



Direction du développement et de la coopération (DDC), Suisse

PROGRAMME D'APPUI AU DISTRICT SANITAIRE, PHASE 2 (PADS2)

Synthèse des résultats de l'étude d'impact

Contacts

Directeur du programme : Damien Revault, damien.revault@swisstph.ch

Coordinateur du programme : Dr. Jean Bernard Gbangou,
jeanbernard.gbangou@swisstph.ch

Coordinatrice d'étude : Monique Léchenne, monique.lechenne@swisstph.ch

Co-auteur de l'étude : Séraphin Madjadinan, Yaya Issaka, Jean-Pierre Gami, Mari Dumbaugh, Astrid Knoblauch, Oumar Ouattara

Date : 31.03.2023

I. Introduction

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 au 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 ». Le programme est mis en œuvre dans la province du Batha et du Moyen Chari. Pour la phase 2, il existe deux types d'appui au niveau des Districts Sanitaires (DS): Les DS du PADS phase I et leurs démembrements (Danamadji, Maro et Koumogo du Moyen Chari; et Yao et Alifa du Batha) ont reçu un appui « complet »; les autres DS de chaque province recevront un appui « partiel » limité à certaines activités. Dans le cadre de la mise en œuvre de la phase II du PADS, une enquête de base a été faite en Juin 2019. Cette enquête a permis d'avoir les données pour renseigner les indicateurs du cadre logique au démarrage du PADS 2. Ces indicateurs étaient suivis et appréciés à travers un système de suivi régulier mis en place. Pour compléter les données de ce suivi, une enquête de fin de phase s'est déroulée en Mai 2022. Les deux enquêtes combinées représentent l'étude d'impact du PADS 2. Le présent document synthétise les résultats de ce dite étude d'impact qui évalue la qualité et la gestion des services de santé à trois niveaux : Zone de responsabilité (Centres de santé) (partie 1), Districts Sanitaires (partie 2) et communautés sédentaires et nomades (partie 3).

II. Objectif :

L'objectif de cette étude est d'apprécier le niveau des indicateurs au cours de la phase 2 du PADS en comparant les résultats de l'enquête de base avec ceux de l'enquête de fin de phase. Cette étude d'impact constitue donc la revue finale des indicateurs au cours du PADS 2. En même temps, les résultats de cette étude constitueront la situation de référence dans le cadre du suivi et l'évaluation de la phase 3 du PADS. Les indicateurs qui sont mesurés et évalués par l'étude d'impact 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. L'étude d'impact, notamment la collecte et l'analyse de données de l'enquête de fin de phase prend en compte les effets et l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur les indicateurs du programme.

III. Méthodologie:

L'étude comprends trois niveaux de collecte de données : Le niveau des formations sanitaires (FOSA), le niveau des Districts Sanitaires (DS) et le niveau des communautés. L'approche méthodologique des niveaux FOSA et DS était uniquement quantitative (questionnaire). Par contre, la méthodologie pour le niveau communautaire était purement qualitative (discussion de groupe). La Figure 1 présente un aperçu des différents niveaux de collecte et la méthode d'échantillonnage de chaque niveau. Au niveau des FOSA, l'étude porte sur tous les CS fonctionnels des DS à appui complet (Yao et d'Alifa dans le Batha et Danamadji, Maro et Koumogo pour Moyen Chari). Parmi les districts d'appui partiel, deux étaient choisis par province afin de pouvoir comparer l'efficacité des interventions dans les districts choisis. Il s'agit du DS d'Ati dans le Batha et celui de Sarh dans le Moyen-Chari. Le choix des villages et campements était fait dans un DS à appui complet et un DS à appui partiel par province. Il s'agit de Yao et Ati pour le Batha et Danamadji et Sarh dans le Moyen Chari. Des questions

sur l'effet et l'impact de la pandémie COVID-19 ont été introduites au niveau CS et communautaire pour l'enquête de fin de phase.

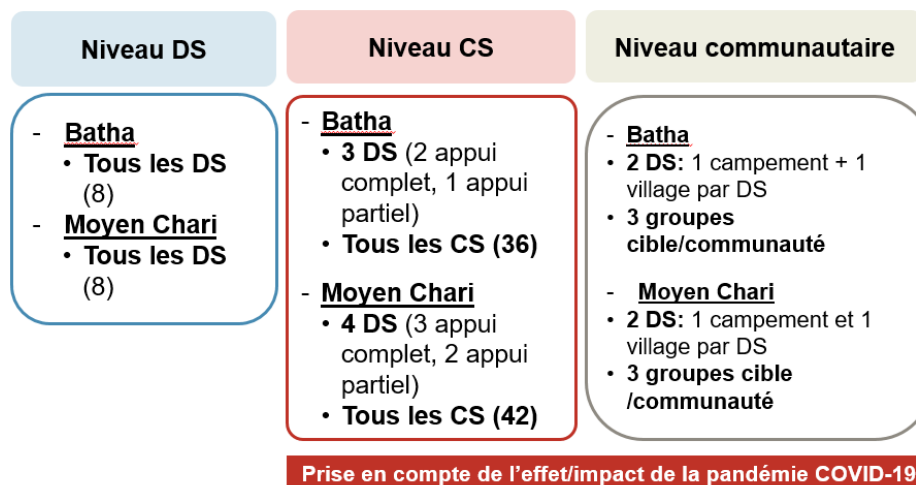


Figure 1: Niveau de collecte de données avec les précisions sur l'échantillonnage à chaque niveau.

Dans chaque niveau, la collecte des données et les résultats ont été classés selon les cinq dimensions de la gouvernance définies dans les instruments de la DDC: redevabilité, efficacité, équité (ou non-discrimination), transparence et participation.

Au niveau du DS, l'enquête visait à collecter des données par revue documentaire et sur la base des rapports mensuels d'activités (RMA) transmis par les CS au niveau supérieur (DS). En plus, des données sur la gestion et la qualité des services des soins des FOSA ont été collectées.

Au niveau communautaire, des entretiens de groupes ont été organisés avec trois groupes différents i) Femmes – âgées de 20 ans ou plus et mères des enfants de 0 à 5 ans; ii) Hommes ; iii) Représentants des autorités locales et traditionnelles – hommes et femmes). L'enquête communautaire a été effectuée dans deux DS de chaque province (Figure 1). Les communautés sédentaires (villages) et nomades (campements) sont restées les mêmes pour l'enquête de base et fin de phase.

IV. Résultats niveau FOSA :

Pour l'année 2022, l'analyse des données a été effectuée pour 78 centres de santé contre 67 en 2019. Le Tableau 1 présente le nombre des CS par province et appui comparé pour les deux enquêtes.

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

Seul un CS dans le DS de Sarh, province du Moyen Chari n'a pas de COGES. Il s'agit d'un CS confessionnel. Parmi les CS avec un COGES existant, 90% ont rapporté que ces COGES sont actifs. Ceci est une amélioration de 5% comparé à l'enquête de base. Tous les 7 CS avec COGES non actifs se trouvent dans des DS de la province du Moyen Chari. La **proportion des femmes** parmi les membres du COGES s'est aussi nettement améliorée. Notamment sur les COGES actifs on note que 65% ont un taux de femmes au-delà ou égal à 1/3 de leurs membres contre 61% en 2019 (Tableau 2). Cependant, seulement 6 CS dans le Moyen Chari ont un taux des femmes au-delà d'un tiers de leurs membres en 2022.

Tableau 1 : Participation des Centre de Santé à l'étude d'impact

Localisation des CS	Nombre 2019	Pourcentage [%] 2019	Nombre 2022	Pourcentage [%] 2022	Pourcentage de change **
Batha	34	50.1	36	46.1	6
Yao	18 ¹	26.9	18 ¹	23	0
Alifa	9	13.4	9	11.5	0
Ati*	7	10.5	9	11.5	28.5
Moyen Chari	33	49.2	42	53.8	27.3
Danamadji	9	13.4	10	13	11
Maro	6	9.0	11	14	83.3
Koumogo	6	9.0	7	9	16.7
Sarh*	12	17.9	14	18	16.7
Total	67	100%	78	100	16.4

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

*Districts Sanitaires qui bénéficient d'un appui provincial/partiel. Deux CS du DS d'Ati étaient inaccessibles lors de l'enquête de base.

Tableau 2 : Proportion des femmes parmi les membres COSAN et COGES en 2022 avec comparaison des données globales en 2019.

Indicateur	Batha		Moyen Chari		Total 2022		Total 2019	
	COGES	COSAN	COGES	COSAN	COGES	COSAN	COGES	COSAN
0 femmes parmi les membres	56%	37%	15%	15%	36%	26%	39%	27%
<=1/3 des femmes	44%	60%	68%	68%	56%	64%	53%	73%
>1/3-2/3 des femmes	0%	3%	18%	18%	9%	10%	8%	0%

Tous les CS des deux provinces, sauf 4 dans le DS de Sarh, rapportent que les COSAN existent, soit un total de 95% comparé au 88% de l'enquête de base. Cependant parmi les COSAN existants (74), 5 sont inactifs (1 dans la province du Batha et 4 dans la province du Moyen Chari). Sur le total de 78 CS, il y a donc 88.5% avec un COSAN actif. Similaire à la situation dans les COGES le taux des femmes est très bas avec 81% des COSAN ayant un taux égal ou inférieur à un tiers (Tableau 3). Seulement 14 COSAN dans le Moyen Chari et 2 dans le Batha arrivent à un taux de femmes supérieur à un tiers. Sur les 69 COSAN actifs, 65% comprennent à la fois **des éleveurs et agriculteurs**. Le meilleur résultat par rapport à l'intégration de ces deux groupes est rapporté par le DS d'Alifa avec uniquement 1 CS sur 9 (11%) qui ne compte pas de nomades parmi leurs membres. Les autres résultats concernant cet aspect sont présentés dans le Tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3 : Représentation des agriculteurs et éleveurs parmi les membres COSAN.

Province	District	Agriculteurs		Éleveurs		COSAN comprenant à la fois des agriculteurs et éleveurs		
		Moyen	min/ max	Moyen	min/ max	2022 Nbr. (%)	2019 Nbr. (%)	Augmentation %
Batha	Tous	13.4	0/30	6	0/20	28 (80)	11 (46)	34%
	Yao	10	0/28	3.6	0/13	12 (67)	7 (39)	28%
	Alifa	18	15/30	6.5	0/10	8 (89)	2 (22)	67%
	Ati	16	5/25	11	4/20	8 (100)	2 (29)	71%
Moyen Chari	Tous	14.5	0/30	2	0/13	15 (44)	5 (22)	22%
	Danamadji	14.5	4/26	2.3	0/9	6 (60)	4 (44)	16%
	Maro	15	0/30	1.4	0/4	5 (45)	1 (17)	28%
	Koumogo	20	3/29	2	0/6	4 (80)	0	80%
	Sarh	14	4/21	3	0/13	4 (50)	0	50%
Total		14.5	0/30	4.6	0/20	43 (62)	16 (34)	28%

Redevabilité/ Efficacité : aspects sur la gestion des CS

La moyenne du nombre de **supervision externe de routine** dans les CS au cours des 12 mois passés est de 11.5 visites en 2022 comparé à 6.7 en 2019. Lors de l'enquête de fin de phase, il a été noté que dans 69% des CS, la santé maternelle était incluse au moins dans chaque 2^{ième} visite de supervision de routine.

Tous les CS ont rapporté avoir **transmis à temps les trois derniers RMA** mensuellement en 2022. Concernant le rapport d'analyse, il y a une grande amélioration comparée à l'enquête de base avec 73% des CS disposant d'un rapport ou PV d'analyse des RMA contre 35.8% rapporté en 2019.

Lors de l'enquête de fin de phase, il a été trouvé que 39% des CS ont un **indice de recouvrement de coûts** compris entre 1. – 1.3, qui est considéré comme normal. 47% des CS ont rapporté un indice de recouvrement de coûts qui est moins de 1.1 et 15% ont un recouvrement supérieur à 1.3. La grande différence qui existait entre les deux provinces en 2019 où le Batha avait un taux très faible des CS avec un recouvrement considéré comme normal (15%) comparé au Moyen Chari (45.5%), n'est plus remarquable en 2022. Au contraire, en ce qui concerne les données de l'enquête de fin de phase, le Batha avec 42% des CS ayant un indice de recouvrement de coûts compris entre 1. – 1.3, dépasse le Moyen Chari avec 36%.

Equité : aspects sur la qualité de soins

Tous les CS, sauf deux (DS du Maro et du DS de Sarh), sont dotés de l'**ordinogramme** du MSPSN sur les soins curatifs en 2022. Dans 96% des cas il s'agit de la version 2020. Parmi les **guides** qui sont disponibles dans plus de 75% des CS sont : les guides pour la planification familiale, la vaccination de routine de l'enfant, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), le diagnostic et la prise en charge du paludisme, la prestation de conseil et de dépistage du VIH et la prise en charge du VIH/Sida.

Le guide sur le diagnostic et le traitement des IST qui était disponibles dans moins de 21% des CS pendant l'enquête de base est disponible dans 77% des CS pendant l'enquête de fin

de phase. Cependant, la disponibilité des guides pour la gestion des complications obstétricales et néonatales, l'avortement médicalisé, le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose, le traitement de la tuberculose multi résistante et le diagnostic et la prise en charge des maladies cardiovasculaires reste très faible (<20%). La majorité des guides (9) sont disponibles dans 50-75% des CS. En moyenne, un CS dispose de 13.5 guides sur les 24 (min 0, max. 23).

La comparaison de la **disponibilité des méthodes contraceptives** montre une amélioration significative au cours de la phase : En 2019, 80% des CS ont rapporté avoir une méthode contraceptive (soit par injection ou utilisation des préservatifs) comparé à 92.5% des CS disposant au moins une des deux méthodes en 2022. Cependant, la disponibilité des préservatifs est mieux (90%) que la disponibilité de Noristerat ou Depoprovera, ce qui est contraire à la situation rapportée en 2019. Dans l'ensemble, la disponibilité des contraceptives est meilleure dans le Batha que dans le Moyen Chari.

La **disponibilité des vaccins** utilisés dans le programme national élargi de vaccination (PEV) au niveau des CS est très bonne : BCG, Polio, VAR et VAA sont disponibles dans plus de 90% des CS. Pentavalent et VAT sont disponibles dans plus de 85% des CS. Comme en 2019, la disponibilité est nettement plus faible dans le Batha par rapport à la province du Moyen Chari. Cependant la différence est due à un seul vaccin, le pentavalent.

Pour comparer la **prise en charge de la diarrhée et du paludisme** au début et à la fin de la phase 2 PADS, il a été collecté et analysé une moyenne de 5 cas de chaque catégorie par CS lors des deux enquêtes.

Les signes cliniques ont été documentés dans 92% des cas de diarrhée en 2022 ; ce qui est une amélioration significative comparé à l'enquête de base (73%). Cependant, les examens physiques n'ont pas augmenté (26.6% en 2022 et 27% en 2019). Les examens parasitologiques des selles ont augmenté mais restent toujours très bas (de 2.7% en 2019 à 3.4% en 2022 et 2.6%). Le traitement avec un soluté de réhydratation orale (SRO) était recommandé dans 68.5% et des prescriptions étaient faites dans 96% en 2022. Dans les deux cas, il s'agit d'une amélioration significative comparé aux données de l'enquête de base avec 61.3% des cas traités avec SRO et 91.4% des cas bénéficiant d'une prescription. Comme en 2019, le produit le plus prescrit est le Métronidazole (57%) suivi par un vermifuge (20.5%) et Cotrimoxazole (18%).

Parmi les patients considérés comme cas de paludisme, pour 73%, l'examen physique a été documenté en 2022. Ceci est une grande amélioration comparée à l'enquête de base où seulement 52% des cas avaient un examen physique documenté. Il est à noter que l'examen physique est significativement moins fait dans la province du Moyen Chari, et parmi les patients de la classe d'âge de moins de 5 ans. Au niveau des symptômes, il n'y a pas de différence remarquable entre l'enquête de base et l'enquête de fin de phase, le taux de rapportage reste autour de 96%. Cependant, les symptômes sont significativement moins documentés dans la classe d'âge de moins de 5 ans. Pour 92.2% des cas, un test sanguin de dépistage a été fait en 2022 et en général, le Test de Diagnostic Rapide (TDR) (88%) était utilisé. Pour presque tous les cas recensés lors de l'enquête de fin de phase, un diagnostic clinique a été fait (99%) et des antipaludiques ont été prescrits pour 88% des patients ; ce qui est significativement moins qu'en 2019 où le taux était de 70%. Les prescriptions sont aussi significativement moins fournies dans le Moyen Chari qu'au Batha. En plus, le dosage de l'antipaludéen prescrit est significativement moins conforme dans la province du Moyen Chari et dans la classe d'âge des plus de 5ans.

V. Résultats niveau DS

Pour rappel, en 2019, l'analyse des données a été effectuée dans 12 DS, en raison de 6 par province et dans 16 DS en raison de 8 par province en 2022. En effet, chacune des deux provinces a vu quelques-uns de ces anciens districts scinder en deux.

Redevabilité/ Efficacité : Aspects sur la gestion des FOSA

Pour les formations sanitaires des deux provinces, tous les districts, sauf Biobé, ont indiqué que les CS ont transmis à temps leurs **inventaires mensuels des médicaments et leurs rapports financiers** pour le premier trimestre (janvier-mars 2022).

Notons qu'il y a des progrès significatifs dans la province du Moyen Chari par rapport à ce volet (Tableau 4), au regard de l'étude de base de 2019.

Tableau 4: % de FOSA ayant transmis à temps leurs inventaires des médicaments et rapports financiers.

Indicateur	Batha		Moyen Chari	
	2022	2019	2022	2019
Inventaires des médicaments	100%	99%	100%	82%
Rapports financiers	100%	98%	99%	73%

Les données collectées au niveau DS supportent les résultats positifs du niveau FOSA concernant l'indicateur du **recouvrement des coûts**. En effet, le Batha est passé de 17% en 2019 à 25% en 2022 et le Moyen Chari de 40% en 2019 à 56% en 2022. Le manque de rationalisation dans la prescription des médicaments selon les ordinogrammes et le non-respect de la marge bénéficiaire ont entraîné des taux de recouvrement importants dans certains CS. Un recadrage par les équipes cadres à tous les niveaux est donc nécessaire lors des supervisions de ces CS.

Concernant le volet des **activités du paquet organisationnel minimum (POM) prévues et réalisées**, une amélioration est à signaler (Tableau 5) par rapport au nombre de supervisions réalisées par l'ECD au cours du 1^{er} trimestre 2019 comparé au 1^{er} trimestre 2022. En effet, le Batha est passé de 74% à 100% et le Moyen Chari est passé de 60% à 87%. Notons que les districts du Batha ont exécuté à 100% les activités de supervisions intégrées, par contre le Moyen Chari, bien qu'il y ait eu un progrès, se trouve à 87 %.

Concernant les **missions de monitoring**, les ECD de presque tous les DS du Batha en ont effectué. Ceci n'est pas le cas pour les DS du Moyen Chari où par exemple dans le DS de Biobé, aucune mission de monitoring pour le 1^{er} trimestre 2022 n'a été réalisée.

En ce qui concerne le **conseil de santé départemental**, cela n'a pas pu être tenu à 100% dans les districts étant donné que cette activité se réalise semestriellement, c'est pourquoi la plupart des districts ont planifié cette activité en juin ; ce qui rend les données faibles puisque l'enquête de fin de phase a eu lieu en Mai. Le Batha totalise une moyenne de 50% et le Moyen Chari 38%. Mais comparativement au 1^{er} trimestre 2019, le Batha gagne 33 points et le Moyen Chari, 21 points (Tableau 5).

Tableau 5 : % des activités du paquet organisationnel minimum (POM) prévues et réalisées (supervision, réunion du comité directeur, monitoring, conseil).

Indicateur	Batha		Moyen Chari	
	2022	2019	2022	2019
Supervision	100%	74%	87%	60%
Monitoring	100%	100%	88%	33%
Comité Directeur	63%	78%	38%	39%
Conseil de Santé	50%	17%	38%	17%

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

Le taux de **consultation curative** varie selon les tranches d'âge, le sexe (en pour les adultes) et les provinces (Tableau 6). Cependant, le taux d'utilisation parmi les femmes de 15 ans et plus, reste toujours faible malgré l'augmentation au niveau des deux provinces. Le Batha gagne 5 points (25% en 2019 contre 30% en 2022) et le Moyen Chari gagne 1 point (31% en 2019 contre 32% en 2022). Par contre, le taux d'utilisation parmi les enfants de 0 à 11 mois a chuté pour les deux provinces. Le Batha et le Moyen Chari régressent de 3 à 4 points (Batha 46% en 2019 vs 49% 2022 et le MC 71% en 2019 vs 67% 2022). Quant au reste des tranches d'âge, une amélioration y est constatée d'une manière générale. La faiblesse relative des taux d'utilisation des soins curatifs est probablement due à l'absence d'un mécanisme de tiers payant généralisé, au manque de stratégies adaptées de sensibilisation de la communauté sur l'importance de l'utilisation des services de santé, la répartition inégale en ressources humaines de qualité, le personnel communautaire non qualifié en nombre plus important dans les districts et les zones d'accès difficiles et insulaires et la grandeur des zones de responsabilité avec un accès difficile.

Tableau 6 : Taux d'utilisation des consultations curatives par sexe chez les adultes et par tranche d'âge chez les enfants selon les provinces.

Indicateur	Batha		Moyen Chari	
	2022	2019	2022	2019
0-11 mois	46%	49%	67%	71%
1-4 ans	37%	36%	28%	24%
5-14 ans	18%	10%	9%	10%
15 ans et plus femmes	30%	25%	32%	31%
15 ans et plus hommes	23%	15%	20%	17%

Le **taux de couverture vaccinale** des enfants de 0-11 mois a considérablement évolué, pour tous les vaccins surtout pour la province du Batha (Tableau 7). Malgré les grands efforts entrepris, on remarque que c'est la couverture vaccinale en BCG qui a atteint la norme nationale de couverture de 90% fixée par le Ministère de la Santé Publique et de la Prévention pour les deux provinces à la fois et le Penta pour le Batha.

Tableau 7 : Taux de couverture vaccinale (BCG, Penta3, VAR) chez les nomades et les sédentaires (0-11 mois).

Vaccin	Batha		Moyen Chari	
	2022	2019	2022	2019
BCG	112%	19%	95%	70%
Penta 3	95%	19%	85%	71%
VAR	84%	18%	79%	55%

Les taux de **consultation prénatale** (CPN1) des DS dans les deux provinces ont progressé significativement (Tableau 8) : le Batha gagne 32 points et le Moyen Chari, 15 points; le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié a aussi progressé dans les deux provinces, notamment au Batha qui gagne 14 points et au Moyen Chari qui gagne 12 points (Tableau 7).

Tableau 8 : Taux d'accouchements assistés dans les CS et % de la CPN 1.

Indicateur	Batha		Moyen-Chari	
	2022	2019	2022	2019
Accouchements assistés au CS	29%	15%	31%	19%
Consultation prénatale (CPN1)	90%	58%	83%	68%

La planification familiale à l'aide de la **contraception** reste toujours faible dans les deux provinces malgré de multiples appuis du programme. À cet effet, notons que les districts à appui partiel ne bénéficient pas d'un appui sur tout le paquet d'activités dans leurs FOSA, ce qui rend la moyenne provinciale faible. Aussi, la moyenne au Batha a-t-elle progressé de 1% en 2019 à 11% en 2022 mais régressé au Moyen Chari avec une perte de 14 points, 23% en 2019 à 9% en 2022.

Durant l'enquête de base en 2019, il a été constaté que les activités de **promotion de la santé reproductive** étaient très faibles dans le Moyen Chari avec une moyenne de 2% et inexistante dans le Batha avec 0%. En 2022, les résultats de l'étude de fin de phase soulignent des progrès dans ce cadre et ce, à la fois dans les deux provinces avec un avantage considérable pour le Moyen Chari qui passe à 45% et seulement 5% pour le Batha. Il faut noter que, dans la pratique, cette activité de promotion de santé de reproduction est réalisée dans les FOSA mais n'est pas véritablement rapportée par les responsables de cette activité. Toutefois, la promotion de la santé reproductive est aussi faite dans les deux provinces par le canal des radios communautaires au travers d'un protocole d'entente spécifique signé entre elles et le PADS.

VI. Résultats niveau communautaire :

La connaissance des communautés et leur implication dans les COSAN sont très variables. Certaines communautés se sont senties impliquées aux COSAN et ont cité des actions spécifiques entreprises par les membres du comité, mais d'autres ont dit que les populations

ne sont pas informées ou impliquées dans les activités de ces entités et donc ne participent pas à la planification des activités.

Les CS sont fonctionnels dans les environs de toutes les communautés sédentaires et nomades, mais avec une qualité de services dont l'accessibilité et la disponibilité varient. En général, les communautés nomades doivent prendre plus de temps pour accéder aux services de santé que les communautés sédentaires.

La plupart des services sont toujours payants, avec quelques exceptions qui semblent être différents par CS. La plupart de la population pense que la qualité des services de santé doit être améliorée, y compris la qualité des prestations, le nombre des prestataires, les services disponibles au CS (labo, sage-femme etc.), la disponibilité des intrants et la capacité même de certains centres de santé à assurer la prise en charge des soins et services de santé.

Les femmes n'ont pas le contrôle des ressources et le pouvoir de décision pour agir indépendamment du contrôle des hommes. Le pouvoir de décision pour l'utilisation des services de santé de la famille et celle de la femme sont les prérogatives du chef de ménage (mari). Toutefois quelques résultats indiquent qu'il y a des changements significatifs qui sont en cours vers plus d'équité entre les genres.

Certains aspects tels que ceux des violences basées sur le genre (VBG) et la planification familiale, surtout pour les hommes, restent encore tabous. Bien que certaines femmes aient été très ouvertes et aient raconté qu'elles-mêmes avaient été ou sont actuellement des victimes des VBG dans leur couple, mais en général c'était difficile de savoir la fréquence, la prévalence de ces situations dans les communautés. Mais, notons en général que la plupart des femmes (nomades et sédentaires) ont été ouvertes à discuter de la planification familiale et les méthodes contraceptives. La plupart des femmes ont nommé au moins une méthode de PF même si elles ne les utilisent pas, l'utilisation des méthodes contraceptives est plus répandue chez les femmes sédentaires que chez les femmes nomades.

L'accouchement à domicile est toujours une réalité pour beaucoup des femmes, surtout les femmes nomades, certaines d'entre elles suivent les CPNr au centre de santé mais accouchent à la maison. Les obstacles sont l'absence des sages-femmes, puisque les femmes ne veulent pas être assistées par des hommes pendant l'accouchement.

Par rapport à la COVID-19 en général, la population a eu une idée juste des symptômes et de la gravité potentielle de COVID-19, mais les communautés n'ont pas senti les effets directs de la maladie (Pas de cas positif chez elles; elles ont l'impression que c'était un problème des villes et "chez les blancs"). Les communautés sédentaire et nomade ont mentionné une certaine influence de la pandémie sur les services de santé : les suspensions de soins et services, les limitations parfois. Dans certaines zones de responsabilités, les femmes ont continué à accéder aux services de santé, même si c'était dans le contexte de mesures de restrictions de la pandémie.

VII. Effet de la pandémie COVID-19

Niveau FOSA

Pour mieux comprendre les effets de la pandémie sur l'offre de soins et de services de santé, l'étude avait prévu d'interroger les agents de santé (RCS ou sage-femme) qui travaillaient dans les formations sanitaires avant le début de la pandémie de COVID-19. Au total, 49 participants sur 78 responsables de centres de santé rencontrés au cours de cette étude y travaillaient depuis le début de la pandémie. La majorité du personnel de santé était plutôt inquiet d'attraper le virus (88%). Cependant très peu de formations sanitaires avaient signalé un cas de COVID-

19 (10%, N=5). L'inquiétude de contracter le COVID-19 n'était pas statistiquement lié à la notification des cas.

A part 2 RCS dans le district de Maro, les 47 autres ont reçu des formations sur la maladie. Cependant dans un tiers des cas c'était une unique formation sur la prévention et le contrôle de l'infection sur un ensemble de 6 formation possible. Seul 2 personnes ont bénéficié de tous les 6 formations.

Une proportion de 22% de participants avait indiqué de changements dans les heures d'ouverture de service pendant les pires moments de la pandémie et 20% ont modifié leur calendrier de service. Presque un quarts (24%) des prestataires estimaient que le personnel était insuffisant durant la pandémie et 63% ont déclaré un accès limité aux soins et services de santé.

Selon les répondants à ce volet spécifique de l'enquête les services les plus affecté par la pandémie sont la consultation post-natale et la vaccination des enfants. Les moyennes annuelles des accouchements assistés été moins influencées. Cependant ce moyen est généralement très bas indépendamment de la situation pandémique.

Niveau communauté

Presque tous les participants (nomades et sédentaires, femmes comme hommes) ont entendu parler du COVID-19. Selon ces participantes, c'est une maladie respiratoire contagieuse qui peut tuer. Personne n'a déclaré qu'elle a connu quelqu'un qui a eu la maladie et la vaccination n'était pas encore disponible pour les communautés enquêtées en 2022.

Quant aux changements dans le fonctionnement des CS, la majorité de femmes des campements nomades et des villages sédentaires affirme que les services de la santé maternelle et autres sont réduits du fait du manque de permanence au CS. Ce sont surtout les services de CPN qui ont été suspendus pendant un temps et la qualité des CPN n'a pas été bonne pendant cette période de la pandémie. Cependant, pour les hommes des campements nomades, il n'y a pas de changement, les CS fonctionnaient normalement comme avant la pandémie. Les hommes des villages sédentaires ont quand même remarqué des changements concernant les règles de base au niveau du CS (hygiène, distanciation, port des masque). Selon les femmes, c'était difficile de respecter la distanciation.

Pour les sédentaires, les interdictions et le respect des consignes ont permis de réduire les infections à Coronavirus, mais les déplacements étaient devenus difficiles pour aller au CS.

Concernant la nutrition, un groupe de femmes a affirmé que les prix des denrées alimentaires ont augmenté sur le marché.

VIII. Conclusion:

En général, l'étude montre qu'il y a des améliorations pour la plupart des indicateurs au cours du PADS 2. Ceci malgré la situation de pandémie COVID-19 et la situation d'instabilité politique que le pays a connue et continu à connaître après la mort du Maréchal du Tchad Idriss Déby Itno, Président de la République, Chef de l'État, en Avril 2021. Cependant, on remarque une discordance entre le volet quantitatif au niveau des FOSA et les DS avec le volet qualitatif au niveau de la communauté. La plus grande amélioration des services de santé a pu être atteint pour les aspects de gestion de FOSA et des DS. Une amélioration est aussi remarquable pour l'intégration de la communauté à travers les COSAN. Cependant, ces améliorations ne semblent pas être bien converties en augmentation de la confiance au service de santé parmi la population. Ceci est démontré par les résultats du volet qualitatif,

mais aussi en comparant les résultats du volet d'équité au niveau DS entre l'enquête de 2019 et 2022.

En général, on remarque presque une stagnation du taux des consultations curatives surtout pour les femmes et les enfants de moins de 11 mois. Ceci peut être lié aux effets de la pandémie de la COVID-19 puisque les résultats des FG montrent que la population avait des difficultés d'accès au service pendant les pires moments de la crise de COVID-19. Cependant, au niveau des FOSA, les répondants ne semblent pas avoir remarqué un grand effet sur l'accessibilité. Cette discordance entre les deux niveaux de collecte de données est remarquable. Il semble aussi avoir eu un problème de suivi de la CPN1, de l'accouchement et de la planification familiale qui restent toujours faibles dans la communauté. En même temps, il est remarquable que la représentation des femmes dans les COSAN reste toujours très faible malgré les efforts du PADS. Une meilleure intégration des femmes pourrait avoir des effets positifs sur le suivi des grossesses et de la planification familiale.

IX. Recommandations pour la phase 3 PADS

- Poursuivre les efforts pour maintenir et renforcer les acquis dans les deux provinces ;
- Renforcer la sensibilisation et la communication des communautés pour une meilleure utilisation des services de santé d'une manière générale, en particulier la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, de l'Adolescent et de la Nutrition (SRMNIAN);
- Fournir encore des efforts concertés pour renforcer la participation des communautés dans les activités et le fonctionnement des comités/COSAN et les structures sanitaires y compris la formalisation en bonne et due forme de ces Instances de dialogue communautaire ;
- Considérer et prendre vraiment en compte les suggestions des populations pour l'amélioration des services/ structures de santé pour améliorer les taux d'utilisation des services de santé ;
- Entreprendre des actions pour améliorer l'équité pour les populations nomades, prévenir les cas de discrimination et encourager les populations nomades d'utiliser les services de santé plus souvent ;
- Renforcer les efforts pour une meilleure intégration des femmes à tous les niveaux des instances de dialogue communautaire : concernant les décisions liées à la santé prise au niveau des ménages, la participation dans le COSAN et leur représentation au niveau du personnel soignant ;
- Evaluer des mesures pour améliorer davantage non seulement la disponibilité mais aussi la qualité des services dans les CS pour gagner la confiance de la population ;
- Améliorer davantage le taux de recouvrement des coûts considéré comme normal (compris entre 1.1 et 1.3) ;
- Augmenter d'avantage les activités du paquet organisationnel minimum (POM) prévues et réalisées (Supervision, réunions, comité directeur, monitoring, conseil d'administration...).