

PHARMACIE

Savoirs communs n°15

La santé des femmes au Tchad, entre urgence et développement

Échanges entre acteurs et initiatives
pour améliorer la santé
de la reproduction



TABLEAU DES MEDICAMENTS ESSENTIELS GENERALISÉS A LA PHARMACIE DU 1. AOUT 1981			
SUPPLÉMENTS PÉDIATRIQUES			
N°	Désignation	Quantité	Prix
1	Amoxicilline 125mg	25000	3000
2	Amoxicilline 250mg	15000	3000
3	Valéryne 100mg	10000	3000
4	Rébéxolone	10000	1500
5	Amoxicilline 250mg	15000	3000
6	Paralol 125mg	15000	1500
7	Paralol 250mg	15000	1500
8	Paralol 500mg	15000	1500
9	Paralol 1000mg	15000	1500
10	Paralol 2000mg	15000	1500
11	Paralol 4000mg	15000	1500
12	Paralol 8000mg	15000	1500
13	Paralol 16000mg	15000	1500
14	Paralol 32000mg	15000	1500
15	Paralol 64000mg	15000	1500
16	Paralol 128000mg	15000	1500
17	Paralol 256000mg	15000	1500
18	Paralol 512000mg	15000	1500
19	Paralol 1024000mg	15000	1500
20	Paralol 2048000mg	15000	1500
21	Paralol 4096000mg	15000	1500
22	Paralol 8192000mg	15000	1500
23	Paralol 16384000mg	15000	1500
24	Paralol 32768000mg	15000	1500
25	Paralol 65536000mg	15000	1500
26	Paralol 131072000mg	15000	1500
27	Paralol 262144000mg	15000	1500
28	Paralol 524288000mg	15000	1500
29	Paralol 1048576000mg	15000	1500
30	Paralol 2097152000mg	15000	1500
31	Paralol 4194304000mg	15000	1500
32	Paralol 8388608000mg	15000	1500
33	Paralol 16777216000mg	15000	1500
34	Paralol 33554432000mg	15000	1500
35	Paralol 67108864000mg	15000	1500
36	Paralol 134217728000mg	15000	1500
37	Paralol 268435456000mg	15000	1500
38	Paralol 536870912000mg	15000	1500
39	Paralol 1073741824000mg	15000	1500
40	Paralol 2147483648000mg	15000	1500
41	Paralol 4294967296000mg	15000	1500
42	Paralol 8589934592000mg	15000	1500
43	Paralol 17179869184000mg	15000	1500
44	Paralol 34359738368000mg	15000	1500
45	Paralol 68719476736000mg	15000	1500
46	Paralol 137438953472000mg	15000	1500
47	Paralol 274877906944000mg	15000	1500
48	Paralol 549755813888000mg	15000	1500
49	Paralol 1099511627776000mg	15000	1500
50	Paralol 2199023255552000mg	15000	1500

Agence Française
de Développement &
Association Tchadienne
pour le Bien-Être Familial

Savoirs communs

La série *Savoirs communs* a pour objectif de faire vivre une dynamique d'échanges et de capitalisation autour des pratiques respectives de l'AFD et des acteurs de l'aide au développement dans une perspective d'apprentissage et d'enrichissement commun.

Tous les numéros de la série peuvent être téléchargés sur le site www.afd.fr

Comité de pilotage de l'AFD :

Catherine Bonnaud et Philippe Walfard (division de la santé et de la protection sociale),
Thierry Boutroux (division du partenariat avec les ONG),
Marie de Jerphanion (division de la communication), Karim Bourtel (rédacteur),
Jeanne Milleliri et Jean-Marc Pradelle (agence AFD au Tchad)

Rédaction : Karim Bourtel

Coordination éditoriale :

Marie de Jerphanion, Laureline Felder et Claire Veyriras (AFD)

Réalisation graphique : letroisiemepôle

www.letroisiemepole.com

Septembre 2013

La santé des femmes au Tchad, entre urgence et développement

Échanges entre acteurs et initiatives pour améliorer la santé de la reproduction

Cette publication s'appuie sur les travaux des journées d'échanges consacrées à la santé maternelle et reproductive au Tchad, organisées les 15 et 16 octobre 2012 à N'Djaména par l'Agence Française de Développement et l'Association tchadienne pour le bien-être familial (ASTBEF).

Ces journées ont permis à une soixantaine de participants, acteurs du secteur de la santé au Tchad de découvrir le travail de plus de quinze organisations (ministère de la Santé publique tchadien, bailleurs de fonds, ONG nationales et internationales...) et d'échanger sur leurs pratiques et leurs stratégies pour améliorer les indicateurs en la matière.

L'équipe rédactionnelle tient à remercier particulièrement :

NOUBATOUR ADOUMTAR, ancien directeur de l'ASTBEF
et le Dr JABBAR HAMID du ministère de la Santé publique.

Avertissement : Les propos tenus dans cet ouvrage n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'AFD et des institutions partenaires.

*Les données chiffrées et statistiques présentées dans cet ouvrage proviennent de sources disponibles en **annexe**, notamment de la dernière enquête « à indicateurs multiples » de l'Institut tchadien de la statistique, des études économiques et démographiques (Inseed).*



Table des matières

Préface	6
Introduction	8
1. LA SANTÉ DES FEMMES, UNE PRIORITÉ NATIONALE	10
1. Une situation précaire pour les femmes	12
■ Des indicateurs préoccupants	12
■ La contraception en berne	13
■ Pro-natalisme et pratiques socioculturelles néfastes	14
■ Le carcan de la pauvreté et de l'ignorance	16
2. Une offre de soins insuffisante et sous-utilisée	18
■ Un déficit chronique en ressources humaines	20
■ Dysfonctionnements et sous-équipement des structures sanitaires	22
■ Un sous-financement patent	24
■ La santé tributaire des bailleurs et des ONG	26
3. Une feuille de route pour réduire la mortalité maternelle	30

2. LES ONG ET LES BAILLEURS ACTEURS DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE SANITAIRE NATIONALE	32
1. Lever les barrières géographiques et financières	34
■ Réhabiliter, construire et équiper les structures sanitaires	34
■ Des équipes mobiles en zones rurales	35
■ Mutualiser le « risque maladie »	38
2. Renforcer l'offre de soins	40
■ Promouvoir la planification familiale comme axe majeur de la santé reproductive	40
■ Renforcer les capacités du personnel et la gestion des services	46
■ La prise en charge des complications : le cas des fistules obstétricales	52
3. Mobiliser les communautés	56
■ Communiquer pour « changer les comportements » ?	56
■ Sensibiliser et impliquer les jeunes	66

3. DES LIMITES À REPOUSSER	70
1. Un statut inférieurisé des femmes dans la société	72
■ Sortir la santé des femmes de la seule problématique des grossesses, de l'accouchement et des violences	72
2. Une complémentarité et une coordination faibles entre acteurs	76
■ Un manque de coordination des partenaires de santé	76
■ Vers la création d'une plateforme en santé de la reproduction ?	79
3. Des interventions fragiles	80
■ La vulnérabilité financière des ONG	80
■ Quelle pérennité et efficacité des interventions ?	81
4. Un enjeu de gouvernance	84
■ Un respect insuffisant des engagements de l'État et une traçabilité des dépenses sanitaires défailante	84
■ Un manque d'informations pour mesurer les évolutions	88
CONCLUSION	92
EN SAVOIR PLUS...	94

Préface

La santé des femmes, n'importe où, à l'échelle de la planète, reste encore aujourd'hui une des principales sources de préoccupation des décideurs, des populations, et des différents partenaires, tant elle nous interroge sur notre capacité à prendre soin de nos mères, de nos sœurs, de nos filles. Au cœur de la politique d'aide publique au développement de la France depuis plusieurs années, notamment à travers les engagements pris lors du sommet du G8 à Muskoka et lors de la Conférence sur la planification familiale à Ouagadougou, la santé maternelle et reproductive est reconnue comme l'un des facteurs les plus importants pour le développement d'un pays, et se doit à cet égard d'être au centre de nos réflexions et actions.

Au Tchad, où le taux de fécondité moyen est de sept enfants et où une femme sur dix succomberait des suites d'une de ses grossesses, cette priorité est particulièrement criante. Cette situation n'est pas acceptable.

Les différents partenaires présents au Tchad, conscients de cette réalité, se tiennent aux côtés du gouvernement pour faire avancer la condition des femmes et améliorer leur santé. À cet égard, l'Agence Française de Développement (AFD) au Tchad et l'Association tchadienne pour le bien-être familial (ASTBEF) ont organisé, en octobre 2012, des journées d'échanges consacrées à la santé maternelle et reproductive réunissant l'ensemble des acteurs concernés par cette problématique.

Ainsi, gouvernement, ONG nationales et internationales, et partenaires techniques et financiers se sont réunis pendant deux jours pour échanger, se connaître et envisager des pistes de collaboration et d'action.

Ces journées ont également permis de faire le point sur l'état de la situation et proposer des pistes de solution dont ce numéro de la collection *Savoirs Communs* se fait l'écho en vue notamment de sensibiliser les décideurs et les bailleurs de fonds à l'urgence de la situation.

Le sujet se pose en effet aujourd'hui comme un défi pour les femmes au Tchad, mais également pour l'ensemble du pays engagé sur la voie d'un développement pérenne qu'il s'agit aujourd'hui d'accompagner et d'encourager. Les difficultés sont pourtant réelles et de diverses natures : politiques, économiques, sociales, culturelles, et ne doivent pas être occultées, mais appréhendées de façon à ce que la santé maternelle et reproductive des tchadiennes s'en trouve améliorée durablement.

L'accroissement démographique que connaît le Tchad actuellement ne fait que renforcer ce constat et conduit à la recherche de solutions, la croissance économique ne pouvant pas, à l'heure actuelle, absorber la croissance démographique et grevant par là toute possibilité de développement à l'échelle du pays. Il est urgent d'agir.

À cet égard, l'AFD et l'ASTBEF réclament aujourd'hui l'engagement de tous, aux côtés de la République du Tchad, pour lui permettre d'enclencher un cycle pérenne de développement qui devra passer par l'accomplissement de la femme et donc l'amélioration de sa santé.

Jean-Marc Pradelle
Directeur de l'AFD au Tchad

Sidonie Tabtilo Namodji
Présidente de l'ASTBEF

Introduction

Appréhender la situation de la santé maternelle et reproductive au Tchad n'est pas sans difficulté. Les données (fiables et actualisées) sont rares et celles disponibles ne reflètent que partiellement la réalité d'un pays où plus de cinq femmes sur six accouchent à domicile sans assistance qualifiée. La plupart des complications liées aux grossesses et à l'accouchement (jusqu'au décès) ne sont pas répertoriées et les véritables tendances de la mortalité et de l'état de santé des femmes restent incertaines. En outre, le pays affiche des disparités importantes entre le milieu urbain – particulièrement à N'Djaména, la capitale, où la situation est sensiblement meilleure – et les campagnes aux indicateurs de santé très dégradés qui abritent les deux tiers de la population.

Pour autant, les autorités sanitaires locales et internationales s'accordent à reconnaître que l'état de santé des femmes tchadiennes est l'un des plus mauvais de la planète. En dépit d'investissements importants dans les infrastructures sanitaires, les progrès réalisés ces dernières années ne suffisent pas et certains indicateurs continuent de se dégrader, à l'instar des taux de mortalité maternelle passés de 827 pour 100 000 naissances vivantes en 1996/1997 à 1 100 pour 100 000 en 2010. Pourtant, les causes de décès et les principaux problèmes de santé des Tchadiennes restent évitables.

Engagées dans l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement d'ici à 2015, les autorités tchadiennes n'ont d'autre alternative que de réviser leurs stratégies sanitaires ou du moins leurs mises en œuvre avec le concours

de leurs partenaires au développement (bailleurs bi et multilatéraux, organisations de la société civile nationales et internationales...). D'autant qu'elles disposent de cadres d'intervention pour enrayer la tendance : stratégie nationale de réduction de la pauvreté, feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile, plan national de lutte contre le VIH/Sida... Sans compter la multiplicité de projets/programmes déployés avec ces mêmes partenaires dans le pays.

Réalisé à la suite de journées d'échanges entre les acteurs de la santé maternelle et reproductive (pouvoirs publics, partenaires techniques et financiers, ONG...), organisées à N'Djaména en octobre 2012, ce numéro de la collection *Savoirs Communs* n'a pas l'ambition d'interroger l'action gouvernementale ou celle de ses partenaires, ni la prétention d'avancer des solutions. Son objectif est plus modestement d'apporter un éclairage sur certaines interventions mises en œuvre dans le pays, principalement par les ONG, et de livrer certaines interrogations soulevées par les acteurs de terrain. En ce sens, cet ouvrage se veut une contribution à la réflexion et aux échanges actuellement riches au Tchad sur les modalités d'intervention en matière de santé maternelle et reproductive, et plus largement en faveur de la condition des femmes.

1

La santé des femmes, une priorité nationale

Au Tchad, l'extrême précarité de la santé des femmes résulte d'une multiplicité de facteurs, à commencer par une fécondité parmi les plus élevées au monde, une faible utilisation des services de soins et de planification familiale, une pauvreté marquée des populations couplée à un faible niveau d'instruction, la persistance de pratiques socioculturelles néfastes et d'importants dysfonctionnements du système de santé qui ne dispose pas des moyens techniques, humains ou financiers suffisants pour faire face à la gravité de la situation.







1.1 | Une situation précaire pour les femmes

DES INDICATEURS PRÉOCCUPANTS

Avec une fécondité parmi les plus élevées au monde (7 enfants en moyenne) et en constante augmentation depuis l'indépendance (1960), les femmes tchadiennes paient de leur santé, voire de leur vie, la démographie galopante du pays.

Pour cause, malgré une croissance économique forte (5 à 7 % par an) depuis que le pays est devenu exportateur de pétrole en 2003, peu de réels progrès ont été réalisés en matière de santé des populations et particulièrement des femmes.

En 2010, la mortalité maternelle a atteint des niveaux records avec près de vingt décès par jour (1 100 décès pour 100 000 naissances vivantes contre 827 en 1997¹), alors que plusieurs pays d'Afrique subsaharienne ont réduit ce taux de

moitié entre 1990 et 2010. Les hémorragies, les infections du post-partum et les éclampsies en sont les principales causes directes.

Parmi ces femmes mortes en raison d'une grossesse ou d'un accouchement, les mineures paient un lourd tribut, estiment les autorités locales sans pouvoir le quantifier – faute d'audit systématique des décès maternels : « *Les décès des adolescentes dus aux complications des avortements provoqués* [clandestins parce qu'illégaux dans le pays] *contribuent pour beaucoup aux décès maternels* »².

Pour la femme tchadienne, la probabilité de mourir un jour d'une cause liée à une grossesse ou un accouchement est de 1 sur 11, contre 1 sur 150 en moyenne dans les pays dits « en développement » et 1 sur 3 800 dans les « pays développés ».

1 À titre de comparaison, en 2010, le taux de mortalité maternelle était trois fois moindre au Rwanda (340/100 000), dix fois moindre au Maroc (100/100 000) et 130 fois moindre en France (8/100 000).

2 Feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile, ministère de la Santé du Tchad.



© Olivier Barthes

Un couloir exigu où attendent les patientes du centre de santé de Diguel Nord (district Sud de N'Djaména).

Ces sombres statistiques illustrent l'extrême précarité de la santé des femmes au Tchad, dont l'espérance de vie plafonne à cinquante ans, mais aussi celle de leurs enfants : un sur vingt meurt avant l'âge d'un mois, un sur dix avant son premier anniversaire, et un sur cinq avant d'atteindre cinq ans.

Plusieurs facteurs tirent les indicateurs de santé vers le bas et expliquent cette situation alarmante; notamment la faible utilisation des méthodes contraceptives, la persistance de pratiques socioculturelles néfastes, le niveau élevé de pauvreté des ménages tchadiens, mais aussi un investissement insuffisant des pouvoirs publics dans la santé des populations, notamment maternelle et reproductive, malgré des engagements réitérés au plus haut niveau de l'État. En effet, bien que des

mesures comme la gratuité des soins préventifs ou curatifs dans les centres de santé et des soins obstétricaux d'urgence aient été consenties par le gouvernement, ces avancées restent insuffisantes face à la gravité de la situation.

LA CONTRACEPTION EN BERNE

À l'instar de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, les réticences vis-à-vis de la planification familiale (appelée localement « bien-être familial ») constituent un obstacle majeur à l'amélioration de la santé des Tchadiennes. Dans le pays, moins d'une femme sur vingt, mariée ou en union, utilise une méthode contraceptive moderne ou traditionnelle (9% en milieu urbain et moins de 4% en milieu rural), soit le plus faible taux d'Afrique.

L'allaitement maternel est très répandu, mais la méthode d'allaitement maternelle exclusif pour espacer les naissances³ est peu connue. Plus marginales encore, les injections et la pilule ne concernent qu'une Tchadienne sur cent. En outre, l'usage de la contraception ne varie que marginalement selon le niveau d'éducation ou économique des femmes : parmi les plus éduquées et les plus aisées, seule une sur dix y a recours.

La méconnaissance des méthodes contraceptives et la faiblesse de l'offre en planification familiale représentent des freins majeurs à l'exercice du droit des femmes en matière de reproduction et de contrôle des naissances. Mais les principaux obstacles à l'amélioration de leur santé relèvent aussi – et surtout – de la perception et du statut des femmes dans la société tchadienne.

PRO-NATALISME ET PRATIQUES SOCIOCULTURELLES NÉFASTES

La fécondité des femmes et les familles nombreuses restent fortement valorisées dans toutes les couches de la société. Pour les Tchadiennes, le nombre « idéal » d'enfants oscille autour de neuf, tandis que les hommes placent le curseur à quatorze. De plus, les femmes ne disposent que d'une très faible autonomie décisionnelle, y compris sur leur santé ou encore leur vie maritale et reproductive.

Des mariages et des grossesses précoces

Les mariages précoces et forcés affectent nombre d'adolescentes : près d'une Tchadienne sur trois est mariée avant quinze ans (40 % dans les régions du Salamat, Hadjer-Lamis ou Chari-Baguirmi), et près de la moitié des jeunes femmes de quinze à dix-neuf ans est déjà mariée (l'âge médian au mariage avoisine les seize ans).

Concomitamment, leur vie sexuelle et reproductive commence (trop) tôt : une Tchadienne sur douze a son premier enfant avant quinze ans et plus de la moitié avant leur dix-huit ans. Une telle précocité des grossesses impacte directement leur santé, comme en témoigne l'incidence des fistules obstétricales⁴.

Des violences fondées sur le genre

Tout aussi préoccupante, la persistance des pratiques d'excision, partielle ou totale, affecte près de la moitié des Tchadiennes (44 %). Proportionnellement, ces mutilations touchent davantage les musulmanes (56 % contre 40 % chez les catholiques et 25 % chez les protestantes). Dans certaines régions, comme le Salamat et le Sila, elles concernent la quasi-totalité des femmes (95 %).

Malgré les luttes engagées contre cette pratique par la société civile avec l'appui des

3 À condition de pratiquer un allaitement exclusif et en l'absence de retour de couches, l'allaitement maternel peut procurer un effet contraceptif pour les six premiers mois équivalent à celui d'une pilule ou d'un stérilet.

4 Communication anormale entre le vagin et la vessie et/ou le rectum, la fistule obstétricale résulte d'un accouchement difficile. Selon le profil type établi par les autorités sanitaires, elle touche particulièrement des jeunes femmes entre 16 et 17 ans, essentiellement rurales et peu instruites.

autorités au cours des dernières années, la situation évolue lentement. Pour cause, l'approbation des mutilations génitales féminines demeure forte, y compris chez les femmes⁵. Comme le souligne Achta Sy, consultante indépendante et membre actif du mouvement associatif féminin depuis 1985, « *il ne faut pas négliger le fait que les femmes sont aussi actrices de violences comme l'excision, la maltraitance envers les enfants ou le mariage précoce, qui sont souvent une affaire de mères, de tantes...* ».

EXCISION PARTIELLE OU TOTALE

Au Tchad, les formes les plus pratiquées correspondent à l'excision du prépuce avec ou sans ablation partielle ou totale du clitoris ou à l'excision du prépuce, du clitoris et l'ablation partielle ou totale des petites lèvres. Du point de vue sanitaire, les trois quarts des femmes excisées ont connu une complication : saignements excessifs, difficultés à uriner, gonflement de la zone génitale, infections, problèmes de cicatrisation...

Les violences fondées sur le genre ne se limitent pas seulement aux mutilations génitales, elles se manifestent aussi sous forme de violences psychologiques (harcèlement moral, injures, privation du droit à l'éducation ou à la succession...), physiques (bastonnade, sévices corporels, rapt...) ou sexuelles (viol, prostitution forcée, harcèlement sexuel...). Près d'une Tchadienne sur cinq a subi au moins une forme quelconque de violence physique et un peu plus d'une sur dix a été victime de violence sexuelle.

Bien que cibles de ces violences, nombre de femmes les « tolèrent ». Les unes arguant que le montant élevé de la dot payée par leur mari pour les épouser leur donne le droit de les corriger. D'autres, à l'instar de cette adolescente rencontrée dans un club de jeunes à N'Djaména, estiment qu'« *une correction est aussi une preuve d'amour* ».

⁵ Une Tchadienne sur trois estime que la pratique des mutilations génitales féminines doit se poursuivre, tandis qu'une même proportion estime qu'elle doit être abandonnée (source : MCIS-Tchad 2010, Inseed).

QUEL ACCÈS À LA JUSTICE POUR LES FEMMES ?

L'association des femmes juristes du Tchad (AFJT), qui a fait de la sensibilisation aux droits de la femme son cheval de bataille, offre des cellules d'écoute et d'assistance juridique pour les victimes de violence. Malgré ce travail de conseil, d'accompagnement et de recensement des violences réalisé par l'AFJT, « *les litiges qui opposent les femmes à leurs époux sont [toujours] résolus dans les cercles familiaux et souvent en défaveur des femmes. "La femme n'a pas le droit de traduire son mari en justice. Tout acte posé par la femme dans ce sens est synonyme de divorce. Par cet acte, elle a décidé de rompre le mariage", a-t-on coutume d'entendre. La crainte d'être renvoyée du foyer conjugal ainsi que la pression sociale, qui conduit très souvent les femmes au désistement, n'encouragent pas celles-ci à revendiquer leurs droits et/ou à les faire respecter. En plus de ces obstacles d'ordre socioculturel, l'administration de la justice pose problème au Tchad. Cette situation est tributaire de dysfonctionnements de l'appareil judiciaire : lenteur des procédures, impunité, vétusté des textes applicables (code civil de 1958, code pénal de 1967), absence de lois spécifiques sur les violences fondées sur le genre, non exécution des décisions rendues, insuffisance des ressources humaines qualifiées, corps judiciaire mal nanti et exposé à la corruption, nomination de complaisance et influence du pouvoir exécutif sur le pouvoir judiciaire.* »⁶

⁶ Djibergui Amame R., « Analyse de la situation des droits de la femme », Internom/Oxfam Tchad, septembre 2010.

⁷ En 2011, le Tchad était classé au 183^e rang mondial sur 187 selon l'indice de développement humain du PNUD.

LE CARCAN DE LA PAUVRETÉ ET DE L'IGNORANCE

Aux pesanteurs socioculturelles et à la maltraitance s'ajoutent la pauvreté des ménages tchadiens et son corollaire l'ignorance, qui pèsent sur l'état de santé des femmes. Classée parmi les plus pauvres au monde⁷, plus de la moitié de la population vit avec moins de 1,25 dollar par jour. Et cette pauvreté atteint particulièrement les femmes dont l'état nutritionnel est fortement dégradé : plus d'une sur cinq souffre de malnutrition aigüe.

Cette pauvreté économique va de pair avec le faible niveau d'instruction des femmes tchadiennes aux deux tiers analphabètes (contre 41 % chez les hommes). Et cette proportion ne varie que faiblement auprès des jeunes (15-24 ans), mais plus significativement selon le lieu de résidence : près d'une urbaine sur deux est alphabétisée contre une femme sur treize dans les campagnes. Des disparités sont également observées selon la religion : les musulmanes sont moins alphabétisées (13 %) que les chrétiennes (30 %) et surtout que les protestantes (41 %). En outre, le niveau économique a un impact fort sur l'instruction : seules 8 % des femmes les plus pauvres sont alphabétisées contre la moitié des plus riches.

Ce niveau d'instruction influe logiquement sur la connaissance des femmes en matière de prévention et de santé, sur leur capacité à

s'informer de façon autonome, etc. Concernant le VIH/Sida, par exemple, deux Tchadiennes sur trois en ont entendu parler, mais seulement une sur quatre connaît au moins deux moyens de prévenir la transmission sexuelle du virus (par exemple avoir un partenaire fidèle non infecté et utiliser un préservatif à chaque rapport).

Utilisation marginale de la contraception, vie sexuelle et reproductive précoce, place de la femme dans la société et pauvreté marquée constituent autant de handicaps à l'amélioration de la santé des femmes. À quoi s'ajoutent d'importantes défaillances du système de santé tchadien.



Femmes ayant reçu leur attestation de formation à Benoye.

© BASE



1.2 Une offre de soins insuffisante et sous-utilisée

Les ménages tchadiens ont peu recours aux services modernes de santé disponibles, que ce soit à titre préventif ou curatif. Même en cas de complication, les femmes tardent à prendre la décision – qui ne leur appartient pas nécessairement – de consulter. Si le recours à la médecine traditionnelle, les croyances populaires (« *les complications et le ralliement à l'hôpital pour accoucher trahiraient l'infidélité ou une malédiction* », rapporte un médecin) et l'éloignement des établissements dans les zones rurales expliquent en partie cette tendance, les services de santé portent aussi une lourde responsabilité. Au-delà des causes économiques et culturelles, la mortalité maternelle très élevée au Tchad résulte aussi de carences importantes du système de santé en termes d'infrastructures en capacité d'offrir des soins appropriés, faute de ressources financières, de personnels qualifiés (notamment féminins), d'équipements, de médicaments, d'un système efficace de référencement des patients...

L'ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE, UN FACTEUR AGGRAVANT

La distance à parcourir entre le domicile et une formation sanitaire joue un rôle crucial dans l'amélioration des indicateurs de santé. Au Tchad, les autorités ont défini l'accessibilité géographique des soins comme « *la possibilité pour la population d'accéder à un centre de santé à moins de 10 km ou à moins de 2 heures de marche* ».

Dans les centres urbains, la majorité des habitants se trouve à proximité d'une structure sanitaire. Mais dans les zones rurales, les Tchadiens doivent parcourir en moyenne plus de 15 km. De plus, en cas de complication, la distance entre ces formations sanitaires et le centre de référence le plus proche représente un obstacle majeur à la prise en charge : plus d'une structure sur quatre se situe entre 2 h et 6 h de marche du centre de référence le plus proche.

Comme le reconnaît l'ancien directeur de la santé de la reproduction et de la vaccination, Dr Hamid Jabbar, « *les activités de santé de la mère restent concentrées dans la plupart des cas dans les chefs-lieux. Tant que l'accès à des soins obstétricaux d'urgence ne sera pas assuré, nos résultats en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile resteront faibles* ».

ACCUEIL



© Olivier Barthes

Au centre de santé privé de Walia (Orde de Malte) dans le district Sud de N'Djaména.

LES CONSULTATIONS PRÉNATALES ET LES ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS EN DÉSHÉRENCE

Si les taux de consultations prénatales se sont améliorés au cours des vingt dernières années, ils comptent encore parmi les plus bas du continent africain. Près de la moitié des femmes tchadiennes n'a eu aucune visite prénatale pendant leur grossesse. Et dans certaines régions comme le Batha, le Salamat ou le Wadi Fira, cette proportion dépasse les deux tiers. Au niveau national, moins d'une femme sur quatre (une sur deux dans la capitale) a réalisé les quatre consultations préconisées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

De même, la grande majorité des naissances (86 %) se déroule encore à domicile et le taux d'accouchement assisté par du personnel de santé (médecin, infirmier, sage-femme...) est extrêmement faible, surtout en zone rurale : il concerne à peine plus d'une femme sur six – un chiffre très inférieur à ce qui est enregistré dans les pays voisins, à l'exception du Niger. De même, le taux de césarienne est très bas (0,5 %), dix fois inférieur au taux minimum acceptable recommandé par l'OMS.

UN DÉFICIT CHRONIQUE EN RESSOURCES HUMAINES

Le système de santé tchadien souffre d'un déficit chronique en ressources humaines qualifiées, tant en termes de quantité que de qualité. En 2009, le ministère de la Santé recensait 351 médecins, 799 infirmiers diplômés d'État (IDE) et 243 sages-femmes diplômées d'État (SFDE); soit un ratio de 1 médecin pour 32 000 habitants (contre 1 pour 10 000 selon les recommandations de l'OMS), 1 infirmier diplômé d'État pour 14 000 habitants (contre 1 pour 5 000) et 1 sage-femme pour 10 500 femmes en âge de procréer (contre 1 pour 5 000). En outre, certaines spécialités essentielles font cruellement défaut : seuls 16 gynécologues-obstétriciens et un unique médecin anesthésiste étaient en activité dans l'ensemble des formations sanitaires publiques en 2011.

Ces statistiques accablantes sont aggravées par une mauvaise répartition du personnel : plus de la moitié des sages-femmes et des médecins exerce à N'Djaména qui concentre pourtant moins de 10 % de la population.

Tout aussi problématique, la question des compétences est soulevée de façon récurrente par l'ensemble des observateurs et acteurs de la santé. Rares sont les sages-femmes et

les infirmiers correctement formés et conséquemment capables d'assurer un suivi rigoureux des grossesses, du travail des femmes en couche... Comme le déplore le Dr Lorenza Sansebastiano du Bureau d'appui santé et environnement (BASE), « *il règne un certain fatalisme au sein du personnel médical qui n'a pas toujours le réflexe de l'urgence, que ce soit pour la réanimation d'un nouveau-né ou face à une hémorragie. Il y a pourtant des gestes qui sauvent en attendant l'arrivée de l'ambulance...* » L'efficacité des soins est d'autant plus hypothéquée que peu de formations sanitaires disposent de protocoles formalisés et de normes en matière de soins maternels.



© Mathieu Arnaudet, AFD

Consultation à la clinique
"modèle" de l'ASTBEF
à N'Djaména.

DYSFONCTIONNEMENTS ET SOUS-ÉQUIPEMENT DES STRUCTURES SANITAIRES

À ce déficit de personnel et de compétences s'ajoute un sous-équipement des formations sanitaires, malgré des disparités d'un centre de santé et d'un hôpital à l'autre. Pour illustration, moins de la moitié est alimentée en électricité, l'accès à l'eau fait défaut au quart d'entre elles, et la disponibilité de moyens de transport reste fortement problématique. Sans compter l'insuffisance de blocs opératoires, de matériel, etc.

Mais le pays manque aussi – et surtout – de structures sanitaires, à commencer par celles en mesure d'offrir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), qui constituent pourtant de l'avis même des autorités « *l'une des principales stratégies universellement reconnues pour réduire la mortalité maternelle et néonatale* ». En 2011, le ministère de la Santé en recensait vingt-trois sur le territoire, dont une vingtaine équipée pour assurer des césariennes et des transfusions sanguines. Or, il en faudrait près d'une centaine supplémentaire pour couvrir les besoins de la population.

L'ORGANISATION DE L'OFFRE EN SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE

Au niveau opérationnel, l'offre en santé maternelle et reproductive repose sur les centres de santé (754 opérationnels en 2008), les hôpitaux de districts installés dans les chefs-lieux de département (51 fonctionnels en 2008) et douze hôpitaux régionaux⁸. En outre, le pays compte un hôpital général de référence national (HGRN), dont les services d'obstétrique et de pédiatrie ont été transférés au nouvel hôpital de la mère et de l'enfant (HME) en 2011, ainsi qu'un centre hospitalier universitaire privé (le « Bon Samaritain ») et un centre national de santé de la reproduction et de prise en charge des fistules basés à N'Djaména.

Au premier échelon, les centres de santé (CS) assurent les activités préventives (vaccination, contrôle des maladies transmissibles, etc.), curatives et promotionnelles, dites « paquet minimum d'activités » (PMA). Ces services, dispensés par le secteur public ou privé à but non lucratif, par des ONG nationales ou internationales, y compris religieuses, sont censés répondre à 90 % des problèmes sanitaires des populations.

Au second échelon, les hôpitaux de district et/ou régionaux interviennent dans la prise en charge des malades référés par les centres de santé (mais souvent aussi comme structures de premier recours), en offrant un « paquet complémentaire d'activités » (PCA) couvrant les complications obstétricales et néonatales (soins chirurgicaux, transfusion...).

⁸ Abéché, Moundou, Sarh, Bongor, Koumra, Pala, Mongo, Ati, Biltine, Mao, Doba et Amjarass.



Au centre de santé de Njari (district Sud de N'Djaména).

© Olivier Barthes

UN SOUS-FINANCEMENT PATENT

La faiblesse des ressources allouées à la santé reste l'une des principales causes des performances médiocres du système sanitaire tchadien. Si le montant de ces dépenses de santé a plus que triplé entre 2000 et 2010 (de 60 à 195 milliards de Fcfa/91 à 297 millions d'euros), « ces dépenses, qui pesaient pour 6 % du PIB national au début des années 2000, n'en représentaient plus que 4,5 % en 2010 » (5,2 % selon d'autres sources), souligne le démographe Jean-Pierre Guengant⁹, dont plus de la moitié a été consacrée au paiement des salaires. Ainsi, malgré les engagements réitérés du Tchad à porter ses dépenses de santé à 15 % du budget national¹⁰, ce pourcentage n'a cessé de diminuer : de 13 à 14 % entre 2000 et 2005, jusqu'à 3 % entre 2008 et 2010. D'après le Dr Abdon Goudjo, conseiller au ministère de la Santé, les deux dernières années enregistreraient un mieux : « Le budget du MSP représentait 6,47 % du budget national en 2011 (97,8 milliards de Fcfa /149 millions d'euros) et 5,67 % en 2012 » (84,45 milliards de Fcfa/128 millions d'euros). Cependant ces financements déjà réduits ne parviennent que péniblement dans les délégations sanitaires régionales et les centres de santé. D'où, comme le reconnaît l'ancien directeur de la santé de la reproduction et de la vaccination (DSRV), « les interrogations de nos partenaires sur la gestion, l'allocation et la transparence des financements publics aux formations sanitaires ». En 2004, et de la même

manière en 2006, un rapport sur les dépenses publiques de santé concluait : « (i) le niveau central du ministère de la Santé exécute 80 % du budget (hors salaires) des délégations sanitaires régionales (DSR) sous forme d'achats centralisés; (ii) les DSR ont reçu moins de 6,5 % de la valeur de ces achats centralisés en 2003; (iii) seuls 10 % des centres de santé rapportent avoir reçu une dotation de la part des autorités administratives; (iv) les ménages et leurs communautés supportent plus des 62 % des coûts de fonctionnement des centres de santé.¹¹ »

Fin 2012, le chef de l'État s'est engagé à accroître les ressources consacrées à la santé. « En 2013, le budget prévisionnel s'élève à 130 milliards de Fcfa (198 millions d'euros), soit 9,8 % du budget national », observe le Dr Abdon Goudjo. « C'est un effort considérable dont il reste à suivre la bonne utilisation. » En effet, tout observateur de la vie politique tchadienne sait que l'exécution budgétaire est souvent perturbée par des lois de finances rectificatives, la mise à disposition tardive des financements dans l'année, la lourdeur du circuit de la dépense publique...

⁹ Guengant J.-P., « Population, développement et dividende démographique au Tchad. Replacer la population au centre des trajectoires de développement », IRD/AFD, octobre 2012.

¹⁰ Conférence des chefs d'États africains à Abuja (Nigeria) en 2001.

¹¹ « P4H Coordination Desk Mission Report », Tchad, 19-24 juin 2011.

QUELLE GRATUITÉ DES SOINS ET DES SERVICES D'URGENCE ?

De 2006 à 2010, une série de mesures, impulsée par le chef de l'État, a permis de faciliter l'accès financier de la population à certaines prestations de soins : gratuité des antipaludéens, de la vaccination infantile, des activités préventives et curatives dans les centres de santé, ainsi que des soins d'urgence en milieu hospitalier ou de la prise en charge des personnes vivants avec le VIH/Sida... Cependant ces mesures n'ont pas été suffisamment préparées ni accompagnées de subventions ou de mécanismes compensatoires suffisants¹² pour limiter leurs effets négatifs sur les formations sanitaires déjà sous-financées. Si bien qu'aujourd'hui, celles-ci n'arrivent plus à renouveler leurs intrants, certains patients doivent payer pour des prestations supposément gratuites ou pour des médicaments non disponibles, faute de stock...

Conçue comme une mesure-phare du « quinquennat social » du président Idriss Déby, la gratuité des soins apparaît comme une contrainte supplémentaire pour les formations sanitaires, comme le confie un prestataire en milieu hospitalier : « *La gratuité n'a rien apporté comme matériels. On utilise ce qu'on avait : les matériels, les produits, le personnel, le local, etc. Le nombre des patients augmente chaque année, mais les bâtiments, les salles, le nombre des lits/places, les toilettes, la quantité des médicaments et consommables, le personnel, etc. ne changent pas.* »¹³ Le fonctionnement des hôpitaux s'en trouve affecté (quasi doublement du nombre de consultations et d'hospita-

lisation, mauvais tri des urgences...) tout comme la qualité des prestations dispensées et la motivation du personnel – notamment en raison de la suppression des primes et de la surcharge de travail. « *Avant l'instauration de la gratuité, une partie des recettes propres des formations sanitaires pouvait être réaffectée au personnel sous forme de primes mensuelles ; depuis que la mesure est en place, ce n'est plus le cas, ce qui naturellement a créé une frustration majeure et probablement encouragé l'accroissement des demandes de paiements illicites*¹⁴ ».

Les centres de santé et les hôpitaux confessionnels privés ont eux maintenu une contribution *a minima* des ménages pour garantir le recouvrement des coûts et la viabilité de leurs structures. Cela appuie le postulat du père Gherardi, fondateur du CHU du Bon Samaritain à N'Djaména, selon qui « *avant de parler de gratuité, il conviendrait d'interroger l'efficacité du système de santé* ».

À l'issue d'une évaluation sur la gratuité des soins d'urgence conduite entre 2007 et 2010, l'AFD et l'OMS recommandaient notamment de « *réduire le nombre de prestations [bénéficiant de la gratuité] à quatre [au niveau des hôpitaux] : les accouchements, les traumatismes, le paludisme, et les infections respiratoires aiguës qui couvrent les trois quart de la demande des soins gratuits. Ces prestations pourraient être aussi étendues aux centres de santé ruraux qui, pour l'instant, sont laissés pour compte. Ceci rendra la mesure plus maîtrisable, plus équitable et parfaitement conforme aux Objectifs du millénaire pour le développement.* »¹⁵

12 « *La comparaison entre les subventions gratuites et les pertes de recettes pour les [seuls] hôpitaux dégage, au bas du mot, un déficit de l'ordre de 650 millions de Fcfa (1 million d'euros) », in « Évaluation de la gratuité des soins d'urgence au Tchad 2007-2010 », OMS-AFD, février 2012.*

13 *Ibid.*

14 Barthes O., Gami J.-P. et Majerowicz C., « *Étude de faisabilité du projet de santé urbaine à N'Djaména* », rapport provisoire, AEDES, 15 août 2012.

15 « *Évaluation de la gratuité des soins d'urgence au Tchad 2007-2010* », OMS-AFD, février 2012.

LA SANTÉ TRIBUTAIRE DES BAILLEURS ET DES ONG

Dans ce contexte, les bailleurs bi et multilatéraux contribuent activement au financement du système de santé tchadien, notamment aux dépenses d'investissement. À tel point que *« leur engagement dans le développement du pays semble plus fort que celui du ministère de la Santé »*, estime l'un de ces partenaires. *« Le manque de pérennisation des projets (affectation insuffisante de personnels, absence de maintenance, difficultés de gestion financière) contraint les bailleurs à soutenir une politique de contractualisation des services de santé »*, notamment avec les organisations de la société civile nationales et internationales qui apportent un soutien technique et une expertise indispensables au fonctionnement des structures sanitaires.

Parmi ces partenaires du secteur de la santé, le Fonds des Nations unies pour la population (Fnuap, ou UNFPA sous son acronyme en anglais) intervient dans le pays depuis 1986. Son sixième programme (2012-2016), d'un montant de 22 millions de dollars, s'attache à la réduction de la mortalité maternelle. Plus particulièrement il vise à financer des activités en faveur de l'amélioration de l'offre de soins obstétricaux d'urgence, la planification familiale notamment par un appui à l'Association tchadienne pour le bien-être familial (ASTBEF), la communication pour le changement des

comportements et la lutte contre le VIH/Sida chez les jeunes.

Au sein des organismes onusiens, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) apporte également une assistance technique essentielle au ministère de la Santé dans le renforcement de ses politiques et du système de santé. Le Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef) concentre, lui, ses interventions sur la santé de la mère et de l'enfant, notamment sur la réduction de la mortalité infantile, la vaccination, la malnutrition, l'éducation élémentaire, la stabilisation du taux de séroprévalence du VIH/Sida et la prévention auprès des jeunes. Sur ces différents champs d'action, l'Unicef estime ses besoins financiers au Tchad à 152 millions de dollars pour la période 2012-2016.

Au niveau européen, l'Union intervient depuis le début des années 1980 dans le secteur de la santé dont elle est l'un des principaux bailleurs, notamment à travers les 8^e et 9^e Fonds européens de développement (FED, 42 millions d'euros sur la période 2000-2010). Ses financements ont consisté jusqu'alors en un appui institutionnel, un appui à la formation et un appui direct aux services de santé. L'Union européenne poursuit aujourd'hui son soutien au secteur dans les domaines de l'amélioration de la qualité des soins et des médicaments (7 millions d'euros sur 5 ans dans le cadre du 10^e FED).



© Mathieu Arnaudet, AFD

À la clinique "modèle"
de l'ASTBEF à N'Djaména.

D'autres partenaires techniques et financiers apportent une contribution au renforcement du système de santé et à la prise en charge des patients, comme la Banque africaine de développement (BAD), la Banque mondiale, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMLSTP, 20 millions de dollars sur 5 ans), l'Alliance GAVI, la Coopération suisse...

Enfin, plusieurs ONG internationales et nationales interviennent pour le renforcement du système sanitaire, notamment comme opérateurs des principaux bailleurs et des pouvoirs

publics et/ou sur fonds propres. Les plus actives sont l'Association pour le marketing social au Tchad (Amasot), l'Association tchadienne pour le bien-être familial (ASTBEF), le Bureau d'appui santé et environnement (BASE), CARE international, *Cooperazione internazionale* (COOPI), la Croix-Rouge française (sous statut d'auxiliaire des pouvoirs publics) en partenariat avec la Croix-Rouge du Tchad, l'Entente des églises et missions évangéliques au Tchad (EEMET), Médecins du Monde (France), Médecins sans frontières (Belgique, Pays-Bas et France), l'Union nationale des associations diocésaines (UNAD)...

LES FONDS FRANÇAIS DE MUSKOKA

Lors de la réunion du G8 à Muskoka (Canada) en juin 2010, les chefs d'État et de gouvernements se sont engagés à hauteur de 7 milliards d'euros pour accélérer l'atteinte des Objectifs 4 et 5 du millénaire pour le développement (santé de la mère et de l'enfant). Dans ce cadre, les autorités françaises ont consenti une enveloppe de 500 millions d'euros sur 5 ans à destination des pays définis comme prioritaires, dont le Tchad.

Dans ce contexte, l'AFD engage chaque année 48 millions d'euros de subventions sous forme d'aide sectorielle ou programme et de financement de projets, tandis que le ministère des Affaires étrangères (MAE) gère 52 millions d'euros annuels alloués directement à quatre agences des Nations unies : OMS (4,5 millions d'euros par an), FNUAP (5 millions d'euros par an), ONU Femmes (1 million d'euros par an) et Unicef (8,5 millions d'euros par an), ainsi qu'au

FMLSTP (27 millions d'euros par an) et à GAVI Alliance (6 millions d'euros par an).

Ces « fonds Muskoka » visent prioritairement à appuyer des interventions en faveur de la santé sexuelle et reproductive (planification familiale, soins obstétricaux et néonataux d'urgence, accouchement par du personnel qualifié...), la prise en charge intégrée de l'enfant malade, la prévention du paludisme, de la tuberculose et du VIH/Sida, la vaccination, la nutrition mère-enfant, l'assainissement, ainsi que l'appui aux politiques publiques de santé notamment en matière de gestion des ressources humaines et de formation des personnels et des médecins.

En 2011, le Tchad aurait bénéficié d'« un million de dollars » dans le cadre des engagements Muskoka via le canal multilatéral, rapporte le Dr Hamid Jabbar, ancien directeur de la santé de la reproduction et de la vaccination.

L'AFD AU TCHAD

L'AFD est le plus important bailleur bilatéral du pays; elle finance des projets de développement sur requête des pouvoirs publics tchadiens. Dans le secteur de la santé, ses interventions se concentrent sur un soutien aux politiques publiques et le renforcement des structures sanitaires, y compris par le cofinancement de projets ou la délégation de maîtrise d'ouvrage à des ONG françaises, internationales et tchadiennes, et/ou des auxiliaires des pouvoirs publics à l'instar des sociétés de la Croix-Rouge¹⁶.

Projet d'appui au secteur de la santé au Tchad (PASST)

Démarré début 2010, le PASST, d'un montant de 10 millions d'euros sur 5 ans, couvre trois champs d'actions :

- le développement des ressources humaines à travers le renforcement de la formation initiale des paramédicaux et un appui institutionnel à la direction des ressources humaines du ministère de la Santé;
- l'amélioration des soins maternels dans le Logone par le développement de formations continues du personnel des centres de santé, la réhabilitation et l'équipement des services de santé maternels et néonataux, la fourniture de médicaments et d'intrants, ainsi que des actions de sensibilisation des autorités locales et communautaires sur la santé sexuelle et reproductive;
- l'amélioration de l'accès au traitement et à une prise en charge globale de qualité pour les personnes vivants avec le VIH/Sida.

Projet de santé urbaine à N'Djaména (PSUN)

Dans le cadre de l'initiative Muskoka, le financement d'un projet de santé urbaine à N'Djaména a été octroyé fin 2012. D'un montant de 8 millions d'euros sur 4 ans, cette initiative consiste en un appui à la mairie de N'Djaména et aux structures placées sous sa gestion directe – dans le cadre du transfert de compétences entre l'État et les collectivités territoriales en cours depuis 2006.

Ce projet vise l'amélioration de l'offre de soins et le développement des services de santé sexuelle et reproductive dans la capitale à travers :

- le renforcement des capacités des services de la mairie de N'Djaména en matière de santé et l'accompagnement du processus de décentralisation dans le domaine sanitaire;
- l'amélioration de l'offre de soins obstétricaux et néonataux dans les districts sanitaires Sud et Est par un appui aux services de santé de base et de première référence (réhabilitation, construction, équipement, formation, etc.);
- un appui aux initiatives et structures de promotion de la planification familiale (via l'ASTBEF), de prévention et d'éducation à la santé et à l'hygiène;
- l'assainissement des principales structures sanitaires et/ou hospitalières de la capitale pour influencer sur les déterminants environnementaux de la santé.

Enfin, dans le cadre du **projet d'appui à la stabilisation à l'Est du Tchad**, l'AFD finance, sous maîtrise d'ouvrage déléguée aux ONG CSSI et COOPI, la construction, la réhabilitation et l'équipement de cinq centres de santé à hauteur d'un million d'euros dans le district sanitaire du Sila.

¹⁶ Par exemple, AIDES pour le renforcement des acteurs associatifs de lutte contre le VIH/Sida en Afrique francophone, la Croix-Rouge française pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile dans le Batha ou le CIDR pour la promotion d'un réseau de mutuelles de santé.

1.3 Une feuille de route pour réduire la mortalité maternelle

Face à l'« urgence » sanitaire, les pouvoirs publics tchadiens, en collaboration avec leurs partenaires du développement, ont adopté aux cours des dernières années plusieurs politiques et programmes visant à améliorer la santé des femmes.

Élaborée pour la période 2009-2015, la Feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile (FRN), à l'initiative de l'Union africaine, constitue aujourd'hui le document de référence pour l'ensemble des acteurs de la santé.

Conformément aux Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), cette Feuille de route porte l'ambition de réduire de trois-quarts le taux de mortalité maternelle d'ici à 2015. Si, à deux ans de l'échéance, les ambitions chiffrées de ce plan restent hors de portée, la Feuille de route nationale sert néanmoins de guide aux différents acteurs pour la planification et la mise en œuvre de leurs interventions. En ce sens, elle a permis de définir des champs d'actions prioritaires visant à augmenter le taux de prévalence contraceptive, la couverture en consultations prénatales, postnatales et le taux d'accouche-

ments assistés par du personnel qualifié, ainsi qu'à améliorer la prise en charge des complications obstétricales (y compris celles dues aux avortements), des maladies de l'enfant (PCIME¹⁷) et des fistules obstétricales.

Compte tenu des faiblesses du système de santé, ce chantier implique une grande variété d'interventions comme :

- la réhabilitation, la construction et l'équipement des infrastructures sanitaires (y compris en moyens de transport et d'évacuation) ;
- le recrutement et la formation de professionnels qualifiés nécessitant un appui à l'offre et à la qualité des formations initiales ;
- le renforcement des capacités du personnel en activité au moyen de formations continues, de supervisions formatives et d'évaluations ;
- le développement d'une réelle politique de gestion des ressources humaines au niveau national et local pour une meilleure affectation du personnel ;
- l'amélioration de la continuité des soins par la mise en place d'un système viable de référence et de contre-référence ;
- le subventionnement des coûts des soins maternels, en particulier la prise en charge des urgences obstétricales depuis l'instauration de la gratuité ;

¹⁷ PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

République du Tchad
Présidence de la République
Primature
Ministère de la Santé Publique
Secrétariat D'Etat
Secrétariat Général
Direction Générale de l'Action Sanitaire Régionale
Délégation Sanitaire Régionale de N'Djaména
District Sanitaire de N'Djaména Est
N° 079/PR/PM/MSP/SE/SG/DGASR/DSRN/DSNE/2011

Unité-Travail-progrès

NOTE CIRCULAIRE

Il m'a été donné de constater que certains agents véreux, malgré la gratuité des services de vaccination et de consultation prénatale prônées par les plus hautes autorités de l'Etat, raquettes la population.

Ce comportement d'incivisme n'honore pas le personnel de la santé par rapport à sa déontologie.

Désormais, toutes personnes surprise en flagrant délit, sera punie conformément aux textes en vigueur en République du Tchad.

J'attache du prix à la présente note circulaire.

Fait à N'Djaména, le 10 juin 2011

Le Médecin Chef du District



Circulaire contre la facturation abusive de prestations gratuites.

- la promotion de la demande et de l'utilisation des services de santé maternelle, à commencer par la planification familiale, en impliquant les communautés, leurs leaders et les accoucheuses traditionnelles;
- la mise en place d'un véritable système de collecte de données en matière de santé maternelle, notamment des décès, et de gestion des services de santé.

L'investissement pour la mise en œuvre de cette Feuille de route nationale a été estimé à 86 milliards de Fcfa (131 millions d'euros), dont 30 milliards par l'État (46 millions d'euros) et 56 milliards par ses partenaires (85 millions

d'euros). De l'avis du Dr Hamid Jabbar, ancien directeur de la santé de la reproduction et de la vaccination, cette stratégie « *justifiée par l'engagement des pouvoirs publics et de leurs partenaires [constitue] un véritable moteur pour l'amélioration des indicateurs de santé de la femme* ».

Les objectifs énoncés par la Feuille de route nationale touchent effectivement aux dimensions clefs de la prévention : les consultations pré et post natales, les accouchements assistés, la planification familiale... Mais la mobilisation des ressources prévues et la capacité réelle de mise en œuvre des actions accusent des insuffisances.

© Olivier Barthes

2

Les ONG et les bailleurs acteurs de la mise en œuvre de la stratégie sanitaire nationale

Conformément aux orientations de la Feuille de route, les interventions des bailleurs de fonds et des ONG, principaux acteurs de sa mise en œuvre, visent prioritairement à améliorer l'accessibilité géographique et financière, la disponibilité et la qualité de l'offre de soins en santé maternelle et reproductive, ainsi qu'à promouvoir leur utilisation, notamment la planification familiale. En effet, seule la combinaison d'une intervention sur l'offre et sur la demande de soins peut permettre d'améliorer les résultats en matière de santé maternelle.



Assurance
Fédération royale
de Médecine
de Belgique

**CARNET
DE
SANTÉ**

CLINIQUE MODELE

ASIBEF - N° 1947004



2.1 | Lever les barrières géographiques et financières

RÉHABILITER, CONSTRUIRE ET ÉQUIPER LES STRUCTURES SANITAIRES

Délabrées, dépourvues d'équipements ou de personnel d'encadrement, un nombre important de structures sanitaires n'est plus fonctionnel. À N'Djaména par exemple, la délégation sanitaire régionale ne compte que 33 centres de santé (soit un pour 36 500 habitants), dont 15 situés dans les districts Sud et Est (soit une moyenne de 50 600 habitants par centre de santé sur ces deux districts). Aussi, la réhabilitation, la construction et l'équipement des formations sanitaires constituent l'un des principaux champs d'intervention des partenaires du développement. D'autant que, d'ici à 2015, la Feuille de route ambitionne la construction de 523 centres de santé et 25 hôpitaux de districts. Sur ce créneau, les bailleurs de fonds bi et multilatéraux assurent l'essentiel des dépenses d'investissement tandis que les ONG nationales et internationales endossent fréquemment le rôle de maître d'ouvrage

délégué. Pour exemple, le Centre de support en santé internationale (CSSI) et *Cooperazione internazionale* (COOPI) ont récemment construit et/ou réhabilité cinq centres de santé dans le cadre du projet d'appui à la stabilisation des populations déplacées à l'Est du Tchad financé par l'AFD. Également sur financement de l'AFD, le Bureau d'appui santé et environnement (BASE) construit actuellement un nouveau bloc technique de maternité entièrement équipé à l'hôpital régional de Moundou (Logone occidental). De son côté, CARE International a reconstruit des salles de planning familial dans douze formations sanitaires du pays, dont deux hôpitaux régionaux. Les exemples sont nombreux.

De même, les ONG assurent des dotations en médicaments et consommables aux structures sanitaires avec lesquelles elles collaborent. On rapporte au BASE que ce sont « *des produits comme le fer et l'acide folique pour permettre la gratuité des soins prénatals à but préventif, des*



© Olivier Barthes

Au Tchad, l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services de santé maternelle constitue un axe majeur d'intervention des autorités et de leurs partenaires.

consommables pour la prise en charge des accouchements (gants, compresses stériles...), ainsi que des produits permettant une prise en charge rapide des complications liées à la grossesse, aux avortements ou à l'accouchement pour stabiliser la malade en attendant la référence (soluté de remplissage, sonde urinaire, etc.)». Ces dotations concernent également des équipements médicaux plus importants pour la mise en œuvre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, des appareils de radiologie, des échographes, des groupes électrogènes ou des panneaux solaires, des incinérateurs ou encore des moyens de transport (motos tout-terrain) pour faciliter les supervisions ou les gardes des techniciens en anesthésie et réanimation, etc.

DES ÉQUIPES MOBILES EN ZONES RURALES

Initiées en 2007 par le Projet Population et lutte contre le sida (PPLS, 2^e phase), en partenariat avec le Fonds de soutien aux activités en matière de population (FOSAP)¹⁸, sur financement de la Banque mondiale¹⁹, des équipes mobiles (EM) ont été mises en place en appui à 99 centres de santé dans dix districts sanitaires du pays. Ces équipes, composées chacune d'un chauffeur, d'une sage-femme, d'un infirmier, d'un laborantin et d'un conseiller psychosocial, interviennent dans des zones non desservies par les centres de santé, notamment pour atteindre les

¹⁸ Dans le cadre de la mise en œuvre des activités des composantes 2 et 4 du Projet population et lutte contre le sida (PPLS) II.

¹⁹ Financement interrompu en 2008 suite aux troubles dans le pays et repris à la fin 2010.

populations rurales isolées. Elles couvrent en moyenne vingt sites (ou villages) visités une fois toutes les quatre semaines.

En 2012, le FOSAP comptait onze équipes mobiles desservant 220 villages de regroupement. D'un district sanitaire à l'autre, leurs résultats varient, mais se révèlent globalement positifs. Au cours du premier semestre 2012, les équipes mobiles ont réalisé près de 6 500 consultations prénatales, soit presque autant que les centres de santé (8 070), et près de 3 500 consultations postnatales, soit 70 % du total réalisé sur les dix districts sanitaires. De même, plus de 4 000 nouvelles utilisatrices de méthodes modernes de contraception ont été enregistrées par les équipes mobiles contre 1 470 dans les centres de santé.

Si les résultats globaux des équipes mobiles s'avèrent probants, leurs coûts restent importants : la charge est estimée à 20 millions de Fcfa (environ 30 000 euros) par trimestre hors investissement (véhicules, tables de consultation, etc.). Ils constituent un frein à leur adoption comme « *solution pérenne dans les zones où les centres de santé ne fonctionnent pas* », estime le Dr Abdon Goudjo, conseiller au ministère de la Santé.

D'autant que le financement de la Banque mondiale s'interrompt en juin 2013. « *Le ministère a donné un accord de principe pour prendre la relève, comme il l'avait fait en 2009 en mobilisant 97 millions de Fcfa (148 000 euros) lors du retrait de la Banque mondiale, mais...* », relate Olivier Kouollo Ndéna, chargé de programmes au FOSAP.

Dans les zones reculées,
les équipes mobiles assurent
l'offre de soins en santé
sexuelle et reproductive.



© Olivier Kouollo Ndéna, FOSAP

MUTUALISER LE « RISQUE MALADIE »

Pour réduire l'obstacle financier qui constitue l'un des principaux motifs de « non consultation », le Centre international de développement et de recherche (CIDR) appuie depuis deux ans la création d'un réseau de mutuelles de santé à gouvernance participative et à gestion professionnelle déléguée. Sa cible principale : les populations qui tirent leur revenu de l'économie informelle et de l'agriculture saisonnière.

Initié dans trois régions (Logone oriental, Mayo-Kebbi Ouest et Moyen Chari), ce programme pilote de trois ans (2010-2012) vise à faciliter la prise en charge financière des soins et des médicaments grâce à la mutualisation du « risque maladie », et à engager les services de santé dans la délivrance de soins de qualité à travers leur contractualisation.

Soutenue par la Coopération suisse, l'AFD et l'Union nationale des associations diocésaines de secours et de développement (UNAD), cette offre de micro-assurance maladie repose sur une adhésion individuelle ou familiale à coût réduit et une gestion autonome des mutuelles. « L'objectif étant de toucher le plus grand nombre de personnes pour assurer l'équilibre financier des mutuelles », souligne Damien Revault, conseiller technique du programme.

En matière de soins, des contrats ont été négociés avec les formations sanitaires sur la base de la qualité de leurs prestations et leur règlement au tiers-payant – au premier rang desquels les centres de santé et les hôpitaux confessionnels de l'UNAD et de ses associations membres (les Bureaux d'étude et de liaison, d'action caritative et de développement, dits Belacd), en qualité de partenaires du CIDR sur ce programme. Cette contractualisation présente plusieurs avantages : d'abord de permettre aux formations sanitaires d'augmenter leurs ressources financières, mais aussi d'offrir aux mutuelles la possibilité d'« exercer un rôle de régulation sur l'offre, la tarification et la qualité des soins », explique Damien Revault. « Par exemple, en cas de dysfonctionnement (surfacturation, soins inappropriés...), elles peuvent suspendre le remboursement des formations sanitaires ».

Fin 2012, onze mutuelles avaient été créées, fortes de quelque 20 000 adhérents, un résultat probant, mais limité par les difficultés rencontrées, comme « l'implication insuffisante du ministère ». De même, les délégations sanitaires régionales et les districts sanitaires sont censés assurer le suivi-contrôle des engagements contractuels passés entre les mutuelles et les services de santé. « Mais le manque de disponibilité et de moyens pour effectuer leurs supervisions posent constamment problème, les ressources financières du projet ne permettant qu'une modique

participation de 10 000 Fcfa (15 euros) à leurs frais de déplacement », déplore le conseiller technique. En dépit des obstacles, le CIDR poursuit la réflexion « sur des produits collectifs, à l'instar d'une assurance scolaire pour les enfants lorsqu'ils sont sous la responsabilité de leurs professeurs, et d'une offre "maternité sans risque" couvrant toutes les prestations liées à la grossesse et l'accouchement. L'objectif serait de proposer une adhésion collective à un coût réduit (300 à 400 Fcfa par habitant, soit 0,5 à 0,6 euro) dans des villages où la mortalité maternelle est élevée ».

VERS UNE COUVERTURE UNIVERSELLE EN SANTÉ ?

Dans la perspective de développer un système de protection sociale en santé, les autorités tchadiennes ont récemment sollicité le soutien du réseau « *Providing for Health* » (P4H). « Assurer la santé » est une initiative mondiale lancée fin 2007 pour accompagner les pays du Sud dans la définition et la mise en œuvre de mécanismes de couverture du risque maladie. Ce réseau regroupe des partenaires bi et multilatéraux majeurs comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Bureau international du travail (BIT), la Banque mondiale (BM), la Banque africaine de développement (BAD), le ministère allemand de la Coopération (BMZ), le ministère français des Affaires étrangères (MAE) et l'AFD, ainsi que la Coopération suisse (DDC) et espagnole (AECID).

Une mission exploratoire réunissant l'OMS, l'Union européenne, la Banque mondiale, la Coopération suisse et l'AFD a été organisée en juin 2011 pour appuyer les autorités tchadiennes dans l'élaboration d'une feuille de route « vers la couverture universelle en santé ».



2.2 | Renforcer l'offre de soins

PROMOUVOIR LA PLANIFICATION FAMILIALE COMME AXE MAJEUR DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE

Pour le démographe Jean-Pierre Guengant, la maîtrise de la dynamique démographique du pays – qu'il invite à ne pas confondre avec la notion de contrôle démographique – est indispensable à l'amélioration des indicateurs de santé maternelle. Selon lui, jusqu'à présent, *« tous les efforts entrepris en matière de contraception n'ont fait que s'aligner sur l'évolution démographique du pays. Or, 400 000 femmes ont un besoin en contraception non satisfait »*.

Si le développement d'une réelle promotion de la planification familiale n'implique pas nécessairement des moyens colossaux, elle nécessite d'être promue comme un axe majeur des politiques de développement, et en parti-

culier sanitaires, d'autant qu'elle permettrait de réduire de 30 à 40% le taux de mortalité maternelle. Conceptuellement, les pouvoirs publics appuient ce postulat. Dans la pratique, *« les moyens ne suivent pas »*, déplore l'ancien directeur de l'Association tchadienne pour le bien-être familial (ASTBEF), Noubatour Adoumtar. Pourtant, un investissement réel sur la planification familiale aurait des retours importants à court et long terme pour le pays.

Intégrer la planification familiale à tous les services

Médecin chez CARE international, le Dr Jimmy Nzau estime que l'obtention de résultats probants implique dans le contexte tchadien de *« ne pas isoler la planification familiale, mais de l'intégrer à tous les services des centres de santé (vaccination, nutrition, pédiatrie...) »*. Si une femme



© Mathieu Arnaudet, AFD

vient consulter pour le paludisme, il faut en profiter pour lui parler de planification familiale ».

Si cet appel à une promotion de la planification familiale par l'ensemble des praticiens est largement partagé au sein des ONG, « *aborder la planification dans tous les contextes dépend du bon vouloir et des convictions de chacun* », regrette Anne Gouezec, sage-femme chez Médecins du Monde. « *Sur le terrain, la planification familiale n'est pas toujours considérée comme un instrument de promotion de la santé des femmes.* » Et selon la sage-femme, « *certain personnels de santé se révèlent être davantage des obstacles que des acteurs de la planification familiale* ».

Des référents culturels et religieux propices à l'espacement des naissances

Pour soutenir la promotion de la planification familiale auprès des populations, le Dr Nzau invite à puiser dans les référents religieux et culturels des populations. Par exemple pour les musulmans, qui représentent la moitié de la population tchadienne, le Coran encourage explicitement un allaitement prolongé de l'enfant (Sourate 2, verset 233)²⁰, propice à l'espacement des naissances. D'autres, à l'instar de la sœur Émilienne Soubeiga qui dirige le centre de santé Notre-Dame des Apôtres à N'Djaména, usent de leur aura religieuse et

20 « *Et les mères, qui veulent donner un allaitement complet, allaiteront leurs bébés deux ans complets [...] Nul ne doit supporter plus que ses moyens. La mère n'a pas à subir de dommage à cause de son enfant [...]* »

professionnelle (la réputation de cette structure attire des patients venus de loin) pour faire passer un message moins consensuel : « *La santé des femmes n'est pas une affaire de religion, mais de mentalité. Certains croyants arguent que l'enfant est un don de Dieu [Psaumes 127:3], mais Dieu nous a aussi donné un cerveau pour préserver la femme et espacer les naissances.* »

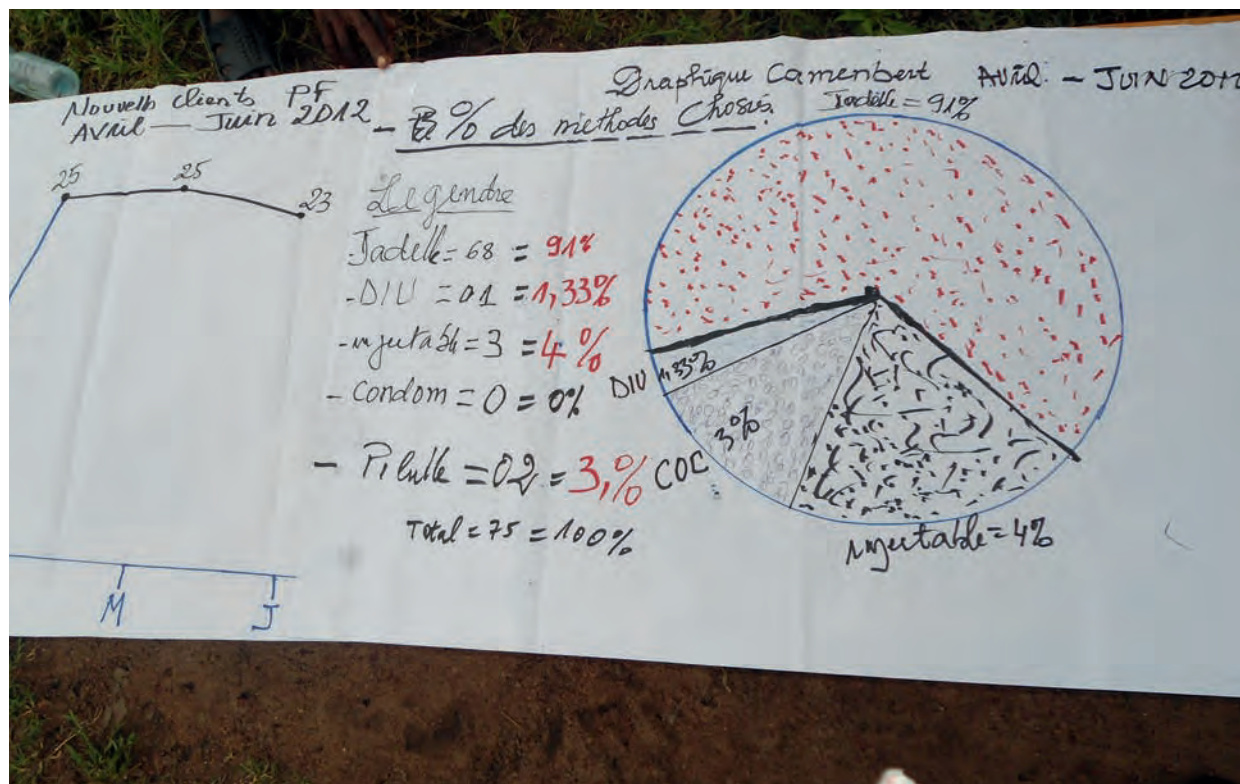
Lors de ses campagnes de sensibilisation auprès de populations majoritairement rurales, le Dr Nzau n'hésite pas non plus à évoquer le principe paysan de « *la mise en jachère des terres pendant deux ans pour son repos et sa production* » et à faire le parallèle avec le corps et la santé des femmes.

Quelles méthodes contraceptives ?

Comme le rappellent plusieurs acteurs de la santé, promouvoir de nouveaux comportements auprès des populations – à l'instar de la planification familiale – exige de considérer la culture, les représentations et les croyances locales. Président du Mouvement d'action des jeunes (une structure soutenue par l'ASTBEF), Innocent rapporte, par exemple, que « *si à N'Djaména, la planification familiale s'améliore, dans les campagnes elle est encore considérée comme un refus de la femme d'avoir des rapports sexuels avec son mari* ». En réponse, les Tchadiennes ont développé leurs propres stratégies de contournement et de dissimulation, constate le Dr Oscar Kayiji Tscheya, chef du projet pour l'amélioration de la santé maternelle et néonatale²¹ de la Croix-Rouge française au Tchad : « *Compte-tenu des contraintes et des tabous, les femmes préfèrent souvent prendre une méthode de contraception non perceptible* ». Les implants et les injectables sont les plus sollicités, loin devant les contraceptifs oraux ou le stérilet limité par le faible nombre de praticiens habilités à le poser.

21 Financé par l'AFD, ce projet est mis en œuvre dans quatre pays d'intervention de la Croix-Rouge française : Mali, Niger, Tchad et Mauritanie.

Bien que faiblement utilisés, les implants (Jadelle) et les injectables sont les contraceptifs les plus sollicités.



L'ASTBEF, UN ACTEUR CENTRAL EN SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Depuis sa création en 1991, l'Association tchadienne pour le bien-être familial (ASTBEF) exerce un *leadership* certain en matière de planification familiale et de promotion de la santé des femmes. À tel point qu'elle est aujourd'hui le second importateur de produits contraceptifs après le FNUAP.

Avec l'appui financier et technique de la Fédération internationale de la planification familiale (IPPF) dont elle est membre, et de bailleurs comme le FNUAP ou l'Unicef, l'ASTBEF a développé son cœur d'activités sur la promotion de la santé de la reproduction à travers la planification familiale, principalement la contraception, la prévention des avortements et des complications liées aux grossesses et aux accouchements, la promotion de comportements à moindre risque face aux IST/VIH/Sida, la lutte contre les pratiques néfastes comme les violences basées sur le genre, ainsi que la promotion et le renforcement des structures d'information, d'éducation et de prestations de services auprès des jeunes. L'ASTBEF joue également un rôle de plaidoyer auprès des autorités administratives, politiques et des leaders d'opinion pour faire avancer les questions de population et l'environnement socio-juridique national. À ce titre, elle a œuvré à l'élaboration et à la promulgation de la loi 06/PR/2002 sur la promotion de la santé de la reproduction.

En 2012, l'association disposait de sept cliniques (N'Djaména, Moundou, Sahr, Doba, Faya, Goré et Abéché) et de quatre centres d'informations et d'orientation des jeunes (N'Djaména, Moundou, Sahr et Goré). Définies comme des structures de santé de premier échelon, les cliniques de l'ASTBEF offrent :

- un service de conseil et d'orientation à travers des séances de sensibilisation sur les problèmes de santé sexuelle et reproductive, des conseils pré et post test VIH, des visites à domicile pour repérer les perdues de vue ;
- un service de consultation clinique (planification familiale, consultation prénatale, etc.) tenu par des sages-femmes confirmées ;
- un laboratoire (uniquement à N'Djaména) pour les analyses médicales et un centre d'échographie ;
- une pharmacie disposant de médicaments génériques essentiels et de contraceptifs.

En 2010, ces cliniques ont offert des services de santé sexuelle et reproductive à près de 17 000 utilisatrices de méthodes contraceptives modernes, parmi lesquelles 5 500 nouvelles bénéficiaires. Et plus de 21 000 femmes ont reçu des services autres que le planning familial, dont près de 7 500 consultations prénatales.

Pour assurer leur fonctionnement, les pouvoirs publics ont mis à disposition treize sages-femmes et neuf assistantes sociales dans les zones d'intervention couvertes par l'ASTBEF. Mais, malgré la part versée par l'État, les charges du personnel représentaient près de la moitié des dépenses de la clinique de N'Djaména en 2009.

Si l'expertise de l'ASTBEF est reconnue, y compris par les autorités sanitaires, elle n'exempte pas l'association de difficultés financières. « *La qualité ayant un coût* », les comptes de la clinique modèle de l'ASTBEF à N'Djaména ont montré des dépenses deux fois plus élevées que les recettes en 2009, notamment au sein du service « consultation » largement déficitaire²². Pour cause, les clientes paient en moyenne 1 180 Fcfa

22 « Étude de la performance économique de la clinique modèle de l'ASTBEF », CADEV Conseil, N'Djaména, novembre 2010.

(1,8 euro) pour un service qui coûte 1 320 Fcfa (2 euros) à l'association. Compte tenu de son statut non lucratif, l'ASTBEF hésite à relever le prix de ses consultations, ce qui pénaliserait les couches sociales les plus vulnérables.

Dans le cadre du projet de santé urbaine dans la capitale, l'AFD financera la commune de N'Djaména qui collaborera elle-même avec l'ASTBEF pour renforcer localement l'offre en planification familiale. L'association se verra

confier la mise en place et le fonctionnement de deux cliniques multifonctions assurant à la fois des prestations de planification familiale complètes et la promotion des comportements favorables à la santé. Elle aura également la responsabilité de renforcer la qualité des prestations de planification familiale dans les divers centres de santé du réseau développé dans la capitale.



La clinique "modèle" de l'ASTBEF à N'Djaména.

© Mathieu Aumaudet, AFD

AMASOT ET LE MARKETING SOCIAL DU PRÉSERVATIF

Reconnue d'utilité publique depuis 2007, l'Association pour le marketing social au Tchad (Amasot) a construit sa renommée et son action sur la prévention du VIH/Sida, du paludisme et de la déshydratation due à la diarrhée. Elle œuvre aussi activement à la sensibilisation de la jeunesse sur la santé sexuelle et reproductive.

Bénéficiaire d'un cofinancement à travers le Projet prévention VIH/Sida en Afrique centrale (2,9 millions d'euros sur 2009-2012) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (4,4 millions d'euros sur 2010-2012), Amasot organise la vente à prix subventionné de 5 millions de préservatifs par an, de moustiquaires et de sel de réhydratation orale, à travers des circuits commerciaux et communautaires. Afin de diversifier son offre, l'association a également investi la promotion du préservatif féminin avec l'objectif d'en distribuer 85 000 en 2013 par la contractualisation d'associations/groupements de femmes, de salons de coiffure...

RENFORCER LES CAPACITÉS DU PERSONNEL ET LA GESTION DES SERVICES

Pour pallier le déficit de personnel dans les formations sanitaires et améliorer les performances du système de santé, les pouvoirs publics se sont engagés à « *recruter un quota de 1 000 agents de santé par an* », assure le Dr Hamid Jabbar, ancien directeur de la santé de la reproduction et de la vaccination. En marge de ces ambitions et dans l'attente d'une indispensable révision des *curricula* des écoles de formation initiale du personnel médical et paramédical – notamment pour y intégrer des modules en santé de la reproduction – le FNUAP a recruté huit gynécologues volontaires des Nations unies et trente sages-femmes, et soutient activement la formation continue des prestataires en soins obstétricaux d'urgence et en planification familiale. De même, plusieurs ONG, à l'instar de MdM, COOPI, BASE, CARE international ou la Croix-Rouge française, interviennent au sein des structures sanitaires pour renforcer les capacités des agents sous contrat. Par exemple, à l'hôpital de Mao et dans quinze centres de santé du Kanem, MdM assure des sessions de formation du personnel médical et paramédical sur la planification familiale, le suivi des grossesses, la prise en charge des accouchements et des urgences obstétricales.

De la même manière dans le Logone occidental, le BASE organise des formations théoriques et pratiques en consultation prénatale recentrée axées sur la prévention des infections, le traitement préventif du paludisme, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, la nutrition et les micronutriments pendant la grossesse, les soins post-natals, etc. L'ONG propose également des formations en soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB) aux responsables des centres de santé régionaux, et en SONU complet (SONUC) aux personnels des deux hôpitaux de district et du centre hospitalier de Béaleme.

En outre, « des efforts sont faits avec les équipes cadres de district pour suivre le plus régulièrement possible les responsables de centre de santé, évaluer la qualité des prestations fournies, la bonne application des protocoles et corriger les erreurs », rapporte le Dr Lorenza Sansebastiano.

Dans le cadre du même Projet d'appui au secteur de la santé (PASST) financé par l'AFD, le groupement d'intérêt public Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (GIP Esther) apporte lui aussi un soutien aux hôpitaux tchadiens à travers le renforcement des capacités du personnel soignant



Au centre de santé public de Diguel nord (district Est de N'Djaména).

© Olivier Barthes

dans la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH/Sida. Depuis la signature du contrat avec le ministère de la Santé fin 2008, vingt missions d'équipes françaises ont été réalisées au sein de l'hôpital général de référence nationale, de l'hôpital de l'Union et de l'hôpital de la Paix à N'Djaména, ainsi que de l'hôpital régional de Moundou et du centre hospitalier de Bébalem (Logone occidentale), permettant la formation continue de 222 personnels soignants. Sur financement du Fonds mondial, le GIP Esther a également assuré la formation de 83 conseillers psychosociaux à N'Djaména et à Moundou pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida.

Ce « compagnonnage » technique des ONG internationales et/ou de groupements d'intérêt public étrangers comme Esther avec les agents de santé tchadiens constitue un facteur clef pour faire évoluer le niveau de qualité dans les formations sanitaires. Mais cela ne saurait suffire : en 2009, la Feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle ambitionnait la formation/recyclage de 1 350 agents en santé maternelle et reproductive d'ici à 2015, ainsi que la formation annuelle de 70 sages-femmes diplômées d'État. Ces objectifs ambitieux ne seront probablement pas atteints, mais les ONG et les partenaires techniques et financiers contribuent largement à s'en approcher.

RECENTRER LE RÔLE DES ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES

Au Tchad, les accoucheuses traditionnelles jouent un rôle majeur. Pour cause, « *elles ont fait naître la moitié des villages* », observe le père Gherardi, fondateur du CHU du Bon Samaritain à N'Djaména. Profitant de ce statut « privilégié » au sein des communautés, les acteurs de la santé s'appuient sur les accoucheuses traditionnelles pour promouvoir l'orientation des parturientes vers les formations sanitaires, tout en renforçant leurs capacités comme relais communautaires.

À Goundi, le père jésuite a développé « *des formations rapides sur trois sessions de 15 jours pour aborder des sujets aussi divers que les vaccins antitétaniques, les visites pré et post natales, l'orientation des grossesses à risque vers les services de santé, etc.* »

Dans le Logone occidental, le BASE a formé près de 300 accoucheuses traditionnelles à la promotion de la consultation prénatale et de l'accouchement assisté, à l'importance du suivi des grossesses et de l'allaitement maternel exclusif, à la « déstigmatisation » des fistuleuses, etc. Pour l'ONG, « *ce recentrage du rôle des accoucheuses traditionnelles sur la promotion de l'assistance qualifiée à l'accouchement* » constitue une stratégie essentielle pour réduire la mortalité maternelle.

Des initiatives similaires de sensibilisation et de renforcement des capacités des accoucheuses traditionnelles sont développées par COOPI dans la région du Sila, du Moyen Chari et du Logone occidental, ou encore par Médecins du Monde auprès de 450 accoucheuses traditionnelles dans le Kanem.



© BASE

La doyenne des accoucheuses traditionnelles en formation à Doiti (Logone occidentale).

UN CENTRE NATIONAL DE FORMATION EN SANTÉ DE LA REPRODUCTION

En partenariat avec l'hôpital de la mère et de l'enfant (HME) et l'ASTBEF, CARE international a inauguré fin 2011 un centre national de formation en santé de la reproduction à N'Djaména. Pour le Dr Nzau, responsable de projets chez CARE, l'objectif de ce centre est d'« offrir une formation continue en santé de la reproduction aux sages-femmes, infirmiers et techniciens supérieurs nationaux conformément aux standards de qualité des pays voisins », et ainsi éviter des stages coûteux à l'étranger.

Pour assurer la formation des formateurs, un accord de partenariat a été établi avec l'Institut africain de la santé de la reproduction (IASAR) au Burkina Faso; la définition des contenus, le

suivi et l'évaluation des formations sont réalisés en partenariat avec l'université de Columbia (États-Unis).

Fin 2012, cinq sessions en planification familiale et en soins post-avortement organisées en collaboration l'HME et l'ASTBEF, ainsi qu'une session en soins néonataux d'urgence avaient été organisées auprès de quelque 240 bénéficiaires, principalement du personnel de l'État et des agents du ministère de la Santé.

Abrité au sein de l'hôpital de la mère et de l'enfant à N'Djaména, le centre est ouvert à toutes les organisations de la société civile, moyennant une contribution de 40 000 Fcfa (60 euros) par jour pour la location de la salle.

Un atelier de revue trimestrielle des agents de santé communautaires.



L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DU « BON SAMARITAIN »

En 2007, au sud du fleuve Chari à N'Djaména, l'Association tchadienne communauté pour le progrès (ATCP), qui gère le district sanitaire de Goundi, a inauguré son institut universitaire. Baptisé le « Bon Samaritain », cet institut abrite une faculté de médecine et de chirurgie, une école d'infirmiers, ainsi qu'un centre hospitalier et un pensionnat universitaires. Compte tenu du niveau scolaire dégradé au Tchad, l'ATCP a également ouvert deux années préparatoires au concours d'entrée.

Initiée en 2003, la formation de médecins s'étale sur six ans. Bien que payante (50 000 Fcfa/760 euros par an pour les frais de scolarité et 30 000 Fcfa/45 euros pour la subsistance), les étudiants peuvent bénéficier d'un prêt annuel. En contrepartie, les bénéficiaires s'engagent à exercer pendant dix ans dans une institution publique ou privée agréée par l'association, de

préférence en zone rurale, et à rembourser le prêt contracté sur leur salaire professionnel. L'apprentissage pratique est assuré au CHU de N'Djaména et à l'hôpital de Goundi.

Depuis 2007, l'école d'infirmiers du « Bon Samaritain » a reçu l'agrément des pouvoirs publics pour dispenser une formation initiale d'agents techniques de santé (ATS) et d'infirmiers diplômés d'État (IDE). L'association dispense également ces deux formations à Goundi, respectivement depuis 1998 et 2007. Et, comme pour la faculté de médecine, un prêt d'étude est possible. Dans le cadre du Projet d'appui au secteur de la santé (PASST), l'AFD finance les bourses d'études des écoles de Goundi et de N'Djaména.

Trois promotions de médecins ont actuellement cours au « Bon Samaritain » (58 étudiants), ainsi que deux promotions d'infirmiers (54 étudiants).

Assurer le suivi formatif et mesurer la performance des sites

Améliorer la qualité des soins dans les formations sanitaires, conformément aux orientations de la Feuille de route nationale, implique d'évaluer les pratiques professionnelles, la performance des personnels, d'assurer des supervisions formatives et, si nécessaire, de « *sabrer les incompetents parce qu'il n'y a pas d'autre solution* », estime le père Gherardi. Toutefois, ce travail exige du personnel dédié.

Or, la direction de la santé de la reproduction comme les délégations et les districts sanitaires manquent de ressources humaines pour assurer ces missions; et ce malgré les ambitions de la Feuille de route nationale d'« *assurer les supervisions formatives de manière trimestrielle en santé de la reproduction et en planification familiale* ». Pour compenser ce handicap, la plupart des ONG actives au Tchad apportent un appui logistique, technique, voire financier, aux délégations sanitaires et aux districts, ainsi qu'à leurs équipes cadres, principalement

pour renforcer leurs capacités de planification des activités, de supervisions et d'évaluation, quitte à déléguer du personnel en appui. Par exemple, dans le Logone occidental, le BASE a fourni aux trois sages-femmes affectées dans chaque district et aux chefs de zones les moyens logistiques et financiers pour assurer, en dehors de leurs activités au sein de l'hôpital ou de l'équipe cadre de district, des supervisions mensuelles dans les centres de santé. Ces supervisions visent à « améliorer la collecte des données, assurer une formation continue des responsables des centres de santé pour toutes les activités, particulièrement celles liées à la santé de reproduction, et programmer des recyclages selon les besoins », explique le Dr Lorenza Sansebastiano, assistante technique au BASE.

Dans les quatre régions où elle intervient, l'ONG CARE internationale a instauré une prime de 250 000 Fcfa trimestriels (380 euros) pour les délégations sanitaires et de 250 000 Fcfa mensuels pour les équipes cadres de district, afin de soutenir (et motiver) leur travail de supervision. « Chaque structure que nous appuyons [17 formations sanitaires] doit être supervisée une fois par mois au niveau de la qualité des données produites, de la gestion des produits et des équipements en santé de la reproduction, des compétences du personnel... », explique le Dr Nzau. Cependant, ce dédommagement des équipes sanitaires (régionales et hospitalières) pour assurer des supervisions qui relèvent de leurs prérogatives pose problème; d'abord parce

qu'il est coûteux, ensuite parce que les *per diem* sont devenus une véritable institution et que rien ne semble pouvoir se faire sans. L'intégrité des équipes d'encadrement fait parfois défaut et, en l'absence de mesures disciplinaires pour sanctionner les abus, les mauvaises pratiques ont la vie dure – à l'instar de ce délégué régional qui réclamerait mensuellement 100 000 Fcfa (150 euros) pour assurer ses supervisions.

En outre, souligne Damien Revault du Centre international de développement et de recherche (CIDR), « l'absence de coordination au niveau des districts sanitaires et des ONG fait courir le risque de multiplier les *per diem* sur des mêmes supervisions dans le cadre de projets distincts financés par des bailleurs multiples, avec toutes les dérives susceptibles d'en résulter ».

LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS : LE CAS DES FISTULES OBSTÉTRICALES

Pour pallier le déficit de médecins spécialistes, plusieurs ONG ont recours à du personnel expatrié (souvent originaire de la sous-région) pour apporter une assistance technique aux hôpitaux tchadiens, notamment pour la prise en charge des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Sur ce terrain, Médecins du Monde France (MdM) a développé depuis 2009 un programme de réduction de la morbidité liée à la fistule obstétricale dans la région du Kanem (districts de Mao et Mondo).

Résultant d'un accouchement difficile, le plus souvent chez des adolescentes, la fistule obstétricale est une communication anormale entre le vagin et la vessie et/ou le rectum. « Pour ces jeunes femmes qui ont généralement entre 15-17 ans, les conséquences sociales sont dramatiques », explique le Dr Claude Dumurgier, chirurgien chez MdM. « Honteuses de perdre les urines à longueur de journée et de sentir constamment mauvais, elles vivent recluses », et sont souvent rejetées par leur mari et leur famille.

En réponse, MdM organise deux à trois fois par an des sessions médico-chirurgicales sur dix jours à l'hôpital de Mao. L'identification des femmes fistuleuses est assurée par les centres de santé des deux districts et les animateurs de MdM qui organisent des sessions de sensibilisation dans les villages de la région.

Pour lever les obstacles à la prise en charge, l'organisation assure le déplacement des femmes de leur domicile jusqu'à l'hôpital ou leur rembourse directement le coût du transport. En outre, MdM a inauguré en 2011 un « village des femmes » au sein de l'hôpital de Mao pour les accueillir pendant un mois avant et après l'intervention. « Leur prise en charge et le suivi postopératoire sont assurés aussi bien au niveau alimentaire que psychosocial grâce à un accompagnement constant (entretiens individuels, sessions de groupes, activités pour les distraire, etc.) », relate Anne Gouezec, sage-femme chez MdM.

Ce programme a un « double objectif », explique le Dr Dumurgier : « traiter les femmes et former les équipes tchadiennes ». D'octobre 2011 à juin 2012, 71 opérations ont été réalisées auprès de 44 femmes (158 opérations depuis 2009). Et les deux médecins chefs de Mao et Mondo ainsi que l'anesthésiste sont en cours de formation même si « nous n'avons aucune assurance de leur maintien sur place ». Pour le praticien, « l'avenir est aujourd'hui de renforcer le centre national de prise en charge des fistules à N'Djaména, appuyé par le FNUAP. Mais ce renforcement passe par le financement d'une structure chirurgicale (équipes et matériels) minimum. Car le traitement des fistules n'est pas rentable pour l'hôpital : les frais de recouvrement sont nuls²³. »

Aussi le chirurgien en appelle à une implication massive des pouvoirs publics et des bailleurs contre ce que certains appellent « la lèpre de la maternité » : « Cette pathologie est liée aux accouchements sans assistance médicale. Pour prétendre améliorer la santé maternelle des femmes, il faut pouvoir les prendre en charge, y compris sur des pathologies comme la fistule obstétricale qui constitue un handicap lourd ».

23 Le coût du traitement de la fistule (chirurgie, post-opératoire et réhabilitation) est estimé à 300 dollars par le FNUAP qui a récemment lancé une campagne mondiale contre cette pathologie.

LE SYSTÈME DE SANTÉ INTÉGRÉ DE GOUNDI

À Goundi, dans le district sanitaire de Goundi, l'offre de soins a été organisée en « système intégré de santé » par l'Association tchadienne communauté pour le progrès (ATCP), présidée par le père jésuite Angelo Gherardi. Ce système repose sur « *l'intégration des activités de soins primaires réalisés dans les centres de santé périphériques aux activités de l'hôpital de référence* », explique le père.

Dans ce district sanitaire, les huit centres de santé se situent à une distance maximale de 27 km de l'hôpital créé en 1974 par l'ATCP et devenu établissement de référence en 1993. Chaque équipe est composée d'un infirmier responsable du diagnostic, d'un chargé des traitements et d'un secrétaire (perception des contributions des malades, ravitaillement en médicaments et matériels, etc.). Tous ont reçu une formation à l'école d'infirmiers annexe à l'hôpital et « *travaillent conformément aux protocoles de diagnostics et de traitements élaborés – et régulièrement actualisés – par le médecin chef de l'hôpital* ».

Pour veiller au fonctionnement du système et à l'efficacité du personnel, des supervisions médicales formatrices sont réalisées tous les mois dans chaque centre de santé, couplées par des supervisions des pharmacies et de la comptabilité. Une fois par mois, les responsables des centres de santé rencontrent également leurs superviseurs et les médecins de l'hôpital pour une revue des supervisions et la programmation de leur travail.

« *Par rapport à un système classique (hôpital et dispensaires déconnectés), le programme de santé intégré permet d'apporter à un plus grand nombre de malades des soins préventifs et curatifs efficaces* », assure le père Gherardi. Dispensés à temps parce que financièrement accessibles – le patient paie à l'« épisode maladie » et non à l'acte (en moyenne 650 Fcfa, soit 1 euro) – les soins de santé primaire permettent d'éviter l'aggravation, l'hospitalisation et des dépenses de santé excessives.

En vingt ans (1989-2009), le nombre de « guéris » est passé de 62 % à 90 % dans les centres de santé du district de Goundi, et le nombre d'hospitalisés de un sur trois à un sur seize, malgré un quasi doublement de la population et une multiplication par six de la fréquentation des centres de santé.

En ce sens, « *ce système est économiquement très intéressant* », souligne le père. D'abord parce qu'il permet de « *guérir à un coût moyen très bas 90 % des malades dans les centres de santé, plus proches que l'hôpital où le coût est 50 fois plus élevé* ». Ensuite parce que la participation financière des malades assure le recouvrement des coûts des centres de santé rendus « *autofinancables* ».

D'après les estimations financières qu'il a réalisées, le père jésuite estime que « *développer un tel système à l'échelle nationale coûterait 21 milliards de Fcfa (32 millions d'euros) à la place des 86 milliards de Fcfa de la Feuille de route nationale* ».

En 1996, le programme de santé intégré de Goundi a reçu le prix Sasakawa de l'Organisation mondiale de la santé.

L'HÔPITAL DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT (HME)

Situé en centre-ville de N'Djaména, l'HME est le « centre hospitalier de référence nationale en santé de la reproduction. [...] L'HME est chargé (i) d'assurer les prestations de soins de référence (ii) d'assurer la permanence des soins dans le cadre de la prise en charge des urgences obstétriques, gynécologiques et pédiatriques (iii) de contribuer à la prévention en matière de soins maternels et infantile (iv) de contribuer à l'enseignement et la formation du personnel de santé. La capacité d'accueil de l'HME est de 295 lits dont 49 lits d'obstétrique, et 58 lits de pédiatrie ».

Ouvert en 2011, « le service d'obstétrique de l'HME a vu affluer un nombre considérable de mères pour l'accouchement (jusqu'à 60 accouchements par jour les premiers mois), avant de voir sa fréquentation refluer ; désormais c'est seulement une vingtaine de femmes qui viennent accoucher chaque jour à l'HME. Le service de pédiatrie très fréquenté dès le départ, continue de l'être à tel point que les locaux ne sont plus adaptés à la charge de travail (notamment en ce qui concerne les consultations externes et les urgences) ».

Extraits de Barthes O., Gami J.-P. et Majerowicz C., « Étude de faisabilité du projet de santé urbaine à N'Djaména », rapport provisoire, AEDES, 15 août 2012.



© Mathieu Arnaudet, AFD



2.3 | Mobiliser les communautés

COMMUNIQUER POUR « CHANGER LES COMPORTEMENTS » ?

Au-delà du renforcement matériel et humain des structures sanitaires, la promotion de la santé des femmes exige d'impliquer les populations et de les placer au cœur de l'action. Amener les Tchadiennes jusqu'aux centres de santé pour une consultation prénatale, l'adoption d'une méthode contraceptive ou un accouchement, nécessite de les « convaincre » du « bien-fondé » de ces démarches – mais aussi leurs époux et leurs familles, à commencer par les mères et les belles-mères qui jouent un rôle essentiel dans la prise de décision. Depuis plusieurs années, les organisations de la société civile, nationale et internationale, assurent des campagnes d'information et d'éducation des populations en milieu urbain et surtout rural pour améliorer leurs connais-

sances et leurs pratiques sanitaires, et promouvoir un « changement de comportements », pour reprendre la terminologie locale.

Cependant, en l'absence de stratégie globale planifiée et orchestrée par les pouvoirs publics, les ONG investissent le terrain de la communication sociale de façon empirique, selon des orientations et des convictions propres à chaque acteur, sur des durées et dans des localités qui correspondent à celles de leurs programmes.

Les initiatives de sensibilisation conduites localement s'appuient sur l'implication des communautés à travers leurs leaders (les chefs de canton, traditionnels ou religieux) et la mise en place de relais communautaires formés par les ONG qui assurent l'interface entre les structures de santé et la population.



Séance de sensibilisation auprès de femmes.

© Croix-Rouge française

Toutefois, chaque région, chaque localité, a ses particularismes (économiques, culturels, confessionnels ou linguistiques) et l'élaboration de stratégies de communication sociale efficaces s'avère parfois ardue compte tenu des problématiques propres à chaque site. Comme le remarque Koi Pierrot Ganda, coordonnateur national du réseau des journalistes en population et développement, « *la Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle accorde une part significative à la prévention par la communication sociale, mais, à défaut d'orientations claires, celle-ci se fait un peu à la carte* ». Variables clefs en matière de prévention, la formation et l'information des populations cibles, principalement rurales, accusent des insuffisances importantes.

Sensibiliser les communautés

Dans ce travail d'information et de sensibilisation des populations aux enjeux de santé, les relais communautaires jouent un rôle central. Au sein de l'ONG BASE, leur identification se fait en partenariat avec les responsables de centres de santé au sein des comités villageois, des agents vaccinateurs, des accoucheuses traditionnelles, etc. Formés par l'organisation aux techniques de sensibilisation et de promotion du planning familial, les relais communautaires ont pour mission d'organiser des séances de sensibilisation sur la santé maternelle et reproductive dans leurs villages respectifs et alentours, ainsi que des séances de plaidoyer auprès des leaders traditionnels et religieux.

Si les modalités d'identification et de contractualisation des relais varient sensiblement d'une ONG à l'autre, leurs prérogatives restent identiques : à travers des messages simples susceptibles d'emporter l'adhésion des populations, leur travail consiste à aider les communautés à adopter des comportements et des pratiques sanitaires « positifs ». Le relais communautaire joue également « *le rôle de mobilisateur des populations vers les structures de santé pour leur prise en charge en situation de maladie, de grossesse, d'accouchement ou de prévention par la vaccination* », explique Abdoul Djimokobaye, chargé de développement communautaire au BASE. Depuis le démarrage à la mi-2011 du projet d'appui au secteur de la santé au Tchad (PASST) financé par l'AFD, le BASE, opérateur du volet d'amélioration des soins maternels dans le Logone occidental, a formé plus de 700 relais communautaires, dont 279 accoucheuses traditionnelles, qui ont réalisé plus de 5 000 séances de sensibilisation auprès de 100 000 personnes.

DES DISTRIBUTIONS DE CONTRACEPTIFS À BASE COMMUNAUTAIRE

Développée dans les années 1960 pour répondre aux besoins des communautés qui n'ont pas accès aux prestations offertes par les structures de santé « classiques », la distribution de produits contraceptifs à base communautaire s'est fortement développée au Tchad. Son principe repose sur l'apport de prestations, principalement contraceptives, aux populations isolées par des membres de la communauté formés, suivis et appuyés logistiquement par des ONG. L'objectif étant, comme l'explique l'ASTBEF, de « *rendre accessible le service de planification familiale en mettant à la disposition de la communauté des contraceptifs, des condoms masculins ou féminins* »²⁴. C'est une démarche qui contribuerait également à « *une forte prise de conscience des membres de la communauté par rapport à la nécessité d'utiliser les services de santé reproductive* ».

Grâce aux agents de distribution à base communautaire (DBC) de l'ASTBEF, plus de 700 séances de DBC ont été réalisées auprès de 40 000 personnes en 2011. Parmi celles-ci, 1 725 femmes ont adopté une méthode contraceptive, en majorité orale, et près de 25 000 préservatifs ont pu être distribués par ce biais.

²⁴ ASTBEF Magazine, n°10, décembre 2010.



© BASE

Les relais communautaires du BASE à l'issue d'une formation.

Des religieux comme acteurs du changement ?

Chez CARE International, le Dr Jimmy Nzau estime que « *les gens aujourd'hui capables de servir de relais communautaires sont des religieux* ». Au Tchad, son organisation en a formé plus de 200 (imams, prêtres ou pasteurs) entre 2011 et 2012, « *qui ont eux-mêmes identifié des femmes capables d'assurer la sensibilisation auprès des femmes* ». Sur l'année, ces relais, appelés Comités des leaders religieux (CLR), ont organisé plus de 300 sessions de sensibilisation auprès de 43 000 personnes. Parmi celles-ci, 3 200 femmes ont été orientées vers des formations sanitaires pour des consultations sur les méthodes d'espacement des naissances. Le médecin ne croit guère à la légitimité des relais communautaires « classiques » qui, « *de toute façon, sont déjà trop sollicités sur d'autres questions de santé* ». En outre, les leaders religieux seraient selon lui « *pécuniairement moins exigeants* ».

Au BASE, l'avis diffère et Abdoul Djimokobaye, chargé de développement communautaire, met en garde contre cette approche. Pour lui, « *confier la sensibilisation des populations aux seuls chefs religieux est contre-productif : leur audience est limitée, et même si un centre de santé est géré par des évangélistes, toute la communauté doit être impliquée dans l'amélioration de la santé de la reproduction de sa zone de responsabilité. Avant d'être confessionnel, un centre de santé est public* ».

Le postulat du Dr Nzau n'emporte pas la conviction et suscite une certaine défiance, comme en témoigne également Koi Pierrot Ganda, coordonnateur national du réseau des journalistes en population et développement, qui s'interroge sur la démarche de CARE vis-à-vis de ces leaders religieux « *sans véritablement chercher à appréhender leur "construction cérébrale"* ».

DES CENTRES D'ALPHABÉTISATION AUX PRÊCHES À LA MOSQUÉE, LA STRATÉGIE DES ARABOPHONES

Chez les arabophones (et musulmans), plusieurs associations ont investi la promotion de la santé maternelle et reproductive. Récipiendaire de financements du FNUAP, l'Union des associations féminines arabophones du Tchad (UAFAT) concentre son action sur la sensibilisation des femmes, notamment au sein des 55 centres d'alphabétisation (dans les langues française et arabe) qu'elle a ouverts à travers le pays. Ce qui, selon sa secrétaire générale, Madina Youssouf, s'avère d'autant plus nécessaire qu'« *il est difficile pour les hommes de travailler directement avec les femmes au sein de la communauté musulmane* ». Dans cette entreprise, l'UAFAT se trouve néanmoins confrontée – outre le manque de ressources financières – à l'absence de traductions en arabe des documents officiels, des campagnes nationales et des supports de sensibilisation à la santé de la reproduction. Si bien que « *ce travail se fait sur nos fonds propres pourtant limités* », déplore la secrétaire de l'association. Laquelle sollicite un soutien plus actif des pouvoirs publics et des hommes musulmans : « *Préserver la santé des femmes implique aussi de faire évoluer la mentalité des chefs de famille. Les Tchadiennes peuvent être sensibilisées à la santé sexuelle et reproductive, mais*

que faire si leurs maris n'y sont pas acquis ? » Sur ce terrain, le réseau islamique semble avoir apporté des éléments de réponse.

Sous l'impulsion du Conseil supérieur des associations islamiques (CSAI) et grâce à des financements du FNUAP, le Réseau national des associations islamiques pour la population et le développement (Rnaipd) a engagé des initiatives de sensibilisation et de mobilisation auprès des musulmans. « *Notamment à travers la formation des imams, des prédicateurs-rices et des enseignant-e-s aux questions de santé sexuelle et reproductive* », explique son trésorier, Mahamat Amine Abdelmadjid. « *Lors des prêches du vendredi, les imams abordent aujourd'hui des sujets comme la santé de la reproduction, la planification familiale, le droit des femmes, la scolarisation des filles ou la lutte contre le VIH/Sida* ». Sur N'Djaména et sa région, plus de 400 mosquées sont déjà concernées. Et l'initiative a été déclinée dans tout le pays.

Ce travail de plaidoyer auprès des hommes est également soutenu par des interventions sur la prévention et le dépistage du VIH/Sida dans les lycées arabophones, ainsi que la diffusion d'émissions radiophoniques sur la santé maternelle et reproductive dans la région de la capitale.

Comment maintenir la motivation des relais communautaires ?

Les interrogations sur la pérennité et la « motivation » – principalement financière – des relais communautaires pendant et au-delà de la durée des programmes se posent à l'ensemble des ONG. Au BASE, Abdoul Djimokobaye, chargé de développement communautaire, estime que la motivation des relais relève d'abord de la satisfaction morale. « Celle d'être élu par la population du village (confiance, honneur, crédit populaire...), d'être valorisé par une série de formations diplômantes, de participer à des activités ponctuelles (vaccination, recensement, distribution à base communautaire) et surtout d'être une personne de référence en matière de santé reconnue par les autorités locales et sanitaires. » Un propos appuyé par le Dr Sansebastiano qui invite à « dégager l'engagement collectif » de la question pécuniaire : « Nos relais interviennent comme bénévoles à raison d'1h30 par semaine. Ils sont reconnus comme des personnes référentes dans leurs communautés, y compris par les autorités locales et sanitaires. La question financière ne devrait donc pas se poser. » Même posture chez COOPI dont l'expérience a montré que « l'agent de santé communautaire rémunéré ne favorise pas la pérennisation de l'activité dans la communauté » et qu'il convient de trouver d'« autres types de motivation ». Chez CARE International, le Dr Jimmy Nzau se place à contre courant. Lui estime que ce postulat n'est « pas réaliste ». Et pour soutenir son propos, le jeune médecin interroge ses

collègues à l'occasion d'une journée de rencontres : « Combien parmi vous ont été bénévoles plus d'un an ? » Sur la quarantaine de présents, seules trois mains se lèvent. D'où son postulat : « Les gens peuvent être volontaires pendant 4 ou 6 mois, mais pas pendant les 4 ou 5 années que durent nos programmes. Engager la communauté ne revient pas à les faire travailler gratuitement, alors qu'ils peinent déjà à assurer leurs besoins élémentaires ». Cette interrogation sur la pérennité et la motivation des agents de distribution à base communautaire (DBC) anime également l'ASTBEF. « Le bénévolat résiste mal à l'épreuve du temps et des efforts : les agents de DBC sont des volontaires et il est important de réfléchir à un système qui permette de trouver une motivation endogène en prenant [par exemple] en charge de manière significative leur déplacement »²⁵. Cependant le don de bicyclette ou de mobylette suffit-il à maintenir leur investissement et leur engouement dans la durée ? Pour le Dr Nzau, les ONG sont certes conduites à former et à soutenir financièrement des agents communautaires pour assurer le relais avec les structures sanitaires, mais « la pérennité des actions communautaires ne peut être garantie que par l'État ».

Évaluer l'efficacité des relais communautaires

Les interrogations sur la motivation et la rétribution ou non des relais communautaires soulèvent également la question de la portée

réelle de leur travail. Comme le remarque le Dr Magloire Bunkembo Mampindu chez COOPI, « *cela fait longtemps que les ONG impliquent et subventionnent des activités au niveau communautaire, mais il est difficile d'évaluer la portée de ces actions. Pourtant, il serait important de pouvoir mesurer l'implication communautaire, son impact et ses bénéfices réels dans la durée* ».

À ce jour, la pertinence du travail des relais communautaires se mesure à la fréquentation des centres de santé. Par exemple au BASE, « *les données recueillies montrent que le nombre des femmes qui arrivent dans les centres de santé pour les consultations prénatales, les consultations postnatales et les accouchements assistés a connu une nette progression après les séances de sensibilisations organisées par les relais communautaires* »²⁶. La chose est avérée auprès d'autres ONG, mais quelle est la portée de ces séances à moyen et long terme ? Les campagnes menées par les relais communautaires permettent-elles, comme l'espèrent les ONG, un réel « *changement des comportements* » dans la durée ? D'autant que « *l'augmentation de la fréquentation des structures baisse systématiquement avec la fin de nos interventions* », remarque le Dr Bunkembo Mampindu. Face à ce constat, les pouvoirs publics et leurs partenaires au développement manquent d'indicateurs de mesure préalablement définis qui permettent de quantifier les bénéfices de l'implication communautaire au-delà du seul impact direct sur la fréquentation des centres de santé.

La construction de tels indicateurs impliquerait d'identifier en amont ce qu'il convient de mesurer : le nombre de personnes sensibilisées ? Le ratio entre le nombre de personnes sensibilisées et la fréquentation des centres de santé à court, moyen et long terme ? Le nombre de séances de sensibilisation nécessaire pour enregistrer une baisse significative de la mortalité maternelle et infantile ?

Coordinateur national du réseau des journalistes en population et développement, Koi Pierrot Ganda tranche la question en interrogeant la stratégie même des ONG et des autorités : « *Les relais communautaires, chefs traditionnels et religieux, peuvent s'inscrire en complément des stratégies de sensibilisation des populations, en appui à un travail de communication. Mais il n'est pas normal de les transformer en agents de santé. Les ONG ont ce travers de dupliquer des stratégies qui ont fonctionné ailleurs sans véritablement s'interroger sur leur adaptabilité aux réalités locales* ».

²⁶ « *Rapport d'activité janvier-juin 2012. Projet d'appui aux soins maternels dans le Logone occidental* », BASE, juillet 2012.

SAVOIRS TRADITIONNELS, CROYANCES ET TABOUS... QUID D'UNE APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE DE LA SANTÉ AU TCHAD ?

Fondateur du CHU du Bon Samaritain à N'Djaména, le père Gherardi invite les acteurs de la santé – locaux et expatriés – à chercher à « *comprendre la culture des gens avant de prétendre les soigner* » : « *Les populations locales ont développé leurs propres stratégies de soins. En cas de mal, le guérisseur traditionnel est la première personne consultée. Ensuite peut-être les structures sanitaires. Cette balance locale entre culture africaine et occidentale impose de s'intéresser à l'idée que la population se fait de la santé. Mais, pour l'instant, on continue de construire des centres de santé et des hôpitaux sans s'interroger sur les représentations des populations. À cause de cette « mentalité hospitalière classique » qui veut que les malades viennent à nous, les structures sanitaires n'obtiennent pas les résultats escomptés.* » Pour le père jésuite, il en va de même sur « *les tentatives de limitation des naissances qu'on ne saurait aborder d'un point de vue purement mécanique sans s'intéresser à la façon dont les populations appréhendent l'enfant et, de façon plus générale, la vie* ».

Au Tchad, le père Gherardi défend une approche de la santé qui ne se contente pas de soigner « *mais de prévenir* », en se défiant des « *solutions éradicatrices* » qui ne fonctionnent pas. Et l'homme de tourner en dérision les campagnes onéreuses de distribution de moustiquaires imprégnées : « *Les gens s'en servent pour pêcher dans le Chari !* »

Dans ce souci d'appréhender les bénéficiaires de l'aide, la Croix-Rouge française a réalisé fin 2012 une étude socio-anthropologique en amont de la mise en œuvre de son projet d'amélioration de l'accès aux soins maternels et néonataux dans quatre pays d'Afrique subsaharienne, dont le Tchad (région du Batha), financé par l'AFD.

À partir d'entretiens individuels et de groupe, cette étude a permis d'identifier les déterminants socioculturels qui influencent les comportements dans l'accès et l'utilisation des services liés à la santé de la mère et du nouveau-né, en vue de permettre une meilleure orientation des activités de la Croix-Rouge. Parmi les recommandations formulées, l'adaptation de l'offre de soins aux réalités locales, aux attentes et aux besoins des populations constitue un facteur clef de succès. Cela concerne aussi bien la prise en compte des pratiques traditionnelles comme l'enterrement du placenta ou l'interdiction de sortie pour les nouveaux nés (40 jours) qui implique des visites à domicile, que le fait de coupler les activités de consultation prénatale, curative et de vaccination avec les activités de communication lors de stratégies mobiles pour légitimer la démarche des communicateurs sociaux.



© Mathieu Arnaudet, AFD

À l'inauguration du centre de santé de Koutoufou (Dar Sila) dans le cadre du Projet d'appui à la santé (PAS) financé par l'AFD.

SENSIBILISER ET IMPLIQUER LES JEUNES

Au Tchad, les 15-24 ans représentent près d'une personne sur cinq (2 millions d'individus). Confrontée aux réticences des adultes et en particulier de leurs parents à aborder les questions de sexualité, la grande majorité des jeunes baigne dans l'ignorance et continue d'entretenir de fausses croyances peu propices au développement d'une sexualité épanouie et à l'adoption de pratiques à moindre risque.

Les grossesses précoces et leurs corollaires (avortements provoqués, complications liées à l'accouchement, etc.) affectent toujours une proportion importante d'adolescentes. Et la jeunesse reste, de l'avis des autorités sanitaires internationales, un groupe à haut risque par rapport à l'infection au VIH/Sida (plus de la moitié des nouveaux cas dans le monde).

Dans un tel contexte, aucune amélioration durable en santé sexuelle et reproductive n'est possible sans un investissement massif dans l'éducation, la sensibilisation et la prévention auprès de la jeunesse. Si cette « évidence » s'impose dans le pays, elle ne suscite pas encore l'allocation de moyens à la mesure des besoins des acteurs de terrain.

En 1991, un appui de l'Unesco avait permis d'introduire un enseignement appelé « Éducation à la vie familiale en matière de popula-

tion » (sensibilisation sur le genre, éducation sanitaire et prévention des IST/VIH/Sida) au cycle primaire. Mais, faute de ressources gouvernementales, sa généralisation avait été abandonnée. De même, les financements du 5^e programme du FNUAP (2006-2010) consacrés à son introduction dans le secondaire ont été suspendus en 2012.

En réponse, les pouvoirs publics, appuyés par des bailleurs comme le FNUAP, l'Unicef ou le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, soutiennent aujourd'hui le développement d'initiatives de sensibilisation à la santé sexuelle et reproductive et à la prévention des IST/VIH/Sida auprès des jeunes, principalement les 15-24 ans.

Sur ce terrain, l'ASTBEF et Amasot sont les organisations les plus actives. Toutes deux ont créé des espaces et/ou des clubs de rencontres et d'échanges dans tout le pays qui offrent aux jeunes un accès facilité à des informations et des conseils sur la santé sexuelle et reproductive, à des services cliniques, de planning familial, de dépistage du VIH/Sida, etc. À N'Djaména, Moundou, Sahr et Goré, l'ASTBEF a créé quatre centres d'information et d'orientation des jeunes (CIOJ) au sein desquels s'est développé le Mouvement d'action des jeunes (MAJ). De son côté, Amasot a soutenu la création de vingt clubs de jeunes dits « 100 % réglo » à N'Djaména et de vingt-huit autres en régions.



© Amasot

Les clubs de jeunes de l'ASTBEF et de l'association pour le marketing social au Tchad (Amasot) assurent des missions de sensibilisation et de mobilisation de la jeunesse sur les questions de santé sexuelle et reproductive.

En 2007, elle a également lancé un magazine socioéducatif baptisé 100 % Jeunes. Tiré à 15 000 exemplaires par mois et vendu 100 Fcfa (0,15 euro), ce magazine comporte un dossier central consacré à la santé de la reproduction et au VIH/Sida.

Le travail des deux associations vise en priorité à développer l'accès aux produits et aux services de santé de la reproduction à destination des jeunes, et à améliorer leurs connaissances et attitudes sur les questions de santé sexuelle et reproductive. Ce travail de sensibilisation et de mobilisation est confié à des pairs éducateurs qui endossent une double casquette : celle de travailleurs sociaux et d'auxiliaires de santé. « *Le pair éducateur est un jeune formé pour aider ses camarades dans la communauté à adopter un comportement sain et responsable en matière de santé de la reproduction. Il est de la même génération, a les mêmes préoccupations et les mêmes normes* », explique-t-on chez Amasot.

Dans cette optique, des causeries éducatives – ou discussions de groupe – sont organisées toutes les semaines en milieu scolaire et extra-scolaire pour débattre de thématiques aussi diverses que les relations sexuelles précoces et leurs conséquences, les jeunes et les violences faites aux filles, le dépistage volontaire des infections sexuellement transmissibles, etc.

D'une vivacité d'esprit et d'un sérieux dans leur mission surprenant pour leur âge, les jeunes de ces clubs assument leur rôle de promoteurs de la santé dans leurs quartiers non sans fierté. Comme l'explique le superviseur des clubs 100 % réglo à N'Djaména, Abakar Khamis Mamondo, « *ces jeunes ont envie et besoin de briser les tabous* ». Secrétaire général du MAJ, Oumar présente son travail avec emphase : « *Notre mission consiste à promouvoir des comportements plus sages et responsables auprès des jeunes de nos quartiers.* » Cela fonctionne-t-il ? « *Les jeunes filles se défendent mieux qu'avant et les choses s'améliorent doucement* », estime sa camarade Stéphanie.

En 2011, plus de 200 causeries éducatives ont été réalisées par les clubs 100 % réglo, encadrées par quelque 240 pairs éducateurs formés par Amasot grâce à un financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Au sein des Centres d'information et d'orientation des jeunes (CIOJ) de l'ASTBEF et grâce au travail du MAJ, quelque 20 000 jeunes ont participé à des séances de sensibilisation en 2011. Preuve de la portée de cette démarche, plus de la moitié a utilisé les services cliniques de santé de la reproduction intégrés dans les CIOJ (adoption d'une méthode de contraception, consultation gynécologique, soins après avortements, etc.). Et plus de 4 000 jeunes ont réalisé un dépistage volontaire du VIH/Sida.

Aussi porteuse soit-elle, la mobilisation de la jeunesse dans les programmes de santé sexuelle et reproductive ne s'opère pas sans difficulté. Comme le souligne l'ASTBEF, « les moyens mis à la disposition des jeunes ne sont pas à la hauteur de ce que l'on attend d'eux. Ils n'ont pas toujours les moyens matériels et intellectuels nécessaires pour exprimer et réaliser ni leurs ambitions ni les tâches qui leur sont confiées par les adultes ».

De même, la jeunesse impliquée fait quelque peu figure d'« élite » par rapport à la grande

masse. « Triés sur le volet, les jeunes du programme sont pour la plupart des scolarisés des villes, faisant du coup des jeunes ruraux les oubliés de l'implication. Même lorsqu'ils sont formés, ces jeunes ne bénéficient pas automatiquement des mesures d'accompagnement pouvant leur permettre d'être utiles à ceux d'entre eux qui n'en ont pas eu la chance ». À cela s'ajoute la question récurrente, au bout d'un certain temps, de « la compensation pour services rendus : la motivation matérielle ou financière fait souvent défaut ».



© Karim Bourtel

3

I Des limites à repousser

Malgré les progrès enregistrés, l'amélioration de l'état de santé des femmes reste conditionnée à la levée de barrières sur lesquelles les partenaires au développement ont peu prise. En effet, au-delà des efforts entrepris pour renforcer la qualité et la disponibilité de l'offre de soins, le problème relève avant tout du statut de la femme dans la société tchadienne. Sans réelles avancées de leurs droits, aucun changement pérenne de leurs indicateurs de santé ne semble possible. Comme le remarque un observateur averti de la scène tchadienne, *« n'est-ce pas avant tout l'image des femmes dans la société qui vaut ce moindre engouement pour la santé maternelle et reproductive ? »* En ce sens, les pouvoirs publics sont appelés à faire progresser la législation nationale et la condition des femmes. De même, ils ne sauraient faire l'économie d'une meilleure coordination de leurs politiques en matière de santé et des interventions de leurs partenaires, comme d'une élévation du niveau de gouvernance, notamment en termes d'allocation des ressources et de transparence.

A LA
COURTOISIE



CAMPAGNE NATIONALE

UNIS

A L'EGARD DES FEMMES
ET DES ENFANTS

NON!

- A l'excision
- Aux bastonnades
- Au mariage precoce
- Au viol
- Aux harcèlements sexuels
- A l'exploitation des filles
- A l'enrôlement des mineurs dans les groupes armés

Brisons le silence!

2011 SRC 017 N

Coca-Cola

Coca-Cola





3.1 | Un statut « inférieur » des femmes dans la société

SORTIR LA SANTÉ DES FEMMES DE LA SEULE PROBLÉMATIQUE DES GROSSESSES, DE L'ACCOUCHEMENT OU DES VIOLENCES

Pour le Dr Lorenza Sansebastiano du BASE, « travailler à l'amélioration de la santé des femmes tchadiennes implique d'interroger leur statut dans la société et la perception qu'elles ont d'elles-mêmes, les valeurs et les richesses dont elles sont porteuses pour la société au-delà du mariage et de la maternité. En avançant sur ces questions, la situation pourrait commencer à changer... mais la pression sociale est encore très forte. » Pair éducateur dans son quartier, Stéphanie, une adolescente du Mouvement d'action jeunes à N'Djaména, va dans le sens du Dr Sansebastiano : « Les femmes souffrent d'une dévalorisation constante et d'une absence quasi totale de participation à la société... ou en tout cas de reconnaissance de leur participation. »

Cette implication plus active des femmes en faveur de leur émancipation, plusieurs organisations tentent de la promouvoir, à l'instar de la Cellule de liaison et d'information des associations féminines du Tchad (Celiarf). Implantée dans dix grandes régions du pays, la Celiarf regroupe quelque 400 associations et groupements féminins forts d'un effectif de plus de 14 000 membres. Ses actions visent prioritairement à développer et renforcer la collaboration entre l'État, les partenaires au développement et les associations/groupements féminins pour la défense des intérêts particuliers des femmes. La Celiarf assure également un lobbying constant auprès des pouvoirs publics, et particulièrement des femmes parlementaires et ministres, pour faire progresser le cadre juridique national. Mais les lenteurs politiques et les résistances, notamment religieuses, entravent jusqu'aux avancées récemment enregistrées – comme en



À la clinique "modèle"
de l'ASTBEF à N'Djaména.

© Mathieu Arnaudet, AFD

témoigne la lenteur constatée par rapport à la prise du décret d'application de la loi sur la santé de la reproduction.

Une loi fondamentale sans décret

Adoptée en 2002, la loi sur la santé de la reproduction (n°006/PR/2002) a marqué une étape fondamentale par la reconnaissance du « droit des couples et des individus au libre choix en matière d'espacement des naissances et de taille de leur famille », et l'interdiction de « toutes les formes de violence telles que les mutilations génitales féminines, les mariages précoces, les violences domestiques et les sévices sexuels sur la personne humaine ». Déterminante pour l'amélioration de la condition et de la santé des femmes, cette loi reste pourtant, dix ans après son adoption, sans décret d'application et, en conséquence, d'une portée limitée. En outre, certaines for-

mulations concernant par exemple le droit de consentir ou non au mariage pour « toute personne ayant atteint l'âge légal requis [...] dans le respect de l'ordre public des lois en vigueur, des us, des mœurs et des coutumes » s'avèrent davantage régressives que progressistes dans la mesure où elles consacrent le dualisme juridique et la prééminence des règles traditionnelles et coutumières sur le droit national.

De la même manière, l'Assemblée nationale a rejeté à trois reprises, pour des considérations religieuses, l'adoption du protocole additionnel à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif à la protection de la femme (protocole de Maputo); tandis que le projet de code des personnes et de la famille d'inspiration « laïque », qui permettrait de réglementer le mariage, le divorce, la tutelle des enfants, les successions, reste bloqué

depuis plus de dix ans. Autant d'éléments qui expliquent en partie le niveau des indicateurs sexo-spécifiques au Tchad.

Des politiques au défi de la promotion du genre

Malgré le lobbying des organisations de la société civile pour sensibiliser les politiques nationales, et particulièrement le ministère de l'Action sociale, de la famille et de la solidarité nationale, aux aspects multiples des violences faites aux femmes, Achta Sy, consultante et membre actif du mouvement associatif féminin depuis 1985, constate « la faiblesse de l'action sociale en la matière : À ce jour, la réponse des pouvoirs publics s'articule autour d'une « stratégie nationale de la lutte contre les violences basées sur le genre », soutenue par une politique nationale "Genre" promue par les agences des Nations unies (FNUAP, PNUD et Unicef) et dont la mise en œuvre a été confiée à une commission nationale. Mais, encore une fois, le ministère n'a pas les moyens – y compris humains et financiers – de réaliser cette stratégie. » De toute façon, renchérit le Dr Abdon Goudjo, conseiller au ministère de la Santé, « l'enjeu actuel est de sortir la question du genre de la seule thématique des violences faites aux femmes qui constitue l'approche la plus évidente. » C'est ce que défend également Achta Sy pour qui la lutte contre les violences basées sur le Genre (VBG) doit désormais s'inscrire dans « le cadre plus large de promotion et de défense des droits humains des femmes et

des filles, ainsi que d'une volonté politique réelle d'intégration de la dimension genre dans l'analyse, la formulation, la planification, la mise en œuvre et le suivi/évaluation des stratégies, politiques et programmes de développement du pays ».

Récemment élaborée grâce à l'appui technique et financier du FNUAP, cette nouvelle politique nationale s'est donné l'objectif ambitieux de faire du Tchad d'ici à 2020 « un pays débarrassé de toutes les formes d'inégalités et d'iniquités de genre, de toutes formes de violences, où les hommes et les femmes ont la même chance d'accès et de contrôle des ressources et participent de façon équitable dans les instances de prise de décisions en vue d'un développement durable ». Pour y parvenir, les pouvoirs publics et leurs partenaires au développement devront relever plusieurs défis d'envergure. À savoir : « Un défi politique en termes de réelle volonté des autorités gouvernementales ; un défi technique en termes de stratégies appropriées et de ressources humaines et matérielles ; un défi financier en termes de capacité de mobilisation des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre de la politique nationale "Genre" et un défi socioculturel en termes d'adhésion et d'implication effective des autorités traditionnelles et religieuses. »²⁷

27 « Politique nationale Genre », ministère de l'Action sociale, de la Famille et de la Solidarité nationale, décembre 2011.



© Croix-Rouge française



3.2 | Une complémentarité et une coordination faibles entre acteurs

UN MANQUE DE COORDINATION DES PARTENAIRES DE SANTÉ

Malgré des expériences et des synergies porteuses, la collaboration entre les différents acteurs de la santé s'avère globalement insuffisante et peu propice au développement d'une stratégie cohérente en matière de santé maternelle et reproductive. Plusieurs partenaires au développement s'interrogent sur l'absence apparente de coordination des initiatives des organisations de la société civile et des bailleurs de fonds, ainsi que sur la répartition des ONG à travers le territoire. En effet, aucune stratégie claire ne paraît encadrer l'implantation des ONG au niveau du ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération internationale, chargé de coordonner leurs interventions. « *Chacun choisit*

son terrain d'action selon ses intérêts particuliers... et aussi parfois dans l'optique de se tenir à distance du pouvoir central », confie un membre du Réseau des hommes engagés pour le genre et la réduction de la mortalité maternelle.

Ce manque de coordination relève aussi de la responsabilité de certains opérateurs de terrain. Dans le Logone occidental par exemple, le BASE déplore l'absence d'échanges avec les équipes mobiles sur les districts de Bénoyo et de Laoukassi où les deux organisations interviennent. « *Les équipes mobiles ne participent pas aux comités directeurs du district et aux réunions de planification, malgré l'intérêt qu'il y aurait à harmoniser la démarche entre leurs communicateurs sociaux et nos relais communautaires dont le travail commun consiste à «rabattre» les villageois vers les équipes mobiles et les centres de santé.* »



© Olivier Kouollo Ndéna, FOSAP

Mobilisation de femmes lors du passage d'une équipe mobile.

Au FOSAP, Olivier Kouollo Ndéna, chargé de programmes, reconnaît « une insuffisance du nombre de supervisions des équipes mobiles au niveau local » et explique que « leurs rapports avec les ONG dépendent un peu du volontarisme de chaque équipe. Pour autant, les équipes des districts de Bénoye et de Laoukassi tiennent des réunions hebdomadaires de restitution et de coordination sous la houlette des médecins chefs de district, auxquelles le BASE pourrait être convié ». S'il est difficile pour le siège du FOSAP de promouvoir la communication et les collaborations avec les autres acteurs de terrain depuis N'Djaména, « il revient localement aux délégations sanitaires et aux médecins chefs de district de gérer la complémentarité entre les acteurs et de tenir chaque semaine des réunions de coordination avec leurs équipes mobiles », souligne Olivier Kouollo Ndéna. « D'autant que des dispositifs de

compensation financière existent pour assurer ces supervisions ».

Des difficultés similaires de coordination et de partage d'informations affectent les organisations féminines. Organe « fédérateur », la Celiaf peine – faute de moyens financiers, techniques et humains – à assurer la centralisation et la diffusion des activités, des études ou des rapports produits par les différentes associations regroupées en son sein et, de fait, à donner une certaine résonance à leur travail et à l'organisation. De même, l'Union des associations féminines arabophones du Tchad (UAFAT) n'entretient que peu de rapports avec les autres organisations féminines nationales, y compris confessionnelles. Cela permettrait pourtant de partager les expériences, de développer des initiatives conjointes, d'élaborer

des plaidoyers... Même les groupements de jeunes n'échappent pas à cette tendance : « *En matière de santé de la reproduction et du VIH/Sida, on parle de plus d'une cinquantaine d'associations évoluant sur le territoire national. Mais on déplore l'absence d'un organe faîtiériste jouant le rôle de cadre de concertation nationale et disposant de capacités managériales suffisantes pour transformer les jeunes en véritables partenaires* », rapporte-t-on à l'ASTBEF. Pourtant, « *la mise en réseau des jeunes issus de divers clubs et associations [notamment d'Amasot et de l'ASTBEF] serait un atout considérable pour les programmes* ».

Potentiellement plus fortes en mutualisant leurs moyens, les ONG tchadiennes peinent parfois à s'entendre, y compris sur des rapprochements bénéfiques pour elles comme pour les populations. Par exemple, l'ASTBEF fait face à des loyers et des charges locatives qui grèvent fortement son fonctionnement au détriment des activités de terrain (près d'un million de Fcfa par mois/1 500 euros en 2011). A contrario, Amasot a bénéficié d'un terrain cédé par l'État au centre de N'Djaména où elle a construit des locaux suffisamment conséquents pour accueillir les activités de l'ASTBEF – comme cela a été envisagé dans la mesure où la complémentarité d'action entre les deux associations s'y prête. Mais ce rapprochement n'a jamais abouti. « *Pour des raisons de personnes* », explique un proche des deux structures.

Malgré ces « ratés », des collaborations fructueuses ont aussi cours entre ONG, comme en témoigne l'accord de financement entre CARE International et l'ASTBEF qui a permis à la clinique de l'ASTBEF et à l'hôpital de la Mère et de l'Enfant à N'Djaména de devenir un centre de formation en santé de la reproduction (l'hôpital dispense les cours théoriques et l'association accueille et encadre les stages pratiques des prestataires du secteur public et privé), ainsi que la réfection d'une salle de consultation au niveau de la clinique de l'ASTBEF.

Face à ces difficultés de concertation des acteurs de santé à l'échelle locale et nationale, le processus de décentralisation en cours au Tchad – qui octroie une fonction planificatrice aux collectivités territoriales – pourrait s'avérer propice à la mise en place d'une coordination de proximité des partenaires de santé, même s'il n'exempt pas le niveau central de ses attributions. C'est l'un des objectifs du projet de santé urbaine à N'Djaména, pour lequel l'AFD a octroyé un financement à la mairie fin 2012²⁸.

28 Barthes O., Gami J.-P. et Majerowicz C., « *Étude de faisabilité du projet de santé urbaine à N'Djaména* », rapport provisoire, AEDES, 15 août 2012.

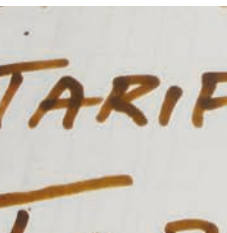
UN EMPILAGE COMPLEXE DE STRUCTURES INSTITUTIONNELLES

Outre les difficultés posées par des modes de décision très concentrés et la faible maîtrise des outils de politique publique au Tchad, les partenaires au développement se heurtent à un empilage de structures institutionnelles relativement cloisonnées et à des relations souvent complexes entre les différentes entités impliquées dans la santé des femmes. Conseiller au ministère de la Santé, le Dr Abdon Goudjo illustre ce propos : « Statutairement, les ONG sont dépendantes du ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération internationale, tandis que le ministère de la Santé est utilisateur technique de leurs services. Au niveau opérationnel, le ministère de la Fonction publique engage le personnel mis à disposition du ministère de la Santé avec lequel collaborent les ONG. À cela s'ajoutent des organismes dépendants de la Primature, comme le Conseil national de lutte contre le sida (CNLS) dont le ministère de la Santé est néanmoins le référent technique sanitaire. Ou encore certains organismes paritaires aux architectures complexes comme le Haut conseil national de coordination pour l'accès au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (HCNC) dont les membres élus sont à 40 % issus de la société civile et à 60 % des institutionnels du ministère de la Santé, du Plan, de l'Éducation et autres partenaires au développement.

VERS LA CRÉATION D'UNE PLATEFORME EN SANTÉ DE LA REPRODUCTION ?

À ce jour « les ONG n'ont pas d'espace formalisé pour échanger et se concerter autour des questions relatives à la santé des femmes », déplore Delphine Buyse, chef de la délégation de la Croix-Rouge française au Tchad. « Tout ce qui existe, comme le cluster santé, ne concerne que l'urgence. » Pour y remédier, le Dr Nzau de CARE International invite à « dégager la santé maternelle et reproductive de la problématique des soins d'urgence et à redynamiser une structure comme la Cellule de liaison des ONG [aujourd'hui inactive] pour permettre l'échange d'expériences, la structuration de plaidoyers, la fédération des actions... »

À l'initiative de l'agence de l'AFD à N'Djaména, la création d'une plateforme sur la santé de la reproduction, placée sous l'égide de la Croix-Rouge française au Tchad, avec l'appui du FNUAP, est actuellement à l'étude. À la suite des premières réunions organisées avec la Croix-Rouge du Tchad, CARE international, l'ASTBEF, Women and Health International, cet organe de concertation pourrait servir à faciliter les échanges et la documentation sur les bonnes pratiques en santé de reproduction, à réaliser des actions communes de plaidoyer à destination des autorités et de communication sur la santé de la reproduction et la planification familiale à destination des populations, ainsi qu'à appuyer la standardisation des outils et des modules de formation.



3.3 | Des interventions fragiles

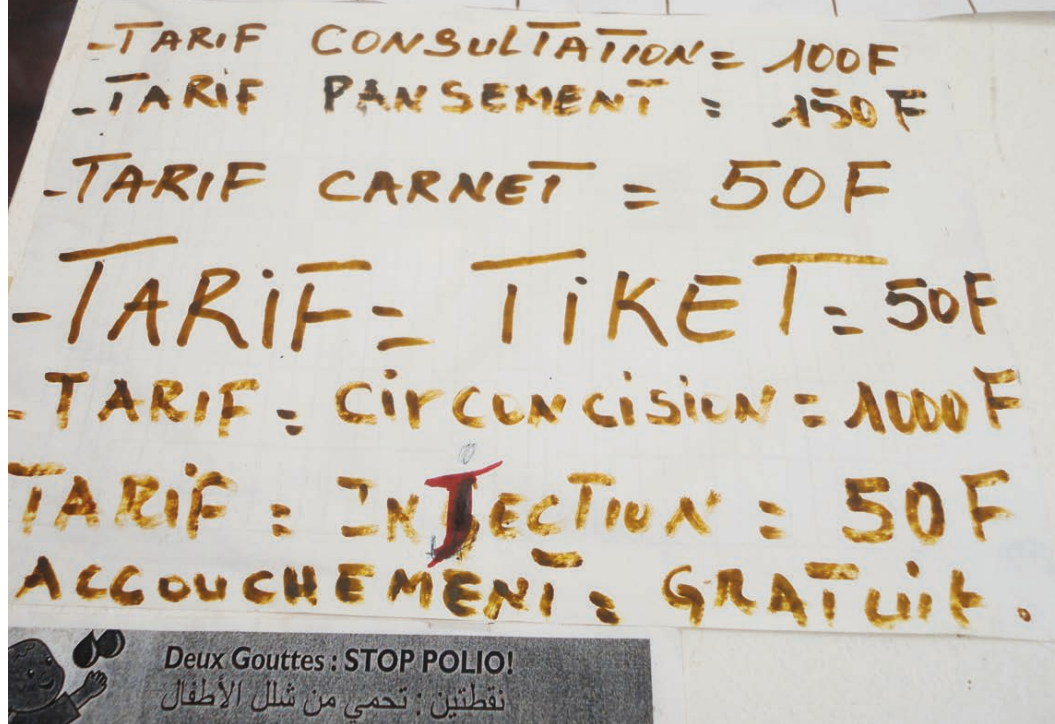
LA VULNÉRABILITÉ FINANCIÈRE DES ONG

Depuis plusieurs années, les financements extérieurs des partenaires au développement assurent 20 à 30 % des dépenses nationales de santé²⁹; d'où la fragilité du système en cas d'interruption de ces allocations de ressources ou de retrait des bailleurs, comme ce fut le cas, par exemple, lors des évènements de 2008.

Bénéficiaires de financements bi et multilatéraux, les ONG actives au Tchad sont elles aussi tributaires des grands bailleurs dont les décaissements parfois tardifs menacent la pérennité de leurs programmes et projets. Quand ce n'est pas tout simplement l'interruption des financements ou le retrait du bailleur. Par exemple, au niveau national, l'ASTBEF s'inquiète de sa forte dépendance vis-à-vis de ses donateurs – à commencer par la Fédération internationale de la planification familiale (IPPF), son principal partenaire financier

depuis 1992 – et de ses difficultés à mobiliser localement des fonds. Pour cause, les activités de l'association sont notamment rendues possibles grâce à une subvention d'environ 200 millions de Fcfa (305 000 euros) de l'IPPF. Une contrepartie locale de l'État est demandée. Or, les financements de cette organisation reconnue d'utilité publique restent « *pour le moins aléatoires* », déplore son ancien directeur, Noubatour Adoumtar. Sur les 50 millions de Fcfa (76 000 euros) annoncés par le chef de l'État en 2012, cette somme a été ramenée à 20 millions (30 500 euros) par le ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération internationale qui gère les subventions aux associations. Et en octobre 2012, l'ancien directeur de l'ASTBEF constatait : « *Rien ne nous est parvenu !* » Ce qui est d'autant plus pénalisant que « *les subventions de l'IPPF sont conditionnées aux résultats. Si nous budgétisons nos activités en fonction des promesses de subventions étatiques qui ne nous parviennent pas, nous passons aussi pour les "mauvais élèves" de la Fédération. Avec*

²⁹ Entre 2002 et 2007, l'Organisation mondiale de la santé estime que l'assistance au développement, « *toutes sources confondues* », a représenté entre 27 % et 56 % des dépenses publiques totales de santé.



© Croix-Rouge française

les risques que cela comporte... » Conseiller au ministère de la Santé, le Dr Abdon Goudjo considère que « cette question des financements publics aux organisations de la société civile représente un problème majeur : nombre d'ONG tchadiennes engagent leurs actions sur des lignes de crédits consenties par les pouvoirs publics, mais les déblocages tardifs, qui n'interviennent pas avant septembre, les placent en situation d'extrême fragilité dans la mesure où il leur est impossible de fonctionner sur des lignes de crédits retardées. »

QUELLE PÉRENNITÉ ET EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS ?

« La pérennité et l'efficacité des interventions des pouvoirs publics et de leurs partenaires » est une interrogation qui taraude plus d'un observa-

teur, et, de son propre aveu, jusqu'à l'ancien directeur de la santé de la reproduction et de la vaccination. Pour cause, au-delà des rapports d'activités et des évaluations réalisées par les partenaires au développement, les autorités tchadiennes ne sont pas en mesure de suivre ni d'évaluer efficacement les initiatives déployées dans le pays. Au sein du ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération, une cellule est chargée de cette tâche, mais elle se caractérise surtout par « une absence, une insuffisance ou un non-respect » des mécanismes qui permettraient d'assurer sa mission. Pour tenter de pallier cette faiblesse, le FNUAP a programmé un appui à cette cellule suivi/évaluation dans le cadre de son programme 2012-2016. L'organisation onusienne prévoit notamment de renforcer les compétences du personnel sur

la gestion de base de données et sur les procédures des partenaires, d'appuyer la réalisation d'une cartographie des zones d'intervention des différents programmes de coopération, ainsi que de soutenir l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de suivi et d'évaluation de ces programmes.

Mais, au-delà de l'importance d'un suivi/évaluation efficace des interventions en santé de la reproduction, l'assistance apportée par les ONG et les partenaires techniques et financiers pose la question de la durabilité des initiatives (par exemple auprès des communautés) et de la construction/renforcement des capacités locales. Par exemple, concernant les interventions du BASE dans les formations sanitaires du Logone occidental et du GIP Esther à l'hôpital de Moundou, « *la pérennité des acquis repose sur des assises fragiles. La plus-value de la formation des personnels dans le Logone passe par le maintien de ces personnels dans la région. Or on sait qu'il existe toujours un grand turnover des personnels qui recherchent souvent leur retour dans la capitale. Le projet n'a pas prévu de mise en place de mécanismes de financement pérennes comme la mutualisation du risque maladie et par conséquent l'effort d'amélioration des OMD risque de s'effondrer avec la fin du projet*³⁰ ». Dans une toute autre mesure, la pérennité de structures aussi importantes que l'institut universitaire du « Bon Samaritain » à N'Djaména paraît fragile, compte tenu de l'âge avancé de son promoteur, le père Gherardi, qui y joue un rôle central.

30 « Évaluation à mi-parcours du projet d'appui au secteur de la santé au Tchad », rapport provisoire du Credes, septembre 2012.



Au centre de santé de Toukra
(district Sud de N'Djaména,
la pharmacie a été pillée en 2012).



© Oliver Barthes



3.4 | Un enjeu de gouvernance

À l'occasion d'une journée de rencontre entre acteurs de la santé maternelle et reproductive organisée par l'AFD, l'ambassadeur de France au Tchad a interrogé les pouvoirs publics sur leur « *stratégie de financement de la santé* », les « *mécanismes de transfert envisagés* » et le « *système de couverture sanitaire voulu* ». Pour le diplomate, l'État tchadien ne saurait faire l'économie d'« *une réflexion sur la fiscalité permettant des revenus additionnels au financement des soins* » et sur « *la mise en place d'un système de protection sociale* ». Des interrogations sur lesquelles plusieurs participants aux journées ont rebondi pour exiger, en premier lieu, une plus grande transparence dans l'allocation et la gestion des ressources au secteur de la santé.

UN RESPECT INSUFFISANT DES ENGAGEMENTS DE L'ÉTAT ET UNE TRAÇABILITÉ DES DÉPENSES SANITAIRES DÉFAILLANTE

L'un des principaux handicaps à l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des soins dans les formations sanitaires relève d'une allocation inadéquate des ressources financières, matérielles et humaines par rapport aux besoins des populations.

Au Tchad, les ressources publiques de santé sont utilisées de façon très inégalitaire et excluent massivement les populations rurales. C'est l'un des problèmes de gouvernance majeurs auquel est confronté le secteur de la santé. « *La gouvernance du secteur public n'est pas en mesure d'assurer un déploiement des ressources*



© Matt Tomalty

tenant compte des inégalités, notamment au détriment du monde rural. Cette situation est renforcée par les fortes résistances du personnel qualifié par rapport à des affectations hors des grandes villes », jugent les rapporteurs du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD)³¹. « Le système de santé se caractérise, de l'avis des observateurs, par la faiblesse des capacités de planification, de coordination et de respect des programmations. La capacité à mettre en œuvre les objectifs proclamés est globalement réduite. Et il est difficile de s'assurer que les ressources destinées aux populations rurales atteignent réellement les bénéficiaires. Une étude réalisée par la Banque mondiale en 2003 sur le circuit et la traçabilité des dépenses sanitaires au Tchad indique que sur 3 000 Fcfa (4,5 euros) par habitant décaissés par le Trésor public pour assurer les soins de santé,

10 % arrivent au bénéficiaire final. » Un constat similaire a été fait à l'occasion d'une évaluation sur la mise en œuvre de la Stratégie nationale de réduction de la pauvreté (SNRP) qui a montré que « le taux d'exécution moyen de crédits non salariaux [était] inférieur à 45 % » et que « les taux d'arrivée des fournitures et services aux bénéficiaires sont restés extrêmement faibles (le taux de déperdition se situant entre 85-95 %) ». Conseiller au ministère de la Santé, le Dr Abdou Goudjo reconnaît que « cette question de la traçabilité des allocations de ressources traduit un sérieux problème de transparence dans certaines délégations sanitaires régionales. » En réponse, des initiatives comme l'opération « cobra » menée par le ministère de la Justice et de l'Assainissement public, ont été déployées pour sécuriser les circuits de dépenses et de recettes publiques.

31 Rapport décennal sur la mise en œuvre des Objectifs du millénaire pour le développement au Tchad, PNUD, août 2010.

Quelle gestion des produits en santé maternelle ?

L'un des griefs récurrents des acteurs de la santé maternelle et reproductive porte sur la gestion des médicaments et des consommables. Pour cause, « *l'insuffisance des dotations initiales, la mauvaise estimation des besoins des hôpitaux [et des centres de santé], les retards dans les livraisons des médicaments, la mauvaise tenue des outils de gestion, l'incapacité de la centrale pharmaceutique d'achats à satisfaire les demandes et le faible niveau de financement de la politique d'exemption* »³², auxquels s'ajoutent des problèmes de stockage des médicaments, suscitent des ruptures fréquentes.

Face à ce constat et si les pouvoirs publics veulent s'orienter vers l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement, notamment en termes de santé maternelle, « *il n'est pas seulement question d'avoir la couverture adéquate du territoire en formations sanitaires, mais aussi d'avoir une couverture efficace par l'approvisionnement des structures en médicaments et consommables* », rappelle le Dr Oscar Kayiji Tscheya, chef du projet pour l'amélioration de la santé maternelle et néonatale de la Croix-Rouge française au Tchad. À cette fin, le FNUAP a octroyé un camion frigorifique au ministère de la Santé et participe à la formation des agents pour renforcer le système de gestion logistique. Néanmoins, rares sont les programmes d'ONG qui échappent aux

défaillances dans l'approvisionnement qui impactent directement le niveau de fréquentation des structures sanitaires. Concernant les contraceptifs par exemple, le docteur Nzau, chargé de projets chez CARE international, ne cache pas sa réserve dans « *la capacité des pouvoirs publics à assurer l'approvisionnement en produits contraceptifs. Autant fermer nos programmes parce qu'il y aura des ruptures. Et quand bien même les produits seraient disponibles, encore faut-il qu'ils arrivent dans des centres de santé et des hôpitaux où du personnel a été formé à leur utilisation et à leur pose* ». Sur ce sujet, le praticien met également ces homologues des ONG en garde contre la dépendance totale vis-à-vis de partenaires comme le FNUAP, « *qui a aussi d'autres priorités* ». Car, « *à l'exception de CARE et de l'ASTBEF, toutes les organisations travaillant dans la planification familiale ont connu à un moment ou un autre des ruptures d'injectables* ». Pour se prémunir de ces ruptures qui affectent les recettes des pharmacies de ses cliniques, l'ASTBEF élabore actuellement « *un projet de sécurisation des produits, en plus de ceux mis à disposition par l'IPPF* », rapporte son ancien directeur, Noubatour Adoumtar.

32 « *Évaluation de la gratuité des soins d'urgence au Tchad 2007-2010* », OMS-AFD, février 2012.



© Croix-Rouge française

UN MANQUE D'INFORMATIONS POUR MESURER LES ÉVOLUTIONS

Un déficit statistique

Analyser les enjeux de santé publique au Tchad, *a fortiori* lorsqu'ils concernent les femmes, s'avère d'autant plus difficile que les informations statistiques font défaut pour apprécier l'évolution de la situation. « *Le problème du système d'information sanitaire est un défi majeur du système de santé au Tchad. Les données statistiques revêtent un caractère irrégulier, incomplet et peu fiable* »³³. En conséquence, toute évaluation de la situation en santé maternelle et reproductive impose de croiser des données parfois divergentes : celles des pouvoirs publics, de partenaires techniques et financiers comme l'Organisation mondiale de la santé ou la Banque mondiale, des ONG...

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Feuille de route nationale, les autorités ont prévu de renforcer le système d'information sanitaire par la formation de 360 prestataires de services à l'utilisation des supports de collecte de données, par la dotation de moyens logistiques adaptés (notamment informatiques) et par le renforcement des capacités de la division du système d'information sanitaire (DSIS) en matière de synthèse, d'analyse, d'édition et de diffusion de rapports annuels. Mais, à ce jour, peu de réels progrès ont été enregistrés et les réalités chiffrées de la santé

des femmes demeurent sujettes à caution, comme les causes de la mortalité maternelle.

Documenter les causes de la mortalité maternelle

Comme le déplorent les acteurs de terrain, à l'instar de Damien Revault du CIDR, « *nous n'avons pas les moyens de documenter les causes de la mortalité maternelle qui permettraient pourtant de les objectiver et de mesurer les avancées réalisées dans l'atteinte des objectifs fixés par la Feuille de route nationale* ». D'où son appel aux pouvoirs publics « *à mener des actions pour traduire la volonté affichée dans les faits* » et doter les acteurs de la santé des moyens nécessaires. Mais, compte tenu du *sous-effectif* des formations sanitaires et du manque d'habilitation des personnels, comment rendre systématique la revue des décès maternels dans les hôpitaux, les centres de santé et au-dehors, dans la mesure où plus de cinq femmes sur six accouchent à domicile ?

En guise de réponse, le sixième programme pays du FNUAP a intégré un volet dédié à l'« *appui à l'institutionnalisation des audits des décès maternels et néonataux* » auprès des formations sanitaires qui assurent des soins obstétricaux et néonataux d'urgence. De leur côté, plusieurs organisations de la société civile comme le BASE organisent des audits au niveau communautaire pour recenser les décès non rapportés dans les structures sanitaires.

33 « *Évaluation de la gratuité des soins d'urgence au Tchad 2007-2010* », OMS-AFD, février 2012.

« Des discussions [ont été initiées auprès des communautés] pour pouvoir se faire une idée du nombre de ces décès, mais aussi des causes (médicales, non médicales) ayant amené au décès », rapporte-t-on au BASE. « La méthodologie utilisée est celle de l'autopsie verbale qui permet, dans une certaine mesure, de connaître l'ampleur du problème et de déterminer les causes non médicales

du décès ». À cette fin, un questionnaire extrait du document national (autopsie verbale – décès maternel et néonatal) a été mis à disposition des relais communautaires du BASE pour procéder aux enquêtes dans les trois sites pilotes identifiés par l'organisation, tandis que leurs trois agents d'encadrement ont en charge la collecte des données.



Hospitalisation au centre de santé privé de Walia (Ordre de Malte) dans le district Sud de N'Djaména.

© Olivier Barthes

UN OBSERVATOIRE DÉDIÉ À LA SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS ?

Dans le cadre du projet de santé urbaine à N'Djaména, la mairie envisage la création d'un observatoire consacré à la santé et à ses déterminants.

« Cet instrument constituerait d'abord un outil d'aide à la décision, devant faciliter les choix d'orientation, ensuite d'actions et leur traduction en allocations budgétaires [...] Cette notion d'observation suppose un système de collecte systématique de données à travers un observatoire ouvert aux acteurs et une démarche d'étude des changements à travers l'analyse périodique mais continue d'indicateurs pertinents concernant les objets de l'observation [...] [Elle] permet de réaliser la mesure ponctuelle des effets des interventions et d'apprécier les mesures à entreprendre pour en intensifier les résultats. L'observation dépasse la simple capitalisation de données ou l'évaluation d'un phénomène [...] Elle comprend une notion de répétition de mesures similaires dans le temps permettant d'apprécier les évolutions [et] suppose une stratégie de diffusion des résultats auprès des décideurs, élus dans le cadre de l'élaboration et le suivi de l'exécution du programme de développement de la collectivité, responsables de ses services

pour mesurer les résultats de leurs actions, mais aussi aux autres catégories de pourvoyeurs de données sans quoi il est illusoire d'imaginer qu'ils continueront à alimenter l'observatoire.

Pour être efficace [...], l'observatoire doit donner des résultats tangibles, directement utiles pour les structures associées et, en premier lieu, le conseil communal et son administration. Un observatoire basé au sein de la mairie constitue également un outil utile pour engager des réflexions avec les partenaires de la collectivité dont le ministère de la Santé publique et les autres ministères, voire les institutions (Inseed) et les ONG intéressées (ACF, ASTBEF, BASE...) dans le cadre de la programmation de leurs actions au sein du territoire de la collectivité.

Ce processus inter-acteurs [...] suppose de préciser le champ de l'observation, sachant que celui-ci pourrait être étendu à nombre de compétences de la commune. En effet, il paraîtrait peu efficient de centrer l'observation sur la santé alors que, sans coûts supplémentaires, il pourrait tout aussi bien s'intéresser à l'éducation, pour ne prendre que ce secteur de compétence de la collectivité. Ce qui rejoint [l']idée [de] s'intéresser à la santé et à ses déterminants³⁴ ».

34 Barthes O., Gami J.-P. et Majerowicz C., « Étude de faisabilité du projet de santé urbaine à N'Djaména », rapport provisoire, AEDES, 15 août 2012.

RENFORCER LE SUIVI CLINIQUE DES PATIENT-E-S : L'EXPÉRIENCE DU GIP ESTHER

Depuis juin 2010, six sites hospitaliers pilotes (3 à N'Djaména, 2 à Moundou et 1 à Bébaïem) ont adopté le logiciel ESOPE sous la houlette du GIP Esther pour permettre un suivi clinique de quelque 7 000 patient-e-s vivant avec le VIH/Sida et une évaluation de leur prise en charge.

Dans un pays où la mise à jour des dossiers médicaux est négligée, voire inexistante, le GIP Esther s'efforce de promouvoir la collecte d'indicateurs offrant des informations élémentaires sur l'état de la prise en charge des patient-e-s : visites médicales réalisées, perdus de vues, analyses biologiques (CD4, charge virale, etc.), co-infections, accouchements de mères VIH+ et transmission du virus à l'enfant, accompagnement psychosocial des patientes...

Développée dans un nombre de sites restreint, cette initiative aurait vocation à être déployée sur tout le territoire tchadien pour permettre un suivi national des indicateurs de santé, une visibilité sur les coûts/bénéfices des programmes/projets et, *in fine*, un pilotage stratégique de la politique sanitaire par les autorités. Malheureusement, déplore Caroline Comiti, chargée de projet au GIP Esther à Paris, « *la mise en place d'ESOPE se heurte à de nombreux problèmes techniques (parc informatique vétuste, alimentation électrique incertaine...), à un manque de disponibilité et/ou de rigueur des opérateurs de saisie [malgré les formations assurées par le GIP Esther], à l'inexistence de dossiers des patients. D'où la difficulté à disposer de bases de données suivies et propres au Tchad* ».

Conclusion

« Les femmes ne meurent pas de maladies que nous ne pouvons pas traiter. Elles meurent parce que la société n'a toujours pas décidé que leurs vies méritaient d'être sauvées ».

Cette déclaration du président du comité consultatif de la recherche en santé à l'OMS, Mahmoud Fathalla, trouve un écho retentissant au Tchad. Si les indicateurs de santé maternelle y sont si dégradés, malgré les efforts déployés par le Gouvernement et les partenaires de développement, c'est que la santé des femmes n'est pas encore une priorité nationale suffisante.

Pourtant, outre les concernées et leurs familles, les questions de santé maternelle et reproductive constituent un enjeu sociétal majeur pour le pays. Le maintien d'une croissance démographique aussi soutenue qu'aujourd'hui hypothèquerait sérieusement le potentiel de développement économique du pays et sa capacité à satisfaire les besoins élémentaires des populations en matière de sécurité alimentaire, d'éducation, de santé, etc.³⁵ Comme le rappelle le démographe Jean-Pierre Guengant, *« aucun pays d'Afrique, d'Asie ou d'Amérique latine n'a pu construire un développement pérenne sans contrôle de sa démographie ».*

L'un des axes prioritaires d'intervention consiste aujourd'hui à permettre aux femmes (conformément aux énoncés de la loi sur la santé de la reproduction) de choisir librement la taille de leur famille en facilitant l'accès à des services de planification familiale et à la contraception – une démarche qui exige aussi de remporter la conviction des hommes. En ce sens, l'amélioration de la santé des Tchadiennes nécessite non seulement des changements majeurs en termes de mentalités et de comportements des populations, mais aussi un réel investissement des pouvoirs publics pour faire progresser la législation nationale peu favorable aux femmes et à leur émancipation.

35 Si les tendances actuelles se maintiennent, il faut s'attendre à un doublement de la population totale du pays dans les vingt années à venir.

En outre, promouvoir la santé des femmes implique de développer des approches multisectorielles qui considèrent la complexité et la multiplicité des facteurs en jeu : l'assainissement, l'hygiène, l'habitat, les ressources humaines à disposition du système de santé, etc. Dans cette optique, la réduction de la pauvreté économique qui affecte largement les femmes et la promotion de l'éducation des filles sont des conditions inhérentes à tout progrès en matière de santé.

Enfin, les pouvoirs publics sont appelés à accroître significativement la part des ressources financières et humaines consacrées à la santé des femmes, à assurer leur meilleure répartition – notamment à destination du monde rural – et à améliorer substantiellement le niveau de gouvernance du secteur. Si tous les acteurs concernés par cette thématique s'y engagent réellement, les objectifs de la Feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle deviendront une réalité.

En savoir plus...

- « *Analyse de l'état de santé des populations, des comportements en matière d'accès aux soins et des déterminants de la santé à N'Djaména* », Inseed/AFD, N'Djaména : <http://www.inseed-tchad.net/system/files/private/Etude%20Etat%20de%20sante%20Ndjamena.pdf>
- Barthes O., Gami J.-P. et Majerowicz C., « *Étude de faisabilité du projet de santé urbaine à N'Djaména* », rapport provisoire, AEDES, 15 août 2012.
- « *Enquête par grappes à indicateurs multiples* », Inseed/Unicef/UNFPA, avril 2012 : <http://www.inseed-tchad.net/system/files/private/Rapport%20final%20MICS%202010.pdf>
- Djibergui Amane R., « *Analyse de la situation des droits de la femme* », Intermom/Oxfam Tchad, septembre 2010.
- Djibergui Amane R., « *Analyse documentaire sur les violences basées sur le genre au Tchad* », ministère de l'Action sociale, de la Famille et de la Solidarité nationale/UNFPA, mars 2010 : <http://chad.unfpa.org/drive/analysedocumentaireVBG.doc>
- « *Document de Stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté au Tchad (2008-2011)* », N'Djaména, avril 2008.
- « *Évaluation à mi-parcours du projet d'appui au secteur de la santé au Tchad* », rapport provisoire du Cre-des, septembre 2012.
- « *Évaluation de la gratuité des soins d'urgence au Tchad (2007-2010)* », OMS-AFD, février 2012.
- « *Feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile (2008-2015)* », ministère de la Santé publique, octobre 2008 : http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1977

- Guengant J.-P., « *Population, développement et dividende démographique au Tchad. Replacer la population au centre des trajectoires de développement* », IRD/AFD, octobre 2012 : <http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PORTAILS/PAYS/TCHAD/PDF/Etude%20dividende%20démographique%20finale.pdf>
- « *Le secteur de la santé au Tchad : Analyse et perspectives dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté* », Département du développement humain, région Afrique, Banque mondiale, mars 2004 : http://siteresources.worldbank.org/INTAFRICA/Resources/chad_hnp.pdf
- « *Plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé au Tchad (2011-2020)* », ministère de la Santé publique, N'Djaména, mars 2010 : http://www.who.int/workforcealliance/countries/Chad_HRHPlan_2011_2020_draft_Fr.pdf
- « *Plan opérationnel de mise en œuvre de la feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile (2009-2015)* », ministère de la Santé publique/UNFPA/Unicef, juin 2009.
- « *Politique nationale Genre* », ministère de l'Action sociale, de la Famille et de la Solidarité nationale, décembre 2011.
- « *Rapport décennal sur la mise en œuvre des Objectifs du millénaire pour le développement au Tchad* », PNUD, août 2010 : <http://web.undp.org/africa/documents/mdg/chad-august2010.pdf>
- « *Rapport de l'évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Tchad* », ministère de la Santé publique/UNFPA/Unicef/AMDD, décembre 2011.

L'AGENCE FRANÇAISE DE DÉVELOPPEMENT (AFD)

Établissement public industriel et commercial, l'Agence Française de Développement (AFD) agit depuis soixante-dix ans pour combattre la pauvreté et favoriser le développement dans les pays du Sud et dans l'Outre-mer. Elle met en œuvre la politique définie par le Gouvernement français.

Présente sur quatre continents où elle dispose d'un réseau de 70 agences et bureaux de représentation dans le monde, dont 9 dans l'Outre-mer et 1 à Bruxelles, l'AFD finance et accompagne des projets qui améliorent les conditions de vie des populations, soutiennent la croissance économique et protègent la planète : scolarisation, santé maternelle, appui aux agriculteurs et aux petites entreprises, adduction d'eau, préservation de la forêt tropicale, lutte contre le réchauffement climatique...

En 2012, l'AFD a consacré plus de 6,9 milliards d'euros au financement d'actions dans les pays en développement et en faveur de l'Outre-mer. Ils contribueront notamment à la scolarisation de 10 millions d'enfants au niveau primaire et de 3 millions au niveau collège, et à l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable pour 1,79 million de personnes. Les projets d'efficacité énergétique sur la même année permettront d'économiser près de 3,6 millions de tonnes d'équivalent CO₂ par an.

www.afd.fr

L'ASSOCIATION TCHADIENNE POUR LE BIEN-ÊTRE FAMILIAL (ASTBEF)

Créée le 4 juin 1991, suite à une recommandation de la Conférence internationale sur le bien-être familial de 1988, l'Association Tchadienne pour le Bien-Être Familial (ASTBEF) résulte des efforts conjugués du Gouvernement – et notamment des ministères de la Santé publique, de l'Action sociale, de la Famille et de la Solidarité nationale et du Plan, de la Coopération et du Développement – et des acteurs du développement, dont l'USAID et la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF).

Reconnue comme ONG d'utilité publique, elle œuvre à la promotion des services de santé de la reproduction et à la lutte contre les IST/VIH/Sida. Sa mission s'articule autour de trois volets :

- la planification familiale ;
- la maternité à moindre risque ;
- la lutte contre les IST/VIH/Sida.

Elle intervient à N'Djaména, Moundou, Sarh, Doba, Faya, Abéché, Goré et les camps de réfugiés du Sud et de l'Est du pays, à travers les centres « Amis des jeunes », les centres d'écoute dans les camps des réfugiés et les cliniques modèles.

Par ailleurs, elle collabore avec les agences des Nations unies (Onusida, UNFPA, Unicef, Pnud), avec le Gouvernement (ministère de la Santé Publique, ministère de la Jeunesse et des Sports, ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale, ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération internationale), les Réseaux parlementaires pour les populations en développement, le Parlement des enfants, la Coordination des jeunes du Tchad et les associations des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

L'ASTBEF adhère aux principes de développement participatif et durable et d'une assistance impartiale et exempte de toute discrimination, elle est respectueuse de la culture locale et consciente de la responsabilité vis-à-vis de ses partenaires financiers et ceux auxquels elle porte assistance. Elle n'exposera pas les bénéficiaires de ses actions, y compris les enfants, à aucune forme de discrimination, d'abus ou d'exploitation.

Photo de couverture :

Mathieu Arnaudet

AFD

5, rue Roland Barthes - 75598 Paris Cedex 12 - France

Tél. : + 33 1 53 44 31 31 / Fax : + 33 1 44 87 99 39 / www.afd.fr

AFD au Tchad

Route de Farcha - BP 478 - N'Djaména - Tchad

Tél. : (235) 22 52 70 71 - 22 52 73 35 / Fax : (235) 22 52 78 31

afdndjamena@groupe-afd.org

ASTBEF

Boîte postale - 4064 Ndjamenas - Tchad

Tél. : + 235 51 43 37 / Fax : + 235 51 43 37 / astbef@intnet.td



Cette publication a été imprimée dans le respect de l'environnement
avec des encres végétales et sur papier FSC (gestion durable des forêts).

Déjà parus :



N°1 - Extrême pauvreté et développement
(AFD & ATD Quart Monde)



N°5 - Appui aux systèmes productifs locaux ou « clusters »
(AFD & ONUDI)



N°2 - Humanitaires et développeurs : comment agir ensemble en sortie de crise et de conflit
(AFD & Groupe URD)



N°6 - Entreprises et développement
(AFD & IMS-Entreprendre pour la Cité)



N°3 - Enseignement des partenariats AFD/Collectivités territoriales françaises
(AFD & Cités Unies France)



N°7 - Eau et assainissement en sortie de crise : entre urgence et développement
(AFD & Groupe URD)



N°4 - Collectivités territoriales & commerce équitable
(AFD & Plate-forme pour le commerce équitable)



N°8 - Parcs naturels régionaux de France & coopération décentralisée
(AFD & Fédération des PNR de France)



N°9 - Indications géographiques :
qualité des produits,
environnement et cultures
(AFD & Fonds Français pour
l'Environnement Mondial)



**N°13 - Pauvreté
et environnement :**
conjuguer les trajectoires
(AFD & Institut Veolia
Environnement)



**N°10 - Agendas 21
et actions internationales
des collectivités**
(AFD, Région Île-de-France
& ARENE)



**N°14 - L'économie sociale
et solidaire, un atout
pour la coopération
décentralisée**
(AFD, Région Île-de-France
& ARENE)



**N°11 - Le partenariat
avec les sociétés civiles
pour le développement**
(AFD & CCFD -
Terre Solidaire)



**N°12 - Les enfants
des rues : de la prise
en charge individuelle
à la mise en place
de politiques sociales**
(AFD & Samusocial
International)

Existe en anglais

