



HAL
open science

Achats stratégiques des soins et intervention communautaire : une approche collaborative et innovante d'amélioration de l'utilisation des services des soins maternels et infantiles au Tchad

Dahab Manoufi

► **To cite this version:**

Dahab Manoufi. Achats stratégiques des soins et intervention communautaire : une approche collaborative et innovante d'amélioration de l'utilisation des services des soins maternels et infantiles au Tchad. Médecine humaine et pathologie. Université Paris Cité, 2025. Français. ⟨NNT : 2025UNIP5075⟩. ⟨tel-05386972⟩

HAL Id: tel-05386972

<https://theses.hal.science/tel-05386972v1>

Submitted on 28 Nov 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Université Paris Cité

École doctorale Pierre Louis de Santé Publique, ED393

Centre Population et Développement (CEPED)

*Achats stratégiques des soins et intervention communautaire : une
approche collaborative et innovante d'amélioration de l'utilisation des
services des soins maternels et infantiles au Tchad*

Par Dahab MANOUFI

Thèse de doctorat en Recherche sur les Services de Santé

Dirigée par Valéry RIDDE

Présentée et soutenue publiquement le 23 septembre 2025

Devant un jury composé de :

Mme. CAILHOL Johann, MCU-PH HDR, Université Sorbonne Paris Nord, rapportrice,

M. SAVADOGO Léon, professeur des universités, Université Senghor, Égypte, rapporteur,

Mme. LEROY Valériane, DR, Université Paul Sabatier Toulouse 3, examinatrice,

M. VENTELOU Bruno, DR, Université Aix-Marseille, examinateur

M. RIDDE Valéry, DR, Université Paris Cité, Directeur de Thèse

Titre : Achats stratégiques des soins et intervention communautaire : une approche collaborative et innovante d'amélioration de l'utilisation des services des soins maternels et infantiles au Tchad

RESUME

Le Tchad demeure l'un des pays présentant les taux de mortalité maternelle et infantile les plus élevés au monde. Pour répondre à cette problématique, une intervention pluriannuelle (2016–2019) a été mise en œuvre dans trois districts sanitaires ruraux du sud du pays. Elle associait une politique d'exemption du paiement des soins à une forte implication des communautés, avec pour objectif de renforcer simultanément l'offre et la demande de services de santé maternelle et infantile. Cette thèse vise à évaluer les effets de cette intervention sur l'utilisation des services, tout en analysant les facteurs contextuels et organisationnels susceptibles d'expliquer la variabilité des résultats observés.

Une approche méthodologique mixte a été adoptée. La composante quantitative repose sur une analyse de séries chronologiques interrompues avec groupe contrôle, à partir de données mensuelles issues de 36 centres de santé (18 bénéficiant de l'intervention et 18 centres témoins), sur une période de 42 mois (18 mois avant et 24 mois après le début de l'intervention). Les résultats révèlent une augmentation statistiquement significative de l'utilisation des services dans les centres appuyés, avec en moyenne 10,98 consultations pédiatriques et 0,68 accouchements supplémentaires par mois, comparativement aux centres témoins ($p < 0,001$). Cette progression est étroitement liée à la mobilisation communautaire.

La composante qualitative, fondée sur une étude de cas multiples contrastés, a été conduite dans quatre centres de santé. Les données ont été recueillies par le biais de 26 entretiens individuels et de 22 groupes de discussion avec des femmes bénéficiaires, des agents de santé communautaire et des prestataires. L'analyse, effectuée à l'aide du logiciel QDA Miner, montre que les différences de résultats s'expliquent par les capacités organisationnelles et managériales des acteurs locaux, ainsi que par des facteurs contextuels tels que l'éloignement géographique et la dégradation des infrastructures routières.

Les résultats de cette recherche mettent en évidence le rôle essentiel de la gouvernance locale, de l'engagement communautaire et de l'adaptation aux contextes locaux pour améliorer l'accès aux soins et progresser vers la couverture santé universelle. Ils soulignent l'importance

de combiner des approches quantitatives et qualitatives pour l'évaluation des politiques publiques de santé.

Mots-clés : Santé maternelle et infantile ; Santé communautaire ; Financement de la santé ; Accès aux soins ; Évaluation d'impact ; Étude qualitative ; Tchad ; Politique de santé

Title: Strategic purchasing of health services and community intervention: An innovative collaborative approach to improve Utilization of maternal and child health services in Chad

ABSTRACT

Chad continues to experience some of the highest maternal and child mortality rates in the world. In response to this critical public health issue, a multi-year intervention (2016–2019) was implemented in three rural health districts in the southern part of the country. The intervention combined a user fee exemption policy with strong community engagement, aiming to improve both the supply and demand for maternal and child health services. This thesis seeks to assess the effects of the intervention on service utilization and to explore the underlying factors contributing to the observed results.

A mixed-methods approach was adopted. The quantitative component involved an interrupted time series analysis with a control group, using monthly attendance data from 36 health centers (18 intervention and 18 control sites) over a 42-month period (18 months pre-intervention and 24 months post-intervention). Results indicate a statistically significant increase in service utilization in the intervention sites, with an average of 10.98 additional pediatric consultations and 0.68 more facility-based deliveries per month compared to control sites ($p < 0.001$). Community involvement played a pivotal role in achieving these outcomes.

The qualitative component consisted of a multiple-case study in four health centers with contrasting performance levels. Data were collected through 26 in-depth interviews and 22 focus group discussions with service users, community health workers, and healthcare providers. Analysis using QDA Miner software revealed that differences in organizational and managerial capacity among health providers and community actors, as well as contextual factors such as geographical remoteness and poor road conditions, contributed to the heterogeneous outcomes observed across sites.

Overall, this thesis highlights the critical importance of community participation, decentralized governance, and context-sensitive implementation for improving access to essential health services and advancing toward universal health coverage. It underscores the value of combining quantitative and qualitative methods in health policy evaluation.

Keywords: Maternal and child health; Community health; Health financing; Access to care; Impact evaluation; Qualitative research; Chad; Health policy

DEDICACE

A la mémoire de mon père Manoufi Dahab Hachim,

A ma chère épouse et mes enfants.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, j'aimerais remercier sincèrement Valéry RIDDE, pour avoir dirigé cette thèse et le partage de ses connaissances, notamment les problématiques de santé en Afrique. Sa grande rigueur et sa disponibilité ont permis de conduire à terme cette thèse. Je lui adresse toute ma reconnaissance.

Je tiens à remercier également Alexandre Dumont, Charles KABORE et YAHANNON Nathanaël pour le soutien apporté à la réalisation du premier article.

Mes remerciements vont aussi à l'ensemble des membres du Centre Population et Développement (CEPED), mon laboratoire d'accueil, pour les divers appuis dont j'ai pu bénéficier de leur part.

J'adresse également mes remerciements à toutes les personnes ayant participé à la réalisation des entretiens et tous les collègues de travail sans lesquels ce travail doctoral n'aura pas été possible.

Je remercie l'agence française de développement pour avoir co-financé cette thèse dans le cadre du projet de recherche sur la Couverture Universelle en Santé au Mali, au Sénégal, au Niger et au Tchad.

Je tiens à remercier tout particulièrement le Bureau d'Appui Santé et Environnement pour avoir financé et facilité ce travail. Je suis très reconnaissant aux organes dirigeants de m'avoir offert cette opportunité et leur généreuse compréhension face à mon indisponibilité durant toutes ces années.

Je tiens à remercier également les nombreuses personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de cette thèse.

Enfin, mes remerciements vont à ma chère épouse et mes enfants pour leur infinie patience durant toutes ces années.

TABLE DES MATIERES

RESUME	II
ABSTRACT	IV
DEDICACE	VI
REMERCIEMENTS	VII
TABLE DES MATIERES	VIII
LISTE DES FIGURES.....	X
LISTE DES TABLEAUX	XI
LISTE DES ANNEXES.....	XII
LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS.....	XIII
INTRODUCTION GENERALE.....	1
I.1 CONTEXTE	1
1.1 Implication des communautés locales dans la mise en œuvre	2
1.2 Politiques d'exemption et couverture sanitaire universelle	4
1.3 Facteurs contextuels et efficacité de mise en œuvre des interventions	6
I.2 PROBLEMATIQUE	8
2.1 Inégalités d'accès aux soins et obstacles structurels	9
2.2 Faiblesse des financements	9
I.3 OBJECTIFS.....	10
CHAPITRE I APPROCHES THEORIQUES ET POLITIQUES D'ACCESSIBILITE AUX SERVICES DE SANTE	12
I.1 CONCEPTS DE L'ACCESSIBILITE AUX SERVICES DE SANTE	12
1.1 La disponibilité.....	12
1.2 L'accessibilité	13
1.3 L'utilisation.....	13
I.2 CADRES THEORIQUES DE L'ACCESSIBILITE AUX SERVICES DE SANTE	14
I.3 POLITIQUES D'EXEMPTION DES FRAIS DE SOINS ET ACHATS STRATEGIQUES DE SOINS	18
I.4 APPROCHES COLLABORATIVES	20
CHAPITRE II CADRE GENERAL DE LA RECHERCHE.....	21
II.1 CONTEXTE DE LA RECHERCHE	21
1.1 Système de santé	23
1.2 Politiques d'accès aux soins.....	26
1.3 Description de l'intervention	31
II.2 METHODES	33
2.1 Devis de la recherche	33
2.2 Sélection et échantillonnage	34
2.3 Collecte et analyse des données	36
2.4 Considération éthique.....	39
CHAPITRE III RESULTATS.....	40
III.1 IMPLICATION DES COMMUNAUTES DANS LES POLITIQUES D'ACCES AUX SERVICES DE SANTE	40
Article 1 : Amélioration de l'offre et de la demande de soins de santé maternelle et infantile au Tchad : une étude quasi expérimentale.....	41
III.2 CONTEXTE : UNE DIMENSION FONDAMENTALE DE LA MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES DE SANTE	52

Article 2 : Les facteurs contextuels pour comprendre l'hétérogénéité des résultats d'une politique d'exemption du paiement des soins au Tchad	55
CHAPITRE IV DISCUSSION GÉNÉRALE	81
IV.1 SYNTHÈSE DES RESULTATS.....	81
1.1 Achats stratégiques des soins et amélioration de l'utilisation des services de Santé	81
1.2 Communautés et systèmes de santé, une synergie nécessaire pour un accès équitable aux soins	84
1.3 Facteurs expliquant l'hétérogénéité des résultats	85
IV.2 LIMITES METHODOLOGIQUES	88
2.1 Implication pour les pratiques et les politiques de santé publique.....	90
2.2 Défis liés à l'organisation et à la conduite des travaux de recherche	93
CONCLUSION	96
BIBLIOGRAPHIE	98
LES ANNEXES.....	111

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: CARTE DU TCHAD	21
FIGURE 2: PYRAMIDE SANITAIRE DU TCHAD	23
FIGURE 3: EVOLUTION DE LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE AU TCHAD	30
FIGURE 4: THEORIE DES CHANGEMENTS ATTENDUS PAR CETTE INTERVENTION	32

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1: CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	22
TABLEAU 2: PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTE.....	24

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1: POSTER	112
ANNEXE 2: NOTE POLITIQUE.....	113

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

AFD	Agence française de Développement
ASC	Agent de Santé Communautaire
BASE	Bureau d'Appui Santé et Environnement
CCE	Consultation Curative des Enfants
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CEPED	Centre Etudes Population et Développement
CNAS	Caisse Nationale d'Assurance Santé
CNS	Comptes Nationaux de Santé
COGES	Comité de Gestion
COSAN	Comité de Santé
COVID	Coronavirus Disease
CPN	Consultation Périnatale
CPON	Consultation Post Natale
CSU	Couverture Santé Universelle
CZR	Chef de Zone de Responsabilité
DSIS	Division Système d'information Sanitaire
ECD	Equipe Cadre de District
ECOSIT	Enquête sur la Consommation et le Secteur Informel au Tchad
EDS	Enquête Démographie et de Santé
FBR	Financement Base sur le Résultat
FCFA	Franc de la Communauté Financière d'Afrique
HNR	Humanitarian National Report
IDH	Indice de Développement Humain
INSEED	Institut National de Statistique et des Etudes Economique et Démographique
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRD	Institut de Recherches et de Développement
IRSS	Institut de Recherche pour les Sciences de la Santé
ITS	Interrupted Time Series

ITSA	Interrupted Time Series Analysis
MCD	Médecin chef de district
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MOOC	Massive Open Online Course
MSP	Ministère de la Santé Publique et de la Prévention
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEC	Prise En Charge
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum D'activités
PND	Plan National de Développement
PNDS	Plan National de Développement de Santé
PNS	Politique Nationale de Santé
PNUD	Programme de Nations Unies pour le Développement
PS	Personnel de Santé
RCS	Responsable de Centre de Santé
SMI	Soins Maternels et Infantiles
SR	Santé de la Reproduction
WHO	World Health Organisation

INTRODUCTION GENERALE

I.1 CONTEXTE

L'accessibilité aux soins de santé reste un défi majeur pour une grande partie du monde en dépit des progrès réalisés au cours des dix dernières années.

La Déclaration d'Alma-Ata, adoptée en 1978 à Alma-Ata au Kazakhstan, est considérée comme un tournant décisif dans l'histoire de la santé publique mondiale. Elle avait pour objectif central l'atteinte de la "santé pour tous" d'ici à l'an 2000 [1]. Selon la déclaration d'Alma Ata, ce concept signifiait que « *toutes les personnes dans le monde devraient avoir accès à des services de santé adéquats pour mener une vie socialement et économiquement productive* ». Elle a proclamé l'importance des soins de santé primaires dans l'atteinte de cet objectif, et a affirmé que la santé est un droit humain fondamental.

La Déclaration d'Astana en 2018, à l'occasion du 40^{ème} anniversaire de celle d'Alma-Ata, a réaffirmé les engagements d'Alma-Ata, ceux de Bamako et les a adaptés aux défis actuels des systèmes de santé mondiaux. Elle souligne que ces soins sont indispensables pour atteindre la couverture sanitaire universelle et garantir l'accès à des services de santé abordables, accessibles, équitables et de qualité pour tous [2], [3].

L'Afrique subsaharienne où vivent plus de la moitié des gens extrêmement pauvres du monde [4], est caractérisée par un fardeau épidémiologique complexe, combinant encore un taux élevé de maladies infectieuses telles que le paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida, avec une montée en puissance des maladies non transmissibles comme le diabète et les maladies cardiovasculaires [5]. Ce double fardeau pèse lourdement sur des systèmes de santé déjà fragiles, souvent limités par un manque de ressources humaines qualifiées et des infrastructures médicales inadaptées.

La performance globale des systèmes de santé, c'est-à-dire la mesure dans laquelle un système de santé remplit ses fonctions de gouvernance, de financement et de prestation de services, est faible dans la région africaine. Selon l'OMS, les systèmes de santé des pays membres de la région africaine ont des performances qui se situent en moyenne à 52,9 % de ce qu'ils peuvent réellement offrir [6]. La mortalité maternelle et infantile reste un problème de santé publique majeur à l'échelle mondiale, particulièrement dans les pays à faibles et moyens revenus. L'Afrique subsaharienne, malgré les progrès, enregistre les taux les plus élevés de mortalité

maternelle et infantile dans le monde. L'OMS estime qu'en 2020, environ 87 % (253 000) des décès maternels dans le monde sont survenus en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Environ 70 % des décès maternels (202 000) sont survenus en Afrique subsaharienne. Selon l'OMS, 95 % de ces décès maternels auraient pu être évités [7]. Selon l'indice des États fragiles, en 2020, six des neuf pays en conflits sont africains, parmi lesquels le Tchad, avaient un taux de mortalité maternelle compris entre 30 et 1223 décès pour 100.000 naissances [8]. Le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans enregistré en 2022, un nombre historiquement le plus bas, est estimé à 4,9 millions dont la moitié était des nouveau-nés. La majorité de ces décès ont eu lieu en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est [9].

Face à ces défis, de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, au cours des dix dernières années, se sont engagés à entreprendre des réformes pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé dans le cadre de l'Agenda 2030 pour le développement durable, pour garantir à tous un accès universel aux services de santé essentiels sans difficultés financières. Cet engagement des pays envers une Couverture Sanitaire Universelle (CSU) reflète une reconnaissance mondiale du droit à la Santé Pour Tous.

Les pays se sont engagés, principalement, à offrir un accès équitable aux soins et services de santé essentiels. Ils se sont également engagés à réduire les inégalités d'accès aux soins entre les différentes couches des populations. Ils ont mis un accent particulier les plus vulnérables, à savoir les populations rurales, les minorités ethniques, et les femmes. Pour rendre effectif ces engagements, les différents pays ont mis en avant la volonté d'encourager la participation des communautés dans les décisions de santé, la planification et la gestion des services de santé. Un engagement central dans l'atteinte d'une CSU, est celui de s'assurer que les individus et les familles ne soient pas exposés à des difficultés financières [10].

Dans le cadre cette thèse, nous envisageons nous focaliser sur une approche qui met l'accent sur trois principaux axes : i) l'implication des communautés locales dans la mise en œuvre ; ii) l'exemption des coûts de soins de santé aux points des services ; iii) et la prise en compte des contextes locaux dans la mise en œuvre des politiques, stratégies et interventions de santé.

1.1 Implication des communautés locales dans la mise en œuvre

Depuis la déclaration d'Alma-Ata en 1978, les agents de santé communautaire sont reconnus comme des acteurs essentiels dans le développement des soins de santé primaires. Plus de

quarante ans après, des expériences convaincantes démontrent leurs précieuses contributions dans la prestation des services de santé de base [11], [12], [13]. Plusieurs travaux soulignent le rôle fondamental des acteurs communautaires, appelés Agents de Santé Communautaires (ASC) dans la mise en œuvre des interventions. La proximité de ces acteurs avec les communautés permet de combler le fossé entre les populations éloignées et les services de santé, surtout dans les zones rurales ou difficiles d'accès [14].

Un des rôles clés des ASC, selon Olaniran, est la promotion de la santé et la prévention des maladies. Ils jouent également un rôle déterminant dans l'engagement communautaire, car ils sont souvent issus des communautés qu'ils servent. Cela leur confère une légitimité et une connaissance intime des besoins locaux, facilitant l'adhésion des communautés aux interventions de santé publique.

Les ASC, en tant que membres de la communauté, apportent une perspective culturelle et contextuelle précieuse qui peut enrichir la qualité des soins et augmenter l'adhésion des populations aux programmes de santé. Une formation adéquate des ASC est cependant nécessaire afin qu'ils puissent collaborer efficacement avec les équipes de soins [15].

Les ASC supervisés, formés de manière continue, et soutenus matériellement sont susceptibles d'obtenir des résultats positifs [16]. L'intégration efficace des programmes d'ASC dans les systèmes de santé peut renforcer la durabilité et la crédibilité des programmes, clarifier les rôles des ASC et favoriser la collaboration entre les ASC et les acteurs de haut niveau du système de santé [17].

D'autres travaux, en République Centrafricaine et au Libéria, ont souligné la collaboration entre les ASC et les personnels de santé. Cela permet la réduction de la surcharge de travail dans des contextes où les ressources sont insuffisantes, contribuant ainsi à la résilience des systèmes qui font face à divers problèmes [18], [19].

Les comités de santé, une autre catégorie d'acteurs communautaires, jouent un rôle essentiel dans le renforcement de la participation communautaire et la redevabilité des prestataires de soins [20]. Une recherche en Ouganda suggère que ces comités peuvent être de véritables véhicules de gouvernance démocratique dans les systèmes de santé, à condition qu'ils soient dotés d'une capacité décisionnelle et d'une autonomie réelle [21]. En Tanzanie, une étude sur le rôle des HFGCs dans la responsabilisation sociale montre que leur efficacité repose sur la qualité de leur formation et leur engagement dans la supervision des services de santé [22]. Il n'en demeure pas moins qu'ils font face à des défis pour assumer pleinement leurs fonctions

de leadership et de gestion en raison d'un manque de soutien [23]. De même, en Tanzanie, les Comités de Gestion des Établissements de Santé (HFGCs) rencontrent des difficultés liées à un faible niveau d'éducation des membres, un manque de formation et des ressources financières insuffisantes, ce qui limite leur capacité à superviser efficacement la prestation des soins [24]. Une autre analyse des performances perçues de ces comités dans la supervision des soins primaires souligne l'impact de l'âge, du niveau d'éducation et de la durée du mandat des membres sur leur efficacité [25].

Les initiatives de santé communautaire jouent un rôle essentiel dans la réduction des inégalités d'accès aux soins, qui est une composante centrale de la CSU. En permettant aux populations vulnérables, notamment les populations rurales, les pauvres et les groupes marginalisés, d'accéder aux soins primaires, la santé communautaire garantit que la CSU n'est pas seulement un concept abstrait, mais une réalité accessible.

Gautier et al, mettent en exergue l'écart entre les discours et la pratique de la santé communautaire. Ils soulignent que les communautés sont parfois impliquées uniquement dans des rôles subalternes ou consultatifs, sans réel pouvoir de décision. Ils mettent en lumière ainsi les contradictions entre le discours sur la santé communautaire et la réalité de sa mise en œuvre.

Des progrès remarquables ont été réalisés dans l'amélioration de la couverture sanitaire et l'accessibilité géographique en Afrique subsaharienne. Des inégalités d'accès aux soins demeurent et l'accessibilité aux services de santé reste limitée, notamment pour les personnes vulnérables et les personnes vivant en zone rurale [26], [27]. L'accès aux services de santé est toujours confronté à une série de contraintes multidimensionnelles, notamment socioculturelles et économiques [28], [29].

1.2 Politiques d'exemption et couverture sanitaire universelle

Le financement de la santé fait référence à la collecte des fonds, à leur mise en commun et à leur utilisation pour payer les services des prestataires de soins de santé. Les politiques d'exemption des frais de soins en Afrique ont été mises en place, dans les années 2000, pour améliorer l'accès aux soins de santé. Ces initiatives visent à réduire les obstacles financiers qui empêchent de nombreuses personnes, en particulier pour les groupes vulnérables, d'accéder aux services de santé essentiels. Les chefs d'État africains se sont engagés, en 2001 à Abuja, à allouer au moins 15 % de leur budget national annuel à l'amélioration du secteur de la santé.

Plusieurs études ont mis en évidence l'amélioration significative de l'utilisation des services de santé à la suite de l'exemption des frais [30], [31], [32], [33]. Malgré l'introduction des politiques d'exemption des frais de soins qui représentent un pas important vers l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour certaines catégories de la population (femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans), ces politiques n'ont pas suffi à résoudre complètement le problème, en partie en raison des coûts indirects. En raison des longues distances à parcourir, des manques de moyens de transport et de l'absence des centres de santé dans les zones reculées, ces populations doivent souvent renoncer à des soins essentiels, ce qui entraîne des conséquences désastreuses. Il est nécessaire de mettre en œuvre des mesures supplémentaires, ciblant par les obstacles socioculturels et géographiques pour atteindre les populations rurales, éloignées des centres des soins [34], [35].

Pour assurer leur durabilité, ces politiques doivent être renforcées par des financements publics solides, une meilleure professionnalisation des gouvernances, et devraient être intégrées dans des systèmes visant la CSU [36], [37], [38].

Au cours de la dernière décennie, plusieurs pays d'Afrique subsaharienne ont lancé des réformes pour progresser vers la CSU en ligne avec les engagements pris dans le cadre de l'Agenda 2030 pour le développement durable. L'OMS et la Banque mondiale ont intensifié leur soutien aux gouvernements africains pour les aider à instaurer des systèmes de financement et des politiques de santé qui renforcent l'accessibilité [39]. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Banque mondiale, pour guider les réformes de financement de la santé, recommandent une meilleure allocation et utilisation des ressources pour maximiser l'impact sur la santé de la population. Cela passe par la mise en place de mécanismes d'achat stratégique des services de santé, afin de garantir un meilleur rapport coût-efficacité. Les achats stratégiques en santé consistent à acheter des services de santé les plus nécessaires et les plus efficaces, en utilisant les ressources disponibles pour maximiser les résultats en matière de santé. [40], [41]

Des pays comme le Rwanda ont progressé dans le domaine de la santé en adoptant l'approche des achats stratégiques, qui contribue à la réalisation des objectifs de couverture sanitaire universelle. Ils peuvent, en outre, améliorer la gestion en garantissant que les ressources sont utilisées efficacement, en fournissant des incitations financières ciblées en fonction des besoins prioritaires, pour atteindre des résultats importants [42].

Les achats stratégiques des soins de santé présentent des avantages considérables en termes d'efficacité et d'amélioration des systèmes de santé tels que l'augmentation de la transparence et de redevabilité, amélioration de l'équité et de l'accès aux soins grâce à une allocation basée sur des données probantes et promotion de l'efficacité des ressources et alignement avec les besoins de santé publique. Mais, ils ne sont pas sans poser de problèmes particulièrement dans les pays à faibles ressources. Leur mise en œuvre est complexe et nécessite de réformes institutionnelles et juridiques importantes et donc des efforts administratifs et une coordination importants. Les achats stratégiques peuvent être limités également dans des environnements de vulnérabilité de transparence dans l'allocation des ressources la complexité du processus [40].

L'efficacité des politiques de santé publique ne dépend pas uniquement de leur pertinence et des ressources allouées. Un facteur souvent sous-estimé, mais fondamental, est l'influence du contexte dans lequel ces interventions sont déployées.

1.3 Facteurs contextuels et efficacité de mise en œuvre des interventions

Le contexte renvoie à l'environnement plus large dans lequel une intervention est mise en œuvre. Il comprend des facteurs tels que les caractéristiques géographiques, les facteurs sociaux, culturels et économiques.

Selon Jean-Pierre Olivier de Sardan, le contexte doit être vu comme un élément dynamique qui interagit avec l'intervention elle-même. Chaque intervention doit donc être adaptée à la réalité locale pour être efficace[43], [44].

Dans de nombreuses sociétés africaines, la maladie est perçue à travers un prisme holistique, mêlant explications biomédicales et croyances spirituelles ou mystiques. Selon les travaux de Jean-Pierre Olivier de Sardan [45], les représentations sociales de la maladie influencent fortement les parcours de soins, où les patients privilégient souvent des traitements traditionnels avant de recourir aux services de santé modernes. Ainsi, la perception culturelle de la maladie et son impact sur l'adoption des soins modernes sont-ils à considérer.

Un autre facteur socioculturel clé est la dynamique des rapports de genre. Dans de nombreuses sociétés patriarcales d'Afrique subsaharienne, la prise de décision concernant la santé des femmes et des enfants est souvent entre les mains des hommes. Cette dépendance décisionnelle peut retarder voire empêcher l'accès aux soins, en particulier si le mari ou la famille considère les soins médicaux comme inutiles ou trop coûteux. Les croyances et tabous

autour de la maternité et de l'accouchement et la méfiance vis-à-vis du système de santé et des soignants influencent le recours aux soins de santé maternels et infantiles.

De nombreuses études mettent en lumière la prise en compte du contexte et des facteurs contextuels essentiels à la réussite de la mise en œuvre des interventions, notamment dans les pays à faibles et moyens revenus. Les facteurs économiques, sociaux, politiques et culturels influencent de manière significative l'acceptation, l'efficacité et la durabilité des programmes de santé et des politiques publiques. Les chercheurs soulignent en outre la nécessité de développer des approches flexibles et adaptatives, qui permettent d'ajuster les interventions en fonction des spécificités locales, pour maximiser leur impact.

Dans ce contexte, le Tchad à l'instar des pays africains a entrepris des réformes visant à développer des stratégies d'inclusion des communautés dans la gestion du système de santé et de financement de la santé dans une perspective d'atteinte de la couverture sanitaire universelle. Ces réformes visent à assurer, à un coût abordable, l'accès de plus grand nombre de population à des soins et services essentiels de qualité. Ces réformes politiques ont permis la mise en place d'une stratégie de santé communautaire et des mécanismes d'exemption des frais de soins.

La santé communautaire au Tchad a connu une évolution successive tant dans son encadrement institutionnel que dans sa mise en œuvre. L'opérationnalisation en cours de la stratégie nationale de la CSU a permis de formaliser une nouvelle vision à l'horizon 2030, après une analyse critique des expériences de plus de trente ans. Les différentes politiques adoptées mettent l'accent sur la participation au financement et à la gestion des services de santé sans préciser véritablement les stratégies et les modalités de leur opérationnalisation (rapport analyse situationnelle SANTECOM). Bien que la santé communautaire soit présentée comme une solution participative et locale pour améliorer la santé des populations, elle est souvent compromise par des politiques centralisées et l'insuffisance des financements mobilisés [46].

Les financements publics de la santé sont constitués principalement des crédits et des subventions alloués au ministère de la santé et au service de santé des armées. Les partenaires internationaux canalisent leurs financements sous forme d'aide budgétaire ou directement au ministère de la Santé. Même si au regard du budget général de l'Etat, la part de ce secteur a

progressé de 2018 à 2022, allant de 4,61 % à 8,18 %¹ avant de redescendre en 2024 à 7,99 %. Nous sommes donc loin du seuil minimum des 15 % préconisés par les Chefs d'Etat et de Gouvernements dans la Déclaration d'Abuja en 2001.

Le Budget de l'Etat exécuté en 2022 est 1 203 milliards de FCFA. Les dépenses courantes de santé pour l'année 2022 sont évaluées à 462,4 milliards de FCFA. Les dépenses des ménages, du gouvernement, du reste du monde, des entreprises et des organisations nationales sont estimées respectivement à 269 milliards, 102,9 milliards, 86,5 milliards et 3,8 milliards de FCFA. Ceci représente en termes de proportion 58 %, 22 %, 19 % et 1 % des dépenses de santé. Le gouvernement a alloué, en 2022, 5 895,18 FCFA par habitant contre 2 629 de FCFA en 2018. Tandis que les dépenses des ménages par habitant en 2022 est 15 403,04 FCFA contre 11 893 de FCFA en 2018, bien loin des 86 dollars US admis pour permettre aux pays de progresser vers la Couverture Sanitaire Universelle. Les CNS 2022 renseignent que les dépenses courantes représentent 98 % et celles d'investissement 2 %. Il faut noter que les dépenses de santé au Tchad en 2022 représentent 5,29 % du PIB.

I.2 PROBLEMATIQUE

Des progrès remarquables ont été réalisés dans l'amélioration de la couverture sanitaire et l'accessibilité géographique en Afrique subsaharienne. Des inégalités d'accès aux soins demeurent et l'accessibilité aux services de santé reste limitée, notamment pour les personnes vulnérables et les personnes vivant en zone rurale. L'accès aux services de santé est toujours confronté à une série de contraintes multidimensionnelles, notamment socioculturelles et économiques.

Le système de santé tchadien est confronté à de nombreux défis structurels et contextuels qui limitent son efficacité et entravent l'accès équitable aux soins pour l'ensemble de la population. Le Tchad fait partie des pays où la mortalité maternelle et infantile est particulièrement élevée. En 2014, le pays affichait un taux de mortalité maternelle et infantile respectivement de 860 décès pour 100 000 naissances vivantes et 72 enfants pour 1

¹ Ministère des finances et du budget, 2022

000 naissances vivantes. Une femme en âge de procréer sur 20 risque de mourir lors de l'accouchement. Le taux d'utilisation des services de santé est très faible loin des objectifs de la politique nationale de développement sanitaire et de l'OMS. De 0,26 nouveaux cas par habitant par an en 2017, il a augmenté à 0,35 en 2018 puis a diminué à 0,23 en 2019 (MSP/SIS, 2017, 2018, 2019). Ces problématiques s'inscrivent dans un cadre plus large de difficultés rencontrées par de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, notamment une mauvaise organisation des services et une insuffisance de financement.

2.1 Inégalités d'accès aux soins et obstacles structurels

L'accessibilité aux soins au Tchad demeure marquée par des disparités géographiques et socio-économiques. Les populations rurales, les femmes et les minorités ethniques sont les plus touchées par ces inégalités. Les coûts indirects, notamment les distances à parcourir et l'absence de structures de soins dans certaines régions, constituent des barrières majeures à l'accès aux services de santé. En conséquence, de nombreuses personnes renoncent aux soins, augmentant ainsi le risque de complications et de mortalité évitable. Les acteurs communautaires particulièrement les Comités de Santé (COSAN) et les Agents de Santé Communautaires (ASC) jouent un rôle crucial dans la prestation des soins primaires et la sensibilisation des populations, en particulier dans les zones rurales. Cependant, leur efficacité est compromise par l'insuffisance de vision de la politique de santé communautaire. De plus, la participation des communautés aux décisions de santé reste insuffisante, limitant l'adhésion et l'appropriation locale des programmes de santé.

2.2 Faiblesse des financements

En 2022, la part du budget consacrée à la santé était de 7,99 %, bien en deçà du seuil recommandé par la Déclaration d'Abuja en 2001. Les financements proviennent principalement des ménages (58 % des dépenses de santé en 2022 contre 64,4 % en 2018) (comptes nationaux de santé 2018 et 2022), ce qui reflète une faible prise en charge publique et expose les populations à des risques financiers considérables. Par ailleurs, une part importante des financements repose sur l'aide internationale, ce qui soulève des questions de durabilité et d'indépendance du système de santé.

Le Tchad s'est engagé depuis 2012 dans la mise en place d'une politique d'amélioration de l'accès aux soins à travers une stratégie d'exemption. Le financement de la gratuité des soins

d'urgence instaurée en 2009 a été revu en baisse, suite à la réduction du budget de la santé due à la crise économique et financière. Actuellement, ce financement ne représente que 20 % de son niveau de 2013 et s'est focalisé seulement sur la gratuité des soins en faveur des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes. Il a également engagé en 2019 une réforme du financement de la santé qui a permis la mise en place d'une assurance santé en prélude à une Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Toutefois, la mise en œuvre de ces stratégies reste confrontée à plusieurs défis, notamment le manque de financements publics, l'insuffisance des mécanismes de régulation et la faiblesse de la gouvernance du secteur de la santé. Le retard dans la mise en œuvre de la CSU a pour conséquence le maintien de plusieurs systèmes d'achat de service qui ne facilitent pas l'accès de la population aux soins de santé.

Le Tchad a mené, depuis 2011, plusieurs expériences pilotes d'achats de soins dans le cadre du financement basé sur des résultats (FBR). Les évaluations internes menées révèlent que l'articulation de cette approche avec les autres mécanismes de financement de la santé (mutuelles de santé, gratuité des soins, etc.) demeure un challenge à relever [47]. Le financement basé sur les résultats (FBR) présente une approche prometteuse pour aligner les incitations financières sur les résultats souhaités. Sa mise en œuvre se heurte à plusieurs défis qui peuvent nuire à son efficacité en raison d'une base de preuves limitée concernant sa rentabilité [48]. Ces défis incluent des problèmes liés au suivi et à la vérification, à la complexité de la mesure des résultats et à la durabilité des modèles de financement. Son adoption comme stratégie de financement du système de santé tchadien n'est pas clairement inscrite dans l'agenda du gouvernement probablement pour les raisons cités ci-haut.

I.3 OBJECTIFS

L'objectif de cette recherche est d'évaluer les effets de cette intervention collaborative sur l'utilisation des services de santé. Il s'agira de manière plus spécifique de :

- Démontrer le rôle déterminant des achats stratégiques de soins et des communautés dans l'amélioration de l'utilisation de soins maternels et infantiles ;
- Comprendre comment une action mise en œuvre dans des contextes socio-économiques et culturels similaires, a donné des résultats contrastés.

Cette thèse est organisée en quatre chapitres. Le premier chapitre comporte deux parties. Il présente l'approche théorique et les politiques d'accessibilité aux services de santé.

Un bref aperçu des théories de l'accessibilité est d'abord présenté et ensuite sont présentés les politiques d'amélioration de l'accessibilité aux services de santé.

Le deuxième chapitre présente le cadre général de la recherche et les méthodes. Dans un premier temps, seront présentés le cadre de l'étude, le système de santé, les politiques d'amélioration d'accès aux services de santé du Tchad. Ensuite, seront détaillées les méthodes utilisées pour réaliser notre recherche.

Le troisième chapitre de cette thèse présente nos résultats. Nous présenterons, tout d'abord, l'article publié, qui évalue les effets de l'intervention. Puis, nous présenterons l'article publié qui cherche à comprendre pourquoi et comment une même intervention a produit des effets hétérogènes.

Le quatrième chapitre fait un état des discussions de nos résultats empiriques. La première partie est consacrée à la synthèse, la seconde aux limites de la méthodologie et la troisième à une analyse réflexive sur la réalisation de la thèse et ses défis.

Enfin, une conclusion générale clôturera cette recherche.

Chapitre I APPROCHES THEORIQUES ET POLITIQUES D'ACCESSIBILITE AUX SERVICES DE SANTE

L'accessibilité aux soins est un concept qui a donné lieu à une multitude de définitions ou d'interprétations qui renvoient à l'utilisation du système de santé. L'accès aux soins de santé reste alors une notion complexe, comme en témoignent les différentes interprétations du concept selon les auteurs.

Plusieurs travaux ont proposé une conceptualisation de l'accès aux soins décrivant les grandes dimensions et les déterminants qui permettent l'opérationnalisation de l'accès aux soins de santé tout au long du processus d'obtention de soins.

I.1 CONCEPTS DE L'ACCESSIBILITE AUX SERVICES DE SANTE

Plusieurs concepts et conceptions sont mobilisés par les chercheurs en santé publique, pour aborder les questions théoriques et les politiques d'amélioration de l'accès et la qualité des soins des santé en Afrique subsaharienne. Les concepts mobilisés qui seront passés en revue sont : i) la disponibilité ; ii) l'accessibilité ; iii) l'utilisation.

1.1 La disponibilité

La disponibilité des services de santé est appréhendée par la présence d'infrastructures de santé, de ressources humaines qualifiées, d'équipements médicaux et de médicaments essentiels permettant de fournir des soins de qualité (OMS, 2015). Selon les travaux de Levesque [49], la disponibilité des soins englobe plusieurs dimensions : l'accessibilité géographique, la capacité financière, la disponibilité des infrastructures et des professionnels de santé, ainsi que l'acceptabilité culturelle des services proposés (Levesque et al., 2013). C'est un concept multidimensionnel qui se réfère à la capacité d'un système de santé à fournir des soins accessibles, efficaces et équitables à l'ensemble de la population.

Les principaux modèles d'accès aux soins identifient généralement plusieurs dimensions interdépendantes : l'offre de soins, l'accessibilité, l'adaptabilité, l'acceptabilité et la capacité financière des patients à supporter les coûts des soins [50]. Ces dimensions exercent une influence directement sur l'efficacité et l'équité de l'offre des soins.

Cependant, plusieurs limites entravent la disponibilité des soins, notamment dans les zones rurales et les pays en développement. Les disparités, aussi bien des ressources matérielles et humaines engendrent des inégalités d'accès aux soins. Ces défis nécessitent une approche

intégrée combinant politiques publiques, financements adéquats et innovations organisationnelles pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé à l'échelle mondiale.

1.2 L'accessibilité

L'accessibilité des services de santé désigne l'ensemble des conditions qui permettent aux individus d'obtenir les soins dont ils ont besoin en fonction de leurs caractéristiques personnelles et des ressources disponibles dans le système de santé (Gulliford et al., 2002). Dans le cadre des soins de santé, selon Levesque, l'accès est défini comme l'accès à un service, à un prestataire ou à une institution. Il le définit aussi comme l'opportunité par laquelle les consommateurs ou les communautés sont en mesure d'utiliser des services appropriés relativement à leurs besoins. Plusieurs auteurs considèrent que l'accessibilité est appréciée par la capacité d'utilisation des services. Elle est influencée par des facteurs liés aux populations et au système de santé ou comme un ensemble de dimensions spécifiques qui caractérisent l'adéquation entre le patient et le système de santé. L'utilisation des services de santé, quant à elle, se réfère à la consommation effective de ces services par une population donnée, ce qui dépend non seulement de leur accessibilité mais aussi des besoins de santé perçus. Il y va de même des préférences des individus et de facteurs structurels tels que la disponibilité des professionnels de santé [51].

L'étude de l'accès aux soins de santé a donné lieu à plusieurs cadres théoriques qui aident à comprendre les divers facteurs influençant la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services de santé.

1.3 L'utilisation

L'utilisation des soins de santé fait référence à la mesure dans laquelle les individus accèdent aux services de santé et les utilisent, y compris les services de prévention, de diagnostic et de traitement.

L'utilisation des soins de santé est influencée de facteurs individuels, structurels et environnementaux. Le modèle comportemental d'Andersen en matière d'utilisation des services de santé, largement utilisé, classe ces facteurs en facteurs prédisposants, habilitants voire en facteurs de besoin.

Jean-Frédéric Lévesque a introduit le cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé, qui met l'accent sur l'interaction entre les systèmes de santé et les capacités de la population à accéder aux soins de santé. Le cadre comprend cinq dimensions de l'accès (accessibilité, acceptabilité, disponibilité, abordabilité et adéquation) et cinq capacités correspondantes de la population. Les Facteurs prédisposants sont les caractéristiques démographiques, par exemple, l'âge, le sexe, l'éducation [52] et les croyances en matière de santé qui prédisposent les individus à recourir aux services de santé. Les facteurs habilitants déterminent si les individus peuvent accéder aux services de santé.

Plusieurs facteurs favorisent l'utilisation des soins de santé en éliminant les obstacles et en encourageant les personnes à rechercher et à utiliser les services de santé. Il s'agit des perceptions à l'égard des services de santé, l'accessibilité physique des établissements de santé et la qualité des soins.

Malgré les facteurs favorables, plusieurs obstacles peuvent dissuader les personnes à recourir aux services de santé. Il s'agit des facteurs comme les faibles revenus et la mauvaise qualité des services entraînant des disparités en termes d'accès et de résultats.

I.2 CADRES THEORIQUES DE L'ACCESSIBILITE AUX SERVICES DE SANTE

Plusieurs cadres théoriques ont été proposés pour analyser les différents facteurs qui influencent l'accessibilité et l'utilisation des services de santé. Les plus reconnus pour leur pertinence dans l'étude des déterminants de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé sont ceux de Andersen, de Thaddeus & Maine, de Gabrysch & Campbell, de Penchansky & Thomas, de McIntyre et al. et de Levesque et coll. Le tableau ci-dessous récapitule les principales dimensions ainsi que les forces et faiblesses de chacun des cadres.

Tableau comparatif des cadres théoriques

Cadres théoriques	Auteur(s) Année	Dimensions principales	Forces	Limites
Théorie écologique	Bronfenbrenner, U. (1979)	Microsystème, mésosystème, exosystème, macrosystème	Approche holistique intégrant différents niveaux d'influence	Peut-être complexe à appliquer dans des études quantitatives

Cadre d'équité en santé	McIntyre et al. (1981)	Accès équitable horizontal et vertical, barrières sociales et économiques	Approche centrée sur l'équité et les populations vulnérables	Abstraction importante, difficile à opérationnaliser
Modèle des barrières à l'accès	Penchansky, R. et Thomas, J. W. (1981)	Disponibilité, accessibilité géographique, acceptabilité, capacité financière, adaptabilité	Approche pratique pour identifier les obstacles spécifiques	Ne tient pas toujours compte des interactions systémiques
Approche des capacités	Sen, A. (1985)	Liberté d'accès et d'utilisation des services, capacités réelles	Centré sur les droits humains et les inégalités structurelles	Difficulté à opérationnaliser dans des études quantitatives
Modèle des trois retards	Thaddeus et Maine (1994)	Retard à la décision, retard à l'accès physique, retard à la prestation	Spécifique à la santé maternelle et contexte de faibles ressources	Limitation aux soins obstétricaux ; descriptif plutôt qu'opérationnel
Modèle comportemental d'accès	Ronald M. Andersen (1995)	Facteurs prédisposants, habilitants, besoins perçus et réels	Vision systémique des interactions entre individu et système de santé	Peu adapté aux contextes à faibles ressources et aux dimensions culturelles
Cadre des déterminants	OMS (2008)	Conditions matérielles, facteurs	En phase avec les approches	Manque de précision pour guider les

sociaux de la santé (OMS)		sociopolitiques, accès aux ressources	globales de la santé publique	interventions locales
Approche des 5 A	Peters et al. (2008)	Accessibilité géographique, disponibilité, acceptabilité, affordability, adaptabilité	Approche complète pour évaluer l'accès aux soins	Nécessite des données détaillées et spécifiques
Cadre adapté de Gabrysch et Campbell	Gabrysch et Campbell (2009)	Accessibilité géographique, acceptabilité culturelle et sociale, qualité des soins	Approche holistique, enrichie par des dimensions culturelles et qualitatives, base empirique solide	Nécessite parfois une adaptation pour les populations non maternelles
Cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé de Levesque	Levesque Jean-Frederic (2013)	Perception des besoins Recherche des soins Atteinte des soins Utiliser les soins Obtention des soins adéquats	Approche dynamique et intégrative du parcours de soins	Complexité de quantification, moins centré sur les politiques de santé

Ces cadres théoriques peuvent être regroupés en i) les modèles centrés sur la levée des barrières financières ; ii) Les modèles centrés sur le renforcement du système de santé local ; iii) les modèles sur la motivation du personnel et des usagers ; iv) les modèles agissants centrés

sur les déterminants de la santé. Certains abordent l'accès aux soins de manière multidimensionnelle.

Gabrysch et Campbell [53] dont le modèle est une extension de celui de Thaddeus et Maine, se sont concentrés sur les pays à revenu faible et intermédiaire où la prestation en établissement n'est pas universelle. Leur modèle, qui aide à comprendre les divers facteurs influençant l'utilisation des services de santé, met l'accent sur quatre dimensions : (1) les facteurs socioculturels, (2) les besoins perçus d'assistance qualifiée, (3) l'accessibilité économique et (4) l'accessibilité physique.

Ils considèrent que les facteurs socioculturels, la perception qu'une assistance qualifiée bénéficierait à la mère et au nouveau-né, influencent principalement la prise de décision de rechercher des soins, plutôt que d'affecter l'accès des femmes à un établissement. L'accessibilité économique fait référence à la relation entre la capacité financière de la famille et les coûts de livraison d'un établissement, y compris les coûts de transport. Tout en affectant directement la capacité d'une femme à atteindre une structure sanitaire pour accoucher, des coûts élevés affecteraient une décision d'accouchement en première intention dans une structure sanitaire.

L'accessibilité physique, comme l'accessibilité économique, affecte la décision de rechercher et d'atteindre des soins indirectement ou directement selon Gabrysch et Campbell. Plusieurs études incluant le lieu parmi leurs variables trouvent un grand avantage pour les femmes urbaines par rapport aux femmes rurales, et davantage pour celles qui vivent dans les grandes villes ou dans la capitale. L'éloignement des services de santé, associés à l'état des routes et aux coûts de transport, constitue un frein à la recherche des soins en première intention et un obstacle majeur à l'accès aux soins une fois la décision prise de les consulter.

Ainsi, le choix du cadre de Gabrysch et Campbell pour cette thèse se justifie par sa base empirique solide développée à partir des études de terrain. Il combine les atouts du cadre de Thaddeus et Maine et des autres cadres, et permet d'ajouter des dimensions mesurables et opérationnelles pour analyser les déterminants de l'accès et l'utilisation des services de santé. Contrairement à certains cadres plus généraux, le modèle de Gabrysch et Campbell intègre à la fois une approche complète, contextualisée et une meilleure explication des comportements au recours aux soins. Il intègre des dimensions culturelles, sociales et géographiques qui sont des facteurs dominants dans le contexte de l'Afrique subsaharienne. En outre, le cadre de

Gabrysch et Campbell se distingue, parmi ces approches, par son adaptabilité et sa spécificité, en particulier lorsqu'il s'agit d'évaluer l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle dans les contextes à faibles ressources.

D'autres travaux, au Burkina Faso [54], [55] des contextes similaires, ont également utilisé ce cadre. Il représente donc un choix stratégique et adapté dans le contexte de l'étude pour évaluer et améliorer l'accessibilité aux soins de santé.

I.3 POLITIQUES D'EXEMPTION DES FRAIS DE SOINS ET ACHATS STRATEGIQUES DE SOINS

Depuis les années 2000, plusieurs pays africains ont introduit des politiques d'exemption et de réduction des frais de soins dans le but d'améliorer l'accès aux soins pour certaines catégories de la population. Ces initiatives, adoptées dans un contexte où les paiements directs pour les soins de santé constituaient un obstacle majeur pour les plus pauvres, représentent un pas important vers l'amélioration de l'accès aux soins de santé.

Bien que ces politiques visent à améliorer l'équité, des inégalités subsistent. Les populations rurales, éloignées des centres de soins, sont souvent les plus touchées. Les problèmes de transport, de l'insécurité et le manque de professionnels de santé dans des zones de conflits renforcent davantage ces inégalités.

Ces politiques sont aussi confrontées à un sous-financement des systèmes de santé. De nombreux pays africains dépendent de l'aide internationale pour financer ces programmes, ce qui rend leur pérennité incertaine. Dans certains pays, les politiques d'exemption des frais ont souffert de problèmes de gouvernance, notamment le manque de transparence et la mauvaise gestion des ressources. L'OMS, pour améliorer l'accessibilité aux services de santé dans les pays à faibles revenus, met l'accent sur des renforcements des soins de santé primaires, l'élimination des barrières financières et le développement des systèmes de protection sociale. Or, les défis liés au financement, à la qualité des services, et aux inégalités régionales restent importants, et nécessitent donc des réformes continues, ainsi que des engagements politiques importants.

Les engagements des pays en faveur de la Couverture Santé Universelle (CSU), renforcés par la Déclaration d'Astana en 2018 [56], sont une réponse collective pour garantir à tous l'accès aux services de santé essentiels sans difficulté financière. Dans cette perspective, l'OMS encourage, depuis quelques années, les pays à développer des stratégies de mobilisation des ressources pérennes et à harmoniser les stratégies d'achats des soins.

Les achats stratégiques en matière de santé font l'objet d'attentions croissantes dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé des pays africains. Ils sont considérés comme des transferts de fonds aux prestataires de santé, préalablement sélectionnés, pour répondre à des besoins des services prioritaires sur la base de données probantes. Ils ont permis à certains pays de progresser vers les objectifs du secteur de la santé tout en améliorant l'efficacité, l'équité, la transparence, et la responsabilité.

Il existe cependant parmi les praticiens non seulement une insuffisance de clarté conceptuelle, mais aussi et surtout une confusion autour du concept d'achats stratégiques de soins.

Une étude narrative a révélé des cas d'amélioration de l'accès aux services à la suite de la mise en œuvre des achats stratégiques avec, certes, peu d'exemples qui fonctionnent bien dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Des défis structurels des systèmes de santé, comme la fragmentation des mécanismes de financement de la santé, la faiblesse de gouvernance et l'insuffisance de capacité institutionnelle, ont été identifiés comme des obstacles à une adoption plus large des approches d'achat stratégique dans les pays africains. Une autre étude a examiné les achats stratégiques de produits de santé au Nigeria [57] et a mis en évidence des améliorations au niveau des trois actions, mais qui ne se sont pas traduites par des changements au niveau du système, en raison du faible montant des fonds qui transitent par ces actions et du niveau élevé de fragmentation du financement de la santé.

Le financement basé sur les résultats, un autre mécanisme de paiement, a proliféré dans les secteurs de la santé des pays à revenu faible et moyen, en particulier les pays fragiles et touchés par un conflit, et a été présenté comme un moyen de réformer et de renforcer les achats stratégiques.

Une étude [58] dans trois pays fragiles et post-conflit (Nigéria, RCA et RDC) a examiné les effets de plusieurs programmes de financement basé sur le résultat sur les fonctions d'achat de soins de santé et a révélé que le financement basé sur le résultat a été une source de revenus indispensables au niveau des soins primaires avec amélioration des relations contractuelles pour certains prestataires, du système de paiement et de la qualité des données. Cependant, peu de changements en ce qui concerne les autres fonctions des achats stratégiques avec une influence limitée sur les principaux intrants et programmes de prestation de services.

Elisabeth Paul, Garrett W. Brown et Valéry Ridde [59] se sont préoccupés de la tendance à fusionner de plus en plus les achats stratégiques au concept de financement basé sur les résultats en créant une confusion dans leurs propriétés distinctives et les orientations

politiques respectives. Ils proposent, dans une synthèse de note d'orientation, une évolution de l'approche FBR vers une approche d'achat stratégique des services de santé dans le but de garantir l'efficacité, la qualité et l'équité de l'accès aux soins de santé.

L'OMS a formulé plusieurs recommandations pour guider les gouvernements et les décideurs dans la mise en œuvre des achats stratégiques, en particulier dans les pays à faibles et moyens revenus. Ces recommandations visent à optimiser l'impact des achats stratégiques en améliorant l'accès, la qualité et l'efficacité des services de santé, tout en garantissant une meilleure gouvernance, transparence, et participation des communautés. Le succès des achats stratégiques repose sur la capacité des pays à mettre en place des structures robustes pour évaluer, négocier et surveiller les prestations de soins, tout en priorisant les populations les plus vulnérables. Le chapitre suivant présente le cadre général de l'étude.

I.4 APPROCHES COLLABORATIVES

Les approches collaboratives entre les communautés et les prestataires de soins sont devenues depuis plusieurs décennies une stratégie essentielle dans l'amélioration des systèmes de santé en Afrique subsaharienne. La récente Déclaration d'Astana place les communautés au cœur des systèmes de santé et recommande que les soins de santé primaires doivent être conçus pour refléter les besoins, les priorités et les valeurs des communautés.

La collaboration entre les prestataires de soins de santé et les Agents de Santé Communautaires (ASC), que nous considérons dans cette étude comme représentant les communautés, est sujette à d'énormes défis. Il s'agit notamment du renforcement des capacités des ASC, de leur intégration dans le système de santé et leur rémunération [60].

L'absence des stratégies et de financement pérenne en matière de santé communautaire crée une instabilité dans les programmes d'ASC et constitue une contrainte majeure dans le renforcement de leurs capacités. De nombreux agents communautaires ne reçoivent pas une formation suffisante, ce qui impacte leurs capacités à fournir des prestations de qualité et à collaborer efficacement avec les prestataires de santé. Opérant au sein de la communauté et disposant une grande compréhension des besoins sanitaires locaux [59] [60], les ASC sont dépourvus pour la plupart des liens formels avec les systèmes de santé. Cela entraîne potentiellement des difficultés en matière de collaboration et de communication avec les prestataires de santé [63].

L'absence d'une définition assez claire des rôles et responsabilités des agents de santé communautaires [64], d'une politique de rémunération équitable et des opportunités d'avancement professionnelle constituent de contraintes dans l'amélioration des prestations des ASC.

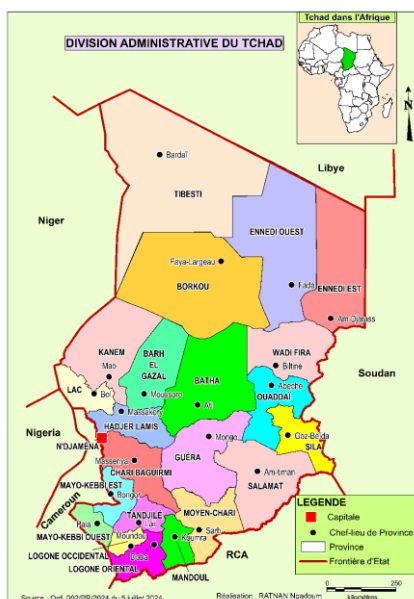
Malgré ces défis, l'intégration des agents de santé communautaires, dotés des compétences essentielles [65], peut améliorer de manière significative la prestation des soins de santé, en particulier dans les zones mal desservies, en améliorant l'accès et l'efficacité. Cependant, l'optimisation de cette collaboration nécessite de relever les défis liés à l'encadrement, à la rémunération et à l'intégration des acteurs communautaires [66]. Des efforts coordonnés et un fort leadership du système officiel sont nécessaires pour aligner les programmes de santé communautaires sur les politiques nationales afin de garantir la durabilité.

Chapitre II CADRE GENERAL DE LA RECHERCHE

II.1 CONTEXTE DE LA RECHERCHE

L'étude s'est déroulée au Tchad dans la province du Logone occidental. Le Tchad (Fig. 4), un état continental situé entre les 8^e et 14^e degré de latitude Nord et les 14^e et 24^e degré de longitude Est, couvre une superficie de 1284000 km². Il compte en 2021 17305108 habitants, dont 3,4 % de population nomade. Depuis son indépendance en 1960, il connaît une instabilité politique avec de changement de régimes non démocratiques. La dernière, en avril 2021, a vu son président tué lors des combats avec des forces rebelles dans des circonstances encore non élucidées. Les impacts du changement climatique, notamment l'accélération de la désertification et l'assèchement du lac Tchad et l'instabilité régionale met le Tchad dans une situation socio-économique et humanitaire difficile. Le pays accueille en 2018 environ 600000 réfugiés en provenance du Soudan, de la République centrafricaine, du Cameroun, du Nigéria et du Niger.

Figure 1: Carte du Tchad



Devenu pays producteur de pétrole en 2003, le Tchad se trouve fortement dépendant de cette ressource. Le PIB pétrolier représente sur la période 2003-2009 en moyenne 36 % du PIB, contre 21 % pour les secteurs d’agriculture et de l’élevage, 13 % pour le commerce et 29 % pour l’ensemble des autres secteurs [67]. L’environnement économique a été marqué, en 2014, par la chute du prix du baril de pétrole et l’insécurité imputable au terrorisme dans le bassin du Lac Tchad. En effet, les recettes publiques, y compris les dons, ont atteint leur plus haut niveau en 2012 avec 1 596,15 milliards de FCFA, avant de connaître une baisse graduelle et vertigineuse jusqu’à 716,65 milliards de FCFA en 2016.

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques

Indicateurs	Tchad
Population en 2024	18 675 547
Superficie	1 284 000 Km ²
PIB par habitant (en dollar US)	685,7
Incidence de la pauvreté	42,3 %
Espérance de vie	53 ans
Indice de développement humain	0,3
Taux brut de scolarisation	72,5 %
Taux d’accès à l’eau potable	62,7 %

Taux d'accès à l'énergie	8 %
--------------------------	-----

Source : EDS-MICS 2014-2015, MICS6 2019, ECOSIT 2018

En dépit de la mise en œuvre de différentes stratégies de développement, le Tchad reste l'un des pays les plus pauvres au monde. Il est classé, selon l'Indice de Développement Humain (IDH), au 189^e rang sur 191 en 2022 [68]. Les deux tiers de la population vivent donc en dessous du seuil de pauvreté, selon les mêmes sources.

Bien que le Tchad ait fait des progrès en matière de réduction de la pauvreté, avec une baisse du taux national de pauvreté de 55 % à 46 % entre 2003 et 2011, le nombre des pauvres est passé de 4,7 millions en 2011 à environ 6,5 millions en 2019. En 2018, 42,3 % de la population vivait en dessous du seuil national de pauvreté.

Le contexte du Tchad se caractérise encore par une superposition des crises structurelles exacerbées par des chocs climatiques, épidémiologiques, et surtout par l'arrivée massive et soudaine des réfugiés et retournés, qui fuient les affres de la guerre au Soudan depuis avril 2023. Ces situations perturbent gravement la fourniture des services sociaux essentiels, surtout à l'Est, compromettant ainsi les efforts de développement [69]. Le système de santé tchadien souffre de nombreux problèmes structurels qui affectent son efficacité.

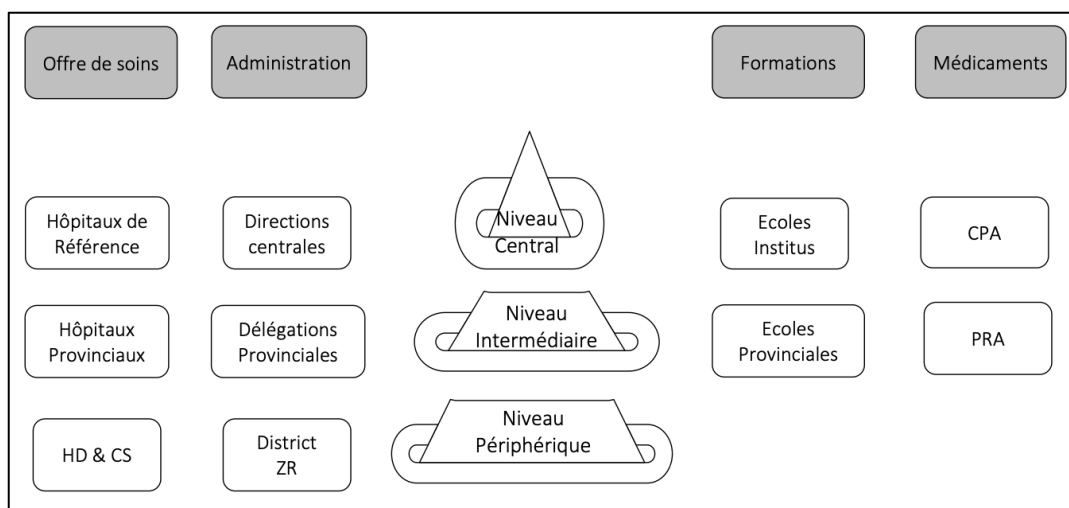
1.1 Système de santé

Cadre institutionnel

Le système de santé du Tchad, reposant sur le développement de district sanitaire comme la plupart des pays africains au sud du Sahara, est organisé sous forme pyramidale à trois (3) niveaux (Fig. 1) correspondant à des responsabilités et des prestations hiérarchisées.

Un niveau central comprenant les administrations centrales, les institutions et les formations sanitaires de références nationales. Un autre niveau provincial intermédiaire comprenant les services d'administration, les pharmacies d'approvisionnement, les instituts de formations et les établissements hospitaliers publics et privés. Un dernier niveau périphérique complète la pyramide avec les hôpitaux de district, les centres de santé et les organes de participation communautaire.

Figure 2: Pyramide sanitaire du Tchad



inspiré du PNDS4, 2022

Le système de santé du Tchad est un des plus faibles et moins performants du monde malgré les réformes engagées ces dernières années en matière de Couverture Santé Universelle (CSU). On note une couverture sanitaire insuffisante due à un accès difficile à de nombreuses zones, à l'insuffisance de personnel qualifié et à la faiblesse de la part du budget d'État alloué à la santé. Le tableau ci-dessous synthétise les principaux indicateurs de santé.

Tableau 2: principaux indicateurs de santé

Indicateurs	Tchad
Indice synthétique de fécondité	6,4
Taux de fécondité chez les adolescentes de 15-19 ans (pour 1000)	138
% Femmes de 20-24 ans qui ont une naissance vivante avant 18 ans	44,3
Nombre des hôpitaux nationaux	4
Nombre des hôpitaux provinciaux	23
Nombre d'hôpitaux de district	98
Nombre de Centre de santé	1 915
Ratio Médecin/habitants	1/18710
Ratio Infirmier/habitants	1/5 709
Ratio Sage-femme/femmes en âge de procréer	1/5 957
Nombre de consultation par habitant et par an	0,23

% Accouchement effectué dans un établissement de santé	27,2
Taux de mortalité néonatale (décès pour 1000 naissances)	33
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	76
Taux de mortalité maternelle (100 000 naissances vivantes)	860

Source : EDS-MICS 2014-2015, MICS6 2019, MSPP-DSIS 2019, PNDS4 2022

Défis majeurs

Le XIXe siècle voit se profiler de nombreux nouveaux défis sanitaires à une époque de transition démographique, épidémiologique et technologique rapide, menaçant la sécurité sanitaire de tous. En Afrique notamment, malgré les nombreuses réformes, les systèmes de santé demeurent moins performants et fragiles en raison des problématiques d'organisation, de l'insuffisance des ressources humaines et des ressources financières [70], [71].

Le système de santé du Tchad est confronté à de nombreux défis qui entravent sa capacité à fournir des soins de santé adéquats. Les maladies infectieuses, le paludisme demeure la principale cause de mortalité, suivi par le VIH/SIDA et la tuberculose. Une projection du VIH/SIDA en 2022, montre une prévalence estimée à 1.0 % [0.8 - 1.3] dans la population générale. Selon le sexe, cette prévalence reste élevée chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (1.3 %) contre (0.8 %) chez les hommes du même groupe d'âge. Une baisse progressive de la prévalence chez les 15-49 ans depuis 2010 passant de 1.5 % à 1.0 % en 2022 (PSNCM_ VIH-HB-IST-TB_2024).

En 2021, une analyse plus détaillée des données de routine par DS a montré une incidence moyenne annuelle du paludisme de 85,42 pour 1000, avec des extrêmes allant de 0,24 cas/1000 dans le DS de Kouba-Olanga à 684 cas/1000 dans le DS de Moïssala (PSNLP, 2023). Ces maladies, en raison de leur prévalence élevée, exercent une pression considérable sur les infrastructures de santé pendant que les maladies non transmissibles telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires et le diabète deviennent de plus en plus une charge croissante. Au Tchad, l'OMS a estimé en 2014 la prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 ans et plus était de 33,1 % pour les hommes et de 34,2 % pour les femmes. La prévalence du diabète était estimée en 2021 à 5,8 pour 100 000 avec près de 90 % de diabète de type 2. Selon la dernière estimation du GLOBOCAN (CIRC) en 2020, le Tchad a enregistré 8575 nouveaux cas de cancer et 6083 décès. Le Registre Populationnel du Cancer de

N'Djamena, créé en octobre 2021 et couvre le capital avec une population d'environ 1 709 782 habitants, a enregistré, 1173 nouveaux cas en 2022. Les cancers les plus fréquents étaient le cancer de la prostate (32,4 %), le cancer du foie (15,1 %), le cancer du sein. (12,0 %), le cancer du col de l'utérus (10,3 %), le lymphome non hodgkinien (6,5 %), le cancer de l'estomac (5,4 %). Chez les hommes, la prostate est la malignité la plus fréquemment diagnostiquée suivie du foie. Par contre, chez les femmes, le sein et le col de l'utérus sont les tumeurs malignes les plus fréquemment diagnostiquées suivies du foie.

Le système de santé est souvent débordé par la demande de soins pour ces maladies et manque cruellement de moyens pour prévenir leur propagation.

Les ressources humaines en santé : le Tchad manque cruellement de personnel de santé qualifié. Il compte un médecin pour 18.710 habitants, un infirmier pour 5 709 habitants et une sage-femme pour 5.957 femmes en âge de procréer. Des ratios nettement inférieurs à la norme recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ce qui compromet la qualité des soins de santé.

Le financement des soins de santé au Tchad repose principalement sur les fonds publics, mais les ressources allouées au secteur sont insuffisantes. Le pays dépend également de l'aide internationale pour financer une grande partie de son système de santé. Les ressources publiques allouées au financement du système de santé sont très insuffisantes. Le budget de la santé, en 2024, s'élève à 124 968 517 milliards FCFA représentant 7,99 % du budget général de l'Etat. Il était de 79 536 476 milliards en 2023, bien loin des engagements des Etats africains à Abuja d'allouer 15 % de leur budget général au secteur de la santé. En 2022, les dépenses totales de santé par habitant sont d'environ 26 905,15 FCFA (\$45) pendant que les dépenses courantes du gouvernement représentaient 5 895,18 FCFA (\$10), loin des 5 % du PIB fixé par recommandé par l'OMS pour l'atteindre les objectifs de développement durable pour les pays à faible revenu. Les dépenses courantes des ménages à la même période représentent 58 % contre 64,4 % en 2018 des dépenses totales en santé, ce qui signifie que les dépenses de santé sont largement payées directement par les patients.

1.2 Politiques d'accès aux soins

Quarante ans après la déclaration d'Alma-Ata, la déclaration d'Astana priorise à nouveau le renforcement des soins de santé primaires pour une couverture de santé universelle.

L'accès à des soins de santé universelle est devenu l'une des priorités de l'agenda mondial de la santé. Cette importance croissante a suscité un regain d'intérêt pour le rôle des politiques dans le processus de réforme de la santé [72], [73]. Malgré les efforts considérables déployés pour parvenir à une Couverture Sanitaire Universelle (CSU), les progrès ont été lents dans de nombreux pays d'Afrique et d'Asie [74].

Au cours des deux dernières décennies, la région africaine a progressé vers la réalisation de la CSU même si seuls 18 pays sur les 47 ont effectué des cadrages et élaboré des feuilles de route spécifiques définissant les mesures prioritaires à prendre pour l'atteinte de la CSU [75]. Dans l'ensemble, la couverture des services de santé essentiels s'est nettement améliorée pour atteindre 46 % en 2019, contre 24 % en 2000. Les progrès les plus importants, selon l'OMS, ont été accomplis dans le domaine de la prévention et du traitement des maladies infectieuses. À cinq ans de l'échéance de 2030, selon l'OMS, les États africains sont toujours confrontés à des difficultés pour définir, chiffrer, financer, mettre en œuvre et contrôler la fourniture des services de santé essentiels. L'atteinte de la couverture sanitaire universelle reste, en grande partie, liée à l'importance accordée à la santé dans les priorités politiques [76].

Le Tchad a instauré depuis 2007 une politique d'exemption des frais de soins et a élaboré dans les années 2010 une feuille de route, qui lui a permis de mettre en place une stratégie de Couverture Sanitaire Universelle.

Exemption de paiement des frais des soins et leur pérennité

Il est admis unanimement aujourd'hui que l'exemption des frais d'utilisation a eu des effets généralement positifs sur l'utilisation des services de santé.

Le Tchad a mis en œuvre depuis 2007 une politique d'exemption du paiement des soins afin de rendre les services de santé plus accessibles et ainsi réduire la mortalité maternelle et infantile. Cette exemption du paiement consacrée, dans un premier temps aux soins d'urgence, a été étendue en 2012 à un large paquet d'activités préventives et curatives en faveur des groupes vulnérables, plus particulièrement la mère et l'enfant.

La soutenabilité financière de cette politique, passée de 800 millions F CFA en 2007 à quelques 5,3 milliards CFA de subventions est compromise en 2016 par la crise économique due à la chute du prix du baril. Plusieurs autres mécanismes d'exemption des frais de soins allant des achats stratégiques aux financements basés sur la performance ont été mis en place dans différentes provinces pour assurer un accès à des populations ciblées [77].

En plus de l'intervention étudiée, le Tchad expérimente depuis 2011 des achats de soins dans le cadre de l'opérationnalisation du financement basé sur les résultats. La première expérience pilote de 18 mois a concerné huit districts de santé dans quatre provinces. La seconde expérience de 2014-2018, élargi à douze districts sanitaires répartis dans cinq provinces, a été écourtée pour une insuffisance de financement. Malgré l'absence d'une évaluation externe, une troisième expérience est lancée depuis mai 2021 dans cinquante-quatre districts répartis dans huit provinces pour un montant de 256,5 millions de Dollars américains (réf. : document de projet). Elle a été élargie en 2024 à quatre nouvelles provinces en plus de huit initialement prévus. Une revue du manuel a été également opérée en juillet 2024 pour améliorer l'adéquation des indicateurs achetés.

L'évaluation interne de la première expérience évoque l'articulation du FBR avec les autres mécanismes de financement de la santé (mutuelles de santé, gratuité des soins, etc.) comme un challenge à relever (réf. : rapport, évaluation). L'adoption de ce mécanisme comme stratégie de financement du système de santé tchadien n'est pas clairement inscrite dans l'agenda du gouvernement malgré les tentatives d'appropriation nationale et de pérennisation à travers le budget de l'Etat.

La priorité actuelle du gouvernement tchadien étant l'opérationnalisation de l'assurance santé (réf. : PND Tchad 2024), il est nécessaire de mettre en œuvre des réformes visant à accentuer l'aspect stratégique de l'achat de services de santé, un des principes communément admis pour accélérer les progrès vers une couverture sanitaire universelle. Malgré cette politique de santé, de nombreuses femmes accouchent encore en dehors des établissements sanitaires sans aucune assistance qualifiée. L'enquête démographique et de Santé à indicateurs multiples par grappes (EDS-MICS) 2014 – 2015, montre que le taux de mortalité maternelle est de 860 pour 100.000 naissances vivantes en 2014. Les derniers chiffres de l'OMS montrent une dégradation établissant à 1063 les décès maternels en 2021. Celui de la mortalité néonatale est resté stationnaire à 33 ‰ naissances vivantes en 2019 contre 34 ‰ en 2014. Le taux de mortalité infantile qui est passé de 102 pour 1000 naissances vivantes en 2004 à 72 pour 1000 en 2014 s'est détérioré en 2019, pour s'établir à 78 pour 1 000. Selon les données de l'enquête EDS-MICS, le taux de couverture en Penta 3 chez les enfants de 0 - 11 mois étaient à 33 % en 2015 et 80,6 % en 2019. Une enquête de couverture vaccinale a été réalisée par le PEV en 2021, mais les résultats ne sont pas encore disponibles. Cependant, les estimations de l'OMS et de l'UNICEF pour la couverture en Penta 3 en 2020 est de 52 %.

Les conclusions de la majorité des études sur l'exemption de paiement des soins, au Burkina, au Kenya et en Zambie, révèlent une perception positive de la politique de gratuité et notent que la politique de gratuité a contribué à améliorer l'accès et l'utilisation des services [34], [78], [79]. Elles soulignent en même temps l'importance des processus de mise en œuvre et l'implication des communautés en tant que partenaires [80], [81], [82].

Plusieurs autres études, plus récentes, ont analysé les effets de l'abolition des frais d'utilisations sur la réduction des inégalités et dans des contextes d'insécurité. Elles montrent que, même dans les zones touchées par le conflit, la politique de gratuité influence de manière significative sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile [83], [84].

Plusieurs autres études révèlent, cependant, une interaction complexe d'avantages et de défis dans différents contextes. Bien que les politiques d'exemption visent à améliorer l'accès aux soins de santé, leur efficacité est souvent compromise par des problèmes de mise en œuvre, des disparités socio-économiques et des résultats variables selon les contextes. Les politiques d'exemption, comme celles du Nigeria, se heurtent à d'importants obstacles, notamment politiques, financiers et organisationnels, ce qui entraîne des résultats inefficaces [85]. Au Ghana, malgré une réduction des paiements directs pour les soins maternels, les ménages les plus aisés en ont bénéficié davantage que les plus pauvres, ce qui indique la nécessité de mieux cibler ces politiques [86].

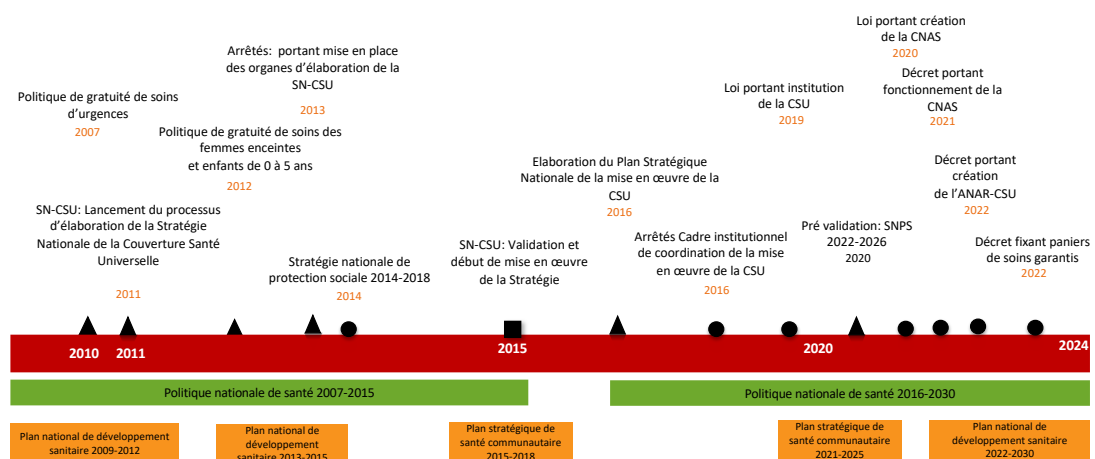
L'Organisation Mondiale de la Santé considère le prépaiement obligatoire comme le système de financement le plus efficace et équitable pour la CSU. Dans de nombreux pays en développement où la majorité de la population travaille dans le secteur informel, des débats cruciaux ont lieu sur les meilleurs mécanismes de financement pour progresser vers la CSU.

Couverture santé universelle au Tchad, où en est-on ?

La couverture sanitaire universelle, selon l'OMS, consiste « à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services de prévention, de soins, de soins palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers »[87]. Le Tchad a développé progressivement sa stratégie de Couverture Santé Universelle (Tab. 3) par la mise en place d'un cadre institutionnel, qui a permis de poser les actes fondamentaux pour le droit à l'accès à des soins de santé de qualité pour tous les Tchadiens. Une agence de régulation a été créée afin de piloter tout le processus. En 2020, la Loi de

création de la Caisse Nationale d'Assurance Santé (CNAS) a marqué la volonté réelle du gouvernement de concrétiser le démarrage effectif d'un processus en cours depuis fort longtemps.

Figure 3: Evolution de la Couverture Santé Universelle au Tchad



Adaptée de Unissahel, 2021

Le dispositif prévoit un système d'assurance santé à trois régimes, dont deux contributifs et un non contributif. Le premier régime couvre les salariés, le second vise l'ensemble des travailleurs indépendants des professions libérales, commerciales, artisanales, et celles relevant de l'agriculture. Le troisième régime est une assistance médicale qui couvre les personnes économiquement démunies ; il est financé essentiellement par l'impôt. Un projet pilote d'expérimentation du troisième régime dans trois districts sanitaires démarrera en 2025, dans une perspective d'opérationnalisation graduelle de l'assurance maladie. Une enquête d'identification des personnes économiquement démunies a démarré en juin 2024. Cela permettra donc d'anticiper les lacunes éventuelles et de procéder aux ajustements nécessaires avant l'extension dans un contexte où n'existe aucune véritable expérience assurantielle. Les récents développements des mutuelles, encore dans un état embryonnaire, sont limités dans quelques provinces dépourvues de tout encadrement juridique. Une stratégie de financement de la santé est en cours d'élaboration. Une analyse approfondie de la situation du financement

de la santé a été réalisée à cet effet. La section suivante présente la description de l'intervention.

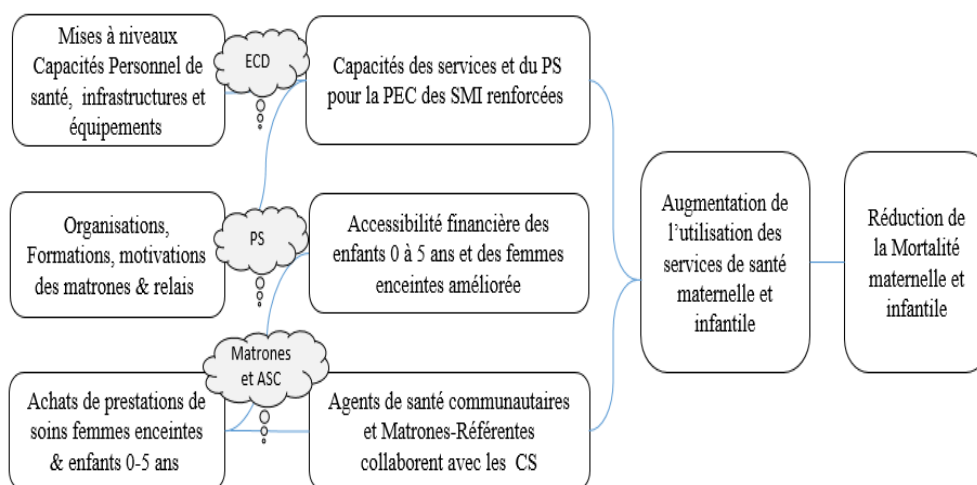
1.3 Description de l'intervention

Le Tchad, à l'instar de la plupart des pays africains, a adopté une politique d'exemption de paiement des soins dans le but d'améliorer la santé des populations. Ainsi, une intervention complexe d'exemption totale de paiement des frais de soins, de renforcement du système de santé avec l'implication des communautés a été mise en œuvre de 2017 à 2019. Cette intervention a été mise en œuvre par le Bureau d'Appui Santé et Environnement (BASE), une organisation non gouvernementale nationale. Elle a concerné 18 centres de santé de trois districts sanitaires ruraux (Bénoye, Beinamar et Laoukassy) sur les quatre que compte la province du Logone Occidental. L'intervention repose sur trois composantes : (i) une amélioration de l'offre de soins, (ii) une exemption totale du paiement des consultations prénatales, des accouchements institutionnels et des consultations pédiatriques et (iii) un renforcement de la collaboration entre la communauté et le personnel de santé [88].

Les prestataires des 18 centres de santé de l'intervention ont été formés aux soins obstétricaux de base et à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Les infrastructures et les équipements essentiels des 18 centres de santé ont été mis à niveau pour atteindre les standards fixés par le ministère de la Santé [89]. Des infirmiers mobiles, recrutés dans le cadre de l'intervention, ont effectué périodiquement des soins préventifs et curatifs dans des sites avancés² afin de rapprocher les services de soins aux populations enclavées. La figure 1 résume la théorie des changements attendus par cette intervention.

² Locaux construits et gérés par les communautés dans les zones d'accès difficiles

Figure 4: Théorie des changements attendus par cette intervention



ECD : équipe cadre de district ; PS : personnel de santé ; PEC : prise en charge ; SMI : soin maternel et infantile

L'exemption mise en place consistait à l'achat des prestations de soins au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans. Le paiement est effectué trimestriellement après vérification du nombre des bénéficiaires pris en charge conformément aux normes de prescription et du nombre des femmes accompagnées pour accoucher dans les centres de santé contractualisés préalablement.

Le forfait négocié a été fixé à 600 francs CFA (0,91 euro) pour une consultation curative d'un enfant de moins de 5 ans (consultation pédiatrique), 600 francs CFA pour la troisième consultation prénatale (CPN), 300 francs CFA (0,45 euro) pour la quatrième consultation prénatale (CPN4) et 1000 francs CFA (1,52 euro) pour un accouchement assisté par un personnel qualifié. Ces forfaits comprennent les actes et les médicaments. Des matrones-référentes³ qui incitent et orientent les femmes enceintes à effectuer leurs consultations prénatales et leurs accouchements dans les centres de santé reçoivent une prime de 2000 francs CFA (3,04 euros) pour chaque femme orientée vers un centre de santé pour y accoucher, sous réserve qu'elle ait effectué au moins quatre CPN. Cette indemnité est réduite à 1000 francs CFA (1,52 euro) si la femme a effectué moins de quatre CPN.

³ Accoucheuse traditionnelle ayant abandonné les accouchements à domicile et qui collabore avec le CS

La collaboration entre la communauté et les prestataires est centrée sur des activités de promotion à l'utilisation des services de santé, principalement les soins maternels et infantiles. Dans le cadre de l'intervention, un dispositif structuré de contrôle de la qualité des données de routine a été mis en place afin de renforcer le système local d'information sanitaire. Ce mécanisme visait à assurer la fiabilité des données utilisées pour le suivi des effets du projet et pour la prise de décision par les autorités sanitaires locales.

Des missions trimestrielles de vérification et de renforcement de capacités ont été organisées dans les 36 centres de santé (18 centres d'intervention et 18 centres témoins), conformément au protocole de suivi défini (Sylla et al., 2024). Les équipes de vérification étaient composées de membres du service de planification et des statistiques sanitaires, de l'assistant technique du projet, du gestionnaire formateur, ainsi que des chefs de zones des districts concernés. Lors de chaque mission, les registres de soins curatifs, de consultations prénatales, d'accouchements, de consultations postnatales et de planification familiale étaient systématiquement analysés pour vérifier la qualité du remplissage et du rapportage de douze indicateurs traceurs. Une comparaison entre les données rapportées de façon routinière et les données collectées lors des missions permettait d'évaluer la fiabilité des informations. Un outil Excel paramétré automatisait l'évaluation des écarts : vert si l'écart était inférieur à 5 %, jaune entre 5 % et 10 %, et rouge au-delà de 10 % (Ghalavand et al., 2024 ; Tlouyamma & Mokwena, 2024). Ce processus rigoureux a permis la constitution d'une base de données fiable, avec une concordance moyenne supérieure à 95 % entre les sources dans les structures appuyées comme dans les structures témoins. Ce renforcement du système d'information sanitaire représentait un levier majeur de la qualité des données utilisées pour le pilotage et l'évaluation de l'intervention.

II.2 METHODES

Cette section décrit la stratégie adoptée dans cette recherche, à savoir le devis, les méthodes de collecte, la conception des outils de collecte, la stratégie d'analyse, les limites et les principes éthiques.

2.1 Devis de la recherche

Une méthode mixte combinant des analyses quantitatives et qualitative pour analyser l'efficacité d'une politique publique de santé.

Nous avons utilisé pour la première étude (article 1), une approche quasi expérimentale des séries chronologiques interrompues [90], [91], [92], pour évaluer l'effet de l'intervention. Les séries chronologiques interrompues (ITS) sont une méthode quasi-expérimentale flexible utilisées de plus en plus dans les évaluations des effets des interventions. Bien que souvent considérés comme moins rigoureux que les expériences randomisées, les modèles quasi-expérimentaux, peuvent les compléter ou les remplacer efficacement dans certaines circonstances [93]. Cette flexibilité est cruciale dans les situations où les essais contrôlés randomisés ne sont pas réalisables. Plusieurs travaux soulèvent les questions de validité interne et externe des méthodes quasi-expérimentales. Les séries chronologiques interrompues (ITS) atténuent, cependant, certaines de ces menaces en observant des tendances avant et après l'intervention, mais restent sensibles aux variations temporelles indépendantes de l'intervention [91]. La disponibilité de plusieurs points de temps dans les périodes de pré-intervention et de post-intervention, l'inclusion des groupes témoin et l'absence de différences significatives entre le groupe à l'étude et le groupe témoins améliore la robustesse des conclusions causales [94], [95]. Les ITS permettent d'utiliser un processus itératif pour comparer chaque élément du groupe contrôle séparément avec le groupe d'intervention pour identifier une comparaison (James Lopez Bernal 2016). L'intervention étudiée répond aux critères d'utilisation des ITS.

A l'issue de la première étude, l'évaluation de l'intervention a révélé d'importantes disparités d'effets tant au sein d'un même district qu'entre les districts. Ainsi, nous avons utilisé un devis d'étude des cas multiples contrastés (article 2), qui permet une compréhension riche et holistique des phénomènes socialement complexes [96] afin de comprendre pourquoi et comment une même intervention a produit des résultats contrastés.

2.2 Sélection et échantillonnage

La première étude a été conduite dans 36 centres de santé, répartis équitablement entre 18 centres d'intervention et 18 centres témoins. Les 18 centres d'intervention répartis dans trois districts, ayant des résultats divers en matière d'accouchements et de consultations pédiatriques, ont été choisis par le ministère pour améliorer l'utilisation des services de santé maternelle et infantiles. Dix-huit (18) autres centres de santé sans intervention ont été sélectionnés pour constituer un groupe contrôle. Ainsi 36 centres de santé au total ont été sélectionnés pour évaluer les effets de cette intervention sur l'utilisation des services de santé.

Les critères de comparaison sont les consultations pédiatriques et les accouchements dans les centres de santé.

Les 18 centres de santé d'intervention étudiés sont semblables aux 18 centres de santé contrôle sur le critère consultation pédiatrique avant l'intervention. En revanche, ils ne sont pas semblables sur le critère accouchement. Mais par un processus itératif nous avons comparé chaque élément du groupe contrôle avec le groupe d'intervention pour identifier une comparaison. Il a été ainsi déterminé 6 centres de santé contrôle comparables aux 18 centres d'intervention et incorporé dans le modèle final d'analyse. En plus, il a été vérifié la différenciation claire de la période pré-intervention et post-intervention, une autre exigence du design pour analyser l'effet.

Dans le cadre de cette thèse, les données ont été collectées sur une période de trois ans et demi, de janvier 2016 à juin 2019. Ce laps de temps a permis de recueillir des informations détaillées concernant les pratiques de santé dans divers contextes, en s'appuyant sur des méthodes rigoureuses pour assurer la représentativité de l'échantillon.

Cette répartition est cruciale pour comparer les effets de l'intervention sur les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ciblés. Les critères de sélection des participants étaient basés sur deux groupes spécifiques : les femmes enceintes ayant bénéficié d'accouchements assistés et les enfants de moins de 5 ans se rendant aux consultations pédiatriques. Ce ciblage permet d'explorer des questions de santé publique pertinentes et d'évaluer les effets de l'intervention sur ces groupes vulnérables.

La détermination de la taille minimale de l'effet qui peut être détectée avec cet échantillon dépend du nombre de points de données dans la série de données, à la fois avant et après l'introduction du changement de politique.

Dans la seconde étude, pour des raisons temporelles et financières, seuls les contrastes des centres de santé de Bao, de Biramanda, de Tchaouen et de Tapol ont été étudiés. Ils ont été sélectionnés à partir d'une analyse visuelle des tendances des données de séries chronologiques de juillet 2016 à juin 2019 de l'ensemble des centres de santé des deux districts.

Les groupes sociaux, à dominance chrétienne, agriculteurs avec de petit élevage sont similaires dans les quatre centres de santé. L'observation des graphiques générés à travers de séries chronologiques interrompues montre, après juillet 2017, date de début de l'intervention, des

tendances de couverture des consultations des enfants de moins de cinq ans et des accouchements contrastés. Pour chaque variable, deux centres de santé avec des effets contrastés ont été sélectionnés.

La sélection des mères d'enfants de moins de cinq ans et des femmes accouchées a été effectuée à partir des registres dans les centres de santé. Les utilisatrices de juin 2019 ont été sélectionnées et identifiées avec l'aide des agents de santé communautaire (ASC) et des matrones. Tous les personnels soignants et les agents de santé communautaires (comité de santé, Matrones et relais) des quatre centres de santé ont été interrogés.

2.3 Collecte et analyse des données qualitatives supplémentaires

Cette section décrit les méthodes de collecte, le processus d'élaboration des outils de collecte de données utilisés ainsi que la stratégie d'analyse.

Collecte des données et outils

En complément du dispositif mis en place dans le cadre de l'intervention, une vérification indépendante des données a été conduite dans le cadre de cette thèse, afin de garantir la validité des analyses réalisées. Ce contrôle a concerné un échantillon de six centres de santé (trois appartenant au groupe d'intervention et trois au groupe contrôle) avant (18 mois) et après (24 mois) le début de la mise en œuvre de l'intervention. La vérification a consisté à croiser les données issues des registres physiques des centres, les rapports mensuels envoyés à la délégation sanitaire, et les rapports de contrôle qualité disponibles. Aucune discordance majeure n'a été observée entre ces différentes sources, ce qui confirme la cohérence et la fiabilité des données exploitées pour les analyses statistiques. Ce processus de triangulation a permis de valider l'utilisation des données de routine dans une optique de recherche évaluative.

La collecte des données qualitatives a été menée entre le 21 février et le 17 mars 2021 afin d'explorer en profondeur les mécanismes sous-jacents expliquant les résultats contrastés de l'intervention. Pour ce faire, des entretiens semi-directifs ont été conduits auprès d'un échantillon raisonné et contrasté d'acteurs, comprenant les infirmiers responsables des centres de santé, les sage-femmes, les aides-soignants, les agents de santé communautaire, les membres des comités de santé, les femmes enceintes et les mères d'enfants de moins de

cinq ans. Le principe de diversification des profils a guidé la constitution des groupes, en veillant à ne pas mélanger des catégories aux rôles et rapports différents au sein du système de santé, afin d'éviter les biais de domination ou d'autocensure dans les échanges. Ainsi, les focus groupes ont été constitués par catégorie homogène (ex. femmes utilisatrices, agents communautaires, comités de santé) afin de favoriser la liberté de parole et l'expression collective d'expériences partagées.

La présence d'un nombre relativement équivalent d'entretiens individuels (n = 26) et de groupes de discussion (n = 22) résulte d'un choix méthodologique volontaire, visant à équilibrer la profondeur individuelle de certains récits sensibles (notamment ceux des femmes) et la richesse des dynamiques collectives issues des groupes. Ce dispositif mixte a permis une triangulation interne, en croisant les récits personnels et les discours collectifs autour des mêmes thèmes. Un guide d'entretien a été élaboré à partir du cadre conceptuel de Gabrysch et Campbell, assurant ainsi la cohérence des thématiques abordées et leur pertinence analytique. Afin de garantir une meilleure accessibilité et des réponses nuancées, ce guide a été traduit dans la langue locale.

Un processus d'analyse en temps réel a été mis en place : les données collectées ont été examinées quotidiennement, et des échanges réguliers entre le chercheur principal et ses assistants ont permis d'ajuster progressivement la démarche de collecte. Cette flexibilité a contribué à renforcer la qualité des données recueillies et leur adéquation aux objectifs de l'étude.

Stratégie d'analyse

Une analyse descriptive des critères de jugement avant et après l'intervention a été réalisée, accompagnée d'une visualisation graphique des points de mesure mensuels afin d'illustrer les tendances temporelles et d'explorer d'éventuelles ruptures structurelles. L'ensemble des données a d'abord été saisi dans un fichier Excel pour permettre un traitement préliminaire et des statistiques descriptives, avant d'être exporté sur le logiciel STATA SE version 15 pour une analyse plus approfondie des séries chronologiques. La régression segmentée a été employée afin d'estimer l'effet de l'intervention en tenant compte des changements de niveau et de pente à la suite de cette dernière. Cette méthode est couramment utilisée dans les études d'évaluation d'interventions en santé publique, permettant d'isoler un effet propre à l'intervention tout en contrôlant les tendances temporelles antérieures. Cependant, une

difficulté majeure a été dans la présence de tendances de base différentes entre les groupes d'intervention et de contrôle sur le critère accouchement, pouvant biaiser l'estimation de l'effet réel. Pour atténuer ce biais, une approche itérative a été mise en place, où chaque centre de santé contrôle a été comparé individuellement aux centres d'intervention. Cette technique a permis d'assurer une sélection rigoureuse des groupes de comparaison, en conservant uniquement les groupes dont les valeurs p sont supérieures à un seuil statistique prédéfini et inclus dans le modèle d'analyse finale [90].

Les données des entretiens individuels approfondis et des focus groups collectées ont été transcrites et dépersonnalisées avant l'analyse. La version gratuite du logiciel QDA Miner Lite (Qualitative data analysis) a été utilisée. Ce type de logiciel est reconnu pour faciliter l'organisation et la gestion des données qualitatives [97].

Une initiation à la version gratuite du logiciel QDA Miner à la codification a été nécessaire pour entamer la phase de codification proprement dite. L'un des assistants de collecte, spécialisé en recherche qualitative, par ailleurs collègue travaillant sur le programme de recherche UNISSAHEL, maîtrisant ce logiciel a facilité cette initiation complétée par une lecture de plusieurs tutoriels. un codage systématique a été effectué sur la base des codes préalablement définis ainsi que ceux identifiés lors de la relecture afin d'appréhender la signification des données. Une initiation à la codification, complétée par la consultation de tutoriels, a été nécessaire.

La méthode de codification adoptée s'est appuyée sur l'élaboration d'une grille de codification comprenant des codes, des sous-catégories et des catégories inspirés des trois dimensions du cadre théorique choisi. Cette démarche est conforme aux recommandations méthodologiques des travaux en analyse qualitative, qui préconisent une structuration préalable des codes en lien avec les objectifs de recherche pour garantir une rigueur analytique [98], [99]. Les 261 pages de données transcrites ont été lues et relues de manière itérative, une étape essentielle pour immerger dans les données et identifier les thèmes émergents, une pratique validée par des études sur l'analyse qualitative [100]. Le codage a suivi une approche systématique, intégrant à la fois les codes préalablement définis à partir du cadre théorique et ceux identifiés au cours de la relecture des données, une méthode recommandée pour appréhender à la fois les dimensions théoriques et émergentes des données qualitatives [101]. Une fois les données codées, une revue des segments a été effectuée pour vérifier la cohérence et l'adéquation des codes attribués. Ensuite, les segments mal codés ont été

corrigés, comme le soulignent les bonnes pratiques d'assurance qualité dans l'analyse qualitative. Le double codage, reconnu comme une pratique pour réduire les biais individuels et garantir une interprétation plus rigoureuse des données [102] n'a pas été réalisé. Une exportation des segments codés vers Excel a permis une analyse systématique des données à l'intérieur des cas et entre les cas, une technique reconnue pour renforcer l'organisation des résultats analytiques et faciliter les comparaisons croisées entre les données.

2.4 Considération éthique

Un accord du comité national bioéthique (numéro 131) et un consentement écrit pour les entretiens avec le personnel de santé ont été obtenus. Une lettre d'introduction aux établissements a été également obtenue des autorités sanitaires pour mener les études.

Le chercheur a obtenu le consentement des acteurs communautaires interrogés en fournissant, pour celles instruites, un formulaire de consentement joint aux questionnaires et aux guides. Dans le formulaire de consentement, elles avaient eu le droit de refuser ou de se retirer de la participation à l'étude dont le but et le niveau de confidentialité ont été expliqués. Pour les acteurs communautaires non alphabétisés, un consentement verbal a été obtenu. Les informations obtenues auprès des interviewés ont été anonymisées et conservées avec la plus grande confidentialité en ne divulguant pas les informations pendant et après l'étude.

Chapitre III RESULTATS

Cette partie présente les résultats de nos travaux qui ont fait l'objet de publication.

III.1 IMPLICATION DES COMMUNAUTES DANS LES POLITIQUES D'ACCES AUX SERVICES DE SANTE

Le Tchad a mis en œuvre depuis 2007 une politique d'exemption du paiement des soins afin de rendre les services de santé maternelle et infantile plus accessibles et ainsi réduire la mortalité maternelle et infantile. A cet effet, une intervention de renforcement des soins de santé et d'exemption du paiement des frais a été mise en œuvre de 2016 à 2019.

La présente étude vise à évaluer les effets de cette intervention en considérant le rôle déterminant des achats stratégiques de soins et des communautés dans l'amélioration de l'utilisation de soins maternels et infantiles.

Article 1 : Amélioration de l'offre et de la demande de soins de santé maternelle et infantile au Tchad : une étude quasi expérimentale

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 69 (2021) 193–203



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Amélioration de l'offre et de la demande de soins de santé maternelle et infantile au Tchad : une étude quasi-expérimentale



Improving provision of mother-and-child care in Chad at the community level: A quasi-experimental study

D. Manoufi^{a,*}, W.C. Kabore^d, C.N. Yahannon^e, A. Dumont^a, V. Ridde^a

^a CEPED (UMR 196), SAGESUD ERL Inserm, Institut de recherche pour le développement, Université de Paris, Paris, France

^b École doctorale Pierre Louis de santé publique, Université Sorbonne Paris Cité, Paris, France

^c Bureau d'appui santé et environnement, N'Djamena, Tchad

^d Institut de recherche en science de la santé (IRSS), Ouagadougou, Burkina Faso

^e Observatoire économique et statistique d'Afrique Subsaharienne, Bamako, Mali

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 30 juin 2020

Accepté le 8 avril 2021

Disponible sur Internet le 21 mai 2021

Mots clés :

Santé maternelle et infantile

Santé communautaire

Exemption de paiement

Évaluation des effets

Séries chronologique interrompues

Tchad

RÉSUMÉ

Position du problème. – Le Tchad figure parmi les pays où la mortalité maternelle et infantile est la plus élevée du monde. Une intervention visant l'amélioration de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile a été mise en œuvre de 2016 à 2019 dans trois districts sanitaires ruraux au Sud du Tchad, avec une importante collaboration des communautés, pour améliorer la santé des mères et des enfants en renforçant l'offre et la demande de soins de manière concomitante. L'objectif de cette étude est d'évaluer les effets de cette intervention sur l'utilisation des services de santé.

Méthodes. – Des analyses de séries chronologiques interrompues avec groupe contrôle ont été utilisées pour mesurer les effets de l'intervention selon une approche quasi-expérimentale. Les données mensuelles de fréquentation ont été collectées à partir des registres de 18 centres de santé ayant participé à l'intervention et de 18 centres sans intervention extérieure (groupe contrôle), avant (18 mois) et après (24 mois) le début de la mise en œuvre de l'intervention.

Résultats. – En moyenne, il y a eu 10,98 consultations pédiatriques (IC à 95 % : 6,57–15,39, $p < 0,001$) et 0,68 accouchements (IC à 95 % : 0,42–0,95, $p < 0,001$) supplémentaires chaque mois dans le groupe d'intervention comparé à l'évolution dans le groupe contrôle. L'implication des communautés a eu un rôle déterminant dans cette évolution.

Conclusion. – Au cours des 24 mois de mise en œuvre, l'intervention a permis d'accroître significativement l'utilisation des services de santé essentiels à la santé des mères et des enfants au Tchad. Cette étude met en évidence les avantages d'un fort partenariat avec les communautés formées et impliquées dans le système de santé pour promouvoir la couverture santé universelle.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Background. – Chad is among the countries with the highest maternal and infant mortality rates in the world. An initiative aimed at improving mother-and-child health services was implemented from 2016 to 2019 in three rural health districts in southern Chad, with strong community input, while concomitantly increasing the supply and demand for care. The objective of this study is to evaluate the effects of this program on health service use.

Methods. – Interrupted time-series analyses with a control group was used to measure the effects of the intervention by applying a quasi-experimental approach. Monthly attendance data were collected from the registries of the 18 health centres that participated in the program and 18 centres that did not participate (control group), before (18 months) and after (24 months) the start of implementation.

Keywords:

Maternal and Child Health

Community health

User fees exemption

Impact evaluation

Interrupted Time series

Chad

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : manoufi@gmail.com (D. Manoufi).

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2021.04.137>

0398-7620/© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Results. – On average, there were 10.98 (95% CI: 6.57–15.39, $P < 0.001$) additional paediatric visits and 0.68 additional deliveries (95% CI: 0.42–0.95, $P < 0.001$) each month in the participation group compared to the control group. Community involvement decisively contributed to the change.

Conclusion. – During the 24 months of implementation, the initiative significantly increased the use of essential mother-and-child health services in Chad. This study highlights the benefits of a strong partnership with communities trained and involved in health system activities, with the objective of achieving universal health coverage.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La mortalité maternelle et infantile constitue l'un des problèmes majeurs en Afrique [1]. Plus de 95 % des décès maternels et infantiles dans le monde surviennent dans 75 pays à faible et moyen revenu où les populations vulnérables en supportent souvent le plus lourd fardeau [2].

Le Tchad a mis en œuvre depuis 2007 une politique d'exemption du paiement des soins afin de rendre les services de santé plus accessibles et ainsi réduire la mortalité maternelle et infantile [3]. Cette exemption du paiement consacrée, dans un premier temps aux soins d'urgence, a été étendue en 2012 à un large paquet d'activités préventives et curatives, avant d'être drastiquement réduite en 2017 à cause de la crise économique [4]. Malgré cette politique, de nombreuses femmes accouchent encore en dehors des établissements de santé sans assistance qualifiée [5].

La mortalité maternelle et infantile au Tchad reste particulièrement élevée par rapport aux autres pays de la sous-région. En 2015, le pays a enregistré 7200 décès pour 100 000 enfants âgés de moins de 5 ans et un taux de mortalité maternelle qui s'élève à 860 décès pour 100 000 naissances vivantes [6]. En 2017, seulement 27,46 % des accouchements ont eu lieu dans un établissement de santé et l'utilisation des services curatifs des enfants âgés de moins de 5 ans était de 0,40 nouvelles consultations par an et par enfant [7].

En vue d'améliorer les indicateurs de recours aux soins dans la province du Logone Occidental au sud du Tchad, une intervention de renforcement des soins de santé et d'exemption totale du paiement des frais [8] a été mise en œuvre de 2016 à 2019 en partenariat avec les communautés. Dans la zone d'intervention, la plupart des accouchements à domicile étaient réalisés par des matrones. Une des stratégies de l'intervention est donc de les impliquer afin d'orienter les femmes vers les centres de santé pour effectuer les consultations prénatales et les accouchements.

Cette intervention a été mise en place dans 18 centres de santé (CS) de trois districts sanitaires ruraux de cette région.

L'étude vise à évaluer les effets de cette intervention, en considérant le rôle déterminant des communautés, dans l'amélioration de l'utilisation des services de santé maternels et infantiles.

2. Méthodologie

2.1. Description de l'intervention

L'intervention a été mise en œuvre par le Bureau d'appui santé et environnement (BASE), organisation non gouvernementale tchadienne, dans trois districts sanitaires (Bénoye, Beinamar et Laoukassy) sur les quatre que compte la province (Annexes 1 et 2).

Le but de cette intervention est d'améliorer la santé des mères et des enfants en renforçant l'offre et la demande de soins de manière concomitante [8]. Elle repose sur trois composantes :

- une exemption totale du paiement des soins à travers un système d'achat afin d'inciter les mères des enfants âgés de

moins de 5 ans, les femmes enceintes et les parturientes à utiliser les services de santé ;

- un renforcement de la collaboration entre la communauté et le personnel de santé ;
- une amélioration de l'offre de soins.

La Fig. 1 résume la théorie des changements attendus par cette intervention.

Le système d'achats mis en place consiste à payer aux prestataires de soins un montant forfaitaire pour la prise en charge gratuite de certains soins au profit des enfants âgés de moins de 5 ans et des femmes enceintes, et à verser une prime aux matrones-référentes¹. Le paiement est effectué trimestriellement après vérification du nombre de bénéficiaires pris en charge conformément aux normes de prescription et du nombre de femmes accompagnées pour accoucher dans les centres de santé contractualisés préalablement.

Le montant forfaitaire s'élève à 600 Francs CFA (0,91 euro) pour une consultation curative d'un enfant âgé de moins de 5 ans (consultation pédiatrique), 600 Francs CFA (0,91 euro) pour la troisième consultation prénatale (CPN), 300 Francs CFA (0,45 euro) pour la quatrième consultation prénatale (CPN) et 1000 Franc CFA (1,52 euro) pour un accouchement dans un centre de santé (ACC). Une matrone-référente reçoit une prime de 2000 Francs CFA (3,04 euros) pour chaque femme orientée vers un centre de santé pour y accoucher sous réserve qu'elle ait effectué au moins quatre CPN. Cette indemnité est diminuée de 1000 Francs CFA (1,52 euro) si la femme a effectué moins de quatre CPN. La collaboration entre la communauté et le personnel de santé a été organisée autour des activités de promotion des soins pédiatriques, des visites prénatales et des accouchements dans les centres de santé. Les matrones-référentes formées ont incité les femmes enceintes à effectuer leurs consultations prénatales et les ont accompagnées à accoucher dans les centres de santé. Les agents de santé communautaires, en plus de la promotion de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile, incitent les femmes et les enfants des zones enclavées à se rendre dans 36 sites de regroupement² où des infirmiers mobiles recrutés dans le cadre de l'intervention effectuent périodiquement des soins préventifs et curatifs en stratégie avancée.

Dix-neuf prestataires des 18 centres de santé participant ont été formés aux soins obstétricaux de base et à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant respectivement pendant cinq et six jours par des formateurs de la délégation sanitaire provinciale. Les infrastructures et les équipements essentiels des 18 centres de santé ont été renforcés pour atteindre les standards fixés par le ministère de la Santé [5].

¹ Accoucheuse traditionnelle formée ayant abandonné les accouchements à domicile et qui collabore avec le CS.

² Locaux construits et gérés par les communautés dans les zones d'accès difficiles afin de les rapprocher des services de soins.

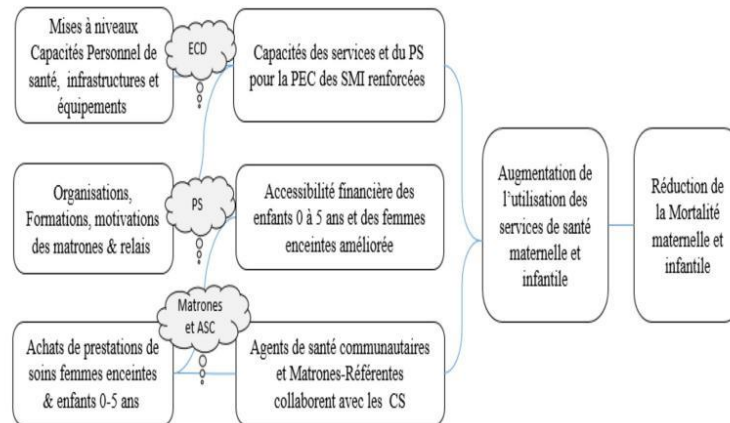


Fig. 1. Théorie des changements attendus par cette intervention. ECD : équipe cadre de district ; PS : personnel de santé ; PEC : prise en charge ; SMI : soin maternel et infantile.

2.2. Schéma de l'étude

Une approche quasi-expérimentale de séries chronologiques interrompues [9–11] a été utilisée pour évaluer l'effet de l'intervention sur les consultations pédiatriques et les accouchements dans les centres de santé par rapport à un groupe contrôle sans intervention.

2.3. Sélection des centres pour l'étude

Trente-six centres de santé ont été sélectionnés parmi les 59 que compte la province du Logone Occidental pour participer à l'étude (Fig. 2). Le Ministère a ciblé 18 centres ruraux répartis dans trois districts ayant des résultats divers en matière d'accouchements et de consultations pédiatriques pour expérimenter un mécanisme d'achat de soins afin de rendre effectif la gratuité de soins. Ces centres de santé couvraient une population de 534 613 habitants, soit 56,7 % de la population totale de la province du Logone Occidental en 2016.

Parmi les 36 centres sélectionnés pour l'étude, 18 centres de santé de l'intervention choisis essentiellement selon l'importance de la population couverte et la fréquentation de ces centres sans que nous ayons été en mesure d'en obtenir une explication détaillée. Les 18 autres centres de santé sans intervention extérieure constituent le groupe contrôle.

Le Tableau 1 présente les caractéristiques des 36 centres de santé inclus dans l'étude en 2016.

2.4. Collecte des données

La période de l'étude est comprise entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2019. Pour chaque centre inclus dans l'étude, une série chronologique de quarante-deux points de mesures mensuelles a été constituée pour les deux principaux critères de jugement : nombre de consultations pédiatriques et nombre d'accouchements (Annexes 3 et 4). Une interruption est placée à 18 mois de la période considérée, en juillet 2017 correspondant au début de l'intervention.

Les données concernant les accouchements et les consultations pédiatriques ont été extraites du système d'information sanitaire. La qualité des données a été assurée par un contrôle régulier des registres des centres de santé et des informations collectées en routine par les soignants. Les données mensuelles étaient

entièrement disponibles pour les 36 centres de santé au cours de la période d'étude.

Les informations relatives aux activités des agents de santé communautaire (ASC) et des matrones-référentes ont été collectées dans les registres tenus par les dix-huit centres de santé du groupe d'intervention pour la période allant du 1^{er} juillet 2017 au 30 juin 2019 (Annexe 5). Ces données montrent la contribution des communautés dans la prise en charge des accouchées et des enfants.

2.5. Analyse

L'effet de l'intervention est mesuré par le changement de niveau et de la pente entre la période pré-intervention (18 mois) et celle après le début de l'intervention (24 mois) dans le groupe d'intervention, en comparaison avec l'évolution dans le groupe contrôle [9].

Une analyse descriptive ainsi qu'une représentation graphique des points de mesure mensuels ont été d'abord réalisées concernant les critères de jugement avant et après le début de l'intervention. Ensuite, le modèle de régression segmentée suivant a été utilisé pour analyser l'effet de l'intervention :

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 \text{temps} + \beta_2 \text{control} + \beta_3 \text{control}^* - \text{temps} + \beta_4 Z + \beta_5 Zt + \beta_6 Zx + \beta_7 Zxt + t$$

Où Y_t représente le nombre moyen mensuel d'observations par centre, les coefficients β_0 à β_3 représentent le niveau de base et l'évolution du critère de jugement avant et après intervention dans le groupe contrôle, β_4 la différence de niveaux entre les deux groupes avant l'intervention, β_5 la différence de pentes entre les deux groupes avant intervention, β_6 la différence de changement de niveaux entre les deux groupes immédiatement après le début de l'intervention, β_7 la différence de changement de pentes entre les deux groupes pour la période d'intervention.

Les données ont été saisies sur un fichier Excel pour des analyses descriptives puis exportées sur le logiciel STATA SE version 15 pour l'analyse des séries chronologiques.

3. Résultats

Avant le début de l'intervention, l'évolution du nombre de consultations pédiatriques était comparable entre les deux groupes. En revanche, pendant la période pré-intervention, les

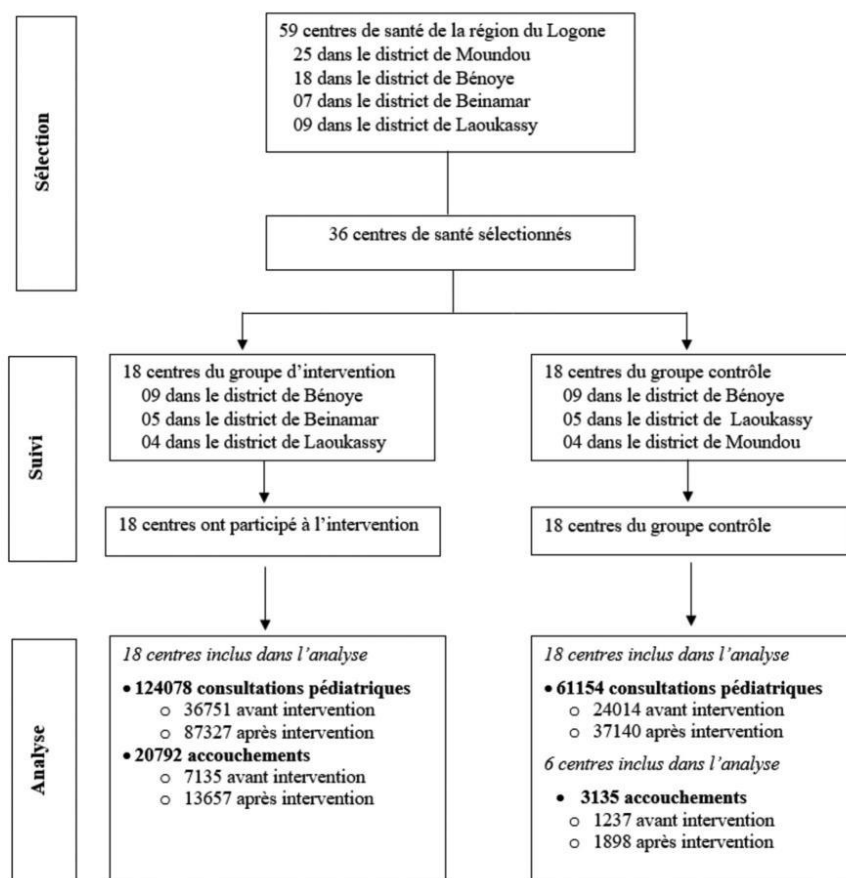


Fig. 2. Diagramme de flux.

tendances pour les accouchements étaient significativement différentes ($\beta_5 = 2,12$; IC95 % [0,18–4,05] ; $p = 0,032$). Au regard de cette différence de tendance, on pourrait penser que les centres d'intervention et les centres contrôles n'étaient pas comparables et

par conséquent, l'estimation de l'effet à long terme de l'intervention ($\beta_7 = 9,76$; IC95 % [5,98–13,54] ; $p < 0,001$) pourrait être biaisée. Pour éviter cet écueil, nous avons donc sélectionné, parmi les centres contrôles, un sous-groupe de centres comparables au

Tableau 1
Caractéristiques des centres de santé d'intervention et contrôle en 2016 inclus dans l'étude.

Caractéristique du centre	Groupe intervention	Groupe contrôle
Contexte géographique		
Rural	18	18
Urbain	0	0
Population desservie		
Moins de 10 000 hab.	2	5
Plus de 10 000 hab.	16	13
Proportion de la population desservie résidant au-delà de 5 km du centre		
Moins de 60 %	1	1
Entre 60 et 80 %	13	16
Plus de 80 %	4	1
Données de consultations pédiatriques et des accouchements institutionnels		
Nombre total de consultations pédiatriques	26 445	16 686
Nombre total d'accouchements institutionnels	4610	2237
Moyenne de consultations pédiatriques	1469	927
Moyenne d'accouchements institutionnels	256	124

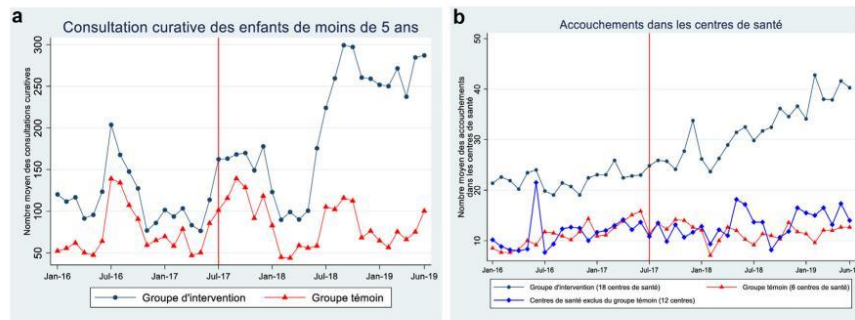


Fig. 3. (a) Evolutions des consultations curatives 0 à 5 ans et (b) des accouchements dans les CS de janv. 2016 à juin 2019.

groupe d'intervention quant au niveau de pente pendant la période pré-intervention. Pour cela, nous avons utilisé un processus itératif dans lequel chacun des 18 centres du groupe contrôle a été comparé séparément avec le groupe d'intervention. Six centres contrôles ont ainsi été sélectionnés et inclus dans le modèle final. Cette méthode permet de limiter le biais de mesure de l'effet de l'intervention lorsque les tendances de base sont différentes entre les groupes [12].

Par rapport au groupe contrôle, les centres d'intervention couvraient en 2016 une population plus importante avec une proportion plus élevée d'habitants vivant au-delà de 5 kilomètres des centres de santé (Tableau 1). Cependant, la fréquentation des centres de santé était plus importante dans les centres d'intervention comparée à celle des centres contrôle.

Les Fig. 3a et b montrent pour le groupe d'intervention, une tendance à la hausse des deux indicateurs après le début de l'intervention, essentiellement après le mois de janvier 2018.

Le nombre mensuel de consultations pédiatriques et d'accouchements dans les formations sanitaires pendant la période précédant l'intervention, en moyenne, plus élevé dans le groupe d'intervention que dans le groupe contrôle, serait probablement dû aux dotations de tous les centres de santé en médicaments fin 2016 et début 2017 dans le cadre de l'ajustement de la politique de la gratuité. Ces différences se sont renforcées au cours de la période post-intervention (Tableau 2).

Les données relatives à la part de l'activité attribuable aux agents de santé communautaire et aux matrones-référentes montrent que plus de la moitié des femmes ayant accouché dans les centres de santé du groupe d'intervention ont été référées par les matrones. En revanche, les consultations des enfants âgés de 0 à 5 ans réalisées en stratégie avancée dans les 36 sites communautaires gérés par les ASC ne représentent que 14 % de toutes les consultations pédiatriques réalisés dans la zone d'intervention.

Le Tableau 3 présente les résultats des deux modèles de régression segmentée permettant de prédire l'évolution du

nombre mensuel de consultations pédiatriques, d'une part, et le nombre d'accouchements mensuels prédisant l'évolution des accouchements dans 18 centres du groupe d'intervention et six centres du groupe contrôle, d'autre part.

L'intervention n'a pas eu un effet immédiat (Fig. 4a) sur le nombre de consultations pédiatriques ($-4,19$ consultations, IC à 95 % : $-64,62$; $56,24$, $p = 0,89$). En revanche, l'augmentation subséquente des consultations pendant toute la période d'intervention a été plus rapide dans le groupe d'intervention que dans le groupe contrôle ($+10,98$ consultations chaque mois ; IC à 95 % : $6,57-15,40$) ; $p < 0,001$).

Le mois suivant le début de l'intervention, le nombre d'accouchements a augmenté (Fig. 4b) par rapport à l'évolution immédiate dans le groupe contrôle ($+3,1$ accouchements ; IC à 95 % : $-0,01-+6,18$, $p < 0,051$). Cet effet s'est maintenu pendant toute la période d'intervention ($+0,68$ accouchement par mois ; IC à 95 % : $0,41-0,945$; $p < 0,001$).

On constate qu'au cours du premier mois suivant le début l'intervention, il y a eu en moyenne trois accouchements supplémentaires dans les centres du groupe d'intervention en comparaison avec l'évolution dans les centres du groupe contrôle ($\beta_6 = 3,09$; IC95 % [$-0,01-6,18$] ; $p = 0,05$).

Cependant, ces effets observés sont très variables. Par exemple, dans le district sanitaire de Bénouye, l'augmentation des consultations pédiatriques a été six fois plus importante dans le centre de santé de Bao que dans celui de Tchaouen. Dans le même centre de Tchaouen, le taux d'accouchements institutionnels est passé de 20 % en juin 2016 à 69 % en juin 2019 alors que le taux de consultations pédiatriques est resté stable, autour de 40 %.

4. Discussion

En s'appuyant sur les séries chronologiques interrompues contrôlées [13], cette étude suggère un effet positif de l'intervention sur l'utilisation de services essentiels pour la santé des mères

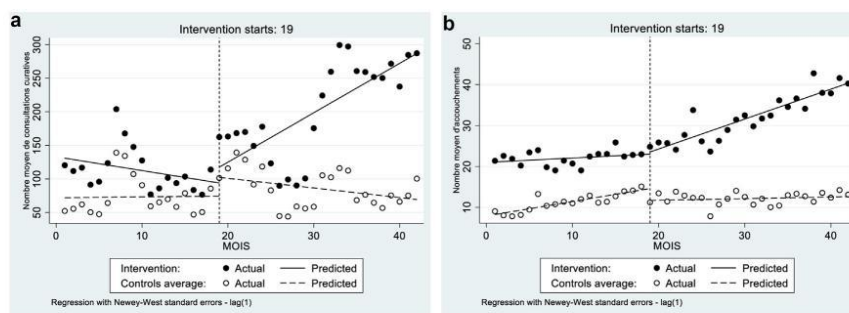
Tableau 2
Consultations curatives enfants de 0 à 5 ans et accouchements, selon les groupes et la période d'étude.

	Moyenne		[IC à 95 %]		Écart-type		Médiane		IQ	
	CCE	ACC	CCE	ACC	CCE	ACC	CCE	ACC	CCE	ACC
Avant intervention										
Intervention	113,4	22,0	105,7-121,1	20,8-23,2	70,4	11,0	97	20	62,5-160,5	14-27,5
Contrôle	73,1	11,4	67,4-78,8	9,7-13,1	51,9	8,8	60	11	42-86,5	7-15
Après intervention										
Intervention	202,1	31,9	190,6-213,6	30,5-33,3	121,1	14,5	173,5	31	113-263,5	22-40
Contrôle	85,7	13,1	79,3-92,2	12,0-14,3	68,2	6,9	67	12	41-104,5	8-17,5

Les données sont présentées par la moyenne, l'écart-type, la médiane et l'intervalle interquartile ; CCE : consultations curatives enfants de 0 à 5 ans réalisés dans les centres de santé et par les agents de santé communautaire dans les sites de stratégie avancée ; ACC : accouchements dans les centres de santé.

Tableau 3Estimations des paramètres du modèle de régression segmentée pour les consultations pédiatriques^a et les accouchements institutionnels^b.

Coefficients	Consultations pédiatriques			Accouchements institutionnels		
	β	Estimation (IC à 95 %)	<i>p</i>	β	Estimation (IC à 95 %)	<i>p</i>
Niveau avant l'intervention						
Différence de niveaux entre les deux groupes	58,93	14,20 ; 103,65	0,01	11,67	8,71 ; 14,63	0,00
Niveau dans le groupe contrôle	71,98	41,49 ; 102,48	0,00	9,45	6,83 ; 12,07	0,00
Tendances préexistantes (avant intervention)						
Différence de pentes entre les deux groupes	-2,19	-5,35 ; 0,96	0,17	-0,13	-0,34 ; 0,08	0,23
Tendance dans le groupe contrôle	0,14	-2,09 ; 2,37	0,90	0,23	0,057 ; 0,41	0,01
Effet immédiat de l'intervention						
Différence de niveaux entre la période avant et après intervention dans le groupe d'intervention, relative à la différence de niveaux dans le groupe contrôle	-4,19	-64,62 ; 56,24	0,89	3,09	-0,01 ; 6,18	0,05
Différence de pentes entre la période avant et après dans le groupe d'intervention relative à la différence de pentes dans le groupe contrôle	10,98	6,57 ; 15,39	0,00	0,68	0,42 ; 0,95	0,00

^a Modèle prédisant l'évolution des consultations pédiatriques dans 18 centres du groupe d'intervention et 18 centres du groupe contrôle.^b Modèle prédisant l'évolution des accouchements dans 18 centres du groupe d'intervention et 6 centres du groupe contrôle (sélectionnés avec une tendance pré-intervention comparable à celle des centres du groupe d'intervention).**Fig. 4.** (a) Evolution des consultations curatives pédiatriques et (b) des accouchements dans les centres de santé avant et après intervention.

et des enfants. Ces résultats corroborent les conclusions de la majorité des études sur l'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, au Kenya, en Zambie et au Malawi [14–17]. Dans notre étude, au-delà de l'incitation financière, l'accompagnement des femmes enceintes par les matrones-référentes en salle d'accouchement a permis de mettre en confiance les parturientes et ainsi de surmonter les obstacles socio-culturels à l'accès aux soins dans des centres [18]. Ce constat va dans le même sens que les travaux de Cole et al. à Nampula en Mozambique [19] qui recommandent l'implication des communautés organisées en tant que partenaire du système de santé officiel pour améliorer l'accès aux soins et la santé maternelle.

Si l'impact de l'utilisation des prestations de services des accoucheuses traditionnelles (matrones) par les parturientes sur le taux de mortalité n'est pas prouvé [20], en revanche, leur collaboration dans le recours aux soins qualifiés dans les pays ayant un faible niveau d'utilisation des services de santé est recommandée dans plusieurs études en Afrique et en Asie du sud-est [21–23].

Ailleurs en Afrique, l'implication des communautés, qui est une des composantes de l'intervention étudiée, a eu des effets positifs sur la santé de la mère et des enfants dans le cadre d'un ensemble d'interventions visant à améliorer le recours à des soins qualifiés et réduire la mortalité [24,25]. Des travaux similaires au Kenya [26], au Soudan du Sud [27], en Sierra Léone et au Somaliland [28] ont mis en évidence le rôle significatif des communautés dans le système de santé notamment des pays fragiles et touchés par des conflits.

L'absence d'effet immédiat de l'intervention sur les consultations pédiatriques dans notre étude pourrait s'expliquer, d'une part, par un recours aux soins traditionnels plus fréquent dans cette population ; et, d'autre part, par une confiance mitigée de la part des mères, au début de l'intervention, dans l'exemption du paiement des soins. En effet, la mise en place de la politique de gratuité de soins au Tchad a été jalonnée de plusieurs ajustements avec quelques fois des contradictions. En effet, de la gratuité des urgences à tous les patients en 2010, la réforme est passée à une gratuité de toutes les pathologies ciblées sur les enfants et les femmes enceintes en 2012 avant d'être réduite à la gratuité de quelques pathologies en faveur des enfants âgés de 0 à 5 ans et des femmes enceintes en 2017, déroutant possiblement les utilisateurs. L'effet immédiat de l'intervention pour les accouchements institutionnels, quant à lui, serait dû à une vaste campagne de sensibilisations ainsi qu'à la motivation et à la mobilisation des matrones-référentes dans la collaboration avec le personnel de santé.

S'agissant des effets différenciés observés selon les centres de santé dans notre étude, mais aussi dans d'autres études au Kenya [29] ou au Malawi [17], ils seraient liés aux déterminants socioculturels, à la qualité de soins et à l'attitude du personnel soignant. Ils pourraient s'expliquer également par des différences d'accessibilité aux structures de santé, de système de transport et de gouvernance des zones concernées [30]. D'autres études ont également montré des effets différents selon les zones d'intervention [17], sans toutefois fournir de données contextuelles pour interpréter leurs résultats.

Pour comprendre ces importantes disparités d'effets observées tant au sein d'un même système de santé qu'entre les pays, il serait intéressant de réaliser des études qualitatives pour déterminer si elles sont liées aux variations dans la mise en œuvre de l'intervention [31,32] et/ou à des facteurs contextuels tels que l'interaction des acteurs ou encore la perception qu'ont les différentes communautés de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile.

À notre connaissance, aucune autre intervention n'a été mise en œuvre durant la période de l'étude dans les zones concernées. Ainsi, notre devis méthodologique permet d'attribuer les changements observés à l'intervention. Cependant, les résultats de cette étude sont à interpréter avec prudence. La répartition des centres de santé entre les groupes n'a pas été faite de façon aléatoire, mais selon un choix raisonné. Avant la période d'intervention, les centres n'étaient pas comparables quant aux populations desservies et quant à la fréquentation initiale de ces centres. L'analyse des données en série chronologique interrompue avec groupe contrôle a permis de prendre en compte partiellement ce déséquilibre. Toutefois, il n'est pas impossible que l'effet observé de l'intervention soit en partie expliqué par un environnement plus favorable dans les centres d'intervention comparé à la situation des centres contrôle.

5. Conclusion

Cette étude visait à évaluer les effets d'une intervention complexe de renforcement du système de santé associé à une

exemption du paiement des frais et une mobilisation des communautés. Cette intervention avait pour but d'accroître le recours aux soins. Elle a permis de mettre en évidence les avantages d'agir de manière concomitante sur l'offre et la demande de soins dans le cadre d'un partenariat avec les communautés formées et impliquées dans le système de santé public pour promouvoir la couverture santé universelle. Des recherches futures pourraient fournir des explications plus détaillées sur les mécanismes de production de ces effets au regard des facteurs contextuels.

Déclaration de liens d'intérêts

L'Agence française de développement (AFD), qui finance cette recherche, a financé en partie l'intervention mise en œuvre par l'ONG BASE dont D. Manoufi est le directeur. Il déclare n'avoir joué aucun rôle dans la mise en œuvre de l'intervention. N. Yahannon, W.C. Kabore, A. Dumont et V. Ridde ne sont pas concernés par ce lien d'intérêt. W.C. Kabore reçoit un salaire en partie payé par la subvention de recherche de l'AFD.

Remerciements

Le projet de recherche fait partie du programme Unissahel (Couverture Universelle en Santé au Sahel) financé par l'Agence française de développement. Nous tenons à remercier les équipes de la délégation sanitaire du Logone Occidental et de l'ONG BASE pour la collecte et le contrôle de données qui ont servi à l'analyse.

Annexe 1. Grille TIDieR (« Template for Intervention Description and Replication ») checklist 2016 – C. Pichonnaz–Kathleen Grant

PRÉSENTATION SUCCINCTE

1. Nom de l'intervention

Appui à la réduction durable de la mortalité maternelle et infantile par le renforcement de l'accessibilité de l'offre et du financement de la demande de soins en partenariat avec les communautés dans les districts de Beinamar, Bénoye et Laoukassy 2016–2019

POURQUOI

2. Décrivez tout raisonnement logique, théorie, ou objectifs relatifs aux éléments essentiels de l'intervention

OS1. Renforcer les capacités et les moyens d'agir des services de santé et des communautés pour la prévention et la prise en charge des maladies ou des complications les plus fréquentes à l'origine de taux de MMI élevés
 OS2. Etablir des relations de partenariats entre les personnels de santé et les communautés
 OS3. Les effets du projet et les résultats du programme sont suivis, diffusés, et exploités par les décideurs nationaux
 R 1.1 Les capacités des Centres de santé à réaliser des activités en stratégie avancées ont augmenté
 R 1.2 Les capacités des services de santé pour la prise en charge des soins maternels et infantiles ont été renforcées
 R 1.3 Les relais et matrones sont organisés et formés pour appuyer les activités des soins maternels et infantiles
 R 2.1 Les relais et matrones collaborent avec les CS à travers des contrats d'objectifs
 R 2.2 Mobiliser la participation financière des communautés à la prise en charge des coûts additionnels des CS
 R 3.1 Un système d'information sur la gestion et le coût des prestations est utilisé dans les centres de santé et hôpitaux
 R 3.2 Les taux de mortalité maternels et infantiles sont suivis dans les villages et dans les services de santé

QUOI

3. Matériel : Décrivez tout matériel et document d'information utilisé durant l'intervention, en incluant le matériel mis à disposition des patients, ou utilisé dans la réalisation de l'intervention, ou utilisé pour la formation des personnes qui réalisent l'intervention.

4. Procédures : Décrivez chacune des procédures, activités, et/ou procédés utilisés dans l'intervention, y compris toute activité de soutien et d'aide à la réalisation

Module de formation du Ministère, Boîtes à image, fiche pédagogique de formation, divers supports de communication, fiche de rapport de sensibilisation.

Équipements, médicaments, moyens roulants : véhicules, motos

Formations des prestataires, mise à niveau des infrastructures et des équipements médicaux, planifications des activités du centre, supervisions. Formatives, formation des matrones et ASC, animation et sensibilisation de masse à l'utilisation des services, orientations des femmes enceintes. Dotation de médicaments, contrôles de factures de soins, contrôles des registres de soins, vérifications des prestations dans la communauté et paiements des factures de soins. Suivis, évaluations, enquête de satisfaction, contrôle-analyse de données, élaboration de rapport état d'avancement des activités, rapport final.

QUI A RÉALISÉ

5. Décrivez le niveau d'expertise, le bagage de formation et toute formation spécifique dispensée pour chaque catégorie de personne qui réalise l'intervention

Expert en développement communautaire, Médecin Santé publique formateur, Statisticien, Géographe de santé, spécialiste en micro assurance, Animateurs, Administrateur-Gestionnaire de santé, Gestionnaire, Logisticien

COMMENT

6. Décrivez les modes de réalisation de l'intervention (p. ex. face-à-face ou d'autre manière, tel que par internet ou par téléphone), ainsi que si elle était réalisée individuellement ou en groupe

Formation de groupe, Encadrement individualisé, coaching, manuel

OÙ

7. Décrivez le(s) type(s) de lieu(x) où l'intervention est réalisée, en mentionnant les infrastructures requises et les caractéristiques pertinentes

Centre de santé, villages, Salles de réunion du district et de la délégation, sites communautaires de regroupement, sous les arbres, Concessions

Annexe 2. Carte de la zone d'intervention

Annexe 3. Données des consultations pédiatriques des 36 CS d'intervention et contrôle de 2016–2019

Groupes	Centres de santé	2016 S1	2016 S2	2017 S1	2017 S2	2018 S1	2018 S2	2019 S1	Total
Intervention	Bailalaotaye	227	298	136	212	471	1901	1110	4355
	Bao	338	266	134	824	374	2234	2850	7020
	Barabetein	587	1398	455	817	413	1551	1407	6628
	Bebalem Public	721	888	528	1306	577	1761	1431	7212
	Beinamar-Est	492	952	954	1162	1177	1650	1177	7564
	Beinamar-Ouest	994	1453	976	1222	911	2676	2997	11 229
	Bemangra	1037	1192	945	1360	1287	2351	2186	10 358
	Benoye	577	868	459	1054	500	809	1007	5274
	Biramanda	1187	1040	999	1183	678	748	752	6587
	Bourou	334	420	308	651	392	1101	1080	4286
	Konkoundja	585	478	322	801	446	1110	2246	5988
	Koutoutou	1024	1087	817	1268	673	1284	1358	7511
	Krim-Krim	579	841	516	853	823	2382	2486	8480
	Massa 2	594	743	429	524	796	1596	1832	6514
	Ndoguindi	509	276	637	998	843	1983	1788	7034
	Saar-goyen	1062	1460	785	1671	855	1711	1385	8929
	Tapol	427	422	408	660	613	1122	687	4339
	Tchaouen	598	491	498	1267	384	826	706	4770
	Total intervention	11 872	14 573	10 306	17 833	12 213	28 796	28 485	124 078
Témoïn	ANDJI	110	964	651	1158	393	809	522	4607
	Bébalem shal	524	856	456	611	256	501	363	3567
	BEISSA	275	323	302	460	244	183	157	1944
	Béladjia ev	202	611	450	677	386	501	420	3247
	Béladjia pub	277	324	194	332	444	407	380	2358
	DADJILE	387	470	247	324	150	274	253	2105
	DODINDA	309	986	1015	934	807	844	795	5690
	Doholo	239	621	294	498	190	334	305	2481
	KAGA II	626	485	548	778	267	388	466	3558
	Kaira	549	970	445	699	426	796	466	4351
	LAOKASSY	507	442	309	404	352	796	438	3248
	Lélé	192	452	320	276	184	354	218	1996
	MBAKOUL	79	57	257	879	355	289	287	2203
	MEKAB SURMAN	329	329	320	260	158	173	202	1771
	Mekam	292	325	254	298	323	422	440	2354
	Ndou	336	543	356	570	275	511	218	2809
	Talaï	240	946	287	1215	216	1285	538	4727
	TILO	495	1014	623	2221	780	1587	1418	8138
	Total contrôle	5968	10 718	7328	12 594	6206	10 454	7886	61 154
Total		17 840	25 291	17 634	30 427	18 419	39 250	36 371	185 232

Annexe 4. Accouchements dans les CS des 36 CS d'intervention et contrôle de 2016–2019

Groupes	Centres de santé	2016 S1	2016 S2	2017 S1	2017 S2	2018 S1	2018 S2	2019 S1	Total
Intervention	Bailalaotaye	66	51	50	52	69	136	104	528
	Bao	127	125	81	160	143	200	185	1021
	Barabetein	118	56	82	141	192	335	258	1182
	Bebalem Public	156	103	128	121	126	249	285	1168
	Beinamar-Est	75	75	89	134	180	150	216	919
	Beinamar-Ouest	116	156	170	179	144	192	222	1179
	Bemangra	130	105	144	149	178	191	204	1101
	Benoye	135	122	113	179	76	174	195	994
	Biramanda	75	70	71	126	125	118	139	724
	Bourou	175	122	189	136	220	191	217	1250
	Konkoundja	96	112	105	154	209	195	269	1140
	Koutoutou	215	186	264	217	219	223	243	1567
	Krim-Krim	236	264	247	304	288	317	355	2011
	Massa 2	110	123	105	125	153	164	178	958
	Ndoguindi	138	132	110	151	158	216	205	1110
	Saar-goyen	202	218	280	229	275	247	262	1713
	Tapol	160	144	146	156	189	188	256	1239
	Tchaouen	74	42	151	204	98	138	281	988
		Total intervention	2404	2206	2525	2917	3042	3624	4074
Témoïn	Bébalem shal*	80	78	74	63	93	80	72	540
	BEISSA*	93	76	97	92	122	102	86	668
	DODINDA*	60	72	86	103	68	85	91	565
	KAGA II*	72	74	83	67	58	53	89	496
	Kaira*	50	53	74	60	56	47	50	390
	LAOKASSY*	35	34	46	33	87	80	161	476
	ANDJI	13	121	134	145	111	125	115	764
	Béladjia ev	44	53	38	38	66	49	53	341
	Béladjia pub	22	43	76	18	37	22	20	238
	DADJILE	73	80	46	59	67	61	59	445
	Doholo	105	112	73	52	44	62	109	557
	Lélé	24	76	122	65	22	55	36	400
	MBAKOUL	79	55	71	101	68	50	61	485
	MEKAB SURMAN	42	49	32	32	40	44	44	283
	Mekam	18	49	64	73	72	61	58	395
	Ndou	66	77	56	55	60	68	72	454
	Tala1	51	61	47	53	20	59	68	359
	TILO	78	69	193	244	162	150	149	1045
		Total contrôle	1005	1232	1412	1353	1253	1253	1393
Total		3409	3438	3937	4270	4295	4877	5467	29 693

* : 6 centres de santé du groupe contrôle retenus pour l'analyse de données relative à la variable accouchement.

Annexe 5. Accouchements et consultations pédiatriques dans les trois districts d'intervention : juillet 2017 à juin 2019

DS	Nombre total d'accouchements	Nombre de femmes accouchées et référées par une matrone (%)	Nombre total de consultation enfants 0 à 5 ans	Nombre de consultations réalisées par les infirmiers mobiles en stratégie avancée (%)
Beinamar	3464	1689 (49)	21 036	2614 (12)
Bénoye	6875	4147 (60)	28 847	4413 (15)
Laoukassy	3135	1835 (59)	19 611	2420 (12)
Total	13 474	7671 (57)	69 494	9447 (14)

Références

- [1] Alkema L, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet* 2016;387(10017):462–74.
- [2] Bhutta ZA, Black RE. Global maternal, newborn, and child health—so near and yet so far. *N Engl J Med* 2013;369(23):2226–35.
- [3] Ministère de la Santé, Publique. Politique nationale de Santé 2007–2015. MSP 2007.
- [4] Ministère de la Santé Publique. Evaluation Gratuité Soins Urgences au Tchad. MSP; 2012.
- [5] Ministère de la Santé Publique. Plan national de développement sanitaire 2018–2021. MSP; 2017.
- [6] INSEED. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS) 2014–2015. INSEED; 2015.
- [7] MSP. Annuaire statistique 2017. MSP; 2018.
- [8] BASE. Projet d'Appui à la réduction durable de la mortalité maternelle et infantile dans les districts de Bénoye et Laoukassy 2016–2019; 2015.
- [9] Linden A. Conducting Interrupted Time-series Analysis for Single- and Multiple-group Comparisons. *Stata J Promot Commun Stat Stata* 2015;15(2):480–500.
- [10] Lopez Bernal J, Cummins S, Gasparrini A. Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial. *Int J Epidemiol* 2016;98:3.
- [11] Penfold RB, Zhang F. Use of Interrupted Time Series Analysis in Evaluating Health Care Quality Improvements. *Acad Pediatr* 2013;13(6):S38–44.
- [12] Waddington H, et al. Quasi-experimental study designs series – paper 6: risk of bias assessment. *J Clin Epidemiol* 2017;89:43–52.
- [13] Lopez Bernal J, Cummins S, Gasparrini A. The use of controls in interrupted time series studies of public health interventions. *Int J Epidemiol* 2018;47(6):2082–93.
- [14] Nguyen HT, Zombré D, Ridde V, De Allegri M. The impact of reducing and eliminating user fees on facility-based delivery: a controlled interrupted time series in Burkina Faso. *Health Policy Plan* 2018;33(8):948–56.
- [15] Gitobu CM, Gichangi PB, Mwanda WO. The effect of Kenya's free maternal health care policy on the utilization of health facility delivery services and maternal and neonatal mortality in public health facilities. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18(1):77.
- [16] Chitalu CC, Steven K. Assessing regional variations in the effect of the removal of user fees on facility-based deliveries in rural Zambia. *Afr Health Sci* 2018;17(4):1185.
- [17] Manthalu G, Yi D, Farrar S, Nkhoma D. The effect of user fee exemption on the utilization of maternal health care at mission health facilities in Malawi. *Health Policy Plan* 2016;31(9):1184–92.
- [18] Byrne A, Morgan A. How the integration of traditional birth attendants with formal health systems can increase skilled birth attendance. *Int J Gynecol Obstet* 2011;15(2):127–34.
- [19] Cole CB, et al. Toward communities as systems: a sequential mixed methods study to understand factors enabling implementation of a skilled birth attendance intervention in Nampula Province, Mozambique. *Reprod Health* 2018;15(1):132.
- [20] Sibley LM, Sipe TA, Koblinsky M. Does traditional birth attendant training increase use of antenatal care? A review of the evidence. *J Midwifery Womens Health* 2004;49(4):298–305.
- [21] Fournier P. Réduction de la mortalité maternelle : quel rôle pour les matrones ? *Glob Health Promot* 2011;8(4):35–8.
- [22] Miller T. Establishing partnership with traditional birth attendants for improved maternal and newborn health: a review of factors influencing implementation. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017;17(365):10.
- [23] Oyerinde K, et al. A qualitative evaluation of the choice of traditional birth attendants for maternity care in 2008 Sierra Leone: implications for universal skilled attendance at delivery. *Matern Child Health J* 2013;17(5):862–8.
- [24] Wereta T, et al. Effects of a participatory community quality improvement strategy on improving household and provider health care behaviors and practices: a propensity score analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18(51):364.
- [25] Marston C, Renedo A, McGowan CR, Portela A. Effects of community participation on improving uptake of skilled care for maternal and newborn health: a systematic review. *PLoS ONE* 2013;8(2):e55012.
- [26] Kitui JE, Dutton V, Bester D, Ndirangu R, Wangai S, Ngugi S. Traditional Birth Attendant reorientation and Motherpacks incentive's effect on health facility delivery uptake in Narok County, Kenya: an impact analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17(1):125.
- [27] Wilunda C, et al. Changing the role of traditional birth attendants in Yirol West County, South Sudan. *PLOS ONE* 2017;12(11):e0185726.
- [28] Orya E, Adaji S, Pyone T, Wurie H, Van den Broek N, Theobald S. Strengthening close to community provision of maternal health services in fragile settings: an exploration of the changing roles of TBAs in Sierra Leone and Somaliland. *BMC Health Serv Res* 2017;17(1):460.
- [29] Lang'at E, Mwaniri L, Temmerman M. Effects of implementing free maternity service policy in Kenya: an interrupted time series analysis. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):645.
- [30] Owuor HO, Asito SA, Adoka SO. The differential effect of the free maternity services policy in Kenya. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2019;11(1):7.
- [31] Belaïd L, Ridde V. Contextual factors as a key to understanding the heterogeneity of effects of a maternal health policy in Burkina Faso? *Health Policy Plan* 2015;30(3):309–21.
- [32] Ridde V, Olivier de Sardan J-P. The implementation of public health interventions in Africa: a neglected strategic theme. *Med Sante Trop* 2017;27(1):6–9.

III.2 CONTEXTE : UNE DIMENSION FONDAMENTALE DE LA MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES DE SANTE

Le contexte est un facteur important dans l'examen du processus de mise en œuvre des interventions et de la compréhension des résultats des interventions.

Le contexte reste mal caractérisé dans de nombreuses interventions en santé de la population. Les définitions du contexte varient considérablement et les frontières avec les concepts voisins, tels que le cadre et l'environnement, sont floues; les caractéristiques, les conditions préalables et les résultats sont mal définis. Il constitue la condition normale dans laquelle une intervention doit être intégrée pour pouvoir être mise en œuvre. En revanche, il est admis que le contexte joue un rôle fondamental. C'est un facteur clé, dans le succès ou l'échec des interventions, car les résultats ne peuvent être généralisés indépendamment de ce contexte. Pour Pfadenhauer [103], le contexte est à la fois un cadre et un facteur dynamique qui influence la mise en œuvre des interventions. Elle souligne en outre l'importance de l'évaluation contextuelle préalable et continue afin de garantir que les interventions soient adaptées, acceptées et efficaces dans des environnements variés. Elle relève que l'efficacité d'une intervention dépend de la manière dont elle s'adapte aux spécificités du contexte dans lequel elle est mise en œuvre. Les facteurs contextuels incluent les conditions sociales, économiques, politiques, culturelles et institutionnelles locales. Une intervention qui fonctionne dans un certain cadre peut échouer ailleurs si elle n'est pas adaptée aux réalités locales. Les principaux liens entre contexte et mise en œuvre mis en avant par Pfadenhauer sont :

- Interaction entre l'intervention et le contexte soulignant que l'efficacité d'une intervention dépend de la manière dont elle s'adapte aux spécificités du contexte dans lequel elle est mise en œuvre. Les facteurs contextuels incluent les conditions sociales, économiques, politiques, culturelles et institutionnelles locales. Une intervention qui fonctionne dans un certain cadre peut échouer ailleurs si elle n'est pas adaptée aux réalités locales ;
- L'importance des ressources humaines, matérielles, financières et des structures locales qui influencent la mise en œuvre d'une intervention ;
- L'implication des acteurs locaux : professionnels de la santé, leaders communautaires, bénéficiaires qui jouent un rôle clé dans la mise en œuvre d'une intervention. Leur participation et leur engagement sont souvent influencés par le contexte ;

- Le rôle des croyances, valeurs et pratiques locales qui influencent la manière dont une intervention est perçue et adoptée. Le succès d'une intervention dépend donc de sa capacité à s'intégrer dans le tissu socioculturel du contexte où elle est mise en œuvre ;
- L'adaptabilité et la flexibilité de l'intervention : Pfadenhauer met en avant l'idée que les interventions complexes doivent être suffisamment flexibles pour s'adapter aux variations contextuelles tout en maintenant leur intégrité de base. Cela implique que les interventions doivent être modifiables en fonction des besoins spécifiques du contexte, sans pour autant perdre de vue leurs objectifs fondamentaux.

Olivier de Sardan [45] souligne que les effets inattendus des interventions sont souvent le résultat des interactions entre les interventions et le contexte local. Selon lui, cela montre que les interventions, aussi bien planifiées soient-elles, peuvent avoir des résultats imprévisibles lorsqu'elles sont confrontées à la réalité du terrain. Olivier de Sardan évoque que le contexte local influence largement la manière dont les interventions sont réinterprétées, modifiées, ou contournées selon les logiques pratiques des acteurs locaux. Il souligne que les agents de mise en œuvre ajustent souvent les interventions aux réalités quotidiennes, aux contraintes, et aux opportunités du terrain. Olivier de Sardan met aussi l'accent sur la multiplicité des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des interventions et la diversité de leurs intérêts. Chaque acteur, qu'il s'agisse d'une organisation internationale, d'un agent de terrain, ou d'un bénéficiaire, a sa propre logique d'action influencée par son contexte spécifique. Les interventions sont donc reconfigurées selon ces multiples logiques. Selon Olivier de Sardan, le contexte local inclut également les perceptions et les représentations des interventions par les populations locales. Il insiste sur le fait que les populations ont leur perception sur les interventions. Elles réagissent, interprètent, et s'ajustent selon leurs propres perceptions, qui sont fortement influencées par des facteurs culturels, historiques et sociaux. Une intervention qui ne prend pas en compte ces perceptions risque de rencontrer de la résistance ou d'être détournée de ses objectifs initiaux.

Shoveller [104], dans ses travaux, souligne que le contexte géographique (urbain, rural, éloigné) et les facteurs culturels pour comprendre la santé des populations. Sa démarche plaide pour des interventions adaptées aux réalités locales, conçues avec la participation des jeunes et des communautés marginalisées. Nielsen, dans ses travaux, met en avant l'importance des spécificités contextuelles pour comprendre non seulement les résultats d'une intervention,

mais aussi la manière dont elle est mise en œuvre. Nous présentons dans cette partie comment une même action d'exemption des frais de soins mise en œuvre dans plusieurs structures sanitaires a donné des résultats contrastés.

Article 2 : Les facteurs contextuels pour comprendre l'hétérogénéité des résultats d'une politique d'exemption du paiement des soins au Tchad



Les facteurs contextuels pour comprendre l'hétérogénéité des résultats d'une politique d'exemption du paiement des soins au Tchad

Dahab Manoufi, Valéry Ridde

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2023/5 (VOL. 35), PAGES 95 À 119
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914
DOI 10.3917/spub.235.0095

Article disponible en ligne à l'adresse
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2023-5-page-95.htm>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les facteurs contextuels pour comprendre l'hétérogénéité des résultats d'une politique d'exemption du paiement des soins au Tchad

Contextual factors for understanding the heterogeneity of outcomes of a policy of exemption from payment for care in Chad

Dahab Manoufi^{1,2,3}, Valéry Ridde¹

➔ Résumé

Le Tchad a l'un des taux de mortalité maternelle et infantile les plus élevés au monde. Les efforts visant à réduire ces taux ont conduit à la mise en place d'une politique d'exemption du paiement des soins, associée à l'implication des communautés pour encourager l'utilisation des services. Malgré l'introduction de cette initiative, des inégalités dans l'accès et l'utilisation des établissements de santé persistent.

L'objectif de cette étude est de comprendre pourquoi et comment cette politique d'exemption, mise en œuvre de manière quasi homogène, a donné des résultats contrastés dans plusieurs centres de santé. Une étude de cas multiples contrastés a été utilisée pour analyser les résultats des consultations pédiatriques et des accouchements dans quatre centres de santé des districts de Bénouye et Beinamar. Les données ont été recueillies lors des entretiens individuels (n=26) et des groupes de discussion (n=22) auprès des femmes bénéficiaires, des agents de santé communautaire et des prestataires de soins. Le logiciel QDA Miner a été utilisé pour traiter les données.

L'étude a révélé que les capacités organisationnelles et managériales des prestataires et des acteurs communautaires expliqueraient l'hétérogénéité des résultats observés. Des facteurs contextuels tels que l'éloignement des services ou l'impraticabilité et la dangerosité des routes ont accentué les disparités des résultats observés.

Dans la mise en place des politiques de santé, il est important de tenir compte des facteurs humains et contextuels, car ils participent à l'explication de l'hétérogénéité des effets observés et renforcent la pertinence de ce type d'études.

Mots-clés : Hétérogénéité ; Financement de la santé ; Services de santé ; Santé communautaire ; Étude qualitative ; Tchad.

➔ Abstract

Chad has one of the highest maternal and infant mortality rates in the world. Efforts to reduce these rates have led to the introduction of fee exemption and community involvement initiatives to further encourage the use of health services. Despite the introduction of these initiatives, inequalities in access to and use of health facilities persist.

The aim of this study is to understand why and how the same action, implemented in a quasi-homogeneous way, produced contrasting results in different health centers. A multiple, contrasting case study was used to analyze the outcomes of pediatric consultations and deliveries in four health centers in the Bénouye and Beinamar districts. Data were collected through individual interviews (n=26) and focus groups (n=22) with women beneficiaries, community health workers, and health care providers. The qualitative software QDA Miner was used to process the data.

The study revealed that the organizational and managerial capacities of the providers and community actors would explain the heterogeneity of the results observed. Contextual factors such as the remoteness of services or the impassability and dangerousness of roads accentuated the disparities in the results observed.

The results of this study show that human and contextual factors would explain the heterogeneity of the observed effects.

Keywords: Heterogeneity of effects; Contextual factors; Health service utilization; Community health; Qualitative study; Chad.

¹ CEPED (UMR 196), SAGESUD ERL INSERM, Institut de recherche pour le développement, université Paris-Cité, France.

² École doctorale Pierre-Louis de santé publique, université Sorbonne-Nouvelle, Paris, France.

³ Bureau d'appui Santé et Environnement, 80, rue 3044 Klepmat BP 1442 N'Djamena, Tchad.

Correspondance : D. Manoufi
manoufi@gmail.com

Réception : 20/09/2023 – Acceptation : 22/09/2023

Introduction

Les progrès en matière de santé ont été importants durant les trois dernières décennies en Afrique. Mais ces avancées ont été inégales selon les pays et au sein des pays. La santé maternelle et infantile reste une préoccupation majeure en Afrique et demeure au cœur de toutes les politiques de santé. L'Afrique subsaharienne est la région où les taux de mortalité maternelle et des enfants de moins de 5 ans sont les plus élevés au monde. Plus de la moitié des décès dans les pays du Sud surviennent en Afrique subsaharienne. En 2020, 13 pays avaient un taux de mortalité maternelle très élevé (entre 500 et 999) ou extrêmement élevé (plus de 1 000). Parmi ces pays, 11 se trouvent dans la région africaine. Malgré une baisse de 52 % entre 2000 et 2021, le taux de mortalité infantile se situe à 72 décès pour 1 000 naissances, soit neuf fois celui de la zone européenne (1).

La mortalité maternelle et infantile au Tchad reste particulièrement élevée par rapport aux autres pays de la région. En 2019, le pays a enregistré 78 décès pour 1 000 naissances vivantes et, en 2014, 860 décès pour 100 000 naissances vivantes (2). Les dernières estimations de l'Organisation mondiale de la santé montrent une dégradation de la situation et donnent 1 063 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et 107 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes. En 2017, seulement 27,46 % des accouchements ont eu lieu dans un établissement de santé et l'utilisation des services curatifs des enfants de moins de 5 ans était de 0,40 nouvelle consultation par an et par enfant (3).

Le Tchad, comme la plupart des pays, a adopté une politique d'exemption de paiement des soins afin de rendre les services de santé plus accessibles et ainsi réduire la mortalité maternelle et infantile (4). Ainsi, pour améliorer les indicateurs de recours aux soins, un renforcement du système de santé avec l'implication des communautés et une exemption totale du paiement des frais de soins (5) a été mis en œuvre de 2017 à 2019. Cette intervention a été menée par l'ONG nationale Bureau d'appui Santé et Environnement (BASE). Elle a concerné dix-huit centres de santé de trois districts sanitaires ruraux (Bénoye, Beinamar et Laoukassy) sur les quatre que compte la province du Logone-Occidental dans le sud du Tchad. L'intervention repose sur trois composantes : 1) une exemption totale du paiement des consultations prénatales, des accouchements institutionnels et des consultations pédiatriques d'un paquet de soins priorité de la feuille de route nationale ; 2) un renforcement de la collaboration entre la

communauté et le personnel de santé ; 3) une amélioration de l'offre de soins.

L'exemption mise en place consistait en l'achat des prestations de soins au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans. Elles étaient payées trimestriellement aux prestataires. Le forfait négocié a été fixé à 600 francs CFA (0,91 euro) pour une consultation curative d'un enfant de moins de 5 ans (consultation pédiatrique), 600 francs CFA pour la troisième consultation prénatale (CPN), 300 francs CFA (0,45 euro) pour la quatrième consultation prénatale (CPN4) et 1 000 francs CFA (1,52 euro) pour un accouchement assisté par un personnel qualifié. Ces forfaits comprennent les actes et les médicaments. Les matrones-référentes¹ qui incitent les femmes enceintes à effectuer leurs consultations prénatales et leurs accouchements dans les centres de santé reçoivent une prime de 2 000 francs CFA (3,04 euros) pour chaque femme orientée vers un centre de santé pour y accoucher, sous réserve qu'elle ait effectué au moins quatre CPN. Cette indemnité est diminuée de 1 000 francs CFA (1,52 euro) si la femme a effectué moins de quatre CPN. La collaboration entre la communauté et les prestataires est centrée sur des activités qui promeuvent l'utilisation des services de santé, principalement les soins maternels et infantiles. Des infirmiers mobiles, recrutés dans le cadre de cette intervention, ont effectué périodiquement des soins préventifs et curatifs dans des sites avancés² afin de rapprocher les services de soins des populations enclavées.

Une étude quantitative (6) a montré que cette intervention a permis d'accroître significativement l'utilisation des services de santé dans tous les centres. Elle a mis en évidence les avantages d'un partenariat fort avec les communautés formées et impliquées dans le système de santé. Cependant, au-delà de ces effets globaux, d'importantes disparités entre les districts, mais aussi entre les centres de santé d'un même district, ont été observées.

En effet, plusieurs études ont été menées en Afrique subsaharienne pour montrer l'hétérogénéité des effets des interventions complexes de santé, comme celle étudiée au Tchad, dans divers contextes (5, 7-11) Ces études ont montré que les effets hétérogènes d'une politique d'exemption de paiement des soins en Afrique sont récurrents et semblent être plus la norme que l'exception. Pourtant, à notre connaissance, aucune étude à ce sujet n'a encore été réalisée au Tchad. Plusieurs variations dans les résultats

¹ Accoucheuse traditionnelle formée ayant abandonné les accouchements à domicile et qui collabore avec le CS.

² Locaux construits et gérés par les communautés dans les zones difficiles d'accès.

d'interventions complexes ont aussi été observées dans de nombreux pays. Une étude menée en 2003 au Ghana dans deux régions a mis en évidence que la politique d'exemption semble avoir eu un effet très bénéfique mais avec des résultats constants dans certains districts, inchangés dans d'autres et substantiels dans certains établissements de niveau supérieur. Des travaux similaires en Zambie et au Niger (8), dans l'ouest du Kenya (8) et au Mozambique (9) ont montré que l'effet de la suppression du paiement des frais d'utilisation pour les services de soins de santé primaires a largement varié d'un district à l'autre et parfois selon les régions et le type d'établissement. Les variations des effets d'interventions observées sont considérées dans la recherche comme encore insuffisamment discutées et certains suggèrent la nécessité de rechercher les causes propres des variations du recours aux soins de santé dans les pays du Sud (10) à l'aide de données contextuelles (12). Ainsi, l'objectif de cette étude, originale au Tchad, est de comprendre pourquoi et comment une même intervention, mise en œuvre dans des contextes socio-économiques et culturels similaires, a donné des résultats contrastés.

Matériels et méthodes

Site de l'étude

La zone d'étude (Figure 1) est constituée des centres de santé de Bao, de Biramanda, de Tchaouen du district de Bénoye et de Tapol du district de Beinamar, de la délégation du Logone-Occidental, une des vingt-trois délégations que compte le Tchad.

Devis de l'étude et choix des sites

Nous avons utilisé un devis d'étude de cas multiples contrastés qui permet une compréhension riche et holistique des phénomènes socialement complexes. Le cas est défini ici comme un centre de santé, situé dans les districts de Beinamar et Bénoye, où est intervenue l'ONG BASE pour améliorer le recours aux soins maternels et infantiles de 2017 à 2019.

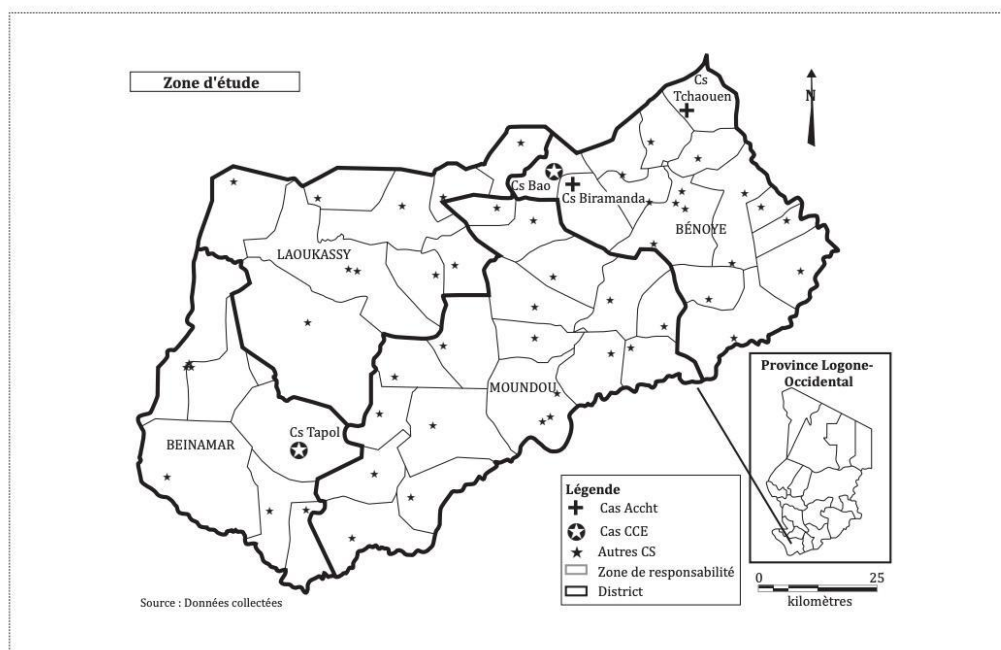


Figure 1 : Site de l'étude

Tableau I : Caractéristiques des cas de l'étude

District	Centre de santé	Groupes sociaux	Population totale	Pop. au-delà de 5 km (%)	Nbre de villages	Distance moyenne villages-CS en km	Accessibilité	Consultations enfants (%)			Accouchements (%)			Infra-structure	Nbre de Personnels qualifiés
								2016	2019	2019	2016	2019	2019		
BEINA-MAR	TAPOL	Ngambaye, peul	18 022	83	44	8	Oui	23	34	41	53	B	3		
	BAO	Ngambaye	15 997	80	34	5	Oui	19	162	38	44	B	1		
BÉNOYE	BIRAMAN-DA	Ngambaye, peul	24 168	94	35	15	Oui	54	34	17	26	B	1		
	TCHAOUEN	Ngambaye, peul	15 472	80	24	4	Oui	35	41	18	69	B	1		

Les groupes sociaux, à dominance chrétienne, d'agriculteurs avec de petits élevages (Tableau I), sont similaires dans presque toute la zone d'intervention. Le choix de ces sites est réfléchi et fondé sur une analyse visuelle des tendances des données de séries chronologiques de juillet 2016 à juin 2019 de l'ensemble des centres de santé des deux districts.

L'observation des graphiques générés à travers des séries chronologiques interrompues publiée dans un autre article (6) montre, après juillet 2017, date de début de l'intervention, des tendances de couverture des consultations pédiatriques et des accouchements contrastées (Figures 2 et 3). Les cas étudiés étaient les centres de santé dont les résultats étaient les plus contrastés alors qu'ils avaient des niveaux similaires avant la mise en œuvre de l'action. Pour des raisons temporelles et financières, pour chaque variable, deux centres de santé avec des effets contrastés ont été sélectionnés. En effet, les centres de santé de Bao et de Tapol avaient de forts contrastes sur la variable consultations pédiatriques, tandis que les centres de Tchouaouen et de Biramanda ont été sélectionnés car ils avaient des résultats plus contrastés sur la variable accouchements institutionnels.

Cadre d'analyse

Dans cet article, le concept phare est celui de « l'accessibilité des soins ». Il a donné lieu à une multitude de définitions, d'interprétations, qui renvoient à l'utilisation du système de santé par les usagers (13, 14). En effet, plusieurs auteurs considèrent que l'accessibilité peut être appréciée par la capacité d'utilisation des services de santé (13) ou comme un ensemble de dimensions spécifiques qui caractérisent l'adéquation entre le patient et le système de soins (14). L'accessibilité est appréhendée par la disponibilité des services de santé (15) ou par la capacité de recevoir des soins (16). Plusieurs cadres d'analyse ont été développés par des chercheurs en santé publique, S. Thaddeus et D. Maine (17) T. C. Ricketts et L. J. Goldsmith (16), D. McIntyre, M. Thiede et S. Birch (11) S. Gabrysch et O. M. Campbell (18), A. Cu, S. Meister, B. Lefebvre et V. Ridde (19) qui permettent de comprendre la problématique de l'accès aux soins. Dans le cadre de cet article, nous avons utilisé le modèle de Thaddeus et Maine modifié et adapté par Gabrysch et Campbell, car il était le plus pertinent pour répondre à notre objectif de recherche. Ce modèle conceptualise à la fois les complications et les

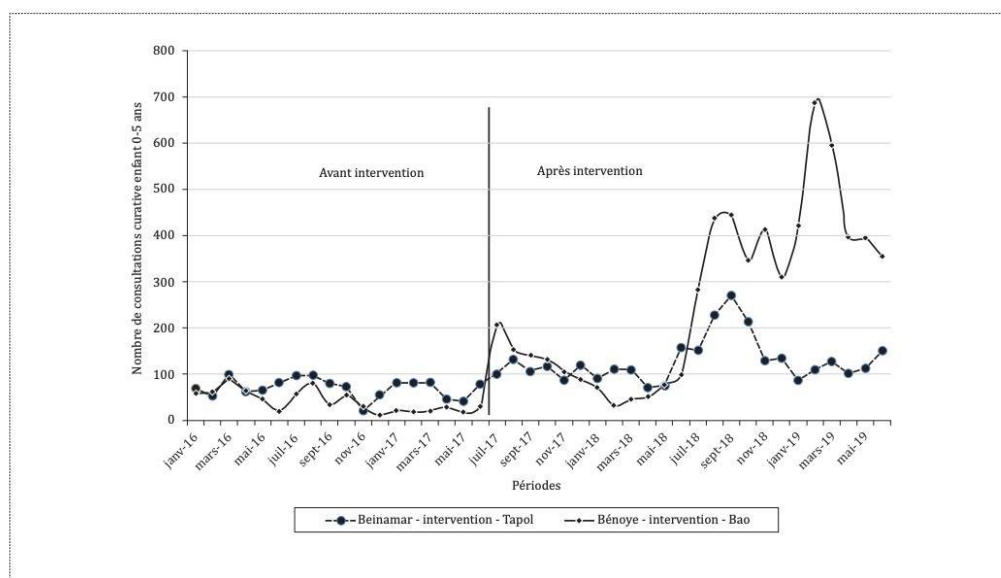


Figure 2 : Évolution des consultations curatives des enfants (CCE) de moins de 5 ans dans les centres de santé de Bao et Tapol (Manoufi *et al.*, 2021)

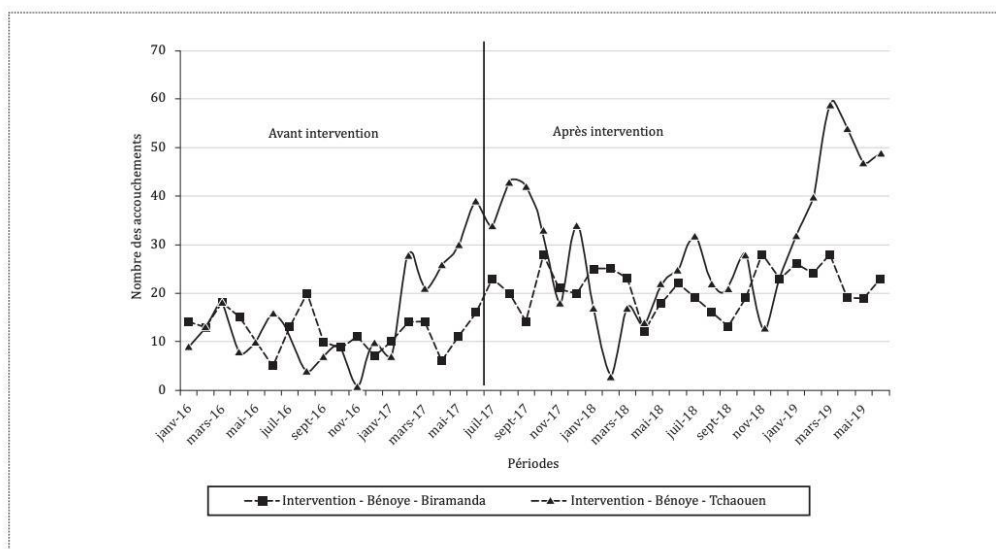


Figure 3 : Évolution des accouchements (acchts) dans les centres de santé de Biramanda et Tchaouen (Manoufi et al., 2021)

situations normales de l'utilisation des services de santé et permet de mieux comprendre les décisions pour lesquelles les services de santé maternelle sont utilisés dans les pays en développement.

Selon ce modèle qui distingue l'intention d'utiliser les soins de l'utilisation réelle des soins, les déterminants d'un accouchement assisté par un personnel qualifié dans les pays à revenu faible et intermédiaire (18) sont de quatre catégories : 1) les facteurs socio-culturels ; 2) les avantages et besoins perçus d'une assistance qualifiée ; 3) l'accessibilité économique ; 4) l'accessibilité physique. Notre analyse a porté sur les trois dernières dimensions du cadre, à savoir les avantages et besoins perçus, que nous avons appelés accessibilité perçue, l'accessibilité économique et l'accessibilité physique. Les facteurs socio-culturels n'ont pas été étudiés du fait de leur homogénéité dans le contexte de cette étude.

Population d'étude et échantillonnage

La population de l'étude rassemble les mères d'enfants de moins de 5 ans et les femmes ayant accouché dans les centres de santé, les agents de santé communautaire (ASC), les membres de COSAN et le personnel de santé. L'échantillonnage a été effectué à partir des registres du

système d'information dans les quatre centres de santé. Les cinq dernières consultantes de juin 2019, dernier mois de la mise en œuvre de l'action, ont été sélectionnées et identifiées avec l'aide des ASC et des matrones. Ainsi, une séance de travail préalable a permis d'identifier les noms et prénoms des mères d'enfants et des femmes enceintes, de localiser leur lieu de résidence et de les prévenir avant le démarrage des entretiens.

Collecte des données et outils

L'étude repose sur une collecte de données qualitatives réalisée du 21 février au 17 mars 2021 (Tableau II). Vingt-six (26) entretiens individuels et 22 groupes de discussion ont été réalisés avec trois groupes stratégiques : le personnel de santé responsable du centre et autres agents (n=12), les agents de santé communautaire et matrones (n=17), et les usagers et leurs représentants, à savoir les mères d'enfants, les accouchées et les membres du comité de santé (n=19). Chaque soir, les données collectées ont été examinées et des points d'attention pour la suite des entretiens ont été relevés lors de discussions entre le premier auteur et les assistants. Tous les entretiens ont été enregistrés, traduits et transcrits avec l'aide des assistants.

Tableau II : Nombre d'entrevues par catégorie d'acteurs

	Personnel de santé		Femmes		Comité de santé	Agent communautaire	Matrones	Total
	Homme	Femme	Mère Enfants	Accouchée	Homme/Femme	Homme/Femme	Matrones	
Entretiens	10	2	8	6				26
Groupes de discussion					5	10	7	22
Total	10	2	8	6	5	10	7	48

Le guide d'entretien, rédigé suivant les trois dimensions du cadre conceptuel, l'accessibilité perçue, l'accessibilité économique et l'accessibilité réelle, a été traduit en langue locale.

Le logiciel QDA Miner a été utilisé pour coder les données selon les dimensions du cadre théorique. Chaque cas a été analysé individuellement selon les dimensions et selon les types d'acteurs afin de trianguler l'information collectée. Ensuite, une analyse entre les cas a été réalisée pour expliciter les différences et les similitudes afin de comprendre l'hétérogénéité des résultats observés.

Un accord du Comité national de bioéthique (numéro 131) et un consentement écrit pour les entretiens avec le personnel de santé ont été obtenus. Un consentement verbal a été obtenu des agents de santé communautaire et des usagers.

Résultats

Nous présenterons les facteurs qui pourraient expliquer l'hétérogénéité des consultations pédiatriques et des accouchements à la suite de la mise en œuvre de l'action en 2017.

Consultations pédiatriques

Accessibilité perçue

La majorité des mères d'enfants déclarent prendre elles-mêmes l'initiative de recourir aux services de santé. La plupart reconnaissent avoir été sensibilisées, à domicile, à l'église ou lors de divers événements par les ASC et les matrones, à l'utilisation des services de santé. À Bao, la majorité des personnes interrogées ont une bonne

perception des services du centre de santé. « C'était venu de moi-même parce qu'ils vous donnent les médicaments gratuitement », répond une femme pour expliquer sa décision de recourir aux services de santé. « J'avais décidé de moi-même de l'amener au CS. Oui ils ont un très bon comportement, ils travaillent bien », raconte une autre femme de Bao. En revanche, à Tapol, on note une insatisfaction des usagers. « Bon, il y a des jours où, quand ils sont de mauvaise humeur, ils nous grondent », raconte une femme de Tapol. Ils évoquent des conflits récurrents entre le personnel de santé et le comité de santé d'une part et entre les ASC, les matrones et le comité de santé d'autre part.

Accessibilité économique

La plupart des personnes interrogées à Bao et à Tapol déclarent que la gratuité est réduite aux consultations pédiatriques et prénatales, aux accouchements, aux produits de lutte contre le paludisme et le fer pour les femmes enceintes. L'ensemble des personnes interrogées mentionnent que le carnet, un cahier de 50 pages qui coûte 75 francs CFA, découpé en trois morceaux, est facturé 200 francs CFA aux malades. Tout cela crée une confusion entre ce qui est gratuit et ce qui ne l'est pas, surtout quand les agents de santé communautaire ne l'expliquent pas clairement aux communautés. « Le carnet est à 200 francs CFA et certains médicaments sont payants, d'autres sont donnés gratuitement », raconte une femme de Tapol. « Si pendant la consultation ils découvrent une maladie, les médicaments prescrits ne sont pas gratuits, comme c'est le cas des médicaments ordinaires pour femmes enceintes », répond une autre femme de la même aire de santé. « Une femme qui a une maladie nécessite donc qu'on lui fasse payer des médicaments supplémentaires ; c'est un problème, les gens veulent que même cela soit gratuit. Donc c'est aussi à cause des ordonnances que les hommes ne veulent pas que leurs femmes accouchent au CS », poursuit une matrone de Bao.

L'insuffisance des moyens de transport, associée à des tarifs hors de portée, surtout en saison de pluie, caractérise les deux zones. À Tapol, par comparaison avec Bao, les distances entre les villages et le centre de santé sont grandes et dangereuses et, selon les personnes interrogées, cela constitue une contrainte majeure d'accès aux services de santé. « Oui, c'est loin et comme c'est la brousse on a peur, donc on se dit en marchant là que Dieu nous garde des mauvaises choses qui sont arrivées à nos amies », raconte une femme en faisant allusion aux viols subis par des femmes sur le chemin du centre de santé.

Accessibilité réelle

Le centre de Bao a instauré un service en dehors des heures habituelles, contrairement à Tapol, où les personnes interrogées affirment que les patients doivent parfois patienter longtemps avant qu'un infirmier vienne s'occuper d'eux. Pour qu'il intervienne, l'infirmier est appelé la plupart du temps par les patients avec leur propre téléphone. Le personnel soignant de Bao affirme avoir établi une répartition des tâches et tenir des réunions régulières avec les ASC et matrones. « Je pense que nous avons une bonne relation avec les patients, mais quand on constate des anomalies on se retrouve entre nous, on se le reproche et on change au fur et à mesure ce qu'il faut par rapport à cela. On met beaucoup l'accent sur l'accueil », raconte l'infirmier responsable. En revanche, à Tapol, la plupart des personnes rencontrées évoquent la mésentente permanente entre le comité de santé et le personnel soignant, la mauvaise gestion des ressources et les fréquentes mutations des responsables des centres de santé. « Il y avait un problème de malversation financière et c'est ce qui a opposé le comité au responsable du centre et au reste du personnel de santé et cela a fait qu'il n'y a pas eu d'entente et l'argent est parti comme ça. Donc partout au quartier on cite le nom du RCS et du médecin chef du district (MCD) comme les voleurs. Le préfet a convoqué une AG pour déterminer les responsabilités ; le pharmacien, le caissier et la présidente du comité de gestion ont été emprisonnés et un nouveau comité a été mis en place pour gérer la crise », raconte le nouveau président du comité de santé. Tous les infirmiers responsables qui avaient exercé dans le centre de Tapol ont rencontré des problèmes de collaboration. « Nous avons envoyé en urgence un infirmier qui était avec nous ici au district et à l'heure où nous causons il y a un petit problème avec le comité de gestion, Tapol est difficile à gérer, mentionne le chef de zone. Le nouveau responsable menace déjà de quitter alors que c'est un natif de Tapol et qu'on pensait que ça allait être mieux. »

Accouchements institutionnels

Accessibilité perçue

Si la plupart des villages sont situés autour du centre Tchaouen, à Biramanda l'emplacement du centre est qualifié de très excentré par rapport à la majorité des villages. En effet, 16 grands villages sur les 33 que compte la zone sont à plus de 10 km du centre, zone où les routes sont sablonneuses et où les populations font face à de graves problèmes d'accès à l'eau. En outre, on constate un faible engagement des acteurs communautaires à Biramanda et une faible capacité de coordination et d'interaction avec le personnel soignant, dont l'absentéisme est mentionné par la majorité des usagères. Les personnes interrogées à Biramanda ont une mauvaise perception des services de santé : « Quand on les appelle, ils prennent tout leur temps avant de venir », raconte une femme. En revanche, à Tchaouen, la motivation et l'engagement exceptionnel des acteurs communautaires sont mentionnés par la plupart des personnes interrogées. Le chef de canton de Tchaouen ainsi que tous les chefs de village ont fait de l'utilisation des services de santé une priorité et sensibilisent régulièrement les populations : « Il a déclaré qu'aucune femme ne doit accoucher à domicile, sinon son mari sera amendé », note le chef de zone. La plupart des femmes interrogées déclarent être satisfaites de l'accueil et des services offerts par le centre. « J'étais venue de ma propre initiative. Elle a très bien fait son travail et en plus elle m'avait donné une boule de savon. » « C'était bien à la consultation, mais quand tu es en travail, dès lors qu'ils te consultent et que ce n'est pas encore prêt, ils te laissent seule sur le lit, et c'est lorsque tu es prête et que tu les appelles qu'ils viennent, donc je ne suis pas satisfaite de l'accueil », racontent deux femmes interrogées à Tchaouen.

Accessibilité économique

L'effectivité de la gratuité est mentionnée par toutes les femmes interrogées dans les deux zones. Elles affirment cependant que le carnet n'est pas gratuit, ainsi que certains soins. « Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans bénéficient de la gratuité et c'est lorsqu'il n'y a pas de médicaments gratuits qu'on vend les médicaments du CS. On a mis le carnet en vente parce que le projet n'a pas pris en compte tout le personnel du centre alors qu'il faut des ressources financières pour payer certains personnels », reconnaît l'infirmier. Le message transmis aux populations par les ASC n'a pas distingué ce qui est gratuit

et ce qui ne l'est pas. Une confusion est observée : « Après la consultation, ils m'ont donné une ordonnance mais qui coûte trop cher donc j'avais pu payer qu'une partie des médicaments » ; « Quelquefois, il y a beaucoup de gens à la consultation, donc on attend longtemps avant d'être pris. J'ai reçu les médicaments gratuitement jusqu'à l'accouchement », raconte une autre. Le difficile accès géographique aux deux centres est cité parmi les obstacles majeurs, notamment pour les populations habitant au-delà de 5 km en raison des inondations et du coût très élevé du transport. « On vient à pied puisque, à moto, il faut 2 000 à 3 000 francs CFA et on n'a pas d'argent », raconte une femme de Tchaouen. Les résultats observés sont paradoxalement faibles à Biramanda, contrairement à Tchaouen, où l'inondation est plus marquée et couvre tous les villages.

Accessibilité réelle

Les faibles capacités du personnel soignant de Biramanda ainsi que leur absentéisme sont cités par les usagers rencontrés. « Mon enfant vient de décéder. Quand j'étais venue pour la consultation, l'infirmier n'était pas là ; donc j'étais rentrée avec l'enfant. Et le lendemain, quand je suis revenue, au moment où j'étais devant lui, son téléphone a sonné. Quand il a fini de causer, il m'a dit qu'il allait partir avant de revenir. Entre-temps, l'état de l'enfant s'est

aggravé et ses aides nous ont dit qu'ils ne savaient pas prendre en charge toutes les pathologies, donc qu'il fallait l'attendre. Et finalement, il n'est pas revenu, et c'est trois jours après qu'on a eu la permission d'aller de l'avant et c'était déjà trop tard », révèle avec amertume une femme de Biramanda. Le comité de santé évoque une mauvaise collaboration avec les agents de santé et le personnel de santé « à cause des fréquentes disputes relatives à la gestion », selon un membre du comité de santé.

En revanche, à Tchaouen, le dynamisme et la motivation du responsable du centre, natif du village, sont évoqués par toutes les personnes, alors qu'il n'est pas fonctionnaire et perçoit irrégulièrement son salaire. « S'il y a des complications pendant l'accouchement, j'envoie les parturientes avec la moto du centre à l'Hôpital catholique de Bebalem sans demander l'argent du carburant. En revanche, si c'est un enfant qui a par exemple le paludisme grave, c'est l'aide-soignant qui transporte l'enfant jusqu'à Bebalem, déclare ledit infirmier. Nous offrons de la bouillie aux enfants et des serviettes pour celles, démunies, qui accouchent au CS. »

Le tableau III synthétise les résultats observés et les données collectées suivant les trois dimensions du cadre conceptuel. Il met en exergue les résultats observés et les facteurs qui pourraient expliquer l'hétérogénéité des résultats.

Tableau III : Synthèse des données par CS et par dimension

Variable	Cas	Accessibilité perçue	Accessibilité économique	Accessibilité réelle
Consultation enfants de 0-5 ans	Bao	<ul style="list-style-type: none"> - Initiative du recours aux services de santé paraît pour la plupart venir des femmes parturientes ou mères, même si beaucoup d'entre elles soulignent l'incitation des relais et agents de santé communautaire. - Sensibilisation est faite dans tous les villages et les églises suivant un calendrier communiqué à travers les relais et les crieurs publics, ainsi que lors des mariages et des funérailles. - L'accueil et la prise en charge sont appréciés par les usagers. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gratuité des CCE, CPN, paludisme, accouchements. - Paiement des carnets et certaines pathologies. - Coût du transport très élevé, surtout en saison de pluie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Centre de santé est placé à équidistant des villages. - Accès reste assez difficile pour les femmes enceintes, surtout en saison de pluie à cause des glissades. - Centre est ouvert 24h/24, 7j/7 avec une permanence. - Tâches bien réparties. - Réunions de coordination régulières entre personnel de santé et agents de santé. - Synergie appréciée entre le personnel de santé, le COSAN, les agents de santé communautaire. - Création de sites de prise en charge supplémentaires dans d'autres zones d'accès difficile, à la demande des chefs des villages, a permis de rapprocher les communautés des services.

Variable	Cas	Accessibilité perçue	Accessibilité économique	Accessibilité réelle
Consultation enfants de 0-5 ans	Tapol	<ul style="list-style-type: none"> - Recours aux services de santé impulsé par les agents de santé communautaire. - Perception mauvaise des soins de santé exprimée par la plupart des usagers : mauvaise humeur, grondent les patients. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gratuité est réduite aux consultations, aux produits de lutte contre le paludisme et le fer pour les femmes enceintes. - Certaines pathologies pas gratuites. - Confusion pour les usagers entre ce qui est gratuit et ce qui est payant. - Vente de médicaments de gratuité. - Facturation excessive de médicaments et des actes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accès au centre de santé difficile en raison de longues distances et de deux cours d'eau. - Routes dangereuses, insuffisance des moyens de transport, coût du transport élevé, entre 3 500 francs CFA et 4 000 francs CFA selon les saisons, considéré comme hors de portée. - Mauvaise gestion des ressources. - Mauvaises relations entre le comité de santé, les agents de santé communautaire et le personnel de santé. - Installation de vendeurs de médicaments de rue en face du centre de santé et difficulté d'y remédier.
	Biramanda	<ul style="list-style-type: none"> - L'attitude et les compétences du personnel du centre faiblement appréciées par la plupart des personnes interrogées. - Faiblesse de la sensibilisation dans les zones éloignées. - Routes sablonneuses et distance longue avec la plupart des villages. - Les usagères ont évoqué l'absentéisme du personnel quand bien même les portes du centre sont ouvertes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gratuité pour les consultations des enfants et prénatales, les produits de lutte contre le paludisme et le fer pour les femmes enceintes. - Fréquentes ruptures de médicaments. - Carnet vendu à 100 francs CFA. - Tous les médicaments ne sont pas gratuits. - Coût du transport, variant entre 3 000 et 5 000 francs CFA, semble être une contrainte majeure vu les distances longues entre les villages et le centre de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accès au centre de santé difficile pour les 33 villages. - Plus de la moitié des villages sont distants de plus de 10 km ; certains sont à 25 km du centre alors que la norme pour un village est entre 5 et 10 km. - Routes longues et sablonneuses, avec une absence de points d'eau en chemin, rendent l'accès au centre quasi impossible pour une grande partie des populations. Cette difficulté est accentuée par le manque de moyens de transport. - Les usagères ont évoqué l'incompétence du personnel dans la prise en charge.
Accouchement	Tchaouen	<ul style="list-style-type: none"> - Les femmes interrogées ont recours aux services de santé de leur propre initiative, même si certaines d'entre elles mentionnent avoir sollicité l'autorisation de leurs maris. - Avis des femmes interrogées : bon comportement et bon accueil des agents de santé lors des consultations, alors que d'autres indiquent qu'elles sont abandonnées pendant le travail. 	<ul style="list-style-type: none"> - Effectivité de la gratuité des consultations enfants, prénatales, fer acide folique et paludisme est mentionnée par toutes les personnes interrogées. - Carnet des consultations gratuit pour les patientes démunies. 	<ul style="list-style-type: none"> - La plupart des 32 villages sont situés autour du centre de santé, donc à des distances relativement courtes. - Centre ouvert en permanence. - Offre de nourriture aux femmes qui viennent de très loin et fourniture d'une serviette aux femmes démunies lors de l'accouchement. - Accès au centre de santé difficile en saison de pluie, soit durant cinq mois. - Centre de santé tenu par un infirmier natif du village. - Réunions régulières de coordination entre personnel de santé et agents de santé communautaire pour discuter des problèmes et des éventuelles solutions. - Entente entre les ASC, les matrones et le responsable du centre mentionnée par les personnes interrogées. - Chaque village dispose d'un cahier dans lequel on inscrit le nom des femmes enceintes, des enfants et de leurs parents afin de faire facilement le suivi et le rappel.

Discussion

Notre étude montre que les capacités organisationnelles et de gestion des prestataires et des agents de santé communautaire ainsi que des facteurs contextuels pourraient expliquer l'hétérogénéité des résultats observés. La discussion va essentiellement porter sur la consultation pédiatrique dans les centres de santé de Bao et Tapol et les accouchements dans les centres de santé de Tchaouen et Biramanda, car ce sont les contrastes les plus marqués dans ces centres de santé.

Le leadership et la maîtrise par les prestataires de soins et les agents de santé communautaire de leurs rôles expliqueraient l'augmentation significative de l'utilisation des services à Bao et à Tchaouen. Les personnes interrogées aussi bien à Bao qu'à Tchaouen ont mentionné à plusieurs reprises le dynamisme et l'esprit d'initiative qui ont caractérisé les responsables de ces centres de santé. À l'inverse, la mauvaise gestion des ressources financières à Tapol, la mauvaise perception de la qualité des soins et les absences répétées du personnel soignant à Biramanda semblent être les raisons du résultat inchangé observé. Ce constat rejoint les travaux d'une étude au Burkina qui confirme l'importance des compétences en leadership et des facteurs humains dans la performance du système de santé local (20). Ces résultats corroborent d'autres études qui ont montré que le leadership des gestionnaires et la performance managériale à l'échelon périphérique contribuent à améliorer les indicateurs de recours aux soins et peuvent avoir un effet important sur le système de santé (19, 20).

L'étude révèle aussi que les interactions coordonnées entre les prestataires, les agents de santé communautaire et les accoucheuses traditionnelles pourraient expliquer l'augmentation substantielle du recours observé dans les centres de santé de Bao et de Tchaouen. Les mauvaises relations entre le personnel de santé et les agents de santé communautaire à Tapol expliqueraient les résultats mitigés observés. Plusieurs travaux au Mozambique (9) au Kenya (22), en Sierra Leone et au Somaliland (23) ont mis en évidence le rôle significatif des communautés dans le développement du système de santé. Une étude menée pour déterminer la collaboration entre les agents de santé communautaire et les équipes de soins de santé a révélé des résultats positifs sur la santé (24).

Notre étude a révélé que l'éloignement des centres de santé de Tapol et Biramanda ainsi que de routes

impraticables et dangereuses peuvent expliquer les résultats observés dans ces deux centres de santé. Plusieurs études, dans le nord de l'Éthiopie (25) en Zambie (25, 26) et en Sierra Leone (28), ont révélé que la distance et le manque de moyens de transport interagissent et influencent l'utilisation des services de santé. Ce constat rejoint également une étude faite au Burkina Faso qui a montré que les facteurs contextuels, notamment les facteurs humains, sont déterminants et pourraient expliquer les variations de l'utilisation des services de santé (29). Olivier de Sardan justifie son expression « revanche des contextes » (30) par l'écart entre les effets attendus d'une intervention et la réalité du terrain. Et donc « l'imprévisibilité » peut découler autant du contexte de la formulation des politiques que des contextes de mise en œuvre.

Au titre des limites méthodologiques, la réalisation de l'étude treize mois après la fin de l'intervention n'a pas facilité l'identification rapide des personnes à rencontrer. Un biais de mémoire n'est pas impossible, mais nous avons laissé libre cours aux personnes pour décrire de manière détaillée la maladie de leur enfant ou leur grossesse et se rappeler les événements. Une autre limite est le déroulement de tous les entretiens avec les utilisatrices et les agents de santé communautaire en langue locale. Cependant, les guides ont été traduits préalablement pour s'assurer de l'utilisation des termes exacts et tous les entretiens ont été traduits et transcrits en français par les assistants de recherche qui maîtrisent la langue locale.

Conclusion

Les résultats de cette étude montrent que les facteurs humains et contextuels expliqueraient l'hétérogénéité des effets observés. Cette étude a révélé qu'il est important de prendre en compte le contexte lorsque l'on planifie une intervention de santé publique, notamment les capacités organisationnelles, de gestion et de coordination des acteurs de santé. En outre, il peut être utile d'approfondir l'analyse en examinant l'influence de la qualité des services sur cette hétérogénéité des résultats. D'autres études seront nécessaires pour bien identifier les éléments clés de la maîtrise de gestion et le potentiel de collaboration des acteurs de la mise en œuvre pour rendre compte de leurs répercussions sur la performance du système de santé en Afrique.

Remerciements

Nous remercions très sincèrement tous ceux et toutes celles qui ont contribué à la réalisation de cette étude, les acteurs communautaires et prestataires qui ont accepté de participer à cette étude, le projet UNISSahel pour son soutien financier, Idriss Gali-Gali pour son appui technique dans la collecte de données et Ahmat Ousmane Malick ainsi que Mahamane Moha pour la relecture du manuscrit.

Références

- WHO. World Health Statistics 2023 : Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals [En ligne]. WHO; 2023. 119 p. Disponible sur: https://reliefweb.int/report/world-health-statistics-2023-monitoring-health-sdgs-sustainable-development-goals?gclid=EAIaIQobChMIybCMsPaLggMV01FBAh-1KaQTdEAAYASAAEgKTBfD_BwE
- INSEED. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples au Tchad (EDS-MICS) 2014-2015 [En ligne]. INSEED; 2015. 623 p. Disponible sur: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr317/fr317.pdf>
- MSP. Annuaire des statistiques sanitaires 2017 [En ligne]. MSP; 2018. 165 p. Disponible sur: <https://www.inseed.td/index.php/blog-with-right-sidebar/document/category/13-annuaire-statistique>
- MSP. Politique nationale de santé 2007-2015 [En ligne]. MPS; 2007. 35 p. Disponible sur: https://www.academia.edu/4786808/Politique_Nationale_de_Santé_2007_2015
- BASE. Projet d'appui à la réduction durable de la mortalité maternelle et infantile dans les districts de Bénoué et Laoukassy 2016-2019. 2015.
- Manoufi D, Kabore WC, Yahannon CN, Dumont A, Ridde V. Amélioration de l'offre et de la demande de soins de santé maternelle et infantile au Tchad : une étude quasi-expérimentale. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. août 2021;69(4):193-203.
- Owuor HO, Asito SA, Adoka SO. The Differential Effect of the Free Maternity Services Policy in Kenya. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2019;11(1):1887.
- Cole CB, Pacca J, Mehl A, Tomasulo A, Van der Veken L, Viola A, *et al*. Toward Communities as Systems: A Sequential Mixed Methods Study to Understand Factors Enabling Implementation of a Skilled Birth Attendance Intervention in Nampula Province, Mozambique. *Reprod Health*. déc 2018;15(1):132.
- Say L, Raine R. A Systematic Review of Inequalities in the Use of Maternal Health Care in Developing Countries: Examining the Scale of the Problem and the Importance of Context. *Bull World Health Organ*. oct 2007;85(10):812-9.
- McIntyre D, Thiede M, Birch S. Access as a Policy-Relevant Concept in Low- and Middle-Income Countries. *Health Econ Policy Law*. avr 2009;4(Pt_2):179-93.
- Yan C, Taddej C, Chamroonsawasdi K, Chansatitporn N, Sung JF. Ethnic Disparities in Utilization of Maternal and Child Health Services in Rural Southwest China. *Int J Environ Res Public Health*. nov 2020;17(22):8610.
- Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *J Health Soc Behav*. mars 1995;36(1):1-10.
- Penchansky R, Thomas JW. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Med Care*. fév 1981;19(2):127-40.
- Guagliardo MF. Spatial Accessibility of Primary Care: Concepts, Methods and Challenges. *Int J Health Geogr*. 26 fév 2004;3(1):3.
- Ricketts TC, Goldsmith LJ. Access in Health Services Research: the Battle of the Frameworks. *Nurs Outlook*. nov-déc 2005;53(6):274-80.
- Thaddeus S, Maine D. Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context. *Soc Sci Med*. avr 1994;38(8):1091-110.
- Gabrysch S, Campbell OM. Still too far to Walk: Literature Review of the Determinants of Delivery Service Use. *BMC Pregnancy Childbirth*. sept 2009;9(1):34.
- Cu A, Meister S, Lefebvre B, Ridde V. Assessing Healthcare Access Using the Levesque's Conceptual Framework - A Scoping Review. *Int J Equity Health*. 7 mai 2021; 20(1):116.
- Haddad S, Bicaba A, Feletto M, Taminy E, Kabore M, Ouédraogo B, *et al*. System-Level Determinants of Immunization Coverage Disparities among Health Districts in Burkina Faso: A Multiple Case Study. *BMC Int Health Hum Rights*. 14 oct 2009;9(suppl_1):S15.
- Meda ZC, Konate L, Ouedraogo H, Sanou M, Hercot D, Sombié I. Leadership and Vision in the Improvement of Universal Health Care Coverage in Low-Income Countries. *Cahiers de santé*. juill 2011;21(3):178-84.
- Kitui JE, Dutton V, Bester D, Ndirangu R, Wangai S, Ngugi S. Traditional Birth Attendant Reorientation and Motherpacks Incentive's Effect on Health Facility Delivery Uptake in Narok County, Kenya: An Impact Analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 21 avr 2017;17(1):125.
- Orya E, Adaji S, Pyone T, Wurie H, Van den Broek N, Theobald S. Strengthening Close to Community Provision of Maternal Health Services in Fragile Settings: An Exploration of the Changing Roles of TBAs in Sierra Leone and Somaliland. *BMC Health Serv Res*. 5 juill 2017;17(1):460.
- Franklin CM, Bernhardt JM, Lopez RP, Long-Middleton ER, Davis S. Interprofessional Teamwork and Collaboration Between Community Health Workers and Healthcare Teams: An Integrative Review. *Health Serv Res Manag Epidemiol*. 16 mars 2015;2:2333392815573312.
- Fisseha G, Berhane Y, Worku A, Terefe W. Distance from Health Facility and Mothers' Perception of Quality Related to Skilled Delivery Service Utilization in Northern Ethiopia. *Int J Womens Health*. oct 2017;9:749-56.
- Gabrysch S, Cousens S, Cox J, Campbell OMR. The Influence of Distance and Level of Care on Delivery Place in Rural Zambia: A Study of Linked National Data in a Geographic Information System. *PLoS Med*. 25 janv 2011;8(1):e1000394.

26. Kyei NNA, Campbell OMR, Gabrysch S. The Influence of Distance and Level of Service Provision on Antenatal Care Use in Rural Zambia. *PloS One*. 2012;7(10): e46475.
27. Treacy L, Bolkan HA, Sagbakken M. Distance, Accessibility and Costs. Decision-Making During Childbirth in Rural Sierra Leone: A Qualitative Study. *PloS One*. 23 avr 2018;13(4):e0196523.
28. Belaid L, Ridde V. Contextual Factors as a Key to Understanding the Heterogeneity of Effects of a Maternal Health Policy in Burkina Faso? *Health Policy Plan*. avr 2015;30(3):309-21.
29. Bourel É. Jean-Pierre Olivier de Sardan, La revanche des contextes. Des mésaventures de l'ingénierie sociale, en Afrique et au-delà. *Nouv Rev Trav* [En ligne]. 2022 [cité le 26 déc 2022]. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/nrt/12639>

ANNEXES

Annexe 1 : Guides d'entretiens

Guide d'entrevue Femmes Accouchées au CS

Rappel du caractère anonyme et requérir le consentement éclairé de l'interviewé

1. Identification et information gynécologique

Pouvez-vous vous présenter ?

- Noms, prénoms ;
- Âge de la parturiente ;
- Village ;
- Date de l'accouchement ;
- Nom de la Matrone ;
- Nombre d'accouchement dans un CS.

2. Accessibilité perçue et réelle

2.1. Pouvez-vous nous expliquer ce qui vous a motivé d'aller accoucher dans le centre de santé ?

- Décision personnelle, mari, matrone, relais, autres personnes ;
- Bénéfices, avantages perçus ;
- CPNs réalisés.

2.2. Quelle appréciation faites-vous de la distance du village au centre de santé et comment vous vous êtes rendu ?

- L'emplacement/position/distance du centre de santé par rapport à votre village ;
- Obstacles naturels ;
- Durée pour arriver au centre de santé ;
- Coût du transport.

2.3. Expliquez-nous comment s'est déroulé votre accouchement dans le centre de santé ?

- Accueil ;
- Exemption (explorer l'effectivité de la gratuité CPN, Accht) ;
- Autres coûts (carnet, médicaments, autres dépenses) ;
- Perception du CS et de l'interaction avec le soignant pendant l'accouchement ;
- Rôle de la Matrones ;
- Temps passé au centre, nourriture.

2.4. Avez-vous rencontré des difficultés au centre de santé ? Si oui les quels et comment les avez-vous surmontées ?

3. Perceptions de la qualité des prestations

3.1. Comment appréciez-vous la qualité des prestations au centre de santé ?

- Accueil ;
- Permanence ;
- Perceptions des soins.

3.2. Avez-vous une dernière chose à ajouter ?

Merci pour votre disponibilité !

Guide d'entrevue Matrones

Rappel du caractère anonyme et requérir le consentement éclairer de l'interviewé

1. Identification

Pourriez-vous vous présenter et décrire un peu votre fonction ?

- Fonction (type, village de résidence) ;
- Année de recrutement, formation reçue ;
- Responsabilités, tâches ;
- Présence lors du démarrage de l'intervention.

2. Accessibilité réelle

2.1. Quelle est votre appréciation de l'accès au centre de santé ?

- L'emplacement/position/distance du centre de santé par rapport aux villages,
- Nombre de villages et population,
- Obstacles naturels.

2.2. Pouvez-vous nous parler de votre rôle et de la collaboration avec les personnels de santé en tant que Matrone ?

- Perception de ce nouveau rôle ;
- Information des communautés (couverture des villages proches, éloignés) ;
- Orientations des femmes et enfants vers le CS (zones proches, éloignés, sites stratégie avancée) ;
- Interactions avec les populations ;
- Collaboration entre les personnels du centre de santé.

2.3. Quels sont les coûts de soins supportés par les patients et quelle est votre appréciation ?

2.4. Que Pensez-vous des coûts/dépenses indirects supportés par les patients ?

- Transport ;
- Nourriture ;
- Temps passé par les patients dans le CS.

3. Perceptions de l'intervention

3.1. Qu'est-ce que le projet de BASE a apporté pour la santé des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans et à vous en tant que Matrones ?

3.2. Quels effets a eu la gratuité sur les accouchements et la consultation des enfants de moins de 5 ans et selon vous qu'est-ce qui montre cela ?

3.3. Selon vous, qu'est-ce qui explique les résultats qu'on observe sur ce graphique ?

(Montrez la courbe ; pour les matrones et les relais expliquer oralement l'évolution de la courbe)

3.4. Dites-nous comment vous avez pu obtenir ce résultat ?

- Facteurs favorisants
- Facteurs défavorisant
- Autres explications : rôle des relais, matrones, autres etc.

4. Perceptions de la qualité des prestations

4.1. Quelle est votre appréciation par rapport à la qualité des prestations du centre de santé ?

- Accueil ;
- Permanence ;
- Perceptions des patients et patientes.

4.2. Avez-vous une dernière chose à ajouter ?

Merci pour votre disponibilité !

Guide d'entrevue Prestataires

Rappel du caractère anonyme et requérir le consentement éclairé de l'interviewé

1. Identification et parcours professionnel

Pourriez-vous vous présenter et décrire votre fonction ?

- Formation (type, lieu, année) ;
- Trajectoire professionnelle (Nombre d'années dans la profession, dans le CS, le District) ;
- Responsabilités, tâches ;
- Présence dans le CS/DS lors de la mise en œuvre de l'intervention.

2. Accessibilité réelle

2.1. Comment vous organisez-vous pour offrir les soins ?

- Nombre du personnel soignant (identifiez les prochains prestataires à interviewer) ;
- Nombre de jours horaires d'ouverture du CS ;
- Permanence/astreinte ;
- Services dispensés /paquet minimum d'activités (PMA) : Accht, CPN, CPON, CCE ;
- Interactions patients/soignant ;

2.2. Quelle appréciation faites-vous de l'emplacement du centre de santé par rapport aux autres villages ?

- Position/distance du centre de santé par rapport aux villages ;
- Nombre de villages et population ;
- Obstacles naturels.

2.3. Quels sont les coûts de soins supportés par les patients et quelle est votre appréciation ?

- Carnets ;
- Médicaments ;
- Examens ;
- Consultations/Actes.

2.4. Que pensez-vous des coûts/dépenses indirects supportés par les patients ?

- Transport ;
- Nourriture ;
- Temps passé par les patients dans le CS.

2.5. Motivation femmes à utiliser les CS ?

2.6. Appui aux CS

3. Perceptions de l'intervention

3.1. Qu'est-ce que le projet de BASE a apporté pour la santé des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans ?

- Exemption des femmes enceintes
- Exemption des enfants de 0 à 5 ans ;
- Quels sont les coûts additionnels supportés par ces deux catégories ;
- Ces coûts ont-ils freiné la fréquentation des patients au centre
- Collaboration avec les Agent de Santé Communautaire et les matrones ;
- Interactions avec les bénéficiaires et les communautés.

3.2. Quels effets a eu cette gratuité sur les accouchements et les consultations des enfants de moins de 5 ans et selon vous qu'est-ce qui montre cela ?

3.3. Selon vous, qu'est-ce qui explique les résultats qu'on observe sur ce graphique ?

(Montrez la courbe ; pour les matrones et les relais expliquez oralement l'évolution de la courbe)

3.4. Dites-nous comment vous avez pu obtenir ce résultat ?

- Facteurs favorisants
- Facteurs défavorisants
- Autres explications : rôle des relais, matrones, autres etc.

4. Perceptions de la qualité des prestations

4.1. Quelle est votre appréciation par rapport à la qualité des prestations du centre de santé ?

- Accueil ;
- Permanence ;
- Perceptions des patients et patientes.

4.2. Avez-vous une dernière chose à ajouter ?

Merci pour votre disponibilité !

Guide d'entrevue relais

Rappel du caractère anonyme et requérir le consentement éclairé de l'interviewé

1. Identification

Pourriez-vous vous présenter et décrire un peu votre fonction ?

- Fonction (type, village de résidence) ;
- Année de recrutement, formation reçue ;
- Responsabilités, tâches ;
- Présence lors du démarrage de l'intervention.

2. Accessibilité réelle

2.1. Quelle est votre appréciation sur l'accès au centre de santé ?

- L'emplacement/position/distance du centre de santé par rapport aux villages,
- Nombre de villages et population,
- Obstacles naturels.

2.2. Pouvez-vous nous parler de votre rôle et de la collaboration avec les personnels de santé en tant que relais ?

- Perception de leur rôle,
- Information des communautés (couverture des villages proches, éloignés),
- Orientations des femmes et enfants vers le CS (zones proches, éloignés, sites stratégie avancée),
- Interactions avec les populations,
- Collaboration entre les personnels du centre de santé.

2.3. Quels sont les coûts de soins supportés par les patients et quelle est votre appréciation ?

- Carnets ;
- Médicaments ;
- Examens ;
- Consultations/Actes.

2.4. Que pensez-vous des coûts/dépenses indirects en lien avec l'intervention ?

- Transport,
- Nourriture,
- Temps passé par les patients dans le CS.

3. Perceptions de l'intervention

3.1. Qu'est-ce que le projet de BASE a apporté pour la santé des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans et à vous en tant que Relais ?

3.2. Quels effets a eu la gratuité sur les accouchements et la consultation des enfants de moins de 5 ans et selon vous qu'est-ce qui montre cela ?

3.3. Selon vous, qu'est-ce qui explique les résultats qu'on observe sur ce graphique ?

(Montrez la courbe ; pour les matrones et les relais expliquer oralement l'évolution de la courbe)

3.4. Dites-nous comment vous avez pu obtenir ce résultat ?

- Facteurs favorisants
- Facteurs défavorisants
- Autres explications : rôle des relais, matrones, autres etc.

4. Perceptions de la qualité des prestations

4.1. Quelle est votre appréciation par rapport à la qualité des prestations du centre de santé ?

- Accueil ;
- Permanence ;
- Perceptions des patients et patientes.

4.2. Avez-vous une dernière chose à ajouter ?

Merci pour votre disponibilité !

Guide d'entrevue Membres COSAN

Rappel du caractère anonyme et requérir le consentement éclairé de l'interviewé

1. Identification

Pourriez-vous vous présenter et décrire votre fonction ?

- Fonction (type, village de résidence, formation reçue, etc.) ;
- Année d'élection dans le COSAN ;
- Responsabilités, tâches, perception de sa responsabilité ;
- Présence dans le COSAN lors de la mise en œuvre de l'intervention.

2. Accessibilité réelle

2.1. Comment vous organisez-vous pour assurer votre rôle ?

- Information des communautés (couverture des villages proches, éloignés) ;
- Orientations des femmes et enfants vers le CS (zones proches, éloignées, sites stratégie avancée) ;
- Interactions avec les populations ;
- Collaboration avec les personnels du centre de santé ;
- Motivation personnelle.

2.2. Quelle appréciation faites-vous de l'accès au centre de santé ?

- L'emplacement/position/distance du centre de santé par rapport aux villages ;
- Nombre de villages et population ;
- Obstacles naturels.

2.3. Quels sont les coûts de soins supportés par les patients et quelle est votre appréciation ?

- Carnets ;
- Médicaments ;
- Examens ;
- Consultations/Actes.

2.4. Que pensez-vous des coûts/dépenses indirects supportés par les patients ?

- Transport ;
- Nourriture ;
- Temps passé par les patients dans le CS.

3. Perceptions de l'intervention

3.1. Qu'est-ce que le projet de BASE a apporté pour la santé des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans ?

3.2. Quels effets a eu la gratuité sur les accouchements et la consultation des enfants de moins de 5 ans et selon vous qu'est-ce qui montre cela ?

3.3. Selon vous, qu'est-ce qui explique les résultats qu'on observe sur ce graphique ?

(Montrez la courbe ; pour les matrones et les relais expliquer oralement l'évolution de la courbe)

3.4. Dites-nous comment vous avez pu obtenir ce résultat ?

- Facteurs favorisant
- Facteurs défavorisant
- Autres explications : rôle des relais, matrones, autres, etc.

4. Perceptions de la qualité des prestations

4.1. Quelle est votre appréciation par rapport à la qualité des prestations du centre de santé ?

- Accueil ;
- Permanence ;
- Perceptions des patients et patientes.

4.2. Avez-vous une dernière chose à ajouter ?

Merci pour votre disponibilité !

Guide d'entrevue ECD (CZR et MCD)

Rappel du caractère anonyme et requérir le consentement éclairé de l'interviewé

1. Identification et parcours professionnel

Pourriez-vous vous présenter et décrire votre fonction ?

- Formation (type, lieu, année) ;
- Trajectoire professionnelle (nombre d'années dans la profession, dans le District) ;
- Responsabilités, tâches ;
- Présence dans le DS lors de la mise en œuvre de l'intervention.

2. Accessibilité réelle

2.1. Comment êtes-vous organisé pour appuyer les centres de santé pour offrir les soins ?

- Nombre de l'équipe cadre ;
- Supervisions ;
- Campagne de vaccination
- Planification des activités ;
- Médicaments Programmes verticaux et gratuité ;
- Références et évacuations.

2.2. Quelle appréciation faites-vous de l'emplacement des centres de santé de Bao, Biramanda et Tchaouen par rapport aux autres villages de la ZR ?

- Position/distance du centre de santé par rapport aux villages ;
- Nombre de villages et population ;
- Obstacles naturels.

2.3. Quels sont de façon globale les coûts de soins supportés par les patients et quelle est votre appréciation ?

- Carnets ;
- Médicaments ;
- Examens ;
- Consultations/Actes.

2.4. Que pensez-vous des coûts/dépenses indirects supportés par les patients ?

- Transport ;
- Nourriture ;

- Temps passé par les patients dans le CS.

3. Perceptions de l'intervention

3.1. Qu'est-ce que le projet de BASE a apporté pour la santé des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans ?

- Exemption des femmes enceintes
- Exemption des enfants de 0 à 5 ans ;
- Quels sont les coûts additionnels supportés par ces deux catégories ;
- Ces coûts ont-ils freiné la fréquentation des patients au centre
- Collaboration des personnels de santé avec les Agent de Santé Communautaire et les matrones ;
- Interactions des personnels de santé avec les bénéficiaires et les communautés.

3.2. Quels effets a eu cette gratuité sur les accouchements et les consultations des enfants de moins de 5 ans et selon vous qu'est-ce qui montre cela ?

3.3. Selon vous, qu'est-ce qui explique les résultats qu'on observe sur ces graphiques ?

(Montrez la courbe et insister sur l'évolution de la courbe)

3.4. Dites-nous à votre avis comment ces résultats ont pu être obtenus ?

- Facteurs déterminants
- Facteurs favorisant
- Facteurs défavorisant
- Autres explications : rôle des relais, matrones, autres, etc.

4. Perceptions de la qualité des prestations

4.1. Quelle est votre appréciation par rapport à la qualité des prestations du centre de santé ?

- Efficacité ;
- Accueil ;
- Permanence ;
- Perceptions des patients et patientes.

4.2. Avez-vous une dernière chose à ajouter ?

Merci pour votre disponibilité !

Annexe 2 : Différences par cas et selon les dimensions – variables consultations enfants de moins de 5 ans

Cas	Accessibilité perçue	Accessibilité économique	Accessibilité réelle
Tapol	<p>La plupart des femmes interrogées affirment aller d'elles-mêmes à la suite des sensibilisations. Cependant, leur perception des services n'est pas satisfaisante de l'avis de la majorité. La difficulté de trouver des moyens de transport et les cas de viols n'incitent pas, dans les zones éloignées, à l'utilisation des services en première intention sauf pour des cas graves. La présence des docteurs tchoukous (vendeurs de médicaments de rue) concurrence les services de santé selon les acteurs communautaires. Comme particularités, l'insuffisance des compétences perçues et l'absence d'un bon accueil du personnel de TAPOL ont été évoquées par les ASC et amènent certains usagers à préférer le centre de santé voisin de Roïde, dont les prestations sont appréciées et les médicaments moins chers.</p>	<p>Les produits tels que le fer, pour lutter contre le paludisme, la diarrhée, sont gratuits. Si l'enfant présente de nombreuses maladies et que le coût des soins dépasse le forfait négocié dans le cadre de la gratuité, il est prescrit une ordonnance que les usagers payent. Le message relayé par les ASC mentionne la gratuité pour tous les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Cette absence de précision est déplorée par tous les usagers. Le coût du transport, allant de 500 francs CFA à 2 000 francs CFA, voire 5 000 francs CFA en saison de pluie, est hors de portée pour les populations.</p>	<p>Le CS n'a pas instauré un système de permanence malgré la présence de huit agents de santé qui travaillent à plein temps. De perpétuelles mésententes entre le comité de gestion et le RCS sont évoquées. Il y a eu des problèmes de détournements de fonds qui ont entraîné des emprisonnements et la nomination d'un nouveau comité de gestion à la suite de l'implication des autorités administratives. Tous les RCS qui ont été affectés ont eu des problèmes de collaboration avec les acteurs communautaires, reconnaît le chef de zone. Les docteurs tchoukous sont installés publiquement en face du CS et concurrencent le centre de santé.</p>
Bao	<p>Les personnes interrogées apprécient positivement de façon unanime le RCS et affirment fréquenter le CS de leur propre initiative, même si certaines demandent l'autorisation de leurs maris. Certains souhaitent même qu'il reste définitivement à Bao. Le rôle des ASC et des matrones a été déterminant dans la sensibilisation à l'utilisation des services, selon le personnel de santé, même si la plupart des femmes interrogées affirment aller au CS de leur propre chef. Les acteurs communautaires de façon unanime reconnaissent la bonne collaboration entre eux et le centre ainsi que la coordination de leurs activités par le personnel de santé. Par contre, deux femmes interrogées évoquent, pour l'une, que comme les médicaments sont gratuits, ils prennent tout leur temps avant d'appeler à l'intérieur pour la consultation et, pour l'autre, que l'infirmier responsable les accueille bien contrairement aux autres agents de santé ; elle constate par ailleurs qu'il n'y a même pas une natte pour se reposer en attendant d'être prise en charge et la maternité et les salles d'observation ne disposent pas d'assez de lits.</p>	<p>L'ensemble des personnes reconnaissent que tout n'est pas gratuit mais relativisent en disant que les prescriptions restent raisonnables comparées à la période où il n'y avait pas cette gratuité. En plus de la gratuité partielle signalée, la majorité évoque la difficulté de transport qui constitue une contrainte majeure d'accès aux services, surtout pour les cas graves. Le coût de transport en moto taxi, quand il y en a, varie entre 3 000 francs CFA et 5 000 francs CFA et est hors de portée, surtout en saison de pluie, quand des routes sont coupées.</p>	<p>Le centre est ouvert 24h/24 et 7jr/7 avec une permanence effective selon les agents de santé, dont le discours est clair concernant l'organisation du travail et la répartition des tâches. Le personnel évoque l'importance de l'accueil qui fait l'objet de discussions régulières pour son amélioration. La plupart des usagers interrogés ont apprécié leurs prises en charge au CS. Le COSAN, les ASC et les matrones interrogés affirment les bonnes relations et la synergie d'action avec le personnel de santé. L'hôpital de référence, situé à une quarantaine de kilomètres, est très difficile d'accès de l'avis de toutes les personnes interrogées. La route est mauvaise en plus de cours d'eau qui empêchent tout passage durant des jours entiers en saison de pluie.</p>

**LES FACTEURS CONTEXTUELS POUR COMPRENDRE L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES RÉSULTATS
D'UNE POLITIQUE D'EXEMPTION DU PAIEMENT DES SOINS AU TCHAD**

Cas	Accessibilité perçue	Accessibilité économique	Accessibilité réelle
Différences	Si dans les deux cas les usagers sont sensibilisés par les ASC et les matrones à l'utilisation des services de santé, à Bao on constate une synergie d'action entre le personnel soignant, le COSAN et les agents de santé communautaire, contrairement à Tapol, où il y a une absence de coordination et une insatisfaction dans les relations des ASC et des matrones d'un côté et avec le COSAN de l'autre. À Tapol, où les distances entre les villages et le CS sont longues, dangereuses et peuvent décourager les usagers à fréquenter le centre, les absences au poste de travail du personnel soignant et la perception de leur incompétence ont été relatées par les personnes interrogées.	Les fréquents remplacements des RCS, la mésentente permanente entre le comité de santé et le personnel soignant, la cherté des médicaments perçue, l'installation des « docteurs tchoukous » en face du centre et le détournement de fonds à Tapol semblent influencer sur l'accès économique, contrairement à Bao, où le coût des soins pour les personnes éligibles à la gratuité est jugé raisonnable en dehors des coûts de transport élevés, surtout pour les personnes référées à cause des routes impraticables.	Le centre de Bao est ouvert 24h/24 et 7jr/7 avec une permanence effective en dehors des heures d'ouverture, contrairement à Tapol, où les personnes interrogées affirment trouver la sentinelle la nuit et en soirée et utiliser leurs téléphones afin que l'infirmier vienne les prendre en charge. L'organisation du travail, notamment la répartition des tâches du personnel soignant, les réunions régulières et les interactions avec les ASC et les matrones sont affirmées clairement à Bao. À Tapol, la collaboration entre les soignants et le comité de santé a hypothéqué la capacité du centre à assurer une prise en charge adéquate, reconnaissent toutes les personnes interrogées ; tous les RCS qui y ont exercé ont eu des problèmes de collaboration avec les acteurs communautaires ; celui qui était en poste lors de l'enquête menaçait de partir alors qu'il est natif de la localité et que le district croyait, en l'envoyant, résoudre ce problème de collaboration. À Tapol, pendant la période de mise en œuvre de l'action, il y a eu des problèmes de détournements de fonds qui se sont soldés par l'emprisonnement du pharmacien, du caissier et de la présidente du comité de gestion. Les « docteurs tchoukous », vendeurs de médicaments de rue, sont installés en face et concurrencent le CS de Tapol sans que le phénomène ne soit combattu. Si les personnels sont indisponibles, les patients se tournent vers eux qui ne se cachent pas pour faire la publicité de leurs produits.

Cas	Accessibilité perçue	Accessibilité économique	Accessibilité réelle	
Similitudes	L'initiative du recours, dans les deux centres, paraît la plupart du temps venir des femmes parturientes ou mères, même si beaucoup d'entre elles soulignent l'incitation des relais et agents de santé communautaire.	La plupart des personnes interrogées, aussi bien à Bao qu'à Tapol, déclarent que la gratuité est réduite aux consultations, aux produits de lutte contre le paludisme et le fer pour les femmes enceintes. L'ensemble des personnes interrogées mentionnent que le carnet, un cahier de 50 pages qui coûte 75 francs CFA, découpé en trois morceaux, est facturé 200 francs CFA aux malades. Ceci crée une confusion entre ce qui est gratuit et ce qui ne l'est pas, surtout quand les agents de santé communautaire ne le précisent pas aux communautés. L'insuffisance des moyens de transport couplée aux tarifs hors de portée, bien qu'à Tapol les villages soient plus éloignés qu'à Bao, caractérise les deux zones de responsabilité. Les personnes interrogées déclarent que le tarif varie entre 2 000 francs CFA et 5 000 francs CFA selon les saisons. La gratuité pour les personnes éligibles est partielle et est réduite aux accouchements et aux produits tels que le fer pour la CPN, les produits de lutte contre le paludisme, la diarrhée.		

Annexe 2 : Différences par cas et selon les dimensions – variables accouchements

Biramanda	<p>Le centre de santé, construit dans le chef-lieu du canton, est mal placé par rapport à l'aire de santé. La majorité des villages se trouvent très loin du centre, sont difficilement accessibles et connaissent de graves problèmes d'eau. Les femmes interrogées ne semblent pas apprécier l'accueil des agents de santé, aussi bien par rapport à la qualité des soins perçue qu'aux absences régulières de l'infirmier responsable, point sur lequel tous les acteurs communautaires s'accordent. Les ASC mentionnent par ailleurs leur mésentente avec les membres du COGES qui évitent de convoquer les réunions mensuelles censées permettre de discuter des difficultés rencontrées sur le terrain par les ASC.</p>	<p>Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans reconnaissent bénéficier de la gratuité sous réserve de payer 200 francs CFA au titre des frais de consultation. La difficulté de déplacement dans presque toute la zone constitue une contrainte majeure de l'avis général. Les sites construits dans les zones éloignées ne semblent pas avoir amélioré les soins maternels, car ils sont plus utilisés pour la vaccination des enfants. Le COSAN, les ASC et les matrones rencontrés ne sont pas dynamiques et connaissent des mésententes, notamment dans la gestion des finances. Une autre contrainte est la présence des « docteurs tchoukous ».</p>	<p>Quoique le centre soit ouvert, les agents de santé ne sont pas souvent en poste ; quand le malade se présente, le gardien avise les soignants qui n'habitent pas loin du CS. La distance entre les villages et le CS est citée comme contrainte majeure à l'utilisation des services de santé. 16 sur 33 villages sont éloignés de plus de 10 km ; le village le plus loin est à 25 km. En plus de distances longues et de routes sablonneuses, les agents de santé soulignent l'absence de points d'eau sur ces pistes. Les matrones affirment paradoxalement continuer à accoucher les femmes à domicile en raison des longues distances et des contraintes de déplacement, alors qu'elles étaient censées inciter les femmes à accoucher dans le centre. La rupture fréquente de médicaments a été évoquée par les usagers qui doivent attendre la livraison des commandes.</p>
Tchaouen	<p>Le centre, dirigé par un infirmier natif de la localité non fonctionnaire, est très apprécié de façon unanime par toutes les personnes interrogées. Une grande partie des populations habite des villages très proches du centre de santé. La disponibilité et le bon accueil réservé aux patients sont évoqués par les personnes interrogées. Une prise de conscience collective a eu lieu grâce à un chef de canton qui a propagé l'idée qu'aucune femme ne doit accoucher à domicile. Les ASC et matrones suivent régulièrement la fréquentation des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans aux séances de CPN et de vaccinations. Cependant, une des femmes semble apprécier l'accueil et la consultation mais dénonce le fait que les femmes sont abandonnées seules dans leur lit pendant le travail. De l'avis de tous, à Tchaouen, qui est une zone de culture du riz et donc totalement inondée en saison de pluie, l'accessibilité au CS est très difficile.</p>	<p>La CPN et l'accouchement sont gratuits une fois que les frais de carnet sont acquittés, reconnaissent l'ensemble des personnes interrogées tout en précisant qu'elles payent les médicaments si d'autres maladies sont diagnostiquées. Le coût des soins reste relativement accessible à tous et même les personnes incapables de payer sont prises en charge ; elles pourront payer plus tard. En saison de pluie, le coût du transport variant entre 3 000 francs CFA et 4 000 francs CFA, le centre de santé est presque impossible d'accès pour les villages de la zone B.</p>	<p>Le CS, situé au milieu du village, fonctionne tous les jours avec une permanence en dehors des heures d'ouverture et des jours ouvrés. L'équipe, bien que réduite, semble bien organisée. Des réunions d'équipe sont organisées chaque semaine pour faire un suivi des activités et discuter des difficultés rencontrées afin d'améliorer l'offre de soins. Le centre offre de la bouillie aux patients en attente d'une prise en charge. Quand il y a des complications qui nécessitent une évacuation, l'infirmier ou l'aide-soignant transporte le patient sans réclamer le paiement du carburant. En saison de pluie, l'accès est très difficile pour ceux qui sont en zone B à cause des inondations et les gens utilisent la pirogue pour faire traverser le malade. La route est très longue et quand on vient et qu'on ne reçoit pas de médicaments en quantité suffisante, on n'a pas assez d'explications. Il faut faire environ deux heures de marche mais, en saison de pluie, à cause des trous, on tombe beaucoup et il faut environ trois heures.</p>

<p>Différences entre Biramanda et Tchaouen</p>	<p>Si la plupart des villages sont situés autour du centre à Tchaouen, à Biramanda, où l'emplacement du centre a été mal choisi, 16 grands villages sur les 33 que compte la zone sont à plus de 10 km du centre, avec des routes sablonneuses et un grave problème d'accès à l'eau. On constate un faible engagement, à Biramanda, des acteurs communautaires pour sensibiliser les populations et une faible capacité de coordination et d'interaction avec le personnel soignant, dont l'absentéisme est mentionné par la majorité des usagères interrogées, contrairement à Tchaouen, où la motivation et l'engagement exceptionnels des acteurs communautaires se manifestent dans tous les cas étudiés et sont évoqués dans tous les entretiens réalisés. Le chef de canton de Tchaouen a convoqué tous les chefs de village pour leur parler de l'importance de venir au CS pour se faire soigner et a déclaré qu'aucune femme ne doit accoucher à domicile, sinon son mari sera amendé. Contrairement à Biramanda, le personnel soignant de Tchaouen est très apprécié par l'ensemble des personnes interrogées.</p>	<p>Les faibles capacités du personnel soignant de Biramanda ainsi que leur absentéisme sont cités par les usagères interrogées. Les entretiens effectués avec le personnel soignant font apparaître la faible capacité d'organisation, contrairement à Tchaouen, où le personnel soignant déborde de dynamisme et de motivation, alors que le RCS n'est pas fonctionnaire et perçoit irrégulièrement son salaire. Lors de l'enquête, en février 2021, le personnel déclarait avoir partagé 100 000 francs CFA en décembre 2020. L'infirmier de Tchaouen déclare que, s'il y a des complications pendant l'accouchement, il envoie les parturientes avec la moto du centre à l'hôpital catholique de Bebaïem sans demander l'argent du carburant ; si c'est un enfant qui a par exemple le paludisme grave, c'est l'aide-soignant qui le transporte jusqu'à Bebaïem. L'autre particularité, à Tchaouen, c'est que le centre de santé offre de la bouillie aux enfants et à leurs mamans, et de l'eau, en attendant qu'ils soient reçus, et des serviettes pour les patientes démunies qui accouchent au CS. La collaboration, à Biramanda, entre les ASC, le personnel soignant et le comité de gestion, selon ce dernier n'est pas bonne à cause des disputes fréquentes relatives à la gestion, pendant qu'à Tchaouen le comité vient renforcer le fonds médicaments par une cotisation des membres. En saison de pluie, de juin à novembre, l'accès est très difficile pour ceux qui sont en zone B à cause des inondations ; l'accès est facile de décembre à mai.</p>
<p>Similitudes entre Biramanda et Tchaouen</p>	<p>L'initiative du recours, dans les deux zones, semble être le fait de l'implication des acteurs communautaires, même si la plupart des femmes interrogées affirment avoir sollicité l'autorisation de leurs maris.</p>	<p>L'effectivité de la gratuité est mentionnée par toutes les femmes interrogées dans les deux zones. Elles affirment, cependant, que le carnet n'est pas gratuit, ainsi que certaines pathologies.</p>

Annexe 3 : Cadre conceptuel et codification

Cadre conceptuel (Gabrysch et Campbell 2009, adapté de Thaddeus et Maine 1994)	Catégorie	Sous-catégorie	Codes
Accessibilité perçue		Motivation d'utilisation des services de santé	Décision personnelle ; influence du conjoint ; matrones et autres relais
		Couverture sanitaire	Distance du CS Villages et population ; obstacles naturels ; moyens de transport
Accessibilité économique		Coûts des soins	Médicaments Prestations (Carnets des examens, consultations)
		Dépenses indirectes	Transport ; nourriture Durée de la prise en charge
Accessibilité réelle	Accessibilité réelle	Organisation de l'offre de soins	Qualifications Gestion Horaires de travail ; permanence/astreinte ; services offerts Interactions relais/matrones ; interactions patients/communauté ; communication Mobilisations femmes et enfants de 0 à 5 ans Perceptions usagers Équipe cadre (nombre, qualification, disponibilité) ; suivi et supervision Dotation médicaments ; programmes verticaux Gestion des évacuations des urgences
		Appui aux CS	Exemption paiement de soins accouchement ; exemption paiement enfants de 0 à 5 ans ; motivation des matrones et relais Coûts additionnels supportés par les cibles Répercussions coûts additionnels Relations ASC/matrones/soignants ; relations matrones/femmes enceintes ; relations soignants/bénéficiaires
	Perception intervention	Apports de l'intervention	Explication des résultats Facteurs favorables (organisationnel, social, économique, culturel) Facteurs défavorables (organisationnel, social, économique, culturel, géographique) Rôles des matrones et relais communautaires Autres explications
	Résultats	Résultats de l'intervention	Effets sur l'utilisation des services SR Effets sur l'utilisation des services infantiles

Chapitre IV DISCUSSION GÉNÉRALE

Notre recherche constitue la première étude rigoureuse d'évaluation de l'efficacité d'une intervention comprenant une exemption de paiement depuis la mise en œuvre des politiques de levée des obstacles financiers d'accès aux soins en 2007 au Tchad. Ces travaux, en s'appuyant sur le cadre théorique proposé par Gabrysch et Campbell [53], visent à évaluer les effets d'une intervention complexe combinant une approche collaborative d'amélioration de l'utilisation des services de santé tout en soulignant les facteurs contextuels influençant les résultats.

IV.1 SYNTHÈSE DES RESULTATS

Les deux études issues de cette recherche, abordent deux aspects complémentaires de mon sujet. La mise en œuvre des achats stratégiques des soins articulée à une approche collaborative comme levier pour améliorer l'utilisation des services de santé dans un contexte spécifique de faibles ressources. Les effets de cette intervention ont été, cependant variables. Des disparités importantes ont été observées entre les centres santé d'intervention nonobstant une situation pré-intervention et une mise en œuvre semblables. La prise en compte du contexte peut expliquer les effets contrastés de cette intervention. Cette section vise à replacer ces résultats dans le cadre de la littérature scientifique portant sur des interventions similaires.

1.1 Achats stratégiques des soins et amélioration de l'utilisation des services de Santé

Notre premier article montre une augmentation de l'utilisation des services de santé dans les zones d'intervention. L'analyse des données montre donc une progression constante tout au long de la période post-intervention. Nos travaux ont démontré que les achats stratégiques ont permis de lever les obstacles financiers dont font face des populations vulnérables isolées, d'optimiser l'allocation des ressources aux prestataires de soins, et d'améliorer l'accès aux services. Le processus inclusif des négociations de mise en place du mécanisme a permis une adhésion et une appropriation du mécanisme par l'ensemble des acteurs. Le suivi des prestations offertes, le processus des vérifications des données et la confiance dans la qualité des données permettent de tirer des conclusions positives sur l'efficacité et l'efficacé de cette stratégie d'exemption. Le contrôle de qualité des données consiste à vérifier, à travers

un processus inclusif, les écarts entre les données transmises de manière routinière et les données des registres de douze indicateurs de prestations traceurs. Les indicateurs des prestations achetées au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans en font partie. Ce contrôle trimestriel a permis aux districts sanitaires d'effectuer des analyses fondées sur des données de qualité. Il est cependant fastidieux, coûteux en termes de maîtrise de gestion des données et de logistique. Ce qui nécessite de renforcement de capacités continues des acteurs. Les équipes cadre de district, moins étoffées et insuffisamment financées, ne peuvent le pérenniser sans un appui financier externe.

La qualité des données des systèmes d'information sanitaire (SIS) est essentielle pour une prise de décision éclairée, en particulier en Afrique subsaharienne (ASS) où les systèmes sont confrontés à de faiblesse des infrastructures [105].

L'exhaustivité des données, la précision, la cohérence et la sécurité sont des éléments de qualité des données qui sont essentiels pour garantir la fiabilité et la facilité d'utilisation des données de santé. Plusieurs autres défis sont soulevés. Il s'agit des limitations des ressources, des besoins d'information et du manque d'uniformité des méthodes utilisées pour évaluer la qualité des données, ce qui entraîne des incohérences dans les résultats [106].

.

En utilisant les ressources disponibles pour maximiser les résultats en matière de santé, les achats stratégiques en santé permettent une meilleure allocation des ressources en dirigeant les fonds vers les services de santé les plus nécessaires et les plus efficaces. Cela évite un gaspillage de ressources et garantit que les investissements dans la santé produisent les meilleurs résultats possibles.

Les politiques d'achats stratégiques des soins, et plus généralement les exemptions des frais des soins, ont été mises en œuvre dans plusieurs pays africains pour réduire les barrières financières à l'accès aux services de santé [30], [34], [54], [78], [79]. Certains pays d'Afrique subsaharienne ont amélioré les résultats sanitaires à moindre coût, malgré les faibles ressources consacrées, en faisant preuve de stratégie dans l'allocation et la dépense des ressources disponibles. Des faiblesses ont été révélées par une étude des pratiques d'achat dans l'État d'Imo, au sud-est du Nigeria [107], en raison des capacités institutionnelles limitées. Des difficultés dans la séparation entre l'acheteur et le fournisseur, dans le processus de sélection, de suivi et de paiement des prestataires ont été observés. Les achats stratégiques, définis comme une approche proactive visant à optimiser les allocations tout en alignant les

ressources sur des objectifs prioritaires supposent un environnement institutionnel stable et transparent pour fonctionner efficacement [108]. Les environnements à fort taux de corruption limitent l'efficacité des achats stratégiques en raison de pratiques frauduleuses, du détournement des fonds et d'une transparence réduite dans les processus d'approvisionnement. Le classement du Tchad, au rang de 162/180 selon l'indice de perception de la corruption (IPC) [109], reflète une faible intégrité des processus décisionnels, une opacité dans l'allocation des ressources et des risques élevés de mauvaise gestion. Cette situation questionne la faisabilité des achats sans une adaptation contextuelle et une analyse des avantages et des risques. Ainsi, bien que le contexte du Tchad présente un risque élevé, l'adoption des achats de soins fondée sur des stratégies de gouvernance et de surveillance des acteurs communautaires [110], pourrait permettre d'atténuer les effets négatifs de la corruption et d'assurer une gestion plus efficace des ressources allouées. Paul et al, soulignent plusieurs limites à prendre en compte [48]. La complexité de ce type de mécanisme nécessite des capacités importantes pour leur mise en place. Le succès des achats stratégiques repose sur la capacité des pays à mettre en place des structures robustes pour évaluer, négocier et surveiller les prestations de soins, tout en priorisant les populations les plus vulnérables. Matovu et al. concluent, dans une revue sur les achats stratégiques [111], que la mesure dans laquelle les achats stratégiques améliorent les systèmes de santé dépend en partie de la manière dont les achats sont conçus et mis en œuvre. Pour que les achats stratégiques apportent plus de valeur, ils suggèrent qu'il est important de disposer d'un financement public suffisant et d'une mise en commun des ressources afin de réduire la fragmentation des systèmes.

Certaines recherches soulignent, cependant, que la gratuité seule ne suffit pas à garantir une meilleure qualité des soins et un accès équitable aux populations défavorisées et isolées [112]. Compte tenu des défis importants à relever, en particulier en Afrique, le rôle des communautés est opportun dans l'amélioration constante de l'équité, de la qualité des soins, ainsi que dans la préparation des interventions. L'OMS, dans sa stratégie mondiale 2030 sur les ressources humaines pour la santé, encourage les pays à adopter une combinaison des compétences diversifiée et durable, en exploitant le potentiel des agents de santé communautaire au sein des équipes de soins primaires interprofessionnelles.

1.2 Communautés et systèmes de santé, une synergie nécessaire pour un accès équitable aux soins

Nos travaux montrent que l'implication des acteurs communautaires s'est avérée déterminante, avec plus de la moitié des fréquentations référées. Le leadership des agents de santé communautaires, la maîtrise des rôles et leurs capacités d'organisation expliquent l'augmentation significative de l'utilisation des services. Les interactions coordonnées des prestataires avec les ASC ont également facilité l'utilisation des services de manière substantielle dans certaines aires de santé. L'importance du rôle des acteurs de santé communautaire constatée fait donc écho aux conclusions d'études menées en Afrique et ailleurs mettant en évidence l'impact positif des stratégies collaboratives sur la santé de la population conduisant à de meilleurs résultats de santé [113]. Les comités de santé, les ASC et les accoucheuses traditionnelles offrent une opportunité prometteuse d'améliorer l'équité de l'accès aux soins de santé primaires pour les communautés défavorisées ou éloignées.

Les agents de santé communautaire sont des acteurs incontournables pour améliorer l'accès aux soins, promouvoir la santé, et réduire les inégalités dans les systèmes de santé, surtout dans les contextes à faibles ressources. Leur rôle en tant que lien entre les systèmes formels et les communautés locales, ainsi que leur capacité à engager les populations et à fournir des soins de santé de base, en font des éléments essentiels pour renforcer les systèmes de santé et les rendre plus équitables et accessibles. La collaboration entre les agents de santé communautaire (ASC) et les équipes de soins de santé formelles est un élément déterminant dans le renforcement du système de santé. Elle permet une prise en charge holistique des patients, en particulier dans les zones à faibles ressources. L'intégration efficace des programmes d'ASC dans les systèmes de santé peut renforcer la durabilité et la crédibilité des programmes, clarifier les rôles des ASC et favoriser la collaboration entre les ASC et les acteurs de haut niveau du système de santé. Plusieurs études, en effet, confirment la pertinence d'un partenariat entre le système de santé officiel et les acteurs communautaires dans l'amélioration de l'accès aux soins. Une compréhension mutuelle des rôles des acteurs dans une mise en œuvre coordonnée est souvent associée souvent à de meilleurs résultats dans la réduction de la mortalité. Nos travaux montrent également, à l'inverse, les mauvaises relations entre les agents de santé communautaire et prestataires et la mauvaise perception de la qualité des soins semblent être les raisons du résultat inchangé observé dans d'autres aires de

santé. Des disparités importantes ont été aussi observées entre les centres de santé. Dans certaines zones, l'accroissement des utilisations sont plus marquées que dans d'autres. La mise en œuvre d'approches collaboratives dans la prestation des services de santé de manière globale présente plusieurs défis auxquels les organisations doivent faire face pour obtenir des résultats efficaces. Ces défis découlent de divers facteurs, notamment une communication efficace, une culture organisationnelle, une allocation des ressources adéquate [114], [115]. Des défis liés à la confiance et à la dynamique du pouvoir au sein des systèmes de santé sont identifiés comme obstacles à une collaboration efficace. Les collaborations seront plus efficaces et durables si elles développent des systèmes de collaboration basée sur des objectifs communs et dans des domaines essentiels tels que la gouvernance et le partage des données [116].

1.3 Facteurs expliquant l'hétérogénéité des résultats

Nos seconde étude explore l'hétérogénéité des résultats observés. Les perceptions, les enjeux économiques et les barrières géographiques sont les trois principales dimensions identifiées qui pourraient expliquer ce contraste.

Perceptions contrastées

Les perceptions des populations envers les services de santé varient considérablement selon les zones. Contrairement à Bao et Tchaouen qui montrent une meilleure satisfaction grâce à la coordination et à l'engagement communautaire, Tapol et Biramanda souffrent d'une mauvaise image due au comportement du personnel et à la confusion sur les prestations gratuites. L'insatisfaction des usagers à Tapol et à Biramanda, est notable en raison de l'indisponibilité du personnel soignant, des conflits entre le personnel soignant, les ASC et les comités de santé, affectant négativement la confiance des populations. Les initiatives innovantes (sites avancés de prises en charge supplémentaires Bao, et soutiens logistiques à Tchaouen) ont été déterminants dans l'amélioration de l'accès pour les populations vulnérables. Les perceptions renvoient à la manière dont un individu reconnaît et interprète ses propres besoins de santé en fonction de ses connaissances, de son expérience et de son exposition à des informations médicales et à sa capacité à chercher et d'accéder aux services de santé appropriés. Deux dimensions clés, développées par Gabrysch et Campbell [53], mais aussi par Panchansky et Thomas [50] et Levesque et al. [49], dans l'étude de l'accessibilité aux soins de santé.

Enjeux économiques

Les ruptures de stock à Biramanda, les ventes illicites à Tapol ont induit une gratuité partielle, créant ainsi une inégalité dans la prise en charge. Bien que l'intervention prévoie la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, des coûts cachés persistent. Dans certaines zones, des frais supplémentaires (vente de carnets de santé, médicaments non couverts par la gratuité) créent une confusion sur l'effectivité de la mesure. Certains ménages renoncent ainsi aux soins, estimant que la prise en charge n'est pas totalement gratuite.

La mauvaise gestion des ressources financières et matérielles soulevées à Tapol et Biramanda est une des raisons de la mauvaise performance de ces deux formations sanitaires. L'indisponibilité de moyens de transport ainsi que le coût sont de freins majeurs à l'accès aux soins dans les centres de santé de Tapol et Biramanda, surtout en saison des pluies. Une étude met l'accent sur le rôle important des prestataires de soins informels dans les pays à revenu faible et intermédiaire [117]. Elle souligne, cependant, que leurs modèles économiques ne correspondent souvent pas bien aux objectifs de la couverture santé universelle. Plusieurs travaux ont mis en évidence de nombreux défis économiques qui entravent considérablement l'accès aux soins de santé dans les pays aux ressources limitées [116] [117]. Une étude en Uganda [120] souligne que les déterminants socio-économiques influencent de manière significative les résultats sanitaires en Ouganda. Des facteurs tels que le revenu, l'éducation et la situation professionnelle jouent un rôle crucial dans l'accès des individus aux soins de santé et leur état de santé générale. L'article souligne que les populations marginalisées, y compris celles des zones rurales et les ménages à faible revenu, sont confrontées à de plus grands problèmes de santé en raison d'un accès limité aux ressources.

Barrières géographiques

Les distances extrêmes à Biramanda, les infrastructures routières défectueuses et l'insécurité à Tapol limitent l'accès physique aux soins dans ces deux centres de santé. Les difficultés d'accès géographique et organisationnel impactent également les résultats. Elles s'expliquent par le contexte spécifique à chacune des aires de santé ainsi que par les capacités organisationnelles et de gestion des acteurs de santé. Le centre de santé de Biramanda n'est pas implanté de manière équidistante par rapport aux habitations. Certaines populations se trouvent très éloignées de ces formations sanitaires, créant ainsi une inégalité d'accès aux soins. Le centre

de santé de Tapol est isolé en raison de mauvais état des infrastructures routières. Il est coupé, par des cours d'eau, pendant plusieurs mois durant la saison de pluie empêchant les déplacements des usagers. L'insécurité endémique dans certaines localités éloignées est un autre facteur aggravant l'inaccessibilité des services de santé. Une étude en Madagascar [35] souligne que malgré les efforts visant à réduire les obstacles financiers et à renforcer les systèmes de santé, les femmes vivant à plus de deux heures d'un établissement de santé n'avaient pratiquement aucun accès aux services de santé maternelle. Cela souligne l'importance de surmonter les obstacles géographiques en matière de santé maternelle. L'impact de ces obstacles est profond, entraînant de moins bons résultats sanitaires et une inégalité d'accès des communautés isolées [121].

Les 18 aires de santé ayant fait l'objet de l'intervention avaient une similitude sociodémographique. Les entretiens ont révélé, cependant, des capacités organisationnelles et de configuration géographique distinctes. Le résultat spectaculaire de BAO, plus de 8,4 fois de celui de Tapol, questionne sur cette performance même si les analyses des données semblent l'attribuer à la capacité gestionnaire et la création des sites de stratégies avancées supplémentaires. Les recettes des consultations pédiatriques achetées auprès du centre de BAO, presque deux (1,8) fois celles de Tapol, laissent penser que la création des sites supplémentaires des stratégies avancées auraient pour but de maximiser le revenu du centre de BAO. Une hypothèse possible mais d'autres recherches sont nécessaires pour expliquer cet écart.

Nos résultats rejoignent d'autres travaux qui ont conclu que les facteurs contextuels susceptibles d'influer sur l'appropriation, la réussite et la durabilité d'une intervention sont la densité des liens inter organisationnels au sein des communautés au début de l'intervention, le leadership des établissements de soins, l'adaptation de l'intervention au contexte et la quantité, mais aussi la qualité de ressources locales fournies par les intervenants. Tirant les leçons de l'expérience sud-africaine, une étude recommande qu'une mise en œuvre sensible au contexte devrait veiller à comprendre les dimensions du contexte, à entreprendre des tests de prototype de la théorie du changement et un développement précoce des idées de mise en œuvre dans divers environnements complexes reflétant les variations anticipées et à envisager des adaptations de la stratégie de mise en œuvre.

Une attention particulière portée au contexte pourrait révéler les raisons pour lesquelles les effets des interventions varient au sein et entre les lieux. Une étude approfondie du contexte

pourrait également révéler les moyens par lesquels les effets d'intervention observés dépendent ou sont produits à la suite d'interactions avec des caractéristiques contextuelles particulières.

IV.2 LIMITES METHODOLOGIQUES

Une discipline est dite scientifique parce qu'elle produit des énoncés falsifiables et qui peuvent être soumis à l'épreuve de l'expérimentation grâce à l'utilisation adéquate des méthodes afin de respecter les critères de fiabilité et de validité.

Dans le cadre de nos travaux, nous avons utilisé, dans un premier temps, une analyse de séries chronologiques interrompues (ITS) pour son application fréquente dans la détermination de l'efficacité d'interventions axées sur la participation. C'est une conception quasi expérimentale, également connue sous le nom de conception à résultats répétés, où les données sont collectées à plusieurs reprises avant, pendant et après l'intervention, afin d'établir et de comparer les tendances des résultats. Lorsque les données sont disponibles pour plusieurs périodes de pré-intervention et de post-intervention, les séries chronologiques interrompues offrent une alternative quasi expérimentale robuste pour évaluer les effets du traitement. Il est cependant important à ce que les groupes d'intervention et de contrôle soient comparables sur le niveau de pré-intervention et la tendance de la variable de résultat lors de la conduite une ITSA à plusieurs groupes. Les ITS peuvent fournir des preuves précieuses sur l'efficacité des interventions de santé. Néanmoins, il existe des menaces à la validité des analyses ITS, notamment des erreurs de conclusion de l'efficacité de l'intervention sans contrôle préalable des biais de confusion. Il est donc essentiel que toute interprétation concernant l'effet causal soit faite avec prudence. Selon Donna Spielgeman [122], dans les évaluations de santé publique, le biais de confusion dans l'estimation de l'effet de l'intervention menace généralement la validité des résultats.

L'intervention étudiée avait pour but l'amélioration des soins maternels et infantiles, le gouvernement a préalablement choisi les centres de santé d'intervention qui n'étaient pas tous comparables aux autres centres choisis comme groupe de contrôle. Afin d'éviter l'effet de facteurs de confusion, nous avons utilisé un processus itératif dans lequel chacun des 18 centres du groupe contrôle a été comparé séparément avec le groupe d'intervention. Six centres de contrôle ont ainsi été sélectionnés et inclus dans le modèle final. Malgré cette méthode pour limiter le biais de sélection, il n'est pas impossible que l'effet observé de

l'intervention soit en partie expliqué par un contexte spécifique et un environnement plus favorable dans les centres d'intervention comparé à la situation des centres de contrôle.

Une prudence dans les interprétations est nécessaire en pointant notamment la complétude et la qualité des données et la saisonnalité des résultats [123] en ce sens que plusieurs maladies ont un schéma saisonnier. Une étude rétrospective d'observation des résultats d'une intervention en matière de santé maternelle dans 3 comtés du Kenya évoque la qualité des données et la taille d'échantillon comme sources d'erreur dans la généralisation des résultats. L'hétérogénéité observée des résultats pourrait s'expliquer par cette différence constatée entre les groupes d'intervention, les groupes contrôles et ainsi inciter prudemment à une généralisation de la conclusion.

La seconde étude repose sur une collecte des données qualitatives dont les outils ont été élaborés en respectant les principes de fiabilité et validité. Plusieurs acteurs, les communautés, les usagers, les prestataires ont été interviewés. Pour des raisons temporelles, mais aussi financières, quarante-huit (48) entretiens ont été réalisés auprès des représentants des communautés, des usagers et des prestataires de façon à respecter le principe de triangulation et de saturation. La réalisation de l'étude, 13 mois après la fin de l'intervention, a constitué une limite dans l'identification rapide des personnes à enquêter. En se servant des registres de soins dans les structures, les agents de santé communautaire ont facilité l'identification des usagers ayant fréquenté les structures sanitaires durant les six (6) derniers de l'intervention. Les femmes enceintes et les mères des enfants enquêtées avaient eu du mal à se rappeler des événements notamment la description détaillée la maladie de leurs enfants ou leur grossesse. Il n'est pas exclu qu'un biais de mémoire ait influencé les récits malgré les précautions de triangulation prises.

Une autre limite est le déroulement en langue locale de tous les entretiens avec les usagères et les agents de santé communautaires. Même si les guides ont été préalablement traduits pour s'assurer de l'utilisation des termes exacts, il n'en demeure pas moins que l'assurance qualité des transcriptions s'est posée.

Enfin, il convient de noter que l'un des auteurs, même s'il n'est pas impliqué directement, est un responsable de l'organisation qui a mis en œuvre l'intervention étudiée.

Le candidat affirme n'avoir joué aucun rôle dans la mise en œuvre de l'intervention. Mais cette proximité pourrait impacter l'intégrité à cause des difficultés de vérifications. Une

posture distante du processus opérationnel est reconnue en sciences sociales pour favoriser une plus grande neutralité dans l'analyse des données, en limitant l'influence des biais liés à une implication émotionnelle ou organisationnelle directe. La valeur des études menées par des chercheurs qui étudient leur propre organisation est discutée. Bien que cette position puisse présenter des défis, elle offre également des avantages en termes d'accès, de compréhension contextuelle et de pertinence des résultats [124]. Analyse réflexive sur la réalisation de la thèse et ses défis

L'accès aux soins est au cœur de la performance des systèmes de santé. Sa mesure demeure néanmoins complexe comme en témoigne l'émergence de la recherche interventionnelle ces dernières années.

2.1 Implication pour les pratiques et les politiques de santé publique

L'utilisation des connaissances pour concevoir une action ou pour prendre une décision est de plus en plus revendiquée depuis quelques années en Afrique. Cependant, il existe un écart entre les connaissances produites par la recherche et leurs utilisations plus particulièrement dans les pays en développement.

Nous menons, dans cette partie, une analyse réflexive sur l'organisation et la conduite de nos travaux afin de développer de nouvelles compréhensions sur la base des expériences. En tant que praticien, plus orienté vers la mise en œuvre que la recherche, un regard réflexif sur l'organisation et le processus de conduite de ses travaux s'impose. Cette analyse favorise l'apprentissage et le développement de la recherche dans le milieu des praticiens.

Amélioration des pratiques

L'amélioration de la pratique par la recherche est peu répandue dans le milieu des organisations non gouvernementales. Nos travaux montrent le nécessaire rapprochement des ONG du monde de la recherche pour améliorer leurs pratiques afin d'influencer les politiques publiques.

Nos travaux de recherche ont facilité l'introduction, aussi timide soit-elle, du recours à l'utilisation des connaissances en matière de santé publique. Des sites et blogs produisant des savoirs en matière de transferts de connaissance comme <https://www.equiperenard.org> ou encore des moteurs de recherches comme <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>,

<https://scholar.google.fr> sont consultés régulièrement par le staff chargé de la mise en œuvre des actions dans le but d'améliorer les mises en œuvre des interventions.

Deux cadres ont été formés à la recherche sur les propres fonds de l'organisation, dont un chargé de programmes et un chargé de projets. La première formation est relative à la recherche bibliographique et l'écriture scientifique à Toulon, en France (voir modules sur le site <http://www.ggbds.org/>). La seconde formation, relative à l'élaboration des notes politiques, est faite à travers un séminaire du projet de recherche (voir <https://www.unissahel.org>) et à travers le MOOC <https://cours.edulib.org> au profit de deux cadres.

Les résultats de ces travaux ont fait l'objet des présentations lors des rencontres provinciales et nationales. La première étude a été restituée à divers acteurs des équipes cadre de la délégation et des districts, des représentants des comités de santé et des autorités traditionnelles de la province composés où a été mise en œuvre l'intervention étudiée. Une seconde présentation a été faite à l'occasion du dialogue national sur les décès maternels, néonataux et infantiles, tenu du 28 mars au 1^{er} avril 2022 au cours duquel nous avons eu l'honneur de faire partie du panel ayant planché sur cette thématique « Regards croisés sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile au Tchad ». Hormis l'appréciation, de l'originalité de cette étude au Tchad sur la politique d'exemption, tous les participants ont salué la rigueur méthodologique et les conclusions de l'étude.

Ces présentations ont permis non seulement d'échanger sur les résultats, mais aussi de se rendre compte du potentiel et de la capacité des acteurs de terrain de conduire des recherches rigoureuses.

Plusieurs études soulignent que, malgré la reconnaissance croissante de la valeur de la recherche opérationnelle pour améliorer la qualité des soins, sa mise en œuvre reste marginale au sein des ONG [125] illustrent cette réalité en relatant que, dans un contexte africain, la résistance initiale à la recherche par manque de temps ou de moyens a été surmontée grâce à une recherche opérationnelle qui a démontré l'inefficacité d'un traitement usuel contre le paludisme, ce qui a conduit à des changements de politique internes significatifs. De même, King et Virk montrent que les études qualitatives intégrées dans des collaborations internationales ont permis des impacts à grande échelle sur les politiques de santé en Afrique et en Asie, même dans des environnements à budget restreint, en promouvant des approches

collaboratives de co-conception et d'analyse partagée [126]. Toutefois, l'intégration systématique de la recherche dans les pratiques des ONG reste freinée par le manque de ressources humaines qualifiées, de temps, de financement, et parfois de culture organisationnelle favorable à la recherche. Un exemple de réussite vient de l'Égypte, où un programme de recherche sur le rétinoblastome a conduit à l'élaboration de protocoles nationaux et à une amélioration de la pratique clinique, démontrant que des progrès sont possibles même dans des contextes limités si l'engagement et la structuration sont au rendez-vous [127]. En conclusion, bien que la recherche appliquée reste encore marginale dans de nombreuses ONG œuvrant dans des pays à faibles ressources, elle représente un levier essentiel pour améliorer les performances des programmes de santé, à condition de promouvoir une culture de l'évaluation, de structurer les initiatives, et d'allouer les ressources nécessaires.

Utilisation des connaissances et prise des décisions politiques

Les connaissances produites et diffusées par les scientifiques sont difficilement accessibles aux non-chercheurs. Cette difficulté constitue un facteur limitant l'utilisation des connaissances par les acteurs de mise en œuvre et les décideurs politiques. Un nombre croissant d'initiatives favorisent de plus en plus l'adoption de la recherche sur la mise en œuvre en Afrique pour favoriser l'utilisation des connaissances dans le développement des actions et la prise des décisions. Cependant, son rôle et son efficacité restent flous, en particulier dans le contexte de la couverture sanitaire universelle.

Nos travaux, en matière d'implication sur les politiques, ont alors permis de mettre en débats l'expérimentation d'une centrale d'achats stratégiques de soins au profit des personnes démunies. La politique d'exemption des frais de soins au Tchad a été mise en œuvre jusqu'à présent à travers essentiellement des dotations d'intrants.

La loi sur l'assurance maladie a prévu le recrutement des organisations non gouvernementales, investies dans la promotion de la couverture universelle santé, en qualité d'organisme de gestion déléguée, de la Caisse Nationale d'Assurance Santé, pour assurer la fonction d'acheteur et payeur des prestations de soins. L'évaluation de cette expérience, diffusée auprès des décideurs lors de plusieurs ateliers, participe aux réflexions de l'opérationnalisation de l'assurance santé en cours de gestation au Tchad. Nnaji et al. [128] soulignent, dans une revue de portée, que l'Afrique connaît un usage croissant de la recherche sur la mise en œuvre

dans divers domaines liés à la couverture santé universelle (CSU), notamment le VIH, la santé maternelle, la vaccination, ou encore le financement de la santé. Cette approche vise à contextualiser les interventions en santé publique, en identifiant les barrières et les facilitateurs à leur adoption, tout en favorisant une boucle de rétroaction entre recherche et action politique. De plus, l'Initiative pour la Santé en Afrique (AHI) s'est illustrée, au Ghana, au Mozambique, au Rwanda, en Tanzanie et en Zambie, comme un exemple concret de l'intégration réussie de la recherche en milieu réel, impliquant activement les décideurs politiques à chaque étape du processus de recherche, ce qui a permis de renforcer les systèmes de santé dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne [129]. Un autre exemple notable est celui du projet Collaboration for Evidence-based Healthcare and Public Health in Africa (CEBHA+), qui a mis en œuvre une stratégie de traduction intégrée des connaissances dans cinq pays africains, montrant que des partenariats étroits entre chercheurs et décideurs peuvent accroître la pertinence locale de la recherche, renforcer la confiance mutuelle et favoriser l'utilisation effective des résultats dans les politiques de santé[130]. Bien que des défis subsistent, notamment liés à la durabilité, aux capacités locales, ou encore aux incitations, ces initiatives traduisent un tournant vers une gouvernance fondée sur des données probantes. Elles illustrent que la recherche, lorsqu'elle est ancrée dans les systèmes et pilotée avec les acteurs concernés, peut véritablement influencer les politiques et améliorer les résultats en santé.

2.2 Défis liés à l'organisation et à la conduite des travaux de recherche

Les organisations non gouvernementales (ONG) sont reconnues, depuis plusieurs années comme des acteurs majeurs dans la promotion de la santé dans les pays à faible revenu. Malgré la mise en œuvre d'un nombre de plus en plus croissant de programmes de santé par ces dernières, la recherche conduite par ces organisations demeure faible.

Les véritables travaux de recherches enclenchés par l'ONG Bureau d'Appui Santé et Environnement coïncident avec la collaboration de l'Institut de Recherches pour le Développement (IRD) dans le cadre d'un projet de recherche relatif à l'amélioration de la couverture universelle santé (UNISSAHEL) dans quatre pays du Sahel, dont le Tchad. L'environnement était marqué par une insuffisance de compétence et une absence des priorités de conduite de recherches comme c'est le cas de la plupart des ONG. En plus de l'indisponibilité des ressources humaines suffisantes et nécessaires pour mener des

recherches, les sources de financement sont difficilement, ou faiblement mobilisables auprès des partenaires financiers.

Le premiers défi, étant salarié à plein temps et responsable premier de l'organisation, étaient d'abord organisationnels. Il s'agissait de comment s'organiser pour en même temps remplir ses engagements professionnels et consacrer du temps aux travaux de recherches. Tous les travaux liés à la recherche sont effectués après les heures de travail et une partie de la fin de la semaine, et ce, durant toutes les trois premières années. La majeure partie des congés était consacrée exclusivement aux travaux de recherche.

Le second défi, et non des moindres, était de rattraper nos lacunes en matière de compétences à conduire des recherches allant de la recherche bibliographique à la rédaction scientifique. L'explosion des divers cours en ligne, à l'avènement de COVID-19, a permis de trouver une vaste et riche offre de formation et ainsi se mettre, avec le soutien actif du directeur de thèse, progressivement dans la peau de chercheur.

La proximité des acteurs de mise en œuvre, la relative facilité des collectes et de contrôle des données est un avantage indéniable dans la conduite de recherches. La promotion de la collaboration entre les ONG et les chercheurs est encouragée par divers travaux.

Toutes les politiques de santé nationales et internationales, depuis plus d'un demi-siècle, visent des niveaux de santé le plus élevés possible. Le programme « Santé pour tous » de l'OMS, lancé dans les années 1970, et inscrit dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978, a pour objectif de promouvoir l'accès à des soins de santé équitables.

L'Assemblée mondiale de la santé 2005 a invité les États à tendre vers la couverture universelle pour contribuer à « répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé et à améliorer la qualité de ceux-ci, à lutter contre la pauvreté, à atteindre les objectifs de développement convenus sur le plan international ».

Le Tchad, à l'instar des autres nations, a élaboré plusieurs documents-cadres pour s'inscrire dans la droite ligne des engagements pour aller vers une couverture santé universelle. C'est ainsi des politiques d'exemption des frais de soins ont été lancées dont celle étudiée dans cette thèse.

Nos travaux apportent davantage des évidences du rôle des communautés et de leurs contributions significatives dans l'efficacité des interventions. Ils démontrent par ailleurs la pertinence du rôle d'accélérateur, que peuvent jouer les communautés et, de manière

générale, la société civile, dans la marche vers une couverture universelle en santé dans les pays ayant des systèmes de santé fragile.

Les données quantitatives dans cette étude proviennent des services de la délégation sanitaire, responsables du système d'information sanitaire (SIS) et des mécanismes de contrôle de la fiabilité des données. L'utilisation de données issues de structures institutionnelles renforce leur crédibilité, à condition que des processus rigoureux de vérification de la qualité des données soient mis en œuvre [131].

La collecte des données qualitatives a été réalisée par des assistants recrutés spécifiquement pour leur maîtrise du NGAMBAYE, la langue locale des interviewés, sous la coordination du candidat. Cette approche est alignée avec les bonnes pratiques en recherche qualitative, qui soulignent l'importance d'utiliser des médiateurs culturels, appréhendant le sujet, pour réduire les malentendus linguistiques et saisir les nuances culturelles dans les données collectées [132].

Le positionnement hiérarchique du candidat dans l'organisation qui a mis en œuvre l'intervention interroge sur les enjeux des conflits d'intérêt même si les données sont produites par l'autorité sanitaire. L'étude a été réalisée treize mois après la fin de l'intervention. cela permet de limiter les biais liés à la proximité avec l'action mise en œuvre. Cette temporalité a favorisé une analyse plus objective, car les participants n'étaient plus sous l'influence directe de l'intervention ou des équipes de mise en œuvre, une démarche soutenue par des études montrant que le recul temporel atténue les biais de désirabilité sociale et de mémoire [133]. Cette méthodologie, intégrant une triangulation des données quantitatives et qualitatives, assure une approche équilibrée et rigoureuse pour évaluer les effets de l'intervention.

CONCLUSION

L'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé dans les pays à faible revenu a fait l'objet d'innombrables écrits plus particulièrement sur les mécanismes d'exemption des frais de soins. Nos travaux au Tchad s'inscrivent dans ce cadre s'appuyant sur une approche collaborative et innovante qui intègre une intervention communautaire. Ces travaux viennent combler des lacunes en perspective de la mise en place d'une assurance maladie qui peine à démarrer.

L'objectif de cette recherche est d'apprécier l'efficacité d'une intervention associant l'implication des communautés et la mise en place d'un mécanisme d'exemption des frais de soins et de comprendre les facteurs contextuels qui ont impacté l'un des taux d'accès aux soins maternels le plus bas du monde.

Notre recherche a permis de faire connaître la nécessité d'agir de manière concomitante sur l'offre et la demande des soins dans le cadre d'un partenariat avec les communautés formées et impliquées dans le système de santé publique pour progresser vers la couverture universelle en santé.

L'engagement de la communauté et de la société civile est, selon l'OMS, un élément fondamental de toute stratégie visant à atteindre la couverture santé universelle. L'action sur la couverture santé universelle et les objectifs de développement durable (ODD) peut-être plus rapide si des stratégies d'engagement communautaire sont mises en place dans les initiatives existantes, mentionne le rapport de l'Organisation mondiale de la santé en 2000. Par ailleurs, les pays à revenu faible ou intermédiaire peuvent améliorer l'équité et l'efficacité du secteur de la santé en remplaçant les dépenses directes par des mécanismes de mise en commun prépayés. Les travaux de Arhin, relatifs à l'efficacité de l'utilisation des ressources de santé, montrent que les systèmes de santé en Afrique subsaharienne peuvent potentiellement améliorer les niveaux de la couverture santé universelle d'au moins 19 % avec les ressources de santé existantes si les meilleures pratiques sont adoptées.

Notre recherche a, en outre, montré que des facteurs humains et contextuels peuvent nuancer les résultats attendus. Elle révèle aussi l'importance de la prise en compte des capacités organisationnelles, de gestion et de coordination des acteurs de santé. Une étude relative à l'influence des facteurs contextuels dans l'atteinte de la CSU a mis en évidence l'engagement communautaire dans l'amélioration des résultats globaux de santé, et a identifié plusieurs facteurs organisationnels et contextuels qui affectent le succès de l'implication des

communautés. Une autre étude relative aux engagements des associations dans la progression vers la CSU a mis en évidence leur rôle important, aux côtés d'autres acteurs clés de la santé, dans les progrès du pays vers la CSU.

Cependant, les résultats de cette étude sont à interpréter avec prudence. La répartition des centres de santé entre les groupes n'a pas été faite de façon aléatoire, mais selon un choix raisonné. Avant la période d'intervention, les centres n'étaient pas comparables quant aux populations desservies et quant à la fréquentation initiale de ces centres. L'analyse des données en série chronologique interrompue avec groupe contrôle a permis de prendre en compte partiellement ce déséquilibre. Toutefois, il n'est pas impossible que l'effet observé de l'intervention soit en partie expliqué par un environnement plus favorable dans les centres d'intervention comparé à la situation des centres de contrôle.

Des recherches futures pourraient fournir des explications plus détaillées sur les mécanismes de production de ces effets au regard des facteurs contextuels.

D'autres études seront également nécessaires pour identifier les facteurs clés de collaboration de différentes catégories d'acteurs pour la promotion de la couverture santé universelle dans les pays à faible revenu.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] International Conference on Primary Health Care, « Declaration of Alma-Ata », *WHO Chron.*, vol. 32, n° 11, p. 428-430, nov. 1978.
- [2] « Declaration d'Astana ». Consulté le: 16 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference/declaration>
- [3] C. Kraef et P. Kallestrup, « After the Astana declaration: is comprehensive primary health care set for success this time? », *BMJ Glob. Health*, vol. 4, n° 6, p. e001871, nov. 2019, doi: 10.1136/bmjgh-2019-001871.
- [4] « March 2024 global poverty update from the World Bank: first estimates of global poverty until 2022 from survey data », World Bank Blogs. Consulté le: 16 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://blogs.worldbank.org/en/odata/march-2024-global-poverty-update-from-the-world-bank--first-esti>
- [5] F. Temu, M. Leonhardt, J. Carter, et S. Thiam, « Integration of non-communicable diseases in health care: tackling the double burden of disease in African settings », *Pan Afr. Med. J.*, vol. 18, p. 202, 2014, doi: 10.11604/pamj.2014.18.202.4086.
- [6] 70 Comité régional de l'Afrique, « Rapport sur la performance des systèmes de santé dans la Région africaine de l'OMS », Art. n° AFR/RC70/13, 2020, Consulté le: 18 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/333714>
- [7] « Mortalité maternelle ». Consulté le: 19 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- [8] « Global Data (2020) | Fragile States Index ». Consulté le: 16 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://fragilestatesindex.org/data/>
- [9] « Le nombre de décès d'enfants dans le monde atteint un niveau historiquement bas en 2022 – Rapport de l'ONU », World Bank. Consulté le: 19 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2024/03/13/global-child-deaths-reach-historic-low-in-2022-un-report>
- [10] World Health Organization, « The world health report: health systems financing: the path to universal coverage », *Rapp. Sur Santé Dans Monde Financ. Systèmes Santé Chemin Vers Une Couv. Univers.*, 2010, [En ligne]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/44371>

- [11] D. C. McCoy, J. A. Hall, et M. Ridge, « A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low- and middle-income countries », *Health Policy Plan.*, vol. 27, n° 6, p. 449-466, sept. 2012, doi: 10.1093/heapol/czr077.
- [12] E. Sacks *et al.*, « Beyond the building blocks: integrating community roles into health systems frameworks to achieve health for all », *BMJ Glob. Health*, vol. 3, n° Suppl 3, p. e001384, juin 2019, doi: 10.1136/bmjgh-2018-001384.
- [13] S. Javanparast, A. Windle, T. Freeman, et F. Baum, « Community Health Worker Programs to Improve Healthcare Access and Equity: Are They Only Relevant to Low- and Middle-Income Countries? », *Int. J. Health Policy Manag.*, vol. 7, n° 10, p. 943-954, oct. 2018, doi: 10.15171/ijhpm.2018.53.
- [14] A. Olaniran, H. Smith, R. Unkels, S. Bar-Zeev, et N. van den Broek, « Who is a community health worker? – a systematic review of definitions », *Glob. Health Action*, vol. 10, n° 1, p. 1272223, janv. 2017, doi: 10.1080/16549716.2017.1272223.
- [15] C. M. Franklin, J. M. Bernhardt, R. P. Lopez, E. R. Long-Middleton, et S. Davis, « Interprofessional Teamwork and Collaboration Between Community Health Workers and Healthcare Teams: An Integrative Review », *Health Serv. Res. Manag. Epidemiol.*, vol. 2, p. 2333392815573312, 2015, doi: 10.1177/2333392815573312.
- [16] G. C. McCord, A. Liu, et P. Singh, « Deployment of community health workers across rural sub-Saharan Africa: financial considerations and operational assumptions », *Bull. World Health Organ.*, vol. 91, n° 4, p. 244-253B, avr. 2013, doi: 10.2471/BLT.12.109660.
- [17] K. Scott *et al.*, « What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers », *Hum. Resour. Health*, vol. 16, n° 1, p. 39, août 2018, doi: 10.1186/s12960-018-0304-x.
- [18] A. Simen-Kapeu *et al.*, « Strengthening the community health program in Liberia: Lessons learned from a health system approach to inform program design and better prepare for future shocks », *J. Glob. Health*, vol. 11, p. 07002, mars 2021, doi: 10.7189/jogh.11.07002.
- [19] L. Ruckstuhl, C. Lengeler, J. M. Moyen, H. Garro, et R. Allan, « Malaria case management by community health workers in the Central African Republic from 2009-2014: overcoming challenges of access and instability due to conflict », *Malar. J.*, vol. 16, n° 1, p. 388, sept. 2017, doi: 10.1186/s12936-017-2005-7.

- [20] G. Zwama, « Improving health care provider - health committee working relationships for responsive, people-centred health systems », 2016, Consulté le: 18 mars 2025. [En ligne]. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/11427/23422>
- [21] M. Mulumba, K. Roelens, L. London, et L. Ruano, « Health Committees as Vehicles for Democratic Governance in Health Systems: Lessons from Selected Health Unit Management Committees in Uganda », 13 janvier 2022. doi: 10.21203/rs.3.rs-1235164/v1.
- [22] M. S. Sebastian *et al.*, « Role of health facility governing committees in strengthening social accountability to improve the health system in Tanzania: protocol for a participatory action research study », *BMJ Open*, vol. 13, n° 6, p. e067953, juin 2023, doi: 10.1136/bmjopen-2022-067953.
- [23] R. Karuga *et al.*, « Community participation in the health system: analyzing the implementation of community health committee policies in Kenya », *Prim. Health Care Res. Dev.*, vol. 24, p. e33, janv. 2023, doi: 10.1017/S1463423623000208.
- [24] T. Mfugale et H. Mollel, « The Accountability of Health Facility Governing Committees and its Implications to Health Services Delivery in Njombe District Council, Tanzania. », 20 février 2024. doi: 10.21203/rs.3.rs-3942684/v1.
- [25] A. M. Kesale, Mahonge ,Christopher, et M. and Muhanga, « Effects of decentralization on the functionality of health facility governing committees in lower and middle-income countries: a systematic literature review », *Glob. Health Action*, vol. 15, n° 1, p. 2074662, déc. 2022, doi: 10.1080/16549716.2022.2074662.
- [26] S. Louart, E. Bonnet, et V. Ridde, « Is patient navigation a solution to the problem of “leaving no one behind”? A scoping review of evidence from low-income countries », *Health Policy Plan.*, vol. 36, n° 1, p. 101-116, mars 2021, doi: 10.1093/heapol/czaa093.
- [27] S. Haddad, A. Nougara, et V. Ridde, « Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso », *Santé Société Solidar.*, vol. 3, n° 2, p. 199-210, 2004, doi: 10.3406/oss.2004.1012.
- [28] M. Kyei-Nimakoh, M. Carolan-Olah, et T. V. McCann, « Access barriers to obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa-a systematic review », *Syst. Rev.*, vol. 6, n° 1, p. 110, juin 2017, doi: 10.1186/s13643-017-0503-x.
- [29] D. McIntyre, M. Thiede, et S. Birch, « Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries », *Health Econ. Policy Law*, vol. 4, n° Pt 2, p. 179-193, avr. 2009, doi: 10.1017/S1744133109004836.

- [30] G. Manthalu, D. Yi, S. Farrar, et D. Nkhoma, « The effect of user fee exemption on the utilization of maternal health care at mission health facilities in Malawi », *Health Policy Plan.*, vol. 31, n° 9, p. 1184-1192, nov. 2016, doi: 10.1093/heapol/czw050.
- [31] M. Ravit, M. Audibert, V. Ridde, M. De Loenzien, C. Schantz, et A. Dumont, « Removing user fees to improve access to caesarean delivery: a quasi-experimental evaluation in western Africa », *BMJ Glob. Health*, vol. 3, n° 1, p. e000558, janv. 2018, doi: 10.1136/bmjgh-2017-000558.
- [32] S. J. Steele *et al.*, « Removal of user fees and system strengthening improves access to maternity care, reducing neonatal mortality in a district hospital in Lesotho », *Trop. Med. Int. Health*, vol. 24, n° 1, p. 2-10, janv. 2019, doi: 10.1111/tmi.13175.
- [33] D. Marye, D. Debalkie Atnafu, M. Belayneh, et A. Takele Alemu, « User Fee Exemption Policy Significantly Improved Adherence to Maternal Health Service Utilization in Bahir Dar City, Northwest Ethiopia: A Comparative Cross-Sectional Study », *Clin. Outcomes Res.*, vol. Volume 15, p. 775-785, déc. 2023, doi: 10.2147/ceor.s431488.
- [34] H. T. Nguyen, D. Zombré, V. Ridde, et M. De Allegri, « The impact of reducing and eliminating user fees on facility-based delivery: a controlled interrupted time series in Burkina Faso », *Health Policy Plan.*, vol. 33, n° 8, p. 948-956, oct. 2018, doi: 10.1093/heapol/czy077.
- [35] A. Garchitorena *et al.*, « Geographic barriers to achieving universal health coverage: evidence from rural Madagascar », *Health Policy Plan.*, vol. 36, n° 10, p. 1659-1670, nov. 2021, doi: 10.1093/heapol/czab087.
- [36] A. Garchitorena *et al.*, « In Madagascar, Use Of Health Care Services Increased When Fees Were Removed: Lessons For Universal Health Coverage », *Health Aff. (Millwood)*, vol. 36, n° 8, p. 1443-1451, août 2017, doi: 10.1377/hlthaff.2016.1419.
- [37] V. Ridde, A. A. Antwi, B. Boidin, B. Chemouni, F. Hane, et L. Touré, « Time to abandon amateurism and volunteerism: addressing tensions between the Alma-Ata principle of community participation and the effectiveness of community-based health insurance in Africa », *BMJ Glob. Health*, vol. 3, n° Suppl 3, p. e001056, oct. 2018, doi: 10.1136/bmjgh-2018-001056.
- [38] J. K. Ganle, M. S. Mahama, E. Maya, A. Manu, K. Torpey, et R. Adanu, « Understanding factors influencing home delivery in the context of user-fee abolition in Northern Ghana: Evidence from 2014 DHS », *Int. J. Health Plann. Manage.*, vol. 34, n° 2, p. 727-743, avr. 2019, doi: 10.1002/hpm.2731.

- [39] J. Zarocostas, « WHO and World Bank urge spending for UHC », *Lancet Lond. Engl.*, vol. 398, n° 10318, p. 2223, déc. 2021, doi: 10.1016/S0140-6736(21)02792-6.
- [40] O. Onwujekwe et P. Agwu, « Can Strategic Health Purchasing Reduce Inefficiency and Corruption in the Health Sector? The Case of Nigeria », *Health Syst. Reform*, vol. 8, n° 2, p. e2057836, mars 2022, doi: 10.1080/23288604.2022.2057836.
- [41] E. Paul, V. Ridde, et G. W. Brown, « Strategic purchasing for health: conceptual and implementation challenges in low- and middleincome countries », présenté à 11th European Congress on Tropical Medicine and International Health, sept. 2019. Consulté le: 7 avril 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/240416>
- [42] O. Onwujekwe, C. O. Mbachu, C. Okeke, U. Ezenwaka, D. Ogbuabor, et C. Ezenduka, « Strategic Health Purchasing in Nigeria: Exploring the Evidence on Health System and Service Delivery Improvements », *Health Syst. Reform*, vol. 8, n° 2, p. 2111785, mars 2022, doi: 10.1080/23288604.2022.2111785.
- [43] J.-P. Olivier de Sardan, A. Diarra, et M. Moha, « Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health », *Health Res. Policy Syst.*, vol. 15, n° Suppl 1, p. 60, juill. 2017, doi: 10.1186/s12961-017-0213-9.
- [44] É. Bourel, « Jean-Pierre Olivier de Sardan, La revanche des contextes. Des mésaventures de l'ingénierie sociale, en Afrique et au-delà, » *Nouv. Rev. Trav.*, n° 21, oct. 2022, doi: 10.4000/nrt.12639.
- [45] J.-P. Olivier de Sardan et V. Ridde, « Public policies and health systems in Sahelian Africa: theoretical context and empirical specificity », *BMC Health Serv. Res.*, vol. 15 Suppl 3, n° Suppl 3, p. S3, 2015, doi: 10.1186/1472-6963-15-S3-S3.
- [46] L. Gautier et L. T. et V. Ridde, « L'adoption de la réforme du système de santé au Mali : rhétorique et contradictions autour d'un prétendu retour de la santé communautaire », 2021, Consulté le: 10 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/chapter/la-politique-de-gratuite-des-soins-de-sante-primaire-au-mali-en-2019/>
- [47] MSP, « Evaluation Gratuité Soins Urgences au Tchad ». 2012.
- [48] E. Paul, G. W. Brown, et V. Ridde, « Misunderstandings and ambiguities in strategic purchasing in low- and middle-income countries », *Int. J. Health Plann. Manage.*, vol. 35, n° 5, p. 1001-1008, sept. 2020, doi: 10.1002/hpm.3019.

- [49] J.-F. Levesque, M. F. Harris, et G. Russell, « Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations », *Int. J. Equity Health*, vol. 12, p. 18, mars 2013, doi: 10.1186/1475-9276-12-18.
- [50] R. Penchansky et J. W. Thomas, « The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction », *Med. Care*, vol. 19, n° 2, p. 127-140, févr. 1981, doi: 10.1097/00005650-198102000-00001.
- [51] R. Andersen et J. F. Newman, « Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States », *Milbank Q.*, vol. 83, n° 4, déc. 2005, doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x.
- [52] R. M. Andersen, « Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? », *J. Health Soc. Behav.*, vol. 36, n° 1, p. 1-10, mars 1995.
- [53] S. Gabrysch et O. M. Campbell, « Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use », *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 9, n° 1, p. 34, déc. 2009, doi: 10.1186/1471-2393-9-34.
- [54] L. Belaid et V. Ridde, « Contextual factors as a key to understanding the heterogeneity of effects of a maternal health policy in Burkina Faso? », *Health Policy Plan.*, vol. 30, n° 3, p. 309-321, avr. 2015, doi: 10.1093/heapol/czu012.
- [55] A. Fillol *et al.*, « Équité et déterminants sociaux des accidents de la circulation à Ouagadougou, Burkina Faso », *Santé Publique*, vol. 28, n° 5, p. 665-675, déc. 2016, doi: 10.3917/spub.165.0665.
- [56] null The Lancet Infectious Diseases, « The Astana Declaration: time to focus on primary health care », *Lancet Infect. Dis.*, vol. 18, n° 12, p. 1289, 2018, doi: 10.1016/S1473-3099(18)30679-0.
- [57] O. Onwujekwe, C. O. Mbachu, C. Okeke, U. Ezenwaka, D. Ogbuabor, et C. Ezenduka, « Strategic Health Purchasing in Nigeria: Exploring the Evidence on Health System and Service Delivery Improvements », *Health Syst. Reform*, vol. 8, n° 2, p. 2111785, mars 2022, doi: 10.1080/23288604.2022.2111785.
- [58] M. P. Bertone, E. Jacobs, J. Toonen, N. Akwataghibe, et S. Witter, « Performance-based financing in three humanitarian settings: principles and pragmatism », *Confl. Health*, vol. 12, n° 1, p. 28, déc. 2018, doi: 10.1186/s13031-018-0166-9.
- [59] E. Paul, G. W. Brown, et V. Ridde, « Misunderstandings and ambiguities in strategic purchasing in low- and middle-income countries », *Int. J. Health Plann. Manage.*, vol. 35, n° 5, p. 1001-1008, sept. 2020, doi: 10.1002/hpm.3019.

- [60] S. M. Hassan, « Assessing the Impact of Community Health Workforce on the Efficiency and Accessibility of Healthcare Delivery », *Arch. Curr. Res. Int.*, vol. 24, n° 10, p. 167-173, oct. 2024, doi: 10.9734/acri/2024/v24i10918.
- [61] N. Ngongo, « Reinforcing community health workers program in africa for universal health coverage and global health security: A call for concerted efforts », *PLOS Glob. Public Health*, vol. 4, n° 9, p. e0003727-e0003727, sept. 2024, doi: 10.1371/journal.pgph.0003727.
- [62] S. Ignoffo, S. Gu, A. Ellyin, et M. R. Benjamins, « A Review of Community Health Worker Integration in Health Departments », *J. Community Health*, vol. 49, n° 2, p. 366-376, avr. 2024, doi: 10.1007/s10900-023-01286-6.
- [63] J. McCutcheon *et al.*, « A Mixed-Methods Study to Understand Community Health Worker Integration With Health Care Teams », *J. Ambulatory Care Manage.*, vol. 48, n° 1, p. 25-38, mars 2025, doi: 10.1097/JAC.0000000000000511.
- [64] H. Apers et C. Masquillier, « Facilitators and Barriers in Collaborations Between Community Health Workers with Primary and Well-Being Providers in Primary Healthcare in Belgium », *Healthcare*, vol. 12, n° 23, p. 2348, nov. 2024, doi: 10.3390/healthcare12232348.
- [65] « (PDF) Community health workers at the dawn of a new era: 1. Introduction: tensions confronting large-scale CHW programmes », *ResearchGate*, déc. 2024, doi: 10.1186/s12961-021-00752-8.
- [66] *WHO Guideline on Health Policy and System Support to Optimize Community Health Worker Programmes*. in WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization, 2018. Consulté le: 12 mai 2023. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533329/>
- [67] « Politique Nationale de Développement du Tchad 2017-2021.pdf ».
- [68] « [hdr2023-24snapshotfr.pdf](https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2023-24snapshotfr.pdf) ». Consulté le: 21 avril 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2023-24snapshotfr.pdf>
- [69] « [Plan de Reponse Humanitaire Tchad 2024.pdf](#) ».
- [70] J.-B. K. Mbeva, M. N. Prudence, E. T. Nguemeleu, M. Nzanu, K. Nyavanda, et J.-R. S. Kambere, « Enjeux et défis de couverture santé universelle en République Démocratique du Congo: Synthèse critique interprétative de la littérature », vol. 66, n° 1, 2023.

- [71] K. Affo, « ANALYSE DES PROBLEMATIQUES DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTE DANS L'ESPACE CEDEAO : CONSTATS, DEFIS ET PERSPECTIVES », *Int. J. Econ. Manag. Sci.*, vol. 3, n° 2, Art. n° 2, juill. 2024.
- [72] L. Gautier et V. Ridde, « Health financing policies in Sub-Saharan Africa: government ownership or donors' influence? A scoping review of policymaking processes », *Glob. Health Res. Policy*, vol. 2, p. 23, 2017, doi: 10.1186/s41256-017-0043-x.
- [73] A. M. Fox et M. R. Reich, « The Politics of Universal Health Coverage in Low and Middle-Income Countries: A Framework for Evaluation and Action », *J. Health Polit. Policy Law*, vol. 40, n° 5, p. 1023-1060, oct. 2015, doi: 10.1215/03616878-3161198.
- [74] E. Odipo *et al.*, « The path to universal health coverage in five African and Asian countries: examining the association between insurance status and health-care use », *Lancet Glob. Health*, vol. 12, n° 1, p. e123-e133, janv. 2024, doi: 10.1016/S2214-109X(23)00510-7.
- [75] « 9789240004276-fre.pdf ». Consulté le: 26 mars 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361260/9789240004276-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [76] S. Venkateswaran, S. Slaria, et S. Mukherjee, « Political motivation as a key driver for universal health coverage », *Front. Public Health*, vol. 10, p. 922578, 2022, doi: 10.3389/fpubh.2022.922578.
- [77] « RAPPORT FINANCEMENTS INNOVANTS CHAD.pdf ».
- [78] C. M. Gitobu, P. B. Gichangi, et W. O. Mwanda, « The effect of Kenya's free maternal health care policy on the utilization of health facility delivery services and maternal and neonatal mortality in public health facilities », *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 18, n° 1, p. 77, déc. 2018, doi: 10.1186/s12884-018-1708-2.
- [79] C.-C. Chitalu et K. Steven, « Assessing regional variations in the effect of the removal of user fees on facility-based deliveries in rural Zambia », *Afr. Health Sci.*, vol. 17, n° 4, p. 1185, janv. 2018, doi: 10.4314/ahs.v17i4.28.
- [80] D. Manoufi, W. C. Kabore, C. N. Yahannon, A. Dumont, et V. Ridde, « Amélioration de l'offre et de la demande de soins de santé maternelle et infantile au Tchad : une étude quasi-expérimentale », *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique*, vol. 69, n° 4, p. 193-203, août 2021, doi: 10.1016/j.respe.2021.04.137.

- [81] A. Byrne et A. Morgan, « How the integration of traditional birth attendants with formal health systems can increase skilled birth attendance », *Int. J. Gynecol. Obstet.*, vol. 115, n° 2, p. 127-134, nov. 2011, doi: 10.1016/j.ijgo.2011.06.019.
- [82] C. B. Cole *et al.*, « Toward communities as systems: a sequential mixed methods study to understand factors enabling implementation of a skilled birth attendance intervention in Nampula Province, Mozambique », *Reprod. Health*, vol. 15, n° 1, p. 132, déc. 2018, doi: 10.1186/s12978-018-0574-8.
- [83] M.-J. Offosse, P. Yameogo, A. L. Ouedraogo, Z. Traoré, et A. Banke-Thomas, « Has the Gratuité policy reduced inequities in geographic access to antenatal care in Burkina Faso? Evidence from facility-based data from 2014 to 2022 », *Front. Glob. Womens Health*, vol. 5, p. 1345438, 2024, doi: 10.3389/fgwh.2024.1345438.
- [84] D. Zombré, D. Diarra, L. Touré, E. Bonnet, et V. Ridde, « Improving healthcare accessibility for pregnant women and children in the context of health system strengthening initiatives and terrorist attacks in Central Mali: a controlled interrupted time series analysis », *BMJ Glob. Health*, vol. 7, n° Suppl 9, p. e012816, mai 2024, doi: 10.1136/bmjgh-2023-012816.
- [85] C. A. Onoka, O. E. Onwujekwe, K. Hanson, et B. S. Uzochukwu, « Examining catastrophic health expenditures at variable thresholds using household consumption expenditure diaries », *Trop. Med. Int. Health TM IH*, vol. 16, n° 10, p. 1334-1341, oct. 2011, doi: 10.1111/j.1365-3156.2011.02836.x.
- [86] A. Asante, J. Price, A. Hayen, S. Jan, et V. Wiseman, « Equity in Health Care Financing in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Evidence from Studies Using Benefit and Financing Incidence Analyses », *PLOS ONE*, vol. 11, n° 4, p. e0152866, avr. 2016, doi: 10.1371/journal.pone.0152866.
- [87] D. Porignon, *Stratégies nationales en santé au XXIe siècle : guide pratique*. Organisation mondiale de la Santé, Geneva, Switzerland, 2022. Consulté le: 7 septembre 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/299155>
- [88] BASE, « Projet d'Appui à la réduction durable de la mortalité maternelle et infantile dans les districts de Bénoué et Laoukassy 2016-2019 ». 2015.
- [89] MSP, « Politique nationale de Santé 2007-2015 ». 2007.
- [90] A. Linden, « Conducting Interrupted Time-series Analysis for Single- and Multiple-group Comparisons », *Stata J. Promot. Commun. Stat. Stata*, vol. 15, n° 2, p. 480-500, juin 2015, doi: 10.1177/1536867X1501500208.

- [91] J. Lopez Bernal, S. Cummins, et A. Gasparrini, « Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial », *Int. J. Epidemiol.*, p. dyw098, juin 2016, doi: 10.1093/ije/dyw098.
- [92] R. B. Penfold et F. Zhang, « Use of Interrupted Time Series Analysis in Evaluating Health Care Quality Improvements », *Acad. Pediatr.*, vol. 13, n° 6, p. S38-S44, nov. 2013, doi: 10.1016/j.acap.2013.08.002.
- [93] C. S. Reichardt, « Review of Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference, William R. Shadish, Thomas D. Cook, Donald T. Campbell », *Soc. Serv. Rev.*, vol. 76, n° 3, p. 510-514, 2002, doi: 10.1086/345281.
- [94] E. T. Koh et W. L. Owen, « Experimental and Quasi-Experimental Research », in *Introduction to Nutrition and Health Research*, E. T. Koh et W. L. Owen, Éd., Boston, MA: Springer US, 2000, p. 196-217. doi: 10.1007/978-1-4615-1401-5_11.
- [95] W. R. Shadish, « QUASI-EXPERIMENTAL DESIGNS FOR GENERALIZED CAUSAL INFERENCE ».
- [96] R. K. Yin, « Validity and generalization in future case study evaluations », *Evaluation*, vol. 19, n° 3, p. 321-332, juill. 2013, doi: 10.1177/1356389013497081.
- [97] C. Silver et A. Lewins, *Using Software in Qualitative Research: A Step-by-Step Guide*, 2nd éd. Sage Publications Ltd., 2014.
- [98] A. Cernasev et D. R. Axon, « Research and scholarly methods: Thematic analysis », *JACCP J. Am. Coll. Clin. Pharm.*, vol. 6, n° 7, p. 751-755, 2023, doi: 10.1002/jac5.1817.
- [99] V. Braun et V. Clarke, « Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher », *Int. J. Transgender Health*, vol. 24, n° 1, p. 1-6, 2023, doi: 10.1080/26895269.2022.2129597.
- [100] L. S. Nowell, J. M. Norris, D. E. White, et N. J. Moules, « Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria », *Int. J. Qual. Methods*, vol. 16, n° 1, p. 1609406917733847, déc. 2017, doi: 10.1177/1609406917733847.
- [101] E. Hashimov, « Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook and The Coding Manual for Qualitative Researchers: Matthew B. Miles, A. Michael Huberman, and Johnny Saldaña. Thousand Oaks, CA: SAGE, 2014. 381 pp. Johnny Saldaña. Thousand Oaks, CA: SAGE, 2013. 303 pp. », *Tech. Commun. Q.*, vol. 24, n° 1, p. 109-112, janv. 2015, doi: 10.1080/10572252.2015.975966.

- [102] Z. He et M. Schonlau, « Automatic Coding of Text Answers to Open-Ended Questions: Should You Double Code the Training Data? », *Soc. Sci. Comput. Rev.*, vol. 38, n° 6, p. 754-765, déc. 2020, doi: 10.1177/0894439319846622.
- [103] L. M. Pfadenhauer *et al.*, « Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework », *Implement. Sci. IS*, vol. 12, n° 1, p. 21, févr. 2017, doi: 10.1186/s13012-017-0552-5.
- [104] J. Shoveller, S. Viehbeck, E. Di Ruggiero, D. Greyson, K. Thomson, et R. Knight, « A critical examination of representations of context within research on population health interventions », *Crit. Public Health*, vol. 26, n° 5, p. 487-500, oct. 2016, doi: 10.1080/09581596.2015.1117577.
- [105] B. Sylla, B. Ouedraogo, S. Traore, O. Ouedraogo, L. G. B. Savadogo, et G. Diallo, « Current status of digital health interventions in the health system in Burkina Faso », *BMC Med. Inform. Decis. Mak.*, vol. 24, n° 1, p. 171, juin 2024, doi: 10.1186/s12911-024-02574-4.
- [106] H. Ghalavand, S. Shirshahi, A. Rahimi, Z. Zarrinabadi, et F. Amani, « Common data quality elements for health information systems: a systematic review », *BMC Med. Inform. Decis. Mak.*, vol. 24, n° 1, p. 243, sept. 2024, doi: 10.1186/s12911-024-02644-7.
- [107] C. Ezenduka, E. Obikeze, B. Uzochukwu, et O. Onwujekwe, « Examining healthcare purchasing arrangements for strategic purchasing in Nigeria: a case study of the Imo state healthcare system », *Health Res. Policy Syst.*, vol. 20, n° 1, p. 41, avr. 2022, doi: 10.1186/s12961-022-00844-z.
- [108] M. Kachapila, J. Kigozi, et R. Oponng, « Exploring the roles of players in strategic purchasing for healthcare in Africa—a scoping review », *Health Policy Plan.*, vol. 38, n° 1, p. 97-108, janv. 2023, doi: 10.1093/heapol/czac093.
- [109] « Corruption Perceptions Index, 2023 », Transparency.org. Consulté le: 21 avril 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.transparency.org/en/countries/chad>
- [110] S. M. Umuhoza *et al.*, « Strengths and Weaknesses of Strategic Health Purchasing for Universal Health Coverage in Rwanda », *Health Syst. Reform*, vol. 8, n° 2, p. e2061891, mars 2022, doi: 10.1080/23288604.2022.2061891.
- [111] F. Matovu, A. Gatome-Munyua, et R. Sebagala, « Has Strategic Purchasing Led to Improvements in Health Systems? A Narrative Review of Literature on Strategic Purchasing », *Health Syst. Reform*, vol. 8, n° 2, p. 2151698, mars 2022, doi: 10.1080/23288604.2022.2151698.

- [112] S. Witter, D. K. Arhinful, A. Kusi, et S. Zakariah-Akoto, « The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care », *Reprod. Health Matters*, vol. 15, n° 30, p. 61-71, nov. 2007, doi: 10.1016/S0968-8080(07)30325-X.
- [113] G. P. Mays, C. B. Mamaril, et L. R. Timsina, « Preventable Death Rates Fell Where Communities Expanded Population Health Activities Through Multisector Networks », *Health Aff. Proj. Hope*, vol. 35, n° 11, p. 2005-2013, nov. 2016, doi: 10.1377/hlthaff.2016.0848.
- [114] S. Nott, R. Colbran, et M. Edwards, « Collaborative Care - empowering community in the development of rural primary health workforce and service delivery models », *Rural Remote Health*, vol. 23, n° 1, p. 8129, janv. 2023, doi: 10.22605/RRH8129.
- [115] M. Shegaze Shimbire et A. Tunje Tanga, « Perspective Chapter: The Importance of Collaborative Care in Community Health Settings », in *Current Trends in Community Health Models*, M. Bassanello, R. Geppini, et X.-N. Li, Éd., IntechOpen, 2025. doi: 10.5772/intechopen.115212.
- [116] A. Petiwala, D. Lanford, G. Landers, et K. Minyard, « Community voice in cross-sector alignment: concepts and strategies from a scoping review of the health collaboration literature », *BMC Public Health*, vol. 21, n° 1, p. 712, avr. 2021, doi: 10.1186/s12889-021-10741-9.
- [117] E. Kumah, « The informal healthcare providers and universal health coverage in low and middle-income countries », *Glob. Health*, vol. 18, n° 1, p. 45, déc. 2022, doi: 10.1186/s12992-022-00839-z.
- [118] G. A. Mehdi., « Ridde, Valéry. L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues », *Cah. D'études Afr.*, n° 218, Art. n° 218, juill. 2015, doi: 10.4000/etudesafricaines.18167.
- [119] A. Ager, S. Saleh, H. Wurie, et S. Witter, « Health systems research in fragile settings », *Bull. World Health Organ.*, vol. 97, n° 6, p. 378-378A, juin 2019, doi: 10.2471/BLT.19.233965.
- [120] B. Moses et M. C. Igwe, « Social Economic Determinants of Health and Health Disparities in Uganda », *Sch. J. Econ. Bus. Manag.*, vol. 11, n° 05, p. 155-164, mai 2024, doi: 10.36347/sjebm.2024.v11i05.001.
- [121] R. Nsiah *et al.*, « Mapping Health Disparities: Spatial Accessibility to Healthcare Facilities in a Rural District of Ghana Using Geographic Information Systems Techniques », *Am. J. Health Res.*, vol. 12, n° 5, p. 110-123, sept. 2024, doi: 10.11648/j.ajhr.20241205.11.
- [122] D. Spiegelman, C. L. Rivera-Rodriguez, et S. Haneuse, « Evaluating Public Health Interventions: 3. The Two-Stage Design for Confounding Bias Reduction—Having Your Cake and Eating It

- Two », *Am. J. Public Health*, vol. 106, n° 7, p. 1223-1226, juill. 2016, doi: 10.2105/AJPH.2016.303250.
- [123] J. Lopez Bernal, S. Cummins, et A. Gasparrini, « The use of controls in interrupted time series studies of public health interventions », *Int. J. Epidemiol.*, vol. 47, n° 6, p. 2082-2093, déc. 2018, doi: 10.1093/ije/dyy135.
- [124] T. Brannick et D. Coghlan, « In Defense of Being “Native”: The Case for Insider Academic Research », *Organ. Res. Methods*, vol. 10, n° 1, p. 59-74, janv. 2007, doi: 10.1177/1094428106289253.
- [125] R. Zachariah et B. Draquez, « Operational research in non-governmental organisations: necessity or luxury? », *Public Health Action*, vol. 2, n° 2, p. 31-31, juin 2012, doi: 10.5588/PHA.12.0016.
- [126] R. King et A. Virk., « O1 Qualitative research for large-scale sustainable impact on health in low-resource settings », *BMJ Open*, vol. 9, mars 2019, doi: 10.1136/BMJOPEN-2019-QHRN.1.
- [127] A. S. Alfaar *et al.*, « A change roadmap towards research paradigm in low-resource countries: retinoblastoma model in Egypt », *Int. Ophthalmol.*, vol. 37, n° 1, p. 111-118, févr. 2017, doi: 10.1007/s10792-016-0233-4.
- [128] C. A. Nnaji *et al.*, « Implementation research approaches to promoting universal health coverage in Africa: a scoping review », *BMC Health Serv. Res.*, vol. 21, n° 1, p. 414, mai 2021, doi: 10.1186/s12913-021-06449-6.
- [129] A. Ghaffar, L. D. Zennaro, et N. Tran, « The African Health Initiative’s Role in Advancing the Use of Embedded Implementation Research for Health Systems Strengthening », *Glob. Health Sci. Pract.*, vol. 10, n° Supplement 1, p. e2200318, sept. 2022, doi: 10.9745/GHSP-D-22-00318.
- [130] K. Sell, E. Rehfues, J. Osuret, E. Bayiga-Zziwa, B. Geremew, et L. Pfadenhauer, « Outcomes of an integrated knowledge translation approach in five African countries: A mixed methods comparative case study », 9 mai 2024. doi: 10.21203/rs.3.rs-4312132/v1.
- [131] T. Nutley et H. W. Reynolds, « Improving the use of health data for health system strengthening », *Glob. Health Action*, vol. 6, p. 20001, févr. 2013, doi: 10.3402/gha.v6i0.20001.
- [132] B. Temple et A. Young, « Qualitative Research and Translation Dilemmas », *Qual. Res.*, vol. 4, n° 2, p. 161-178, août 2004, doi: 10.1177/1468794104044430.

[133] Y. Liu et J. Xu, « The Effect of Temporal Distance and Social Distance on the Choice of Consumers' Preferences », *Mod. Econ.*, vol. 06, n° 02, p. 275-282, 2015, doi: 10.4236/me.2015.62024.

LES ANNEXES

Annexe 1 : Poster réalisé dans le cadre des journées doctorales

Amélioration de l'offre et de la demande de soins de santé maternels et infantiles au Tchad : une étude quasi-expérimentale

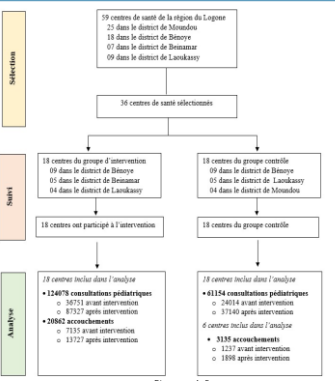
Dahab MANOUFI^{1,2,3} Wendyam Charles KABORE⁴, Cocou Nathanaël YAHANNON⁵, Alexandre DUMONT, Valéry RIDDE, CEPED (UMR 196), SAGESUD ERL INSERM, Institut de Recherche pour le Développement, Université de Paris, France. ² École doctorale Pierre Louis de santé publique, Université Sorbonne Paris Cité, Paris, France. ³Bureau d'appui Santé et Environnement, N'Djamena, Tchad. ⁴ Institut de Recherche en Science de la Santé (IRSS). ⁵ Observatoire Economique et Statistique d'Afrique Subsaharienne.

Introduction

Le Tchad figure parmi les pays où la mortalité maternelle et infantile est la plus élevée du monde. Une intervention d'exemption des frais d'utilisation a été mise en œuvre de 2016 à 2019 dans 18 centres de santé dans le Sud du Tchad, avec une importante collaboration des communautés, pour améliorer la santé des mères et des enfants à travers un renforcement l'offre et la demande de soins de manière concomitante. L'objectif de cette étude est d'évaluer les effets de cette intervention sur l'utilisation des services de santé principalement les consultations obstétricales et les accouchements dans les centres de santé.

Matériel et méthodes

Des analyses de séries chronologiques interrompues avec groupe contrôlé ont été utilisées pour mesurer les effets de l'intervention selon une approche quasi-expérimentale. Les données mensuelles de fréquentation ont été collectées à partir des registres de 18 centres de santé ayant participé à l'intervention et de 18 centres sans intervention extérieure (groupe contrôle). Dix (18) mois avant (18 mois) et (24 mois) après ont été prises en considération dans l'étude. Trente-six (36) centres de santé ont été sélectionnés parmi les 59 que compte la province du Logone Occidental pour participer à l'étude. Ces centres de santé couvraient une population de 534 613 habitants, soit 56,7% de la population totale de la province du Logone Occidental en 2016. Le choix des centres de santé d'intervention est fait par le ministère de la santé à la suite de l'évaluation d'une intervention antérieure.



Résultats

On a observé une tendance à la hausse des deux variables après le début de l'intervention essentiellement après le mois de janvier 2018 avec un effet différé comme le montrent les figures 3a et 3b.

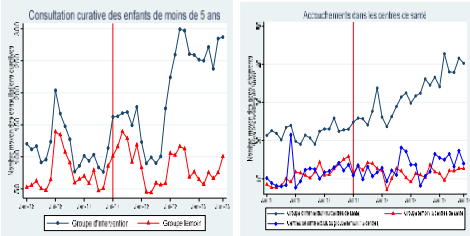


Fig. 3. (a) Évolution des consultations curatives 0 à 5 ans et (b) des accouchements dans les CS de juin 2016 à juin 2019

Remerciement

Cette étude fait partie du programme Unisahel (Couverture Universelle en Santé au Sahel) financé par l'Agence Française de Développement. Nous tenons à remercier les équipes de la délégation sanitaire du Logone Occidental et de l'ONG BASE pour la collecte et le contrôle de données qui ont servi à l'analyse.



Dahab MANOUFI
Dahab.manoufi@etu-parisdescartes.fr

Résultats (suite)

On observe également dans le Tableau 2 que le nombre mensuel de consultations pédiatriques et d'accouchements se sont renforcés au cours de la période post-intervention. On a observé qu'il existait déjà une différence pendant la période précédant l'intervention.

	Intervention		IC (19%)		avant-Type		après		N	
	CEE	ACC	CEE	ACC	CEE	ACC	CEE	ACC		
Avant intervention										
Intervention	113,4	22,0	105,7-121,1	20,8-23,2	70,4	11,0	97	20	625-190,5	14-27,5
Contrôle	73,1	11,4	67,4-78,8	9,7-13,1	51,9	8,8	60	11	42-86,5	7-15
Après intervention										
Intervention	202,1	31,9	198,6-213,6	30,5-33,3	123,1	14,5	175,5	31	113-203,5	22-40
Contrôle	85,7	13,1	79,3-92,2	12,0-14,3	68,2	6,9	67	12	41-104,5	6-17,5

Consultations curatives enfants de 0 à 5 ans et accouchements, selon les groupes et la période d'étude

Les données relatives à la part de l'activité attribuable aux agents de santé communautaire et aux matrones-référentes montrent que plus de la moitié des femmes ayant accouché dans les centres de santé du groupe d'intervention ont été référées par les matrones. En revanche, les consultations des enfants de 0 à 5 ans réalisées en stratégie avancée dans les 36 sites communautaires gérés par les ASC ne représentent que 14% de toutes les consultations pédiatriques réalisées dans la zone d'intervention.

Le tableau 3 présente les résultats des deux modèles de régression segmentée permettant de prédire l'évolution du nombre mensuel de consultations pédiatriques, d'une part, et le nombre d'accouchements mensuels dans les centres de santé, d'autre part.

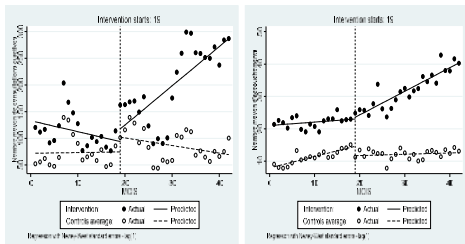


Fig. 4. (a) Évolution des consultations curatives pédiatriques et (b) des accouchements dans les centres de santé avant et après l'intervention

L'intervention n'a pas eu un effet immédiat (figure 4a) sur le nombre de consultations pédiatriques (-4,19 consultations, IC à 95% : -64,82 ; 56,24, p= 0,89). En revanche, l'augmentation subséquente des consultations pendant toute la période d'intervention a été plus rapide dans le groupe d'intervention que dans le groupe contrôle (+10,98 consultations chaque mois ; IC à 95% : 8,87-13,40) ; p<0,001). Le mois suivant le début de l'intervention, le nombre d'accouchements a augmenté (figure 4b) par rapport à l'évolution immédiate dans le groupe contrôle (+3,1 accouchements ; IC à 95% : -0,01 - +6,18, p<0,051). Cet effet s'est maintenu pendant toute la période d'intervention (+0,68 accouchement par mois ; IC à 95% : 0,41 - 0,948 ; p<0,001).

Conclusions

Cette étude visait à évaluer les effets d'une intervention complexe de renforcement du système de santé associé à une exemption du paiement des frais et une mobilisation des communautés. Cette intervention avait pour but d'accroître le recours aux soins. Elle a permis de mettre en évidence les avantages d'agir de manière concomitante sur l'offre et la demande de soins dans le cadre d'un partenariat avec les communautés formées et impliquées dans le système de santé public pour promouvoir la couverture santé universelle. Des recherches futures pourraient fournir des explications plus détaillées sur les mécanismes de production de ces effets au regard des facteurs contextuels.



Accessibilité des femmes enceintes et enfants de 0 à 5 ans aux structures de soins au Tchad: cas des cellules villageoises de gestion des urgences (CVGU) dans le district sanitaire de Benoye

Ahmat Ousmane Malick, Ramdan Kagonta, Djidina Loubah Niama et Dahab Manoufi

Résumé

Pour faire face aux difficultés d'accessibilité aux soins maternels et infantiles, le Tchad a mis en œuvre plusieurs stratégies dont la prise en charge des soins d'urgences obstétricales et néonatales dans les zones rurales. C'est une politique nationale de lutte contre la mortalité maternelle et infantile qui a été instituée à travers le Bureau d'Appui Santé et Environnement (BASE), associant le Ministère de la Santé publique du Tchad, l'Agence Française de Développement (AFD) et la communauté. L'objectif de cette stratégie visait à améliorer l'accessibilité physique et financière aux soins maternels et infantiles par : la création des CVGU ; l'organisation du référencement entre les villages et les centres de santé ; l'organisation du référencement entre les centres de santé et l'hôpital ; la gratuité des soins et du transport pour les cas référés en urgence à l'Hôpital de District ; la prise en charge gratuite des complications obstétricales et des enfants de moins de 5 ans à l'hôpital. Cette intervention a été mise en place respectivement dans le Centre Hospitalier de Bebaïem, le centre de santé de Bebaïem et le centre de santé de Barabetien.

Le mécanisme a duré 20 mois et a pris en charge 1621 femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans.

Faits Saillants

- ▣ Les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans accèdent difficilement aux structures sanitaires à cause de nombreux obstacles tels que la distance, le mauvais état de routes et le manque de ressources financières.
- ▣ La mise en place des Cellules Villageoises de Gestion des Urgences (CVGU) par BASE, le Ministère de la Santé et l'AFD a permis une meilleure prise en charge des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5.
- ▣ Des efforts supplémentaires doivent être faits dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé pour faciliter l'accès aux structures de soins.
- ▣ Une attention particulière doit être portée aux villages n'ayant pas adhéré aux CVGU pour prendre en compte toutes les populations ciblées par ce mécanisme de prise en charge.





Introduction

Les Cellules Villageoises de Gestion des Urgences (CVGU) jouent un rôle d'appui particulièrement important dans l'accès aux soins au niveau périphérique du système de santé au Tchad. En effet, les CVGU agissent comme un mécanisme permettant l'évacuation des urgences obstétricales, infantile et néonatales des différents villages vers les structures sanitaires. Elles visent à faciliter dans un bref délai l'accès des femmes enceintes et enfants de 0 à 5 ans issus de milieu rural aux structures de soins pour leur prise en charge (centres de santé et hôpitaux). C'est une initiative qui permet à la communauté de s'organiser afin de parer au manque de financement de soins et de couvrir plusieurs besoins, surtout en termes de transports, pour lever les barrières d'accessibilité aux structures sanitaires. Ce dispositif a été mis en place en 2019 par BASE dans les cantons Bedogo et Kiagor du district de Benoye (Figure 1).

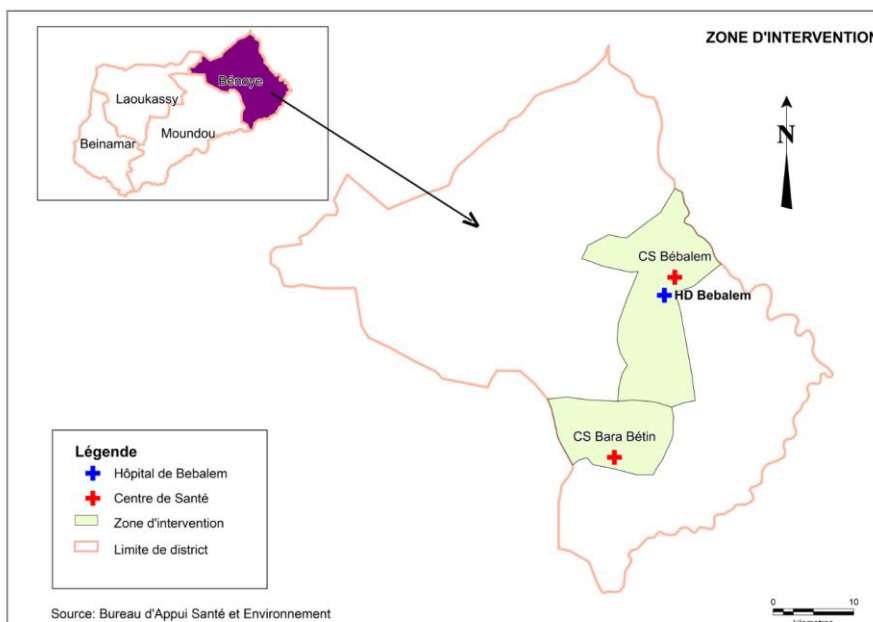


Figure 1 : Carte de la zone d'intervention

Des études ont souligné que l'instauration des organisations communautaires par les partenaires d'appui est d'une grande importance et pourrait être efficace à l'accès à la couverture des services de santé (Organisation Mondiale de la Santé pour le compte de son Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, 2009).



Méthodes



Le mécanisme a fait appel à plusieurs méthodes de recueil des données, axées sur des données qualitatives (textuelles et visuelles) pour l'évaluation du déroulement et sur des données quantitatives (agrégées à l'échelle des CVGU) pour l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience.

CVGU	Nombre d'habitants
Bédogo	2 345
Kiagor 1	3 754
Kiagor 2	1 194
Kiagor 3	5 063
Manmasdjé	5 087
Total	17 443

Principaux résultats

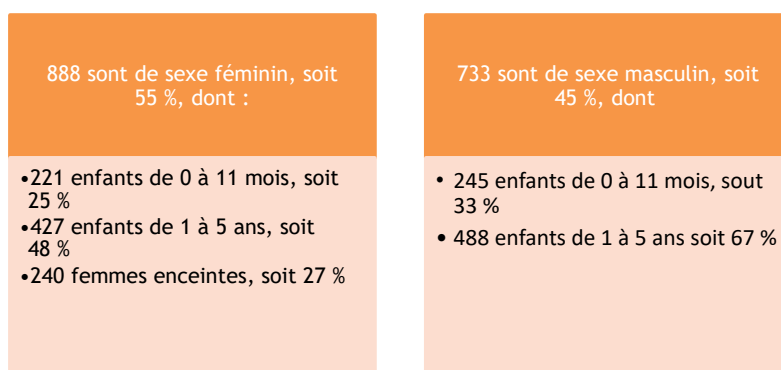
Les zones géographiques couvertes par les CVGU étudiées comprenaient 17 443 habitants (Tableau 1). Sur les 20 mois de prise en charge, période allant de Mai 2019 au 31 Décembre 2020, 1621 patients ont été évacués par les différentes cellules vers leurs Zones de Responsabilité respectives (Tableau 2).

Tableau 1 : Nombre d'habitants par CVGU

Catégories de prise en charge	Femmes		Hommes		Total	
	Femmes	%	Hommes	%	Total	%
Enfants de 0 - 11 mois	221	25 %	245	33 %	466	29 %
Enfants de 1 - 5 ans	427	48 %	488	67 %	915	56 %
Femmes enceintes	240	27 %			240	15 %
Total	888	100 %	733	100 %	1621	100 %

Tableau 2 : Répartition des patients évacués par catégorie de prise en charge et par sexe

Le Tableau 2 montre que, sur les 1621 personnes évacuées :



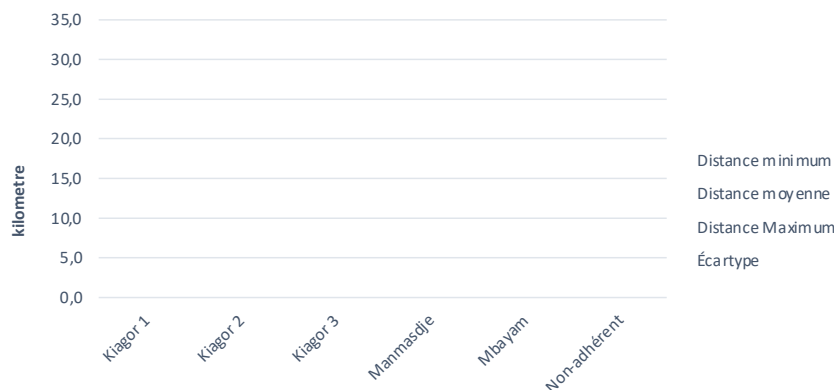


Figure 2 : Répartition des CVGU par rapport à la distance au Centre Hospitalier de Bebalem

La Figure 2 montre, pour chaque CVGU, la distance (en km) entre le lieu d'habitation des patients évacués et le Centre Hospitalier de Bebalem. Cette distance, comprise entre 3,2 km et 32,5 km, était de 18,9 km en moyenne, avec de forts écarts entre les CVGU, mais aussi parfois au sein des CVGU.

Conclusion

Le processus de la mise en place des CVGU, constitue un bon modèle de prestation et d'interventions de santé dans les zones rurales. Il a permis de prendre en charge les cas d'urgences pédiatriques et gynéco-obstétriques dans les formations sanitaires.

En effet, les différentes rencontres réalisées avec les autorités sanitaires, administratives et les représentants des communautés ont montré un intérêt manifeste pour cette innovation. Cependant, des efforts restent encore à fournir pour parfaire et redynamiser ce système afin d'éradiquer le phénomène de mortalité maternelle et infantile au Tchad.

Recommandations



1. Densifier et renforcer la capacité des CVGU pour redynamiser et mettre en place le mécanisme à tous les niveaux dans le district.
2. Élargir le nombre de structures sanitaires affiliées pour faciliter l'accès aux soins en réduisant les distances par rapport aux villages.
3. Amener tous les villages à adhérer au mécanisme afin qu'ils bénéficient de la prise en charge.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les communautés, le Bureau d'Appui à la Santé et Environnement, le Ministère de la santé Publique et de la Solidarité Nationale, la Délégation Sanitaire Provinciale du Logone Occidental et l'Agence Française de Développement.

Pour plus d'informations sur le projet unissahel

Description et organisation : "L'objectif du programme UNISSAHEL est de comprendre et d'étudier les actions entreprises pour parvenir à la couverture universelle en santé (CUS) dans quatre pays (Mali, Niger, Sénégal, Tchad) afin de soutenir les décisions politiques. Il est financé par l'Agence Française de Développement (AFD), porté par l'institut de recherche pour le développement (IRD) et le travail dans les pays se fait en partenariat avec le Centre Régional de Recherche et de Formation à la Prise en Charge Clinique de Fann (CRCF) au Sénégal, l'ONG MISELI au Mali et l'ONG BASE au Tchad.

www.unissahel.org coordination.unissahel@gmail.com / Mounia.baidai@ceped.org

