



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

RAPPORT D'ÉTUDE D'IMPACT DU PROGRAMME D'APPUI AUX DISTRICTS SANITAIRES AU TCHAD PHASE 2 (PADS 2) : 2018-2022

Evaluation de la qualité, de la gestion et de l'utilisation des services de santé ainsi que de la perception des communautés y relative.

Dr. Monique Léchenne, M. Jean-Pierre Gami, M. Yaya Issaka, M. Alladoumngar Madjadinan, Dr. Mari Dumbaugh, Dr. Oumar Ouattara, Dr. Jean Bernard Gbangou et M. Damien Revault.

CONTACTS



Swiss Tropical and Public Health Institute

Kreuzstrasse 2
4123 Allschwil
Switzerland
www.swisstph.ch

Damien Revault

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

Centre de Support en Santé Internationale

BP 972
N'Djaména, Tchad
www.cssi-int.org

Dr. Daugla Doumagoum Moto

Directeur du CSSI
Tél. : +235 22 52 30 74
Fax : +235 22 52 37 22
Email : contact@cssi-int.org
dmdaugla@td.cssi-int.org
daugla1.doumagoum@gmail.com

Programme d'Appui aux Districts Sanitaires au Tchad

PADS



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Programme D'Appui aux Districts Sanitaires au Tchad

Dr. Jean Bernard Gbangou

Coordonnateur
Swiss TPH - CSSI

Tél : + 235 65 85 10 60
E-mail : jeanbernard.gbangou@swisstph.ch
BP 972, N'Djamena Tchad

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
www.deza.admin.ch

Narmbaye Djo

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
djo.narmbaye@eda.admin.ch

Remerciements

Nous remercions le ministère de santé publique et de la prévention (MSPP) du Tchad pour son soutien continu du PADS. Nous remercions aussi toutes les participants de l'étude au niveau des districts sanitaires, des centres de santé et de la communauté pour leur confiance apportée à notre équipe de collecte. Enfin, nous remercions toutes les personnes impliquées directement ou indirectement dans la mise en œuvre du PADS pour les efforts qu'elles ont déployés afin d'assurer le succès du programme.

Clause de non-responsabilité

Les opinions et les idées exprimées ici sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement l'opinion de l'Institut.

ABBREVIATIONS

BCG	Bacille Calmette Guérin (vaccin contre la tuberculose)
CARE	Association de solidarité internationale qui lutte contre les inégalités dans des situations d'urgence et de développement
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
COGES	Comité de Gestion
CNBT	Comité Nationale Bioéthique du Tchad
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
COSAN	Comité de Santé
COVID-19	Maladie à Coronavirus SARS-CoV-2
CPN	Consultation Périnatale
CPoN	Consultation Postnatale
CRF	Croix Rouge Français
CRT	Croix Rouge Tchad
CS	Centre de Santé
CSSI	Centre de Support en Santé Internationale
DDC	Direction du Développement et de la Coopération
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DMPA	Acétate de médroxyprogestérone
DS	District Sanitaire
DSP	Délégation Sanitaires Provinciales
ECD	Equipe Cadre de District
EDST-MICS	Enquête Démographique et de Santé au Tchad –Multiple Indicator Cluster Survey (à Indicateurs Multiples)
FG	Focus Group
FOSA	Formation Sanitaire
GAS	Gestion des approvisionnements et des stocks
HD	Hôpital de District
HP	Hôpital de Provinciale
IDE	Infirmier Diplômé d'état
IDH	l'Indice de Développement Humain
IEC	Information, éducation et communication
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
KOP	Kyste oeuf parasitaire
MCD	Médecin Chef de District
MCH	Médecin Chef de l'Hôpital
MR	Multi résistant
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Prévention
NA	Non applicable
NET-EN	Norethisterone oenanthate
ODK	<u>Open Data Kit</u>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PADS	Programme d'Appui aux Districts Sanitaires au Tchad, Yao et Danamadji

PAO	Plans Annuels Opérationnel
PC	Pilules combinées
PCIME	Prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PF	Planning Familiale
PEV	Programme national Elargi de Vaccination
Penta3	Pentavalent troisième dose
PMA	Paquet Minimum d'Activités
POM	Paquet Organisationnel Minimum
PP	Pilules progestatives
PTME	Prévention Transmission Mère-Enfant
RCS	Responsable de Centre de Santé
RGDP	Règlement sur la protection des données
RMA	Rapport Mensuelle d'Activité
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SD	Standard Deviation (Déviation Standard)
SFDE	Sage-Femme Diplômé d'état
SIS	Système d'Information Sanitaire
SRMNIAN	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, de l'Adolescent et de la Nutrition
SRO	Soluté de Réhydratation Orale
SSMNI	Santé Maternelle, Néonatale, Infantile
SSR	
SWEDD	Projet d'Autonomisation des Femmes et Dividende Démographique au Sahel
Swiss TPH	Swiss Tropical and Public Health Institute (Institut Tropical et de Santé Publique Suisse)
TDR	Test de Diagnostic Rapide
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
VAA	Vaccin Anti Amaril
VAR	Vaccin anti rougeole
VAT	Vaccin Anti Tétanique
VBG	Violences Basées sur le Genre
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome Immunodéficient Acquis
VPO	Vaccin Poliomyélite Orale
WASH	Water, Sanitation and Hygiene (Eau, Assainissement et Hygiène)

TABLE DES MATIÈRES

Contacts	ii
Remerciements	iii
Clause de non-responsabilité	iii
Abbréviations	iv
Table des matières	vi
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures	x
1 Résumé exécutif	1
1 Contexte.....	3
1.1 Contexte spécifique et objectif de l'enquête de fin de phase.....	4
1.2 Introduction à l'étude.....	4
1.2.1 Volet Formations Sanitaires (FOSA) : évaluation de la gestion et la qualité des services de santé	4
1.2.2 Volet District Sanitaire : évaluation de la gestion et de la qualité des services de santé	5
1.2.3 Volet communautaire : perception des communautés sur la gestion et l'utilisation des services de santé en milieu rural au Tchad.....	5
1.2.4 Evaluation de l'impact de la pandémie COVID-19.....	6
1.2.5 Résultats attendus.....	7
2 Méthodologie	7
2.1 Lieux de l'étude et sélections des districts	7
2.1.1 Sélection des districts pour l'étude d'impact.....	10
2.2 Volet Formations Sanitaires (FOSA): évaluation de la gestion et la qualité des services de santé au niveau des CS	10
2.2.1 Population cible.....	10
2.2.2 Instruments de collecte des données	11
2.2.3 Sélection des sites d'étude	11
2.3 Volet communautaire : perception sur la gestion des formations sanitaires, la qualité, l'accès et l'utilisation des services de soins de santé en milieu rural au Tchad	12
2.3.1 Population cible.....	12
2.3.2 Discussions en groupe	12
2.3.3 Echantillonnage.....	13
2.4 Collecte de données sur l'impact COVID-19.....	13
2.4.1 Au niveau de la communauté.....	13
2.4.2 Au niveau FOSA	14
2.4.3 Résumé des outils de collecte sous forme de tableau	14
2.5 Considérations éthiques, gestion des données et mesure de protection contre COVID-19.....	15
2.6 Collecte et gestion des données	15

2.6.1	Pré-test des outils de collecte des données	15
2.6.2	Organisation de la collecte des données	16
2.6.3	Saisie, analyse et protection des données	16
3	Résultats	17
3.1	Etude Centres de Santé : évaluation de la gestion et de la qualité des services de santé	17
3.1.1	Participation des Centres de Santé à l'enquête FOSA.....	17
3.1.2	Aspects de transparence et de participation : Comités de Santé et de Gestion (COSAN, COGES)	18
3.1.3	Aspects de gestion des FOSA	21
3.1.4	Aspects de qualité de soins des centres de santé	24
3.2	Enquête District Sanitaire : évaluation de la gestion, de la qualité et de l'utilisation des services de santé	33
3.2.1	Participation des Districts Sanitaires à l'enquête	33
3.2.2	Aspect de gestion des FOSA	33
3.3	Enquête communautaire.....	44
3.3.1	Participation des groupes cibles à l'enquête communautaire	44
3.3.2	Equité	44
3.3.3	Efficacité.....	50
3.3.4	Transparence.....	51
3.3.5	Participation	52
4	Les effets de la pandémie COVID-19.....	52
4.1	Les effets de la pandémie sur l'offre de soins et de services de santé	52
4.2	Changements observés sur les services de santé durant la pandémie	53
4.3	La perception communautaire de l'impact de la pandémie sur la demande des services de santé	54
5	Discussion et recommandations	56
5.1	Niveau DS et FOSA	56
5.2	Niveau communautaire.....	57
5.3	Discussion sur les effets et l'impact COVID-19.....	58
5.4	Recommandations pour la phase 3 du PADS.....	59
	Références.....	62
	Annexes.....	63
A.1	Synthèse du volet qualitative	63
A.1.1	Synthèse discussion de groupe hommes nomades et sédentaires	63
A.1.2	Synthèse discussion de groupe femmes nomades et sédentaires	71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Liste des campements visités lors de l'étude d'impact PADS phase 2.	13
Tableau 2 : Participation des Centre de Santé à l'étude d'impacte	17
Tableau 3 : Nombre de COGES et COSAN actif par district en 2022	18
Tableau 4: Comparaison de la fréquence des réunions COSAN par district. La première ligne montre des fréquences et la deuxième ligne montre des pourcentages de colonne	19
Tableau 5: Proportion des femmes parmi les membres COSAN et COGES en 2022 avec comparaison des données globales en 2019	20
Tableau 6 : Représentation des agriculteurs et éleveurs parmi les membres COSAN.....	21
Tableau 7 : La moyenne de supervisions externes de routine réalisés dans les Centres de Santé pendant les 12 mois passés en 2022 comparé avec 2019 est le résumé des résultats pour les supervisions incluant la santé maternelle et néonatale, de l'équipe cadre du districts et PADS.....	22
Tableau 8 : Comparaison des taux de rapport d'analyse disponible entre 2019 et 2022.....	23
Tableau 9 : Indice de recouvrement des coûts par district et province. Pour 5 CS (2 Maro et 3 Sarh) les valeurs sont manquantes pour le mois de Janvier et ils étaient donc ne pas inclus dans le calcul.....	24
Tableau 10: Pourcentage de disponibilité de chaque guide par rapport au total des CS enquêté en 2019 et 2022. Les cellules colorées vert montrent un pourcentage de disponibilité significativement augmenter et les cellules colorées orange montrent un pourcentage de disponibilité significativement à la baisse comparée à 2019.....	26
Tableau 11 : Disponibilité des méthodes contraceptives.....	26
Tableau 12 : Disponibilité des vaccins par province et comparé à 2019. Les cellules colorées vert montrent un pourcentage de disponibilité significativement augmenter	27
Tableau 13: Caractéristiques des patients considérés comme cas de diarrhée	29
Tableau 14: Prise en charge des cas de la diarrhée. Les chiffres en gras ont été comparé aux chiffres de l'enquête de base en 2019 par le test de comparaison de pourcentage de deux échantillons. Les chiffres en italique se sont relevés significativement différente. La flèche devant le pourcentage indique la différence par rapport au chiffre de l'année 2019 (↑=élevé, ↓= diminué, pas de flèche= pas de différence significative).....	29
Tableau 15: Caractéristiques des patients considérés comme cas de paludisme	31
Tableau 16: prise en charge des cas du paludisme. Les chiffres en gras ont été comparé aux chiffres de l'enquête de base en 2019 par le test de comparaison de pourcentage de deux échantillons. Les chiffres en italique se sont relevés significativement différente. La flèche devant le pourcentage indique la différence par rapport au chiffre de l'année 2019 (↑=élevé, ↓= diminué).....	32
Tableau 17 : Participation des District Sanitaire à l'enquête	33
Tableau 18 : Pourcentage de centres de santé ayant transmis à temps leurs inventaires mensuels des médicaments et leurs rapports financiers pour le premier trimestre 2019 et 2022	34
Tableau 19 : Pourcentage de CS ayant un indice de recouvrement de coûts considéré comme normal (compris entre 1.1 et 1.3).....	35

Tableau 20: Nombre des activités du POM prévues et réalisées (supervision, réunion du comité directeur, monitoring, conseil d'administration)	36
Tableau 21 : % des FOSA disposant de micro-plans (CS) / plans annuels validés (HD, HR) avec la participation des représentants des bénéficiaires et aperçu des districts disposant d'un plan annuel opérationnel (PAO)	37
Tableau 22: Taux d'utilisation des consultations curatives (CC, nouveaux cas NC) par sexe chez les adultes et par tranche d'âge chez les enfants	38
Tableau 23 : Taux de couverture vaccinale (BCG, Penta3, VAR) chez les enfants de 0-11 mois parmi la population sédentaires pour le premier trimestre 2019.....	39
Tableau 24 : Taux d'utilisation de la première consultation prénatale (CPN1).....	40
Tableau 25 : Taux d'accouchement assistés dans les CS pendant le premier trimestre 2019 et 2022	40
Tableau 26 : Prévalence de la contraception	40
Tableau 27 : Méthode contraceptive utilisée dans les DS du Moyen Chari	41
Tableau 28 : Méthode contraceptive utilisée dans les DS du Batha. Comparé au Moyen Chari il n'y a pas d'autres méthodes contraceptives utilisés.	41
Tableau 29: Taux de la population disposant d'un CS de proximité neuf ou réhabilité	42
Tableau 30 : Taux de la population cible1 couverte par les activités de promotion de la santé reproductive	43
Tableau 31 : Participation des différents groupes cibles à l'enquête communautaire	44
Tableau 32: Répartition des participants par districts sanitaires et leur réponse à la question si ils étaient présent dans le même CS pendant les plus graves moments de la pandémie (2020 et 2021).....	53
<i>Tableau 33: Sommaires des réponses sur le changement de l'offre pendant le pandémie COVID-19 et son effet sur l'accès aux services. Les chiffres représentent des pourcentage.</i>	<i>54</i>

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Carte des districts sanitaires de la province du Batha, Février 2023. A noter qu'en 2019, une division des districts sanitaires de Yao a eu lieu.....	8
Figure 2: Carte des districts sanitaires dans la province du Moyen-Chari, Février 2023. A noter qu'en 2019, une division des districts sanitaires de Danamadji a eu lieu.....	9
Figure 3: Histogramme des changements observés en termes de différence de pourcentage de disponibilité de chaque guide (ID voir Tableau 15) entre 2019 et 2022 par province et globalement.....	25
Figure 4: Changement dans le taux de disponibilité par vaccins entre 2019 et 2022 pour les deux provinces et globalement.....	28

1 RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Dans le cadre de son appui au Gouvernement de la République du Tchad pour la mise en œuvre de sa politique nationale de santé, la Direction au Développement de la Coopération Suisse (DDC) a financé le « Programme d'Appui aux Districts Sanitaires au Tchad, en abrégé PADS, dont la mise en œuvre est confiée depuis 2014 au Consortium Swiss TPH-CSSI (Institut Tropical et de Santé Publique Suisse - Centre de Support en Santé Internationale). Ce Programme qui couvre deux Provinces du Pays (Moyen Chari et le Batha) est structuré en trois (3) Phases en raison de 4-5 ans par phase : Phase I 2014-2018, Phase II 2018-2022 et Phase III 2023- 2027. C'est la Phase II qui a l'objet de cette étude.

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 ».

Contrairement à la Phase I qui ne concernait qu'un seul type d'appui dans les Districts Sanitaires ciblés parmi tant d'autres des deux Provinces, la phase 2 est marquée par deux types d'appui au niveau des District Sanitaires (DS) : un appui dit complet qui concerne tous les DS de la phase I et un appui dit « partiel », limité à certaines activités (Système d'Informations Sanitaire/SIS ; Gestion des approvisionnements et des stocks/GAS ; One Health ; Information, Education et Communication/IEC), concerne tous les autres districts restants.

En application d'une des stratégies de mise en œuvre de ce programme, notamment la recherche opérationnelle régulière, une étude d'impact a été conduite. Cette étude comprend une enquête de base au début de la phase menée en Juin 2019 et une enquête de fin de phase en Mai 2022. 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. La pandémie de la Covid-19 oblige, cette étude d'impact a pris en compte les effets et l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur les indicateurs du programme.

L'étude comprend 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 groupes-FG). Au niveau des FOSA, l'étude porte sur tous les centres de santé (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 »¹, deux ont été 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 de Sarh dans le Moyen-Chari. Le choix des villages et campements a été fait dans un DS à appui complet et un DS à appui partiel par province. Il s'agit de Yao et d'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 aux niveaux CS et communautaire pour l'enquête de fin

¹ Limité à 4 thèmes : Système d'Information Sanitaire (SIS), Gestion des Approvisionnements et des Stocks (GAS), One Health et Communication pour le Changement de Comportement (CCC).

de phase. Dans chaque niveau, la collecte de données et les résultats sont 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). De 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 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. Les communautés sédentaires (villages) et nomades (campements) sont restées les mêmes pour l'enquête de base et fin de phase.

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 suite à 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 atteinte pour les aspects de gestion de FOSA et des DS. Par exemple, au cours de l'année 2022, la performance des CS fonctionnels des deux provinces ayant un indice de recouvrement des coûts considéré comme normal a sensiblement augmenté par rapport à celle de l'année 2019. Il en est ainsi pour l'aspect de qualité de soins et spécifiquement l'accès à la vaccination des enfants et le taux de CPN1 qui s'est amélioré dans toutes les deux provinces au cours de la phase 2. 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 faible 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. Un effet positif est noté du côté de la transparence et de l'amélioration de l'inclusion des agriculteurs et éleveurs dans les COSAN.

Les recommandations pour la phase 3 issues de ce rapport sont :

- Poursuivre les efforts pour maintenir et renforcer les acquis dans les deux provinces.
- Renforcer la sensibilisation et la participation des communautés dans les activités et le fonctionnement des comités/COSAN et les structures sanitaires.
- 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.

1 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 860² 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'enquête 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 enceintes de la **population nomade, il n'y a pas eu d'amélioration** et le taux d'achèvement d'une et de trois ou plus de CPN reste **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).

L'objectif et les effets attendus de la phase II du programme 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.

² La moyenne en Afrique au sud du Sahara est de 500 décès pour 100 000 naissances vivantes

- **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.

1.1 Contexte spécifique et objectif de l'enquête de fin de phase

Dès son démarrage, le programme a réalisé une enquête de base en 2019 dont les résultats ont servi à renseigner les indicateurs du cadre logique et au lancement de ses activités. Ces indicateurs étaient régulièrement suivis pendant la phase et sont avec ce rapport appréciés au travers de l'enquête de fin de phase.

L'enquête de fin de phase du programme comporte trois volets de collecte de données :

1. Le volet de collecte de données sur la gestion et la qualité des services de santé dans les formations sanitaires (FOSA) et les district sanitaires (DS)
 - *Couvre principalement l'effet attendu 1 et 2*
2. Une collecte de données 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*
3. La collecte de donnée sur l'impact de la pandémie COVID-19 à l'accès aux soins au niveau des FOSA et de la communauté.

La collecte de données parallèle au niveau des FOSA et la communauté 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. La composante sur l'impact de la pandémie COVID-19 permet de mieux estimer l'effet de la pandémie sur les activités et le succès du PADS.

Ce rapport présente les résultats des trois volets de collecte de données en relation avec les deux effets attendus du programme. L'objectif de ce rapport est de présenter les résultats de l'enquête de fin de phase. 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.

1.2 Introduction à l'étude

1.2.1 Volet 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 collecte de donnée au niveau FOSA est d'obtenir les données d'activités relatives à la gestion et à la qualité des services de soins des CS et des hôpitaux de district (HD) dans les districts d'intervention du programme et de les comparés aux résultats de l'enquête de base pour évaluer les effets des interventions sur ces deux aspects. La comparaison avec 2019 prendra en compte l'effet de la pandémie COVID-19 sur l'accès aux soins qui est aussi estimé à travers les données de l'enquête de fin de phase (volet 3). Une phase 3 pour le PADS est déjà en cours de planification et démarrera en 2023. Cette enquête de fin de phase 2 permettra de mieux guider

cette planification et de fournir des références pour l'évaluation de la phase 3 pareille à l'enquête de base en 2019 pour la phase 2.

Plus précisément, les objectifs de l'enquête de fin de phase pour le niveau FOSA sont :

- **Comparer au moyen de critères préétablis la qualité des services de santé maternelle et infantile entre l'enquête de base et l'enquête de fin de phase 2.** Cela permettra d'évaluer le succès des interventions de la phase 2.
- **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.
- **Comparer les indicateurs de fin avec ceux obtenus lors de l'enquête de base en tenant compte des impacts de la pandémie COVID-19** pour analyser l'évolution de la gestion et qualité des services sanitaires au cours de la deuxième phase du PADS et de déterminer l'impact des interventions du programme.
- **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 pour servir de base pour la définition, le suivi et l'évaluation des indicateurs de la phase 3 du PADS.

1.2.2 Volet 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, ce volet a permis d'avoir 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 étaient collectées parallèlement aux informations du questionnaire RMA. Les données collectées serviront de base pour l'évaluation des indicateurs au niveau des DS au cours de la phase 2 et vont être utilisées pour référence de base pour la phase 3 du PADS.

Plus précisément, les objectifs de l'enquête de fin de phase pour le niveau DS sont :

- **Comparer au moyen de critères préétablis, la qualité des services de santé maternelle et infantile dans les deux différentes provinces entre l'enquête de base et l'enquête de fin de phase** pour évaluer l'impact du PADS sur la gestion des services de santé au cours de la phase 2 et servira aussi à l'identification des besoins spécifiques de chaque district pour préciser les interventions du PADS pour la phase 3.
- **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 pour la phase 3 du PADS ;
- **Etablir au moyen de critères préétablis, une situation de référence** sur la gestion et la qualité des services au niveau des DS pour la phase 3 du PADS ;

1.2.3 Volet 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 enquête de fin de phase est d'évaluer les

indicateurs clés à la fin de la deuxième phase du PADS pour apprécier l'impact de cette intervention. La compréhension des déterminants de l'utilisation des services de santé et les changements observés pendant la phase 2 permettent d'identifier les besoins spécifiques de chaque district afin de planifier et mettre en place les activités de la phase 3.

Les objectifs spécifiques de l'enquête de fin de la phase II pour le niveau communautaire sont :

1. **Comparer au moyen des critères préétablis, la situation à la fin de phase avec la situation de référence de 2019 sur l'accès et l'utilisation des services de santé** en tenant compte de l'impact de la pandémie COVID-19.
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 pour la phase 3. 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. Etablir une situation de référence pour la phase 3 du PADS 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).

1.2.4 Evaluation de l'impact de la pandémie COVID-19

Avec la situation actuelle du COVID-19, le contexte entre l'enquête de base et l'enquête de fin de phase a changé du fait des mesures de restriction mises en place par le Gouvernement pour réduire les effets de l'épidémie. Au cours de cette pandémie, les systèmes de santé ont eu du mal à **maintenir l'offre des services de routine et l'utilisation de ces services**. Bien que les taux de mortalité pour COVID-19 semblent être faibles chez les enfants et chez les femmes en âge de procréer, ces groupes pourraient **être affectés de manière disproportionnée par la perturbation des services de santé de routine**. Il est donc important d'examiner également, sous leurs grands traits, les conséquences que le COVID-19 a pu avoir sur la demande et l'offre des services. A cette fin, un volet du questionnaire abordant cet aspect a été pris en compte dans cette enquête de fin phase.

Cette collecte concerne uniquement le niveau FOSA et le niveau communauté. Les questions pour sonder l'impact de la pandémie COVID-19 ont été intégrées dans les outils existants à savoir les guides d'entretien pour le niveau communauté et le questionnaire des connaissances de prestataires mentionné ci-dessus.

L'objectif de ce volet de collecte de données additionnelles est :

- **Déterminer l'impact de la pandémie COVID-19 sur les activités de la phase II du PADS**, ce qui permettra de mieux évaluer la gestion et la qualité des services de santé durant cette phase.

1.2.5 Résultats attendus

A travers l'enquête de fin de phase, les données et indicateurs sont comparés avec ceux obtenus lors de l'enquête de base afin d'évaluer les effets des interventions en prenant en compte les effets de la pandémie COVID-19 sur le service de routine et l'accès aux soins. A la base des résultats de l'enquête de fin de phase 2, des recommandations pour la phase 3 du PADS sont formulées. Les résultats de l'enquête de fin de phase 2 permettent de planifier en détail le suivi et évaluation de la phase 3 du programme en fournissant une situation de base pour cette phase finale.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Lieux de l'étude et sélections des districts

La recherche opérationnelle est menée dans les provinces et districts où le PADS II est mis en œuvre, notamment dans les provinces du (1) Batha (Figure 1) et du (2) Moyen Chari (Figure 2), qui sont caractérisés par des contextes relativement disparates :

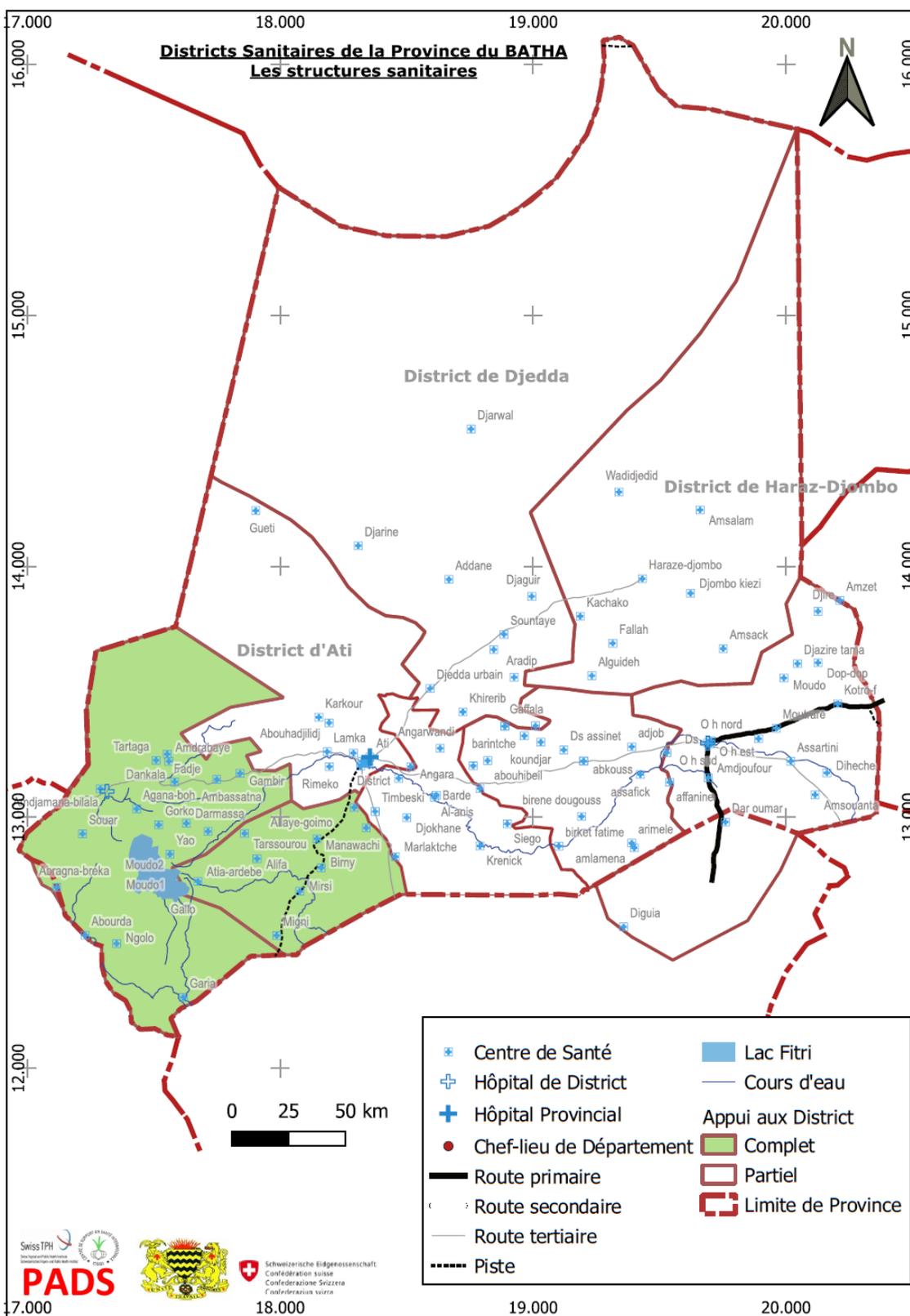
- Le Batha est situé au centre du pays dans la bande sahélienne, semi-aride, avec des activités d'élevage importantes et une prédominance de la religion musulmane ; la principale langue de communication est l'arabe et plus de dix groupes ethniques cohabitent. La province est passée de 6 districts sanitaires en 2019 à 8 districts sanitaires en 2022.
- 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) et là aussi plus de dix groupes ethniques qui sont différents de ceux du Batha. La province est passée de 6 districts en 2019 à 8 districts sanitaires (en 2022).

Ces deux provinces avaient été initialement sélectionnées par la Direction du Développement et de la Coopération Suisse (DDC) afin d'établir des complémentarités et synergies avec d'autres projets financés par la DDC (projet WASH de l'UNICEF (aujourd'hui arrêté), projet mutuelle de santé du CIDR et d'autres partenaires au développement (CARE, CRF/CRT, etc.).

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

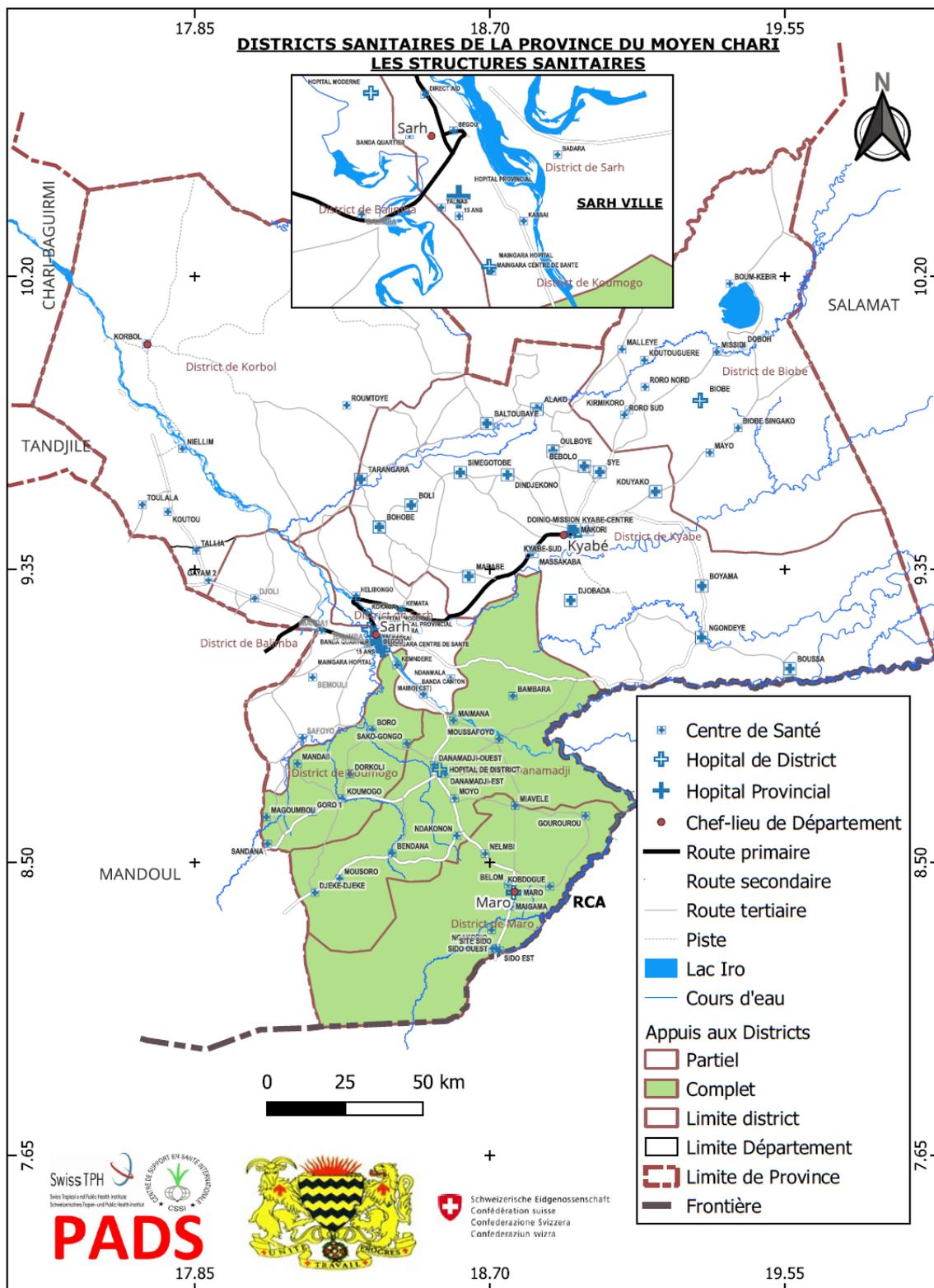
- Les districts sanitaires (DS) du PADS I et leurs démembrements (Danamadji, Maro et Koumogo du Moyen Chari ; et Yao et Alifa du Batha) recevront un **appui « complet »** (3/8 districts du Moyen Chari ; 2/8 districts du Batha) ;
- Les autres DS de chaque province recevront un **appui « partiel »** limité à certaines activités (SIS, GAS, One Health, IEC ; 5/8 districts au Moyen-Chari et 5/8 districts au Batha).

En effet, alors qu'en PADS I l'action se déroulait principalement à l'échelle des DS (Yao et Danamadji), le PADS II fait la mise à l'échelle de certaines activités du PADS I ayant démontré un potentiel de réplique et des avantages pour l'extension dans tous les DS des deux provinces.



Sources: Données terrain PADS; Base de données du Laboratoire GEODES/ Edition: février 2023.

Figure 1: Carte des districts sanitaires de la province du Batha, Février 2023. A noter qu'en 2019, une division des districts sanitaires de Yao a eu lieu.



Sources: Base de données du Laboratoire GEODES; données terrain PADS/ Edition 2023

Figure 2: Carte des districts sanitaires dans la province du Moyen-Chari, Février 2023. A noter qu'en 2019, une division des districts sanitaires de Danamadji a eu lieu.

2.1.1 Sélection des districts pour l'étude d'impact

Concernant les lieux d'études spécifiques de la recherche opérationnelle, la sélection des districts parmi les deux provinces a suivi une procédure d'**échantillonnage par choix raisonné**. L'enquête communautaire et l'enquête CS sont effectuées dans le DS de **Yao** et **Alifa** (Batha) et de **Danamadji, Maro** et **Koumogo** (Moyen Chari), qui ont déjà bénéficié des interventions du PADS phase I. Le district de Yao a été administrativement divisé en deux districts et le district de Danamadji en trois. Deux districts supplémentaires parmi les nouveaux districts d'appui partiel où le programme est 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 partiel). Il s'agit des DS d'**Ati** (Batha) et de **Sarh** (Moyen-Chari). L'enquête communautaire est réalisée dans un village et dans un campement nomade par DS. Dans chaque DS, une pré-sélection des sites a été effectuée en 2019. Celle-ci a été adaptée au besoin sur place en cas d'inaccessibilité d'un site par le remplacement d'un village ou campement nomade accessible à partir du CS. L'enquête CS concerne tous les **CS fonctionnels** des DS mentionnés ci-dessus.

Enquête FOSA

- La collecte et analyse des données de l'enquête de base a été effectuée pour 78 centres de santé ; 36 sont localisés dans la Province du Batha, 42 dans la Province du Moyen Chari.

Enquête DS (gestion, qualité et utilisation des services)

- La collecte et l'analyse des données de l'enquête de base ont été effectuées pour 16 Districts Sanitaires, 8 dans le Moyen Chari et 8 dans le Batha.

Enquête communautaire (perception sur la gestion et l'utilisation des services de santé)

- Un village et un campement nomade été sélectionnés par district dans les 4 districts de Yao, Danamadji, Ati et Sarh.

Les sites ciblés pour l'enquête de fin de phase sont les même que ceux visités pendant l'enquête de base pour pouvoir comparer les données. Tous les villages et campements visités en 2019 étaient aussi accessibles en 2022. Cependant comparé à 2019, il y a des CS qui ne sont plus fonctionnels ou d'autres qui se sont ajoutés en 2022.

2.2 Volet Formations Sanitaires (FOSA): évaluation de la gestion et la qualité des services de santé au niveau des CS

2.2.1 Population cible

Formations sanitaires (FOSA):

Afin d'évaluer la gestion et la qualité des services, les FOSA du premier échelon sont 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). Le critère d'inclusion pour les CS est l'existence d'une structure physique avec au moins un personnel avec un minimum de qualifications (médecin, infirmier, aides-soignants, assistants techniques).

Etant donné que l'enquête dans les FOSA se focalise sur la qualité des services de santé maternelle et infantile et la gestion des formations sanitaires. La cible et le critère d'inclusion de la collecte de données sur l'impact de la pandémie COVID-19 seront les mêmes. Cependant l'agent de santé interrogé doit déjà avoir travaillé dans le même CS pendant l'année 2020 au plus fort moment de la pandémie.

District sanitaire (DS)

Afin d'évaluer la gestion, le suivi et la planification au niveau des DS, cette enquête collecte des données par revue des documentations et sur la base des RMA (rapports mensuels d'activités) transmis par les CS au niveau supérieur (DS).

2.2.2 Instruments de collecte des données

Au niveau des FOSA, une évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services a été effectuée lors de la phase I. A cette fin, une version adaptée et abrégée de l'outil standard « Service Availability and Readiness Assessment » (SARA) conçu par l'OMS³ a été utilisée afin de pouvoir évaluer les capacités du système de santé à fournir des services de santé. Cela couvre par exemple les capacités en ressources humaines, les protocoles cliniques en place, la disponibilité des dispositifs médicaux et les mesures de contrôle des infections en place. La section du questionnaire COVID-19 sera intégrée aux questionnaires prestataires des services et feront référence à la qualité de l'offre de santé maternelle et infantile durant la flambée épidémique de Coronavirus afin d'évaluer les effets de la pandémie sur les activités du programme.

2.2.3 Sélection des sites d'étude

L'enquête FOSA a été effectuée dans le DS de **Yao** et **Alifa** (Batha) et de **Danamadji, Maro** et **Koumogo** (Moyen Chari), qui ont déjà bénéficié des interventions du PADS I. 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 partiel). 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 et accessibles au moment de l'enquête 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. Les districts de Yao et d'Alifa couvrent une population estimée respectivement à 114'792 et 116'387 habitants en 2019. Le district de Danamadji sert une population de 196'602 ; celui de Maro, 109'998 et celui de Sarh, 256'780. Parmi les sept DS d'intérêt, il y a des Hôpitaux de District et des centres de santé. L'étude d'impact du PADS 2 vise à obtenir des informations de toutes les entités, il s'agit donc d'une enquête exhaustive au niveau des structures sanitaires. A condition qu'ils fussent toujours fonctionnels, les mêmes CS inclus dans l'enquête de base ont été visités pour l'enquête de fin de phase. Si de nouveaux CS sont devenus fonctionnels ou ont été créés, nous les avons aussi inclus. De même, il était tenté de visiter les CS non accessibles pendant en 2019.

³[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/service-availability-and-readinessassessment\(sara\)/sara_reference_manual_chapter1_fr.pdf?sfvrsn=cd21ed3_3&ua=1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/service-availability-and-readinessassessment(sara)/sara_reference_manual_chapter1_fr.pdf?sfvrsn=cd21ed3_3&ua=1)

2.3 Volet communautaire : perception sur la gestion des formations sanitaires, la qualité, l'accès et l'utilisation des services de soins de santé en milieu rural au Tchad

2.3.1 Population cible

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 servie sont discutés dans le cadre de l'enquête communautaire (discussion 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.

L'enquête communautaire est basée sur deux sous-groupes de population, la population sédentaire et la population nomade, afin de comparer les indicateurs entre les deux sous-groupes. **L'unité d'échantillonnage est le village ou le campement nomade.**

Par sous-groupes, les personnes cibles étaient les suivantes :

- Les **femmes** adultes (20 ans et plus) pour les questions relatives à la perception de la gestion des CS, la satisfaction avec les services des consultations curatives et l'équité aux accès de soins ;
- Les **mères des enfants de 0-5 ans** parmi les femmes pour les questions relatives à la perception de la gestion des CS, la satisfaction avec les services spécifiques prénatales, à l'accouchement, et post-natales, aux vaccinations, et aux consultations préventives des enfants.
- Les **hommes** pour les questions relatives aux consultations curatives et l'équité aux accès de soins ;
- **Les leaders communautaires**, les autorités locales, le groupement des femmes, le chef de village, de la société civile, de la chefferie traditionnelle, etc. Bien que la collecte ait été planifiée pour cette catégorie des participants, la capacité logistique n'a pas permis de discuter avec eux sur les aspects de la redevabilité de la gouvernance du système santé dans cette étude de fin de phase 2. Cette difficulté n'entache pas les résultats de l'étude et l'atteinte des objectifs qui lui sont fixés.

Tous les participants étaient invités à discuter en groupes guidés sur les questions relatives à leur perception de la gestion des formations sanitaires et la satisfaction avec la qualité des services des soins.

2.3.2 Discussions en groupe

Selon les objectifs du programme, les domaines d'investigation portent sur la perception de la gestion des formations sanitaires, la perception de la qualité et la satisfaction des services de santé et sur l'équité dans l'accès aux soins (voir annexe A1). Les différents groupes cibles invités ont discuté des aspects de l'accès aux services de santé et de l'utilisation de ceux-ci, en termes de consultations curatives, de la planification familiale⁴, des consultations prénatales, d'accouchements, de vaccinations et des consultations préventives des enfants de moins de cinq (5) ans, selon leur profil.

Les groupes cibles sont (1) les représentants des autorités, les groupements de femmes, les leaders traditionnels ; (2) les mères des enfants de moins de 5 ans ; (3) les femmes ; et (4) les

⁴ Tous les participants (hommes et femmes) sont interrogés sur utilisation de la contraception.

hommes. Les catalogues des questions sont légèrement adaptés par chaque groupe cible. Les guides de discussion se trouvent en Annexes (A2-4).

2.3.3 Echantillonnage

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 par district dans les 4 districts de Yao, Danamadji, Ati et Sarh.
2. Les villages et campements sont sélectionnés de manière aléatoire.
3. Au niveau du village ou du campement, les participants sont invités par le représentant des hommes et la représentante de groupement des femmes à participer dans la discussion en groupe.

Avant de commencer la collecte des données pour l'enquête de base en 2019, une liste des campements et des villages dans chaque district de l'enquête été préparée. Ces listes ont servi de base pour le tirage des villages et campements. A partir de ces listes complètes, les sites (villages et campements) ont été retenus de manière aléatoire. La liste des campements visités lors de l'enquête de base et revisitée pour l'enquête de fin de phase se trouve dans le Tableau 1. La stratégie de sélection des individus est d'interroger deux groupes de femmes, un groupe des hommes adultes et un groupe composé des leaders communautaires. Les groupes des hommes consisteront préférentiellement des pères des enfants de 0 à 14 ans. Le groupe composé des représentants des associations et / ou des autorités devrait inclure de femmes et des hommes.

Tableau 1 : Liste des campements visités lors de l'étude d'impact PADS phase 2.

Province	Appui	District	Village (CS/ZR)	Campement
Batha	complet	Yao	Ambassatna	Kitera
	partiel	Ati	La Paix du Sahel	Aldjikhenaye (35 km d'Ati),
Moyen Chari	complet	Danamadji	Moussafoyo	Ariad/Ibni oumar (Danamadji)
	partiel	Sarh	Genti	Bire adoudou (Balimba)F.

2.4 Collecte de données sur l'impact COVID-19

Cette collecte concerne uniquement le niveau FOSA et le niveau communauté. Les questions pour sonder l'impact de la pandémie COVID-19 ont été intégrées dans les outils existants à savoir les guides d'entretien pour le niveau communauté et le questionnaire des connaissances de prestataires mentionné ci-dessus.

2.4.1 Au niveau de la communauté

La partie ajoutée sur COVID-19 du guide des discussions de groupe homme et femme appartenant à des villages sédentaires et des campements nomades contiennent des thèmes de

changement dans la demande des services CPN, Accouchement, PF, CPON et les barrières à la base de changement dans la demande de services durant la pandémie. Le guide mentionne également les conséquences de ces changements sur la santé des femmes et le régime d'alimentation des femmes et des enfants, mais aussi des changements de nature sociale, économique, culturelle et comportementale pouvant amplifier les difficultés d'accès et d'utilisation de services.

2.4.2 Au niveau FOSA

Le module de questionnaire COVID-19 s'adresse aux responsables des FOSA (RCS, SFDE etc.) qui étaient présent dans le même CS pendant le pire moment de la crise COVID-19 en 2020. Ce questionnaire évalue la capacité de ces structures à maintenir l'offre des SSMNI dans le contexte de la pandémie. L'outil a permis de recueillir des informations sur des changements dans les prestations de services de santé et la gestion des ressources humaines. L'incidence que la pandémie a eue sur l'utilisation des services de santé est aussi mesurée tout comme l'inquiétude du personnel à continuer de fournir le service de santé avec les possibles risques de contracter le virus.

2.4.3 Résumé des outils de collecte sous forme de tableau

Outil	Approche de collecte	Contenu	Groupe cible
Guide de Focus group homme	FG	Accès et utilisation des soins de santé maternelle et néonatale, Questions sur COVID-19	Les pères des enfants de 0-5 ans qui utilise les services de santé maternelle et néonatale (population sédentaires et nomades)
Guide de focus group femmes et mères	FG	Accès et utilisation des soins de santé maternelle et néonatale, Questions sur COVID-19	Les mères des enfants de 0-5 ans qui utilisent les services de santé maternelle et néonatale (population sédentaires et nomades)
Guide de focus group leader communautaire	Entretien individuel	Accès et utilisation des soins de santé maternelle et néonatale, Questions sur COVID-19	Groupement des femmes, le chef de village, de la société civile, de la chefferie traditionnelle, etc.
Questionnaire de collecte des informations au niveau des districts sanitaires	Interview, papier ou tableau Excel	Qualité et gestion des soins dans les Districts sanitaires (activité COM)	MCD, MCH, gestionnaires, chef de zone.
Questionnaire RMA	Interview, tableau Excel	Rapportage des activités et des données sanitaires	MCD, MCH, gestionnaires, chef de zone.
Questionnaire FOSA	Interview, ODK	Qualité et gestion des soins et impact COVID-19 dans les FOSA,	Patients (SFDE, IDE etc.)

2.5 Considérations éthiques, gestion des données et mesure de protection contre COVID-19

Les protocoles de l'enquête de base et fin de phase ont été transmis aux autorités compétentes du Tchad, notamment au comité national de bioéthique du Tchad (CNBT) qui a donné son autorisation pour mener l'étude.

Avant la collecte des données auprès des FOSA et dans les communautés, les parties prenantes de l'étude ont été informées, par tous les canaux possibles existants et adaptés, sur les objectifs de l'enquête.

Les équipes de terrain ont travaillé en coopération étroite avec le personnel sanitaire des CS. Un consentement écrit (ou empreinte digitale en cas d'analphabétisme) a été obtenu de tous les participants à l'enquête au début de l'entretien ou de la discussion de groupe (Annexe A8 et A9). Toute information est collectée de manière anonyme et la participation était volontaire. Les participants étaient informés de leur droit de terminer l'interview à tout moment, sans conséquence pour eux-mêmes, leur famille ou la communauté.

Il existe un accord entre la confédération suisse, représentée par la Direction du développement et de la Coopération (DDC) du Département Fédéral des affaires étrangères et la république du Tchad représentée par le ministère de l'économie et de la planification du Développement couvrant toutes les activités du PADS.

La collecte et l'analyse des données suivent le règlement sur la protection des données (RGDP) de l'union européenne 2016/679. L'assurance de qualité de la collecte de données et de l'analyse est effectuée par l'investigatrice principale (Dr. Monique Léchenne) qui est assistée par un expert en recherche opérationnelle (Mr. Jean Pierre Gami) et un expert externe pour l'assurance qualité (Mr. Séraphin Madjadinan) et une experte en analyse de données qualitative (Dr. Mari Dumbaugh). La planification et l'analyse étaient aussi appuyées par l'expert de suivi évaluation du PADS (Yaya Issaka).

Les données collectées sont la propriété du Swiss TPH et sont logées au serveur de l'institut. Les données locales sur les tablettes ont été effacées. Le Swiss TPH est responsable de l'archivage des données et de la destruction des données électroniques 5 ans après la collecte.

Par rapport aux mesures de prévention de la COVID-19 dans le contexte épidémiologique au cours de cette enquête de fin de phase, des mesures de barrières édictées et recommandées par le Gouvernement dans son Communiqué du 08 décembre 2021 ont été respectées par l'équipe de terrain.

2.6 Collecte et gestion des données

2.6.1 Pré-test des outils de collecte des données

Avant le démarrage officiel de la collecte des données de l'enquête de base, un pré-test des outils de collecte des données a été fait (pour l'enquête FOSA et l'enquête communautaire). Puisque les outils ont été légèrement adaptés pour l'enquête de fin de phase, un nouveau pré-test sur les outils mis à jour a été organisé dans le district sanitaire de Mandelia, province du Chari Baguirmi.

Les objectifs spécifiques de ce pré-test étaient de :

- S'assurer de la compréhension des questions par les personnes interrogées ;
- Familiariser les enquêteurs et les superviseurs avec les outils de recueil des données ;
- Adapter et compléter les questionnaires.

A l'issue des pré-tests, les instruments ont été revus et finalisés.

2.6.2 Organisation de la collecte des données

La collecte des données a été réalisée de manière simultanée dans les provinces du Batha et du Moyen-Chari. Les enquêteurs ont été mobilisés dans les formations sanitaires.

Pour l'enquête communautaire, les données ont été collectées par des équipes composées d'un animateur/ une animatrice principal.e assisté.e par un enquêteur assistant qui a pris les notes comme décrit ci-haut auprès des communautés sélectionnées à cet effet. Pour l'enquête communautaire, il est prévu qu'une équipe composée de deux personnes puisse administrer 2 discussions de groupe par village ou campement par jour (c'est-à-dire 2 discussions de groupes et un entretien individuel par jour). Deux équipes composées de deux animateurs (concrètement, deux binômes femmes/hommes) ont été réparties entre communauté sédentaire et nomade par province.

De même, au niveau des FOSA, deux équipes composées de 2 enquêteurs sont chargées d'administrer le questionnaire dans les CS. Les équipes de terrain ont évalué chacune des provinces (Batha et Moyen-Chari) et ont visité l'ensemble des CS concernés par l'enquête.

Pour l'enquête au niveau des districts sanitaires (DS), qui aura lieu dans les 15 DS des deux provinces appuyées, 2 équipes seront engagées par province.

Sur cette base, l'enquête communautaire englobe 2 types de communauté par DS : la communauté sédentaire et nomade (1 village, 1 campement et 1 entretien individuel de leader communautaire), 3 enregistrements des interviews par communauté, ce qui donne au total 24 discussions. Dans les formations sanitaires, 78 CS ont été enquêtées dans les 7 DS concernés par l'enquête FOSA et au niveau des districts sanitaires, 16 DS sont visitées en tous par cette étude fin de phase PADS II.

Avant le démarrage de la collecte des données, le Coordinateur de terrain et l'expert d'assurance qualité locale informeront les personnes clés (personnel des FOSA, Chef du village, Boulama des groupes des nomades etc.) sur les objectifs de l'enquête et les dates prévues des visites les équipes de terrain.

2.6.3 Saisie, analyse et protection des données

En ce qui concerne les enquêtes communautaires, tous les enregistrements audios ont été transcrits en français par les enquêteurs. Les transcriptions de chaque discussion ont été réalisées directement après la discussion. La durée des enregistrements varie au maximum de 30 minutes pour les entretiens individuels des leaders et 1 heure 30 minutes maxi pour les discussions de groupe. Les données qualitatives ont été analysées avec l'outil Dedoose®.

Les données des enquêtes au niveau des CS et DS ont été collectées et saisies instantanément sur le terrain par le biais de tablettes numériques (Samsung Galaxy Tab 4G) qui ont permis l'enregistrement des données au fur et à mesure que les questions étaient posées. Une transmission à un serveur central a été mise en place par Swiss TPH qui en assure le contrôle-qualité. Après le transfert au serveur, les données locales sur les tablettes étaient détruites.

Les données collectées au niveau des DS et RMA en format papier ont été saisies chaque soir dans la fiche Excel correspondante par les superviseurs. Ces fiches Excel originales ont été remises à l'expert de suivi évaluation du PADS à la fin de l'enquête. L'analyse quantitative des données des FOSA et DS a été faite à l'aide de l'outil StataIC-16.

L'objectif principal de l'analyse est de comparer les résultats au niveau des provinces avec les résultats obtenus en 2019. Pour certains indicateurs clés nous indiquant aussi la différence entre les CS qui ont déjà bénéficié d'un appui PADS pendant la première phase du programme et les

« nouveaux CS » qui ont bénéficié d'un appui partiel pendant cette phase du PADSII. Cependant il est à noter que les deux districts à appui partiel inclus dans l'étude sont des districts urbains comparés au DS avec appui complet qui sont des districts ruraux. Ce fait constitue un biais qui doit être pris en compte dans l'interprétation des résultats. Les résultats présentés permettent aussi d'établir un état des lieux et de définir les valeurs de référence pour la phase 3 du PADS qui commence en 2023.

La collecte et l'analyse des données s'est basée sur le règlement sur la protection des données (RGDP) de l'union européenne 2016/679. Les données collectées sont la propriété du Swiss-TPH qui est responsable de l'archivage des données et de la destruction des données électroniques et sous forme papier 5 ans après la collecte.

3 RÉSULTATS

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

3.1.1 Participation des Centres de Santé à l'enquête FOSA

L'analyse des données a été effectuée pour 78 Centres de Santé, soit 11 CS de plus qu'en 2019 (Tableau 2). Cette augmentation en nombre de CS s'explique par l'ajout des nouveaux centres créés au cours de la phase 2 et par l'accessibilité de deux CS dans le district d'Ati qui ne pouvaient pas être visités en 2019 à cause des inondations. Le Tableau 2 montre le nombre de CS visités par province en 2022 en comparaison avec ceux de 2019. Il est à noter que malgré sa plus grande superficie, le Batha compte moins de centre de santé que le Moyen Chari, ce qui pourrait être une des explications pour la différence d'accès aux soins remarquée entre les deux provinces. La majorité des CS sont des structures publiques (87%). Les autres 13% (10 structures) ont une affiliation privée professionnelle et se trouvent toutes dans la Province du Moyen Chari. En 2019 le taux des structures privées était seulement de 6% (4 structures) ce qui indique que les structures ajoutées dans le Moyen Chari sont pour la plupart des structures privées.

Tableau 2 : Participation des Centre de Santé à l'étude d'impacte

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.

**Par rapport au nombre total de 2019.

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

Fonctionnalité

98% des CS disposent d'un COGES en 2022 contre 96% en 2019. 90% de ces COGES étaient actifs en 2022 contre 85% en 2019. Cependant l'augmentation n'est pas significative, statistiquement parlant. Le seul COGES inexistante et les 7 COGES inactifs se trouvent tous dans le Moyen Chari, quatre d'entre eux dans le DS de Sarh (1 inexistante et 3 inactifs) (Tableau 3). Comme aussi observer pendant l'enquête de base, il y a une différence entre les DS qui ont déjà bénéficié d'un appui PADS pendant la première phase du programme (appui complet) avec un taux de fonctionnalité des COGES de 93% et les « nouveaux DS » avec appui partiel avec un taux de fonctionnalité de 86%. Cependant cette différence n'est pas statistiquement significative. Une différence significative est à noter au Batha avec un taux des COGES actif plus élevé que le Moyen Chari. De même pour les COSAN, on observe un taux d'existence et de fonctionnalité plus élevé au Batha qu'au Moyen Chari avec la plus faible performance concernant cet aspect : 4 COSAN inexistants (tous dans le DS de Sarh) et 4 inactifs (2 Koumogo et 2 Sarh). Parmi les 4 COSAN inexistants il y a un qui est un Centre confessionnel et un d'un CS qui dépend d'un autre CS avec COSAN. Dans la province du Batha, il y a un seul COSAN inactif qui se trouve dans le DS de Ati (Tableau 3).

La comparaison des taux des CS avec COSAN actifs, parmi tous les CS visités pendant les deux enquêtes, révèle une amélioration significative dans les deux provinces, mais pour les COGES ces taux ont seulement augmenté dans la province de Batha.

Comparant les nombres de COGES et de COSAN existant on remarque des inconsistances. Puisque les COGES sont issus des COSAN il ne devrait pas exister de COGES sans COSAN. Cependant nos données montrent que dans le district de Sarh il y a trois CS avec un COGES mais pas de COSAN. Ces inconsistances existent aussi pour les données de l'enquête de base en 2019 selon lesquelles trois CS dans le district de Alifa et un CS dans le district de Sarh disposait d'un COGES mais pas d'un COSAN. La raison pour ces données contradictoires n'est pas connue.

Tableau 3 : Nombre de COGES et COSAN actif par district en 2022

Province	District	Nb COGES/ Nbr.CS	Nb COSAN/ Nbr.CS	COGES actif par province (Nbr.COGES/ Nbr.CS, %)		COSAN actif par province (Nbr.COSAN/ Nbr.CS, %)	
				2022	2019	2022	2019
Batha	Yao	18/18	18/18	36/36	30/34	35/36	24/34
	Alifa	9/9	9/9	100%	88%	97%	70.5%
	Ati*	9/9	8/9				
Moyen Chari	Danamadji	10/10	10/10				
	Maro	10/11	11/11	34/42	27/33	34/42	23/33
	Koumogo	4/7	5/7	81%	82%	81%	69.5%
	Sarh*	10/14**	8/14**				

*DS avec appui partiel

**Un COGES et 4 COSAN inexistante sur les 14 CS

La moyenne des membres du COGES est de 6,6 (+/-2,7 SD), le nombre de membres varie entre 3 à 15 membres. Selon les normes décrit dans le règlement intérieur du MSPP un COGES

comprends 7 personnes (2 commissaires, 2 présidents, 2 trésoriers, 2 secrétaires et 1 RCS). Le moyen Les COGES dans la province du Moyen Chari (moyenne 8) comptent significativement plus de membres que ceux du Batha (moyen 5). Concernant la fréquence des réunions COGES la moyenne de temps passé depuis la dernière réunion est de 2 mois (+/-2,4 SD, min. 0.03, max. 15). Il n'y a pas de différence significative concernant cet aspect ni au niveau des provinces ni concernant la catégorie d'appui.

Les COSAN comportent en général beaucoup plus de membres que les COGES avec une moyenne globale de 21 (+/-8.8 SD, min. 3, max. 30). Ce résultat est normal car le COSAN est l'assemblée générale du CS et le COGES est un comité spécifique. Selon les directives du MSPP chaque village couvert par un CS respective devrait être représenté par 2 délégués dans le COSAN de se CS. La différence entre les moyennes par province n'est pas significative (Batha 20 et Moyen Chari 22), mais on remarque une grande différence entre les différentes catégories d'appui : en moyenne 20 membres pour appui complet et 26 membres pour appui partiel. Ce résultat peut s'expliquer par le contexte urbain des DS à appui partiel qui ont été sélectionnés pour l'étude. Les fréquences de réunion des COSAN est considérablement plus élevée au Moyen Chari avec une moyenne de 2.5 mois passés depuis la dernière réunion comparée au Batha avec une moyenne de 5 mois passés. Ceci est confirmé en comparant les catégories de fréquences (mensuel, trimestriel ou semestriel) des réunions des COSAN au niveau des DS (Tableau 4). Bien que la majorité globale (49%) applique un rythme semestriel au niveau du Batha, le taux des COSAN qui se réunissent deux fois par ans est au-delà de 60% dans tous les districts, tandis que dans le Moyen Chari ce taux est d'au moins 40% dans tous les DS (

Tableau 4). Les districts du Moyen Chari comptent aussi significativement plus de COSAN avec un rythme de réunion mensuelle. Seulement 3 sur 14 COSAN qui se réunissent 12 fois par ans sont localisés dans la province de Batha.

Tableau 4: Comparaison de la fréquence des réunions COSAN par district. La première ligne montre des fréquences et la deuxième ligne montre des pourcentages de colonne

Fréquence de réunion COSAN		Yao	Alifa	Ati	Dana-madji	Maro	Koumogo	Sarh
Mensuelle	Nbr.	1	1	1	4	2	1	4
	%	5,5	11	12,5	40	18	20	50
Trimestrielle	Nbr.	5	1	1	5	6	2	1
	%	28	11	12,5	50	54,5	40	12,5
Semestrielle	Nbr.	12	7	6	1	3	2	3
	%	67	78	75	10	27	40	37,5
Total	Nb	18	9	8	10	11	5	8

Inclusion des femmes

La situation d'intégration des femmes au COGES et COSAN reste déplorable. En moyenne un COGES compte une seule femme (+/- 1 SD, min. 0, max. 5). Pour les COSAN la représentativité est un peu mieux avec une moyenne de 3 femmes par comité (+/- 3 SD, min. 0, max. 12). La comparaison globale du nombre et de la proportion des femmes et d'hommes révèlent des

différences fortement significatives pour tous les deux organes. Il s'avère aussi que les femmes sont particulièrement sous-sous-représentées dans le Batha. Un constat qui était déjà fait en 2019. Au niveau de type d'appui il n'existe pas de différence significative concernant la moyenne des femmes dans les deux organes. La comparaison avec les données de 2019 montre qu'une amélioration était seulement atteinte pour l'inclusion des femmes dans les COSAN (Tableau 5). Cependant on remarque aussi que le nombre de COSAN avec une proportion entre un et deux tiers des femmes a augmenté en faveur de la catégorie d'au moins une jusqu'à un tiers des femmes parmi les membres. En ce qui concerne la catégorie des COSAN sans femmes, il n'existe pas de changement. Pareille pour l'inclusion des femmes dans les COGES, on ne constate pas d'amélioration.

Tableau 5: Proportion des femmes parmi les membres COSAN et COGES en 2022 avec comparaison des données globales en 2019

		Pas de femmes parmi les membres		<=1/3 membres sont des femmes		>1/3-2/3 membres sont des femmes		Total
		Nbr.	%	Nbr.	%	Nbr.	%	Nbr.
Batha	COGES	20	56	16	44	0	0	36
	COSAN	13	37	21	60	1	3	35
Moyen Chari	COGES	5	15	23	68	6	18	34
	COSAN	5	15	23	68	6	18	34
Total 2022	COGES	25	36	39	56	6	9	70
	COSAN	18	26	44	64	7	10	69
Total 2019	COGES	25	39	34	53	5	8	64
	COSAN	12	27	32	73	0	0	44

Inclusion des agriculteurs et éleveurs

Les agriculteurs sont les membres les plus représentés dans les COSAN (moyenne 14.4, +/- 8SD, min 0, max 30), suivis par les éleveurs (moyenne 4.1, +/- 4.6SD, min 0, max 20) et les commerçants (moyenne 2.3, +/- 3.7SD, min 0, max 20). Les agents de la fonction publique sont les membres les moins représentés (moyenne 0.4, +/- 1SD, min 0, max 6). Le même constat sur la présence des différents groupes a été fait lors de l'enquête de base. Dans la province du Batha, il n'y a pas de fonctionnaires dans tous les COSAN. La moyenne et le taux des membres d'éleveurs sont significativement différents entre les provinces (Batha compte plus d'éleveurs comparé au Moyen Chari). La moyenne est aussi significativement plus élevée dans les COSAN des DS avec appui complet, mais si on compare les taux des membres d'éleveurs, cette différence disparaît. Concernant la moyenne ou le taux des agriculteurs, il n'y a pas de différence par province, ni par appui.

Le Tableau 6 présente le sommaire pour les deux groupes majeurs, les agriculteurs et les éleveurs en termes de membres moyens par catégorie et le nombre de COSAN comprenant des membres des deux groupes. Dans le DS de Yao, il existe deux COSAN sans agriculteurs, parmi les deux, il y a un qui ne compte pas des nomades non-plus. Un autre COSAN sans agriculteurs ni éleveurs se trouve dans le DS de Maro. Les COSAN avec des agriculteurs mais sans éleveurs parmi leurs membres, sont répartis comme suit : Yao (4), Alifa (1), Ati (0), Danamadji (4), Maro (5), Koumogo (1), Sarh (4).

Le Tableau 6 montre aussi qu'il y'a une grande amélioration réalisée au cours de la phase II du PADS par rapport à 2019. L'augmentation des COSAN qui réunissent les deux groupes est significative dans tous les districts. Les districts qui ont fait le plus d'effort (>50% d'augmentation) sont Koumogo, Ati et Alifa. Les districts avec un taux de COSAN mixtes le plus bas se trouvent dans la province du Moyen Chari (Maro, Sarh, Danamadji). Il est intéressant de noter qu'en 2019 le district de Danamadji venait encore en tête avec 44% des COSAN mixtes. Dans la province du Batha, le district de Yao semble avoir le plus grand potentiel d'amélioration de ce facteur. Cependant, la représentativité est aussi à évaluer selon le contexte local, c'est-à-dire la présence des éleveurs et agriculteurs dans les zones couvertes par les COSAN.

Tableau 6 : 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%

3.1.3 Aspects de gestion des FOSA

Supervisions externes de routine

La moyenne du nombre de supervisions externes de routine a considérablement augmenté comparée à 2019. Pendant les 12 mois passés avant l'enquête de 2022, le nombre moyen des visites de supervision était de 11.5 (+/-5 DS, min 0, max 24) comparé à 6.7 en 2019. La variance en 2019 était un minimum de 2 à un maximum de 11. Cependant, en 2022, le minimum est de 0 (un CS de Sarh et un CS de Koumogo) et le maximum de 24 visites (un CS du DS de Yao). En principe, la supervision intégrée ne devrait pas dépasser le nombre d'une par mois. Les données de 2022 incluent donc non seulement des supervisions intégrées mais aussi des supervisions externes de routine spécifique. Malheureusement, une distinction n'a pas pu être faite pendant l'analyse. Il est aussi à noter que le financement du PADS pour les supervisions intégrées était seulement disponible à partir de Mai 2019, ce qui a influencé les données de l'étude de base. Les résultats sur le nombre des visites de supervision sont donc à interpréter avec la prudence nécessaire.

Un tiers des CS comptent moins de 10 visites par an tandis que deux tiers comptent 10 ou plus de visites, ce qui correspond à environ une visite par mois. La moyenne de visite est

significativement plus élevée au Batha qu'au Moyen Chari. En revanche, il n'y a pas de différence statistiquement significative existant au niveau de la catégorie d'appui.

Dans 69% des CS, la santé maternelle était incluse au moins à la 2^{ème} visite de supervision de routine. Dans 9 CS, le nombre de supervision total est égal au nombre de supervisions incluant la santé maternelle et néonatale. Pour les visites des équipes cadre du district, ces valeurs sont de 64.5% et 12 CS respectivement. Pour les deux catégories de visite de supervision, il n'y a pas de différence significative par province ou par catégorie d'appui.

La raison pour la dernière visite de supervision était dans la majorité des cas, une visite de routine (60% des réponses) suivie par les visites de supervision PADS (19% des réponses). La comparaison entre les appuis révèle comme prévu une différence significative concernant cette dernière réponse avec un appui complet ou 25.4% des dernières visites étaient faites dans le cadre du PADS contre 4.4% dans les CS à appui partiel.

Le Tableau 7 résume les résultats sur les visites de supervisions par district et compare la moyenne des visites globales en 2022 à la moyenne de l'enquête en 2019.

Tableau 7 : La moyenne de supervisions externes de routine réalisées dans les Centres de Santé pendant les 12 mois passés en 2022 comparée avec celle de 2019 et le résumé des résultats pour les supervisions incluant la santé maternelle et néonatale, de l'équipe cadre du district et PADS.

District	2019	2022	Taux de supervisions incluant la santé maternelle et néonatale	Taux de supervisions faites par l'équipe cadre du district (%)	Nombre de CS avec PADS comme raison de la dernière visite (%)
	Moyenne de supervisions réalisée par CS (n)	Moyenne de supervisions réalisée par CS (n)			
Yao	4.4	12.6	41	64	33
Alifa	3.4	13.6	36	39	22
Ati*	6.3	19.7	36	46	0
Danamadji	8	11	62	62	20
Maro	1	13.7	61	76	9
Koumogo	8	8.1	72	68	43
Sarh*	11.4	6.5	77	86	7
Total	6.7	11.6	54	64	19

*DS avec appui partiel

RMA – Promptitude et leur utilisation pour la prise de décisions

Comme en 2019, tous les CS ont rapporté avoir transmis à temps les trois derniers RMA mensuellement. Dans tous les CS, au moins trois RMA du premier trimestre étaient bien disponibles et signés. Pour 51% des cas, il existait même les derniers 4 RMA. Cependant, presque tous les CS avec 4 RMA disponibles sont dans le Moyen Chari (97.5% contre 2.5% au Batha). En 2019, il y avait 87% des CS avec au moins 3 RMA disponibles, ce qui signifie que le rapportage s'est amélioré au cours de la phase II. Ceci est aussi palpable si on compare les résultats sur la disponibilité des rapports d'analyse entre l'enquête de base et l'enquête de fin de phase II, présentés dans le Tableau 8. Seulement le district de Koumogo a une augmentation inférieure à 4%. Il n'y a pas de différence entre les deux provinces, ni entre les catégories d'appui concernant la disponibilité du rapport d'analyse. Cependant, seulement 8 CS (14%) mentionnent que le rapport est disponible sous forme électronique, tous sont localisés dans la province du

Moyen Chari. Ce qui signifie qu'en général et particulièrement dans le Batha, il y a un grand besoin pour le renforcement en matière de digitalisation du système de santé.

Tableau 8 : Comparaison des taux de rapport d'analyse disponible entre 2019 et 2022

District	Disponibilité de rapport d'analyse		
	2019 (%)	2022 (%)	% d'augmentation
Yao	50	78	28
Alifa	22	67	45
Ati	14	56	42
Danamadji	56	70	14
Maro	17	91	74
Koumogo	67	71	4
Sarh	17	71	54
Total	36	73	37

Indice de recouvrement de coûts

L'amélioration globale de la gestion des CS se montre aussi au niveau des résultats concernant le recouvrement des coûts. En 2019, 54% des CS ont rapporté un indice de recouvrement de coûts pour le premier trimestre de l'année (Janvier à Mars) de moins de 1.1⁵ et 30% des CS avaient un indice de recouvrement de coûts compris entre 1.1 – 1.3, ce qui est considéré comme normal. En 2022, le pourcentage des CS avec un indice de moins de 1.1 a diminué (soit 47%) et le pourcentage des CS avec un indice compris entre 1.1 – 1.3 a augmenté de 10% passant ainsi à 39% (Tableau 9). Cependant, si on regarde de près les différences entre les deux enquêtes au niveau des provinces, on remarque que cette amélioration au niveau global est uniquement le mérite de la province du Batha. Le Moyen Chari n'a pas pu augmenter le taux de CS avec un recouvrement dit normal. Il est à noter que le Moyen Chari avait déjà un taux de recouvrement très élevé (1.1 – 1.3) comparé au Batha, mais en 2022 le Batha dépasse légèrement le Moyen Chari. Les différences entre les provinces et catégorie d'appui ne sont pas significatives en 2022.

⁵ Les informations concernant le recouvrement des coûts et la situation financière des établissements sanitaires ont été collectées à travers des RMA et des cahiers de tenue de compte du COGES couvrant le 1er trimestre 2022 (janvier, février et mars 2022), 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 élevées par rapport à ce qui revient par les ventes des médicaments (vente des médicaments – recettes/ coûts d'achats – dépenses).

Tableau 9 : Indice de recouvrement des coûts par district et province.

Province	District	Indice de recouvrement de coûts					
		< 1.1		1.1 – 1.3 (normal)		> 1.3	
		2019	2022	2019	2022	2019	2022
Batha	Tous	21 (62%)	17 (47%)	5 (15%)	15 (42%)	8 (26.5%)	4 (11%)
	Yao	10 (55.6%)	10 (55.5%)	2 (11.1%)	6 (33%)	6 (33.3%)	2 (11%)
	Alifa	6 (66.7%)	2 (22%)	2 (22.2%)	5 (55.5%)	1 (11.1%)	2 (22%)
	Ati	5 (71.4%)	5 (55.5%)	1 (14.3%)	4 (44.5%)	1 (14.3%)	0 (0)
Moyen Chari	Tous	15 (45.5)	18 (46%)	15 (45.5%)	14 (36%)	3 (9%)	7 (18%)
	Danamadj i	4 (44.4%)	5 (50%)	5 (55.6%)	4 (40%)	0 (0)	1 (10%)
	Maro*	3 (50.0%)	6 (64.5%)	3 (50.0%)	2 (18%)	0 (0)	3 (27.5%)
	Koumogo	4 (66.7%)	4 (57%)	2 (33.3%)	3 (43%)	0 (0)	0 (0)
	Sarh	4 (33.3%)	3 (27.3%)	5 (41.7%)	5 (45.5%)	3 (27.3%)	3 (27.3%)
	Total	36 (53.7%)	35 (47%)	20 (30%)	29 (39%)	11 (16.4%)	11 (15%)

* Dans certain CS de Maro, ils offrent la gratuité à 100% (appui de la croix rouge et d'autre partenaire par la présence des réfugiés dans leurs zones de responsabilité)

NB : Pour 5 CS (2 Maro et 3 Sarh) les valeurs sont manquantes pour le mois de Janvier et elles n'étaient donc pas incluses dans le calcul.

3.1.4 Aspects de qualité de soins des centres de santé

Guides diagnostiques : disponibilité de lignes directrices ou de protocoles

Tous les CS disposent d'un ordinogramme du MSPSN sauf deux : un du DS de Maro et un autre du DS de Sarh. Dans 91%, il s'agit de la version de 2020. Deux CS (DS Yao et Danamadji) ont des versions anciennes (2005 et antérieure). Pour 5 CS dans le district de Maro, l'information sur l'ordinogramme est manquante.

En moyenne, un CS dispose de 13.6 lignes directrices ou protocole (+/-5.5 SD) sans compter l'ordinogramme. La variance de 0 à 23 montre qu'il y a quand même des CS (2 dans le district de Yao) qui ne disposent pas de guide autres que l'ordinogramme et qu'aucun CS ne dispose de tous les 24 lignes directrices ou protocole sujet de l'enquête. Le maximum de 23 est atteint par deux CS, un du DS de Ati et un du DS de Maro.

Le

Tableau 11 montre la disponibilité des guides diagnostiques, lignes directrices et des protocoles au niveau des CS comparée entre les deux enquêtes. Globalement, seulement trois guides sont moins disponibles en 2022 contre 19 pour lesquels le pourcentage de disponibilité a augmenté. Cependant pour le Batha, il y a 7 guides moins disponibles contre 9 plus disponibles et dans le Moyen Chari, seulement 3 guides sont moins disponibles contre 24 plus disponibles. La Figure 3 présente le pourcentage de différence par guide et province entre 2019 et 2022. Les trois guides

disponibles dans moins de 10% des CS sont ceux sur le diagnostic et la prise en charge des maladies cardiovasculaires, l'avortement médicalisé et le traitement de la tuberculose multi résistante (MR). Quatre guides sont disponibles dans plus de 90% des CS globalement. Il s'agit du guide de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ou PTME, du guide pour la planification familiale, de la vaccination de routine de l'enfant et du diagnostic et de prise en charge du paludisme.

Comme aussi observé en 2019, la disponibilité des lignes directrices et protocoles varie toujours fortement entre les provinces : La moyenne du nombre de guides disponibles au Moyen Chari est supérieure au double de celle du Batha (17.5 contre 9). Si on regarde de près en termes de disponibilité pour chaque guide, à part les guides avec ID 9, 18, 19, 20 et 25, il n'y a pas de différence par province, mais tous les autres sont significativement plus disponibles au Moyen Chari. Au niveau de la catégorie d'appui, il n'y a pas de différence significative.

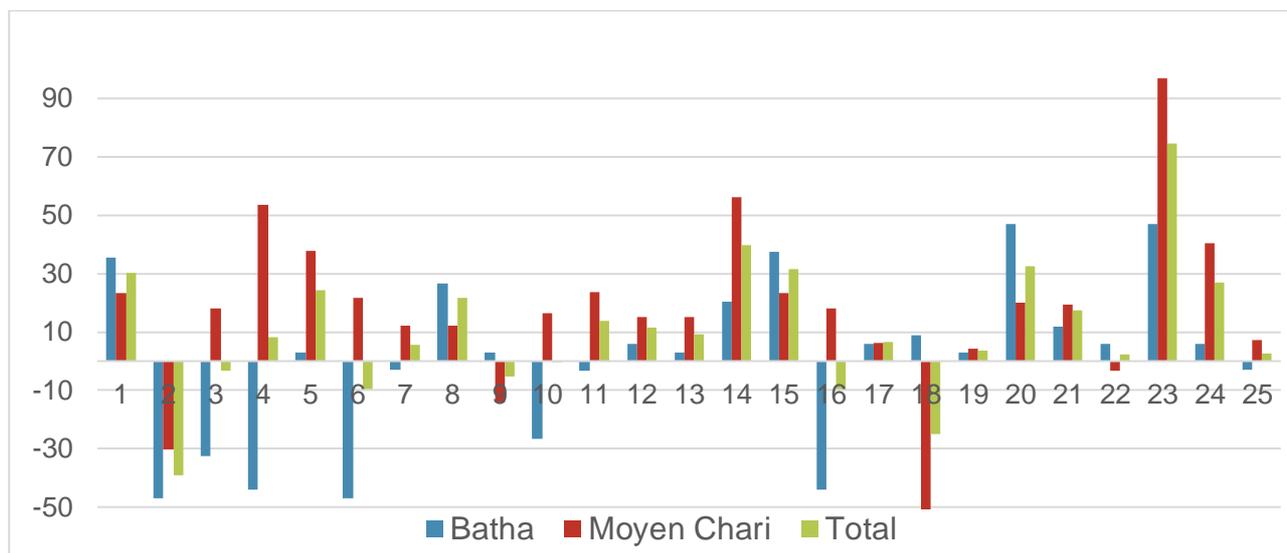


Figure 3: Histogramme des changements observés en termes de différence de pourcentage de disponibilité de chaque guide (ID voir)

Tableau 11) entre 2019 et 2022 par province et globalement.

Disponibilité des méthodes contraceptives

En 2022, seulement 6 CS dans la province du Moyen Chari (1 DS de Danamadji, 2 DS de Maro et 3 DS de Sarh) n'avaient pas de contraceptifs en stock au moment de l'enquête. Presque trois quart (74%) des CS avaient toutes les deux méthodes en stock. La disponibilité a donc augmenté à 93% comparés à 80% des CS qui ont rapporté avoir au moins une méthode contraceptive (soit le Noristerat ou Depoprovera ou les préservatifs) en stock au moment de l'enquête en 2019. Les injections contraceptives sont moins disponibles dans les deux provinces, comparées aux préservatifs, ce qui est contraire à la situation de 2019 (Tableau 10). La disponibilité des préservatifs s'est améliorée significativement dans toutes les deux provinces. Par contre, la disponibilité des injections contraceptives a seulement augmenté au Batha. Au Moyen Chari, le Noristerat ou Depoprovera sont devenus même moins disponibles, ce qui explique que le taux global de 77% de disponibilité pour les injections contraceptives n'a pas changé entre 2019 et 2022.

Tableau 10 : Disponibilité des méthodes contraceptives.

Contraceptive	Batha N (%)		Moyen Chari N (%)		Total N (%)	
	2019	2022	2019	2022	2019	2022
Noristerat ou Depoprovera	27 (79.4)	34 (94.5%)	25 (75.8)	26 (62%)	52 (77.6)	60 (77%)
Préservatifs	19 (55.9)	34 (94.5%)	15 (45.5)	36 (86%)	34 (50.8)	70 (92%)
Toutes les deux	NA	32 (88%)	NA	26 (62%)	NA	58 (74%)

Tableau 11: Pourcentage de disponibilité de chaque guide par rapport au total des CS enquêtés en 2019 et 2022

ID	Guide	Batha (%)		Moyen Chari (%)		Total	
		2019	2022	2019	2022	2019	2022
1	Ordinogramme du Tchad sur les soins curatives (ordinogramme du MSPSN)*	64.7	100	69.7	93	67.2	97.4
2	Gestion des complications obstétricales et néonatales	61.8	14.7	42.4	12	52.2	13.1
3	Soins immédiats au nouveau-né (directives SONUB)	61.8	29.4	81.8	100	71.6	68.4
4	Réanimation du nouveau-né	64.7	20.6	39.4	92.9	52.2	60.5
5	Méthode Kangourou	8.8	11.8	45.5	83.3	26.9	51.3
6	Soins prénatals focalisés	85.3	38.2	75.8	97.6	80.6	71
7	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (VIH) ou PTME (posologie pour la mère et pour le nouveau-né)	82.4	79.4	87.9	100	85.1	90.8
8	Prévention des infections par le VIH/SIDA (précautions universelles)	35.3	61.8	87.9	100	61.2	82.9
9	Avortement médicalisé	2.9	5.9	21.2	7.1	11.9	6.6
10	Soins après avortement	41.2	14.7	78.8	95.2	59.7	59.2
11	Prévention du cancer du col de l'utérus	6.1	2.9	45.5	69	25.8	39.5
12	Planification familiale	76.5	82.4	84.9	100	80.6	92.1
13	Vaccination de routine de l'enfant	91.2	94.1	84.9	100	88.1	97.4
14	Alimentation du nourrisson et de l'enfant	26.5	47	15.2	71.4	20.9	60.5
15	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	33.3	70.6	69.7	92.9	51.5	82.9
16	Prévention des infections	76.5	32.3	81.8	100	79.1	69.7
17	Diagnostic et prise en charge du paludisme	88.2	94.1	93.9	100	91	97.4
18	Diagnostic et prise en charge de la tuberculose	5.9	14.8	81.8	21.4	43.3	18.4
19	Traitement de la tuberculose multi résistante (MR)	2.9	5.9	3	7.1	3	6.6

Tableau 10 (suite)

ID	Guide	Batha (%)		Moyen Chari (%)		Total	
		2019	2022	2019	2022	2019	2022
20	Prise en charge de la coïnfection VIH/TB	0	47	6.3	26.2	3.1	35.5
21	Prestation de conseil et de dépistage du VIH	58.8	70.6	78.1	97.6	68.2	85.5
22	Prise en charge du VIH/Sida	67.7	73.5	93.9	90.5	80.6	82.9
23	Diagnostic et traitement des IST	2.9	50	3	100	3	77.6
24	Traitement et gestion de la violence sexuelle	2.9	8.8	33.3	73.8	17.9	44.7
25	Diagnostic et prise en charge des maladies cardiovasculaires	2.9	0	0	7.1	1.5	4

NB : Les cellules colorées vert montrent un pourcentage de disponibilité significativement à la hausse et les cellules colorées orange montrent un pourcentage de disponibilité significativement à la baisse comparée à 2019.

Disponibilité des vaccins

En moyenne sur les 6 vaccins inclus dans l'étude et utilisés dans le programme élargi de vaccination (PEV), 5.5 sont disponibles dans les CS (+/- 1.2). Un CS dans le DS de Koumogo n'a pas un seul vaccin en stock. 63 CS sur les 78, soit 81% ont tous les 6 vaccins en stock. Comme en 2019, la disponibilité est plus faible dans le Batha comparée au Moyen Chari (Tableau 12). Le vaccin antitétanique (VAT) est le moins disponible dans les deux provinces (85.7%). Il remplace le vaccin contre la tuberculose qui a pris la dernière place en 2019. Il est à noter qu'en 2019 le VAT était le vaccin le plus disponible, mais en 2022 c'est le vaccin contre la polio. En regardant les différences entre 2019 et 2022 au niveau provincial, on remarque que le Batha a beaucoup amélioré la disponibilité de tous les 6 vaccins et a rattrapé presque les valeurs du Moyen Chari pour quelques-uns. Par contre pour le Moyen Chari, la disponibilité est stagnante à haut niveau. La Figure 4 montre les pourcentages de changement en disponibilité pour chaque vaccin par province.

Tableau 12 : Disponibilité des vaccins par province et comparée à 2019.

Vaccin	Batha N (%)		Moyen Chari N (%)		Total N (%)	
	2019	2022	2019	2022	2019	2022
BCG	16 (47.1)	30 (83.3)	15 (45.5)	40 (95.2)	31 (46.3)	70 (91)
Polio	17 (50.0)	35 (97.2)	33 (100)	41 (97.6)	50 (74.6)*	76 (98.7)
Pentavalent	18 (52.9)	26 (72.2)	33 (100)	41 (97.6)	51 (76.1)*	67 (87)
VAR	16 (47.1)	35 (97.2)	29 (87.9)	41 (97.6)	45 (67.2)*	76 (98.7)
VAA	17 (50.0)	34 (94.4)	32 (97.0)	41 (97.6)	49 (73.1)*	75 (97.4)
VAT	19 (55.9)	25 (69.4)	33 (100)	41 (97.6)	52 (77.6)*	66 (85.7)

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

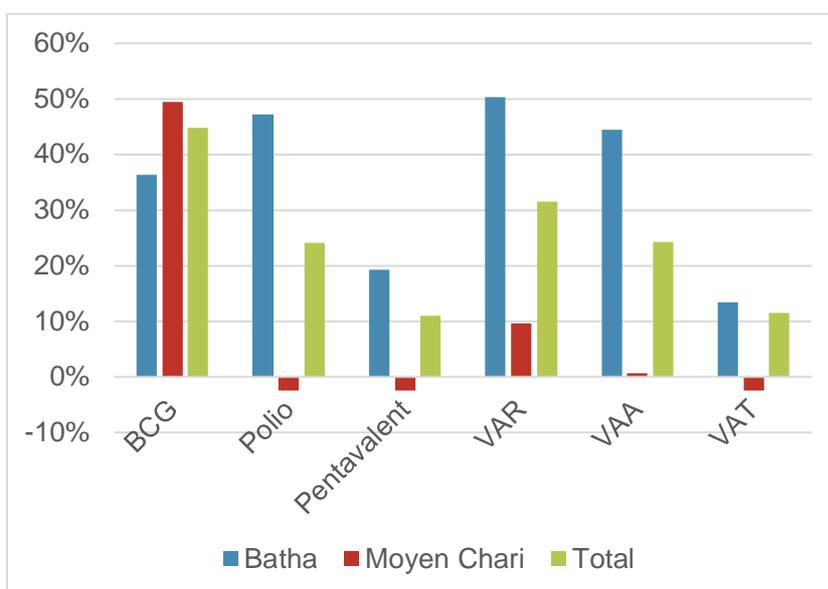


Figure 4: Changement dans le taux de disponibilité par vaccins entre 2019 et 2022 pour les deux provinces et globalement.

Prise en charge de la diarrhée

La prise en charge de la diarrhée a été évaluée par l'analyse de 384 cas de diarrhée dans les registres sanitaires. Seulement un CS du district d'Ati n'a pas été enquêté pour cette rubrique car il n'était pas possible de collecter les données sur les cas de diarrhée. Dans chaque CS, une moyenne de 5 cas a été analysée. A peu près un tiers des cas sont des enfants et des adultes et deux tiers sont des enfants moins de 5 ans. Le genre est représenté de façon équilibrée sur le total des cas, mais les femmes sont plus représentées parmi les cas au Moyen Chari (Tableau 13).

Le taux de documentation des signes cliniques a augmenté considérablement au Batha, passant de 53% en 2019 à 94% en 2022. Ce taux reste bien élevé comme en 2019 pour le Moyen Chari. Un peu plus que la moitié des patients se présente avec une diarrhée qui dure déjà 48h. Le

Tableau 14 montre que parmi les patients considérés comme cas de diarrhée⁶, 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 de plus de 48h avec 88.2%, comparée au Moyen Chari où 35.2% des cas ont rapporté une durée de plus de 48h. Les douleurs abdominales (44%) et la fatigue sont les plaintes les plus fréquentes globalement. Le vomissement est plus documenté chez les enfants de moins de 5 ans. Dans la plupart des cas, il s'agit des selles glaireuses et ¼ des patients ont de la fièvre au moment de la consultation. Concernant l'examen physique, il n'y a pas une augmentation significative remarquable entre les résultats de 2019 et 2022. Cependant, les examens parasitologiques des selles (KOP) ont légèrement augmenté pour la province du Moyen Chari, mais le taux reste très bas. Au Batha, il n'y a pas un test KOP rapporté parmi les cas sélectionnés. Le diagnostic clinique est fait pour presque tous les cas, ce qui était aussi trouvé en 2019. Concernant le traitement SRO zinc, les prescriptions ont augmenté significativement dans la province du Batha et dans la classe d'âge des enfants de moins de 5 ans. A part ce traitement, le Métronidazole, reste le médicament le

⁶ Cas de patients des registres de consultations du mois de juin 2019.

plus prescrit suivi du Cotrimazole et Albendazole. Dans 9% des cas, un antibiotique était prescrit. Les résultats détaillés sont présentés dans le

Tableau 14.

Tableau 13: Caractéristiques des patients considérés comme cas de diarrhée

	Batha (N=175)	Moyen Chari (N=209)	Total (N=384)
Age du patient			
Enfants < 5 ans	69.1% (121), moyen 18.9 mois	61.7% (129), moyen 16.8 mois	65.1% (250), moyen 17.7 mois
Patients >= 5 ans	30.9 (54), moyen 23.1 ans	38.3 ans (80), moyen 28.5 ans	34.9 (134), moyen 26.3 ans
Sexe			
Masculin	58.3% (102)	39.7% (83)	48.2% (185)
Féminin	41.7% (73)	60.3% (126)	51.8% (199)

Tableau 14: Prise en charge des cas de la diarrhée.

	Patient < 5 ans (N=250)	Patients >= 5 ans (N=134)	Batha (N=175)	Moyen Chari (N=209)	Total (N=384)
Signes cliniques documentés	↑ 89.6% (224)	↑ 95.5% (128)	↑ 93.7% (164)	90% (188)	↑ 91.8% (352)
Durée de la diarrhée (h)					
Moins que 48h	17.6% (44)	19.4% (26)	8.6% (15)	26.3% (55)	18.2% (70)
Plus que 48h	54.4% (136)	65.7% (88)	41.1% (72)	73% (152)	58.3% (224)
Ne pas indiqué	28% (70)	15% (20)	50.3% (88)	1% (2)	23.4 (90)
Plainte du patient					
Fatigue	24% (32)	50.8% (68)	22.3% (39)	42.6% (89)	33.3% (128)
Douleurs abdominales	30% (75)	71% (95)	36% (63)	51% (107)	44.3% (170)
Vomissements	21.2% (53)	14.2% (19)	24.6% (43)	13.9% (29)	18.8% (72)
Selles liquides émises	96.8% (242)	98.5% (132)	99.4% (174)	96% (200)	97.4% (374)
Nombre de selles/j (no.obs., pourcentage)	5 (185, 74%)	4.9 (115, 86%)	4.2 (98, 56%)	5.3 (202, 98%)	4.98 (300, 78%)
Aspects des selles					
Glaireuse	42% (105)	38% (51)	13.7% (24)	63% (132)	40.6% (156)
Sanguinolente	4.8% (12)	11.2% (15)	4.6% (8)	9% (19)	7% (27)
Glairo-sanguinolente	3.6% (9)	21% (28)	2.3% (4)	15.8% (33)	9.6% (37)
Eau de riz	0.8% (2)	0	0	1% (2)	0.5% (2)
Présence de la fièvre	27.6% (69)	18.7% (25)	25.7% (45)	23.4% (49)	24.5% (94)

Tableau 14 (suite)

	Patient < 5 ans (N=250)	Patients ≥ 5 ans (N=134)	Batha (N=175)	Moyen Chari (N=209)	Total (N=384)
Examens physiques rapportés	24.4% (61)	30.6% (41)	41.7% (73)	13.9% (29)	26.6% (102)
Plis de déshydratation	4.4% (11)	4.5% (6)	5.7% (10)	3.4% (7)	4.4% (17)
Dépression de la fontanelle	0.4% (1)	0	0	0.5% (1)	0.3% (1)
Hypotension	0	0.8% (1)	0.6% (1)	0	0.3% (1)
Fraicheur des extrémités	0.4% (1)	1.5% (2)	0.6% (1)	1% (2)	0.8% (3)
Sècheresse buccale	13.6% (34)	13.4% (18)	19.4% (34)	8.6% (18)	13.5% (52)
Test de KOP	2.8% (7)	3.7% (5)	0	↑6.2% (13)	↑3.4% (13)
<i>Résultat</i>					
Positive	1.2% (3)	3.7% (5)	0	3.8% (8)	2% (8)
Négative	1.6% (4)	0	0	1.9% (4)	1% (4)
Diagnostic clinique	99.6% (249)	97.8% (131)	98.9% (173)	99% (207)	99% (380)
Traitement SRO + zinc	↑77.2% (193)	52.2% (70)	↑75.4% (132)	63% (131)	↑68.5% (263)
Prescription de médicaments	↑94.4% (236)	98.5% (132)	↑96.6% (169)	95% (199)	↑95.8% (368)
Metronidazole	48.8% (122)	71.6% (96)	52.6% (92)	60% (126)	56.8% (218)
Albendazole	14.4% (36)	14.9% (20)	24% (42)	6.7% (14)	14.6% (56)
Cotrimoxazole	20.4% (51)	14.2% (19)	11.4% (20)	23.9% (50)	18.2% (70)
Autre :	14.8% (37)	6.7% (9)	12% (21)	12% (25)	12% (46)
<i>Antibiotique</i>	7.6% (19)	11.2% (15)	9.1% (16)	8.6% (18)	8.9% (34)
<i>Anti inflammatoire</i>	6.4% (16)	9% (12)	5.1% (9)	9% (19)	7.3% (28)
<i>Autre vermifuge</i>	8% (20)	2.2% (3)	2.9% (5)	8.6% (18)	6% (23)

Les chiffres en gras ont été comparé aux chiffres de l'enquête de base en 2019 par le test de comparaison de pourcentage de deux échantillons. Les chiffres en italique se sont relevés significativement différente. La flèche devant le pourcentage indique la différence par rapport au chiffre de l'année 2019 (↑=élevé, ↓= diminué, pas de flèche= pas de différence significative).

Prise en charge du paludisme

La prise en charge du paludisme a été évaluée par l'analyse de 386 cas de paludisme dans les registres sanitaires. Dans chaque CS, une moyenne de 5 cas a été analysée. Les cas collectés dans les CS de la province de Batha représentent 45% et ceux du Moyen Chari représentent 55% (Tableau 15). 38% des cas concernent les enfants de moins de 5 ans et 62% les enfants et adultes de plus de 5 ans (

Tableau 16). Le genre est représenté de façon équilibrée au niveau global (44% homme contre 56% femmes). Cependant, les femmes sont significativement plus représentées dans la province du Moyen Chari (61.5% femmes) et dans la classe d'âge de plus de 5 ans (62% femmes). En ce qui concerne l'examen physique documenté, le taux de 72% est significativement au-delà du taux observé pendant l'étude de base (52%). Comparé au Batha, le Moyen Chari a une performance significativement bas en termes d'examen physique. La différence entre le taux d'examen physique dans les deux classes d'âges est aussi significative : La tranche d'âge de moins de 5 ans bénéficie moins d'examens physiques. Au niveau des symptômes documentés, il n'y a pas une grande différence avec les données de l'enquête de base où ce taux était déjà trouvé très élevé.

Comme pour les examens physiques, la classe d'âge de moins de 5 ans a un taux significativement plus bas que la classe d'âge de plus de 5 ans en ce qui concerne la documentation des symptômes. Pareille aux observations de 2019, la fièvre avec 76.5%, les céphalées (41.5%), les courbatures (28%) et les vomissement (28%) sont des symptômes les plus rapportés. Le dépistage est amélioré dans les deux classes d'âges et au niveau du Batha. Cependant pour le Moyen Chari, le taux de dépistage a diminué. Le test majoritairement utilisé est le TDR (Test de Diagnostic Rapide). Selon les données de l'étude, le TDR est l'unique méthode utilisée dans les CS de la province du Batha. 81.6% des tests ont été trouvés positifs avec un taux significativement élevé au Moyen Chari comparé au Batha.

Comme en 2019, presque tous les patients ont reçu un diagnostic clinique (99%), cependant la prescription des antipaludéens a diminué par rapport à 2019 (88% contre 94%). Dans la province du Moyen Chari, significativement moins d'antipaludéens sont prescrits. La combinaison la plus utilisée dans toutes les deux classes d'âge est l'Artéméther + luméfantrine (le traitement de **référence pour le paludisme simple** selon le protocole national). Au Batha, cette combinaison est utilisée dans plus de la moitié des cas (59.5%) suivie par l'arthemeter injectable (11%). Cependant, dans la province du Moyen Chari, la prescription la plus fréquente est la combinaison d'Artésunate + amodiaquine (21%) suivie par l'arthemeter injectable (18.5%) et la combinaison Artéméther + luméfantrine (13.7%). Les deux combinaisons (Artésunate + amodiaquine et Artéméther + luméfantrine) répondent bien aux normes du MSPP. De façon générale, il semble que la variété de choix concernant le traitement est plus grande dans la province du Moyen Chari. 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'artéméther injectable est une alternative. La faible utilisation de l'artésunate injectable (moins que 3%) observée en 2022 indique que ce produit n'est pas suffisamment disponible dans les deux provinces. Il semble même que la disponibilité a baissé comparée à l'année 2019 où ce traitement était prescrit dans 14% des cas. Il est intéressant de constater que le dosage du traitement est significativement moins conforme dans la province du Moyen Chari et pour la classe d'âge supérieure à 5 ans. Le

Tableau 16 présente les détails de l'analyse des cas de paludisme.

Tableau 15: Caractéristiques des patients considérés comme cas de paludisme

	Batha (N=175)	Moyen Chari (N=211)	Total (N=386)
Age du patient			
Enfants < 5 ans	24 mois (57)	24 mois (90)	24 mois (147)
Patients >= 5 ans	23 ans (118)	24 ans (121)	23 ans (239)
Sexe			
Masculin	50.3% (88)	38.6% (81)	43.8% (169)
Féminin	49.7% (87)	61.4% (129)	56% (216)
Pas indiqué	0	0.4% (1)	0.2% (1)

Tableau 16: Prise en charge des cas du paludisme.

	Patient < 5 ans (N=147)	Patients >= 5 ans (N=239)	Batha (N=175)	Moyen Chari (N=211)	Total (N=386)
Examen physique documenté	↑67.34% (99)	↑76.2% (182)	↑78.8% (138)	↑67.7% (143)	↑73.2% (281)
Symptômes documentés	94.6% (139)	98.3% (235)	98.3% (172)	95.7% (202)	96.9% (374)
Anémie	12.2% (18)	5% (12)	2.3% (4)	12.3% (26)	7.8% (30)
Fatigue/épuisement	29.3% (43)	27.6% (66)	31.4% (55)	25.6% (54)	28.2 (109)
Fièvre	84.6% (124)	71.5% (171)	84% (147)	70.1% (148)	76.4% (295)
Convulsions	4% (6)	0.8% (2)	0.6% (1)	3% (7)	2% (8)
Vomissements	31.3% (46)	26.4 (63)	28% (49)	28.4% (60)	28.2% (109)
Céphalées	16.3% (24)	57% (136)	58.8% (103)	27% (57)	41.5% (160)
Courbatures	10.2% (15)	39% (93)	30.8% (54)	25.6% (54)	28% (108)
NSP	2.7% (4)	3% (7)	0.6% (1)	4.7% (10)	2.8% (11)
Test sanguin de dépistage	↑89.8% (132)	↑93.7% (224)	↑91% (159)	↓93.4% (197)	↑92.2%(356)
TDR 2022	↑85.7% (126)	↑90% (215)	↑91% (159)	↓86% (182)	↑88% (341)
Goutte épaisse, frottis sanguin	0.02%(3)	3.3%(8)	0	5.2%(11)	2.8%(11)
Non spécifié/autre	↓0.7% (1)	↓0	↓0	0.5%(1)	↓0.3% (1)
Résultats du test					
Positif	76.8%(113)	↑84.5% (202)	↑73% (128)	↓88.6% (187)	↑81.6% (315)
Négatif	10.9%(16)	9.2%(22)	17.7%(31)	3.3%(7)	9.8%(38)
Indéterminé 2022	0.7%(1)	0	↓0	0.5%(1)	0.3%(1)
Ne sais pas 2022	↓0.7% (1)	↓0	↓0	0.5% (1)	↓0.3% (1)
Diagnostic clinique	98.6%(145)	99.1%(237)	↑100% (175)	↓98.1% (207)	99%(382)
Antipaludisme prescrit	90.5%(133)	↓87% (207)	↑98.3% (172)	↓79.6% (168)	↓88% (340)
CTA prescrites ou fournies	81%(119)	↓62.8% (150)	↑70.3% (123)	↓69.2% (146)	↓69.7% (269)
Artéméther + luméfantrine	36.7% (54)	33% (79)	59.4% (104)	13.7% (29)	34.4% (133)
Artésunate + amodiaquine	17.7% (26)	7.5% (18)	0	20.9% (44)	11.4% (44)
Dihydroartémisinine	0.7% (1)	0	0	0.5% (1)	0.3% (1)
Artésunate + pyronaridine	1.4% (2)	0.4% (1)	0	1.4% (3)	0.8% (3)
Artésunate injectable	5.4% (8)	1.3% (3)	0.6% (1)	4.3% (9)	2.8% (11)
Artéméther injectable	10.9% (16)	17.6% (42)	10.9% (19)	18.5% (39)	15% (58)
CTA dosées conformément	↑79% (116)	62.8% (150)	↑69.7% (122)	↓68.2% (144)	68.9% (266)

NB: Les chiffres en gras ont été comparé aux chiffres de l'enquête de base en 2019 par le test de comparaison de pourcentage de deux échantillons. Les chiffres en italique se sont relevés significativement différente. La flèche devant le pourcentage indique la différence par rapport au chiffre de l'année 2019 (↑=élévé, ↓= diminué).

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

3.2.1 Participation des Districts Sanitaires à l'enquête

Tous les DS des deux provinces (Tableau 17) ont été impliqués dans les études de base et de fin de phase 2 du PADS. Ainsi, d'une part, pour l'étude de base, l'analyse des données a concerné 12 DS, en raison de 6 DS par Province et, d'autre part, pour l'étude de fin de phase, l'analyse a concerné 16 DS, et cela du fait du changement intervenu dans le découpage des DS depuis l'étude de base. Globalement, l'analyse faite s'adapte aux réalités de terrain, et le fait savoir si nécessaire par des notes de bas de tableau.

Tableau 17 : Participation des District Sanitaire à l'enquête

District Sanitaires	Nombre de Centre de Santé		Participation dans l'enquête CS	
	2019	2022	2019	2022
Batha				
Yao	18	18	Oui	Oui
Alifa	9	9	Oui	Oui
Ati	9	9	Oui	Oui
Oum Hadjer	13	13	Oui	Oui
Djeda	6	9	Oui	Oui
Assinet	14	15	Oui	Oui
Koundjourou	NA	11	Non	Oui
Haraz Djoumbo	NA	8	Non	Oui
Total CS	69	92		
Moyen Chari				
Danamadji	15	10	Oui	Oui
Maro	6	11	Oui	Oui
Sarh	17	13*	Oui	Oui
Korbol	5	7	Oui	Oui
Kyabé	22	22	Oui	Oui
Biobé	8	9	Oui	Oui
Koumogo	NA	7	Non	Oui
Balimba	NA	5	Non	Oui
Total CS	73	84		

*L'enquête FOSA comprend des données de 14 CS pour le DS de Sarh : Le CS de Banda CST dépend du CS de Mainbo et les deux sont donc comptés comme 1 au niveau des DS.

3.2.2 Aspect de gestion des FOSA

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

Contrairement à 2019 où tous les CS de la province du Batha, sauf ceux du DS d'Ati, avaient indiqué avoir transmis à temps leurs inventaires mensuels de médicaments ainsi que leurs rapports financiers, on remarque que pour 2022, ce sont plutôt tous les DS (100%) qui 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 2019/2022) (voir

Tableau 18). Ceci n'est pas le cas pour les CS des DS de la province du Moyen Chari, surtout pour les CS du DS de Biobé où un retard était constaté, comme en 2019, dans la transmission à temps du rapport financier, précisément celui de l'hôpital de district. Le retard était dû à la lenteur de l'hôpital de district de Biobé, qui est juste à un pas du district, dans la transmission des données vers le district (voir

Tableau 18). Notons qu'il y a de progrès significatifs par rapport à ce volet, au regard de l'étude de base de 2019, pour les deux provinces. En effet, pour la transmission à temps des inventaires des médicaments, le Batha est passé de 99% en 2019 à 100% en 2022 et le Moyen Chari de 82% en 2019 à 100% en 2022. Par rapport aux rapports financiers, le Batha est passé de 98% en 2019 à 100% en 2022 et le Moyen Chari de 73% en 2019 à 99% en 2022. Cela est à mettre à l'actif, entres autres, de l'appui du PADS.

Tableau 18 : Pourcentage des centres de santé ayant transmis à temps leurs inventaires mensuels des médicaments et leurs rapports financiers pour le premier trimestre 2019 et 2022

Province	DS	Taux d'inventaire des médicaments transmis à temps (1 ^{er} trimestre)		Taux des rapports financiers transmis à temps (1 ^{er} trimestre)	
		2019	2022	2019	2022
Batha	Yao	100%	100%	100%	100%
	Alifa	100%	100%	100%	100%
	Ati*	92%	100%	100%	100%
	Oum Hadjer**	100%	100%	100%	100%
	Djeda	100%	100%	100%	100%
	Assinet**	100%	100%	100%	100%
	Haraz Djombo	NB	100%	100%	100%
	Moyenne	99%	100%	98%	100%
Moyen Chari	Dana	93%	100%	93%	100%
	Koumogo***	NA	100%	NA	100%
	Maro	83%	100%	78%	100%
	Sarh****	86%	100%	82%	100%
	Kyabé	55%	100%	55%	100%
	Korbol	93%	100%	93%	100%
	Balimba	NA	100%	NA	100%
	Biobé	83%	100%	38%	100%
	Moyenne i	82%	100%	73%	100%

* Le DS de Koudjourou était inclus dans DS de Ati en 2019 ;

** Le DS de Haraz Djombo était inclus dans le DS d'Assinet et le DS de Oum-Hadjer en 2019.

*** Le DS de Koumogo était inclus dans le DS de Danmadji en 2019 ;

**** Le DS de Balimba était inclus dans le DS de Sarh en 2019.

Indice de recouvrement de coûts

Au cours de l'année 2022, la performance des CS fonctionnels des deux provinces ayant un indice de recouvrement des coûts considéré comme normal a sensiblement augmenté par rapport à celle de l'année 2019. 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. Toutefois, il faut signaler des cas de

régression à l'échelle de certains DS du Batha (Yao, Oumhadjer, Assinet et Djédda) et du Moyen Chari (Sarh, Kyabé , Korbol) (

Tableau 19).

Le manque de rationalisation dans la prescription des médicaments selon l'ordinogramme 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.

Tableau 19 : Pourcentage de CS ayant un indice de recouvrement de coûts considéré comme normal (compris entre 1.1 et 1.3)

Province	Année	Yao	Alifa	Oum hadjer	Ati	Assinet	Djedda	Kound-jourou	Haraze Djombo	Moyenne
Batha	2022	17%	44%	13%	44%	20%	11%	0%	50%	25%
	2019	24%	44%	38%	33%	21%	33%	NA	NA	17%
Province	Année	Dana-madji	Koumogo	Maro	Sarh	Kyabé	Korbol	Balimba	Biobé	Moyenne
Moyen Chari	2022	77%	100%	70%	23%	9%	43%	29%	100%	56%
	2019	20%	NA	33%	41%	50%	60%	NA	38%	40%

Activités du paquet organisationnel minimum (POM) prévues et réalisées

Concernant le nombre des activités du paquet organisationnel minimum (POM) prévues et réalisées, une amélioration est constatée (Tableau 20) par rapport au nombre de supervisions réalisées par les équipes cadres de district 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 supervision intégrées, par contre le Moyen Chari, bien qu'il y ait eu de progrès, se trouve à 87%.

Concernant les missions de monitoring, les équipes cadres de district de presque tous les DS du Batha en ont effectué. Mais, 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 (versus 100% en 2019).

En ce qui concerne le conseil départemental de santé, cela n'a pas pu être tenu à 100% dans les districts sanitaires, étant donné que cette activité se réalise plutôt semestriellement ; c'est pourquoi la plupart des districts ont planifié cette activité en juin et c'est ce qui justifie la faiblesse observée dans cet indicateur. 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 20).

Tableau 20: Nombre des activités du POM prévues et réalisées (supervision, réunion du comité directeur, monitoring, conseil d'administration).

Province	DS	Nbr. de supervisions réalisées par l'ECD au cours du 1er trimestre 2019/ Nbr. supervisions prévues		Nbr. de missions de monitoring réalisées par l'ECD au cours du 1er trimestre 2019/ Nbr. de missions prévues		Nbr. de réunions du comité directeur réalisées par l'ECD au cours du 1er trimestre 2019/ Nbr. Des réunions prévues		Nbr. de réunions des conseils santé réalisées par l'ECD au cours du 1er trimestre 2019/ Nbr. Prévues	
		2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019
Batha	Yao	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%*
	Alifa	100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	0%*
	Oum Hadjer	100%	25%	100%	100%	100%	100%	0%*	0%*
	Ati	100%	67%	100%	100%	0%	67%	0%*	0%*
	Assinet	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%*	100%
	Djedda	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%*	0%*
	Koundj-ourou	100%	NA	100%	NA	0%	NA	100%	NA
	Haraze	100%	NA	100%	NA	0%	NA	0%*	NA
	Moyenne	100%	74%	100%	100%	63%	67%	50%	25%
Moyen Chari	Dana	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%
	Koumogo	0%	NA	100%	NA	0%	NA	0%	NA
	Maro	100%	33%	100%	100%	0%	33%	0%	100%
	Sarh	93%	33%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
	Kyabé	100%	0%	100%	0%	100%	100%	100%	0%
	Korbol	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
	Balimba	100%	NA	100%	NA	100%	NA	0%	NA
	Biobé	100%	91%	0%	0%	0%	100%	200%	0%
Moyenne	87%	60%	88%	33%	38%	39%	38%	17%	

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 plans annuels opérationnels (PAO) - sont nettement améliorés en 2022 par rapport à 2019.

En effet, tous les CS (100%) de la province du Batha disposent d'un micro-plan validé avec la participation des représentants des bénéficiaires en 2022, ce qui n'était pas le cas en 2019 (voir Tableau 21) ; Quant à la province du Moyen Chari, tous les CS des 6 districts sur un total de 8 ont un micro-plan validé avec la participation des représentants des bénéficiaires. Les deux

districts restants, le DS de Sarh et le DS de Korbol, n'ont pas de micro-plan validé avec la participation des représentants des bénéficiaires.

Concernant les PAO, il faut noter que tous les DS des deux provinces ont indiqué disposer d'un PAO validé avec la contribution des partenaires techniques et financiers.

Tableau 21 : % des FOSA disposant de micro-plans (CS) / plans annuels validés (HD, HR) avec la participation des représentants des bénéficiaires et aperçu des districts disposant d'un plan annuel opérationnel (PAO).

Province	DS	% des CS disposant de micro-plans avec la participation des représentants des bénéficiaires		% des HD disposant de plans annuels validés (HD, HP) avec la participation des représentants des bénéficiaires		Plan annuel opérationnel (PAO) intégrant la contribution des partenaires techniques et financiers	
		2019	2022	2019	2022	2019	2022
Batha	Yao	100% (18/18)	100% (18/18)	0 (0/1)	1 (1/1)	Oui	Oui
	Alifa	100% (9/9)	100% (9/9)	0 (0/0)	0 (0/0)	Non	Oui
	Oum-Hadjer	8% (1/13)	100% (13/13)	100% (1/1)	100% (1/1)	Non	Oui
	Djeda	0 (0/6)	100 (9/9)	0 (0/0)	0 (0/0)	Non	Oui
	Ati	89% (8/9)	100% (9/9)	100% (1/1)	100% (1/1)	Oui	Oui
	Assinet	100% (14/14)	100% (14/14)	0% (0/0)	0% (0/0)	Oui	Oui
	Koundjourou	N/A	100% (10/10)	N/A	0% (0/0)	N/A	Oui
	Haraz Djombo	N/A	100% (8/8)	N/A	0% (0/0)	N/A	Oui
Moyen Chari	Danamadji	93% (14/15)	100% (10/10)	100% (1/1)	100% (1/1)	Oui ¹	Oui ¹
	Koumogo	N/A	100% (7/7)	N/A	0 (0/0)	N/A	Oui
	Maro	86% (6/7)	100 (11.11)	0 (0/1)	100 (1/1)	Non	Oui
	Sarh	5.8% (1/17)	0 (0/13)	0 (0/3)	0 (0/1)	Oui ²	Oui
	Kyabé	0 (0/22)	100 (22/22)	0 (0/1)	1 (1/1)	Non	Oui
	Biobé	0 (0/8)	100 (9/9)	0 (0/3)	100 (1/1)	Non	Oui
	Korbol	16.7% (1/6)	0 (0/6)	0 (0/0)	0 (0/0)	Oui ³	Oui
	Balimba	N/A	100 (5/5)	N/A	0 (0/0)	N/A	Oui

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)

Utilisation des consultations curatives

Le taux des consultations curatives varie selon les tranches d'âge, le sexe (pour les adultes) et les provinces (Tableau 22). Cependant, le taux d'utilisation parmi les femmes de 15 ans et plus reste toujours faible malgré l'augmentation constatée au niveau des deux provinces. Le Batha

gagne 5 points (25% en 2019 contre 30% 2022) et le Moyen Chari gagne 1 points (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 Moyen Chari régressent de 3 à 4 points (Batha 46% en 2022 vs 49% 2019 et le MC 67% en 2022 vs 71% 2019). 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 qui sont plus importantes, la grandeur des zones de responsabilité avec un accès difficile.

Tableau 22: Taux d'utilisation des consultations curatives (CC, nouveaux cas NC) par sexe chez les adultes et par tranche d'âge chez les enfants.

Province	DS	Enfants de 0-11 mois		Enfants de 1-4 ans		Enfants de 5-14 ans		Femmes de 15 ans et plus		Hommes de 15 ans et plus	
		2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022	2019	2022
Batha	Yao	47.8%	52%	21.6%	21%	8.7%	5%	2.9%	60%	7.8%	40%
	Alifa	27.6%	31%	44.8%	17%	7%	70%	23.8%	9%	4.7%	7%
	Ati	75.7%	36%	70.4%	34%	12%	14%	37.9%	14%	15.2%	42%
	Oum Hadjer	58.6%	53%	24.5%	23%	10%	11%	24.5%	24%	11.6%	14%
	Djeda	13.8%	36%	8%	68%	3.2%	12%	15.5%	30%	9 %	18%
	Assinet	67.5%	65%	44.2%	88%	17%	11%	46.1%	51%	43.6%	28%
	Kound-jourou*	NA	56%	NA	22%	NA	10%	NA	20%	NA	15%
	Haraze Djombo**	NA	37%	NA	22%	NA	9%	NA	30%	NA	23%
	Moyenne ¹	49.6%	46%	28.8%	37%	10%	18%	25%	30%	10%	23%
Moyen Chari	Danamadji	46.8%	27%	17.8%	41%	7.4%	7%	25.3%	34%	14.7%	16%
	Koumogo**	NA	40%	NA	19%	NA	7%	NA	28%	NA	14%
	Maro	120%	170%	9.50%	20%	5.2%	6%	22.5%	18%	14.9%	15%
	Sarh****	65.1%	72%	26.6%	23%	9.5%	11%	26.8%	22%	12%*	17%
	Kyabé	75.8%	47%	25.8%	35%	11%	14%	33.8%	51%	18.2%	32%
	Korbo	89.7%	35%	35.5%	33%	12%	7%	38 %	32%	200%	23%
	Balimba	NA	46%	NA	16%	NA	4%	NA	36%	NA	16%
	Biobé	78.2%	97%	29.4%	37%	14%	15%	37.2%	35%	20.5%	25%
	Moyenne	71% ²	67%	19.5%	28%	8.2%	9%	28.9%	32%	15.5%	20%

* Le DS de Koudjourou était inclus dans DS de Ati en 2019 ; ** Le DS de Haraz Djobo était inclus dans le DS de Assinet et le DS de Oum-Hadjer en 2019; *** Le DS de Koumogo était inclus dans DS de Danamadji en 2019 ; **** Le DS de Balimba était inclus dans le DS de Sarh en 2019.

Couverture vaccinale parmi la population sédentaire et nomade

Le taux de couverture vaccinale des enfants de 0-11 mois a considérablement évolué, surtout pour la province du Batha avec une moyenne de 19% en 2019 vs 112% en 2022 pour le vaccin BCG, 19% en 2019 vs 95% en 2022 pour le Penta et 18% en 2019 vs 84% en 2022 pour le VAR. Quant à la province du Moyen Chari, la moyenne est passée de 70% en 2019 à 95% en 2022 pour le vaccin BCG, de 71% en 2019 à 85% en 2022 pour le Penta et de 55% en 2019 à 79% en 2022 pour le VAR (Tableau 23).

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 Solidarité Nationale pour les deux provinces à la fois et le Penta pour le Batha. Cependant, le taux de couverture vaccinale a significativement augmenté dans les deux provinces.

Tableau 23 : Taux de couverture vaccinale (BCG, Penta3, VAR) chez les enfants de 0-11 mois parmi la population sédentaires pour le premier trimestre 2019.

Province	DS	BCG		Penta 3		VAR	
		2019	2022	2019	2022	2019	2022
Batha	Yao	14%	120%	13%	112%	12%	61%
	Alifa	14%	146%	24%	114%	15%	77%
	Ati	25%	92%	20%	81%	21%	72%
	Oum Hadjer	25%	135%	23%	120%	20%	117%
	Djeda	8%	86%	11%	55%	13%	77%
	Assinet	25%	104%	24%	90%	27%	80%
	Koundjourou	NA	94%	NA	83%	NA	77%
	Haraze Djombo	NA	121%	NA	107%	NA	110%
	Moyenne	19%	112%	19%	95%	18%	84%
Moyen Chari	Danamadji	79%	130%	91%	109%	72%	116%
	Koumogo	NA	91%	NA	83%	NA	80%
	Maro	78%	99%	85%	90%	69%	72%
	Sarh	19%	116%	23%	104%	14%	100%
	Kyabé	87%	103%	67%	80%	54%	72%
	Korbo	106%	95%	101%	79%	86%	89%
	Balimba	NA	63%	NA	79%	NA	56%
	Biobé	50%	63%	61%	58%	38%	45%
Moyenne	70%	95%	71%	85%	55%	79%	

Consultation prénatale et accouchement

Par rapport à la consultation prénatale, d'une manière globale, les taux de CPN1 des DS dans les deux provinces ont progressé significativement (Tableau 24) : le Batha gagne 32 points (90% en 2022 vs. 58% en 2019) et le Moyen Chari 15 points (83 en 2022 vs. 68% en 2019).

En ce qui concerne les accouchements, les taux des accouchements assistés par un personnel qualifié au sein des formations sanitaires ont aussi progressé dans les deux provinces, notamment dans le Batha qui gagne 14 points (29% en 2022 vs. 15% en 2019) et dans le Moyen Chari qui gagne 12 points (31% en 2022 vs. 19% en 2019) (Tableau 25).

Tableau 24 : Taux d'utilisation de la première consultation prénatale (CPN1).

Province	Année	Yao	Alifa	Ati	Oum Hadjer	Djeda	Assinet	Kound-jourou	Haraze Djombo	Moyenne
Batha	2019	9.40%	46.40%	71.50%	108.5*%	35.30%	74.10%	NA	NA	58% ¹
	2022	97%	80%	81%	118%	91%	99%	77%	77%	90%
Province	Année	Dana-madji	Kou-mogo	Maro	Sarh	Kyabé	Korbo	Balimba	Biobé	Moyenne
Moyen Chari	2019	96.40%	NA	60.90%	65.20%	64.40%	72.20%	NA	60.70%	58%
	2022	100%	91%	91%	78%	67%	68%	87%	79%	83%

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

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

Tableau 25 : Taux d'accouchement assistés dans les CS pendant le premier trimestre 2019 et 2022.

Province	Année	Yao	Alifa	Ati	Oum Hadjer	Djeda	Assinet	Kound-jourou	Haraze Djombo	Moyenne
Batha	2019	15%	9%	12%	47%	8%	2%	NA	NA	15%
	2022	20%	16%	16%	61%	7%	67%	14%	32%	29%
Province	Année	Dana-madji	Kou-mogo	Maro	Sarh	Kyabé	Korbo	Balimba	Biobé	Moyenne
Moyen Chari	2019	46.2%	NA	37.1%	16.8%	20.5%	16.3%	NA	11.5%	19%
	2022	39%	40%	NA	28%	32%	26%	30%	20%	31%

NA=Non applicable

Contraception

La planification familiale reste toujours faible dans les deux provinces malgré les 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 (Tableau 26).

Le Tableau 27 montre les méthodes de contraception utilisées par DS dans la province du Moyen Chari et le Tableau 28 montre les méthodes utilisées dans les DS de la province du Batha.

Tableau 26 : Prévalence de la contraception

Province	Année	Yao	Alifa	Ati	Oum Hadjer	Djeda	Assinet	Kound-jourou	Haraze Djombo	Moyenne
Batha	2019	0.2%	0.1%	1.2%	0.1%	3.2%	1.5%	NA	NA	1%
	2022	6%	3%	39%	13%	3%	9%	8%	9%	11%
Province	Année	Dana-madji	Kou-mogo	Maro	Sarh	Kyabé	Korbo	Balimba	Biobé	Moyenne
Moyen Chari	2019	38.6%	NA	34.7%	32.0%	0.1%	0.1%	NA	0.1%	23.4%
	2022	11%	5%	12%	14%	3%	3%	19%	1%	9%

Tableau 27 : Méthode contraceptive utilisée dans les DS du Moyen Chari

DS	Année	PP ¹	PC ²	DMPA ³	NET-EN ⁴	Implant	DIU ⁵	Préservatifs	Autres méthodes	Total (par DS)
Dana-madji	2019	0	0	452	0	212	65	45	50	824
	2022	124	280	525	26	594	2	0	0	1551
Maro	2019	3	16	127	0	184	44	1928	6	2308
	2022	67	144	207	35	322	45	182	0	1002
Sarh	2019	0	11	545	0	344	59	0	0	959
	2022	11	13	203	16	219	2	701	0	1165
Korbo	2019	1	4	58	0	1	0	0	0	64
	2022	3	2	43	0	12	0	4	0	64
Kyabé	2019	2	6	108	0	26	1	10	2	155
	2022	0	5	111	7	110	0	26	0	259
Biobé	2019	105	0	46	0	0	0	0	0	151
	2022	85	11	0	4	0	0	0	0	100
Kou-mogo	2019	NA								0
	2022	8	259	166	17	214	9	0	0	673
Balimba	2019	NA								0
	2022	50	7	255	7	379	10	0	0	708

¹ Pilules progestatives

² Pilules combinées

³ Acétate de médroxyprogestérone (orale ou injection)

⁴ Norethisterone oenanthate

Tableau 28 : Méthode contraceptive utilisée dans les DS du Batha. Comparé au Moyen Chari, il n'y a pas d'autres méthodes contraceptives utilisées.

DS	Année	PP ¹	PC ²	DMPA ³	NET-EN ⁴	Implant	DIU ⁵	Préservatifs	Total (par DS)
Yao	2019	0*	0*	130	0*	0*	0*	33+	163
	2022	4	2	67	26	12	0	0	111
Alifa	2019	0	0	18	0	6	0	16+	24
	2022	0	1	56	5	0	0	0	62
Oum Hadjer	2019	18	6	663	3	2	0°	18	710
	2022	17	65	232	57	4	0	0	375
Djeda	2019	0	0	36	0	0	0	0	36
	2022	2	0	5	3	1	0	0	11
Ati	2019	0	0	0	195	25	48	269	537
	2022	15	34	85	45	15	10	0	204
Assinet	2019	0	0	488	6	4	0	0	498
	2022	4	4	82	5	4	13	0	112
Kound-jourou	2019	NA							0
	2022	0	0	25	5	0	0	0	30
Haraz	2019	NA							0
Djombo	2022	12	18	15	6	0	0	0	51

¹ Pilules progestatives

² Pilules combinées

³ Acétate de médroxyprogestérone (orale ou injection)

⁴ Norethisterone oenanthate

⁵ Dispositif Intra-Utérin

Accès aux services de soins

A travers le financement du PADS, 4 nouveaux centres de santé ont été construits dans 4 différents DS (3 d'appui complet et un d'appui partiel). Le total des personnes bénéficiant de ces centres s'élève à presque 10'000 personnes (

Tableau 29). En plus de ces CS construits, deux hôpitaux ont bénéficié d'une réhabilitation. Il s'agit de l'hôpital de District d'Am Djaména Bilala pour lequel toute la structure a été réfectionnée et de l'hôpital de District de Danamadji pour lequel une salle de radiologie et un bloc opérationnel ont été construits.

En principe, la couverture sanitaire est répartie en deux zones. Une zone A qui devrait représenter une zone à moins de 5km ou 1h de marche du CS selon les procédures du SIS en vigueur et la zone B avec la population habitant à plus que 5km ou plus d'1h de marche d'un CS. Cependant, en analysant les données de la population couverte par les nouveaux centres de santé, il s'est révélé que les chiffres obtenus du Ministère de la Santé correspondent toujours à 25% (zone A) et 75% (zone B) du taux de la population totale couverte par un centre. Il était donc impossible de connaître la vraie taille de la population habitant dans la zone A des centres de santé nouvellement créés pendant la phase 2 et l'augmentation de ce taux par rapport à 2019.

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% contre 25% en 2022 de la population cible (femmes en âge de procréer – 15-49 ans) couverte par les activités de promotion de la santé reproductive (Tableau 30).

Tableau 29: Nombre des centres de santé construits au cours de la phase 2 PADS avec la taille de la population bénéficiaire.

Province	DS	CS neuf	Population
Batha	Yao	Souar	1435
	Djeta	Aradib	2412
Moyen Chari	Danamadji	Sako Gongo	3987
	Maro	Mianvele	1250
Total	4	4	9084

Tableau 30 : Taux de la population cible¹ couverte par les activités de promotion de la santé reproductive

Province	DS	Année	Activités de promotion de santé reproductive au 1er trimestre (source RMA)	Population cible couverte par les activités de promotion de santé reproductive	Population cible totale	% Population cible couverte par les activités de promotion de la santé reproductive
Batha	Yao	2019	Non renseignés	Non renseignés	2062	Non disponible
		2022	Oui	344	15060	2%
	Alifa	2019	Non renseignés	Non renseignés	1502	Non disponible
		2022	Oui	236	15288	2%
	Ati	2019	Non renseignés	Non renseignés	3504	Non disponible
		2022	Oui	1172	8281,8	14%
	Oum-Hadjer	2019	Non renseignés	Non renseignés	800	Non disponible
		2022	Oui	1445	18823	8%
	Djeda	2019	Non renseignés	Non renseignés	2749	Non disponible
		2022	Oui	70	7334,3	
	Assinet	2019	Non renseigné	Non renseigné	1686	Non disponible
		2022	Oui	474	10283	5%
Koundj-ourou	2019					
	2022	Oui	155	11552,5	1%	
Haraz Djoumbo	2019			NA		
	2022	Oui	189	4485,75	4%	
Moyen Chari	Dana-madji	2019	Oui	4731	24979	19%
		2022	Oui	6826	27306	25%
	Maro	2019	Non rapporté	Non disponible	25326	Non disponible
		2022	Oui	6519	28357	23%
	Sarh	2019	Non	Non disponible	35619	Non disponible
		2022	Oui	2816	11634	24%
	Kyabé	2019	Non fonctionnel	Non disponible	12168	Non disponible
		2022	Oui	50	9073	1%
	Biobé	2019	Non	Non disponible	3404	Non disponible
		2022	Oui	179	5597	3%
	Korbol	2019	COSAN inactif	Non disponible	20104	Non disponible
		2022	Oui	2767	10931	25%
	Koumogo	2019			NA	
		2022	Oui	4263	19953	21%
Balimba	2019			NA		
	2022	Oui	3519	1477	238%	

¹Femmes en âge de procréer (15-49 ans)

3.3 Enquête communautaire

3.3.1 Participation des groupes cibles à l'enquête communautaire

Dans chaque DS, les discussions de groupe et les entretiens individuels ont été réalisés aussi bien avec les communautés nomades que sédentaires. Un ensemble de 8 groupes de discussions et de 4 entretiens sont réalisés dans les districts de Yao et d'Ati pour la province du Batha et dans les districts de Danamadji et de Sarh dans la province du Moyen-Chari. La moyenne des participants par discussion de groupe est de 8 à 10 individus.

Sur le total de 155 participants interrogés dans le cadre de cette étude qualitative, 46% (n=71) étaient des nomades, 49% (n=76) des sédentaires, 5% (n=8) des leaders communautaires. Parmi eux, 49% (n=76) étaient des participants femmes et 51% des hommes. Plus de la moitié 61% (n=94) était de confession musulmane contre 49% (n=61) de chrétiens. Sur les 76 femmes ayant participé à l'étude, l'âge moyen des femmes était de 29 ans, alors que l'âge du dernier enfant des participant était de 7 mois.

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 (Tableau 31 et Annexe 1). Les tableaux en Annexe 1 présentent en détail les résumés par communauté et par groupe, ainsi qu'un résumé général pour chacun de ces groupes.

Tableau 31 : 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 (Village)	1	1	1
Ati	Ati Aldjikhenaye (Campement)	1	1	1
	Ati la Paix du Sahel (Village)	1	1	1
Moyen Chari		Femmes	Hommes	Autorités (hommes ou femmes)
Danamadji	Danamadji Airad (Campement)	1	1	1
	Danamadji Moussafoye (Village)	1	1	1
Sarh	Sarh Biré Adoudou (Campement)	1	1	1
	Sarh Gentil 2 (Village)	1	1	1
Total		8	8	8
Nomades		4	4	4
Sédentaires		4	4	4

3.3.2 Equité

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

Pareil qu'en 2019, tous les répondants des entretiens de groupes des femmes et des hommes de 2022 ont dit qu'il y a un CS fonctionnel dans les environs de leurs communautés. Néanmoins, plusieurs répondants, en particulier les femmes nomades, ont dit que la distance entre leur communauté et le CS fonctionnel le plus proche est prohibitive. Dans une des communautés nomades, les femmes ont dit que la mauvaise qualité des services au CS le plus proche les

pousse à aller à un CS plus loin. Spécifiquement, elles ont cité la mauvaise qualité du prestataire, la disponibilité limitée du prestataire, les ruptures de stock fréquentes et les services non-gratuits : « *Le RCS refuse qu'on le réveille s'il est endormi la nuit, il vous traite quand il veut, si on t'amène au CS le soir il va refuser de traiter et on va te ramener à la maison* » (Femme nomade, Batha).

Les participants hommes nomades mentionnent que le temps d'attente varie de 1 à 6 heures. Un seul participant a indiqué 9 heures comme temps d'attente. Ils estiment aussi que le déplacement dans le centre de santé le plus proche est compris entre 40 minutes et 2 heures. Les hommes des villages sédentaires par contre précisent que le temps d'attente varie de 1 à 3 heures et le déplacement de 5 à 30 minutes pour le CS. Un sédentaire affirme que ce temps de déplacement peut aller jusqu'à 2 heures en saison de pluie. Pour les répondantes femmes nomades, une visite au CS (l'accès et la consultation) peut prendre entre 4 à 12 heures au total. Seulement une participante a dit qu'une visite lui prend 1 heure seulement. Les répondantes des villages sédentaires disent que le temps de déplacement au CS varie entre 5 minutes à 2-3 heures. L'attente au CS dépend du nombre de personnes qui se trouvent au CS. Ces réponses sont similaires aux réponses des communautés enquêtées au début de l'intervention dans 2019.

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

Pour la plupart des participants hommes de la communauté nomade, il n'y a pas de services gratuits, tout est payant. Mais une minorité reconnaît toutefois que les services comme la CPN, le PEV et les intrants pour les enfants malnutris sont gratuits, « *le service qui est gratuit dans ce CS, c'est le service de CPN et PEV pour les femmes enceintes et la distribution de plumpynat pour les enfants* » (Homme campement Kitera, Batha).

Quant aux hommes des communautés sédentaires, la CPN est gratuite et ils ajoutent que les CS communautaires particulièrement ceux de Moussafoyo dernière le fleuve, les soins ne sont pas gratuits. Plusieurs répondantes femmes nomades et sédentaires ont indiqué que '*Rien n'est gratuit*' au CS le plus proche. En même temps, autres femmes nomades et sédentaires ont mentionné des services gratuits au CS, y compris les accouchements, les consultations prénatales (CPN) et les vaccinations pour les enfants. Un groupe des femmes nomades a dit que les soins aux nouveau-nés sont gratuits et plusieurs groupes des femmes sédentaires ont mentionné les consultations pour les enfants, les médicaments contre le paludisme et la distribution de la semoule pour les enfants sont gratuits chez elles.

Ces résultats décrivent une situation différente de celle de 2019, quand la plupart des répondants hommes et femmes (nomades et sédentaires) ont dit qu'aucun service de soins n'a pas été gratuit.

Visite de CS pour les soins préventifs

Les hommes sédentaires reconnaissent avoir volontairement eu recours aux soins préventifs comme le test VIH et le palu. Ils expliquent aussi que leurs femmes font régulièrement de la prévention du paludisme lors des CPN. Les femmes (sédentaires et nomades) ont dit qu'elles font les CPN pendant la grossesse aussi. Sinon, d'habitude, les visites au CS se font justes en cas de maladie.

Les données de 2019 et 2022 ont montré qu'en général, les soins préventifs ne sont pas utilisés. Bien que quelques participants des communautés sédentaires ont reconnu avoir eu recours aux soins préventifs, ces éléments restent très limités et ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la communauté.

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

Les dynamiques du pouvoir décisionnel n'ont pas beaucoup changé entre 2019 et 2022, sauf un groupe de femmes qui ont indiqué que dans leur communauté les femmes gagent un peu plus de pouvoir.

Dans la communauté nomade, ce sont les hommes qui décident : ils s'occupent de la famille, de la femme et de l'enfant malade ou de toutes les autres personnes de la communauté tombées malades. Un participant estime que la CPN est du ressort de la décision de la femme.

« Le domaine de vie où la femme décide, c'est en cas de maladie de l'enfant et le papa n'est pas là, elle l'appelle pour qu'il lui envoie de l'argent pour amener l'enfant au CS, mais en cas de CPN la femme décide d'elle-même », homme nomade.

Pour la communauté sédentaire, l'homme décide de ce qui concerne la famille, mais la femme doit informer l'homme de tous ses déplacements et surtout associer l'homme à tous ses projets de visite en ce qui concerne la planification familiale.

Toutes les participantes parmi les femmes nomades et sédentaires ont dit que généralement la prise de toute décision est réservée aux hommes.

Pour toutes les répondantes (sédentaires et nomades), la permission du mari est nécessaire pour toute activité en dehors du foyer. Les femmes ont spécifiquement mentionné : les déplacements (les cérémonies familiales ou communautaires, les réunions à l'église, etc.), l'utilisation des services de santé pour la femme elle-même et pour les enfants, l'utilisation de contraception et l'achat et l'utilisation du portable.

Néanmoins, un groupe de femmes a indiqué qu'il y a quelques changements par rapport à cette dynamique dans leur communauté, et les femmes commencent à prendre quelques décisions. Par exemple, si une femme a son propre argent, elle ne doit pas nécessairement demander la permission de l'homme pour aller au CS. Mais, le niveau de liberté varie entre chaque couple.

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

Pour les participants hommes nomades, le téléphone permet de donner l'information en cas d'absence du mari ou de demander de l'argent en cas de maladie, néanmoins l'utilisation du téléphone par les femmes est quasiment interdite dans les communautés nomades. En cas de maladie, les nomades préfèrent contacter un membre de leur propre famille que d'appeler leur femme par téléphone. Chez la plupart des hommes sédentaires, l'utilisation du téléphone par les femmes a, certes, des avantages par exemple informer en cas de maladie, mais le téléphone reste associé à l'infidélité de la femme, ce que redoute la plupart des 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 dans un couple. Par exemple, certaines répondantes ont dit que les maris pensent que leurs femmes vont utiliser le téléphone mobile pour s'engager dans une relation à l'extérieure de leur mariage (répondante sédentaire).

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

Il y a eu très peu de réponses sur les VBG. Les hommes nomades rapportent qu'il n'y a pas de cas de violences basées sur le genre dans leur localité ou encore très vaguement qu'ils ont entendu parler de violences faites aux femmes. Dans les villages sédentaires, les hommes rapportent des incidents des VBG, ces incidents sont assimilés à des disputes de couple qui dégénèrent quand l'homme ou la femme a pris de l'alcool ou que la femme rentre tard au domicile conjugal.

En 2019, les femmes nomades ont catégoriquement dit que la VBG n'existe pas chez elles et les femmes sédentaires ont affirmé que ces cas de violence existent. Par contre, les réponses des femmes nomades et sédentaires en 2022 étaient variées. Plusieurs femmes (nomades et sédentaires) ont dit que '*la VBG n'existe pas*' dans leur communauté. D'autres femmes ont dit que si la VBG existe, c'est une chose privée, qui reste entre couple, et les femmes n'en parlent pas. En même temps, plusieurs femmes nomades et sédentaires ont affirmé que la VBG existe et qu'elles même ont été des victimes de violence.

Planification familiale – méthodes contraceptives

(i) Connaissances des méthodes contraceptives utilisées :

En général, les répondantes femmes nomades et sédentaires ont été ouvertes aux discussions sur la planification familiale (PF) et les méthodes contraceptives. La discussion des femmes indique que même si la contraception n'est pas utilisée par la majorité des femmes, les femmes sont plus éduquées sur les méthodes en 2022 qu'en 2019.

Quelques femmes ont expliqué qu'elles ont entendu parler de la PF, mais l'utilisation n'est pas autorisée dans leur communauté. Plusieurs femmes (nomades et sédentaires) ont connu la PF en général, mais pas les méthodes spécifiques.

Néanmoins, la plupart des femmes nomades et sédentaires ont nommé au moins une méthode de PF même si elles-mêmes ne les utilisent pas. Les méthodes mentionnées par plusieurs femmes nomades et sédentaires ont été les méthodes naturelles, l'injection, la pilule et le DIU. Beaucoup de femmes sédentaires ont parlé des implants (Jadelle), mais juste une femme nomade a mentionné cette méthode. Seulement une femme (sédentaire) a parlé des préservatifs.

Parmi les hommes nomades, nombreux ont dit avoir entendu parler des méthodes contraceptives, sans les nommer. Chez les hommes sédentaires, les différentes méthodes contraceptives sont connues et nommées par les participants entre autres les injectables, les implants (Jadelle), et la pilule.

(ii) Connaissances des structures et services de conseil :

Les femmes qui ont répondu à cette question⁷ ont dit que les services et les conseils PF se trouvent au CS, à l'hôpital et à la pharmacie. Les femmes d'une communauté sédentaire ont dit qu'elles ne savent pas où elles peuvent se faire conseiller ou se procurer les produits PF. Pour répondre à cette question, une femme d'une autre communauté nomade a dit que « *Dans notre communauté, ce n'est pas autorisé de prendre des contraceptives.* »

Très peu d'hommes nomades disent que les contraceptifs sont disponibles dans les maternités et qu'ils vont s'informer auprès du personnel de santé. Les hommes sédentaires par contre, citent

⁷ Cette question n'a pas été posée à tous les FG des femmes.

des endroits où ils peuvent se procurer les différentes méthodes contraceptives : CS, Hôpitaux, Pharmacie etc.

Utilisation des méthodes contraceptives dans la communauté :

Similaires aux résultats de 2019 en général, les femmes des communautés nomades ont dit que les méthodes contraceptives ne sont pas répandues dans leur communauté. Une femme a expliqué : « *Ces méthodes (contraceptives) ne sont pas répandues dans la communauté puisque la culture de la localité n'autorise pas la prise des contraceptives* ». Par contre, plusieurs femmes sédentaires des communautés différentes ont dit que les femmes commencent à utiliser les méthodes contraceptives :

« Beaucoup veulent (utiliser les méthodes contraceptives). Avant, les gens ne connaissaient pas beaucoup, les femmes accouchaient très régulièrement et souffrent de l'entretien de ces enfants et de leur propre entretien à elles-mêmes aussi. Mais maintenant que nous autres compris on trouve facilement ces produits et nous parvenons à réussir notre planification familiale, cela nous permet de nous épanouir un peu » (Femme sédentaire).

Quelques femmes ont même décrit leurs propres expériences avec les contraceptives :

« Moi j'avais utilisé celui du col de l'utérus mais j'ai eu beaucoup de difficultés à supporter cela...Sinon j'ai préféré poser le Jadel (implant) et ça marche très bien. Il y a aussi l'injection au Noristerat mais je n'ai pas utilisé ça » (Femme sédentaire).

Pour la plupart des hommes nomades, les méthodes ne sont pas répandues, ce qui est tout le contraire dans les villages sédentaires, « *y'en a beaucoup mais c'est les femmes qui connaissent, je connais Jadelle avec pilule* » homme sédentaire, « *Il y'a l'injectable pendant 5 ans que les femmes prennent mais après elle abandonne* » homme sédentaire.

Ces résultats marquent un changement chez les communautés sédentaires depuis 2019, quand la majorité des femmes et hommes sédentaires avaient indiqué que les méthodes contraceptives n'étaient pas répandues dans leurs communautés.

Stigmatisation

- (i) Connaissances : Similaire aux résultats de 2019, 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). Seulement un groupe des femmes nomades a mentionné la gonorrhée et la menstruation comme des exemples de ces « *types de maladies* » mais elles n'ont pas indiqué si les femmes sont stigmatisées à cause de ces conditions.
- (ii) Manifestations : Quelques femmes ont expliqué que la manifestation d'une maladie c'est la faute de la personne « *qui l'a cherchée* » (femme sédentaire) ou « *c'est la volonté de Dieu* » (femme sédentaire).

Il est à noter que l'ensemble des questions sur la stigmatisation n'a pas été bien compris ou accepté par les répondants, surtout les femmes. Ceci peut être lié à la manière dont la question a été posée par les facilitateurs ou encore lié à des tabous concernant ce thème.

Utilisation des services de santé de reproduction – par les femmes

La plupart des femmes nomades et sédentaires ont dit que les services de santé reproduction existent aux CS proches de leur communauté. Les femmes ont défini ces services comme la maternité (ie les CPNs, l'accouchement et la vaccination), le traitement pour les IST et les services PF. Néanmoins, plusieurs femmes sédentaires et nomades ont dit qu'elles ne fréquentent pas ces services. Les femmes qui ne vont pas souvent aux services de santé reproduction ont dit que les horaires opérationnels sont limités, il n'y a pas de sage-femme au CS d'une communauté sédentaire, les matériels et les produits sont souvent manquants et une femme nomade a dit que les femmes qui vont au CS pour les CPN sont mal vues dans la communauté :

« Lorsqu'une femme est enceinte et qu'elle se précipite pour se rendre au CS on trouve en elle l'orgueil. Elle est mal vu dans la communauté, ce sont les raisons qui poussent ces dernières à se taire et ne pas fréquenter le service de santé de reproduction » (femme nomade).

Les répondantes de 2019 ont aussi indiqué que les services de santé reproduction ont été rarement utilisés. Quelques raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas utilisé ces services dans 2019 ont été similaires aux réponses de 2022, y compris un manque de traitements et de personnel.

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

Selon les hommes nomades, la plupart des accouchements ont lieu à domicile et le choix du lieu est décidé par des hommes. Les raisons qui sous-tendent ce choix : Pas de complication, ça s'est passé très vite, l'accouchement n'est pas gratuit au CS ou encore que l'attitude du RCS envers les parturientes n'est pas bien, *« à la maison, c'est nous qui avons décidé, parce que au CS l'accouchement n'est pas gratuit et le comportement de RCS ne nous plaît pas », Homme nomade*

Les participants sédentaires ont quasiment affirmé que leurs femmes avaient accouché au CS et les hommes ont aussi pesé sur le choix du lieu et les raisons invoquées : éviter des complications, bénéficier des soins et des vaccins VPO pour les enfants, *« même ma femme a accouché au centre de santé. L'accouchement là la maison n'est pas bien parce qu'elle peut bénéficier des soins », Homme, sédentaire.*

Lieu et suivi du dernier accouchement – femmes

La plupart des femmes qui ont eu leur dernier accouchement au domicile sont venues des communautés nomades. Les personnes qui ont assisté à l'accouchement au domicile ont été les accoucheuses traditionnelles ou les membres de la famille (p. ex. grand-mères, frère). La plupart des femmes qui ont accouché au CS ou à l'hôpital sont venues des communautés sédentaires mais il faut noter qu'il y avait quand même des femmes sédentaires qui ont accouché à domicile aussi.

Les femmes ont cité plusieurs raisons pour lesquelles elles ont accouché au domicile : c'est *« une habitude »*, le bébé est venu trop vite, le CS est loin de la maison, la qualité des services au CS n'est pas bonne, l'accouchement à la maison est gratuit et il ne faut pas payer les frais de

déplacement, et les douleurs n'ont pas été graves/ sont vite passées. Une femme nomade a dit que « *ce n'était pas la peine de déranger son mari* » pour aller au CS. Les femmes qui sont allées à l'hôpital ont dit que l'accouchement a été difficile ou compliqué et que l'hôpital a des services et du personnel d'une meilleure qualité.

Au moins deux villages sédentaires ont indiqué que les horaires limités du CS ou l'absence d'une sage-femme au CS les ont poussées à aller directement à l'hôpital pour l'accouchement.

La plupart des femmes qui n'ont pas eu un examen médical après leur dernier accouchement sont venues des communautés nomades. Plusieurs femmes sédentaires et nomades qui ont accouché au domicile ont fait la CPN pendant la grossesse au CS et le suivi au CS après l'accouchement.

3.3.3 Efficacité

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

Des nombreux participants nomades ne sont pas satisfaits des services reçus à cause du coût de service cher, pas assez de médicaments, manque de matériels, personnel incompetent, mauvais traitements et mauvais accueil et aussi les médicaments ne soulagent pas. Pour améliorer, il faut du personnel qualifié, une bonne prise en charge, une réduction du coût. Avoir un service laboratoire et une sage-femme pour que les femmes accouchent au CS.

Les participants sédentaires, eux, sont satisfaits du service reçu, cependant l'insuffisance du personnel, le manque de services de permanence la nuit et les jours non ouvrables, l'insuffisance des médicaments essentiels, l'absence fréquente du RCS sont mentionnés comme des lacunes. Pour améliorer, il faut rendre disponibles, les médicaments essentiels, renforcer le personnel de santé, renforcer les matériels et équipements du CS.

Plusieurs répondantes femmes nomades et sédentaires ont dit qu'elles sont satisfaites des services de la santé de reproduction obtenus aux structures sanitaires en général, sans plus de spécification. Quelques femmes sédentaires ont mentionné des aspects positifs spécifiques, y compris : la bonne qualité des produits et les traitements des services, l'accessibilité de ces services et les avantages en général de la PF pour les femmes. Plusieurs femmes nomades et sédentaires ont souligné les aspects non-satisfaisants des services de la santé de reproduction chez elles : le cout des services, la mauvaise qualité des services, un manque des appareils et matériaux, et les complications et les effets secondaires que les femmes peuvent avoir à cause des contraceptifs.

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

Dans les campements nomades et les villages sédentaires, la différence relevée par les hommes entre CS et HD, c'est le manque d'examen de laboratoire et d'échographie dans les CS. La différence en termes de qualité de soins existants entre les CS et HD est associée à l'insuffisance du personnel de santé, ce qui prolonge le temps d'attente ; au manque des médicaments et d'équipements (ambulance, lits etc.) dans les CS et parfois le RCS est tout le temps absent. L'absence de service de permanence les dimanches ou les jours non ouvrables.

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

Seulement trois femmes sédentaires ont offert des suggestions pour améliorer les services de la santé de reproduction : ajouter des appareils au CS et augmenter le nombre de personnel y

compris une sage-femme au CS. Ces suggestions sont similaires à plusieurs suggestions parmi les répondantes sédentaires dans 2019 : un nouveau CS dans la communauté et une meilleure qualité des soins ont été suggérés (disponibilité de médicaments, meilleurs traitements et outils de travail, personnel de soins plus qualifié, et coûts de traitements moins élevé).

3.3.4 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 ?

Parmi les hommes nomades, un premier groupe estime ne pas avoir entendu parler de COSAN/COGES et n'avoir pas non plus le compte rendu de leur réunion. Un deuxième groupe relève que les délégués sont nommés mais n'ont jamais été conviés à une réunion de COSAN et le dernier groupe affirme qu'il a reçu l'information sur les entrées et les sorties de caisse et a reçu également le compte rendu des réunions.

Les participants sédentaires hommes, eux sont informés du compte rendu des réunions de COSAN. Ils expliquent l'influence de COSAN/COGES à travers les activités de sensibilisation en matière d'hygiène, le lavage des mains, la CPN réalisées par les membres etc. Ils constatent cependant que le COSAN/COGES ne convoque pas tous les membres aux réunions.

Dans 2019, toutes les répondantes nomades et sédentaires n'ont eu aucune connaissance sur le COGES/COSAN à part dans un village sédentaire où elles en ont déjà entendu parler. A ce sujet, un changement est observé entre 2019 et 2022. En 2022, des femmes d'une communauté nomade et des trois communautés sédentaires ont dit qu'elles ont eu une connaissance sur le COGES/COSAN. Elles ont décrit plusieurs sensibilisations que le COGES/COSAN ont fait au village, y compris l'importance de suivre la CPN, d'accoucher dans une structure sanitaire et d'amener les enfants malades au CS et pas au tradi-praticien. Par contre, les femmes d'une communauté sédentaire et trois communautés nomades n'ont eu aucune connaissance du COGES/COSAN.

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 hommes nomades ne sont pas unanimes sur la notion de gratuité. Mais une moitié dit que les services comme la CPN, l'accouchement et le PEV sont gratuits mais les médicaments et le carnet sont payants en cas de maladie ou d'accouchement. Les hommes sédentaires affirment que les services sont officiellement dits gratuits. Mais ils payent qu'à même les intrants comme gants, savons, médicaments et autres qui leur sont demandés par les agents de santé. Sinon chacun est libre de faire les cadeaux.

En 2019, 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. Par contre, en 2022, la majorité des répondantes femmes (nomades et sédentaires) ont dit qu'elles paient pour les services de santé. Les exemples des services payants donnés par les femmes ont été : le carnet, la consultation, les médicaments y compris les contraceptifs, la CPN, et l'accouchement. Toutes les femmes qui ne doivent pas payer pour les services sont venues des communautés sédentaires.

Concernant l'obligation de faire des cadeaux, en 2019 les répondantes femmes ont trouvé que les cadeaux ne sont pas demandés de manière ouverte mais plutôt discrètement et volontairement. En 2022, quatre femmes seulement, de deux communautés nomades différentes, ont dit qu'elles étaient obligées de donner un cadeau aux prestataires.

3.3.5 Participation

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

Une majorité d'hommes nomades dit ne pas connaître le comité COSAN. Par contre, un groupe de participants estime que la communauté peut à travers le COSAN influencer la planification des services de santé, par l'organisation des activités comme la campagne de vaccination des enfants à travers les campements et villages. Il est possible d'influencer la planification de la santé selon les hommes sédentaires, puisque par la sensibilisation des hommes et des femmes qui refusaient d'aller au CS, la communauté à travers le COSAN a influé ce groupe.

« Il y'a des réunions puis la sensibilisation des femmes et hommes qui refusent de venir au centre car les médicaments sont chers. Ceci s'est amélioré et les gens ne se rendent plus chez les vendeurs de médicament frauduleux de la rue », Homme sédentaire.

En 2019, la majorité des répondantes n'a pas connu le concept du COSAN et n'a eu aucune information sur la planification des activités. Seulement huit femmes ont répondu à cette question en 2022. Parmi ces femmes, trois femmes sédentaires ont pensé qu'elles peuvent avoir une influence sur la planification des activités de la santé à travers le COSAN. Quatre femmes (nomades n=3, sédentaires n=1) ont dit qu'elles ne pensent pas qu'elles peuvent avoir une influence à travers le COSAN.

4 LES EFFETS DE LA PANDÉMIE COVID-19

Cette section présente les résultats quantitatifs et qualitatifs relatifs aux effets de la pandémie COVID-19 sur l'offre et la demande des services de santé dans les deux provinces visées par l'étude. Les résultats sont présentés en deux parties qui décrivent l'influence de la pandémie sur l'offre et la demande des services de santé des communautés locales. L'objectif principal de cette analyse est d'évaluer les effets de la pandémie COVID-19 sur les services de santé de routine et l'accès aux soins durant la phase II du PADS.

4.1 Les effets de la pandémie sur l'offre de soins et de services de santé

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. Le Tableau 32 montre le nombre des participants à l'enquête FOSA par DS, et s'ils ont déjà travaillé dans le même CS pendant la pandémie (2020 et 2021) oui ou non. A la question de savoir à quel point les participants étaient inquiets de contracter cette maladie au niveau de leur structure de soins pendant la pandémie, la majorité du personnel de santé était plutôt inquiet d'attraper le virus puisque 88% des participants interrogés étaient inquiets, parmi eux, 29% (n=14) étaient très inquiets, 31% (n=15) affirmaient être assez inquiets et 29% (n=14) un peu inquiets. Ces résultats révèlent la peur du personnel de santé d'être exposé au virus de

la COVID-19. L'influence émotionnelle d'être constamment confronté aux malades qui peuvent en être infectés a des impacts sur la qualité de la prise en charge des patients.

Cependant, très peu de formations sanitaires avaient signalé un cas de COVID-19, car sur 49 participants interrogés, 10% (n=5) avaient notifié des cas de COVID-19 répartis dans les districts d'Ati, de Maro et de Sarh. Un test de Chi2 n'a montré aucune différence significative entre l'inquiétude de contracter le COVID-19 dans les centres de santé ayant notifié des cas de COVID-19 et les centres de santé qui n'en ont pas notifié.

Sur l'ensemble des 49 participants interrogés, à part 2 RCS dans le district de Maro, les 47 autres ont reçu des formations sur cette maladie. Sur un total de 47 RCS formés, 30% (n=14) ont reçu une formation unique sur la prévention et le contrôle de l'infection, 21% (n=10) ont reçu en plus de la première formation une deuxième sur l'utilisation correcte des équipements de protection individuelle. Au total, 27% (n=13) ont reçu une formation sur la gestion des conditions d'urgence, alors qu'une proportion de 23% (n=11) avait reçu la formation sur la façon de gérer les cas de COVID-19 selon le protocole national de prise en charge. 18% (n=9) avaient été formés à comment prodiguer des soins à distance. 14% (n=7) ont reçu des formations sur la supervision de soutien et seules 2 personnes ont bénéficié de l'ensemble des 6 formations.

Tableau 32: Répartition des participants par districts sanitaires et leur réponse à la question s'ils étaient présents dans le même CS pendant les plus graves moments de la pandémie (2020 et 2021).

DS	Non		Oui		Total
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
Yao	10	56%	8	44%	18
Alifa	6	67%	3	33%	9
Ati	3	33%	6	67%	9
Danamadji	2	20%	8	80%	10
Maro	2	18%	9	82%	11
Koumogo	3	43%	4	57%	7
Sarh	3	21%	11	79%	14
Total	29	37%	49	63%	78

4.2 Changements observés sur les services de santé durant la pandémie

Sur les 49 formations sanitaires visitées, une proportion de 22% de participants avait indiqué des changements dans les heures d'ouverture de service et 20% ont modifié leur calendrier de service, 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. Les autres changements liés aux mesures préventives contre COVID-19 concernaient le lavage de mains (78%), le port de masques de protection (73%), le triage de patients à l'entrée des services (51%). On note en moyenne 4 changements dans chaque structure visitée.

Pour ce qui concerne l'offre de services de santé maternelle et infantile, plus de la moitié des répondants (53%) avaient répondu qu'il n'y avait aucun changement. Selon environ un tiers des RCS (27%), l'accès était même moins difficile qu'avant la pandémie et seulement 18% estimaient que l'accès était plus difficile (Tableau 33).

Similaire pour la consultation prénatale, 65% des RCS ont indiqué qu'il n'y avait aucun changement, un tiers (27%) ont déclaré un effet moyen de la pandémie sur la CPN et seulement 8% affirment un grand effet (Tableau 33). L'offre la moins influencée par la pandémie semble être le planning familial. Seulement 4% des RCS estiment que l'accès aux méthodes contraceptives était plus difficile pour les femmes. Un tiers dit que l'accès est même moins difficile (27%) et selon presque 70%, il n'y avait pas de changement.

Plus d'influence était observée sur la moyenne annuelle des accouchements assistés : Presque la moitié des RCS (47%) interrogés lors de l'enquête de fin de phase avaient mentionné que la pandémie avait un effet moyen sur les accouchements assistés est selon 2% il y avait un grand effet. En ce qui concerne les consultations post-natales et la vaccination des enfants, l'accès était également affecter durant la pandémie COVID-19 selon les participants. Sur les 49 RCS qui ont répondu, plus de la moitié (59%) affirme que la moyenne annuelle des consultations post-natales (CPoN) et celle de la vaccination des nouveaux nés ont été influencées par la pandémie. Pour 6 (12%) d'entre eux, l'effet sur cette moyenne était même grand (Tableau 33).

Tableau 33: Sommaires des réponses sur le changement de l'offre pendant le pandémie COVID-19 et son effet sur l'accès aux services. Les chiffres représentent des pourcentages.

Changement de l'offre	Aucun changement	Accès plus facile	Accès plus difficile	Ne sait pas
Services de santé manternelle et infantile	53	26.5	18.5	2
Service de consultation prénatale (CPN)	61	24.5	14.5	0
Planning familiale (contraception)	69.5	26.5	4	0
Effet sur l'accès au service	Aucun effet	effet moyen	grand effet	Ne sait pas
Soins prénatals	65.5	26.5	8	0
Moyen des accouchement assistés	47	47	4	2
Moyen annueles des CPoN et vaccination des nouveau-nés	41	47	12	0

4.3 La perception communautaire de l'impact de la pandémie sur la demande des services de santé

A la question de savoir si la communauté a-t-elle entendu parler de COVID-19, les réponses sont unanimes, presque tous les participants (nomades et sédentaires, femmes comme hommes) ont entendu parler du COVID-19 en 2020. Les femmes nomades et sédentaires ont apporté des réponses diverses et variées. Le COVID-19 est, selon ces participantes, une maladie respiratoire contagieuse qui peut tuer. Elles expliquent que c'est une maladie sérieuse, un virus ou encore une forme de rhume avec des symptômes grippaux et de toux. Deux personnes ont indiqué qu'une vaccination existe contre la maladie mais ce n'est pas arrivé chez elles.

Quelques personnes parmi les participants ont pensé que c'était une forme de « poudre jaune » ou encore de la poudre de néré (un arbre local). Parmi ce dernier groupe, les victimes de cette maladie font de la diarrhée avec le mal au ventre et le vomissement. Trois (3) personnes n'ont

pas été capables de décrire la maladie, ensuite personne n'a déclaré qu'elle a connu quelqu'un qui a eu la maladie.

Pour les hommes nomades, COVID-19 est une maladie fatale qui tue. Les participants sédentaires le définissent comme une maladie que contractent les personnes qui sont sales ou qui n'observent pas les bonnes règles d'hygiène.

Quant aux changements dans le fonctionnement des CS, la majorité des 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, les prestataires sont moins disponibles et il y a une mauvaise qualité de services. Les femmes notent également un changement dans les mesures présentatives suite au COVID-19 : respecter les mesures barrières, la distanciation sociale, le lavage des mains, le port de masque obligatoire. Pour les hommes des campements nomades, il n'y a pas de changement, les CS fonctionnaient normalement comme avant la pandémie : *« Il n'y a pas de changement, c'est le même fonctionnement comme avant Coronavirus »*, Homme nomade.

Quant aux hommes des villages sédentaires, il y a des changements au niveau du CS : Thermo flash pour mesurer la température avant d'entrer au CS, port de masque de protection, lavage des mains ou utilisations des gels hydro-alcooliques à l'entrée du CS et aussi le regroupement des personnes est interdit.

Ces changements sont notamment perçus dans les différents services de santé comme en témoignent les femmes dans les deux communautés. Pour les femmes nomades et sédentaires interrogées, la moitié a déclaré que les CPN ont été suspendues pendant un temps, la qualité des CPN n'a pas été bonne pendant cette période de la pandémie. Certaines femmes ont dit qu'elles allaient chez les Dr Choukou (nom donné au vendeur des médicaments de la rue) pour se soigner. Elles déclarent que les femmes enceintes doivent faire le test COVID-19 (allusion faite au thermo-flash) avant l'accouchement. Selon ces femmes, c'était difficile de respecter la distanciation. Quelques femmes ont aussi dit qu'il n'y a pas de changements.

Du côté des hommes nomades, il y a des changements car les gens sont sensibilisés sur la distanciation sociale. Cependant, les hommes expliquent que les femmes enceintes n'étaient pas directement touchées par le COVID-19 et que les principales victimes étaient des jeunes. Cependant, ces hommes ajoutent qu'il y eu des avortements durant la période COVID-19. Toutefois, il n'y a pas d'indication sur si ces avortements sont liés à des restrictions COVID-19 ou pas. Les participantes ont aussi dit que l'accès aux services de santé était difficile pour les cas de maladies graves et les CPN : *« ...les femmes enceintes n'étaient pas touchées par le COVID-19, mais y a des avortements dans les campements... »*, homme nomade.

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 et pour voyager. Les femmes avaient aussi déclaré un accès limité aux consultations prénatales. Parlant des conséquences des restrictions COVID-19 sur les services de santé maternelle, une participante a annoncé un décès maternel, elle indique que ce décès est lié aux mesures de restrictions. Les femmes nomades et sédentaires ont signalé deux avortements en plus mais il n'y a pas d'indication de relation quelconque avec les restrictions COVID-19. En outre, de nombreuses femmes ont souligné la souffrance économique liée à ces restrictions, une personne a parlé même de la violence policière.

Chez les hommes nomades, ils ont noté deux conséquences : avortement dans le campement nomade et un accès difficile aux services de santé. Les sédentaires par contre, ont déclaré que l'organisation des funérailles pour les personnes décédées est interdite. Ils disaient aussi que l'accès des femmes aux soins de consultation prénatale était limité et que les gens ne pouvaient pas voyager du fait de plusieurs niveaux de restrictions dues au COVID-19.

Concernant la nutrition, très peu de réponses ont été apportées sur les conséquences des restrictions COVID-19. Un groupe de femmes a affirmé que les prix des denrées alimentaires ont augmenté sur le marché. Ces femmes ont aussi dit qu'il faut se cacher pour faire le commerce afin d'avoir des ressources pendant les restrictions par ce que le marché était fermé. Une femme a cependant dit que le COVID-19 a apporté l'hygiène dans les ménages.

5 DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

5.1 Niveau DS et FOSA

Malgré les difficultés inattendues dues à la pandémie de la COVID-19 qui avaient perturbé fortement, durant plusieurs mois en 2020, le bon déroulement des activités du PADS 2, il convient de souligner que le bilan de cette phase est très positif, notamment au niveau des données quantitatives. En effet, puisqu'un tel événement, qui était même considéré comme un cas de force majeure, ne peut pas être anticipé, le programme ne pouvait pas se préparer mais plutôt s'adapter en conséquence pour relever le défi de la mise en œuvre des activités prévues et rester dans le timing imparti au programme.

Au niveau de la gestion des districts et centres de santé, l'effet positif est palpable. Ceci est mis en évidence par l'amélioration de la gestion des fonds (recouvrement des coûts), l'accès accru aux ordinogrammes et l'amélioration du rapportage (RMA). La gouvernance et le suivi se sont également améliorés grâce à l'augmentation des visites de supervision et à l'augmentation globale du nombre de CS avec COSAN et COGES actifs. Pour le thème de la qualité des services, les améliorations sont également visibles, mais moins frappantes. Les améliorations les plus importantes concernent l'accès à la vaccination et l'amélioration de la gestion des cas de diarrhée et du paludisme. On note également une certaine augmentation des CPN. Cependant, étant donné l'importance du suivi des grossesses et de l'accouchement assisté par des professionnels de santé, il y a encore une énorme marge d'amélioration qui devrait être considérée pour la phase 3 du PADS. Il a été constaté également que l'implication des femmes dans les COSAN est encore insuffisante. Une amélioration peut être constatée pour les COSAN qui avaient déjà des femmes membres en 2019, mais presque aucune amélioration n'est notée pour les COSAN sans femmes. L'intégration des femmes dans les COSAN et les GOGES pourrait potentiellement améliorer la confiance des femmes dans le système de santé comme cela est attendu pour l'inclusion des participants nomades dans ces comités. En ce qui concerne ce dernier point, l'inclusion des pasteurs s'est améliorée de manière significative mais devrait encore être renforcée. Cependant, pour les COSAN restants sans inclusion des pasteurs, il faudrait vérifier si une inclusion est faisable et nécessaire étant donné le contexte de la population desservie.

Les résultats sur le suivi des grossesses montrent aussi que le problème de suivi des CPN1 jusqu'à l'accouchement reste à adresser d'une manière approfondie. Pendant la phase 2, l'accent était mis sur l'augmentation du taux de CPN1. Pour la phase 3, nous proposons que toutes les CPN (1 à 4 et même plus) soient incluses pour une analyse détaillée qui montrera à quel niveau et pour quelle raison les femmes ne suivent pas toutes les visites jusqu'à l'accouchement. En même temps l'acceptation des mesures de contraception reste toujours faible dans les

communautés malgré les efforts du PADS d'augmenter l'accès aux services de planification familiale. Ceci serait aussi un point à étudier en détails pendant la phase 3.

En comparant les résultats des niveaux quantitatifs (DS et FOSA) avec le niveau communautaire, il se trouve une discordance frappante. Les améliorations de la gestion et de la gouvernance, même les effets positifs du PADS sur la qualité des soins dans les CS ne semblent pas être bien convertis en augmentation de la confiance aux services 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 des taux de consultations curatives surtout pour les femmes et les enfants de moins de 11 mois. Ceci peut être lié aux effets de la pandémie puisque les résultats des FG montrent que la population et surtout les femmes avaient des difficultés d'accès au service pendant les pires moments de la crise COVID-19. Cette discordance amène à se demander si les données quantitatives collectées au niveau DS et FOSA reflètent réellement une amélioration de la qualité des services ou simplement une augmentation quantitative en termes de gestion et accès. Il sera souhaitable de faire des investigations approfondies sur la qualité de soins au niveau des FOSA avec des études qualitatives incluant les prestataires.

5.2 Niveau communautaire

En général, l'engagement des communautés dans la planification, la gestion et l'organisation des services de santé reste insuffisant, surtout chez les communautés nomades. Les communautés ont exprimé le désir d'être plus impliqués dans la gestion des soins et services de santé, cependant on constate que cette attente demande plus de communication entre les leaders des comités, les prestataires et les communautés elles-mêmes.

Les services de santé sont en général disponibles mais l'accès aux soins et services de santé restent très variables et la qualité perçue de ces soins est souvent associée aux connaissances, à l'attitude et aux compétences des prestataires de santé, à la disponibilité des médicaments et encore au niveau de satisfaction des populations elles-mêmes. Ce qui s'explique par : la distance à parcourir pour aller à un CS et le temps mis pour arriver à une structure de santé la plus proche, les frais des soins et de services de santé, la discrimination à l'égard des populations nomades, la non disponibilité des prestataires surtout les jours non ouvrables (cette liste n'est pas exhaustive) sont des points d'insatisfaction soulevés par les communautés locales.

La plupart des populations sédentaires et nomades se rendent toujours au CS le plus proche, toutefois certains patients refusent d'aller aux CS les plus proches dont la mauvaise qualité de services est remarquée par eux. Ce fait montre que même pour les populations avec les ressources (argent et temps) limitées, la qualité des prestations reste capitale et peut orienter et amener les populations vers les CS éloignés pour bénéficier de la qualité des soins et des services qu'elles attendent. Pour le cas des accouchements et des urgences, ce choix n'est pas toujours possible et c'est peut-être une des raisons pour lesquelles les femmes accouchent à domicile.

De nombreux participants expliquaient que les CS les plus proches ne sont pas suffisamment équipés. Les participants ont souvent cité le manque de laboratoire de diagnostic qui est souvent éloigné et pour les atteindre, il faut du temps et dépenser de l'argent. Entre temps, la santé du malade peut se détériorer.

Les résultats de l'étude révèlent plusieurs exemples d'inégalités en termes d'accès aux soins et services de santé entre les communautés sédentaires et nomades : L'implication dans les comités de santé, l'accès aux soins et aux services de santé, l'accouchement dans les structures de santé, la discrimination des prestataires à l'égard des nomades, l'utilisation des méthodes contraceptives et autres. Le manque du pouvoir de décision et de l'autonomie des femmes existe dans toutes les communautés et est nuisible aux femmes, surtout les femmes des milieux très pauvres qui ont des difficultés à subvenir au besoin essentiel du ménage. Il n'apparaît pas clairement si c'est les hommes qui décident du lieu des accouchements, toutefois certaines femmes nomades et sédentaires continuent d'accoucher à domicile. Les résultats de l'étude ne fournissent pas assez d'informations sur des questions des VBG, de la planification familiale et de la stigmatisation à cause du refus des participants de répondre aux questions de ces thématiques considérées comme tabous, cependant certaines femmes ont confirmé que les VBG existent dans leurs communautés, mais la fréquence n'est pas facile à estimer.

Les effets de la pandémie de la COVID-19 sur l'offre de soins et service de santé sont réels et perceptibles. Les populations ont indiqué le niveau de rupture de l'utilisation des soins et services de santé qui a diminué drastiquement au plus fort moment de l'épidémie du fait des mesures de restrictions mises en place pour prévenir et réduire les infections à Coronavirus. Dans les formations sanitaires, l'offre de soins et des services a également reculé beaucoup plus par peur des prestataires qui étaient réticents à offrir des services de qualité, mais globalement les services de santé ont continué à être disponibles.

5.3 Discussion sur les effets et l'impact COVID-19

Au Tchad, les centres de santé sont les formations sanitaires de premiers contacts avec les populations et offrent un Paquet Minimum d'Activités (PMA) dont les soins et services de la santé maternelle et infantile.

Les centres de santé des provinces du Batha et du Moyen-Chari offrent donc ce paquet minimum d'activités comportant entre autres des soins de santé maternelle infantile autour de la CPN, de l'accouchement, de la CPoN et de la planification familiale. Le PADS dans sa phase 2 a connu une période de crise de pandémie COVID-19 qui a influencé le cours de ses activités. L'actuelle étude de fin de phase du programme a examiné les effets/impacts de cette crise sur l'offre de soins et de services de santé maternelle et infantile. Elle s'est également intéressée à la perception des communautés nomades et sédentaires sur l'accès à ces services de santé par rapport à la demande.

Une femme enceinte doit avoir au moins quatre contacts avec les services de santé (CPN) au cours de sa grossesse (CPN 1-4). L'effet de la pandémie sur ce service est révélé par les résultats de l'étude. Pour les 35% des prestataires interrogés, la pandémie a moyennement ou grandement influencé la CPN. Cette proportion confirme la mauvaise qualité de la CPN relevée par les femmes nomades et sédentaires ainsi que les hommes des deux communautés. Dans certaines zones de responsabilité, la CPN a été suspendue pendant un temps ou encore limitée, tandis que dans d'autres zones les femmes se rendaient chez les Dr Choukou pour rechercher les soins.

Concernant l'accouchement, les résultats de l'étude montrent que la majorité des prestataires enquêtés pensent que la pandémie n'a pas (46%) ou seulement faiblement influencé (46%) la moyenne annuelle des accouchements assistés. Seulement 2 participants indiquent une forte influence. Cependant, certaines conséquences ont été relevées tant chez les nomades que chez les sédentaires. Une femme est morte de suite d'accouchement. Des avortements ont également

été signalés dans un campement nomade et en milieu sédentaire, ce sont là des conséquences de la pandémie de COVID-19.

Les prestations de la consultation post-natale (CPoN) se sont également réduites après l'accouchement. Ceci a particulièrement impacté le suivi du nouveau-né, la vaccination, les conseils sur la nutrition et l'alimentation du nouveau-né et de la mère, les soins de la femme et des conseils sur la planification familiale puisque les femmes avaient fait état d'un ralentissement de ces services.

L'offre des services dans le domaine de la planification familiale est très variée, les intrants contraceptifs sont notamment les pilules, les injectables, les DIU, les implants et les préservatifs. Toutefois, la pandémie a restreint l'offre de ce service de 31%, ce qui a rendu l'accès difficile aux méthodes contraceptives.

Globalement, les effets sanitaires de la COVID-19 dans les zones d'intervention du PADS sont réels et perceptibles surtout au niveau de la communauté et particulièrement pour les femmes. Les mesures de restriction mises en place pour prévenir et réduire les infections dans ce cadre ont eu de l'influence négative sur les soins et services de santé. En effet, l'utilisation des services de santé a diminué par moment au plus fort moment de l'épidémie. Selon les participants aux FG, il y a eu la réduction ou la suspension par moment des services de santé et une réduction de la qualité de soins du fait que des prestataires angoissés étaient réticents à offrir des services de qualité. Cependant, au niveau des FOSA, les répondants ne semblent pas avoir remarqué un grand effet sur l'accessibilité. Certaines estiment même que l'accès au service était plus facile pendant la pandémie, ce qui pourrait être expliqué par le fait que les services étaient moins fréquentés. Il y a donc une différence entre l'influence de la pandémie sur les facteurs d'accès au niveau de la communauté (restriction des déplacements et manque des moyens pour accéder les CS) et les facteurs d'accès au niveau des FOSA (disponibilité).

5.4 Recommandations pour la phase 3 du PADS

- Mener des efforts concertés pour renforcer de manière durable, la participation des communautés dans les activités et le fonctionnement des comités (COSAN & COGES) et les structures sanitaires :
 - Il faut des concertations pour la participation juste et équitable de toutes les communautés au travers de leurs représentants en tenant compte des réalités de leurs vies : distance au CS/ transport, horaires des activités, participation des femmes, représentation des communautés nomades, etc.
 - Il faut renforcer les efforts pour inclure les femmes dans les COSAN qui ne comptent pas actuellement des femmes parmi leurs membres.
- Considérer sérieusement les suggestions des populations pour l'amélioration des services/structures de santé afin que cela contribue à l'amélioration régulière de la demande -- quelque chose qui peut être réalisée par l'augmentation de la participation des membres des communautés aux comités de santé / COSAN :
 - Evaluer si les COSAN sont représentatifs pour la population couverte par les CS respectifs en termes de contexte (éleveurs, agriculteurs, fonctionnaires) ;
 - Standardiser les horaires des Centres de Santé et s'assurer que chaque centre de santé ait un prestataire de garde pour les urgences la nuit ;

- Assurer la qualité des services par la supervision des prestataires et un mécanisme par lequel les populations peuvent facilement partager leurs préoccupations ;
 - Explorer les stratégies pour rendre plusieurs services non-payants ;
 - Prioriser l'installation des laboratoires dans les centres de santé, s'assurer que la structure elle-même est assez grande pour bien servir la population autour d'elle ;
 - Réduire les ruptures de stock des médicaments essentiels ;
 - Installer une sage-femme dans chaque centre de santé/ s'assurer que la population est bien informée des services SSR qui sont disponibles ;
 - Considérer les services 'mobiles' surtout pour les services SSR pour que les prestataires puissent voyager vers les communautés nomades pour les consultations/ et le partage des informations spécifiques.
- Il y a certaines actions qui peuvent être mises en place pour réaliser l'équité pour les populations nomades, arrêter les cas de discrimination et qui puissent encourager les populations nomades à utiliser les services de santé plus souvent :
 - Il faut premièrement avoir les consultations avec les populations elles-mêmes, et être certain que *toutes* les personnes, y compris les femmes, ont l'opportunité de participer ;
 - Par exemple, les participants à cette recherche ont exprimé qu'ils veulent bien avoir des prestataires qui sont du contexte d'éleveurs et qui parlent l'arabe.
 - Les résultats de cette étude montrent que les dynamiques de pouvoir de genre sont toujours une réalité et que les femmes souffrent à cause de ces dynamiques. Il y a une indication que les femmes ont plus de pouvoir si elles ont une source de financement elles-mêmes. Plus de recherche approfondie est nécessaire pour bien comprendre les nuances et toutes les conséquences de ces dynamiques, mais les interventions qui facilitent et encouragent l'équité entre les femmes et les hommes, et les activités économiques pour les femmes peuvent avoir un impact significatif sur la santé des femmes et des enfants, y compris l'accouchement aux structures de santé et l'utilisation des méthodes de contraception.
 - Les interventions qui intègrent les discussions sur les dynamiques de genre et la PF, surtout chez les hommes, peuvent avoir un impact significatif sur la santé des femmes et des enfants, et la situation économique des ménages. Ça sera important d'inclure les hommes dans toute discussion de la PF et montrer comment les hommes/ leurs familles /leurs communautés peuvent gagner si les méthodes de contraception sont utilisées pour faire l'espacement de naissance et/ ou limiter le nombre d'enfants. A cet effet il serait souhaitable d'envisager de promouvoir le concept dit « école des maris » en cours de promotion par le projet SWEDD dans quelques provinces du Tchad !
 - Evaluer des mesures pour augmenter non seulement la disponibilité mais aussi la qualité des services dans les CS pour gagner la confiance de la population:
 - Réduction de la rotation (turnover) du personnel ;
 - Renforcer la formation des médecins femmes, surtout pour la Gynécologie ;
 - Former le personnel de santé en matière de communication avec le patient et éthique de travail ;
 - Evaluer des mesures pour améliorer le moral et la motivation de travail du personnel de santé.
 - Améliorer d'avantage les taux de recouvrement des coûts considérés comme normal (compris entre 1.1 et 1.3) :

- Recadrer les CS lors des supervisions des équipes cadres des districts sur la rationalisation dans la prescription des médicaments ;
- Organiser un renforcement de capacité des RCS n'obtenant pas un indice dit normal ;
- Veiller à l'utilisation effective et continue de l'ordinogramme (en incitant les RCS et les cliniciens à l'utilisation de l'ordinogramme et par l'insertion d'un indicateur au niveau COM).
- Augmenter le nombre des activités du paquet organisationnel minimum (POM) prévues et réalisées (Supervision, réunions, comité directeur, monitoring, conseil d'administration...)
 - Appuyer les DS qui ne font pas les réunions des Conseils de Santé. Le conseil de santé associe toutes les parties prenantes dans le fonctionnement du DS et d'autres secteurs de la santé. Lors de ces réunions, le plan d'action du DS est apprécié et suivi dans sa mise en œuvre. Une explication possible pour le taux faible de ces réunions est le manque de ressources pour faire convenir et réunir tous les acteurs. Ceci est un des aspects à discuter et suivre avec le préfet ;
 - Plaidoyer auprès des autorités administratives pour l'organisation des conseils de santé du district.
 - Plaidoyer du Ministère de la Santé et auprès des autorités administratives pour la formalisation en bonne et due forme des conseils de santé au niveau local (Conseil provincial de santé, Conseil départemental de santé, Conseil de santé des zones de responsabilité).
- Poursuivre les efforts pour maintenir et renforcer les acquis dans les deux provinces.
 - Veiller à maintenir le pourcentage des FOSA disposant de micro-plans (CS) / plans annuels validés (HD, HP) avec la participation des représentants des bénéficiaires ;
 - Continuer à appuyer les CS sur l'élaboration des micros plans ;
 - Appuyer / sensibiliser les Délégations sanitaires provinciales (DSP) par le renforcement des capacités des ECD en matière de micro planification ;
 - Veiller à maintenir le pourcentage de Nombre de plans annuels opérationnels (PAO) (districts, régions) intégrant la contribution des partenaires techniques et financiers.
- Renforcer la sensibilisation et la communication des communautés pour une meilleure utilisation des services de santé d'une manière générale en particulier les SRMNIAN :
 - Plaidoyer pour l'harmonisation de la population cible des DS où elle est sous-estimée ;
 - Mobiliser, former et associer les autorités traditionnelles et religieux pour mieux passer les messages ;
 - Renforcer les activités de sensibilisation sur l'importance des CPN et SR ;
 - Trouver les voies et moyens pour que la plupart des femmes enceintes fassent au moins une consultation prénatale, voie d'entrée du suivi de grossesse et de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
 - Identifier les raisons de ce taux bas de la prévalence de la contraception, et travailler sur la sensibilisation et d'autres activités culturellement appropriées ;
 - Impliquer les autorités traditionnelles et les leaders religieux au premier rang de la sensibilisation sur le thème de la contraception ;
 - Appuyer les CS à rapporter les activités de sensibilisation par thématique et par genre ;

- Mettre à la disposition des CS un canevas de rapportage et de liste de présence de sensibilisation (Chargé de mobilisation sociale).

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 EDST/MICS 2014/2015*

Annexes

A.1 Synthèse du volet qualitative

A.1.1 Synthèse discussion de groupe hommes nomades et sédentaires

Dimension	Resumé global	Resumé Nomade	Nomades citations illustratives	Résumé village	Villages citations illustratives
1. Equité (Infrastructure, accès, prise en charge, planification familiale)					
Accès et temps compté pour une visite au CS (y compris déplacement)	Les temps d'attente restent très variés entre les deux communautés. Ils varient de 1 à 3 h pour la communauté sédentaire, alors qu'il est compris entre 1 à 9 heures pour la communauté nomade. Pour ce qui est du temps de déplacement, il varie de 5 minutes à 30 mn chez les participants sédentaires. Un participant a indiqué que le déplacement peut durer 2 h en saison de pluie. Chez les nomades, le déplacement dure de 40 minutes à 2 heures.	Dans les communautés nomades, les temps d'attente varient de 1 h à 6 h, un seul participant a indiqué 9h de temps d'attente. Les temps de déplacement dans les structures de santé les plus proches sont compris entre 40 minutes à 2 h.		Les temps d'attente dans la communauté sédentaire dans les CS les plus proches varient de 1 à 3 h et les déplacements durent de 5 à 30 mn. Un participant mentionne 2 h pendant la saison des pluies.	
Prise-en charge (quels services sont gratuits et utilisation des services préventifs)	La plupart des hommes nomades affirment qu'il n'y a pas de services gratuits, un petit nombre dit que les services comme la CPN, le PEV et les intrants pour les enfants malnutris sont gratuits. Pas de recours au soins préventifs. Chez les sédentaires les CPN sont gratuits,	La plupart des hommes nomades affirment qu'il n'y a pas de services gratuits, que tout est payant. Mais certains d'entre eux reconnaissent quand même que les services comme la CPN, le PEV et les intrants pour les enfants malnutris sont gratuits. Quant aux soins préventifs, les hommes nomades affirment n'y avoir jamais eu recours, ils ne consultent que lorsqu'ils sont malades parce que cela coûte.	Tout est payant, des fois même le CS est fermé. Si les gens viennent, ils repartent chez eux jusqu'à 4 à 5 jours. Le service qui est gratuit dans ce CS, c'est le service de CPN et PEV pour les femmes enceintes et distribution de plumpynat pour les enfants... (Homme campement Kitera, Batha).	Dans les communautés sédentaires, les hommes ont cité seulement le CPN comme service gratuit. Par contre, ils affirment que dans les CS communautaires (derrière le fleuve à Moussafoyo), les soins ne sont pas gratuits. Les hommes reconnaissent avoir volontairement eu recours aux soins préventifs comme le test VIH et le palu. Ils expliquent aussi que leurs femmes font régulièrement de la prévention du paludisme lors des CPN.	

Dimension	Résumé global	Résumé Nomade	Nomades citations illustratives	Résumé village	Villages citations illustratives
1. Equité (Infrastructure, accès, prise en charge, planification familiale)					
Pouvoir décisionnel - domaines de vie typiques où les hommes/ les femmes décident (y inclus nécessité de demander la permission)	En général, dans la communauté sédentaire et nomade, c'est l'homme qui a le contrôle des ressources et le pouvoir de décision. En l'absence du mari et en cas de maladie de la femme ou de l'enfant, la femme doit appeler pour demander de la permission pour la personne malade à l'hôpital.	Dans la communauté nomade, c'est l'homme qui décide : il s'occupe de la famille, de la femme et de l'enfant malade ou de toutes les autres personnes de la communauté tombées malades. Un participant estime qu'en l'absence du mari, la femme doit appeler et demander de l'argent pour soigner l'enfant au CS, mais que la CPN est du ressort de la décision de la femme.	S'il n'y a pas de maladie, il n'y a pas de décision à prendre. Dans le cas où la femme est malade, c'est l'homme qui décide qu'elle parte au CS, mais si c'est l'homme qui est malade, c'est lui-même qui décide d'aller au CS. Le domaine de vie typique où la femme décide, c'est en cas de maladie de l'enfant et le papa n'est pas là, elle l'appelle pour qu'il lui envoie de l'argent pour amener l'enfant au CS, mais en cas de CPN la femme décide d'elle-même.	Pour la communauté sédentaire, l'homme s'occupe de la famille mais la femme doit informer l'homme de tous ses déplacements et surtout associer l'homme à tous ses projets de PF.	
Rôle du téléphone mobile sur la prise de décision au sein du ménage	Chez les sédentaires et les nomades, le téléphone a des avantages et permet de donner l'information sur le type de maladie. Mais son utilisation par les femmes n'est pas du goût des hommes des deux communautés.	Le téléphone permet de donner l'information en cas d'absence du mari, néanmoins l'utilisation du téléphone par les femmes est quasiment interdit dans les communautés nomades. En cas de maladie, les nomades préfèrent contacter un membre de leur propre famille que de consulter leur femme.	Si la femme est malade, en cas d'absence du mari, la famille du mari peut décider de conduire la femme ou l'enfant à l'hôpital. Le téléphone joue un rôle important dans la mesure où en cas de maladie. Si tu n'es pas là, tu peux contacter un de tes proches ou l'un de tes parents pour qu'il amène l'enfant au CS.	Chez les sédentaires, l'utilisation de téléphone a certes des avantages comme informer en cas de maladie, mais le téléphone reste associé à l'infidélité de la femme, ce que redoute la plupart des hommes.	
Soins maternels - accouchement de leurs femmes (lieux, qui a décidé le choix du lieu, raisons pour le choix)	La plupart des accouchements dans les communautés nomades ont lieu à domicile, la principale raison est la présence des RCS hommes qui font accoucher. Contrairement aux communautés sédentaires où la majorité des participants ont déclaré que leurs femmes avaient accouché dans un CS, les raisons étant d'éviter des complications, bénéficiées des soins.	Les accouchements chez les nomades ont eu lieu pour la plupart à domicile. Le choix du lieu est décidé par des hommes. Les raisons qui sous-tendent le choix : pas de complication, ça s'est passé très vite ou que l'accouchement n'est pas gratuit au CS par exemple à Aldjikhénaye ou encore que l'attitude du RCS envers les parturientes n'est pas bon etc.	A la maison, c'est nous qui avons décidé, parce qu'au CS l'accouchement n'est pas gratuit et le comportement de RCS ne nous plaît pas. <i>Homme Campement Aldjikhénaye</i>	Les participants Sédentaires ont quasiment affirmé que leurs femmes avaient accouché au CS. Chez les sédentaires, les hommes pèsent aussi sur le choix du lieu d'accouchement. Les raisons du choix de lieu sont : éviter des complications, bénéficier des soins et des vaccins (VPO).	Même ma femme a accouché au centre de santé. L'accouchement à la maison n'est pas bien parce qu'elle ne peut pas bénéficier des soins. <i>Homme, village Moussafoyo</i>

Dimension	Résumé global	Résumé Nomade	Nomades citations illustratives	Résumé village	Villages citations illustratives
1. Equité (Infrastructure, accès, prise en charge, planification familiale)					
Connaissance de la violence basée sur le genre (VGB) (connaissance d'une personne qui a été confrontée, a-t-elle reçu de l'aide, consultation d'un médecin ou autre professionnel de santé après un tel incident)	Les hommes nomades rapportent juste qu'ils ont entendu parler de violence faites aux femmes. Pour les hommes sédentaires, ils assimilent les VBG à des disputes de couples et expliquent que généralement c'est chez les hommes saouards que ça arrive.	Très peu de réponses sur les VBG qui rapportent qu'il n'y a pas de cas de violence basée sur le genre dans leur localité ou encore qu'ils ont entendu parler de violence faite aux femmes.	Pas de VBG dans notre milieu ... J'ai entendu parler de VBG	Dans les villages S , les hommes rapportent des incidents des VBG, ces incidents sont assimilés à des disputes de couple qui dégénèrent quand l'homme ou la femme a pris de l'alcool ou que la femme rentre tard au domicile conjugal.	Parfois, l'homme se soule et revient pour demander à manger alors quand la femme dit que y'a pas à manger il le bat. Certaines femmes sortent et rentrent sous, insultent leur mari et cela peut créer la violence.
Connaissance (avoir entendu) des méthodes contraceptives utilisées par les femmes et les hommes (i), connaissances des structures et des services de conseil (ii), et utilisation dans la communauté (iii)	Dans les communautés nomades, les hommes indiquent avoir entendu parler des méthodes contraceptives sans pouvoir les nommer et affirment pouvoir se procurer les contraceptifs dans les maternités. Chez les sédentaires par contre les méthodes contraceptives sont connues et nommées, ce sont les injectables, Jadelles (implants), pilules. CS et HD sont des structures désignées	Nombreux parmi les hommes nomades ont dit avoir entendu parler des méthodes contraceptives, sans les nommer. Ils ont ajouté pouvoir se les procurer dans les maternités. Pas d'information sur les différentes méthodes et la méthode n'est pas répandue.		Les différentes méthodes contraceptives sont connues et nommées par les participants. Les injectables, Jadelle (implants), pilules. Endroit pour se procurer : CS, Hôpitaux, Pharmacie etc. Information sur la PF : Radio et personnel de santé. Les méthodes sont plutôt répandues.	Y'en a beaucoup mais ce sont les femmes qui connaissent : je connais Jadelle avec pilule. Il y'a l'injectable pendant 5 ans que les femmes prennent mais après elles abandonnent.

Dimension	Résumé global	Résumé Nomade	Nomades citations illustratives	Résumé village	Villages citations illustratives
2. Efficacité (utilisation, satisfaction)					
Satisfaction des services obtenus (qu'est-ce qui était bien, pas bien, qu'est-ce qui pourrait être amélioré - prise en charge, accueil, compétence du personnel, coûts, etc.)	Les participants nomades ne sont pas satisfaits du coût de services, du mauvais traitement et accueil, mais aussi du personnel incompétent. Côté sédentaire, les participants semblent plutôt satisfaits, mais évoquent quelques insuffisances : Le personnel de santé est insuffisant, le manque de services de permanence la nuit et les jours non ouvrables, insuffisances des médicaments essentiels et l'absence fréquent du RCS.	Services non satisfaisants : Coût de service cher, pas assez de médicaments, manque de matériel, personnel incompétent, mauvais traitements et mauvais accueil et médicament ne soulage pas. Pour améliorer les services, il faut un personnel qualifié, une bonne prise en charge, réduire le coût. Avoir un service labo et une sage-femme pour que les femmes accouchent au CS.	Le paludisme attaque ceux qui ne mangent pas bien en saison sèche ou pluvieuse, ce qui est moins bien. Ils n'ont pas assez de produits, ils ne sont pas compétents, on te demande tu souffres de quoi pendant que toi-même tu ne connais pas ta maladie. Tu leur dis que tu souffres de maux de tête, fièvre, douleur musculaire et on te donne les comprimés qui ne te soulagent même pas. Ce qu'on veut améliorer, c'est d'amener des personnels qualifiés, des traitements qui nous soulagent en cas de maladie.	Services satisfaisants, cependant l'insuffisance du personnel, le manque de services de permanence la nuit et les jours non ouvrables, insuffisances des médicaments essentiels sont mentionnées comme insuffisance et l'absence fréquente du RCS. Pour améliorer, il faut rendre disponible les médicaments essentiels, renforcer le personnel de santé, renforcer matériel et équipement du CS. Il y a aussi besoin de soins à crédit.	Les soins sont bons mais nous voulons qu'il renforce l'effectif du personnel médical et paramédical. Nous proposons que le RCS reste ici avec sa famille pour agir à tout moment en cas d'urgence. <i>Homme, village Moussafoyo</i>
Différences en termes de qualité des services entre les centres de santé qui sont utilisés d'habitude (si oui, lesquelles, qu'est-ce qui est bien, pas bien)	Globalement chez les sédentaires comme chez les nomades la différence entre CS et HD, c'est le manque d'examen de labo et échographie dans les CS. Il manque aussi du personnel compétent, on note un manque de sagefemmes dans de nombreux CS, ce qui serait à la base des accouchements à domicile selon certains participants nomades.	La différence entre CS et HD, c'est le manque d'examen de labo et échographie dans les CS. Dans les CS, il manque de bons médicaments et des bons traitements, il manque aussi du personnel compétent et parfois le RCS est tout le temps absent, ils ont un mauvais accueil et un long temps d'attente alors que les HD ont un meilleur équipement avec un personnel qualifié et varié	Nous venons à DJOKHANE et Certains d'entre nous partent au CS de KOUNDJOUROU et au CS d'ANGARA, parce que là-bas il y a un bon traitement et il y a un RCS compétent par rapport à notre RCS de Djokhane	Dans les villages S , la différence entre CS et HD, c'est le manque d'examen de labo et échographie dans les CS. Les différences de qualité des soins et services de santé CS et HD sont associées à l'insuffisance du personnel de santé, ce qui prolonge le temps d'attente. L'absence de service de permanence les dimanches ou après 13 h dans les CS. On note aussi le manque des médicaments et d'équipements (ambulance, lits etc.),	

Dimension	Resumé global	Resumé Nomade	Nomades citations illustratives	Résumé village	Villages citations illustratives
3. Transparence					
Information ou une mise à jour obtenue du COSAN ou COGES au sujet d'une réunion avec le personnel du Centre de santé ?	Chez les nomades une réponse mixte, la moitié a reçu d'info sur le comité COSAN, l'autre moitié est bien informée des activités du comité. Chez les sédentaires par contre, ils sont informés sur les réunions et ont des comptes rendu sur les activités de COSAN.	Réponse mixte : certains disent pas avoir entendu parler de COSAN et COGES, pas de compte rendu des réunions, d'autres disent que les délégués sont nommés mais n'ont jamais été conviés à une réunion ou encore qu'ils ont reçus des informations sur les entrée et les sorties de caisse et également qu'ils ont reçus des comptes rendus des réunions.	Oui, on a entendu parler du COSAN et COGES et on a reçu des informations concernant la réunion qu'ils ont eu, Ils nous ont fait le compte rendu de la caisse les entres et le sorties.	Information sur COSAN et COGES : Réunion se fait par village, Sensibilisation sur l'hygiène, CPN, lavage des mains, sensibilise aussi les hommes et les femmes qui refusent de venir au CS. Sinon COSAN ne convoque pas tous les membres pour les réunions.	
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 ?	Pour la majorité des hommes de la communauté nomade rien n'est gratuit, un petit nombre redonnaient que CPN et PEV sont gratuits. Pour les sédentaires tous n'est pas gratuits ? IL y a des services payant ceux qui sont officiellement gratuits.	Les hommes nomades ne sont pas unanimes sur la notion de gratuité. Mais certains reconnaissent que les services comme la CPN, l'accouchement et le PEV sont gratuits mais les médicaments sont payants en cas de maladie ou d'accouchement.	Oui, on est obligé de payer après l'accouchement une somme de 5000 FCFA pour le traitement. Si on amène une personne malade, la premier de chose on te demande c'est l'argent s'il n'y a pas tu repars avec ton malade à la maison. Oui, ils nous demandent pour les autres services ; mais l'accouchement, CPN et PEV sont gratuits.	Les Sédentaires reconnaissent que certains services sont officiellement dits gratuits. Mais ils payent quand même les intrants comme gants, savons, médicaments et autres qui leur sont demandés aux agents de santé. Sinon chacun est libre de faire les cadeaux.	C'est dit que l'accouchement est gratuit à l'hôpital mais quand les femmes viennent pour accoucher on donne l'argent pour acheter les gants et autres. Cela peut couter 10000f à 15000 f Quand ta femme accouche on te demande du savon. On m'a demandé deux fois

Dimension	Résumé global	Résumé Nomade	Nomades citations illustratives	Résumé village	Villages citations illustratives
4. 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 ?	Les nomades disent ne pas connaître COSAN et ses attributions. D'autres nomades estiment que COSAN peut influencer la planification des services de santé et donne par exemple la vaccination des enfants dans les campements.	Un groupe d'hommes dit ne pas connaître le comité COSAN et ses attributions. Par contre d'autres participants pensent que le COSAN peut influencer la planification des services, exemple de l'organisation de la campagne de vaccination des enfants à travers le campements.	Oui, il peut influencer sur la planification de la santé, par exemple l'organisation des campagnes de vaccination des enfants à travers le village ;	Plutôt oui, puisque le COSAN participe à la sensibilisation des hommes et les femmes qui maintenant refusent d'aller chez les vendeurs de médicaments du quartier et vont maintenant au CS pour se soigner	Il y'a des réunions puis la sensibilisation des femmes et hommes qui refusent de venir au centre car les médicaments sont chers. Ceci s'est amélioré et les gens ne se rendent plus chez les vendeurs de médicament frauduleux de la rue.
5. COVID-19					
Avez-vous entendu parler de COVID-19?	Plutôt oui, les participants affirment avoir entendu parler COVID-19.	Plutôt oui, les participants affirment avoir entendu parler COVID-19	Oui, on a entendu parler, qu'il y a corona au Tchad, mais ça n'a pas attrapé les gens ici ;	Plutôt oui, les participants affirment avoir entendu parler de COVID-19	On a entendu parler de COVID-19 en 2020, Cela a fait ravage en chine.
C'est quoi le COVID-19?	Pour les nomade, COVID-19 comme maladie fatale qui tue. Pour les sédentaires, les participants reconnaissent le COVID-19 comme une maladie que contractent les personnes qui sont sales ou qui n'ont pas une bonne hygiène.	COVID-19 comme maladie fatale qui tue	COVID-19, c'est une maladie qui tue les gens.	Les participants reconnaissent le COVID-19 comme une maladie que contractent les personnes qui sont sales ou qui n'ont pas une bonne hygiène.	Je connais COVID-19, c'est une maladie lié au problème d'hygiène
Quand avez-vous entendu parler de COVID-19 ?	Les participants sont unanimes, il y a 2 à 3 ans que le Coronavirus est arrivé., Pour les sédentaires c'est en 2020 que le COVID-19 est arrivé.	Les participants sont unanimes, il y a 2 à 3 ans que le Coronavirus est arrivé.	Oui, on entendu parler de corona il y a 2 ans ;	Pour les sédentaires, c'est en 2020 que le COVID-19 est arrivé.	On a entendu parler de Coronavirus en 2020, Cela a fait ravage en chine

Dimension	Resumé global	Resumé Nomade	Nomades citations illustratives	Résumé village	Villages citations illustratives
5. COVID-19					
CS fonctionne normalement pendant COVID-19 ?	Pour les hommes nomades il n'y a pas de changement, le CS fonctionne comme avant le Coronavirus. Chez les Sédentaires, il y a des changements au niveau du CS dans le respect des mesures préventives et dans la communauté, le regroupement des personnes est interdit.	Pas de changement, le CS fonctionne comme avant Coronavirus.	il n'y a pas de changement, c'est le même fonctionnement comme avant Coronavirus	Changement au niveau du CS, Thermo flash pour vérifier la température avant d'entrée au CS, Port de masque de protection, lavage des mains ou utilisations des gels avant d'entrer au CS et aussi le regroupement des personnes est interdit.	Il n'y a pas de dispositions de lavage des mains avant mais avec COVID19, il faut laver les mains et pas de regroupement des personnes.
Sinon, quels changements aux services maternels ?	Les hommes nomades parlent de changement en citant des mesures préventives pour respecter les préventives pour réduire l'infection COVID-19 et surtout parlent difficultés d'accès aux services de santé pour les cas de maladies graves et les CPN. Les sédentaires disent que le respect des consignes de prévention est bénéfique. Cependant, les déplacements étaient devenus difficiles pour aller au CS et pour voyager. Aussi les femmes avaient un accès limité au CPN.	Les hommes nomades estiment qu'il y a des changements car les gens sont sensibilisés sur la distanciation. Que les femmes enceintes n'étaient pas directement touchées par le COVID-19, les principales victimes étaient des jeunes. Toutefois, il y a eu des avortements durant la pandémie. Accès aussi difficile aux services de santé pour les cas de maladies graves et les CPN	Les femmes enceintes n'étaient pas touchées par le COVID19. Mais y a des avortements pendant le COVID-19. Mais la plupart des victimes étaient des jeunes garçons et des filles.	Pour les Sédentaires, les interdictions et le respect des consignes a permis de réduire les infections à Coronavirus. Cependant les déplacements étaient devenus difficiles pour aller au CS et pour voyager. Aussi les femmes avaient un accès limité au CPN.	Les femmes enceintes avaient un accès limité à la consultation prénatale.

Dimension	Résumé global	Résumé Nomade	Nomades citations illustratives	Résumé village	Villages citations illustratives
5. COVID-19					
Conséquences de ces changements pour la santé des femmes ?	Les nomades parlent d'un accès limité aux soins et services de santé, ils parlent aussi des avortements dans les campements. Alors que les sédentaires affirment que les CPN sont limitées, pas de voyage et des enterrements des personnes décédées sont sans les funérailles	Avortement dans le campement nomade, accès difficile au service de santé	Oui ; il y a des avortements au sein de notre campement. Mais ça c'est la volonté de Dieu.	Les personnes décédées sont enterrées rapidement et on se disperse, femme avec un accès limité au CPN et pas de voyage des restrictions partout	Les femmes ont l'accès limité au service de consultation prénatale Difficile de voyager il y'a les barrières partout.
Conséquences de ces changements pour la nutrition ?	Pour les nomades pas de conséquence sur l'alimentation. Pour les sédentaires, les marchés sont fermés et même les banques sont difficiles d'accès à causes de la restriction COVID-19, ce qui explique les difficultés de s'alimenter.	Pour les nomades, pas de conséquence sur l'alimentation	Les femmes enceintes n'étaient pas touchées par le COVID-19. Mais y a des avortements pendant le COVID-19. Mais la plupart des victimes étaient les jeunes garçons et des filles.	Conséquence de COVID-19 est que les vendeurs de produit de consommation de qualité ne peuvent plus vendre et cela joue sur l'alimentation des enfants et de la famille. Le COVID-19 a eu beaucoup de conséquence. Par exemple, les fonctionnaires ayant leur argent à la banque ne peuvent plus retirer pour bien se nourrir et ils souffrent énormément.	Les commerces mêmes sont fermés et on peut rien acheter. Même les fonctionnaires ne peuvent pas prendre leur argent à la banque pour bien se nourrir. Donc c'est difficile de manger.

A.1.2 Synthèse discussion de groupe femmes nomades et sédentaires

Dimension	Résumé global	Global citations illustratives	Résumé Nomade	Nomades citations illustratives	Résumé sédentaire	Villages citations illustratives
1. Equité (Accès, prise en charge, planification, stigmatisation)						
Accès et temps compté pour une visite au CS (y compris déplacement)	Temps pour arriver au CS : Globalement très varié, 5 min et moins à 2-3 heures à 2 à 3 jours. Temps pour visite au total : Entre 1 heure à 12 heures		Temps pour visite au total : La plupart des participants 4 à 12 heures au total ; une participante 1 heure seulement		Temps pour arriver au CS : 5 min ou moins à 2-3 heures ; un participant 2 à 3 jours	
Prise-en charge (quels services sont gratuits et utilisation des services préventifs)	Plusieurs participants ont indiqué que ' <i>Rien n'est gratuit</i> ' au CS le plus proche; la plupart de ces remarques sont venues des nomades, mais quelques participants des villages l'ont dit aussi. Une participante (S) a dit que tous les services sont gratuits. Services gratuits S et N : Accouchements ; CPN ; vaccination enfants ; vaccination (pas claire si c'est pour les enfants seulement ou pour les adultes aussi)		Services seulement mentionnés par N : soins nouveau-né ;		Services seulement mentionnés par S : Consultation mère ; consultation enfant ; médicaments palu ; distribution semoule pour les enfants ;	
Services payants	Plusieurs participants ont indiqué que ' <i>Tous les services sont payants</i> ' ; médicaments		Accouchement (n=2) ; CPN (n=1) ;	<i>Nous souffrons quand nous partons pour faire la CPN. Ils prennent de l'argent avec nous et après l'accouchement on ne reçoit pas les aides (thermos, habits et moustiquaires) comme ailleurs. Tu ne peux pas continuer avec la CPN si tu n'as pas souvent les 1500f ou 2000f.</i>	Carnet (n=3) ;	

Dimension	Résumé global	Global citations illustratives	Résumé Nomade	Nomades citations illustratives	Résumé sédentaire	Villages citations illustratives
1. Equité (Accès, prise en charge, planification, stigmatisation)						
<p>Pouvoir décisionnel - domaines de vie typiques où <u>les hommes</u> décident</p>	<p>Globalement, ce sont les hommes qui décident tout pour les femmes avec quelques exceptions ; quelques réponses mixtes sur la santé de la femme ; quelques-unes disent que la femme peut décider elle-même, d'autres disent que c'est l'homme qui décide. Quelques petites indications qu'il y a des changements, que certaines femmes il y a plus d'opportunités de prendre les décisions (voyez Ambassatna). Réponses plus spécifiques : achat et utilisation du portable ; mouvements des femmes (c'est à dire permission de se déplacer au CS, autre part) ; argent/ payer pour la vie en général ; prise de décision en général pour le ménage mais aussi utilisation des services de santé et utilisation de contraception. <i>Pas bcp de distinction entre N et S.</i></p>	<p>P6 : avant c'étaient les hommes qui décident maintenant c'est n'est pas le cas. (Ambassatna)</p>				
<p>Pouvoir décisionnel - domaines de vie typiques où <u>les femmes</u> décident (y compris nécessité de demander la permission)</p>	<p>Les femmes peuvent exprimer leur désir d'utiliser les services de santé en cas de maladie, surtout CPN (ça semble que la CPN = 'domaine de femme') ; mais, pour les enfants malades il faut avoir permission du mari</p>		<p>Pas de décision à prendre ;</p>	<p>P1 : les femmes n'ont pas une décision à prendre dans notre communauté à part manger, boire et s'habiller. En cas de maladie, elle peut se débrouiller pour se rendre au CS et avoir la santé. (Airad)</p>	<p>Faut respecter et écouter ton mari;</p>	

Dimension	Résumé global	Global citations illustratives	Résumé Nomade	Nomades citations illustratives	Résumé sédentaire	Villages citations illustratives
1. Equité (Accès, prise en charge, planification, stigmatisation)						
Situations où la permission du mari est nécessaire	Mouvements/ aller quelque part (ie CS/ hôpital, cérémonies/ évènements familiaux ou communautaires, réunions à l'église, voyager) ; Acheter et utiliser un portable ; utilisation PF		Toujours/ 'toutes choses' ; soigner surtout si tu n'as pas argent toi-même ;	<i>P4 : c'est l'homme qui décide tout, sans sa permission nous les femmes on ne fait rien (Kifera)</i>		
Rôle du téléphone mobile sur la prise de décision au sein du ménage	Si le mari est absent et il y a une urgence (c'est à dire besoin d'argent, besoin médical femme ou enfant, autre chose) ,il faut utiliser le portable pour l'appeler pour avoir l'argent et/ ou avoir sa permission d'aller aux CS/ Hôpital					
Connaissance de la violence basée sur le genre (VGB) (connaissance d'une personne qui a été confrontée, a-t-elle reçu de l'aide, consultation d'un médecin ou autre professionnel de santé après une telle incidence)	Réponses complètement mixtes oui et non et entre les N et S; plusieurs femmes disent VGB 'n'existe pas' dans leur communauté OU si ça existe, les femmes ne parlent pas de ça; plusieurs femmes disent que VBG existe et elle-même ont été ou sont victimes de la VBG. Raisons citées: la femme critique son mari; la femme discute 'trop' avec son mari; la femme rentre trop tard à la maison. Autres réponses pas très détaillées/ pas beaucoup de réponses.					

Dimension	Résumé global	Global citations illustratives	Résumé Nomade	Nomades citations illustratives	Résumé sédentaire	Villages citations illustratives
1. Equité (Accès, prise en charge, planification, stigmatisation)						
Personne victime VBG confiée	Autres femmes; sa famille					
Reçu de l'aide	Ne va pas aller à l'hôpital ; sa famille/ se soigner à la maison ; aller au CS					
Connaissance (avoir entendu) des méthodes contraceptives utilisées par les femmes et les hommes	Note en général : possible que certaines communautés ne veulent pas discuter ce thème car c'est tabou (pour les femmes et les hommes), mais en général les femmes ont été ouvertes à discuter même de dire que la PF n'est pas autorisée. Plusieurs N et S ont entendu PF en général mais ne connaissent pas les méthodes spécifiques ;d' autres disent que la PF n'est pas autorisée. Les femmes N et S connaissent l'injection ; pilules/ comprimés. Méthodes naturelles, DIU et préservatif mentionnés par juste 1 à 2 personnes.		La plupart des participantes qui ont dit 'ne sait pas' sont venues des communautés nomades. N'ont pas mentionné implants ;		Implants ;	
Méthodes contraceptives, connaissances des structures et des services de conseil	Très peu de réponses (n=4) ; réponses mentionnées : centre de santé, hôpital et pharmacie.					
Accès aux services et aux informations PF	Seulement réponses des communautés S				Négatifs : Enlever des intrants est difficile ; pas d'accès aux infos sur les méthodes PF ; ruptures de stock contraceptifs ; services payants. Positifs : services rapides ; faciles à accéder les contraceptifs.	<i>P6 : quand tu viens pour prendre (les intrants) on te donne facilement mais si tu viens pour l'enlever, c'est difficile. (Gentil)</i>

Dimension	Résumé global	Global citations illustratives	Résumé Nomade	Nomades citations illustratives	Résumé sédentaire	Villages citations illustratives
1. Equité (Accès, prise en charge, planification, stigmatisation)						
Méthodes contraceptives, utilisation dans la communauté	Réponses mixtes. Etant donné les réponses reçues, ça semble que plus de femmes aux villages utilisent la contraception <i>mais</i> il y a des exemples des femmes nomades qui l'utilisent aussi. Les participantes ont indiqué que l'IDU, l'implant et l'injection ont été les méthodes les plus préférées des femmes.		Toutes les réponses 'non' sont venues des comme nomades.		Toutes les réponses 'oui' sont venues des comme sédentaires.	<i>Oui les femmes sont informées mais leur mari qui n'acceptent pas. Moi et mon mari nous sommes tombés d'accord avant que je prenne' (Paix du Sahel)</i>
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	En général, ça semble que les participantes n'ont pas très bien compris cette série de questions. En général, on dit soit ces types de maladies n'existent pas dans la communauté, soit on ne maltraite pas les malades, ou les deux. Quelques femmes de Paix du Sahel ont dit que ces maladies sont 'la volonté divine.' Les participantes qui ont répondu affirmativement ont dit que la communauté peut éviter la personne malade. Elles ont aussi cité la gonorrhée (appelle pisse chaude) et la menstruation. Personne n'a mentionné la fistule ou autres ISTs. En général, on a dit que les sensibilisations communautaires n'existent pas.					

Dimension	Résumé global	Global citations illustratives	Résumé Nomade	Nomades citations illustratives	Résumé sédentaire	Villages citations illustratives
2. Efficacité (santé de la mère, satisfaction)						
Lieu du dernier accouchement, pourquoi, personne qui a assisté	Très peu des femmes ont dit que le lieu de leur dernier accouchement a été décidé par le mari ; ça peut être la réalité mais en général elles n'ont pas mentionné la volonté de leur mari.		La plupart des femmes qui ont accouché au domicile sont de la communauté des nomades. Raisons cités : pas la peine de déranger mon mari, bébé est venu trop vite, CS est lions de la maison, douleurs pas grave/ vite passe, domicile est gratuit, c'est une habitude, mauvaise qualité au CS. Les personnes qui ont assisté l'accouchement au domicile : accoucheuse traditionnelle, frères, grand-mère, personne.		La plupart des femmes qui ont accouché au CS ou à l'hôpital viennent des communautés sédentaires. Raisons cités pour le choix de l'hôpital: horaires limités et absence de la matrone au CS, accouchement difficile/ complications, maladie (palu). Plusieurs villages/ CS n'ont pas une sage-femme et/ou les horaires sont limités alors si on accouche la nuit il faut aller à l'hôpital.	
Examiné après accouchement			La plupart des femmes qui n'ont pas eu un examen après leur accouchement viennent des camps nomades. MAIS plusieurs femmes nomades qui ont accouché au domicile sont allées au CS/ hôpital après l'accouchement pour les examens d'elles même et l'enfant.			

Dimension	Résumé global	Global citations illustratives	Résumé Nomade	Nomades citations illustratives	Résumé sédentaire	Villages citations illustratives
2. Efficacité (santé de la mère, satisfaction)						
Difficulté et faiblesses du service de la santé de reproduction et suggestion pour améliorer sa qualité	Ça semble que cette question n'a pas été bien comprise par plusieurs participants N et S alors les réponses ne sont pas très claires. Réponses ont été mixtes --- plusieurs femmes S et N ont dit que leur CS a des services SSR mais la plupart des femmes qui ont fréquenté ces services étaient sédentaires. Les services utilisés spécifiquement cités ont été la maternité (c'est à dire CPN et PEV), le traitement des lts et la contraception.		Toutes les femmes qui ont dit que leur CS n'ont pas un service SSR sont venues des communautés nomades.			
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.)	Aspects non-satisfaisants : Coût des services (n'ont pas payé avant, maintenant on demande l'argent) ; mauvaise qualité des services (horaires opérationnels limités, mauvais accueil, mauvaise qualité des services et des médicaments). Aspects satisfaisants : Services facile à accéder ; contraception elle-même (avantages PF pour les femmes et les enfants ; facile à prendre) ; bonne qualité des produits/ traitements ; en général, satisfaisants)					
Si on ne va pas aux services SSR, pourquoi pas ?	Longue attente ; mauvais accueil au CS (spécifique au CS Bire Adoudou) ; la femme peut être mal vue dans la communauté (n=1 nomade Bire Adoudou)					

Dimension	Résumé global	Global citations illustratives	Résumé Nomade	Nomades citations illustratives	Résumé sédentaire	Villages citations illustratives
2. Efficacité (santé de la mère, satisfaction)						
Comment améliorer ?	Ajouter les appareils qui manquent ; augmenter le nombre de personnels, surtout l'ajout d'une sage-femme.					
3. 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 ?	Non : Mixtes N et S. Oui : Mixtes N et S. quelques participantes qui ont dit 'oui', ont décrit plusieurs activités des COSANS : bilan d'activités CS, discussion des difficultés au CS avec la communauté, discussion avec le personnel et les relais.					
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 ?	Certaines participantes ont répondu pour les services au CS en général, pas nécessairement spécifiquement à propos des services SSR. Non : n=6, tous sédentaires/ village. Oui : n=19, mixte S et N. Exemples des services payants : accouchement (n=2), carnet (n=6), contraceptifs (n=5), médicaments (n=3), ticket de consultation/ reçu (n=3).		Seulement 4 personnes ont dit qu'elles sont obligées de donner un cadeau au prestataires. Toutes ces femmes sont venues des communautés nomades (Kitera et Aldjkenaye).			
4. Participation (satisfaction)						
Possibilité d'influencer la planification de la santé par la communauté à travers le COSAN	Seulement 8 réponses : 3 femmes sédentaires (Moussafoyo et Gentil 2) ont dit oui ; 4 femmes (n=3 nomades, 1 sédentaires) ont dit non ; 1 personne RAS.					

Dimension	Résumé global	Global citations illustratives	Résumé Nomade	Nomades citations illustratives	Résumé sédentaire	Villages citations illustratives
5. COVID-19						
Entendu parler de COVID-19 ?	Presque toutes (sauf une personne) les participantes ont entendu parler du COVID-19					
COVID-19 c'est quoi ?	3 personnes n'ont pas su/ n'ont pas été capables de décrire la maladie. La reste at offert des réponses/ perspectives différentes. Maladie sérieuse, contagieuse, peut tuer ; respiratoire ; virus ; forme de rhume. Quelques personnes ont pensé que c'était dans une forme de 'poudre jaune', une autre poudre de néré (un arbre). Symptômes : grippe, respiratoire, toux. Incorrect : diarrhée, mal au ventre, vomissement. Deux personnes ont indiqué qu'une vaccination existe contre la maladie mais ce n'est pas arrivé chez eux. Personne n'a dit qu'ils ont connu quelqu'un qui a eu la maladie.	<i>Beaucoup tué les gens chez les blancs</i>				
Quand entendu parler de COVID-19 ?	2019, 2020, 2021. La plupart a dit 2020.					
CS fonctionne normalement pendant COVID-19 ?	Services réduits (maternels et autres ; ce n'est pas de garde ; prestataires moins disponibles) ; mauvaise qualité des services ; mesures présentatives : respecter les de mesures barrières c'est-à-dire distanciation sociale ; lavage des mains ; porte cache née obligatoire ; entrer CS un à un.		n=5 CS différents n'ont pas fonctionné normalement (mais pas plus de détail)		n=5 CS différents ont fonctionné normalement	
Sinon, quels changements aux services maternels ?	N et S ont dit pas de changements. D'autres ont dit qu'il fallait aller au Dr Choukou; les femmes enceintes doivent faire le test COVID avant accouchement; les CPNs ont été suspendues pendant un temps; la qualité des CPNs n'ont pas été bonne pendant cette période. C'était difficile de respecter la distanciation.					

Dimension	Résumé global	Global citations illustratives	Résumé Nomade	Nomades citations illustratives	Résumé sédentaire	Villages citations illustratives
X. COVID-19						
Conséquences de ces changements pour la santé des femmes ?	Pas beaucoup de réponses; n=2 avortements grossesses mais pas indication s'ils ont été liés aux restrictions COVID ou pas. N=1 mortalité maternelle, participante indique que c'était lié aux restrictions.					
Conséquences de ces changements pour la nutrition ?	Prix augmentés ; faire commerce en cachant pour avoir argent pendant les restrictions ; pas de marché. Aspect positif : hygiène alimentaire				n=3 pas assez de nourriture, il y avait la faim	
Autres changements remarqués à cause de COVID ?	Plusieurs personnes ont mentionné les mesures présentatifs ; d'autres ont souligné la souffrance économique' des restrictions et une personne a mentionné la violence policières.					