

Note projet

« Autonomisation sociale des femmes tchadiennes par l'accès aux services de santé et la prise en compte des violences basées sur le genre » - Phase 2

Nom du demandeur : CARE France

1. DONNEES CONCERNANT L'OSC PORTEUSE DU PROJET (1 page maximum)

Demandeur	CARE France
Acronyme	CARE
Nationalité	Française
Statut juridique	Association
Adresse	71 RUE ARCHEREAU – 75019 PARIS - France
N° de téléphone	+33 1 53 19 89 89
Numéro de fax	+33 1 53 19 89 90
Adresse électronique de l'organisation	info-care@carefrance.org
Site internet de l'organisation	www.carefrance.org
Contact –projet	Brigitte ROUGIER – Responsable Programmes Afrique de l'Ouest & Sahel
Adresse électronique contact-projet	rougier@carefrance.org
Titre du projet	« Autonomisation sociale des femmes tchadiennes par l'accès aux services de santé » (PASFASS 2)
Année d'implantation dans le pays de mise en œuvre de l'Appel à projets	1974
Partenaires	Bureau d'Appui Santé et Environnement-Tchad (BASE) et le Groupe Urgence Réhabilitation Développement (Groupe URD)
Lieux (pays, région(s), ville(s))	Tchad, Provinces du Mandoul et du Logone Oriental
Coût total de l'action	5 250 000 €
Contribution demandée à l'AFD	5 250 000 €
Contribution autres partenaires éventuels	
Durée de l'action	36 mois

GLOSSAIRE

ASC	Agent de Santé Communautaire
AEC	Agent d'Engagement Communautaire
AFD	Agence Française de Développement
AGR	Activités Génératrices de Revenus
AVEC	Associations Villageoises d'Epargne et de Crédit
AT	Accoucheuses Traditionnelles
AS	Agent de Santé
CIOJ	Centre d'Information et d'Orientation des Jeunes
CLAC	Centre de Lecture et d'Animation Culturelle
CMR	Clinical Management of Rape
COSAN	Comité de Santé
COGES	Comité de Gestion
CPE	Consultation Préventive des Enfants
CPON	Consultation Postnatale
CPN	Consultation Prénatale
CPNR	Consultation Prénatale Recentrée
DEFFI	Droits et Empowerment des femmes et des filles
DS	District Sanitaire
DSSR	Droits et Santé Sexuelle et Reproductifs
DPA/OSC	Division du Partenariat avec les OSC
EDS MIC	Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs multiples
FOSA	Formation Sanitaire
FA	Fond d'achat
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
MFPE	Ministère de la Femme et de la Protection de la Petite Enfance
MSP	Ministère de la Santé Publique et de la Prévention
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDC	Plan de Développement Communal
RACC	Crises Humanitaires et Assistance, et Résilience et Adaptations aux Changements climatiques
RECO	Relais Communautaire
SMI	Santé Materno Infantile
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SPONGAH	Secrétariat Permanent des Organisations Non Gouvernementales et des Affaires Humanitaires
SRAJ	Santé Reproductive des Adolescents et Jeunes
SRMINIA	Santé Reproductive Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
UE	Union Européenne
VBG	Violences Basées sur le Genre
VS	Violence Sexuelle

2. NOTE DE PRESENTATION DU PROJET

2.1 Contexte et justification de l'intervention

Le Tchad compte 18 033 737 habitants¹, majoritairement jeune (50,6% de la population a moins de 15 ans) et rurale (75,7%)). Il se situe dans la liste des pays à faible revenu et à faible Indice de Développement Humain (187^{ème} sur 189 en 2019²).

Il est classé 2^{ème} pays au monde pour son taux de natalité avec 6,4 naissances par femme (6,8 en milieu rural contre 5,4 en milieu urbain). Les indicateurs de fécondité ont d'ailleurs peu changé depuis 1996-1997. L'âge médian à la première naissance pour les femmes est de 18,2 ans. Cet âge médian tend à augmenter avec le niveau d'instruction des femmes (18 ans parmi les femmes sans instruction contre 20 ans parmi celles ayant un niveau secondaire et 25 ans parmi celles ayant un niveau supérieur). Enfin, un peu plus d'un tiers des adolescentes de 15-19 ans (36 %) a déjà commencé sa vie procréative. Cette proportion a peu changé depuis 2004 où elle était estimée à 37 % (EDS-MICS 2014 – 2015).

La Santé Reproductive Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent (SRMNIA) constitue le principal enjeu de santé publique dans ce pays où le taux de mortalité maternelle, actuellement estimé à 860 décès pour 100 000 naissances vivantes, est l'un des plus élevés au monde. Malgré une nette amélioration constatée entre 2004 et 2014, les indicateurs de santé maternelle demeurent extrêmement bas. Bien que la proportion des femmes ayant reçu des soins prénataux par du personnel formé soit passée de 43% à 64% entre 2004 et 2014, les taux de mortalité infantile (mortalité avant l'âge d'un an) et de mortalité juvénile (mortalité entre 1 et 5 ans) sont parmi les plus élevés au monde (79 pour 1 000 naissances vivantes pour la mortalité infantile et 47 pour 1 000 naissances vivantes pour la mortalité juvénile (EDS-MICS 2019)). Seulement 23 % des accouchements ont lieu dans un établissement de soins au niveau national. Dans le Mandoul, le taux d'accouchement à domicile est de 71 % contre 73% dans le Logone oriental. Selon l'EDS-MICS (2014-2015), seulement 24 % des femmes rurales participent aux décisions sur leurs soins de santé. Dans le Mandoul et le Logone Oriental, les hommes ruraux qui participent aux décisions sur leurs soins de santé et sur les achats importants du ménage sont respectivement de 97 % et 94 %.

Aux risques liés aux accouchements non assistés, s'ajoutent les conséquences sanitaires des mariages précoces, et donc des accouchements précoces. L'âge médian à la première union est de 16,1 ans pour les femmes de 25-49 ans contre 22,8 ans pour les hommes du même groupe d'âge. L'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 16,2 ans chez les femmes de 20-49 ans et de 19,9 ans chez les hommes de 20-59 ans. Au niveau national, en dépit des actions menées, la prévalence de la contraception moderne reste faible, le taux d'utilisation de la contraception par les femmes en âge de procréer est très bas (8 à 9 %). Les adolescents disposent d'une marge de manœuvre extrêmement réduite concernant l'accès aux soins de santé reproductive, et ils développent dans cet espace restreint des mécanismes de contournement souvent dangereux (rapports non-protégés, avortements clandestins etc.).

Seulement 15 % des adolescentes en union participent aux décisions sur leurs soins de santé, contre une moyenne de 30 % pour les femmes entre 30 et 49 ans (EDS-MICS 2019). Les jeunes et les adolescentes constituent la population la plus exposée aux grossesses non désirées. Malgré sa révision, le Code pénal tchadien conditionne l'accès à l'avortement médicalisé à l'obtention d'une autorisation délivrée par le ministère public et punit d'une peine d'emprisonnement et d'une amende une femme qui se fait avorter et ceux qui contribuent directement ou indirectement à l'acte.

A cela s'ajoute la question liée à l'égalité de genre. En 2021, l'Index de l'Écart Global de Genre 2021 (Gender Global Gap Index) du Forum Économique Mondial place le Tchad en 148^e position sur 156 pays et l'Index de l'Inégalité de Genre du PNUD (IIG) place le pays au 160^e rang sur 162. De plus, les femmes et les filles sont les principales victimes des violences basées sur le genre enregistrées dans le pays. Selon l'EDS-MICS 2019, 1 femme sur 3 a été victime de violence physique au moins une fois depuis ses 15 ans. 89 % des femmes et

¹ INSEED 2023

² PNUD Rapport sur le développement humain 2020

64 % des hommes pensent qu'il est justifié qu'un homme batte sa femme pour certaines raisons (sortir sans informer son mari par exemple). Les pratiques traditionnelles néfastes comme les Mutilation Génitales Féminines (MGF) ou les mariages précoces sont très répandues dans le pays. La prévalence du mariage d'enfants est parmi les plus élevées du monde (1 femme sur 4 est mariée avant 15 ans).

Le cadre légal privilégie globalement le pouvoir des hommes au sein des ménages. En effet, la Constitution reconnaît le droit coutumier comme source valable de droit, à condition qu'il ne soit pas contraire à l'ordre public et ne prône pas d'inégalités entre les citoyens (article 156). Dans les régions ciblées par le projet, le droit coutumier régit le régime matrimonial, la propriété et les règles de la transmission de la succession. Il accorde un statut supérieur aux hommes et est défavorable aux femmes, notamment en ce qui concerne l'accès à la terre et l'héritage. De même, le Code civil consacre l'homme comme chef du foyer (article 213). La violence à l'égard des femmes et des enfants est l'une des atteintes aux droits de la personne les plus fréquentes. Elle entraîne pour celles qui en sont victimes de graves conséquences physiques, économiques et psychologiques, à court et à long terme, entravant leur participation pleine et égalitaire à la vie en société. Au Tchad, l'éducation coercitive reste relativement répandue au sein des ménages. Ainsi, selon l'EDS-MICS 2019, 77,4 % des enfants âgés de 1 à 14 ans ont déjà subi des agressions psychologiques et 76 % des châtiments physiques (dont 30 % des châtiments sévères). Ces proportions sont légèrement plus faibles dans le Logone Oriental (respectivement 76 %, 75 % et 29 %), mais plus importantes dans le Mandoul (respectivement 85 %, 84 % et 28 %). À ce titre, l'EDS 2019 révèle que la proportion des mères et/ou des gardiennes d'enfants âgés de 1 à 14 ans qui croient que des châtiments physiques sont nécessaires pour mettre sur la bonne voie, élever ou éduquer correctement un enfant est de 48,8 % (62 % dans le Mandoul et 55,4 % dans le Logone Oriental).

Même après 20 ans de discussions, le Tchad n'a toujours pas adopté un Code de la famille conforme aux standards internationaux. Si la Loi n°029/PR/2015 sur l'interdiction du mariage des enfants a été signée et promulguée, elle peine à être appliquée. L'inceste, le viol conjugal et le harcèlement sexuel ne sont pas punis dans le nouveau Code pénal promulgué en mai 2017.

Le projet PASFASS, phase 1 et 2, vise en priorité les provinces du Mandoul (58 habitants/km² pour une population de 867 102 habitants dont 51,34% de femmes) et du Logone Oriental (77 habitants/km² pour une population de 1 082 404 habitants dont 51,35% de femmes), qui font partie des régions les plus densément peuplées du pays³. De plus, les indicateurs à la base de l'analyse croisée des besoins révèlent que les Provinces du Mandoul et du Logone Oriental ont (1) des indices synthétiques de fécondité les plus élevés du pays : 6,5 pour le Mandoul et 7,6 pour le Logone Oriental ; (2) des taux de besoins non satisfaits en matière de planification familiale dans la moyenne nationale (22,9%) ou légèrement supérieur (24,9% pour le Mandoul et 22,1% pour le Logone Oriental sur un total de demande en planification familiale de respectivement 38,6% et 34,9%) ; (3) une couverture en soins prénataux affichant de bons taux par rapport à d'autres régions du pays : 90,1% des femmes de 15-49 ans de la région du Mandoul et 79% de celles de la région du Logone Oriental qui ont eu une naissance vivante entre 2004 et 2009 ont reçu des soins prénataux par un prestataire formé ; (4) une prévalence des violences physiques assez forte (29,7% des femmes de 15-49 du Mandoul et 35,9% des femmes de 15-49 ans du Logone Oriental ont subi des actes de violence physique à un moment quelconque depuis l'âge de 15 ans) et notamment de l'excision (24,5% des femmes du Logone Oriental sont excisées, pourcentage allant jusqu'à 82,9% pour le Mandoul) ; (5) une prévalence des violences domestiques assez forte (34,5% des femmes de 15-49 du Mandoul et 47,1% des femmes de 15-49 ans du Logone Oriental ont subi des actes de violence physiques, sexuelles ou émotionnelles commis par leur mari/partenaire). C'est dans ce contexte que CARE en partenariat avec BASE et le Groupe URD ont mis en œuvre entre 2019 et 2023 le Projet d'Autonomisation Sociale des Femmes tchadiennes par l'Accès aux Services de Santé (PASFASS) dans les provinces du Mandoul (Districts sanitaires de Bédaya et de Bédjondo) et du Logone Oriental (Districts sanitaires de Bodo, Doba et Kara). Ce projet visait spécifiquement à :

- Promouvoir la demande des services SRMNIA/PF et la sensibilisation sur les VBG par l'amélioration des pratiques familiales et une approche communautaire ;

³ 8,6 habitants en moyenne par kilomètre carré en 2009 selon l'EDS-MICS 2014-2015

- Améliorer les conditions de vie des femmes et des filles en particulier par un accès à des soins de qualité et l'amélioration de la prévention et le renforcement de la prise en charge des cas de VBG
- Améliorer la connaissance des déterminants sociaux et sanitaires qui influencent l'accès aux soins de SRMNIA et VBG au Tchad

Bilan de la phase I et articulation phase I et II :

Mettant l'autonomisation sociale des femmes au cœur de son projet, le PASFASS 1 a traité un sujet particulièrement sensible dans un contexte où l'accès aux soins de santé reproductive demeure un enjeu de taille pour les femmes. Les promoteurs du projet ont indéniablement relevé le défi et le projet a impacté la vie des femmes et des hommes dans leur quotidien.

Le PASFASS est un projet pertinent qui a atteint des résultats globalement positifs. Il a su répondre aux besoins de la santé de reproduction au Tchad tout en s'alignant sur la politique Nationale de santé du pays. Le projet a obtenu des résultats intéressants grâce à son approche participative accès sur l'implication des leaders traditionnels et religieux, des communautés, des autorités sanitaires et administratives provinciales, des équipes cadres des Districts, des COSAN/COGES, des accoucheuses traditionnelles et des Agents de Santé Communautaires dans les activités du projet.

Il a ciblé 547 991 personnes dans les deux zones d'intervention et a enregistré une augmentation de la fréquentation des consultations pré natales et des accouchements dans les formations sanitaires grâce aux référencements réalisés par les Accoucheuses traditionnelles et la mise à disposition de tricycles pour se déplacer en cas d'urgence. L'évaluation finale du projet fait état du taux d'augmentation atteint en matière de consultations à savoir : CPN1 : +11% ; CPN4 : +33% ; CPON1 : +10% ; accouchements institutionnels : +17%. La création d'un Fonds d'Achat (FA) stratégique de soins garantissant la gratuité de la plupart des soins liés à la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescent.e.s explique aussi l'augmentation de l'accès aux structures de soins et justifie la réussite du projet.

L'approche AVEC (association villageoise d'épargne et de crédit) a largement contribué à l'autonomisation sociale et financière des femmes. Elle a aussi considérablement participé à augmenter la fréquentation des centres de santé. Au total 222 AVEC ont été créées dont 102 AVEC qui se sont créées spontanément sans l'encadrement des équipes du projet. Le bilan de la collecte et du partage s'élève à plus 251 609 575 FCA et comprend 4 165 membres dont 85% de femmes. Cette approche a suscité un véritable engouement dans les villages.

Les activités de lutte contre les violences basées sur le genre ont aussi atteint des résultats intéressants. 265 comités de veille des VBG composés de 1 958 personnes (999 femmes et 959 hommes) ont été formés et ont appuyé des sensibilisations contre les VBG dans les communautés. Ces séances de sensibilisation ont été faites au niveau communautaire et dans certains établissements scolaires ciblés dans les zones du projet, et se sont faites sous différentes formes (porte-à-porte, causeries éducatives, dialogues communautaires, focus group). Au total 196 séances ont été menées et ont touché 21 410 personnes (9 857 hommes/garçons et 11 553 femmes/filles).

Le dialogue communautaire a pu être renforcé, des séances de sensibilisations ont été organisées par les encadreurs du projet sous forme de campagne de masse, messages radio et de fora communautaires, etc. Des manifestations publiques lors de journées thématiques ont été conduites pendant toute la durée du projet. Plus de 11 295 séances de sensibilisation ont été menées par les ASC, COSAN, AT et AV sur les thèmes de la vaccination des enfants et des femmes, la CPN, la CPON, la CPE, les grossesses à risque, l'accouchement assisté et le planning familial. Les séances ont mobilisé la participation de 254 371 femmes et 178 117 hommes.

De nombreux travaux d'infrastructures, tels que la réhabilitation ou la construction de bâtiments, de salles d'accouchement, de latrines, de forages, d'incinérateurs et de dotations en équipements medicotechniques ont été réalisés. Les prestataires de santé, y compris les agents de santé et les acteurs communautaires ont bénéficié d'un renforcement des capacités sur plusieurs thématiques liées à la santé et à la protection en général.

Enfin, la composante recherche action du projet a été un élément fort du projet. La multiplicité des travaux réalisés a apporté une somme de connaissances et d'apprentissages sur les dynamiques sociales qui conditionnent l'accès aux SR, les problématiques de genre, et la gestion des risques, qui seront utiles à la reconduction du PASFASS.

Études réalisées :

- Étude sur les contraintes d'accès aux soins de santé reproductive chez les adolescent·e·s au Tchad, 2022
- Étude sur les normes et pratiques sociales liées aux mutilations génitales féminines dans le Mandoul, 2020
- Diagnostic de socio-anthropologie sur l'accès aux soins de santé reproductive, 2019
- Diagnostic en économie de la santé économique, 2019 ;
- Diagnostic Sécuritaire accès sur l'approche "ne pas nuire", 2019

Résultats de la capitalisation :

Les axes thématiques de la capitalisation ont été proposés par les organisations membres du consortium afin de cibler les bonnes pratiques et les succès que le projet souhaitait analyser, valoriser et diffuser plus largement.

- La prise en compte du genre, thème analysé selon deux angles prioritaires : 1) la place des femmes dans la lutte contre les violences basées sur le genre (VBG) ; 2) le renforcement du pouvoir économique des femmes grâce aux groupes dits « AVEC » (associations villageoises pour l'épargne et le crédit) ;
- Le rôle des agents de santé communautaires (ASC) dans le projet, notamment celui des accoucheuses traditionnelles (AT) et les enjeux de leur implication dans le parcours de soins des femmes ;
- La restructuration et la redynamisation des COSAN (Comité de Santé) / COGES (Comité de Gestion) par le projet et l'amélioration des services de SRMNIA.

Des fiches techniques :

- Les accoucheuses traditionnelles dans le parcours de soins des femmes ;
- L'appui aux associations villageoises pour l'épargne et le crédit (AVEC) ;
- La restructuration et la redynamisation des COGES / COSAN dans le PASFASS ;
- La lutte contre les violences basées sur le genre dans le Logone oriental et le Mandoul.

Un documentaire sur la persistance de l'excision dans le Mandoul, vient compléter l'étude précitée. « La jeune fille, les chouettes et les hommes lions – Pourquoi l'excision persiste dans le Mandoul » a été réalisé par Carol Valade, avec Florence Chatot et Nesta Yamgoto, et produit par le Groupe URD (février 2024). Il est disponible en version longue (29 mn) et version courte (13 mn).

Même si la phase 1 du projet PASFASS a été innovante par certains aspects, elle a traité de sujets particulièrement résistants au changement tels que les inégalités de genre, l'accès et l'offre en SSR et PF pour les adolescent.e.s, l'excision, la violence, l'émancipation des femmes, et a eu à relever de nombreux défis. La notion de genre a été globalement mieux comprise et l'autonomisation sociale s'est améliorée pour les femmes membres des AVEC. De plus le projet a contribué à transformer les pratiques de soins et à modifier les comportements des prestataires vis-à-vis de la déontologie médicale.

Cependant ce projet ambitieux n'a pas suffisamment couvert ou pu couvrir certains points tels que :

- Garantir l'implication et la coordination avec le niveau central (MSPP et MFPE) ;
- Garantir la pérennisation de l'ensemble des actions déployées ;
- Déployer une approche holistique en matière de prise en charge des survivant.e.s de VBG (soutien juridique, psychosocial et médical) ;
- Cibler de manière plus spécifique les adolescent.e.s à travers des activités adaptées ;
- Assurer une meilleure implication des garçons et des hommes ;

- Prendre en compte certaines recommandations produites dans les cadres des études/évaluations.

Cette proposition s'inscrit alors dans la continuité de la phase 1 afin de renforcer certaines activités qui avaient été mises en place dont celles relatives à la formation des agents de santé et des prestataires, la sensibilisation sur les VBG et la prise en charge des victimes, le déploiement des AVEC, l'implication des agents de santé communautaire etc, mais elle permettra surtout d'aller plus loin par l'intégration des recommandations issues de l'évaluation finale et le déploiement des 6 points précédemment cités qui permettront d'avoir une approche plus transformatrice en matière de genre.

La deuxième phase du projet PASFASS a également pour ambition d'inscrire ses interventions dans le cadre plus large des politiques nationales de santé au Tchad. Cet alignement des objectifs et des activités du projet au cadre légal et aux stratégies nationales du pays a pour objectif une meilleure appropriation du projet par les autorités sanitaires provinciales et nationales, et donc un impact plus durable des interventions.

Depuis quelques années, le Tchad s'est doté d'un cadre juridique concernant le droit à la santé et le droit des femmes qui, bien qu'il peine à être appliqué, a pour objectif de garantir une plus grande égalité de genre et un meilleur accès aux soins de santé reproductive. A ce titre, le présent projet s'appuiera sur les priorités fixées par les autorités sanitaires tchadiennes et mettra l'accent sur la diffusion et la promotion des stratégies nationales élaborées par le ministère de la santé publique (la Politique Nationale de Santé (PNS) (2016-2030), la Stratégie nationale de santé communautaire et son Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC 2021 - 2025) et la Stratégie nationale en matière de santé sexuelle des adolescents et des jeunes (2023). L'identification des actions et des stratégies sur lesquelles le projet souhaite s'aligner a fait l'objet d'un document détaillé disponible en annexe.

2.2 Description du projet

a) Objectif général du projet

L'objectif général du projet est de **Réduire les inégalités entre les femmes et les hommes en améliorant les droits et la santé sexuels et reproductifs au Tchad**

b) Objectifs spécifiques

De manière spécifique, le projet vise l'atteinte de trois objectifs spécifiques représentant chacun une composante/résultat de l'appel à proposition. Il s'agit de :

OS1 : Promouvoir la demande de services DSSR/SRMNIA et de prise en charge des VBG, pour répondre aux besoins spécifiques des femmes et des adolescent.es des provinces du Mandoul et du Logone Oriental.

OS2 : Renforcer l'accès, la qualité et l'utilisation de l'offre de soins en DSSR/SRMNIA et la prise en charge des VBG, pour répondre aux besoins spécifiques des femmes et des adolescent.es des provinces du Mandoul et du Logone Oriental.

OS3 : Améliorer la connaissance des déterminants sociaux et sanitaires qui influencent l'accès aux services de DSSR/SRMNIA/VBG.

c) Résultats attendus, impact et activités du projet

Au tout début du projet, une évaluation ex-post de certaines activités de la phase 1 devra être réalisée afin de faire un bilan de leur fonctionnement plus d'un an après la fin du PASFASS 1. Cette évaluation donnera les bases des activités dont la pérennité a été assurée et permettra de réorienter au besoin les stratégies de la phase 2. Après cela, il sera essentiel d'organiser un atelier de co-construction du projet avec les acteurs stratégiques, de définition des indicateurs à retenir et de la meilleure stratégie de sortie à adopter et ce avant la réalisation de la baseline.

Composante 1 (OS1) : Promouvoir la demande de services DSSR/SRMNIA et de prise en charge des VBG, pour répondre aux besoins spécifiques des femmes et des adolescent.es

La problématique de la santé de la reproduction repose sur la faible fréquentation des services de santé liée très souvent aux contraintes financières, géographiques et sociales, de même qu'à la faible inclusion des adolescent.e.s dans l'offre de soins. C'est pourquoi l'Information, l'Education et la Communication pour un changement social et de comportement demeure importante pour le renforcement de la demande. La mise en œuvre de stratégies de communications appropriées auprès des adolescent.e.s via la radio, la diffusion de films ou encore via des pièces de théâtre itinérantes permettra de toucher un large public sur la question des DSSR/SRMNIA/VBG et de combattre les idées fausses et les stéréotypes liés à la santé. Le projet impliquera les communautés dans la promotion de la SSR pour permettre des changements durables et agira avec les partenaires locaux et les services publics. Le secteur de l'Education sera également impliqué notamment à travers les sensibilisations pour la prévention des grossesses précoces et non désirées et dans la lutte contre les inégalités de genre et les VBG. L'éducation sexuelle complète sera aussi renforcée à travers différentes interventions/sensibilisation. Les hommes et les garçons seront impliqués par l'intermédiaire d'actions de promotion de masculinité positive et égalitaire et d'interventions qui favoriseront la co-responsabilisation en termes de santé et de santé sexuelle et reproductive. Les hommes et les garçons accompagneront les activités de sensibilisation et utiliseront les AVEC pour faire passer des messages clés de sensibilisation. Des rencontres associatives, des séances de discussion et de partage d'expériences entre les membres favoriseront la communication entre hommes et femmes sur ces thématiques. Le projet adoptera une stratégie de promotion de la santé avec une approche genre qui favorisera l'empowerment des femmes. Ainsi, l'approche Analyse Sociale et Action⁴ (SAA) est retenue pour accompagner les communautés dans leur potentiel de changement, influant les normes et valeurs sociales plus bénéfiques pour tous, en particulier les adolescent.es.

Les résultats attendus de l'**objectif spécifique 1** sont :

- **OS1.R1** : Les services DSSR/SRMNIA sont utilisés de manière optimale par les femmes et les adolescent.e.s ;
- **OS1.R2** : Les mécanismes de prévention et d'identification des cas de VBG sont renforcés dans les communautés soutenues.

Du fait du tabou qu'elles suscitent, les VBG ne font pas toujours l'objet d'une attention suffisante dans l'espace communautaire. Dans les représentations collectives, la violence domestique (plus souvent qualifiée de réprimande ou de correction) a une fonction sociale essentiellement éducative et est perçue comme telle par les membres du ménage (hommes et femmes). Le projet entend s'attaquer à cette violence ordinaire et normalisée en sensibilisant les acteurs et les leaders communautaires et en vulgarisant les textes de lois existants. Dans le cadre de la phase II, des activités de sensibilisation permettront de transmettre et de diffuser les messages clés sur les VBG qui auront été conjointement développés dans le plan de communication du projet. Les ASC, les comités de veille VBG, le personnel de santé et d'éducation scolaire secondaire, les autorités officielles, traditionnelles et religieuses⁵, les clusters et sous clusters de protection VBG etc. seront les principaux acteurs de la prévention des VBG et serviront de relais pour la promotion des droits des filles et des femmes. L'amélioration des connaissances sur les mécanismes de prises en charge et les moyens légaux de recours existants fera l'objet de sessions de dialogue et d'information via différents

⁴ Annexe SAA - Cette approche nécessitera de former l'équipe du projet sur le genre, ainsi que l'équipe technique/terrain (assistant.es engagement communautaire, chargé.es VBG, etc.) sur l'approche Analyse Sociale et Action. Cette formation peut être facilitée par un.e expert.e de la Cohorte Genre de CARE International.

⁵ Les autorités traditionnelles et religieuses sont plus concernées, étant donné qu'elles ont autant d'influence que les autorités locales.

canaux (porte-à-porte, causeries éducatives, dialogues communautaires, focus groupes⁶) Les clusters et sous-clusters VBG créés durant la phase 1 du projet seront également redynamisés.

Il faut noter que la majorité des survivantes de VBG ne signale pas les agressions qu'elles ont subies pour des raisons de sécurité, de stigmatisation ou de réputation familiale, (la plupart des cas de VBG ont lieu au sein de la famille ou de la communauté). Bien que la révision du Code pénal de 2017 criminalise les VBG, les recours à la justice sont rares. Globalement, les mésententes, les conflits et les violences conjugales et intrafamiliales sont considérés comme appartenant à la sphère strictement privée. Les dénonciations, qu'elles soient le fait de la victime, de ses proches ou du voisinage ont surtout lieu lorsqu'une atteinte physique est constatée et que celle-ci ne peut être dissimulée. Un des principaux défis autour de la dénonciation et de la prise en charge des VBG, est la pratique de l'arrangement à l'amiable, entre les deux familles (le coupable et la victime), qui constitue une « double peine » pour la victime et favorise la récidive dans les communautés.

Afin de contribuer à lutter contre l'impunité en matière de VBG et ainsi promouvoir plus de justice pour les victimes de violences basées sur le genre (VBG), les mécanismes communautaires et institutionnels de prévention, de prise en charge et de référencement des VBG seront promus de manière optimale par les comités de veille contre les VBG.

Pour atteindre ces résultats les activités ci-après intégreront les thématiques de sensibilisation suivantes :

- A destination de tous les bénéficiaires : VBG, excision et abus d'alcool ;
- A destination des femmes en âge de procréer et des adolescentes : Risques d'avortement, hygiène menstruelle et DSSR ;
- A destination des femmes en âge de procréer : santé materno-infantile (suivi de grossesses, accouchement, santé du nourrisson...) ;
- A destination des adolescent.e.s : Mariages précoces et grossesses non désirées ;
- A destination des hommes et adolescents : place des hommes dans l'accès aux soins et masculinité positive.

✓ **Créer des espaces de dialogues pour les femmes, les adolescent.e.s et les hommes**

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet des espaces de dialogues seront créés pour accueillir les activités relatives à la prise en charge de SSR/SRMNIA/VBG, des femmes et des adolescentes. Ces espaces seront à la fois des lieux d'écoute et d'information dans lesquels les bénéficiaires pourront avoir un soutien psychologique et un accompagnement juridique via diverses organisations (l'association des femmes juristes du Tchad, l'union des jeunes avocats (UJAT), l'association pour la promotion des libertés fondamentales, (APLFT), la cellule de liaison des associations féminines, CELIAF). 14 espaces sûrs seront construits sous forme de hangars très basiques et répartis entre le Logone et le Mandoul. Nous prévoyons de demander la contribution de la communauté pour leur construction (ex : brique, sable). La création de ces espaces permettrait de pallier le manque d'espaces dédiés et d'avoir des espaces en dehors des centres de santé. Les critères de choix des sites d'implantations ⁷de ces centres seront discutés avec les différentes parties lors de l'évaluation des besoins. Ces espaces seront multifonctionnels, ils serviront à la fois de lieu de réunion pour les partenaires du consortium avec les associations mais seront surtout dédiés à des activités de formations mixtes des communautés, (parents d'élèves, adolescent.e.s) et des ASC, (à l'exception des formations sur l'hygiène menstruelle), et de renforcement de capacités, de sensibilisations, d'écoute des survivantes de VBG et d'appui psychosociaux. Des journées spécifiques en fonction des publics et des thématiques seront mises en place pour garantir la confidentialité.

Ces espaces seront également dotés de petits équipements, (nattes, chaises, tables, bancs, seau d'eau, gobelets, jarres, etc.). La gestion de ces centres sera sous la responsabilité des comités de veille de lutte

⁶ Le mariage précoce, les VBG/MGF, l'abus d'alcool, la santé materno-infantile seront abordées lors des focus groupes avec les hommes

⁷ Ces espaces seront implantés à proximité des établissements scolaires pour qu'ils soient accessibles

contre les VBG ou les sous-cluster VBG de la localité choisie constitués de représentants des bénéficiaires sous la supervision des Agents d'Engagement Communautaires du projet.

L'atelier de stratégie de sortie permettra de définir plus précisément les modalités de gestion de ces espaces après la fin du projet. A ce stade, nous aimerions transférer la gestion de ces espaces aux mairies en association avec des représentants de la communauté pour garantir leur pérennité. Les mairies s'engageraient à suivre un cahier des charges établi lors des ateliers de stratégie de sortie. Des comités de gestion seraient mis en place dans les localités qui ne disposent pas de mairie.

Le consortium veillera aussi à ce que ces lieux continuent d'être utilisés par les femmes après la fin du projet. Les femmes des groupements et des organisations féminines pourraient être associées officiellement dans la gestion au sein des mairies.

✓ **Renforcer les clubs de jeunes et d'adolescents**

Les espaces existants tels que les CLAC et CIOJ seront utilisés pour permettre aux adolescent.e.s d'avoir des espaces de dialogues et d'échanges sur les DSSR/SRMNIA/VBG. Les adolescent.e.s seront encouragé.e.s à fréquenter ces centres d'écoutes et autres structures d'accueil dans lesquels ils/elles recevront des conseils, des orientations et des appuis et autres soutiens adaptés à leurs besoins par les équipes du projet (assistants d'engagement communautaire, assistants cliniques...). La présence de pairs éducateurs dans ces centres aide à établir une relation de confiance avec les adolescent.e.s. Confiance qui leur permet de mieux communiquer en matière de sexualité et de santé. Ces centres seront dotés au besoin de petits équipements (nattes, chaises, tables, bancs, seau d'eau, gobelets, jarres, etc.). Des préservatifs seront disponibles en accès libre.

✓ **Organiser un atelier de réflexion pluridisciplinaire sur les actions à mener afin de réduire la pratique de l'excision**

Cet atelier va permettre aux acteurs des deux provinces directement impliquées dans la pratique d'apporter leur contribution pour aider à réduire les mutilations génitales féminines (MGF). La version courte du documentaire sur l'excision réalisé lors de la Phase I sera projetée pour ouvrir les discussions sur la thématique. Cet atelier impliquera toutes les parties prenantes (chefs coutumiers et traditionnels, chefs religieux, auxiliaires de justice, exciseuses, les agents de santé, etc.) pour réfléchir sur de nouvelles stratégies de lutte contre l'excision. Le but de cet atelier est d'amener les leaders à s'engager et à mener des actions concrètes contre cette pratique néfaste. Ces stratégies s'appuieront également sur les recommandations issues de l'étude sur les MGF réalisée dans le cadre de la phase 1 du projet (ex : Travailler en collaboration avec la délégation de l'action sociale et ses représentants communautaires, Sensibiliser / former les professionnels de santé des centres de santé et des hôpitaux provinciaux aux risques liés aux MGF, Travailler en collaboration avec les chefs coutumiers et religieux, Engager des actions de sensibilisation dans les écoles, Identifier une « marraine » ET un « parrain » parmi des figures populaires de la scène artistique, Faire du plaidoyer en direction des autorités ministérielles au niveau central pour un durcissement de l'application de la loi, Renouveler les campagnes et les activités de plaidoyer lors des journées thématiques etc.)

Par ailleurs, l'intervention se concentrera également sur la prévention et sur le renforcement de la prise en charge des violences basées sur le genre (mutilations génitales, mariages forcés, mariages précoces, violences sexuelles, etc.) en s'alignant sur les priorités des axes d'intervention définis par la stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre.

✓ **Renforcer les capacités des Associations communautaires, CLAC, CIOJ, Relais Communautaires**

Après avoir réalisé une cartographie des OSC locales et évalué les opportunités de collaboration, les organisations partenaires seront formées aux techniques de communication et de promotion de la santé des femmes et des adolescent.e.s. En effet, ces associations seront un vecteur d'information et de sensibilisation des ménages sur les questions SR. Il est donc important de collaborer activement avec elles en les associant aux activités du projet.

✓ **Redynamiser les COSAN /COGES**

Les COSAN/COGES jouent un rôle important d'appui et de coordination des interventions sanitaires dans la communauté. L'objectif est de renforcer ces structures, (40 centres de santé et 5 hôpitaux) afin qu'elles puissent mener à bien des activités communautaires destinées à accroître la demande de soins de SR, essentiellement chez les adolescent.e.s. La restructuration des COGES/COSAN s'appuiera également sur des réseaux d'éducateurs pairs identifiés au sein des communautés et dont les membres seront représentatifs de la diversité des profils ciblés par le projet (adolescent.e.s, femmes et hommes en âge de procréer). Les COSAN/COGES seront dotés de papeterie, de petites fournitures et bénéficieront d'un appui à l'organisation des réunions. Des femmes seront identifiées, accompagnées et coachées afin d'assurer leur participation effective dans les organes de gouvernance des COSAN/COGES.

De plus, les COSAN/COGES seront sensibilisés sur les VBG et les DSSR lors de cette phase II.

Une évaluation sera faite au début du projet pour identifier les besoins en appui des COSAN/COGES.

✓ **Organiser des séances de dialogues communautaires**

L'organisation des séances de dialogue communautaire a pour but de discuter des enjeux liés à l'accès aux soins de SR pour les femmes et les jeunes filles. Chaque groupe de RECO/COSAN/association de zone de responsabilité organisera au moins 160 séances par mois (1 thématique abordée par semaine pour chaque CS soit 4 thématiques par mois par CS), de dialogue communautaire selon un plan d'action qui sera établi en partenariat avec les délégations sanitaires, les responsables des centres de santé et des hôpitaux de district ainsi que les assistants d'engagement communautaires du PASFASS. Cela permettra une bonne compréhension des actions menées par le projet, et de promouvoir un changement de comportement dans l'accès et la fréquentation des services de SRMNIA. Les séances seront organisées par âge et par sexe. Des messages ciblés seront adaptés à chaque groupe de population. Les dialogues communautaires genre seront mis en œuvre selon la méthodologie transformatrice de genre **Analyse Sociale et Action** (Social Analysis and Action - SAA) développée par CARE. Il s'agit d'un processus de changement social mené par la communauté à travers lequel celle-ci explore et remet en question les normes, les croyances et les pratiques sociales autour du genre qui façonnent leur vie et leur santé. La SAA utilise des outils participatifs pour atteindre l'objectif à long terme de l'empouvoirement des communautés vulnérables à travers l'évolution des normes d'équité en matière de genre, de rapports sociaux et de relations de pouvoir entre les sexes. En outre, des hommes modèles seront identifiés et accompagnés notamment au sein des AVEC afin de promouvoir leur engagement envers leurs pairs dans l'accès aux soins de SR de leurs épouses et la masculinité positive. Des discussions sur les déterminants des violences domestiques seront également organisées. 810 boîtes à image par thématique seront conçues et serviront de support dans le cadre de ces activités. Les contenus existants issus de la phase I seront révisés et imprimés et incluront de nouvelles thématiques sur les VBG et DSSR afin d'avoir un paquet complet. Ces thématiques sont : PF, SRMNIA, VBG, IST, la nutrition et la vaccination (soit 6 X 3 X 45 boîtes à image).

✓ **Organiser des sensibilisations dans les écoles, collèges et lycées (DSSR/SMNIA/VBG)**

Une fois la cartographie des établissements scolaires accomplie, les enseignants et les pairs éducateurs⁸ seront formés sur les notions de la SRAJ et pourront servir à la tour de relais. Des journées de réflexion, d'information et de communication à travers les dialogues communautaires seront ensuite organisées dans les écoles sur la SR, la PF, les VBG et l'excision de façon spécifique. Des séances annuelles de sensibilisation sur les DSSR/SMNIA/VBG sont prévues dans chaque établissement retenu. Les séances s'organiseront en fonction du nombre de pairs éducateurs formés pour les activités de sensibilisation de proximité dans les établissements scolaires. Ils seront répartis en fonction du nombre d'élèves dans les établissements scolaires. Chaque pair éducateur organisera au moins 2 séances de sensibilisation différenciées par sexe et âge par

⁸ Les pairs éducateurs sont des adultes choisis sur la base de leur expérience /connaissance sur les DSSR et les VBG disposés à mener des activités en vue d'un changement de comportement dans les communautés.

mois avec ses pairs. L'équipe du projet pourra participer à certaines de ces séances en fonction de sa disponibilité.

Des activités de formation et de plaidoyer seront organisées à travers, notamment, les centres de lecture et d'animation culturelle (CLAC). Des espaces d'écoute et d'information à destination des jeunes et des adolescents seront mis en place et des activités ludiques et éducatives seront proposées via les « clubs de jeunes ». De plus, des équipes mobiles d'éducateurs pairs seront équipées de posters, de stickers, de mégaphones, etc. pour sensibiliser les jeunes dans les districts ciblés par le projet. Ces séances de sensibilisation s'appuieront sur l'identification et la déconstruction des stéréotypes communs qui influencent la discrimination de genre au sein des communautés. Des focus groupes, des conférences débat, des concours, des pièces de théâtres et des projections de films éducatifs (par ex : sur le mariage précoce, la scolarisation des filles, la prévention des IST - exemple « les larmes d'une orpheline » produit par ARMOC et la maison de production SAVE de Sarh), seront organisés à cet effet. Des club VBG formés de jeunes et adolescent.e.s seront également renforcés/créés dans les établissements scolaires pour informer et sensibiliser leurs pairs mais aussi reporter les cas de VBG.

✓ **Organiser des événements sportifs et culturels au profit des adolescent.e.s.**

Une convention sera signée avec les associations locales, la délégation de la jeunesse & des sports et la délégation de la culture pour la mise en œuvre d'événements sportifs et culturels pour renforcer la sensibilisation des adolescent.es sur la SRAJ.

✓ **Organiser un atelier de formation des adolescentes sur la gestion de l'hygiène menstruelle**

Une mauvaise hygiène menstruelle peut entraîner des infections de l'appareil urinaire ou reproducteur et affecter le bien-être des élèves. Bien souvent, les filles manquent l'école pendant leurs règles par crainte des brimades et à cause de l'insuffisance d'installations sanitaires. De fait, la fourniture de produits d'hygiène menstruelle gratuits et la sensibilisation des garçons et des filles à la santé menstruelle sont autant d'interventions essentielles pour assurer la santé et le bien-être des adolescentes à l'école.

Le but de cette sensibilisation est de promouvoir la santé menstruelle, d'encourager les jeunes filles à utiliser les produits d'hygiène avec lesquels elles se sentent le plus à l'aise et d'éviter ainsi les conséquences néfastes sur la santé.

✓ **Organiser des séances de sensibilisation auprès des parents d'élèves**

Les membres des associations de parents d'élèves des collèges et lycées seront mobilisés aussitôt après le diagnostic dans les différentes zones du projet (Département, sous-préfecture, quartiers où sont implantés les lycées et collèges.)

Ces APE et AME ⁹seront mobilisées via les inspections pédagogiques, les enseignants des localités, les Responsables éducatifs et les leaders communautaires. Des séances de travail avec les Délégations de l'éducation et les inspecteurs pédagogiques seront organisées en amont pour expliquer le projet ainsi que les objectifs des séances de sensibilisation en milieu scolaire.

Afin d'impulser une bonne implication des AME dans le fonctionnement des lycées et collèges, un cadre d'échanges avec les mères sera créé pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle dans le fonctionnement des établissements scolaires mais aussi de sensibiliser les pères sur l'importance de faire de l'espace aux mères afin qu'elles puissent être incluses dans la prise de décision. La gestion de ce cadre d'échange sera confiée à une mère d'élève pour plus d'efficacité. Ils seront formés sur l'approche SRAJ/VBG afin de contribuer à la sensibilisation des adolescent.e.s.¹⁰ Ces séances permettront de renforcer la communication parents/enfants pour une meilleure éducation ou sensibilisation sur les questions de SRAJ/VBG. La formation sera assurée par les équipes du projet en collaboration avec les délégations/districts sanitaires, les délégations de l'éducation, délégation de la jeunesse et de la culture. L'équipe de formateurs

⁹ Généralement, les AME sont bénévoles. Le projet pourra uniquement les appuyer sur le volet renforcement de capacités.

¹⁰ Les élèves des collèges et lycées sont la cible la mieux indiquée dans le contexte tchadien. (Difficile pour les parents d'élèves du primaire d'accepter que ces sujets soient abordés).

existante sera renforcée au besoin. Une boîte à image sera mise à disposition des parents d'élèves afin de faciliter de futures sensibilisations sur la base des supports existants.

✓ **Collaborer avec les radios locales pour renforcer les messages de sensibilisation**

La collaboration avec des radios locales permettra la diffusion à une plus large échelle de messages de santé et plus particulièrement sur la SRAJ. (Le consortium validera les messages à diffuser).

De plus, la mise en place d'émissions interactives de radio coordonnées par un spécialiste (médecin, sage-femme, juriste, etc.) invité pour débattre des questions de SR en direct favorisera l'engagement et la participation active des auditeurs.rices.

✓ **Organiser des Foras communautaires sur la (DSSR/SRMNIA/VBG) et ses déterminants**

Les séances d'éducation sur les droits et Santé Sexuelle et Reproductifs (DSSR), sur la Santé Reproductive Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent (SRMNIA) et les violences Basées sur le Genre (VBG) passeront par l'organisation des Foras communautaires. La thématique des violences domestiques fera l'objet d'une attention particulière à destination des autorités locales, des leaders communautaires, des chefs traditionnels et religieux, des chefs de ménages, des adolescent.es, etc. Cinq Foras seront tenues à partir de l'AN2, (3 dans la province du Logone Oriental et 2 dans le Mandoul)¹¹, où la participation paritaire et par catégorie d'âge sera fortement encouragée.

Ces foras offriront ainsi aux participants un cadre de prévention des risques liés aux violences basées sur le genre et notamment les violences domestiques liées à l'abus d'alcool. La dépendance à l'alcool est un enjeu de santé publique sur lequel le projet souhaite agir par le renforcement de la sensibilisation afin d'aider les personnes concernées à reconnaître leur addiction et tenter de la réduire.

De plus, des actions de sensibilisation au niveau des zones ciblées visant à promouvoir la non-discrimination et une plus grande égalité dans les relations de pouvoir entre les hommes et les femmes seront organisées.

✓ **Appuyer les RECO et les associations locales identifiées sur les DSSR/SRMNIA/VBG en s'adaptant à leurs besoins spécifiques**

Des associations locales seront sélectionnées dans les deux Provinces pour appuyer les activités communautaires réalisées par les RECO. Ces associations auront pour mission d'appuyer les activités de sensibilisation de proximité dans les zones d'intervention du PASFASS 2, en particulier les écoles, les centres de jeunes/lieux de rassemblement des jeunes et dans les villages. Elles serviront d'une part d'intermédiaires entre le projet et les communautés dans la mise en œuvre des activités et d'autre part assureront la pérennisation de l'action.

Tous les relais communautaires et groupements identifiés pour les besoins des activités communautaires seront formés sur les notions de base sur les droits et Santé Sexuels et Reproductifs (DSSR), sur la Santé Reproductive Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent.e (SRMNIA) et les violences Basées sur le Genre (VBG). Les relais communautaires et groupements seront mis à contribution pour sensibiliser le plus grand nombre de personnes dans les communautés bénéficiaires du projet sur ces thématiques. Un mécanisme de suivi et d'accompagnement sera mis en place en vue de s'assurer de l'intégration effective de ces thématiques dans leurs activités quotidiennes.

✓ **Renforcer/redynamiser/développer les groupes AVEC pour soutenir les DSSR/SRMNIA/VBG¹²**

Les AVEC mises en place dans la phase I ont été une activité phare du projet qui a contribué à l'autonomisation financière des femmes. Le PASFASS II fera un diagnostic des AVEC existantes afin de les renforcer ou redynamiser et le projet en créera de nouvelles, mixtes ou exclusivement masculines. Les AVEC masculines ou mixtes seront un cadre privilégié pour faire passer des messages clés de sensibilisation. De

¹¹ Le nombre de district du Logone Oriental est plus élevé que celui du Mandoul

¹² Le projet devra tout d'abord faire un diagnostic des AVEC de la phase 1 pour voir si elles sont fonctionnelles, suffisamment matures et si la mise en réseau semble adaptée. En fonction des résultats nous aurons une meilleure visibilité sur ce que nous pourrions faire ou non, raison pour laquelle nous n'avons pas mentionné la mise en réseau dans le document.

plus, en fonction du niveau de maturité des adolescent.e.s, le projet envisagera de tester la mise en place d'AVEC spécifique (entre 2 et 5 maximum). Comme sur la phase 1, des agents d'encadrement (AEC) seront mis en place pour un meilleur accompagnement. Les formations des AEC incluront le personnel des services déconcentrés de l'Etat (délégations du genre, délégations du plan et de l'économie, délégations de la santé). Des activités de renforcement de capacités des membres des groupements sur l'approche AVEC de CARE et sur le guide AEC sont aussi prévues tout au long du projet. Ces groupes seront aussi formés sur les DSSR/SRMNIA/VBG et sur le leadership organisationnel. Ces formations permettront d'identifier notamment des hommes modèles qui assureront la promotion, auprès de leurs pairs, de leur engagement dans l'accès aux soins des femmes et adolescentes. Des ateliers d'information et de plaidoyer sur l'approche AVEC réunissant les différentes autorités des zones du projet seront également organisés.

- ✓ **Appuyer la célébration des journées thématiques (Journée des droits des femmes, journée de l'enfant africain, les 16 jours d'activismes contre les VBG, la Journée de la femme rurale, la journée de lutte contre les MGF, Journée Internationale de la fille, la Journée Mondiale de l'hygiène menstruelle, journée des sage-femmes etc.)**

Ces journées thématiques sont des journées de sensibilisation, de mobilisation et de plaidoyer. Elles permettront d'informer et de sensibiliser les communautés sur les DSSR, SRMNIA et les VBG (spots radio, organisation de matchs de football féminin), sur la nécessité de dénoncer les cas de VBG, sur l'existence de services de prise en charge des VBG, de promouvoir l'application des lois et l'accès à des services juridiques, d'encourager l'alphabétisation des femmes ; mais aussi de faire des plaidoyers de haut niveau notamment à destination du niveau central pour les droits des femmes et des filles. La commémoration de ces journées entre dans le cadre de la lutte pour l'élimination de toutes les formes de violences à l'égard des femmes et des filles.

- ✓ **Planifier des campagnes de sensibilisation contre l'excision**

Des campagnes de sensibilisations seront organisées à tous les niveaux et cibleront plus spécifiquement les chefs traditionnels et coutumiers, les chefs religieux, les organisations de femmes, les adolescent.e.s et les exciseuses, pour lutter contre cette pratique illégale et néfaste pour la santé des jeunes filles et des femmes. Au regard du niveau de prévalence de l'excision dans les provinces du projet, une attention particulière sera portée au Mandoul. Des campagnes de sensibilisation seront organisées avec l'appui et la participation de troupes théâtrales avec lesquelles les équipes du projet définiront les messages clés à promouvoir. Ces campagnes de sensibilisation pourront éventuellement être organisées lors de la célébration des événements suivants : Journée internationale de la tolérance zéro à l'égard des mutilations génitales féminines (6 février), Journée internationale de la sage-femme (5 mai), Journée internationale de la fille (11 octobre) ou encore Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes (25 novembre). Le film sur l'excision sera projeté à chaque séance de sensibilisation pour conscientiser l'auditoire.

- ✓ **Organiser des caravanes de vulgarisation des textes de lois sur les DSSRAJ et les VBG**

Cette caravane sera organisée via des OSC locales et visera à favoriser la connaissance des droits des femmes en matière de VBG et l'accès aux mécanismes juridiques de protection des victimes de VBG.

La dissémination d'extraits de textes de lois, notamment la loi 006/PR/2002 portant promotion de la santé de la reproduction et la loi 029/PR/2015 portant interdiction du mariage d'enfants sera organisée. Ces extraits seront imprimés et distribués aux communautés lors du passage de la caravane. Les OSC locales pourront informer les communautés sur les procédures judiciaires existantes et les peines encourues par les auteurs de VBG et leurs complices. Cette caravane sera mobilisée aussi bien dans le Logone Oriental et dans le Mandoul une fois par an pendant toute la durée du projet. Une cartographie du circuit de cette caravane sera réalisée après l'évaluation initiale et surtout dans les grandes agglomérations.

Composante 2 (OS2) : Renforcer l'accès, la qualité et l'utilisation de l'offre de soins en DSSR/SRMNIA et la prise en charge des VBG, pour répondre aux besoins spécifiques des femmes et des adolescent.es.

Pour stimuler un changement global, il est indispensable de prendre en compte à la fois la demande et l'offre. Le projet offrira des services de SSR intégrés et adaptés aux femmes et aux adolescent.es. Les compétences des personnels de santé seront renforcées, notamment sur la prise en charge spécifique des femmes et des adolescent.es victimes de VBG, afin qu'elles puissent bénéficier des soins adaptés et être référencées au besoin. L'appui apporté aux 45 FOSA sera défini au moment du diagnostic initial du projet et en fonction du budget disponible. Cet appui pourra se faire sous la forme de dotations en petits équipements, en matériel technique et/ou en intrants nécessaires pour garantir une offre de service de qualité. Le projet fera aussi la promotion du dialogue communautaire avec les autorités locales, les leaders traditionnels et religieux.

Les résultats de l'**objectif spécifique 2** sont :

OS2.R1 : Les services DSSR/SRMNIA sont accessibles pour les femmes et les adolescent.e.s ;

OS2.R2 : Les femmes et les adolescent.e.s ont accès aux services adéquats et adaptés de prise en charge des VBG.

Pour ce faire, les activités ci-après seront réalisées :

✓ **Renforcer la collaboration avec le ministère de la Santé publique et de ses services techniques au niveau national, provincial et périphérique**

Les médecins Chefs de District et les responsables des centres de santé (RCS) seront mobilisés pour renforcer les dispositifs de lutte contre les VBG et favoriser l'accès aux services de SSR. Le projet les impliquera dans les formations à condition de disposer de formateurs certifiés par le ministère de la santé publique. CARE et BASE disposent d'ores et déjà d'accords de collaboration avec le ministère de la santé qui facilitent la mise en œuvre des activités sur le terrain. Les informations et la documentation du projet seront partagées avec les Directions techniques (Direction de la Santé de la Reproduction, la direction de la Planification et la direction de la santé communautaire, les Délégations du genre et la SPONGAH).

✓ **Evaluer les performances des FOSA en termes de qualité de l'offre de soins et d'augmentation des files actives**

Au début du projet une évaluation sera faite dans les deux délégations pour déterminer le niveau de qualité qu'offre chaque formation sanitaire en termes de DSSR/SRMNIA/VBG. Cette évaluation sera combinée avec celle ex post de la phase 1 pour déterminer les besoins des FOSA et identifier les services et prestations de santé qui ne seraient pas couverts par les mécanismes de financements actuels (Banque Mondiale, UNFPA etc.).

✓ **Réhabiliter les FOSA prioritaires**

Après une évaluation de toutes les FOSA, un plan de réhabilitations de certaines structures sanitaires sera établi de commun accord avec tous les groupes (hommes, femmes et adolescent.es), en fonction des besoins prioritaires de chaque groupe (infrastructures, eau, assainissement et gestion des déchets biomédicaux) qui n'ont pas été pris en compte pendant la phase 1 ou par d'autres partenaires. La sélection des FOSA prioritaires sera faite lors de l'atelier de co-construction avec les différentes parties prenantes.

✓ **Appuyer les FOSA en matériels et petits équipements**

Après l'évaluation des FOSA et en fonction de l'appui déjà fourni lors de la 1^{ère} phase du projet, certaines structures sanitaires pourront être dotées en équipements et matériels médicotechniques de base pour assurer des services et soins obstétricaux, néonataux, infantiles et la planification familiale et pour maintenir un continuum de soins en DSSR/SRMNIA/VBG de qualité dans les formations sanitaires. Bien que des matériels et équipements aient été remis pendant la phase I, il peut être nécessaire de renforcer les plateaux techniques de certaines structures, certains matériels doivent aussi être remplacés (kits d'accouchement etc.).

✓ **Recycler et former les Prestataires en CPN-R, SONU, VBG, SRAJ, PF, SAA**

Afin de garantir des services et soins DSSR/SRMNIA/VBG de qualité aux bénéficiaires de ce projet et en tenant compte de l'insuffisance des formations continues dans les 5 DS, le partenariat CARE/BASE va appuyer le renforcement des capacités des agents de santé dont 60 % de femmes dans les centres de santé/hôpitaux via différentes formations.

Pour le volet clinique, les formations seront planifiées dans les deux zones du projet en partenariat avec les Délégations sanitaires provinciales du Logone Oriental et du Mandoul. Lors de l'évaluation initiale qui sera menée conjointement avec les responsables des délégations sanitaires, les contenus des curricula seront révisés. Le tableau ci-après présente l'essentiel des thématiques liées à la SRMNIA/PF dans les zones du PASFASS :

N°	Thématiques	Profils
1	Formation des Prestataires en CPN-R	IDE, SF, ATS, Tech Sup SR
2	Formation des Prestataires en SONU	IDE, SF, ATS, Tech Sup SR
3	Formation des prestataires de soins sur la PF/SAA	IDE, SF, ATS, Médecins, Tech Sup SR
4	Formation des Prestataires en PCIME	IDE, SF, ATS, Médecins, Tech Sup SR
5	Formation des Prestataires en SRAJ	IDE, SF, ATS, Tech Sup SR
6	Formation sur la PEC clinique des VBG	IDE, SF, ATS, Médecins, Tech Sup SR
7	Formation sur les relations patients-prestataires, la communication interpersonnelle et la déontologie médicale	IDE, SF, ATS, Tech Sup SR
8	Formation sur le cadre juridique des VBG (lois, prise en charge et accompagnement)	IDE, SF, ATS, Médecins, Tech Sup SR
9	Formation des prestataires sur la PCI	IDE, SF, ATS, Médecins, Tech Sup
10	Formation sur les IST	IDE, SF, ATS, Médecins, Tech Sup
11	Formation des prestataires sur TETU	IDE, SF, ATS, Médecins, Tech Sup
12	Formation sur le genre	IDE, SF, ATS, Médecins, Tech Sup

✓ **Formation sur les relations patients-prestataires, la communication interpersonnelle et la déontologie médicale**

Cette formation sera développée à destination des infirmiers, des sages-femmes et des matrones des CS dans l'objectif d'améliorer les relations soignants-soignés et de garantir un accueil et un accompagnement respectueux lors des consultations prénatales et tout au long du parcours de soin. La formation sera également axée sur le respect de la déontologie et l'éthique médicale, et sur l'acquisition des compétences de base en matière de soutien psycho-social et de counseling.

✓ **Formation sur le cadre juridique des VBG (lois/prise en charge/accompagnement)**

Cette formation en faveur des agents de santé, sages-femmes, officiers de police judiciaire, représentants des sous-clusters VBG sera développée avec l'appui des OSC qui appuieront le projet sur la prise en charge juridique des victimes de VBG et d'un juriste spécialiste en santé publique. Cette formation aura pour objectif de former sur le cadre juridique en général (lois, code pénal et autres textes de lois), la prise en charge des patientes, l'accompagnement, etc.

➤ **Formation des prestataires sur la planification familiale (PF) et les soins après avortements (SAA)**

Cette formation concernera tous les responsables des centres de santé, les équipes cadres des districts (MCD et chef des zones), les sage-femmes des hôpitaux ainsi que les points focaux SR des délégations sanitaires du Logone Oriental et du Mandoul.

La formation a pour objectif de renforcer les capacités des agents de santé des formations sanitaires sur la PF et les SAA. Les soins après avortement permettent de réduire la mortalité et la morbidité maternelles grâce au traitement des complications d'un avortement, à la planification familiale, à un traitement non discriminatoire et aux liaisons avec les services de santé reproductive.

Cette thématique se déroulera en plusieurs sessions (théorique et pratique) avec une projection de film sur l'utilisation de l'aspiration intra utérine (AMIU) en cas d'avortement.

Pour le volet communautaire, plusieurs formations des membres des structures locales, (les COGES, les AT, les ASC, les bénévoles Agents Encadreurs (animateurs) des AVEC, les enseignants et les élèves) seront planifiées

N°	Thématiques	Profils
1	Formation des Enseignants /ASC en SRAJ	Enseignants/ASC
2	Formation des jeunes et adolescents en SRAJ	Elèves
3	Formation des AT sur le référencement	AT
4	Formation des ASC sur les VBG	ASC
5	Formation des membres du bureau de COGES des centres des santé	Membres de COGES
6	Formation d'Agents d'Encadrement des AVEC sur l'approche AVEC	Bénévoles
7	Formation des ASC sur la PCIME communautaire	ASC
8	18 ateliers de formation des élèves sur les instruments juridiques de protection des femmes et des enfants	Elèves
9	Formation des leaders communautaires sur les lois et textes répressifs contre les VBG en vigueur au pays	Leaders
10	Formation sur les notions de SRMNIA & technique de communication	ASC, AT, COGES, Pairs éducateurs
11	Formation sur le genre	Groupements féminins des organisations des jeunes, ASC et enseignants

✓ **Formation des groupements féminins des organisations des jeunes, ASC et enseignants**

Un atelier de formation sur le genre de deux jours sera organisé à l'endroit des OSC féminines, des membres des organisations de jeunes, des ASC et des enseignants. Cette formation promouvra des pratiques inclusives et équitables au sein des organisations et des communautés. Elle encouragera également la participation active des femmes et des jeunes dans les initiatives de développement local. De plus, cette formation permettra aux ASC de jouer un rôle crucial dans les prestations de soins de santé de base et de répondre aux besoins spécifiques des femmes.

Elle permettra aux enseignants d'intégrer le genre dans leurs curricula, contribuant ainsi à une éducation plus inclusive et équitable.

✓ **Formation des AT sur les techniques de communication (sensibilisation) et le référencement**

Dans le respect des stratégies nationales en SR, les accoucheuses traditionnelles seront mobilisées pour référencer les femmes enceintes vers les structures sanitaires et les informer des différentes étapes du parcours de soins avant et après l'accouchement. Ces formations, animées par les assistant.e.s clinique du projet et les équipes des centres de santé, (les sages femmes et infirmiers) seront également axées sur l'acquisition de techniques de communication destinées à rassurer les patientes, notamment les femmes primipares. Les Médecins chef de District (MCD) seront associés pour identifier les techniciens compétents

pour animer cette formation. Ce travail de communication bénéficie également aux futurs pères pour les sensibiliser sur leur rôle et leur apprendre les premiers soins (changer le linge, donner un bain au bébé, donner à manger...)

✓ **Formation des Agents de Santé Communautaire (ASC) sur les prises en charge intégrées des maladies de l'enfant (PCIME) et santé maternelle (SM) (CPNr accouchement)**

Les ASC seront renforcés sur la prévention des risques, la détection et la prise en charge des signes de complications liés à la grossesse.

Les modules de formations de la phase 1 seront actualisés afin de développer chez ces agents de santé la capacité d'identifier précocement et de façon précise les maladies de l'enfant (la diarrhée, le paludisme, les infections respiratoires, la malnutrition et la rougeole), assurer le référencement et le suivi à domicile.

✓ **Formation des ASC sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents**

Ce renforcement de capacités vise à améliorer la qualité des services DSSR/SRMNIA à destination des adolescent.e.s. Ainsi les agents de santé seront formés pour acquérir des connaissances, des savoir-faire sur les spécificités et les besoins des adolescent.e.s. La formation sera élaborée sur la base des modules développés lors du PASFASS 1 afin d'assurer un accompagnement adapté aux adolescent.e.s.

✓ **Formation des ASC sur les violences basées sur le genre (VBG), SRMNIA, PF :**

Ces formations seront dispensées par des formateurs qualifiés au niveau provincial ou national et seront facilitées par les DS. Les contenus de ces formations reprendront les modules nationaux.

En tant qu'acteurs de première ligne ou de contact avec les victimes, les personnels de santé seront capables de fournir des soins médicaux aux survivantes de VBG en respectant l'approche du Clinical Management of Rape (CMR) développé par l'OMS qui sera adapté au contexte. A l'issue de la formation, les ASC devront être capables d'identifier les cas de VBG au niveau communautaire et de les orienter vers les formations sanitaires pour la prise en charge (PEC) médicale ou vers des OSC partenaires, (l'association des femmes juristes du Tchad et l'association de l'union des jeunes avocats, l'APLFT, la CELIAF) pour une PEC psychologique et juridique. Des discussions seront tenues avec les OSC concernées afin de déléguer la PEC juridique, notamment les premiers stades de lancement de procédure et définir les modalités de la convention.

✓ **Organiser 18 ateliers de formation des élèves sur les instruments juridiques de protection des femmes et des enfants**

Les adolescent.es seront au centre de cette phase. Organisés au sein des établissements scolaires, des ateliers d'information auront pour objectif de sensibiliser les adolescent.e.s aux mécanismes juridiques disponibles en lien avec la protection des femmes et des enfants. Ces ateliers d'éducation populaire, participatifs, mixtes ou en non-mixité en fonction des discussions seront animés par un consultant juriste qui sera recruté par le projet. Ce consultant sera chargé d'imprimer des extraits des textes de loi relatifs aux VBG/MGF féminines. Cette formation regroupera une trentaine de participants par session de deux jours dans 6 localités dont 3 dans la zone couverte par CARE et 3 dans la zone de BASE. Chaque localité abritera une formation par an.

✓ **Redynamiser/Etablir un système de référencement des femmes enceintes par les AT**

Au cours de la phase I un système de référencements des femmes enceintes par les AT a été mis en place afin de réduire les risques liés à ce que l'on nomme communément les « trois retards » : le retard dans la décision de demander des soins, le retard pour atteindre un établissement de santé, et le retard de la réception d'un traitement approprié dans un centre de santé.

La continuité des soins est un des principes directeurs du plan national de développement sanitaire du Tchad à horizon 2030. Dans ce cadre, le système de référencement déployé en phase 1 (12 moto-tricycles pour le Mandoul et 14 pour le Logone Oriental), chauffeurs et référencement par les AT et ASC des urgences de SMNI

vers CS ou CS vers hôpitaux), sera évalué de façon ex-post afin de déterminer la fonctionnalité des équipements et du système précédemment mis en place.

✓ **Appuyer la prise en charge des survivantes de VBG (soutien juridique, psychologique et médical)**

Dans le cadre de la prise en charge des VBG, le projet propose différents appuis :

- Appui médical : le projet s'accordera avec les structures sanitaires appuyées pour définir un forfait afin de garantir la prise en charge des premiers soins médicaux d'urgence nécessaires pour les victimes de VBG. La prise en charge médicale pourra s'appuyer par exemple sur le protocole CMR développé par l'OMS après adaptation de celui-ci au contexte Tchadien. Des dossiers patients respectant l'anonymat et la confidentialité des patientes seront établis pour garantir une prise en charge intégrée et un suivi continu des cas de VBG. Les agents de santé seront en charge du référencement des victimes vers les services adaptés (médical et/ou juridique et/ou psychologique).
- Appui psychologique et appui juridique : afin d'apporter une prise en charge plus complète aux victimes de VBG, le projet collaborera avec les associations locales de défenses des droits humains (Ex : LTDH, AFJT etc.) afin de leur déléguer les prises en charge psychologiques et juridiques des survivantes de VBG. Ces associations auront la responsabilité d'informer, d'orienter et d'accompagner au mieux les victimes.

✓ **Organiser des supervisions conjointes avec les équipes cadres des délégations, districts des zones cibles et des services techniques des ministères du genre et des jeunes dans des formations sanitaires**

La coordination et le suivi sont essentiels pour la réussite et l'efficacité de l'action. Ils constituent des moyens importants pour optimiser les ressources et promouvoir les synergies d'actions entre les intervenants et permettent de prendre des décisions concertées face aux difficultés rencontrées. Afin d'offrir des cadres de coordination et de suivi des activités SSR dans les districts sanitaires du projet, CARE et BASE apporteront leur appui technique et financier pour la tenue des supervisions conjointes avec les différents partenaires du consortium. Ces supervisions conjointes dans les FOSA seront mises à profit pour suivre et discuter des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des activités sur le terrain et faire des recommandations pertinentes en vue de les améliorer.

En ce qui concerne le volet sanitaire, les supervisions seront organisées deux fois par an à travers les Délégations sanitaires des districts appuyés, soit 12 supervisions durant la mise en œuvre du projet. Les supervisions des Districts sanitaires seront également appuyées par le projet à raison de 4 par an, soit 60 supervisions planifiées et exécutées durant la durée du projet. D'autres supervisions conjointes seront organisées avec les équipes du projet de chaque zone et les équipes cadres des Districts.

✓ **Mettre en place la stratégie avancée**

Le projet viendra en appui aux activités de stratégie avancée et permettra de déployer des équipes vers les villages les plus éloignés des centres de santé. Cette stratégie permettra aux femmes et enfants de moins de 5 ans de bénéficier de soins. Cette approche favorisera le service de proximité aux bénéficiaires du projet et contribuera à limiter le risque de complication lié au déplacement. Elle permettra aux équipes des centres de santé appuyés de mener les activités de CPN, de vaccination de routine, de prestation en planification familiale et tout autre type de prises en charge selon le plateau technique disponible dans chaque FOSA. Des moyens logistiques seront mis à dispositions pour la mise en œuvre de la stratégie avancée. Cette stratégie sera réalisée sous la supervision d'un personnel qualifié (Infirmier, Agent Technique de santé, Sage-femme). Nous en profiterons également pour sensibiliser les pères à s'impliquer davantage dans la planification familiale et sur les questions de SSR.

✓ **Organiser des supervisions formatives**

Des supervisions formatives trimestrielles seront organisées pour appuyer techniquement les agents de santé afin de garantir une offre de soins de qualité et assurer le suivi des formations reçues. Ces supervisions seront préparées par le, la chargé.e de formation qui analysera les besoins de renforcement des capacités

des agents de santé. De plus, l'équipe du projet organisera des supervisions additionnelles dans les FOSA pour un suivi rapproché et des coachings.

✓ **Appuyer la planification des activités des districts sanitaires (DS)**

Il s'agit d'appuyer et de travailler avec les ECD de la zone d'intervention du projet pour l'élaboration annuelle de leur plan d'action opérationnel (PAO). Cela permettra d'avoir une vue d'ensemble sur leurs priorités et celles du projet afin d'assurer une bonne planification des activités à mener dans les districts sanitaires.

✓ **Appuyer l'organisation des comités directeurs (CD), de la délégation et de districts**

La réunion des comités directeurs est un élément capital de coordination et de gouvernance. Un appui régulier (trimestriel) sera fait pour l'organisation de ces comités au sein des DS et des délégations (semestrielles). Les responsables des centres de santé des FOSA ciblées prendront part à cette assise. Le projet fournira un soutien financier et logistique pour garantir son organisation régulière dans les deux délégations et les districts sanitaires.

De plus, des réunions semestrielles de Coordination du Groupe de travail Santé et Nutrition, des Délégations sanitaires des deux zones du projet seront organisées avec tous les partenaires techniques & financiers et les responsables des délégations sanitaires. Ces réunions de coordination auront pour but d'identifier les stratégies et les interventions mises en œuvre par les autres organisations présentes dans les zones du projet afin de garantir la synergie et la complémentarité des activités.

Composante 3 (OS3) : Améliorer la connaissance des déterminants sociaux et sanitaires qui influencent l'accès aux services de DSSR/SRMNIA/VBG.

Cette composante 3 vise la production de connaissances nouvelles utiles à l'atteinte des résultats du projet. Elle favorise la production d'un savoir pratique destiné aux équipes opérationnelles et aux professionnels de santé, dans une perspective d'amélioration durable des actions ciblées. La production de travaux et de recommandations contribue à une forme de distanciation qui facilite le suivi des résultats du projet, la compréhension de phénomènes sociaux, la déconstruction des jugements et des perceptions stéréotypées (axé au DSSR pour les adolescent.e.s, santé reproductive, excision, accoucheuses traditionnelles...). Elle permet aussi aux gestionnaires et opérateurs du projet d'acquérir une analyse plus fine et plus juste des problématiques et une meilleure prise en compte de la réalité sociale vécue par les bénéficiaires du projet. Cette distanciation permet d'orienter ou réorienter les stratégies d'intervention et d'affiner l'accompagnement.

Les articulations avec la composante transversale resteront à spécifier afin d'assurer leur complémentarité et d'éviter de surcharger les équipes avec des activités (notamment d'évaluation et de capitalisation) qui pourraient s'avérer redondantes.

Les résultats de l'**objectif spécifique 3** sont :

OS3.R1 : Les acteurs disposent de connaissances actualisées et contextualisées sur les contraintes d'accès aux services de DSSR/SRMNIA/VBG ;

OS3.R2 : Les connaissances produites sont capitalisées et diffusées.

Le volet recherche-opérationnelle a été un point fort de la phase 1 du projet et a pour objectif de se poursuivre sur cette phase 2 afin de renforcer l'appui et le suivi des recommandations du PASFASS 1, la poursuite des études, la capitalisation ou encore la diffusion des différentes productions.

Pour ce faire, les activités ci-après seront réalisées :

✓ **Production et utilisation des connaissances :**

- **Appui à la mise en œuvre des recommandations** : Le tableau de suivi des recommandations issu de la phase 1 sera mis à jour régulièrement conjointement avec les équipes du projet. La personne en charge du système SERA au sein du Groupe URD devra s'assurer que les

recommandations sont validées lors des réunions du Comité de pilotage et mises en œuvre par les Acteurs du projet.

- **Mobilisation des chercheurs et experts pour la phase d'identification** : Des experts du Groupe URD en systèmes de suivi, de gestion de la qualité et de la redevabilité, ainsi qu'évaluateurs senior seront mobilisés. Il est également prévu de travailler avec certains autres consultants externes mobilisés lors de la phase 1, dont une socio-anthropologue et deux autres consultants tchadiens. D'autres profils seront recrutés en fonction des sujets et des besoins.

Le comité de suivi pourrait éventuellement être composé d'une personne de BASE, d'une personne du Ministère, d'une personne de CARE, d'une du Groupe URD et d'une de l'AFD.

- **Deux recherches-opérationnelles¹³** dont les thématiques seront définies au début du projet seront conduites dans le courant du projet. L'identification des sujets prendra en compte les besoins issus de la phase 1 ainsi que des consultations prévues lors du diagnostic initial auprès des acteurs suivants :
 - Les organisations internationales et nationales investies dans le domaine de la santé et de la jeunesse (UNICEF, OMS, UNFPA, CARE, BASE, CELIAF, ASTBEF, World Vision International, ALIMA/Alerte Santé, l'Association NDJEDANOUM, CLAC, etc.) ;
 - Les départements ministériels (Santé Publique et Solidarité Nationale, Femme et Action Sociale, Justice et Droits de l'Homme, Jeunesse et Culture) ;
 - Les structures villageoises/locales (chefferies coutumières, structures administratives et juridiques, écoles) ;
 - Les institutions religieuses ;
 - Les praticiens traditionnels (guérisseurs, accoucheuses traditionnelles) ;
 - Les structures sanitaires (hôpitaux, centres de santé) publiques et privées (cabinet de soins, cliniques, etc.) ;
 - Les groupements et associations communautaires ;
 - Les ADH (Associations de défense des Droits de l'Homme) ;
 - Les associations féminines ;
 - Les associations de jeunes ;
 - Les Associations des Parents d'élèves (APE) ;
 - Les adolescentes et les adolescents (15–19 ans) ;
 - Les femmes et les hommes en âge de procréer (15–49 ans) ;
 - Les personnes âgées ;
 - Les personnes ressources de chaque zone (acteurs politiques de la zone du projet).

Ces études veilleront à formuler des recommandations concrètes et opérationnelles pour les acteurs, tout en appliquant une méthodologie qualitative rigoureuse issue des sciences sociales.

✓ **Capitalisation et diffusion :**

- **Capitalisation** : tout au long du projet, les personnes en charge du SERA et sous le leadership du Groupe URD seront chargées d'animer des espaces d'échange de pratiques afin que la capitalisation vive au sein des équipes et nourrisse l'action. Des documents seront produits sur des thématiques spécifiques identifiées conjointement au sein du consortium (études de cas et fiches techniques). De plus, des expériences et des histoires de vie issues de témoignages de personnes bénéficiaires du PASFASS pourront également être recueillies et diffusées. Ces personnes, aux profils et statuts variés, seront suivies de façon régulière afin que leurs témoignages rendent compte des enjeux et des opportunités liées au projet.

¹³ L'URD valorise des chercheuses femmes.

- **Diffusion** : divers produits pour diffuser les connaissances seront développés pour toucher des publics diversifiés :
 - Au vu de l'impact du documentaire sur les MGF réalisé en phase 1, il est prévu de diffuser ce documentaire dans le cadre des activités de sensibilisations liées aux MGF. Pour cela, une version adaptée à des fins de sensibilisation sera créée, et un consentement éclairé sera recueilli avant la diffusion auprès des populations.
 - Un autre documentaire sera réalisé dans la continuité de l'étude sur les contraintes d'accès aux services de santé chez les adolescent.e.s. Ce documentaire sera produit, comme le précédent, en trois versions différentes : une version longue, une version plus courte destinée principalement aux acteurs au niveau central, et une version dédiée aux activités de sensibilisation. Une collecte du consentement des mineurs et de leurs parents ou tuteurs sera effectuée afin de garantir le respect de toutes les démarches éthiques.
 - Un ou deux podcasts seront également réalisés afin de diffuser et vulgariser les conclusions des recherches.
 - D'autres produits de communication seront développés pour diffuser les résultats des recherches. Cela peut inclure des messages clés, des articles et des policy briefs, afin de garantir l'appropriation de ces recherches au niveau central.

✓ **Considérations éthiques**

L'objectif des recherches opérationnelles qui seront mises en œuvre dans le cadre du projet est de rendre compte des déterminants sociaux qui influencent l'accès aux services de santé reproductive, sans créer de stigmatisation vis-à-vis des personnes qui participeront aux recherches. Un questionnement éthique se pose donc quant aux conséquences positives ou négatives que ces études pourraient constituer pour les femmes, les hommes, les adolescentes et les adolescents enquêtés ainsi que pour les personnes impliquées. Plusieurs mesures seront ainsi prises pour garantir la prise en compte des considérations études propres à la démarche de recherche appliquée.

Protection de l'anonymat et confidentialité

Dans le cadre du travail de recueil des données de terrain, le groupe URD utilisera un formulaire de consentement éclairé (Annexe k) avec chaque personne interrogée. Le formulaire de consentement éclairé n'a pas besoin d'un consentement écrit de la part de l'enquêté car ceci pourrait constituer un élément de dissuasion inutile. En revanche, l'enquêteur doit signer le formulaire enregistrant qu'un consentement verbal explicite a été donné. L'enquêteur doit s'assurer que l'enquêté a donné son consentement éclairé sur la base d'informations claires sur l'objectif de l'étude et le traitement des informations avant de démarrer l'entretien. Il est particulièrement important de le faire dans le cadre d'étude pour lesquelles les données à collecter sont de nature personnelle et mettent l'accent sur des questions sensibles d'ordre sociales, familiales, sanitaires ou psychologiques.

Le choix des espaces dans lesquels les entretiens auront lieu sera soigneusement réfléchi afin que les conditions de confidentialité et d'anonymat soient respectées.

Les questionnaires et les guides d'entretien utilisés dans le cadre de l'étude seront conçus pour garantir la confidentialité des personnes enquêtées. Aucune donnée personnelle ne sera recueillie (nom, prénom, date de naissance, lieu de résidence etc.).

Un formulaire notifiant l'accord de confidentialité sera utilisé (Annexe l) et chaque membre de l'équipe de recherche devra signer ce formulaire avant le démarrage de l'enquête. Les enquêteurs seront également formés sur les considérations éthiques à respecter dans le cadre des études.

Le promoteur et les investigateurs s’engagent également à ce que cette étude soit réalisée en accord avec la législation nationale du Tchad ainsi qu’en accord avec les principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains (accords d’Helsinki 2013).

d) **Bénéficiaires**

- **Bénéficiaires directs :**

Les femmes en âge de procréer : Il s’agit des femmes âgées de 15 à 49 ans de 45 FOSA des DS de Bedaya, Bedjondo, de Kara, de Bodo et Doba pour les deux provinces :

Provinces ¹⁴	Pop Totale	FEAP	Grossesses Attendues	Naissances Attendues	Adolescents
Mandoul	279 618	60 935	23 995	13 399	72 626
Logone Oriental	243 873	53 053	13 429	11 683	82 213
TOTAUX	523 491	113 988	37 424	25 082	154 839

Les adolescent.e.s âgé.e.s de 10 à 19 ans : ils/elles constituent un groupe à risque en matière de santé reproductive. Cette tranche d’âge constitue la tranche prioritaire pour cette phase 2 du PASFASS.

L’indice synthétique de fécondité est estimé à 6,4 enfants. Le niveau de la fécondité est plus élevé en milieu rural qu’en milieu urbain (6,8 contre 5,4), il atteint 6,9 dans le Logone Oriental et 6,2 dans le Mandoul.

Le taux de natalité des adolescentes (âge 15-19 ans) est de 138 naissances vivantes pour 1 000 femmes. On constate qu’à l’échelle nationale 37,4 % des adolescentes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie procréative. Cette proportion n’a pas changé depuis 2004 (EDS MICS 2019). Pour les adolescentes, l’accès aux services de prévention et de prise en charge est conditionné par leur statut dans la société. Avant le mariage, les jeunes femmes disposent d’une légitimité très limitée pour revendiquer l’utilisation des méthodes de contraception. La virginité étant garante de la stabilité familiale, la sanction sociale condamne largement les jeunes filles qui ont déjà une vie sexuelle active avant le mariage. Le préservatif, quant à lui, suppose pour son utilisation une négociation des relations sexuelles qui n’est pas toujours facile pour les jeunes femmes. Là aussi, la honte et la peur sont de puissants régulateurs des comportements sexuels. Tout en ciblant un accès accru aux services de santé reproductive et de PF pour les adolescent.e.s, le projet devra prendre en compte le fait que la sexualité chez les adolescents est loin d’être tolérée au sein des communautés.

Les enfants et les adolescentes à risque vis-à-vis des mariages précoces et des mariages forcés : Les décès liés à la grossesse sont la principale cause de mortalité chez les filles mariées et non mariées âgées de 15 à 19 ans (EDS-MICS 2019). Bien qu’interdits par la loi, les mariages forcés et les mariages précoces sont des pratiques relativement courantes au Tchad, particulièrement en milieu rural. Certains mariages précoces peuvent résulter d’une grossesse non désirée, fruit d’une relation sexuelle entre deux adolescents ; d’autres peuvent concerner les filles qui approchent de l’âge de 18 ans et doivent se marier pour entrer dans « la norme ». Dans les autres cas, mariages forcés et mariages précoces sont considérés comme un seul et même phénomène, une seule et même violence, toujours motivé(e) par l’aspect financier de la transaction. Les conséquences sociales associées aux mariages précoces sont multiples. Elles concernent essentiellement la déscolarisation, l’isolement, le sentiment d’exclusion et un accès limité aux opportunités de travail et de formation, ce qui renforce largement le caractère sexospécifique de la pauvreté. Les mariages précoces et les mariages forcés ont également des conséquences considérables sur la santé mentale des adolescentes. Les traumatismes que représente une union et des relations sexuelles précoces et/ou non consenties ont des effets dommageables à long terme sur le psychisme des jeunes mariés. D’autre part, l’âge à la première union constitue un indicateur important d’exposition au risque de grossesse précoce. Pourtant, bien que le mariage avant l’âge de 18 ans soit considéré comme une violation des droits humains, il reste une réalité pour de nombreux adolescents et adolescentes. Les femmes mariées avant l’âge de 18 ans ont tendance à avoir plus d’enfants que celles qui se marient plus tard dans la vie et sont moins susceptibles de recourir à des services de santé maternelle.

¹⁴ INSEED - Projection démographique 2024 (DSSIS)

Le risque de subir un mariage précoce augmente également en situation de crise, de déplacement, de pauvreté et de manque d'opportunités.

Afin de réduire les risques de violences, le projet développera une stratégie de plaidoyer à l'attention des autorités administratives, traditionnelles et religieuses afin qu'elles puissent identifier et prévenir les mariages d'enfants et d'adolescentes dans leur communauté. Les relais communautaires se mobiliseront auprès des parents, notamment les ménages en difficultés économiques, pour organiser des causeries éducatives sur la prévention des grossesses précoces, non désirées et sur l'importance de poursuivre les études.

Les Femmes et filles à risque/ou survivantes : Le projet va cibler les femmes et les filles des deux provinces parce que le risque de violence est accru en raison des inégalités sociales et de genre, tout comme l'asymétrie des relations de pouvoir qui augmentent la vulnérabilité des femmes et des filles vis-vis des VBG dans l'espace familial. Le terme « à risque » est utilisé pour les femmes et filles vulnérables telles que les veuves, les prostituées, les déplacées, les réfugiées, les déplacées internes, femmes célibataires, ménages monoparentaux dirigés par des femmes, femmes enceintes et allaitantes, personnes âgées, adolescentes, mineures non accompagnées, personnes handicapées.

Près de trois femmes sur dix (29 %) ont subi, à un moment quelconque, des violences physiques depuis l'âge de 15 ans (EDS-MICS 2014-15). Parmi les femmes non célibataires, c'est le mari/partenaire - qu'il soit actuel (72 %) ou précédent (20 %) - qui est cité comme l'auteur principal des actes de violence physique.

Près de trois femmes sur quatre (74 %) pensent que pour au moins une des raisons citées (brûler la nourriture, argumenter avec son mari/partenaire, sortir sans avertir le mari/partenaire, négliger les enfants, refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire), il est justifié qu'un homme batte sa femme. Bien qu'élevée dans tous les groupes d'âges, cette opinion semble un peu plus répandue parmi les femmes du groupe d'âge 20-34 ans que chez les autres (76 % contre 69 % à 15-19 ans et 71 % à 45-49 ans - EDS-MICS 2019). Loin de se limiter au cadre domestique, les VBG sont également présentes dans l'espace public. Les milieux scolaires, confessionnels, sanitaires, judiciaires, etc., peuvent représenter des espaces à risques pour les femmes et les jeunes filles car ce sont les lieux où se cristallisent les rapports inégalitaires de genre et de statut (relation soignant/soigné, relation professeur/élève, relation victime/garant de la loi, etc.). La difficulté pour les adolescentes de témoigner des violences subies, quel que soit l'espace social dans lequel elles se produisent (école, foyer, communauté), est un facteur de risque important.

L'accès aux services des survivant(e)s de VBG est également entravé par l'ignorance de leur droit. Le manque de sensibilisation des femmes et filles sur les recours juridiques existants en matière de VBG contribue à leur vulnérabilité. Elles n'ont accès aux services de prise en charge médicale que lorsque les violences subies ne peuvent être dissimulées et nécessitent une prise en charge sanitaire.

Le Projet va s'appuyer sur les services préventifs de lutte contre les violences basées sur le genre à travers la formation des acteurs clés et la sensibilisation de la population. Toutes les femmes victimes de violences bénéficieront d'une prise en charge holistique (médicale, psychologique et juridique) selon le protocole de prise en charge établi dans les formations sanitaires et les autres services de prise en charge psychologique et juridique.

Les avortements clandestins auxquels ont recours les femmes et les adolescentes à la suite de grossesse non désirée constituent également des facteurs de risque importants pour leur santé. Les avortements clandestins interviennent essentiellement dans le cadre de relations sexuelles non consenties et de relations sexuelles survenues avant le mariage ou hors mariage. Les adolescentes sont particulièrement concernées puisque l'utilisation de la contraception est socialement réprouvée à leur égard. Les multiples « techniques » traditionnelles et/ou médicamenteuses auxquelles ont recours les femmes et les adolescentes qui souhaitent avorter sont toutes plus dramatiques les unes que les autres pour la santé des femmes. Des séances de sensibilisation aux risques que ces pratiques représentent seront organisées à l'intention des adolescentes.

Les hommes en âge de procréer (15 – 45 ans) : Bien que la SR semble concerner en priorité les femmes, celles-ci disposent d'une marge de manœuvre et de capacités financières relativement réduite pour accéder aux structures sanitaire avant, pendant et après l'accouchement. En effet, le pouvoir décisionnel concernant

le paiement des frais de santé revient systématiquement aux hommes. De fait, le projet mettra en place des activités de sensibilisation spécifiques en direction des hommes afin de renforcer leur responsabilité dans l'adoption de comportements préventifs et curatifs vis-à-vis de la santé de leur.s femme.s et de leur.s enfant.s.

D'autre part, le Mandoul est la province où la consommation d'alcool est la plus importante du pays avec des taux de prévalence de 39 % chez les femmes (dont 25 % qui boivent tous les jours) et 52 % chez les hommes (dont 40 % qui boivent tous les jours). Dans le Logone-Oriental, les proportions sont également élevées avec 41 % des hommes et 27 % des femmes qui reconnaissent boire de l'alcool.

Au-delà des chiffres, les leaders communautaires alertent régulièrement sur l'association entre l'abus d'alcool et les violences domestiques. L'abus d'alcool du chef de ménage a également des conséquences sur l'économie familiale, entraînant la précarisation des familles (travail des enfants, déscolarisation, mariages précoces etc.). D'autre part, il est avéré que la consommation abusive d'alcool a non seulement un impact direct sur le non-respect des mesures préventives en matière de sexualité, mais augmente également les risques d'abus sexuels.

Pour répondre à ces préoccupations et réduire les effets directs et indirects de la dépendance à l'alcool au sein des ménages, le projet mènera des séances de sensibilisation et d'information auprès des hommes et des femmes en âge de procréer, mais également auprès des publics plus jeunes. Des sessions d'écoute et de conseil auprès des personnes alcoolodépendantes seront également organisées.

Les leaders politiques, communautaires et religieux :

Les leaders politiques, les autorités traditionnelles et religieuses seront au premier rang dans la sensibilisation sur les VBG/VS/MGF. Du fait de l'écoute que leur statut leur accorde, ils peuvent non seulement contribuer à réduire les comportements discriminatoires à l'égard des femmes, mais également rompre avec la culture d'impunité dont bénéficient souvent les auteurs de VBG. Des leaders communautaires seront ainsi identifiés et formés sur la sensibilisation et prévention des VBG/VS ainsi que sur les droits des femmes et des filles. Ces acteurs pourront également constituer des relais au sein des communautés afin de communiquer sur les services de prises en charge des victimes et encourager les survivantes à y recourir.

- **Bénéficiaires indirects :**

De façon indirecte, l'ensemble de la population des 45 FOSA (279 618 dans le Mandoul et 243 873 dans le Logone Oriental) constitue les bénéficiaires du PASFASS 2 soit 523 491 personnes. A cela s'ajoute, les délégations sanitaires et les autorités administratives et les services déconcentrés de l'Etat qui sont dans les chefs-lieux.

Les services déconcentrés de l'État représentent les services de santé, de genre, de la justice, de l'éducation, de la femme et de l'enfance. Ils seront impliqués dans la mise en œuvre et le suivi des activités.

e) Coûts de mise en œuvre

Activités d'appui au pays	Montant	%
Composante 1	1 435 985	31%
Composante 2	2 243 420	48%
Composante 3	916 368	20%
Divers et imprévus (ou composante non allouée)	91 727	2%
Frais administratifs	562 500	12%
TOTAL GENERAL	5 250 000 €	100 %

f) Risques et imprévus

Risques probables qui pourraient affecter le projet	Niveau de risque	Que faire pour réduire le risque
L'instabilité de l'environnement politique et sécuritaire dans les provinces ciblées n'est pas favorable à la mise en œuvre de l'action	Élevé	Comprendre, trianguler les analyses, avoir des plans de contingence et assurer la sécurité des équipes du projet comme cela a été fait lors de la phase 1 du projet qui a été particulièrement impactée par l'instabilité politique et sécuritaire.
La non-implication des autorités administratives, traditionnelles et religieuses	Faible	Dès le début du projet, l'atelier de co-construction permettra de définir l'engagement des autorités administratives. Concernant les autorités traditionnelles et religieuses, un dialogue constant et transparent sera maintenu, et les acteurs actifs lors de la phase 1 seront encouragés à être des porte-paroles pour leurs pairs sur la phase 2.
Indisponibilité des intrants en SR et des méthodes de contraception	Moyen	Évaluer le besoin réel des populations cibles avant le lancement du projet et faire un suivi régulier de l'utilisation des intrants.
Le non-engagement et la non-volonté manifeste du ministère de la Santé publique et de ses services techniques au niveau régional et local (Délégations provinciales, Districts sanitaires, centres de santé,) d'améliorer la qualité des services SRMNIA/PF	Faible	Définir dès le début de la phase 2 lors de l'atelier de co-construction le niveau de responsabilité et d'engagement du MSPP et de ses services décentralisés. Avoir un plan de soutien aux acteurs décentralisés en cas de défaillance du niveau central.
Rotation du personnel sanitaire	Faible	Identifier au préalable le besoin en RH et renforcer les capacités du personnel sanitaire ; Établir un engagement avec la DSR pour minimiser les affectations du personnel impliqué dans la mise en œuvre du projet.
L'indisponibilité de la communauté à s'engager dans les activités du projet et l'appropriation des actions par les bénéficiaires	Faible	La situation étant variable en fonction des saisons, les enseignements de la phase 1 permettront d'adapter les plans alternatifs adaptés à chaque période de l'année.
Résistance des parents d'élèves sur certains sujets relatifs à la Santé de la Reproduction	Faible	Sur la base des sensibilisations menées au niveau scolaire lors de la phase 1, la sensibilisation/communication auprès des parents d'élèves sera renforcée.
Les thèmes abordés/touchés peuvent être source de conflit	Moyen	Identifier les stratégies de communication. Faire référence aux activités de dialogue communautaire de la première phase.

Risques probables qui pourraient affecter le projet	Niveau de risque	Que faire pour réduire le risque
La non-adhésion des leaders d'opinion	Faible	Au regard de la phase 1 et de sa stratégie de sortie, sensibiliser les leaders d'opinion sur leurs rôles majeurs au sein de leurs communautés et encourager ceux actifs lors de la phase 1 à être des porte-paroles pour leurs pairs.
Augmentation du nombre des réfugiés/déplacés	Faible	Prévoir les plans de contingence
La précarité sociale	Faible	Au travers des activités déployées le projet agira en partie sur la précarité sociale (sensibilisation SRMNIA/DSSR/VBG, alcoolisme, AVEC, PEC VBG...).
Le changement climatique	Moyen	Sensibiliser les communautés

g) Thématiques transversales (Genre, approche « ne pas nuire »)

Au Tchad, la dynamique inégalitaire à l'encontre des personnes de sexe féminin accentue la vulnérabilité sanitaire des femmes, des jeunes et des enfants. Selon le Social Institutional and Gender Index, le pays apparaît dans la catégorie « très élevée » des mécanismes discriminatoires à l'égard des femmes dans les institutions et dans les différentes sphères sociales comme en témoigne son 4e rang mondial en matière d'inégalité de genre (PNUD, 2019). D'autres instruments d'évaluation de l'égalité des sexes dans le pays confirment la situation préoccupante quant à l'intégrité physique des femmes et des filles, l'accès limité aux ressources et services ainsi que la restriction des libertés des femmes. Les inégalités entre les sexes sont particulièrement présentes dans l'ensemble des domaines économiques, politiques, sociaux et culturels. Les femmes ne jouissent pas encore pleinement de leurs droits et sont victimes de nombreux actes de VBG. Les VBG constituent la matérialisation violente de l'ensemble des discriminations entre les hommes et les femmes. La méconnaissance des droits est également préoccupante : peu de connaissances sont disponibles sur les droits des femmes et sur les stratégies de recours des victimes pour correction et réparation en dépit de l'activisme soutenue des associations et mouvements de femmes à trouver des solutions durables aux VBG.

Les femmes ont une fonction sociale qui les prive de leurs droits fondamentaux en termes de prise de décision, d'autonomie économique et de respect de leur personne. Au quotidien ces constats se traduisent notamment par une prise de parole limitée, un accès limité au travail à responsabilité, une assignation sociale aux fonctions procréatives et éducatives, l'impossibilité d'accéder au service de santé sans accord du conjoint ou de la famille lorsqu'elle finance les soins, des violences infligées par le mari qui touchent l'intégrité physique et psychique des femmes (VBG). Les travaux contemporains qui appuient l'analyse des constructions genrées de la santé des femmes soulignent la pertinence à accorder aux « dimensions du vouloir, du savoir et du pouvoir » ; trois actions encore trop peu accessibles à la plupart des femmes tchadiennes (Vasseur, 2022).

Parmi les données épidémiologiques les plus préoccupantes, nous retenons l'importance du mariage d'enfants, les grossesses précoces dont certaines sont issues de viols intra familiaux, les mutilations génitales féminines, l'importance des fistules vésicovaginales et les violences/harcèlements sexuels fréquents dans les établissements scolaires difficilement quantifiables car peu déclarés. Ainsi les violences gynéco obstétricales subies par les femmes et qui constituent un obstacle majeur dans l'accès aux soins, sont des conséquences de ces violences de genre.

Les espaces de soins procréatifs ne sont pas épargnés. La grande majorité des femmes ayant fréquenté un service de planification familiale ou de périnatalité témoignent de maltraitances ou de violences gynécologiques ou obstétricales (Vasseur 2022) qui sont encore trop peu notifiées.

Dans ce contexte, améliorer les droits à la santé, à la santé sexuelle, reproductive et de planification familiale (SSR-PF) des femmes et des jeunes filles passe par l'application des textes de lois favorables aux femmes. Ils constituent les préalables pour accroître l'accès aux soins et services de santé, la qualification des personnels de santé, pour adapter des infrastructures aux besoins des femmes et des jeunes filles, assurer la disponibilité continue des produits contraceptifs et obstétricaux et réduire les mutilations génitales féminines.

A travers le diagnostic « ne pas nuire » réalisé dans le cadre du PASFASS 1 l'accent a été mis sur les risques spécifiques liés aux violences basées sur le genre au sein des ménages et des communautés ciblées par le projet. Il s'agissait de comprendre où se situent les normes sociales en matière de violences conjugales, c'est-à-dire de définir ce qui est socialement toléré et ce qui ne l'est pas, afin d'adapter au mieux les messages de prévention à la capacité d'assimilation de ces messages par les populations, principalement par les hommes. Par exemple, si le déni de ressource avait clairement été identifié dans le diagnostic comme une violence par les femmes et les hommes interrogés, il n'en était pas de même pour « les remontrances » consécutives à la « désobéissance » des femmes envers leur mari. Il s'agissait également d'identifier le poids des autres types de violences qui sortent du seul cadre domestique, comme les violences « obstétricales » ou « scolaires »¹⁵. La phase 2 du projet, réalisera une mise à jour de ce diagnostic afin qu'il soit aligné avec la réalité au démarrage du projet.

D'autre part, lors de la phase 1, le diagnostic avait également abordé la question de l'intervention en contexte de fragilité telle que définie par les objectifs du Fonds Minka. Dans les débats initiaux pour la construction de la phase 1 du projet, une des hypothèses était la présence de réfugiés et de déplacés dans la zone du projet et qu'un des enjeux était la mise en place d'un système de santé permettant la prise en charge de l'ensemble des communautés (populations hôtes, réfugiés, déplacés) et donc de renforcer la capacité d'absorption par les zones des populations allochtones. Toutefois, la phase de diagnostic de la phase I avait confirmé que cette question ne concerne pas le Logone Oriental et le Mandoul, régions dans lesquelles ces populations déracinées ne sont pas présentes. Par conséquent, la phase 1 et la future phase 2 du PASFASS n'intègrent pas une approche spécifique pour les populations retournées et réfugiées de RCA.

h) Dispositif de suivi-évaluation renforcé et apprentissage

✓ Développer un cadre SERA efficace et pertinent

Le système de Suivi-Évaluation-Redevabilité-Apprentissage (SERA) de la phase 1 du projet s'est consolidé au fil du temps pour aboutir à un dispositif mêlant le suivi d'indicateurs par les équipes opérationnelles, la mise en œuvre d'évaluations itératives avec mini séminaires par le Groupe URD, des conseils opérationnels prodigués tout au long du projet et la conduite de divers diagnostics/études pour accompagner l'action. Sur la base des leçons apprises de cette phase 1, il a été décidé de renforcer le volet SERA du consortium et d'en confier le leadership au Groupe URD. Le cadre de suivi-évaluation apprentissage et redevabilité sera mis en place par le Groupe URD en lien avec les équipes de CARE et de BASE selon la logique opérationnelle suivante :

- **Design du système SERA** : Au début du projet, un atelier de travail sur les approches et outils de suivi-évaluation adaptés au contexte et au projet sera organisé avec les équipes du projet (et partenaires clefs). Cet atelier permettra de valider et s'approprier les indicateurs pertinents, d'identifier les informations à recueillir, leurs sources et la gestion des données, les rôles et responsabilités pour le recueil et l'analyse des informations ainsi que les mécanismes de prise de décision relatifs au système SERA pour l'amélioration continue des activités et du projet.

¹⁵ Pour les violences obstétricales, des formations à destination des sage-femmes et des infirmiers sur les relations patientes prestataire et la communication interpersonnelle sont prévues. En ce qui concerne les violences scolaires, il est prévu des dialogues avec les élèves et des sensibilisations en milieu scolaire.

- **Fonctionnement du système SERA** : Par la suite, durant la vie du projet, les données seront collectées par les équipes (et partenaires clefs) selon le modèle établi au démarrage, consolidées et analysées au niveau central (sous la supervision du Groupe URD) puis diffusées aux équipes projet et partenaires pour des prises de décisions et mise en œuvre des recommandations. Un suivi continu à distance sera mené avec les partenaires et des revues semestrielles et annuelles seront également mises en place afin d'assurer un suivi continu de l'évolution des actions en vue de l'atteinte des objectifs du projet. Le système de suivi-évaluation du projet sera également révisé au besoin en fonction des diagnostics, études et éléments de capitalisation qui seront menés et produits par le Groupe URD dans le cadre de l'objectif spécifique 3. Des rapports réguliers techniques et financiers seront préparés tous les six mois pour le suivi interne et le reporting auprès du bailleur.
- **Réalisation de l'EIMS1** : Une évaluation ex-post de certaines activités de la phase 1 devra être réalisée afin de faire un bilan de leur fonctionnement plus d'un an après la fin du PASFASS 1. L'évaluation combinera l'évaluation des réalisations techniques de la phase 1 avec l'évaluation des FOSA (qui devra identifier aussi les apports du projet de la Banque Mondiale). Cette évaluation donnera les bases des activités dont la pérennité a été assurée et permettra de réorienter au besoin les stratégies de la phase 2. L'évaluation permettra également d'identifier les points forts et limites issues de la phase 1, en s'appuyant sur l'évaluation finale externe du PASFASS 1.
- **Réalisation de l'étude de base (baseline), évaluation intermédiaire (midline) et finale (endline)** : ces études, axées sur la mesure des indicateurs du cadre logique, seront conduites par les équipes SERA de CARE et BASE qui auront à charge la coordination logistique, le recueil, l'analyse des données et l'élaboration des rapports. Le Groupe URD apportera son appui dans la validation de termes de référence, l'analyse des données et la validation des rapports finaux.
- **Réalisation de l'EIMS2** : Une évaluation intermédiaire interne (EIMS 2) sera réalisée à mi-parcours, pour confronter les informations issues du système de monitoring (données quantitatives basées sur la mesure des indicateurs du projet) avec les critères d'évaluation de la norme humanitaire fondamentale et du CAD (pertinence, cohérence, efficacité, efficience, impact, durabilité). L'objectif de cette EIMS sera d'évaluer la performance du PASFASS 2 par rapport à ses objectifs et au regard de la situation de départ et des indicateurs mesurés lors de l'étude de base, permettant de réorienter l'action et de tirer des leçons de l'expérience.
- **Réalisation de l'évaluation finale du projet** : l'évaluation finale sera externalisée et intégrée dans la composante transversale. Le temps des équipes pour la préparation, le suivi, la participation à cette évaluation transversale est néanmoins préservée dans le budget.
- **Renforcement des capacités** : Des formations Qualités et Redevabilité axées sur la définition, la préparation et l'accompagnement du plan SERA seront organisées afin de renforcer les capacités des équipes du projet, des DSP et ECD et des chargé.e.s SERA sur la production de données statistiques sanitaires fiables et pertinentes, en lien avec les Enquêtes Démographiques de Santé (EDS-MICS) et les Plan Nationaux Stratégiques de Santé. Pour la première année, cette formation correspondra à la préparation et au démarrage de la baseline. Au moment de l'EIMS2, un atelier sera organisé et correspondra à la préparation et démarrage de l'évaluation intermédiaire.

- ✓ **Diagnostic : Un diagnostic initial en santé reproductive et VBG** avec un focus sur la santé des adolescents sera réalisé afin d'identifier les acteurs juridiques, sanitaires et communautaires existants dans le secteur des VBG ainsi que les services dédiés aux ados et aux jeunes. Cette cartographie des acteurs permettra la création ou la réactivation des clusters préexistants et la mise en réseau des OSC locales. D'autre part, le **diagnostic sécurité « Ne pas nuire »** (réalisé au démarrage de la phase 1 du projet), sera mis à jour afin de formuler des recommandations opérationnelles sur les violences, les adolescent.e.s et la sécurité/ne pas nuire.

i) **Pérennité du projet**

La stratégie de pérennisation du projet sera construite sur la base d'une évaluation ex-post de la phase 1 afin d'évaluer le fonctionnement de la stratégie de sortie qui avait été déployée. En fonction, les résultats seront discutés avant le lancement de l'étude de base, lors d'un atelier avec les acteurs stratégiques et clés du projet afin de définir une nouvelle stratégie de sortie viable et un mécanisme de transfert anticipé pour qu'il puisse être évalué au cours du projet.

Dans cette phase 2, le projet entend s'aligner et se positionner en appui des stratégies nationales de santé (cf Annexe Alignement Politiques Publiques) en proposant par ses actions d'agir sur certaines thématiques non suffisamment développées dans la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales relatives à la santé des femmes et des adolescent.e.s. Par conséquent, le consortium travaillera en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs aussi bien aux niveaux central, provincial ou communautaire en se positionnant en tant que prestataire de services. Un travail de concertation avec le consortium du ProGeSan 2, à travers la composante transversale, pourra permettre d'uniformiser les discours et l'approche envisagée. De plus, dans l'optique d'une meilleure appropriation du projet par les autorités sanitaires, les activités seront déployées avec l'appui et pour les parties prenantes (renforcement des capacités des agents de santé des FOSA par des formations, formations des membres des structures locales, supervisions conjointes, supervisions formatives, redynamisation du système de référencement des femmes par les AT et les CS ...).

Les sensibilisations seront conduites avec l'appui des OSC/associations locales existantes (par exemple la CELIAF, les CLAC, troupes de théâtre...) locales existantes ou encore les radios locales qui ont une très bonne connaissance de l'environnement. Ces structures seront appuyées par le projet et auront la responsabilité de diffuser les messages sur les thématiques définies par le projet et de sensibiliser les différents bénéficiaires du projet au travers de plusieurs supports (causeries éducatives, représentations théâtrales, organisation de journées thématiques, émissions de radios interactives...). Ce travail de proximité sera essentiel afin que la diffusion des messages clés puissent se poursuivre à l'issue du projet. De plus, l'amélioration des connaissances des bénéficiaires en matière de SRMNA/DSSR, prévention des VBG ou encore de l'alcoolisme combinée à une meilleure connaissance de leurs droits donnera aux bénéficiaires la liberté de choisir d'utiliser ou non les services mis à disposition par le projet (groupe de discussion, prise en charge holistique des VBG, accès des adolescent.e.s aux services de santé de la reproduction...).

Le projet s'attachera aussi à renforcer le pouvoir économique des bénéficiaires par la mise en place des AVEC afin de leur permettre d'épargner et de développer des activités économiques rentables. Ces revenus complémentaires permettront de déstresser économiquement les ménages et agiront comme un filet de sécurité leur permettant d'utiliser les services de santé.

2.3 Capacité de mise en œuvre du projet

a) **Partenaires** : description des partenaires (internationaux, nationaux, locaux), expériences de (ou des) OSC dans le pays et dans la région ciblée par le projet, des apports de chacun et des modalités du partenariat. Description de la collaboration avec les services techniques/autorités au niveau local et central.

Le partenariat entre CARE, BASE et le Groupe URD reposera sur une mise en commun des expertises, des expériences, des compétences et des savoir-faire et une mutualisation des ressources (financière, matérielle, humaine) en vue d'assurer un meilleur impact de l'action.

Une communication sera établie avec d'autres OSC et ONG basées dans les zones du projet pour des partages d'informations et éventuellement former des coalitions mais aussi en vue du renforcement de l'expertise et d'échange d'expériences et l'apprentissage mutuel. De plus, le projet collaborera avec des OSC, qui interviennent déjà dans les zones du projet et qui ont une très bonne connaissance du contexte local, pour la mise en œuvre d'une partie des activités notamment de sensibilisation. Les radios locales seront également sollicitées pour les actions de sensibilisation afin de favoriser la diffusion des messages clés ou encore par l'organisation d'émissions interactives.

CARE, BASE et le Groupe URD travailleront en étroite collaboration avec des institutions gouvernementales au niveau national à travers les différents ministères (ministères de la Santé Publique, de la Femme et de l'Action Sociale). Au niveau local, un accent particulier sera mis sur le travail avec les Délégations et les services techniques de santé déconcentrés de l'État. Ces structures participeront activement à l'élaboration et à la validation des différentes stratégies de mise en œuvre de l'action, à travers des ateliers, rencontres et séances de travail. CARE et BASE collaboreront également avec les autorités locales administratives et traditionnelles (Préfets, Sous-préfets, Chefs de Cantons, Chefs de villages, leaders des sites et les leaders religieux).

De plus, dans l'optique de consolider la collaboration avec l'Etat, CARE a signé des conventions de partenariat avec le ministère de la Santé et quatre Comités Provinciaux d'Actions (CPA) dont ceux du Mandoul et du Logone Oriental. Ces conventions ont pour objectif de définir et d'encadrer la collaboration entre CARE et les CPA notamment, et plus particulièrement sur l'appui technique, le suivi et l'évaluation des activités sur le terrain, au bénéfice des communautés. Dans le cadre de cette phase 2, les agents de l'Etat et les autorités locales seront impliqués et sollicités, selon leur domaine de compétence pour identifier les besoins au profit des bénéficiaires et animer des formations pour ces derniers. Les autorités locales et traditionnelles seront invitées en tant que partenaires du projet en général et sur les questions de la lutte contre les Violences Basées sur le Genre en particulier. Elles pourront être des championnes dans la lutte contre les VBG et faciliter l'adhésion des populations cibles grâce à leur leadership et influence locale. Ces différents acteurs locaux seront impliqués tout au long de la mise en œuvre du projet aussi bien à travers des missions de supervision conjointes que lors des réunions de coordination. Le consortium visera à renforcer ces relations avec les autorités administratives en vue d'assurer la qualité de ses interventions. De bonnes relations seront aussi entretenues avec le SPONGAH (Secrétariat Permanent des Organisations Non Gouvernementales et des Affaires Humanitaires), l'organe de suivi des actions humanitaires.

CARE (Cooperative for Assistance and Relief Everywhere) est créée en 1945 aux États-Unis à la fin de la seconde guerre mondiale. CARE est l'une des plus importantes ONG internationales humanitaire et de développement avec une présence dans plus de 100 pays. Elle a pour mission de sauver des vies et vaincre la pauvreté afin de parvenir à la justice sociale. Cette mission se traduit à travers sa vision de travailler pour un monde d'espoir, d'inclusion et de justice sociale, où la pauvreté a été vaincue et tout le monde vit dans la dignité et la sécurité. CARE International met les femmes et les filles au cœur de ses programmes. Pour améliorer ses interventions, CARE a élaboré en 2020 son plan stratégique appelé « Vision 2030 ». La vision 2030 de CARE vise à contribuer aux ODD (Objectifs de développement durable) pour avoir un impact sur la pauvreté et l'inégalité. Dans cette vision, CARE estime que pour avoir un impact significatif, durable et à grande échelle, il faut lutter contre les causes sous-jacentes de la pauvreté et de l'injustice. C'est pourquoi le genre est au cœur de son travail.

Installée au Tchad depuis 1974, CARE est présente dans 13 provinces (Chari Baguirmi, Moyen Chari, Logone Oriental, Logone Occidental, Mandoul, Tandjilé, Lac, Kanem, Ouaddaï, Ndjamena, Wadi-Fira, Ennedi Est et Ennedi Ouest) sur les 23 réparties en trois coordinations des zones (Sud, Ouest et Est) respectivement à Goré, Bagasola, Abéché et un bureau de coordination nationale à Ndjamena. CARE mène ses interventions de manière conjointe avec des partenaires locaux et internationaux (les agences des Nations Unies, les ONG

internationales, les ONG locales et les services techniques de l'État). Les actions de CARE au Tchad se focalisent plus particulièrement sur les questions d'égalité de genre, d'action humanitaire, de droits à l'alimentation, à l'eau et à la nutrition, de justice économique pour les femmes, droit à la santé et justice climatique. CARE a une solide expérience dans la gestion des financements des donateurs institutionnels et du secteur privé parmi lesquels : AFD, Banque mondiale, USAID, PNUD, UNICEF, DFID, PAM, l'OFDA, BPRM, Global affair of Canada, le ministère néerlandais des Affaires étrangères, ECHO, l'union européenne, le grand-duché du Luxembourg, BMZ, CDCs, CDC USA, Startfund, etc.

Le Bureau d'Appui Santé et Environnement (BASE) est une Organisation Non Gouvernementale (ONG) créée le 1^{er} juillet 1996, selon un concept de réseau avec une implantation dans divers pays. C'est ainsi qu'est né le premier membre du réseau appelé BASE-Tchad le 22 février 2010.

L'objectif de BASE-Tchad est de favoriser l'émergence d'une société prospère, citoyenne, innovante, juste, équitable et responsable de la construction de son devenir. Depuis sa création, BASE-Tchad travaille dans le renforcement du système de santé tchadien et est, de ce fait, l'un des principaux partenaires du ministère de la Santé Publique et de la Prévention.

Dès sa création, BASE s'est investi sur les questions d'égalité de genre, en veillant à mettre en valeur et à prendre soin des spécificités liées aux femmes et aux enfants au Tchad, à tous les niveaux (social, psychologique ou en termes de santé), de la sphère privée (famille) à la sphère publique. BASE a notamment beaucoup travaillé pour renforcer la place des femmes et des enfants dans les dynamiques communautaires de gestion de base des dispositifs et des structures de santé.

Ces dernières années, BASE-Tchad veille aussi à la promotion de l'accessibilité aux soins de santé primaire par le développement de la santé communautaire. Il a travaillé pour renforcer la place des communautés dans la gestion du système de santé et des structures de santé à la base et est considéré comme un pionnier de la santé communautaire. Sur les 5 dernières années, les projets de BASE couvrent 14 provinces du Tchad sur 23 financés par des bailleurs internationaux dont l'AFD.

Dans la province du Logone Occidental, BASE-Tchad a mis en œuvre un programme d'appui aux soins maternels en partenariat avec le ministère de la Santé Publique dans le cadre du Projet d'Appui au Secteur de la Santé (PASST 1 et 2) sur financement de l'AFD. Le projet d'Appui à la Réduction Durable de la Mortalité Maternelle et Infantile mis en œuvre par BASE-Tchad dans les districts de Benoye et Laoukassi dans le cadre de la deuxième phase du PASST a pour objectif de renforcer la politique de l'État tchadien en faveur de la réduction de la mortalité maternelle et infantile. En plus de ces deux projets, BASE-Tchad a mis en œuvre dans cette province un projet sur la lutte contre les violences faites aux femmes et filles où des activités de plaidoyer, de renforcement de capacités, des campagnes de sensibilisation et des stratégies de communication ont été mises en place. Dans la province voisine du Logone Occidental qui est le Mandoul, BASE-Tchad a mis en œuvre un projet en consortium avec CARE et le Groupe URD, soit la phase 1 du PASFASS.

De plus, depuis 2016, BASE-Tchad a été sélectionné comme sous bénéficiaire pour la mise en œuvre des activités communautaires de VIH, TB et paludisme sous financement du Fonds mondial.

Dans le Ouaddaï, à l'Est, BASE-Tchad mène actuellement :

- ✓ Un projet en consortium avec Première Urgence Internationale sous financement UE pour des activités de lutte contre la malnutrition chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes ;
- ✓ Un projet via le guichet DPA/OSC de l'AFD concernant la santé maternelle et infantile ; et
- ✓ Un projet en partenariat avec Women's Hope International pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile dans le District Sanitaire d'Abougoudam à travers une approche communautaire innovante.

A l'Ouest du pays, plus précisément dans le Kanem et le Bahr El Ghazel, BASE-Tchad met en œuvre actuellement deux projets de lutte contre la malnutrition et un programme de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) communautaire avec 280 ASC.

Dans la ville de N'Djamena, BASE-Tchad a mené un projet d'amélioration des soins de santé maternelle et infantile (SMI) dans les quartiers Sud et Est ; cette action est une des quatre composantes du Projet Santé Urbaine financé par l'Agence Française de Développement et dont la finalité consistait à contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, infantile et néonatale de la population de N'Djamena.

Groupe URD a été fondé en 1993, c'est un think-tank indépendant spécialisé dans l'analyse des pratiques et le développement de politiques pour l'action humanitaire et la gestion des fragilités. Son expertise pluridisciplinaire, nourrie par des allers-retours permanents sur les terrains de crise et post-crise, lui permet d'appréhender le fonctionnement du secteur dans son ensemble. Attaché à l'échange de connaissances et à l'apprentissage collectif, il accompagne les acteurs de l'aide dans les processus d'amélioration de la qualité de leurs interventions.

Il intervient notamment en tant que **partenaire d'apprentissage** en venant en appui aux acteurs en charge de la mise en œuvre opérationnelle d'un projet / programme pour les soutenir dans le pilotage stratégique et l'amélioration continue, par l'analyse des pratiques et des contextes, la production de connaissances et l'accompagnement à la mise en application des apprentissages.

Il s'engage alors en tant que partenaire du projet et partage la redevabilité de la réussite des interventions et l'atteinte des objectifs. Spécialisé dans les activités d'évaluation, de recherche opérationnelle et de renforcement des capacités, il apporte une valeur ajoutée complémentaire au sein d'un consortium ou entre consortia.

Le partenaire d'apprentissage est idéalement présent aux étapes clefs du projet pour apporter un éclairage distancié sur les enjeux identifiés comme prioritaires et/ou particulièrement critiques et faciliter le travail des partenaires du projet.

En restant pour autant externe à l'équipe opérationnelle, le Groupe URD facilite la prise de recul et propose des adaptations opérationnelles à mettre en œuvre « en cours de route ». Les outils employés privilégient l'écoute, le dialogue, la consultation et la participation des diverses parties prenantes au projet, dont les populations et communautés affectées, les partenaires du projet, les autorités locales, les bailleurs, etc.

Dans le cadre de ce partenariat et lors du PASFASS 1 (2019-2023), le Groupe URD a été en charge de l'appui à l'apprentissage et à la gestion stratégique du programme, pour faciliter l'agilité et la pertinence des interventions. Il a réalisé des appuis ciblés visant à ce que les parties prenantes au projet, et en premier lieu les équipes de terrain, les praticiens et les autorités sanitaires, disposent d'une meilleure connaissance des facteurs socio-économiques qui ont un impact significatif sur l'accès aux soins de Santé de la Reproduction Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent (SRMNIA). Ceci est passé notamment par la mise en place d'EIMS (évaluations itératives avec mini-séminaires), un diagnostic socio-anthropologique sur l'accès aux soins de santé reproductive, et des études pour éclairer l'action.

b) Schéma organisationnel, pilotage et gouvernance

✓ Schéma organisationnel

Dans le cadre de la mise en œuvre du PASFASS phase 2, le schéma organisationnel de la phase 1 sera maintenu mais renforcé, à savoir :

- **Mandoul** : Mise en œuvre de l'ensemble des activités des OS 1 et 2 par BASE avec l'appui d'OSC locales/radios locales. BASE appuiera également le Groupe URD dans la mise en œuvre des activités de l'OS 3 et du cadre SERA dans le Mandoul.
- **Logone Oriental** : Mise en œuvre de l'ensemble des activités des OS 1 et 2 par CARE avec l'appui d'OSC/radios locales. CARE appuiera également le Groupe URD dans la mise en œuvre des activités de l'OS 3 et du cadre SERA dans le Logone Oriental.
- **Transversale** :
 - **Groupe URD** :

- Il assurera la mise en œuvre de l'ensemble des activités de l'OS 3 avec l'appui de BASE et CARE ;
 - Il assurera le leadership de la définition et de la mise en œuvre/suivi du cadre SERA du projet avec l'appui de BASE et CARE.
- **Coordination du projet :** 1 Chef.fe de projet PASFASS 2 dédiée sera recrutée par CARE afin d'assurer la coordination du projet dans les 2 zones d'intervention. Il.elle se portera garant de la cohérence, la cohésion, la communication entre les équipes terrain, du suivi et de l'avancement du PASFASS 2 en collaboration avec les 2 coordonateur.trice de zone. Il.elle aura également la responsabilité d'organiser et d'animer les réunions mensuelles de consortium.
 - Une équipe support de **CARE Tchad et BASE** basée à N'Djamena assurera en collaboration avec la coordination du projet, la planification, l'organisation, et le contrôle de la mise en œuvre de l'ensemble des activités du projet.
 - **CARE France :** le pôle Programmes Afrique de CARE France, assurera le suivi de la mise en œuvre du projet avec le consortium et sera responsable de la relation/redevabilité envers l'AFD. Les équipes finances et audit interne de CARE France seront également mise à contribution lorsque nécessaire.

D'autre part, en tant qu'autorité de tutelle dans les provinces, les Délégations Sanitaires Provinciales (DSP), représentantes du ministère de la Santé Publique, seront impliquées dans la mise en œuvre des activités du projet à travers les Districts Sanitaires. Les équipes opérationnelles seront en partenariat étroit avec les équipes cadres des districts des différentes localités. Une synergie d'actions entre les partenaires des districts dans les domaines liés à la santé sera effectuée à travers les réunions, la planification et les supervisions conjointes des activités sur le terrain. Les autres délégations provinciales connexes telles que la Délégation du genre, la Délégation du plan et de la prospective, la Délégation de l'éducation, la Délégation de la jeunesse seront aussi impliquées dans la mise en œuvre selon leur expertise respective.

En dehors des potentiels travaux de réhabilitations et/ou d'acquisition d'équipements medicotechniques envisagées par le projet, les autres actions des équipes opérationnelles sur le terrain se situeront dans le cadre du transfert des compétences, à travers la supervision, l'encadrement et le coaching notamment en appui technique aux équipes des districts pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans d'action, le suivi et la supervision du personnel, la formation continue du personnel, l'encadrement des membres des équipes cadres dans les missions de suivi-supervision et le suivi dans les centres de santé.

La présence continue des équipes opérationnelles dans les deux provinces à tous les niveaux permettra d'assurer le bon déroulement des activités et l'équipe de coordination siège de CARE et BASE assurera des missions d'appui, de suivi et de supervision étroites à ces équipes. Une planification détaillée sera arrêtée d'un commun accord avec les districts sanitaires et la délégation sur la base de leurs plans d'action et des actions à accomplir dans le cadre du projet. Cette planification constitue une base contractuelle qui doit être respectée par le projet, les districts et les délégations.

Enfin, le consortium CARE/BASE/Groupe URD sera mensuellement en contact avec l'équipe de coordination du projet à travers des réunions qui seront planifiées par le. la Chef.fe de projet PASFASS 2. Le consortium répondra aux engagements vis-à-vis de l'AFD, et assurera toute relation avec l'extérieur par l'intermédiaire de CARE France à Paris et de CARE Tchad et BASE au Tchad.

✓ **Pilotage et gouvernance**

Le projet mettra en place **un comité de pilotage (COPIL) national** composé d'un point focal du ministère de la Santé publique et de la Prévention, d'un point focal du ministère de la Femme et de Protection de la petite enfance, du. de la Secrétaire Général.e (SG) ou d'un.e de ses représentant.e, de l'AFD, des représentants des membres du consortium (CARE/BASE/Groupe URD), des Délégués sanitaires et les Délégués des autres ministères. Ce comité annuel a pour objectif d'assurer le suivi de la mise en œuvre du projet et prendre les décisions nécessaires pour son orientation. Ce COPIL permet aux différents acteurs impliqués d'avoir une compréhension commune des activités déployées et des éventuelles contraintes rencontrées afin d'y

apporter des solutions. C'est un organe qui analysera et validera les bilans et les propositions du comité de pilotage opérationnel qui se déroulera avant lui.

En complémentarité et en amont du COPIL national annuel, le **comité de pilotage opérationnel** se tiendra tous les 6 mois et le deuxième se fera avant le COPIL national. Il sera d'envergure provinciale et veillera à analyser précisément les informations sur les progrès et acquis du projet, sur les obstacles rencontrés et sur l'évolution du contexte, et à réfléchir aux solutions et changements mineurs ou majeurs à apporter. Il proposera les points stratégiques qui devront être abordés lors du COPIL national. Il aura une vocation plus pratique/opérationnelle, en associant les autorités locales traditionnelles ou administratives ou représentant.es des districts sanitaires appuyés et les acteurs clés dans la mise en œuvre du projet (équipes opérationnelles, partenaires locaux...).

En plus des différents comités de pilotage, **un comité de coordination** se tiendra annuellement. Il aura pour objet de relayer les informations liées à la recherche et à la capitalisation de l'axe transversal et réunira tous les acteurs du programme DEESSE ainsi que les personnels clés des ministères.

Les points focaux des ministères de la femme, de la santé et des directions techniques de ces ministères seront plus impliqués dans le suivi des activités, l'application des différentes politiques nationales de santé, de genre et l'évolution du contexte sanitaire. Grâce à leur implication renforcée sur la phase II, la communication au niveau central sera plus dynamique.

D'autre part, une **équipe de coordination du projet** sera mise en place et animée par 1 Chef.fe de projet PASFASS 2 basé.e sur l'une des provinces avec déplacement fréquent sur l'autre province. **Deux équipes opérationnelles** seront déployées dans chaque province au niveau de Doba et Koumra pour accompagner les formations sanitaires et les services déconcentrés de l'État dans leurs tâches. Leur mission sera de :

- Planifier, coordonner et mettre en œuvre les activités du projet ;
- Faciliter la collecte des informations utiles au suivi des activités des partenaires de mise en œuvre du projet ;
- Appuyer les DS dans l'exécution de leurs tâches ;
- Suivre et évaluer les indicateurs de résultats ;
- Informer les comités de pilotage sur l'avancement des activités du Projet ;
- Elaborer les rapports de progrès ;
- Réorienter/adapter certaines activités lorsque nécessaire.

L'équipe opérationnelle sera sous la supervision du/de la Chef.fe de projet PASFASS 2, et sera composée des : Coordonnateur.rice.s de zone (Logone Oriental et Mandoul), assistants chargé.e de Suivi et Évaluation, assistant.e.s cliniques (Logone Oriental et Mandoul), animateur/trice.s AVEC, assistant.e.s d'engagement communautaire (Logone Oriental et Mandoul), assistantes chargées du genre, assistant.e.s admins, et financiers, assistant.e.s logistique, sentinelles, chauffeurs et hygiénistes.

c) **Mode opératoire du projet**

La connaissance des deux provinces et des acteurs clés par les membres du consortium à la suite de la mise en œuvre du PASFASS 1, permettra un meilleur déploiement dans les zones d'intervention de la phase 2 qui seront dans les mêmes provinces.

Dès la validation du projet par l'AFD, et en raison de l'écart entre la date de fin de la phase 1 et le démarrage de la phase 2, le consortium, à travers le Groupe URD, réalisera une EIMS1. Cette 1^{ère} évaluation permettra de combiner, une évaluation ex-post de certaines activités de la phase 1, afin de faire un bilan de leur fonctionnement/durabilité plus d'un an après la fin du projet, et une évaluation des FOSA notamment à la

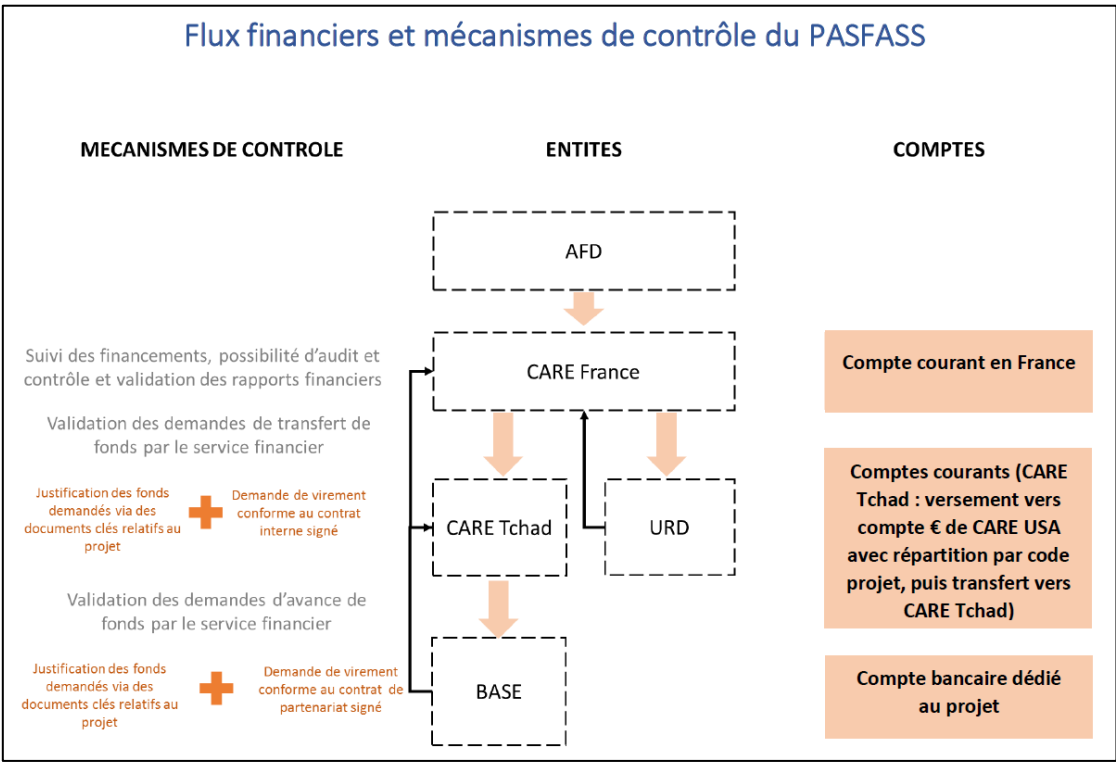
suite des apports du projet de la Banque Mondiale. Cette EIMS1 donnera les bases des activités dont la pérennité a été assurée et permettra de réorienter au besoin les stratégies de la phase 2.

Après cette EIMS1, un atelier de co-construction sera mis en place avec l’ensemble des acteurs stratégiques et clés du projet afin de s’entendre et valider les activités proposées par le projet dans les OS1, 2 et 3, confirmer le niveau d’implication et de responsabilité des différents acteurs dans l’appui à la mise en œuvre du projet et de définir la stratégie de sortie sur la base de l’évaluation ex-post de la phase 1 qui aura été menée.

La fin de cet atelier marquera le lancement de l’étude de base, la mise à jour des diagnostics et le lancement officiel du projet.

d) **Schéma fiduciaire**

Cf Annexe Flux financiers et mécanismes de contrôle du PASFASS.



e) **Capacités à conduire un dialogue avec les autorités locales, l’AFD Paris et l’agence locale : y.c historique de la relation avec l’AFD, en dehors de ce projet**

Lors de la phase 1, le consortium a bénéficié d’un bon ancrage dans le tissu local à travers la collaboration avec les délégations sanitaires, les autorités locales & les leaders d’opinion et les OSC, notamment la CELIAF et la Croix rouge. De plus, la mise en œuvre d’un soutien aux communautés dans la lutte contre les violences basées sur le genre a renforcé les collaborations entre la Délégation sanitaire provinciale et la Délégation du ministère de la Femme. Face aux diverses difficultés rencontrées par le PASFASS, le consortium a maintenu une relation transparente et de proximité avec l’AFD Paris et au Tchad qui a permis de réorienter, de prolonger, et de finaliser la phase 1 du PASFASS.

✓ **Capacités à conduire un dialogue avec les autorités locales, l’AFD Paris et l’agence locale**

CARE au Tchad dispose d'une équipe programme organisée en trois piliers : Droits et Empowerment des femmes et des filles (DEFFI), Crises Humanitaires et Assistance, et Résilience et Adaptations aux Changements Climatiques (RACC), avec comme priorités transversales le genre et la gouvernance. Les programmes comptent une dizaine de personnes, dont les coordinatrices RACC et DEFFI, qui pourront être mobilisées (d'autres personnes ressources sont aussi mobilisables selon les besoins). Cette équipe dispose en son sein des compétences requises pour conduire un dialogue stratégique et opérationnel avec l'AFD sur les thématiques concernées : santé, VBG, autonomisation économique, gouvernance, genre, dialogue avec les décideurs politiques sur ces thématiques.

Dans la province du Mandoul, BASE fait partie du Cluster provincial créé en 2022. Il occupe également une place au sein du Comité chargé de rédiger le Plan provincial de mise en œuvre de la Politique Nationale Genre au Mandoul et est membre du Comité d'action provincial du Mandoul en vertu de l'Arrêté N° 004/PCMT/PMT/MATD/PMDL/SG /2002 du 26 janvier 2022. BASE est également impliqué dans la réunion de coordination pour la protection des enfants, et suit les directives de la Délégation de l'action sociale. La participation à ces cadres de concertation lui permet non seulement d'être au fait des activités des autres acteurs et de mieux prendre en compte les activités non couvertes.

Ayant travaillé avec plusieurs consortiums d'ONG nationales et internationales au Tchad et exécuté des projets et programmes avec plusieurs bailleurs dont l'AFD, BASE travaille en étroite collaboration avec les services déconcentrés de l'Etat et le ministère de la santé au niveau central. Ces dernières années, BASE a acquis grâce à son équipe expérimentée et multidisciplinaire une capacité à conduire des dialogues francs avec les parties prenantes grâce à son ancrage dans le système de santé depuis plus de 25 ans.

BASE est un pilier du système de santé communautaire au Tchad et travaille en étroite collaboration avec les leaders communautaires et les autorités administratives et locales.

De son côté, le Groupe URD travaille avec l'AFD depuis plus de 20 ans et a eu des contacts avec les agences de l'AFD au Tchad de façon très régulière depuis 2008.

Au sein de CARE France, le pôle programmes Afrique sera disponible pour établir un dialogue constant avec le siège de l'AFD et son agence au Tchad sur le plan du partage d'informations, de la capitalisation d'expérience et de la réflexion sectorielle et stratégique. La référente genre RESILAC et programmes pourra également être mobilisée au besoin.

L'AFD accompagne CARE dans la mise en œuvre de projets d'aide au développement auprès des populations vulnérables en étroite collaboration avec les communautés et des partenaires locaux. Dans tous ces projets, CARE co-contracte avec des partenaires thématiques ou techniques spécialisés et/ou proches géographiquement/sociologiquement des populations cibles. Depuis plus d'une quinzaine d'année, le réseau CARE s'est spécialisé sur les enjeux d'adaptation au changement climatique sensibles au genre. Grâce aux financements de l'AFD, les projets mis en œuvre par CARE et ses partenaires ont contribué au renforcement des sociétés civiles et des capacités locales dans plusieurs pays. Plus récemment, la signature en novembre 2021 du plus gros contrat jamais signé par CARE France (BASATINE). Ce projet supporte des chaînes de valeurs agricoles essentielles et 3 500 agriculteurs affectés par la crise au Liban. Ce contrat de 17.7 M€ sur 4 ans avec l'AFD est le plus gros contrat financier signé par CARE France depuis quatre ans. A cela s'ajoute, la signature d'un contrat DIB le 22 janvier 2022 (Development impact bond) pour un projet sur l'hygiène menstruelle en Ethiopie financée par l'AFD à hauteur de 3 M€ selon un nouveau modèle de financement. Les Impact Bonds sont des instruments financiers utilisés pour permettre à des investisseurs de financer des entreprises sociales. A ces contrats s'ajoutent trois autres financements en cours :

- HUAMSI en RDC – DO – 04/05/21 au 03/05/24 – 6 000 000 €
- Féministes en Action – DO – 01/01/2021 au 31/12/2024 – 15 000 000 €
- La voix collective des femmes et des filles – Multi-pays – DPA/OSC – 01/07/21 au 30/06/24 – 2 000 000 € part AFD

2.4 Annexes

- a) Cadre logique
- b) Calendrier indicatif de mise en œuvre
- c) Budget détaillé
- d) Tableau de suivi des recommandations de la phase I
- e) Proposition de stratégie de communication
- f) Intégration du genre dans le consortium et les équipes du projet : place des femmes dans les postes à responsabilité du projet, renforcement de capacités et montée en compétence du personnel féminin des équipes, formations genre, etc.
- g) Flux financiers et mécanismes de contrôle du PASFASS
- h) Parcours des bénéficiaires
- i) Alignement avec les politiques nationales sanitaires
- j) Gouvernance et pilotage du projet
- k) Fiche de consentement
- l) Accord de confidentialité