



Centre de Support en Santé Internationale(CSSI)

RAPPORT D'ACTIVITES 2011

I. Introduction.....	3
II. ADMINISTRATION ET LOGISTIQUE	4
III. PRESENTATION DES DIFFERENTS PROJETS, PUBLICATIONS ET	
RESUMES DE PhD ET DE MASTERS EN COURS.....	5
3.1 Projet d'appui intersectoriel pour la stabilisation des personnes déplacées et éleveurs... 5	5
transhumants dans la Région de Sila	5
3.2 Projet d'Appui Technique aux Hôpitaux de District d'Am-timan et d'Aboudéïa, aux	
Centres de Santé Urbains d'Am-timan et d'Aboudéïa et à la Pharmacie Régionale	
d'Approvisionnement du Salamat.....	12
3.3 Agence d'achat des performances sanitaires dans quatre régions sanitaires du Tchad..	16
3.4 RAPPORT DU PROJET DE PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE DES	
VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE DANS LE SILA	22
3.5 RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITES DANS LES CAMPS DU SUD DU TCHAD... 42	42
3.6 RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITES DANS LES CAMPS DU SUD EST DU	
TCHAD (MOYO)	68
25. Introduction.....	68
1 Taux de fréquentation	70
A.	70
2 Consultation curative	71
A.	71
A. 3 Morbidité.....	71
A. 4 Les maladies à potentiel épidémique	72
A. 5 La vaccination	72
A.7 La Nutrition	75
A. 8 La mortalité	76
A. 9 Le service d'hospitalisation et de transfert	76
A. 10 Activité de santé mentale et communautaire	77
A. 11 Dépôt Pharmaceutique	77
A. 12 Infrastructure, Bâtiment et logistiques	77
Points forts.....	81
Points à améliorer.....	81
13. Conclusion.....	81
3.7 RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITES DANS LES CAMPS DE L'EST DU TCHAD	
(Djabal et Goz-Amir)	82
3.8 RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITES DANS LES CAMPS DU SUD DU TCHAD	
(FARCHANA)	89
Le tableau ci-dessus, démontre la performance des activités dans le CNS du camp des	
réfugiés de Farchana et respecte les normes sphère et le CTC.	98
3.10 Etude épidémiologique sur le portage sain du méningocoque dans les pays de la	
ceinture méningitique africaine : Sénégal, Niger, Mali, Ghana, Nigéria, Tchad et Ethiopie »	
.....	106

3.11 Résumés de publications en 2011	109
3.11.1 Random demographic household surveys in highly mobile pastoral communities in Chad	109
3.11.2 Dynamique de transmission et coût de la lutte contre la rage chez les chiens et les hommes dans une ville africaine	110
3.11.3 Statut nutritionnel et diversité alimentaire chez les femmes nomades et sédentaires rurales de la rive sud-est du Lac Tchad	111
3.11.4 Parasitic Infections, Anemia and Malnutrition Among Rural Settled and Mobile Pastoralist Mothers and Their Children in Chad	112
3.11.5 European 1: A globally important clonal complex of <i>Mycobacterium bovis</i>	112
3.11.6 African 2, a Clonal Complex of <i>Mycobacterium bovis</i> Epidemiologically Important in East Africa_†	113
3.12 Résumés de protocoles de PhD et de masters	114
3.12.1 Projet de recherche en santé Nomade .Vreni Jean-Richard	114
Résumé	114
3.12.2 Contribution à l'élimination de la rage à N'Djamena Tchad	115
3.12.3 La Prise en charge des enfants malnutris chez les Réfugiés Soudanais à l'Est du Tchad. Protocole de recherche DEA (Alain MASSEDE SOROMIAN)	116
IV.DIFFICULTES RENCONTREES D'ORDRE GENERAL.....	117
V. CONCLUSION.....	117

I. Introduction

Le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) est une ONG d'expertise en santé publique, santé communautaire et gestion de l'environnement physique et social. Il assure des prestations de services pour le compte des Etats et des différentes organisations et institutions. Il est une organisation à but non lucratif dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de la santé des populations au niveau national, sous régional et international.

Grace à ces objectifs poursuivis, beaucoup de projets lui ont été confiés pour être exécutés. Ces projets sont de plusieurs ordres, et se répartissent aussi bien à l'Est qu'au Sud du pays mais aussi en dehors du pays.

Il ya des projets d'ordre humanitaires, de développement et de recherche avec pour chacun, un responsable pour sa mise en œuvre.

Tous ces projets sont financées par des partenaires multiples tels que l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, l'UNHCR, l'UE et certains d'entre eux s'exécutent la plupart en partenariat avec des Institutions du nord.

Ce présent rapport qui décrit le bilan d'une année d'activité des différents projets sus cités, se penchera sur les principaux résultats réalisés en 2011 assortis, des forces et des faiblesses.

II. ADMINISTRATION ET LOGISTIQUE

III. PRESENTATION DES DIFFERENTS PROJETS, PUBLICATIONS ET RESUMES DE PhD ET DE MASTERS EN COURS.

3.1 Projet d'appui intersectoriel pour la stabilisation des personnes déplacées et éleveurs transhumants dans la Région de Sila

Introduction

Le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) a bénéficié d'une subvention de la DUE dans le cadre du PAS pour la mise en œuvre du «Projet d'Appui Intersectoriel de Santé Humaine et Animale pour la Réinstallation des personnes Déplacées, pour les populations Hôtes et pour les Eleveurs transhumants dans la Région du Sila». Ce projet a duré vingt-deux mois, reparté en deux phases, du 1^{er} Mars 2009 au 30 Juin 2010 et du 1^{er} Août 2010 au 31 Janvier 2011. Le présent rapport couvre la période 2011, marquée par les dernières activités du projet et l'évaluation qui s'en est suivie.

II. Objectif du projet

1. Objectif général :

Améliorer les conditions de vie des populations déplacées et favoriser leur retour dans leurs villages d'origine

2. Objectif spécifique:

Améliorer de façon durable l'état de santé des populations déplacées, des éleveurs transhumants et du cheptel dans la région de Sila.

3. Objectifs spécifiques secondaires :

3.1 Adapter le contenu du document de proposition de projet à la réalité du terrain à la fin du 2^{ème} mois (1ère étape) de sa mise en œuvre.

3.2 Augmenter le pourcentage de la couverture vaccinale de tous les antigènes (BCG, VAA, VAR à 70%), (VPO 3, DTC3 à 60%), (VAT2 et + à 50%), chez les enfants et les femmes en âge de procréer des populations cibles et leur assurer des soins curatifs lors des sorties de vaccination.

3.3 Augmenter le pourcentage de la couverture vaccinale du cheptel, des populations cibles, contre les maladies telluriques (charbon bactérien, charbon symptomatique et la pasteurellose) à 60% et assurer des soins curatifs de niveau élémentaire aux animaux malades rencontrés lors des sorties de vaccination.

3.4 Améliorer la communication avec la communauté pour leur meilleure implication aux activités spécifiques du projet et fournir des informations fiables aux autorités administratives sur les mouvements des populations déplacées et des éleveurs transhumants.

III. Equipe centrale

Le projet avait eu comme équipe du projet :

Un Chef du Projet qui siège à la Direction centrale à Ndjama et qui assure des missions régulières sur le terrain pour superviser l'exécution des activités. Un Coordonnateur de terrain avec implantation à Goz-Beida assure la coordination des activités de terrain et rend compte régulièrement l'évolution du projet au niveau central. Deux techniciens, dont un Infirmier Diplômé d'Etat et un Technicien Vétérinaire assurent la mise en œuvre des activités de terrain lors des campagnes de vaccinations conjointes ou solitaires. Les deux techniciens sont assistés des vaccinateurs des services déconcentrés de santé et de l'élevage lors des sorties de terrain. Le projet avait également deux chauffeurs et deux gardiens.

IV. Collaboration institutionnelle

Pour une bonne et cohérente conduite des activités du Projet, le CSSI a mis en place un cadre de concertation institutionnelle, aussi à l'échelon central qu'à l'échelon de terrain. Au niveau central, les institutions impliquées dans la collaboration et le suivi des activités du projet étaient la Coordination du Programme PAS-CONAFIT et les Directions techniques du Ministère de la santé publique et de l'élevage, notamment la Direction du Programme Elargi de Vaccination (PEV), la Direction de l'Organisation des Services de Santé (DOSS), la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Vaccination (DSRV), la Direction des Services Vétérinaires (DSV), le Laboratoire de Recherches Vétérinaires et Zootechnique (LRVZ).

Au niveau de la zone du projet, le cadre de collaboration dans l'exécution était formé du CSSI et des services déconcentrés de santé publique et de l'élevage, notamment les délégations régionales de santé et de l'élevage, le secteur de l'élevage et le District sanitaire de Goz-beida, ainsi les postes vétérinaires.

V. Bailleur du projet

Le Projet d'appui intersectoriel de santé humaine et animale pour l'accompagnement à la stabilisation des personnes déplacées et éleveurs transhumants dans la Région de Sila a eu pour principal bailleur le Fonds Européen de Développement (FED).

Notons que dans le cadre de la mise en œuvre de la phase de prolongation du Projet, le CSSI a contribué à hauteur d'environ 14 millions de FCFA pour supporter certaines rubriques.

VI. Approches

L'approche développée dans la mise en œuvre du projet est la stratégie de campagnes mixtes santé humaine et santé animale. Cette stratégie de « one medecine » que le CSSI-ITS a développé dans le cadre du projet Santé de Nomades a été adaptée avec succès dans le contexte d'appui de post crise humanitaire qu'a connu la Région du Sila.

VII. Zone du projet

Le CSSI en commun accord avec le Bailleur, la CONAFIT et les services déconcentrés de santé publique et de l'élevage a circonscrit comme zone d'intervention du projet l'axe Goz-beida-Koukou Angarana-Kerfi, qui comprend plus d'une trentaine des villages de retour des déplacés et des ferricks nomades. La zone retenue est située dans les zones B de Kerfi, de Koukou Angarana et du Goz-beida rural où le besoin des services de santé humaine et animale est très pressent, par défaut des partenaires.

VIII. Les activités du projet en 2011

Comme nous l'avons annoncé à l'introduction, les activités du projet pour la période 2011 étaient marquées principalement par le dernier tour de campagne mixte de vaccination, l'évaluation du projet et la remise des matériels aux services déconcentrés pour l'appui aux activités de pérennisation.

VIII.1 *Le dernier tour de campagne mixte de vaccination*

Le 5^{ème} et dernier tour de la campagne mixte de vaccination du Projet a été organisé du 19 Décembre 2010 au 2 Janvier 2011 dans la zone du projet. Ce 5^{ème} tour de campagne mixte de vaccination humaine et animale constitue la dernière activité vaccinale prévue dans le cadre de l'action. Le 5^{ème} tour de vaccination a permis d'administrer la 3^{ème} dose des antigènes du PEV de routine aux enfants et femmes enceintes ayant été vaccinés aux tours précédents. Les localités couvertes sont Koutoufou, Tcharao, Louboutigue, Kerfi et leurs environs. Au total, 849 personnes, dont 648 enfants de 0 à 11 mois et 201 femmes en grossesse (*voir tableau 1*) ont été vaccinées.

Cette vaccination humaine était couplée aux séances de soins curatifs de 1er niveau qui ont permis aux équipes du CSSI de consulter 302 personnes ayant de plaintes de santé rencontrées sur le terrain. Ces personnes malades ont reçu à la suite de leurs consultations des médicaments gratuitement.

En ce qui concerne la vaccination animale, les équipes mobiles du CSSI ont vacciné au total 26 500 animaux toutes espèces confondues, dont 23 890 bovin, 1 730 ovin- caprin, 508 camelin, 254 équin et 118 asin (voir *tableau 2*). Les principaux vaccins administrés aux troupeaux sont Symptovac et Pastovac pour les prémunir des maladies telluriques telles que le charbon symptomatique et la pasteurellose. Le recouvrement partiel du coût de dose de vaccin (50 F /dose) a permis de réaliser une recette de un million trois cent vingt-cinq mille francs (**1 325 000 FCFA**).

Tableau 1 : récapitulatif par antigènes du 3^{ème} tour de la vaccination

BC G	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Penta 1	Penta 2	Penta 3	VA A	VA R	VA T 1	VAT 2	VA T 3
143	49	92	228	277	92	228	277	98	98	71	94	36

Tableau 2 : répartition de la vaccination par espèces et par doses

Espèces vaccinées	Vaccins administrés		Total
	Pastovac	Symptovac	
Bovin	14 342	9 548	23 890
Ovin-caprin	1 730		1 730
Camelin	508		508
Equin	254		254
Asin	118		118
Total	16 952	9 548	26 500

VIII.2 *Evaluation du projet d'appui intersectoriel en santé humaine et animale*

Comme prévu dans le Plan d'action, une évaluation technique du projet d'appui intersectoriel en santé humaine et animale a été réalisée du 1^{er} au 5 Février 2011. L'équipe des évaluateurs étaient composée du Directeur Adjoint de l'Organisation de Services de Santé, du représentant de la Direction des Services Vétérinaires (DSV), du Chargé de suivi de Programmes PAS, de l'Assistant de suivi de Programmes PAS et du Coordonnateur de terrain du projet intersectoriel.

L'équipe des évaluateurs a sillonné du 2 au 4 février 2011 une vingtaine des localités bénéficiaires du projet où elle a discuté aussi bien avec les populations bénéficiaires, les notables qu'avec les matrones, les auxiliaires d'élevage et les animateurs IEC formés dans le cadre du projet. La mission des conclusions es évaluateurs a conduit à la conclusion suivante :

- Du point de vue de la santé humaine, au regard des activités mises en œuvre et les résultats obtenus, l'objectif du projet est atteint, car le relèvement de la couverture vaccinale des enfants et des femmes enceintes est bien satisfaisant.
- La formation des matrones et des animateurs IEC a été bien assurée et les agents formés œuvrent parfaitement au sein de leur communauté.
- Du point de vue de la santé animale, le résultat obtenu en terme de vaccination animale est de l'ordre de 59% du bétail vacciné. Ce résultat est très proche de l'objectif fixé par le projet de vacciner 60% des troupeaux du Secteur de l'élevage.
- La formation des auxiliaires de l'élevage a été bien saluée par le Secteur de l'élevage, car ces derniers assurent le travail de relais entre les différents postes vétérinaires et leur communauté.

VIII.3 Remise d'un véhicule et médicaments pour appui à la pérennisation

Le 9 octobre 2011, le CSSI a envoyé une mission à Goz-Beida pour remettre l'un des véhicules du projet, des médicaments du bétail, ainsi qu'un frigo solaire et ses accessoires au Secteur d'élevage de Goz-beida pour un appui à la pérennisation du projet. La cérémonie de remise officielle de ces biens fut organisée au Secteur de l'élevage sous la présidence du Secrétaire Général du Gouvernorat de Sila, représentant son gouverneur. Le représentant du Gouverneur était accompagné du Maire de la ville de Goz-beida, du Sous-préfet de Goz-beida, du Sultan de Dar-Sila et du Délégué de l'élevage du Ouaddai qui a effectué le déplacement pour la circonstance. Trois temps forts ont marqué la cérémonie, notamment les mots circonstanciels du Représentant du Directeur du CSSI, les mots de remerciements du Délégué Régional de l'élevage du Ouaddaï et les mots de clôture du Secrétaire Général du Gouvernorat (*voir ci-dessous les photos de la cérémonie*).

Dans son allocution, le représentant du Directeur du CSSI et Coordonnateur de terrain du projet a situé l'assistance de circonstance ayant conduit à la conception et la mise en œuvre du projet d'appui intersectoriel en santé humaine et animale, les résultats atteints par le projet et les raisons ayant motivé la Délégation de l'Union Européenne a concédé ce véhicule au Secteur de l'élevage de Goz-Beida. Le Délégué Régional de l'élevage du Ouaddaï quant à lui a exprimé toute sa gratitude à la Délégation de l'Union Européenne de cet appui et au CSSI pour avoir bien mené le projet et a rassuré que le véhicule, ainsi que les autres matériels reçus seront utilisés à bon escient.

Dans ses mots de clôture, le Secrétaire Général du Gouvernorat du Sila a remercié au nom du Gouverneur de la Région et du Gouvernement l'Union Européenne et le CSSI pour cet appui logistique. Il a ensuite interpellé le Secteur de l'élevage de Goz-Beida à l'usage exclusif du véhicule aux activités pour lesquelles il était concédé.



Photo 1 : visite du véhicule par les autorités administratives de la Région après sa remise officielle au Secteur de l'élevage



Photo 2 : le Délégué Régional de l'élevage présentant les médicaments et matériels vétérinaires aux autorités administratives

IX. Difficultés

La mise en œuvre du projet n'a pas été sans difficultés. En effet, mettre en œuvre un projet du genre en stratégie mobile dans une zone à haute insécurité est en soit un défi. Outre le problème d'insécurité pour le personnel du terrain et les véhicules du projet, d'autres difficultés non de moindre, notamment le système de recouvrement partiel de coût de 50 F cfa par dose et par animal et l'éloignement de la zone de couverture par rapport au dispositif de la chaîne de froid ont également plus ou moins pesé sur la bonne marche des activités du projet.

L'instauration du système de recouvrement partiel de coût (50F/la dose) en campagne de masse, comme c'est le cas dans ce projet, a quant à elle limité l'atteinte d'un grand nombre du cheptel du Sila du fait d'une habitude de gratuité favorisée à l'Est du pays pendant ces dernières années de conflits.

X. Conclusion

Malgré les difficultés évoquées, les activités prévues au plan d'action ont été convenablement exécutées. Les résultats atteints étaient très satisfaisants comme l'ont attesté les conclusions de l'équipe de mission d'évaluation. S'il y a un regret, c'est la limite constatée des structures déconcentrées de l'Etat dans les possibilités d'accompagner les populations bénéficiaires par le minimum de services auxquelles elles étaient habituées par le projet.

3.2 Projet d'Appui Technique aux Hôpitaux de District d'Am-timan et d'Aboudéïa, aux Centres de Santé Urbains d'Am-timan et d'Aboudéïa et à la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement du Salamat

1. Introduction

Le présent projet est une seconde phase d'une action entamée dans le cadre du projet d'appui à la politique de santé (projet santé 8^{ème} FED) en 2006 et terminée le 31 mai 2009. Ce rapport qui couvre la période allant du 1^{er} mars 2011 au 31 août 2011, tient lieu également de rapport final d'exécution de cette action, car les activités ont pris fin le 31 août 2011. La particularité de l'intervention du CSSI durant cette période de prolongation est la présence du personnel d'appui au niveau des services de maternité et de chirurgie de l'hôpital d'Am-timan et de tout l'hôpital d'Aboudéïa. Les activités promotionnelles de la santé qui ont occupé une bonne place dans le plan d'action du premier projet sur financement du 8^{ème} FED et qui n'ont pas connu des résultats à la hauteur des attentes, ont seulement bénéficié durant cette étape d'un appui technique, mais pas financier du fait de la limitation des ressources financières disponibles et de la nouvelle orientation de l'action.

2. Objectif

a) Objectif global :

Contribuer à assurer, dans un esprit de réconciliation, les conditions du retour volontaire et de la réinstallation des populations tchadiennes déplacées.

b) Objectif spécifique :

Renforcer l'accessibilité aux soins et aux MEGs de qualité pour les populations du Salamat, notamment les déplacés et les populations hôtes des DS d'Am Timan et d'Aboudeïa

3. Staff du projet

Le staff du projet est composé de deux chirurgiens, deux anesthésistes, deux sages-femmes, deux administrateurs gestionnaires, deux chauffeurs, deux secrétaires et quatre infirmiers, un maintenancier et 4 personnels de la main d'œuvre.

4. Collaboration institutionnelle

La collaboration institutionnelle **se faite entre le CCSI et le** Ministère de la santé publique et également avec la communauté.

5. Principaux bailleurs

Le principal bailleur de ce projet est l'union Européenne à travers le 9^{ème} Fonds européen de développement(FED).

6. Stratégies ou approches

Les stratégies mises en place pour réaliser ce projet est la consultation, la vente aux hôpitaux et centres de santé de médicaments achetés de la CPA, les accouchements, les interventions chirurgicales, l'hospitalisation des malades et leur suivi.

7. Zone d'intervention

La zone d'intervention est la région du Salamat, en particulier les villes d'Am-Timan et d'Aboudeïa.

8. Durée du projet

La durée totale de cette action est de vingt-quatre mois mais ce rapport couvre une période de six mois, réalisée en 2011 et qui a marqué la fin du projet.

9. Activités réalisées en 2011

Les activités sont globalement énumérées ici par résultat. Vous trouverez les résultats du PMA, du PCA et ceux de la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement (PRA).

a) La mise en œuvre et la qualité du PCA sont améliorées dans les deux hôpitaux

Grâce l'équipe technique complémentaire à celle du MSP mise en place par CSSI, les activités du paquet complémentaire d'activités ont connu une amélioration. Ceci se traduit par les taux d'utilisation de la consultation qui passent de 2,82% en 2009 à 4,05% en 2011 à Am-Timan et de 4,01% en 2009 à 5,91% en 2011 à Aboudeïa. On note également une fréquentation de plus en plus importante de l'hôpital de district d'Am-Timan par les malades des camps des réfugiés en provenance du district de Haraze. Ceci traduit une meilleure prise en charge des femmes enceintes car le dépistage des grossesses à risque a augmenté dans les deux hôpitaux ce qui aurait contribué sans nul doute à la réduction de la mortalité maternelle ; même si globalement elle reste encore assez élevée. Cette meilleure prise en charge se traduit également par une amélioration des taux de mortalité pour les complications obstétricales qui passe de 16,48% en 2010 à 2,63% en 2011 pour Am-timan et de 5,27% en 2010 à 1,66% en 2011 pour Aboudeïa.

Il faut noter également que la qualité et la disponibilité du PCA a permis à ces hôpitaux de jouer pleinement leur rôle dans le système de santé. La prise en charge chirurgicale des malades dans les deux hôpitaux a contribué à réduire la mortalité au sein de ces populations bénéficiaires.

Malgré le manque crucial en ressources humaines, les hôpitaux mènent normalement les activités d'hospitalisation des malades. Nous notons que de septembre 2010 à aout 2011, il y'a eu 7762 malades hospitalisés avec un taux de décès de 8,81% à Am-Timan et 536 malades à Aboudeïa avec un taux de décès de 8,20%. Le séjour moyen pour cette dernière période était de 6 jours à l'Hôpital d'Am-Timan et de 5 jours à celui d'Aboudéïa.

Nous avons constaté également que d'une année à l'autre les interventions chirurgicales augmentent. Le nombre des interventions totales est passé de 553 en 2010 à 597 en 2011 à Am-Timan et de 72 en 2010 à 138 en 2011 à Aboudeïa.

Pour les examens de laboratoire, on note que les laboratoires d'analyse ont enregistré respectivement 16.867 examens en 2009 et 26.676 en 2011 à Am-Timan alors qu'à Aboudéïa il ya eu 1.547 examens en 2009 et 2.979 en 2011. Ces chiffres traduisent également le niveau

de la fréquentation des hôpitaux de district par les malades (voir la liste des examens pratiqués dans chaque hôpital en annexe).

La seule difficulté en ce qui concerne le PCA est la panne de la radiographie à Am-Timan et le départ du manipulateur de la radio d'Aboudeia pour un autre poste.

Le transfert de compétence est effectif dans les deux hôpitaux car trois médecins affectés par le ministère de la Santé Publique dans le cadre de la chirurgie d'urgence et le médecin chef de l'hôpital ont été formés par le chirurgien de CSSI à Am-Timan. Ces trois médecins ont regagné leurs postes mais le médecin chef de l'hôpital est resté à son poste à Am-Timan. Cela permet à ce que quelques activités d'urgence chirurgicale se réalisent en cas d'indisponibilité du chirurgien en congé.

b) La mise en œuvre et la qualité de prestations du PMA dans les CS cibles sont améliorées

On note que dans la plupart des centres de santé cible, il y a une amélioration de certains indicateurs du paquet minimum d'activités (PMA). Ainsi dans tous les centres de santé cibles, le taux de couverture en différents antigènes du PEV a dépassé les normes fixés par le Ministère de la Santé.

Le taux de fréquentation lui est en dessous de la norme dans les centres de santé concernés sauf dans le centre de santé d'Am-Timan nord où il a dépassé les 93%.

La CPN1 a connu également une amélioration dans toutes les structures. Deux centres de santé ont dépassé largement l'objectif national. Les deux autres ne le sont pas, il s'agit du centre de santé d'Amsinené et d'Aboudeia qui sont respectivement à 76,84% et 60,33% ; mais globalement ceci traduit une amélioration de l'accessibilité des femmes aux activités préventives.

Bien que le Bien-être Familial (BEF) connaît un pourcentage très faible nous pouvons dire par rapport aux données de départ qu'il est en progression. Il faut noter que le centre d'Am-Timan nord a arrêté d'offrir ses services en ce qui concerne le BEF car le centre est collé à l'hôpital qui pratique déjà cette activité.

Le taux de prescription de SRO est à la norme dans toutes les structures car il est de 100%. On note dans tous les centres de santé une rupture des certaines molécules et consommables médicaux mais qui elle-même dépend de l'indisponibilité de ces molécules au niveau de la CPA et qui s'est répercuté sur la PRA du Salamat et les centres.

Toutes les réunions de l'ECD et les supervisions planifiées ont été réalisées.

La participation communautaire au niveau des centres de santé s'est nettement améliorée avec la poursuite de la mise en place des COSAN et COGES au niveau des formations sanitaires. Cependant le fonctionnement n'est pas parfait. Il est nécessaire de réfléchir sur une forme de motivation pour pouvoir relancer la bonne marche de ces organes de dialogue communautaire.

c) Les MEG et consommables médicaux de qualité sont disponibles à prix abordable dans la région sanitaire du Salamat

La pharmacie régionale d'approvisionnement du Salamat a été pour les structures sanitaires du Salamat un soulagement. Cependant on note quelque fois la rupture de certaines molécules mais malgré tout cela, la PRA/S dispose toujours des médicaments essentiels génériques les plus utilisés. Ces ruptures dont la liste des molécules en question varie d'une période à l'autre, sont liées à celle de la CPA. Voici quelques molécules avec leur délai de rupture :

1. Paracétamol suspension buvable 120mg/5ml : 273 jours
2. Multivitamine comprimé : 124 jours
3. Ampicilline 500 mg injectable : 285 jours

Toutes les structures sanitaires de la région sanitaire du Salamat soit 100% des structures fonctionnelles, ainsi que les camps de réfugiés s'approvisionnement régulièrement à la PRA/S, ce qui rend disponibles et accessibles les médicaments et consommables médicaux à un prix abordable dans toute la région. Malheureusement aucune étude n'a été faite ni au début ni à la fin du projet pour apprécier la situation du prix moyen d'une ordonnance.

Le compte d'exploitation est élaboré trimestriellement et permet de faire l'analyse de la situation de la PRA. Les centres de santé du district d'Am-Timan ont chacun un dépôt de vente de médicament qui leur permet de répondre aux besoins des populations de leur aire de responsabilité. Le prix des médicaments est affiché dans toutes les structures sanitaires. Les recettes faites par la PRA-S durant ces deux années s'élèvent à un montant de 97 741 135frs. L'achat de médicament et autres dépenses ont coûté 70 728 232 frs. Ce qui fait que l'indice de recouvrement de coût de la PRA-S est positif car il est de 1,38.

10. Goulots d'étranglement (difficultés)

La seule difficulté qui pouvait compromettre la réalisation de certaines de nos activités est l'absence des chirurgiens pour leur congé annuel, mais le transfert de compétences fait aux médecins nationaux permet de pallier à cela.

11. Leçons apprises

Les leçons apprises par CSSI dans cette action est que beaucoup d'agents ont été formés par l'équipe technique et sont toujours utilisés par le système en dehors de la zone. Le partenariat avec l'UE a permis d'appuyer le MSP en personnels.

Notre intervention a soulagé les bénéficiaires surtout en ce qui concerne le PCA, car il fallait parcourir plus de 200 km pour avoir des soins d'urgences chirurgicales et obstétricales.

12. Conclusion

La coopération avec le service de l'Ordonnateur National du FED est salubre car elle a permis de hausser certains indicateurs sanitaires dans ces deux districts.

Nos bonnes relations avec les autorités locales et les populations nous ont permis de réaliser les activités dans des conditions meilleures. Le transfert de compétences qui se fait de façon progressive permettra la poursuite des activités. Cependant, l'insuffisance de spécialistes au niveau de ce ministère posera d'énormes problèmes quant à la régularité des interventions chirurgicales.

3.3 Agence d'achat des performances sanitaires dans quatre régions sanitaires du Tchad

13. Introduction

Les indicateurs de santé au Tchad, particulièrement ceux liés à la santé de la mère et de l'enfant, se caractérisent par leur faiblesse, plaçant le pays dans le peloton de queue en Afrique. Dans le souci de faire face à cette situation, le pays, avec l'appui de la Banque mondiale à travers le projet population et lutte contre le SIDA phase 2 (PPLS2), a décidé de mettre en œuvre le financement basé sur les résultats (FBR) à titre d'expérience pilote pour améliorer les résultats essentiels de santé maternelle et infantile. L'expérience couvre huit districts sanitaires répartis dans quatre régions (Batha, Guéra, Mandoul, Tandjilé) soit deux districts par région. Pour mener à bien cette expérience, un consortium composé de l'Agence Européenne pour le Développement et la Santé (AEDES) et le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) a été recruté comme agence d'achat des performances (AAP). Ce consortium, dont la tâche principale est de conduire l'expérience pilote, doit assurer en outre le transfert de compétences à la partie nationale pour la poursuite des activités du projet, une fois que celui-ci aura été clôturé. Bien que le contrat n'ait été signé que le 29 septembre 2011, les activités ont démarré en juin 2011 à travers des « contrats-ponts ».

14. Objectifs

- a. Objectif général
 - Contribuer à l'atteinte des OMD n°4, n°5, n°6 (santé maternelle, infantile, lutte contre le VIH/SIDA) par l'amélioration de l'accessibilité et la qualité des paquets d'activités fournis par les formations sanitaires de premier et deuxième niveaux (plus particulièrement ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant et le VIH/SIDA) à travers la mise en œuvre d'une approche de paiement à la performance mise en place à titre pilote dans 4 régions du pays.
- b. Objectifs spécifiques
 - Améliorer l'utilisation des services de santé de la population en général et en particulier à certains groupes vulnérables : y compris les plus pauvres, les femmes, les enfants, et les patients vivants avec le VIH SIDA ;
 - Améliorer la qualité des services de santé, en particulier ceux prestés aux femmes et enfants ;
 - Motiver et stabiliser le personnel de santé ;
 - Inciter le personnel de santé à travailler dans les structures de soins périphériques ;
 - Renforcer la gestion, l'autonomie et l'organisation des structures de santé ;
 - Prendre en compte le point de vue des bénéficiaires dans la gestion et la résolution des problèmes de santé.

15. Staff du projet

N'Djaména	Koumra (Antenne sud)	Mongo (antenne Nord)
03 experts (manager, manager adjoint, administrateur) 04 personnels d'appui (01 comptable, 01 secrétaire, 01 chauffeur, 01 planton)	01 chef d'antenne 04 vérificateurs 01 secrétaire comptable 01 chauffeur 02 gardiens	01 chef d'antenne 04 vérificateurs 01 secrétaire comptable 01 chauffeur 03 gardiens
7 personnes	9 personnes	10 personnes

16. Collaboration institutionnelle

Le projet entretient des relations surtout avec :

- Le PPLS2 du ministère de l'économie et des finances.
- La direction de l'organisation des services de santé du ministère de la santé publique
- Les directions générales de : La planification et des ressources, de l'action sanitaire régionale
- Les délégations sanitaires et les gouvernorats du Batha, du Guéra, du Mandoul et de la Tandjilé ainsi que les autres structures administratives décentralisées dans lesquelles sont logées les formations sanitaires contractées

17. Principaux bailleurs

Le projet est financé par la Banque mondiale à travers le projet population et lutte contre le SIDA phase 2 sur fond IDA.

18. Stratégies ou approches

Le FBR est une stratégie de financement de la santé basée sur les résultats (output) et matérialisée par une relation contractuelle entre les différents acteurs du système de santé. Il se distingue du financement classique de type input (intrants) où les structures de soins reçoivent les intrants nécessaires à leur fonctionnement sans aucune obligation de résultats. Le FBR permet ainsi de financer les soins et services de santé en fonction de la performance réalisée par les structures de santé et sur base des indicateurs définis préalablement. Il constitue donc un incitant fort à l'amélioration de la qualité des prestations (on peut par exemple attendre des centres de santé qu'ils améliorent l'accueil des patients afin d'augmenter leur fréquentation et donc leurs recettes) et l'amélioration de l'accessibilité financière (on peut par exemple attendre des centres de santé qu'ils réduisent les prix des services de santé pour augmenter leur fréquentation). Les principes directeurs sont :

- La contractualisation
- La séparation des fonctions (régulateur, acheteur, prestataire)
- La responsabilisation et l'autonomie des prestataires.

L'agence ayant à « acheter » un service, est dans l'obligation de faire un certain nombre de vérifications préalables lui permettant de s'assurer que les services achetées sont réels et de qualité. L'agence a donc, en plus de sa fonction d'achat, une fonction de vérification qu'elle peut, au moins en partie déléguer à des entités indépendantes sous-traitantes. La vérification revêt trois volets : (i) la vérification quantitative (vérification de l'exactitude des quantités mentionnées dans le bordereau de remboursement), (ii) la vérification qualitative (vérification de la qualité technique des formations sanitaires), et (iii) la vérification communautaire (vérification de l'authenticité des prestations enregistrées par les prestataires et évaluation de la qualité perçue par les bénéficiaires) ; cette dernière vérification est sous-traitée à des associations locales à base communautaire (ABC) sélectionnées localement ou à défaut des agents de vérification.

19. Zone d'intervention

Il s'agit d'un projet pilote intervenant dans quatre régions sanitaires (Batha, Guéra, Mandoul, Tandjilé) et couvrant huit districts (Ati, Bitkine, Donomanga, Koumra, Lai, Melfi, Moissala, Oum Hadjer).

<i>Région</i>	<i>District</i>	<i>CS</i>	<i>Hôpital</i>
Batha	Ati	12	1
	Oum Hadjer	14	1
Guéra	Melfi	11	1
	Bitkine	09	1
Mandoul	Moissala	19	1
	Koumra	10	2
Tandjilé	Lai	18	1
	Dono Manga	09	1
Total	08	102	09

20. Durée du projet

Du 1^{er} octobre 2011 au 30 juin 2013

21. Activités réalisées en 2011

10.1 Activités de démarrage du projet

Mise en place des structures de l'agence d'achat

L'agence d'achat dispose d'une direction générale basée à N'Djaména et de deux antennes régionales basées respectivement à Mongo pour le nord (régions du Batha et du Guéra) et à Koumra pour le sud (régions du Mandoul et de la Tandjilé). Toutes les antennes sont fonctionnelles et disposent du matériel de travail (ordinateurs de bureau, véhicule). Chaque vérificateur est doté d'une moto tout terrain pour assurer la vérification dans les centres de santé. Les chefs d'antenne et les vérificateurs disposent chacun d'un notebook et d'un modem de connexion pour la transmission des données.

Analyse de l'état des lieux des structures sanitaires de la zone du projet FBR

- étapes.

10.2. Activités d'implantation

Elaboration de documents

- Elaboration avec pré test des outils d'évaluation de la qualité des centres de santé
- Elaboration des modules de formation et production des outils

Formation des acteurs

- la formation des formateurs sur le FBR

Elle a eu lieu du 15 au 19 septembre 2011 à N'Djaména et a regroupé 37 agents de santé provenant des délégations sanitaires régionales et des districts sanitaires concernés, du niveau central du Ministère de la santé publique (DOSS, DSIS, BCE) et de l'Agence d'achat (chefs d'antenne, vérificateurs).

Cette session qui a été animée par l'équipe du projet a aussi connu la participation des experts internationaux d'AEDES, venus de Bruxelles, Kinshasa et Ouagadougou.

- la formation des prestataires et membres des ECD sur le FBR et les outils

Elle a concerné les prestataires des formations sanitaires (centres de santé, hôpitaux de district) et les membres des équipes cadres des districts. Au total 303 agents ont été formés dans les huit districts (Ati, Oum Hadjer, Bitkine, Melfi, Moïssala, Koumra, Donomanga, Lai).

Négociation et signature des contrats

Faisant suite à la formation des équipes cadres de districts et des prestataires, le processus de signature des contrats a été engagé. Au total 115 contrats ont été signés.

Ouverture des comptes bancaires

Les institutions financières les plus proches des structures sanitaires des zones d'intervention du projet sont :

- Express Union pour les régions du Batha et Guéra ;
- PARCEC/MC pour la région du Mandoul ;
- CECI pour la région de la Tandjilé.

Toutes les structures sanitaires signataires du contrat ont ouvert un compte dans une de ces institutions financières. Les taux des frais de transfert de fonds pratiqués par ces institutions sont très élevés (2% et plus) ; cependant, l'équipe a entrepris des négociations, ce qui a permis de réduire ces taux à 1,5%.

Lancement des activités FBR

Le lancement a été effectué dans l'ensemble des 8 districts couverts par le coordinateur du PPLS2 et le manager du projet FBR s'est rendue dans tous les districts ; du 24 octobre au 03 novembre 2011 pour marquer le démarrage officiel des activités du projet et demander

à cette occasion que les structures concernées accélèrent l'ouverture des comptes bancaires.

Paiement d'un forfait de démarrage

Après la signature des contrats, le projet FBR en accord avec le PPLS2 a procédé au paiement d'un forfait de démarrage aux structures sanitaires ayant signé les contrats comme cela avait été souhaité par les prestataires lors de leur formation, en vue de leurs permettre de se préparer aux évaluations futures. Ainsi en fin novembre 2011, chaque structure sanitaire contractante a reçu l'équivalent d'un mois de rémunération à 100% de performance soit 347.000 FCFA/CS, 1.000.000 FCFA/ECD et 2.676.000 FCFA/Hôpital. Au total la somme de 67.045.877 FCFA a été payée dont 66.090.000 FCFA de subvention et 955.877 FCFA de frais bancaires.

10.3. Activités de mise en œuvre

Evaluation quantitative des centres de santé

Mensuellement les vérificateurs procèdent à la vérification de la quantité des indicateurs déclarés par les formations sanitaires. Pour 2011, les indicateurs des mois d'octobre, novembre et décembre ont été vérifiés et validés.

Evaluation qualitative des centres de santé

Les ECD ont procédé à l'évaluation de la qualité des prestations pour les mois d'octobre, novembre et décembre 2011.

22. Goulots d'étranglement (difficultés)

Au cours de l'année 2011, quelques difficultés/contraintes ont été constatées et constituent des goulots d'étranglement pour l'atteinte de ses objectifs. Ce sont autant de facteurs de contre-performance des structures sanitaires. On peut citer entre autres :

- l'instabilité des effectifs formés ;
- l'éloignement des institutions de transfert de fonds par endroit ;
- le non inclusion des délégations régionales dans le système FBR ;
- l'offre incomplète du PMA dans beaucoup de centres de santé ;
- le non continuité des soins ;
- la mauvaise tenue voire la non tenue des registres et autres outils de collecte des données de même que la faible culture de rapportage et de documentation des actions menées;
- l'absence d'esprit d'équipe et de transparence dans certaines formations sanitaires surtout les hôpitaux ou les agents ne savent pas ce que la direction fait avec l'argent ;

- les ruptures de stocks des antibiotiques injectables, des vaccins et des contraceptifs dans les délégations du Sud dérangeant les formations sanitaires dans leurs stratégies d'augmentation des prestations surtout préventives ;
- l'attentisme de certains responsables sanitaires, ce qui est en contradiction avec l'autonomie et la responsabilisation prônées par le FBR ;
- l'absence de plans d'actions et surtout des budgets dans les formations sanitaires et les districts ;
- l'absence de mécanismes de sanctions aux gestionnaires qui se rendent coupables de mauvaise gestion ou de détournement des fonds (en effet l'AAP peut suspendre le paiement ou des contrats en cas de fraude avérée ou d'entrave aux activités de vérification mais pas à posteriori).

23. Leçon apprise

L'implication du niveau intermédiaire est indispensable au coaching des équipes cadres de districts, elle implique aussi l'implication des autorités politico-administratives dont l'apport est requis dans l'amélioration de la santé de leurs administrés.

L'accès financier aux soins de santé reste un sérieux problème pour les populations pauvres du milieu rural Tchadien, compte tenu du fait que le seul financement de la santé à la base n'est jusque-là assuré que par le seul recouvrement des coûts. D'autres mécanismes de financement s'avèrent nécessaire pour alléger ce fardeau.

24. Conclusion

Le projet a connu un retard de démarrage (signature du contrat seulement le 29 septembre 2011) pour un démarrage prévu en avril 2011. L'anticipation de l'équipe de projet a permis de minimiser les retards dans l'exécution des activités. Le paiement test fait nous montre déjà un certain enthousiasme des acteurs de terrain. Cependant au vu des faiblesses constatées, des stratégies d'accompagnement des structures sanitaires s'avèrent nécessaires. L'intégration des DSR constituerait déjà une partie de la solution surtout en ce qui concerne l'encadrement des FOSA et des ECD. D'autres stratégies doivent être développées surtout pour les centres de santé. Certains seront déficitaires du fait de leur situation géographique. Il y a lieu de réfléchir déjà à la possibilité de mettre en place des bonus d'équité ou d'isolement. Des réflexions sur comment développer le PMA en intégralité et accroître les services fournis à la population s'imposent aussi.

3.4 RAPPORT DU PROJET DE PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE DES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE DANS LE SILA

I- Introduction

Le présent rapport du projet conjoint entre le Centre de Support en Santé Internationale et le Fonds des Nations Unies pour la Population (CSSI-UNFPA) rend compte des activités menées dans le cadre de la prise en charge psycho-sociale des déplacés, des retournés et de la population autochtone des zones de Goz-Beida et de Koukou-Angarana, dans le Dar-Sila. Le CSSI (partenaire de mise en œuvre) et l'UNFPA (partenaire financier) ont initié ce projet, au lendemain de la guerre au Soudan qui a engendré la panique et une psychose généralisée au sein de la population Soudanaise et de celle du Tchad, pour une meilleure prise en charge psychologique et sociale de ces populations. En effet, cette crise a eu pour corollaire d'une part, des villages détruits, des mouvements massifs des populations vers l'intérieur du Tchad donnant naissance à des sites de déplacés, des conflits intercommunautaires entre éleveurs et agriculteurs, l'épidémie du VIH/SIDA, les famines, les conditions de vies sociales difficiles, les violences basées sur le genre (GBV), les violences sexuelles basées sur le genre (SGBV) etc. et d'autre part, elle a contribué à fragiliser de plus en plus l'état de santé physique et psychologique de toutes les populations concernées par cette catastrophe causée par la méchanceté de l'être humain.

Forts conscients de l'ampleur de la situation et dans le souci d'apporter une réponse et de mener des actions préventives, le CSSI et l'UNFPA ont mis en place un dispositif d'appui psychologique et social très efficace, pour une meilleure prise en charge des populations du Dar-Sila, particulièrement celles des zones de Goz-Beida et de Koukou-Angarana.

Cette action s'inscrit également dans les priorités de l'UNFPA, à savoir, promouvoir les droits et les intérêts des enfants et des femmes du monde entier, potentielles victimes, tout en renforçant les liens sociaux et culturels pour une meilleure unification. Des actions menées et les résultats obtenus au cours de la mise en œuvre de ce projet, pour répondre à de telles priorités, se trouvent mentionnés dans le contenu de ce rapport.

II- Objectif général

Il convient de rappeler que l'objectif général de la mise en place de ce projet est de contribuer à la prévention et à la prise en charge psychosociales des survivants/survivantes de violences basées sur le genre (VBG) en général et des survivants/survivantes des violences sexuelles basées sur le genre (VSBG) en particulier, au sein de la population des sites de déplacés, des villages de retournés et des communautés hôtes (Goz-Beida et Koukou-Angarana).

III- Objectifs spécifiques

A partir de l'objectif général ci-dessus mentionné, il en découle trois autres dits spécifiques respectivement nommés OS1, OS2 et OS3.

OS1 : Assurer la réponse psychosociale des cas de VBG et/ou VSBG identifiés et présentés dans les structures de prise en charge ;

OS2 : Prévenir les VBG et/ou SGBV dans la communauté à travers les activités de communication sociale ;

OS3 : Renforcer le mécanisme de coordination des interventions en VBG et/ou SGBV des différents acteurs concernés.

IV- Présentation du terrain

La région du Dar-Sila s'étend sur une superficie d'environ 26 000 Km² et compte deux préfectures et une dizaine de sous-préfectures. Elle est limitée au nord par la Région du Ouaddaï, à l'est par le Soudan et au Sud par la République Centrafricaine. Le présent projet a couvert deux principales zones de cette région: la zone de Goz-Beida et celle de Koukou-Angarana. Chacune de ces zones couvre à son tour un certain nombre de villages et/ou sites.

V- Méthodologie du travail

A Goz-Beida, Koukou-Angarana, tout comme dans les sites de déplacés et villages de retournés couverts par l'étude, la toute première démarche, dans chaque localité, a consisté à une présentation de l'équipe du CSSI auprès des autorités administratives et/ou coutumières de la place. Au cours de cette visite de courtoisie, il était question de présenter le CSSI et l'UNPFA aux autorités tout en leur précisant les biens fondés et les portées positives d'une telle étude sur le bien-être physique, psychologique et social de toute la population. Nous retenons que c'est à l'unanimité que toutes les autorités administratives, les chefs de services étatiques, les chefs de circonscription administrative et partenaires des localités concernées par l'étude, les chefs coutumiers etc., ont trouvé salutaire la mise en place de cet projet, qui, selon eux, vient à point nommé dans un contexte après-guerre où sévissent toujours les conflits conjugaux, les conflits entre éleveurs et agriculteurs, les traumatismes psychologiques, et bien d'autres maux qui minent ces localités. Il ont de ce fait témoigné leur disponibilité à nous appuyer à tout moment, pour une bonne marche des activités.

VI- Activités réalisées et résultats obtenus

A- Zone de Goz-Beida

Dans cette partie, nous parlerons des activités réalisées ainsi que les résultats obtenus dans la zone de Goz-Beida.

a- Les formations

En rappel, vous trouverez, à l'annexe n°9, le chronogramme des activités de réalisation et de formation dans les sites de déplacés, de village de retournés et dans les villes de Goz-Beida et de Koukou-Angarana.

Dans l'annexe n° 10, se trouvent mentionnées toutes les formations qui se sont déroulées au niveau de Goz-Beida. A la lecture de ce tableau, nous disons que toutes les formations prévues ont été réalisées, conformément au chronogramme de l'annexe n°9. Seulement, certaines activités n'ont pas été réalisées à temps.

En sommes, 100%des formations prévues, ont été réalisées dans la zone de Goz-Beida.

b- Les sensibilisations

Au titre de la prévention, des séances de sensibilisations ont été développées aussi bien dans les sites de déplacés (Gouroukoun, Koubigou, Gassiré, Sanour, Ganachour, Koloma, Habilé, Aradib), dans les villages de retour (Louboutigué, Gododigué, Tiéro et Maréna) ainsi qu'au sein des communautés hôtes (Goz-Beida et Koukou Angarana) concernés par ce projet de lutte contre les VBG et SVBG. Ces sensibilisations ont concerné plusieurs groupes cibles qui sont entre autres les Femmes, les Hommes, les Jeunes Filles, les jeunes Garçons etc..

Cependant, jusqu'en fin septembre 2011, les statistiques des personnes ayant pris part aux séances de sensibilisation étaient catégorisées en fonction du genre (hommes et femmes). C'est donc à partir du mois d'octobre jusqu'en fin avril, que les statistiques seront données en fonction du genre et des tranches d'âges, selon les recommandations de l'UNFPA. A cet effet, un canevas de rapport hebdomadaire a été élaboré (Cf. annexe n° 11).

Le tableau N°1 : Tableau de répartition, par sexe et par localité, des personnes touchées par la sensibilisation dans la zone de Goz-Beida (durant les mois d'août et de septembre 2011).

<i>ZONE</i>	<i>PERIODE</i>	<i>SITES</i>	<i>HOMMES</i>	<i>FEMMES</i>	<i>Totaux</i>
GOZ-BEIDA	AOÛT	Goz-Beida	02	38	40
		Gouroukoun	36	51	87
		Koubigou	15	51	66
		Gassiré	11	15	26
		Sanour	14	91	105
		Ganachour	07	49	56
		Koloma	11	31	42
	SEPTEMBRE	Goz-Beida	22	132	154
		Gouroukoun	41	162	203
		Koubigou	17	111	128
		Gassiré	37	146	179
		Sanour	54	265	319
		Ganachour	37	138	175
		Koloma	18	177	195
Totaux			322	1457	1779

Le tableau N°2 H : Tableau récapitulatif de la répartition, par sexe et tranche d'âges, des personnes touchées par la sensibilisation dans zone de Goz-Beida (Sites et ville de Goz-Beida).

Activités de sensibilisations à Goz-Beida (Octobre 2011-Avril 2012)						
Effectif total	Sexes	Totaux	Effectifs par tranches d'âges			
10933	Masculin	4426	10-20 ANS	21-30 ANS	31-45 ANS	Plus de 45 ans
			833	2577	951	65
	Féminin	6507	10-20 ANS	21-30 ANS	31-45 ANS	Plus de 45 ans
			986	4006	1441	74

NB : Dans la zone de Goz-Beida (tous les sites et la ville de Goz-Beida), 10933 personnes ont été sensibilisées dont 6507 de sexe féminin et 4426 de sexe masculin. Pour les deux sexes, la tranche d'âge de 21 à 30 ans a été majoritairement sensibilisée : 2577 hommes et 4006 femmes. Ensuite viennent les femmes âgées de 31 à 45 ans (1441) et les jeunes filles âgées de 10 à 20 ans (986), suivie de la tranche d'âge des hommes âgés de 31 à 45 (951). On retient également que 833 jeunes garçons âgés de 10 à 20 ans ont été sensibilisés. Parmi les personnes âgées de plus de 45 ans, on dénombre 74 femmes et 65 hommes.

c- Les focus groups

Le tableau N°3 a : Tableau de répartition, par sexe et tranche d'âges, des personnes touchées par les séances de focus groups dans la ville de Goz-Beida.

Activités de focus groups à Goz-Beida (Août 2011- Avril 2012)						
Effectif total	Sexes	Totaux	Effectifs par tranches d'âges			
226	Masculin	79	10-20 ANS	21-30 ANS	31-45 ANS	Plus de 45 ans
			19	34	26	00
	Féminin	147	10-20 ANS	21-30 ANS	31-45 ANS	Plus de 45 ans
			30	80	37	00

NB : Dans la zone de Goz-Beida, 10231 personnes ont participé aux séances de groupe de parole dont 5920 de sexe féminin et 4311 de sexe masculin. Pour les hommes et les femmes, la tranche d'âge de 31 à 45 ans a été majoritairement concernée : 1511 hommes et 2333 femmes. Ensuite vient la tranche d'âge des femmes âgées de 31 à 45 ans (2237), puis celle de 10 à 20 ans (1678). 32 femmes âgées de plus de 45 ans ont participé aux séances de focus groups contre 12 hommes de la même période d'âge.

d- La distribution des sifflets

Pour motiver les gens à prendre part aux activités, nous avons décidé de procéder à la distribution des sifflets qu'au cours de nos séances d'activités groupales. Une liste était ouverte à chaque distribution, pour nous permettre une meilleure évaluation. Le tableau n°5 ci-dessous nous donne une répartition globale de l'ensemble des sifflets distribués dans les sites et ville de Goz-Beida.

e- La répartition des mégaphones

Au niveau de Goz-Beida, chaque localité d'intervention a été dotée de mégaphones, pour faciliter les séances de focus groups, de groupe de parole, de sensibilisation et de débriefing. Trente (30) mégaphones ont été alloués à la zone de Goz-Beida.

Le tableau ci-dessous nous donne une répartition des mégaphones selon les localités d'intervention :

Tableau n° 6 : Tableau de répartition des mégaphones par zone d'intervention :

Localités	Koloma	Sanour	Ganachour	Gassiré	Koubigou	Gouroukoun	Goz-Beida
Nombre de mégaphones	03	03	03	03	03	03	03

Au nombre des trente (30) mégaphones mis à la disposition des localités de Goz-Beida, vingt et un (21) sont en train d'être utilisés, selon la répartition ci-dessus. Les neuf (09) autres mégaphones serviront à remplacer ceux qui seront hors d'usage.

f- Le nombre de survivants/survivantes identifiées

Le tableau ci-dessous nous donne une répartition du nombre de survivants/survivantes identifiés selon les localités d'intervention :

Tableau n° 7a : Tableau de répartition du nombre de survivants/survivantes identifiés par zone d'intervention :

Localités	Koloma	Sanour	Ganachour	Gassiré	Koubigou	Gourouko un	Goz- Beida	TOTAL
Nombre de survivants/survivantes identifiés ou cas rapportés	27	21	36	25	28	42	52	231

Dans la zone de Goz-Beida, nous avons pu identifier au total 231 cas de violences basées sur le genre (GBV). Le plus grand nombre a été identifié à Goz-Beida (52 cas), puis Gouroukoun (42 cas) ensuite Ganachour (36 cas). On en dénombre 28 cas à Koubigou, 27 cas à Koloma, à Gassiré 25 cas et enfin à Sanour 21 cas.

Ces 231 cas sont ceux véritablement rapportés et reconnus comme cas de GBV.

Tableau n° 7b : Tableau de répartition du nombre de survivants/survivantes identifiés selon le type d'incident:

TYPES D'INCIDENTS	Nombre de cas rapportés	Nombre de cas documentés (GBVIMS)	Description semi-détaillée des cas rapportés
Viol	21 cas, soit 7%	16	16 cas de Viols
Agression sexuelle	39 cas, soit 13%	21	11 cas de tentative de viol, 03 harcèlements sexuels et 07 cas de mutilation génitale féminine
Agression physique	93 cas, soit 31%	31	17 cas des conflits conjugaux, 06 cas des bagarres et 08 cas violences domestiques
Mariage forcé ou précoce	58 cas, soit 19%	18	7 cas de mariages forcés et 11 cas de mariage précoce.
Déni de ressources d'opportunités	54 cas, soit 18%	19	19 cas de déni de ressources
Maltraitance psychologique	37 cas, soit 12%	14	05 cas des humiliations et 09 cas des grossesses non désirées
TOTAL	302	119	

Dans ce tableau n°7b, nous avons pu catégoriser les différents cas de GBV en six principaux types. On retient que 302 cas de GBV nous ont été rapportés mais seulement 119 cas ont été enregistrés dans le GBVIMS. Ces statistiques montrent que $(302-119) = 183$ cas de GBV rapportées n'ont pas été enregistrées dans le GBVIMS, soit que le problème a été résolu à l'amiable, soit que quelques fois, le survivant ou la survivante refuse volontairement de reconnaître le cas rapporté, de peur d'être marginalisé(e) dans sa société.

Au nombre des cas rapportés, l'agression physique représente 31%, suivi des mariages forcés ou précoces 19%, du déni de ressources d'opportunités 18%, de l'agression sexuelle 13%, de la maltraitance psychologiques 12% et enfin des cas de viols 7%.

g- Le nombre de survivants/survivantes pris en charge psychologiquement

Le tableau n° 8 nous donne une répartition du nombre de survivants/survivantes pris en charge psychologiquement, selon les localités d'intervention :

Tableau n° 8 : Tableau de répartition du nombre de survivants/survivantes pris en charge psychologiquement, par zone d'intervention :

Localités	Koloma	Sanour	Ganachour	Gassiré	Koubigou	Gouroukoun	Goz-Beida	TOTAL
Nombre de survivants/survivantes pris en charge psychologiquement	11	19	15	12	13	21	32	123

Les statistiques du tableau n° 8 montrent qu'au nombre des 231 cas identifiés dans la zones de Goz-Beida, 123 cas ont été suivi au plan psychologique. Les différents troubles couramment rencontrés suite aux GBV au sein de ces survivants et/ou survivantes étaient entre autres : les épisodes dépressifs majeurs, les dysthymies, les risques suicidaires, les troubles paniques, les agoraphobies, les phobies sociales, les dépendances alcooliques, les troubles liés à une substance autre que l'alcool, les dépendances à la nicotine, les troubles de stress post-traumatiques, l'anxiété généralisée et quelques fois des troubles de déficit de l'attention et de l'hyperactivité.

Nous avons pu prendre en charge psychologiquement 32 cas à Goz-Beida, 21 cas à Gouroukoun et 19 cas à Sanour. Dans les autres sites, le nombre de personnes suivies au plan psychologique varie entre 11 à 15. Chacun ayant bénéficié d'une séance par semaine, à partir de la date de son diagnostic psychologique ou de son orientation pour une prise en charge.

h- Le nombre total de cas enregistrés dans le GBVIMS

Le tableau suivant nous donne une répartition du nombre de survivants/survivantes enregistrés dans le GBVIMS, selon les localités d'intervention :

Tableau n° 9 : Tableau de répartition du nombre de survivants/survivantes enregistrés dans le GBVIMS, par zone d'intervention :

Localités	Koloma	Sanour	Ganachour	Gassiré	Koubigou	Gourou koun	Goz-Beida	TOTAL
Nombre de survivants/survivantes enregistrés dans le GBVIMS	10	17	15	12	12	21	32	119

Dans la zone de Goz-Beida, le CSSI dispose d'une base de données de GBVIMS dont 119 cas de GBV ont été enregistrés : 32 cas pour la ville de Goz-Beida, 21 pour Gouroukoun, 17 pour Sanour, 15 pour Ganachour. Gassiré et Koubigou enregistre chacun 12 cas et Koloma 10 cas.

i- Le nombre de cas gérés par rapport aux SOPs

Selon les localités d'intervention, les différents cas gérés par rapport aux SOPs, se trouvent mentionnés dans le tableau ci-dessous.

Tableau n° 10 : Tableau de répartition du nombre de survivants/survivantes gérés par rapport aux SOPs, par zone d'intervention :

Localités	Koloma	Sanour	Ganachour	Gassiré	Koubigou	Gourou koun	Goz-Beida	TOTAL
Nombre de survivants/survivantes gérés par rapport aux SOPs	10	17	15	12	12	21	32	119

Tous les 119 cas enregistrés dans le GBVIMS ont été l'objet de référencement vers d'autres structures habilité à intervenir selon les réponses appropriées aux situations vécues par les survivants/survivantes : DIS, APLFT, Centre de Santé etc.

Il est important de noter que nous avons pu gérer au total $(231-119) = 112$ cas qui n'ont pas eu besoin de référencement.

j- Autres activités réalisées

Pour mener à bien les activités de prise en charge des survivantes de GBV, le CSSI a également construit des centres communautaires d'accueil dans les différents sites du projet : Goz-Beida, Koloma, Sanour, Ganachour, Gassiré, Koubigou et Gouroukoun. Ainsi, le chef coutumier de chaque localité a été contacté pour la demande de terrain vide. Ces sollicitations ont donc été favorables ce qui a permis au CSSI de construire des hangars sur chaque site pour permettre au projet CSSI/UNFPA de mener ses activités dans la sérénité et dans le respect de la confidentialité.

Du 20 au 24 Septembre 2011, pour le renforcement des capacités et une meilleure intervention, le psychologue Clinicien de la zone de Goz-Beida a participé à un atelier au niveau d'Abéché, où il était question de se pencher sur les outils de la coordination et réponse aux GBV. Cet atelier a regroupé les acteurs humanitaires des ONGs aussi nationales qu'internationales, les agences des nations unies, le DIS.

Toutes les localités de la zone de Goz-Beida (six sites et ville de Goz-Beida) disposent chacun d'un centre d'écoute communautaire, de nattes, du matériel pour le thé (cuillère, verre, théière, thermos etc.).

Les comités des jeunes ont été mis en place avec l'appui des leaders communautaires, des chefs traditionnels, religieux, des associations de femmes, des groupements de jeunes et des « chouchiés » des différentes localités concernées par ce projet de prise en charge psychologique et sociales des survivants/survivantes de VBG et SVBG. Nous avons responsabilisé quatre personnes au niveau de chaque comité, en l'occurrence deux (02) hommes et deux (02) femme.

Les membres de ces comités ont été formés, afin de les rendre pragmatiques, opérationnels dans l'appui des points focaux à la réalisation des activités de prévention et au rapportage des cas de VBG.

Les clubs des écoles ont été mis en place dans cinq (05) écoles primaires de Goz-Beida à savoir les écoles du centre A, Centre B, Bilingue Assalam, Darnaïm, Karaï ainsi qu'un club au niveau du Lycée de Goz-Beida.

Les membres des clubs des écoles et du Lycée de Goz-Beida ont bénéficié d'une formation.

Des supervisions sur le terrain ont été initiées par la Direction du CSSI. Cette supervision a pour but d'apporter un appui permanent, régulier, efficient et efficace aux acteurs de terrain (Assistants psychosociaux, Agents psychosociaux, points focaux) des sites et des villages de retour pour une meilleure exécution des activités de prévention, de réponse et de coordination.

Pour une meilleure marche des activités dans la zone de Goz-Beida, le CSSI a décidé, en début de l'année 2012, d'acheter deux motos pour mettre à la disposition de ses agents. Grâce à ces motos, les agents interviennent à tout moment dans les sites, en cas d'alerte ou dans des situations d'urgence de prise en charge psychologique et sociale des survivants/survivantes

B- Zone de Koukou-Angarana

Dans cette partie, nous parlerons des activités réalisées ainsi que les résultats obtenus dans la zone de Koukou-Angarana

a) Les formations

En rappel, vous trouverez, à l'annexe n°9, le chronogramme des activités de réalisation et de formation dans les sites de déplacés, de village de retournés et dans les villes de Goz-Beida et de Koukou-Angarana.

Dans l'annexe n° 12, se trouvent mentionnées toutes les formations qui se sont déroulées au niveau de Koukou-Angarana. A la lecture de ce tableau, nous disons que toutes les formations prévues ont été réalisées, conformément au chronogramme de l'annexe n°9. Seulement, certaines activités n'ont pas été réalisées à temps aussi bien à Goz-Beida qu'à Koukou-Angarana.

En sommes, 100%des formations prévues, ont été réalisées dans la zone de Koukou-Angarana .

b) Les sensibilisations

Au titre de la prévention, au niveau de Koukou-Angarana, des séances de sensibilisations ont été développées dans les sites de déplacés (Habilé, Aradib), dans les villages de retour (Louboutigué, Gododigué, Tiéro et Maréna) ainsi qu'au sein de la communauté hôte (Koukou Angarana) concernée par ce projet de lutte contre les VBG et SVBG. Ces sensibilisations ont concerné plusieurs groupes cibles qui sont entre autres les femmes, les hommes, les jeunes filles, les jeunes garçons et quelques personnes âgées.

Cependant, jusqu'en fin septembre 2011, les statistiques des personnes ayant pris part aux séances de sensibilisation étaient catégorisées en fonction du genre (hommes et femmes). C'est donc à partir du mois d'octobre jusqu'en fin avril, que les statistiques seront données en fonction du genre et des tranches d'âges, selon les recommandations de l'UNFPA. A cet effet, un canevas de rapport hebdomadaire a été élaboré (Cf. annexe n° 11).

Le tableau N°1 ci-après, nous donne la répartition des personnes touchées par les séances de sensibilisation durant les mois d'août et de septembre dans la zone de Koukou-Angarana.

Le tableau N°11: Tableau de répartition, par sexe et par localité, des personnes touchées par la sensibilisation dans la zone de Koukou-Angarana (durant les mois d'août et de septembre 2011).

ZONE	PERIODE	SITES	HOMMES	FEMMES	ENFANTS	EFFECTIFS
KOUKOU- ANGARANA	AOÛT	Aradib	132	282	199	613
		Habilé	40	50	30	120
		Koukou	70	100	55	225
		Gododigué	60	30	10	100
	SEPTEMBRE	Aradib	180	291	64	535
		Habilé	130	200	54	384
		Koukou	100	240	35	375
		Gododigué	70	120	10	200
		Louboutigué	50	100	20	170
		Tiéro	30	80	15	125
		Maréna	40	105	05	150
TOTAL			902	1598	497	2997

Commentaire : Les statistiques du tableau n° 11 montrent que durant les mois d'août et de septembre 2011, les séances de sensibilisation ont pu toucher 902 hommes ; 1598 femmes et 497 enfants ; soient 2997 personnes en deux mois, dans la zone de Koukou-Angarana. On constate que les femmes participent massivement aux séances de sensibilisation, comparativement aux hommes.

Cependant, au cours de ces deux mois (août et septembre), nous n'avons pas tenu compte d'une désagrégation par tranche d'âges. Mais sur demande de l'UNFPA, nos statistiques en tiendront compte désormais.

Au mois d'août, nous n'avons pas pu mener nos activités dans les villages de retour de Tiéro et Maréna, du fait que c'est une zone enclavée en saison hivernale. Compte tenu de cette situation, un agent a été affecté à Tiéro, pour couvrir les deux villages, en collaboration avec les deux agents communautaires qui y résident.

Dans la zone de Koukou-Angarana (tous les sites, villages et la ville de Koukou-Angarana), 7887 personnes ont été sensibilisées dont 4715 de sexe féminin et 3172 de sexe masculin. Pour les deux sexes, la tranche d'âge de 21 à 30 ans a été majoritairement sensibilisée : 1527 hommes et 2356 femmes. Ensuite viennent les femmes âgées de 31 à 45 ans (1125) et les jeunes filles âgées de 10 à 20 ans (1123), suivie de la tranche d'âge des hommes âgés de 31 à 45 (829). On retient également que 682 jeunes garçons âgés de 10 à 20 ans ont été sensibilisés. Parmi les personnes âgées de plus de 45 ans, on dénombre 111 femmes et 134 hommes.

c) Les focus groups

Dans la zone de Koukou-Angarana, 6130 personnes ont participé aux séances de groupe de parole dont 3526 de sexe féminin et 2604 de sexe masculin. Pour les hommes et les femmes, la tranche d'âge de 21 à 30 ans a été majoritairement concernée : 1062 hommes et 1239 femmes. Ensuite vient la tranche d'âge des femmes âgées de 31 à 45 ans (1201), puis celle de 10 à 20 ans (999). 209 personnes âgées de plus de 45 ans ont participé aux séances de focus groups dont 122 hommes contre 87 femmes.

d) La distribution des sifflets

Pour motiver les gens à prendre part aux activités, nous avons décidé de faire la distribution des sifflets au cours de nos séances d'activités groupales. Une liste était ouverte à chaque distribution, pour nous permettre un meilleur suivi. Le tableau ci-dessous nous donne une répartition globale de l'ensemble des sifflets distribués dans les sites, villages et ville de Koukou-Angarana.

e) Le nombre de survivants/survivantes identifiées

Le tableau ci-dessous nous donne une répartition du nombre de survivants/survivantes identifiés selon les localités d'intervention :

Tableau n° 16 a : Tableau de répartition du nombre de survivants/survivantes identifiés par zone d'intervention :

Localités	Habil é	Aradib	Gododigu é	Louboutigu é	Tiéro	Marén a	Koukou- Angarana	TOTA L
Nombre de survivants/survi vantes identifiés ou cas rapportés	16	21	18	14	29	21	47	166

Dans la zone de Koukou-Angarana, nous avons pu identifier au total 166 cas de violences basées sur le genre (GBV). Le plus grand nombre a été identifié à Koukou-Angarana (47 cas), puis Tiéro (29 cas) ensuite Maréna et Aradib qui compte chacun 21 cas. On en dénombre 18 cas à Gododigué, 16 cas à Habilé et 14 cas à Louboutigué.

Ces 166 cas sont ceux véritablement rapportés et reconnus comme cas de GBV.

Tableau n° 16 b : Tableau de répartition du nombre de survivants/survivantes identifiés selon les types d'incidents survenus dans la zone de Koukou-Angarana.

TYPES D'INCIDENTS	Nombre de cas rapportés	Nombre de cas documentés (GBVIMS)	Description semi-détaillée des cas rapportés
Viol	06 cas, soit 3,16%	04	4 Viols
Agression sexuelle	35 cas, soit 18,42%	18	10 cas de tentatives de viols, 02 harcèlements sexuels et 06 cas de mutilation génitale féminine
Agression physique	57 cas, soit 30%	38	27 cas des conflits conjugaux, 06 cas des bagarres et 05 cas violences domestiques
Mariage forcé ou précoce	42 cas, soit 22,11%	12	09 cas de mariages forcés et 03 cas de mariage précoce
Déni de ressources d'opportunités	32 cas, soit 16,84%	07	07 cas de déni de ressources d'opportunités
Maltraitance psychologique	18 cas, soit 9,47%	09	04 cas des humiliations et 05 cas des grossesses non désirés
TOTAL	190	88	

Dans ce tableau n°16b, nous avons pu catégoriser les différents cas de GBV en six principaux types. On retient que 190 cas de GBV nous ont été rapportés mais seulement 88 cas ont été enregistrés dans le GBVIMS. Ces statistiques montrent que $(190-88) = 102$ cas de GBV rapportées n'ont pas été enregistrées dans le GBVIMS, soit que le problème a été résolu à l'amiable, soit que quelques fois, le survivant ou la survivante refuse volontairement de reconnaître le cas rapporté, de peur d'être marginalisé(e) dans sa société.

Au nombre des cas rapportés, l'agression physique représente 30%, suivi des mariages forcés ou précoces 22,11%, l'agression sexuelle 18,42%, du déni de ressources d'opportunités 16,84%, de la maltraitance psychologiques 9,47% et enfin des cas de viols 3,16%.

f) Le nombre de survivants/survivantes pris en charge psychologiquement

Le tableau n° 17 ci-dessous, nous donne une répartition du nombre de survivants/survivantes pris en charge psychologiquement, selon les localités d'intervention :

Tableau n° 17 : Tableau de répartition du nombre de survivants/survivantes pris en charge psychologiquement, par zone d'intervention :

Localités	Habilé	Aradib	Gododigué	Louboutigué	Tiéro	Maréna	Koukou-Angarana	TOTAL
Nombre de survivants/survivantes pris en charge psychologiquement	14	17	15	10	21	18	29	124

Les statistiques du tableau n° 17 montrent qu'au nombre des 166 cas identifiés dans la zones de Koukou-Angarana, 124 cas ont été suivi au plan psychologique. Les différents troubles couramment rencontrés suite aux GBV au sein de ces survivants et/ou survivantes étaient entre autres : les épisodes dépressifs majeurs, les dysthymies, les risques suicidaires, les troubles paniques, les agoraphobies, les phobies sociales, les dépendances alcooliques, les troubles liés à une substance autre que l'alcool, les dépendances à la nicotine, les troubles de stress post-traumatiques, l'anxiété généralisée et quelques fois des troubles de déficit de l'attention et de l'hyperactivité.

Nous avons pu prendre en charge psychologiquement 29 cas à Koukou-Angarana, 21 cas à Tiéro, 18 cas à Maréna et 17 cas à Aradib. Dans les autres sites, le nombre de personnes suivies au plan psychologique varie entre 10 à 15. Chacun des survivants/survivantes ayant bénéficié d'une séance par semaine, à partir de la date de son diagnostic psychologique ou de son orientation pour une prise en charge.

g) Le nombre total de cas enregistrés dans le GBVIMS

Le tableau suivant nous donne une répartition du nombre de survivants/survivantes enregistrés dans le GBVIMS, selon les localités d'intervention :

Tableau n° 18 : Tableau de répartition du nombre de survivants/survivantes enregistrés dans le GBVIMS, par zone d'intervention :

Localités	Habilé	Aradib	Gododigué	Louboutigué	Tiéro	Maréna	Koukou-Angarana	Total
Nombre de survivants/survivantes enregistrés dans le GBVIMS	8	10	9	7	18	15	21	88

Dans la zone de Koukou-Angarana, le CSSI dispose d'une base de données de GBVIMS dont 88 cas de GBV ont été enregistrés : 21 cas pour la ville de Koukou-Angarana, 18 à Tiéro et 15

à Maréna. Pour Habilé 8 cas, Aradib 10 cas, Gododigué et Louboutigué enregistrent respectivement 9 et 7 cas.

h) Le nombre de cas gérés par rapport aux SOPs

Selon les localités d'intervention, le nombre de cas gérés par rapport aux SOPs, se trouvent mentionnés dans le tableau ci-dessous.

Tableau n° 19 : Tableau de répartition du nombre de survivants/survivantes gérés par rapport aux SOPs, par zone d'intervention :

Localités	Habilé	Aradib	Gododigué	Louboutigué	Tiéro	Maréna	Koukou-Angarana	TOTAL
Nombre de survivants/survivantes gérés par rapport aux SOPs	8	10	9	7	18	15	21	88

Tous les 88 cas enregistrés dans le GBVIMS ont été l'objet de référencement vers d'autres structures habilité à intervenir selon les réponses appropriées aux situations vécues par les survivants/survivantes : DIS, APLFT, Centre de Santé etc.

Il est important de noter que nous avons pu gérer au total $(166-88) = 78$ cas qui n'ont pas eu besoin de référencement.

k- Autres activités réalisées

Pour mener à bien les activités de prise en charge des survivantes de GBV, le CSSI a également construit des centres communautaires d'accueil dans les différents sites du projet : Koukou-Angarana, Habilé, Aradib, Gododigué, Louboutigué, Tiéro et Maréna. Ainsi, le chef coutumier de chaque localité a été contacté pour la demande de terrain vide. Ces sollicitations ont donc été favorables ce qui a permis au CSSI de construire des hangars sur chaque site, village ou ville pour permettre au projet CSSI/UNFPA de mener ses activités dans la sérénité et dans le respect de la confidentialité.

Du 20 au 24 Septembre 2011, pour le renforcement des capacités et une meilleure intervention, le psychiatre de la zone de Koukou-Angarana a participé à un atelier au niveau d'Abéché, où il était question de se pencher sur les outils de la coordination et réponse aux GBV. Cet atelier a regroupé les acteurs humanitaires des ONGs aussi nationales qu'internationales, les agences des nations unies, le DIS.

Toutes les localités de la zone de Koukou-Angarana (deux sites de déplacés, quatre villages de retour et la ville de Koukou-Angarana) disposent d'un centre d'écoute communautaire, de nattes, du matériel pour le thé (cuillère, verre, théière, thermos etc.).

Les comités des jeunes ont été mis en place avec l'appui des leaders communautaires, des chefs traditionnels, religieux, des associations de femmes, des groupements de jeunes et des « chouchiés » des différentes localités concernées par ce projet de prise en charge psychologique et sociales des survivants/survivantes de VBG. Nous avons responsabilisé quatre personnes au niveau de chaque comité, en l'occurrence deux (02) hommes et deux (02) femme.

Les membres de ces comités ont été formés, afin de les rendre pragmatiques, opérationnels dans l'appui des points focaux à la réalisation des activités de prévention et au rapportage des cas de VBG.

Les clubs des écoles ont été mis en place dans trois (03) écoles primaires de Koukou Angarana et dans le Lycée de Koukou Angarana.

Les membres de ces clubs ont également bénéficié d'une formation.

Des supervisions sur terrain ont été initiées par la Direction. Ces supervisions avaient pour but d'apporter un appui permanent, régulier, efficient et efficace aux acteurs de terrain (Assistants psychosociaux, Agents psychosociaux, points focaux) des sites et des villages de retour pour une meilleure exécution des activités de prévention, de réponse et de coordination.

Pour une meilleure marche des activités dans la zone de Koukou-Angarana, le CSSI a décidé, en début d'année 2012, d'acheter une moto pour mettre à la disposition de ses agents. Grâce à cette moto, les agents interviennent à tout moment dans les sites, villages et ville de Koukou-Angarana en cas d'alerte ou dans des situations d'urgence de prise en charge psychologique et sociale des survivants/survivantes de GBV.

VII- Les difficultés rencontrées sur le terrain

Dans chaque zone d'intervention, les difficultés rencontrées sont pratiquement les mêmes. Néanmoins, quelques particularités méritent d'être soulignées.

A- Zone de Goz-Beida

Dans la zone de Goz-Beida où les activités de mise en marche du projet ont commencé, nous n'avons pas rencontré, au départ, de difficultés majeures. Cependant, au fur et à mesure que les activités se déroulaient, certaines difficultés ont commencé à apparaître. En effet, le projet a initialement prévu le recrutement d'un agent de santé communautaire par site de déplacés et deux pour la ville de Goz-Beida. Ces agents sont chargés de répertorier les cas de VBG et de les rapporter aux agents psychosociaux, habilités à remplir la fiche d'incidence et à faire entrer les données dans le GBVIMS. La difficulté particulière est qu'à un moment donné (deux mois de travail plus tard), nous nous sommes rendu compte que le nombre d'agents de santé communautaires recrutés est insuffisant pour nous permettre d'avoir toutes les informations nécessaires. Autrement dit, certains cas de GBV nous échappent du fait que le seul agent ne parvient pas à parcourir tout le site qui, parfois, est composé de plus de Vingt villages.

Aux mois d'août, septembre et octobre, nous nous sommes rendu compte que les sites de déplacés des localités d'intervention du projet se sont vidés d'une grande partie de leurs habitants, pour des raisons de travaux champêtres. Les champs étant très distants des sites, les populations ont préféré se faire des hameaux de culture et y résider pendant la période hivernale. La présence de cette population active hors des sites, ne favorise donc pas l'identification de tous les cas de GBV qui pourraient être répertoriés. Cette situation a également eu des répercussions négatives sur le nombre des personnes touchées dans nos activités groupales (sensibilisation de masse ou de porte à porte, focus group, groupes de paroles, débriefing).

Par manque du code du bénéficiaire et du partenaire dans le GBVIMS (code attendu de la part de l'UNPFA), les données enregistrées dans le GBVIMS sont actuellement incomplètes, bien que l'on retrouve toutes les autres informations sur les survivants/survivantes.

Le temps d'intervention du psychologue, dans le suivi des activités et de la prise en charge psychologique et sociale des survivants/survivantes, est très insuffisant, au regard des statistiques des cas suivis dans la zone de Goz-Beida et de Koukou-Angarana.

Le manque de coordination dans les procédures opérationnelles standards (SOPs), constitue également une difficulté majeure dans le suivi des cas enregistrés dans le GBVIMS.

L'accès très difficile des sites d'intervention, en saison hivernale, est aussi une difficulté, car certaines activités ont dû être reportées ou ont été menées en retard du fait que les agents psycho-sociaux ont été confrontés aux aléas climatiques.

Compte tenu de l'importance capitale qu'ont joué les sifflets dans nos localités d'interventions (utilisés pour alerter en cas de viol, de vol, de bagarre, etc.), beaucoup de personnes réclament actuellement des sifflets, au cours de nos séances groupales (sensibilisation, groupe de parole, focus groups, débriefing).

B- Zone de Koukou-Angarana

Dans la zone de Koukou-Angarana, où les activités de mise en marche du projet ont commencé en pleine saison pluvieuse, nous avons rencontré un certain nombre de difficultés majeures. En effet, le projet a initialement prévu le recrutement d'un agent de santé communautaire par site de déplacés, village de retour et dans la ville de Koukou-Angarana. Ces agents sont chargés de répertorier les cas de VBG et de les rapporter aux agents psychosociaux, habilités à remplir la fiche d'incidence et à faire entrer les données dans le GBVIMS. La difficulté particulière est qu'à un moment donné (deux mois de travail plus tard), nous nous sommes rendu compte que le nombre d'agents de santé communautaires recrutés est insuffisant pour nous permettre d'avoir toutes les informations nécessaires. Autrement dit, certains cas de GBV nous échappent du fait que le seul agent ne parvient pas à parcourir tout le site qui, parfois, est composé de plus de Vingt villages.

Dans les villages de Tiéro et Maréna, les activités ont commencé tardivement, à cause de son enclavement.

Aux mois d'août, septembre et octobre, nous nous sommes rendu compte que les sites de déplacés des localités d'intervention du projet se sont vidés d'une grande partie de leurs habitants, pour des raisons de travaux champêtres. Les champs étant très distants des sites, les populations ont préféré se faire des hameaux de culture et y résider pendant la période hivernale. La présence de cette population active hors des sites, ne favorise donc pas l'identification de tous les cas de GBV qui pourraient être répertoriés. Cette situation a également eu des répercussions négatives sur le nombre des personnes touchées dans nos activités groupales (sensibilisation de masse ou de porte à porte, focus group, groupes de paroles, débriefing).

Par manque du code du bénéficiaire et du partenaire dans le GBVIMS (code attendu de la part de l'UNPFA), les données enregistrées dans le GBVIMS sont actuellement incomplètes, bien que l'on retrouve toutes les autres informations sur les survivants/survivantes.

Le temps d'intervention du psychologue, dans le suivi des activités et de la prise en charge psychologique et sociale des survivants/survivantes, est très insuffisant, au regard des statistiques des cas suivis dans la zone de Goz-Beida et de Koukou-Angarana.

Le manque de coordination dans les procédures opérationnelles standards (SOPs), constitue également une difficulté majeure dans le suivi des cas enregistrés dans le GBVIMS. L'accès très difficile des sites d'intervention, en saison hivernale, est aussi une difficulté, car certaines activités ont dû être reportées ou ont été menées en retard du fait que les agents psycho-sociaux ont été confrontés aux aléas climatiques.

Compte tenu de l'importance capitale qu'ont joué les sifflets dans nos localités d'interventions (utilisés pour alerter en cas de viol, de vol, de bagarre, etc.), beaucoup de personnes réclament actuellement des sifflets, au cours de nos séances groupales (sensibilisation, groupe de parole, focus groups, débriefing).

VIII- Recommandations

Pour une meilleure marche des activités dans les zones de Goz-Beida et de Koukou-Angarana d'une part et dans le but de mettre en place un dispositif de prévention et de réponse plus efficace contre les violences basées sur le genre (GBV) dans les mêmes zones d'autre part, nous recommandons que les points suivants soient pris en compte dans les prochains jours de l'exécution du projet :

1. Prévoir un recrutement d'agents de santé communautaires dans les sites, villages et villes concernés par le projet : selon la densité de la population ou la taille du site, du village et de la ville, un recrutement de trois à quatre agents de santé communautaires

par sites s'avère indispensable. En effet, un agent par site, ne nous permet pas d'identifier tous les cas de GBV qui pourraient se produire.

2. Mettre en place des comités de suivi de cas et un agent de santé communautaire au niveau de chaque hameau de culture.
3. Que l'UNFPA rend disponible le code du bénéficiaire et celui du partenaire relatif au GBVIM pour nous permettre d'enregistrer des données complètes et de pouvoir faire une meilleure analyse horizontale et longitudinale des cas de GBV répertoriés dans les zones d'intervention.
4. Prévoir le recrutement d'un psychologue clinicien, pour la durée du projet, qui sera chargé du suivi des activités et de la prise en charge psychologique et sociale des survivants/survivantes identifiés dans toutes les zones d'intervention.
5. Mettre en place un dispositif de coordination des procédures opérationnelles standards (SOPs), pour une meilleure prise en charge psychologique et sociale des GBV.
6. Prévoir une nouvelle organisation des programmes d'intervention (chronogramme des activités) de sorte qu'en saison hivernale, dans des zones d'accès très difficile, les activités puissent se dérouler sans difficultés majeures.
7. Renforcer la dotation de sifflets en faveur des populations qui n'en disposent pas encore.
8. Prévoir des séances de formation et/ou de recyclage de tous les agents impliqués dans la prise en charge psychologique et sociale des GBV.
9. Soutenir les survivantes de GBV déjà identifiées, par la création des activités génératrices de revenus (AGR).

IX- Conclusion

Le projet de prise en charge psychologique et sociale des déplacés, des retournés et de la population autochtone dans les zones de Goz-Beida et de Koukou-Angarana, initié par l'UNFPA en collaboration étroite avec le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) est venu à point nommé dans un contexte après-guerre où la restructuration des familles devient de plus en plus difficile et où les populations vivent toujours sur le choc du traumatisme de guerre, rendant ainsi leur psychisme très fragile.

Eu égard à cette situation et aux conditions de vie devenues de plus en plus précaires dans les sites de déplacés, les villages de retournés et au sein des populations autochtones, les violences basées sur le genre (VBG) étaient devenues plus fréquentes et une réalité alarmante au sein de ces populations. Des actions de prévention et de réponse ont donc été menées, en vue d'une meilleure prise en charge des survivants/survivantes de GBV.

Si actuellement, les actions menées conjointement entre le CSSI et l'UNFPA, ont considérablement apporté un impact positif dans le comportement et dans le bien-être physique, social et psychologique des populations concernées par le présent projet de lutte contre les GBV, il est clair que des efforts méritent toujours d'être consentis, pour faire face aux multiples défis à relever dans la lutte contre les GBV pour une meilleure défense des droits de l'Homme de façon générale et ceux de la femme et de l'enfant en particulier.

En somme, une meilleure prise en charge (psychologique, médicale et sociale) des survivants/survivantes de GBV nécessite une synergie d'action entre acteurs impliqués dans les procédures opérationnelles standards (SOPs) d'une part, et que d'autre part, les différentes recommandations ci-dessus mentionnées soient également pris en compte dans le contexte actuel de la lutte contre les GBV dans les zones de Goz-Beida et de Koukou-Angarana.

3.5 RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITES DANS LES CAMPS DU SUD DU TCHAD

1. INTRODUCTION :

Le Centre de Support en Santé Internationale est le partenaire de mise en œuvre d'UNHCR dans le domaine de la santé les 5 camps (Dosseye, Amboko, Gondje, Moula et Yaroungou) du Sud. Les Centres de Santé desservent les réfugiés des camps, celui de Beureh couvre les réfugiés des deux camps (Gondje et Amboko) contrairement aux autres camps où il existe un CDS par camp. Il y a au total 47.712 réfugiés dont 25604 de sexe féminin (53,7%) et 22108 (46,3%).

Les inondations survenues dans les camps de Moula et Yaroungou au cours de l'année 2011 ont entraîné l'accroissement de la vulnérabilité des réfugiés face aux maladies. La conjonction de la morbidité et de l'inaccessibilité financière de la population de Yaroungou aux soins font de cette population, une cible des charlatans qui pullulent dans ce camp. A Moula, les inondations ont eu aussi un impact négatif sur le plan socio-économique. Cependant, les soins étant gratuits, les malades y ont accès sans difficultés. Les dévastations des champs des réfugiés par les animaux en divagation est un problème commun à tous les camps.

Les activités menées dans les camps ont trait aux soins de santé primaire et couvrent toutes les composantes de cette stratégie. Toutefois, au Sud la composante « Eau, Hygiène et Assainissement » est géré par Care International.

2. OBJECTIFS DU PROJET

2.1 Objectif général :

Protection en attendant une solution durable (les réfugiés sont protégés en attendant une solution durable).

2.2 Objectifs spécifiques :

- ❖ La Santé de la population est améliorée ou maintenu stable
- ❖ L'état nutritionnel de la population est amélioré
- ❖ Le risque de transmission du VIH est réduit et la qualité de la prise en charge est améliorée

3. STAFF DU PROJET :

Une équipe multidisciplinaire a permis de réaliser les activités de manière intégrée dans les différentes structures qui sont appuyées par le CSSI. Le professionnalisme et la polyvalence

des agents ont été la base du travail abattu. Une équipe d'appui (préposés à la pharmacie, hygiénistes, sentinelles,...) complète l'équipe technique repris dans le tableau ci-dessous.

Il y a au total 39 agents de santé communautaire qui travaillent dans les différents programmes pour la sensibilisation de la population sur différentes thématiques

Tableau 1 : Equipe technique

Personnel	BEUREH	DOSSEYE	MOULA	YAROUNGOU	Total
IDE	3	5	3	1	12
ATS	3	3	3	0	9
Sage-Femme	2	1	1	1	5
MATRONE	4	4	2	2	12
Point focal VIH	1 (tous les sites)				1
Conseiller CDV	2	1	1	0	4
Agents psycho-sociaux	1	1	1	0	3
Assistant nutrition	1	1	1	0	3
Point focal nutrition	1 (tous les sites)				1
Total	18	16	12	4	50

L'équipe de coordination est chapeautée par un médecin coordonnateur assisté par une équipe administrative, deux médecins de terrain et un psychologue clinicien expatrié.

4. COLLABORATION INSTITUTIONNELLE

Pour la mise en œuvre du projet plusieurs cadres de collaboration interinstitutionnelle ont été institués pour faciliter l'échange des informations entre différents acteurs qui participent à la facilitation ou à la réalisation directe des activités.

Cette collaboration concerne aussi bien les partenaires étatiques représentés par les délégations régionales, la préfecture, la CNAR et le DIS que les organisations non gouvernementales (nationales et internationales), les agences onusiennes présentes dans les départements de la Nya Pénde, la Grande Sido et le Salamat.

5. PRINCIPAUX BAILLEURS

Les principaux bailleurs sont :

- **Le Gouvernement Tchadien** : subventionne à travers les délégations sanitaires régionales et les districts sanitaires, plusieurs programmes clés dont le PEV, VIH/SIDA (ARV, tests de dépistage rapide, médicaments pour la prise en charge des IO, examens de laboratoire,...). Il met à la disposition des structures de santé plusieurs outils pour la gestion des activités (cartes CPN, carte chemin de la santé,...), des boîtes à images.
- **L'UNHCR** : il est le premier bailleur de fonds. Grâce aux ressources financières et matérielles obtenues de ce dernier, une large partie des activités de prise en charge médico sanitaire des réfugiés est couverte.
- **Le PAM** : met à la disposition les intrants nutritionnels (CSB, huile, sucre,...) pour la prise en charge des malnutris modérés et des femmes enceintes et allaitantes.

En plus de ces partenaires sus cités, il y a d'autres partenaires qui ont pu contribuer de manière remarquable à l'atteinte des objectifs nous assignés en 2011. Il s'agit entre autre de :

- **Mentor initiative** apporte des antipaludéens et les tests de dépistage rapide conformément au programme national, ce qui a permis de réduire la mortalité liée au paludisme qui ne vient qu'en 5^{ème} position parmi les causes de mortalité alors que nous sommes dans une région de forte endémicité. Il a rendu disponible les moustiquaires imprégnées d'insecticide dans le camp, ce a diminué sensiblement la morbidité et la vulnérabilité des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes vis-à-vis du paludisme.
- **CRF (Chad Relief Foundation)** a financé un équipement solaire complet dans tous les camps en faveur surtout des maternités et de la chaîne de froid ce qui potentialise la performance des programmes de vaccination et de santé de la reproduction
- Au dernier trimestre, **Care International** a mis en place un programme de santé de la production axé sur le planning familial et les post abortum. La disponibilité en intrants (contraceptifs du genre implant) et la formation des prestataires a amélioré l'accessibilité des réfugiés à ce programme.

6. STRATEGIE ET APPROCHE :

Le CSSI dans la mise en œuvre du projet met l'accent sur l'approche participative à travers les réunions de coordination, les assemblées générales de tous les agents, les rencontres programmées ou spontanées avec les représentants des bénéficiaires. La responsabilisation des agents au niveau des structures par la promotion des supervisions internes et une auto évaluation, permet à ces derniers d'identifier les causes de leur contre-performance et chercher à les résoudre soit localement soit en faisant recours à la coordination.

Les supervisions externes essentiellement par l'équipe de la coordination selon différentes thématiques, permet de déceler les raisons de contre-performances constatées lors de l'analyse de différents rapports mais aussi de se rendre compte des conditions de travail des collaborateurs. In fine, l'objectif est appuyer l'équipe de terrain par les renforcements de capacité par des formations axées sur les insuffisances individuelles. Mais aussi apporter les

solutions dans la mesure du possible aux multiples problèmes qui bloquent le bon déroulement des activités.

7. ZONE D'INTERVENTION

Pour ce qui concerne la coordination sud, le projet concerne les camps des réfugiés centrafricains installés à Goré dans le département de la Nya-Pénde et Maro dans le département de la Grande Sido.

8. DUREE DU PROJET

La durée du projet est d'une année

9. ACTIVITÉS EXECUTÉES EN 2011:

9.1 ACITIVITES CURATIVES :

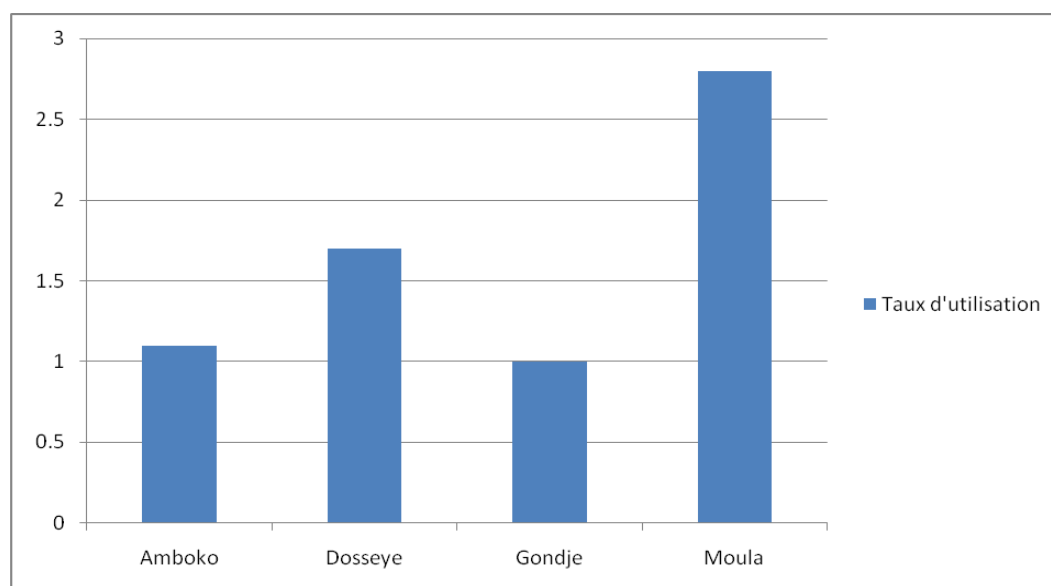
a. Consultations :

Les consultations des réfugiées se sont déroulées normalement dans les centres de santé couvrant les différents camps du Sud. Il est à rappeler que les activités au CDS de Yaroungou n'ont commencé qu'au mois d'Octobre 2011. Au niveau des box de consultation, les réfugiés sont reçus selon leur camp de provenance particulièrement au Centre de Santé de Beureh qui dessert deux camps.

Tableau 2 : Nombre de consultations par camp

Camp	Réfugié	National	Total
Amboko	12984	224	13208
Dosseye	17880	1731	19611
Gondje	9856	545	10401
Moula	15751	534	16285

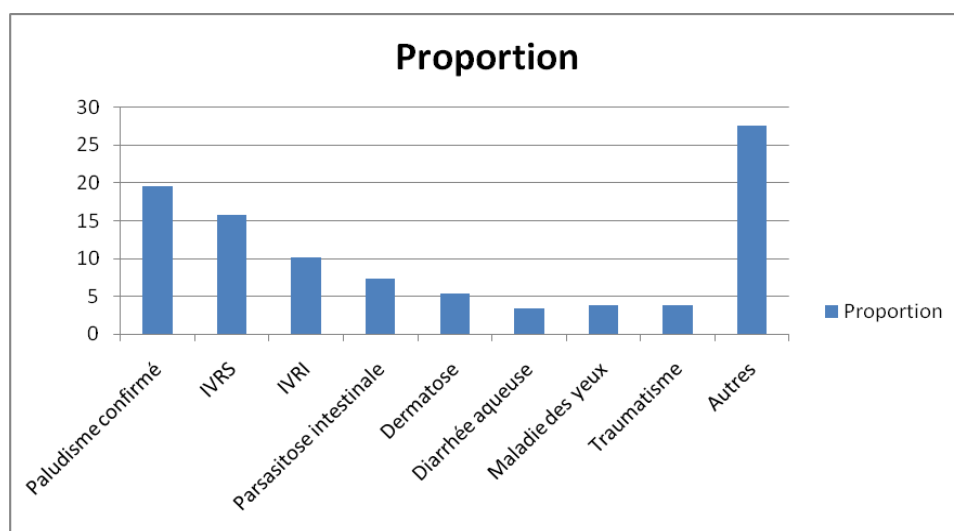
Graphique 1 : Taux d'utilisation des CDS par les usagers par camp :



Dans tous les camps, l'utilisation des services par les usagers est dans les normes c.-à-d. comprise entre 1 et 4 consultations/personne/mois.

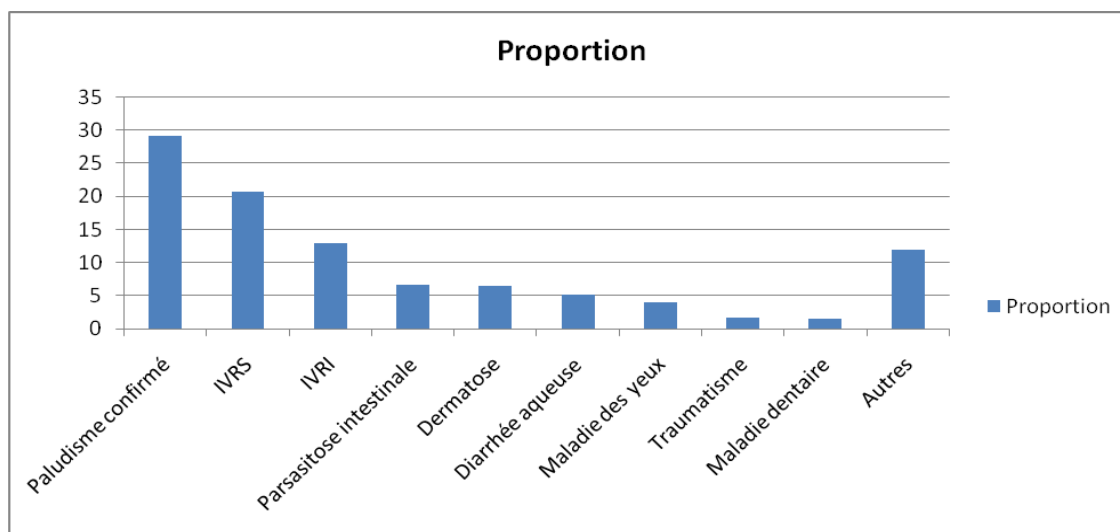
b. Morbidité

Graphique 2 : Morbidité proportionnelle brute



Le paludisme reste la cause principale de morbidité dans l'ensemble des camps suivi par les infections aiguës respiratoires. Les parasitoses intestinales et les dermatoses occupent une place importante, ce qui témoigne sans doute les problèmes d'hygiène dans les camps.

Graphique 3 : Morbidité proportionnelle chez les moins de 5ans



Chez les enfants de moins de 5 ans, les causes principales de morbidité sont les mêmes que chez les adultes voir graphique 2.

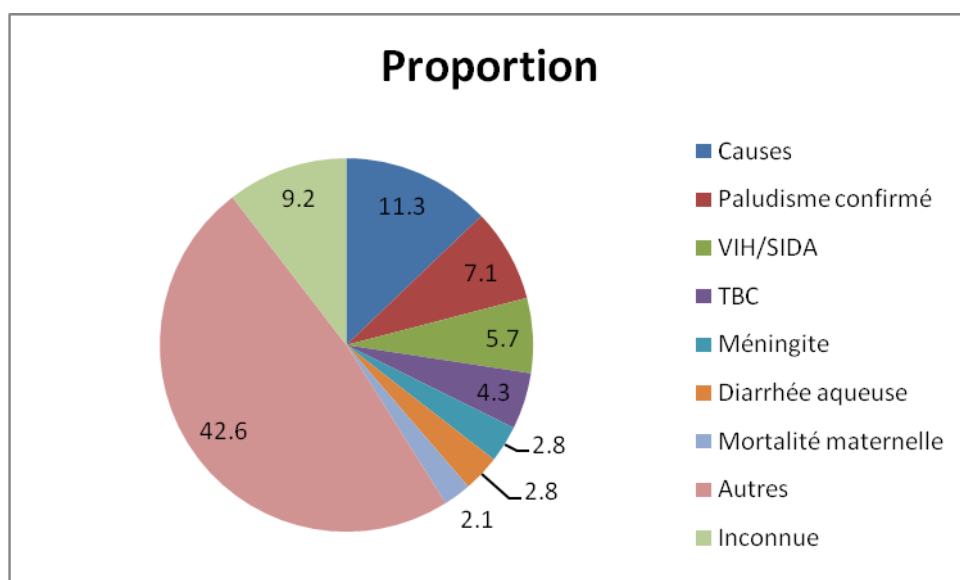
Référence et contre référence :

c. Mortalité

D'une manière générale, le taux brut de mortalité est de 0,3 décès/1000/mois alors que le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 0,9 décès/1000/mois tandis que le taux de mortalité infantile est lui de 24,3 décès/1000 naissances vivantes/mois.

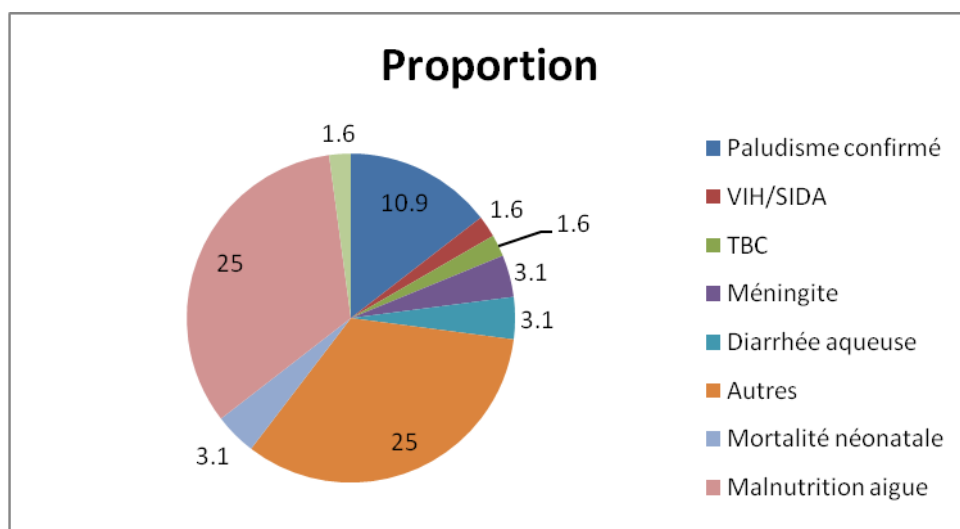
❖ Causes de mortalité

Graphique 4. Mortalité proportionnelle brute



La malnutrition est la cause principale de la mortalité dans les camps suivis par le paludisme. La tuberculose est souvent rencontrée sur le terrain immunodéprimé.

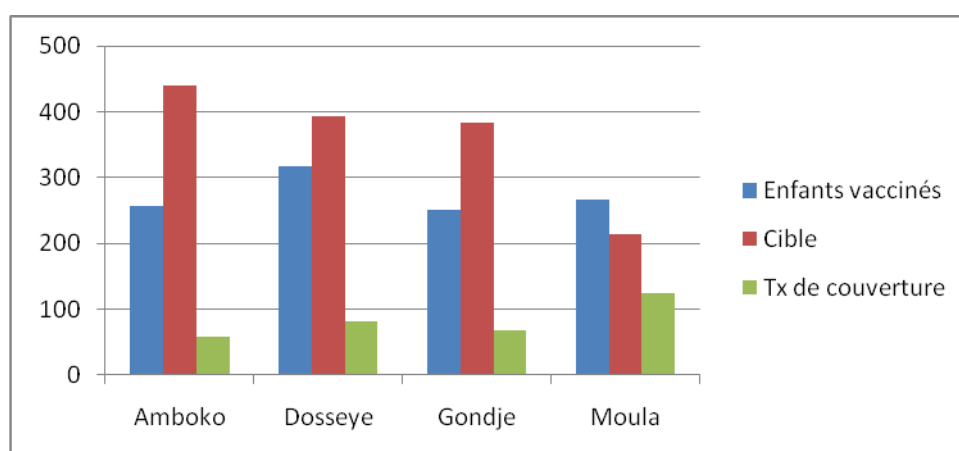
Graphique 5. Mortalité proportionnelle chez les moins de 5 ans



La malnutrition aigüe est la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans dans les camps des réfugiés suivis par le paludisme. Les mesures restrictives imposées par le PAM pour l'accès aux vivres notamment l'instauration de la demi-ration dans tous les camps risque d'aggraver la situation.

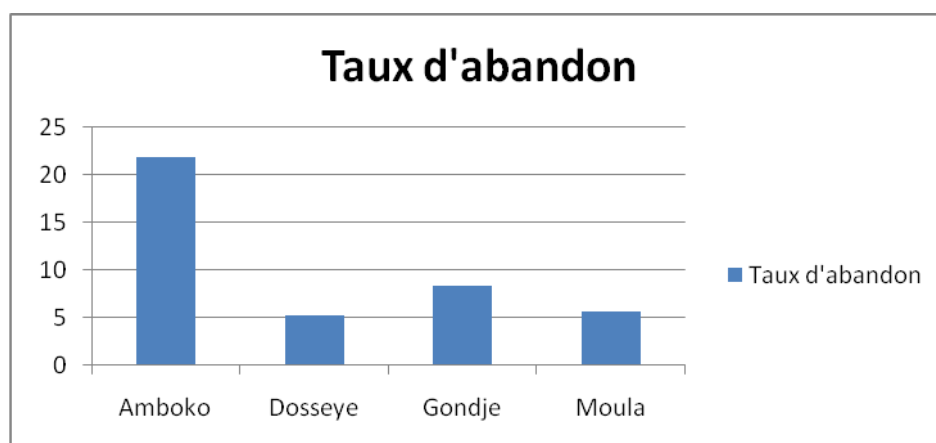
d. Vaccination

Graphique 6 : Couverture vaccinale contre la rougeole



La couverture vaccinale dépasse le 100% à Moula alors qu'elle est apparemment faible à Amboko et Gondje où elle est respectivement de 58,4% et 68%. Le problème du dénominateur semble être réel car les résultats de l'enquête SMART 2011 menée conjointement par UNHCR et PAM a donné des chiffres qui reflètent plus la réalité soit 96,8% à Dosseye , 94,4 à Gondje et 93,4 à Amboko.

Graphique 7 : Taux d'abandon du programme de vaccination



Le taux d'abandon est d'après les données de HIS très élevé à Amboko dépassant largement le seuil acceptable de 10% ce qui contraste encore une fois avec les données de l'enquête SMART 2011.

❖ **Campagne de vaccination de masse contre la rougeole dans les camps suite à l'épidémie déclarée de rougeole :**

Tableau 3 Synthèse de la campagne de vaccination masse du 26 au 28/04/2011

Catégorie	Nombre		Total
	AMBOKO	GONDJE	
6-8 mois	152	250	317
9-11mois	96	221	1638
1-4 ans	781	857	3048
5 ans ou plus	2527	2878	5405
Total	3536	4206	10408

Pour cette campagne de vaccination, deux équipes de 6 personnes chacune ont assuré les activités dans les deux camps. Deux superviseurs réparti sur les deux camps ont encadré les vaccinateurs sur terrain et collecter les données.

Tableau4 Synthèse de la campagne de vaccination de masse contre la rougeole du 26 au 28/04/2011 dans l'aire de sante de dosseye

Catégorie	Nombre
6-8 mois	74
9-11mois	87
1-4 ans	864
5 ans ou plus	2359
Total	3384

La vaccination de masse a été couplée à la distribution de la vitamine A auprès des malades réfugiés et la population autochtone des villages environnants.

❖ **Campagne de masse de distribution de la vitamine A :**

Dans le cadre de la prise en charge des personnes vulnérables notamment les femmes allaitantes et les enfants de 6 à 59 mois, une campagne de supplémentation en vitamine A a été organisée dans les 3 camps des réfugiés centrafricains de Goré. Les équipes de CSSI se sont occupées de la sensibilisation et de la distribution proprement dite. Cette distribution s'est déroulée en plusieurs phases :

Dans les camps de Gondje et Amboko, la campagne s'est déroulée simultanément soit du 20 au 23/04/2011. La stratégie utilisée était « porte à porte », ce qui a permis d'atteindre le maximum des réfugiés.

Les agents de santé communautaire sous la supervision des infirmiers major ont réalisé cette activité bénévolement dans le cadre de la participation communautaire à leur auto prise en charge. A Dosseye, l'activité était couplée à la vaccination contre la rougeole.

Tableau 5. Tableau synthétique :

	Catégorie du bénéficiaire	Nombre des personnes
Gondje	Enfant de 6 à 11 mois	733
	Enfant de 12 à 59 mois	1284
	Femmes allaitantes	435
Sous /Total		2452
Amboko	Enfant de 6 à 11 mois	324
	Enfant de 12 à 59 mois	1509
	Femmes allaitantes	425
Sous/Total		2258
Dosseye	Enfant de 6 à 11 mois	246
	Enfant de 12 à 59 mois	750
	Femmes allaitantes	403
	Les autres	2358
Sous/Total		3757
Total général		8467

e. Nutrition**❖ Centre de nutrition de supplémentaire****Tableau 6 : Nouvelles admission en 2012**

Camp	Admis en 2011
Amboko	113
Dosseye	317
Gondje	89
Moula	59

Tableau 7 : Indicateurs de performance:

Camp	Taux de guérison	Taux de mortalité	Taux d'abandon
Amboko	65,3	0	5,1
Dosseye	52,2	0	20,3
Gondje	88	0,8	4,8
Moula	88,2	5,9	2

Le taux d'abandon est largement au-dessus du seuil de 10% acceptable selon les normes alors qu'il est normal dans les autres camps.

❖ **Centre nutritionnel thérapeutique :**

Tableau 8 : Nouvelles admissions :

Camp	Admis en 2011
Amboko	5
Dosseye	51
Moula	19

Tableau 9 : Prise en charge du marasme :

Camp	Taux de guérison	Taux de mortalité	Taux d'abandon	Taux de référence
Amboko	100	0	0	0
Dosseye	90,9	1,8	5,5	1,8
Moula	93,3	6,7	0	0

Le taux de guérison est très bon dans tous les camps (au-dessus du seuil de 75%), tandis que le taux d'abandon est nul à Amboko et à Dosseye et faible à Moula. Le taux de mortalité est dans les normes dans les 3 camps rapportés.

Tableau 10 : Prise en charge du kwashiorkor :

Camp	Taux de guérison	Taux de mortalité	Taux d'abandon	Taux de référence
Dosseye	66,7	0	0	33,3
Moula	80	20	0	0

Le taux de guérison est inférieur à 75% requis à Dosseye alors que le taux de mortalité est quasiment nul. Il y a 33,3% de malades référés à l'Hôpital de District de Goré, ce qui témoigne de la gravité des cas soignés à Dosseye. La recommandation de UNHCR de transférer ce service à l'Hôpital de District de Goré se justifie par le fait que les conditions de transports sont souvent préjudiciables aux malades qui présentent déjà des complications graves. La mortalité des malades référés à l'Hôpital est très élevée. A Moula, le service n'existe pas à proprement parler. Il fonctionne au sein du service de pédiatrie du centre de santé. La vulnérabilité de ces malades ne permet pas qu'ils soient mis ensemble avec les autres malades car les risques d'infections nosocomiales sont très élevés.

f. Enquête nutritionnelle et de mortalité 2011

g. Santé de la reproduction :

❖ CPN :

Tableau 11 : CPN au 1^{er} trimestre :

Camp	1ère CPN au 1er Trimestre	Total de CPN au 1er trimestre	% de 1ère CPN au 1er trimestre
Amboko	63	315	20
Dosseye	65	309	21
Gondje	113	389	29
Moula	44	255	17

D'une manière générale, les femmes consultent moins au premier trimestre. La majorité fait leur premier CPN au deuxième trimestre. Le risque d'avortement est alors élevé car tout en ignorant qu'elles sont enceintes, les femmes continuent à faire les travaux lourds et consultent au Centre de Santé où le diagnostic d'avortement inéluctable ou réalisé est souvent posé. Il en est de même de paludisme sur grossesse ou infection urinaire, la consultation est souvent tardive.

Tableau 12 : Couverture en CPN complète dans les camps :

Camp	Nombre des femmes ayant suivi 4 CPN ou plus	Nombre de naissances vivantes	Couverture en CPN complète (%)
Amboko	237	229	100
Dosseye	212	219	96
Gondje	205	204	100
Moula	178	232	73

La couverture est bonne dans les 3 camps de Goré bien qu'elle n'atteint pas la norme de 100% à Dosseye. Par contre, à Moula elle est faible. Les mesures prises pour renforcer l'équipe de la maternité pourra certainement améliorer la performance.

Tableau 13 : Taux d'accouchement assisté dans les camps

Camp	Nombre d'accouchement assistés	Nombre total d'accouchement	Taux d'accouchement assisté (%)
Amboko	185	237	81
Dosseye	174	220	82
Gondje	134	204	66
Moula	218	244	94

Il y a encore beaucoup d'accouchement qui se sont en dehors des maternités alors que les soins sont gratuits. Un problème d'évacuation se pose dans les camps de Goré où le Centre de Santé est relativement éloigné des camps. L'inexistence des moyens de communication entre les camps et le CDS peut expliquer une partie de ces accouchements à domicile voire en route vers le CDS mais pas tous. L'accentuation de la sensibilisation pour le changement de comportement va aider à améliorer la situation.

Tableau 14 : Prévalence contraceptive :

Camp	Nombre des usagers en 2011	Femme en âge de procréer	Prévalence contraceptive
Amboko	93	2395	3,3
Dosseye	5	1885	1,9
Gondje	51	1987	2,5
Moula	129	1106	4,5

La prévalence contraceptive est faible dans tous les camps. Elle est largement en dessous de 10% recommandé par l'OMS. Les ruptures en contraceptifs injectables tout au de l'année n'a pas facilité les choses. L'arrivée de Care International permettra par un travail synergique de relever ce défi.

9.2 PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA :

a. Prévention :

Tableau 15 : Programme de distribution des préservatifs :

Camp	Nombre de condoms distribués en 2011	Population totale	Taux de distribution
Amboko	11259	11073	0,09
Dosseye	8332	9427	0,07
Gondje	12697	9936	0,11
Moula	7324	5530	0,11

Une très grande contre-performance a été constatée dans le programme de distribution des préservatifs dans tous les camps. Un dixième de préservatifs a été distribué dans chaque camp par rapport à la norme de 1 préservatif/personne/mois/ La chaîne d'approvisionnement (UNHCR/UNFPA) n'a pas du tout fonctionner au cours de l'année 2011. Les conséquences peuvent être nombreuses notamment la propagation des maladies sexuellement transmissibles dont le VIH et à un moindre degré les grossesses non désirées.

Tableau 16. Couverture PTME:

Camp	Femme ayant reçu le conseil post-test	Nombre total des visites PTME	Couverture PTME
Amboko	226	315	72
Dosseye	281	309	91
Gondje	228	359	59
Moula	232	255	91

Ce programme est intégré dans structures de santé que nous appuyons au Sud. Les difficultés d'approvisionnement expliquent les contre-performances connues surtout à Gondje.

b. Malades mis sous ARVs :

Tableau 17. Malades sous ARVs dans les CDV

Site	Réfugiés		Autochtones	
	< 18ans	≥18 ans	< 18ans	≥18 ans
CDV				
Dosseye	1	22	0	18
Amboko	1	49	0	4
Moula	0	13	0	0
Total	2	84	0	22

c. Organisation de la journée mondiale de lutte contre le VIH/SIDA :

Tableau18 Dépistage de masse du VIH lors de la caravane du 28/11/2011 au 03/12/2011 dans les camps de Goré.

	Réfugiés		Total	Autochtones		Total
	< 18 ans	≥ 18 ans		< 18 ans	≥ 18 ans	
Conseil pré-test	277	629	906	11	65	76
Testé pour le VIH	277	629	906	11	65	76
Testé positif pour le VIH	1	3	4	0	7	7
Conseil après le test et remise résultat	277	629	906	9	39	48

Tableau19 Dépistage de masse du VIH lors de la caravane du 28/11/2011 à Maro.

	Réfugiés		Total	Autochtones		Total
	< 18 ans	≥ 18 ans		< 18 ans	≥ 18 ans	
Conseil pré-test	0	115	115	0	48	48
Testé pour le VIH	0	115	115	0	48	48
Testé positif pour le VIH	0	0	0	0	3	3
Conseil après le test et remise résultat	0	115	115	0	48	48

d. Projet de lutte contre la stigmatisation et de réinsertion socio-économique des PVVIH dans la communauté

L'octroi des micro crédits aux personnes victimes du VIH/SIDA regroupées au sein des associations des PVVIH composées à 90% des femmes, a permis de lutter contre la stigmatisation et faciliter la réintégration de ces malades dans la vie socio-économique de leur communautés respectives. Il faut signaler que la plus part sont des veuves et n'avaient plus de soutien social. Ce micro projet a encouragé 48 malades vivant avec le VIH de sortir de l'anonymat à l'instar de ceux qui ont reçu l'appui. Leur suivi s'en trouve amélioré de même que l'observance du traitement car ils viennent librement à la consultation et chercher leurs médicaments.



PVVIH vendeuse au marché grâce à l'appui financier de UNHCR en 2011



PVVIH vendeuse au marché grâce à l'appui financier de UNHCR en 2011



Un PVVIH devenu tailleur grâce à l'appui financier de UNHCR reçu en 2011

9.3 RENFORCEMENT DE LA CAPACITE DU PERSONNEL :

Plusieurs formations continues ont été organisées au cours de l'année 2011. Les besoins en formation ont été identifiés lors des supervisions effectuées dans les différentes structures appuyées. Qu'il s'agisse des Centres de Santé ou des organisations à base communautaire comme le COSA, les agents de santé communautaire, les agents psychosociaux.

Les principales formations organisées ont été notamment :

a. Formation sur la PTME du 09 au 11/09/2011

Elle a eu lieu du 09 au 11/09/2011 à Goré et a concerné 16 prestataires dont les sages-femmes de Beureh et de Dosseye. La capacitation du personnel et leur mobilisation pour la promotion du dépistage volontaire et systématique des femmes enceintes.

b. Formation sur la supervision à Maro du 10 AU 11/01/2012

Cette formation a regroupé 12 agents qui sont tous responsables à différents degrés dans les structures appuyées et partenaires (CDS de Maro). Le renforcement des supervisions qui du reste n'existaient pas à proprement parlé jusque-là.

c. Formation sur la PTME à Maro du 24 au 26/08/2011

Cette formation a regroupé les sages-femmes de Moula, Yaroungou et Maro en plus des infirmiers de 3 CDS. L'objectif était de renforcer les connaissances et les capacités pratiques de prendre en charge de prévenir efficacement la transmission mère-enfant.

d. Formation sur la supervision à Goré du 02 au 04/1/2012

Au total, 18 personnes ont été formées sur les techniques de supervision internes et externes. Il s'agit de tous les responsables des services y compris les superviseurs des agents de santé communautaire.

e. Formation sur le nouveau protocole de prise en charge nutritionnelle 2011

Elle a été organisée à Maro du 18 au 19/08/2011. Elle a concerné 16 participants dont 6 prestataires de Moula et 2 agents de santé communautaire, 6 prestataires du CDS amélioré de Maro et 2 prestataires de Yaroungou. Cette formation a permis de mettre à jour les connaissances du personnel sur la prise en charge nutritionnelle.

f. Formation sur le nouveau protocole de prise en charge nutritionnelle 2011

Elle a été organisée à Goré du 03 au 05/10/2011. Il y a eu au total 20 participants parmi lesquels il y avait 3 agents du service de pédiatrie de l'Hôpital de District de Goré et 3 superviseurs des agents de santé communautaire (ASC) de 3 camps. Cette formation a permis de mettre à jour les connaissances du personnel sur la prise en charge nutritionnelle.

10. Formation des agents de santé communautaire sur la planification familiale

Cette formation a eu lieu en deux phases vu le nombre élevé des agents de santé communautaire dans les 3 camps de Goré y compris les matrones. La première phase a concerné 10 ASC et 4 matrones de Dosseye et s'est déroulé du au/12/2012. La seconde phase a concerné les 22 ASC des camps de Gondje et Amboko ainsi que 4 matrones du CDS de Beureh. L'objectif était doter cette catégorie du personnel des connaissances essentielles sur la planification familiale pour accroître la mobilisation et la sensibilisation des populations réfugiées et hôtes.

9.4 APPUI AUX ACTIVITES HOSPITALIERES :

a. Réhabilitation et équipement de la salle de CNT à l'Hôpital de District de Goré :

Le hangar qui faisait office de salle de réunion a été cédé au service de CNT. Ce service n'existait au sein de l'Hôpital de District. Le seul CNT qui existait dans le District était celui du Centre de Santé de Dosseye situé à 37 km. La plupart des malades des camps de réfugiés refusaient les références à Dosseye vu la distance, il en est de même des autochtones dont l'éloignement du service décourageait ceux qui y étaient transférés. Un infirmier expérimenté dans le domaine de prise en charge nutritionnelle a été affecté à l'Hôpital pour encadrer deux ATS de l'institution formés au dernier trimestre 2011 sur le nouveau protocole national de prise en charge nutritionnel.

Un certain nombre de mobiliers ont été affecté à ce service (6 lits, 6 matelas protégés, une armoire, 2 chaises, une table de bureau), quelques ustensiles (thermos, gobelet, cuillères, casseroles, jug gradué) pour le rendre fonctionnel. Une réaffectation du matériel jadis utilisé à Dosseye a été également faite.



CNT de l'Hôpital de District de Goré après réhabilitation en 2011

b. Appui au bloc opératoire de l'Hôpital de District de Goré :

L'appui au bloc opératoire a consisté en plus des médicaments et consommables, le paiement de la prime du personnel contractuel ; au renforcement de ce service par un personnel qualifié pour des périodes bien déterminées. Il s'agit notamment de l'affectation pour une période de 4 mois, d'un anesthésiste pour former le personnel affecté dans ce service mais aussi de participer à la réorganisation de ce dernier. Un technicien supérieur en chirurgie a séjourné pendant 2 mois pour pallier au manque de médecin au bloc opératoire. Jusqu'à la fin de l'année, le médecin de terrain de CSSI travail à mi-temps à l'Hôpital où il assure les consultations de référence et les interventions chirurgicales.

c. Bloc opératoire du Centre de Santé amélioré de Maro

❖ Infrastructures et fonctionnement du bloc opératoire:

Au cours de l'année 2011, les travaux de réhabilitation effectués sur le bâtiment du bloc opératoire a permis de Maro a permis de lancer les activités de ce service au dernier trimestre ce qui a permis de réduire notablement les références à Danamadji. L'équipement médical a été renforcé par l'achat d'un concentrateur d'oxygène. Il en est de même du matériel médical L'amélioration de l'accessibilité de la population aux soins obstétricaux d'urgence est élargie à la population autochtone qui devait également se rendre à 50 km pour bénéficier des soins adéquats.

Le médecin de terrain, un technicien supérieur en chirurgie et un IDE s'occupe de la consultation, des interventions chirurgicales et du suivi post opératoire des malades opérés. Le réveil des malades se fait à Maro et après cela les malades sont référés à Moula pour le suivi post opératoire tardif. Les contraintes liées au nombre limité du personnel affecté dans ce service expliquent le choix de cette stratégie qui n'est pas sans inconvénient vu que les malades sont déplacés dans un véhicule inapproprié faisant même entrer la poussière.

Il y a également un personnel d'entretien qui s'occupe de la stérilisation du matériel médical.

Tableau 20. Liste de matériel médical affecté au bloc opératoire de Maro en 2011 :

N°	DESIGNATION	QUANTITE
1	BOITE DE PETITE CHIRURGIE	1
2	BOITE DE LAPAROTOMIE	1
3	STHETOSCOPE IDEAL PAV DOUBLE	6
4	CONCENTRATEUR D'OXYGENE PERFECTO	1
5	LARYNGOSCOPE MILLER 3 LAMES 1-2-3	1
6	BOITE CESARIENNE	1
7	OTOSCOPE EN TROUSSE LIVRE AVEC 3 SPECULUMS REUTILISABLES	1



Bloc opératoire de Maro après réhabilitation en 2011

h. Interventions chirurgicales réalisées au bloc opératoire de Maro du 08/11/2011 au 31/12/2011 :

Tableau 21. Interventions réalisées en 2011

N°	Acte chirurgical	Nombre
1	Laparotomie exploratrice	1
2	Césarienne	15
3	Cure de hernie	35
4	Appendicectomie	2
5	Cure d'hydrocèle	1
6	Hystérectomie	1
7	Myomectomie	1
8	Kystectomie	1
9	Orchidectomie	1
10	Mise à plat d'une fistule anale	1

i. Hygiène et assainissement :

Un bloc de deux douches et un bloc de deux latrines ont été construit pour les malades et garde malades soignés au centre de santé de Maro. Un forage avec un château d'eau ont été construits pour garantir la permanence de l'eau au bloc opératoire mais aussi à la maternité dans l'ensemble des services du centre de santé.

d. Service de Laboratoire du Centre de Santé amélioré de Maro :**Tableau 22. Examen de laboratoire**

Type d'examen	Nombre	Dont positif
Recherche du VIH	2072	71
Recherche de la syphilis	60	2
Recherche antigène HBS	59	7
Widal	191	
Coloration du crachat au ziehl	59	

e. Service de Laboratoire de l'Hôpital de District de Goré :

Au niveau du laboratoire, 10041 examens de laboratoire ont été effectués d'une manière générale dont parmi les plus importants sont repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau 23. Examen de laboratoire

Type d'examen	Nombre	Dont positif
Recherche du VIH	1830	175
Recherche de la syphilis	272	7
Recherche antigène HBS	266	ND
Culot urinaire	937	
Recherche F.T	555	

Il y a eu au total 218 poches de sang prélevées pour répondre aux besoins de transfusion en pédiatrie et à la maternité principalement.

9.5 RENFORCEMENT DES INFRASTRUCTURE DANS LES CENTRES DE SANTE

a. Construction des installations sanitaires dans les Centres de Santé :

Dans le cadre de l'amélioration de l'accueil au niveau des maternités, les installations sanitaires ont été construites dans les CDS. Il s'agit chaque fois d'un bloc de deux douches et un bloc de deux latrines. En plus des installations sanitaires construites pour les maternités, les installations supplémentaires ont été construites pour les autres services des centres de santé de Maro, Moula et Yaroungou.



Construction d'un bloc de deux douches et de deux latrines pour la maternité de Moula

b. Renforcement en énergie solaire :

Grâce à l'appui de notre partenaire américain CRF (Chad Relief Foundation), les équipements solaires ont été installés dans les maternités de Dosseye, Beureh, Moula et Yaroungou. Pour renforcer la chaîne de froid, chaque centre de santé a été doté d'un frigo fonctionnant avec l'énergie solaire.

Installation solaire et frigo financé par CRF en 2011 au CDS de Beureh

9.6 APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS ET CONSOMMABLES MEDICAUX

Au cours de l'année 2011, le CSSI a fonctionné avec une pharmacienne basée à N'Ndjamena et les techniciens supérieurs basés à Goré et Maro. Sur base des consommations moyennes des centres de santé et de l'Hôpital de District de Goré, les commandes ont été faites pour approvisionner les différentes structures. Spécifiquement à Goré, le technicien supérieur en pharmacie a joué un rôle important dans l'encadrement de l'équipe de l'Hôpital pour la mise en place et le suivi de la tenue des outils de gestion.

D'une manière générale, il n'y a pas eu de rupture des médicaments sentinelles dans les centres de santé tout au long de l'année.

9.7 ACTIVITES PSYCHOSOCIALES

La prise en charge psycho-sociale est intégrée depuis 2011 dans les 3 camps. Cette activité est d'une importance cruciale vu le nombre des cas de violence sexuelle et domestiques enregistrés. Au total, 105 malades ont été pris en charge par ce programme au cours de l'année 2011.

10 GOULOTS D'ETRANGLEMENT

1. Charroi automobile vétuste

Les difficultés rencontrées au cours de la mise en œuvre des activités sont en grande partie d'ordre logistique. En effet, les véhicules à notre disposition sont très vétustes et les pannes sont récurrentes. Nous devons évacuer à tout moment et souvent en urgence les malades qui sont référés vers les échelons supérieurs alors que l'ambulance ne rassure plus. Quand bien même il tient de temps à temps, son déplacement pour une évacuation sanitaire fait que le déplacement des prestataires vers les camps ou des camps vers Goré fait que s'en trouve profondément perturbé à cause du nombre réduit des moyens de locomotion.

2. Difficultés d'accès à l'internet :

Le manque d'internet à la base de CSSI fait que l'équipe de coordination ne peut pas être prompt dans la réception des instructions ou des informations. Il en est de même des réponses réservées aux messages reçus. L'envoi des rapports est parfois retardé par cet obstacle à accéder à l'internet de manière continue. Pour pallier à cette difficulté, nous devons nous déplacer fréquemment vers la base de UNHCR pour nous connecter à l'internet. Quand la salle de réunion y est occupée, l'accès à l'internet devient impossible quelle que soit l'urgence que l'on a.

Le matériel informatique mis à notre disposition est insuffisant. En effet, la base de CSSI n'a pas d'ordinateur portable reçu de UNHCR. Dans ces conditions, comment peut-on se connecter à l'internet si loin de notre base. L'énergie n'étant pas permanente, il est pratiquement difficile de travailler en cas de coupure du courant électrique.

11 LECONS APPRISES

a. Bénéfices de la synergie des ONGs :

L'appui de Care International au programme de la santé de la reproduction a permis de relever les indicateurs au dernier trimestre 2011. L'effet additif est positif surtout en ce qui concerne la disponibilité des intrants dont les ruptures répétées ont entraîné une inaccessibilité périodique des femmes à la contraception avec comme conséquence la survenue des grossesses non désirées et l'implication sur le plan social et psychologique.

L'association des ONGs pour l'organisation des manifestations accroît la portée de la sensibilisation en plus l'efficience obtenue dans la gestion budgétaire.

b. Capitalisation des expériences :

Les expériences réussies d'un camp peuvent être transplantées dans les autres camps avec succès sans toutefois se jeter dans une standardisation aveugle des normes.

12 CONCLUSION

Les activités au cours de l'année 2011 se sont déroulées normalement nonobstant les difficultés qui ont émaillées le fonctionnement des services suite aux difficultés logistiques. L'appui de différents partenaires dont le principal est l'UNHCR suivi du PAM, nous a permis de couvrir les activités médico nutritionnelles et d'atteindre l'objectif de maintenir stable ou d'améliorer la santé de la population réfugiée par la garantie de l'accessibilité de cette dernière aux soins de santé primaire. La collaboration des autorités politico administratives a beaucoup contribué à la réalisation de ce travail.

3.6 RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITES DANS LES CAMPS DU SUD EST DU TCHAD (MOYO)

25. Introduction

Les centres de santé de Daha, Koy, Betimera et Massambagne sont par excellence les seuls services de santé qui s'occupent de la gestion des problèmes de santé de la population réfugiée dans les quatre différents sites dans la zone de salamat depuis 2009 jusqu'au premier trimestre 2011 et par extension celle de la population autochtone. Depuis Avril 2011, suite à l'insécurité à la frontière, le gouvernement Tchadien a décidé de relocaliser les réfugiés de Daha, Betimera et Massambagne sur le nouveau site de Moyo situé à 6 Km de Haraze ayant pour conséquence la réduction de la population puisque la relocalisation est volontaire. La population totale des réfugiés qui était estimée à 18 000 est réduite à 5 822 après la relocalisation dont 3 555 sur le nouveau site de Moyo et 2 267 à Koy (site non relocalisé). Avant la relocalisation, le CSSI a réalisé les activités médicales pendant les quatre premiers mois dans les sites de Daha, Betimera et Massambagne mais les données ne seront pas prises en compte dans ce rapport car il se poserait un problème de dénominateur qui pourrait jouer sur les indicateurs dont on aura 12 mois pour Koy et 8 mois pour Moyo en fusion. Les centres de santé de Moyo et Koy offrent les prestations en soins curatifs, en santé de la reproduction (maternité, planification familiale, PTME) la prévention par la vaccination notamment les activités du PEV, en nutrition et VIH/SIDA. Après le départ de l'ONG Solidarité partenaire d'UNHCR, les volets additionnels comme la Distribution des vivres et le Wash ont été confiés à CSSI au 2e semestre dont les données seront présentées. Ce rapport fait l'état des activités réalisées au cours de l'année 2011 par les centres de santé CSSI de Haraze dans différents domaines comme la santé, le Wash et la Distribution des vivres et des leçons seront tirées afin d'améliorer les conditions de prestation et des résultats.

26. Objectif

a. Objectif Général

L'objectif du projet est de fournir la protection et l'assistance humanitaire aux réfugiés centrafricains tout en favorisant la promotion de l'autosuffisance et de l'intégration socio-économique de ces derniers dans les services sociaux tchadiens.

b. Objectifs Spécifiques

Les objectifs de ce projet découlent des objectifs formulés dans le Plan d'opération du Pays et sont liés aux objectifs stratégiques globaux de l'UNHCR 2011-2012. Plus spécifiquement il s'agit de:

- 1) Promouvoir la sécurité et renforcer la protection des refugies Centrafricains installés au sud et sud-est du Tchad, tout en augmentant l'autosuffisance, le bien-être et l'autogestion des communautés;
- 2) Continuer à renforcer la capacité des autorités Tchadiennes sur la loi relative à l'asile et les procédures d'asile pour leur permettre d'assumer une plus grande responsabilité dans la question des refugies.
- 3) Appuyer les activités de création de revenus incluant les micros crédits et le soutien aux petites entreprises et l'apprentissage comme moyen de transfert des connaissances;
- 4) Fournir un appui aux réfugiés dans la limite des ressources disponibles, pour une prise en charge de leurs besoins spécifiques en vivres, abris, eau et assainissement, santé, éducation et services communautaires ;
- 5) Promouvoir l'accès à la terre cultivable (1-2ha/famille), et disponibilisation des intrants et matériels agricoles (semences, outils agricoles, fertilisants et pesticides) ;
- 6) Limiter la dégradation de l'environnement à travers les activités de reforestation, la mise en place des pépinières sylvicoles et l'opérationnalisation des comités de gestion de l'environnement pour réduire la coupe abusive des arbres et la promotion de l'utilisation des foyers améliorés;
- 7) Renforcer les liens avec les agences de développement en vue d'intégrer progressivement l'éducation, la santé, l'agriculture, la création de revenus, l'approvisionnement en eau et autres activités sectorielles dans le programme de développement de la région ;
- 8) Inciter les autres partenaires du développement que sont les donateurs (Union Européenne), les ONGs, les agences des Nations Unies, particulièrement l'UNICEF, l'OMS, la FAO, à une stratégie d'appui à l'intégration des réfugiés dans les structures locales tout en renforçant ces structures qui sont particulièrement déficientes.

27. Staff du Projet

Le projet est dirigée par une coordination terrain qui assurer la mise en œuvre de toutes les activités. L'équipe est essentiellement composée du Médecin Coordonnateur avec son Administration et sa Logistique, les deux centres de santé sont gérés par le Médecin terrain et les volets comme le Wash et la Distribution des vivres sont assurés par les responsables en la matière.

28. Collaboration Institutionnelle

Le CSSI collabore directement avec UNHCR qui est le partenaire principal qui supervise toutes les activités mais indirectement avec le PAM dans le domaine de la prise en charge des malnutris et la Distribution Générale des Vivres, le CNAR qui assure la gestion des camps représentant le gouvernement et la GIZ qui assure la logistique sans oublier les Autorités Administratives et Militaires qui assurent la sécurité des camps et de tous les partenaires.

29. Principaux Bailleurs

UNHCR représente le seul Bailleur qui finance toutes nos activités.

30. Stratégies ou Approches

Les stratégies sont fonction du volet, c'est ainsi que :

➤ Sur le plan sanitaire, les stratégies consistent à :

Assurer les soins de santé primaires afin que la santé de la population soit améliorée par la réduction de la mortalité infantile, maternelle et globale, une bonne couverture vaccinale, fourniture des services de santé reproductive, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH...

➤ En Wash, il convient de :

- Construction, élargissement et/amélioration du réseau d'alimentation en eau
- Construction d'installations sanitaires/latrines construites dans les écoles et dans les foyers
- Fourniture de services communautaires de gestion des déchets solides et liquides

➤ La Distribution Générale des Vivres à la population doit être satisfaisante basée sur le principe du scooping et doit être mensuelle.

31. Zone d'intervention

Elle prend en compte les camps des Réfugiés de Moyo et Koy ainsi que les villages environnants.

32. Durée du Projet

Elle couvre une année allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre.

33. Activités réalisées en 2011

A. SANTE

A. 1 Taux de fréquentation

Le taux de fréquentation des centres de santé de Koy et Moyo au cours de l'année 2011 montre pendant presque toutes les périodes une surutilisation des services. Au cours de l'année 2011 plus de 24 761 patients ont été enregistrés au CDS de Moyo-Koy répartis comme suit : 88% de réfugiés soit 21 790 patients, contre 2 971 patients soit 12% constituée de la population locale.

Le taux de fréquentation globale pour les réfugiés est de 4.8 en 2011. La norme acceptée dans le contexte d'un camp de réfugiés se situe dans l'intervalle de (1-4) et donc acceptable.

Les plus haut taux de fréquentation sont enregistrés au premier semestre pendant les mois de février, mars et en Avril.

Tableau 1 Taux de Fréquentation de CDS de Moyo-Koy en 2011

	jan/juil.	fev/Aou	mar/sep	avr/oct	mai/nov	ju/dec
premier semestre	4.8	6.7	6.7	6.8	5	4.5
deuxieme semestre	4.2	5.1	5.6	4.2	3.3	4.2

A. 2 Consultation curative

La consultation curative est la plus grande activité thérapeutique qui est assurée au CDS de Moyo-Koy. Elle est principalement réalisée par les médecins, infirmiers et sages-femmes. La moyenne des consultations par consultant étant de 67 par jour pour un total de 24 761 patients consultés, il faut noter que durant l'année 2011, il y a des perturbations dues à la réduction du personnel médical suite à la relocalisation des réfugiés.

Ceux qui restaient en poste de consultation étaient surchargés expliquant ainsi le dépassement de la norme qui devrait être en dessous de 50 consultations/clinicien/jour.

A. 3 Morbidité

Le profil épidémiologique de l'aire de santé de Haraze s'est dessiné avec l'apparition d'un ensemble de syndromes dans la population générale dont les cinq premiers feront l'objet d'une présentation.

En effet, ces principaux syndromes dominants ayant constitué les premiers motifs de consultation dans la population générale sont les infections respiratoires hautes et basses, suivis du paludisme suspecté et confirmé, des parasitoses et les diarrhées aqueuses.

Les infections respiratoires hautes comme basses ont eu les pics les plus élevés durant toute l'année même si par moment il y a eu des décroissances. On pense que les conditions naturelles climatiques (vents sec chaud ou froid survenant avec la poussière), les conditions précaires de protection et de vie y ont joué un rôle important dans l'apparition de ces syndromes. Le paludisme ayant un petit pic peut s'expliquer par le fait que la région d'Haraze se situe légèrement au sud considéré comme zone endémique pour la pathologie mais est dans tous les cas saisonnière puisqu'on son pic augmente plus pendant la saison pluvieuse.

Quant aux parasitoses, et les diarrhées aqueuses s'expliqueraient par un problème d'hygiène.

Ceux deux syndromes constituent en effet, un volet important parmi les grands groupes d'affections chez les adultes et les enfants aux quelles il faut accorder une analyse minutieuse. Certes, on les lie aux conditions d'hygiène précaire au sein de la population et les réinfectations oro-fécales possibles. La latéritisation reste aussi une préoccupation dans cet environnement.

Les autres maladies sans grande ampleur sont : La tuberculose et le VIH.

Ces affections de façon générale ne sont pas pris en charge dans nos centres mais plutôt au District et nous n'assurons que le suivi, cependant il ne faut pas perdre de vue sur leurs prévalences connues dans les pays en voie de développement.

Un programme de dépistage volontaire est fonctionnel dans le centre de santé de Moyo depuis 5 mois.

Les traumatismes suite aux armes blanches ont constitué une faible prévalence cependant lorsqu'ils ont lieu, ils demeurent très graves et généralement le plateau technique du centre reste inadapté à leurs prises en charge

Tableau 2. Cas de principaux syndromes à Moyo-Koy en 2011 dans la pop Générale

Pathologies	Infection resp inf	infection resp. sup	Diarrhées aqueuses	Palu. confirmé	Palu présumés	Parasitoses
Période 2011	17.5%	8%	6.5%	8.5%	14.5%	8%

A. 4 Les maladies à potentiel épidémique

Quelques cas rares suspects de Rougeole ont été enregistrés et aucun cas de Méningite dans les deux camps n'ayant aucune incidence en santé publique.

Cependant une surveillance épidémiologique doit être toujours observée.

A. 5 La vaccination

Tableau 5 taux de couverture vaccinale 2011 en %

	Moyo	Koy
BCG	119.4	103.3
POLIO	111.7	95.6
PENTA	111.7	95.6
Rougeole	81.9	70.3
Tx abandon	26.6	15.5
Enft Compl Vaccinés	79.6	70.3

La mise en œuvre des activités de vaccination est faite en conformité avec la politique nationale de vaccination du pays qui est celle du PEV de routine. L'intégralité des antigènes administrés au Tchad sont offerts aux enfants réfugiés avec la continuité du nouveau vaccin Pentavalent qui ajoute au DTC les vaccins contre l'Hépatite B et contre l'Hémophilus influenza. Ces vaccins sont : BCG, VPO, DTC-HepB-Hib, VAR, VAA, VAT). Ce programme est mis en place grâce à l'approvisionnement en vaccin qui est assuré par la Délégation Régionale de la santé, District et l'UNICEF.

La prévention par la vaccination est une activité effective dans les centres de santé de Moyo-Koy. Les CDS mènent cette activité tout en respectant les dispositions du PEV comme ci-dessus énumérée:

Le respect du calendrier vaccinal PEV préétabli et la population cible définie de 0-11 mois.

Les taux de couverture atteints durant l'année 2011 aux CDS de Moyo-Koy sont légèrement en dessous de l'objectif de 100% pour les enfants complètement vaccinées à l'exception du BCG, Polio et Penta. Tous les nouveaux nés au centre de santé et aussi des enfants nés à ailleurs qui seraient de retour vers le camp sont vaccinés immédiatement par le BCG.

Les taux d'abandon en moyenne sont respectivement de 26% et 15% à Moyo et Koy ce qui est légèrement élevé au regard du seuil toléré qui est inférieur à 10%, cependant si l'on considère les taux de couverture mensuels, il existe des disparités d'un mois à un autre.

Les hiatus sont occasionnés par l'absence inexplicée des mères aux périodes de rendez-vous de vaccination des enfants.

On note d'autre part, que les déplacements des parents vers la frontière expliqueraient en partie le non-respect des rendez-vous à la vaccination.

D'autres raisons non spécifiques sont aussi en faveur de leur irrégularité à la vaccination, on peut citer les raisons suivantes:

la non motivation des mères,

la négligence des mères dont les préoccupations quotidiennes prennent le dessus sur le suivi vaccinal de l'enfant.

L'insuffisance de sensibilisation et de recherche des cas d'abandon par le service communautaire

A cet effet, le service communautaire doit doubler plus d'effort de retrouver les absents à la vaccination afin de réduire le taux de déperdition voire même enrayer l'absence au rendez-vous.

Il faut cependant noter que des ruptures sporadiques des vaccins sont observées et surtout pendant la saison pluvieuse ou Haraze est en plein isolement mais cet aspect des choses est solutionné par un ravitaillement du District par Unicef en provenance d'Abéché par le vol humanitaire.

6 La santé de la reproduction

Tab 6.a_ Santé de la Reproduction (SR) premier semestre 2011 Moyo-Koy

	JAN	FEV	MARS	AVR	MAI	JUIN
Tx brut de nce	4.9‰	3.1‰	4.4‰	3.2‰	5.1‰	3.5‰
Total nce vivante	11	7	10	5	27	22
Proportion nce assistee	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Proportion de faible poids	0	0	0	0	9%	12%
Proportion de mort ne	0	0	0	0	0	0
Tx d'utilisation PF	19.2%	39%	39.7%	20.5%	0.25	0.8%

Tab 6.b_ Santé de la Reproduction second semestre 2011 Moyo-Koy

	juillet	aout	septembre	octobre	novembre	décembre
taux brut de naissance	3.4	5.2	4.5	3.7	4.2	3.7
total de naissance vivante	19	27	28	24	26	21
proportion de naissance assiste	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Proportion de faible poids nce	10%	0%	0%	0%	5%	9%
proportion de mort né	0	0	0	0	0	0
taux d'utilisation de PF	0.7	0.5	0.6	0.7	1.3	1.7

De façon générale, les activités de Santé de la Reproduction se déroulent bien, les indicateurs en soins prénatals sont positivement appréciés, la majorité des femmes qui accouchent dans le Centre de Santé ont satisfaits aux soins prénatals complets, qui incluent la couverture vaccinale prénatale a l'anatoxine tétanique et le traitement présomptif intermittent du paludisme.

Des stratégies correctrices mises en place ont permis de rehausser le taux couverture des accouchements assistés.

Le taux brut de naissance est de 4‰ /an.

En Santé de la reproduction (SR), le volet le peu couvert dans nos centres est celui de la planification familiale et du PTME. Malgré l'offre des différentes méthodes contraceptives par le personnel, la demande est quasi inexistante, le taux de couverture le plus élevé au cours des six derniers mois est de 1,7%.

Une sensibilisation ciblée des couples serait nécessaire pour améliorer l'indicateur de l'offre de cette prestation.

La composante PTME n'était pas opérationnel au premier semestre et sera développée qu'au second semestre avec des Counselings pré-test systématiques chez les femmes enceintes, la réalisation des tests de dépistage VIH-SIDA chez les femmes ayant accepté avec consentement éclairé et l'application du protocole PTME chez les femmes enceintes séropositives. La formation et le recyclage des prestataires en PTME 2012 seront réalisés. Le CSSI continuera à renforcer les mesures de précautions universelles pour prévenir les accidents d'exposition au sang contaminé et assurer la disponibilité des kits PPE

Les cas de Violence sexuelle (SGBV) sont très peu explorés et les cas déclarés au CDS sont très insignifiants. Néanmoins, la santé communautaire et mentale assure une prise en charge adéquate des cas possibles répertoriés dans le camp de SGBV.

A.7 La Nutrition

7. a Moyo

Service	CNS Enfant	CNS Femme enceinte	CNA	CNT
Total Admission	241		42	16
Couverture	276%	217%	743%	31%
Récupération	93.3%		NC	91.3%
Mortalité	0		NC	8.7%
Absence	5.5%		NC	0%

7. b Koy

Service	CNS Enfant	CNS Femme enceinte	CNA	CNT
Total Admission	179		N/D	14
Couverture	463%	116%	N/D	43%
Récupération	91.5%		N/D	100%
Mortalité	0		N/D	0%
Absence	5.7%		N/D	0%

Le service de nutrition était peu fonctionnel répondant essentiellement à l'unité du centre de nutrition supplémentaire qui assure la prise en charge de la malnutrition modérée chez les enfants et les femmes enceintes et allaitantes.

Le CNT du district n'étant pas fonctionnel faute de structure et de ressources humaines, les cas de malnutrition sévère sont pris en charge au niveau de centre de Moyo, mais là encore les intrants faisaient défaut.

Ce n'est qu'au mois de Novembre, que nous avons commencé à recevoir les intrants de CNT et CNA et une formation sur le nouveau protocole a été faite aux personnels permettant l'ouverture de CNA mais de CNT en instance pour 2012.

Les taux de couverture en CNS sont largement dépassés et cela peut s'expliquer par le non maitrise du dénominateur qui est la population. Cependant les taux de récupération et d'absence sont appréciables.

Les screening sont fait de façon mensuelle par le service de nutrition soutenu fortement par le service communautaire mais toute fois, une enquête nutritionnelle a été organisée par les partenaires PAM et UNHCR sollicitant notre appui dans la réussite. Il faut noter qu'en appliquant le nouveau protocole pour 2012, la cible des femmes enceintes et allaitantes sera revue en baisse et nous espérons que le CNT et CNA seront effectivement fonctionnels en 2012.

A. 8 La mortalité

Le nombre de décès varie d'un mois à un autre, mais dans l'ensemble, les taux de mortalité sont acceptables : 10 décès à Moyo soit un taux de 0.4 et 5 à Koy soit un taux de 0.2. Cependant, on note un taux élevé chez les enfants de moins d'un an à Moyo qu'à Koy.

A. 9 Le service d'hospitalisation et de transfert

Durant toute l'année 2011, 332 patients ont été hospitalisés dont 188 à Koy et 144 à Moyo. Le paludisme suivi des infections respiratoires représentent les principales causes d'hospitalisation.

Le taux de transfert est de 1.4 pour un total de 79 dont 41 à Moyo et 38 à Koy, ce taux très faible de cause principalement Obstétrico-chirurgicale se justifie par le manque des ressources humaines qualifiées et des infrastructures adéquates au niveau du district sanitaire d'Haraze.

Le transfert au niveau régional et national est très rare voire quasi- inexistant à cause des ressources humaines compétentes au niveau des camps et le bloc-opératoire du district fonctionnel même s'il manque des matériels.

Tab 9 des patients référés de Moyo-Koy au District en 2011

	district	region	national	total
urgence medicale	12	0	0	12
urgence chirurgicale	46	0	0	46
urgence gyneco	07	0	0	07
urgence pediatrique	14	0	0	14
Transfusion	0	0	0	0
Total	79	0	0	79

A. 10 Activité de santé mentale et communautaire

10. a Le service de santé mentale

Le service de santé mentale est une unité qui reçoit toute personne identifiée comme cible nécessitant un soutien psychologique, suite aux événements vécus en temps de perturbation sociale, et aux agressions physiques, morales et ou abus sexuel.

Le nombre de ces patients identifiés et ayant un dossier pour les sites de Daha, Betimera et Massambagne est revu très largement en baisse car beaucoup n'ont pas accepté d'être relocalisés sur le nouveau camp de Moyo.

10. b Le service communautaire

Le service communautaire reste solliciter quant à la sensibilisation de la population sur les différents thèmes de santé et la recherche de perdus de vue et au recensement des cas de décès au camp et ou hors de cette localité. Il constitue l'un des leviers incitateurs à la fréquentation. Cependant le travail est insuffisamment réalisé sur le terrain du à des départs du groupe et insuffisance de maîtrise des techniques de communication avec les boites à image.

A. 11 Dépôt Pharmaceutique

Le dépôt pharmaceutique situé à Haraze est une unité du grand stock permettant la livraison des deux centres de santé des camps de façon hebdomadaire ou mensuelle. Ce dépôt ne répond aux conditions de stockage d'où nécessité de le réhabiliter.

Les patients sont servis en médicaments sur présentation des ordonnances délivrés par les prestataires aux centres de santé.

Les ruptures ne sont pas très souvent observées cette année comparativement en 2010 mais ces quelques molécules qui ont subi de rupture peuvent être expliqué par la rupture de Façon constante au niveau de la PRA d'Amtiman, notre point d'approvisionnement.

A. 12 Infrastructure, Bâtiment et logistiques

Quant aux infrastructures de deux Centres de santé sont faits de sheeting en plastique, ce qui les rend vulnérable à toutes les intempéries au moment des pluies et vents violents mais celui de Koy est plus pire et en état de délabrement.

Une des alternatives est de veiller à parer au plus pressé, qui est le renouvellement des sheetings et de continuer le plaidoyer au prêt des partenaires pour la construction des centres en matériaux définitifs.

En matière d'eau et assainissement les centres ne disposent pas d'un incinérateur pour l'élimination des déchets et ne sont pas alimentés par l'eau courante mais disposent d'un forage à quelques mètres.

La source d'énergie couramment utilisée est les lampes torches, ce qui rend très difficile la gestion des urgences nocturnes et expose même les agents de santé aux Accidents d'Exposition au Sang mais la dotation d'un groupe électrogène à alimentation diesel et carburateur pourrait solutionner le problème.

B. WASH

Le présent rapport d'activités de WASH durant la période indiquée se veut simplement résumer les grandes réalisations en omettant volontairement les activités de routine de ce volet dans les camps des réfugiés. Il relève seulement ces réalisations sans quantification, on pourrait voir ces détails dans les rapports d'activités périodiques ou de fin de chantiers.

Ces activités ont été réalisées par le concours des bénéficiaires, des collaborateurs appartenant aux institutions partenaires suivantes : CNARR, DIS, Sous-préfecture et Département de Haraze mangueigne, UNHCR, ACRA, et les personnels du CSSI sous la conduite de d'un Spécialiste de WASH et un Assistant de WASH du CSSI que le CSSI saisit cette occasion pour les remercier sincèrement pour leurs efforts inlassables.

Le volet WASH a été confié au CSSI en juillet 2011, deux techniciens (un spécialiste et un assistant) ont été recrutés respectivement en août et septembre pour la mise en œuvre des activités de volet.

Voici lesdites réalisations saillantes :

- Evaluation des forages réalisés par l'entreprise SCRIT dans le camp des réfugiés de Moyo

Du 21 au 22 novembre 2011, une évaluation conjointe des 19 forages réalisés par l'entreprise SCRIT pour le compte des réfugiés de Moyo a été faite par SCRIT, CSSI, UNHCR, CNARR. Un rapport d'évaluation conjoint a été produit par SCRIT, CSSI, UNHCR et CNARR. Le but était de relever ce qu'il y a lieu de corriger ou de faire sur chaque forage pour que l'entreprise les réalise afin de rentrer en possession de la retenue du montant du marché pour garantie.

- Réalisation des latrines avec sacs et réhabilitation des latrines de l'école

Rappelons que pour le volet WASH CSSI Haraze, un certain nombre d'activité ont été proposées pour être réalisées pour la période de septembre à décembre 2011 mais compte tenu des urgences dans le camp de Moyo en matière de latrines, les fonds ont été utilisés pour pallier à ce problème. Toutes les latrines construites en urgence pendant la relocalisation des réfugiés étaient pleines au bout de trois mois. C'est ainsi que l'UNHCR a demandé au CSSI

Haraze d'utiliser tous les fonds pour la construction des latrines communautaires dans le camp de Moyo. 204 latrines avec soutènement des parois en sillons (sacs remplis de sable), avec dalle en plastique et superstructure en plastic sheeting ont été construites dans les 12 quartiers du camp à raison de 17 latrines par quartier. 30 latrines de l'école de Moyo ont été réhabilitées (fourniture et fixation des dalles en plastique, mise en place des superstructures en plastics sheeting et remblaiement des enceintes).

C. DISTRIBUTION GENERALE DES VIVRES(DGV)

Dans le cadre de la révision à mi-parcours, le Centre de Support en Santé Internationale, sous l'égide du HCR et du PAM, a bénéficié des activités additionnelles entre autres le volet de Distribution Générale des Vivres .Et ce à partir du mois de juillet à décembre 2011.

A cet effet, il est judicieux de rappeler ici que de manière synoptique, les activités de Distribution Générale des Vivres aux réfugiés, se sont bien déroulées nonobstant quelques manquements relevés par les partenaires impliqués dans l'opération de cette activité.

Cependant, nous allons présenter d'une part la situation du camp de Koy et celle du camp de Moyo d'autre part.

☐ L'allocation du point de distribution de Koy était de 273118 kg soit 273,118 tonnes selon la quantité / personnes /jours pour 9716 bénéficiaires prévus selon le master liste de la taille de famille de 1 à la taille de 9.

☐ Tout d'abord, nous avons commencé par la sensibilisation de la population réfugiée sur les commodités (CERMAZ, CERRIC, CSB, PULSPE, SUCRE, CERMML, OILVEG, SALT) et les quantités ou grammages ;

☐ La formation de tas selon les différentes tailles ;

☐ 9716 personnes selon le bon d'allocation de PAM et une requête de HCR ont été prévus;

☐ 8959 personnes réellement atteintes

☐ 8959 boules de savons distribuées

☐ Retour site 757 boules de savon

☐ 5 personnes absentes

☐ 752 personnes non prévues

☐ 4381 Femmes et 4579 Hommes étaient servis ;

☐ Retour site 27457 kg soit 27,457 tonnes à l'entrepôt du PAM

☐ L'allocation du point de distribution de Moyo était de 158 355 kg soit 158,355 tonnes selon la quantité / personnes /jours pour 15933 bénéficiaires prévus selon le master liste de la taille de famille de 1 à la taille de 13.

- ☐ Tout d'abord, nous avons commencé par la sensibilisation de la population réfugiée sur les commodités (CERMAZ, CERRIC, CSB, PULSPE, SUCRE, CERMML, OILVEG, SALT) et les quantités ou grammages ;
- ☐ La formation de tas selon les différentes tailles ;
- ☐ 15933 personnes selon le bon d'allocation de PAM et une requête de HCR ont été prévus;
- ☐ 15796 personnes réellement atteintes
- ☐ 15796 boules de savons distribuées
- ☐ Retour site 137 boules de savon
- ☐ 10 personnes absentes
- ☐ 117 personnes non prévues
- ☐ 8047 Femmes et 7809 Hommes étaient servis ;
- ☐ Retour site 511035 kg soit 511,035 tonnes à l'entrepôt du PAM

11. Difficultés Rencontrées

- Insuffisance d'une mobilisation sociale par les Agents de santé communautaire afin d'atteindre une bonne couverture vaccinale, un bon taux de récupération chez les enfants malnutris et un bon taux d'utilisation des contraceptifs
- Améliorer le taux de récupération au centre de nutrition
- Améliorer le taux d'utilisation des contraceptifs
- Insuffisance du renforcement des capacités des agents de santé communautaires en communication
- Absence d'équipement de la coordination CSSI en outils informatiques, mobiliers et matériels bureautiques
- Absence d'une antenne Internet
- Les centres de santé en matériaux non durables
- Absence d'un incinérateur et de Groupe électrogène aux CDS
- Nombre insuffisant des réfrigérateurs à pétrole
- Insuffisance du renforcement de la capacité des Agent de Santé, de Distribution et Wash
- Planification des activités Wash 2011 en saison pluvieuse
- Absence des dépôts du stock des vivres pour CNS dans les deux CDS
- Absence des infrastructures sanitaires et des personnels qualifiés pour le District centre de référence des camps

12. Leçons apprises

Le centre de support en santé internationale a retenu des points forts et à améliorer qui sont :

Points forts

Existence d'un Personnel qualifié et disponibles
Disponibilité des antigènes et vaccins
Meilleure couverture vaccinale en en BCG, Pentavalent et Poliomyélite
Disponibilité de toutes les activités du PMA
Formation continue du personnel, infirmiers et SFE en SR et SIS
La disponibilité des médicaments
Appui des partenaires (OMS, UNICEF, PAM, UNFPA, UNHCR)
Participation du coordonnateur médical aux différentes rencontres du cluster et réunion de coordination locale
Disponibilité de la logistique roulante pour les cas d'évacuation
Un taux de promptitude de 100% pour les rapports hebdomadaires (ewars) et mensuels (HIS)
Un de complétude de 100% des rapports hebdomadaires (ewars) et mensuels (HIS).

Points à améliorer

Taux de couverture vaccinale pour les enfants complètement vaccinés
Taux d'utilisation de la planification familiale
La compétence des agents de santé communautaire sur les thèmes à débattre.
Taux de couverture des activités de la PTME
Le volet sensibilisation de la communauté sur les problèmes de santé promotionnelle
Insuffisance de l'outil informatique, mobilier et matériel bureautiques pour les volets additionnels
Centres de santé construits en matériaux non définitifs
Absence d'incinérateur dans les CDS
Absence de couverture en source d'électricité
Insuffisance de chaîne de froid au centre de santé
Insuffisance de formation des agents de distribution
Insuffisance des moyens pour le volet Wash

13. Conclusion

Les centres de santé des camps d'Haraze sont dirigés par un personnel qualifié médecin coordonnateur et médecin de terrain qui appuient quotidiennement l'ensemble du personnel chargé de la prise en charge des patients. Les différentes affections rencontrées sont traitées au mieux.

D'autre part quelques insuffisances relevées dans les activités promotionnelles et préventives méritent un renforcement des capacités au niveau du service communautaire afin d'améliorer les résultats des dites activités. Après analyse des données de l'année 2011.

Les nouveaux volets comme la Distribution et le Wash ont connu beaucoup de difficultés en 2011 faute de la disponibilité des moyens mais cela pourrait résolu en 2012 si des précautions sont prises dès le début de l'année.

3.7 RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITES DANS LES CAMPS DE L'EST DU TCHAD (Djabal et Goz-Amir)

I. Introduction

Le camp de Djabal est situé dans le District sanitaire de Goz-Beida, dans la Délégation du SILA, et compte 18 084 réfugiés. Celui de Goz-Amir a une population de 25690 réfugiés. La population autochtone environnante fréquente également les centres de santé pour bénéficier des avantages liés à la gratuité.

Chaque centre de santé offre des prestations curatives, préventives et promotionnelles. Les Urgences sont référées à l'hôpital de Goz-Beida pour ceux de Djabal et au centre amélioré de Koukou pour ceux de Goz-Amir. Le CSSI gère le camp de Djabal et de Goz-Amir depuis le mois de janvier 2010, et chaque projet (sous accord) avec l'UNHCR dure une année.

Les objectifs

Objectif Général

Protection en attendant une solution durable

Objectif spécifique

- La Santé de la population est améliorée ou maintenu stable
- L'état nutritionnel de la population est amélioré
- Le risque de transmission du VIH est réduit et la qualité de la prise en charge est améliorée

Staff du projet

Le management du projet de Djabal est assuré par un médecin coordonnateur qui sert d'interface sur le terrain entre les partenaires et le CSSI. Il y a un médecin de terrain qui s'occupe du traitement des malades et l'organisation directe au niveau du centre de santé.

Ces deux sont appuyés par un Administrateur gestionnaire, un logisticien et une secrétaire.

Il y a bien sûr une équipe technique composée d'infirmiers, de sage-femme d'aides-soignants de nutritionnistes et d'agents psychosociaux.

Collaboration Institutionnelle

Le CSSI dans la réalisation des activités côtoie beaucoup de partenaires. Ces partenaires sont aussi bien du système des nations unies que de l'état. Régulièrement des réunions nous permettent d'échanger et de renforcer notre collaboration afin de faciliter chacun dans l'exécution des activités.

Principaux bailleurs

Dans le cadre de l'exécution des activités, plusieurs bailleurs interviennent. Il y a en tête l'UNHCR à travers le financement du sous accord, l'UNICEF pour les intrants nutritionnels,

l'UNFPA pour les contraceptifs et autres matériels techniques, le **PAM** en nature avec les vivres pour les malnutris.

Il faut également noter que les ARV sont fournis par **l'Etat Tchadien** pour la prise en charge des malades de SIDA.

Stratégies ou approches

Le CSSI dans son intervention à Djabal privilégie les échanges au sein des différents acteurs afin de permettre une meilleure exécution des activités. Parmi les échanges, des réunions de suivi des indicateurs sont programmées, ainsi que des supervisions internes afin de planifier des renforcements de compétence dans le cas échéant.

Dans les différents domaines d'intervention (santé nutrition et VIH), en plus des activités menées au centre de santé, nous allons également vers la communauté à travers nos agents de santé communautaires. Cela nous permet d'avoir une confiance de la population et de mieux comprendre leurs problèmes.

Activités menées

Les activités menées au niveau des camps concernent trois grands points dont le volet prise en charge sanitaire des réfugiés qui consiste à la prise en charge de leurs pathologies courantes, la prise en charge nutritionnelle et enfin le VIH/SIDA.

I. Taux de fréquentation

Au cours de l'année 2011, on a constaté que 35670 malades ont consulté au niveau du centre de santé de Djabal, et 42617 à Goz-Amir soit un total de 78287 consultations. Les taux de fréquentation sont de 1,9 à Djabal et de 1,6 à Goz-Amir, ce qui est dans la norme, mais un effort doit être fait pour l'améliorer surtout du côté de Goz-Amir.

La consultation journalière par clinicien qualifié est de 42 malades à Djabal et de 65 à Goz-Amir, ce qui traduit une charge de travail relativement élevé pour ce dernier centre de santé. Il faut noter que les autochtones représentent également un nombre très important parmi les malades consultés.

II. La Morbidité

Tableau I : répartition des 08 principales maladies au cours de l'année 2011

Maladies	Nombre		% lié à la morbidité	
	Djabal	Goz-amir	Djabal	Goz amir
Infections respiratoires inférieures	7013	10175	25%	26%
Diarrhée aqueuse	3496	4802	12%	12%
Infections respiratoires supérieure	3313	5355	12%	14%
Parasitose intestinale	2983	1631	11%	4%
Maladies de la peau	1852	2146	1%	5%
Maladies des yeux	1376	2371	5%	6%
Malnutrition aigue	115	162	0%	0%
Paludisme (suspect et confirmé)	862	1836	3%	5%

Parmi les huit (08) principales maladies, les infections respiratoires inférieures tiennent la tête suivi des diarrhées .Cela pourrait s’expliquer par une insuffisance d’hygiène pour le cas des diarrhées. Un effort doit être fait pendant nos séances de sensibilisation pour le renforcement de l’hygiène au niveau des camps.

III. Hospitalisations et décès

Le paludisme, les infections respiratoires et les diarrhées constituent les premiers motifs d’hospitalisation. Il faut noter que ces hospitalisations ne dépassent jamais 48 h au niveau du centre de santé. Les complications sont toujours référées au niveau de l’hôpital de District.

Tableau II : Répartition des principales hospitalisations

Maladies	Nombre	
	Djabal	Goz-Amir
Infection respiratoire inférieure	575	198
Paludisme	165	165
Diarrhées aqueuses	147	114
Malnutrition aigue	25	19
Rougeole	28	0

IV. Contrôle des maladies

Comme l’indique le tableau ci-dessous la tuberculose et la lèpre sont des maladies dépistées au cours de l’année. Quand bien même le nombre n’est pas élevé, il faut se dire que les cas dépistés ne sont que la zone visible de l’iceberg. Le personnel n’a pas beaucoup de compétence pour dépister la lèpre. La lèpre n’est plus un problème de santé publique au Tchad, mais les cas découverts à Goz-Amir sont importants et des mesures doivent être prises pour renforcer les compétences du personnel pour la prise en charge de ces cas .Il faut à partir de ces maladies, insister sur la sensibilisation au niveau des camps pour une meilleure fréquentation du centre de santé.

Tableau III : Répartition des maladies sous contrôle

Maladies	Nombre	
	Djabal	Goz-Amir
Tuberculose	03	0
Lèpre	01	6

V. La vaccination

Tableau IV : Couverture vaccinale

Antigènes	Pourcentage	
	Djabal	Goz-Amir
BCG	128,8%	116,9%
POLIO	104,6%	84,5%
PENTA	95,7%	71,2%
ROUGEOLE	98,8%	114,1%
ENTIEREMENT VACCINE	98,2%	102%
ABANDONS	20,5%	42,2%
Couverture post natale en vitamine A	98%	94,2%
VAT	96%	99%

Il faut noter que les vaccins proviennent de la Délégation sanitaire du Sila. L'UNICEF met les vaccins à la disposition des Délégations sanitaires en incluant les besoins en vaccins la population de réfugiés.

Les couvertures vaccinales au niveau des Centres de Santé sont acceptables, seulement les abandons sont importants car plus de 10% d'abandon est considéré comme une insuffisance. Des mesures doivent être prises au sein de la communauté pour une recherche des perdus de vue.

VI. Nutrition

Un superviseur nutritionnel et ses assistants assurent le fonctionnement du centre nutritionnel de Djabal et de Goz amir. Les femmes enceintes et allaitantes sont prises en charge ainsi que les enfants malnutris de 0 à 59 mois.

Les partenaires comme le PAM et l'UNICEF appuient les deux centres de santé en intrants alimentaires pour toutes les personnes souffrant de malnutrition. Les malnutris sévères avec complications sont référés à l'hôpital de Goz-Beida pour ceux de Djabal, et le centre amélioré de Koukou pour ceux de Goz amir. Ne sont gardés au centre de santé que les malnutris sévères sans complications et les malnutris modérés.

Tableau V : Indicateurs du Centre de Nutrition Supplémentaire (CNS)

	Djabal	Goz-Amir
Nombre de nouvelles admissions	801	449
Taux de récupération	90,5%	97,1%
Taux de mortalité	0%	0%
Taux par absence	7,2%	0,4%
Taux de transfert	2,4%	2,4%

Quand on se réfère au tableau, se rend compte que les taux de récupération sont bons dans les deux camps.

VII. Santé de la Reproduction

Le centre de santé de Djabal et de Goz-Amir dispose d'un personnel pour réaliser les activités de santé de la reproduction. Une sage-femme responsable gère les activités sous la supervision d'un médecin de terrain et d'un coordonnateur médical dans chaque localité. La plupart des sages-femmes sont formées et travaillent en respectant la politique nationale en la matière.

6.1 Soins prénatals

Soins prénatals	Pourcentage		Observations
	Djabal	Goz-Amir	
Proportion 1 ^{ère} visite prénatale < 1 ^{er} trimestre	34%	8%	
Couverture du dépistage de la syphilis pendant la grossesse	93%	99%	
Taux de prévalence de la syphilis	1%	1,1%	
Taux d'avortement	11,1%	19,9%	
Taux de soins prénatals complets	77%	54%	
Couverture du traitement présomptif paludisme	97%	99%	

Très peu de femmes viennent à la CPN au premier trimestre au niveau de Goz amir. Un accent doit être mis pour relever cet indicateur.

6.2 Accouchements et planning familial

Eléments de couverture	Pourcentage		Observations
	Djabal	Goz-Amir	
Nombre de naissances vivantes	808	1055	
Naissances assistées par un agent qualifié	100%	96%	
Accouchements au centre de santé	99%	98%	
Taux de naissance d'enfants mort-nés	17%	14,9%	
Proportion de complications obstétricales traitées au centre de santé	97%	100%	
Proportion des naissances par césarienne	1%	0%	Les césariennes se font à l'hôpital de référence du District et au centre amélioré de Koukou
Taux d'Utilisation de contraceptifs	10%	1%	

Le taux d'utilisation de contraceptifs est bas au niveau de Goz amir, ce qui nécessite des échanges entre les deux centres pour connaître les bonnes pratiques.

Les taux acceptables en santé de la reproduction sont ceux liés aux accouchements, et à la prise en charge des complications obstétricales. Des efforts doivent être faits pour améliorer les autres indicateurs pour 2012.

Quant aux violences sexuelles, elles sont peu signalées. Ceci peut s'expliquer par le fait que les réfugiés dénoncent peu ces genres de violences.

VIII. VIH/SIDA et PTME

Les activités de VIH/SIDA se déroulent bien dans les deux centres de santé. Deux points focaux VIH existent de part et d'autre, avec des pairs éducateurs engagés dans cette activité, sous la supervision du médecin de terrain. L'UNICEF et l'UNFPA sont les partenaires qui nous fournissent les intrants pour la réalisation de l'activité.

Pour ce qui concerne l'année 2011, l'ONUSIDA a contribué au financement des activités dans la zone de Goz-Beida.

Des projections de films et des séances sensibilisation ont eu lieu dans le camp et les villages environnants de cette localité.

Eléments de couverture	pourcentage		observations
	Djabal	Goz-Amir	
Taux brut d'utilisation	0,1%		
Proportion d'utilisation des services CDV par les nationaux	9%	3%	
Taux de couverture de la PTME	94%	102%	
Proportion des mères qui ont pris les ARV pendant le travail/accouchement	100%	100%	
Proportion des enfants qui ont pris les ARV à 72H de l'accouchement	100%	100%	
Proportion des mères qui planifient l'allaitement maternel exclusif	100%	100%	

IX. Difficultés rencontrées

Les activités au cours de l'année 2011 se sont déroulées globalement de façon satisfaisante. Les principaux indicateurs ont connu une amélioration, cependant certaines difficultés ont été rencontrées pendant le déroulement, mais n'ont pas entachées de façon sensible la bonne marche des activités :

- Insuffisance de personnel dans certains services, augmentant la charge de travail rendant difficiles les déplacements des agents.
- Insuffisance d'engagement du comité de santé par rapport aux activités des centres de santé
- Légère augmentation du taux de malnutrition globale après l'enquête

IX. Conclusion

Les centres de santé de Djabal et de Goz-Amir couvrent la population de réfugiés et une partie des autochtones pour les soins curatifs, préventifs et promotionnels. Au cours de l'année 2011, sous la direction d'un coordonnateur médical, les activités se sont bien déroulées sur le terrain, avec une amélioration des principaux indicateurs.

On note cependant des insuffisances sur certains indicateurs comme le planning familial à Goz-Amir et les soins prénatals complets qui mériteront des efforts au cours de cette nouvelle année 2012.

3.8 RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITES DANS LES CAMPS DU SUD DU TCHAD (FARCHANA)

INTRODUCTION

Le Centre de santé de Farchana couvre une population de 20 681 habitants.

Dans ce camp, les femmes représentent environ 54% de la population. Un médecin coordonnateur, un médecin traitant assurent ensemble les soins assistés par les infirmiers et les sages-femmes. L'UNHCR est le seul bailleur pour l'exécution des activités. Les autres partenaires comme UNICEF, UNFPA et PAM interviennent mais surtout en nature en fournissant les intrants.

Ce présent rapport couvre la période de 2011.

HISTORIQUE DU PROJET

La situation au niveau de la sous-région reste caractérisée par une dégradation constante de la situation sécuritaire au Darfour, une insécurité persistante en République Centrafricaine ainsi qu'une instabilité interne croissante liée aux activités de groupes armés d'opposition et aux tensions intercommunautaires au Tchad.

En effet, les incursions transfrontalières n'ont pas été de nature à améliorer les rapports entre le Tchad et le Soudan, ce, malgré les accords de Tripoli (depuis Février 2006) et les accords entre les gouvernements du Tchad et du Soudan à partir de Juillet 2006. Les deux pays continuent de s'accuser de soutenir des groupes d'opposition armés sur leurs territoires respectifs. En 2007, les accords entre les deux parties se sont multipliés mais sans résultats concrets si ce n'est quelques ralliements de part et d'autre. La situation sécuritaire reste totalement imprévisible.

En 2010 on a constaté qu'il y a de meilleures relations entre le Tchad et le Soudan et les deux présidents se sont entendus pour trouver une issue favorable à la crise qui a longtemps duré.

On compte actuellement plus de **61 000** réfugiés installés dans l'Ouaddaï à Farchana et au Sila à Djabal et à Goz - Amir sur les 250 000 qu'on dénombre à l'Est du Tchad.

OBJECTIFS

1. Améliorer la santé de la population réfugié au cours de l'année 2011
2. Assurer une meilleure prise en charge nutritionnelle des enfants et des femmes
3. Réduire la transmission du VIH au sein des réfugiés

STAFF DU PROJET

Le staff de management du projet est composé d'un médecin coordonnateur expatrié, un médecin taritant, un infirmier superviseur, un administrateur, et un logisticien. Il y a bien sûr un personnel technique composé d'infirmier, de sage femme, et d'assistants nutritionnistes.

COLLABORATION INSTITUTIONNELLE

La collaboration se passe sur le terrain avec différents partenaires:

Il y a l'UNICEF qui nous appuie en intrants et en vaccins, UNFPA en matériels médicotechnique et en contraceptifs, le PAM en "CSB" pour les enfants et les femmes vulnérables pour le CNS.

D'autres partenaires comme l'OMS nous apporte un appui technique.

PRINCIPAUX BAILLEURS

L'UNHCR est le principal bailleur. Il apporte également un Appui technique pour la mise en oeuvre des activités.

STRATEGIES

Pour la mise en oeuvre des activités à Farchana, nous avons organisé les services en responsabilisant certains agents pour le suivi des activités. Un cadre de concertation nous permet également de suivre les activités réalisées.

L'implication de la communauté de réfugiés à travers les comités de santé, et leur utilisation d comme agents de santé communautaire, contribue à la bonne marche des activités.

ACTIVITES MENEES

• SOINS CURATIFS

Au cours de cette période, nous avons réalisé **66350 consultations** dans le camp de Farchana géré par CSSI avec 60 consultations journalières par clinicien et un taux de fréquentation du centre de 1,5 nouvelle visite par réfugié par an.

Le taux brut de morbidité proportionnelle observé dans l'exercice des activités sanitaires de formation sanitaire sous la gestion de CSSI est repris sur le graphique ci-dessous.

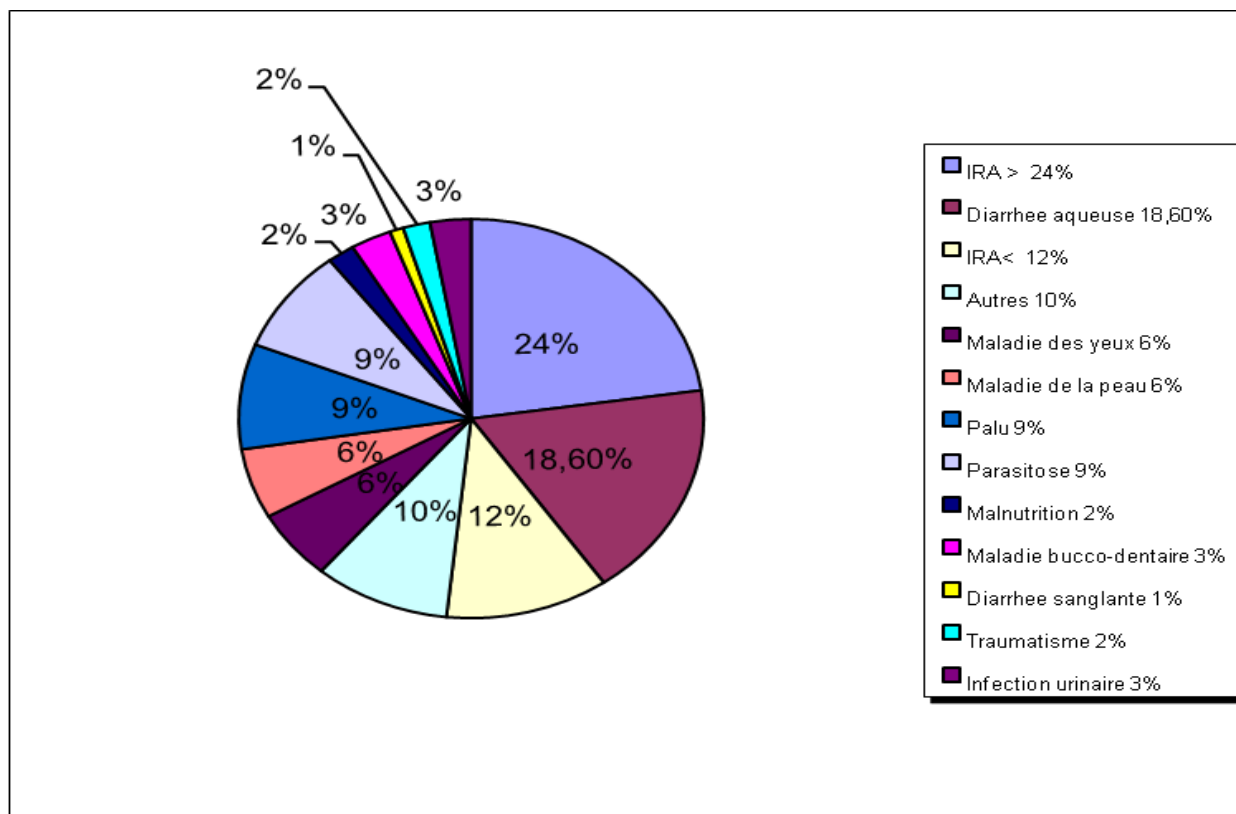


Figure 1 : Taux brut de morbidité proportionnelle du camp de Farchana à l'Est du Tchad pour l'année 2011.

Parmi les pathologies observées, les infections respiratoires aiguës sont les plus fréquentes suivi de la diarrhée aqueuse.

Parmi le nombre total de consultation réalisé (voir ci-dessus) nous avons enregistré 23908 consultations chez les enfants de moins de 5 ans soit 36,03%. Les pathologies courantes et leurs proportions sont observées dans le graphique ci-dessous.

• VACCINATION

Les activités vaccinales de routine étaient basées sur le calendrier national de programme élargi de vaccination (PEV).

Les résultats du PEV sont repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2. Les indicateurs de PEV de routine du camp des réfugiés de Farchana pour la période Janvier-Décembre 2011.

Indicateurs	Taux en %
Taux de couverture en BCG	107,7
Taux de couverture en VPO	85,8
Taux de couverture en pentavalent	88,8
Taux de couverture en VAR	90,8
Taux d'enfant complètement vacciné	86,9
Taux d'abandon du programme	18,5

Nous observons un taux d'abandon élevé suite à la mobilité des mamans qui se rendent souvent dans les villages éloignés pour faire des travaux champêtres. Les séances de rattrapage et de sensibilisation de la communauté ont été également organisées pour remédier à cette situation.

Sept campagnes de vaccination de masses contre la poliomyélite ont eu lieu dans le camp des réfugiés durant l'année 2011. La cinquième campagne a été couplée avec le déparasitage et Supplémentation en vitamine A. Nous avons décelé un cas de paralysie Flasque Aigue (PFA) confirmé au labo chez un enfant de la population hôte.

Le programme élargi de vaccination est mis en place grâce à l'approvisionnement en intrant par le District. Mais nous avons enregistré des ruptures intermittentes durant la période.

SANTE DE LA REPRODUCTION

Le projet a donné un support compréhensif aux services de santé de la reproduction. L'assistance s'est faite à travers le système national de santé. Les composantes de ce volet sont les suivantes : santé de la mère et du nouveau-né [consultation prénatale (CPN), soins obstétricaux et consultation postnatale (CPoN)], prévention de la transmission mère à enfant du VIH (PTME), traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) et prise en charge médicale des victimes de violence sexuelle (GBV).

L'objectif de notre travail s'est résumé en une amélioration de l'accès aux soins des femmes en âge de procréer ou enceintes, la promotion et diffusion des connaissances sur les problèmes liés à la santé de la reproduction et les services disponibles à travers la sensibilisation et l'assurance de la prise en charge holistique des cas de GBV à travers la formation du personnel de santé, la sensibilisation des populations cibles et la livraison des intrants spécifiques. Les résultats obtenus sont évalués par le nombre de bénéficiaires directs ayant utilisé les soins de santé et le nombre de femmes enceintes ayant reçu un traitement présomptif contre le paludisme. Pour la prise en charge des GBV, le nombre de victimes identifiées et prises en charge médicalement avec le kit « Prophylaxie Post Exposition » (PEP).

▪ CONSULTATION PRENATALE

La couverture en soins prénataux complets est de 69%. Ceci pourrait s'améliorer davantage si les femmes débutent leur CPN plus tôt.

Les consultations prénatales ont été organisées selon le protocole national. Le suivi a inclut la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide et des kits hygiéniques (offert par CSSI/UNFPA).

100% des femmes à la CPN ont reçu la supplémentation en fer/acide folique, 97% de couverture du traitement présomptif intermittent contre le paludisme, 96% de couverture vaccinale d'anatoxine tétanique.

Les séances d'éducation sanitaire ont été focalisées selon les directives du ministère de la santé publique et de l'OMS.

L'éducation sanitaire a été donnée sur des matières comprenant :

- Importance de la CPN
- Importance de l'immunisation pendant la grossesse
- Planification des naissances

▪ ACCOUCHEMENT

Les soins obstétricaux de base ont été organisés dans le camp et le service était assuré 24 heures sur 24. Nous avons réalisé 69% des accouchements assistés par du personnel qualifié avec 21,6 enfants mort-nés pour 1000 naissance et 3% des enfants avec un poids faible à la naissance.

Ce taux faible d'accouchement assisté par du personnel qualifié est dû au fait que le personnel médical n'est pas autorisé à rester dans le camp au-delà de 17 heures à cause des règles sécuritaires en vigueur dans la localité. Ce sont les matrones qui assurent la garde au CDS et seulement les cas compliqués sont référés au SUN (Service d'Urgence Nocturne) pour prise en charge.

Les grossesses à haut risque détectées au niveau du centre ainsi que les accouchements dystociques ont été référées à l'hôpital de District de Adré.

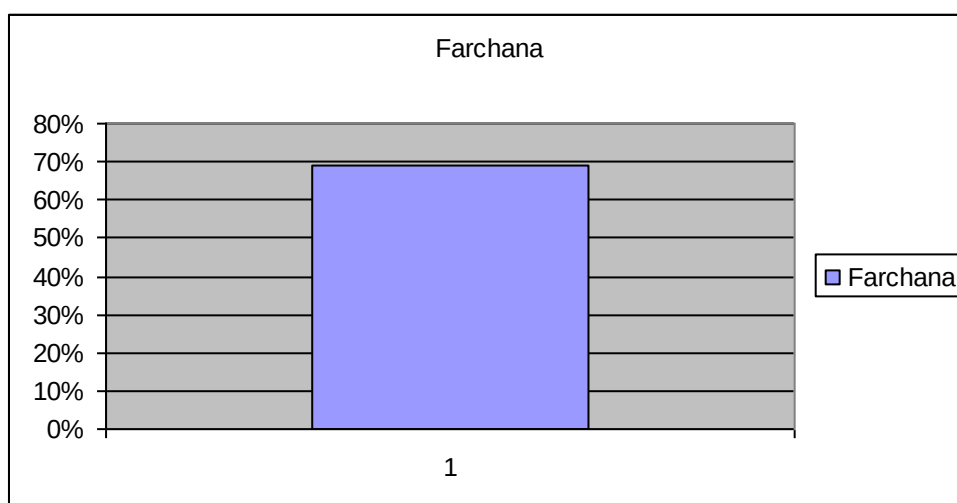


Figure 4. Proportion des naissances assistées par un agent de santé qualifié au camp de Farchana de janvier à décembre 2011.

▪ SOINS POST-NATAUX ET AUX NOUVEAUX-NES

La proportion des femmes ayant reçu trois visites postnatales au cours des six semaines suivant l'accouchement est de 82% avec un taux de couverture postnatale en vitamine A de 95%. Les soins aux nouveau-nés et aux accouchés ont été assurés selon les normes de l'OMS.

▪ PLANIFICATION FAMILIALE

Le taux d'utilisation de contraceptif dans le camp est de 7%. Les facteurs socioculturels ont beaucoup influencé sur l'utilisation de ce service. La plupart des couples désirant suivre le programme de planning familial ont préféré le contraceptif injectable : depo-provera. Ce dernier, malheureusement n'a pas été disponible pendant une bonne période du projet.

▪ IST-PTME

L'incidence mensuelle pour les infections sexuellement transmissibles est de 1,9 nouveaux cas pour 1000 habitants.

Tableau 3 : *Les indicateurs de prise en charge des IST selon l'âge, le sexe et la prise en charge des partenaires du camp des réfugiés de Farchana pour la période Janvier-Décembre 2011..*

Indicateurs	Résultats
Incidence de Syndrome d'écoulement urétral *	1,5
Incidence de Syndrome d'ulcération génitale*	0,4
Proportion des IST chez les moins de 18 ans	18%
Ratio des contacts traités : total de cas suspects d'IST	80%

* Nombre de nouveau cas/1000/mois

La prise en charge des cas d'IST était faite selon l'approche syndromique et la prescription rationnelle par kit de prise en charge.

Le service de PTME fait partie intégrante des activités de la Santé de la Reproduction. Toutes les sages-femmes sont formées ainsi que les laborantins pour effectuer des Counseling et des tests volontaires de dépistage du VIH-SIDA.

Pendant cette période sous examen, les activités de PTME se sont poursuivies dans le camp. Les résultats sont présentés comme suit :

Indicateurs	Résultats
Taux de couverture de la PTME	97%
Conseil post-dépistage et résultat	100%
Proportion d'utilisation des services de PTME par les Nationaux	33%

Tableau 4. *Les indicateurs de PTME du camp des réfugiés de Farchana pour la période Janvier-Décembre 2011.*

Ce taux élevé est dû aux différentes sensibilisations menées dans le camp par les sages-femmes, les matrones, les pairs éducateurs et les agents de santé communautaire. Il faut signaler que dans le camp de Farchana, les femmes sont conscientes du fléau et acceptent volontairement se faire dépister sans problème.

L'obtention de ce résultat est due aussi à l'appui du District sanitaire, de la Délégation et de l'UNICEF dans l'approvisionnement des tests de dépistage malgré des ruptures ponctuelles.

Il faut signaler que pendant la période du projet, il y a eu deux femmes enceintes séropositives dans le camp de Farchana. Ces cas ont été référés à l'hôpital de district d'Adré pour la confirmation et la prise en charge. Mais malheureusement, ces femmes ont quitté par la suite le camp pour ne plus revenir.

Les animateurs et les pairs éducateurs, dans le cadre de la sensibilisation sur le VIH/Sida dans le camp ont mis un accent particulier sur les moyens de transmission et de prévention.

▪ PRISE EN CHARGE MEDICALE DES CAS DE GBV

Quatre (4) cas d'agression sexuelle ont été identifiés dans le camp de Farchana puis adressés au près du service de santé de la reproduction pour une prise en charge médicale. Trois (3) cas ont été soignés dans un délai de moins de 72 heures après leur agression. Toutes ont ensuite été référées aux services sociaux du HCR et l'ONG chargé du service psychosocial FLM/ACT.

La promotion et la diffusion des connaissances sur les services disponibles et les problèmes liés à la Santé de la Reproduction (SR) à travers la sensibilisation des populations cibles ont réussi à atteindre des personnes au niveau de la structure sanitaire du camp des réfugiés. L'effet de ces activités se fait sentir par une augmentation du nombre de personnes qui se présentent au CDS pour bénéficier des différents services offerts.

ACTIVITES NUTRITIONNELLES

Les activités nutritionnelles dans le camp ont été réalisées selon les directives de la politique nationale de nutrition édicté dans le protocole nationale de prise en charge de la malnutrition aiguë au Tchad.

Au cours de cette période de reportage, l'approche communautaire de la prise en charge de la malnutrition a été intégrée dans le CDS, malgré que le centre nutritionnel se trouve en dehors de celui-ci.

La prise en charge de la malnutrition aiguë dans le camp de Farchana a été essentiellement la MAS sans complication (CNA) et les activités de nutrition de supplémentation des enfants.

La prise en charge des femmes enceintes et allaitantes ainsi que la MAS avec complication (CNT) a été effective du 1^{er} janvier au 30 septembre 2011. C'est à partir du mois d'octobre que nous avons appliqué le nouveau protocole de prise en charge de la malnutrition. Ce qui a entraîné la fermeture du CNT au niveau du camp et la prise en charge des femmes enceintes et allaitantes répondant seulement au critère de prise en charge. Toutefois, les cas sévères qui ont développés une complication après le mois de septembre, ont été référés dans le CNT de l'hôpital de District d'Adré.

1. CRITERES D'ADMISSION DANS LE CREN

Tableau 6. Les critères d'admission dans le CNS de Farchana pour la période Janvier-Décembre 2011.

NOUVELLES ADMISSIONS	
Enfant de 6 a 59 mois	P/T > -3 z-scores et < -2 z-scores OU PB > 115mm et < 125mm
Femmes enceintes (à partir de la première consultation prénatale)	PB > 180 mm et < 210 mm
Femmes allaitantes ayant un enfant de moins de 6 mois	
AUTRES ADMISSIONS	
Sorties guéris du CNA/CNT	Tout patient déchargé guéri du CNA ou du CNT
Transfert d'un autre CNS	CNS Patient venant d'un autre CNS ou il a débuté le traitement
Réadmission	Retour dans les 2 mois après l'abandon du traitement CNS

Tableau 7. Les critères d'admission dans le CNA de Farchana pour la période Janvier-Décembre 2011

NOUVELLES ADMISSIONS	
Enfants de 6 à 59 mois	Œdème bilatéral grade + ou ++ OU P/T < -3 z-scores OU PB < 115mm
DEFINITIONS ET AUTRES ENTRÉES	
Rechute	Nouvelle admission d'un patient qui était déjà pris en charge, puis guéri et qui revient dans un état de malnutrition sévère
Réadmission	Retour au CNA dans les 2 mois après l'abandon du traitement
Transfert d'un CNT/CNA	Patient venant du CNT après stabilisation des complications médicales ou d'un autre CNA

Critères d'admission au CNT.

Tableau 8. Les critères d'admission dans le CNT de Farchana pour la période Janvier-Décembre 2011

NOUVELLES ADMISSIONS			
Enfants de moins de 6 mois ou de moins de 3 Kg ¹⁴	P/T < -3 z-scores OU Œdème bilatéral (+, ++ ou +++) OU L'enfant ne prend pas de poids a la maison		
Enfants 6 à 59 mois	P/T < -3 z-scores OU Œdème bilatéral grave + ou ++ OU PB < 115mm	Et	Présence de complications médicales
	Œdème bilatéral grade +++ même en absence de complications médicales		
DEFINITIONS ET AUTRES ADMISSIONS			
Rechute	Nouvelle admission d'un patient qui était déjà pris en charge, guéri et qui revient dans un état de malnutrition sévère		
Réadmission	Retour dans les 2 mois après l'abandon du traitement CNT		
Transfert d'un CNA	Patient venant d'un CNA ¹⁶		

Source : Protocole National de Prise en charge de la malnutrition aigüe au Tchad, mars 2011

2. STATISTIQUE DANS LE CREN

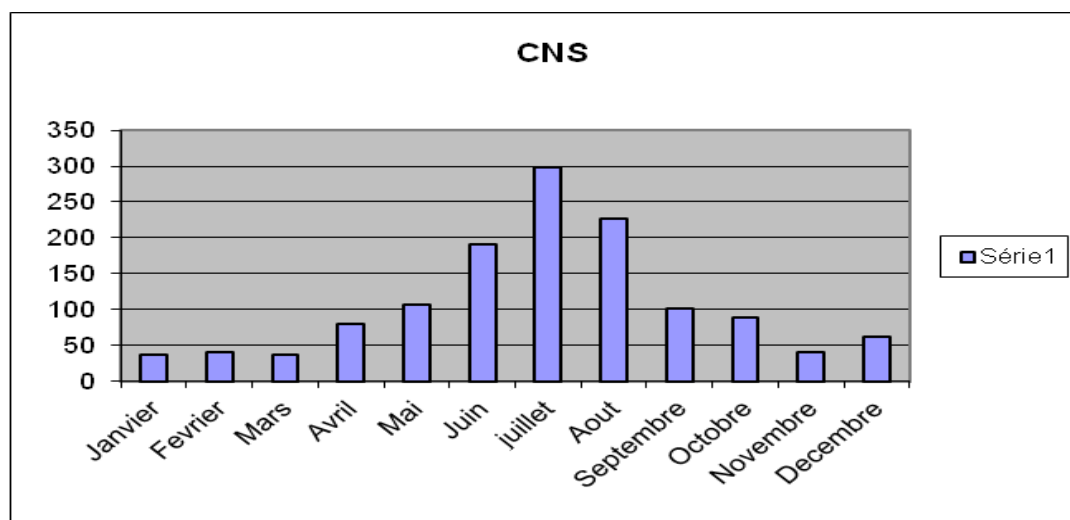


Figure 7. Evolution des nouveaux cas du CNS dans le camp de Farchana à l'Est du Tchad pour l'année 2011

Au cours de la période, nous avons admis 1017 malnutris modérés au CNS.

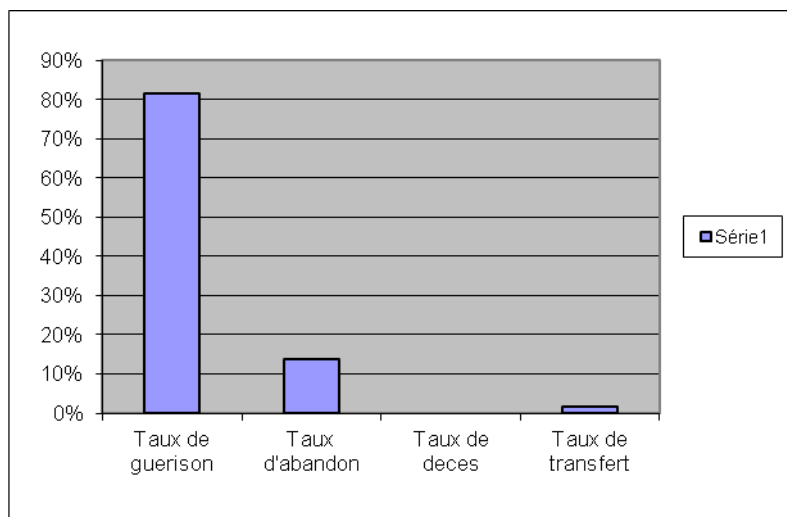


Figure 8. Les indicateurs de performance du CNS du camp de Farchana pour l'année 2011

Le tableau ci-dessus, démontre la performance des activités dans le CNS du camp des réfugiés de Farchana et respecte les normes sphère et le CTC.

- **LA MALNUTRITION AIGUË SEVERE.**

Les enfants malnutris sévères avec complication ont été pris en charge au CNT du camp du 1^{er} janvier au 30 septembre 2011.

Les enfants malnutris sévères sans complications médicales sont systématiquement pris en charge dans le programme thérapeutique ambulatoire du camp et cela au regard de la politique nationale et des normes HCR et sphère.

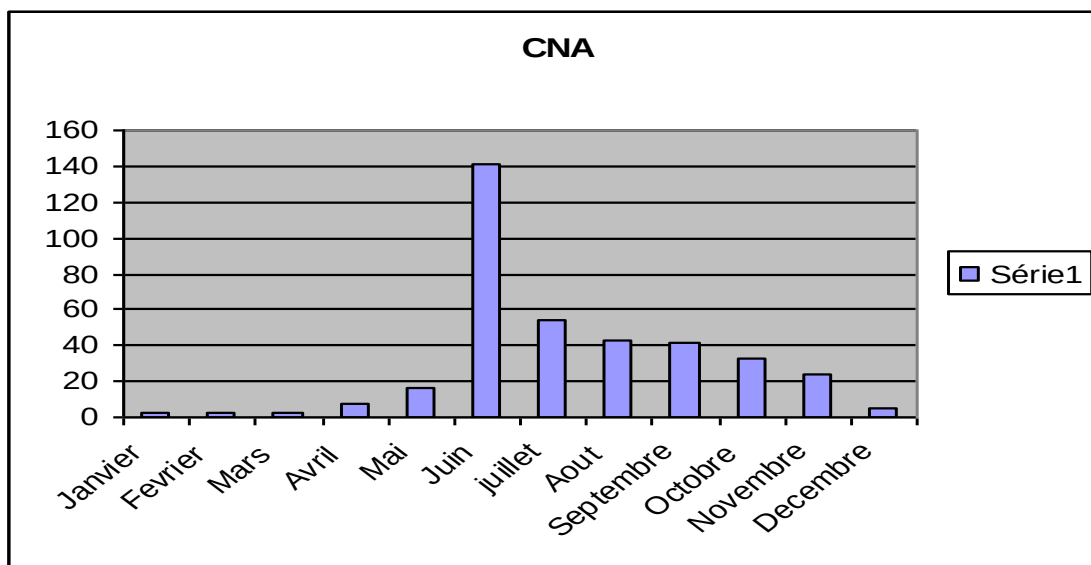


Figure 9. Evolution des nouveaux cas du CNA dans le camp de Farchana pour l'année 2011

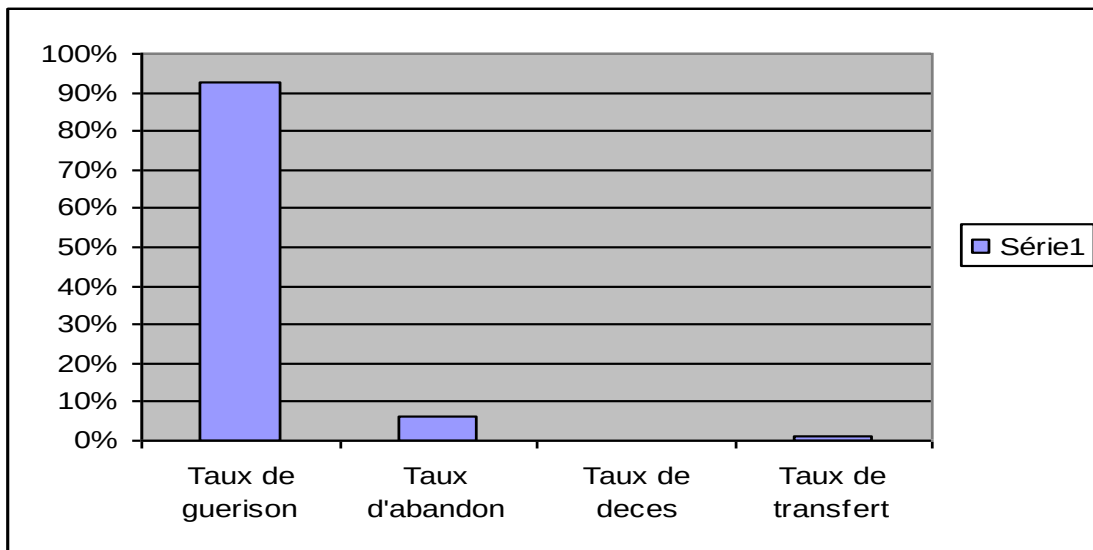


Figure 10. Les indicateurs de performance pour le CNA dans le camp de Farchana pour l'année 2011

Le tableau ci-dessus démontre la performance des activités dans le CNA du camp des réfugiés de Farchana avec respect des normes sphère et le CTC.

- **SURVEILLANCE NUTRITIONNELLE**

L'enquête nutritionnelle a été réalisée dans le camp des réfugiés de Farchana du 15 au 20 septembre 2011.

Par contre, nous avons organisés mensuellement des dépistages nutritionnels dans le camp. Les proportions de l'état nutritionnelles ont toujours été dans les normes, soit une moyenne de 3,5% de malnutrition aiguë globale. Les critères d'admissions dans les programmes étaient essentiellement basés sur le pourcentage de la médiane et la présence des œdèmes nutritionnels.

Activités communautaires

La communauté des réfugiés a participé pour la mise en œuvre des activités du centre de santé à travers le comité de santé, les animateurs communautaires et les accoucheuses traditionnelles.

Il faut noter que le comité de santé dont nous avons déjà trouvé en place et formé, n'a pas été actif durant l'année malgré des réunions tenues et leur participation à certaines sensibilisations. Ils ont été absents dans le fonctionnement du centre de santé et la résolution de certains conflits.

Sur la mise en œuvre de la stratégie de recouvrement de coût par la vente de carnet de santé, le comité de santé n'a pas pu jouer son rôle ; ce qui nous a amené à l'implémentation de cette activité expérimentale par nos propres sensibilisations de la population dans le camp et au

centre de santé. Et cela a bien marché car nous avons pu vendre 1520 carnets au prix de 100 FCFA/carnet.

L'échec de ce comité de santé serait dû au critère de leur élection, car selon les investigations menées, nous nous sommes rendus compte que certains n'étaient pas acceptés par leur bloc et/ou zone.

Cette stratégie a été introduite dans le camp au mois de juin 2011 dans le cadre de l'autonomisation des réfugiés.

Les agents de santé communautaire ont appuyé le projet dans les recherches actives des cas, dépistage nutritionnel, recherche des abandons des différents programmes, sensibilisation communautaires au niveau du centre de santé et dans le camp de réfugiés.

Support et Appui

• LA SUPERVISION ET LE MONITORAGE

Les activités de supervision et de monitoring se sont faites à plusieurs niveaux. Le médecin de terrain et le major du centre de santé suivent de manière journalière les activités sanitaires et nutritionnelles dans le camp. La récolte des données est faite par le major et le médecin de terrain. Après analyse des données par le Coordinateur sanitaire, des supervisions et recommandations sont faites pour améliorer les performances des services.

Toutes les fiches de surveillances hebdomadaires (rapport EWARS) ont été analysées et transmises à la coordination médicale de l'UNHCR, l'OMS et les autres partenaires.

Tous les rapports mensuels ont été reçus et transmis à la section santé du HCR après analyse. Grâce à la disponibilité de la connexion et l'électricité, cela a contribué à l'amélioration de notre promptitude pour l'année 2011 qui était de 100%.

La participation aux réunions de cluster santé au niveau de Farchana, Adré et Hadjer Hadid et aux réunions de coordination à Abéché avec la Délégation Sanitaire de Ouaddaï et le bureau OMS ont permis de présenter la situation sanitaire du camp et la mise œuvre des activités visant à améliorer les performances.

• LA FORMATION CONTINUE

La formation continue concerne les différents volets pour lesquels la compétence du personnel recruté mérite d'être renforcée (Prise en charge médicale des malnutris, respect du protocole thérapeutique selon le standard OMS, UNHCR et MISP).

Des formations sur différents thèmes ont été faites comme par exemple : le SIS, Prise en charge syndromique des IST, PTME, prise en charge des cas de viol, le Counselling VIH, la planification familiale.

Les réunions de staff pour des discussions des cas et des exposés par le personnel de santé ont été maintenues jusqu'en octobre dans le centre de santé.

- **RECYCLAGE ET SUIVI DES ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES, AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES ET PAIRS EDUCATEURS:**

Les accoucheuses traditionnelles réfugiées, les agents de santé communautaire et les pairs éducateurs sont suivies, formées et encadrées par les sages-femmes, le point focal VIH en collaboration avec les responsables du centre de santé (Médecin, Major, Superviseur des ASC). La formation est centrée sur les thèmes des grossesses à risque, les signes de danger du travail de l'accouchement, les précautions universelles, l'hygiène de la femme enceinte, l'importance de l'accouchement assisté à la maternité par le personnel qualifié, les modes de transmission et de prévention du VIH, les techniques de communications,...

Protection et objectifs prioritaires

- **LA PROTECTION DE LA POPULATION BENEFICIAIRE**

Grâce à ce projet, les populations du camp de Farchana, mais aussi celles environnant le camp sur un rayon de 45 à 50 Km ont pu éviter certaines causes de mortalité et de morbidité qui constituaient des menaces évidentes à leur rencontre.

Nous avons pu détecter un cas de PFA d'un village autochtone dont le prélèvement a été positif. Cela a été l'objet de la planification d'une JNV.

Les populations réfugiées ciblées du camp de Farchana, ont accédé aux soins de santé gratuitement. Ce projet a permis aussi d'assurer la référence/évacuation des cas nécessitant de plus grande investigation ou une prise en charge renforcée.

Nous avons aussi assisté CORD dans son volet éducation, à la dispensation des cours sur le VIH/SIDA : problématique, mode de transmission et de prévention, débats,... dans les classes du secondaire.

La santé étant l'un des droits élémentaires de chaque être humain, ce sous projet a assuré la protection des réfugiés contre les principales causes de morbidité et de mortalité dans le camp.

- **LES FEMMES REFUGIEES/ L'EGALITE DES SEXES**

Dans ce projet une attention particulière a été accordée à la santé de la reproduction dans tous ses volets curatifs, préventifs et promotionnels.

Les femmes ont pu bénéficier d'une prise en charge médico-sociale, notamment les femmes enceintes (consultation prénatale, vaccination antitétanique, accouchement assisté, distribution nutritionnelle supplémentaire jusqu'en septembre, distribution des kits hygiéniques, PTME).

Au cours des séances d'éducation pour la santé deux thèmes ont été consacrés à la santé maternelle et infantile et la prévention contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA.

- **LA SITUATION SPECIFIQUE DES ENFANTS, ADOLESCENTS INCLUS**

La mise en place de la Surveillance préventive des enfants sains a permis de prévenir plusieurs maladies chez les enfants sur les maladies évitables par la vaccination comme la tuberculose, la poliomyélite, la rougeole tout comme les autres maladies évitables par le PEV. Le dépistage précoce et la prise en charge de la malnutrition ont permis d'aider les enfants réfugiés et de les protéger contre une morbidité et une mortalité excessive. Ceci a pu renforcer la survie des enfants dans le camp de réfugiés. Le suivi de la croissance dans le centre de santé du camp a permis également de mieux prendre en charge ou éviter certaines causes de malnutrition chronique.

- **LES REFUGIES PLUS AGES**

Les réfugiés du troisième âge ont été soignés en priorité tout comme les enfants. Etant une catégorie de personnes vulnérables, sans ce projet d'appui sanitaire, ils ne pouvaient pas avoir accès aux soins de santé qui est un droit pour tous. Ils ont bénéficié d'un suivi à domicile pour leur éviter des déplacements multiples pour les soins de santé primaires. Cette activité a été faite en collaboration avec les agents communautaires de l'organisation humanitaire.

- **COMBATTRE LE SIDA/VIH:**

La lutte contre les IST et VIH/SIDA a constitué un axe prioritaire de ce projet. Les mesures universelles de prévention des infections en milieu hospitalier ont été appliquées dans notre aire de travail. Les PEP kits présents ont aussi rassuré sur les possibilités de prise en charge des cas d'accidents d'exposition au sang.

Des séances de sensibilisation sur les mesures de prévention de l'infection à VIH ont été régulièrement tenues au profit des jeunes et adolescents des deux sexes.

La promotion et la distribution gratuite des préservatifs ont été réalisées et les réfugiés comprennent de plus en plus l'importance de la prévention du VIH/SIDA par cette méthode.

Les activités PTME ont permis de renforcer la lutte contre le VIH/SIDA surtout en faveur des femmes et des enfants.

- **L'ENVIRONNEMENT**

La destruction des déchets médicaux et le contrôle de l'accès aux centres de santé ont constitués les activités majeures pour protéger l'environnement. En plus, nous avons fait la promotion de planter les arbres dans les parcelles du centre de santé, du bureau et du compound. Ainsi, nous avons assuré la protection de ces arbres par leur arrosage régulier.

Les hygiénistes du centre de santé veillent également à la propreté des lieux et régulièrement des travailleurs journaliers sont embauchés pour tenir l'environnement du centre de santé viable.

CONCLUSION

Toutes les activités se sont déroulées sans difficultés majeures avec la participation de tout le personnel et avec l'appui des différents partenaires.

Au regard de certaines insuffisances comme les taux d'abandons élevés et la faiblesse relative des accouchements assistés, nous mettrons l'accent en 2012.

3.9 .Rapport succinct des activités menées en République Centrafricaine en 2011

Introduction

Le CSSI est une ONG à but non lucratif et apolitique spécialisée en Santé publique, en santé communautaire et en gestion de l'environnement physique et social.

Le CSSI intervient :

- dans le secteur de la santé pour contribuer au développement de la politique sanitaire des pays ;
- dans le domaine de la recherche pour mieux diagnostiquer les situations complexes afin de proposer des solutions.
- dans les situations d'urgence pour prendre en charge les besoins humanitaires des déplacés et réfugiés en matière de soins de santé, de besoins nutritionnels et de la prévention des IST/VIH/SIDA ;
- Dans le WASH: construction des ouvrages hydrauliques et sanitaires (forages, latrines communautaires, familiales, fosses à ordures, aires de lavage, incinérateurs), la surveillance du système eau-assainissement-hygiène, les sensibilisations et les formations entraînant une forte baisse de la prévalence des maladies liées à l'eau et à l'environnement (diarrhée, paludisme...).

En Centrafrique le CSSI a mené en 2011, des activités à l'endroit des réfugiés congolais de Zémio,Obo et Mboki.A bangui ,les services communautaires se sont occupés des réfugiés urbains en leur apportant une assistance sociale en termes de prise en charge pour la santé,l'aide à l'éducation scolaire des enfants.

Méthodologie et Approche

- Le projet est mis en œuvre par le CSSI en étroite collaboration avec l'UNHCR. L'exécution des activités est effectuée par les agents de CSSI à Bangui et dans les camps de réfugiés conformément à leur mission en partenariat avec l'UNHCR et les autres acteurs impliqués.
- Une équipe de coordination est mise en place à Bangui, et une équipe opérationnelle à Zémio. Ces deux équipes travaillent en collaboration pour la mise en œuvre des activités sur le terrain, le suivi et l'évaluation.
- Le CSSI participe à toutes les réunions de concertation organisées par l'UNHCR, MSPLS, OCHA, OMS, UNICEF... et prend des dispositions pour s'assurer de la bonne marche des activités, à travers l'envoi des rapports selon les périodicités requises, et l'organisation des réunions de suivi tant à Zémio qu'à Bangui.
- Les mécanismes de suivi et communication des données sont assurés par un médecin de terrain qui veille au respect de la promptitude et la complétude en coordination avec Bangui. (Réglementés par les procédures opérationnelles standards de janvier 2012).

Résultats et forces

Depuis janvier 2011, le CSSI gère des réfugiés Congolais en République Centrafricaine.

Cette prise en charge comporte plusieurs volets dont la prise en charge sanitaire, nutritionnelle, communautaire. Les activités sont menées par du personnel médical et paramédical au niveau des camps, et le management est assuré par un médecin également, un administrateur et une sociologue.

Comme forces le CSSI bénéficie de :

- La large expérience dans la gestion des projets de développement et des projets humanitaires ;
- La disponibilité des ressources humaines hautement qualifiées (médecins de santé publique, psychologues, infirmiers, sage femmes, spécialiste en eau-assainissement-hygiène, spécialiste en administration gestion des projets, etc.
- La capacité de mobilisation des ressources humaines additionnelles à travers l'Afrique;
- La connaissance de la Centrafrique.
- Les indicateurs obtenus dans les différents domaines sont satisfaisants.
- La collaboration avec les différents partenaires est également parfaite. Contribution des autres bailleurs dans la mise en œuvre des activités au niveau de Zémio:
 - Projet SASDE avec l'Unicef :
 - PEV+, CPN+, PCIME+ en stratégie fixe, avancée/mobile
 - Renforcement des capacités à travers des formations et appui aux structures sanitaires.
 - Mémorandum d'accord avec l'UNFPA (renforcement des services de santé de la reproduction).

La large expérience du CSSI dans le domaine humanitaire couplée à ces forces sus citées, sont des atouts majeurs qui vont lui permettre de mener à bonne effcience les activités du projet, et atteindre les résultats escomptés.

Les difficultés rencontrées sont peu importantes pour avoir un impact sur le déroulement des activités.

3.10 Etude épidémiologique sur le portage sain du méningocoque dans les pays de la ceinture méningitique africaine : **Sénégal, Niger, Mali, Ghana, Nigéria, Tchad et Ethiopie »**

1. Introduction

L'infection à méningocoque est causée par une bactérie Gram négative, *Neisseria meningitidis*, qui se propage d'individu à individu via la dispersion de microgouttes respiratoires infectées. Cette maladie sévit dans le monde entier avec des taux d'attaque beaucoup plus élevés dans les régions sahéliennes et Sub-sahéliennes de la ceinture méningitique africaine. La plupart des épidémies à méningocoques en Afrique ont été causées majoritairement par des méningocoques appartenant au séro groupe A.

La majorité des infections à méningocoques résulte en une période de portage pharyngé asymptomatique et l'épidémiologie des maladies méningocociques ne peut être complètement comprise que si le portage pharyngé est étudié en parallèle des cas cliniques identifiés. Du fait du manque d'informations récentes sur le portage méningitique en Afrique, il a été décidé de mener une étude épidémiologique dans cinq pays de la ceinture méningitique africaine (Tchad, Ethiopie, Ghana, Nigeria et Sénégal) afin d'y mesurer la prévalence du portage sain de méningocoques.

Cette étude est menée au Tchad par le Centre de Support en Santé Internationale.

2. objectif

a. objectif général

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le portage du méningocoque de séro groupe A au Tchad, avant l'introduction d'un nouveau vaccin conjugué « MenAfriVac¹ ».

b. objectifs spécifiques

- De connaître l'âge des personnes qui sont le plus souvent porteuses du microbe de méningite au Tchad ;
- De savoir durant combien de temps les gens portent ce microbe dans leur gorge sans être malades.
- D'étudier les facteurs dans le sang qui pourraient protéger les personnes qui sont potentiellement porteuses (en XS1² uniquement).

¹ Qui a une durée de protection de dix (10ans)

² Première étude transversale

3. Staff du projet (Equipe centrale)

Le staff de ce projet est composé d'environ 81 personnes (Cf. tableau ci-dessous) dont la majeure partie concerne le personnel de terrain (enquêteurs et préleveurs).

Récapitulatif du staff local du projet :

Etude du portage sain de méningocoque

Qualifications/Titres	Nombre total
PI (Principal Investigator)	1
Co-PI (Coordonnateur)	1
Assistant-Coordinateur	1
Administrateur	1
Staff Data Management (DM)	38
Data manager principal	1
Autres (enquêteurs, assistants DM)	37
Laboratory manager	1
Staff Communication	5
Chargé de communication principal (CCP)	1
Assistant -CCP	4
Staff Laboratoire/HGRN	34
Manager principal	1
Techniciens de paillasse	8
Prélèyeurs	22
Main d'œuvres	3
Autres (chauffeurs)	Indéterminé
Grand Total	81

4. Collaboration institutionnelle

Dans le cadre de ce projet, le CSSI a collaboré avec plusieurs institutions à la fois.

-Au niveau international : y sont concernées les organisations ci-après, réunies au sein du Consortium international « MenAfriCar » : African Meningococcal Carriage Consortium : Le « Meningitis Vaccine Project (MVP) », l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le « Center of Disease Control (CDC) », six partenaires européens et sept partenaires ³ africains. La coordination scientifique de ce projet est assurée par la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) au Royaume-Uni, qui possède une longue expérience dans la coordination des essais multicentriques en Afrique.

³ Institutions de recherches et les Ministères de la Santé Publique

-Au niveau du Tchad, le CSSI a travaillé (et travaille) en collaboration avec un **comité de suivi** dirigé par le directeur général des activités sanitaires du Ministère de la santé publique. Les autres membres de ce comité sont : le Service de Surveillance Epidémiologique Intégré (SSEI) et la direction de la Santé Préventive et de la Lutte contre les Maladies (DSPLM) du Ministère de la Santé Publique, l'Hôpital Général de Référence Nationale pour l'aspect laboratoire⁴, la représentation au Tchad de l'Organisation Mondiale de la Santé, le Ministère de l'Enseignement Supérieur (Direction de recherche scientifique et technique), l'Université de N'Djaména (La faculté des sciences de la santé), la direction du Laboratoire de Recherche Vétérinaire et Zootechnique (LRVZ) et la direction du CSSI.

5. Principaux bailleurs

Le projet est soutenu financièrement par la « Fondation Bill and Melinda Gates » et la « Fondation Wellcome Trust ».

6. Stratégies ou approches

L'accessibilité permanente des sites a été un des critères du choix des zones d'étude. Les opérations de numérotation et de recensements des ménages des zones d'étude ont été faites par nos soins. Après un tirage aléatoire des ménages, les personnes sélectionnées ont été regroupées dans la cour d'école pour les prélèvements. Chaque ménage dont au moins un membre a été prélevé, reçoit une collation constituée de trois (03) grosses boules de savon et des biscuits (pour les enfants).

Sensibilisation et implication de la communauté à travers les chefs de quartier et village qui à leur tour sensibilisent les populations.

7. Zone d'intervention

Deux (02) Régions : N'Djaména (quartier Paris-congo) et Chari-Baguirmi (Département du Chari, précisément La Loumia, Mailaou, Mandélia et Koundoul)

8. Durée du projet

Trois (03) ans : de 2009 à fin 2012.

9. Activités réalisées en 2011

Prélèvements de 5 000 (cinq mille) écouvillons pharyngés dont 4 000 (1 000/localité) dans le Département du Chari et 1 000 à N'Djaména.

10. Leçons apprises

Maîtrise du travail d'équipe

⁴ Le CSSI a signé avec le HGRN un partenariat scientifique d'une durée de trois (03)

11. Conclusion

Les activités prévues dans le cadre de ce projet s'étaient déroulées durant l'année 2011. Les résultats issus des analyses laboratoires (HGRN au Tchad et confirmés à Oxford) ont confirmé la circulation uniquement au Tchad (sur l'ensemble des 5 pays concernés du méningocoque de sérogroup A, comme cela a été attesté par les plus hautes autorités du Tchad lors de la déclaration officielle de l'épidémie en date du 04 mars 2011. Ces résultats ont permis au Gouvernement Tchad de décider d'introduire au Tchad en décembre 2011, le nouveau vaccin conjugué contre le méningocoque de souche A « MenAfriVac » qui, selon les résultats de la surveillance cas par cas des régions déjà vaccinées, semble être efficace.

Il s'agit d'un projet dont les objectifs cadrent parfaitement avec ceux de la politique nationale de santé, et qui pourrait constituer un tremplin pour des collaborations de recherches fructueuses avec les autorités sanitaires du Tchad. *Mais quand ? Qui doit faire le premier pas vers l'autre, et avec quoi sous la main ?*

3.11 Résumés de publications en 2011

Introduction

Le centre de support en santé internationale a aussi la particularité d'appuyer la recherche et la formation. Ceci dans le cadre de recherche scientifique, de projet d'intervention et dans le domaine de formation de cursus des étudiants en Master et en PHD. Ces travaux se font dans la plus part des cas dans un cadre de collaboration et d'échange avec des institutions du Nord et aussi du Sud. En 2011, une dizaine de chercheurs collaborait avec le CSSI avec des thématiques en science naturelle et en social. Les travaux de recherche commencent par la rédaction d'un protocole de recherche et sa validation conjointe par les universités impliquées et le Ministère de la Santé Publique à l'absence d'un comité éthique.

3.11.1 Random demographic household surveys in highly mobile pastoral communities in Chad

Daniel Weibel,^a Mahamat Béchir,^b Jan Hattendorf,^a Bassirou Bonfoh,^c Jakob Zinsstaga & Esther Schellinga

Bull World Health Organ 2011;89:385–389 | doi:10.2471/BLT.10.077206

Problem Reliable demographic data is a central requirement for health planning and management, and for the implementation of adequate interventions. This study addresses the lack of demographic data on mobile pastoral communities in the Sahel.

Approach A total of 1081 Arab, Fulani and Gorane women and 2541 children (1336 boys and 1205 girls) were interviewed and registered by a biometric fingerprint scanner in five repeated random transect demographic and health surveys conducted from March 2007 to January 2008 in the Lake Chad region in Chad.

Local setting Important determinants for the planning and implementation of household surveys among mobile pastoral communities include: environmental factors; availability of women for interviews; difficulties in defining “own” children; the need for information education-communication campaigns; and informed consent of husbands in typically patriarchal societies.

Relevant changes Due to their high mobility, only 5% (56/1081) of registered women were encountered twice. Therefore, it was not possible to establish a demographic and health cohort.

Lessons learnt Prospective demographic and health cohorts are the most accurate method to assess child mortality and other demographic indices. However, their feasibility in a highly mobile pastoral setting remains to be shown. Future interdisciplinary scientific efforts need to target innovative methods, tools and approaches to include marginalized communities in operational health and demographic surveillance systems.

3.11.2 Dynamique de transmission et coût de la lutte contre la rage chez les chiens et les hommes dans une ville africaine

Zinsstag J1, Dürr S1, Penny MA1, Mindekem R2, Roth F3, Menendez Gonzalez S3, Naissengar S4, Hattendorf J1

Med Trop 2011 ; **71** : 596-604

RÉSUMÉ • Dans les pays en développement, la rage peut être prévenue à travers des Interventions directes sur les chiens. Le potentiel de réduction des coûts du secteur de la santé publique sur les interventions visant les animaux concernés devrait être analysé. Un modèle déterministe existant a été adapté afin de pouvoir étudier la transmission de la maladie entre les chiens et les humains. Les paramètres du modèle ont été adaptés aux données hebdomadaires du nombre de cas de rage canins et des humains exposés, à N'Djaména, capitale du Tchad. Le ratio d'efficacité reproductive (Re) au début de nos observations était estimé à 1,01, indiquant une stabilité endémique à faible niveau de transmission de la rage. Nous avons simulé l'impact d'une vaccination massive de chiens et l'abattage d'un certain

pourcentage de chiens sur l'incidence de la rage chez l'homme ainsi que celui d'une campagne de vaccination qui a permis de couvrir au minimum 70 % de la population canine. Celle-ci est capable d'interrompre la transmission pendant 6 années consécutives. Le rapport coût-efficacité d'une vaccination massive de chiens a été comparé à la « prophylaxie post-expositionnelle (PPE) ». Le rapport coût-efficacité de la PPE, associé à une campagne de vaccination pour les chiens sur une durée supérieure à 5 ans, est plus rentable que la PPE seule. Pour un délai supérieur à 7 ans, il apparaît plus efficace de combiner la campagne de vaccination des chiens avec la PPE humaine qu'à une PPE humaine seule.

MOTS-CLÉS • Rage. Transmission. Economie de la santé. Santé publique. Chiens. Vaccination. Afrique.

3.11.3 Statut nutritionnel et diversité alimentaire chez les femmes nomades et sédentaires rurales de la rive sud-est du Lac Tchad

Bechir M1,2,3, Schelling E1, Moto DD3, Tanner M1, Zinsstag J1

Med Trop 2011 ; **71** : 582-587

RÉSUMÉ • La malnutrition et la sous-alimentation sont largement répandues dans la région Sahélienne en Afrique. L'objectif de cette étude est de mettre en évidence la situation nutritionnelle des femmes nomades et sédentaires rurales et les facteurs de risques qui lui sont associés. C'est une étude transversale répétée en saison des pluies et en saison sèche. Elle est basée sur des entretiens semi-structurés et des mesures anthropométriques. Au total, 734 femmes dont 398 nomades et 336 sédentaires ont été sélectionnées. Les femmes non enceintes seulement ont été retenues pour le calcul de l'Indice de Masse Corporelle. Les résultats obtenus ont montré des prévalences de la malnutrition très élevées chez les femmes nomades, 48 % (95 % IC : 42-53) contre seulement 16% (95 % IC : 12-20) chez les femmes sédentaires en saison sèche. Par contre l'obésité a été notée chez 4 % (95 % IC: 2,4-7) des femmes sédentaires alors qu'elle a été absente chez les femmes nomades. Des proportions semblables ont été observées aussi en saison des pluies. La différence des prévalences de la malnutrition entre les deux groupes des femmes nomades et sédentaires est statistiquement significative ($p < 0,01$), mais il n'y a pas de différence significative selon les variations saisonnières au sein de chaque groupe, nomade et sédentaire ($p > 0,05$). Les moyennes des scores de la diversité alimentaire au niveau des ménages ont été faibles, 4,5 (95 % IC : 4,4-4,6) chez les nomades et 5,1 (95% IC : 5,0-5,3) chez les sédentaires sur une échelle de 12. La malnutrition a été cependant significativement associée avec la diversité alimentaire, le nombre des enfants et l'ethnicité avec ses variations socioculturelles.

MOTS-CLÉS • Malnutrition. Femmes. Facteur de risque. Diversité alimentaire. Nomade. Tchad.

3.11.4 Parasitic Infections, Anemia and Malnutrition Among Rural Settled and Mobile Pastoralist Mothers and Their Children in Chad

M. Bechir,^{1,2,3} E. Schelling,^{2,3} M. A. Hamit,⁴ M. Tanner,^{2,3} and J. Zinsstag^{2,3}

EcoHealth DOI: 10.1007/s10393-011-0727-5

Abstract: Malnutrition, resulting from various etiologies, is common in rural Chadian women and children. This cross-sectional study assessed the spectrum of parasitic infection and level of anemia and their effect on nutritional status in settled and mobile pastoral mothers and children near Lake Chad. Intestinal parasites were evaluated using direct fecal smears and the Kato–Katz technique. Malaria status was determined using Paracheck-Pf_ rapid diagnostic test, and anemia was assessed with the Hemocue photometer. Nutritional status was evaluated using anthropometric parameters. At the end of the 2008 wet season, the prevalence of malnutrition was 36% [confidence interval (CI) 30–42] among women and 15% (CI 11–18) among children. The prevalence of intestinal parasitic infection was 75% (CI 68–83) among women and 60% (CI 53–66) among children. The predominant helminth species was *Ascaris lumbricoides* while *Entamoeba histolytica/dispar* was the most common protozoan. The hookworm prevalence was 14% (CI 8–20) in women and 18% (CI 13–23) in children. Malaria prevalence was low among women (1%, CI 0.5–2) and children (3% CI 2–5). No significant difference was observed in the prevalence of parasitic infection between the mobile pastoralist and rural sedentary populations. Thirty-four percent (CI 27–40) of nonpregnant women, 53% (CI 34–72) of pregnant women, and 27% (CI 23–32) of children were anemic. In subjects infected with *Plasmodium*, all women and 54% (CI 22–85) of children were anemic. Malnutrition was significantly associated with anemia in mothers and with selected intestinal parasites, anemia and age in their children.

Keywords: parasitism, malnutrition, anemia, mobile pastoralists, Chad

3.11.5 European 1: A globally important clonal complex of *Mycobacterium bovis*

Noel H. Smith ^{a,*}, Stefan Berg ^b, James Dale ^b, Adrian Allen ^{c,1}, Sabrina Rodriguez ^{d,2}, Beatriz Romero ^{d,3}, Filipa Matos ^{e,4}, Solomon Ghebremichael ^{f,5}, Claudine Karoui ^{g,6}, Chiara Donati ^{h,7}, Adelina da Conceicao Machado ^{i,8}, Custodia Mucavele ^{i,8}, Rudovick R. Kazwala ^{j,9}, Markus Hilty ^{k,10}, Simeon Cadmus ^{l,11}, **Bongo Nare´ Richard Ngandolom**,¹², Meseret Habtamu ^{n,13}, James Oloya ^{o,14}, Anne´lle Muller ^{p,15}, Feliciano Milian-Suazo ^{q,16}, Olga Andrievskaia ^{r,17}, Michaela Projahn ^{s,18}, Soledad Barandiarán ^{t,19}, Analí´a Macías ^{u,20}, Borna Müller ^{v,21}, Marcos Santos Zanini ^{w,22}, Cassia Yumi Ikuta ^{x,23}, Cesar Alejandro Rosales Rodriguez ^{y,24}, Soˆnia Regina Pinheiro

z,²⁵, Alvaro Figueroa A,²⁶, Sang-Nae Cho B,²⁷, Nader Mosavari C,²⁸, Pei-Chun Chuang D,²⁹, Ruwen Jou D,

A B S T R A C T: We have identified a globally important clonal complex of *Mycobacterium bovis* by deletion analysis of over one thousand strains from over 30 countries. We initially show that over 99% of the strains of *M. bovis*, the cause of bovine tuberculosis, isolated from cattle in the Republic of Ireland and the UK are closely related and are members of a single clonal complex marked by the deletion of chromosomal region RDEu1 and we named this clonal complex European 1 (Eu1). Eu1 strains were present at less than 14% of French, Portuguese and Spanish isolates of *M. bovis* but are rare in other mainland European countries and Iran. However, strains of the Eu1 clonal complex were found at high frequency in former trading partners of the UK (USA, South Africa, New Zealand, Australia and Canada). The Americas, with the exception of Brazil, are dominated by the Eu1 clonal complex which was at high frequency in Argentina, Chile, Ecuador and Mexico as well as North America. Eu1 was rare or absent in the African countries surveyed except South Africa. A small sample of strains from Taiwan were non-Eu1 but, surprisingly, isolates from Korea and Kazakhstan were members of the Eu1 clonal complex. The simplest explanation for much of the current distribution of the Eu1 clonal complex is that it was spread in infected cattle, such as Herefords, from the UK to former trading partners, although there is evidence of secondary dispersion since. This is the first identification of a globally dispersed clonal complex *M. bovis* and indicates that much of the current global distribution of this important veterinary pathogen has resulted from relatively recent International trade in cattle. Crown Copyright 2011 Published by Elsevier B.V. All rights reserved.

3.11.6 African 2, a Clonal Complex of *Mycobacterium bovis* Epidemiologically Important in East Africa[†]

Stefan Berg,¹ M. Carmen Garcia-Pelayo,¹ Borna Mu'ller,² Elena Hailu,³ Benon Asimwe,⁴ Kristin Kremer,⁵ James Dale,¹ M. Beatrice Boniotti,⁶ Sabrina Rodriguez,⁷ Markus Hilty,⁸ Leen Rigouts,¹⁷ Rebuma Firdessa,³ Adelina Machado,¹⁶ Custodia Mucavele,¹⁶ **Bongo Nare Richard Ngandolo**,¹² Judith Bruchfeld,¹⁰ Laura Boschioli,^{6,9} Anne'le Mu'ller,² Naima Sahraoui,¹⁴ Maria Pacciarini,⁶ Simeon Cadmus,¹¹ Moses Joloba,⁴ Dick van Soolingen,⁵ Anita L. Michel,¹⁸ Berit D'jonne,¹⁵ Alicia Aranaz,⁷ Jakob Zinsstag,²⁰ Paul van Helden,² Franc,oise Portaels,¹⁷ Rudovick Kazwala,¹³ Gunilla Ka'llenius,¹⁹ R. Glyn Hewinson,¹ Abraham Aseffa,³ Stephen V. Gordon,²¹ and Noel H. Smith^{22*}

Abstract: We have identified a clonal complex of *Mycobacterium bovis* isolated at high frequency from cattle in Uganda, Burundi, Tanzania, and Ethiopia. We have named this related group of *M. bovis* strains the African 2 (Af2) clonal complex of *M. bovis*. Af2 strains are defined by a specific chromosomal deletion (RDAf2) and can be identified by the absence of spacers 3 to 7 in their spoligotype patterns. Deletion analysis of *M. bovis* isolates from Algeria, Mali, Chad, Nigeria, Cameroon, South Africa, and Mozambique did not identify any strains of the Af2 clonal complex, suggesting that this clonal complex of *M. bovis* is

localized in East Africa. The specific spoligotype pattern of the Af2 clonal complex was rarely identified among isolates from outside Africa, and the few isolates that were found and tested were intact at the RDAf2 locus. We conclude that the Af2 clonal complex is localized to cattle in East Africa. We found that strains of the Af2 clonal complex of *M. bovis* have, in general, four or more copies of the insertion sequence IS6110, in contrast to the majority of *M. bovis* strains isolated from cattle, which are thought to carry only one or a few copies.

3.12 Résumés de protocoles de PhD et de masters

3.12.1 Projet de recherche en santé Nomade .Vreni Jean-Richard

Résumé

Dans la zone Sahel, les groupes pastoraux sont adaptés aux conditions spéciales de l'écologie semi-aride. Ils utilisent la mobilité pour gérer l'incertitude de la disponibilité des ressources naturelles. Pourtant, la mobilité peut souvent freiner l'accès aux services sociaux et par conséquent il n'y a pas assez d'information sur les indicateurs démographiques de la population humaine et animale.

Dans la recherche précédente, on a appliqué une approche humaine-animale combinée avec succès (« One Health » ou « Une Santé ») pour délivrer des vaccinations aux enfants et animaux au Tchad. En outre, on a expérimenté une nouvelle méthode pour recenser les femmes et leurs enfants avec leurs empreintes digitales.

La recherche proposée est dans la lignée des travaux précédents et vise à développer et essayer d'autres méthodes pour mesurer des indicateurs démographiques et sanitaires de la population pastorale et du bétail. La recherche sera conduite au bord du lac Tchad sud-est, en utilisant une approche transdisciplinaire.

En février 2010, on a visité la région et informé les représentants de la population, des services vétérinaires et sanitaires et des autorités locales. Les résultats de ces interviews sont pris en compte dans les objectifs de cette proposition.

Objectifs :

1. Estimer la composition démographique saisonnière et l'utilisation des services sanitaires pour les populations pastorales et leur bétail avec la perspective des interventions sanitaires et vétérinaires futures.
2. Evaluer une nouvelle approche pour mesurer en continu les indicateurs démographiques et sanitaires pour la population mobile et les communautés sédentaires rurales avec leur bétail en utilisant la technologie des téléphones mobiles.
3. Analyser les priorités locales concernant la santé humaine et animale et développer et évaluer des petites interventions pour le soin de santé intégré.

Méthodes :

Activité 1 : Estimation de la démographie et soin de santé

Dans une région définie la composition démographique des populations pastorales (animaux et population) sera estimée avant et après la saison de pluie deux années consécutives. Le comportement des populations en recherche de soin de la santé sera analysé dans les communautés mobiles et sédentaires. Des données sur la fertilité et la mortalité des enfants seront collectés pour les populations humaines et aussi animales.

Activité 2 : Surveillance démographique et sanitaire mobile⁹

Une cohorte pilote de 10 à 20 feric sera outillée avec des téléphones mobiles pour établir ce Système pilote de surveillance mobile. Les chefs de feric et leurs femmes seront interrogés régulièrement par téléphone. Les données seront enregistrées dans une base de données centrale. On utilisera la même approche pour des communautés rurales éloignées de la région.

Activité 3 : Analyse des priorités sanitaires et vétérinaires perçues par la population locale

Les priorités sanitaires et vétérinaires exprimées par la population locale seront analysées et des interventions à petite échelle seront développées et évaluées.

Résultats attendus:

Une méthode nouvelle pour la surveillance démographique améliorera l'information sur les stratégies d'utilisation du sol et des services sociaux, adaptée aux besoins de la population concernée.

3.12.2 Contribution à l'élimination de la rage à N'Djamena Tchad

Monique Sarah Lechenne

Résumé Depuis 2000 l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH) à Bâle appuie la lutte contre la rage dans la ville de N'Djamena. Ce projet a vu le jour sur l'initiative des autorités tchadiennes et se déroule en collaboration étroite avec des experts du Laboratoire de Recherches Vétérinaires et Zootechnique de Farcha (LRVZ) à N'Djamena.

Les études précédentes, qui étaient le sujet des thèses de Dr. Ursula Kayali et Dr. Salome Dürr ont introduit la diagnostic de la rage à LRVZ et ont évalué l'épidémiologie de la rage à N'Djaména, la démographie des chiens et la possibilité d'une campagne de vaccination dans la ville. Sur la base de ces résultats, une étude de coût-efficacité a été menée: Le modèle de transmission chien-homme élaboré prédit qu'après une période de 6 ans, la vaccination des chiens de N'Djaména est une alternative moins chère que le TPE des personnes exposées à la rage.

Le but de notre projet, ambitieux mais réaliste, est d'évincer la rage de la ville de N'Djamena.

Notre **première hypothèse** est que la transmission de la rage en ville est plus importante que dans les zones rurales et que la transmission rurale-urbaine est négligeable. Pour prouver cet Hypothèse nous allons reprendre la surveillance de la rage pour N'Djaména et en même

temps nous allons élargir l'étude sur l'incidence de la rage à la banlieue et à la région rurale autour de la ville. Les souches de virus ainsi trouvées seront séquencées pour évaluer les différences moléculaires entre les isolats à proximité de la ville et ceux dans le centre de N'Djamena. Nous allons aussi estimer la densité des chiens en zone péri-urbaine et le taux d'immigration des chiens à la ville. Avec les informations sur l'épidémiologie de la rage et la dynamique de la population canine à l'interface ville-campagne, nous pouvons calculer le risque de la réintroduction du virus par des chiens infectés latents, qui immigreront ou sont importés dans la ville qui n'a pas encore été incorporé dans le modèle.

Notre **seconde hypothèse** est que la chute de l'incidence de la rage canine après une campagne de vaccination de masse suit les prédictions du modèle mathématique existant. Pour cela, nous allons mener deux larges campagnes de vaccination canine de masse dans deux années consécutives. L'organisation de ce projet se fait ensemble avec les Services Vétérinaires en Tchad et sera communiquer avec toute les décideurs et les services publics affectés par le sujet. La campagne de vaccination sera précédée et accompagnée par une campagne de sensibilisation du grand publique. Pour documenter l'effet des vaccinations sur la dynamique de transmission, l'incidence de la rage et les cas de Traitement Post-Exposition (TPE) rapportés chez les structures de la santé seront surveillés avant, pendant et après notre intervention.

Comme **résultats attendus**, nous espérons d'obtenir des connaissances de l'importance de la transmission rural-urbaine de la rage et la validation des prédictions de chute de l'incidence post vaccinale d'un modèle mathématique de transmission. Avec la campagne de vaccination nous visons une réduction effective, voire l'interruption de la transmission de la rage. Si nous réussissons à libérer la ville de N'Djaména de la rage, notre approche pourrait servir de modèle pour d'autres villes du Sahel. De plus les efforts combiné des structures de la santé animal et de la santé humaine dans la lutte contre la rage, mettent la base pour une coopération étroite dans la lutte contre des autres zoonoses.

3.12.3 La Prise en charge des enfants malnutris chez les Réfugiés Soudanais à l'Est du Tchad. Protocole de recherche DEA (Alain MASSEDE SOROMIAN)

Depuis l'arrivée des réfugiés (en 2004) et de déplacés (2006), une assistance humanitaire internationale en collaboration avec le gouvernement tchadien est offerte à cette population dans les secteurs prioritaires dont les abris, l'aide alimentaire, l'eau et l'assainissement, la santé et la nutrition, la protection et l'éducation d'urgence. Cependant, cet afflux massif des populations dans une zone à potentialités faibles à renforcer la précarité de la vie des populations hôtes avec une pression sur les ressources naturelles du milieu.

Sur le plan nutritionnel et sanitaire, les personnes les plus vulnérables dans les trois catégories de la population du Dar Sila (Réfugiées, déplacées et hôtes) sont les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les personnes âgées dans la mesure où ils s'adaptent difficilement à l'insuffisance des ressources pour leur survie.

L'objectif Général consiste à contribuer à la réduction de la malnutrition chez les Réfugiés Soudanais et valoriser les aliments locaux.

De manière spécifique il vise à 1) Contrôler chaque semaine les paramètres anthropométriques des enfants admis dans le programmes nutritionnel CNA du camp de goz-amer ; 2) Vérifier les critères d'admission, de prise en charge et de sortie selon le protocole national de prise en charge des enfants malnutris sévère ; 3) Suivre les non répondants à domicile et investir sur les problèmes socioculturels et les habitudes alimentaires.

IV.DIFFICULTES RENCONTREES D'ORDRE GENERAL

V. CONCLUSION

Le Centre de Support en Santé Internationale a au cours de l'année 2011 mené des activités à travers des projets de développement, et des projets d'ordre humanitaire. La recherche sur le portage sain du méningocoque s'est également poursuivie, de même que les recherches pour l'obtention de PhD et de masters.

L'exécution de chaque projet s'est bien déroulée dans l'ensemble ,nonobstant les quelques difficultés rencontrées dans les déblocages tardifs de fonds.