

 **OUADDAÏ ET WADI FIRA, AU TCHAD**

Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive

ÉVALUATION DU PROCESSUS

JUILLET 2025

Table des Matières

Abréviations et acronymes	1
Résumé	2
1. Introduction	4
1.1 Aperçu de la santé sexuelle et reproductive au Tchad	4
1.2 Contexte humanitaire au Tchad	5
1.3 Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive	5
2. But et objectifs de l'évaluation	6
3. Méthodes	6
3.1 Conception de l'étude	6
3.2 Procédures de collecte des données	6
3.2.1 Entretiens avec des informateurs clés	6
3.2.2 Évaluations des structures sanitaires	7
3.2.3 Groupes de Discussion Dirigés	7
3.3 Procédures d'analyse des données	7
3.4 Considérations éthiques	7
4. Résultats	8
4.1 Sensibilisation et connaissances relatives au DMU	8
4.2 Objectif 1 : Coordination du DMU et des activités connexes	8
4.2.1 Kits d'urgence de santé reproductive du Groupe interorganisations (Kits de SR) et autres fournitures de santé sexuelle et reproductive	9
4.3 Infrastructure et fonctionnement globaux des structures sanitaires	9
4.3.2 Participation de la communauté à la prestation des services	10
4.3.3 Accès aux services de santé sexuelle et reproductive	11
4.4 Objectif 2 : Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des survivantes	12
4.5 Objectif 3 : Prévenir la transmission du VIH et d'autres IST et réduire la morbidité et la mortalité qui en découlent	13
4.6 Objectif 4 : Prévenir la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales excessives	14
4.7 Objectif 5 : Prévenir les grossesses non désirées	17
4.8 Objectif 6 : Planifier l'intégration de services complets de santé sexuelle et reproductive dans les soins de santé primaires	19
4.9 Priorité supplémentaire : Fournir des soins d'avortement sécurisé dans toute la mesure permise par la loi	19
4.10 Facteurs facilitant et obstacles à la mise en œuvre du DMU	20
4.10.1 Facteurs facilitants	20
4.10.2 Obstacles	20
4.11 Préoccupations générales parmi la population cible	21
Limites	21
5. Conclusions et recommandations	22
Références	26

Abréviations et acronymes

CPN	Consultations prénatales	EIC	Entretien avec un informateur clé
ARV	Antirétroviral	SMK	Soins mère kangourou
SONUB	Soins obstétriques et néonataux d'urgence de base	FPN	Faible poids à la naissance
SONUC	Soins obstétriques et néonataux d'urgence complets	DMU	Dispositif minimum d'urgence
ReCo	Relais Communautaires	MSP	Ministère de la Santé Publique
CNARR	Commission nationale pour l'accueil et la réinsertion des réfugiés et des rapatriés	AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine
COUSP	Centre des opérations d'urgence de santé publique	ONG	Organisation non gouvernementale
DOSSMF	Direction de l'Organisation des Services de Santé et des Mécanismes de Financement	SPA	Soins post-avortement
DMPA-SC	Contraceptif auto-injectable (acétate de médroxyprogestérone à effet prolongé)	PPE	Prophylaxie post-exposition au VIH
DSR	Direction de la santé reproductive	PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
CU	Contraception d'urgence	PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
SONU	Soins obstétriques et néonataux d'urgence	PN-PTME	Programme national de prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant
GDD	Groupes de discussion dirigés	PPA	Pharmacies provinciales d'approvisionnement
VBG	Violence basée sur le genre	PSLSH/IST	Programme Sectoriel de Lutte contre le SIDA, hépatites virales et infections sexuellement transmissibles
ESS	Évaluation des structures sanitaires	SSR	Santé sexuelle et reproductive
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine	SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs
IAWG	Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire	IST	Infection sexuellement transmissible
Kits de SR	Kits de santé reproductive du groupe interorganisations	AT	Accoucheuse traditionnelle
OIM	Organisation internationale pour les migrations	UNFPA	United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour la population)
VPI	Violence entre partenaires intimes	HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
DIU	Dispositif intra-utérin	USG	Gouvernement des États-Unis
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques	WASH	Eau, assainissement et hygiène
IC	Informateurs clés	OMS	Organisation mondiale de la santé

Auteurs

Sara Casey, RAISE Initiative, Heilbrunn Department of Population and Family Health, Columbia University
 Tourmal Irène Baguirime, Research Assistant

Ce travail a été réalisé pour le compte de l'équipe spéciale Santé sexuelle et reproductive du Cluster Santé mondiale (GHC SRH TT). Les auteurs remercient les membres de cette équipe spéciale, les membres des groupes de travail nationaux sur la santé sexuelle et reproductive ainsi que les relecteurs pour leurs précieuses contributions.

Résumé

Cette évaluation a examiné la mise en œuvre du dispositif minimum d'urgence (DMU) en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) dans le cadre de la réponse à la crise des réfugiés soudanais dans l'est du Tchad. Avec plus de 800 000 nouveaux arrivants depuis avril 2023, l'évaluation s'est concentrée sur huit camps de réfugiés situés dans les provinces de Ouaddaï et de Wadi Fira, chacun comptant une population comparable à celle des plus grandes villes du Tchad. Nous avons utilisé une approche méthodologique mixte comprenant des entretiens avec 16 informateurs clés d'ONG/ONU, 9 évaluations des structures sanitaires, ainsi que 10 groupes de discussion dirigés avec des réfugiés.

L'infrastructure humanitaire existante a permis une réponse rapide en matière de santé sexuelle et reproductive dès le début de la crise au Tchad, notamment grâce au déploiement de sage-femmes expérimentées et à la fourniture de kits d'urgence de santé reproductive du groupe interorganisations (Kits de SR) par le UNFPA. Cependant, les graves pénuries de personnel qualifié, les infrastructures insuffisantes des structures sanitaires, les priorités concurrentes, la portée limitée des sensibilisations communautaires et les coupes budgétaires ont considérablement mis à rude épreuve

Le dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) en situations de crise, élaboré par le groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise (IAWG), comprend les besoins minimaux et vitaux en matière de santé sexuelle et reproductive auxquels les acteurs humanitaires doivent répondre dès le début d'une situation d'urgence (dans les 48 heures, lorsque cela est possible). Il comprend six objectifs clés : 1) la coordination, 2) la prévention des violences sexuelles, 3) la réduction de la transmission du VIH/IST, 4) la prévention des grossesses non désirées, 5) l'assurance d'un accouchement sans risque et 6) la planification de services complets en matière de santé sexuelle et reproductive. Le DMU fournit une feuille de route permettant aux communautés d'assurer des soins essentiels en situation de crise, tout en posant les fondations pour une transition vers des services de SSR plus complets (idéalement dans un délai de 3 à 6 mois) à mesure que les communautés se rétablissent.

la réponse humanitaire. Cela a entraîné une coordination ad hoc, en particulier sur le terrain, où la coordination en matière de SSR a été intégrée aux réunions plus larges du Groupe sectoriel Santé (Health Cluster). Les coupes budgétaires ont provoqué la fermeture de structures sanitaires, la réduction de personnel, ainsi que des ruptures de stock, menaçant la durabilité de la réponse dans un contexte de population réfugiée croissante.

La plupart **des structures sanitaires** (8 sur 9) fonctionnaient 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avec au moins une sage-femme, l'énergie solaire, l'eau et des services gratuits pour les réfugiés et les communautés d'accueil. Cependant, le personnel était insuffisant pour faire face à la charge de travail. Bien que les sage-femmes soutiennent généralement la SSR et déclarent fournir des services de DMU, seules 41 % d'entre elles avaient suivi une formation sur le DMU et seulement 27 % démontraient des connaissances adéquates en matière de SSR. Certaines sage-femmes nouvellement affectées ne possédaient pas les compétences essentielles en matière de SSR, ce qui soulève des inquiétudes quant au recrutement et à la supervision.

- La plupart des structures sanitaires proposaient **la prise en charge clinique des victimes de viol**, y compris la contraception d'urgence, la prophylaxie post-exposition au VIH (PPE) et les orientations vers un soutien psychosocial, malgré le fait que le personnel formé à la prise en charge psychosociale et à la gestion de cas était insuffisant. De plus, le suivi des orientations était faible. Selon les groupes de discussion dirigés (GDD) avec les réfugiés, la violence basée sur le genre (y compris la violence entre partenaires intimes) était répandue et sous-déclarée, et l'accès à la justice et à des soins complets était limité.
- Les structures sanitaires disposaient d'une infrastructure de base pour le contrôle des infections et offraient **des services de dépistage et de traitement liés au VIH/IST**, y compris les antirétroviraux (ARV). Toutefois, l'insuffisance de kits de dépistage du VIH limitait l'accès à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). Les préservatifs, bien que disponibles, n'étaient distribués qu'au sein des structures sanitaires, ce qui réduisait leur accès. Les réfugiés ont exprimé leur confusion quant à la prévalence locale du VIH et aux options de traitement.
- **Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)** étaient largement disponibles, mais les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) ainsi que la prise en charge des nouveau-nés de faible poids à la naissance étaient limités aux hôpitaux de référence, souvent situés loin des camps. Les défis comprenaient le manque de sage-femmes formées, les retards dans l'orientation vers les

hôpitaux et la réduction des formations en raison des coupes budgétaires. Les réfugiés ont indiqué que les longues distances et le coût élevé du transport étaient les raisons pour lesquelles ils recouraient aux accouchements à domicile. Dans quelques camps, les réfugiés ont fait part de leur insatisfaction à l'égard des services de maternité.

- **Les moyens de contraception** étaient largement disponibles dans les structures sanitaires, mais les ruptures de stock des méthodes les plus courantes étaient fréquentes. Les sage-femmes facilitaient l'accès à la contraception, mais les lacunes en matière de formation ainsi que les coupes budgétaires du gouvernement des Etats-Unis (USG) ont affecté la fourniture des services. Les femmes réfugiées soutenaient l'usage de la contraception malgré la stigmatisation et les perceptions mitigées de la population masculine.
- **Les soins post-avortement** étaient généralement disponibles, mais **les soins d'avortement sécurisé** étaient largement absents en raison de l'ambiguïté juridique et du manque de formation. Les réfugiés ont signalé que les avortements non sécurisés étaient courants, en raison de la stigmatisation, de la peur et du manque d'accès.

Malgré la disponibilité précoce des fournitures nécessaires à la mise en œuvre du DMU, l'afflux continu de réfugiés, les capacités de stockage limitées et les difficultés de livraison finale ont entraîné des ruptures fréquentes de stock, en particulier pour les moyens de contraception. Ces difficultés ont également suscité des inquiétudes quant à l'approvisionnement futur, notamment après les coupes budgétaires du gouvernement américain.

Les longues distances, les coûts de transport et la surpopulation dans les structures sanitaires ont également entravé **l'accès aux services**. L'accès aux services pourrait devenir encore plus difficile pendant la saison des pluies, car les inondations limitent les déplacements.

Des opportunités existent pour approfondir la participation des réfugiés, pour clarifier les lois sur l'avortement et réduire la stigmatisation. **L'engagement communautaire** est essentiel pour s'assurer que les réfugiés comprennent quand et comment accéder aux soins. Cependant, à l'heure actuelle, les efforts plus larges visant à impliquer les communautés à grande échelle et à normaliser la SSR sont minimes.

Les relais communautaire (ReCo) et les assistantes en maternité réfugiés ont joué un rôle essentiel dans le rapprochement entre les services de santé et les communautés de réfugiés. Ils ont soutenu l'éducation sanitaire, l'orientation vers des spécialistes et les soins de maternité, agissant souvent comme des intermédiaires de confiance en raison de leur langue commune et de leur familiarité avec la culture. Cependant, leur impact a été limité par des rémunérations faibles et des réductions de personnel due aux coupes budgétaires, ce qui a restreint leur capacité de sensibilisation et de suivi. Les structures sanitaires comptaient en moyenne 15 ReCo, ce qui était insuffisant pour des populations de camps dépassant 30 000 personnes.

Au Tchad, plusieurs informateurs clés ont souligné que la réponse conservait encore le caractère d'une intervention d'urgence. Bien que le DMU ait été mis en œuvre relativement rapidement, l'arrivée croissante de réfugiés et les récentes réductions de l'aide ont érodé la prestation des services. Les principaux obstacles comprennent le manque de sage-femmes qualifiées, l'insuffisance des fournitures, la faible coordination et l'engagement insuffisant de la communauté. Le renforcement des capacités des sage-femmes, la garantie d'un financement durable et l'amélioration des chaînes d'approvisionnement sont essentiels pour maintenir les services vitaux de SSR.

Cette évaluation met en évidence la nécessité d'une mise en œuvre rigoureuse et efficace du DMU au Tchad. Ce dispositif représente un pilier fondamental de la réponse humanitaire, constituant un mécanisme vital pour la restauration progressive des services de SSR, la protection des droits des femmes et des filles, ainsi que la garantie d'un accès équitable et continu à l'ensemble des soins essentiels.

Actions prioritaires :

Le Groupe sectoriel Santé (*Health Cluster*) du pays et le groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive devraient :

- Améliorer la coordination au niveau des provinces et des districts. En tant que chef de file du groupe de travail sur la SSR, le UNFPA devrait désigner une personne dans chaque province (ou idéalement dans chaque district) chargée de veiller à ce que la SSR soit abordée lors des réunions de coordination sanitaire, au cas où la mise en place d'un groupe distinct dédié à la SSR n'est pas pertinente.

Les partenaires d'exécution et les gouvernements devraient :

- Améliorer l'intégration des services cliniques et des services de prise en charge des victimes de violence basée sur le genre (VBG), y compris le suivi des orientations effectuées.
- Recruter des sage-femmes supplémentaires qualifiées pour faire face à l'augmentation du nombre de clientes, et assurer une formation adéquate en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB), y compris toutes les fonctions essentielles, à toutes les sage-femmes. Cela permettra de renforcer la prise en charge de la plupart des complications obstétriques au niveau des centres de santé, compte tenu des retards dans les références.
- Renforcer la chaîne d'approvisionnement en moyens de contraception, y compris l'approvisionnement rapide et correct, afin de réduire les ruptures de stock.

- Veiller à ce que des services de soins post-avortement (SPA) de bonne qualité et non jugeants soient disponibles dans toutes les structures sanitaires, et mettre en œuvre des stratégies innovantes pour accroître l'accès à des soins d'avortement sécurisé, y compris des stratégies de réduction des risques visant à fournir des informations sur le dosage correct du misoprostol à utiliser.
- S'engager dans le renforcement du système de santé, y compris le renforcement des capacités des institutions gouvernementales concernées.

Les bailleurs de fonds devraient :

- Exiger et garantir un budget suffisant pour la mise en œuvre du DMU et tenir les partenaires de mise en œuvre responsables de tous les objectifs du DMU

1. Introduction

Le dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la SSR en situation de crise est un ensemble de services et d'activités prioritaires vitaux en matière de SSR qui doivent être mis en œuvre dès le début de toute urgence humanitaire, afin de prévenir une morbidité et une mortalité excessives liées à la SSR. Au cours des 25 dernières années, le DMU est devenu une norme minimale dans les interventions humanitaires. Il est donc impératif que son contenu reflète les données actuelles et les meilleures pratiques, et qu'une évaluation formelle du processus soit entreprise. Des rapports informels provenant des interventions récentes suggèrent que la prestation des services de SSR est devenue désorganisée, dépriorisée, voire arbitraire, dans un contexte de restrictions mondiales en matière de santé et d'autonomisation des femmes. Alors que les besoins en matière de SSR dans le secteur humanitaire continuent de croître, la communauté humanitaire doit tirer des enseignements et parvenir à un consensus sur la manière d'orienter les fonds limités afin d'avoir le plus grand impact possible.

1.1 Aperçu de la santé sexuelle et reproductive au Tchad

Le Tchad est confronté à d'importants défis en matière de SSR, avec l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde, s'élevant à 748 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes [1]. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une jeune fille de 15 ans au Tchad court un risque sur quinze de mourir de causes maternelles au cours de sa vie. Avec un faible taux de prévalence des moyens de contraception modernes (8,6 %) [2], le Tchad présente un niveau élevé de besoins non satisfaits en matière de contraception. En 2019, 31,0% des femmes mariées et 64,5 % des femmes célibataires en âge de procréer ont déclaré avoir des besoins non satisfaits en matière de contraception [2]. En outre, le Tchad souffre d'une grave pénurie de personnel de santé qualifié, avec 0,6 professionnel pour 1 000 habitants en 2019, bien en dessous de la norme de l'OMS qui est de 4,45 pour 1 000 [3]. Ces problèmes liés au système de santé sont chroniques, en partie en raison des ressources limitées du Tchad, qui n'a alloué que 4,5 % de son PIB national au secteur de la santé en 2018 [4]. En 2022,

le Tchad s'est engagé à augmenter le budget de la santé à 15 % du financement général de l'État [3]. Il n'existe actuellement aucun groupe de travail officiel dédié à la SSR, équivalent à celui établi dans le cadre de la réponse humanitaire. Toutefois, les questions relatives à la SSR sont régulièrement abordées entre le Bureau de la santé reproductive du Ministère de la Santé publique et ses partenaires. Ces échanges s'effectuent principalement dans le cadre des réunions trimestrielles de la *Plateforme SRMNIAN*, un mécanisme national conjoint chargé d'assurer la coordination et le suivi des interventions en matière de santé et de nutrition reproductives des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents, en lien avec le mécanisme de financement mondial.

La prévalence globale du VIH au Tchad est de 1,6 %, avec environ 69 000 femmes âgées de plus de 15 ans vivant avec le VIH en 2024 [5]. Pour lutter contre le VIH, le gouvernement tchadien a lancé en 2005 le programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). Cette initiative vise à prévenir la transmission du VIH pendant trois étapes critiques : la grossesse, l'accouchement et l'allaitement, et à éliminer complètement la transmission de la mère à l'enfant d'ici 2030 [3,6]. Le Tchad s'efforce également de lutter contre la VBG et a adopté la Politique Nationale pour l'égalité des sexes en 2017 [7]. En 2023, le pays a également mis en place le Plan d'action national pour les femmes, la paix et la sécurité [8]. Ce dernier définit les priorités stratégiques pour la protection des droits des femmes et le renforcement de la prévention et de la lutte contre la VBG.

Le Tchad a signé, mais n'a pas ratifié, le Protocole de Maputo à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique [9]. En 2002, le gouvernement du Tchad a adopté la loi n°006 sur la santé reproductive, qui garantit le droit de chaque individu à la SSR, quel que soit son âge ou son statut marital [10,11]. Bien que la législation autorise l'avortement sécurisé lorsqu'il est nécessaire pour sauver la vie d'une femme ou protéger sa santé, le cadre réglementaire demeure incomplet. En effet, le décret d'application, adopté par le Conseil des ministres en 2018, n'a toujours pas été validé ni signé par le Président

de la République. Par ailleurs, le code pénal n'a pas encore été révisé pour refléter ces dispositions, ce qui limite la mise en œuvre effective de la loi. [12,13]. Les lignes directrices à l'intention des prestataires n'ont pas encore été élaborées, ce qui signifie que l'avortement sécurisé reste largement inaccessible. Malgré ces avancées légales favorisant la santé sexuelle et reproductives, ainsi que les droits sexuels et reproductifs connexes (SSR et SDSR), la mise en œuvre reste insuffisante. Cet écart entre la politique et la pratique prive les prestataires de soins de santé de directives claires, et limite l'accès aux services essentiels de SSR. Pour remédier à ces enjeux critiques, le gouvernement du Tchad s'est engagé à réduire la mortalité maternelle à 564 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et à étendre les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) d'ici 2030 [3]. Le gouvernement a également pris un engagement auprès de FP2030 pour augmenter le taux de prévalence contraceptive à 22 % et garantir que « tous les Tchadiens et les réfugiés qui ont trouvé asile au Tchad aient accès à des services de planification familiale à tout moment et en tout lieu, et puissent exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive grâce à un système de santé résilient et équitable, avec la pleine participation de la communauté pour un développement durable » [14].

1.2 Contexte humanitaire au Tchad

Le Tchad est confronté à de multiples crises humanitaires : la crise des réfugiés soudanais à la frontière orientale, les attaques de Boko Haram et les populations déplacées à l'intérieur du pays dans la région du Lac, ainsi que le conflit et l'instabilité en République centrafricaine à la frontière sud. En outre, le changement climatique entraîne une augmentation de la sécheresse, des inondations et de l'instabilité alimentaire au Tchad. Cette évaluation s'est concentrée sur la crise des réfugiés soudanais à l'Est.

Le Tchad demeure le deuxième pays le plus touché par la crise soudanaise après l'Égypte, accueillant 31 % des réfugiés soudanais, avec des milliers de nouveaux arrivants chaque semaine [15,16]. Le Tchad hébergeait déjà plus de 400 000 réfugiés soudanais qui avaient fui les violences au Darfour en 2003. Les besoins humanitaires dans les camps de réfugiés ont fortement augmenté après la reprise des violences au Soudan en avril 2023, qui a entraîné l'arrivée de plus de 800 000 nouveaux réfugiés en août 2025 [17]. La Commission nationale d'accueil et de réinsertion des réfugiés (CNARR), le HCR et l'OIM ont organisé la réinstallation des réfugiés soudanais arrivés par plusieurs points d'entrée frontaliers vers des camps existants ainsi que de nouveaux sites situés dans quatre provinces de l'est du Tchad : l'Ennedi Est, le

Ouaddai, le Sila et le Wadi Fira. Toutefois, la grande majorité de ces réfugiés se trouve dans les provinces de Wadi Fira et le Ouaddaï [17]. Plus de 150 000 nouveaux réfugiés étaient arrivés sur le territoire tchadien jusqu'à la mi-août 2025 [18]. Cet afflux continu a exercé une pression considérable sur les ressources nationales limitées, dépassant largement les capacités de la population locale, beaucoup moins nombreuse. À titre d'exemple, la population du camp de réfugiés d'Iridimi (90 981 personnes) en ferait la quatrième ville du Tchad. Le UNFPA estime qu'en août 2025, les camps comptaient 1 265 000 femmes en âge de procréer et 219 170 femmes enceintes [19].

1.3 Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive

Afin de fournir des services efficaces en matière de SSR aux populations en situation de crise, le DMU a été mis en place par le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire (IAWG). Il s'agit d'un ensemble d'activités prioritaires qui doivent être menées de manière coordonnée par un personnel qualifié dès le début d'une situation d'urgence humanitaire. Lorsqu'il est mis en œuvre dès les premiers jours d'une situation d'urgence, le DMU vise à sauver des vies et à prévenir les maladies, en particulier chez les femmes, les nouveau-nés et les filles. Le DMU comprend des actions prioritaires et des lignes directrices visant à : 1) assurer la coordination en matière de SSR ; 2) prévenir et lutter contre les violences sexuelles ; 3) prévenir la transmission du VIH et d'autres IST ; 4) prévenir la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales excessives ; 5) prévenir les grossesses non désirées ; 6) planifier l'intégration d'une approche globale de SSR dans les soins de santé primaires ; et 7) garantir l'accès à des soins d'avortement sécurisé dans toute la mesure permise par la loi (voir [la référence DMU](#) pour plus d'informations).

Afin de soutenir la mise en œuvre du DMU, le UNFPA a conçu un ensemble préemballé de kits de santé reproductive du Groupe interorganisations (Kits de SR) contenant des médicaments, des provisions et des équipements essentiels. Les Kits de SR sont destinés à être utilisés dès les premières phases d'une situation d'urgence, leur contenu étant conçu pour trois mois et pour un nombre déterminé de personnes. Les Kits de SR ont été conçus afin que chaque kit réponde aux activités prioritaires du DMU. Ils comprennent notamment des kits de traitement médical en cas de viol, des kits de transfusion sanguine, des kits d'accouchement hygiénique et des kits d'accouchement pour sage-femmes.

2. But et objectifs de l'évaluation

L'évaluation du processus DMU a été menée en juin 2025 dans l'est du Tchad, qui accueille 1,4 million de réfugiés, dont plus de 800 000 sont arrivés depuis la recrudescence de la violence au Soudan en avril 2023. L'évaluation s'est concentrée sur la réponse apportée aux nouveaux arrivants depuis 2023 dans les provinces de Ouaddaï et de Wadi Fira, qui, à l'époque, recevaient les plus grands afflux de réfugiés.

Les objectifs de cette évaluation du DMU étaient les suivants :

- Évaluer dans quelle mesure le DMU a été mis en œuvre.
- Identifier la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services du DMU.
- Décrire les facteurs facilitants et les obstacles à la mise en œuvre des activités et des services du DMU.

3. Méthodes

3.1 Conception de l'étude

L'évaluation a utilisé une approche mixte comprenant des entretiens avec des informateurs clés parmi le personnel des ONG et des Nations Unies, des évaluations des structures sanitaires, des discussions de groupe dirigés avec des réfugiés et une analyse des données relatives à la prestation de services. L'équipe a visité 8 camps de réfugiés dans les provinces de Ouaddaï et de Wadi Fira qui accueillaient de nouveaux arrivants. Six d'entre eux étaient des camps nouveaux, tandis que deux étaient des extensions ajoutées à des camps existants (Farchana et Milé). La taille de la population de six de ces camps les place parmi les 10 plus grandes villes du Tchad, ce qui signifie qu'ils dépassent largement la population locale.

Tableau 1
Camps de réfugiés visités

Ouaddaï (n=653,900)	Population réfugiée	Wadi-Fira (n=263,789)	Population réfugiée
Aboutengue	46 680	Iridimi	90 981
Allacha	47 522	Koursigue	13 106
Arkoum	50 131	Milé	61 946
Farchana	32 225	Touloum	56 611

Source des données : Ajala, plateforme de coordination de la réponse à l'urgence (août 2025)

3.2 Procédures de collecte des données

3.2.1 Entretiens avec des informateurs clés

Des entretiens avec des informateurs clés (EIC) ont été menés auprès d'un échantillon ciblé de parties prenantes clés impliquées dans la programmation et la prestation de services liés à la SSR dans les camps sélectionnés et dans la coordination globale. Au total, 13 entretiens ont été menés avec 16 informateurs clés (IC) qui géraient des programmes de santé, de SSR et/ou VBG (tableau 2). Les IC spécialisés en matière de SSR/santé représentaient 3 ONG internationales, tandis que les IC spécialisés en matière de VBG représentaient 2 ONG locales. Des entretiens ont également été réalisés avec des IC spécialisés en matière de SSR/santé et de VBG dans 2 agences des Nations Unies. La plupart des entretiens ont été menés individuellement dans le bureau du participant ou dans un autre lieu privé de son choix. Deux entretiens ont été menés en binôme et en trinôme. En outre, l'équipe a tenu quelques brèves discussions avec le personnel de quelques autres ONG supplémentaires.

Tableau 2
Nombre d'informateurs clés interrogés

	SSR/Santé	VBG/Protection
ONU	3	3
ONG	6 (1 national)	4 (tous locaux)
Total	9	7

3.2.2 Évaluations des structures sanitaires

Neuf évaluations des structures sanitaires (ESS) ont été menées dans 7 centres de santé, 1 poste de santé et 1 hôpital, situés dans ou à proximité des camps afin d'évaluer la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et l'utilisation des services cliniques de SSR du DMU. Un nouveau poste de santé (créé depuis moins d'un mois) a également été visité à Iridimi, mais n'a pas fait l'objet d'une évaluation formelle en raison de sa nature encore transitoire et de son personnel temporaire. Ce poste de santé disposait toutefois d'une sage-femme qui assurait les consultations prénatales (CPN), la contraception d'urgence (CU) et la prophylaxie post-exposition au VIH (PPE) aux victimes de viol, ainsi que des services de diagnostic et de prise en charge des IST syndromiques. En revanche, aucun service de contraception régulière ni de soins d'accouchement sécurisé n'y était offert.

Les évaluations des structures sanitaires ont été réalisées à l'aide de formulaires papier. L'hôpital et le poste de santé étaient des installations appartenant à des ONG. Tous les centres de santé étaient des établissements du Ministère de la Santé Publique (MSP) soutenus par des ONG. Dans certains cas, des centres de santé ont été établis à l'intérieur même des camps de réfugiés. Bien que leur gestion opérationnelle et le déploiement du personnel soient assurés principalement par des ONG, ces structures demeuraient placées sous la supervision directe d'un représentant du MSP. D'autres structures sanitaires du MSP étaient situées dans des villages à proximité des camps. Il convient de noter que certains de ces établissements ont vu leur capacité augmenter en raison de l'intervention humanitaire. À Koursigue, par exemple, le centre de santé du MSP le plus proche du nouveau camp a récemment augmenté ses effectifs et étendu ses heures d'ouverture à 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec le soutien de l'Organisation des Nations Unies (ONU) et des ONG, après l'arrivée des réfugiés. Les structures sanitaires construites par le MSP étaient traditionnellement assez petites, ne comptant que deux à trois salles, et la plupart ont donc nécessité des travaux d'agrandissement afin de pouvoir accueillir la population accrue. Une structure sanitaire récemment visitée dans le camp d'Arkoum était toute nouvelle, ayant ouvert ses portes en mai 2025. Auparavant, le site fonctionnait comme un poste de santé temporaire, mis en place afin de désengorger le centre de santé du MSP situé à proximité.

Vingt-et-une sage-femmes et un infirmier ont effectué une évaluation des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) sur une tablette à l'aide de KoboToolbox. Dix-huit prestataires travaillaient dans sept des camps visités (les quatre autres travaillaient dans d'autres camps non visités, mais l'équipe les a rencontrés dans les locaux d'une ONG où ils suivaient une formation). Dans trois des neuf structures sanitaires évaluées, les sage-femmes n'ont pas eu le temps de remplir l'outil d'évaluation en raison du nombre élevé de clientes. Une sage-femme exerçant dans un poste de santé récemment établi a également pris part à l'évaluation. Toutefois, en raison du manque d'infrastructures adéquates et de la situation encore instable du site, ce poste de santé n'a pas été inclus dans l'évaluation officielle.

3.2.3 Groupes de Discussion Dirigés

Dix groupes de discussion dirigés (GDD) ont été organisés avec des réfugiés âgés de 15 à 45 ans, dont six groupes de femmes et quatre groupes d'hommes, dans six camps, pour un total de 100 participants. Les participants ont été identifiés par l'intermédiaire des relais communautaires. Dans la majorité des cas, un échantillon de convenance a été constitué, comprenant des membres de la communauté répondant aux critères d'âge et de sexe établis, et se trouvant à l'intérieur ou à proximité du centre de santé au moment de la collecte des données. Les discussions de groupe ont principalement eu lieu au centre de santé, dans un endroit calme.

3.3 Procédures d'analyse des données

Les entretiens avec les informateurs clés (EIC) et les discussions de groupe ont été enregistrés après obtention du consentement éclairé des participants. Les enregistrements des EIC ont ensuite été transcrits et analysés par l'équipe d'évaluation. Quant aux discussions de groupe, elles ont été transcrites par des binômes, composés d'un collègue local chargé de la traduction de l'arabe vers le français et d'un partenaire responsable de la saisie simultanée de la traduction. Les transcriptions ont ensuite été examinées et codées selon les objectifs du DMU et les thèmes transversaux. L'équipe d'évaluation a synthétisé les résultats sous chaque thème pour le rapport. Les données des évaluations des structures sanitaires ont été examinées sur des formulaires papier et résumées dans des tableaux. Les données des CAP des prestataires ont été importées dans le logiciel SPSS afin d'être analysées à l'aide de statistiques descriptives basées sur les fréquences.

3.4 Considérations éthiques

Au moment de chaque entretien ou GDD, l'enquêteur a présenté une fiche d'information sur l'étude qui présentait de manière claire et concise les informations clés relatives à l'évaluation. Après avoir passé en revue la fiche d'information avec le participant, l'enquêteur a obtenu le consentement éclairé verbal de tous les participants. Les entretiens et les GDD ont été enregistrés uniquement après accord explicite des participants, et les transcriptions ont été soigneusement vérifiées afin de supprimer toute information permettant une identification personnelle. L'évaluation a reçu l'approbation éthique des comités institutionnels de l'Université Columbia, de l'IRC ainsi que du Ministère tchadien de la Santé.

4. Résultats

Les résultats de l'évaluation du processus du DMU sont présentés dans les sections suivantes :

1. Sensibilisation et connaissances relatives au DMU
2. Objectif 1 : Coordination du DMU
3. Infrastructure et fonctionnement globaux des structures sanitaires
4. Objectif 2 : Prévenir et prendre en charge les conséquences de la violence sexuelle
5. Objectif 3 : Prévenir la transmission du VIH et d'autres IST
6. Objectif 4 : Prévenir la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales excessives
7. Objectif 5 : Prévenir les grossesses non désirées
8. Objectif 6 : Planifier l'intégration des services complets de santé sexuelle et reproductive dans les soins de santé primaires
9. Autre priorité du DMU : des soins d'avortement sécurisé dans toute la mesure permise par la loi
10. Facteurs facilitant et obstacles à la mise en œuvre du DMU
11. Préoccupations supplémentaires au sein la population réfugiée soudanaise

4.1 Sensibilisation et connaissances relatives au DMU

La plupart des IC interrogés ont indiqué que le DMU avait été introduit dès le début de la crise, même s'il n'avait pas été immédiatement mis en œuvre dans son intégralité. La plupart connaissaient le DMU, principalement parce que beaucoup d'entre eux travaillaient ou avaient travaillé pour une ONG particulière qui accorde la priorité à la SSR. En effet, plusieurs personnes ont fait référence aux formations ou aux informations sur le DMU qu'elles avaient reçues lorsqu'elles étaient employées par cette ONG internationale spécifique. Les IC spécialisés en VBG étaient moins susceptibles d'avoir entendu parler du DMU. Plusieurs autres facteurs ont été mentionnés comme ayant contribué à la sensibilisation au DMU :

- **Formations :** Le UNFPA a organisé deux formations DMU en 2025 à l'intention des responsables médicaux de district et du personnel des ONG. Ces formations comprenaient une présentation des kits de SR, de leur contenu et de la procédure pour les commander. Un membre du personnel d'une ONG a également mentionné avoir participé à une formation DMU organisée par le UNFPA et le Ministère de la Santé Publique en 2021.
- **Expérience antérieure :** Les IC ont fait référence au déploiement rapide par le UNFPA de « sage-femmes humanitaires » qui avaient une expérience considérable du travail dans l'Est du Tchad et qui connaissaient le DMU. Plusieurs ONG qui fournissaient déjà des services complets de SSR dans les camps de réfugiés existants ont pu s'appuyer sur leurs services et leur personnel déjà en place dans le cadre de la nouvelle intervention d'urgence.

4.2 Objectif 1 : Coordination du DMU et des activités connexes

La coordination des services de SSR et de lutte contre la VBG a été confrontée à des défis importants en raison de lacunes systémiques et de contraintes financières. Le groupe de travail sur la SSR, dirigé au niveau national par le UNFPA, a été réactivé en 2024 en réponse à la nouvelle situation d'urgence au Soudan. Le groupe de travail national a un mandat et se réunit chaque mois à N'Djamena. Cependant, le UNFPA ne disposait pas de personnel dédié sur le terrain, ce qui a conduit à des efforts de coordination ponctuels. Au niveau local ou provincial, en raison du personnel limité et des priorités concurrentes, il a été décidé de ne pas créer de groupe de travail distinct sur la SSR, laissant ainsi le Groupe sectoriel Santé (*Health Cluster*) comme étant le seul organisme chargé de discuter de la coordination en matière de SSR. Peu d'ONG disposaient de responsables distincts pour la SSR ; c'est ainsi que le même responsable de la santé assistait à la fois aux réunions sur la santé et à celles sur la SSR. Dans certaines zones, les secteurs de la santé et la nutrition ont également été fusionnés. Auparavant, le UNFPA dirigeait les réunions du sous-groupe sur la SSR à Adré jusqu'au départ de son point focal. Le UNFPA a déployé une sage-femme expérimentée à Abéché afin d'assurer la coordination. Toutefois, il s'est avéré que cette ville était un peu trop éloignée pour que cette dernière puisse remplir efficacement ce rôle. Elle s'est donc davantage concentrée sur la gestion des fournitures, avec des missions occasionnelles sur le terrain. Le UNFPA assurait la coordination avec le personnel de santé du HCR, qu'il considérait comme favorable à la promotion de la SSR. Les réunions du Groupe sectoriel Santé (*Health Cluster*) se tenaient tous les mois au niveau provincial et plus fréquemment (généralement deux fois par mois) au niveau des districts. Ces réunions étaient dirigées par le ministère de la Santé, mais bénéficiaient d'un soutien important de l'OMS, du HCR et d'autres ONG.

■ *Et [la coordination de] la santé sexuelle et reproductive est pratiquement inexistante. Elle n'est pas très active car il n'y a pas de réunions. Des réunions sur la santé, oui ; des réunions sur la nutrition, oui. Mais axées uniquement sur la santé reproductive, non. Il n'existe pas de groupe technique de ce type ni de coordination sur les droits sexuels et reproductifs, même si ce paquet de services est proposé ; il n'y a pas de coordination à ce niveau.*

IC, ONG SPÉCIALISÉE DANS LA SANTÉ/SSR

Un sous-groupe sur la VBG et la protection, dirigé par le UNFPA, existait au niveau provincial. Cependant, il fonctionnait souvent sans la participation régulière des acteurs de la santé, car le personnel était souvent trop surchargé pour assister aux réunions. Les réunions sur la VBG et la protection au niveau des districts se déroulaient sous la direction du UNFPA ou du partenaire local chargé de la VBG et de la protection. Une ONG internationale qui remplissait auparavant ce rôle a cessé ses activités au début de l'année après avoir perdu le financement du gouvernement des Etats-Unis (USG), et une ONG locale a ensuite assuré l'organisation de ces réunions. La participation des partenaires de santé était limitée.

4.2.1 Kits d'urgence de santé reproductive du Groupe interorganisations (Kits de SR) et autres fournitures de santé sexuelle et reproductive

La plupart des IC des ONG interrogés ont indiqué avoir reçu des kits de SR. Le UNFPA a livré 175 kits de SR aux provinces de l'Est en 2024 ; la plupart concernait les soins de maternité et les implants contraceptifs (voir annexe). Au cours des cinq premiers mois de 2025, 74 kits ont été livrés. Parmi ces kits, plus de la moitié était destinée aux soins de maternité, y compris des kits d'accouchement hygiéniques, ainsi que des kits pour le traitement post-viol et des IST. Malgré une disponibilité constante au début de la crise, le UNFPA n'a pas été en mesure de faire face à l'afflux continu et massif de réfugiés en 2025 et a exprimé ses inquiétudes concernant l'année 2026. Le UNFPA a également mentionné l'utilisation des Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement (PPA) pour prépositionner les kits, bien que celles-ci soient situées dans les capitales provinciales, éloignées des zones où les besoins sont les plus importants. Ces PPA sont des entités gouvernementales, qui manquaient parfois d'espace suffisant pour stocker les kits, car elles abritaient également des fournitures médicales de l'OMS et d'autres organismes, y compris des contraceptifs fournis par le UNFPA. La livraison du dernier kilomètre représentait un défi, notamment pour le transport des kits depuis les PPA jusqu'aux structures sanitaires des camps, en raison du manque d'espace de stockage dans les camps. Le UNFPA conservait davantage de kits à N'Djamena et les expédiait sur commande, afin qu'ils soient directement acheminés vers les structures sanitaires ou les ONG concernées.

Les sage-femmes expérimentées du UNFPA assuraient un suivi régulier auprès des ONG afin de s'enquérir de l'utilisation des kits et de vérifier si leur contenu avait été utilisé dans son intégralité. Elles ont relevé certains dysfonctionnements, notamment des cas où le kit portait une date d'expiration fixée à 2027, alors que certains produits qu'il contenait arrivaient à expiration plus tôt. Parallèlement, le UNFPA menait une étude spécifique sur l'utilisation et la gestion des kits.

En plus des kits de SR, la branche développement du UNFPA fournissait également des contraceptifs. Le processus de commande de ces produits était différent de celui des kits :

les demandes devaient être initiées des structures sanitaires et transmises à la PPA par l'intermédiaire du bureau de district du ministère de la Santé. Quelques IC interrogés ont mentionné la nécessité d'améliorer ou de mieux soutenir les systèmes logistiques et de commande des centres de santé afin d'éviter les retards. Cependant, toutes les personnes interrogées, qu'il s'agisse des IC ou des réfugiés, ont signalé des ruptures fréquentes de stock de contraceptifs, en particulier pour les méthodes les plus populaires (injectables et implants). Certains IC ont indiqué que la quantité de contraceptifs que les bureaux de district du Ministère de la Santé Publique recevaient du UNFPA s'épuisait rapidement.

La plupart des IC ont déclaré avoir obtenu des kits de dépistage du VIH et des ARV pour la PTME et pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) auprès du bureau régional du Ministère de la Santé publique. Bien que la majorité ait signalé des problèmes minimes liés à l'approvisionnement en ARV, quelques-uns ont mentionné des ruptures de stock de tests de dépistage du VIH, en raison du nombre élevé de clientes des services de CPN dans les camps.

Le UNFPA a reconnu avoir passé une commande importante de kits de SR en 2024, ce qui a permis de répondre aux besoins en 2025. Cependant, l'organisation a exprimé ses préoccupations quant à la disponibilité des approvisionnements pour l'année à venir, en raison des récentes réductions du financement accordé par le gouvernement des États-Unis. Cette situation pose un problème majeur, étant donné que la disponibilité des kits ne répond déjà pas à la demande liée à l'augmentation continue du nombre de réfugiés arrivant. Certains IC interrogés ont mentionné le recours à des processus d'approvisionnement internationaux en raison du manque de sources locales, mais ont indiqué que ces procédures entraînaient de longs délais dans la réception des fournitures.

4.3 Infrastructure et fonctionnement globaux des structures sanitaires

Toutes les structures sanitaires évaluées, à l'exception du poste de santé, fonctionnaient 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec au moins une sage-femme et une infirmière présents la nuit (tableau 3).

- Tous disposaient d'une forme d'énergie solaire : le poste de santé ne disposait que des lampes solaires extérieures, tandis que deux centres de santé ne disposaient d'une alimentation solaire fonctionnelle que dans la maternité. L'hôpital disposait également d'un générateur.
- Les structures sanitaires ont déclaré recevoir des livraisons d'eau de la part des partenaires WASH. Deux d'entre eux ont signalé des pénuries occasionnelles, tandis que les autres ont déclaré que leur approvisionnement en eau était suffisant, les centres de santé étant prioritaires en matière d'approvisionnement en eau du camp. Toutes les structures sanitaires disposaient de toilettes séparées pour les patients hommes et femmes.

- Les directeurs des structures sanitaires ont déclaré que le nombre d'agents de santé était insuffisant pour faire face à l'affluence des patients.
- Huit structures sanitaires comptaient en moyenne 15 relais communautaire (Reco) par établissement. L'hôpital, quant à lui, disposait d'un plus grand nombre de relais communautaires répartis dans plusieurs catégories (agents de promotion de la santé, Reco et accoucheuses traditionnelles).
- Les services de santé étaient gratuits pour tous les patients, bien que certains aient mentionné des frais de 0,20 dollar américain pour un carnet médical personnel lors de leur première visite. Dans un camp desservi par un centre de santé du MSP qui venait d'être mis en place pour venir en aide aux réfugiés, certains réfugiés ont indiqué qu'on leur avait demandé de payer les soins s'ils n'avaient pas encore reçu leur carte de réfugié officielle. Cependant, le personnel des structures sanitaires a précisé que les services étaient gratuits tant pour les réfugiés que pour les populations d'accueil.
- Toutes les structures sanitaires ont déclaré avoir accès à une ambulance par téléphone, même si celles-ci étaient parfois basées dans d'autres structures sanitaires ou camps et utilisées par plusieurs partenaires. Les services d'ambulance étaient gratuits pour tous, réfugiés et membres de la communauté d'accueil, à l'exception des transferts vers des soins tertiaires. Le transport vers le niveau tertiaire (par exemple à Abéché) était gratuit pour les réfugiés, mais payant pour les membres de la communauté d'accueil.

La distance jusqu'aux hôpitaux de référence variait de 10 à 50 km. Pour de nombreux camps, la route menant à l'établissement de référence traversait des oueds (lits de rivières asséchés) qui se remplissaient pendant la saison des pluies, rendant l'accès encore plus difficile.

Tableau 3
Infrastructures des structures
sanitaires (n=9)

Fonctionne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7	8
Au moins un prestataire qualifié sur place pendant la nuit et le week-end	8
Alimentation électrique fonctionnelle	8 (principalement solaire)
Alimentation en eau fonctionnelle	9 (principalement par livraison)
Toilettes pour les patients, séparées par sexe	9
Transport en ambulance disponible	9
Personnel de santé suffisant pour le nombre de patients	0
Nombre moyen de relais communautaires par structure sanitaire	15 (gamme de 10 à 24)

La majorité des sage-femmes ayant participé à l'évaluation CAP ont déclaré avoir fourni des services DMU au cours des trois derniers mois et avoir été formées à leur prestation (voir les figures sous chaque objectif). Seules 41 % ont déclaré avoir reçu une formation spécifique sur le DMU. La plupart des sage-femmes avaient une attitude favorable à l'égard de la SSR ce qui permettrait de fournir des services de bonne qualité, 77 % d'entre elles ayant répondu favorablement à 75 % ou plus des 20 allégations sur les attitudes. Cependant, seules 27 % ont répondu correctement à plus de la moitié des 18 questions de connaissances. Le manque de sage-femmes bien formées constituait une lacune majeure qui sera détaillée dans les sections suivantes. Dans un centre de santé évalué, les deux sage-femmes présentes semblaient complètement non préparées pour leur rôle et ont déclaré qu'il s'agissait de leur premier poste après avoir terminé leurs études de sage-femme. Elles ont déclaré être incapables de fournir la plupart des services de SSR au-delà des CPN et des contraceptifs à courte durée d'action (elles n'ont pas été invitées à remplir l'évaluation CAP). Le coordinateur santé de l'ONG qui soutient ce centre de santé (lui-même récemment recruté dans son organisation) a exprimé sa frustration face au manque de sage-femmes qualifiées dans ce centre. Interrogé à ce sujet, il a expliqué que les sage-femmes étaient recrutées par le bureau de district du ministère de la Santé, qui recevait des fonds d'une agence des Nations Unies pour les rémunérer. Les bailleurs de fonds disposaient toutefois de peu d'influence pour veiller au respect des normes minimales.

4.3.2 Participation de la communauté à la prestation des services

Les réfugiés participaient aux soins de santé de trois manières principales.

- Chaque structure sanitaire disposait d'un **comité de gestion communautaire** (CoGes) composé de réfugiés (et de la population d'accueil pour les structures sanitaires situées en dehors des camps). Cependant, dans les camps existants, ces comités étaient dominés par les réfugiés arrivés avant 2023, ce qui laissait les nouveaux arrivants sous-représentés.
- La plupart des structures sanitaires ont déclaré employer des réfugiés comme **assistants dans les différents services des centres de santé**. Toutes les structures sanitaires évaluées comptaient des sage-femmes réfugiées ou des accoucheuses traditionnelles (AT) formées travaillant dans les maternités. Toutes étaient désignées sous le terme de « matrones », bien que certaines soient probablement des sage-femmes qualifiées. Les IC et les réfugiés ont tous deux indiqué la présence de cliniciens formés parmi la population réfugiée récente, qui avait généralement un niveau d'éducation plus élevé que les

arrivants antérieurs. Un IC a précisé que dans son centre de santé situé dans un camp accueillant à la fois d'anciens et de nouveaux réfugiés, un effort particulier était fait pour recruter du personnel réfugié issu des deux groupes. Le personnel réfugié recevait une « prime d'encouragement » plutôt qu'un salaire, que les réfugiés jugeaient insuffisant. Les IC ont suggéré que ces prestataires réfugiés constituaient un bon lien entre les structures sanitaires et la communauté, et qu'ils communiquaient plus efficacement avec les réfugiés.

- Toutes les ONG ont **recruté des relais communautaires (ReCo)** réfugiés parfois en nombre équilibré entre hommes et femmes, mais le plus souvent majoritairement féminins. Les ReCo, qui étaient généralement supervisés par le personnel des structures sanitaires, menaient des activités d'éducation sanitaire, notamment en matière de SSR. Ils rendaient également visite aux femmes enceintes et aux enfants souffrant de malnutrition pour les encourager à se rendre dans les structures sanitaires. La plupart des personnes interrogées ont déclaré que le nombre d'employés et de relais communautaires avait diminué cette année en raison de réductions budgétaires, malgré l'augmentation de la population.
- Quelques IC et réfugiés ont mentionné l'existence des numéros gratuits ou des boîtes où les réfugiés pouvaient déposer des plaintes ou des préoccupations concernant les services ou les programmes. Ces plaintes et préoccupations étaient régulièrement examinées.

4.3.3 Accès aux services de santé sexuelle et reproductive

Les IC et les réfugiés ont tous deux décrit les longues distances à parcourir pour se rendre aux centres de santé. Les réfugiés ont souligné à plusieurs reprises que les longues distances et les frais de transport constituaient des obstacles à l'accès aux soins. Les pousse-pousse motorisés (aussi appelés tuk-tuks) étaient considérés comme coûteux (2 à 10 dollars américains selon la distance), mais il existait peu d'autres moyens de transport. Certains réfugiés ont mentionné retarder leur recours aux soins jusqu'à ce qu'un problème de santé devienne grave. Les ONG ont mis en place des cliniques mobiles ou des postes de santé dans les camps les plus importants afin de réduire les distances à parcourir, mais ces structures offraient des services plus limités. Certaines ONG ont récemment signalé avoir mis fin à certaines de ces initiatives en raison de coupes budgétaires, tandis que d'autres ont très récemment mis en place des postes de santé temporaires qui n'étaient pas encore pleinement opérationnels. Le degré de coordination de ces efforts n'était pas clair, car l'un des postes de santé que nous avons visités était situé à proximité d'un centre de santé, plutôt qu'à distance des autres structures. La plupart des IC et des réfugiés ont déclaré que les problèmes d'accès risquaient de s'aggraver avec l'arrivée de la saison des pluies, en particulier pour les soins secondaires, car les routes reliant certains camps à l'hôpital le plus proche deviennent impraticables après de fortes pluies.

Certaines femmes réfugiées ont évoqué un traitement irrespectueux de la part des sage-femmes et de longues attentes dans les structures sanitaires. Elles ont également fait part de leurs préoccupations concernant le manque de personnel et l'absence de médicaments dans quelques camps. Les hommes ont ajouté des frustrations liées aux retards des ambulances et aux coûts de transport élevés, soulignant que les services ne répondaient pas à leurs besoins. Dans quelques camps, les réfugiés n'étaient pas informés que le centre de santé fonctionnait 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, bien que la plupart savaient qu'un prestataire était disponible la nuit et le week-end, même si l'établissement était fermé pour les consultations de routine. Un centre de santé en particulier a fait l'objet de nombreuses plaintes concernant ses heures d'ouverture limitées, bien que le personnel de l'établissement ait déclaré qu'il était ouvert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les barrières linguistiques et le manque de confidentialité ont été mentionnés à plusieurs reprises. Les femmes ont déclaré qu'elles n'étaient pas toujours comprises par les sage-femmes, tandis que les hommes ont fait part de leurs préoccupations concernant la mauvaise communication et le manque de confiance envers le personnel. Si la plupart des réfugiés ont déclaré avoir été bien traités par les prestataires, ceux de deux camps ont exprimé des inquiétudes quant à la compétence et aux qualifications des sage-femmes. Les réfugiés des deux sexes ont souligné que l'éducation communautaire était principalement axée sur les femmes, laissant les hommes mal informés sur la SSR.

Figure 1

Attitudes des sages-femmes envers la santé sexuelle et reproductive des adolescentes (n = 22)

■ Accepter ■ Être en désaccord

Les jeunes hommes et femmes célibataires devraient recevoir une éducation sexuelle et reproductive (d'accord)

90.9%

le mesens à Taise pour discuter de santé sexuelle et reproductive avec des jeunes femmes célibataires (d'accord)

81.8%

Les Jeunes femmes célibataires devraient être tenues d'obtenir le consentement de leurs parers pour bénéficier d'une méthode de planification familiale (En désaccord)

81.8%

L'accès à la contraception encouragera les jeunes femmes célibataires à avoir des relations sexuelles (En désaccord)

59.1%

Les sage-femmes de toutes les structures sanitaires ont déclaré fournir des moyens de contraceptifs à tous les adolescents, bien que celles d'une structure sanitaire semblaient moins à l'aise avec cette pratique et aient déclaré que les adolescents préféraient les préservatifs. Cependant, seules 41 % des sage-femmes ayant participé à l'évaluation CAP ont correctement identifié que tous les contraceptifs réversibles étaient appropriés pour les adolescents. Les sage-femmes ont également rapporté des attitudes généralement favorables à l'égard de la SSR des adolescents (figure 1). Bien que certaines activités d'éducation communautaire ciblent les adolescents, aucun groupe de jeunes et aucune activité spécifique pour adolescents n'avaient été mis en place dans les nouveaux camps. Certains adolescents et sage-femmes ont exprimé des inquiétudes quant à la confidentialité ou à leur capacité à accéder aux services sans être vus par d'autres réfugiés. Dans toutes les structures sanitaires, la contraception était fournie dans les services de maternité, ce qui rendait les adolescentes non mariées moins à l'aise pour s'y rendre.

Peu d'efforts ont été mentionnés pour améliorer l'accès des personnes en situation de handicap. Certaines rampes d'accès ont été observées à l'entrée des structures sanitaires les plus anciens, mais dans la plupart des cas, les personnes handicapées devaient compter sur l'aide de leurs proches pour accéder aux soins. Un président de camp a mentionné que certains réfugiés blessés ou handicapés lors de leur fuite du Soudan ne bénéficiaient pas de soins. Aucune mention n'a été faite d'activités de sensibilisation ou de services destinés aux personnes de diverses identités de genre.

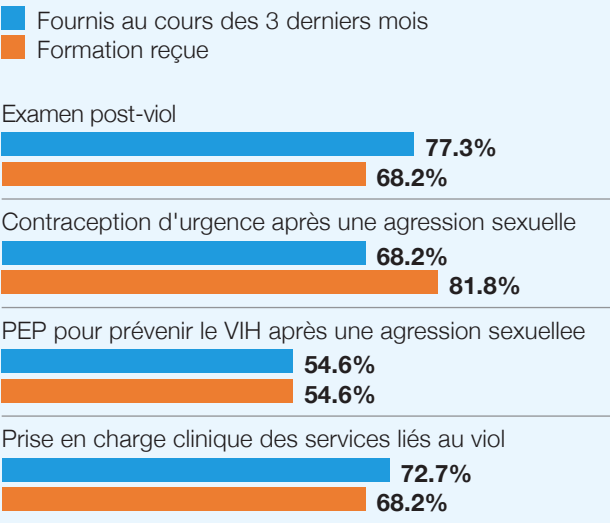
4.4 Objectif 2 : Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des survivantes

La plupart des structures sanitaires évaluées proposaient des services de prise en charge clinique des victimes de viol, notamment la contraception d'urgence (CU) et la prophylaxie post-exposition (PPE) (voir tableau 4). Les structures sanitaires ont signalé des ruptures de stock minimales pour ces fournitures. Le poste de santé, qui n'offrait pas de services liés à la VBG, orientait les cas vers le centre de santé le plus proche. Les sage-femmes d'un centre de santé ont, quant à elles, déclaré manquer de formation à ce sujet. Toutes les structures sanitaires disposaient de salles privées, généralement situées dans la maternité, pour recevoir les victimes, bien que ces salles soient généralement utilisées pour l'ensemble des consultations de SSR. Les sage-femmes orientaient les clientes vers un soutien psychosocial ou une prise en charge des cas, soit au sein même de la structure sanitaire, soit vers une organisation partenaire. Les références pour les services d'avortement sécurisé étaient pratiquement inexistantes, car les exceptions légales (par exemple, pour sauver la vie d'une femme) étaient rarement appliquées. De nombreux cas de VBG concernaient des femmes qui avaient été violées des semaines ou des mois auparavant, en particulier pendant leur fuite du Soudan, et qui n'avaient pas eu la possibilité de bénéficier d'une CU ou d'une PPE.

Tableau 4
Services cliniques disponibles pour les victimes de viol (n = 9)

Services liés à la VBG fournis dans cette structure sanitaire	7
<i>Principale raison pour laquelle les services liés à la VBG ne sont pas fournis</i>	<i>Manque de formation (1), orientation vers un établissement voisin (1)</i>
Contraception d'urgence (CU)	7
Prophylaxie post-exposition (PPE) pour le VIH	7
Antibiotiques pour prévenir les infections sexuellement transmissibles (IST)	7
Traitement des blessures	7
Orientation vers des services de protection/soutien psychosocial	8

Figure 2
Prestation de services et formation en matière de violence sexiste (n = 22)



Les systèmes d'orientation entre la prise en charge des cas de VBG et les services cliniques étaient faibles, bien qu'il existât des protocoles et des formulaires d'orientation. Le suivi restait toutefois limité quant à l'accès des survivantes aux soins médicaux ou psychosociaux après une orientation. Les IC ont signalé un manque de personnel formé au soutien psychosocial et à la prise en charge des cas, face au nombre croissant de réfugiés. Par exemple, un camp ne comptait souvent que quelques gestionnaires de cas pour s'occuper de toutes les clientes victimes de VBG. De manière générale, ils ont indiqué qu'il existait au Tchad un déficit de personnel qualifié en soutien psychosocial. La fermeture soudaine de la principale ONG spécialisée dans la VBG, à la suite de la réduction des financements du gouvernement américain, continuait également à se faire sentir. Les responsabilités étaient progressivement transférées à une ONG locale.

La majorité des sage-femmes ont déclaré avoir fourni des services de prise en charge clinique des victimes de viol au cours des trois derniers mois (Figure 2). Par exemple, 73 % d'entre elles étaient en désaccord ou en total désaccord avec l'affirmation « La violence sexuelle ne compte pas si elle se produit entre deux personnes engagées dans une relation sérieuse ».

Peu d'organisations offraient des services complets en matière de prise en charge de la VBG. Des centres intégrés de services multisectoriels fournissant une aide médicale, psychosociale et juridique, avaient été mis en place à Abéché et à Adré, mais leur éloignement des camps de réfugiés limitait leur accessibilité. Le personnel a indiqué qu'une aide au transport était disponible, mais que les réfugiés n'en avaient pas connaissance ou la jugeaient insuffisante. Les mécanismes de protection, tels que les hébergements sécurisés, étaient inexistant, ce qui obligeait les survivantes à dépendre des relocalisations temporaires organisées par le HCR. Des voies juridiques existaient, mais elles étaient peu utilisées en raison de la stigmatisation et des retards procéduraux.

Les efforts d'engagement communautaire comprenaient la sensibilisation des ReCo à la VBG et l'orientation des cas vers les services de prise en charge. Cependant, selon les IC, l'impact de ces actions était limité en raison de messages incohérents entre les organisations et du manque de financement.

Les réfugiés ont décrit la VBG comme un problème persistant et grave. Les hommes et les femmes ont rapporté que les femmes et les filles étaient agressées à l'extérieur du camp, en particulier lorsqu'elles portaient chercher du bois de chauffe. Certains réfugiés ont mentionné l'hostilité de la communauté locale comme étant à l'origine de certaines agressions. Plusieurs groupes de discussion dirigés ont également indiqué que la violence à l'intérieur des camps constituait un problème. Certains participants ont déclaré que la VBG était plus répandue dans le passé ou touchait davantage les nouveaux arrivants, tandis que d'autres ont insisté sur le fait qu'elle restait fréquente courante.

Les réfugiés ont souligné que les victimes de viol bénéficiaient rarement de justice ou de soins adéquats : les cas étaient souvent dissimulés par honte, par crainte de nuire aux

perspectives de mariage ou parce que les autorités chargées de la sécurité étaient considérées comme inefficaces. Dans certains cas, une femme ou une fille peut se rendre dans une structure sanitaire sans raconter à la sage-femme ce qui lui était arrivé ; certaines se sentaient plus à l'aise de se confier à une matrone réfugiée parlant leur langue.

Les hommes et même les femmes ont reconnu que la violence entre partenaires intimes (VPI) était également présente dans les camps, alimentée par les difficultés économiques, notamment les pénuries alimentaires, ainsi que par les inégalités de genre. Les femmes ont évoqué le fait que les hommes exigeaient les revenus de leurs épouses, réagissant parfois violemment en cas de refus. Certaines victimes cherchaient de l'aide, bien que la VPI reste en grande partie cachée.

4.5 Objectif 3 : Prévenir la transmission du VIH et d'autres IST et réduire la morbidité et la mortalité qui en découlent

Le personnel des structures sanitaires a décrit des procédures adéquates de prévention des infections, notamment l'utilisation d'autoclaves pour la stérilisation du matériel et d'incinérateurs pour l'élimination des déchets médicaux (voir Tableau 5). Bien que tous aient signalé la disponibilité d'une PPA pour les patientes victimes de VBG, seuls cinq ont signalé son utilisation en cas d'exposition professionnelle (certains n'en étaient toutefois pas sûrs). Cependant, seule la moitié des structures sanitaires ont déclaré disposer de fournitures adéquates pour la prévention des infections, compte tenu du nombre élevé de patientes. Le seul hôpital évalué, situé dans un camp, a déclaré pratiquer des transfusions sanguines, bien que les IC aient indiqué que les transfusions sécurisées n'étaient disponibles que dans les hôpitaux de référence.

Tableau 5
Prévention des infections (n = 9)

Autoclave	9
Incinérateur	9
Objets tranchants séparés / boîtes à objets tranchants utilisées	9
Transfusion sanguine	1
Traitement post-exposition professionnelle pour le personnel	5
Fournitures adéquates pour la prévention des infections (déclarées par les personnes concernées)	5

Tableau 6
Les services liés au VIH/IST (n = 9)

Préservatifs masculins disponibles	9
Préservatifs féminins disponibles	7
ARV disponibles pour les utilisateurs réguliers (PVVIH)	9
Prophylaxie au cotrimoxazole pour les infections opportunistes chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA	9
ARV administrés aux mères séropositives pour la PTME	8
ARV administrés aux nouveau-nés de mères séropositives en maternité	8
Diagnostic syndromique et prise en charge des IST	9
Laboratoire disponible	6

Les services liés au VIH et aux IST étaient largement disponibles (voir Tableau 6). Toutes les structures sanitaires ont déclaré disposer de préservatifs masculins, d'antirétroviraux et de traitements prophylactiques contre les infections opportunistes pour les personnes vivant avec le VIH, ainsi que d'antirétroviraux pour les mères séropositives et leurs nouveau-nés dans le cadre de la PTME. Dans un centre de santé, malgré la disponibilité des ARV, deux nouvelles sage-femmes ont déclaré ne pas avoir la formation et les compétences nécessaires pour assurer la PTME. Dans certaines structures sanitaires, les préservatifs n'étaient disponibles que dans la maternité, tandis que d'autres ont déclaré qu'ils étaient disponibles dans toutes les salles de consultation. Le diagnostic syndromique et la prise en charge des IST étaient disponibles. Six structures sanitaires ont déclaré disposer d'un laboratoire, dont l'un partageait un technicien de laboratoire avec un autre centre de santé ; deux centres de santé ont déclaré ne pouvoir effectuer que des tests rapides.

Les kits de dépistage du VIH étaient souvent en rupture de stock en raison du nombre élevé de clientes des services de CPN, bien que les ARV restent généralement disponibles. Le personnel des structures sanitaires et les IC ont indiqué que les ARV et les kits de dépistage du VIH étaient fournis par le ministère de la Santé.

De nombreuses victimes de violences sexuelles ont sollicité des soins trop tardivement pour que des mesures efficaces de prévention du VIH puissent être prises. Les services de prise en charge des IST reposaient sur une approche syndromique, les partenaires étant souvent réticents à participer au traitement. Les femmes ont signalé des difficultés à convaincre leurs partenaires masculins de se faire soigner pour une IST. Certains réfugiés arrivaient déjà informés de leur statut séropositif et avaient commencé un traitement au Soudan, tandis que d'autres ont appris leur statut au Tchad.

La plupart des réfugiés ont déclaré avoir des connaissances sur le VIH et les IST, y compris sur la prévention et l'importance du traitement. Certaines femmes ont admis ne pas en savoir beaucoup, tandis que d'autres ont déclaré avoir été informées grâce à des campagnes d'éducation menées au Soudan. L'incertitude quant à la prévalence du VIH et au traitement était un thème récurrent. Certains ne savaient pas si le VIH était courant dans le camp. La plupart reconnaissaient que le dépistage était disponible, mais pensaient que le traitement ne l'était pas, bien que certains aient entendu dire le contraire. Les hommes et les femmes ont exprimé leur confusion quant au lieu exact où accéder au traitement, ce qui suggère un besoin d'éducation supplémentaire au sein de la communauté.

Les femmes et les hommes se sont plaints de la pénurie actuelle de préservatifs, qui étaient auparavant disponibles auprès des relais communautaires, mais qui ne sont désormais disponibles que dans les structures sanitaires. Les hommes ont ajouté que la distribution devrait être discrète, car beaucoup craignent d'être stigmatisés s'ils sont vus en train de demander des préservatifs. Les hommes et les femmes ont souligné la nécessité d'un accès plus large et plus privé. Une certaine stigmatisation a été observée. Les femmes ont souvent reproché aux hommes d'être responsables de la transmission, citant la polygamie et les relations extraconjugales, tandis que les hommes ont présenté la question en termes de risque général.

4.6 Objectif 4 : Prévenir la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales excessives

Dans l'ensemble, les camps offraient des soins d'accouchement sécurisé et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) (voir Tableau 6). Les 9 structures sanitaires pratiquaient toutes des accouchements sécurisés et la plupart offraient 6 des 7 fonctions essentielles des SONUB (à l'exception de l'accouchement vaginal assisté). Deux structures sanitaires ne fournissaient pas de SONUB : l'un était un poste de santé qui manquait d'infrastructures suffisantes, et dans l'autre, les sage-femmes manquaient de formation. Ces deux structures sanitaires orientaient les cas vers les centres de santé SONUB voisins ou vers l'hôpital de référence. Le personnel de toutes les structures sanitaires évaluées, à l'exception du poste de santé, a déclaré qu'au moins une sage-femme était présente 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, bien que les réfugiés de quelques camps n'en aient pas été informés. Toutes les structures sanitaires pouvaient appeler une ambulance pour orienter les patientes en vue d'une césarienne ou d'une transfusion sanguine, ainsi que pour les nourrissons de faible poids à la naissance. Bien que l'hôpital évalué fournisse des transfusions sanguines, il ne disposait pas de bloc opératoire. Un hôpital situé dans un camp non visité fournissait des services de SONUC à la plupart des camps de Ouaddaï. Dans les autres cas, les patientes étaient transférées vers l'hôpital de district le plus proche, dont beaucoup bénéficiaient d'un soutien d'ONG ou des Nations Unies. De nombreux IC ont décrit la

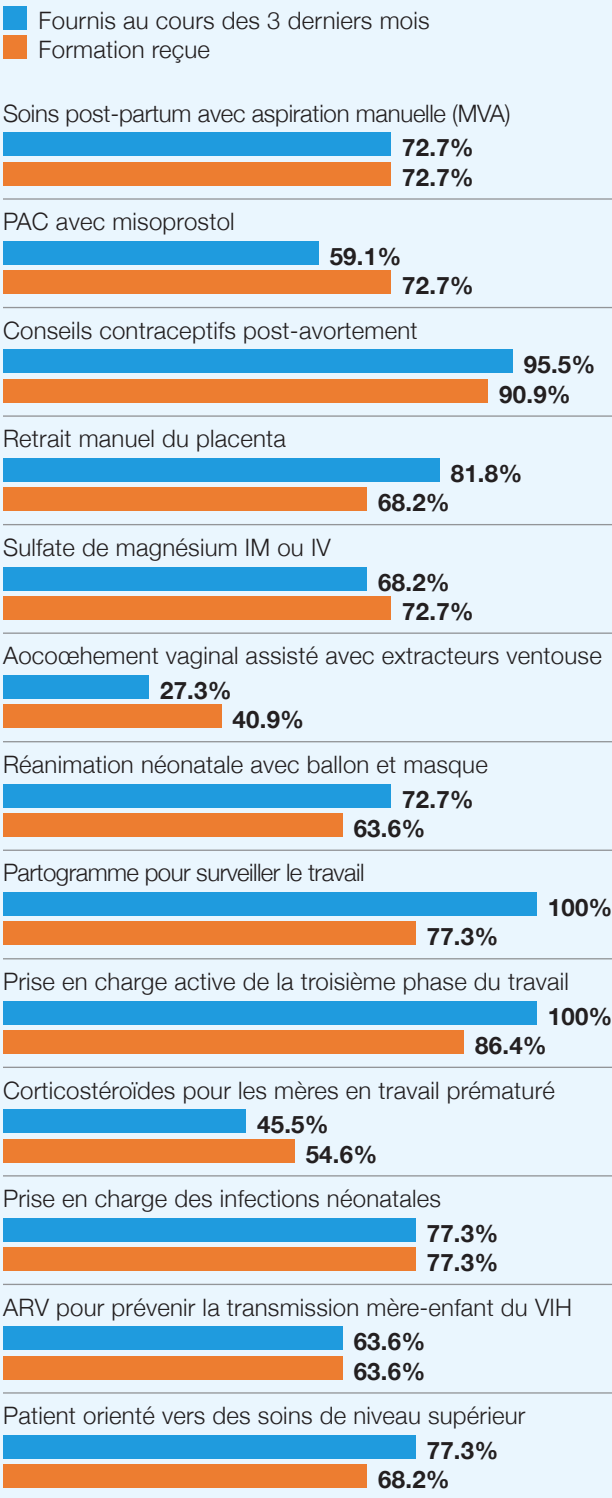
Tableau 7
Prestation de services d'accouchement et de SONUC (n = 9)

Accouchements normaux pratiqués	9
Antibiotiques parentéraux	8
Uterotoniques parentéraux	7
Anticonvulsivants parentéraux	7
Retrait manuel du placenta	8
Retrait des produits retenus	7
Accouchement vaginal assisté	1
Réanimation néonatale avec sac et masque appropriés	7
Césarienne (SONUC)	0
Transfusion sanguine (SONUC)	1
Soins néonataux	
Soutien à l'allaitement maternel immédiat et exclusif	9
Prévention des infections (propreté, coupe et soins hygiéniques du cordon ombilical, soins oculaires)	9
Prise en charge des infections néonatales	7
Soins thermiques (y compris séchage immédiat et soins peau à peau)	8
Prise en charge des bébés de faible poids à la naissance (FPN)/prématurés/soins mère kangourou (SMK)	FPN 1, SMK 4

faiblesse générale du système de santé national et la nécessité d'un soutien supplémentaire pour les soins obstétriques et néonataux d'urgence. Auparavant, de nombreuses structures sanitaires fournissaient des kits maternité (par exemple, des linges propres pour envelopper le bébé, des moustiquaires, etc.) aux femmes qui accouchaient au centre de santé ; la plupart de ces fournitures n'étaient plus disponibles au moment de l'évaluation. Les structures sanitaires fournissaient en grande partie les soins essentiels aux nouveau-nés, bien que seul l'hôpital prenne en charge les bébés de faible poids à la naissance ; toutes les autres structures sanitaires orientaient ces cas vers l'hôpital.

La plupart des sage-femmes ont déclaré fournir des SONUB et avoir reçu une formation à ce sujet, y compris les soins post-avortement (SPA) (figure 3). Une ONG organisait une formation SONU cette même semaine, et les sage-femmes présentes à cette formation ont complété l'évaluation CAP, ce qui a peut-être conduit à une surestimation de ces résultats.

Figure 3
Services et formations de base en matière de soins obstétriques et néonataux d'urgence et de qualité, d'accompagnement à la grossesse, d'accouchement sans risque et de soins essentiels aux nouveau-nés (n = 22)



Plusieurs informateurs clés ont décrit qu'au début de la crise actuelle, des sage-femmes expérimentées ont été envoyées sur les sites d'accueil et ont accouché les femmes sur place lorsqu'il n'y avait pas le temps de les transférer vers une structure sanitaire. Une sage-femme a expliqué qu'elle avait rapidement identifié et brièvement formé des AT à reconnaître les signes de danger, leur avait fourni des kits d'accouchement propres et leur avait donné son numéro de portable en cas de problème avant que les services de santé ne soient mis en place.

Les difficultés les plus fréquemment citées en matière de mortalité maternelle étaient l'insuffisance des ressources par rapport à la taille de la population. L'augmentation du nombre de réfugiés signifiait davantage de femmes accouchant et davantage de femmes souffrant de complications obstétricales. Cependant, une seule ambulance desservait plusieurs centres de santé, et parfois plusieurs camps. Les distances à parcourir pour se rendre dans les établissements de référence étaient parfois longues. Les prestataires ont indiqué qu'ils devaient parfois attendre une ambulance occupée ailleurs, ce qui augmentait les délais d'accès des femmes aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence et de qualité. D'autres ont décrit la faiblesse du réseau téléphonique qui retardait leurs appels pour une ambulance. Les sage-femmes ont signalé des retards occasionnels dans l'obtention du consentement de la femme ou de sa famille pour l'orientation. La prochaine saison des pluies entraînera des retards supplémentaires, car les oueds (lits de rivières asséchés) se rempliront et rendront les déplacements plus difficiles.

■ ■ *Il va bientôt pleuvoir. C'est pourquoi j'ai accéléré cette formation afin que les sage-femmes sur place puissent d'abord maîtriser les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)... Si, pendant cette formation SONUB, elles ont déjà acquis ces compétences et qu'elles sont sur le terrain, et qu'il y a un oued, au moins nous aurons quelqu'un capable d'intervenir pour sauver la vie de la femme pendant que l'oued se résorbe. Mais si nous les laissons sans préparation, je pense que nous aurons beaucoup de décès.*

IC SSR/SANTÉ, ONG

La plupart des IC et des responsables d'établissements ont mentionné un nombre insuffisant de sage-femmes par rapport à la taille de la population, ce qui entraînait une surcharge de travail dans certains camps. Les données communiquées par les sage-femmes soutenues par le UNFPA ont révélé qu'il y a eu 14 650 accouchements au cours des six premiers mois de 2025 dans l'Est du Tchad, contre 16 750 au cours des douze mois de 2024. Plusieurs IC ont décrit les récentes réductions de financement qui ont encore réduit le nombre de sage-femmes, et ont contribué, selon eux, à l'augmentation de la mortalité maternelle. Les sage-femmes

du UNFPA ont signalé 23 décès maternels dans les structures sanitaires entre janvier et juin 2025, contre 30 pour toute l'année 2024. En outre, les nouvelles sage-femmes arrivées sur place n'avaient pas les compétences suffisantes et ont dû suivre une formation supplémentaire. Les ONG ont cherché des financements ou ont fait appel au UNFPA pour organiser une formation SONUB pour leurs sage-femmes. En l'absence de financement, certaines ont proposé un accompagnement pratique sur le terrain à l'aide de mannequins et de supervisions formatives afin d'améliorer les compétences des sage-femmes. Les réfugiés de deux camps ont exprimé leur frustration face au manque de connaissances et de compétences des sage-femmes. Tous les centres de santé visités comptaient des matrones réfugiées, mais il était difficile de déterminer combien d'entre elles étaient de véritables sage-femmes formées au Soudan et combien étaient des AT.

■ ■ *Le nombre [de sage-femmes] est-il suffisant maintenant ? Non. Nous ne couvrons pas tous les besoins... C'est le UNFPA qui nous aide en nous fournissant des sage-femmes expérimentées... Donc oui, il y a des personnes qualifiées, il y en a quelques-unes, mais elles ne sont pas assez nombreuses. Car, voyez-vous, ici, ils ont cinq sage-femmes, non, six sage-femmes pour une population de 56 000 personnes. Et donc, si l'une d'entre elles part en congé, ou si deux d'entre elles partent en congé, il n'en reste plus que quatre pour 56 000 personnes.*

IC SANTÉ/SSR, ONU

Les réfugiés et les IC ont tous deux mentionné que les réfugiés arrivaient souvent dans les communautés avec leurs propres sage-femmes et préféraient accoucher à domicile, en particulier ceux qui vivaient loin des structures sanitaires ou qui rencontraient des difficultés à se déplacer la nuit. Certains réfugiés ont déclaré que des sage-femmes étaient présentes dans chaque bloc pour assister aux accouchements à domicile. Tous les IC ont déclaré que leurs ReCo dispensaient une éducation sur l'identification des signes de danger pendant la grossesse et encourageaient les accouchements dans les structures sanitaires. Cependant, ils ont reconnu que le nombre de ReCo avait diminué en raison des coupes budgétaires et qu'il était insuffisant pour assurer un suivi adéquat de toutes les femmes enceintes dans les camps.

Les réfugiés, hommes et femmes, ont exprimé leur frustration face aux longues distances, au manque de moyens de transport et aux lacunes des services de maternité. Les hommes ont souligné le manque d'infrastructures à l'intérieur des camps, en particulier la nuit, notant que certaines femmes accouchaient parfois en route vers les hôpitaux. Les femmes ont, quant à elle, souligné que les sage-femmes n'étaient pas toujours disponibles, que les ambulances arrivaient en retard et que de nombreux décès maternels survenaient pendant l'attente.

■ Mais la plupart des femmes accouchent à domicile parce que le centre est très loin de notre camp, et nos maris n'ont pas les moyens de nous y emmener pour accoucher. Parfois, lorsque nous accouchons à domicile et qu'il y a des complications, ils nous emmènent à l'hôpital.

RÉFUGIÉE

Alors que certaines femmes réfugiées ont déclaré préférer les accouchements à domicile, invoquant la distance, le coût, le manque de moyens de transport et la mauvaise qualité des soins dans les centres de santé, d'autres ont indiqué que les femmes se rendaient dans les centres de santé, en particulier en cas de complications. Cependant, les expériences rapportées étaient variables. En effet, certaines femmes ont apprécié la qualité des soins et la disponibilité des médicaments, tandis que d'autres se sont plaintes de négligence, de manque de respect et d'absence de confidentialité. De même, les hommes réfugiés ont reconnu que les accouchements pouvaient avoir lieu à domicile ou dans des structures sanitaires, en insistant sur le fait que la pauvreté influençait souvent ces choix.

Les hommes et les femmes réfugiés ont signalé des décès maternels et néonataux dans les camps, bien que les estimations de leur fréquence varient. Les groupes installés dans les camps les plus récents, en particulier ceux qui ont décrit les structures sanitaires comme inadéquates, ont déclaré des décès fréquents, tandis que d'autres ont affirmé qu'ils étaient rares. Les kits maternels, autrefois distribués systématiquement, étaient désormais fournis de manière irrégulière, ce qui réduisait encore davantage l'incitation à accoucher dans une structure sanitaire. Le nombre le plus élevé de plaintes concernant les décès maternels et l'incompétence des sage-femmes a été enregistré dans le camp desservi par le centre de santé dont les sage-femmes étaient très inexpérimentées.

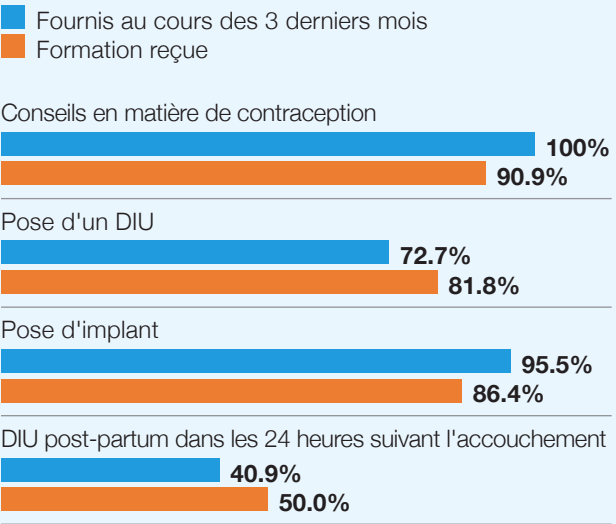
4.7 Objectif 5 : Prévenir les grossesses non désirées

Les méthodes contraceptives étaient largement disponibles dans les structures sanitaires évaluées (voir Tableau 8). L'auto-injectable (DMPA-SC) était disponible dans plusieurs structures sanitaires, mais aucun n'a indiqué remettre aux femmes des doses supplémentaires à injecter elles-mêmes à domicile. Toutes les structures sanitaires, à l'exception d'un seul, ont déclaré que toutes les méthodes étaient proposées aux adolescentes. Un poste de santé, où les sage-femmes semblaient moins à l'aise avec la contraception, a suggéré que les adolescentes préféraient la contraception d'urgence ou les préservatifs. Plusieurs IC ont décrit le manque de compétences des nouvelles sage-femmes en matière de contraceptifs réversibles à longue durée d'action. Ils ont également souligné la nécessité d'une formation supplémentaire. Plusieurs IC ont exprimé le souhait que le HCR ou le UNFPA organisent cette formation.

Tableau 8
Provision of contraceptive methods (n=9)

Préservatifs masculins	8 (1 rupture de stock)
Préservatifs féminins	8
Pilules contraceptives orales	9
Pilules contraceptives d'urgence	8
DIU	9
Contraceptifs injectables	7 (2 ruptures de stock)
Implants	7 (2 ruptures de stock)
Toutes les méthodes contraceptives proposées aux adolescents	8

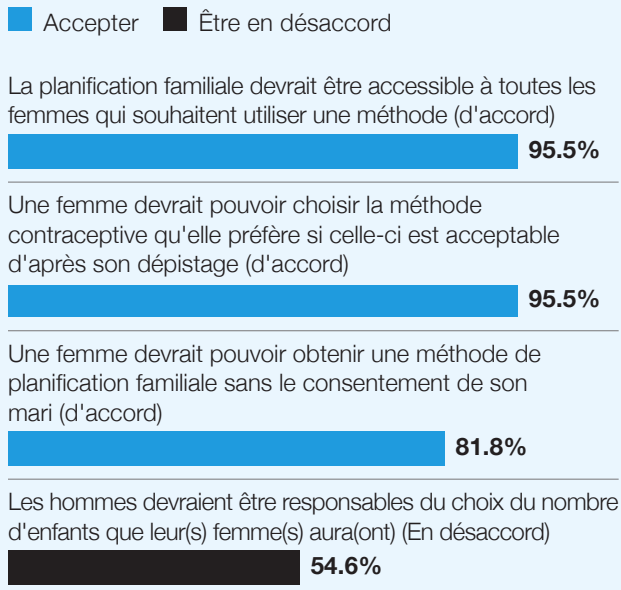
Figure 4
Prestation de services contraceptifs et formation (n = 22)



Les sage-femmes qui ont complété l'évaluation CAP ont déclaré fournir et avoir reçu une formation sur les contraceptifs réversibles à longue durée d'action (Figure 4).

Les sage-femmes avaient également une attitude largement favorable à l'égard de l'accès à la contraception, avec un peu moins de consensus en ce qui concerne le rôle des hommes (Figure 5).

Figure 5
Attitudes favorables à la contraception
(n = 22)



Malgré cette large disponibilité, de nombreuses structures sanitaires ont signalé des problèmes de rupture de stock. Deux structures sanitaires ont signalé des ruptures de stock des méthodes les plus couramment utilisées : les injectables et les implants, et l'un d'entre eux était en rupture de stock de préservatifs masculins. Certains IC interrogés ont déclaré recevoir des fournitures insuffisantes de la part du UNFPA, tandis que le UNFPA a également mentionné des difficultés dans la livraison finale. Certains IC interrogés ont déclaré ne pas connaître le processus de commande des fournitures contraceptives, qui doit être lancé par les centres de santé et passer par le MSP du district avant d'arriver au UNFPA (pour les fournitures régulières, et pas pour les kits de SR).

■ *En ce qui concerne les services de santé reproductive, en particulier dans les camps, le plus gros problème concerne les fournitures de planning familial, ou plutôt la quantité que nous recevons, qui est souvent faible. Et au niveau national, nous ne pouvons pas non plus acheter ces fournitures, sauf par le biais de commandes internationales. Ainsi, pour certains projets, nous pouvons les acheter pendant un certain temps avant qu'elles ne soient épuisées. Mais la quantité que nous recevons du UNFPA, par l'intermédiaire du district sanitaire, est faible et nous en manquons très rapidement. Ce sont surtout les méthodes les plus couramment utilisées qui sont en rupture de stock.*

IC SANTÉ/SSR, ONG

De nombreux IC ont mentionné que la prestation de services de contraception, et en particulier les fournitures contraceptives, avait été fortement touchée par les récentes coupes budgétaires du gouvernement américain. Le UNFPA disposait d'un financement substantiel du Bureau de la Population, des Réfugiés et des Migrations (BPRM) pour la contraception, qui a été supprimé. La contraception n'étant pas considérée comme un service « vital », les organisations qui recevaient des fonds du gouvernement américain se sont empressées de trouver des financements internes ou autres pour couvrir les services de contraception.

Certains IC interrogés ont décrit la contraception comme un sujet tabou au sein de la communauté. Les relais communautaires ont fourni une certaine éducation communautaire sur la contraception. Quelques-uns ont décrit des incidents au cours desquels une femme avait reçu un moyen de contraception, mais son mari s'était plaint et l'avait ramenée pour le lui retirer ou avait menacé les sage-femmes qui lui avaient fourni ce moyen. Dans les camps les plus établis, les ReCo masculins se concentraient sur l'éducation des hommes à la contraception afin de réduire ce problème.

La plupart des femmes réfugiées ont déclaré que des services de contraception étaient disponibles. Une exception notable concernait un camp où les hommes et les femmes ont déclaré que les contraceptifs du centre de santé n'étaient présents que pour « faire bonne figure » – pour les visiteurs ou à des fins éducatives. Ils n'étaient pas réellement distribués aux femmes. Ce camp, qui était une exception notable, était desservi par un centre de santé dont les sage-femmes étaient très inexpérimentées. De plus, la rupture de stock de certaines méthodes, généralement les contraceptifs injectables ou les implants, était l'une des principaux motifs de plainte.

Les perspectives des réfugiés sur la contraception ont révélé d'importantes contradictions, tant entre les sexes qu'au sein de chaque sexe. Les femmes ont fortement exprimé le besoin de contraception, le liant à la sécurité lors de l'accouchement, à la prévention du fardeau des grossesses répétées et à la protection contre les maris autoritaires. Elles ont déclaré que leurs maris les considéraient comme des objets et refusaient la contraception, les laissant constamment enceintes. Certaines femmes ont déclaré avoir secrètement accès à des méthodes contraceptives sur les marchés ou par l'intermédiaire de professionnels de santé afin de cacher leur utilisation à leur mari, tandis que d'autres ont décrit la nécessité de convaincre leur mari ou de les emmener au centre de santé afin que la sage-femme ou la matrone puisse leur expliquer les avantages de la contraception. D'autres ont décrit des maris qui avaient été sensibilisés et qui soutenaient désormais la contraception, accompagnant même leurs femmes au centre de santé.

Les hommes ont exprimé des points de vue plus partagés. Certains ont fait valoir que la contraception devait être une décision prise par le couple et ont reproché aux sage-femmes de discuter directement avec leurs femmes. Quelques hommes estimaient que la contraception portait atteinte à la moralité, en particulier chez les adolescents, tandis que d'autres reconnaissaient qu'elle était nécessaire compte tenu des difficultés de la vie dans les

camps. Certains ont fait remarquer que dans les ménages polygames, l'utilisation de contraceptifs par une seule femme pouvait être source de conflits si toutes les femmes n'en utilisaient pas. D'autres hommes ont toutefois admis que la contraception était essentielle pour éviter des grossesses répétées lorsque les hommes passaient tout leur temps à la maison. Certains hommes ont exprimé le souhait que l'éducation soit axée sur eux plutôt que sur les femmes uniquement, tout en reconnaissant qu'ils étaient moins susceptibles d'être présents à la maison.

En résumé, les femmes étaient généralement favorables à la contraception malgré les obstacles, tandis que les hommes étaient divisés : certains s'y opposaient pour des raisons morales ou culturelles, tandis que d'autres reconnaissaient sa nécessité pratique.

4.8 Objectif 6 : Planifier l'intégration de services complets de santé sexuelle et reproductive dans les soins de santé primaires

Lorsqu'on leur a demandé de parler de la transition vers une offre complète de services de SSR, de nombreux IC ont fait référence au fait que l'afflux de réfugiés continuait d'augmenter. Ils se considéraient donc toujours en phase d'intervention d'urgence. Les structures sanitaires existantes étaient actuellement débordées. Certaines organisations cherchaient à créer de nouvelles structures sanitaires ou à augmenter la capacité des structures existantes afin de garantir l'accès aux soins et de réduire la surpopulation. La combinaison des récentes coupes budgétaires, qui ont réduit les effectifs et les approvisionnements, et de l'augmentation continue du nombre de réfugiés, risquait de compromettre la transition vers une offre de services plus complète. Une personne interrogée dans le domaine de la VBG et de la protection a décrit l'inefficacité d'une récente évaluation de la protection alors que de nombreux réfugiés manquaient encore d'abris, de nourriture, d'eau et d'infrastructures sanitaires adéquates.

Il est encore difficile de parler de protection à quelqu'un qui a faim et soif et qui a besoin d'un logement. ... Nous savons tous que si nous avons répondu aux besoins essentiels en services sociaux de base, les risques d'exposition des personnes à des niveaux extrêmes de vulnérabilité auraient été réduits. Mais nous sommes dans un contexte où les services sociaux de base sont pratiquement inexistants... C'est comme si c'était un exercice que nous faisons juste pour dire que nous l'avons fait. Tout [les problèmes] y est énorme... Alors [ils demandent] : les abris sont-ils sécurisés ? Mais les gens n'ont même pas d'abri, et vous vérifiez si les abris sont éclairés, s'ils sont bien ventilés ?

VBG/PROTECTION IC

D'autres ont décrit les faiblesses du système de santé national, en particulier en ce qui concerne les ressources humaines. Certains IC des Nations unies ont mentionné avoir cherché des financements de développement pour renforcer le système de santé dans l'Est. Cependant, les coupes budgétaires et l'afflux continu de réfugiés ont rendu difficile la transition complète vers des services complets de SSR.

Malgré cela, une certaine transition vers des services complets avait déjà commencé, en particulier dans les zones où des structures sanitaires soutenues par des ONG existaient avant 2023. Les soins prénatals et postnatals étaient largement disponibles. Une éducation à la contraception était assurée, même si le nombre de ReCo était insuffisant. Toutefois, l'absence d'une campagne structurée d'éducation et de sensibilisation communautaire, intégrant des actions ciblées sur les adolescents, limitait encore la portée des interventions auprès des nouveaux arrivants. L'existence du dépistage du VIH à l'initiative du patient restait incertaine, tandis que le dépistage initié par les prestataires était bien en place.

4.9 Priorité supplémentaire : Fournir des soins d'avortement sécurisé dans toute la mesure permise par la loi

Des soins post-avortement (SPA) étaient disponibles dans 7 des 9 structures sanitaires évaluées, qui fournissaient tous également des moyens de contraception post-avortement (voir Tableau 9). Les deux structures sanitaires qui n'assuraient pas de soins post-avortement ont évoqué un manque de formation et d'équipement, notamment l'absence de kits d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) ou de misoprostol. Les soins d'avortement sécurisé n'étaient généralement pas disponibles. Une organisation a reconnu fournir des avortements médicamenteux dans certaines structures sanitaires, avec du personnel expatrié, et principalement de manière clandestine. Les sage-femmes de deux centres de santé situés à proximité de l'un des établissements de cette ONG ont indiqué y orienter les femmes demandant un avortement.

Tableau 9
Prestation de soins complets en matière d'avortement (n = 9)

Planning familial post-avortement	7
SPA avec AMIU	6
SPA avec misoprostol	6
Soins d'avortement sécurisé avec AMIU	0
Soins d'avortement sécurisé avec médicaments	1
Orientations vers des soins d'avortement sécurisé (si non fournis)	2

*2 structures sanitaires n'ont fourni aucun service post-avortement ou service d'avortement sécurisé en raison d'un manque de formation et de fournitures.

La plupart des IC interrogées et des prestataires ont déclaré que l'avortement était illégal au Tchad, bien que certains aient mentionné l'existence d'une « procédure » permettant d'obtenir l'autorisation d'un avortement auprès du MSP ou de la Justice. La loi tchadienne n° 006 sur la santé reproductive autorise l'avortement pour sauver la santé ou la vie de la femme, ou en cas d'anomalie fœtale. Cependant, les directives nécessaires pour la mise en œuvre de cette loi n'ont pas encore été établies. Bien que certains n'en aient pas connaissance, de nombreux IC ont déclaré que l'avortement était courant dans les camps, même si aucune donnée n'était disponible à ce sujet. Ils ne connaissaient que les cas qui se présentaient dans les structures sanitaires pour recevoir des soins suite à des complications. Plusieurs ont décrit les victimes de violences sexuelles et les adolescentes comme étant celles qui recourent le plus souvent à l'avortement.

Dans la plupart des camps, les femmes et les hommes réfugiés ont reconnu que les avortements étaient fréquents. Ils sont généralement pratiqués en secret, souvent avec l'aide de matrones ou de médicaments provenant de vendeurs locaux, et parfois à l'aide de méthodes dangereuses ou des dosages incorrects. Les femmes ont décrit l'avortement comme une réponse à des grossesses non désirées ou à risque, en particulier lorsque les femmes s'occupaient déjà de nourrissons, lorsque les grossesses résultaient d'un viol, ou lorsque de jeunes filles non mariées tombaient enceintes.

■ ■ *Il y a quelques [avortements] dans le camp, parfois après un viol, et d'autres parce que la jeune fille n'est pas encore mariée et que les parents trouvent cela honteux, ils préfèrent donc que leur fille avorte.*

RÉFUGIÉE

■ ■ *Hier encore, une jeune fille a subi un avortement incomplet et a été amenée ici, au centre, pour être soignée. Depuis que les prix des produits ont baissé, le taux d'avortement est très élevé.*

RÉFUGIÉE

Les femmes ont souligné le désespoir qui sous-tend ces choix, soulignant la honte liée aux grossesses hors mariage et les risques liés aux grossesses répétées. Les hommes, bien que moins précis, ont convenu que de nombreux avortements ont lieu parce que les femmes sont « toujours enceintes » en raison d'un manque de contraception.

Certains ont déclaré que les femmes souffrant de complications finissaient par se rendre au centre de santé, mais d'autres ont décrit des décès, des cas d'infertilité et des complications non traitées lorsque les survivantes évitaient le centre de santé par peur. Les femmes et les hommes ont tous mis en avant la nature dangereuse et clandestine de l'avortement dans les camps.

4.10 Facteurs facilitant et obstacles à la mise en œuvre du DMU

4.10.1 Facteurs facilitants

Bien que les IC aient décrit l'environnement dans lequel ils travaillaient comme étant difficile, quelques facteurs facilitants ont été mentionnés. Les IC estimaient que la présence d'infrastructures humanitaires et d'ONG dans l'Est du pays avait permis une réponse rapide. Les agences des Nations Unies et les ONG ont pu rapidement déployer du personnel dans les zones frontalières et mobiliser des ressources pour mettre en place des cliniques mobiles et orienter les patients vers les structures sanitaires existantes. Elles ont également pu rapidement déployer des sage-femmes expérimentées qui avaient travaillé dans l'Est du Tchad vers les sites d'accueil afin de venir en aide aux femmes enceintes. Grâce à leur longue expérience dans la région, de nombreuses sage-femmes possédaient à la fois de bonnes compétences en SSR ainsi qu'une expérience humanitaire. Les IC interrogés ont également souligné que la capacité du UNFPA à fournir rapidement des kits de SR était utile. Certains ont également mentionné la fourniture de tests de dépistage du VIH et d'ARV par le ministère de la Santé. Le personnel du UNFPA estimait que la présence de pharmacies provinciales dans les provinces concernées avait facilité la livraison des kits dans la région.

4.10.2 Obstacles

Les IC ont décrit un certain nombre d'obstacles à la mise en œuvre réussie du DMU. Les plus fréquemment mentionnés concernaient les ressources humaines, en particulier le nombre et les compétences des sage-femmes. La plupart des IC ont souligné que le nombre de sage-femmes était insuffisant par rapport à la taille de la population réfugiée. Par exemple six sage-femmes dans une structure sanitaire desservaient 56 000 personnes. Cette pénurie était en partie liée à la réduction des financements destinés à l'aide humanitaire. Cependant, plusieurs IC ont également souligné les importantes lacunes du système de formation des sage-femmes au Tchad. Beaucoup de sage-femmes récemment diplômées nécessitent une formation complémentaire pour pouvoir offrir des services de SSR de qualité.

Certains IC interrogés ont décrit les limites du système de santé tchadien qui ont entravé leur capacité à mettre rapidement en œuvre le DMU. Ils ont également souligné la nécessité de renforcer le système de santé. Par exemple, les structures sanitaires existantes du Ministère de la Santé Publique ne disposaient que de deux ou trois salles pour tous les services de santé, ce qui rendait difficile de garantir une intimité adéquate pour les services de SSR. Plusieurs IC ont signalé un manque d'hôpitaux équipés de salles d'opération et de matériel pour les césariennes. Beaucoup d'IC ont également signalé des obstacles au transport, en raison d'un nombre insuffisant d'ambulances par rapport à la taille de la population et aux distances à parcourir jusqu'aux structures de soins secondaires.

Un autre obstacle lié au financement limité était la nécessité d'une plus grande mobilisation communautaire. Le nombre de ReCo était insuffisant pour la population. Par exemple, 10 relais communautaires devaient assurer l'éducation sanitaire (pas seulement la santé sexuelle et reproductive) et la sensibilisation pour l'ensemble d'un camp de 30 000 personnes. Les IC et les réfugiés ont tous deux décrit la nécessité d'une mobilisation communautaire accrue et d'un plus grand nombre de ReCo afin d'atteindre une population en constante augmentation. Un renforcement des activités de mobilisation Communautaire permettrait d'instaurer la confiance avec les structures sanitaires et d'atteindre les personnes vivant le plus loin des centres de santé.

Enfin, les IC ont décrit l'incertitude entourant le financement et les projets à court terme, combinée à l'afflux continu de nouveaux arrivants, ce qui limite leur capacité à planifier et à éviter les lacunes dans la prestation des services. Par exemple, quelques organisations utilisaient des fonds internes pour mettre en place des postes de santé ou des cliniques mobiles afin d'améliorer l'accès des réfugiés éloignés des structures sanitaires existantes, tout en recherchant un financement à plus long terme. Bien que ces interventions à court terme aient permis de combler un vide important, leur durée de fonctionnement restait incertaine. L'incertitude générale autour de la continuité des financements, ainsi que les réductions substantielles de l'aide du gouvernement des États-Unis (USG), ont entravé la prestation de services essentiels de santé reproductive.

De nombreux IC ont évoqué la question des coupes budgétaires du gouvernement américain et d'autres bailleurs de fonds en 2025, ainsi que leur impact important sur la santé sexuelle et reproductive. Plusieurs IC ont signalé une réduction du nombre de sage-femmes, qui a entraîné une augmentation de la mortalité maternelle. Les ordres d'arrêt de travail soudains ont entraîné la fermeture sans préavis de structures sanitaires, ce qui a également nui à la confiance de la communauté des réfugiés. Les réductions budgétaires ont contraint les organisations à se limiter aux services essentiels. La diminution du personnel a entraîné une raréfaction des équipes spécifiquement dédiées à la santé reproductive au sein des ONG. Le HCR et le UNFPA ont tous deux subi d'importantes pertes de financement, ce qui a affecté la prestation de services de santé, l'approvisionnement en matériel et en médicaments. Les IC interrogés ont attribué la fermeture de cliniques mobiles et de postes de santé, ainsi que la suspension des projets de modernisation et d'équipement de la maternité d'un établissement du MSP desservant une population en forte augmentation, aux coupes budgétaires. Le financement des méthodes et services contraceptifs constituait une préoccupation particulière. Bien que plusieurs informateurs clés aient indiqué qu'ils parvenaient, pour le moment, à combler partiellement ces lacunes grâce à de petites sommes provenant de financements internes ou externes, ils s'inquiétaient pour l'année suivante, lorsque, par exemple, le UNFPA ne recevra plus aucun financement de l'USG.

■ ■ *Il est vrai que la réduction du personnel infirmier, des sage-femmes et des matrones est l'une des difficultés. Dans la maternité, il y a trois sage-femmes, ce qui n'est franchement pas suffisant.*

RÉFUGIÉE

4.11 Préoccupations générales parmi la population cible

Les réfugiés ont également fait part de préoccupations allant au-delà de la santé sexuelle et reproductive. Les hommes et les femmes ont évoqué le manque de logements pour les nouveaux arrivants, les pénuries alimentaires, la malnutrition et, dans un nouveau camp, la distribution inéquitable de l'aide. Les femmes ont souligné la lourde charge de travail qui leur incombe, tandis que les hommes se sont plaints que les ONG ignorent leurs besoins, ne leur offrant ni emploi ni soutien. Les adolescentes ont exprimé leur frustration face aux difficultés liées à l'hygiène menstruelle, à l'accès limité à l'école en raison des tâches de collecte d'eau, ainsi qu'à l'absence d'enseignement secondaire dans les camps. Plusieurs personnes se sont plaintes d'être mobilisées pour des activités, notamment dans le domaine de l'éducation communautaire, pour une rémunération faible ou inexistante.

Limites

L'équipe d'évaluation a été accueillie par un membre actif du groupe de travail sur la SSR qui gérait les structures sanitaires dans de nombreux camps des deux provinces avant 2025 (année durant laquelle le HCR a transféré la gestion de certaines structures à une autre ONG). De nombreuses structures sanitaires visitées étaient, ou avaient été, placées sous la gestion de cette ONG, qui priorisait la santé sexuelle et reproductive, ce qui a pu entraîner une surestimation du niveau réel de mise en œuvre du DMU. De même, de nombreux informateurs clés travaillant pour d'autres ONG étaient d'anciens employés de cette même organisation. Bien qu'il soit positif qu'ils aient conservé leurs connaissances en matière de SSR, cela a pu conduire à une surestimation du niveau de connaissance du DMU. Aucun hôpital de référence du MSP n'a été évalué. Les équipes ne se sont pas rendues à Adré, où sont basées de nombreuses organisations et où sont concentrées certaines activités de coordination. L'outil d'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des prestataires était relativement long, ce qui a contraint certaines sage-femmes à le compléter dans la hâte pour pouvoir retourner auprès de leurs patientes. Cette situation a probablement affecté la qualité de leurs réponses et entraîné des scores de connaissance plus faibles. Certaines n'ont pas pu prendre le temps de le remplir, notamment deux sage-femmes nouvellement diplômées dans un centre de santé, qui ont signalé un manque de formation pour la plupart des services lors de l'évaluation de l'établissement. Un grand nombre des participantes à l'évaluation travaillaient dans des centres de santé offrant des services de SSR de qualité, ce qui suggère une surestimation du niveau global des connaissances, attitudes et pratiques des sage-femmes.

5. Conclusions et recommandations

Le Tchad est confronté à de multiples crises humanitaires sur ses trois frontières, auxquelles s'ajoutent les facteurs de stress environnementaux liés au changement climatique. Le système de santé tchadien était déjà fragile et souffrait d'une grave pénurie de personnel de santé qualifié. Dans l'ensemble, le DMU semble avoir été mis en œuvre relativement rapidement lorsque la situation d'urgence a débuté en 2023. La présence de multiples organisations humanitaires et de leur personnel dans la région à la suite de la crise du Darfour en 2003, leur a permis de réagir rapidement pour faire face à cette nouvelle situation d'urgence. Les structures sanitaires existantes qui desservent les populations réfugiées fournissaient une large gamme de services de SSR. Cependant, l'afflux continu (et croissant) de réfugiés a entravé la mise en œuvre du DMU ainsi que la transition vers une prise en charge complète de la SSR. En outre, la réponse au Tchad a été fortement impactée cette année par les réductions de financement de l'USG, plusieurs ONG et agences des Nations unies ayant signalé une perte de financement. Cela a entraîné une diminution substantielle du nombre de membres du personnel du programme, notamment de sage-femmes et de relais communautaires. Par ailleurs, plusieurs cliniques mobiles ont dû cesser ou interrompre leurs activités, malgré une croissance significative de la population réfugiée.

Recommandations :

Objectif 1 : Coordination du DMU

GOVERNEMENT DU TCHAD

- Renforcer la coordination au niveau des districts en partenariat avec la communauté humanitaire
- Renforcer les services de santé primaires et secondaires dans les districts qui ont accueilli un afflux important de réfugiés afin d'améliorer les soins de tant pour les réfugiés que pour la population hôte

UNFPA

- Améliorer la coordination au niveau provincial et au niveau des districts. En tant que chef de file du groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive, le UNFPA devrait désigner une personne dans chaque province, ou idéalement dans chaque district. Cette personne serait chargée de veiller à ce que la SSR soit systématiquement abordée lors des réunions de coordination sanitaire. Cette mesure serait particulièrement importante si la création d'un groupe distinct dédié à la SSR n'est pas jugée pertinente.

Encadré de synthèse : Recommandations prioritaires

1. Améliorer la coordination au niveau provincial et district. En tant que chef de file du groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive, le UNFPA devrait désigner une personne dans chaque province, ou idéalement dans chaque district. Cette personne serait chargée de veiller à ce que la SSR soit systématiquement abordée lors des réunions de coordination sanitaire. Cette mesure serait particulièrement importante si la création d'un groupe distinct dédié à la SSR n'est pas jugée pertinente.
2. Renforcer l'intégration des services cliniques avec les services de prise en charge des victimes de VBG, y compris le suivi des orientations effectuées.
3. Recruter des sage-femmes qualifiées supplémentaires pour faire face à l'augmentation du nombre de patientes et assurer une formation adéquate en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence et de base (SONUB), y compris toutes les fonctions de signalement. Cette démarche vise à renforcer la prise en charge de la majorité des complications obstétricales au niveau des centres de santé, en tenant compte des retards dans les référencement.
4. Renforcer la chaîne d'approvisionnement des contraceptifs, notamment par des achats opportuns et appropriés, afin de réduire les ruptures de stock.
5. Veiller à ce que des services SPA de bonne qualité et sans jugement soient disponibles dans toutes les structures sanitaires, et mettre en œuvre des stratégies innovantes pour améliorer l'accès à des soins d'avortement sécurisé, y compris des stratégies de réduction des risques visant à fournir des informations sur le dosage correct du misoprostol à utiliser.
6. Renforcer les capacités des institutions gouvernementales concernées pour renforcer le système de santé.

Objectif 2 : Prévenir et gérer les conséquences des violences sexuelles

ONU/ONG

- Améliorer la coordination entre les acteurs de la SSR et ceux de la lutte contre la VBG.
- Renforcer l'intégration des services cliniques avec les services de prise en charge des victimes de VBG, y compris le suivi des orientations effectuées.
- Améliorer la sécurité autour des camps, en particulier pour les femmes et les filles qui quittent le camp pour aller chercher du bois de chauffe.
- Sensibiliser à la disponibilité de services confidentiels liés à la VBG, notamment des services de santé et de gestion des cas, en soulignant l'importance de consulter un professionnel de santé dans les 72 heures suivant une agression.
- Impliquer les hommes afin d'améliorer la sécurité et de réduire l'incidence de la violence entre partenaires intimes (VPI) envers les femmes et les filles.
- Établir des centres intégrés (« One-stop centers ») ou d'autres espaces sécurisés pour les femmes et les filles dans les camps afin de faciliter l'accès aux services, plutôt que de les concentrer dans la capitale provinciale.
- Recruter et former des spécialistes supplémentaires en santé psychosociale et/ou santé mentale.

Objectif 3 : Prévenir la transmission du VIH et d'autres IST

MINISTÈRE DE LA SANTÉ/ONU/ONG

- Garantir un approvisionnement suffisant en gants et autres équipements de prévention des infections pour faire face à l'augmentation du nombre de clients
- Rendre les préservatifs disponibles dans toutes les structures sanitaires, y compris les toilettes, et fournir des préservatifs aux ReCo afin d'améliorer l'accès discret

Objectif 4 : Prévenir la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales excessives

GOUVERNEMENT TCHADIEN

- Investir dans la formation des sage-femmes afin d'augmenter le nombre de sage-femmes bien formées et qualifiées
- Améliorer les capacités des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) dans chaque district afin de réduire les distances à parcourir vers les sites de référence.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ/ONU/ONG

- Assurer une formation adéquate en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONIB), y compris toutes les fonctions essentielles, à toutes les sage-femmes afin de renforcer le traitement de la plupart des complications obstétriques au niveau des centres de santé, compte tenu des délais d'orientation vers les centres de référence
- Recruter des sage-femmes qualifiées supplémentaires pour faire face à l'augmentation du nombre de clientes
- Renforcer la surveillance et la réponse en matière de mortalité maternelle et périnatale afin de lutter contre l'augmentation de la mortalité maternelle et néonatale
- Augmenter le nombre d'ambulances en fonction de la taille de la population afin de réduire les délais de transfert en cas d'urgences obstétricales
- Collaborer avec les matrones dans les zones les plus éloignées des structures sanitaires existantes afin de déterminer leurs capacités à agir en tant qu'accoucheuses traditionnelles ou sage-femmes qualifiées. Envisager de leur fournir des kits d'accouchement propres et de les former à reconnaître rapidement les complications et à orienter les cas vers la structure sanitaire.
- Renforcer les options de transport local afin d'encourager les femmes à se rendre dans les structures sanitaires, par exemple en rémunérant un conducteur de charrette à âne local, ce qui pourrait également constituer une source de revenus pour les réfugiés
- Accroître l'accès et le recours aux interventions pouvant être mises en œuvre en toute sécurité au sein de la communauté, afin de réduire la charge pesant sur les structures sanitaires lorsque des soins appropriés peuvent être dispensés en toute sécurité au niveau communautaire. Cela concerne notamment les soins maternels kangourou destinés aux bébés de faible poids à la naissance, ainsi que la distribution de misoprostol pour prévenir les hémorragies post-partum.

Objectif 5 : Prévenir les grossesses non désirées

GOUVERNEMENT DU TCHAD

- Renforcer la chaîne d'approvisionnement en contraceptifs, notamment par des achats opportuns et corrects, afin de réduire les ruptures de stock.
- Intégrer le DMPA-SC et d'autres contraceptifs auto-administrés dans les normes et standards de soins de santé communautaires

ONU/ONG

- Améliorer le système d'approvisionnement en contraceptifs, notamment par des achats opportuns et appropriés, afin de réduire les ruptures de stock
- Identifier les fournisseurs locaux et/ou régionaux de contraceptifs afin d'éviter les délais liés aux achats internationaux
- Former et équiper les ReCo avec des pilules contraceptives, contraceptifs d'urgence, DMPA-SC et préservatifs pour la distribution au niveau communautaire, en particulier dans les blocs les plus éloignés des structures sanitaires
- Former les femmes qui choisissent le DMPA-SC à s'auto-injecter et leur fournir des doses supplémentaires

Priorité supplémentaire : Soins d'Avortement Sécurisé

GOUVERNEMENT DU TCHAD

- Clarifier et rationaliser le processus visant à fournir des avortements sécurisés dans le cadre de la loi

Ministère de la Santé/ONU/ONG

- Plaider en faveur de la mise en œuvre intégrale des soins d'avortement sécurisé tel qu'il est prévu dans la loi n° 006 sur la santé reproductive, notamment l'apposition de la signature présidentielle sur le décret d'application et l'élaboration de directives à l'intention des prestataires.
- Mettre en œuvre des stratégies innovantes pour accroître l'accès aux soins d'avortement sécurisé, y compris des stratégies de réduction des risques visant à fournir des informations sur le dosage correct du misoprostol à utiliser
- Veiller à ce que des services de soins post-avortement (SPA) de bonne qualité et sans jugement soient disponibles dans toutes les structures sanitaires
- Veiller à ce que la population soit informée de l'existence des services SPA et de leur nature confidentielle afin d'encourager leur utilisation.

Objectif 6 : Planifier l'intégration de la santé sexuelle et reproductive globale dans les soins de santé primaires

GOUVERNEMENT DU TCHAD

- Renforcer les capacités du système de santé au niveau des districts et des provinces afin de desservir à la fois la population tchadienne hôte et le grand nombre de réfugiés.
- Renforcer la formation initiale des sage-femmes afin d'augmenter le nombre de sage-femmes bien formées

ONU/ONG

- S'engager dans le renforcement du système de santé, notamment en renforçant les capacités des institutions gouvernementales : Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP), Direction de la Santé de la Reproduction (DSR), Programme National de Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'Enfant (PN-PTME), Programme Sectoriel de Lutte contre le SIDA, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles (PSLSH/IST), Direction de l'Organisation des Services de Santé et des Mécanismes de Financement (DOSSMF)
- Identifier des sources de financement fiables et diversifiées pour soutenir la prestation de services de SSR, en particulier les services de contraception, en l'absence de financement de l'USG
- Renforcer les capacités des structures sanitaires existantes et augmenter le nombre de points de prestation de services de SSR afin de répondre aux besoins d'une population croissante et de réduire les distances dans les camps.
- Augmenter le nombre de sage-femmes formées dans les structures sanitaires.
 - Compte tenu du niveau d'éducation plus élevé de la population soudanaise nouvellement arrivée, intensifier les efforts pour recruter et former des sage-femmes parmi la population réfugiée afin d'augmenter les effectifs. Les personnes qui ont suivi une formation de sage-femme et qui démontrent leurs compétences devraient être habilitées à exercer en tant que sage-femmes plutôt qu'en tant qu'accoucheuses traditionnelles.
- Fournir une formation et une supervision de soutien sur les services clés de SSR, tels que les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB), la prise en charge clinique des viols, les soins post-avortement et les contraceptifs à longue durée d'action
- Améliorer l'approvisionnement global, y compris la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, afin d'éviter les ruptures de stock et d'assurer la livraison finale des fournitures SSR (y compris les contraceptifs)
- Accroître les activités de mobilisation communautaire afin de mieux engager et informer les nouveaux arrivants.

Annexe 1

Nombre de kits de SR livrés par le UNFPA pour l'intervention dans l'Est du Tchad

		Nombre de kits 2024	Nombre de kits Janvier-mai 2025
Kit 2	Accouchement propre	14	18
Kit 3	Traitement post-viol	8	10
Kit 4	Contraception orale et injectable	10	7
Kit 5	Traitement des IST	16	10
Kit 6A	Assistance à l'accouchement clinique – fournitures pour sage-femmes	12	11
Trousse 6B	Assistance clinique à l'accouchement – fournitures pour sage-femmes	20	9
Trousse 7A	DIU	14	0
Kit 7B	Implant contraceptif	50	0
Kit 8	Prise en charge des complications liées à une fausse couche ou à un avortement	8	3
Kit 9	Réparation des déchirures cervicales et vaginales	13	0
Kit 11	Chirurgie obstétricale et complications obstétricales graves	7	6
Kit 12	Transfusion sanguine	3	0
Total		175	74

Références

1. Tchad. Dans : Portail de données de l'Organisation Mondiale de la Santé. [consulté le 22 août 2025]. Disponible à l'adresse : <https://data.who.int/countries/148>
2. INSEED, UNICEF. MICS6-Tchad, 2019, Rapport final. N'Djamena, Tchad ; janvier 2021. Disponible à l'adresse : https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS6/West%20and%20Central%20Africa/Chad/2019/Survey%20findings/Chad%202019%20MICS%20Survey%20Findings%20Report_French.pdf
3. Ministère de la Santé Publique et de la Prévention. Plan national de développement sanitaire (PNDS 4) Tchad 2022-2030. Novembre 2022.
4. Tchad. Dans : Réseau P4H. 27 mai 2025 [consulté le 3 septembre 2025]. Disponible à l'adresse : <https://p4h.world/en/countries/chad/>
5. Tchad | ONUSIDA. 15 avril 2024 [consulté le 13 août 2025]. Disponible à l'adresse : <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/chad>
6. Tchad : protéger les enfants contre le VIH/sida | OMS | Bureau régional pour l'Afrique. 2 janvier 2025 [consulté le 13 août 2025]. Disponible à l'adresse : <https://www.afro.who.int/countries/chad/news/chad-protecting-children-hiv-aids>
7. Fonds du Secrétaire Général pour la Consolidation de la Paix. Tchad - Présentation du Projet. Disponible à l'adresse : https://www.un.org/peacebuilding/sites/www.un.org.peacebuilding/files/documents/chad_project_brief_1_new.pdf
8. Tchad. Dans : Fonds pour la Paix et l'Action Humanitaire en Faveur des Femmes. [consulté le 13 août 2025]. Disponible à l'adresse : <https://wphfund.org/countries/chad/>
9. Centre pour les Droits Reproductifs. Le Protocole de Maputo à 20 ans : Progrès en Matière de Droits à l'Avortement en Afrique. Disponible à l'adresse : https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2023/08/CRR_Maputo-Protocol_4pg_08292023.pdf
10. Loi n° 006/PR/2002 relative à la Promotion de la Santé Reproductive, article 14. Ministère de la Santé du Tchad ; 2002. Disponible à l'adresse : <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/02-Chad-Law-on-the-Promotion-of-Reproductive-Health-2002.pdf#page=3%20%0A>
11. Azétsop J, Ochieng M. Le droit à la santé, le développement des systèmes de santé et les défis des politiques de santé publique au Tchad. Philos Ethics Humanit Med. 2015 ; 10 : 1. doi : 10.1186/s13010-015-0023-z
12. Nzau JJ, Denemadjibe BM, Dumas EF, Rodriguez MA. Catalyser le changement en matière de santé reproductive au Tchad grâce à une coalition multipartite. Sex Reprod Health Matters. 2019 ; 27 : 1626185. doi : 10.1080/26410397.2019.1626185
13. Loi n° 001/PR/2017 portant Code Pénal. République du Tchad ; 2017. Disponible à l'adresse : <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/01-Chad-Penal-Code-2017.pdf#page=74>
14. Chad FP 2030. Dans : Family Planning 2030. [consulté le 13 août 2025]. Disponible à l'adresse : <https://www.fp2030.org/commitment-maker/chad/>
15. UNFPA. Rapport sur la situation au Tchad. Janvier 2025. Disponible à l'adresse : <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA%20Chad%20Situation%20Report%20%28December%202024%29.pdf>
16. OCHA. Tchad : Besoins Humanitaires et Plan de Réponse. Janvier 2025. Disponible à l'adresse : <https://reliefweb.int/report/chad/tchad-besoins-humanitaires-et-plan-de-reponse-janvier-2025>
17. HCR Tchad. Afflux des Réfugiés du Soudan | Statistiques de l'enregistrement individuel biométrique. 2025. Disponible à l'adresse : <https://data.unhcr.org/en/documents/details/118160>
18. HCR. Mise à jour des arrivées du Soudan, 17 août 2025. 2025. Disponible à l'adresse : <https://data.unhcr.org/en/documents/details/118159>
19. UNFPA. Rapport sur la Situation au Tchad : Besoins humanitaires croissants et réponse humanitaire sous-financée. 2025.

