

Evaluation de l'état de préparation du Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) pour les soins de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) en République du Tchad

RIMTEBAYE Rihorngar Djasna

Faculté de Sciences de la Santé, Département de Politique et système de santé, Centre Interuniversitaire de Recherche Pluridisciplinaire (CIREP), RDC

RESUME

Les lignes directrices de l'évaluation de l'état de préparation du DMU 2020, "les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) ne sont pas mis en pause pendant les urgences et augmentent souvent en raison des perturbations des systèmes de santé, des déplacements et de l'effondrement de la protection sociétale et des structures sociales. Les grossesses, les complications, le risque de transmission des IST et du VIH et le souhait d'avoir accès à des contraceptifs ne s'arrêtent pas lorsqu'une urgence survient. En outre, les risques d'avortements et d'accouchements à risque et de violences sexuelles et sexistes peuvent s'aggraver en période de crise et exacerber la vulnérabilité existante des femmes, des filles et des groupes marginalisés et mal desservis. Pour atténuer ces risques, l'accès à des soins de SSR de qualité en situation d'urgence est essentiel raison pour laquelle nous avons mené cette évaluation afin d'avoir un aperçu de l'état de préparation et de la capacité nationale et/ou provinciale à garantir l'accès aux services essentiels de Santé Sexuelle et Reproductive en République du Tchad tels que décrits dans le Dispositif Minimum d'Urgence. Cette évaluation est en conformité avec l'agenda 2030 du développement durable « L'avenir que nous voulons » notamment en ses objectifs 3 « Assurer une vie saine et promouvoir le bien-être pour tous à tous les âges » et 5 « Réaliser l'égalité du genre et l'autonomisation des femmes et des filles » Le processus de cette évaluation était multipartite, multisectorielle et en équipe dont les participants étaient répartis en 2 groupes de travail basés sur leurs avantages comparés. Chaque groupe était chargé d'examiner et de trouver un consensus sur la formulation des priorités qui étaient à leur tour discutés en plénière. Le guide de l'utilisateur du manuel de l'évaluation de l'état de préparation au DMU décrit en détail le processus et ses principales étapes permettant d'identifier et de prioriser les domaines à améliorer. Nous avons consulté les documents tels que la politique/plan nationale de gestion des catastrophes, HNO & PRH-TCHAD 2024, PNDS4(2022-2030), PAO de la Direction SR, Loi 006/PR/2015 portant interdiction du mariage d'enfant au Tchad, Loi 17/PR/2001 portant statut général de la fonction publique, Plan stratégique national de santé et développement des adolescents et jeunes du Tchad(2020-2024), Politiques et normes des services de la santé de reproduction(2011), Manuel de référence pour la formation des prestataires en technologie contraceptive(2021) qui nous a permis de dégager les priorités liées au Dispositif Minimum d'Urgence en Santé Sexuelle et Reproductive qui aboutira à l'élaboration d'un plan d'action et servira comme un document normatif de plaidoyer.

Mots-clés : Etat de préparation, Dispositif Minimum d'Urgence, soins de Santé Sexuelle et Reproductive

ABSTRACT

The guidelines of the 2020 Minimum Service Initial Package. Readiness Assessment, "Sexual and reproductive health (SRH) needs are not paused during emergencies and often increase due to disruptions in health systems, displacement, and the collapse of societal protection and social structures. Pregnancies, complications, the risk of Sexual Transmitted Infection and HIV transmission, and the desire to have access to contraceptives do not stop when an emergency occurs. In addition, the risks of unsafe abortions and births and sexual and gender-based violence can worsen in times of crisis and exacerbate the existing vulnerability of women, girls, and marginalized and underserved groups. To mitigate these risks, access to quality SRH care in emergencies is critical, which is why we conducted this evaluation to gain insight into preparedness and preparedness and the national and/or provincial capacity to guarantee access to essential sexual and reproductive health services in the Republic of Chad as described in the Minimum Service Initial Package. This assessment is in line with the 2030 Agenda for Sustainable Development "The Future We Want", in particular in its Goals 3 "Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages" and 5 "Achieve gender equality and the empowerment of women and girls". The process of this evaluation was multi-stakeholder, multi-sectoral and team-based with participants divided into 2 working groups based on their comparative advantages. Each group was responsible for reviewing and reaching consensus on the formulation of priorities, which were in turn discussed in plenary. The Minimum Service Initial Package Readiness Assessment Manual User Guide details the process and its key steps for identifying and prioritizing areas for improvement. We consulted documents such as the National Disaster Management Policy/Plan, HNO & PRH-CHAD 2024, PNDS4 (2022-2030), PAO of the SR Directorate, Law 006/PR/2015 prohibiting child marriage in Chad, Law 17/PR/2001 on the general status of the civil service, National Strategic Plan for the Health and Development of Adolescents and Young People of Chad (2020-2024), Policies and Standards of Reproductive Health Services (2011), Reference Manual for the Training of Providers in Contraceptive Technology (2021) which allowed us to identify the priorities related to the Minimum Service Initial Package for Sexual and Reproductive Health which will lead to the development of an action plan and serve as a normative advocacy document.

Keywords: State of preparedness, Minimum Initial Service Package, Sexual and Reproductive Health Care

Soumis le : 01 avril, 2025

Publié le : 20 mai, 2025

Auteur correspondant : RIMTEBAYE Rihorngar Djasna

Adresse électronique : rimox2012@gmail.com

Ce travail est disponible sous la licence

Creative Commons Attribution 4.0 International.



1. INTRODUCTION

Les catastrophes et les crises n’ont jamais touché autant de personnes depuis la Seconde Guerre mondiale. D’une manière ou d’une autre, la plupart des pays sont concernés par des catastrophes, ou risquent de l’être et la majorité des pays du quintile inférieur sont profondément touchés par cette vulnérabilité. Dans le monde en 2020, on note 168 millions de personnes avaient besoin d'une aide humanitaire un nombre qui n'a cessé d'augmenter au cours de la dernière décennie. On note 70.8 millions de personnes ont été déplacées de force de leurs foyers et les conséquences humaines de ces crises sont dévastatrices, car les crises humanitaires durent plus longtemps, les dangers liés au climat émergent plus fréquemment, et les épidémies et les flambées de maladies infectieuses qui frappent de manière disproportionnée les groupes les plus marginalisés et mal desservis de la société sont de plus en plus fréquentes.

Durant les conflits, les catastrophes naturelles et autres situations d'urgence, les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) ne sont pas mis en veille et augmentent souvent en raison des perturbations des systèmes de santé, des déplacements et de l’effondrement des services de protection et des structures sociales. Les grossesses, les complications, le risque de transmission des IST et du VIH ainsi que le souhait d’avoir accès aux contraceptifs ne s’arrêtent pas lorsqu’une situation d’urgence survient. En outre, les risques d’avortements et d’accouchements non sécurisés et de violences sexuelles basées sur le genre pourraient s’aggraver en période de crise et exacerber la vulnérabilité actuelle des femmes, des filles et des groupes marginalisés et mal desservis. Pour atténuer ces risques, l’accès à des soins de SSR de qualité dans les situations d’urgence est essentiel. Toutefois, ces besoins liés à la santé sexuelle et reproductive sont facilement négligés, alors qu’ils sont souvent considérables. Enfin, les besoins hygiéniques des femmes et des jeunes filles sont souvent négligés.

Le Tchad est confronté à des crises humanitaires étroitement liées d'origine naturelle et humaine : Le déplacement forcer de la population, l’insécurité alimentaire et la malnutrition qui a conduit le Gouvernement a déclaré l’état d’urgence alimentaire en 2022, les urgences sanitaires comme la survenue de l’épidémie de l’Hépatite E à l’Est du pays notamment dans le District Sanitaire d’Adré et les catastrophes naturelles comme le cas des inondations qui sont survenues en 2022 et 2024. Environ 823,000 personnes sont estimées avoir traversé la frontière vers le Tchad depuis le début de la crise au Soudan, incluant 201379 parmi eux qui sont des retournés tchadiens. Compte tenu de la persistance des affrontements au Soudan et de l'arrivée constante de nouveaux réfugiés et de retournés, le gouvernement tchadien estime que le nombre de réfugiés et de retournés pourrait atteindre les 910 000 au Tchad d’ici la fin de l’année 2024. (Sources : OCHA)

Au Tchad en 2024, quelque 6 millions de personnes ont besoin d'une aide humanitaire. Avant le début de la crise soudanaise, le Tchad accueillait déjà un des plus grands nombres de réfugiés d'Afrique de l'ouest et centrale. La répartition des catégories des personnes déplacées durant ce round est la suivante : 126 313 personnes déplacées internes (31 781 ménages), 39 312 retournés (9 452 ménages), et 1 621 ressortissants de pays tiers (387 ménages).Les conflits, les épidémies et les désastres naturels continuent de peser fortement sur les conditions de vie, sur le niveau élevé de pauvreté au sein de la population, sur les faibles infrastructures publiques et services sociaux ainsi que sur les dynamiques de conflits intercommunautaires autour des ressources naturelles et minières. Les problématiques structurelles demeurent, comme l’accès limité des populations à des services de base de qualité, l’insuffisance de politiques publiques de développement et de protection sociale à l’attention des plus vulnérables, ainsi que de profondes inégalités de genre. (Sources : OCHA)

Selon le PA/CIPD, 1994, la santé sexuelle et reproductive (SSR) est un droit humain et comme tous les droits humains, elle s’applique aux réfugiés, aux personnes déplacées dans leur propre pays, et à d’autres personnes en situations de crise humanitaire.

En 1995, les membres de la communauté humanitaire internationale ont formé le Groupe de travail inter organisations sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG) et ont élaboré un ensemble d’interventions minimales en matière de santé reproductive à mettre en place dès le début d’une crise humanitaire, connu sous le nom de Dispositif minimum d’urgence (DMU) pour la SSR. Le DMU comprend les services de SSR les plus importants à mettre en œuvre au tout début d’une crise, dans les 48 heures, pour prévenir la morbidité et la mortalité liées à la santé sexuelle et reproductive tout en protégeant le droit de vivre dans la dignité dans les situations de crise humanitaire.

L’importance de la préparation aux crises humanitaires a été reconnue dans le cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophes 2015-2030,lors du Sommet humanitaire mondial (2016), notamment à travers l’initiative Partenariat mondial pour la préparation aux catastrophes, dans le cadre de l’OMS de gestion des urgences sanitaires et des risques de catastrophe (Health-EDRM) (2019), dans la norme pour la santé sexuelle et génésique 1 du Manuel « SPHERE,2018 » et par l’IAWG-SSR qui a produit une série de documents dont « l’Intégration de la SSR dans la gestion des risques sanitaires » et « la gestion des risques de catastrophes pour la SSR » (<http://iawg.net/areas-offocus/misp>).

1.1 Problématique

Taux de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) est de 717 en Afrique centrale et de l’ouest contre 201 dans le monde, le taux de prévalence de la contraception moderne est de 22% en Afrique centrale et de l’ouest contre 57% dans le monde ,le besoin non satisfait en planification familiale est de 22% en Afrique centrale et de l’ouest contre 11% dans le monde, le mariage d'enfants à 18 ans est de 39% en Afrique centrale et de l’ouest contre 20% dans le monde, la prévalence des Mutilations Génitale Féminine est de 23% en Afrique centrale et de l’ouest contre 55% dans le monde(Etats arabe). (IAWG.Version for field testing 2020)

L'indice de risque global INFORM (Information for Risk Management) identifie les pays à risque de crises humanitaires et de catastrophes qui pourraient dépasser la capacité de réponse nationale. Il se compose de trois dimensions - les dangers et l'exposition, la vulnérabilité et le manque de capacité d'adaptation.

Le tableau 1 montre un aperçu risque selon l’indice INFORM (2023) dans la région de l’Afrique centrale et de l’ouest, le Tchad est classé parmi les pays à un très haut risque (7,9). (Information for Risk Management Report, 2023).

Tableau 1 : risque selon l’indice INFORM (2023) dans la région de l’Afrique centrale et de l’ouest

Pays	INFORM Risk	
Bénin	3,8	Moyen
Burkina Faso	7	Très haut
Cap-Vert	2,4	Bas
Cameroun	6,5	Très haut
République centrafricaine	8,5	Très haut
Tchad	7,9	Très haut
Congo	5,1	Haute
Côte d'Ivoire	4,5	Moyen
Guinée Équatoriale	3,4	Bas
Gabon	3,1	Bas

Gambie	3,7	Moyen
Ghana	3,6	Moyen
Guinée	4,6	Moyen
Guinée-Bissau	3,8	Moyen
Libéria	4,7	Moyen
Mali	6,9	Très haut
Mauritanie	4,9	Moyen
Niger	7,5	Très haut
Nigeria	6,4	Haute
Sao Tomé et Principe	2,6	Bas
Sénégal	4,2	Moyen
Sierra Leone	4,4	Moyen
Aller	4,1	Moyen

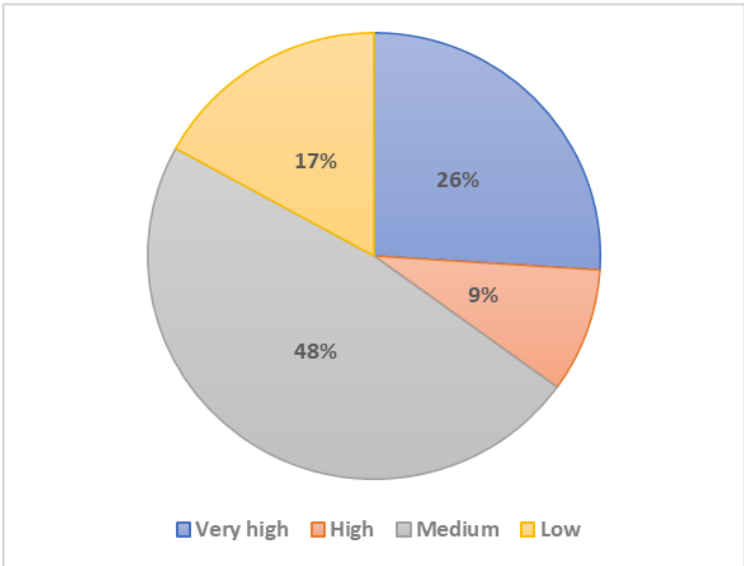


Figure 1. Risque selon l’indice INFORM (2023) dans la région de l’Afrique centrale et de l’ouest

Le tableau ci – haut montre un aperçu de la fragilité et de la capacité d'adaptation dans la région de l’Afrique centrale et de l’ouest, classe le Tchad comme le manque de capacité d’adaptation est très haut, l’institutionnel (atténuation, préparation, alerte précoce) est très haut, l’infrastructure (capacité d’intervention d’urgence et de récupération) est très haut. Cela veut dire que le Tchad est un pays à risque de crises humanitaires et de catastrophes qui pourraient dépasser la capacité de réponse nationale.

Tableau 2 : Un aperçu de la fragilité et de la capacité d'adaptation dans la région de l’Afrique centrale et de l’ouest.
Sources : (IAWG,2022)

Pays	Manque de capacité d'adaptation	Institutionnel (atténuation, préparation, alerte précoce)	Infrastructure (capacité d'intervention d'urgence et de récupération)
République centrafricaine	très haut	très haut	très haut
Tchad	très haut	très haut	très haut
Congo	très haut	très haut	haute
Guinée-Bissau	très haut	très haut	très haut
Libéria	très élevé	très haut	très haut
Niger	très haut	moyen	très haut
Aller	très haut	très haut	haute
Bénin	haute	moyen	très haut
Burkina Faso	haute	moyen	très haut
Côte d'Ivoire	haute	haute	haute
Guinée Équatoriale	haute	très haut	haute
Gabon	haute	haute	moyen
Guinée	haute	haute	très haut
Mali	haute	haute	haute
Mauritanie	haute	moyen	haute
Nigeria	haute	moyen	haute
Sierra Leone	haute	moyen	très haut
Cameroun	moyen	moyen	haute
Gambie	moyen	moyen	haute
Ghana	moyen	bas	moyen
Sao Tomé et Principe	moyen	moyen	moyen
Sénégal	moyen	moyen	moyen
Cap-Vert	bas	bas	bas

Cependant, plusieurs évaluations de la mise en œuvre du DMU ont montré que les services vitaux de SSR ne sont toujours pas disponibles ou ne sont pas mis en œuvre de manière cohérente. Ce qui augmente la morbidité et la mortalité des personnes vulnérables. Ainsi, pour identifier et adresser les lacunes, les parties prenantes-clés de la SSR sont appelées à évaluer l'état de préparation de la mise en œuvre du DMU afin de tirer des enseignements et d'apporter des améliorations nécessaires.

L'évaluation de l'état de préparation au DMU (MRA) rassemble les acteurs du gouvernement, des Nations Unies, de la société civile et du secteur privé pour évaluer l'état de préparation de leur pays à la mise en œuvre du DMU en cas d'urgence. Elle permet de réfléchir à des mesures de préparation afin de pouvoir rebondir plus facilement lors des crises et de conserver leurs acquis en matière de développement. Cette évaluation est en conformité avec l'agenda 2030 du développement durable « L'avenir que nous voulons » notamment en ses objectifs 3 « Assurer une vie saine et promouvoir le bien-être pour tous à tous les âges » et 5 « Réaliser l'égalité du genre et l'autonomisation des femmes et des filles ». Il est utilement tenu compte de l'engagement d'accélérer la réalisation de trois résultats transformateurs interdépendants de l'UNFPA à savoir : Accélération de la réduction des besoins non satisfaits en matière de planification familiale d'ici 2025 ; Accélération de la réduction des décès maternels évitables d'ici 2025 et Accélération de la réduction de la violence basée sur le genre et des pratiques néfastes d'ici 2025 et ce, en ne laissant personne pour compte et en adoptant une approche fondée sur les droits de l'Homme. Plus spécifiquement, il s'agit de réaliser le produit « D'ici 2025, renforcement des capacités des acteurs et des systèmes essentiels en matière de préparation, d'action rapide et de mise en œuvre d'interventions permettant de sauver des vies à temps, de manière intégrée, en tenant compte des conflits et du climat, des enjeux pour l'égalité des genres et pour la paix ». Par conséquent, il est important d'évaluer l'état de préparation du système de santé au Tchad à fournir des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) vitaux en cas de situation d'urgence tels que décrits dans le DMU/SSR. Ce processus se veut multipartite, multisectorielle et en équipe.

C'est dans ce cadre qu'en tant que pays(Tchad) qui connaît chaque année des crises humanitaire majeure comme le déplacement forcé de la population, l'insécurité alimentaire et la malnutrition, les urgences sanitaire et les catastrophes naturelles(inondations de 2022 & 2024),qu'il n'a jamais encore eu une évaluation de ce genre, il va de soit de mener une évaluation de l'état de préparation du Dispositif Minimum d'Urgence pour la Santé Sexuelle et Reproductive en situation de crise qui permettra de prendre des actions nécessaires afin d'élaborer un Plan d'actions de préparation au DMU pour les soins SSR.

1.2 Question de recherche

1.2.1Question principale

Quelles sont les aptitudes à intégrer au Dispositif minimum d'urgence (DMU) des services de Santé Sexuelle et Reproductive dans les situations d'urgence au Tchad ?

1.2.2Questions spécifiques

- Quelles sont les besoins, les lacunes et les priorités du Dispositif minimum d'urgence (DMU) des services de Santé Sexuelle et Reproductive dans les situations d'urgence au Tchad ?
- Quelles sont les capacités et atouts actuels du Dispositif minimum d'urgence (DMU) des services de Santé Sexuelle et Reproductive dans les situations d'urgence au Tchad ?

1.3 Objectifs de recherche

1.3.1 Objectif principal

Identifier les aptitudes à intégrer au Dispositif minimum d'urgence (DMU) des services de Santé Sexuelle et Reproductive dans les situations d'urgence au Tchad

1.3.2Objectifs spécifiques

- Procéder à une analyse du questionnaire (lacunes, besoins) du Dispositif minimum d'urgence (DMU) des services de Santé Sexuelle et Reproductive dans les situations d'urgence au Tchad
- Prioriser les lacunes devant permettre l'élaboration du plan d'action du Dispositif minimum d'urgence (DMU) des services de Santé Sexuelle et Reproductive dans les situations d'urgence au Tchad

1.4 Hypothèses de recherche

1.4.1Hypothèse principale

Les aptitudes à intégrer au Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) des services de Santé Sexuelle et Reproductive dans les situations d'urgence au Tchad pourraient aider dans l'élaboration d'un plan d'action.

1.4.2Hypothèses spécifiques

- Les besoins et les lacunes du Dispositif minimum d'urgence (DMU) des services de Santé Sexuelle et Reproductive dans les situations d'urgence au Tchad seraient prise en compte dans l'élaboration du plan d'action.
- La priorisation des lacunes permettrait à l'élaboration du plan d'action du Dispositif minimum d'urgence (DMU) des services de Santé Sexuelle et Reproductive dans les situations d'urgence au Tchad.

2. REVUE DE LA LITTÉRATURE SÉLECTIONNÉE

La revue de la littérature sur l'évaluation de l'état de préparation du Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) pour les soins de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) en République du Tchad met en lumière sur les progrès, les lacunes et les priorités afin de garantir l'accès aux services essentiels de Santé Sexuelle et Reproductive.

2.1 Identification des mots clés

À la lecture de notre thème de recherche, il ressort les concepts clés suivants : Etat de préparation, Dispositif Minimum d'Urgence, soins de Santé Sexuelle et Reproductive.

2.1.1 Définitions des concepts principaux

Dans le cadre de la rédaction de notre recherche, la définition des concepts est indispensable. Cette définition va nous permettre de dégager les variables clés de notre travail de recherche.

- **Etat de preparation:** constitue le point de départ de la programmation en SSR en situations d'urgence humanitaire et il doit être maintenu et exploité avec les services complets de SSR pendant les crises prolongées et la phase de rétablissement. (IAWG,2022)
- **Dispositif Minimum d'Urgence:** Ensemble de services et d'activités de SSR vitaux qu'il faut mettre en œuvre au début de chaque urgence humanitaire pour prévenir la surmortalité et la surmortalité liées à la santé sexuelle et reproductive. (IAWG,2022)
- **Soins de Santé Sexuelle et Reproductive:** Santé sexuelle retenue est celle de l'OMS qui implique une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles sources de plaisir, sans risques, ni coercition, discrimination et violence. (HCSP,2024)

La Santé Sexuelle et Reproductive est nécessaire dans le cadre des réponses humanitaires puisque les mécanismes de protection et de prestation de services tels que la santé, l'éducation et la police sont perturbés ; les systèmes de soutien communautaire et les mécanismes de protection s'effondrent et les besoins en Santé Sexuelle et Reproductive continuent et peuvent augmenter.

L'évaluation de l'état de préparation au Dispositif Minimum d'Urgence donne un aperçu de l'état de préparation en fournissant un aperçu de l'état de préparation et de la capacité à garantir l'accès aux services essentiels de Santé Sexuelle et Reproductive, comme indiqué dans le Dispositif Minimum d'Urgence. Le processus de préparation à la Santé Sexuelle et Reproductive est un point de départ pour un travail de préparation Santé Sexuelle et Reproductive structuré et ciblé et aide à identifier les domaines clés qui nécessitent des investissements supplémentaires et c'est un processus multipartite qui nécessite une collaboration multi-agences et implique le gouvernement, les Organisations de la Société Civile, les agences des Nations Unies, les organisations communautaires et le secteur privé.

En 1970, Geddes définissait le mot urgence par « n'importe qui, n'importe quoi, n'importe quand »¹. Selon cette définition, tous les bureaux de médecins, les cliniques privées et les cliniques sans rendez-vous sont à risque. De plus, on s'attend des médecins qu'ils aident les patients qui se présentent à leur clinique avec une urgence, et s'il se produit des complications à la suite des soins, des traitements et des interventions, la population s'attend à qu'elles soient prises en charge. Cette attente du public concorde avec une obligation définie par l'Association canadienne de protection médicale selon laquelle les médecins doivent prodiguer les soins d'urgence de base, en plus de prendre en charge efficacement les complications et les urgences prévisibles découlant des thérapies et des interventions dispensées à la population de la pratique². Le code de déontologie de l'Association médicale canadienne stipule que les médecins doivent « fournir toute l'aide appropriée possible à quiconque a un besoin urgent de soins médicaux »³.

Une réflexion sur la gestion efficace et efficiente des urgences dans tous les milieux de pratique fera ressortir des lacunes dans l'état de préparation et servira de point de départ pour évaluer les besoins particuliers à la clinique. Cet article offre des conseils fondés sur des scénarios concernant des manœuvres et des thérapies qui peuvent sauver la vie dans 3 exemples d'urgences qui pourraient se produire en médecine familiale

3. MÉTHODOLOGIE

L'évaluation de l'état de préparation du DMU est un processus qui a pour finalité d'accompagner le gouvernement du Tchad à évaluer l'état de préparation à la mise en œuvre du DMU en cas d'urgence. De ce fait, elle a offert au pays une opportunité indispensable pour mesurer et comprendre l'état de préparation actuel du pays.

3.1 Matériel et méthodes

Le processus a comporté la collecte des données à travers le remplissage du questionnaire, l'analyse desdites données qui a débouché sur l'identification des lacunes à combler et la priorisation des besoins qui permettra l'élaboration d'un plan d'action.

Le caractère multisectoriel du processus a été marqué par la participation des acteurs des ministères de la Santé, des finances, de la planification, les ONG internationales, les ordres professionnels de santé, les associations des jeunes à l'analyse des données du questionnaire et à l'atelier d'évaluation.

Par rapport à la collecte des données, il faut signaler qu'au total 32 questionnaires ont été distribués aux différents acteurs impliqués dans l'état de préparation du Dispositif Minimum d'Urgence (DMU). Le questionnaire comporte 58 questions réparties en trois sections. La section 0 porte les informations d'ordre général. La section I a abordé la préparation globale au niveau national et traite des politiques, de la coordination et des ressources. A ce titre, elle a permis de collecter une série de données portant sur l'environnement politique, les mécanismes de coordination, les données de SSR et les ressources financières. La section II a été essentiellement consacrée à la disponibilité d'offre des services SSR tels que décrits dans le DMU (voir en annexe la structure du questionnaire avec les différentes sections et sous-sections). Le questionnaire qui a été préalablement rempli par les acteurs sélectionnés, a servi d'outils de travail lors de l'atelier organisé à cet effet le 13 au 14 aout 2024.

L'organisation de cet atelier a couronné l'évaluation de l'état de préparation du DMU. Il a été marqué par quatre étapes. Il s'agit notamment de :

- Une introduction sur DMU/SSR ;
- L'examen du questionnaire en travaux de groupes, suivi de l'identification des priorités ;
- La plénière.

L'évaluation a permis aux parties prenantes de suivre les étapes de l'état de préparation à la prestation de services liés au DMU. Elle a également facilité l'identification des composantes de la prestation de services à renforcer pendant la préparation. Comme il existe de nombreux éléments communs pour assurer une prestation de services adéquate, l'aperçu sur l'évaluation s'est concentré sur une orientation générale de la préparation. La revue des questions s'est focalisée sur celles auxquelles les réponses ont été « non » et « insuffisant ». Les questions sur la disponibilité des services pour chaque objectif du DMU et à différents niveaux d'établissements de santé ont contribué de retenir des activités plus ciblées.

Les activités suggérées pour assurer les services liés au DMU sont entre autres :

- Les politiques et la législation,
- La logistique et les fournitures,
- Les effectifs;
- Les établissements de santé publics et privés,
- La prestation de services,
- L'engagement Communautaire,
- la communication et
- le matériel Information-Education et Communication.

A partir des activités suggérées, les travaux de groupes ont servi de cadre de discussion et d'analyse des données collectées pour à aboutir une réponse consensuelle qui est adaptée aux réalités du Tchad. Cette analyse a permis de ressortir les lacunes et faiblesses liées à la situation actuelle du Tchad en matière de préparation au DMU/SSR. Les lacunes et faiblesses issues des présentes actions en situation d'urgence au Tchad ont été priorisées en besoins qui permettra à l'élaboration du plan d'action.

La plénière a servi aussi de cadre pour la validation des travaux de groupes. De manière spécifique, elle a consisté à avoir les mêmes points de vue et opinions sur la hiérarchisation des besoins et validé ainsi les besoins prioritaires en fonction des manquements au DMU en situation d'éventuelles crises au Tchad.

Pour démontrer l'efficacité des travaux du groupes, il est opportun de revenir l'approche méthodologique qui a conduit à l'analyse et la priorisation de besoins.

3.1.1 Rappel de l'approche méthodologique de l'évaluation de l'état de préparation du DMU

Cette approche qualitative a été participative et inclusive. Elle est subdivisée en deux étapes. Cette approche a été déployée à travers la collecte des données suivie de l'identification des besoins et de la validation des résultats en plénière :

- Première étape : Travaux de Groupes

Cette étape est essentiellement marquée par les données collectées à travers le questionnaire DMU ont été analysées par les participants ; les besoins et les lacunes sont identifiés ; les lacunes ont été classées par ordre de priorité à l'aide d'une méthode de priorisation.

- Deuxième étape : Les lacunes prioritaires identifiées devant servir à l’élaboration du plan d’action ont été validées en plénière.

Il faut rappeler que la méthode de priorisation MoSCoW a été utilisée pour parvenir à une compréhension commune en vue d’avoir un consensus des besoins priorités. Cette priorisation est basée sur le procédé d’analyse suivante :

Mo : Must Have. Les aspects les plus essentiels dont vous ne pouvez pas vous passer ;

S : Should Have. Les aspects que vous considérez importants mais pas essentiels;

C : Could Have. Les aspects qu’il est bon de maîtriser;

W : Won’t Have. Les aspects ayant peu ou pas de valeurs et auxquels vous pouvez renoncer

De cette méthode de priorisation des besoins, une fois les réponses du questionnaire DMU analysées, elles ont été traduites en activités de préparation réalisables. Pour ce faire : les réponses fournies dans chaque section et sous-section du questionnaire DMU ont été analysées de manière réfléchie ; les capacités et les atouts actuels (la plupart des questions auxquelles on a répondu par « oui » ou « idéal »), ainsi que les besoins et les lacunes (questions auxquelles on a répondu par « non » ou « je ne sais pas ») ont été identifiées ; les domaines sur lesquels concentrer les ressources et les efforts de préparation ont été identifiés.

Après l’analyse des données collectées, les lacunes ont été identifiées et traitées par niveau d’importance en fonction des sous-sections.

Les lacunes identifiées ont été classées par priorités P1, P2, P3 ou P4 selon les indications ci-dessous :

- **Priorité 1 (P1) Essentiel (E):** Ces questions sont essentielles à traiter pour assurer la préparation au DMU.
- **Priorité 2 (P2) —Important (I):** les questions qui sont importantes, mais pas essentielles, pouvant être traitées plus tard
- **Priorité 3 (P3) Connexe (Co):** les questions qu’il serait bon de traiter, mais qui ne sont pas absolument nécessaires dans le contexte Tchadien.
- **Priorité 4 (P4) Facultatif (A):** les questions qui apportent peu ou pas de valeur ajoutée et qui ne nécessitent pas d’action à ce stade.

A la fin de la priorisation des besoins/lacunes les résultats de l’évaluation et des justifications ont été discutés en plénière et validés.

Ainsi, ces éléments permettront d’élaborer un plan d’action conçu et précise clairement les responsables de chaque action, les délais, ressources nécessaires. Il découle des lacunes prioritaires identifiées dans les quatre priorités, et décide des actions à mener.

3.1.2 Sources des données

Nous avons fait une analyse documentaire notamment dans les revues scientifiques, rapports d’organisations internationales (OMS, UNFPA) et les documents stratégiques nationaux.

Concernant les critères de sélection, nous avons sélectionné les publications liées à l’évaluation de l’état de préparation du Dispositif Minimum d’Urgence (DMU) pour les soins de Santé Sexuelle et Reproductive au cours des 10 dernières années.

3.2 Procédure de collecte des données

Analyse documentaire : Evaluation de l’état de préparation du Dispositif Minimum d’Urgence (DMU) pour les soins de Santé Sexuelle et Reproductive à travers des rapports, thèses, mémoire et articles publiés.

4. PRINCIPAUX RÉSULTATS

L’évaluation de l’état de préparation au DMU en tant qu’initiative nationale a été effective grâce aux efforts et la participation des acteurs clés. Quand bien même le Tchad est présentement exposé à divers types de crise humanitaire, telles que les catastrophes naturelles, le déplacement forcé de la population, la crise sanitaire, d’autres risques et conflits, la conduite d’une telle initiative axée sur la préparation est tout à fait nouvelle dans le pays.

Les résultats globaux de l’évaluation ont démontré que le Tchad dispose, de manière générale, des politiques relatives à la gestion des situations d’urgence. Toutefois, la préparation à l’état d’un dispositif minimum d’urgence en SSR est assez rare voire inexistante.

Le tableau 3 montre l’évaluation de l’état de préparation au DMU pour les soins de SSR en situation de crise au Tchad en date du 13 au 14 Aout 2024 a permis d’identifier des besoins de préparation du pays. Ces besoins ont été ensuite priorités conformément au tableau ci-dessous :

Tableau 3 : l’évaluation de l’état de préparation au DMU pour les soins de SSR en situation de crise au Tchad

Priorité 1 (P1) : Essentiel (E) (Les aspects les plus essentiels dont vous ne pouvez pas vous passer)	Priorité 2 (P2) : Important (I) (Les aspects que vous considérez importants, mais pas essentiels)
• Elaborer des politiques ou des plans de SSR prévoyant des dispositions pour la gestion des catastrophes et/ou les interventions d’urgence. • Réévaluer les processus d’approvisionnement des intrants SSR des PPA vers les formations sanitaires. • Accélérer les travaux de finition et les équipements du laboratoire national de santé publique • 25-Le programme de formation aux soins de santé ou d’autres formations pertinentes, y compris sur des plateformes en ligne, destinés au personnel de santé intègrent-ils la gestion des urgences sanitaires et/ou le DMU • Espaces confidentiels et sûrs au sein des établissements de santé pour recevoir et fournir aux survivants de violences sexuelles des soins cliniques et une orientation appropriée • Fournitures/équipements (par exemple, pour les soins cliniques) • Transfusion sanguine sûre et rationnelle en place • ARV pour les utilisateurs continus • Fourniture d’une prophylaxie au cotrimoxazole pour les infections opportunistes chez les patients séropositifs ou déjà diagnostiqués comme tels	• Associer les organisations de la société civile et les organisations communautaires qui travaillent/représentent les groupes marginalisés et mal desservis (par exemple, les femmes et les hommes handicapés, les personnes vivant avec le VIH, les personnes de diverses orientations sexuelles [SOGIESC], les groupes de jeunes, les chefs religieux, les professionnels du sexe, les minorités ethniques, etc.) dans les mécanismes de coordination. • Améliorer les outils de collecte de données (par exemple, les formulaires sanitaires) pour l’intervention d’urgence en intégrant les indicateurs liés au DMU (voir la Checklist du DMU). (les registres) • Personnel médical qualifié (par exemple, personnel qualifié pour les accouchements, SONUB, SONUC)

Priorité 3 (P3) : Connexe (Co) (Les aspects qu’il est bon de maîtriser)	Priorité 4 (P4) : Facultatif (A) (Les aspects ayant peu ou pas de valeur et auxquelles vous pouvez renoncer)
• Prendre en compte dans les évaluations des risques actuelles, les impacts sur les différentes populations (par exemple, les femmes, les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH, les personnes de diverses orientations sexuelles [SOGIESC], les jeunes, les professionnels du sexe, les minorités ethniques, etc.). • Améliorer les formulaires d’évaluation rapide des besoins pour les interventions d’urgence (évaluations rapides et évaluations du secteur de la santé) prenant en compte les données désagrégées par sexe, âge et handicap (SADD) et des questions clés sur la SSR. • Existe-t-il un système d’orientation clair et actualisé pour les services VIH/ ARV susceptibles d’être utilisés en cas de situations d’urgence • Précautions standard11 systématiquement appliquées • Existence de matériel IEC relatif aux services de santé maternelle et néonatale prioritaires destinés aux femmes et aux filles enceintes pour chaque groupe linguistique des zones les plus à risque	• Il n’existe pas un système d’orientation clair qui pourrait être mis à profit en cas de situation d’urgence • Il n’existe pas du matériel IEC décrivant les types de services disponibles et les moyens de les obtenir, susceptibles d’être mis à profit en cas de situations d’urgence • Aspiration, dilatation et évacuation • Procédures d’induction telles que recommandées par l’OMS • Personnel médical qualifié (par exemple, formé aux procédures médicales, à la clarification des valeurs de l’avortement et à la transformation des attitudes) • Établissements (par exemple, cliniques, lignes d’assistance téléphonique, etc.) • Fournitures/équipements

Il ressort de cet exercice la synthèse des besoins dans le tableau ci-après :

Les besoins les plus essentiels dont on ne peut pas se passer, les besoins importants mais pas essentiels :

- Elaborer des politiques ou des plans de SSR prévoyant des dispositions pour la gestion des catastrophes et/ou les interventions d’urgence.
- Réévaluer les processus d’approvisionnement des intrants SSR des PPA vers les formations sanitaires.
- Accélérer les travaux de finition et les équipements du laboratoire national de santé publique
- Améliorer le programme de formation aux soins de santé ou d’autres formations pertinentes, y compris sur des plateformes en ligne, destinés au personnel de santé intègrent-ils la gestion des urgences sanitaires et/ou le DMU
- Améliorer les espaces confidentiels et sûrs au sein des établissements de santé pour recevoir et fournir aux survivants de violences sexuelles des soins cliniques et une orientation appropriée
- Doter les FOSA des fournitures/équipements (par exemple, pour les soins cliniques)
- Mettre en place de transfusion sanguine sûre et rationnelle
- Rendre disponible les ARV en permanence pour les PVVIH
- Rendre disponible la prophylaxie au cotrimoxazole pour les infections opportunistes chez les patients séropositifs ou déjà diagnostiqués
- Associer les organisations de la société civile et les organisations communautaires qui travaillent/représentent les groupes marginalisés et mal desservis (par exemple, les femmes et les hommes handicapés, les personnes vivant avec le VIH, les personnes de diverses orientations sexuelles [SOGIESC], les groupes de jeunes, les chefs religieux, les professionnels du sexe, les minorités ethniques, etc.) dans les mécanismes de coordination.
- Améliorer les outils de collecte de données (par exemple, les formulaires sanitaires) pour l’intervention d’urgence en intégrant les indicateurs liés au DMU (voir la Checklist du DMU). (les registres)
- Former tous les prestataires de soins en SONU;DMU;CPNr

De l'analyse de ces besoins ils ressorts les défis ci-après :

- Inexistence des politiques ou des plans de SSR prévoyant des dispositions pour la gestion des catastrophes et/ou les interventions d’urgence,
- Insuffisance d’un mécanisme de coordination responsable de la gestion des catastrophes pendant la crise,
- Insuffisance d’un mécanisme de gestion des catastrophes,
- Insuffisance d’un mécanisme d’approvisionnement rapide en fournitures et équipements de SSR et/ou en trousse IARH (par exemple, pré-positionnement, stocks tampons, accords permanents, fournisseurs pré-identifiés, etc.),
- Insuffisance d’une ligne budgétaire pour soutenir la préparation aux situations d’urgence en matière de santé et/ou de SSR au niveau national ou provincial
- Insuffisance d’un mécanisme de coordination (par exemple, un groupe de travail sur la SSR) pour discuter de la SSR dans les situations d’urgence au niveau national lorsqu’il s’agit de la Préparation ; Réponse ; Recouvrement,
- Manque d’un mécanisme de pérennisation des actions de la SSR (reprise lorsque la réponse passe des services aigus à des services plus complets),
- Absence de mécanisme de coordination avec les organisations de la société civile et les organisations communautaires qui travaillent/représentent les groupes marginalisés et mal desservis (par exemple, les femmes et les hommes handicapés, les personnes vivant avec le VIH, les personnes de diverses orientations sexuelles [SOGIESC], les groupes de jeunes, les chefs religieux, les professionnels du sexe, les minorités ethniques, etc.),
- Insuffisance des outils de collecte de données (par exemple, les formulaires sanitaires) pour l’intervention d’urgence en intégrant les indicateurs liés au DMU (voir la Checklist du DMU).
- Manque d’intégration de programme de formation aux soins de santé ou d’autres formations pertinentes, y compris sur des plateformes en ligne, destinés au personnel de santé intègrent-ils la gestion des urgences sanitaires et/ou le DMU,
- Manque des espaces confidentiels et sûrs au sein des établissements de santé pour recevoir et fournir aux survivants de violences sexuelles des soins cliniques et une orientation appropriée,
- Insuffisance des fournitures/équipements dans les FOSA (par exemple, pour les soins cliniques),
- Insuffisance de la mise en place d’une transfusion sanguine sûre et rationnelle en place,
- Rupture fréquente des ARV pour les PVVIH,
- Rupture d’une prophylaxie au cotrimoxazole pour les infections opportunistes chez les patients séropositifs ou déjà diagnostiqués,
- Insuffisance en formation des prestataires de soins (par exemple SONUB, SONUC, DMU, PF, CPNr).

5. DISCUSSION

L’environnement politique national en matière de préparation aux situations d'urgence est amélioré et les résultats de l’évaluation présentent une analyse des politiques existantes visant à soutenir la préparation aux situations d'urgence. Dans l’ensemble, l’exercice a permis de mieux comprendre les tenants et les aboutissants de la mise en oeuvre du DMU en SSR afin identifier les lacunes qui doivent être comblées.

En référence aux discussions constructives sur la pertinence du dispositif DMU et les réponses consensuelles au questionnaire ont permis de renforcer les capacités et les connaissances autour du DMU en SSR. Pour les acteurs de la santé, elle a été une occasion de mieux comprendre les services de SSR requis en situation d'urgence et de reconnaître que la fourniture de services de SSR en cas d'urgence sauve des vies. Commentaire il, faut faire référence au discussion chaude sur la pertinence d'un dispositif DMU à part et les réponses données.

- L'évaluation MRA a rassemblé les différents acteurs et a contribué à mieux comprendre ce que fait chaque entité et comment elles peuvent mieux collaborer et créer des synergies entre leurs différents mandats. Cette évaluation a permis une ouverture du ministère en charge de la santé sur les autres
- Importante participation au sein des groupes de composition multisectorielle a été une chance pour des résultats consensuelle, ce ne que pourrait pas donner une réponse individuelle aux questions. Donc l'approche d'atelier a été payant

6. RECOMMANDATIONS

- Mettre sur pied des politiques ou des plans de SSR prévoyant des dispositions pour la gestion des catastrophes et/ou les interventions d'urgence,
- Mettre sur pied un mécanisme de coordination responsable de la gestion des catastrophes pendant la crise,
- Mettre sur pied un mécanisme de gestion des catastrophes,
- Mettre sur pied un mécanisme d'approvisionnement rapide en fournitures et équipements de SSR et/ou en troussees IARH (par exemple, pré-positionnement, stocks tampons, accords permanents, fournisseurs pré-identifiés, etc.),
- Créer une ligne budgétaire pour soutenir la préparation aux situations d'urgence en matière de santé et/ou de SSR au niveau national ou provincial,
- Mettre sur pied un mécanisme de coordination (par exemple, un groupe de travail sur la SSR) pour discuter de la SSR dans les situations d'urgence au niveau national lorsqu'il s'agit de la Préparation ; Réponse ; Recouvrement
- Mettre sur pied un mécanisme de pérennisation des actions de la SSR (reprise lorsque la réponse passe des services aigus à des services plus complets),
- Mettre sur pied un mécanisme de coordination avec les organisations de la société civile et les organisations communautaires qui travaillent/représentent les groupes marginalisés et mal desservis (par exemple, les femmes et les hommes handicapés, les personnes vivant avec le VIH, les personnes de diverses orientations sexuelles [SOGIESC], les groupes de jeunes, les chefs religieux, les professionnels du sexe, les minorités ethniques, etc.),
- Rendre disponible les outils de collecte de données (par exemple, les formulaires sanitaires) pour l'intervention d'urgence en intégrant les indicateurs liés au DMU (voir la Checklist du DMU).
- Intégrer le programme de formation aux soins de santé ou d'autres formations pertinentes, y compris sur des plateformes en ligne, destinés au personnel de santé intègrent la gestion des urgences sanitaires et/ou le DMU,
- Créer des espaces confidentiels et sûrs au sein des établissements de santé pour recevoir et fournir aux survivants de violences sexuelles des soins cliniques et une orientation appropriée,
- Mettre en place une transfusion sanguine sûre et rationnelle,
- Rendre disponible les ARV pour les personnes vivantes avec le VIH,
- Rendre disponible la prophylaxie au cotrimoxazole pour les infections opportunistes chez les patients séropositifs ou déjà diagnostiqués;
- Former les prestataires de soins en SONU, DMU, PF et CPNr.

7. CONCLUSION

Le processus de l'évaluation de l'état de préparation du Dispositif minimum d'urgence (DMU) au Tchad a permis d'apprécier l'état de préparation et de la capacité nationale à garantir l'accès aux services essentiels de SSR tels que décrits dans le DMU. Il a conduit à identifier les domaines clés nécessitant des améliorations pour servir de point de départ à un travail structuré et ciblé de préparation du Tchad en matière de SSR.

L'approche méthodologique a été participative et inclusive. Elle est subdivisée en deux étapes. Cette approche a été déployée à travers la collecte des données suivie de l'identification des besoins et de la validation des résultats en plénière. Les lacunes ont été classées par ordre de priorité à l'aide d'une méthode de priorisation.

De l'analyse des résultats, il ressort que trois lacunes prioritaires ont été validées en fonction des sous-sections à l'issue de la plénière.

Les besoins prioritaires P1 s'articulent autour de l'absence d'une stratégie nationale du DMU en SSR avec un mécanisme de gestion efficace débouchant sur un programme de renforcement de capacités de personnels et acteurs de la santé qui sont compétents à offrir des services SSR conformément aux objectifs du DMU. Les lacunes prioritaires P2 identifiées se réfèrent à la disponibilité et à l'accessibilité des services SSR en situation d'urgence. Les besoins prioritaires P3 relevés portent sur la mobilisation des ressources nécessaires pour soutenir l'offre de services SSR tels que précisés dans les objectifs du DMU.

Au regard des résultats de l'évaluation du DMU, la nécessité d'élaborer un plan d'action significatif pour renforcer la préparation du dispositif minimum en matière de santé sexuelle et reproductive constitue une étape préalable pour garantir de meilleures réponses en situation de crise et gestion des catastrophes de nature diverse.

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers toutes les personnes et institutions qui ont contribué à la réalisation de cette recherche.

Mes remerciements s'adressent en premier lieu aux experts en santé publique, les experts en santé de la reproduction, et les responsables des organisations humanitaires partageant leurs expériences et leurs points de vue éclairés sur l'évaluation de l'état de préparation du Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) pour les soins de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) en République du Tchad. Leur expertise a grandement enrichi cette étude.

Un merci particulier à mes directeurs et encadrants académiques, pour leurs conseils avisés, leur patience, et leur accompagnement tout au long de ce travail. Je tiens également à remercier mes collègues et amis pour leurs encouragements constants et leurs échanges constructifs.

Enfin, je dédie ces remerciements à ma famille, pour son soutien moral et inconditionnel, qui a été une source de motivation tout au long de ce projet. À tous, je suis profondément reconnaissant

REFERENCES /Bibliographie

- Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings. <https://iawgfieldmanual.com/manual>. 17octobre 2022
- Minimum Initial Service Package for Sexual and Reproductive Health In Crisis Situations: A Distance Learning Module <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-distance-learning-module> .17 October 2022
- Minimum Initial Service Package (MISP) Calculator. <https://iawg.net/resources/misp-calculator> 22 Novembre 2019
- Checklist for Monitoring Implementation of the Minimum Initial Service Package (MISP) for Sexual and Reproductive Health <https://iawg.net/resources/misp-implementation-checklist> 17 octobre 2022
- Interagency Guidelines for emergency RH kits. <https://www.unfpaprocurement.org/humanitarian-supplies> 17 octobre 2022

- Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: 2020 Edition
- <https://iawg.net/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health-asrhtoolkit-for-humanitarian-settings-2020-edition>
- Ministère de la santé publique du Tchad. 2022.Liste National des Médicaments Essentiels 2022-Tchad .01 .09 .2022
- Republique du Tchad. 2002.Loi n°006/PR/2002 du 15 avril 2002 portant promotion de la santé de reproduction.
- Ministère de la santé publique du Tchad. 2019.Plan Stratégique Santé Dev Jeunes Tchad VF 29Aout 2019
- Ministère de la santé publique du Tchad. 2016.Tchad-Politique-Nationale-de-Sante-2016-2030.Mars 2016
- Ministère de la santé publique du Tchad. 2023.PNDS 4 VF 18 03 2023 Bon