha.....	38
Tableau 32 : % des FOSA disposant de micro-plans (CS) / plans annuels validés (HD, HR) avec la participation des représentants des bénéficiaires au Moyen Chari	39
Tableau 33 : Taux d'utilisation des consultations curatifs (CC, nouveaux cas NC) par sexe chez les adultes et par tranche d'âge chez les enfants - Batha	40
Tableau 34 : Taux d'utilisation des consultations curatifs (CC, nouveaux cas NC) par sexe chez les adultes et par tranche d'âge chez les enfants – Moyen Chari	40
Tableau 35 : Taux de couverture vaccinale (BCG, Penta3, VAR) chez les enfants de 0-11 mois parmi la population sédentaires pour le premier trimestre 2019 – Batha	41
Tableau 36 : Taux de couverture vaccinale (BCG, Penta3, VAR) chez les enfants de 0-11 mois parmi la population sédentaires pour le premier trimestre 2019 – Moyen Chari	41
Tableau 37 : Nombre d'enfants de 0-11 mois parmi la population nomade vacciné (BCG, Penta3, VAR) pour le premier trimestre 2019 – Batha.....	41
Tableau 38 : Taux d'utilisation de la première consultation prénatale (CPN1) – Batha	42
Tableau 39 : Taux d'utilisation de la première consultation prénatale (CPN1) – Moyen Chari	42
Tableau 40 : Taux d'accouchement assistés dans les Centre de Santé pendant le premier trimestre 2019 – Batha	42
Tableau 41 : Taux d'accouchement assistés dans les Centre de Santé – Moyen Chari	43
Tableau 42 : Taux de prévalence de la contraception – Moyen Chari	43
Tableau 43 : Taux de prévalence de la contraception – Batha	43
Tableau 44 : Méthode contraceptive utilisée – Moyen Chari.....	43
Tableau 45 : Méthode contraceptive utilisée – Batha	44
Tableau 46 : Taux de la population disposant d'un CS de proximité neuf ou réhabilité au Batha...	45
Tableau 47 : Taux de la population disposant d'un CS de proximité neuf ou réhabilité au Moyen Chari	45
Tableau 48 : Taux de la population cible couverte par les activités de promotion de la santé reproductive au Batha	46
Tableau 49 : Taux de la population cible couverte par les activités de promotion de la santé reproductive au Moyen Chari	46
Tableau 50 : Taux d'enfants et de femmes de populations nomades ayant accès aux soins au Moyen Chari	46
Tableau 51 : Participation des différents groupes cibles à l'enquête communautaire	47

1 Résumé exécutif

La Direction au Développement de la Coopération Suisse (DDC) a confié au consortium Swiss TPH-CSSI (Institut tropical et de santé publique Suisse - Centre de support en santé Internationale) la mise en œuvre du « Programme d'Appui aux Districts Sanitaires du Tchad » pour sa deuxième phase qui couvre la période 2018-2022, en abrégé PADS 2. L'objectif principal du programme est de « contribuer à la meilleure gouvernance du système de santé pour améliorer la santé materno-infantile, la couverture sanitaire universelle et la prévention des épidémies ». Après l'élaboration du protocole, le programme a opérationnalisé l'étude de base en juin 2019 pour établir un état des lieux en matière de gestion et de qualité des services de santé dans les Centres de santé (partie 1), les Districts Sanitaires (partie 2) et parmi les communautés sédentaires et nomades (partie 3) pour avoir un aperçu sur la perception des communautés par rapport à la gestion des services de santé, leur accès et utilisation des soins. Ce rapport présente les objectifs, méthodes et résultats de cette étude qui comporte 3 parties.

Objectif :

L'objectif de ce rapport est de présenter les résultats de l'étude de base du PADS 2. Les indicateurs qui sont mesurés et évalués se réfèrent aux objectifs principaux du PADS 2, à savoir la gestion des ressources, la disponibilité et la qualité des prestations sanitaires et l'équité dans l'accès aux services de santé. Pour ces indicateurs, les valeurs de référence sont établies au travers de l'étude de base. Ces indicateurs seront suivis et évalués par une étude de fin de phase à la fin de la phase 2 du programme.

Méthodes :

(1) *Enquête Formations sanitaires (FOSA) :*

Afin d'évaluer la gestion et la qualité des services, les FOSA du premier échelon (les Centres de Santé, CS) ont été évaluées au travers d'un questionnaire développé sur la base des indicateurs du cadre logique du PADS 2. L'étude a porté sur les CS fonctionnels des DS de Yao et d'Alifa (province du Batha) et de ceux de Danamadji, Maro et Koumogo (province du Moyen Chari), qui ont déjà bénéficié des interventions du PADS 1. Deux districts supplémentaires parmi les nouveaux districts d'appui dit de type provincial (avec un appui du programme limité à certaines activités), les DS d'Ati dans le Batha et celui de de Sarh dans le Moyen-Chari ont été choisis afin de pouvoir comparer l'efficacité des interventions dans chaque catégorie de districts. Parmi les 38 CS des DS sélectionnés de la province Batha, 35 CS étaient fonctionnels au moment de l'étude de base et ont été inclus. Parmi les 35 CS de la province du Moyen Chari, 33 CS étaient fonctionnels et ont été inclus dans l'enquête de base.

Des analyses statistiques descriptives (fréquences) ont été utilisées. Toutes les analyses ont été faites à partir du logiciel Stata version 15 (StataCorp 2017, College Station, TX/USA).

(2) *Enquête District sanitaires (DS) :* Afin d'évaluer la gestion, le suivi et la planification au niveau des DS, cette étude visait à collecter des données par revue documentaire et sur la base des rapport mensuels d'activités (RMA) transmis par les CS au niveau supérieur (DS). En plus, des données sur la gestion et qualité des FOSA ont été collectées parallèlement aux informations du questionnaire RMA. Les données basées sur les RMA et celles relatives à la gestion des CS au niveau des DS ont été résumées dans un tableau Excel.

(3) *Enquête communautaire (sédentaire et nomade) :*

Afin de prendre en compte les perceptions de la gestion et de la qualité des services de soin des communautés bénéficiaires, des entretiens de groupes ont été organisés avec trois groupes

différents représentant les communautés i) Femmes – 20+/ mères des enfants de 0 à 5 ans; ii) Hommes ; iii) Représentants des autorités locales et traditionnels – hommes et femmes). L'enquête communautaire a été effectuée dans deux DS parmi les deux provinces, c'est-à-dire à Yao (appui complet) et Ati (appui provincial) et à Danamadji (appui complet) et Sarh (appui provincial). Les communautés sédentaires (villages) et nomades (campements) ont été échantillonnées selon une procédure de sondage en deux étapes : Un village et un campement nomade ont été sélectionnés de manière aléatoire par district dans 4 districts (Yao, Danamadji, Ati et Sarh) ; au niveau du village ou du campement, les participants ont été invités par le représentant des hommes et la représentante de groupement des femmes à participer aux discussions en groupe.

Pour l'analyse des données qualitatives, la méthode d'analyse qualitative du contenu selon Mayring (2010) a été utilisée [1]. Les entretiens de groupe ont été analysés avec la méthode d'analyse du contenu en sommaire qui consiste à réduire le contenu textuel et à préserver uniquement le contenu essentiel afin de produire un texte court. Comme première étape, les questions des trois entretiens de discussion de groupe (autorités, femmes et hommes) ont été classées selon les cinq dimensions de la gouvernance définies dans les instruments de la Coopération suisse : **redevabilité (responsabilité), efficacité, équité (ou non-discrimination), transparence et participation**. Dans une autre étape, une synthèse de chaque discussion de groupe a été faite en fonction de ces catégories de gouvernance et pour chaque groupe de population (nomades et sédentaires). Les données sont présentées et structurées également selon les cinq dimensions de gouvernance.

Résultats de l'enquête FOSA : gestion et qualité des services

L'analyse des données a été effectuée pour 67 centres de santé ; 34 sont localisés dans la Province du Batha, 33 dans la Province du Moyen Chari.

1. Transparence et participation : les comités de gestion (COGES) et de santé (COSAN)

COGES : La plupart des répondants soit 96% au niveau des CS ont confirmé que les COGES existent. Ce taux est de 100% au Batha et 91% au Moyen Chari. Parmi ceux qui ont dit que les COGES existent, 85% ont rapporté que ces COGES sont actifs. La proportion des femmes parmi les membres du COGES est inférieure ou égale à un tiers dans 92% des cas.

COSAN : 88% des CS en total et pour les deux provinces ont rapporté que les COSAN existent. Et 78% de ces 88% ont rapporté que ces COSAN sont actifs. La proportion des femmes parmi les membres COSAN varie entre 0 (27%) à un tiers (73%). En ce qui concerne la proportion des COSAN comprenant **à la fois des éleveurs et agriculteurs**, c'est le DS de Danamadji qui vient en tête avec 44% (4/9 COSAN) suivi du DS de Yao avec 39% (7/18 COSAN). Quant aux DS de Koumogo et de Sarh, aucun COSAN (sur 18) comprenait à la fois des éleveurs et agriculteurs.

2. Redevabilité/ Efficacité : aspects sur la gestion des centres de santé

Supervision : La moyenne du nombre de supervision externe de routine dans les CS les 12 mois passés est de 7 visites, avec une variation de 2 (à Danamadji) à 11 (à Sarh). La supervision externe a, pour presque tous les CS, inclus la santé maternelle et néonatale. Une grande partie de ces supervisions externes a été effectuée par l'équipe cadre du district (ECD) dans le cadre d'une visite de routine (81%). Un quart des CS ont rapporté que ces supervisions se sont faites dans le cadre du PADS.

Rapport mensuel d'activité : Tous les CS ont rapporté avoir transmis les trois derniers RMA mensuellement, et à temps. Les enquêteurs ont pu vérifier pour la majorité des CS (87%) que les

trois RMA du premier trimestre étaient disponibles et signés. **35.8% des CS seulement disposaient d'un rapport ou PV d'analyse des RMA** comprenant des prises de décisions pour la période suivante, signé par le représentant du COGES et/ou du COSAN.

Indice de recouvrement de coûts : 30% des CS ont un indice de recouvrement de coûts compris entre 1-1 – 1.3, qui est considéré comme normal. Par contre, plus que la moitié des CS (54%) a rapporté un indice de recouvrement de coûts qui est moins de 1.1¹. Il est intéressant de noter la différence entre les provinces : - 46% ces CS au Moyen Chari ont un indice de recouvrement de coûts considéré comme normal comparé à 15% des CS au Batha.

3. **Equité** : aspects sur la qualité de soins

Disponibilité de lignes directrices ou de protocoles : La majorité des CS est dotée des guides de diagnostic thérapeutique et de procédures opérationnelles standard concernant les **soins prénataux, la planification familiale, la vaccination de routine de l'enfant et la prise en charge du paludisme** (dans plus de 80% des CS visités). Les guides concernant le diagnostic et traitement des IST, traitement et gestion de la violence sexuelle, avortement médicalisé, alimentation du nourrisson et de l'enfant sont très peu disponible (dans moins de 21% des CS visités).

Disponibilité des méthodes contraceptives : 80% des CS ont rapporté avoir une méthode contraceptive (soit par injection ou utilisation des préservatifs) disponible. Les préservatifs sont moins disponibles dans les deux provinces, comparé aux injections contraceptives (51% au total comparé à 78% pour les injections contraceptives Noristerat ou Depoproverat).

Disponibilité des vaccins utilisés dans le programme national élargi de vaccination (PEV) au niveau des CS : le vaccin contre la tuberculose (BCG) est le moins disponible dans les deux provinces (46.3%), le vaccin le plus disponible est le vaccin Anti Tétanique (77.6%). Il est à remarquer que dans la province du Batha, la disponibilité des vaccins est nettement plus faible par rapport à la province du Moyen Chari. En effet, la disponibilité des vaccins varie selon les CS entre 47% et 56% au Batha contre 46% et 100% au Moyen-Chari.

Prise en charge de la diarrhée et du paludisme : pour la plupart des patients considérés comme cas de diarrhée, les signes cliniques ont été documentés (73%). Ces patients ont rapporté souffrir surtout des douleurs abdominales avec 48%, suivi par les vomissements (17%) et la fatigue (14%). Un quart des patients ont eu de la fièvre lors de leurs consultations et 12% ont rapporté la présence de sang dans leurs selles (un des indices de la dysenterie). Peu de signes de déshydrations (plis de déshydratations, dépression de la fontanelle) ont été rapportés (2%). Pour 2.7% des patients considérés comme cas de diarrhées, un examen des selles a été fait, et 2.6% ont été positifs. Concernant les traitements, 61% des patients ont été traités avec un soluté de réhydratation orale (SRO) et dans 91% des cas, des médicaments ont été prescrits, surtout le Metronidazole (58%). Parmi les patients considérés comme cas de paludisme, pour 52% l'examen physique a été documenté. Pour 96% des patients, des symptômes ont été documentés – surtout la fièvre avec 62%, les céphalées (54%) et des courbatures (23%). Pour 89% des cas un test sanguin de dépistage a été fait, et 70% ont été trouvés positifs. Pour presque tous les patients, un diagnostic clinique a été fait (99%) et des antipaludiques ont été prescrits pour 94% des patients, en particulier la combinaison thérapeutique à base d'Artémisine avec 80% avec la combinaison Artésunate +

¹ Les informations concernant le recouvrement des coûts et la situation financière des établissements sanitaires ont été collectés à travers des RMA et des cahiers de tenue de compte du COGES couvrant le 1er trimestre 2019 (janvier, février et mars 2019), en saisissant les données mensuelles en XAF de la vente des médicaments (recettes) du CS et les données des coûts d'achats des médicaments par les CS (dépenses). L'indice est calculé en divisant les recettes par les dépenses pour la période indiquée. Un recouvrement de coûts inférieur à 1.1 signifie que les dépenses par les coûts d'achats des médicaments sont plus haut que ce qui revient par les ventes des médicaments.

Amodiquine ou Artémether + Luméfantrine qui a été prescrite le plus souvent pour traiter le paludisme simple (70%, traite). Concernant le paludisme grave, l'artésunate et l'artémether injectables ont été utilisés avec un taux de 14% et 15% respectivement parmi les patients des deux provinces.

Résultats de l'enquête District Sanitaire : gestion, qualité et utilisation des services

L'analyse des données a été effectuée pour 12 Districts Sanitaires, 6 dans le Moyen Chari et 6 dans le Batha.

1. Redevabilité/ Efficacité : Aspects sur la gestion des FOSA

Transmission à temps des inventaires mensuels de médicaments et des rapports financiers :

Pour les CS de la province du Batha, tous les DS, sauf le DS d'Ati, ont indiqué que les CS ont transmis à temps leurs inventaires mensuels des médicaments et leurs rapports financiers pour le premier trimestre (janvier-mars 2019). Ceci n'est pas le cas pour les CS du Moyen Chari, où un retard ou une négligence dans la transmission de rapports a été remarquée, surtout parmi les CS des DS Kyabé et Biobé.

Indice de recouvrement de coûts : Parmi les CS du Batha, tous les CS de Yao ont un indice de recouvrement de coûts considéré comme normal (entre 1-1 – 1.3). Tous les autres CS des DS du Batha ont un recouvrement de coûts supérieur à 1.3. Pour les CS du Moyen Chari, le taux des CS ayant un indice de recouvrement de coûts considéré normal varie entre 20% (CS du DS Danamadji) à 60% (CS du DS Korbo), les autres CS ont un indice de recouvrement au-dessous de 1.1.

Activités du paquet organisationnel minimum (POM) prévues et réalisées : le nombre de supervisions qui ont été réalisées par l'ECD au cours du 1^{er} trimestre 2019 comparé au nombre prévu est atteint dans la moitié des DS (Yao, Djeda, Assinet) au Batha. Au Moyen Chari, le nombre est atteint que parmi le DS de Danamadji. Tous les CS du Batha ont tenu des réunions du comité directeur comme prévu au cours du 1^{er} trimestre 2019. Au Moyen Chari, que les CS des DS de Danamadji et Maro ont tenu des réunions du comité directeur comme prévu au cours du 1^{er} trimestre 2019.

Concernant les missions de monitoring, les ECD de presque tous les DS du Batha ont effectué des missions de monitoring. Ceci n'est pas le cas pour les DS du Moyen Chari, où par exemple dans le DS de Maro, une seule mission de monitoring a eu lieu au cours du premier trimestre de 2019. Parmi les deux provinces, c'est seulement dans les deux DS (Assinet et Maro) que des réunions de conseils ont eu lieu au cours du premier trimestre 2019.

Globalement, la **coordination des partenaires et la participation des bénéficiaires** dans les outils de gouvernance existants aux niveaux des CS et des DS – les microplans et les PAO- ne semblent pas encore être suffisamment intégrées dans ces outils de gouvernance.

2. Equité : Aspects sur l'accès et l'utilisation des services de soins

Utilisation des consultations curatives : Le taux de consultation curative varie parmi les différentes tranches d'âge des enfants par sexe et selon les provinces. Cependant, le taux d'utilisation parmi les femmes de 15 ans et plus varie de 3% pour le DS de Yao et 46% pour le DS d'Assinet. Le taux pour les enfants de 0-11 mois varie de 14% pour le DS de Djeda et 76% pour le

DS d'Ati. **Ces taux sont plus élevés pour les CS du Moyen Chari.** Les consultations curatives sont les moins utilisées parmi les femmes de 15 ans et plus du DS de Maro avec 23%, et les plus utilisées parmi les DS de Korbo avec 38%. Pour les enfants de 0-11 mois, la variation est de 47% (Danamadji) à 78% (Biobé).

Couverture vaccinale parmi la population sédentaire et nomade : Le taux de couverture vaccinale des enfants de 0-11 mois est faible parmi la population sédentaire du Batha, avec une moyenne de 19% pour le vaccin BCG, 12% pour le Penta et 18% pour le VAR. Ces taux sont considérablement plus élevés parmi la population sédentaire du Moyen Chari et varie en moyenne entre 49% pour le vaccin VAR, 59% pour le vaccin BCG et 61% pour le vaccin Penta 3. **Concernant les enfants parmi la population nomade, il y a très peu de données sur le taux de couverture vaccinale.** Très peu d'enfants ont été vaccinés parmi la population nomade du Moyen Chari. Le taux n'a pas pu être calculé car le RMA n'a pas prévu une population cible pour les nomades, vu qu'elle est constamment en mouvement. Pour la province du Batha, **les chiffres ne sont pas disponibles.**

Consultation prénatale et accouchement : 71% des mères du Batha sont allées à une consultation prénatale, au moins une fois comparativement à 43% seulement chez les mères du Moyen Chari. On note aussi que ce pourcentage est le plus élevé à Danamadji avec 96%, comparé au plus bas au District de Yao (9%). Globalement, les cas **d'accouchements assistés représentent 25%** parmi la population pour les deux provinces.

Contraception : D'une manière générale, la planification familiale et l'utilisation des moyens et méthodes contraceptives modernes est très minime. Seulement 0.8% de la population du Batha et 23% de la population du Moyen Chari utilisent une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse. Cependant, on note que les méthodes pour éviter ou retarder une grossesse les plus fréquemment utilisées sont les DMPA et les préservatifs.

Activités de promotion de santé : On notera sur cet aspect que dans le DS de Danamadji, des activités de promotion de la santé reproductive ont été mises en œuvre, avec 19% de la population cible couverte par les activités de promotion de la santé reproductive. Aucune donnée n'était disponible pour le Batha.

Résultats de l'enquête communautaire : perception sur la gestion et l'utilisation des services de santé

1. Redevabilité

Généralement, la population est insuffisamment informée sur les activités et la gestion des CS. Ainsi, la majorité des répondants constatent qu'aucun compte rendu sur la gestion des CS n'a été fait à la population. A l'exception d'un village sédentaire à travers des Assemblées Générales (AG) du COSAN (village Moussa foyo dans le Moyen Chari), **les plans d'activité sont complètement inconnus parmi les autorités locales.**

Parmi les répondants des autorités nomades, il n'y a **aucune implication du COSAN** dans l'élaboration des plans annuels d'activités des CS, vu qu'ils ne connaissent pas le COSAN et ne savent pas de quoi il s'agit. De ce fait, ils ne connaissent pas les possibilités/opportunités devant leur permettre de faire des suggestions dans lesdits plans. Parmi les autorités locales de la population sédentaire, **l'implication des COSAN est très variable.** En effet, dans trois villages en

particulier leur implication semble faible². Les autorités notent que les suggestions sont prises en compte mais ne sont souvent pas réalisées du fait de manque de financement.

2. Equité

Concernant les différentes dimensions de l'équité, telle que la **discrimination**, les répondants des autorités locales (autorités coutumières) de la population nomade ressentent une discrimination comparée avec « les gens de la ville » qui sont pris en compte en priorité, et entre les nouveaux et les anciens patients, mais pour la majorité, le facteur décisif pour la prise en compte ce sont les moyens financiers (« pas d'argent pas de soins »). Pour les autorités de la population sédentaire, il n'y a pas de différence dans la prise en charge, sauf en cas d'urgence ou si le patient parle français, dans ces cas, les patients sont plus rapidement traités que les autres patients.

L'ordre d'arrivée est le facteur le plus important dans **la prise en compte en priorité des différents groupes** de la population parmi les autorités locales, à part les cas d'urgence et les blessés. Les démunis ne bénéficient pas de structure de soutien, à part dans un village sédentaire où la communauté les aide (les chefs de villages ont pris en charge les frais médicaux). Concernant les populations éloignées et les handicapées, elles ne sont pas particulièrement prises en compte (pas de soutien financier pour le transport) et ne font pas l'objet d'une prise en charge particulière.

Concernant **la prise en charge**, la plupart des répondantes femmes et hommes nomades et sédentaires soulignent qu'aucun service de soins n'est gratuit. Quelques exceptions ont été mentionnées. Quant à **l'accès**, surtout pour les répondants des autorités nomades, les CS sont souvent trop loin et les stratégies **avancées ne sont pas régulièrement organisées** à part les campagnes de vaccination. Pour les répondants des autorités sédentaires, les CS sont plutôt bien accessibles, et selon les villages, les stratégies avancées sont régulièrement organisées et atteignent la population éloignée à travers des campagnes de vaccination.

Quant au **pouvoir décisionnel au sein des ménages**, tous les participantes (femmes et hommes) nomades et sédentaires soulignent que **la prise de toute décision est réservée aux hommes**. Ce sont les hommes qui s'occupent de la prise en charge familiale, y compris la nourriture, le travail et la santé des enfants et de la mère. Ce sont aussi les hommes qui **décident sur le lieu d'accouchement de leur femme** (la moitié a dit que leur femme a accouché à la maison). Pour toutes les femmes, la permission du mari est nécessaire pour toute activité en dehors du foyer.

Selon les répondantes de la population nomade, **la violence basée sur le genre (VGB) n'existe pas**³. Les répondantes sédentaires par contre disent que **c'est un fait récurrent**. La **perception sur l'existence de la VGB est mixte** parmi les hommes de la population nomade où certains affirment que la VGB n'a jamais existé ou qu'elle n'existe plus. Par contre les répondants sédentaires ont constaté que **la VGB est plutôt récurrente** mais que les gens ne veulent pas en parler.

Concernant **la planification familiale**, la majorité des répondantes parmi les populations nomades et sédentaires ont déjà entendu parler des méthodes contraceptives. Tous les répondants sédentaires ont déjà entendu parler de la planification familiale. Par contre parmi les répondants hommes de la population nomade, les méthodes contraceptives sont peu connues. Pour la majorité

² Les villages Aldjéliha et Paix du Sahel du DS Ati qui bénéficient des DS provincial ; et le village Ambasatna du DS Yao au qui a un appui complet (Batha).

³ Selon les discussions lors de l'atelier de restitution (19.11.2019), ce résultat peut être expliqué avec une meilleure appréhension du contexte, ou dans ces régions, les femmes sont gênées à parler de la VGB et à dire qu'elles sont victimes de violence.

des répondants (femmes et hommes des deux groupes), **les méthodes contraceptives ne sont pas répandues.**

La majorité des femmes parmi la population nomade et sédentaire disent **qu'elles ne connaissent pas la stigmatisation** liée à une maladie gynécologique. Selon les répondantes, les personnes souffrant de ces maladies **sont parfois victimes de stigmatisation**, surtout parmi la population nomade (refus). Ces femmes n'ont pas d'accès à l'aide, c'est la famille qui s'occupe de la prise-en-charge, sinon **il faut de l'argent pour les médicaments**. Aucun effort de sensibilisation n'a été entrepris jusqu'à présent sur ces maladies.

3. Efficacité

La **qualité des consultations, du diagnostic et des traitements est évaluée négativement** parmi les répondants des autorités locales des deux groupes. Ceci est dû au manque d'équipements, d'infrastructures et de diagnostics et du personnel qualifié/compétent (surtout au niveau des CS). Pour les deux groupes, il **manque de médicaments de bonne qualité** et souvent les mêmes traitements sont donnés sans discernement.

Quant à la **satisfaction** des répondants nomades (hommes et femmes), soit ils ne savent pas s'ils sont satisfaits des services disponibles et/ou obtenus, car ils ne les utilisent pas (il faut de l'argent), soit plutôt ils ne sont pas satisfaits du fait de manque de personnel qualifié, d'équipements de diagnostics et d'infrastructures, des médicaments abordables et de bonne qualité.

Juste une minorité des répondants sédentaires trouve que les services sont bons et certains disent qu'il manque souvent des médicaments, que tout est payant et coûte trop cher, que les CS sont trop loin et que le personnel de soins est incompetent.

Parmi les répondantes nomades, il n'y a eu **aucune suggestion** pour **améliorer les services de la santé de reproduction** vu qu'elles ne fréquentent pas ces services ou que ces services ne sont pas existants. Parmi les répondantes sédentaires, un nouveau CS dans la communauté et une meilleure qualité des soins ont été suggérés (manque de médicaments, meilleurs traitements et outils de travail, personnel de soins plus qualifié, et coûts de traitements moins élevés).

4. Transparence

Quant à la **connaissance des services offerts au CS**, quelques participants des autorités nomades, disent qu'ils sont bien informés sur les services offerts, qui incluent des visites pour les femmes enceintes, ou les examens de paludisme. Cependant, une grande partie affirme ne pas avoir connaissance des services offerts au CS et que les CS sont souvent trop loin et trop chers. Ces derniers préfèrent donc se soigner auprès des docteurs « choukou ». Certains ont dit que l'analphabétisme rend difficile leur accès aux différentes informations dans ce sens.

Concernant les **paiements/ coûts pour les services reçus**, les répondants nomades et sédentaires (hommes et femmes) disent que les services sont gratuits mais qu'il faut payer pour le carnet et les médicaments. Concernant l'obligation de faire des cadeaux, les répondantes trouvent que ceci n'est pas une obligation, par contre les hommes disent que l'offre de cadeau au personnel de CS se fait, mais plutôt discrètement et volontairement. Pour la plupart des répondants autorités des deux groupes, il **n'y a aucune visibilité de tarifs des prestations et des médicaments au public.**

5. Participation

Parmi les répondants des autorités nomades et sédentaires, il n'y a **pas d'implication dans la gestion des CS** et ils ne savent pas comment être mieux impliqué, vu qu'ils n'ont pas d'opportunité pour contribuer, à part les cotisations pour la construction de nouveaux CS. Ainsi, pour la majorité des répondants des deux groupes, il n'existe pas de possibilité d'influencer la planification de la santé par la communauté à travers le COSAN, parce qu'ils ne savent pas ce que c'est que le COSAN et n'ont aucune information sur la planification des activités.

Recommandations :

1. Transparence et participation :

- ⇒ Pour les CS/DS : renforcer les COGES et COSAN : ceci permettra de les rendre plus actifs pour améliorer les aspects de santé et de qualité de soins, et leur permettra ainsi de mieux interagir avec les communautés.
- ⇒ Au niveau communautaire : renforcer les connaissances de la population sur les COSAN/COGES et améliorer le transfert d'information sur les activités des CS : sensibiliser les autorités locales et la population sur l'existence du COSAN/COGES et renforcer les liens entre les COSAN/COGES et les communautés par entre autres la formation des membres de la population pour mener des actions de sensibilisations communautaires. Ceci permettra de créer des opportunités d'engagements pour une participation active de la population locale. La participation de la communauté locale garantira que les plans d'action sont appropriés et que les personnes intéressées souhaitent les mettre en œuvre.

2. Redevabilité/ Efficacité :

- ⇒ Pour les DS : augmenter le nombre de supervisions externes prévu et prendre des dispositions pour s'assurer que les activités du paquet organisationnel minimum (POM) prévues sont ou seront réalisées.
- Pour les CS/DS : s'assurer que les RMA sont signés, disponibles (arrivent à temps) – y inclus les rapports complets d'inventaires des médicaments et les rapports financiers, et analysés par les CS, afin d'améliorer l'orientation de leurs activités sur la base d'une analyse et d'une exploitation des données collectées et produites à leur niveau. Ceci afin de garantir le fonctionnement des formations sanitaires (FOSA).
- ⇒ Pour les CS : améliorer le recouvrement des coûts de la vente des médicaments par rapport aux achats.
- ⇒ Pour les CS/DS - prévoir des moyens financiers et un accompagnement régulier pour que les interventions et structures communautaires soient mises en œuvre à long terme.

3. Equité :

- Pour les CS/DS – améliorer **la disponibilité des lignes directrices** et de protocoles (et leurs application).
- Pour les CS/DS – s'assurer qu'il y a **une meilleure disponibilité** des méthodes **contraceptives et des vaccins** au niveau des CS et **accentuer la sensibilisation pour**

l'utilisation de méthodes contraceptives lors des activités de vaccinations des femmes et lors des sorties en avancée, ainsi qu'au niveau communautaire.

- **Pour les CS/DS** : Il est nécessaire de vérifier s'il y a des ruptures de TDR paludisme dans le Batha ou s'il s'agissait d'une dotation insuffisante.
- ⇒ **Pour les DS/ et au niveau communautaire** : Renforcer les services de santé destinés aux populations-clés :
 - **Planification familiale** : Mettre en place des interventions sur la planification familiale (préservatifs et autres) pour que la population dispose des connaissances, des compétences et du pouvoir de décision nécessaires pour choisir ses méthodes de contraception.
 - **Santé sexuelle et reproductive** : Planifier des interventions pour la sensibilisation, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) et la prise en charge des IST.
 - **Vaccination** : Définir des stratégies de communication qui pourront être développées selon les différences identifiées entre les deux provinces et les groupes de population (nomades, sédentaires).
 - Les interventions visant à améliorer l'utilisation des services de santé devraient tenir compte des différences entre les modes de vie des populations et être orientées vers les populations plus marginalisées en termes d'accès aux services sanitaires (dans ce cas la population nomade) afin de rendre l'accès aux services de santé plus équitable.
- ⇒ **Pour les CS/DS** : Garantir l'équité, l'acceptabilité et l'accessibilité physique et économique des services des FOSA : sensibilisation/formation du personnel de soins pour que les traitements des patients soient respectueux, compétents et confidentiels :
 - Les services doivent être gratuits ou abordables, les frais restants à la charge des patients ne représentent pas un coût prohibitif pour les populations marginalisées ;
 - Les services offerts devraient être connus de la population (transparence) ;
 - Les tarifs de prestations devraient être visibles (affichés) et appliqués partout.
- ⇒ **Pour les CS/DS / et au niveau communautaire** : Lutter contre la stigmatisation, la discrimination et les violences :
 - Sensibiliser les soignants et les autres membres des équipes des FOSA dans le cadre de formations sur les maladies gynécologiques (fistules, fibromes, les IST, syphilis, les infections chlamydia, herpès génital), les stigmatisations et la VBG.
 - Inviter des représentants des communautés aux ateliers pour ouvrir des voies de communication et encourager la communication entre les populations et les responsables et les FOSA.
 - Mettre en place des solutions immédiates et efficaces pour les victimes de violence, et proposer des services de santé et un accompagnement psychosocial aux victimes de violences.

- Développer les compétences des membres des populations (associations des femmes notamment) – afin d'informer les populations sur leurs droits fondamentaux et en tant que citoyens (reconnu dans la législation et la constitution).
- ⇒ **Pour les CS/DS** : renforcer la qualité de la formation du personnel de santé en lien avec les soins maternels et infantiles afin de répondre aux besoins de compétences des services de santé (meilleures prises en charge des patients par le personnel de santé compétent).
- ⇒ **Pour les CS/DS** : Il est nécessaire de poursuivre les efforts dans la réhabilitation des FOSA, afin de garantir une meilleure qualité de soins, qui doivent être soutenus pour assurer leur durabilité.

2 Contexte

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 186^{ème} rang sur 189 en 2017 et 2018 selon l'Indice de Développement Humain (IDH). La conjonction de l'absence de services de base accessibles et de qualité ainsi que la mauvaise gouvernance constituent le premier facteur de fragilité du pays.

Le ratio de mortalité maternelle, un des plus élevés en Afrique au Sud du Sahara, est actuellement estimé à 860⁴ décès pour 100 000 naissances (EDS-MICS 2014-2015). Les maladies transmissibles (maladies diarrhéiques, paludisme, 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. L'étude de fin de phase du « Projet d'Appui aux Districts Sanitaires du Tchad, Yao et Danamadji, phase I (PADSI) » a montré que parmi la **population sédentaire** le taux des femmes enceintes qui ont fait une consultation prénatale (**CPN**) a augmenté au cours du projet (de 80% en 2015 à 90% en 2018). Par contre les **taux de couverture de quatre ou plus CPN** reste bas à **31%**. Parmi les femmes enceinte de la **population nomade, il n'y a pas eu d'amélioration** et le taux d'achèvement d'une et de trois ou plus CPN restent **bas (56% et 14%, respectivement)**. D'une manière générale, la **planification familiale et l'utilisation des moyens et méthodes contraceptives sont très faibles**. En 2015, 8% de la population sédentaire et 4% de la population nomade incluant les hommes et les femmes utilisaient une méthode pour retarder ou éviter une grossesse, contre 7% de la population sédentaire et 0% de la population nomade en 2018.

C'est dans ce contexte, et afin de contribuer à l'atteinte des objectifs de la politique nationale sanitaire du Tchad, que la Direction au Développement de la Coopération Suisse (DDC) a confié au consortium Swiss TPH - CSSI (Swiss Tropical and Public Health Institute - Centre de Support en Santé Internationale) la mise en œuvre du PADS pour sa deuxième phase 2018-2022 (PADSII).

Les objectifs du projet de la phase II sont :

Objectif principal du projet : « *Contribuer à la meilleure gouvernance du système de santé pour améliorer la santé materno - infantile, la couverture sanitaire universelle et la prévention des épidémies* »

Effet attendu 1 : Les ressources du système de santé sont mieux gérées au niveau central, régional et local.

Effet attendu 2 : La disponibilité et la qualité des prestations sanitaires sont améliorées dans les zones d'intervention du programme.

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

Contexte spécifique et objectif de l'étude de base

Dès son démarrage, le programme a réalisé une étude de base en 2019 dont les résultats servent à renseigner les indicateurs du cadre logique et au lancement de ses activités. Ces indicateurs seront suivis et appréciés au travers d'une étude de fin de phase à la fin de la phase du projet. Un système de suivi sera également mis en place à cet effet.

⁴ La moyenne en Afrique au sud du Sahara est de 500 décès pour 100 000 naissances vivantes

L'étude de base du projet comporte deux sous études :

1. Etude sur la gestion et la qualité des services de santé dans les formations sanitaires (FOSA)
 - *Couvre principalement l'effet attendu 1 et 2*

2. Etude auprès des communautés (enquête communautaire), y incluant les populations nomades, sur leur perception sur la gestion des services de santé et leurs accès et utilisation des services de soins.
 - *Couvre principalement l'effet attendu 3*

Les deux enquêtes complémentaires allient la gestion et la qualité des services de santé dans les FOSA avec le comportement et les connaissances en matière de santé des populations sédentaire et nomade dans les zones de responsabilité.

Ce rapport présente les deux sous-études en relation avec les deux effets attendus du programme. L'objectif de ce rapport est de présenter les résultats de l'étude de base. Les indicateurs qui sont mesurés et évalués se réfèrent aux objectifs principaux du programme, à savoir la gestion des ressources, la disponibilité et la qualité des prestations sanitaires et l'équité dans l'accès aux services de santé.

3 Introduction à l'étude

3.1 Etude Formations Sanitaires (FOSA) : évaluation de la gestion et la qualité des services de santé

Le suivi de la gestion et de la qualité des services de santé étant les deux premiers effets attendus du programme, ils constituent des éléments clés de l'évaluation du programme. L'objectif de cette étude est d'obtenir les données d'activités relatives à la gestion et à la qualité des services de soins des centres de santé (CS) et des hôpitaux de district (HD) dans les districts d'intervention du programme et servir ainsi à la fin de la phase du programme, de référence évaluer les effets des interventions sur ces deux aspects.

Plus précisément, les objectifs de l'étude de base et de l'étude de fin de phase sont :

- **Etablir au moyen de critères préétablis une situation de référence sur la gestion et l'état de la qualité des services de santé maternelle et infantile** au premier échelon (CS) et deuxième échelon (HD) dans les districts d'intervention ;
- **Calculer des indicateurs (sélectionnés) adaptés dans le cadre logique** du programme afin de suivre l'amélioration de la gestion et de l'offre de soins au niveau des effets attendus et des réalisations ;
- **Comparer au moyen de critères préétablis la qualité des services de santé maternelle et infantile dans les deux différentes provinces.** Cela permettra d'identifier les besoins spécifiques de chaque district et de préciser les interventions du programme.

3.2 Enquête District Sanitaire : évaluation de la gestion et de la qualité des services de santé

Afin d'évaluer la gestion, le suivi et la planification au niveau des DS, cette étude vise également à collecter des données par revue documentaire et sur la base des rapport mensuels d'activités (RMA) transmis par les CS au niveau supérieur (DS). En plus, des données sur la gestion et la qualité des FOSA sont collectées parallèlement aux informations du questionnaire RMA.

Plus précisément, les objectifs de l'étude de base et de l'étude de fin de phase sont :

- **Etablir au moyen de critères préétablis une situation de référence sur les indicateurs de santé maternelle et infantile (pour l'ensemble des CS)** au niveau des DS ;
- **Etablir au moyen de critères préétablis une situation de référence** sur la gestion et à la qualité des services au niveau des DS ;
- **Calculer des indicateurs (sélectionnés) adaptés dans le cadre logique** du projet afin de suivre l'amélioration de la gestion et de l'offre de soins au niveau des effets attendus et des réalisations ;
- **Comparer au moyen de critères préétablis la qualité des services de santé maternelle et infantile dans les deux différentes provinces.** Cela permettra d'identifier les besoins spécifiques de chaque district et de préciser les interventions du programme.

3.3 Etude communautaire : perception des communautés sur la gestion et l'utilisation des services de santé en milieu rural au Tchad

L'amélioration de l'accès et le renforcement de la demande des services de santé et leur utilisation effective, surtout parmi les groupes vulnérables, sont parmi les principaux effets attendus du programme.

Le but principal de cette étude de base est de constituer des données qui permettent d'évaluer l'évolution des indicateurs clés au cours de la deuxième phase du PADS et pour apprécier l'impact éventuel de cette intervention. En plus, une meilleure compréhension des déterminants de l'utilisation des services de santé, p.ex. la perception sur la gestion des formations sanitaires, et les différences principales entre les populations cibles permettent d'identifier les besoins spécifiques de chaque district afin de préciser et faciliter la mise en place des interventions.

Les objectifs spécifiques de l'étude de base de la phase II sont les suivants :

1. Etablir une situation de référence sur **la perception des communautés nomades et sédentaires** sur la gestion des formations sanitaires, l'accès aux services de santé et leur utilisation (santé maternelle, la planification familiale, les soins curatifs et les consultations préventives). En particulier, il s'agit d'évaluer les facteurs influençant la réputation des formations sanitaires et les attitudes vis-à-vis des domaines d'intervention prioritaires du programme (santé maternelle et infantile) en termes **d'équité** (accès, utilisation), **d'efficacité** (gestion et satisfaction), **transparence des services et possibilité de participation**. L'analyse des **facteurs clés et des déterminants** qui influencent l'utilisation des services de santé permet de renseigner les **5 dimensions de la gouvernance** (redevabilité, équité, efficacité, transparence, participation).
2. **Comparer les indicateurs obtenus entre les populations nomades et sédentaires** afin d'identifier les besoins spécifiques de chaque groupe et de préciser les interventions du programme. Il est attendu que les disparités entre les deux populations se traduisent par des différences de comportement sanitaire qui sera reflété dans les indicateurs évalués dans le cadre de cette recherche opérationnelle.
3. **Ré-établir au moyen des critères préétablis une situation de référence sur l'accès et l'utilisation des services de santé** observée au sein des populations sédentaires et nomades au début de la phase II du PADS dans les districts d'interventions.

3.4 Résultats attendus

Lors de l'étude de base, les résultats guident et orientent les besoins d'intervention du PADS II. Les valeurs constituent une situation de référence pour le suivi et le monitoring du programme. A travers les études de fin de phase, les données et indicateurs sont comparés avec ceux obtenus lors de l'étude de base afin d'évaluer les effets des interventions (pour plus de détail, voir protocole d'étude, [Annexe x](#)).

4 Méthodologie

4.1 Couverture géographique

L'étude de base a été menée dans les provinces et districts où le PADS II est mis en œuvre, c'est-à-dire dans les provinces du Batha et du Moyen Chari (Cf. Figure 3) :

- Le Batha est situé au centre du pays dans la bande sahélienne, semi-aride, avec des activités d'élevage importantes et une prédominance de la religion musulmane ; la principale langue de communication est l'arabe local et plus de dix groupes ethniques cohabitent. Il contient **7 districts sanitaires** (Juin 2019).
- Le Moyen Chari est situé au Sud du pays (à la frontière avec la République Centrafricaine), dans une zone agricole sous un climat semi tropical (bande soudanienne) avec comme principales religions le christianisme, l'Islam et les religions traditionnelles (animisme). Il a aussi plus de dix groupes ethniques qui sont différents de ceux du Batha. Il contient **8 districts sanitaires** (Juin 2019).

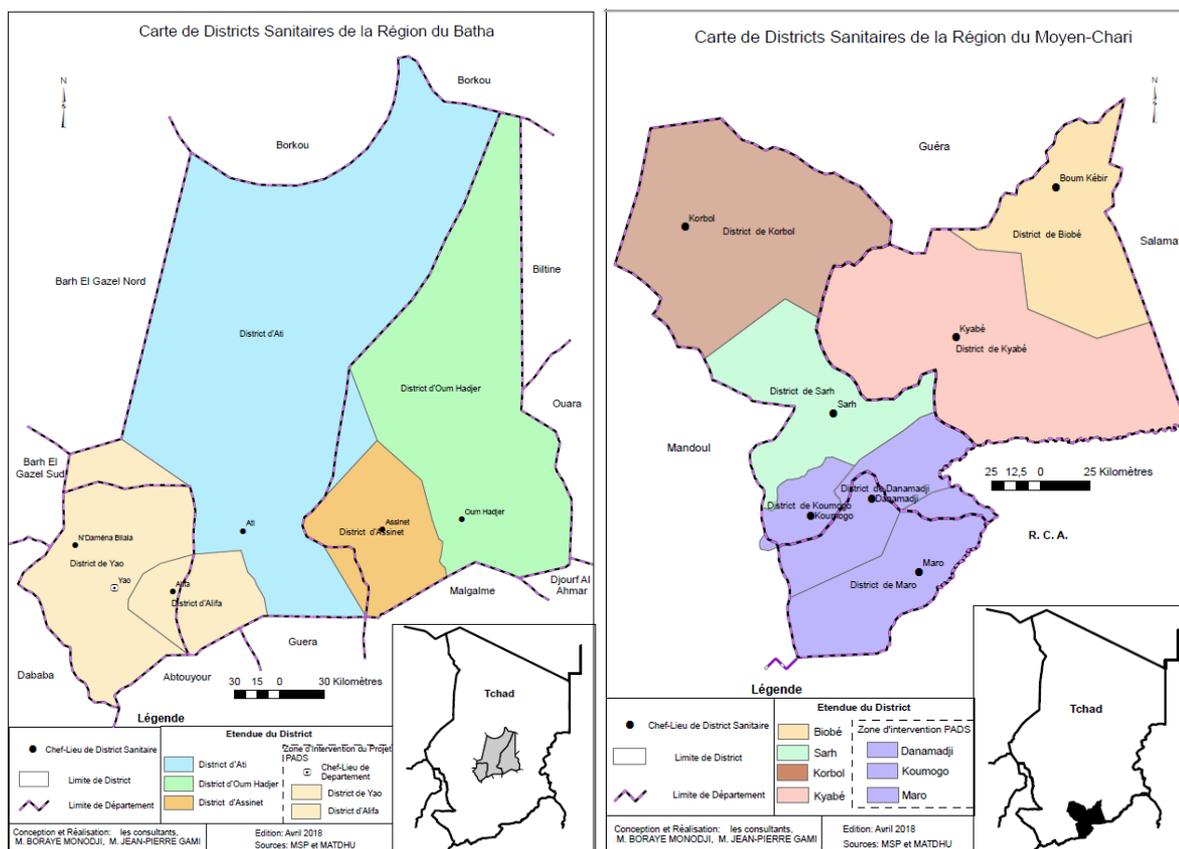


Figure 1 : Carte des districts sanitaires dans les provinces du Batha et du Moyen-Chari, Avril 2018. A noter qu'en 2019, une division des districts sanitaires de Yao et Danamadji a eu lieu.

Le PADSII intervient à tous les niveaux du système de santé du Tchad (zone de responsabilité (ZR) des CS, intermédiaire et central), avec un appui différencié aux niveaux Intermédiaires/périphériques au sein des deux provinces d'intervention :

- Les districts sanitaires (DS) du PADS et leurs démembrements (Danamadji, Maro et Koumogo du Moyen Chari ; et Yao et Alifa du Batha) recevront un **appui « complet »** (3/8 districts du Moyen Chari ; 2/7 districts du Batha);
- Les autres DS de chaque province recevront un **appui « provincial »** limité à certaines activités (Système d'informations sanitaire/SIS, Gestion des approvisionnements et des stocks/GAS, One Health, Information, éducation et communication/IEC ; 5/8 au Moyen-Chari ; 5/7 au Batha).

4.2 Echantillonnage et population cible

La population cible parmi les sites d'enquête FOSA, DS et Communautaire

(1) *Formations sanitaires (FOSA) :*

Afin d'évaluer la gestion et la qualité des services, les FOSA du premier échelon ont été évaluées selon l'organisation sanitaire du Tchad. Il s'agit des CS qui offrent les soins de santé primaires, incluant le paquet minimum d'activités (PMA). *L'enquête FOSA* concerne tous les **CS fonctionnels**⁵ des DS mentionnés ci-dessus. Il s'agit donc d'une **enquête exhaustive au niveau des CS**.

L'enquête FOSA a été effectuée dans le DS de **Yao**⁶ et **Alifa** (Batha) et de **Danamadji**⁷, **Maro** et **Koumogo** (Moyen Chari), qui ont déjà bénéficié des interventions du PADS. Deux districts supplémentaires parmi les nouveaux districts d'appui régional où le programme sera mis en œuvre ont été choisis par choix raisonné afin de pouvoir entre autres comparer l'efficacité des interventions dans chaque catégorie des districts (appui complet, appui régional). Il s'agit des DS d'**Ati** (Batha) et de **Sarh** (Moyen-Chari).

Parmi **les 38 CS des DS sélectionnés** de la province Batha, **34 CS** sont fonctionnels au moment de l'étude de base et ont été inclus. Parmi **les 35 CS** de la province du Moyen Chari, **33 CS** sont fonctionnels et ont été inclus dans l'enquête de base (voir tableau 1).

⁵ Il s'agit des CS qui offrent les soins de santé primaires, incluant le paquet minimum d'activités (PMA). Le critère d'inclusion pour les CS était l'existence d'une structure physique avec au moins un personnel minimalement qualifié (médecin, infirmier, aides-soignants, assistants techniques).

⁶ Le district de Yao a été administrativement divisé en deux districts – Yao et Alifa

⁷ Le district de Danamadji a été administrativement divisé en en trois districts – Danamadji, Maro et Koumogo

Tableau 1 : Aperçu du nombre de FOSA parmi les deux provinces

	Centre de Santé	Centre de Santé fonctionnel	Hôpital de District
Batha			
Yao	17	17	1
Alifa	9	9	-
Ati	12	9*	-
Totale Batha	38	34	1
Moyen Chari			
Danamadji	9	9	1
Maro	7	6	
Koumogou	6	6	
Sarh	13	12	
Total Moyen Chari	35	33	1

* Parmi les 9 CS, 3 ont été inaccessible pendant l'enquête de base.

Le tableau en annexe A1 montre une liste avec les CS dans les districts de l'étude ainsi que la répartition de la population par CS.

(2) District sanitaire (DS) :

Afin d'évaluer la gestion, le suivi et la planification au niveau des DS, cette étude a été effectuée dans tous les DS appuyés pour collecter des données par revue documentaire et sur la base des RMA transmis par les CS au niveau supérieur (DS). L'enquête DS a été effectuée dans tous les **DS fonctionnels** parmi les deux provinces, dont 6 (parmi 7) DS au Batha et 6 (parmi 8) DS au Moyen Chari.

Tableau 2 : Liste des districts sanitaires et type d'appui dans les deux provinces d'intervention du PADS

Province	District Sanitaire (DS)	Appui complet	Appui régional	Enquête FOSA	Enquête DS	Enquête communautaire
Batha	Yao*	x		x	x	x
	Alifa*	x		x	x	
	Ati		x	x	x	x
	Oum Hadjer		x		x	
	Assinet		x		x	
	Djedda		x		x	
	Koundjourou		x		nd	
Moyen Chari	Danamadji*	x		x		x
	Maro*	x		x		
	Koumogo*	x		x	nd	
	Sarh		x	x		x
	Balimba		x		nd	
	Korbol		x			
	Kyabé		x			
	Biobé		x			

Nd= non disponible, DS pas fonctionnel au moment de l'enquête ; A noter que l'appui complet a été introduit en 2015, l'appui régional a été lancé dans les districts listés à partir de 2019. *Le district de Yao a été administrativement divisé en deux districts – Yao et Alifa ; le district de Danamadji a été administrativement divisé en en trois districts – Danamadji, Maro et Koumogo.

(3) Communautés (sédentaire et nomade) :

Afin de prendre en compte la perception sur la gestion et la qualité des services de soins du côté de la demande, les aspects de satisfaction de la population bénéficiaire ont été discutés dans le cadre de l'enquête communautaire (entretien de groupe). Les questions concernent les perceptions sur la gestion des FOSA et la satisfaction des services à la communauté, des expériences en cas d'une maladie ou d'une consultation préventive d'un centre de santé par les membres de la communauté (stratifié par sexe (femmes 20+, mères des enfants de 0 à 5 ans ; hommes ; des représentants des autorités locales et traditionnels).

L'enquête communautaire a été effectuée dans deux DS parmi les deux provinces, c'est-à-dire à Yao (appui complet) et Ati (appui provinciale) ; et à Danamadji (appui complet) et Sarh (appui régional). Les communautés sédentaires (villages) et nomades (campements) ont été échantillonnées selon une procédure de sondage en deux étapes :

1. Un village et un campement nomade ont été sélectionnés de manière aléatoire par district dans les 4 districts : Yao, Danamadji, Ati et Sarh.
2. Au niveau du village ou du campement, les participants ont été invités par le représentant des hommes et la représentante des associations des femmes à participer aux discussions en groupe.

Tableau 3 : Nombre d'entretiens de groupe, par groupes cibles et districts sanitaires

Province	District Sanitaire	Femmes (N+S)	Hommes (N+S)	Autorités (N+S)	Totale
Batha	Yao*	2 (1+1)	2 (1+1)	2 (1+1)	6
	Ati+	3 (1+2)	3 (1+2)	4 (2+2)	10
Totale		5	5	6	16
Moyen Chari	Danamadji*	2 (1+1)	2 (1+1)	2 (1+1)	6
	Sarh+	2 (1+1)	2 (1+1)	2 (1+1)	6
Totale		4	4	4	12
	Totale	9	9	10	28

N : population nomade ; S : population sédentaire. *Appui complet, +appui régional

4.3 Instruments de collecte des données

Questionnaire FOSA

Au niveau des CS, une évaluation de la gestion et des qualités de soins est effectuée lors de la phase II. A cette fin, un questionnaire été développé sur la base des indicateurs du PADS II. Pour adresser des aspects de la gestion, l'outil couvre entre autres des aspects de la planification, des finances et du rapportage, d'interprétation et de l'utilisation des données. Pour apprécier les aspects de la qualité des soins, les protocoles cliniques en place, la disponibilité des dispositifs médicaux et la prise en charge de certaines conditions conformément à l'ordinogramme national sont évalués.

Le questionnaire couvre les domaines présentés dans les objectifs, à savoir:

- Existence de COGES et de COSAN ;
- Supervisions externe de routine ;
- Transmissions de RMA et disponibilité d'un rapport ou procès-verbal (PV) d'analyse des RMA ;
- Recouvrement des coûts (recettes, dépenses) ;
- Utilisation de guide de diagnostic thérapeutique et procédures opérationnelles standard, et la prise en charge des cas de paludisme simple et grave et de la diarrhée.

Le questionnaire RMA couvre les domaines présentés dans les objectifs, à savoir :

- % des FOSA ayant transmis à temps leurs inventaires mensuels de médicaments et leur rapports financiers ;
- % de CS ayant un indice de recouvrement des coûts considéré comme normal ;
- Taux d'utilisation des consultations curatives par sexe chez les adultes et par tranche d'âge chez les enfants ;
- Taux de couverture vaccinale chez les nomades et les sédentaires ;
- Indices de santé maternelle : taux d'accouchements assistés et pourcentage de CPN1 ;
- Taux de prévalence de la contraception.

Questionnaire District

Au niveau des DS, une évaluation de certains indicateurs clés de santé maternelle et d'enfants de l'ensemble des CS est effectuée. Une évaluation de la gestion des données est également effectuée sur la base des indicateurs du PADS II. Le questionnaire construit pour cette enquête s'appuie sur le questionnaire DS qui couvre les domaines suivants :

- Nombre des activités du paquet organisationnel minimum (POM) prévues et réalisées ;
- % de FOSA disposant de micro-plans (CS) / plan annuels validés (HD, HP) avec la participation des représentants des bénéficiaires ;
- Nombre de plans annuels opérationnels (PAO) (districts, régions) intégrant la contribution des partenaires techniques et financiers ;
- % de la population des DS disposant d'un CS de proximité neuf ou réhabilité selon les critères d'implantation des CS selon les zones (sahélienne et soudanienne) ;
- % d'enfants et de femmes de populations nomades, insulaires et situées en zone d'accès difficiles ayant accès aux soins ;
- % de la population cible couverte par les activités de promotion de la santé.

Questionnaire enquête communautaire

Au niveau communautaire, la perception des communautés nomades et sédentaires des différents groupes cibles sur la gestion des FOSA, l'accès aux services de santé et leur utilisation, surtout parmi les groupes vulnérables, est évaluée lors des discussions de groupe. En particulier, il s'agit d'évaluer les facteurs influençant la réputation des formations sanitaires et les attitudes vis-à-vis des domaines d'intervention prioritaires du programme (santé maternelle et infantile) en termes **d'équité** (accès, utilisation), **d'efficacité** (gestion et satisfaction), **transparence des services et possibilité de participation**. L'analyse des **facteurs clés et des déterminants** qui influencent l'utilisation des services de santé permet de renseigner les **5 dimensions de la gouvernance** (redevabilité, équité, efficacité, transparence, participation).

La structure du questionnaire respecte les domaines présentés dans les objectifs, à savoir :

- Redevabilité (responsabilité) : Information sur les activités des CS, connaissance du plan annuel d'activité, l'utilisation des services de santé ; implication des COSAN, COGES et possibilité de faire des suggestions ;
- Équité : Prise en compte de l'identité culturelle, des priorités des différents groupes de la population, accès et estimation du temps nécessaire pour une visite au CS ; pouvoir décisionnel intra-ménage ; connaissances de la violence basée sur le genre, des méthodes contraceptives et des situations de stigmatisations ;
- Efficacité : Qualité du diagnostic et des traitements (prise en charge), entretien de l'infrastructure, disponibilité des équipements et outils de travail, et satisfaction des services obtenues ;
- Transparence : Connaissance et information sur les services offerts au CS ;
- Participation : Implication de la population dans la gestion et possibilité de contribuer et d'influencer la planification de la santé par la communauté ;

4.4 Collecte et gestion des données

La collecte des données s'est faite sur trois niveaux différents, dont (1) au niveau des centres de santé, (2) au niveau des districts sanitaires et (3) au niveau des villages et campements des nomades (enquête communautaire). Les procédures de saisi mises en place sont les suivantes :

1. Pour les données collectées aux CS : elles ont été saisies instantanément sur le terrain à travers des tablettes numériques (Samsung Galaxy Tab 4G) qui permettaient l'enregistrement des

données au fur et à mesure que les questions sont posées et répondues. La transmissions des données à un serveur central mis en place par Swiss TPH était faite le soir même ou le lendemain.

2. Les données collectées aux DS ont été saisies par les RMA transmis par les CS au niveau supérieur (DS). En plus, des données sur la gestion et la qualité des FOSA ont été collectées à travers une fiche de collecte parallèlement aux informations du questionnaires RMA.
3. La collecte des données de l'enquête communautaire s'est faite par des équipes composées d'un / une sociologue assisté (e) par une enquêtrice assistante / un enquêteur assistant qui prenaient des notes auprès des communautés sélectionnées. Les discussions de groupe, dirigées par un modérateur, ont été enregistrées en audio mais aussi renforcées par des notes prises sur le champ. Avec l'aide des notes, un transcrit de chaque discussion de groupe a été préparé directement après la discussion qui durait max. 30-40 min. Tous les rapports ont été vérifiés par le sociologue.

La collecte des données a eu lieu de juin 2019 à août 2019.

4.5 Considérations éthiques

Swiss TPH et CSSI accordent une grande importance aux valeurs éthiques lors de la mise en œuvre et du déroulement des enquêtes auprès des populations. Un exemplaire du protocole de l'étude a été transmis aux autorités compétentes au Tchad afin de demander une autorisation pour mener l'étude.

Les équipes de terrain ont travaillé en coopération étroite avec les autorités locales et le personnel de santé dans les différentes formations sanitaires.

Avant le démarrage de la collecte des données, le Coordinateur de terrain (Coordinateur local de l'étude) a informé les acteurs clés (personnel des FOSA, Chef du village, bulama des groupes des nomades etc.) sur les objectifs de l'enquête et les dates prévues des visites des équipes.

Un consentement écrit (ou empreinte digitale en cas d'analphabétisme) a été obtenu de tous les participants à l'enquête au début de l'enquête ou la discussion de groupe. L'enquêteur leur a précisé notamment que leur participation est volontaire et qu'à tout moment, ils peuvent arrêter l'interview, sans conséquence pour eux-mêmes, leur famille ou la communauté.

4.6 Analyse

Pour analyser les données relatives à la gestion et à la qualité des services de soins des FOSA dans les districts d'intervention, des statistiques descriptives (fréquences) ont été utilisées, c'est-à-dire des pourcentages du nombre total de répondants à la question (soit tous les répondants à la question, soit un sous-groupe de répondants). Toutes les analyses sont faites à partir du logiciel Stata version 15 (StataCorp 2017, College Station, TX/USA).

Les données basées sur les RMA et celles relatives à la gestion des CS au niveau des DS sont résumées dans un tableau Excel.

Pour l'analyse des données qualitatives, une méthode d'analyse qualitative du contenu selon Mayring (2010) a été utilisée [1]. L'objectif de l'analyse qualitative du contenu est l'organisation et la structuration du contenu manifeste et latent. Les entretiens de groupe ont été analysés avec la méthode d'analyse du contenu en sommaire, qui consiste à réduire le contenu textuel et à préserver uniquement le contenu essentiel afin de produire un texte court.

Comme première étape, les questions des trois entretiens de discussion de groupe (autorités, femmes et hommes) ont été classifiées selon les cinq dimensions de la gouvernance définies dans les instruments de la Coopération suisse : **transparence, redevabilité (responsabilité), efficacité, participation et équité (ou non-discrimination)**. Dans une prochaine étape, chaque discussion de groupe a été synthétisée en fonction de ces catégories de gouvernance et pour chaque groupe de population (nomades et communautés villageoises). Enfin, pour chaque groupe d'entrevue, les réponses ont été résumées en fonction de la population (nomades et communauté villageoise) ainsi que dans son ensemble. Toutes les données sont présentées et structurées selon les dimensions de gouvernance.

5 Résultats

5.1 Etude Centres de Santé : évaluation de la gestion et de la qualité des services de santé

Ce chapitre présente les résultats quantitatifs relatifs à la gestion et à la qualité des services de santé dans les FOSA des deux provinces, Batha et Moyen Chari. Les résultats sont présentés dans trois parties représentant des aspects de participation et transparence des comités de santé (COSAN) et de gestion (COGES) (1) ; des aspects de gestion (2) ; et des aspects sur la qualité de soins (3). L'objectif principal de cette analyse est donc d'établir un état des lieux et de définir les valeurs de référence pour le début de la phase II du programme et de comparer les résultats entre les provinces et pour certains indicateurs clés d'indiquer les différences entre les CS qui ont déjà bénéficié d'un appui PADS pendant la première phase du programme et les « nouveaux CS » (qui vont bénéficier d'un appui provincial pendant cette phase du PADSII).

5.1.1 Participation des Centres de Santé à l'enquête FOSA

L'analyse des données a été effectuée pour 67 Centres de Santé ; 34 sont localisés dans la province du Batha et 33 dans la province du Moyen Chari. Les résultats sont représentés dans les tableaux qui résument les différences entre les deux provinces⁸. A noter que les DS qui bénéficient d'un appui régional comptent 17 CS (28% du total), sont donc d'un nombre inférieur de CS dans la comparaison avec les DS qui ont un appui complet (voir Tableau 4). La majorité des CS sont des structures publiques (94%). Les autres 6% ont une affiliation privée et se trouvent tous dans la Province du Moyen Chari (voir Tableau x, Annexe).

Tableau 4 : Participation des Centre de Santé à l'enquête

Localisation des Centres de Santé	Nombre	Pourcentage [%]
Batha	34	50.1
Yao	18 ¹	26.9
Alifa	9	13.4
Ati*	7	10.5
Moyen Chari	33	49.2
Danamadji	9	13.4
Maro	6	9.0
Koumogo	6	9.0
Sarh*	12	17.9

¹ 17 Centre de Santé (CS) et un Hôpital de District (HD)

*District Sanitaire qui bénéficie d'un appui provincial. Deux CS du DS de Ati étaient inaccessible lors de l'enquête de base.

5.1.2 Aspects de transparence et de participation : Comités de Santé et de Gestion (COSAN, COGES)

COGES

La plupart des répondants (soit 96%) au niveau des CS ont confirmé que les COGES existent dont 100% dans le Batha et 91% dans le Moyen Chari (Tableau 6). Parmi ceux qui ont dit que le COGES existe, 85% des répondants des CS ont rapporté que ce COGES est actif (impliqué dans la gestion des activités avec les CS). Il y a une différence entre les DS qui ont déjà bénéficié d'un appui PADS pendant la première phase du programme (appui complet) et les « nouveaux DS » (qui vont bénéficier d'un appui régional pendant la présente phase du PADS). Parmi les DS d'appui complet, les COGES et COSAN semblent être plus actifs comparés aux COGES et COSAN des nouveaux DS (90% vs. 74% pour les COGES, 81% vs. 75% pour les COSAN, respectivement -voir Tableau 7).

Tableau 5 : Nombre de COGES et de COSAN par district

District	Nb COGES/ Nb. CS	Nb COSAN/ Nb. CS
Yao	18/18	17/18
Alifa	9/9	6/9
Ati*	7/7	7/7
Danamadji	9/9	9/9
Maro	5/6	5/6
Koumogo	6/6	6/6
Sarh*	10/12	9/12

Tableau 6 : Existence de COGES et de COSAN par province

	Batha n, [%]	Moyen Chari n, [%]	Total n, [%]
COGES	34 (100%)	30 (90.9%)	64 (95.5%)
COGES actif	30/34 (88.2%)	27/30 (90.0%)	57/64 (89.1%)
COSAN	30 (88.2%)	29 (87.9%)	59 (88.1%)
COSAN actif	24/30 (80.0%)	23/29 (79.3%)	47/59 (79.7%)

Tableau 7 : Proportion des COGES et COSAN qui sont actifs par degré d'appui (appui complet vs. appui provinciale)

	DS de la phase I (appui complet)	Nouveau DS phase II (appui provinciale)	Total
COGES actif	43 (89.6%)	14 (73.7%)	57 (85.1%)
COSAN actif	35/43 (81.4%)	12/16 (75.0%)	47/59 (79.7%)

La moyenne des membres du COGES est de 7 (+/-3SD), le nombre de membres varie entre 3 à 25 membres. La plupart des COGES ont un nombre entre 3 et 9 membres (78%), une minorité a plus que 10 membres (22%).

La plupart des répondants (soit 92%) ont dit que la proportion des femmes parmi les membres du COGES est moins que 1/3. Comparant les différences entre les provinces, il est intéressant de noter qu'au Batha, 62% des COGES n'ont aucune femme parmi leurs membres. Ce taux est de 13% au Moyen Chari.

Tableau 8 : Proportion des femmes parmi les membres COGES

Proportion femmes/COGES	Batha	Moyen Chari	Total
0	61.8% (21)	13.3% (4)	39.1% (25)
0.1 – 33.3%	32.4% (11)	76.8% (23)	53.1% (34)
33.4-66.6% ⁹	5.9% (2)	9.9% (3)	7.8% (5)
>66.6%	0	0	0

COSAN

La plupart des répondants (soit 88%) au niveau des CS ont confirmé que les COSAN existent pour les deux provinces. Parmi ceux qui ont dit que les COSAN existent, 78% disent que leur COSAN est actif (voir Tableau 6).

Concernant la fréquence des réunions, 68% ont rapporté une fréquence trimestrielle, suivie par une fréquence mensuelle avec 17% ; 13% ont rapporté une fréquence semestrielle et 2% une fréquence annuelle.

Le nombre de membres du COSAN varie entre 3 à 140 membres. La proportion des membres femmes parmi les membres COSAN varie entre 0 (27%) à un tiers (73%) (voir Tableau 9), avec peu de différences parmi les deux provinces.

Tableau 9 : Proportion des femmes parmi les membres COSAN

Proportion femmes/COSAN	Batha	Moyen Chari	Total
0	7 (30.4%)	5 (23.8%)	27.3% (12)
0.1 – 33.3%	16 (69.6%)	16 (76.2%)	72.7% (32)
33.4-66.6%	0	0	0
>66.6%	0	0	0

Les agriculteurs sont les membres les plus représentés au COSAN, suivis par les éleveurs et les commerçants. Les agents de la fonction publique sont les membres le moins représentés (voir Tableau 10).

⁹ La proportion des femmes parmi ces deux COGES est de 40%.

Tableau 10 : Proportion des agriculteurs et éleveurs parmi les membres COSAN

Proportion des membres COSAN	Agriculteurs	Nomades	Commerçants/ secteur privé	Fonction publique
0	9.1 (4)	59.1% (26)	68.2% (30)	84.1% (37)
0.1 – 33.3%	22.7% (10)	34.1% (15)	29.5% (13)	13.7% (6)
33.4-66.6%	40.9% (17)	6.8% (3)	2.3% (1)	2.2% (1)
>66.6%	27.3% (13)	0	0	0

La proportion des COSAN comprenant **à la fois les éleveurs et les agriculteurs** la plus forte est celle du DS de Danamadji avec 44% (4/9 COSAN) suivi du DS de Yao avec 39% (7/18 COSAN). Dans les DS Koumogu et Sarh, aucun COSAN (sur 18) n'incluait des éleveurs ou agriculteurs (voir Tableau 11).

Tableau 11: Nombre et Pourcentage de COSAN par district comprenant à la fois des éleveurs et agriculteurs

District	COSAN (nb. COSAN avec membres éleveurs et agriculteurs/ nb. CS)	Pourcentage
Yao	7/18	39%
Alifa	2/9	22%
Ati	2/7	29%
Danamadji	4/9	44%
Maro	1/6	17%
Koumogu	0/6	0
Sarh	0/12	0

5.1.3 Aspects de gestion des FOSA

Supervisions externes de routine

La moyenne du nombre de supervisions externes de routine des CS les 12 mois passés est de 6.7 (1/- 8.7 écart-type), avec une variance du nombre de supervisions de 2 (Danamadji) à 11 (Sarh). Les supervision externes ont, pour presque tous les CS, inclus la santé maternelle et néonatale. Une grande partie de ces supervisions externes ont été effectuées par l'équipe cadre du district (ECD) (voir Tableau 12), et dans le cadre d'une visite de routine (81%). Un quart des CS ont rapporté que ces supervisions se sont faites dans le cadre du PADS (les DS avec appui complet) et 15% ont donné des autres raisons, p.ex. la formation.

Tableau 12 : Moyenne de supervisions externes de routine réalisés dans des Centres de Santé les 12 mois passés

	Moyenne de supervision réalisé par CS (n)	Supervision par l'ECD (n)	Supervision y inclus la santé maternelle et néonatale (n)	Nombre de supervisions attendues (n)	Supervisions réalisées ECD/ attendues (%)
Yao	4.4	2.7	0.9	6	45%
Alifa	3.4	2.7	0.4	6	45%
Ati	6.3	4.4	3.7	6	73%
Danamadji	8	8	2	6	133%
Maro	1	1	1	6	17%
Koumogo	8	8	2	6	133%
Sarh	11.4	5.9	11.4	6	98%
Total	6.7	5.4	4.9	6	90%

RMA – Promptitude et leur utilisation pour la prise de décisions

Tous les CS ont rapporté avoir transmis les trois dernier RMA mensuellement, et à temps. Les enquêteurs ont pu vérifier pour la majorité des CS (87%) que les trois RMA du premier trimestre étaient bien disponibles et signés.

Tableau 13 : Nombre des RMA du 1er trimestre 2019 existant et vérifié par l'enquêteur

	RMA vérifié lors du 1 trimestre 2019 et disponibilité des rapports d'analyse comprenant des prises de décisions					
	Aucun	1 RMA	2 RMAs	3 RMAs	Nbr. de RMAs existant + vérifié/ nbr. attendu (n, %)	Disponibilité de rapport d'analyse
Yao (18 CS)	0	0	2	16	16/18 (89%)	9/18 (50%)
Alifa (9 CS)	0	0	1	8	8/9 (89%)	2/9 (22%)
Ati (7 CS)	1	0	0	6	6/7 (86%)	1/7 (14 %)
Danamadji (9 CS)	0	0	0	9	9/9 (100%)	5/9 (56%)
Maro (6 CS)	0	0	0	6	6/6 (100%)	1/6 (17%)
Koumogo (6 CS)	0	0	3	3	3/6 (50%)	4/6 (67%)
Sarh (12 CS)	0	0	1	11	11/12 (92%)	2/12 (16.7%)
Total	1	0	7	58	58/67 (87%)	24/67 (35.8%)

35.8% des CS disposent d'un rapport ou PV d'analyse des RMA comprenant des éléments de prise de décisions pour la période suivante, signé par le représentant du COGES et/ou du COSAN (voir Tableau 13). Le type de rapport cité le plus fréquent était le manuscrit (58%) (voir Tableau 14).

Tableau 14 : Type de rapport des RMA disponible

Type de rapport	N (%)
Manuscrit (classique)	21 (87.6)
Autres	3 (12.4)

Indice de recouvrement de coûts

Les aspects financiers représentent une autre partie importante de la gestion des CS. Un peu plus de la moitié des CS (54%) ont rapporté un indice de recouvrement de coûts qui est moins de 1.1¹⁰. 30% des CS ont un indice de recouvrement de coûts entre 1.1 – 1.3, qui est considéré comme normal. Il est intéressant de noter la différence entre les provinces - 46% des CS au Moyen Chari ont un indice de recouvrement de coûts considéré comme normal, comparé à 15% des CS au Batha (voir Tableau 16).

Tableau 15 : Indice de recouvrement des coûts par district

	Indice de recouvrement de coûts		
	< 1.1	1.1 – 1.3 (normal)	> 1.3
Yao	10 (55.6%)	2 (11.1%)	6 (33.3%)
Alifa	6 (66.7%)	2 (22.2%)	1 (11.1%)
Ati	5 (71.4%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)
Danamadji	4 (44.4%)	5 (55.6%)	0 (0)
Maro	3 (50.0%)	3 (50.0%)	0 (0)
Koumogo	4 (66.7%)	2 (33.3%)	0 (0)
Sarh	4 (33.3%)	5 (41.7%)	3 (27.3%)
Total	36 (53.7%)	20 (29.9%)	11 (16.4%)

Tableau 16 : Indice de recouvrement de coûts par province

Indice	Batha N (%)	Moyen Chari N (%)	Total N (%)
< 1.1	21 (61.8%)	15 (45.5%)	36 (53.7%)
1.1 – 1.3	5 (14.7%)	15 (45.5%)	20 (29.9%)
> 1.3	8 (23.5%)	3 (9.1%)	11 (16.4%)

¹⁰ Les informations concernant le recouvrement des coûts et la situation financière des établissements sanitaires ont été collectés à travers des RMA et des cahiers de tenue de compte du COGES couvrant le 1er trimestre 2019 (janvier, février et mars 2019), en saisissant les données mensuelles en XAF de la vente des médicaments (recettes) du CS et les données des coûts d'achats des médicaments par les CS (dépenses). L'indice est calculé en divisant les recettes par les dépenses pour la période indiquée. Un recouvrement de coûts inférieur à 1.1 signifie que les dépenses par les coûts d'achats des médicaments sont plus haut que ce qui revient par les ventes des médicaments (vente des médicaments – recettes/ coûts d'achats – dépenses).

5.1.4 Aspects de qualité de soins des centres de santé

Guides diagnostiques : disponibilité de lignes directrices ou de protocoles

Le Tableau 17 montre la disponibilité de guides diagnostiques, lignes directrices et des protocoles au niveau des CS. La majorité des CS sont dotés des guides de diagnostic thérapeutique et des procédures opérationnelles standard concernant les **soins prénataux, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, prise en charge du VIH/SIDA, la planification familiale, la vaccination de routine de l'enfant et la prise en charge du paludisme (plus que 80%)**. Les guides concernant le diagnostic et le traitement des IST, traitement et gestion de la violence sexuelle, avortement médicalisé, alimentation du nourrisson et de l'enfant, diagnostic et prise en charge des maladies cardiovasculaires, traitement de la tuberculose multi résistante (MR), et sur la prise en charge de la coïnfection VIH/TB sont rarement disponibles (moins que 21%).

Tableau 17 : Disponibilité de Guide diagnostique, lignes directrices ou de protocoles au niveau des CS

Guide	Batha (%)	Moyen Chari (%)	Total
Ordinogramme du Tchad sur les soins curatives (ordinogramme du MSP)*	64.7	69.7	67.2
Nouvelle version (2007) d'ordinogramme sur les soins curatives	0.0	15.2	7.5
Gestion des complications obstétricales et néonatales	61.8	42.4	52.2
Soins immédiats au nouveau-né (directives SONUB)	61.8	81.8	71.6
Réanimation du nouveau-né	64.7	39.4	52.2
Méthode Kangourou	8.8	45.5	26.9
Soins prénatals focalisés	85.3	75.8	80.6
Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (VIH) ou PTME (posologie pour la mère et pour le nouveau-né)	82.4	87.9	85.1
Prévention des infections par le VIH/SIDA (précautions universelles)	35.3	87.9	61.2
Avortement médicalisé	2.9	21.2	11.9
Soins après avortement	41.2	78.8	59.7
Prévention du cancer du col de l'utérus	6.1	45.5	25.8
Planification familiale	76.5	84.9	80.6
Vaccination de routine de l'enfant	91.2	84.9	88.1
Alimentation du nourrisson et de l'enfant	26.5	15.2	20.9
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	33.3	69.7	51.5
Prévention des infections	76.5	81.8	79.1
Diagnostic et prise en charge du paludisme	88.2	93.9	91.0
Diagnostic et prise en charge de la tuberculose	5.9	81.8	43.3
Traitement de la tuberculose multi résistante (MR)	2.9	3.0	3.0
Prise en charge de la coïnfection VIH/TB	0.0	6.3	3.1
Prestation de conseil et de dépistage du VIH	58.8	78.1	68.2
Prise en charge du VIH/Sida	67.7	93.9	80.6
Diagnostic et traitement des IST	2.9	3.0	3.0
Traitement et gestion de la violence sexuelle	2.9	33.3	17.9
Diagnostic et prise en charge des maladies cardiovasculaires	2.9	0.0	1.5

Disponibilité des méthodes contraceptives

Globalement, presque 80% des CS ont rapporté avoir une méthode contraceptive (soit le Noristerat ou Depoprovera ou des préservatifs) disponible. Les préservatifs sont moins disponibles dans les deux provinces, comparés aux injections contraceptive (Noristerat ou Depoprovera ; avec 51% en total comparé à 78% pour les injections contraceptives (voir Tableau 18).

Tableau 18 : Disponibilité des méthodes contraceptives

	Batha N (%)	Moyen Chari N (%)	Total N (%)
Noristerat ou Depoprovera	27 (79.4)	25 (75.8)	52 (77.6)
Préservatifs	19 (55.9)	15 (45.5)	34 (50.8)
Total méthode contraceptive	27 (79.4%)	26 (78.8%)	53 (79.1%)

Disponibilité des vaccins

Concernant la disponibilité des vaccins utilisés dans le programme national élargi de vaccination (PEV) au niveau des CS, il est à remarquer que dans la province du Batha, la disponibilité des vaccins est plus faible par rapport à la province du Moyen Chari (voir Tableau 19). Le vaccin contre la tuberculose (BCG) est le moins disponible dans les deux provinces (46.3%), le vaccin le plus disponible est le vaccin Anti Tétanique (77.6%).

Tableau 19 : Disponibilité des vaccins par province

	Batha N (%)	Moyen Chari N (%)	Total N (%)
BCG	16 (47.1)	15 (45.5)	31 (46.3)
Polio	17 (50.0)	33 (100)	50 (74.6)*
Pentavalent	18 (52.9)	33 (100)	51 (76.1)*
VAR	16 (47.1)	29 (87.9)	45 (67.2)*
VAA	17 (50.0)	32 (97.0)	49 (73.1)*
VAT	19 (55.9)	33 (100)	52 (77.6)*

BCG-Bacille Calmette Guérin (vaccin contre la tuberculose); Pentavalent: Diphthérie Tétanos Coqueluche Hépatite B Haemophilus Influenzae type B ; VAR - Vaccin anti rougeole; VAA - Vaccin Anti Amaril (Fièvre jaune); VAT - Vaccin Anti Tétanique

Prise en charge de la diarrhée

La prise en charge de la diarrhée a été évaluée par l'analyse de 668 cas de diarrhée dans les registres sanitaires. Dans chaque CS, une moyenne de 10 cas a été analysée. Le Tableau 21 montre que parmi les patients considérés comme cas de diarrhée¹¹, les signes cliniques ont été documentés dans 93.9% des cas au Moyen Chari et dans 52.9% des cas au Batha. Au Batha, la durée de la diarrhée rapportée était en majorité plus que 48h avec 88.2%, comparé au Moyen Chari où 35.2% des cas ont reporté une durée de plus de 48h.

Concernant les plaintes des patients, les douleurs abdominales ont été le plus souvent signalées avec 48.4%, suivies par les vomissements (17.1%) et la fatigue (13.9%). Un quart des patients

¹¹ Cas de patients des registres de consultations du mois de juin 2019.

(25.2%) ont eu de la fièvre lors de leur consultation. 6.8% d'enfants de < 5 ans et 20.6% des patients > 5 ans ont rapporté la présence de sang dans les selles (un des indices de la dysenterie). Peu de signes de déshydratation (plis de déshydrations, dépression de la fontanelle) ont été rapportés pour les enfants de moins de 5 ans (0) et les patients de plus que 5 ans (6.7%).

Aussi, pour 2.7% des patients considérés comme cas de diarrhées un examen des selles a été fait, et 2.6% ont été trouvés positifs¹².

Concernant les traitements, 61.3% des patients ont été traités avec un soluté de réhydratation orale (SRO), qui – selon le PCIME, est administré en cas de dysenterie. Dans 91.4% des cas total, des médicaments ont été prescrits, surtout le Metronidazole à 58%, traitements d'infection parasitaire ou avec bactéries.

Tableau 20: Caractéristiques des patients considérés comme cas de diarrhée

	Batha	Moyen Chari	Total
Age du patient			
Enfants < 60 mois	12.5 mois (262)	15.1 mois (156)	14.6 mois (418)
Patients >= 60 mois	27.2 ans (78)	31.6 ans (174)	30.2 ans (252)
Sexe			
Masculin	48.3% (174)	52.7% (174)	50.4% (348)
Féminin	46.7% (168)	47.3% (156)	47.0% (324)
Pas indiqué	5.0% (18)	0	2.6% (18)

Tableau 21: Prise en charge des cas de la diarrhée

	Patient < 60 mois	Patients >= 60 mois	Batha	Moyen Chari	Total
Signes cliniques documentés	65.7% (272)	84.8% (212)	52.9% (180)	93.9% (308)	73.1% (488)
Durée de la diarrhée (h)					
Moins que 48h	52.1% (150)	37.5% (84)	11.8% (22)	64.9% (214)	45.7% (236)
Plus que 48h	47.9% (138)	62.5% (140)	88.2% (164)	35.1% (116)	54.3% (280)
Plainte du patient					
Fatigue	7.7% (32)	25.4% (64)	6.7% (24)	21.8% (72)	13.9% (96)
Douleurs abdominales	34.6% (144)	73.0% (184)	46.1% (166)	50.9% (162)	48.4% (334)
Vomissements	21.6% (90)	10.3% (26)	12.2% (44)	22.4% (74)	17.1% (118)
Selles liquides émises	94.2% (392)	96.0% (242)	93.6% (320)	96.4% (318)	95.0% (638)
Nombre de selles/j	2.9	4.6	2.7	4.9	3.7
Aspects des selles					
Glaireuse	27.9% (116)	22.2% (56)	37.8% (136)	11.5% (38)	25.2% (174)
Sanguinolente	3.4% (14)	7.9% (20)	3.9% (14)	6.7% (22)	5.2% (36)
Glaire-sanguinolente	3.4% (14)	12.7% (32)	3.3% (12)	10.3% (34)	6.7% (46)
Eau de riz	8.2% (34)	34.9% (88)	2.8% (10)	33.9% (112)	17.7% (122)
Présence de la fièvre	29.5% (122)	19.8% (50)	27.7% (94)	23.6% (78)	25.7% (172)
Examens physiques rapportés	26.8% (110)	27.0% (68)	41.7% (140)	12.1% (40)	27.0% (180)
Plis de déshydratation :	0	6.7% (2)	0	1.7% (2)	1.7% (2)
Dépression de la fontanelle	0	6.7% (2)	1.7%	0	1.7% (2)
Sècheresse buccale	100% (86)	86.7% (26)	98.3% (114)	0	96.6% (114)
Examen des selles					
Test	2.4% (10)	2.4% (6)	2.9% (10)	2.4% (8)	2.7% (18)
Résultat					
Positive	1.0% (2)	4.4% (8)	0	5.9% (10)	2.6% (10)
Négative	99.0% (204)	95.6% (172)	100% (222)	94.1% (158)	97.4% (380)
Diagnostic clinique	99.0% (410)	99.2% (248)	100% (340)	98.2% (320)	99.1% (660)

¹² Pour 97.4% des cas de patients, un résultat négatif a été trouvé. Ceci semble d'être une erreur de rapportage, vu que seulement pour 2.7% des patients un examen des selles a été fait.

Traitement SRO plus zinc	64.8% (267)	55.6% (139)	61.0 (206)	61.6% (202)	61.3% (408)
Prescription de médicaments	88.5% (368)	96.0% (242)	85.4% (292)	97.6% (322)	91.4% (614)
Metronidazole	60.6% (217)	55.0% (131)	59.4% (164)	57.1% (184)	58.2% (348)
Albendazole	3.9% (14)	6.7% (16)	5.1% (14)	5.6% (18)	5.4% (32)
Cotrimoxazole	12.6% (45)	17.2% (41)	10.1% (28)	18.0% (58)	14.4% (86)
Autre	22.9% (82)	21.0% (50)	25.4% (70)	19.3% (62)	22.1% (132)

Prise en charge du paludisme

La prise en charge du paludisme a été évaluée par l'analyse de 668 cas de paludisme dans les registres sanitaires. Dans chaque CS, une moyenne de 10 cas a été analysée. Le tableau 23 montre que parmi les patients considérés comme cas de paludisme, dans 52.1% l'examen physique a été documenté. Pour 96% des patients, des symptômes ont été documentés – surtout la fièvre avec 61.7%, les céphalées (53.6%) et des courbatures (23.2%). Pour 89.3% des cas (63.7% au Batha et 97.6% au Moyen Chari), un test sanguin de dépistage a été fait, et 70.3% ont été trouvés positifs. Pour presque tous les patients un diagnostic clinique a été fait (99%) et des antipaludéens ont été prescrits pour 94%.

Dans 79.5% des cas, une combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA) a été prescrite, en particulier la combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine avec 80% et celle avec la combinaison Artésunate + Amodiquine ou Artémether + Luméfantrine a été prescrite le plus souvent (69.7%) (selon le protocole national – c'est le traitement de **référence pour le paludisme simple**). Selon le protocole national, l'artésunate injectable est la molécule de choix pour la prise en charge du **paludisme grave**. En cas de non disponibilité, l'artémether injectable ou quinine injectable sont des alternatives possibles. L'artésunate et l'artémether injectables ont été utilisés avec un taux de 14% et 15%, respectivement parmi les patients des deux provinces. Dans 67% des cas, les CTA étaient dosés conformément aux directives.

Tableau 22: Caractéristiques des patients considérés comme cas de paludisme

	Batha	Moyen Chari	Total
Age du patient			
Enfants < 60 mois	11.6 mois (104)	23.7 mois (80)	16.9 mois (184)
Patients >= 60 mois	29.1 ans (262)	31.5 ans (248)	30.3 ans (510)
Sexe			
Masculin	51.9% (188)	42.1% (138)	47.3% (326)
Féminin	43.7% (158)	57.9% (190)	50.4% (348)
Pas indiqué	4.4% (16)	0	2.3% (16)

Tableau 23: prise en charge des cas du paludisme

	Patient < 60 mois	Patients >= 60 mois	Batha	Moyen Chari	Total
Examen physique documenté	38.3% (62)	56.5% (286)	53.5% (182)	50.6% (166)	52.1% (348)
Symptômes documentés	97.6% (160)	96.1% (488)	95.3% (328)	97.6% (320)	96.4% (648)
Anémie	3.7% (6)	2.0% (10)	0.6% (2)	4.3% (14)	2.4% (16)
Fatigue/épuisement	8.5% (14)	13.4% (68)	4.7% (16)	20.3% (66)	12.2% (82)
Fièvre	73.3% (132)	57.7% (294)	57.5% (208)	66.5% (218)	61.7% (426)
Convulsions	0	0	0	0	0
Vomissements	41.7% (75)	22.1% (113)	23.8% (86)	31.1% (102)	27.3% (188)
Céphalées	26.1% (47)	63.3% (323)	61.3% (222)	45.1% (148)	53.6% (370)
Courbatures	9.4% (17)	28.0% (143)	20.4% (74)	26.2% (86)	23.2% (160)
NSP	4.4% (8)	1.2% (6)	1.7% (6)	2.4% (8)	2.0% (14)
Test sanguin de dépistage fait	79.3% (130)	80.6% (408)	63.7% (218)	97.6% (320)	80.3% (538)
TDR	70.0% (126)	78.8% (402)	60.2% (218)	94.5% (310)	76.5% (528)

Goutte épaisse, frottis sanguin	1.1% (2)	1.6% (8)	0	3.1% (10)	1.5% (10)
Non spécifié/autre	17.8% (32)	15.7% (80)	30.9% (112)	0	16.2% (112)
Résultats du test					
Positif	67.9% (110)	71.0% (348)	43.0% (142)	98.1% (316)	70.3% (458)
Négatif	9.9% (16)	11.8% (58)	21.2% (70)	1.2% (4)	11.4% (74)
Indéterminé	3.7% (6)	0.8% (4)	3.0% (10)	0	1.5% (10)
Ne sais pas	18.5% (30)	16.3% (80)	32.7% (108)	0.6% (2)	16.9% (110)
Diagnostic clinique	100% (164)	98.4% (496)	97.7% (332)	100% (328)	98.8% (660)
Antipaludisme prescrits	95.1% (154)	93.7% (474)	90.1% (310)	98.2% (318)	94.0% (628)
CTA prescrites ou fournies	81.7% (134)	78.8% (394)	63.7% (214)	95.7% (314)	79.5% (528)
Antrine + Artésunate + Amodiquine	70.4% (76)	69.5% (232)	73.1% (152)	66.7% (156)	69.7% (308)
Dihydroartémisinine	1.9% (2)	0.6% (2)	1.9% (4)	0	0.9% (4)
Artésunate+ pyronaridine	0	0	0	0	0
Artésunate injectable	11.1% (12)	15.0% (50)	12.5% (26)	15.4% (36)	14.0% (62)
Artéméther injectable	16.7% (18)	15.0% (50)	12.5% (26)	18.0% (42)	15.4% (68)
CTA dosées conformément	63.4% (104)	68.3% (344)	45.0% (154)	90.2% (294)	67.1% (448)

5.2 Enquête District Sanitaire : évaluation de la gestion, de la qualité et de l'utilisation des services de santé

Ce chapitre présente les résultats quantitatifs relatifs à la gestion et à la qualité des services de santé dans tous les DS des deux provinces. Les résultats sont présentés dans trois parties représentant les aspects de gestion (1) et ceux de l'accès aux des services de santé et leurs utilisations (2). L'objectif principal de cette analyse est donc d'établir un état des lieux et de définir les valeurs de référence pour le début de la phase II du programme et de comparer les résultats entre les DS et si possible comparer les résultats avec ceux de l'enquête conduite dans les Centre de Santé (voir 5.1).

5.2.1 Participation des Districts Sanitaires à l'enquête

L'analyse des données a été effectuée pour 6 DS de la province du Moyen Chari et pour 6 DS de la province du Batha. Deux DS du Moyen Chari, notamment le DS de Koumogo et de Balimba ont été évalués comme non-fonctionnels (pas d'équipe cadre en place). Les 5 CS du DS de Balimba sont inclus dans le DS de Sarh dans cette partie de l'analyse.

Tableau 24 : Participation des District Sanitaire à l'enquête

District Sanitaires	Nombre de CS	Participation dans l'enquête CS
Batha	69	
Yao*	18*	Oui
Alifa	9	Oui
Ati	9	Oui
Oum Hadjer	13	Non
Djeda	6	Non
Assinet	14	Non
Moyen Chari	58	
Danamadji**	15**	Oui
Maro	6	Oui
Sarh***	17***	Oui
Korbo	5	Non
Kyabé	22	Non
Biobé	8	Non

* 17 Centre de Santé (CS) et un Hôpital de District (HD)

** Les 6 CS du DS de Koumogo ont été inclus dans le DS de Danamadji, vue que le DS de Koumogo n'était pas fonctionnel.

*** 3 District Sanitaire qui inclus 5 CS du DS Balimba

5.2.2 Aspect de gestion des FOSA

Transmission à temps des inventaires mensuels de médicaments et des rapports financiers

Pour les CS de la province du Batha, tous les DS, sauf le DS d'Ati, ont indiqué que les CS ont transmis à temps (avant le 5 du prochain mois) leurs inventaires mensuels des médicaments et leurs rapports financiers pour le premier trimestre (janvier-mars 2019) (voir Tableau 25). Ceci n'est pas le cas pour les DS du Moyen Chari, surtout pour les CS du DS Kyabé (pour les deux rapports) et du DS de Biobé pour les rapports financiers, où un retard et une négligence dans la transmission de rapports ont été remarqués (voir Tableau 26).

Tableau 25 : Pourcentage de centres de santé ayant transmis à temps leurs inventaires mensuels de médicaments et leurs rapports financiers pour le premier trimestre 2019 - Batha

	Yao	Alifa	Ati	Oum Hadjer	Djeda	Assinet	Moyenne Batha
Moyenne inventaire médicaments 1 trimestre	100%	100%	92%	100%	100%	100%	99%
Moyenne rapports financiers 1 trimestre	100%	100%	89%	100%	100%	100%	98%

Tableau 26 : Pourcentage de centres de santé ayant transmis à temps leurs inventaires mensuels de médicaments et leurs rapports financiers pour le premier trimestre 2019 - Moyen Chari

	Danamadji	Maro	Sarh	Korbo	Kyabé	Biobé	Moyenne Moyen Chari
Moyenne inventaire médicaments 1 trimestre	93%	83%	86%	93%	55%	83%	82%
Moyenne rapports financiers 1 trimestre	93%	78%	82%	93%	55%	38%	73%

* Pas de données pour le DS de Koumogo et Balimba – DS non fonctionnel

Indice de recouvrement de coûts

Tous les CS du DS de Yao ont un indice de recouvrement de coûts entre 1-1 – 1.3, qui est considéré comme normal. Tous les autres CS des DS du Batha ont un recouvrement de coûts supérieur à 1.3 (voir Tableau 27). Pour les CS du Moyen Chari, le taux des CS ayant un indice de recouvrement des coûts considéré normal varie entre 20% (CS du DS Danamadji) à 60% (CS du DS Korbo).

Tableau 27 : Pourcentage de Centre de Santé ayant un indice de recouvrement de coûts considéré comme normal (compris entre 1.1 et 1.3) - Batha

	Yao	Alifa	Ati	Oum Hadjer	Djeda	Assinet
Nombre de CS qui ont un indice de recouvrement compris entre 1.1 et 1.3	4 ¹	4 ²	3 ³	5 ⁴	2 ⁵	3 ⁶
Nombre total de CS dans le district	17	9	9	13	6	14
% de CS ayant un indice de recouvrement des coûts considéré comme normal (compris entre 1.1 et 1.3)	24%	44%	33,3%	38%	33%	21%

¹ 8 CS ont un indice de recouvrement inférieur à 1.1 et 5 CS ont un indice de recouvrement supérieur à 1.3

² 4 CS ont un indice de recouvrement inférieur à 1.1 et 1 CS ont un indice de recouvrement supérieur à 1.3

³ 4 CS ont un indice de recouvrement inférieur à 1.1

⁴ 3 CS ont un indice de recouvrement inférieur à 1.1 et 4 CS ont un indice de recouvrement supérieur à 1.3. Pour un CS, les données n'étaient pas disponibles.

⁵ 1 CS ont un indice de recouvrement inférieur à 1.1 et 3 CS ont un indice de recouvrement supérieur à 1.3

⁶ 8 CS ont un indice de recouvrement inférieur à 1.1 et 3 CS ont un indice de recouvrement supérieur à 1.3

Tableau 28 : Pourcentage de centres de santé ayant un indice de recouvrement de coûts considéré comme normal (compris entre 1.1 et 1.3) – Moyen Chari

	Danamadji	Maro	Sarh	Korbo	Kyabé	Biobé
Nbre de CS qui ont un indice de recouvrement des coûts entre 1.1 - 1.3/ Nbre total de CS	3/15 ¹	2/6 ²	7/17 ³	3/5 ⁴	11/22 ⁵	3/8 ⁶
% de CS ayant un indice de recouvrement des coûts considéré normal (1.1 - 1.3)	20%	33%	41%	60%	50%	38%

¹ Les CS ayant un IC normal: Djeke-Djeke, Moussafoyo et Koumogo

² Les CS ayant un IC normal: CS Maro et CS Sido Ouest - tous les autres ont un CS inférieur

³ Les CS ayant un IC normal: Kassay, Kemata, Yalnas, Badara. Tous les autres CS ont un IC < 1,1; sauf un CS a un IC < 1,3 (CS Banda Canton avec IC=1,6). Pour le DS de Balimba 3 CS sur 5 ont IC normal: Djoli, Manda 1, Safoyo.

⁴ Sur les deux CS n'ayant pas un IC normal, l'un a un IC=0,55.

⁵ En dehors des 11 CS ayant un IC normal, tous les autres CS ont un IC inférieur à 1,1.

⁶ Seulement 3 CS sur 8 rapportent les données financières et tous les 3 ont un IC normal.

Activités du paquet organisationnel minimum (POM) prévues et réalisées

Concernant le nombre des activités du paquet organisationnel minimum (POM) prévues et réalisées dans la province du Batha, le nombre de supervisions réalisées par l'ECD au cours du 1^{er} trimestre 2019 comparé au nombre prévu est atteint dans la moitié des DS (Yao, Djeda, Assinet) au Batha (voir Tableau 29) ; et que parmi le DS de Danamadji au Moyen Chari (voir Tableau 30). Tous les CS du Batha ont organisé des réunions du comité directeur comme prévu au cours du 1^{er} trimestre, ainsi que les CS des DS de Danamadji et Maro du Moyen Chari. Les CS des DS de Sarh, Korbo, Kyabé et Biobé ont tenu des réunions, malgré qu'aucune n'a été prévue. Concernant les missions de monitoring, à part pour le DS de Assinet, les ECD de tous les DS du Batha ont effectué des missions de monitoring. Ceci n'est pas le cas pour les DS du Moyen Chari où dans le DS de Maro, une mission de monitoring a eu lieu au cours du premier trimestre de 2019. Parmi les deux provinces,

dans le DS de Assinet (Batha) et Maro (Moyen Chari), des réunions de conseils ont eu lieu au cours du premier trimestre 2019.

Tableau 29: Nombre des activités du paquet organisationnel minimum (POM) prévues et réalisées (supervision, réunion du comité directeur, monitoring, conseil d'administration) au Batha

Supervision	Yao	Alifa	Ati	Oum-Hadjer	Djeda	Assinet
Nombre de CS par DS	18	9	9	13	6	14
Nbr. de supervisions réalisées par l'ECD au cours du 1er trimestre 2019/ Nbr. prévues	2/2	2/4	2/3	1/4	2/2	2/2
Nombre de réunions du comité directeur réalisées par l'ECD au cours du 1er trimestre 2019/ Nbr. Des réunions prévues	2/2	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1
Nbr. de missions de monitoring réalisées par l'ECD au cours du 1er trimestre 2019/Nbre. prévues	2/1	1/1	2/3	1/1	1/1	0/1
Nbre de réunions des conseils santé réalisées par l'ECD au cours du 1er trimestre 2019/ Nbr. Prévues	0/1	0/0	0/0	0/0	0/0*	1/1

*Pas de Comité de Santé

Tableau 30 : Nombre des activités du paquet organisationnel minimum (POM) prévues et réalisées (supervision, réunion du comité directeur, monitoring, conseil d'administration) au Moyen Chari

	Danamadji	Maro	Sarh	Korbo	Kyabé	Biobé
Nombre de CS par DS	15	6	17	5	22	8
Nbr. de supervisions réalisées par l'ECD au cours du 1er trimestre 2019/ Nbr. prévues	15/15	6/18 ³	12/36	16/15 ⁷	0/0 ⁸	21/23
Nombre de réunions du comité directeur réalisées par l'ECD au cours du 1er trimestre 2019/ Nbr. Des réunions prévues	1/1	1/1	0/0	1/0	1/0	1/0
Nbr. de missions de monitoring réalisées par l'ECD au cours du 1er trimestre 2019/Nbre. Prévues	0/0 ¹	1/3 ⁴	0/3 ⁶	0/0	0/0	1/1
Nbre de réunions des conseils santé réalisées par l'ECD au cours du 1er trimestre 2019/ Nbr. Prévues	0/0 ²	1/2 ⁵	0/0	0/0	0/0	0/0

¹ La rythmicité est semestrielle mais aucun monitoring encore réalisé cette année.

² Semestrielle mais aucune n'est réalisée depuis le deuxième semestre 2018 par défaut des moyens.

³ Trois supervisions prévues pour chaque CS.

⁴ 2 non réalisées à défaut des moyens logistiques et selon le Chef de Zone.

⁵ Deux réunions du conseil prévues dont une pour le 4^{ème} trimestre 2018 en janvier mais non réalisé.

⁶ Par défaut de moyen technique et financier.

⁷ 3 supervisions par CS puis une supervision spécifique dans un CS non fonctionnel de Roumtoye au décours d'une épidémie de Rougeole.

⁸ Période critique avec démission des RCS et mutation du MCD. Les supervisions ont repris au 2^{ème} trimestre suivant les 6 axes définis par l'ECD.

Coordination des partenaires et la participation des bénéficiaires

Globalement, la **coordination des partenaires et la participation des bénéficiaires** dans les outils de gouvernance existants aux niveaux des CS et des DS – les microplans et les PAO ne semblent pas encore être suffisamment intégrées.

Dans trois DS de la province du Batha, tous les CS de Djeda (100%), 92% des CS de Oum-Hadjer et 11% des CS de Ati ne disposaient pas de micro-plans avec la participation des représentants des bénéficiaires (voir Tableau 31). Parmi les CS de la province du Moyen Chari, ce taux est plus élevé ; la majorité des CS ne disposaient pas de micro-plans validés avec la participation des représentants des bénéficiaires, à part 93% des CS du DS de Danamadji, 86% des CS du DS de Maro, 17% des CS de Korbo et que 6% des CS de Sarh (voir Tableau 32). Les pourcentages parmi les HD sont beaucoup plus faibles dans les deux provinces : seuls les HD des DS de Oum-Hadjer et Ati respectivement du Batha et le HD de Danamadji ont rapporté disposer de plans annuels validés (voir Tableau 31 et voir Tableau 32).

Concernant les plans annuels opérationnels (PAO) au Batha, la plus part des DS (DS de Yao, Alifa, Ati et Assinet) ont indiqué que le PAO est validé et a intégré la contribution des partenaires techniques et financiers au niveau des CS (voir Tableau 31). Au Moyen Chari, les DS de Danamadji, Maro, Sarh et Korbo ont indiqué avoir intégré la contribution des partenaires techniques et financiers dans leurs PAO (voir Tableau 32).

Tableau 31 : % des FOSA disposant de micro-plans (CS) / plans annuels validés (HD, HR) avec la participation des représentants des bénéficiaires au Batha et aperçu des districts disposant d'un plan annuel opérationnel (PAO)

	Yao	Alifa	Oum-Hadjer	Djeda	Ati	Assinet
% des CS disposant de micro-plans avec la participation des représentants des bénéficiaires	100% (18/18)	100% (9/9)	8% (1/13)	0 (0/6)	89% (8/9)	100% (14/14)
% des HD disposant de plans annuels validés (HD, HR) avec la participation des représentants des bénéficiaires	0 (0/1)	0 (0/0)	100% (1/1)	0 (0/0)	100% (1/1)	0% (0/0)
Plan annuel opérationnel (PAO) intégrant la contribution des partenaires techniques et financiers	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui

Tableau 32: % des FOSA disposant de micro-plans (CS) / plans annuels validés (HD, HR) avec la participation des représentants des bénéficiaires au Moyen Chari et aperçu des districts disposant d'un plan annuel opérationnel (PAO)

	Danamadji	Maro	Sarh	Kyabé	Biobé	Korbo
% des CS disposant de micro-plans validés avec la participation des représentants des bénéficiaires	93% (14/15)	86% (6/7)	5.8% (1/17)	0 (0/22)	0 (0/8)	16.7% (1/6)
% des HD disposant de plans annuels validés (HD, HR) avec la participation des représentants des bénéficiaires	100% (1/1)	0 (0/1)	0 (0/3)	0 (0/1)	0 (0/3)	0 (0/0)
Plan annuel opérationnel (PAO) intégrant la contribution des partenaires techniques et financiers	Oui ¹	Non	Oui ²	Non	Non	Oui ³

¹ Validé seulement par L'ECD à cause du retard de PADS selon le Chef de Zone

² Validé le 15 février 2019 et a intégré de la contribution d'un partenaire technique (CARE).

³ Validé par l'ECD et les membres de la DSP. Aucun partenaire technique et financier dans le DS (une zone dite "Zone Rouge" à cause des malfrats)

5.2.3 Accès et utilisations des services de soins

Utilisation des consultations curatives

Les Tableau 33 et Tableau 34 montrent les résultats par rapport aux consultations curatives. Le taux de consultation varie parmi les différentes tranches d'âge des enfants, par sexe, et selon les provinces. Cependant, le taux d'utilisation parmi les femmes de 15 et plus varie de 3% pour le DS de Yao à 46% pour le DS de Assinet. Le taux pour les enfants de 0-11 mois varie de 14% pour le DS de Djeda à 76% pour le DS de Ati. **Ces taux sont plus élevés pour les CS du Moyen Chari.** Les consultations curatives sont le moins utilisées parmi les femmes de 15+ du DS de Maro avec 23%, et le plus parmi les DS de Korbo avec 38%. Pour les enfants de 0-11 mois, la variation est de 47% (Danamadji) à 78% (Biobé).

Tableau 33: Taux d'utilisation des consultations curatives (CC, nouveaux cas NC) par sexe chez les adultes et par tranche d'âge chez les enfants - Batha

	Yao	Alifa	Ati	Oum Hadjer	Djeda	Assinet	Moyenne Batha ¹
Enfants de 0-11 mois	47.8%	27.6%	75.7%	58.6%	13.8%	67.5%	49.6%
Enfants de 1-4 ans	21.6%	44.8%	70.4%	24.5%	8.0%	44.2%	28.8%
Enfants de 5-14 ans	8.7%	7.0%	11.8%	10.1%	3.2%	17.1%	10.2%
Femmes de 15 ans et plus	2.9%	23.8%	37.9%	24.5%	15.5%	46.1%	10.7%
Hommes de 15 ans et plus	7.8%	4.7%	15.2%	11.6%	9.0%	43.6%	10.0%

¹ La moyenne pour tous les groupes d'âge au Batha pour la période de cette étude est de 13%. Cf. l'Annuaire des statistiques sanitaires du Tchad de 2017, le taux d'utilisation des soins curatifs pour tous les groupes d'âge est de 27% au niveau national et de 23% au niveau de la province du Batha.

Tableau 34: Taux d'utilisation des consultations curatives (CC, nouveaux cas NC) par sexe chez les adultes et par tranche d'âge chez les enfants – Moyen Chari

	Danamadji	Maro	Sarh*	Korbo	Kyabé	Biobé	Moyenne Moyen Chari ³
Enfants de 0-11 mois	46.8%	120.4 ¹	65.1%	89.7%	75.8%	78.2%	65%²
Enfants de 1-4 ans	17.8%	9.5%	26.6%	35.5%	25.8%	29.4%	19.5%
Enfants de 5-14 ans	7.4%	5.2%	9.5%	12.0%	10.9%	14.2%	8.2%
Femmes de 15 ans et plus	25.3%	22.5%	26.8%	38.0%	33.8%	37.2%	28.9%
Hommes de 15 ans et plus	14.7%	14.9%	12.0%*	20.0%	18.2%	20.5%	15.5%

*Dans le DS de Sarh sont inclus 5 CS de Balimba . La population cible n'est pas estimée correctement dû à l'afflux de réfugiés

² La moyenne a été calculée sans prendre en compte les données du DS de Maro.

³ La moyenne pour tous les groupes d'âge au Moyen Chari pour la période de cette étude est de 19%. Aussi, Cf. l'Annuaire des statistiques sanitaires du Tchad de 2017, le taux d'utilisation des soins curatifs est de 27% pour toute la population au niveau national et de 32% au niveau de la province du Moyen-Chari.

Couverture vaccinale parmi la population sédentaire et nomade

La couverture vaccinale est plutôt faible surtout dans la province du Batha. Cependant, l'enregistrement des antigènes vaccinaux utilisés dans le programme national élargi de vaccination (PEV) parmi les enfants âgés de 0-11 de la population sédentaire varie entre les différents antigènes – le taux le plus faible est de 8% dans le DS Djeda (pour le vaccin BCG) et le taux le plus haut est de 27% dans le DS Assinet (pour le vaccin VAR), mais on note très peu de différence parmi les différents antigènes utilisés par DS (Tableau 35).

Le taux est considérablement plus élevé parmi les enfants âgés de 0-11 mois de la population sédentaire du Moyen Chari (Tableau 36) et varie entre 14% pour le vaccin VAR dans le DS de Sarh et de 91% pour le Penta 3 dans le DS de Danamadji.

Pour les enfants nomades, **il y a très peu de données concernant le taux de couverture vaccinale**. Juste pour la province du Moyen Chari, très peu d'enfants vaccinés ont été indiqués/signalés. Pour la province du Batha il n'y a pas de chiffres disponibles. Le taux n'a pas pu être calculé car le RMA n'a pas prévu une population cible pour les nomades, vu qu'elle est constamment en mouvement (Tableau 37).

Tableau 35 : Taux de couverture vaccinale (BCG, Penta3, VAR) chez les enfants de 0-11 mois parmi la population sédentaires pour le premier trimestre 2019 – Batha

	Yao	Alifa	Ati	Oum Hadjer	Djeda	Assinet	Moyenne Batha
BCG	14%	14%	25%	25%	8%	25%	19% ¹
Penta 3	13%	24%	20%	23%	11%	24%	12% ²
VAR	12%	15%	21%	20%	13%	27%	18% ³

¹ 20,4% en 2014/2015; 19% en 2017, annuaire des statistiques sanitaires/Ministère de la Santé Publique.

² 7,9% en 2014/2015 ; 3% en 2017, annuaire des statistiques sanitaires/Ministère de la Santé Publique.

³ 30,5% en 2014/2015; 10% en 2017), annuaire des statistiques sanitaires/Ministère de la Santé Publique.

Tableau 36 : Taux de couverture vaccinale (BCG, Penta3, VAR) chez les enfants de 0-11 mois parmi la population sédentaires pour le premier trimestre 2019 – Moyen Chari

	Danamadji	Maro	Sarh	Korbo	Kyabé	Biobé	Moyenne Moyen Chari
BCG	79%	78%	19%	106% ¹	87%	50%	59% ^{2, 3}
Penta 3	91%	85%	23%	101% ¹	67%	61%	61% ^{2, 4}
VAR	72%	69%	14%	86%	54%	38%	49% ⁵

¹ La population cible n'est pas estimée correctement du au influx de réfugiés ;

² La moyenne a été calculé sans prendre en compte les données du DS de Korbo.

³ 74,1% en 2014/2015, EDST-MICS; et 79% en 2017, Enquête couverture vaccinale au Tchad

⁴ 40,3% en 2014/2015, EDST-MICS; et 64% en 2017, Enquête couverture vaccinale au Tchad

⁵ 58,6% en 2014/2015, EDST-MICS; et 49% en 2017, Enquête couverture vaccinale au Tchad

Tableau 37 : Nombre d'enfants de 0-11 mois parmi la population nomade vaccinés (BCG, Penta3, VAR) pour le premier trimestre 2019 – Batha

	Yao	Alifa	Oum Hadjer	Djeda	Ati	Assinet
Nombre d'enfants de 0-11 mois vaccinés avec le BCG	23	70	733	0	0	13
Nombre d'enfants de 0-11 mois vaccinés avec le Penta	0	2	313	0	0	64
Nombre d'enfants de 0-11 mois vaccinés avec le VAR	0	0	478	0	0	107

Consultation prénatale et accouchement

Par rapport à la consultation prénatale, d'une manière globale, 71% des mères du Moyen Chari sont allées à une consultation prénatale au moins une fois, comparativement à 43% seulement chez les mères du Batha. On note aussi que ce pourcentage est le plus élevé à Danamadji avec 96% (voir Tableau 39), comparé au plus bas au District de Yao (9%, voir Tableau 38).

Globalement, les cas **d'accouchement assistés représentent 25%** parmi la population pour les deux provinces (Tableau 40, Tableau 41).

Tableau 38 : Taux d'utilisation de la première consultation prénatale (CPN1) – Batha

	Yao	Alifa	Ati	Oum Hadjer	Djeda	Assinet	Total
Nombre total de femmes enceintes vues pour la 1ère fois en CPN au 1er trimestre 2019	597	744	616	2445	272	943	5617
Nombre de grossesses attendues au 1er trimestre 2019	6328	1603	862	2254	770	1273	13090
% de CPN1	9.4%	46.4%	71.5%	108.5*%	35.3%	74.1%	42.9%^{1, 2}

*Le Nombre de femmes enceintes Nomades s'est ajouté à la population hôte ;

¹ La moyenne a été calculé sans prendre en compte les données du DS de Oum Hadjer

² 68,7% en 2017 et 24,7% en 2014/2015, annuaire des statistiques sanitaires/Ministère de la Santé Publique

Tableau 39 : Taux d'utilisation de la première consultation prénatale (CPN1) – Moyen Chari

	Danamadji	Maro	Sarh*	Korbo	Kyabé	Biobé	Total
Nombre total de femmes enceintes vues pour la 1ère fois en CPN au 1er trimestre 2019	2270	923	2308 ¹	418	1345 ²	778 ³	8042
Nombre de grossesses attendues au 1er trimestre 2019	2354	1515	3538	579	2088	1281	11355
% de CPN1	96.4%	60.9%	65.2%	72.2%	64.4%	60.7%	70.8%⁴

*Dans le DS de Sarh sont inclus 5 CS de Balimba

¹ Nombre utilisatrice planification familiale: Il s'agit d'une surestimation due aux doublons à cause du fait que les sages-femmes utilisent les oestroprogestatifs pour traiter les effets secondaires des contraceptifs. D'où la différence dans le total du Tableau 9.

² Surestimation du nombre d'utilisatrices.

³ Certains CS ne rapportent pas les données de la planification familiale

⁴ 89,4% en 2017 et 79,6% en 2014/2015, annuaire des statistiques sanitaires/Ministère de la Santé Publique.

Tableau 40 : Taux d'accouchement assistés dans les Centre de Santé pendant le premier trimestre 2019 – Batha

	Yao	Alifa	Ati	Oum Hadjer	Djeda	Assinet	Total
Accouchements assistés (n)	200	118	92	885	55	480	1830
Nombre de naissances attendues (n)	1375	1396	756	1892	670	1174	7264
Taux d'accouchements assistés (%)	14,5%	8,5%	12,2%	46,8%	8,2%	1,9%	25,2%¹

¹ 20,6% en 2017, annuaire des statistiques sanitaires/Ministère de la Santé Publique.

Tableau 41 : Taux d'accouchement assistés dans les Centre de Santé – Moyen Chari

	Danamadji	Maro	Sarh*	Korbo	Kyabé	Biobé	Total
Accouchements assistés (n)	630	489	389	86	372	128	2094
Nombre de naissances attendues (n)	1363	1317	2315	529	1817	1114	8455
Taux d'accouchements assistés (%)	46.2%	37.1%	16.8%	16.3%	20.5%	11.5%	24.8%¹

* Dans le DS de Sarh sont inclus 5 CS de Balimba

¹ 26,5% en 2017, annuaire des statistiques sanitaires/Ministère de la Santé Publique.

Contraception

D'une manière générale, la planification familiale et l'utilisation des moyens et méthodes contraceptives sont très faibles. Seulement 0.8% de la population du Batha et 23% de la population du Moyen Chari utilisent une méthode pour retarder ou éviter une grossesse (voir Tableau 42, Tableau 43). Cependant, on note que les méthodes pour éviter ou retarder une grossesse les plus fréquemment utilisées sont les DMPA et les préservatifs (Tableau 44, Tableau 45).

Tableau 42 : Taux de prévalence de la contraception – Moyen Chari

	Danamadji	Maro	Sarh*	Korbo	Kyabé	Biobé	Total
Nombre total d'utilisatrice de planification familiale en mars 2019	795	521	1121	64	228	151	2880
Nombre de femmes de 15-49 ans en âge de procréer	2062	1502	3504	800	2749	1686	12306
Taux de prévalence de la contraception	38.6%	34.7%	32.0%	0.1%	0.1%	0.1%	23.4%¹

* Dans le DS de Sarh sont inclus 5 CS de Balimba

¹ 11,4% en 2014/2015 ; 10% en 2017/MSP, annuaire des statistiques sanitaires/Ministère de la Santé Publique.**Tableau 43 : Taux de prévalence de la contraception – Batha**

	Yao	Alifa	Oum Hadjer	Djeda	Ati	Assinet	Total
Nombre total d'utilisatrice de planification familiale en mars 2019	55	21	418	9	110	309	922
Nombre de femmes de 15-49 ans en âge de procréer	24979	25326	35619	12168	3404	20104	121600
Taux de prévalence de la contraception	0.2%	0.1%	1.2%	0.1%	3.2%	1.5%	0.8%¹

¹ 1,1% en 2014/2015 ; 6,3% en 2017/MSP, annuaire des statistiques sanitaires/Ministère de la Santé Publique.**Tableau 44 : Méthode contraceptive utilisée – Moyen Chari**

	Danamadji	Maro	Sarh	Korbo	Kyabé	Biobé	Total (par méthode)
Pilules progestatives	0	3	0	1	2	105	111
Pilules combinées	0	16	11	4	6	0	37
DMPA¹	452	127	545	58	108	46	1336
NET-EN²	0	0	0	0	0	0	0
Implant	212	184	344	1	26	0	767
DIU	65	44	59	0	1	0	169
Préservatifs (hommes)	45	1928	0	0	10	0	1983
Autre méthodes	50	6	0	0	2	0	58
Total (par district)	824	2308	959	64	155	151	

*Dans le DS de Sarh sont inclus 5 CS de Balimba

¹ Acétate de médroxyprogestérone (orale ou injection)

² Norethisterone oenanthate

Tableau 45 : Méthode contraceptive utilisée – Batha

	Yao	Alifa	Oum Hadjer	Djeda	Ati	Assinet	Total
Pilules progestatives	0*	0	18	0	0	0	18
Pilules combinées	0*	0	6	0	0	0	6
DMPA¹	130	18	663	36	0	488	1335
NET-EN²	0*	0	3	0	195	6	204
Implant	0*	6	2	0	25	4	37
DIU	0*	0	0°	0	48	0	48
Préservatifs (hommes)	33 ⁺	16 ⁺	18	0	269	0	336
Autre méthodes	0	0	0	0	0	0	0
Total (par district)	163	40	710	36	537	498	

*Dans le DS de Sarh sont inclus 5 CS de Balimba

¹ Acétate de médroxyprogestérone (orale ou injection)

² Norethisterone oenanthate

* Rupture

⁺ Des femmes qui récupèrent pour leurs partenaires

[°] Existant me ne connaissent pas l'utilisation

Accès aux services de soins

Concernant le taux de la population des DS disposant d'un CS de proximité neuf ou réhabilité selon les critères d'implantation des centres de santé selon les zone (Sahéliennes et soudanienne), il est globalement observé que ce taux parmi les DS du Batha et Moyen Chari est très faible, et est de moins de 25% pour tous les DS (voir Tableau 46 et Tableau 47).

Pour le premier trimestre 2019, dans le DS de Danamadji, des activités de promotion de la santé reproductive ont été mises en œuvre avec 19% de la population cible (femmes en âge de procréer – 15-49 ans) couverte par les activités de promotion de la santé reproductive (voir Tableau 48 et Tableau 49).

Concernant le taux d'enfants et de femmes de populations ayant accès aux soins, des données ne sont disponibles que pour la population nomade du Moyen Chari. **Peu de données ont pu être collectées pour la population insulaires et situées en zones d'accès difficile.** Globalement, le taux d'enfants nomades ayant accès aux soins **est très faibles avec 3% en total.** Le DS de Sarh a rapporté le taux plus élevé avec 20% et le taux le **plus bas a été rapporté par le DS de Danamadji avec 0.1%.** Le taux des femmes ayant reçu au moins une CPN est de 18%. Deux DS (Kyabé et Biobé) ont rapporté que toutes les femmes enceintes ont bénéficié au moins d'une CPN. Les DS de Maro et de Korbo ont rapporté les taux les plus bas, avec 0 et 2% des femmes ayant reçu au moins une CPN, respectivement (voir Tableau 50).

Tableau 46: Taux de la population disposant d'un CS de proximité neuf ou réhabilité au Batha

	Yao	Alifa	Ati	Oum-Hadjer	Djeda	Assinet
Nombre de CS neuf et réhabilité	6	0	0	5	2	11
Taille de la population située dans la zone A	8622	28631	0	9376	4020	5627
Population du DS	43326	116387	62563	38113	16343	24434
% de la population disposant d'un CS de proximité neuf ou réhabilité	20%	na	na	25%	25%	23%

Tableau 47: Taux de la population disposant d'un CS de proximité neuf ou réhabilité au Moyen Chari

	Danamadji	Maro	Sarh	Korbo	Kyabé	Biobé
Nombre de CS neuf et réhabilité	6	0	2	0	2	1
Taille de la population située dans la zone A	20148	0	4165	0	7659	7031
Population du DS	196602	0	248097	41989	152223	92988
% de la population disposant d'un CS de proximité neuf ou réhabilité	11%	0	2%	0	5%	8%

Tableau 48 : Taux de la population cible¹ couverte par les activités de promotion de la santé reproductive au Batha

	Yao	Alifa	Ati	Oum-Hadjer	Djeda	Assinet
Activités de promotion de santé reproductive au 1er trimestre 2019	Non renseignés					
Source d'information	RMA	RMA	RMA	RMA	RMA	RMA
Population cible couverte par les activités de promotion de santé reproductive	Non renseignés					
Population cible totale	2062	1502	3504	800	2749	1686
% Population cible couverte par les activités de promotion de la santé reproductive	Non disponible					

¹Femmes en âge de procréer (15-49 ans)**Tableau 49 : Taux de la population cible¹ couverte par les activités de promotion de la santé reproductive au Moyen Chari**

	Danamadji	Maro	Sarh	Kyabé	Biobé	Korbo
Activités de promotion de santé reproductive au 1er trimestre 2019	Oui	Non rapporté	Non	Non fonctionnel	Non	COSAN inactif
Population cible couverte par les activités de promotion de santé reproductive	4731	Non disponible				
Population cible totale	24979	25326	35619	12168	3404	20104
% Population cible couverte par les activités de promotion de la santé reproductive	18,9%	Non disponible				

¹Femmes en âge de procréer (15-49 ans)**Tableau 50: Taux d'enfants et de femmes de populations nomades ayant accès aux soins au Moyen Chari¹**

	Danamadji	Maro	Sarh	Korbo	Kyabé	Biobé	Total
Taux d'enfants nomades ayant accès aux soins	0.1%	1.2%	20.1%	1.1%	12.0%	4.0%	2.9%
Taux de femmes nomades enceintes nomades ayant reçu au moins une CPN	6.0%	0.0%	11.4%	2.3%	100.0%	100.0%	18.1%

¹ Aucune donnée n'est disponible pour le Batha

5.3 Enquête communautaire

Une synthèse des discussions de groupe est présentée ci-dessous, en fonction de chaque groupe d'entretien (autorités, hommes et femmes) et de la dimension de gouvernance respective. Les discussions de groupe reposaient sur un guide d'entretien semi-structuré couvrant les cinq dimensions de la gouvernance de la santé (voir 4.3 Instruments de collecte des données). Le **tableau xx en annexe** présente en détail les résumés par communauté et par groupe, ainsi qu'un résumé général pour chacun de ces groupes.

5.3.1 Participation des groupes cibles à l'enquête communautaire

Dans chaque DS, des entretiens de groupe ont été effectués dans plusieurs communautés (entre 2 à 4 communautés). Dans chacune de ces communautés, des entretiens de groupe ont été réalisés avec des femmes (mères d'enfant de plus de 5 ans), des hommes et des autorités locales (autorités coutumières). Chaque entretien de groupe a été réalisé auprès de 4 à 8 personnes-ressources. La composition du groupe a tenu compte de la diversité socioéconomique et culturelle de la communauté. Au total, 28 entretiens de groupe ont été réalisés (voir Tableau 51).

Tableau 51 : Participation des différents groupes cibles à l'enquête communautaire

Batha		Femmes	Hommes	Autorités (hommes ou femmes)
Yao	Yao Kitera (Campement)	1	1	1
	Yao Ambassatna-Riyad2 (Village)	1	1	1
Ati	Ati Aldjikhenaye (Campement)	Nd	1	1
	Ati Aldjazira (Campement)	1	1	1
	Ati Le Paix du Sahel-Hargacha (Village)	1	nd	1
	Ati Aldjéliha (Village)	1	1	1
Moyen Chari		Femmes	Hommes	Autorités (hommes ou femmes)
Dana-madji	Danamadji Airad (Campement)	1	1	1
	Danamadji Moussafoye (Village)	1	1	1
Sarh	Sarh Biré Adoudou (Campement)	1	1	1
	Sarh Gentil (ex Badara) (Village)	1	1	1
Total		9	9	10
Nomades		4	5	5
Sédentaires		5	4	5

5.3.2 Redevabilité (responsabilité - accountability)

Cette section résulte du résumé des discussions de groupe avec **les autorités locales**. Les questions posées lors des entretiens et discussions de groupe avec les femmes et les hommes ne s'appliquaient pas à cette catégorie de gouvernance.

Gestion de l'information et compte rendu des activités des CS envers la communauté

Généralement, la population est insuffisamment informée sur les activités et la gestion des CS. Ainsi, la majorité des répondants (à part dans un village sédentaire et un campement) constatent aucun compte rendu sur la gestion du CS à la population. L'information concernant la gestion se limite à la construction de nouveaux CS, surtout parmi la population nomade. Dans certains villages sédentaires, l'information donnée concerne la rupture de médicaments, le problème de salaire du personnel de santé, et dans certains cas, sur la mauvaise gestion du RCS (2 villages sédentaires). A l'exception d'un village sédentaire à travers des Assemblés Générales (AG) (village Moussa foyo) du COSAN, le plan annuel d'activité est complètement inconnu des deux groupes de la population. Néanmoins, la population est informée sur la campagne de vaccination de rougeole.

Implication des COSAN/ associations communautaires dans l'élaboration des plans annuels d'activités

Parmi les répondants de la population nomade, il n'y a aucune implication par le COSAN, vu qu'ils ne connaissent pas ce comité et ne savent pas de quoi il s'agit : « c'est vous qui nous parlez pour la première fois du COSAN et nous ne savons pas de quoi il s'agit » (répondant nomade). Seul dans un campement, il y avait une implication pour la collecte d'argent pour la construction du nouveau CS.

Parmi les répondants de la population sédentaire, l'implication des COSAN/ associations communautaires est très variable. Dans la moitié des villages il n'y a aucune implication à travers les COSAN : « nous ne sommes ni informés, ni consulté dans aucune situation »; une autre partie dit que oui, tout le monde est impliqué, « même les chefs religieux et les leaders », et que les opinions de chacun sont prises en considération afin d'établir un plan annuel d'activité (répondants sédentaires).

En comparant les différences entre les réponses des répondants des communautés qui ont déjà bénéficié d'un appui PADS pendant la première phase du programme et les réponses des participants des « nouveaux villages » (qui vont bénéficier d'un appui provincial pendant cette phase du PADSII) –aucune différence particulière existe entre ces deux groupes.

Possibilité de faire des suggestions au plan et prise-en compte des suggestions

Vu que la population nomade n'a aucune connaissance sur l'existence d'un plan annuel, ni sur le COSAN et ses activités, elle ne connaît pas la possibilité, ni l'opportunité, de faire des suggestions et comment les faire. Parmi la population sédentaire, dans deux villages, des suggestions sont pris en compte mais ils ne sont souvent pas réalisés : « les propositions sont là, mais la réalisation n'est pas effective du fait de manque de moyens » (répondent sédentaire).

5.3.3 Equité

Prise en compte/ respect de l'identité culturelle (autorités locales)

Les répondants des autorités locales parmi la population nomade ressentent une discrimination comparée avec « les gens de la ville » qui sont pris en compte en priorité, et entre les nouveaux et les anciens patients, mais la plupart dit aussi que selon leurs expériences : « pas d'argent pas de soins ». Pour la population sédentaire, il n'y a pas de différence dans la prise en charge, sauf en cas

d'exception, p.ex. si « le patient parle français », « en cas d'urgence », « s'il a de l'argent » - dans ces cas, les patients sont traités beaucoup plus rapidement que les autres patients.

Prise en compte en priorité des différents groupes de la population (les femmes et les enfants; les personnes handicapées, les démunies, les populations éloignées, les autorités locales)

Pour la majorité des répondants parmi les autorités locales, c'est l'ordre d'arrivée qui est le facteur le plus important de prise en compte, à part les cas d'urgence et les blessés. Parmi la population nomade, les répondants de deux campements ont dit que les femmes et les enfants ont la priorité. Concernant les populations éloignées, elles ne sont pas particulièrement prises en compte (pas de soutien financier pour le transport). Dans un village sédentaire, la population éloignée peut des fois passer la nuit dans le CS.

Parmi les populations nomade et sédentaire, les personnes handicapées ne font pas objet d'une prise en charge particulière, sauf en cas d'urgence. Juste dans un village sédentaire, il y a le soutien par la communauté pour les personnes handicapées: « les chefs de carré et villages ont apporté de l'assistance et ont pris en charge des frais médicaux », mais souvent les soins se font « qu'en fonction de l'argent ».

Accès et temps compté pour une visite au CS (y compris déplacement des femmes et hommes)

Pour tous les répondants des entretiens de groupes des femmes et des hommes, il y a un CS fonctionnel dans les environs de leur communauté.

Pour les répondantes femmes nomades, la majorité ne sait pas combien de temps ça prend en total pour l'accès et la consultation au CS (ça peut aller jusqu' à 10h). Les répondantes des villages sédentaires disent que le temps de déplacement et d'attente varie entre 2h-11h.

Pour les répondants hommes nomades, le temps de déplacement varie entre 30min et 5h, le temps d'attente entre 1h-5h, par contre pour les hommes des villages sédentaires, le temps d'accès et d'attente n'est pas clair ou connu.

Prise-en charge : quels services sont gratuits et utilisation des services préventifs ; femmes et hommes)

Pour la plupart des répondantes femmes nomades et sédentaires aucun service de soins n'est gratuit. Sauf les répondantes d'un village sédentaire qui disent que l'accouchement, la planification familiale, la vaccination, le traitement de paludisme et les premiers soins sont gratuits.

Pour les répondants hommes de la population nomade, aucun service n'est gratuit, juste un répondant d'un campement qui dit que la vaccination contre la poliomyélite est gratuite. Parmi les répondants sédentaires, la perception est beaucoup plus variable – des participants de deux villages disent que les consultations et les services maternels sont gratuits.

Visite de CS pour les soins préventifs

Parmi les deux groupes, les soins préventifs ne sont pas utilisés (car c'est souvent payant), à part dans un village sédentaire où les femmes disent qu'elles y vont pour la planification familiale et la

vaccination, et très rarement pour le dépistage (répondant sédentaire), le conseil ou la vérification de l'état de santé (répondant sédentaire), la vérification du poids (un répondant nomade). Sinon, d'habitude, les visites au CS se font juste en cas de maladie.

Pouvoir décisionnel - domaines de vie typiques où les hommes/ les femmes décident (y compris la nécessité de demander la permission ; femmes et hommes)

Toutes les participantes parmi les femmes nomades et sédentaires ont dit, que généralement, **la prise de toute décision est réservée aux hommes** et que la femme exécute les décisions. Pour toutes les répondantes, la permission du mari est nécessaire pour toute activité en dehors du foyer : pour le déplacement, les sorties, toutes les activités menées, pour les accouchements, les cérémonies et les visites au CS, pour la maladie des enfants et leurs propres soins. La femme doit toujours demander l'a permission à son mari et selon les participantes « respecté son mari c'est l'informer de toute chose », et surtout « en cas de visite au CS et de contraception, elle doit absolument demander la permission » (répondante sédentaire).

Parmi les répondants hommes nomades et sédentaires, la perception est également que **toute prise de décision est réservée aux hommes**, c'est eux qui s'occupent de la prise en charge familiale, y inclus la nourriture, le travail et la santé des enfants/et de la mère : « toute décision n'émane que du pouvoir de l'homme, même s'il s'agit de la santé de sa femme » (répondent nomade). Selon les répondants, **la femme s'occupe du ménage sans pouvoir décisionnel**: « tous ce qu'elle doit faire, elle est appelée à demander la permission à son mari à savoir : aller a des cérémonies, saluer les voisines, pour aller chercher de l'eau, aller au marché - pour tous ces mouvements elle doit toujours demander la permission » (répondant nomade) ; parce que « nous avons une éducation qui nous permet de guider nos femmes » (répondent nomade) ; « même si elle a de l'argent pour amener son enfant à l'hôpital - elle doit demander la permission » (répondant sédentaire); et « en cas de visite de CS et de contraception elle doit absolument demander » (répondent sédentaire).

Rôle du téléphone mobile sur la prise de décision au sein du ménage (femmes et hommes)

Pour la majorité des femmes nomades et sédentaires, le téléphone mobile est une aide en cas d'absence du mari pour l'informer en cas de maladie, ou si elles ont besoin de soutien financier. Mais certaines femmes disent aussi, que souvent le téléphone n'est pas disponible ou que ça peut également être un facteur de conflit si une partie est infidèle (répondante d'un village sédentaire).

Pour les répondants nomades et sédentaires, le téléphone est une aide surtout importante en cas d'absence, pour avoir des nouvelles de la famille en cas de maladie. Comme pour les femmes, le téléphone peut être un inconvénient, car il peut être objet d'infidélité (par la femme) dans le couple en cas d'absence du mari (répondants nomades et sédentaires).

Connaissance de la violence basée sur le genre (VGB) (femmes et hommes)

Selon les répondantes de la population nomade, **la VBG n'existe pas**¹³. Les répondantes sédentaires par contre disent que **c'est un fait récurrent**. Il y a plusieurs exemples qui ont été mentionnés dans les discussions de groupe, p.ex.: « j'ai été victime - c'est ma voisine, son mari la

¹³Selon les discussions lors de l'atelier de restitution (19.11.2019), ce résultat peut être expliquer avec une meilleure appréhension du contexte, ou dans ces régions, les femmes sont gênées à parler de la VBG et à dire qu'elles sont victimes de violence.

frappée, elle a fui pour venir derrière moi. Le mari l'a suivie encore pour la frapper, en les séparant, j'ai reçu un coup » (répondante sédentaire).

La **perception sur l'existence de la VGB est mixte** parmi les hommes de la population nomade. Certains disent que ça n'a jamais existé ou que ça n'existe plus, l'autre moitié dit que oui, « il y a des cas où l'homme bat sa femme et vice versa, mais après l'acte ils se rendent au CS » (répondent nomade). Parmi les répondants sédentaires, **la VGB est plutôt récurrente** mais les gens ne veulent pas en parler seulement.

Planification familiale – méthodes contraceptives

(i) Connaissances des méthodes contraceptives utilisées : La majorité des femmes répondantes parmi la population nomade et sédentaire ont déjà entendu parler des méthodes contraceptives, surtout des comprimés et de l'injection, **mais ce n'est largement pas pratiqué** : « nos hommes ne songent pas à ça et veulent toujours avoir beaucoup d'enfants » (répondante sédentaire).

Parmi les répondants hommes de la population nomade, **la moitié des communautés ne connaissent pas les méthodes contraceptives**, l'autre moitié connaît la méthode d'espacement de naissance de 2 ans, la méthode d'injection et les comprimés. Parmi les répondants sédentaires, **tous ont déjà entendu parler de la planification familiale**, sans trop donner de précisions sur la nature des méthodes de planification familiale.

(ii) Connaissances des structures et services de conseil : Toutes les femmes ont répondu qu'**elles peuvent se faire conseiller sur la planification familiale/ méthodes contraceptives soit dans les CS ou à l'hôpital**. Une répondante nomade dit que : « c'est l'homme qui part au CS pour demander cette méthode, mais ici à Lamka les gens ne prennent pas. ».

La majorité des hommes nomades et sédentaires ont répondu qu'ils peuvent se faire conseiller et se procurer ces produits (comprimés, injection, implant) **soit au CS soit à l'hôpital**. 2 personnes parmi la population nomade et sédentaire ont également mentionné le marché comme lieu, ou ces produits peuvent être procurés.

(iii) Utilisation des méthodes contraceptives dans la communauté : Pour la majorité des femmes sédentaires, les méthodes contraceptives **ne sont pas répandues** dans leur communauté, sauf dans un village sédentaire où la méthode d'implant est souvent utilisée.

Pour la plupart des hommes, les **méthodes contraceptives ne sont pas répandues**. Sauf dans un village, la méthode d'implant (jadelle) est utilisée, et dans un autre village les hommes disent que les femmes ne veulent pas utiliser ces méthodes.

Stigmatisation

(i) Connaissances : La majorité des femmes parmi la population nomade et sédentaire disent **qu'elles ne connaissent pas la stigmatisation** à cause d'une maladie gynécologique (fistules, fibromes, les IST, syphilis, les infections chlamydia, herpès génital).

(ii) Victimisations : Selon les répondantes, les personnes souffrant de ces maladies **sont parfois victime de stigmatisation**, surtout parmi la population nomade - certaines femmes restent acceptées par leurs communautés sans refus, par contre certaines sont rejetées : « aucune personne ne veut d'elle, parce qu'elle dégage de mauvaise odeur » (répondante nomade).

- (iii) Manifestations : La plupart des femmes n'ont pas répondu à la question sur la manifestation de ces stigmatisations, surtout parmi les répondantes sédentaires. Parmi les répondantes nomades, certaines ont dit que **c'est lié aux conditions après l'accouchement**, p.ex. « dû à l'huile de sécheresse qu'on nous distribue » (deux répondantes nomades).
- (iv) Impacte : La plupart des femmes n'a pas répondu à la question sur l'impact de la stigmatisation sur les malades/victimes. Parmi celles qui ont répondu, les réponses sont mixtes : **certaines femmes restent acceptées par leurs communautés sans refus, et certaines sont rejetées ou abandonnées**, p.ex. : « son mari l'a abandonnée pour marier une autre femme » (répondante nomade).
- (v) Soutien morale : Parmi les répondantes de deux campements nomades, ces femmes reçoivent un **soutien moral par la famille et la communauté**, par contre **aucune réponse** à cette question a été donné par les femmes sédentaires.
- (vi) Accès à l'aide : Juste pour les répondantes d'un campement nomade, c'est la famille qui s'occupe de la prise-en-charge ; sinon **il faut de l'argent pour les médicaments**. Aucune réponse par les répondantes sédentaires.
- (vii) Sensibilisations : Les répondantes des deux groupes disent qu'aucune sensibilisation n'a été faite pour conscientiser la communauté sur ces maladies, à part dans un village sédentaire où ça a été fait par la COSAN.
- (viii) Suggestions pour éradiquer la stigmatisation : Pas de suggestions faites par les répondantes pour atténuer/éradiquer cette stigmatisation, à part la proposition de construire un CS dans leur site/campement pour qu'ils s'occupent d'elles ou des recommandations générales pour améliorer la qualité des soins.

Décisions sur les soins maternel - accouchement de leurs femmes et raisons pour ce choix – par les hommes

Parmi les répondants nomades et sédentaires, les réponses sur la décision du lieu de l'accouchement sont mixtes : la moitié a dit que leur femme a accouché à la maison (propre choix de la femme ou bien c'est l'homme qui décide), l'autre moitié a dit que c'était au CS. Concernant la prise de décision, c'est plutôt les hommes qui décident sur le lieu, car « c'est l'homme qui doit prendre l'initiative - les femmes sont négligentes, il faut l'imposer d'aller au CS afin d'éviter des complications après » (répondent d'un village sédentaire).

Utilisation des services de santé de reproduction – par les femmes

Parmi les répondantes nomades et sédentaires, les services de santé reproduction sont rarement utilisés. Les raisons pour lesquels les femmes ne les utilisent pas sont : « l'inaccessibilité des CS, les services qui sont payants, mauvaises infrastructures et équipements, manque de traitement de bonne qualité et de personnel qualifié », ainsi que la perception que « la grossesse n'est pas une maladie » (répondantes nomades et sédentaires).

5.3.4 Efficacité

Qualité du diagnostic/ des traitements (qualité des consultations, écoute des patients, compétence du personnel, disponibilité des médicaments et efficacité du traitement) - autorités

Parmi les répondants des autorités locales deux groupes, la **qualité des consultations, du diagnostic et des traitements de données est évaluée négativement**, du fait de manque d'équipements, d'infrastructures et de diagnostics et du personnel qualifié/compétents. Pour les deux groupes il **manque de médicaments de bonne qualité**. Plusieurs répondants parmi la population nomade ont dit : « on donne que le traitement de paludisme quel que soit ton problème de santé ». Ceci est aussi dit parmi la population sédentaire : « le même médicament est utilisé pour toutes les maladies... » - une indication pour les **compétences faibles du personnel de santé**. En plus, pour une majorité des autorités nomades, les **médicaments donnés ne soulagent pas** (soupçonnant que les médicaments seraient souvent périmés) et que dans certain cas ils aident, mais « parfois avec coïncidences d'abord que tu seras guéris. Ça aussi ça dépend de la volonté de Dieux... » (répondant nomade). Parmi les répondants des autorités sédentaire, la perception sur l'efficacité des traitements est plus variée : si les patients **ont de l'argent, les soins et médicaments fournis peuvent aider à guérir, sinon ils sont plutôt inefficaces**.

Une partie des répondants parmi les participants des autorités sédentaires disent que la qualité de l'écoute et celle des soins des patients sont bonnes, « **si tu as de l'argent** » (soupçonnant que les patients qui ont des moyens financiers sont pris au sérieux plus probablement que les autres), sinon ils trouvent que **les patients ne sont pas suffisamment écoutés et que les soins ne permettent pas de guérir**. Les répondants des deux groupes ont dit que la plupart des gens se font soigner chez les docteurs choukou (vendeur de médicaments et fournisseur de services/ traitement de santé sans éducation/professionnalisation médical) – qui sont des guérisseurs traditionnels, « ils nous sauvent beaucoup mieux que le personnel de CS et nous soignent souvent à crédit. Ils répondent rapidement à notre sollicitation même étant à 40km de nous » (répondants sédentaires).

Entretien de l'infrastructure et disponibilité des équipements et outils de travail - autorités

La majorité des répondants parmi les autorités nomades disent que les **infrastructures sont bien entretenues**, par contre **les accessoires et outils manquent** ou sont souvent mal entretenues. Parmi les répondants des autorités sédentaires, la perception sur l'entretien est mixte, certains trouvent qu'**elles sont bien entretenues, et une partie pense que les infrastructures sont en mauvais état** dû au manque d'hygiène par manque d'entretien : « les toilettes sont toujours sales, pas d'eau de boisson » (répondant sédentaire). Concernant la disponibilité des équipements et outils de travail, la majorité des répondants sédentaires disent qu'**il y a un manque d'outils et d'équipements**, p. ex. : « il n'y a pas de frigo pour conserver les vaccins » (répondants sédentaires).

Accès aux services de santé par la population, organisation des stratégies avancées - autorités

Surtout pour les répondants des autorités nomades, les CS sont **souvent trop loin** et les stratégies **avancées ne sont pas régulièrement organisées** à part les campagnes de vaccination. Parmi la population nomade, ces campagnes permettent souvent de toucher la population plus éloignée, mais parfois pas la population en dehors des campements.

Pour la majorité des répondants des autorités sédentaires, les CS sont plutôt **bien accessibles**, sauf dans un village en saison de pluie où du fait de manque de transport dans un autre. Concernant l'organisation des stratégies avancées, **ceci dépend des villages** - dans certains ils sont régulièrement organisés et c'est possible d'atteindre la population éloignée à travers des campagnes de vaccination, mais dans d'autres ceci n'est pas possible car la population est trop éloignée.

Satisfaction des services obtenues (qu'est-ce qui était bien, pas bien, qu'est-ce que pourrait être amélioré - prise en charge, accueil, compétence du personnel, couts, etc.)

Parmi les répondantes nomades, une majorité ne sait pas si elles sont satisfaites avec les services obtenus ou non, vu qu'elles n'auraient jamais utilisé ces services car il faut de l'argent pour se faire traiter (surtout parmi la population nomade). Les répondantes sédentaires ont un aperçu des services plus varié : une partie trouve que les services sont bons, les autres disent qu'il manque souvent des médicaments, que tout est payant et coûte trop cher, que les CS sont trop loin et que le personnel de soins est incompetent.

Pour les répondants (hommes) nomades, la majorité n'est pas satisfaite avec les services obtenus à cause d'un manque du personnel qualifié, d'équipements de diagnostics et d'infrastructure, des médicaments abordables et de bonne qualité, comme expliqué par un répondant nomade : « 'après la prise des comprimés, les malades vomissent sur place ». Parmi les répondants sédentaires, comme aussi remarqué chez les femmes - la satisfaction est plutôt mixte ; certains trouvent que les services sont bons, les autres disent qu'il manque de personnel et de l'argent pour les soins « si pas d'argent - pas de soins » (répondent sédentaire).

En comparant les différences entre les réponses des répondantes des communautés qui ont déjà bénéficié d'un appui PADS pendant la première phase du programme et les réponses des participantes des « nouveaux villages », la satisfaction concernant les services obtenus semble être un peu mieux évaluée parmi les répondantes (femmes) sédentaires et les répondants des communautés qui ont bénéficié d'un appui du PADS, mais le manque d'équipement et de médicaments est aussi relevé.

Différences en termes de qualité des services entre les centres de santé qui sont utilisés d'habitude (si oui, lesquels, qu'est-ce qui est bien, pas bien) - hommes

Pour les répondants (hommes) des deux groupes de la population, **la différence en termes de qualité des services de soins existe surtout entre les CS et HD**. Les CS sont souvent caractérisés par un manque de personnel qualifié, un manque d'équipements et d'outils de travail. Les HD sont souvent mieux équipés, il y a une meilleure infrastructure, du personnel de santé plus compétents et des meilleurs traitements. Par contre, les traitements au HD coûtent aussi plus chers, mais en tout cas « la maladie ne connaît pas de pauvre ou de riche, il faut de l'argent pour se faire soigner » (répondent nomade).

Difficulté et faiblesses du service de la santé de reproduction et suggestion pour améliorer sa qualité - femmes

Parmi les répondantes nomades, il n'y a eu **aucune suggestion** pour améliorer le service de la santé de reproduction, vu qu'elles ne fréquentent pas ces services ou que ces services ne seraient pas existants d'après elles. Parmi les répondantes sédentaires, un nouveau CS dans la communauté et une meilleure qualité des soins ont été suggérés (manque de médicaments, meilleurs traitements et outils de travail, personnel de soins plus qualifié, et coûts de traitements moins élevé).

5.3.5 Transparence

Connaissance des services offerts au CS et informations par apport à l'interruption de l'offre de ces services - autorités

Parmi les participants des autorités nomades, il y a quelques répondants qui ont dit qu'ils sont bien informés et que les services incluent des visites pour les femmes enceintes, ou les examens de paludisme. Toutefois, une grande partie dit aussi qu'ils n'ont pas de connaissance sur les services offerts au CS et que l'offre dépendait de l'argent : "les services ne se basent que sur l'argent" (répondant nomade).

Les participants des autorités sédentaires sont plutôt mal informés par rapport aux services des CS (paquet minimal d'activités, PMA) - les CS sont souvent trop loin et trop chers, et c'est pour ça qu'ils se soignent auprès des docteurs « choukou ». Certains ont dit que l'analphabétisme rend difficile l'accès à l'information: "nous sommes des ignorants et ne savons pas ce qu'ils font - mais je pense que c'est du commerce". Que les répondants d'un seul village disent qu'ils sont informés à travers la COSAN.

Parmi les participants des autorités nomades et sédentaires, la majorité n'est pas informée en cas d'interruption des services offerts. Seulement les répondants d'un village sédentaire ont dit qu'ils reçoivent cette information pendant les rencontres « chez le Chef de canton » (village sédentaire).

Visibilité des tarifs des prestations et des médicaments au public et applications de ces tarifs

Pour la plupart des répondants autorités des deux groupes, il **n'y a aucune visibilité des tarifs des prestations et des médicaments au public** ou bien ils disent que « tout est écrit en français et on ne comprend pas » (répondant nomade). Certains pensent qu'ils sont insuffisamment informés « parce que nous sommes analphabètes qui ne savons ni lire ni écrire » (répondant sédentaire); que dans un village les tarifs sont affichés. Concernant l'application des tarifs, l'opinion est plus diverse : certains disent que oui, les mêmes tarifs sont appliqués pour tout le monde mais que les tarifs dépendent de la maladie, une partie ne sait pas, d'autres disent que non les tarifs ne sont pas appliqués, « nous ne connaissons pas les coûts des médicaments, on achète sur ordonnance » (répondant nomade).

Avez-vous déjà reçu de l'information ou une mise à jour du comité de santé (COSAN) ou du comité de gestion (COGES) au sujet d'une réunion avec le personnel du Centre de santé ?

Pour toutes les répondantes nomades et sédentaires, elles n'ont aucune connaissance sur le COGES/COSAN à part dans un village sédentaire où elles en ont déjà entendu parler.

Concernant les hommes – répondants nomades, ils n'ont également aucune information sur le COSAN et le COGES et donc aucune implication, sauf pour les cotisations pour l'ouverture d'un nouveau CS parmi la population nomade où les chefs des campements sont informés. Parmi les répondants sédentaires, les COGES et COSAN sont plutôt connus, mais il manque d'information sur ce qui se passe aux réunions.

En comparant les différences entre les réponses des répondants des communautés qui ont déjà bénéficié d'un appui PADS pendant la première phase du programme et les réponses des participant des « nouveaux villages » (qui vont bénéficier d'un appui provincial pendant cette phase du PADSII)

– il semble que les répondants (femmes et hommes) des villages sédentaires qui ont déjà bénéficié de l'appui de PADS reçoivent plus de comptes rendus des COSAN/COGES au sujet des CS.

Est-ce qu'on vous a demandé de payer pour les services reçus ? Est-ce que vous vous sentez parfois obligé de faire des cadeaux (monétaire ou non-monétaire) au personnel de santé ?

Les répondants nomades et sédentaires (hommes et femmes) disent que les services sont gratuits mais qu'il faut payer pour le carnet et les médicaments. Concernant l'obligation de faire des cadeaux, les répondantes trouvent que les cadeaux ne sont pas demandés, par contre les hommes disent que l'offre de cadeau au personnel de CS se fait, mais plutôt discrètement et volontairement. Certains disent qu'il en faut pour un traitement efficace : « je lui donne de cadeau de mon propre gré pour que le travail soit bien fait à mon égard » (répondent nomade).

5.3.6 Participation

Implication de la population dans la gestion et suggestions pour la contribution

Parmi les répondants des autorités nomades et sédentaires, il n'y a **pas d'implication** et ils ne savent pas comment être d'impliqué de manière plus proactive, vu « qu'ils ne sont pas appelés à contribuer », à part pour la construction des nouveaux CS et la collecte de fonds (population nomade), et dans un village sédentaire lors des assemblées générales tous les 6 mois.

Ainsi, pour la majorité des répondantes (à part dans 1 campement et 1 village), il n'existe pas de possibilité d'influencer la planification des services de santé offerts par la communauté à travers le COSAN, parce qu'elles ne connaissent pas le concept du COSAN et n'ont aucune information sur la planification des activités. Parmi les hommes, dans un campement, il y'a une implication pour la cotisation pour les nouveaux CS et parmi les sédentaires c'est très variable, c'est parfois possible d'avoir un peu d'influence à travers la COSAN, mais juste un peu.

6 Discussion et recommandations

6.1 Discussions

Dans ce chapitre, certains aspects des résultats des enquêtes sont relevés et discutés de façon approfondies.

1. Concernant **la satisfaction des services obtenus** : les répondantes nomades ont répondu qu'elles ne savent pas si elles sont satisfaites des services obtenus ou non, vu qu'elles n'auraient jamais utilisé ces services car il faut de l'argent pour se faire traiter. Ici il est important de noter que les services des docteurs choukou sont également coûteux et que ce n'est probablement pas la (seule) raison pour ne pas accéder et d'utiliser les services des FOSA.
2. En vue **des services de santé et les paiements formelles/informelles** : il est important de noter que les répondants (nomades et sédentaires, hommes et femmes) ont données des informations contradictoires par rapport à la question sur la gratuité des services. En leur demandant ce qu'ils pensent de la prise en charge des services de santé, la plupart des répondants femmes et hommes nomades et sédentaires soulignent qu'aucun service de soins n'est gratuit. Par contre lors que la question a été posée si les services de santé sont gratuits,

tous ont répondu que oui. Il semble que les paiements informels sont assez fréquents mais lorsqu'il s'agit d'une question concrète là-dessus, les répondants sont peut-être gênés de dire la vérité et disent que les services sont gratuits.

3. En comparant les différences sur **l'existence des COSAN/COGES** parmi la population entre les DS qui ont bénéficié d'un appui du PADS I et les nouveaux DS qui recevront un appui provincial, et **le degré d'implication/d'engagement au niveau du CS et dans la communauté de ces comités**, il est intéressant de noter qu'au niveau des autorités locales aucune différence particulière et notable ne se dégage de ces deux groupes. Par contre, il semble que l'engagement de ces comités soit légèrement plus fort surtout dans les communautés sédentaires qui ont bénéficié de PADS I, car les répondants (femmes et hommes) des villages sédentaires qui ont déjà bénéficié de l'appui de PADS I semble avoir reçu plus de comptes rendus des COSAN/COGES au sujet des CS.
4. En comparant les **indice de recouvrement de coûts** entre l'enquête des CS et DS – une contradiction importante est remarquable dans la présentation des résultats. Il est nécessaire de regarder de plus près ces données avec les responsables concernés, afin de pouvoir clarifier les chiffres d'achats et de dépenses de médicaments où cela est nécessaire.
5. Concernant les activités du POM et **les supervisions réalisées par l'ECD**, le nombre de supervisions prévues varie parmi les différents DS. Il est important à noter que parmi les PAO/POM - des supervisions bimensuelles intégrées (qui couvrent multiples domaines) sont prévues – comparées à des supervisions simples. Ceci demande une précision par la suite afin de mieux clarifier le type de supervision effectuée par l'ECD (et d'harmoniser la saisie).
6. Les résultats concernant la prise en charge de la diarrhée ont montré que pour très peu de patients souffrant de diarrhée, un échantillon de selles a été prélevé. Cela peut être expliqué comme dû au fait qu'en l'état actuel, seul l'examen de KOP (appelé KOP pour kystes, œufs et parasites – effectué au microscope) est faisable dans les centres de santé et les hôpitaux de district. La coproculture et les autres examens de selles ne sont pas disponibles.
7. L'étude a montré que dans 91.4% des cas de diarrhée, **des médicaments ont été prescrits**. Le protocole national sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) stipule qu'un enfant classé comme sévèrement déshydraté, ou qui a la dysenterie doit recevoir un antibiotique. Au regard **des taux très élevés des enfants qui reçoivent des prescriptions de médicaments** trouvés lors de cette étude, la question se pose si le protocole est bien appliqué et si le personnel de santé se tient au tableau de classification. Il est nécessaire de déconseiller l'utilisation d'antibiothérapie préventive et d'utilisation de toute antibiothérapie en dehors du tableau C (deshydratation sévère avec épidémie de choléra) ou dysenterie.
8. Concernant **la prise en charge du paludisme**, l'étude a trouvé que le test sanguin de dépistage a été moins utilisé dans la province du Batha (64%) comparé au Moyen Chari (98%). On peut supposer (mais il reste à vérifier) qu'il y a un **problème d'approvisionnement des tests de diagnostics rapides au Batha**. Un autre point à noter est que la question a été posée au RI des CS, si les CTA ont été dosées conformément aux directives. Il reste à clarifier comment ceci a été vérifié, si la vérification s'est faite en se référant aux doses journalières prescrites ainsi qu'à la durée de traitement prescrite.

6.2 Recommandations des trois enquêtes

Les résultats de cette étude montrent les perspectives des différents groupes parmi les communautés nomades et sédentaires, les CS et les DS – et permettent d'élaborer des recommandations pour leur prise en compte par le PADS afin de planifier et guider les interventions pendant la deuxième phase du programme.

1. Transparence et participation :

⇒ **Manque de connaissances sur les COSAN/ COGES au niveau communautaire:**

⇒ **Au niveau communautaire** : renforcer les connaissances des populations en général et celles vulnérables et marginalisées en particulier sur les COSAN/COGES : Sensibiliser les autorités locales et les populations sur l'existence du COSAN/COGES et renforcer les liens entre les COSAN/COGES et les communautés via l'information et la formation à l'endroit de leurs membres afin de leur permettre ainsi de mener sereinement des actions de sensibilisations communautaires.

⇒ **Inactivité ou manque des certains COGES/ COSAN :**

⇒ **Pour les CS/DS** : renforcer les COGES et COSAN et augmenter la fréquence des réunions conjointes avec le personnel du CS pourraient être organisés plus régulièrement. Ceci permettra de les rendre plus actifs pour améliorer les aspects de santé et de qualité de soins, pour ainsi mieux interagir avec les communautés.

⇒ **Faible coordination des partenaires et faible participation des bénéficiaires dans les outils de gouvernance existants (microplans, PAO)**

⇒ **Pour les CS/DS** : renforcer la communication avec tous les acteurs, afin d'établir une culture de transparence avec la participation de tous les acteurs concernés.

2. Redevabilité: Aspects sur la gestion des Centres de Santé

• **Les supervisions**

⇒ **Pour les DS** : augmenter le nombre de supervisions externes au nombre qui est attendu, afin de s'assurer que les activités du paquet organisationnel minimum (POM) prévues et formalisées sont bien réalisées.

• **Les RMA**

- **Pour les CS/DS** – s'assurer que les RMA sont disponibles, signés et analysés par les responsables des CS, afin d'améliorer leurs activités sur la base d'une analyse et d'une exploitation des données collectées et produites à leur niveau.

• **La gestion financière/ le recouvrement de coûts**

⇒ **Pour les CS** : améliorer le recouvrement des coûts de la vente des médicaments par rapport aux achats

⇒ **Au niveau communautaire** : **Manque d'information et de compte rendu des activités des CS envers la communauté :**

⇒ Améliorer le transfert d'information sur les activités des CS et les compte rendus de gestion envers la communauté : créer et renforcer les opportunités de transfert et de partage d'information sur la gestion des CS et leurs activités avec les autorités locales et les communautés à travers les COSAN/COGES. Ceci permettra de créer des opportunités d'engagements pour une participation active de la population locale. La participation de la

communauté locale garantira que les plans d'action sont appropriés et que les personnes intéressées souhaitent contribuer à leur mise en œuvre.

3. **Equité** : aspects sur la qualité des soins

- **Pour les CS/DS** – améliorer **la disponibilité des lignes directrices** et de protocoles (et leurs applications).
- **Pour les CS/DS** – s'assurer qu'il y a **une meilleure disponibilité** des méthodes contraceptives et de vaccins au niveau des CS.
- **Pour les CS/DS** : Il est nécessaire de vérifier s'il y a des ruptures de TDR palu dans le Batha ou s'il s'agit plutôt d'une dotation insuffisante.

⇒ **Au niveau communautaire** : Renforcer les services de santé destinés aux populations vulnérables et marginalisées :

- **Planification familiale** : Mettre en place des interventions sur la planification familiale (préservatifs et autres) pour que les populations vulnérables et marginalisées disposent des connaissances, des compétences et du pouvoir de décision nécessaires pour choisir leurs méthodes de contraception.
- **Santé sexuelle et reproductive** : Planifier des interventions pour la sensibilisation, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) et la prise en charge des IST.
- **Vaccination** : Définir des stratégies de communication qui pourront être développées selon les différences identifiées entre les deux provinces et les groupes de population (nomades, sédentaires).
- Les interventions visant à améliorer l'utilisation des services de santé devraient tenir compte des différences entre les modes de vie des populations et être orientées vers les populations plus marginalisées en termes d'accès aux services sanitaires (dans ce cas la population nomade) afin de rendre l'accès aux services de santé plus équitable à tous.

⇒ **Pour les CS/DS** : Garantir l'équité, l'acceptabilité et l'accessibilité des services des FOSA par la sensibilisation/formation du personnel soignant pour que les traitements des patients soient respectueux, compétents et confidentiels :

- Les services doivent être gratuits ou abordables, les frais restants à la charge des patients ne devant pas constituer un coût prohibitif pour les populations vulnérables et marginalisées.
- Les services offerts doivent être connus de tous (transparence).
- Les tarifs de prestations doivent être affichés partout.

⇒ **Au niveau communautaire et pour les CS/DS** : Lutter contre la stigmatisation, la discrimination et les violences :

- Sensibiliser les soignants et les autres membres des équipes des FOSA dans le cadre de formations sur les maladies gynécologiques, les stigmatisations, et la VBG mais aussi les accompagner par des formations pouvant les amener à créer un **environ de travail humanisé à l'endroit des femmes** (pour les CPN et accouchements notamment) ;

- Inviter des représentants des communautés aux ateliers pour ouvrir des voies de communication et encourager la communication entre les populations vulnérables et marginalisées et les responsables des FOSA ;
- Mettre en place des solutions immédiates et efficaces pour les victimes de violence basée sur le genre, et proposer des services de santé et un accompagnement à leur endroit ;
- Développer les compétences des membres des populations vulnérables et marginalisées afin de les informer de leurs droits fondamentaux et de leurs droits en tant que citoyens (reconnus dans la législation et la constitution).

4. Efficacité

- **Manque de qualité du diagnostic/ des traitements, de compétence du personnel**
 - ⇒ **Pour les CS/DS** : Renforcer la qualité de la formation du personnel de santé maternelle infantile afin de répondre aux besoins de compétences des services de santé (meilleurs traitements, personnel compétent) et prioriser les politiques de **formation, de recrutement et de fidélisation des personnels de santé** afin d'assurer une couverture effective des services de santé maternelle et infantile.
- **Manque d'entretien des infrastructures et disponibilité des équipements et outils de travail :**
 - ⇒ **Pour les CS/DS** : Il est nécessaire de poursuivre les efforts dans la réhabilitation des infrastructures des FOSA, afin de garantir une meilleure qualité de soins, qui doivent être soutenus pour assurer leur durabilité.
 - ⇒ **Pour les CS/DS** : Prévoir des moyens financiers et un accompagnement réguliers pour que les interventions et structures communautaires soient mises en œuvre à long terme.

Références

1. **Mayring P**, *Qualitative inhaltsanalyse*, in *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*. 2010, Springer. 601-613.
2. **Ministère de la Santé Publique**, *Annuaire des statistiques sanitaires de 2017*.
3. **Ministère de la Santé Publique**, *Plan national de développement sanitaire 2018-2022*
4. **Ministère de la Santé Publique**, *Rapport enquête SARA 2015*
5. **Ministère en Charge du Plan**, *Rapport des enquêtes EDST 1-1996/1997, EDST 2 – 2004, ET EDS/MICS 2014/2015*
6. **Ministère de la Santé Publique**, *Rapport d'enquête sur la couverture vaccinale au Tchad. 2017*

Annexes

A.1 Protocole d'étude

Voir document séparé :

Leaders et autorités

Dimension	Résumé Nomade	Résumé village	Résumé global
1. Responsabilité			
Information (activités, micro plan, difficulté et, compte rendu de la gestion)	La population reçoit aucune information sur les activités et difficultés des CS, a part lors de la construction d'un nouveau CS. Le plan annuel d'activité est largement inconnu à part dans un campement, ils disent qu'il est connu pour la vaccination poliomyélite. Juste dans un campement un compte rendu de la gestion est fait annuellement, sinon ça n'existe pas du tout.	La population reçoit très peu d'information, juste parfois pour la vaccination de rougeole, en cas de rupture de médicaments, ou de problèmes de salaire du personnel. Le plan annuel d'activité est complètement inconnu à part dans un village, le micro plan est présenté lors des AG. Dans deux villages ils disent qu'ils sont informés en cas de la mauvaise gestion du RCS. Juste dans un village un compte rendu de la gestion est fait lors des AG, sinon ça n'existe pas du tout.	Généralement, la population est très mal informés sur les activités et la gestion du CS, surtout la population nomade. L'information se limite à la construction de nouveau CS. Dans certains villages sédentaires, l'information donnée se limite sur la rupture de médicaments, le problème de salaire du personnel de santé, informations sur la vaccination de rougeole, ou en cas de difficulté - sur la mauvaise gestion du RCS (2 villages). Le plan annuel d'activité est complètement inconnu parmi les deux populations (à part dans un campement concernant la vaccination et dans un village sédentaire à travers des AG). Aucun compte rendu sur la gestion est faite, à part dans un campement et un village sédentaire.
Implication des COSAN/ association communautaires dans l'élaboration de plans annuels d'activités	Il n'y a aucune implication par la communauté, pas de connaissance de la COSAN: "c'est vous qui nous parlez pour la première fois du COSAN et nous ne savons pas de quoi il s'agit". Seul implication dans un campement et lors de la collecte pour la construction.	Très mixte - une partie des répondants dit qu'ils ne savent pas ce que sont les COSAN: "nous ne sommes ni informer, ni consulter dans aucune situation"; l'autre partie dit que oui tout le monde est impliqué, "même les chefs religieux et les leaders".	Parmi la population nomade, il n'y a aucune implication par la COSAN, vu qu'ils ne la connaissent pas et ne savent pas de quoi il s'agit. Parmi la population sédentaire - c'est très mélangé; dans la moitié des villages il y a une implication à travers des COSAN.
Possibilité de faire des suggestions au plan et prise-en compte des suggestions	Ne savent pas, vu qu'il n'y a pas de connaissance sur l'existence du plan annuel ni les activités de COSAN	Pas de réponse pour la plupart - dans deux villages, des suggestions sont prises en compte, mais "les propositions sont là mais la réalisation n'est pas effective dû au manque de moyen"	Aucune idée parmi la population nomade, vu qu'il n'y a pas de connaissance sur l'existence d'un plan annuel, ni sur les activités de COSAN. Parmi la population sédentaire, que dans deux villages des suggestions sont pris en compte mais souvent pas réalisé.
2. Equité			
Prise en compte/ respect de l'identité culturelle	Réponses mixte parmi les différents campements nomades: certains disent qu'il y a une discrimination de la ville vs. les campements, et une différence de prix pour les nouveaux vs. anciens patients, mais la plupart dit aussi que: "pas d'argents pas de soins"	Pas de différence - ordre d'arrivée, sauf exceptions "si le patient parle français, il est rapidement pris en charge"; ou "si il a de l'argent"; "ou en cas d'urgence".	La population nomade ressent une discrimination comparée avec "les gens de la ville", et entre les nouveau et les anciens patients. Pour la pop sédentaire il y a pas de différence sauf en cas d'exception, p.ex. si "le patient parle français", "en cas d'urgence", "si il y a de l'argent" - dans ces cas ils sont plus rapidement pris en charge.

<p>Prise en compte en priorité des différent groupe de la population (les femmes et les enfants; les personnes handicapées, les démunies, les populations éloignées)</p>	<p>Généralement, il n'y a pas de prise en compte prioritaires pour les différent groupes de la population parmi la population nomade. Dans deux campements, les femmes et les enfants ont la priorité - mais sinon c'est toujours l'ordre d'arrivée qui compte. Les personnes handicapées ne font pas objet d'une prise en charge particulière, sauf en cas d'urgence. Il existe peu de cas ou les soins et la prise en compte se font en fonction de l'argent des patients. Les populations éloignées ne sont pas prise en compte (pas de visite des agents de santé, tarif de déplacement pour l'ambulance très haut).</p>	<p>Parmi la population sédentaire, il n'y a pas de différence, c'est l'ordre d'arrivée, exception pour les blessées (cas d'urgence). Juste dans un village, il y a le soutien par la communauté pour les personnes handicapées: "les chefs de carré et villages ont apporté de l'assistance et ont pris en charge des frais médicaux". Pour les populations éloignées il n'y a pas de prise en compte particulière, sauf dans un village, ils peuvent des fois passer la nuit dans les salles d'observations.</p>	<p>Majoritairement c'est l'ordre d'arrivée qui est le facteur plus important de pris en compte, à part les cas d'urgence/ pour les blessés. Parmi la population nomade, dans certains cas, les femmes et les enfants ont la priorité. Dans un village sédentaire la communauté aide les démunies, mais souvent les soins sont faits aussi « en fonction de l'argent ». Concernant les populations éloignées, ils ne sont pas particulièrement pris en compte (pas de soutien financier pour le transport, que dans un village sédentaire/CS ils peuvent des fois passer la nuit). Les personnes handicapées ne font pas objet d'une prise en charge particulière parmi la population nomade. Juste dans un village, il y a le soutien par la communauté pour les personnes handicapées: "les chefs de carré et villages ont apporté de l'assistance et ont pris en charge des frais médicaux".</p>
<p>3. Efficacité</p>			
<p>Qualité du diagnostic/ des traitements (qualité des consultations, écoute des patients, compétence du personnel, disponibilité des médicaments et efficacité du traitement)</p>	<p>Les consultations, les diagnostics et les traitements données sont plutôt de mauvaise qualité, "on donne que traitement de palu quel que soit ton problème de santé" et il y a un manque de matériels de diagnostic et de traitements. Pour une majorité, les médicaments donnés ne soulagent pas (médicaments périmés) et que dans certain cas ils aident, mais "parfois avec coïncidences d'abord que tu seras guérit. Ça aussi dépend de la volonté de Dieux...". La plupart des répondants ne savent pas si les médicaments sont toujours disponibles, a part pour les médicaments de palu; pour les traitements des femmes - il manque souvent des médicaments: il a amené sa femme au CS pour accouchée, et par manque de médicaments, elle a été référer à l'hôpital d'Ati. En route, sa femme est morte". Concernant l'écoute des patients par le personnel de santé, les réponses sont mixte, quelques-uns disent oui et d'autres non dû au manque de temps, de personnel qualifié, d'explication du diagnostic, mauvais accueil du personnel. Le personnel de santé est souvent absent et peu qualifié ou absent, mais la plupart des répondants ne</p>	<p>Les consultations sont plutôt de mauvaise qualité au CS (pas de laboratoire d'analyse, examen de consultation superficielles) et les traitements donnés sont mauvais « même médicament pour toutes les maladies...". Une partie des répondent disent que la qualité de l'écoute et des soins des patients sont bon "si tu as de l'argent", sinon ils trouvent que les patients ne sont pas suffisamment écoutés et que les soins ne permettent pas de guérir. A part dans un village, tous les participants disent qu'il y a un- manque de médicament de bonne qualité: "plupart des gens se font soigner chez les docteurs chouchou, ils nous sauvent beaucoup mieux que le personnel de CS et nous soignent souvent à crédit. Ils répondent rapidement à notre sollicitation même étant à 40km de nous...". La plupart des répondants trouve que le personnel de santé est pas suffisamment qualifié: "il te prennent juste la température, puis te donnent l'ordonnance- il n'y a ni examen de selle, d'urine ni de salive."</p>	<p>Parmi les deux groupes, la qualité des consultations, du diagnostic et des traitements de données est évaluée largement négativement, dû au manque d'équipements, d'infrastructures et de diagnostiques, manque de personnel qualifié/compétents et de temps d'écoute, et dû au manque de médicaments de bonne qualité. Parmi les répondants de la population nomade, la disponibilité des médicaments est moins connue (à part pour les médicaments contre le paludisme qui est assez disponible), par contre pour la population sédentaire il manque de médicaments de bonne qualité. Parmi les répondants de la population sédentaire, si les patients ont de l'argent, les soins et médicaments fournis peuvent aider à guérir, mais sinon ils sont plutôt inefficaces.</p>

	sait pas si le personnel est bien qualifié ("Dieux seul sait...")		
Entretien de l'infrastructure et disponibilité des équipements et outils de travail	La majorité des répondants parmi les autorités nomades disent que les infrastructures sont bien entretenues, par contre les accessoires et outils manquent ou sont souvent mal entretenues.	Les réponses sont mixtes, une partie trouvent qu'elles sont bien entretenues, et une partie pense que les infrastructures sont en mauvais état, manque d'hygiène ("les toilettes sont toujours sales, pas d'eau de boisson", et manque de frigo pour les vaccins	Mixte parmi les deux groupes concernent l'entretien de l'infrastructure, et une majorité des répondants des deux groupes disent que les équipement et outils de travail manquent ou sont en mauvais état.
Accès aux services de santé par la population, organisation des stratégies avancées	L'accès au CS est plutôt trop loin, et les stratégies avancées sont organisées que pour la vaccination poliomyélite pour les enfants et rien d'autre - ne permettent pas de toucher la population en dehors des campements.	Oui pour la majorité des répondants l'accès au CS est bon à part en saison pluvieuse, et sauf pour un village ou c'est trop loin et manque de moyen de transport. Dépendent des villages, les stratégies avancées permettent de toucher la population plus éloignée surtout pour la vaccination de routine, "dans certains les agents de santé partent jusqu'à 40km pour faire leur travail."; mais dans d'autre ceci n'est pas possible ou pas de réponse.	Surtout pour la pop nomade les CS sont trop loin, et les stratégies avancées pas régulièrement organisée sauf pour les campagnes de vaccination - et les campagnes de vaccination permettent de toucher la population plus éloignées; pour la pop sédentaire les CS sont plutôt bien accessible sauf en saison de pluie (pour un village); et pour un autre dû au manque de transport. Concernant les stratégies avancées ceci dépend des villages, certains endroits oui à travers des campagnes et d'autres pas possible d'atteindre la population éloignée.
4. Transparence			
Connaissance des services offerts au CS (réglementation en vigueur, PMA)	Mixte, certains disent oui - ce sont les soins et visites pour les femmes enceinte ou les examens de palu (thermomètre), et d'autre disent non - pas de connaissance sur les PMA- "les services se basent que sur l'argent"	Plutôt mal informée par rapport au services PMA – l'hôpital/CS est très loin - "nous nous soignons avec les docteur choucou"; "nous sommes vieux et analphabètes"; "le personnel du CS priorisent que l'argent - les services de soins dépendent de l'argent"; "nous sommes des ignorants et ne savent pas ce qu'ils font - mais je pense que c'est du commerce"; juste dans un village- la pop est informé à travers des COSAN.	Parmi la pop nomade, certains disent qu'ils sont bien informés et que les services incluent des visites pour les femmes enceintes, ou les examens de paludisme; mais une grande partie dit aussi qu'ils n'ont pas de connaissance sur les services et que ceci dépendent de l'argent. Parmi la pop sédentaire, ils sont plutôt mal informés par rapport au services PMA - les CS sont trop loin, ils se soignent avec les docteurs choukou, que l'argent qui compte, ou l'analphabétisme rend l'information difficile. Qu'un village dit qu'ils sont informé à travers la COSAN.
Information de la population en cas d'interruption de certains services	Non, que les répondants dans un campement ont dit que parfois oui, ils sont informés.	Majorité non, que dans un village oui.	Majorité n'est pas informé, que les répondants d'un campement et d'un village sédentaire ont dit oui.

Visibilité de tarifs des prestations et des médicaments au public et applications de ces tarifs	Non, aucune visibilité des prestations et des médicaments ou "tout est écrit en français et on ne comprend pas". Concernant l'application des tarifs, l'opinion est très mélangée: certains disent que oui, ce sont les mêmes mais ça dépend selon la maladie, les autres disent que non, "nous ne connaissons pas les couts des médicaments, on achète sur ordonnance"	Tous à part un village dit que non, c'est "le contenu de l'ordonnance qui nous renseigne", ou "parce que nous sommes analphabètes qui ne savent ni lire ni écrire"; que dans un village les tarifs sont affichées. Concernant l'application des tarifs, la plupart ne sait pas ou pensent que pas - à part dans un village l'opinion est oui qu'ils sont appliqués.	Parmi la pop nomade et sédentaire, il n'y a aucune visibilité - juste dans un village sédentaire les tarifs sont affichés. Concernant l'application des tarifs, l'opinion est mélangée surtout pour les répondants des autorités nomades - certains disent que oui se sont les mêmes, d'autres disent que ça dépend de la maladie. Parmi la pop sédentaire, la plupart ne sait pas ou pense que non.
5. Participation			
Implication de la population dans la gestion et suggestions pour la contribution	Aucune implication et ne savent pas comment être impliqué, vu qu'ils ne sont pas impliqués dans la gestions (à part pour la construction de nouveau CS - collecte de fonds)	Juste dans un village il y a une information tous les 6 mois lors de l'AG, mais sinon aucune implication	Parmi les deux groupes, il n'y a pas d'implication et ils ne savent pas comment être mieux impliqué vu qu'ils ne sont pas appelés à contribuer (sauf dans un village sédentaire lors des AG tous les 6 mois).

Femmes

Dimension	Résumé Nomade	Résumé village	Résumé global
2. Equité (Accès, prise en charge, planification, stigmatisation)			
Accès et temps compté pour une visite au CS (y compris déplacement)	Tous ont un CS fonctionnel. La majorité ne sait pas combien de temps ça prend pour le déplacement et la visite - ça dépend, selon l'attente et peut aller jusqu'à 10h.	Tous ont un CS fonctionnel. Le temps de déplacement et d'attente varie entre 2h-11h.	Tous ont un CS fonctionnel. La majorité de la population nomade ne sait pas combien de temps ça prend (peut aller jusqu' à 10h) - pour la population sédentaire le temps de déplacement et d'attente varie entre 2h-11h.
Prise-en charge (quels services sont gratuits et utilisation des services préventifs)	Tout est payant. Les répondantes parmi la population nomade ne vont jamais examiner leur état de santé s'il ne s'agit pas de maladie.	Pour la majorité, aucun service n'est gratuit. Sauf les répondantes d'un village disent que l'accouchement, la planification familiale, la vaccination, traitement de palu et les premiers soins sont gratuits. Jamais les femmes parmi la population sédentaire vont se faire examiner pour les soins préventifs, à part dans un village les femmes disent pour la planification familiale et la vaccination.	Pour la majorité des populations nomades et sédentaires aucun service n'est gratuit. Sauf les répondantes d'un village disent que l'accouchement, la planification familiale, la vaccination, traitement de palu et les premiers soins sont gratuits. Les soins préventifs ne sont pas utilisés. Que dans un village, les femmes disent qu'elles y vont pour la planification familiale et la vaccination.
Pouvoir décisionnel - domaines de vie typiques où les hommes/ les femmes décident (y inclus nécessité de demander la permission)	L'homme décide sur toutes les domaines / totalité des décisions, y inclue les visites au CS pour la maladie des enfants et leurs soins: "la femme est sous la responsabilité du mari, l'homme fait tout et il décide - la femme exécute la décision". Pour la majorité des femme, une permission du mari est nécessaire à chaque situation avant de sortir du foyer: "Pour le déplacement, les sorties, toutes activités faites, pour les accouchements - cérémonies, visites au CS"	La plupart dit que la prise de toute décision est réservée aux homme "même pour partir à l'hôpital...c'est l'homme qui prend la décision de laisser son épouse partir" La femme doit toujours demander l'a permission à son mari: ""respecter son mari c'est l'informer de toute chose"; "en cas de visite au CS et de contraception elle doit absolument demander la permission"	Généralement, la prise de toute décision est réservée aux homme, la femme exécute la décision. La permission du mari est nécessaire pour toute activité en dehors du foyer - pour les pop. Nomades et les sédentaire, y inclus les visites au CS.
Rôle du téléphone mobile sur la prise de décision au sein du ménage	Pour toutes les femmes, c'est un moyen de renseignement en cas de maladie ou d'urgence quand le mari est absent	Le tel. est utile en cas d'absence du mari, pour l'informer en cas de maladie, il peut orienter à qui demander de l'argent pour les soins si nécessaires. Par contre, c'est un facteur de conflit, si une partie est infidèle.	Pour la majorité, c'est une aide en cas d'absence du mari pour l'informer en cas de maladie, ou en besoin de soutien d'argent. Ainsi c'est un facteur de conflit si une partie est infidèle.
Connaissance de la violence basée sur le genre (VGB)	N'existe pas, n'ont jamais vu	Ça existe mais de manière non-apparente. Il y a plusieurs exemples mentionnés: 'ai été victime - c'est ma voisine son mari la frappé, elle a fui pour venir derrière moi. Le mari la suivi encore pour la frappé, en les séparant, j'ai reçu un coup"...	Selon les répondantes de la population nomade, la VGB n'existe pas. Parmi la pop. Sédentaire, c'est un fait récurrent.

<p>Connaissance (avoir entendu) des méthodes contraceptifs utilisés par les femmes et les hommes (i), connaissances des structures et des services de conseil (ii), et utilisation dans la communauté (iii)</p>	<p>(i) A part les femmes d'un campement, toute ont déjà entendu parlé - surtout des comprimés et de l'injection. (ii) Au CS, service de la maternité - selon une répondante: "est l'homme qui part au CS pour demander cette méthode, mais ici à Lamka les gens ne prennent pas." (iii) Pour la majorité, ces méthodes ne sont pas répandu dans leur communauté</p>	<p>(i) La majorité dit qu'ils ont déjà entendu - mais qu'ils ne la pratiquent pas "Nos hommes ne songent pas à ça et veulent toujours avoir bbc d'enfants" (ii) Dans les CS et à l'hôpital. (iii) Pour la majorité, ces méthodes ne sont pas répandu, sauf dans un village la méthode d'implant est utilisé</p>	<p>(i) La majorité des femmes parmi la pop. Nomade est sédentaire ont en déjà entendu parler - mais ce n'est pas pratiqué. (ii) Toutes les femmes disent qu'elles peuvent se faire conseiller soit dans les CS ou à l'hôpital. (iii) Pour la majorité, ces méthodes ne sont pas répandu dans leur communauté.</p>
<p>Connaissances des situations de stigmatisations à cause d'une maladie gynécologique (i), victimisation (ii), manifestations (iii), impacte sur les malades/victimes (iv), soutien moral (v), accès à l'aide (vi), sensibilisations (vii), suggestions pour éradiquer la stigmatisation</p>	<p>(i) La plupart des femmes disent qu'elles ne connaissent pas cette stigmatisation à cause d'une maladie gynécologique - une partie dit qu'elles ont déjà entendu parlé et que c'est après la grossesse - si elles sont mal traités, des travaux trop forcés ou à cause de la saleté. (ii) Les réponses sont mixtes, certaines femmes restent acceptés par leurs communautés/ sans refus, et certaines se font refusé: "aucune personne ne eut d'elle, parce qu'elle dégage de l'odeur" (iii) La plupart n'a pas répondu. Certaines ont dit que c'est liée aux conditions après l'accouchement - "dû à l'huile de sécheresse qu'on nous distribue". (iv) Peu de réponse et sont mixtes, certaines femmes restent acceptés par leurs communautés/ sans refus, et certaines se font refusé: à cause de l'odeur ou: Difficulté que "son mari l'abandonne pour marier une autre femme" (v) Soutient par la famille et la communauté (vi) Aucun service, c'est la famille qui s'occupe de la prise-en-charge et il faut de l'argent pour les médicaments (vii) Aucune sensibilisation (viii) Pas de suggestions à part un CS dans leur site/campement qui s'occupent d'elles</p>	<p>(i) Aucune stigmatisation par ces maladies, "nous prenons soins de nos malades" (ii) Pas de réponse - juste dans un village il y a des victimes de stigmatisation: elles sont abandonnés par les parents, "par ce qu'il dépensent suffisamment pour qu'il trouve la santé" (iii) Pas de réponse parmi les femmes sédentaires. (iv) Juste une réponse parmi les femmes d'un village sédentaires, elles sont abandonnés par les parents et n'arrivent pas à retenir la vessie - pissent sur eux-mêmes malgré que ce sont des mamans (v) aucune réponse. (vi) aucune réponse. (vii) Que dans un village, la COSAN fait la sensibilisation, sinon ça n'existe pas. (viii) Pas de suggestions à part des recommandations générales pour une amélioration des soins ont été faites.</p>	<p>(i) La majorité des femmes disent qu'elles ne connaissent pas la stigmatisation à cause d'une maladie gynécologique (ii) Les réponses sont mixtes - surtout parmi la population nomade, certaines femmes restent acceptés par leurs communautés/ sans refus, et certaines se font refusé" (iii) La plupart des femmes n'ont pas répondu à cette question, surtout parmi les sédentaires. Parmi la population nomade, certaines ont dit que c'est lié aux conditions après l'accouchement. (iv) La plupart des femmes n'a pas répondu à cette question. Parmi celles qui ont répondu, les réponses sont mixtes - certaines femmes restent acceptés par leurs communautés/ sans refus, et certaines se font refuser/ sont abandonnées. (v) Soutient par la famille et la communauté parmi la pop. Nomade, aucune réponse des femmes sédentaires. (vi) Parmi la pop. Nomade, c'est la famille qui s'occupe de la prise-en-charge et il faut de l'argent pour les médicaments. (vii) Aucune sensibilisation (à part dans un village sédentaire par la COSAN) (viii) Pas de suggestions à part un CS dans leur site/campement qui s'occupent d'elles, ou des recommandations générales pour améliorer la qualité des soins.</p>
<p>3. Efficacité (santé de la mère, satisfaction)</p>			

Difficulté et faiblesses du service de la santé de reproduction et suggestion pour améliorer sa qualité	Aucune réponse - vu qu'elle ne fréquentent pas le service	Un CS dans le village avec un service de reproduction gratuit, une meilleur infrastructure/équipements, outils de travail dans les CS existent	Parmi la pop. Nomade, il n'y a eu aucune suggestion vue qu'elles ne fréquent pas ce service/ou pas existent, parmi la pop. Sédentaire, un nouveau CS dans la communauté et une meilleure qualité des soins est suggérée.
Satisfaction des services obtenues (qu'est-ce qui était bien, pas bien, qu'est-ce que pourrait être amélioré - prise en charge, accueil, compétence du personnel, couts, etc.)	Mixte: la moitié ne sait pas vue qu'il faut de l'argent pour se faire traiter; pour les autres, les services ne sont pas satisfaisants - il manque du personnel compétent, des médicaments et produits de bonne qualité, un meilleur traitement, des ambulances pour les cas d'urgence, meilleures équipements et outils de travail	Mixte, la moitié trouve que les services sont bons, l'autre moitié ddt qu'il manque des médicaments, manque tout est payant et coute trop cher, les CS sont trop loin et personnel incompetent.	Mixte, la moitié trouve que les services sont bons ou ne sait pas vue que jamais utilisé (pop. Nomade), l'autre moitié dit qu'il manque des médicaments, moque tout est payant et coute trop cher, les CS sont trop loin et personnel incompetent.
4. Transparence (infrastructure, transparence)			
Avez-vous déjà reçu de l'information ou une mise à jour du comité de santé (COSAN) ou du comité de gestion (COGES) au sujet d'une réunion avec le personnel du Centre de santé ?	Aucune info sur COGES/COSAN	Ne connaissent pas COGES/COSAN appart dans un village sédentaire	Aucune connaissance sur COGES/COSAN appart dans un village sédentaire
Est-ce qu'on vous a demandé de payer pour les services reçus ? Est-ce que vous vous sentez parfois obligé de faire des cadeaux (monétaire ou non-monétaire) au personnel de santé ?	Plutôt non, a part pour les médicaments et comprimés Non ou les cadeaux sont volontaires	Les services sont gratuits mais il faut payer pour le carnet et les médicaments. Non	Les services sont gratuits mais il faut payer pour le carnet et les médicaments. Pas de cadeaux sont nécessaires parmi la pop. nomade certaines disent que les cadeaux sont volontaires.
5. Participation (satisfaction)			
Possibilité d'influencer la planification de la santé par la communauté à travers le COSAN	Pour la majorité non (sauf 1 campement), parce que ne savent pas ce que c'est le COSAN, n'ont aucune information ni implication	Non, ne savent pas ce que c'est le COSAN a part dans un village.	Pour la majorité non (sauf 1 campement et 1 village), parce que ne savent pas ce que c'est le COSAN, n'ont aucune information ni implication

Hommes

Dimension	Résumé Nomade	Résumé village	Résumé global
2. Equité (Infrastructure, accès, prise en charge, planification familiale)			
Accès et temps compté pour une visite au CS (y compris déplacement)	Tous ont un CS fonctionnel Le temps de déplacement varie entre 30min et 5h, le temps d'attente entre 1h-5h.	Tous ont un CS fonctionnel Le temps d'attente et de déplacement n'est pas clair.	Tous ont un CS fonctionnel Le temps de déplacement varie entre 30min et 5h, le temps d'attente entre 1h-5h pour la population nomade, pour la prolotion sédentaire ceci n'est pas clair.
Prise-en charge (quels services sont gratuits et utilisation des services préventifs)	Pas de services gratuits (même pour CPN et accouchements) - sauf vaccination poliomyélite (Aldjazira). Concernant l'utilisation des services de soins préventifs, peu d'homme vont voir leur état de santé, mais ceci se fait plutôt très rarement (il faut payer), juste un répondant a dit pour mesurer le poids et examen préventif - normalement les visites au CS se font que en cas de maladie	Mixte: entre rien est gratuit, services pour les femmes enceintes qui sont gratuits et consultations qui sont gratuites. Les services de soins préventifs ne sont pas utilisés (à part une personne pour le dépistage et le conseil) - visite aux CS qu'en cas de maladie.	Pour la population nomade, aucun service est gratuit (même pour CPN et accouchements) - sauf dans un campement la vaccination poliomyélite; mixte pour les pop. Sédentaires - certains disent que les services maternels sont gratuits et les consultations aussi. Visite de CS juste en cas de maladie, très rarement pour le dépistage, conseil, vérification de poids - (souvent c'est payant)
Pouvoir décisionnel - domaines de vie typiques où les hommes/ les femmes décident (y inclus nécessité de demander la permission)	Homme s'occupe de la prise en charge familiale/du travail, de la santé des enfants et de leur femme (consultation CPN), la femme prépare à manger pour le ménage, s'occupe du foyer - "Toute décision émane que du pouvoir de l'homme, même s'il s'agit de la santé de sa femme". Pour toutes les femmes, il faut une permission pour toute sortie: "tous ce qu'elle doit faire, elle est appelée à demander la permission à son mari à savoir : cérémonies, voisines pour les saluer...pour aller chercher de l'eau, au marché, etc. - pour tous ces mouvements elle doit tjrs demander la permission."; parce que "nous avons une éducation qui nous permet de guider nos femmes"	Toute prise de décision est réservée aux hommes (cas de maladies/santé femme et enfant, déplacements, etc.). Toutes les femmes ont besoin d'une permission pour tout, "même si elle a de l'argent pour amener son enfant à l'hôpital - elle doit demander la permission"; "en cas de visite de CS et de contraception elle doit absolument demander"	Généralement, toute prise de décision est réservée aux hommes parmi la pop. Nomade et sédentaire - les hommes s'occupent de la prise en charge familiale - qui inclut la nourriture et la santé enfant/mère, du travail. La femme s'occupe du ménage sans pouvoir décisionnel. Pour toute sortie, les femmes doivent demander la permission de leurs maris.
Rôle du téléphone mobile sur la prise de décision au sein du ménage	Il est important en cas d'absence, pour avoir des nouvelles de la famille, information en cas de maladie. - inconvéient- objet d'infidélité (par la femme) dans le couple en cas d'absence du mari	Plutôt oui, information du mari en cas d'absence sur maladie - mais non, est utilisé pour l'infidélité des femmes	Pour les deux, plutôt oui - important en cas d'absence, pour avoir des nouvelles de la famille, information en cas de maladie. Inconvéient- objet d'infidélité (par la femme) dans le couple en cas d'absence du mari

Soins maternel - accouchement de leurs femmes (lieux, qui a décidé le choix du lieux, raisons pour le choix)	Mixte: moitié à la maison, l'autre moitié au CS; c'est plutôt les hommes qui décident	Mixte, maison et CS, plutôt CS - décidé par l'homme: c'est l'homme "qui doit prendre l'initiative - les femmes sont négligentes, il faut l'imposer pour aller au CS afin d'éviter des complications après"	Mixte pour les deux: moitié à la maison, l'autre moitié au CS; c'est plutôt les hommes qui décident sur le lieux
Connaissance de la violence basée sur le genre (VGB) (connaissance d'une personne qui a été confronté, a-t-elle reçu de l'aide, consultation d'un médecin ou autre professionnel de santé après un tel incidence)	Mixte, la moitié dit que jamais vu ou que ça n'existe plus - l'autre moitié dit que oui, "il y a des cas ou l'homme bat sa femme et vice versa mais après l'acte ils se rendent au CS"	C'est plutôt récurrent; - mais les gens ne veulent pas le dire.	Mixte parmi la pop. Nomade - certains disent que ça n'a jamais existé ou que ça n'existe plus, les autres disent qu'il y a des cas ou l'homme bat sa femme. Parmi les sédentaires, la VBG semblent être plus récurrent (ou reconnu) - mais surtout dû au mal comportement de la femme
Connaissance (avoir entendu) des méthodes contraceptifs utilisé par les femmes et les hommes (i), connaissances des structures et des services de conseil (ii), et utilisation dans la communauté (iii)	(i) Mixte - ceux qui ont entendu connaissent la méthode d'espacement de naissance de 2 ans, la méthode d'injection et les comprimés. (ii) Au CS, à l'hôpital et parfois au marché (iii) Pas répandu ou aucune info	(i) Tous ont déjà entendu, pas d'exemples données à part la planification familiale (ii) Au CS (iii) Plutôt pas répandu, sauf dans un village la méthode d'implant (javelle) - dans un autre, les hommes disent que les femmes ne veulent pas	(i) Parmi la pop. Nomade, il y a la moitié des communautés qui ne connaissent pas - l'autre moitié connaît la méthode d'espacement de naissance de 2 ans, la méthode d'injection et les comprimés. Parmi les sédentaires, tous ont déjà entendu parlé de la planification familiale - pas clair quelles méthodes ils connaissent. (ii) Majorité dit qu'au CS, à l'hôpital et au marché mentionné que par 1-2 personnes (iii) Parmi la majorité des campements nomades et communautés sédentaires, les méthodes contraceptifs ne sont pas répandues.
3. Efficacité (utilisation, satisfaction)			
Différences en termes de qualité des services entre les centres de santé qui sont utilisé d'habitude (si oui, lesquelles, qu'est-ce qui est bien, pas bien)	Différence entre CS et HD - ou on fait les examens, meilleures traitements, équipements, etc. Mais les traitements coutent aussi plus cher au HD, mais "la maladie ne connaît pas de pauvre ou de riche, il faut de l'argent pour se faire soigner"	Différence plutôt entre CS et HD - manque de personnel qualifié, équipements et outils de travail	Pour les deux, la différence existe surtout entre CS et HD - les CS ont un manque de personnel qualifié, équipements et outils de travail; les HD sont mieux équipés - meilleures infrastructures et meilleures compétence personnel et traitements.
Satisfaction des services obtenues (qu'est-ce qui était bien, pas bien, qu'est-ce que pourrait être amélioré - prise en charge, accueil, compétence du personnel, couts, etc.)	Plutôt non, dû au manque de personnel, absence du personnel, mauvais accueil, manque d'écoute et de compétence, manque d'équipements et d'infrastructures; difficulté liées au langages, médicaments pas disponible et couts de traitement trop élevé, mauvais traitements: "après la prise des comprimés, les malades vomissent sur place - ...qu'on nous apporte des Med. efficaces"	Plutôt satisfait mais manque de médicaments et d'outils de travail, accueil est plutôt mixte, manque de personnel et de l'argent pour les soins "si pas d'argent - pas de soins"	Plutôt non - il manque du personnel qualifié, manque d'équipements et d'infrastructures; médicaments pas disponible et couts de traitement trop élevé, mauvais traitements - mauvais diagnostiques
4. Transparence			

Information ou une mise à jour obtenu du COSAN ou COGES au sujet d'une réunion avec le personnel du Centre de santé ?	Aucune information sur COSAN et COGES, pas d'implication; sauf cotisation pour l'ouverture de nouveau CS (là les chefs de campements sont informées)	COGES, COSAN sont plutôt connu- mais plutôt manque d'information sur ce qui se passe aux réunions	Non - manque d'information sur ce qui se passe aux CS - aucune implication à part les cotisations
Est-ce qu'on vous a demandé de payer pour les services reçus ? Est-ce que vous vous sentez parfois obligé de faire des cadeaux (monétaire ou non-monétaire) au personnel de santé ?	Plutôt non - sauf pour les médicaments. Un répondent dit: "si la femme vient sans l'avis de son mari elle paie entre 500-1000f, mais si elle vient avec, c'est gratuit". Les cadeaux c'est plutôt volontaires - mais quelques-uns disent, qu'il en faut pour un traitement efficace "je lui donne de cadeau de mon propre gré pour le travail soit bien fait à mon égard"	Consultation est gratuite, médicaments sont payants. Concernant les cadeaux, c'est mixte - certains les font, les autres non.	Les consultations sont majoritairement gratuites, mais les médicaments, ordonnance sont payants. L'offre de cadeau au personnel de CS se fait, mais plutôt discrètement et volontairement parmi les deux groupes.
5. Participation (satisfaction)			
5.4 Croyez-vous que votre communauté à travers le COSAN ou d'autres associations représentatives a pu influencer la planification de la santé dans votre village/campement au cours de la dernière année ?	Non, il ne s'intéressent pas à la communauté - et ne les informent pas (sauf pour la cotisation)	Mixte - pas d'influence et un petit peu d'influence par la COSAN	Plutôt pas d'influence dans la planification de la santé dans les village/campement à travers la COSAN