

ANNEXE : 29

**La Programmation basée sur les droits humains appliquée a la Stratégie
d'Accélération de la Survie et de Développement de l'Enfant au Tchad**

Version de juin 2005

Table des matières

Résumé synthétique

1. Introduction	1
2. Contexte	2
2.1 Contexte mondial	2
2.2 Contexte régional	2
2.3 Contexte tchadien	4
2.3.1 Analyse de situation	6
2.3.2 Politique sanitaire du Tchad	7
3. Le Programme de Pays TCHAD UNICEF	8
4. La SASDE dans le programme de Pays	8
4.1 Processus de lancement de la SASDE au Tchad	9
4.2 Objectifs et Stratégies d'intervention	11
4.3 Activités	12
4.4 Suivi- Evaluation	12
4.5 Contribution de l'UNICEF	13
5. Partenariat / Coordination	14
5.1 Coordination avec le Programme de Pays a la lumière des principes de l'indivisibilité et de l'interdépendance des droits	14
5.2 coordination entre Ministères a la lumière des principes de l'indivisibilité et de l'interdépendance des droits	14
5.3 Partenariat	15
6. Résultats obtenus	16
7. Contraintes rencontrées	17
8. La Programmation basée sur les Droits Humains appliquée a la SASDE	18
9. Pérennisation et perspectives d'extension	26
10. Recommandations	27
10.1 Recommandations générales	27
10.2 Recommandations spécifiques	28
11. Conclusion	29
 annexes	

DONNEES DE BASE SUR LE TCHAD

Superficie ¹	: 1 284 000Km
Population ²	: 8 598 000 Habitants
Revenu Annuel par Habitant (US\$)	: 250
Pourcentage de la population urbaine	: 21.2
Taux de croissance annuel du PIB par habitant ³	: -0.1
Densité Moyenne	: 6,24 hts/k
Taux d'Accroissement Annuel	: 2,5 %
Taux de Mortalité Infantile (TMI)	: 117 pour 1000 naissances vivantes
Taux de Mortalité Infanto Juvénile (0-5 ans) (TMM5)	: 200 pour 1000 naissances vivantes
Pourcentage des enfants ayant reçu le DTC3	: 47 %
Taux de Mortalité Maternelle (TMM)	: 827 pour 100.000 naissances vivantes
Espérance de vie à la naissance	: 50,3 ans
Indice synthétique de fécondité	: 6,6
Taux de natalité	: 41 pour 1000
Pourcentage des enfants enregistrées a l'état civil	: 24.5 %
Taux d'alphabétisation des adultes	: 52 % (hommes), 34 % (femmes)
Taux net de scolarisation (1998-2002)	: 70 % (garçons), 47 % (filles)
Pourcentage de la population ayant accès a l'eau potable	: 34% (N), 40 %(U), 32 %(R)
Pourcentage de la population ayant Accès a l'assainissement	: 8 % (N), 30% (U), 0 % (R)

source : la Situation des Enfants dans le Monde, 2005

¹ Bilan Commun des Pays du Tchad, 2004

² Idem

³ Idem

Résumé analytique

La Stratégie d'Accélération de la Survie et de Développement de l'Enfant (SASDE) est une stratégie de santé, développée par l'UNICEF qui vise à réduire la mortalité infantile et celle des enfants de moins de 5 ans en ciblant les principales causes de mortalité des enfants et en combinant des interventions sanitaires efficaces, avec une attention particulière pour les populations les plus vulnérables. Les principales interventions incluent la vaccination de l'enfant accompagnée de la supplémentation en vitamine A, la prévention et la prise en charge de la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et la malnutrition chez l'enfant, la prévention du tétanos maternel et néo natal, de l'anémie chez la femme enceinte et de la transmission mère -enfant du VIH –SIDA. Les activités sont menées au niveau de la famille et de la communauté, au niveau des centres de santé et à travers la stratégie mobile pour les populations éloignées.

La SASDE a été initiée en 2002 au niveau de 11 pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre sélectionnés sur la base de leurs taux élevés de mortalité des moins de 5 ans qui est estimée entre 100 et 200 mille naissances vivantes, dans le cadre du programme élaboré par le Bureau Régional de l'UNICEF en 2001, en vue d'accélérer la mise en oeuvre des priorités du Plan Stratégique à Moyen Terme pour la période 2002-2005. Introduite dans une première phase dans 4 pays qui sont le Sénégal, le Mali, le Bénin et le Ghana et le Burkina Faso, la SASDE a été par la suite élargie à 7 autres pays qui sont la Gambie, le Tchad, le Cameroun, la Guinée Bissau, la Guinée Conakry et le Niger. Dans ces pays où la couverture vaccinale moyenne ne dépasse pas 50 %, les objectifs sont d'atteindre après 3 ans de mise en œuvre, une augmentation des taux de vaccination à 80 % et une réduction de 15 % de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. La mise en œuvre de la stratégie dans ces pays bénéficie du financement de l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI).

La sélection du Tchad parmi les pays d'expansion s'est basée d'une part sur les indicateurs de mortalité des enfants particulièrement bas, mais également sur la volonté affichée du gouvernement Tchadien de participer à cette stratégie. La Stratégie est mise en œuvre dans trois districts sanitaires depuis Février 2003 qui sont Béré, Kélo, et Gounou-Gaya. Ces districts sont situés au Sud Ouest du pays, et ont été retenus sur la base de leurs taux élevés de mortalité infantile et du faible niveau de couverture vaccinale. Ces 3 districts (constitués de 38 zones de responsabilité) font partie des zones de convergence des interventions du programme de coopération Tchad- Unicef 2001-2005. Des microplans annuels sont élaborés et implantés au niveau de chacune des 38 zones de responsabilité. Ces microplans sont établis de manière participative avec l'ensemble des acteurs concernés sur la base de l'évaluation de la situation sanitaire au niveau de chaque zone. Ils définissent les résultats à atteindre et les responsabilités respectives. La mise en œuvre de la stratégie est appuyée par des contrats de performance qui sont élaborés et signés par le délégué sanitaire du district, les autorités locales et les communautés. Les contrats de performance définissent les responsabilités respectives des partenaires signataires au niveau de la mise en œuvre, du suivi des activités et dans la réalisation des objectifs. Les résultats obtenus depuis le lancement de la SASDE confirment sa pertinence comme stratégie d'accélération de la réduction de la mortalité des enfants. Une augmentation significative des indicateurs sanitaires a été enregistré notamment en DTC3 et en Vitamine A dans les 3 districts concernés entre 2001 et 2003, passant de 42% à 103% dans le district de Béré; 43% à 97% à Gounou-Gaya et 56% à 65% à Kélo. La couverture en DTC3 au niveau national était de 47 % en 2002. L'accessibilité aux services de vaccination s'est également améliorée (90 %), bien que

l'utilisation de ces mêmes services reste encore faible (60%). La disponibilité des moustiquaires imprégnées au niveau des foyers est de 40 % en moyenne dans les 3 districts, alors que cette donnée était inconnue avant la mise en œuvre du projet. Cependant leur utilisation reste encore très faible: 5,46% des foyers possèdent une moustiquaire imprégnée à Gounou-Gaya, 0,26% à Kélo contre 0,52% à Béré. L'approche adoptée de la gestion basée sur les résultats, a travers la mise en place des contrats de performance et de la micro planification, a contribué à une responsabilisation des détenteurs d'obligations dans la mise en place et le suivi des activités visant l'amélioration de la survie et le développement des enfants et des femmes. Les populations enclavées et exclues ont un plus grand accès aux soins de santé. Les communautés commencent à avoir de comportements plus favorables vis-à-vis de la vaccination et des actes sanitaires en général et à adopter des pratiques correctes de prise en charge des enfants. Ces acquis sont importants et démontrent de la pertinence de la Stratégie pour contribuer à la prévention des maladies infantiles et la réduction de la mortalité infantile. Cependant la conception de la stratégie n'a pas pris en compte l'ensemble des principes de la programmation basée sur les droits humains qui doivent guider tous les programmes et projets appuyée par l'UNICEF. Les principes de la participation, de la non discrimination et de la responsabilisation des détenteurs d'obligations à tous les niveaux, ainsi que l'habilitation des titulaires de droits à réclamer et faire respecter leurs droits ne sont pas suffisamment pris en compte dans la Stratégie. Par ailleurs, son implantation n'a été précédée par une analyse de la situation basée sur l'approche droits afin d'identifier les problèmes prioritaires auxquels sont confrontées les communautés et plus particulièrement les enfants dans les districts concernés et les causes à tous les niveaux qui sont à l'origine de ces problèmes. La Stratégie prend essentiellement en compte les aspects sanitaires, alors que le principe de la survie et du développement implique l'intégration et l'intersectorialité des activités. Si des activités de communication et de sensibilisation ont été menées dans le cadre de la Stratégie, elles n'ont pas encore abouti à des changements de comportements et de pratiques des populations. Une stratégie de communication basée sur l'approche droits s'avère nécessaire.

Afin de consolider les acquis de la SASDE tout en lui insufflant les principes de la programmation basée sur les droits humains, il est souhaitable avant de procéder à son expansion à d'autres sites, qu'elle soit revue à la lumière des recommandations suivantes :

- La réalisation d'une analyse de situation basée sur les droits humains (Non discrimination, universalité, meilleur intérêt de l'enfant, participation, indivisibilité, interdépendance et responsabilisation).
- l'intégration d'autres aspects de la survie et du développement dans le paquet des interventions, comme le Développement intégré du jeune enfant, l'enregistrement des naissances, l'accès à l'eau et l'amélioration des pratiques d'hygiène.
- l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de communication basée sur les droits humains en vue d'un changement durable et pérenne des attitudes et des pratiques des populations.
- L'habilitation des détenteurs d'obligations à tous les niveaux (niveau national, niveau provincial et local) à remplir leurs obligations et des titulaires de droits à réclamer l'application de leurs droits.
- La révision du contrat de performance qui doit devenir un outil opérationnel de responsabilisation des différents acteurs. Il doit être accompagné de mécanismes d'application, de suivi et de retro- information aux communautés, pour garantir le principe de participation et d'accountability.

- Le plaidoyer doit être renforcée pour promouvoir son appropriation par le gouvernement et l'affectation des ressources financières et humaines et garantir sa durabilité et pérennisation.

De manière plus spécifique, et afin de dépasser les contraintes qui se sont posées au cours des deux années précédentes, il serait important de renforcer le partenariat avec les médias nationaux et locaux et les leaders locaux et nationaux pour mieux faire connaître les réalisations de la stratégie dans le domaine de la survie de l'enfant, mais aussi l'approche contractuelle qui a été adoptée pour la mise en œuvre de la SASDE, de mettre en place des mécanismes de valorisation des leaders religieux, des chefs de canton et de villages, des autorités locales et des communautés pour la redynamisation des contrats de performance, d'associer les groupements de jeunes (parlement de l'enfant) et de femmes en les habilitant à travers des formations appropriées dans la communication basée sur les droits humains. Il est aussi essentiel que le Gouvernement s'engage à mettre fin aux ruptures de vaccins et des autres matériels, qui constituent des entraves à la bonne exécution des activités.

1. introduction

La Stratégie d'Accélération de la Survie et du Développement de l'Enfant (SASDE) est une stratégie développée par l'UNICEF, qui vise à réduire la mortalité infantile et celle des enfants de moins de 5 ans en ciblant les principales causes de mortalité et en combinant des interventions sanitaires efficaces, avec une attention particulière pour les populations les plus vulnérables et les exclus. Il a été en effet scientifiquement prouvé au cours des dernières années, que grâce à une accélération de la couverture vaccinale effective et l'utilisation d'un nombre limité de services de santé et de nutrition, accompagnée d'une amélioration de pratiques de soins au niveau familial et communautaire, une réduction sensible des taux de mortalité infantile et des moins de 5 ans est possible. Cette stratégie inclut un paquet d'interventions intégrées qui ont un impact élevé, et un coût- efficacité important. Elle vise à agir sur la mortalité des moins de 5 ans, à travers une augmentation effective des taux de couverture vaccinale, de l'accès aux services de base, avec une attention particulière au micro planning, au monitoring et à l'évaluation. Les interventions clés sont le **PEV PLUS**, la **PCIME PLUS** et la **CPN PLUS**⁴. Elles sont mises en œuvre à 3 niveaux : la prise en charge au niveau de la famille et de la communauté, la stratégie mobile et la prise en charge clinique dans les centres de santé. La mise en œuvre de cette stratégie est soutenue par la mise en place de contrats de performance qui sont signés par les différentes parties concernées au niveau des districts. La SASDE vise à impliquer et responsabiliser les représentants locaux, les communautés et de tous les acteurs dans la promotion de la santé et de la survie des enfants. L'obligation de résultats à travers le respect des dispositions du contrat de performance induit la participation des communautés dans le monitoring et l'évaluation des activités de la stratégie.

La SASDE a été introduite au niveau des pays de la Région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre suite à la réflexion menée entre le Bureau Régional, le siège et les bureaux de pays pour

⁴ Les définitions sont données à la page 11.

accélérer la mise en œuvre du Plan Stratégique à Moyen Terme 2002-2006 pour l’Afrique de l’ouest et du Centre.

Cette stratégie est mise en place depuis 2002 dans 11 pays de la région qui ont en commun des taux élevés de mortalité infantile et des moins de 5 ans. Quatre pays – Sénégal, Mali, Bénin et Ghana- ont été retenus dans une première phase. La stratégie a été par la suite étendue aux autres pays, qui sont le Burkina Faso, la Gambie, le Tchad, le Cameroun, la Guinée Bissau et la guinée Conakry. Elle est mise en place dans des zones sanitaires pilotes. La population cible totale dans les zones d’intervention est d’environ 23 millions au niveau des 11 pays. Les taux de mortalité des moins de 5 ans dans ces pays oscillent entre 100 et 200 pour mille naissances vivantes et la couverture vaccinale moyenne ne dépasse pas 50 %. Dans les pays d’extension, seuls le PEV PLUS et le CPN PLUS ont été introduits dans les districts concernées, l’élargissement à la PCIME PLUS ayant été prévu dans une phase ultérieure.

Au niveau du Tchad, la stratégie est mise en place dans trois districts de démonstration. Son extension à trois autres sites a été amorcée en 2004. Ces districts font partie des zones d’intervention du Programme de Coopération Tchad - UNICEF pour la période 2001-2005. La population totale est de 581 974 habitants. Les objectifs généraux sont de contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans de 15% après 3 années de mise en œuvre complète du paquet d’interventions, de 25 % après 5 ans de mise en œuvre et de 35% après 7 ans quand la première cohorte d’enfants aura bénéficié de la totalité du paquet d’interventions⁵.

Cette étude tente, à partir de la collecte et l’exploitation de la documentation disponible, des entretiens avec les partenaires et les acteurs impliqués dans la stratégie, au niveau national, régional et local, d’analyser le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi de la stratégie à la lumière des principes de la programmation basée sur les droits humains. Une programmation basée sur les droits humains signifie que:

- 1) l’ensemble des Programmes de Coopération de l’UNICEF vise la réalisation des droits des enfants et des femmes,
- 2) les droits humains et les principes des droits de l’enfant guident la programmation dans tous les secteurs et toutes les phases du processus d’élaboration du programme,
- 3) les Programmes de Coopération se concentrent sur le développement des capacités des détenteurs d’obligations à tous les niveaux (parents, communautés, enseignants, gouvernements) pour remplir leurs obligations à respecter, protéger et réaliser les droits des enfants, mais également sur le développement des capacités des titulaires de droits de réclamer leurs droits⁶.

Sur la base de cette analyse, l’étude tentera d’apporter des éléments de réflexion sur les mesures à prendre pour renforcer et/ou réajuster la Stratégie pour une plus grande prise en compte des principes des droits humains et sur les moyens de garantir les conditions de sa pérennisation et de son appropriation par les décideurs politiques et par les communautés bénéficiaires. La question de son extension en termes du paquet de services et au niveau géographique sera également abordée.

⁵ Progress report to CIDA: accelerating child survival and development in high under five mortality areas in the context of health reform and poverty reduction: a result-based approach, UNICEF, may 2004.

⁶ PPP manual, 2004, UNICEF.

2. contexte

2. 1 Contexte mondial

Depuis l'adoption de la Convention Relative aux Droits de l'Enfant (CDE), des améliorations substantielles ont été enregistrées au niveau de la survie, de la santé et du développement des enfants. Grâce à une plus grande disponibilité des produits et services essentiels de santé, comme la vaccination, les moustiquaires imprégnées et les sels de réhydratation orale, la mortalité des enfants de moins de 5 ans a diminué de 11 % entre 1990 et 2000⁷. Pourtant en dépit de ces progrès, 10 millions d'enfants continuent de mourir chaque année avant d'atteindre leur cinquième année, 50 % de ces décès survenant dans 6 pays. Près des deux tiers de ces enfants meurent d'un nombre très limité de pathologies infectieuses comme le paludisme, la pneumonie, la diarrhée, la rougeole, la coqueluche, le tétanos néonatal et de plus en plus le VIH/SIDA⁸. La malnutrition contribue pour environ 50 % de ces décès. Plus de 140 millions d'enfants des pays en développement, soit 13% des enfants de 7 à 18 ans restent privés de leur droit à l'éducation. Plus de 400 millions, soit un enfant sur 5 dans ces pays n'a pas accès à l'eau potable et plus d'un enfant sur 3, soit 500 millions d'enfants n'ont aucun accès à des installations d'assainissement.

L'amélioration de la survie, du développement et de l'éducation des enfants reste confrontée à des contraintes importantes, comme l'insuffisance de volonté politique et d'habilitation des communautés y compris les femmes, les adolescents et les jeunes à s'assumer et à revendiquer leurs droits, l'accès limité aux services sociaux de base, les ressources humaines en quantité et en qualité insuffisantes, mais également une faible demande pour les services de base et un niveau inégal de connaissance des droits de l'enfant. Les solutions promues pour agir sur la mortalité infantile et des moins de 5 ans continuent de privilégier les interventions sanitaires au détriment d'une approche intégrée de survie et de développement de l'enfant.

Pour faire face à la persistance de ces défis, la communauté internationale a réitéré son engagement en faveur de la survie, la santé et le développement de l'enfant. Les 190 gouvernements réunis lors de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies en Mai 2002 se sont engagés à accélérer l'atteinte des objectifs de réduction de la mortalité infantile, et de mettre tout en œuvre pour améliorer la survie, le développement et la protection des enfants ; engagements concrétisés dans l'adoption du document final « **un Monde Digne des Enfants** ». Cet engagement est venu compléter et renforcer les 10 Objectifs de Développement du Millénaire adoptés lors du Sommet des Nations Unies du Millénaire en l'an 2000. Les pays se sont ainsi engagés entre autres, à réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de deux tiers d'ici 2015, à assurer l'accès à l'éducation de base à tous les enfants, et à promouvoir l'égalité des genres et le renforcement des capacités des femmes.

Les droits de l'Enfant à la survie, à la croissance et au développement sont considérés par l'UNICEF comme des préalables importants au développement humain et à la réduction de la

⁷ Rapport de la situation des enfants dans le monde, UNICEF, 2005.

⁸ Report to CIDA: accelerating child survival and development in high under five mortality areas in the context of health reform and poverty reduction: a result-based approach, UNICEF, may 2004.

pauvreté. La survie de l'enfant, la protection de sa santé et son développement constitue des priorités stratégiques pour l'UNICEF. Ils figuraient dans le Plan Stratégique à Moyen Terme pour la période 2002-2005, au niveau du PEV PLUS et du Développement Intégré du Jeune Enfant. Le Plan Stratégique pour 2006-2009 confirme de nouveau la priorité donnée par l'Organisation à la survie et au développement de l'enfant. La première priorité est en effet constituée par la Survie et Développement du Jeune Enfant, qui intègre en plus des interventions spécifiques à la santé de base (contenues dans le PEV Plus), des interventions en nutrition, dans le domaine de l'eau, et en matière d'hygiène et d'assainissement⁹. Cette nouvelle approche a pour objectif de promouvoir une vision plus cohérente de l'ensemble des interventions qui sont nécessaires pour améliorer la survie et le développement de l'enfant. La réalisation des objectifs du Plan stratégique à Moyen Terme va contribuer à l'atteinte des objectifs du millénaire et aux engagements internationaux reflétés dans la CDE, la Déclaration du Millénaire et un « Monde Digne des Enfants ». L'approche adoptée au cours des dernières années par l'UNICEF préconisant une programmation basée sur les droits humains considère les droits de l'enfant à la vie, à la survie et au développement comme les fondements de base des programmes de coopération de l'UNICEF et à cet égard doivent guider toutes les étapes de la programmation aussi bien des programmes que des projets¹⁰. Le droit à la vie, survie et développement sous entend la protection de la vie des enfants, y compris dans les situations de conflit, alors que le droit à la survie suppose que les pays ont pris toutes les mesures pour garantir que l'enfant ne décède pas à la suite d'une maladie, de la malnutrition ou toutes autres causes.

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant place également le droit à la survie et au développement comme un principe fondamental pour lequel les Etats parties ayant ratifié cet instrument doit mettre tout oeuvre pour garantir la réalisation de ce droit à tous les enfants sans discrimination.

2.2 Contexte régional

C'est en Afrique Sub Saharienne que les progrès dans la survie, la croissance et le développement des enfants ont été les plus lents. La mortalité des enfants des moins de 5 ans dans cette région oscille entre 100 et 200 pour 1000 naissances vivantes. Les taux de scolarisation bruts sont estimés à 64 % pour les garçons et 59% pour les filles pour la période 1999-2002¹¹. Le pourcentage de la population dans cette région ayant accès à l'eau potable ne dépasse pas 57 %, alors que celle ayant accès à un assainissement adéquat est seulement de 36%¹². L'effondrement des services sociaux de base dans de nombreux pays, qui sont dus en partie aux conflits armés, à la dette extérieure, aux politiques d'ajustement structurel, combinée avec une pauvreté persistante et les catastrophes naturelles a contribué à une stagnation voire une détérioration de ces indicateurs de base.

La couverture vaccinale moyenne dans cette région est autour de 50%. Plus des deux tiers des décès des enfants de moins de 5 ans sont dus à un nombre très limité de maladies infectieuses de l'enfance dont certaines peuvent être prévenues, comme le paludisme, la pneumonie, la diarrhée,

⁹ MTSP 2006-2009, first Draft, UNICEF

¹⁰ the principle of Right of the Child to Life, Survival and Development, 15/06/04 AAB

¹¹ La Situation des enfants dans le Monde, 2005

¹² idem

le tétanos néonatal et de plus en plus le VIH/SIDA ou atténuées à travers des changements de comportements des parents et des mères en particulier. En généralisant par exemple, l'utilisation de moustiquaires imprégnées, on peut faire chuter de 20 % la mortalité infantile¹³. De même, l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois permet à l'enfant d'avoir un bon démarrage dans la vie et d'être plus résistant à la maladie.

Pour faire face à ces défis, l'UNICEF a développé au cours des dernières années une Stratégie d'Accélération de la Survie et du Développement de l'enfant (SASDE), qui inclut un paquet d'interventions intégrées ayant un impact élevé avec un rapport coût efficacité important, ainsi que des activités novatrices visant à réduire de manière substantielle la mortalité infantile en focalisant sur les enfants les plus marginalisés et désavantagés. Cette approche a été initiée dans des pays sélectionnés en Afrique de l'Ouest et du Centre ayant des taux élevés de mortalité des enfants de moins de 5 ans, dans le cadre du plan d'action que le bureau régional de l'UNICEF a élaboré en 2001, en vue de l'accélération de la mise en oeuvre du Plan Stratégique à Moyen Terme pour la période 2002-2005, notamment les priorités liées au PEV plus et au Développement Intégré du Jeune Enfant¹⁴.

Le paquet d'interventions composant la stratégie d'accélération de la survie et du développement de l'enfant comprend¹⁵:

1) PEV -PLUS vise à prévenir les maladies vaccinables, les carences en Vitamine A, à travers la Vaccination de routine et des campagnes périodiques de rattrapage de la rougeole avec la supplémentation semestrielle en Vitamine A

2) PCIME PLUS vise à prévenir et prendre en charge la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et la malnutrition chez l'enfant, à travers les activités suivantes :

- Promotion de l'allaitement exclusif pendant 6 mois et du sevrage complémentaire en temps opportun, consommation de sel iodé dans les ménages et amélioration des pratiques d'hygiène ;
- Prise en charge améliorée et intégrée (au centre de santé et au niveau familial) des enfants souffrant de pneumonie, paludisme et diarrhée.
- Distribution et promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées de longue durée pour les moins de 5 ans
- Traitement préventif du paludisme chez l'enfant lié à la vaccination

3) CPN PLUS vise à prévenir le tétanos maternel et néonatal, les faibles poids de naissance résultant du paludisme et de l'anémie sévère pendant la grossesse ainsi que de la transmission mère- enfant du VIH/SIDA à travers les activités suivantes :

- Distribution et promotion de la moustiquaire imprégnée de longue durée chez la femme enceinte;

¹³ idem

¹⁴ Regional Plan for implementation of the MTSP (2002-2005)/ WCARO

¹⁵ Rapport au donateur, agence canadienne de développement, décembre 2004.

- Traitement présomptif intermittent contre le paludisme pendant la grossesse.
- Vaccination antitétanique pendant la grossesse pour prévenir le tétanos maternel et néonatal;
- Supplémentation en fer et acide folique pendant la grossesse et en vitamine A en postnatal.

Les objectifs de cette stratégie sont d'atteindre après 3 ans de mise en œuvre, une réduction de 15 % de la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans des pays sélectionnés de l'Afrique de ouest et du Centre. Pour atteindre cet objectif, le Bureau Régional met l'accent sur l'augmentation et le maintien de l'accès aux services de vaccination de qualité aussi bien de routine qu'à travers des activités de supplémentation, y compris la supplémentation en vitamine A. Par ailleurs, les stratégies ciblant le développement intégré du jeune enfant, et garantissant sa survie, sa croissance et son développement social, émotionnel et cognitif avec une attention particulière pour les enfants de moins de 3 ans, sont développées à travers des interventions au niveau des familles (promotion de l'allaitement maternel, prévention de la malnutrition, etc.) et viennent en appui au PEV Plus.

Dans une première phase, la SASDE a été initiée en 2002 au niveau de 4 pays qui sont le Mali, le Bénin, le Sénégal et le Ghana. Des districts de démonstration ont été choisis dans chacun de ces 4 pays. Ces derniers ont été sélectionnés sur la base d'un contexte de politique de santé nationale saine, d'une longue expérience dans les réformes du secteur de santé et sur leur engagement à réduire la pauvreté avec une participation et une habilitation des communautés dans la santé. Dans ces 4 pays, le paquet complet des interventions (comprenant le PEV PLUS, la CPN PLUS et la PCIME PLUS) a été mis en œuvre dès le démarrage de la stratégie.

Dans une deuxième phase, la stratégie a été étendue à 7 autres pays ayant également des taux élevés de mortalité infantile et celle des enfants de moins de 5 ans. Ces pays sont le Burkina Faso, le Cameroun, le Tchad, la Gambie, la Guinée Bissau, la Guinée Conakry, et le Niger. La population concernée dans ces pays est d'environ 13 millions. Au niveau de ces pays, l'introduction des interventions s'est faite de manière progressive, en commençant par le PEV Plus et la distribution des moustiquaires imprégnées. Le paquet des interventions serait par la suite élargi aux autres composantes de la stratégie¹⁶.

La SASDE est mise en œuvre selon 3 modes d'intervention : 1) Stratégie mobile pour les villages éloignés du centre de santé de plus de 15 Km, 2) la prise en charge au niveau de la famille/communauté à travers la promotion de pratiques correctes de santé, de nutrition et d'hygiène, 3/ Les prestations de services au niveau du centre de santé.

2.3 Contexte tchadien

2.3.1. Analyse de situation

La situation au Tchad se caractérise par des défaillances majeures au niveau du respect des droits fondamentaux des enfants à la vie, à la survie et au développement et de manière générale de

¹⁶ Proposition du Projet UNICEF (2002-2003), accélération de la Survie et du Développement du Jeune Enfant dans les régions à forte mortalité infanto-2002-2006 . Contexte de Réforme de la santé et de la réduction de la pauvreté, approche basée sur les résultats, Février 2004, UNICEF New York

l'ensemble de leurs droits. Plus 200 enfants pour cent mille naissances vivantes continuent de mourir chaque année du paludisme, des infections respiratoires aiguës, de diarrhées, de la rougeole, et du tétanos néonatal. La couverture vaccinale des enfants est l'une des plus faibles en Afrique au sud du Sahara avec une moyenne nationale de 42.7 % pour le DTC3¹⁷; Les mauvaises conditions d'hygiène dans lesquelles vivent l'écrasante majorité de la population, le faible recours aux services de santé car insuffisants, trop éloignés et nécessitant des ressources souvent hors de porte de la majorité de la population expliquent cette situation alarmante. La malnutrition grave touche 9 % des enfants, résultant d'une alimentation inappropriée due elle-même à une faible disponibilité alimentaire et au manque d'information des populations sur les conditions d'une alimentation saine et équilibrée, à la faiblesse des revenus et à l'absence d'une stratégie alimentaire et nutritionnelle bien conçue. Les mauvaises habitudes alimentaires et des croyances socioculturelles rétrogrades aggravent aussi la malnutrition. Plus de 50% des filles en âge de scolarisation et 30 % des garçons restent privées de leur droit à l'éducation. L'accès des filles à l'école est limité par la préférence donnée par les parents à l'éducation des garçons, surtout en milieu rural. Seule une infime minorité des enfants en âge préscolaire (0, 8%) bénéficie des structures d'encadrement, reflétant d'une part le manque d'information et de connaissances des parents sur l'importance du développement psychomoteur et cognitif de l'enfant et sur le peu d'intérêt accordé par l'Etat au développement intégrée du jeune enfant. L'exploitation et la violence à l'égard des enfants sont très répandues au Tchad. La situation générale des droits humains dans ce pays reste extrêmement précaire¹⁸. Le gouvernement a certes ratifié de nombreux textes internationaux, dont la CDE. De même, la Constitution Tchadienne affirme la volonté du peuple de "vivre ensemble dans le respect des libertés, de bâtir un état de droit fondé sur les libertés publiques et les droits fondamentaux de l'homme, la dignité de la personne humaine et le pluralisme politique sur les valeurs africaines de solidarité et de fraternité". Cependant, cet arsenal juridique est peu mis en pratique. La majorité des lois ne sont pas appliquées et les droits humains sont régulièrement bafoués. Les Organisations Internationales appellent régulièrement le gouvernement du Tchad à un plus grand respect des droits humains et une application des engagements pris pour assurer une plus grande justice sociale et économique.

Le Tchad n'a soumis qu'un seul rapport sur la situation des droits des enfants depuis la ratification de la Convention internationale des droits des enfants en 1993. Dans ses observations finales au rapport initial, le Comité des Droits de l'Enfant recommande « *à l'état signataire d'amplifier ses efforts, avec le soutien continu de l'assistance internationale, pour assurer l'accès de tous les enfants aux soins de santé primaire, à l'eau potable et à l'assainissement. En particulier des efforts concentrés sont nécessaires pour lutter contre la malnutrition et assurer la mise en œuvre du plan d'action national pour la nutrition qui a été adoptée récemment.* »¹⁹. Par ailleurs, le comité recommande dans le point 17 « *l'adoption d'une approche plus active en vue de l'élimination des discriminations contre les groupes vulnérables, surtout les filles* ».

¹⁷ revue externe du PEV réalisée en mai 2002, citée dans le rapport conjoint Gouvernement du Tchad- UNICEF pour la mise en œuvre de la SASDE, dans les districts sanitaires de Kelo, de Bere et Gounou-gaya. Ce taux est plus bas que celui mentionné dans le Rapport de la Situation des Enfants dans le Monde, 2005, qui est de 47 %.

¹⁸ . Rapport de l'experte Indépendante au Haut Commissariat aux Droits de l'Homme, sur la situation des droits Humain au Tchad. 2004

¹⁹ Remarques finales du Comité Des droits de l'Enfant au Tchad, 1996.

Le deuxième rapport qui était du en 2002, n'a pas encore été remis au Comité des Nations Unies. Il est donc difficile de mesurer les efforts que le gouvernement a entrepris depuis la soumission de son rapport initial pour appliquer les observations finales du comité et pour améliorer la situation des droits des enfants dans le pays.

2.3.2. La politique sociale et sanitaire du Tchad

Dans le domaine social, le gouvernement Tchadien s'est fixé comme objectifs de promouvoir le bien être social et d'améliorer les conditions de vie des populations, notamment des groupes vulnérables et d'autre part d'assurer leur protection sociale. Ces objectifs sont rappelés dans la stratégie nationale de réduction de la pauvreté. C'est le département de l'Action sociale et de la Famille qui est chargé de la conception, de la coordination de la mise en oeuvre et du suivi de la politique sociale du gouvernement. Cinq domaines d'action prioritaires ont été définies pour la période 2004-2006. Il s'agit du renforcement des capacités institutionnelles et des ressources humaines, de la protection et le développement du jeune Enfant et de l'Adolescent; de la promotion socio économique et juridique de la Femme, de la protection et promotion de la Famille, et de la protection et promotion des personnes défavorisées (handicapées, mendiants,...). Ces priorités sont inscrites dans les politiques et programmes de développement du gouvernement, notamment la politique de la population, et la stratégie nationale de réduction de la pauvreté qui met l'accent sur le renforcement des services sociaux et de protection en faveur de l'Enfant; le respect des droits fondamentaux des enfants et des femmes; la valorisation et la protection de la famille; l'encadrement et la réinsertion des personnes handicapées.

Dans le domaine de la santé, la politique du gouvernement est fondée sur « le principe de l'universalité qui fait de la santé un droit fondamental de tout Tchadien et l'action sanitaire une œuvre sociale de solidarité de l'état des collectivités et de l'individu »²⁰. L'Etat Tchadien s'est fixé deux objectifs majeurs dans le domaine de la santé:

1. mettre la santé au cœur du développement : veiller a ce que la santé soit prise en considération dans la planification du développement durable.
2. élaborer des systèmes de santé durables pour répondre aux besoins des populations et qui garantissent l'équité d'accès aux fonctions sanitaires essentielles.

Pour atteindre ces objectifs, le Ministère de la Santé met l'accent sur l'amélioration de la couverture vaccinale, de la disponibilité et du renforcement des ressources humaines qualifiées, et sur le développement d'activités d'information, d'éducation et de communication. Le principe de la déconcentration/décentralisation constitue un axe stratégique majeur du système de santé qui est de 3 niveaux : 1) le niveau central chargé de la conception et de l'orientation des politiques de santé, 2) le niveau intermédiaire avec 14 délégations préfectorales chargées de la stratégie de mise en oeuvre de la politique et de la gestion des personnels de santé, et 3) le niveau périphérique comprenant 49 districts et 657 zones de responsabilité chargées de la mise en oeuvre des services de santé.

Cependant, la mise en oeuvre des politiques sociales du gouvernement se heurte a un manque chronique de ressources financières et humaines qualifiées, mais principalement a l'absence d'une volonté politique réelle pour créer les conditions nécessaires a un développement humain durable. Avec l'avènement du projet pétrolier au cours des dernières années, le gouvernement s'est engagé

²⁰ Bilan commun des pays, 2004, p. 45

à investir 80 % des recettes pétrolières dans les secteurs sociaux de base comme la santé et l'éducation. En attendant la concrétisation de cet engagement, la grande majorité des populations tchadiennes et notamment les enfants, continuent d'être privés de leurs droits fondamentaux et de vivre dans des conditions économiques et sociales très précaires.

3. le Programme de Coopération TCHAD-UNICEF 2001 - 2005

Le Programme actuel de Coopération TCHAD-UNICEF couvre la période quinquennale 2001-2005. Il a été conçu en prenant en compte le Bilan Commun de Pays réalisé en 2000. Le programme de coopération s'est fixé comme but d'améliorer les conditions de vie des enfants et des femmes en oeuvrant à la reconnaissance et à l'application de leurs droits. Ses objectifs sont de contribuer à: 1) Réduire la mortalité infantile de 103 à 82 pour mille; 2) Réduire la mortalité infanto juvénile de 194 à 145 pour mille, 3) Réduire la mortalité maternelle de 827 à 662 pour cent mille, 4) Assurer l'accès à l'éducation de base de qualité à 80,000 enfants, adolescents et femmes et 5) Promouvoir l'application et le respect des de la Convention relative aux Droits de l'Enfant et la Convention d'Elimination de toutes les Formes de Discrimination a l'Egard des Femmes.

Lors de la revue a mi parcours du Programme de Pays qui s'est tenue en 2003, la structure du programme été revue pour remplacer les 3 programmes initiaux par cinq programmes qui sont : 1) Survie de l'enfant, 2) Développement de l'enfant, 3) Protection de l'enfant, 4) Plaidoyer et promotion des droits et Politiques sociales, et 5) planification et suivi. Les zones d'intervention du programme de pays ont été maintenues, avec une convergence des interventions des différents programmes dans les 3 districts de mise en œuvre de la SASDE.

Dans le cadre du Programme de pays actuel, l'UNICEF appuie la mise en place d'une équipe technique multisectorielle (ETMS) au niveau de chacun des 10 districts zones d'intervention. L'ETMS qui est composée des représentants des ministères partenaires du Programme de Pays, appuie et coordonne l'élaboration de plans de développement local (PDL) au niveau des villages dans les différents districts, dans les domaines de la santé, du développement intégré du jeune enfant, de la protection de l'enfant et de l'eau et de l'assainissement. Sur la base d'un diagnostic de la situation et de l'identification des priorités de la localité, Le Plan de Développement Local est élaboré selon une approche participative impliquant tous les acteurs de la communauté, y compris les associations locales oeuvrant dans le domaine des droits de l'enfant. Le Plan de Développement Local est ensuite traduit dans un plan d'action incluant une programmation financière, qui est soumis pour financement à plusieurs bailleurs de fonds dont l'UNICEF. L'ETMS qui a un rôle de renforcement capacités locales en planification, suivi et évaluation assure un suivi plus rapproché des activités sur le terrain. Le Ministère du Plan assure la coordination de l'ETMS, en tant que coordonnateur national du Programme de Pays TCHAD - UNICEF.

4. La Stratégie d'Accélération de la Survie et du Développement de l'Enfant

4.1. Le Processus de lancement de la SASDE au Tchad

La SASDE a été adoptée au Tchad en 2002 dans le cadre de la phase d'expansion du programme régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, programme financé par l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI). Elle a été introduite des la deuxième année du programme de coopération, comme une composante du Programme Survie et Nutrition de l'enfant en vue d'accélérer l'atteinte des objectifs arrêtés pour 2005. Elle a été précédée d'un fort plaidoyer du Bureau de pays du Tchad auprès du siège et du Bureau Régional. La sélection du Tchad parmi les pays d'expansion s'est basée d'une part sur les indicateurs de mortalité des enfants

particulièrement bas, mais également sur la volonté affichée du gouvernement Tchadien de participer à cette stratégie; celle-ci s'intégrant dans les objectifs arrêtés pour le secteur de la santé et dans la politique sociale du pays.

Parmi les dix districts de la zone d'intervention du programme de coopération Tchad- UNICEF 2001-2005, trois ont été retenus pour expérimenter la SASDE. Il s'agit des districts sanitaires de Kélo, de Beré dans la préfecture de la Tandjilé et Gounou-Gaya dans la préfecture de Mayo-Kebbi. Ces districts ont été retenus sur la base de leurs taux élevés de mortalité infantile et du faible niveau de couverture vaccinale²¹. Le choix des sites du projet a été également fait à partir des critères axés sur la concentration des populations dans les districts, l'accessibilité dans les zones et avec N'Djaména, et le dynamisme des équipes cadres locales, des autorités décentralisées et de la société civile locale. La mise en oeuvre de la Stratégie dans les trois districts comme zones de démonstration a été dès le départ considérée comme une expérience pilote pouvant jouer un rôle catalyseur dans la mise en oeuvre de la politique nationale sociale et sanitaire du Tchad ; une approche susceptible être répliquée à grande échelle sur l'ensemble du territoire en l'adaptant au contexte spécifique de chaque district.

La population totale des 3 districts était en 2002 de 581 974 habitants, repartis respectivement à Bere (127 128), à Gounou Gaya (201 866) et à Kelo (252 980) dont 105 919 enfants âgés de 0 à 59 mois et 20 951 enfants âgés de 0 à 11 mois. Sur le plan socio-économique, les districts se caractérisent par une multiplicité des groupes ethniques, par une agriculture riche et diversifiée (mil, coton, riz, arachide, etc.) et par des activités d'élevage.

La SASDE a été officiellement lancée au Tchad durant le mois d'août 2002 lors d'une rencontre de haut niveau dans la capitale N'djaména, qui a réuni les représentants du Ministère de la Santé, de l'OMS, du Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre et du Bureau de pays, durant laquelle le processus de planification et de mise en oeuvre de la SASDE a été présenté. Une mission composée des responsables de santé au niveau national et préfectoral et de personnel de l'UNICEF s'est rendue par la suite dans les trois districts au niveau des villages, pour tenir des réunions d'information et de sensibilisation avec la population sur les objectifs de la stratégie et sur les moyens de sa mise en oeuvre. A cette occasion, une mobilisation importante a été menée auprès des gouverneurs, préfets, sous préfets, maires des communes urbaines, chefs de cantons et villages ainsi qu'auprès des partenaires locaux et leaders d'opinion.

Lors de cette mission, une évaluation de la situation des indicateurs de santé a également été faite et des micros plans d'action au niveau de 3 districts ont été élaborés avec l'ensemble des partenaires locaux. Ces plans d'actions ont défini les résultats à atteindre et les responsabilités respectives pour chaque district pour les années 2002-2003.

C'est suite à cette mission que la Stratégie d'accélération de la survie et du Développement de l'enfant a été lancée sur le terrain par une délégation de haut niveau en Février 2003, à Béré, chef-lieu du district sanitaire. La délégation était composée des Ministres de la Santé, de l'action Sociale et de la Famille, de la Communication, du Directeur Général Adjoint du Plan représentant le Ministre du Plan ainsi que la Représentante de l'UNICEF qui représentait également la Directrice Régionale pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, le Chef de la section Santé au siège, le Conseiller Régional en santé et le Représentant de l'OMS du Tchad. Etaient également présents plusieurs directeurs centraux du Ministère de la santé publique. Le préfet de la Tandjilé Ouest, le

²¹ L'analyse EDST réalisée en 2002 a mis en évidence des taux plus élevés que la moyenne nationale au niveau des deux préfectures de Mayo kebi et de la Tandjilé dont relèvent les 3 districts retenus.

délégué préfectoral sanitaire de la Tandjilé, le sous-préfet et le maire de Béré ainsi que plusieurs cadres de Kélo et de Béré ont pris part à la cérémonie de lancement. Des associations et des groupements de femmes ont également participé à la cérémonie.

C'est lors de cette cérémonie publique que les contrats de performance au niveau du district sanitaire de Bere et de deux centres de santé sélectionnés ont été présents, lus et signés. L'événement a fait l'objet d'une large couverture médiatique visant à mobiliser les communautés en faveur des objectifs de la stratégie, et à la faire connaître au niveau national. Ces contrats ont été signés le Médecins Chefs du District, le Sous Préfet, le Chef du Village, le délégué de la santé, les comités de santé représentant la population et les équipes d'appui.

Des contrats de performance ont été par la suite élaborés et signés au niveau de chacune des 38 zones de responsabilité composant les 3 districts concernés. Ces contrats fixent les résultats à atteindre tels que définis dans le cadre du micro plan et déterminent les responsabilités respectives des différents acteurs locaux. Le respect des contrats de performance est considéré comme une condition indispensable pour atteindre les résultats escomptés, mais aussi pour garantir l'implication de l'ensemble des partenaires et la pérennisation des résultats. Ces contrats de performance ont pour objectifs de²² 1) mettre en place un mécanisme permettant de définir les rôles et responsabilités de chaque partenaire (communauté, autorités, leaders locaux et agents de santé); 2) mettre en place une planification basée sur les résultats, 3) renforcer la participation des acteurs dans tout le processus de programmation, 4) mettre en place un système de motivation et de reconnaissance des performances, 5) mettre en place et tester un mécanisme simple de suivi et évaluation des programmes de santé, y compris par les communautés, 6) mettre en place une stratégie permettant une amélioration rapide des indicateurs de couverture vaccinale et des autres interventions.

Un plaidoyer en faveur de la SASDE a été fait aussi au sein du Bureau de Pays pour faire comprendre la nécessité d'un engagement et d'un appui ferme de toutes les sections pour l'atteinte des objectifs du projet qui « engage l'ensemble du Bureau et non seulement la sous section santé nutrition »²³; cet appui devant se traduire par une sensibilisation des partenaires sur la SASDE et une plus grande coordination entre les activités des différents projets et programmes appuyés par l'UNICEF.

4.2. Objectifs et stratégies d'intervention de la SASDE

Les objectifs de la SASDE au niveau du Tchad sont similaires à ceux fixés pour les autres pays de l'Afrique de l'Ouest et du centre. Ces objectifs sont 1) réduire la mortalité infanto-juvénile de 15 % d'ici 2006 et de 25 % après 2008, et 2) réduire la malnutrition infanto-juvénile de 15 % d'ici 2006 et de 25 % après 2008. Pour atteindre ces objectifs, des objectifs de couverture ont été définis²⁴:

- 1. **PEVplus** : a) augmenter la couverture effective en DTC 3 et en VAR 3 de 60% d'ici fin 2002, à 80 % d'ici 2003 et la maintenir au dessus de 80 %, b) assurer la supplémentation en Vitamine A chez les enfants de 6 mois à 5 ans tous les 6 mois pour obtenir et maintenir une couverture au dessus de 80 % d'ici fin 2003.

²² Présentation sur "expérience du Tchad en matière de contrats de performance: mise en oeuvre de la SASDE", programme survie de l'enfant, UNICEF Tchad, année 2000.

²³ Rapport au donateur canadien, décembre 2004, Bureau de l'UNICEF Tchad.

²⁴ Rapport au donateur canadien, décembre 2004, Bureau de l'UNICEF Tchad.

- **PCIME plus** : a) 30% des enfants de moins de 5 ans et qui sont vaccinés en DTC 3 et VAR utilisent des moustiquaires imprégnées, b) 50 % des enfants sont nourris à l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 4 mois, 100 % de la population consomme du sel iodé fin 2003.
- **CPN plus** : a) 60 % des femmes enceintes utilisent des moustiquaires imprégnées fin 2003, b) 60% des femmes utilisent un traitement présomptif contre le paludisme pendant leur grossesse d'ici fin 2003, 80 % des femmes sont vaccinées contre le Tétanos d'ici fin 2003.

Les principales stratégies promues pour atteindre les objectifs de la SASDE sont les suivantes²⁵:

- La micro planification basée sur une analyse de la situation locale, une identification des priorités et une définition des objectifs à atteindre, à travers l'organisation d'ateliers au niveau national et des districts.
- L'implication des acteurs au niveau de l'établissement des contrats de performance, dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités. Cette stratégie aide à l'application du principe de participation érigée par l'approche droits humains
- La mobilisation des communautés autour des activités de la SASDE et la mise en place d'un système de plaidoyer auprès des autorités à tous les niveaux. Cette stratégie appuie l'application du principe d'habilitation et de responsabilisation des acteurs concernés.
- Le renforcement de l'offre des services par l'équipement des structures en matériels et moyens logistiques divers. Cette stratégie conforte l'appui institutionnel exigé par l'article 4 de la CDE.
- Le renforcement des capacités des agents de santé et des agents sociaux à tous les niveaux et des membres de la communauté par les sessions de formation sur la gestion, la prestation des soins, la participation communautaire, et la planification.
- L'appui au renforcement des capacités nationales est un des éléments importants de l'Approche Droits Humains ;
- L'instauration d'un partenariat solide avec les associations et la société civile locale mais aussi avec les autorités et les leaders d'opinion locaux ; et
- La mise en place d'un système de suivi rapproché et de supervision des activités et des contrats de performance.

4.3 Activités de la SASDE

Les principales activités qui sont menées sont les suivantes :

- La vaccination infantile (enfants de 0 à 11 mois) au niveau du centre de santé, de la stratégie avancée et de la stratégie mobile, avec l'organisation de campagnes périodiques de rattrapage pour les perdus de vue, accompagnées de la supplémentation en vitamine A tous les 6 mois.
- La distribution des moustiquaires imprégnées
- La vaccination anti tétanique pour les femmes enceintes
- la consultation prénatale
- les soins curatifs avec un accent particulier sur la prise en charge du paludisme.
- La supervision des centres de santé par les équipes cadres des districts ;
- la formation des agents de santé du niveau périphérique sur la gestion, les prestations des soins, la participation communautaire, et la planification.

²⁵ Idem

- la réalisation de campagnes de sensibilisation, de mobilisation et de plaidoyer auprès des communautés sur l'importance de la vaccination, l'utilisation des moustiquaires et les bonnes pratiques en matière de nutrition et de prise en charge des enfants.

L'enregistrement des naissances n'a pas été intégré dans le paquet initial d'activités intégrées dans les districts concernées. Il est prévu de l'introduire dans une phase ultérieure lors de l'élargissement au paquet complet.

4. 4. Suivi /monitoring

La gestion et le suivi de la Stratégie d'accélération de la Survie et du développement du jeune Enfant dans les trois districts cibles sont assurés à 3 niveaux :

Au niveau national, la responsabilité de la mise en œuvre de la SASDE relève du Ministère de la Santé Publique, plus particulièrement de la Direction des Activités Sanitaires (DACS) avec l'appui technique du Programme Santé/Nutrition du bureau UNICEF. Un comité de pilotage a été mis en place en 2003 pour le suivi du projet sous la coordination de la Direction générale actuellement Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique en concertation avec l'OMS et l'UNICEF. Des missions conjointes de supervision et de suivi ont été prévues tous les deux mois.

Au niveau des préfectures : En conformité avec la politique nationale de décentralisation, la gestion du programme est assurée par les Délégations Préfectorales Sanitaires (DPS) de la Tandjilé et du Mayo-Kebbi au niveau intermédiaire et au niveau périphérique par les trois Districts Sanitaires. Le Délégué sanitaire supervise l'état de mise en œuvre du projet dans les districts. Il est à noter qu'une équipe UNICEF (composée d'un chef de projet, d'un technicien et d'un chauffeur) a été présente sur le terrain depuis le lancement de la stratégie jusqu'à mi 2004. Basée à Lai (dans la préfecture de la Tandjilé), cette équipe appuyait les responsables au niveau du district et des zones de responsabilité dans le suivi et la supervision des activités.

Au niveau des districts, l'exécution est coordonnée par le Médecin Chef de District (MCD) en principe en collaboration avec les équipes Techniques Multi-Sectorielles (ETMS). Les supervisions des centres de santé sont réalisées une fois par mois par les Médecins chefs des districts.

Par ailleurs, un système de suivi de routine a été mis en place au niveau de chacun des 3 districts portant sur les résultats d'utilisation du paquet d'interventions sélectionnées (PEV Plus et CPN Plus). Deux enquêtes ont déjà été réalisées sur la disponibilité des moustiquaires et sur les taux de couverture vaccinale au niveau des 3 districts.²⁶

Au niveau du Bureau de l'UNICEF, une mise au point sur l'état d'avancement de la stratégie est faite régulièrement au cours des réunions hebdomadaires de la sous-section santé. Les autres

²⁶ Rapports d'enquêtes sur l'utilisation et la disponibilité des moustiquaires dans les districts de KELO, BERE et GOUNOU-GAYA, Décembre 2004, UNICEF- MSP, et sur la couverture Vaccinale et Vitamine A, 18-22 décembre 2003, UNICEF N'djamena

sous-sections, quant à elles, sont tenues informées au cours des réunions de coordination du programme.

4.5. Contribution de L'UNICEF

L'apport de l'UNICEF a été capital dans la mesure où il a contribué à insuffler l'Approche Droits Humains et à introduire la gestion basée sur les résultats dans le processus d'adoption, de mise en œuvre et de suivi de la stratégie. L'UNICEF a également fourni l'appui matériel suivant:

- la mise à disposition de 52 motos et d'un véhicule tout terrain pour la réalisation des stratégies avancées durables et la supervision des activités sur le terrain, ainsi que la fourniture de 2.000 manuels d'initiation aux couleurs et de matériel de fabrication de jouets pour l'encadrement de enfants de 3 à 5 ans dans les CECR ;
- L'appui à l'organisation des campagnes de masse d'imprégnation des moustiquaires (50 000 moustiquaires et 75.000 comprimés pour la réimprégnation des moustiquaires disponibles dans les ménages ont été fournies)
- L'appui à l'amélioration des prestations de services à travers des formations appropriées des agents de santé.
- L'appui à l'organisation des activités de vaccination avancées et aux campagnes de vaccination de rattrapages couplées à la promotion des moustiquaires imprégnées et la distribution de vitamine A ;
- La reproduction et mise à disposition des outils de gestion du PEV (cartes de vaccination, fiches de réapprovisionnement en vaccins et matériel, fiches de stock de vaccins et registres de vaccination). Le gouvernement Tchadien prend en charge depuis 2002 l'achat des vaccins, à travers l'initiative d'indépendance vaccinale. De même il prend en charge les frais du carburant des moyens de transport.
- L'appui au renforcement des ressources humaines : La mise à disposition d'une équipe UNICEF (composée d'un chef de projet, d'un technicien et d'un chauffeur) sur le terrain jusqu'à mi 2004.

5. Coordination et Partenariat

5.1 Coordination entre la SASDE et les autres composantes du Programme de Pays à la lumière du principe d'indivisibilité et d'interdépendance des droits.

La Stratégie est inscrite dans le cadre du Programme Survie de l'enfant dont le Ministère de la Santé Publique est le partenaire principal. Elle bénéficie cependant de l'appui d'autres projets du Programme de Pays, comme le Projet « développement intégré du Jeune Enfant » et le projet « Communication en appui aux programmes ». Les modules de formation des éducatrices et éducateurs de l'éducation parentale et les boîtes à images à l'usage des enfants, produits dans le cadre de ce projet, sont utilisés et suivis de manière étroite dans les zones d'intervention de la SASDE. Les boîtes à images visent à susciter l'éveil et le développement psychologique et cognitif du jeune enfant, le préparant à intégrer l'école avec un maximum de chances. Le projet DIJE assure un suivi et un encadrement plus soutenus des animatrices sur l'utilisation des boîtes à images dans les zones cibles de la Stratégie. Le Projet « Communication en appui aux programmes » a appuyé la Stratégie en assurant des formations de personnes relais au niveau des communautés sur les techniques de communication et sur la transmission de messages. Ce projet

a également mobilisé les medias lors du lancement de la SASDE qui ont largement couvert l'événement.

L'implication des autres programmes et projets reste toutefois plus limitée. La Stratégie est pourtant mise en œuvre dans des zones de convergence où sont développées des activités relevant des autres projets, comme l'éducation des filles, l'eau et l'assainissement, et la protection de l'enfant. Les interventions sanitaires menées dans le cadre de la SASDE ne sont pas développées de manière coordonnée et concertée avec les activités des autres projets. Le plan d'action élaboré avec l'appui de l'ETMS est transmis à l'UNICEF à travers le Ministère du Plan au niveau national. Par ailleurs, les microplans élaborés par les centres de santé dans le cadre de la SASDE, sont également transmis à l'UNICEF par l'intermédiaire du Ministère de la Santé. Un cadre de coordination et de concertation n'a pas été prévu entre l'ETMS et l'équipe cadre santé qui assure le suivi de la SASDE. Par ailleurs, l'ETMS dispose d'un noyau de mobilisation sociale formée aux techniques de communication interpersonnelle, susceptible d'apporter un appui important à l'équipe de santé lors des JNV par exemple à travers la mobilisation des communautés. Cependant, ce sont d'autres volontaires qui appuient l'équipe de santé lors de ces journées. Cette situation nuit aux principes de l'indivisibilité et de l'interdépendance des droits qui sont des principes clés de la programmation basée sur les Droits Humains.

Le processus en cours de préparation du Programme de Pays pour la période 2006-2011 constitue une opportunité clé pour renforcer l'intégration et la complémentarité des actions des différents programmes appuyés par l'UNICEF.

5.2 Coordination interministérielle dans la mise en œuvre de la SASDE

Le Ministère du Plan assure la coordination nationale du Programme de Pays TCHAD UNICEF. Ce ministère et celui de l'Action Sociale et de la Famille ont été associés à la phase de préparation et de lancement de la SASDE. Le Ministère du Plan en tant que coordonnateur du Programme de Pays et de l'ETMS au niveau local est tenu informé sur l'état d'avancement du projet à l'occasion des revues semestrielles et annuelles du Programme de Pays, durant lesquelles les résultats obtenus depuis 2002 sont régulièrement présentés. Les 2 ministères ne participent pas directement à la mise en œuvre et au suivi de la SASDE, qui reste avant tout une intervention du ministère de la santé.

Le Ministère d'Action Sociale et de la Famille est responsable de l'opérationnalisation de la politique sociale du gouvernement. Il est également en charge des dossiers de la protection de l'enfance et du Développement Intégré du Jeune Enfant (DIJE). Cependant sa participation dans la mise en œuvre de la SASDE reste très faible.

Ce Ministère vient également d'élaborer un document de politique nationale du DIJE qui sera adopté prochainement par le gouvernement. Cette politique se base sur les principes fondamentaux des droits de l'enfant : non discrimination, intérêt supérieur de l'enfant, indivisibilité des droits et respect des opinions de l'enfant²⁷. Elle fait de la famille et de la communauté ses principaux acteurs. La stratégie du DIJE prévoit d'accorder une attention

²⁷ Document « politique du développement intégré du jeune enfant », draft 3, Ministère de l'Action Sociale et de la famille, octobre 2004.

particulière aux pratiques existantes au niveau des communautés, notamment au niveau de l'alimentation, des soins de santé, d'éveil, d'apprentissage et de socialisation des enfants, etc. Compte tenu des pratiques discriminatoires qui restent très répandues à l'égard des filles, la politique va promouvoir une éducation basée sur l'égalité des sexes. La déclaration et l'enregistrement des naissances sont également un volet important dans cette stratégie. A cet égard, une participation active du Ministère de l'Action Sociale et de la Famille dans la programmation et la mise en œuvre d'activités conjointes et coordonnées dans les zones cibles de la SASDE est souhaitable et nécessaire pour aider au changement des mentalités et des pratiques au sein des communautés et à améliorer la santé, la survie et le développement des enfants. Par ailleurs, de par son caractère transversal et la nature de ses prérogatives, ce ministère peut jouer un rôle clé pour promouvoir la responsabilisation du gouvernement dans le suivi et la réussite de la stratégie.

5.3 Partenariat

Le développement des alliances et de partenariat est un élément clé de la Stratégie d'accélération de la survie et du développement de l'enfant et de l'Approche Droits Humains. Au Tchad, la Banque Mondiale et l'OMS sont des partenaires importants dans cette initiative, qui apportent un soutien financier et technique au niveau des districts. L'OMS est un partenaire privilégié dans la mise en œuvre de la SASDE, en particulier au niveau des activités de lutte contre le paludisme et la vaccination. Des réunions de concertation et de partage des informations sont organisées de manière régulière entre les deux organismes. Lors de questions plus stratégiques, comme la rupture d'antigènes ou d'autres problèmes ayant une incidence nationale, une action concertée et conjointe est menée auprès du Ministre de la Santé.

Dans le cadre du PASS (Projet d'Appui à la Stratégie de Santé) appuyé par la Banque Mondiale, l'Institut Tropical Suisse (ITS) apporte un soutien technique à la délégation sanitaire de la Tandjeli (qui inclut les districts sanitaires de Bere et Kelo) dans les domaines de la formation des ressources humaines en gestion, planification et supervision des activités. L'équipe locale de l'ITS appuie la délégation sanitaire pour l'élaboration de ses plans d'action, dans lequel la SASDE est intégrée. Cette équipe n'est cependant pas directement associée à l'élaboration des micro plans de la SASDE au niveau des districts de Bere et de Kelo, ni au niveau national lors de l'adoption des micro plans. L'ITS collabore par ailleurs dans le projet appuyé par l'UNICEF qui vise l'éducation des enfants nomades au Nord du pays, dans le cadre de la vaccination des enfants.

6. Résultats obtenus

La mise en œuvre de la SASDE a permis de réaliser les résultats suivants :

- une augmentation significative entre 2001 et 2003 des indicateurs sanitaires pour le PEV notamment en DTC3 et en Vitamine A dans les districts concernés, passant de 42% à 103% et dans le district de Béré; de 43% à 97% à Gounou-Gaya et de 56% à 65% à Kélo selon les données administratives de routine²⁸. Cependant, un certain fléchissement de ces taux au

²⁸ Ces taux doivent être pris avec précaution, car le problème de dénominateur se pose. Le taux d'accroissement de la population utilisé est de 2,5% alors que d'autres sources préconisent un taux de 3,1%.

niveau des districts de Bere et de Kelo a été constatée en 2004²⁹, durant laquelle les taux sont de 71.41% a Bere et de 69.7 % a Kelo. La couverture en DTC3 au niveau national était de 47 % en 2002³⁰.

- une bonne accessibilité (plus de 90% dans les trois districts) des services de vaccination, bien que l'utilisation de ces mêmes services reste encore faible (60%).
- une disponibilité en moustiquaires dans les foyers enquêtés variant de 47,40% (Kélo) à 35,94% (Gounou-gaya) contre 40,89% à Béré alors que ces données étaient inconnues avant la mise en œuvre du projet. L'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) reste par contre très faible: 5,46% des foyers possèdent une moustiquaire imprégnée à Gounou-Gaya, 0,26% à Kélo contre 0,52% à Béré.

La mise en œuvre de la SASDE a permis également de réaliser des résultats qualitatifs significatifs.

- Des populations particulièrement marginalisées et exclus vivant dans les districts sites de la SASDE ont pour la première fois accès aux services sociaux de base. Ce résultat contribue à la réalisation du principe de base de la non discrimination et de l'universalité des droits.
- La population est davantage impliquée dans l'élaboration du micro plan et de son suivi, contribuant à appliquer le principe de la participation. Les communautés, à travers le comité de santé et les chefs du village, participent dans l'identification des priorités et la définition des objectifs à atteindre pour chaque année. Les populations sont également informées des contraintes qui se posent et peuvent aider dans leur résolution.
- Les actions menées par les niveaux périphérique, régional et central du ministère de la santé Publique, sont mieux planifiées et coordonnées, favorisant ainsi une plus grande efficacité des interventions sur le terrain.
- Les prestations sanitaires assurées aux populations sont plus intégrées contribuant à promouvoir les principes de l'indivisibilité et l'interdépendance ces droits. Le personnel de santé est appelé à réaliser l'ensemble des activités prévues dans le paquet d'intervention de la SASDE à l'occasion de chaque contact avec les enfants et les parents.
- Les agents de santé et les autres personnes signataires du contrat de performance sont davantage conscients de leurs devoirs et responsabilités vis-à-vis des populations, souscrivant au principe de la responsabilisation des détenteurs d'obligations.
- L'habilitation des agents de santé au niveau de chaque zone de responsabilité et de chaque district dans la planification, la mise en œuvre et le monitoring du paquet d'interventions incluses dans la SASDE a travers des formations appropriées et leur implication dans le processus d'élaboration et d'exécution des micro plans.
- Une plus grande communication est établie avec les communautés grâce aux contacts plus fréquents avec le personnel de santé. Ces contacts ont lieu dans les villages ou dans les centres de santé. Les agents de santé sont plus à l'écoute des populations et prennent davantage en compte leurs préoccupations. Selon l'un des agents de santé, « **avec la SASDE, nous avons pour la première fois, pris le temps d'écouter les gens** ».

²⁹ Le taux 2004 pour Gounou gaya n'était pas disponible au moment de cette étude.

³⁰ Document de politique du développement du jeune enfant tchadien (3 eme draft), ministère de l' Action Sociale et de la Famille.

- les communautés ont pris davantage conscience de l'importance des questions de santé de la mère et de l'enfant. La demande des femmes pour les services de santé et de conseils sur la nutrition et la prise en charge des enfants augmente régulièrement. Les croyances et les comportements de la population commencent à évoluer vers des pratiques plus propices à la survie et au développement des enfants. La résistance moins forte des parents à faire vacciner leurs enfants est constatée par le personnel de santé dans de nombreux villages. Selon une mère dans un des villages *«la SASDE a sauvé la vie de nombreux enfants, elle a enrayer des maladies, la mortalité des enfants a beaucoup diminué»*.

7. Contraintes

Malgré les résultats importants obtenus aussi bien en termes quantitatifs qu'en termes de prise en compte des principes de droits et des droits humains, la Stratégie est confrontée à des contraintes importantes. Ces contraintes sont les suivantes :

- Le non respect des engagements pris par le Ministère de la Santé de garantir un approvisionnement régulier des vaccins. Les ruptures fréquentes, parfois sur de longues périodes, des antigènes et autres matériels (seringues, chaîne de froid, pétrole, etc.) ont un impact négatif sur les taux de couverture vaccinale particulièrement en 2004. Cette situation prive non seulement de nombreux enfants et femmes de leur droit d'être vaccinés, mais crée des insatisfactions au sein de la population et discrédite le chef du centre de santé (qui est l'interlocuteur immédiat et connu des populations) qui s'est beaucoup investi pour sensibiliser les populations sur la vaccination. Les moustiquaires imprégnées ne sont pas disponibles de manière continue dans les centres de santé. La persistance de ces contraintes pourrait entraîner un découragement des populations qui après plusieurs déplacements sans recevoir les soins ou le vaccin, peuvent y renoncer de manière définitive.
- L'insuffisance des ressources humaines et financières affectées aux zones d'implantation. Le suivi des activités sur le terrain et la qualité des prestations sanitaires s'en ressentent. L'infirmier dans le centre de santé public assure aussi bien les soins préventifs que curatifs. Il est en charge aussi de la stratégie mobile pour faire le rattrapage des enfants qui n'ont pas complète leur 3 doses de DTC ou pour vacciner les populations éloignées. La surcharge de travail peut entraîner une diminution dans la qualité et la quantité des services fournis à la population. Dans le cadre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté, le Ministère de la Santé est en train d'améliorer la disponibilité et la motivation du personnel en le redéployant vers les zones rurales, et leur assurant des formations complémentaires et une augmentation de salaire. L'implication effective des agents sociaux des services décentralisés de l'Action Sociale et de la Famille dans les activités de sensibilisation et de communication pour les changements sociaux pourrait aider à remédier à l'insuffisance du personnel de santé et à fructifier l'impact des activités.
- L'accessibilité aux services et au personnel de santé est souvent problématique pour les populations des régions enclavées. D'autres contraintes, comme la lenteur prise pour référer un enfant malade ou une femme enceinte à un centre de santé et qui peut être trop tard, posant ainsi de manière aigüe le problème des moyens de transport.
- La situation des urgences à laquelle le bureau du Tchad a du faire face suite au conflit du Darfour et à l'arrivée massive des réfugiés sur la frontière Est du pays qui en a découlée,

s'est répercutée de manière négative sur les autres programmes et projets, y compris sur la SASDE, en imposant notamment à l'équipe santé du bureau un suivi moins soutenu sur le terrain et une muniton du budget allouée initialement à la mise en oeuvre de la SASDE.

- Les changements fréquents de responsables locaux signataires du Contrat de Performance (préfets, sous préfets, cadres de santé et leur affectation dans d'autres régions du pays) nuisent à la continuité du projet et nécessitent souvent une remise à niveau des nouveaux responsables sur les clauses du contrat et de ce que cela implique en termes d'obligations vis-à-vis des populations. Il y a un besoin d'instituer un mécanisme pérenne pour assurer la continuité des actions même en cas de changement des responsables.
- Le déficit de connaissances et l'ignorance des familles aggravés par la persistance de fausses croyances et de comportements à risque sur les mesures basiques de prévention et de traitement a été l'un des obstacles majeurs pour une véritable amélioration des pratiques de prise en charge des enfants.

8. la programmation basée sur les droits humains appliquée à la SASDE.

En tant que membre du système des nations unies et guidé par la charte des NU, l'UNICEF a la responsabilité et la mission d'assister les pays signataires des conventions internationales à remplir leurs obligations vis-à-vis de ceux qui vivent au sein de ces pays, en réalisant leurs droits. Les programmes et projets que l'UNICEF appuie dans les pays doivent donc contribuer à la réalisation des droits humains et plus particulièrement ceux relatifs aux enfants. L'action de l'UNICEF est guidée par les droits humains et les principes des droits humains, tels que définis dans les traités internationaux des droits humains, et plus particulièrement la CDE³¹ et la CEDEF³². Il s'agit d'une part des principes généraux communs à tous les traités des droits humains tels que **l'universalité, l'interdépendance et l'indivisibilité, la participation et l'habilitation, la responsabilisation** de tous les acteurs et le **rôle de la loi....** Et d'autre part des principes spécifiques au droit à **la vie, survie et développement de l'enfant, la non discrimination, le meilleur intérêt de l'enfant, l'écoute et la considération de l'opinion de l'enfant en vue de sa participation.**

L'ensemble de ces principes et standards doit être pris en compte dans toutes les étapes de programmation depuis l'analyse de situation jusqu'à l'évaluation des programmes et projets appuyées par l'UNICEF. Dans le cadre de la programmation basée sur les droits humains, les résultats obtenus dans la réalisation des droits par exemple à la vie et à la survie, sont aussi importants que le processus par lequel ces résultats ont été atteints.

La mise en oeuvre de la SASDE au Tchad a sans aucun doute contribué à améliorer la survie des enfants dans les districts d'intervention. Les résultats obtenus depuis 2002, témoignent de l'atteinte des objectifs quantitatifs fixés. La couverture vaccinale en DTC 3 au niveau des 3 districts pilotes a augmenté de 47.5 % en 2000-2001 à 71.5 % en 2004³³. Le pourcentage des enfants dormant sous moustiquaire imprégnée durant la nuit ayant précédé l'enquête de couverture est passée de 0,3 % en 2000-2001 à 34,3% en 2004. L'enquête de couverture

³¹ Convention Internationale Relative aux Droits de l'Enfant

³² Convention Internationale d'Elimination de toutes les Formes de Discrimination à l'Egard des Femmes.

³³ Final Report to CIDA, Update for 2004, UNICEF February 2005.

vaccinale et en vitamine A menée en décembre 2003 a montré que les résultats obtenus dans les 3 districts sont nettement meilleurs que ceux du district de Lai (située dans la même préfecture de la tangeli que Bere et Kelo) qui a été utilisée comme district témoin³⁴. Mais ces données ne sont pas desagregées par sexe, ne permettant pas de mesurer l'application du principe de la non discrimination. Cependant, les discussions avec les chefs de centres de santé et avec les populations n'ont pas mis en évidence l'existence d'attitudes ou de pratiques discriminatoires à l'égard des filles lors de l'administration d'actes sanitaires ou au niveau de la prise en charge des enfants. Ce point mériterait toutefois d'être davantage approfondi dans le cadre d'enquêtes spécifiques sur les attitudes et les comportements des communautés et des familles.

L'établissement et la signature des contrats de performance par les acteurs locaux ont joué certainement un rôle clé dans ces résultats. De nombreux chefs de villages et de cantons rencontrés dans les 3 districts pilotes ont reconnu qu'avec ce contrat de performance, ils comprennent mieux l'importance de la vaccination et des autres actes sanitaires, mais également sont plus au fait de leur rôle dans la mobilisation des populations pour recourir aux services de santé. Les agents de santé au niveau local et provincial dans les districts d'intervention assurent un suivi plus rapproché des activités. Ils se déplacent davantage dans les villages pour relancer les familles et réduire ainsi le taux d'abandon au niveau des vaccinations. Cela leur permet d'avoir des contacts plus réguliers avec les populations en vue d'un changement de leurs comportements pour adopter des pratiques correctes de prise en charge des enfants. La conséquence en est une demande croissante de services de santé au niveau de plusieurs formations sanitaires. Les femmes sont davantage réceptives et demandeuses de conseils et d'informations aux agents sociaux. Pour de nombreux acteurs locaux, La SASDE offre la possibilité d'aller au delà de l'acte d'administrer des vaccins ou de donner des prestations sanitaires.

La micro- planification est également un élément clé de la stratégie. Elle permet à chaque centre de santé d'avoir un tableau de bord des activités, et d'identifier les goulots d'étranglement qui peuvent se manifester lors de l'exécution de ces activités. De même, la SASDE prévoit des visites plus fréquentes de supervision par les responsables du district sanitaire dans les centres de santé, facilitant la résolution des problèmes de manière plus expéditive, et la responsabilisation continue des acteurs. Ces supervisions constituent également une motivation et un encouragement des agents de santé locaux, des autorités décentralisées et des communautés pour les inciter à respecter leurs responsabilités et leurs obligations telles que définies dans le cadre du contrat de performance.

La sélection des sites d'implantation de la SASDE a pris en compte le degré de vulnérabilité des populations et leur faible accès aux services sociaux de base. Les indicateurs de santé dans les 3 districts retenus sont particulièrement bas, et de nombreux enfants restent privés de leurs droits à la survie et au développement. La stratégie permet donc aux communautés des 3 districts d'avoir accès à la vaccination et à d'autres services sociaux et sanitaires. Elle souscrit ainsi aux principes fondamentaux de la non discrimination et d'universalité des droits.

Les objectifs de réduction de la mortalité infantile et de prévention des maladies visés par la SASDE s'inscrivent dans les priorités sociales nationales du Tchad, notamment la stratégie de

³⁴ Enquête de couverture vaccinale et en vitamine A (18-22 décembre 2003), UNICEF N' djamena

lutte contre la pauvreté visant à améliorer les conditions de vie des populations tchadiennes. L'implication de partenaires comme la Banque Mondiale, l'OMS et l'Union Européenne est considérée comme un élément important à la réussite de cette stratégie. Cela permet en effet de responsabiliser l'ensemble de ces partenaires dans la réalisation des droits des enfants à la survie et au développement. La participation du Ministère de la famille et de l'action sociale et du ministère du plan dès le lancement de la SASDE visait en premier lieu à souligner le caractère intersectoriel et interdépendant des interventions. Ces deux ministères sont aussi susceptibles de jouer un rôle important de mobilisation du gouvernement en faveur de la SASDE. En effet, cette stratégie devra être intégrée comme une stratégie nationale dans la politique sociale et sanitaire du pays. Pour cela, des ressources financières internes devront lui être affectées en vue d'assurer la relève de l'UNICEF et des autres intervenants externes et garantir ainsi la pérennisation.

La SASDE a pour but également de renforcer la collaboration et les synergies entre les différents niveaux du ministère de la santé pour capitaliser les efforts faits au niveau local et apporter l'appui nécessaire aux acteurs locaux à la mise en œuvre des activités.

L'adoption de l'approche de la gestion basée sur les résultats à travers les contrats de performance vise également à rendre les détenteurs d'obligations à tous les niveaux national, provincial et local, et au niveau des villages et des communautés, davantage responsables et partenaires dans la réalisation des droits des enfants, à la vie, à la survie et au développement. Le travail d'information et de sensibilisation mené dans les villages avant la signature des contrats de performance, a permis de faire connaître les objectifs et l'importance du contrat de performance pour l'amélioration de la situation sanitaire des enfants et des femmes. Les ONG œuvrant dans le domaine des droits des enfants, quelques parlementaires et des jeunes des villages ont été également impliqués lors de la phase préparatoire à la stratégie.

En dépit de l'importance des éléments sus mentionnés, la SASDE n'a pas été véritablement conçue dans le cadre de la programmation basée sur les droits humains. En effet, le niveau de compréhension et d'opérationnalisation des principes des droits humains dans la planification et la mise en œuvre de la SASDE a été assez faible parmi les acteurs impliqués. En fait, l'attention des concepteurs de la stratégie a davantage porté sur l'atteinte des objectifs- l'augmentation des taux de vaccination- que sur le processus conduisant à ces résultats. Or une Programmation basée sur les Droits Humains donne autant d'importance à l'atteinte des résultats qu'au processus qui conduit à ces résultats, notamment par la prise en considération des principes **l'universalité, l'interdépendance et l'indivisibilité, la participation et l'habilitation, la responsabilisation** de tous les acteurs et le **rôle de la loi**.

Les éléments suivants mettent en évidence quelques insuffisances relatives à la prise en compte des principes de la Programmation basée sur les Droits Humains dans la conception de la Stratégie :

1. La planification de la SASDE au niveau des 3 districts sélectionnés, n'a pas été précédée par une analyse de situation basée sur l'approche droits. Cette dernière aurait cependant permis d'identifier les principaux problèmes auxquels sont confrontées les femmes et les enfants dans les 3 districts et les causes à tous les niveaux qui sont à l'origine de ces problèmes, ainsi que les

populations les plus vulnérables et les plus exclues et dont les droits restent non réalisés. Elle aurait également identifié les détenteurs d'obligations et les titulaires de droits ainsi que les relations et les rapports de force qui existent entre eux au sein des communautés. La nature de ces relations est souvent à l'origine du non respect des principes de la non discrimination et de la non participation, mais aussi du meilleur intérêt de l'enfant. Une analyse des relations de pouvoir entre les membres de la communauté et des normes et valeurs sociales prédominantes aurait permis par exemple, de mieux comprendre le rôle de la femme, la perception de droits des enfants et des jeunes dans la société. Cette analyse est nécessaire aussi pour identifier les lacunes au niveau des détenteurs de droits que sont les femmes, les enfants et les populations marginalisées et exclues de manière générale, qui les empêchent de prendre conscience de leurs droits et de les faire respecter par les titulaires d'obligations. Ces derniers sont entre autres les chefs de villages, les autorités locales, et les autorités nationales. Sur la base de cette analyse, des actions auraient été identifiées et planifiées dans le cadre de la SASDE qui visent l'habilitation des détenteurs de droits, incluant les femmes, à connaître leurs droits et à participer davantage dans les décisions qui les concernent ou concernent leurs enfants et les titulaires d'obligations à respecter leurs obligations. Par ailleurs, il aurait été important de prévoir et de mener des évaluations régulières de la situation au sein des districts avec la participation des populations à travers des discussions dans les villages et des feedbacks sur les progrès faits, les problèmes qui se posent et comment les dépasser. Les communautés pourraient ainsi comprendre qu'elles sont acteurs de leur propre changement. Pour le moment, les notions de droits et d'obligations n'ont pas beaucoup de sens pour ces populations. L'UNICEF, en adoptant l'approche droits comme base de programmation, vise justement à outiller les communautés pour qu'elles comprennent qu'ils ont des droits qui doivent être réalisés, car l'Etat a pris des responsabilités à l'échelle nationale et internationale de réunir toutes les conditions nécessaires à leur respect.

2. L'établissement des Contrat de Performance est considéré comme un moyen de faire participer l'ensemble des acteurs à la réalisation des objectifs de la SASDE, en fixant des responsabilités respectives des différents acteurs concernés et les résultats à atteindre. Comme mentionnée précédemment, les communautés et les leaders locaux ont été informés sur la stratégie et sur le contenu des contrats de performance. Cependant ces informations n'ont pas été partagées avec les populations directement concernées. Ce n'est que lors de la signature des Contrats de Performance qu'elles ont pris connaissance de ces contrats, mais sans être réellement informées sur leur contenu. Les populations rencontrées ne font pas le lien entre les contrats de performance et les prestations sanitaires fournies par les agents de santé. Les signataires quant à eux, reconnaissent les avantages du contrat de performance qui leur a permis de prendre conscience de l'importance de la vaccination et qu'en tant que leaders, ils ont un rôle important de mobilisation et d'information de la population. Mais, ils ne perçoivent pas leur responsabilité comme devant aller au delà de cette mobilisation. Ce sont essentiellement le personnel de santé aussi bien au niveau local que provincial qui a pris la mesure de ce Contrat de Performance. Leur engagement et leur dynamisme pour remplir leur part de contrat témoignent du niveau de prise de conscience de leurs obligations. Mais, cet engagement n'est pas aussi fort au niveau central du Ministère de la Santé. Les responsables centraux du Ministère n'ont pas rempli leur part du Contrat dans la mesure où les vaccins et autres services sont fournis en retard sur le terrain, compromettant la réalisation des objectifs fixés.

Par ailleurs, le processus d'établissement du contrat de performance n'a pas été accompagné d'une clarification des responsabilités et des droits des différents partenaires impliqués. Les ruptures fréquentes des vaccins et des moustiquaires dans les centres de santé, et l'insuffisance de la communication et de dialogue entre les populations et les leaders locaux et le personnel de santé ont créé des frustrations chez les populations, sans pour autant que les responsabilités respectives soient reconnues et assumées.

De plus, le Contrat de Performance, en tant qu'approche de gestion basée sur les résultats, prévoit une reconnaissance publique des efforts faits et des résultats réalisés. Il est prévu dans ces Contrats les engagements suivants : « *Il sera organisé une cérémonie suite au dernier monitoring au cours de laquelle des primes, distinctions et sanctions seront décernés aux individus, COSAN³⁵ et toute autre association impliquée dans la vie du CS sur la base des résultats de performance* ». Il est aussi précisé dans le CP que « *Le district et la commune ont la responsabilité :*

- *D'accorder d'autres modalités de motivation à l'un ou plusieurs des contractants en cas de performance (exemple la garde du matériel roulant ou de toute autre logistique, lettre de félicitation, proposition de témoignage de satisfaction, formation ou stage ou échange d'expériences, prime au rendement) au terme du contrat ;*
- *de prendre en revanche des dispositions en cas de mauvaise performance »*

Après deux années de mise en œuvre de la SASDE, ces clauses du contrat de performance n'ont pas encore été mises en œuvre, causant quelques incompréhensions et frustrations au sein des populations.

A cet égard, le Contrat de Performance ne peut être considéré dans sa forme actuelle, comme un outil opérationnel de responsabilisation des détenteurs d'obligations. Sa mise en place doit être précédée d'une habilitation de tous les acteurs clés à tous les niveaux pour assumer pleinement leurs responsabilités et être en mesure de respecter leurs engagements. Cependant, ces derniers ne peuvent réellement le faire que s'ils ont les moyens et l'autorité nécessaires pour cela. Cela comprend la mise à leur disposition toute l'information disponible, des moyens et l'autorité nécessaires. Le contrat de performance doit être considéré comme un engagement de tous les acteurs à tous les niveaux. Des actions doivent être entreprises auprès des communautés pour les sensibiliser sur leurs droits et les aider à articuler leurs demandes pour les faire respecter.

Si ces conditions sont réunies, le Contrat de Performance pourrait constituer un outil de responsabilisation des différents partenaires qui seront informés et outillés pour cela. A cet égard, il serait important, à l'occasion du renouvellement des Contrats de performance (comme cela est prévu dans les contrats initiaux), de spécifier davantage les rôles des différents partenaires et de mettre en place des mécanismes d'application, de suivi et de retro-information aux communautés, pour établir et préserver des relations de confiance entre les différentes parties concernées. Le monitoring et l'évaluation du contrat de performance pourraient être utilisés comme des opportunités pour engager des discussions et des échanges entre les parties concernées, principalement avec les populations qui n'avaient pas été directement impliquées lors de la signature du contrat.

³⁵ COSAN : Comité de santé. Ce Comité est institué au niveau de chaque district et participe à la gestion des centres de santé. Ses membres sont constitués par des représentants des communautés.

Des personnalités influentes de la communauté, comme des députés qui ont pris conscience de l'importance de changements de pratiques pour la survie, la santé et le développement de l'enfant, peuvent constituer des alliés importants dans la négociation avec les chefs locaux encore recalcitrants, au niveau local, mais aussi au niveau du parlement. L'existence au Tchad d'un réseau des parlementaires pour la vaccination est une opportunité clé à exploiter. Ces parlementaires peuvent plaider pour réclamer du gouvernement de mettre un terme au problème de rupture de vaccins, pour engager les autres parlementaires dans la mobilisation de leurs communautés en faveur de la santé des enfants et des femmes, mais aussi pour promouvoir un cadre législatif conforme aux principes des droits de l'enfant et pour une augmentation des ressources budgétaires allouées à la survie, le développement et la protection de l'enfant.

La SASDE doit donc intégrer en plus du paquet initial d'interventions sanitaires, d'autres activités d'habilitation des communautés pour connaître leurs droits et à réclamer leur respect et des leaders locaux, des chefs religieux, du personnel de santé et d'autres à respecter leurs obligations. Cela veut dire assurer l'accès aux services de santé, favoriser leur participation, tenir compte de leur avis, lever les contraintes qui peuvent se poser, et bien sur mettre les moyens au services de leur communautés. La SASDE doit également inclure des activités de communication visant le changement de comportements.

3. La SASDE n'a pas été accompagnée d'une stratégie de communication basée sur les droits humains. Des campagnes de sensibilisation et d'information ont certes été menées par le personnel de santé, auprès des communautés pour les encourager à faire vacciner leurs enfants, recourir davantage aux services de santé et adopter des pratiques de prévention de maladies et de prise en charge correcte des enfants. Suite à ces campagnes, et à des visites plus fréquentes dans les villages, les agents de santé notent une évolution positive des comportements des populations. Cette évolution reste cependant fragile et facilement remise en cause. Selon les agents de santé, si le chef de village n'a pas été suffisamment sensibilisé, il peut faire passer des messages qui peuvent remettre en cause tous les efforts faits pour faire évoluer les comportements des communautés vers des pratiques plus conformes au droit des enfants. Les résistances à la vaccination restent très fortes dans certains villages. Les fausses rumeurs sur les dangers attribués à la vaccination pour la santé de l'enfant sont encore très répandues. D'autres facteurs ont également leur importance. L'apparition d'un abcès suite à une injection de vaccins mal faite, le recours à des volontaires de mobilisation sociale qui ne sont pas de la communauté, ou si l'agent de santé n'a pas par manque de temps pris la peine de donner les éléments d'explication nécessaires sur l'acte effectuée, sont autant d'éléments qui peuvent entraîner et renforcer les réticences des populations à adopter de nouveaux comportements. La sensibilisation seule ne permet donc pas à garantir un changement durable dans les pratiques et les comportements des communautés.

A cet égard, une stratégie de communication basée sur les principes des droits humains doit être élaborée et être intégrée dans la SASDE. La communication est tout aussi importante que les autres interventions, comme la vaccination, dans la mesure où chaque acte ou service de santé fourni à la population ne peut donner des résultats pérennes que si les populations sont associées et sont considérées non pas simplement comme destinataires de services, mais aussi comme des parties prenantes dans tout le processus.

Le développement d'une stratégie de communication basée sur les principes de l'approche droits viendrait en appui au contrat de performance et au paquet d'interventions de la SASDE pour susciter les changements nécessaires dans les pratiques et les croyances des populations³⁶.

La communication d'un point de vue approche droits, permet de donner la parole aux populations qui sont exclues et marginalisées et dont les droits sont bafoués. Elle les aide à mieux articuler leurs demandes en leur donnant le droit à la parole pour exprimer leurs opinions et leurs préoccupations et participer ainsi à la prise de décision. De même, la communication du point de vue approche droits vise à outiller les détenteurs d'obligations à écouter et prendre en compte les opinions des groupes les plus marginalisés et les plus vulnérables pour les intégrer dans la prise de décision.

En créant des espaces de dialogue et de discussions à tous les niveaux, la communication contribue à faciliter l'échange des points de vue des différents partenaires, mais aussi l'élaboration des stratégies d'action qui répondent aux besoins des différentes parties impliquées, et par là contribue à des changements durables dans les croyances et les pratiques des communautés. Les membres de la communauté doivent connaître et être d'accord sur leur rôle dans la mise en œuvre des activités, à l'instar des responsables du gouvernement qui doivent comprendre leur rôle dans la fourniture de services et l'élaboration de politiques.

Les groupements de femmes qui se sont constitués au sein des villages devront être associés pour mobiliser les autres femmes sur la vaccination et leur transmettre des messages corrects sur la prise en charge de leurs enfants et sur leur nutrition. Il faudra cependant renforcer leurs capacités de communication et de transmission de messages. De même, les jeunes dans les villages devront avoir accès à la participation dans les décisions et leurs opinions doivent être prise en compte. Des jeunes lycéens ont conscience de leur rôle au sein de leur communauté et sont volontaires pour développer des actions de sensibilisation et de communication auprès de leurs pairs et de leurs parents. Des activités de renforcement des capacités des jeunes doivent également être planifiées dans le cadre de la SASDE.

La mise en œuvre et la réussite de cette stratégie est une responsabilité conjointe entre le ministère de la santé, le ministère de la Communication, le ministère de l'action sociale et de la famille, le ministère du plan et le département de l'eau, etc. L'UNICEF, à travers le programme de pays doit promouvoir l'intersectorialité et la complémentarité des programmes et projets, favorisant ainsi la réalisation de plusieurs droits tout en améliorant l'efficacité des interventions.

La programmation basée sur les droits humains nécessite l'adoption de perspectives multidisciplinaires et intersectorielles et une plus grande intégration entre les programmes. Cette intégration reste un défi à relever dans de nombreux pays. Certaines équipes, notamment de santé dans des bureaux de pays restent réticentes à un travail programmatique intégré. Cette réticence pourrait s'expliquer par le fait que la santé est encore considérée comme une préoccupation technique dont les solutions reposent sur des interventions de santé et sur la fourniture des services de santé. Cette vision étroite de la santé et de la survie de l'enfant est en voie d'évoluer

³⁶ Certaines populations restent convaincues que la vaccination rend l'enfant malade car elle lui donne la fièvre, ou qu'elle peut entraîner une stérilité.

vers une conception plus large de la santé et la nutrition en termes de droits humains, en établissant des liens entre la survie, le développement à l'éducation, à la protection et à la participation³⁷. Cette évolution des conceptions doit être appuyée non seulement par l'équipe santé de bureau, mais par l'ensemble du bureau.

Le droit à la vie, à la survie et au développement peut constituer un point d'entrée pour une programmation basée sur les droits humains, car sa réalisation affecte plusieurs autres droits (culturels, économiques, social, civils), nécessite l'implication de plusieurs partenaires (gouvernement, société civile, communautés, agences internationales, secteur privé, etc.) et facilite les processus de changements dans la société.³⁸ La SASDE constitue un exemple dans ce sens, car si elle vise en premier lieu, la réduction de la mortalité infantile, son appropriation par les communautés, mais aussi par les décideurs politiques et la mise en place des conditions de sa pérennisation dépendent de la capacité des différents acteurs à assumer leurs responsabilités et à réclamer le respect de leurs droits. L'analyse des contraintes a mis en évidence l'importance qui doit être mise sur la réalisation d'autres droits, comme l'accès à l'information et à la participation, le droit d'accès à l'eau et à l'enregistrement des naissances, etc., mais aussi sur le renforcement du partenariat à tous les niveaux.

9. Pérennisation et perspectives d'extension

En vue d'assurer la pérennisation des résultats, des efforts plus importants doivent être faits pour renforcer les liens entre le niveau national et local, et au niveau des communautés. Il est en effet essentiel de s'assurer que les gains réalisés dans le respect des droits de l'enfant à un niveau donné ne soit pas remis en cause à cause d'un manque de ressources, de capacités et de support à d'autres niveaux. Afin de devenir conforme aux exigences de la programmation basée sur les droits humains. La SASDE doit être élargie progressivement pour intégrer les autres aspects liés à la survie et au développement du jeune enfant, et répondre ainsi aux résultats attendus des nouvelles priorités organisationnelles de l'UNICEF. La responsabilisation d'autres partenaires nationaux dans l'appui, le suivi et la pérennisation de la stratégie s'avère primordiale. L'adoption d'une programmation basée sur les droits de l'enfant impose d'ailleurs cette intégration et cette intersectorialité.

Un plaidoyer devra être fait au niveau politique le plus élevé pour rappeler les engagements internationaux du gouvernement (ODM, CDE, Charte africaine des droits de l'enfant) et mobiliser ainsi les ressources financières et humaines nécessaires et la mise sur pied d'un mécanisme intersectoriel pérenne de suivi et d'évaluation de la stratégie en vue de sa pérennisation et généralisation éventuelle à l'échelle nationale. De même, l'intégration de la survie et du développement de l'enfant dans les stratégies nationales de lutte contre la pauvreté, notamment en y allouant les ressources conséquentes favoriseraient l'appropriation nationale. Le principe de responsabilisation prend ici tout son sens, car l'habilitation des détenteurs d'obligations à respecter leurs obligations vis-à-vis des titulaires de droits est un pas très important vers la pérennisation et le développement du projet à grande échelle. Le partenariat est un facteur clé pour la pérennisation des programmes et projets, car il permet de définir et de

³⁷ Consolidation and review of the main finding and lessons learned of the case studies on operationalizing HRBAP in UNICEF, Joachim Theis, 2004.

³⁸ Idem

clarifier les responsabilités respectives dans l'atteinte des objectifs, et mobiliser des ressources supplémentaires. Le partenariat doit être élargi non seulement dans le cadre de l'UNDAF, mais aussi avec d'autres acteurs internationaux, nationaux, parlement, secteur privé, société civile. Le partenariat avec les institutions au niveau local et les communautés est fondamental. Des réunions régulières avec les autres pays de la région qui ont introduit la SASDE permettraient à travers l'échange d'expériences et des leçons apprises à donner davantage de visibilité à l'expérience Tchadienne et par la renforcer la motivation et l'engagement des partenaires nationaux.

L'extension de la SASDE à d'autres sites et sa généralisation éventuelle à l'ensemble du pays nécessite que les conditions de sa pérennisation soient réunies. Ces conditions sont les suivantes :

- La réalisation d'une analyse de situation basée sur les droits humains
- l'intégration progressive d'autres aspects de la survie et du développement dans le paquet des interventions,
- l'élaboration et la mise en oeuvre d'une stratégie de communication basée sur les droits humains
- la consolidation des acquis tout en y introduisant les ajustements nécessaires
- son appropriation progressive par le gouvernement et les partenaires locaux, à travers des ressources humaines et financières suffisantes et la mise en place d'un mécanisme intersectoriel de suivi et de supervision.

Le processus actuellement en cours pour la préparation du prochain programme de coopération de pays pour la période 2006-2011 offre une opportunité clé pour réfléchir avec tous les partenaires concernées sur les moyens de construire sur l'expérience de la SASDE en tant que modèle pour stimuler les communautés à prendre en charge leur propre développement.

10. Recommandations

10.1 Recommandations stratégiques

- En prenant appui sur les résultats obtenus, les contraintes et les leçons tirées, réaliser en 2005, une analyse de situation approfondie, pour déterminer les causes immédiates, sous-jacentes et profondes qui entravent encore la réalisation du droit des enfants à la survie et au développement dans les zones actuelles d'intervention de la SASDE. Cette analyse permettra d'identifier les obstacles (au niveau des ressources, de l'autorité etc.) qui empêchent les détenteurs d'obligations de remplir leurs obligations et les titulaires de droits de réclamer le respect de leurs droits. Elle devra se baser sur les principes des droits humains (Non discrimination, universalité, meilleur intérêt de l'enfant, participation, indivisibilité, interdépendance et responsabilisation). Cette analyse pourrait couvrir également les 4 districts proposés comme zones de convergence dans le cadre du programme de Pays TCHAD UNICEF pour la période 2006-2011.
- En vue d'un changement durable et pérenne des attitudes et des pratiques des populations, et en prenant en compte les résultats de l'analyse de situation, développer une stratégie de communication basée sur les droits humains qui permet d'établir un dialogue et une interaction entre les communautés et les populations en tant que titulaires de droits et les

détendeurs d'obligations, que sont les autorités locales, les élus, les responsables du ministère de la santé.

- Faire un plaidoyer continu au niveau politique pour une réelle appropriation de la SASDE par les décideurs politiques, en mobilisant notamment des ressources budgétaires pour assurer sa pérennisation et en assurant le suivi de la mise en œuvre de la stratégie.
- Si les conditions sont réunies, introduire progressivement dans le paquet de la SASDE d'autres aspects liés à la survie et au développement de l'enfant : eau et assainissement et enregistrement des naissances. Il ne s'agira pas d'alourdir la SASDE en lui rajoutant d'autres interventions, mais plutôt d'explorer les possibilités d'utiliser la SASDE (au delà des aspects purement sanitaires) comme une stratégie communautaire pour la promotion de la survie, du développement et de la protection.
- Étendre la SASDE aux autres zones de convergence dans le cadre du programme de pays 2006-2011 et son extension en tant que stratégie nationale.

10 .2 Recommandations spécifiques

- renforcer le partenariat avec les médias nationaux et locaux pour mieux faire connaître les réalisations de la stratégie dans le domaine de la survie de l'enfant, mais aussi les implications légales et pratiques de l'approche contractuelle qui a été adoptée pour la mise en œuvre de la SASDE.
- Plaidoyer au plus haut niveau pour un approvisionnement régulier et sans interruption des antigènes et autres (seringues, chaîne de froid, pétrole, etc.).
- Procéder à des recyclages/ formations continues sur les droits de l'enfant, sur les techniques de communication inter personnelles du personnel de santé, des membres des comités de santé, des personnels sociaux et des jeunes.
- Mettre en place des mécanismes de valorisation des leaders religieux, des chefs de canton et de villages, des autorités locales et des communautés pour la redynamisation des contrats de performance.
- Associer les groupements de jeunes (parlement de l'enfant) et de femmes en les habilitant à travers des formations appropriées dans la communication basée sur les droits humains en vue des changements sociaux.
- Améliorer la supervision et le monitoring aussi bien de la part de l'UNICEF que du niveau central du Ministère de la Santé publique.
- Établir et consolider des partenariats avec certains leaders locaux et nationaux (parlementaires.) pour qu'ils apportent leur appui à la stratégie et à son appropriation par le gouvernement.
- Identifier des personnes relais au niveau de chaque village et qui connaissent tous les enfants. Ces personnes pourraient mobiliser les familles lors du passage de l'équipe de vaccination.
- Rappeler à ceux qui ont signé le contrat de performance leurs obligations, faire des petits événements médiatiques en montrant les résultats obtenus.
- Compte tenu des moyens limités du Ministère de la Santé, impliquer l'équipe locale d'ITS (Institut Tropical Suisse) dans le suivi et la supervision de la SASDE pour bénéficier de son expérience et de sa présence sur le terrain.

11. Conclusion

L'introduction de la SASDE au Tchad comme stratégie de réduction de la mortalité infantile et de réalisation des droits des enfants a la survie et au développement a sans aucun doute été un succès, même si l'ensemble des résultats prévus n'a pas encore été atteint. Le contrat de performance établi avec l'objectif de responsabiliser les communautés et les différents acteurs dans l'atteinte des résultats, et dans l'amélioration du suivi et du monitoring des activités, s'avère être un outil pertinent. Mais les résultats obtenus restent fragiles et partiels. De plus le processus de planification et de mise en œuvre de la stratégie n'a pas été entièrement guidé par les principes de la programmation basée sur les droits humains. Il est à cet égard nécessaire que les objectifs de la SASDE soient revus à la lumière des droits humains et des principes des droits. Elle devrait être précédée d'une analyse de situation basée sur l'approche droits. Elle doit se concentrer sur le développement des capacités des détenteurs d'obligations à tous les niveaux (parents, communautés, enseignants, gouvernements) pour remplir leurs obligations à respecter, protéger et réaliser les droits des enfants, mais également sur le développement des capacités des titulaires de droits de réclamer leurs droits. Une stratégie de communication basée sur l'approche droits devra être également développée pour contribuer à un changement de comportements et de pratiques des populations. Elle doit renforcer l'intersectorialité et l'intégration des activités. Le paquet d'interventions de la stratégie devra être élargie à d'autres composantes qui contribuent à la réalisation des droits des enfants a la survie et au développement. L'enregistrement des naissances, l'amélioration de l'accès à l'eau et à des pratiques d'hygiène correcte et aux activités d'éveil des jeunes enfants sont autant d'activités qui devront être développées et intégrées à la Stratégie.

L'appropriation de la SASDE par le gouvernement et des communautés reste encore un défi, et les conditions de sa relève par les autorités nationales ne sont pas encore réunies. Un plaidoyer de l'UNICEF, et de ses partenaires externes doit être fait au plus haut niveau d'une part pour assurer la disponibilité permanente des vaccins, mais aussi pour que des ressources budgétaires soient allouées pour assurer la relève de l'UNICEF dans l'appui à la stratégie.

ANNEXE 1

Personnes rencontrées

Bureau de l'UNICEF N'djamena

Cyrille Niameogo : Représentant (en partance)
Stephan Arkinson : Représentant
Amelia Russo de Sa : Coordinatrice des programmes
Salomon Ngata Yngamaye : assistant communication
Achta Abderahmane : Chargée du projet Mobilisation Sociale et Plaidoyer
Dr Renee Van De Weerd : Chargée du Programme Survie de l'enfant
DR Granga Daouya : chargé du Projet Santé/PEV
DR Belomar Yongar Assistant de projet santé/ SIDA
Fatime Barounga Nouhou : assistante du projet santé/Nutrition
Djimasde MBairebe : assistant de projet santé
Jean Baptiste Nidikumana : chargé du Programme développement de l'enfant
Suleymane Diabate : chargé du projet eau et assainissement
Felicien Ntakiyimana : assistant du projet protection de l'enfance (VNU)
Aissa SOW: Chargée du programme Protection de l'enfance
Mariam Roumane Al-Habbo, Assistant de projet , DIJET
Ahmat Hamid Project Officer suivi -Evaluation

Partenaires du Programme de Pays

Niveau Central a N'djamena

- A/ Ministère de la santé
 - Secrétaire général
 - Directeur des Affaires sanitaires et de la Prévention
 - inspecteur du ministère
 - directeur des ressources humaines
 - Directeur adjoint des affaires sanitaires
 - Conseiller juridique du Ministère de la santé
 - Services de l'organisation des services de santé
 - Directeur adjoint de la santé préventive
 - Directeur des ressources et de la planification
 - Direction des affaires financières
 - Représentant du bureau de coopération des études
 - Directeur national du PEV
 - Directeur national du programme de lutte contre le paludisme
 - Directeur national de la Nutrition et des technologies nutritionnelles

B/ Ministère du plan

- Le Directeur de la Planification
- Coordinateur de la cellule de coordination du Programme TCHAD UNICEF
- Membres de la cellule de coordination, chargée du suivi évaluation.
- Gestionnaire/comptable a la cellule de coordination.

C/ Ministère de l'Action Sociale et de la Famille

- Le Directeur adjoint de l'enfance, Ministère de l'Action Sociale et de la Famille
- Le Chef de la Division de la Protection et de la Réinsertion sociale de l'enfance
- Le Chef de la division de l'encadrement de la petite enfance
- Le point focal protection de l'enfance
- Le Chef de service de promotion de la petite enfance, point focal de l'encadrement de la petite enfance.

Niveau décentralisé

- Médecins chefs des districts de Kelo, Bere et GounouGaya
- Coordonnateur de l'ETMS de Gounou Gaya
- Préfet de Gounou Gaya
- Sous Préfet de Bere
- Sous Préfet de Kelo
- Maire de Kelo
- Secrétaire Generali de Bangor
- Infirmiers et chefs de zones de responsabilité

- **Districts et Villages visités**
 - Bangor
 - Lai
 - Bere (Tomyo Ngola, Tamyo, Delbian)
 - Kelo (Dafra, Bouyaka, Kroumba)
 - Gounou Gaya (Jodo Gassa)

Autres partenaires rencontrés

- Le Représentant de l'Institut Tropical Suisse
- Le Conseiller aux affaires sociales et sanitaires, Union Européenne
- Le représentant de l'OMS

ANNEXE 2

Agenda de la mission

1 février- 31 mars

Date	Activité
01 février	Arrivée a N'Djamena
02 février	Briefing au sein du bureau UNICEF <ul style="list-style-type: none"> ▪ le représentant, ▪ la coordinatrice des programmes
03 février-4 février	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Briefing par l'équipe Survie ▪ Réunions avec collègues des autres sections
07 – 11 février	Entretiens avec les différents partenaires : <ul style="list-style-type: none"> • Responsable du PEV • Responsable du PNLAP • Responsable du CNNTA • Responsable de la PCIME • Responsable de la Santé Reproductive • DMPLM – DGACS • Ministère du Plan, du Développement et de la Coopération • Ministère de l'Action Sociale et de la Famille • Conférence téléphonique avec l'Unité Droits Humains du siège
8 février	Débriefing sur les visites de terrain a l'équipe programme
3 mars	<ul style="list-style-type: none"> • Réunion avec le représentant de l'OMS • Réunion avec un représentant de l'Union Européenne • Réunion avec des responsables a l'Institut Tropical Suisse • Compilation et analyse des données et informations collectées • Organisation de séances internes de discussion sur l'état d'avancement du • Conférence téléphonique ave l'Unité Droits humains du siège
entre le 3 et 25 mars	Redaction du rapport
	Transmission du draft du rapport au siège et bureau du Tchad et présentation aux partenaires des principales conclusions et recommandations de la mission.
7 Mars	Intégration des commentaires et finalisation du rapport
25 mars	Retour sur Rabat
26 mars -30 mars	
31 mars	

ANNEXE 3

CONTRAT DE PERFORMANCE (Modèle)

Caractéristiques du présent contrat

Le présent contrat de performance est avant tout outil de gestion facilitant la définition des responsabilités et des attentes entre d'une part le comité de santé de et d'autres part le personnel afin d'accomplir des objectifs de couvertures sanitaires convenus ensemble.

COMITE DE SANTE-PERSONNEL DE SANTE DU CS

I CONTRACTANTS :

Entre : D'une part le comité de santé de représenté par son Président, le Médecin chef de district considéré comme représentant du MSP

Et : D'autre part :

- Le Responsable du Centre de Santé (RCS) _____
- La matrone _____
- L'Aide soignant _____

Tous considérés comme personnel du CS de _____

II. OBJECTIFS DU CONTRAT

1. Objectifs (à titre d'exemple)

- **Objectifs généraux :**
 - a) Réduire la mortalité infanto juvénile de 15% après 3 ans et de 25% après 5 ans.
 - b) Réduire la malnutrition infanto juvénile de 15% après 3 ans et 25 % après 5 ans.
- **Objectifs spécifiques :**
 - Rendre disponibles les ressources nécessaires à la mise en œuvre des activités du présent contrat de performance.
 - Assurer les soins préventifs, curatifs et promotionnels (en quantité et en qualité) à la population de l'aire, plus particulièrement les enfants de 0 - 5 ans et les femmes enceintes
 - Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des activités du présent contrat

2 Résultats attendus :

- 80% de couverture effective pour la vaccination infantile (tous les antigènes)+ Vitamine A chez les enfants de 6 mois à 5 ans
- 0.40 NC / habitant / an comme taux d'utilisation des services de soins curatifs.
- Taux de guérison des maladies (paludisme, IRA, diarrhée) de l'enfant égal à 80%
- 100% des cas compliqués et ne pouvant être soignés au CS référés

- 8% des femmes enceintes sont couvertes par les soins obstétricaux élémentaires et,
- 6% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié du CS
- 100% des femmes ayant accouché au CS allaitent exclusivement leurs enfants au sein pendant 4 mois au moins.
- 100% des dystocies ne pouvant être prises en charge au niveau du CS sont évacuées vers le CSREF
- 100% des relais et ATR de l'la zone de responsabilité sont suivis dans la mise en œuvre des activités de réduction de la mortalité au niveau des ménages par l'ICPM ou son délégué.
- 100% des ménages appliquant les mesures efficaces d'hygiène individuelle et collective y compris l'amélioration de l'assainissement et la consommation de l'eau potable.

III. RESPONSABILITES DES CONTRATANTS (cfr description des postes) :

1. Contractant 1 : LE COMITÉ DE SANTÉ (COSAN): Exemple type

LE COMITÉ DE SANTÉ a la responsabilité de :

- De fournir les ressources aux personnels du CS pour l'exécution des activités du présent contrat en vue d'obtenir les résultats sus - cités.
- D'assurer le suivi de la mise en œuvre des activités du présent contrat de performance.
- De rendre compte à la population (pendant l'AG) de l'utilisation des ressources mises à sa disposition par la commune, le district et les différents bailleurs
- De rendre compte des résultats obtenus après la période de présent contrat -causes contraintes et solutions alternatives, atouts et points forts de la mise en oeuvre) au Maire et au Médecin chef de district.

Plus concrètement :

A travers le Présent de le comité de santé, il s'engage à :

- Participer à l'élaboration du micro plan de l'la zone de responsabilité
- Mobiliser toutes les ressources tant humaines, matérielles que financières pour la réalisation des activités du micro plan semestriel et celles du présent contrat
- Fournir les ressources nécessaires à l'équipe du CS
- Gérer les ressources humaines, financières et matérielles du CS dans le sens de l'atteinte des objectifs du présent contrat.
- D'élaborer des rapports mensuels de gestion du CS, rapports adressés au médecin chef de district avec copie au Maire de la commune.
- Participer aux séances de monitoring semestriel organisées au niveau de l'la zone de responsabilité.
- D'organiser mensuellement des réunions ordinaires de suivi des activités du micro plan mises en œuvre (COSAN + Personnel du CS / AT)...

III.2 Contractant 2 : Le médecin chef de district de _____

a la responsabilité d'assurer un appui technique à le comité de santé pour améliorer les prestations de l'équipe du CS.

Plus concrètement, il (elle) aura à :

- Veiller à la formation de l'équipe du CS /AT se trouvant dans la zone de responsabilité sur les stratégies et activités relatives à l'accélération de la mortalité infantile et maternelle.
- D'assurer la supervision mensuelle des CS.
- D'assurer la stratégie mobile dans les aires de santé non fonctionnelle.

Pour ce faire, il impliquera les membres de l'équipe cadre du district pour la mise en œuvre des activités du Paquet Minimum d'activité lié aux aires non fonctionnelles.

- Il participera à l'organisation et à la réalisation des monitorages semestriels et a l'élaboration des micro plans dans l'la zone de responsabilité.

Les contractants ci - après tous personnels du CS, auront la responsabilité de veiller à la réduction de la mortalité infantile et maternelle dans l'la zone de responsabilité en mettant en œuvre, à des degrés divers, les activités de PMA dans la zone de responsabilité par la stratégie fixe (5km autour du CS) et la stratégie avancée.

Plus concrètement,

III.3 Contractant 3a : Le RCS devra :

- Elaborer, avec les autres membres de l'équipe, le comité de santé et les autres membres de la communauté, le micro plan de l'la zone de responsabilité ;
- Assurer les séances de vaccination en centre fixe ou en stratégie avancée ;
- Assurer la prise en charge des malades conformément aux normes et procédures des programmes nationaux et établir la (les) prescription (s) conformément aux normes SDA.
- Assurer la référence / évacuation des malades graves et des parturientes dystociques (si cela est impérieux)
- Assurer le suivi des mobilisateurs sociaux et AT dans le cadre de la mise en œuvre des activités de Communication pour le Changement de Comportements (CCC).
- Assurer le suivi des AT ;
- Participer aux séances de monitoring semestriel de l'la zone de responsabilité
- Assurer la bonne gestion des ressources mises à la disposition du CS pour les activités de l ASSDE ;
- Assurer toutes les autres activités de gestion du centre, à savoir :
 - le suivi de la chaîne du froid
 - la surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique
 - le réunions du comité de gestion du CS et celles de suivi des activités SASDE au niveau de l'aire
 - les rapports mensuels et trimestriels (selon les cas ; PEV & DSIS)

III.4 Contactant 3b : La Matrone devra :

- Assurer les consultations prénatales ainsi que les soins obstétricaux élémentaires associés, les consultations post - natales et de Bien-Etre familial (BEF)
- Faire le suivi de l'accouchement à l'aide d'un partogramme
- Assurer les soins aux accouchées et aux nouveaux - nés
- Assurer la référence / évacuation des malades (parturiente) vers le 2^e niveau
- Tenir les séances de CCC
- Assurer l'intérim du RCS
- Assurer la vaccination en centre fixe et en stratégie avancée
- Assurer le suivi des AT de l'a zone de responsabilité
- Elaborer les rapports d'activités mensuelles réalisées
- Rendre compte des atteintes au non des objectifs du présent contrat au RCS.

III.4 Contractant 3c : L'aide - soignant (e) devra :

- Assurer les soins courants aux malades selon les normes du PMA
- Participer aux séances de vaccination (en stratégie fixe ou avancée)
- Préparer tous les matériels requis pour les séances de vaccination et de suivi des enfants sains.
- Rendre compte des activités réalisées et des résultats obtenus au RCS.

III.5 Contractant 3d : Le gérant de pharmacie devra :

- Tenir les supports à jours (fiches de stock, cahier de recette, journal.....)
- Délivrer les tickets de consultation aux malades
- Verser les recettes des médicaments et de tarification au trésorier
- Faire les bons de commande des médicaments
- S'approvisionner en MEG au niveau du DS
- Délivrer les MEG aux malades et leurs en expliquer la posologie
- Assurer le suivi de la gestion des MEG, des moustiquaires imprégnées au niveau de la zone de responsabilité.
- Faire l'inventaire trimestriel des MEG.

III.6 Contractant 3e: Le manœuvre

- Assurer la propreté des locaux et de la cour
- Assurer la garde des matériels et autres biens du CS.

IV DESCRIPTION DES MOYENS NECESSAIRES / MODALITES D'OBTENTION :

IV.1 Pour le contractant 1 : « LE COMITÉ DE SANTÉ »

LE COMITÉ DE SANTÉ a la responsabilité :

- De fournir les moyens nécessaires pour l'atteinte des objectifs du présent contrat à travers le CS
- De justifier les moyens matériels mis à la disposition, selon les procédures du Partenaire, à travers le District dès la fin de l'exécution des activités pour pouvoir exiger une nouvelle mise à disposition.

IV.2 Pour le contractant 2 : Le Médecin chef de district

Le Médecin chef a la responsabilité :

- De veiller à ce que les ressources mises à la disposition du CS soient utilisées dans le respect des instructions en la matière.

IV.3 Pour les contractants 3a, 3b, 3c, 3d : les personnels du CS

Le personnel du CS a la responsabilité :

- D'utiliser les ressources mises à sa disposition dans le respect des instructions en la matière
- De rendre compte de la gestion de ces ressources par des rapports trimestriels.
- De veiller à ce que les médicaments rendus disponibles au niveau du CS soient utilisés pour les enfants et les femmes cibles de la stratégie.

IV. DESCRIPTION DES MODALITES D'OBTENTION DE PRIME DE PERFORMANCE :

Il sera organisé une cérémonie suite au dernier monitoring au cours de laquelle des primes et distinctions seront décernées aux individus, COSAN et toute autre association impliquée dans la vie du CS sur la base des résultats de performance.

Le district et la commune ont la responsabilité :

- D'accorder d'autres modalités de motivation à l'un ou plusieurs des contractants en cas de performance (exemple la garde du matériel roulant ou de toute autre logistique) au terme du contrat ;
- de prendre en revanche des dispositions en cas de mauvaise performance.

VI DISPOSITIONS GENERALES :

Lieu et déroulement de l'activité :

Les activités concernées dans le contrat seront exécutées dans l'la zone de responsabilité _____

Les différents contractants auront la responsabilité de faire le point régulièrement

(mensuellement et / ou trimestriellement) de l'état d'avancement des activités micro planifiées

pour la réduction de la mortalité infantile et maternelle.

Durée du contrat :

Le présent contrat a une durée de _____ mois à compter de la date de signature. La mise à disposition des ressources pour l'exécution des activités à tous les niveaux (CS, ménages, aires de santé non fonctionnelle) se fera le plus rapidement possible après la signature de ce contrat.

Litige /Résiliation:

En cas de litiges les contractants régleront le litige à l'amiable sous la responsabilité du Maire de la Commune avec l'arbitrage du Préfet.

Ce contrat peut être résilié entre autre si :

- les chances d'obtenir des résultats prévus sont très faibles sur la base des informations et données de monitoring et des visites de supervisions.
- l'utilisation des moyens et matériels n'est pas rationnelle du point de vue du contractant « COSAN ».
- les ressources ne sont pas disponibles pour les raisons liées aux partenaires.

Les signataires : Lu et approuvé

POUR LE COMITÉ DE SANTÉ

Le Président

POUR LA COMMUNE /CANTON

Le Maire ou le Chef de canton

POUR LE DISTRICT

Le Médecin chef de district

POUR LE PERSONNEL DU CS :

Le RCS _____

La Matrone _____

L'Aide -soignant (e)

DATE DE SIGNATURE :

ANNEXE 4

Termes de référence

Appui technique pour la documentation de l'expérience du Tchad en matière de la mise en œuvre de la Stratégie d'accélération de la survie et du développement de l'enfant

1) Objectif

L'objectif général est d'évaluer et de documenter les effets et l'impact de l'approche ASSDE dans les 3 districts au Tchad.

D'une manière plus précise, l'évaluation doit répondre d'une manière argumentée aux questions suivantes :

1. Quel est le niveau de compréhension et d'utilisation opérationnelle de l'approche droits et l'approche basée sur les résultats dans la planification et mise en œuvre de l'approche ASSDE en mettant en exergue l'application effective des différents principes sous-tendant l'approche droits ? (voir Matrix sur l'opérationnalisation de l'approche dans la programmation).
2. Dans quelle mesure les stratégies ont été efficaces par rapport à l'amélioration de la couverture vaccinale, l'utilisation des services, et la qualité des services offerts ?
3. Des réalisations du projet ont-elles été obtenues d'une manière efficiente ?
4. Quels sont les résultats auxquels le projet est parvenu en matière d'approche communautaire et participative ? Des communautés peuvent-elles s'approprier les activités de façon viable après l'arrêt du financement de l'Unicef ?
5. L'expérience peut-elle être étendue à d'autres zones ?
6. Quel a été le processus de planification, de mise en œuvre et de supervision de l'ASSDE ?
7. Quelles ont été les recommandations applicables aux différents niveaux, à l'Unicef, au gouvernement et aux partenaires pour le renforcement, l'extension et la pérennisation de l'approche au Tchad et ailleurs ?

2) Résultats attendus

La programmation basée sur les résultats et sur l'approche droit à travers la mise en œuvre de l'ASSDE est évaluée et analysée.

La compréhension de l'approche Droits et l'approche basée sur les résultats dans la planification et mise en œuvre de l'approche ASSDE est établie : de même que l'illustration de son impact immédiat et à long terme.

L'efficacité, l'efficience, la pérennité et la reproductibilité sont étudiées et documentées.

Les forces, faiblesses, défis et contraintes dans la programmation de l'ASSDE aux différents niveaux sont clairement identifiées.

La pérennité et la reproductibilité de l'approche sont analysées, les leçons de la programmation de l'ASSDE sont tirées

Bibliographie

1. Remarques finales du Comité chargé des droits de l'enfant au Tchad, Mai 1999, version inédite.
2. Regional plan for implementation of the Medium Term Strategic Plan (2002-2005), UNICEF WCARO, Intranet
3. évaluation du programme de coopération Maroc- UNICEF, novembre 2004.
4. Progress report to CIDA: accelerating child survival and development in high under five mortality areas in the context of health reform and poverty reduction: a result-based approach, UNICEF, may 2004.
5. Consolidation and review of the main findings and lessons learned of the case studies on operationalizing HRBAP in UNICEF, Joachim Theis, 2004.
6. UNICEF évaluation report standards, évaluation office, UNICEF NYHQ, september 2005
7. Bilan Commun de pays du Tchad: état de la pauvreté humaine au Tchad 2000 et 2004, septembre 2004.
8. rapport de la revue à mi parcours du programme de coopération Tchad – UNICEF (2001-2005), Novembre 2003.
9. rapport au donateur, agence canadienne de développement, décembre 2004.
10. rapport de la revue annuelle 2004 du programme de coopération Tchad- UNICEF,
11. rapport de la revue annuelle 2004, programme survie de l'enfant,
12. La situation des Enfants dans le Monde, 2005, UNICEF
13. Rapport d'enquête sur l'utilisation et la disponibilité des moustiquaires dans les districts de KELO, BERE et GOUNOU-GAYA, Décembre 2004, UNICEF- MSP
14. enquête de couverture Vaccinale et Vitamine A, 18-22 décembre 2003, UNICEF N'djamena
15. rapport de la mission de Monitoring des activités des districts sanitaires de la zone SASDE du 23 au 29 septembre 2003, septembre 2003. UNICEF N'djamena
16. ateliers de micro planification de la SASDE dans les districts de BERE, KELO et Gounou Gaya
17. Politique du Développement Intégré du Jeune Enfant Tchadien, draft 3, Ministère de l'Action Sociale et de la Famille, draft 3, octobre 2004.
18. Final Report to CIDA, update for 2004, ACSO, a results-Based Approach, UNICEF, February 2005
19. working papers UNICEF HQs/Checklists: Ideas on operationalising human rights principles in UNICEF Work and on child survival, April 2005, UNICEF HQs/Division of Policy and Planning/Global Policy Section/ Human Rights Unit.
20. The principle of the right of the child to Life, Survival and Development, June 2004. Akila Belembaogo.
21. Contrats de performance
22. Proposition de Projet UNICEF (2002-2003) accélération de la Survie et du Développement du Jeune Enfant dans les régions à forte mortalité infanto- juvénile. Contexte de réforme de la santé et de réduction de la pauvreté, approche basée sur les résultats, Février 2004.
23. Communication Strategy for Implementing Community IMCI, March 2003, UNICEF ESARO
24. Checklists "How to assess the Human Rights Approach to Programming in UNICEF's Work (draft Two), September 2005. Akila Belembaogo
25. Document de Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté, Ministère du Plan, du Développement et de la Coopération, Juin 2003.
26. Rapport de l'experte Indépendante au Haut Commissariat aux Droits de l'Homme, sur la situation des droits Humain au Tchad. 2004