

**RAPPORT D'ACTIVITES  
2009**

# SOMMAIRE

<b>Introduction.....</b>	<b>4</b>
<b>I. Projet d'appui global au développement du District Sanitaire d'Am-Timan.....</b>	<b>5</b>
1.1 Activités et résultats .....	7
1.2 Activités qui n'ont pas eu lieu .....	10
1.3 Les Résultats.....	11
1.4 Apport de l'Action pour les bénéficiaires finaux .....	12
<b>II. Projet d'Appui à l'amélioration de la qualité de soins de santé secondaires à l'Hôpital du District Sanitaire d'Aboudéia.....</b>	<b>15</b>
2.1 Activités et résultats.....	16
2.2 Activités qui n'ont pas eu lieu.....	19
2.3 Résultats.....	20
2.4 Apport de l'Action pour les Bénéficiaires finaux .....	20
<b>III. Projet d'appui intersectoriel de santé humaine et animale pour l'accompagnement à la réinstallation des personnes déplacées, à la stabilisation des populations d'accueil et au passage des éleveurs transhumants dans la Région de Sila.....</b>	<b>23</b>
3.1 Mise en place de l'équipe du projet et l'ouverture du bureau CSSI de Gozbeida .....	23
3.2 Mise en place du réseau de collaboration du niveau central et régional.....	23
3.3 La collecte et détermination de la zone du projet .....	24
3.4 La campagne IEC .....	25
3.5 Les activités de formation .....	25
3.6 Le premier tour de campagne mixte de vaccination humaine et animale	27
3.7 Les difficultés.....	30
3.8 Le plan d'action 2010.....	31
<b>IV. Projet Amélioration de l'accès aux soins des Enfants De la Rue de N'Djamena (EDR) .....</b>	<b>32</b>
4.1 Historique du Projet .....	32
1.2 Résumé du Projet .....	32
4.2 Objectif général .....	33
4.3 Objectifs spécifiques .....	33
4.4 Stratégies d'interventions.....	33
4.5 Résultats attendus pour la période :.....	34
4.6 Description du circuit des soins proposé .....	34
4.7 Résultats obtenus/données quantitatives.....	35

4.6.1 Activités réalisées par les acteurs sociaux.....	35
4.6.2 Nombre d'enfants repérés .....	35
4.6.3 Enfants soignés par les acteurs sociaux et référés dans les formations sanitaires .....	36
4.6.4 Prise en charge médicale .....	38
4.8 Les dépenses .....	40
4.9 conclusion .....	40
<b>V. Projet de prise en charge médicale des réfugiés .....</b>	<b>41</b>
5.1 Prise en charge médicale des réfugiés soudanais de FARCHANA.....	41
Introduction .....	41
Taux de fréquentation .....	41
5.1.1 Consultation curative .....	42
5.1.2. Morbidité .....	42
5.1.3 Les maladies à potentiel épidémiques .....	45
5.1.4 La vaccination .....	45
5.1.5 La santé de la reproduction .....	48
5.1.6 La Nutrition .....	49
5.1.7 La mortalité.....	51
5.1.8 Le service d'hospitalisation et de transfert.....	52
5.1.9 Les évacuations medico chirurgicales et gynéco obstétricales.....	52
5.1.11 Dépôt Pharmaceutique .....	54
5.1.12 Infrastructure, Bâtiment et logistiques .....	54
5.1.13 Les activités d'accroissement de compétence .....	55
Points forts.....	58
Points à améliorer .....	58
5.1.15 Recommandations.....	59
5.2 Prise en charge médicale des réfugiés centrafricains de DAHA .....	60

## **Introduction**

Dans le cadre de ses prestations en matière de santé, dont le but est de contribuer à l'amélioration de la santé des populations aux niveaux national et international au travers des services, de la recherche et de la formation dans le contexte d'une approche systémique, le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) a géré au titre de l'année 2009 plusieurs projets sous financement des divers partenaires. Il s'agit entre autres du Projet d'Appui global au développement du District Sanitaire d'Am-Timan, le Projet Appui à l'amélioration de la qualité de soins de santé secondaires à l'Hôpital du District Sanitaire d'Aboudéïa, le Projet d'appui intersectoriel de santé humaine et animale pour l'accompagnement à la réinstallation des personnes déplacées, à la stabilisation des populations d'accueil et au passage des éleveurs transhumants dans la Région de Sila, le Projet Amélioration de l'accès aux soins des Enfants De la Rue de N'Djaména et les Projets en partenariat avec UNHCR pour la prise en charge médicale des réfugiés soudanais de FARCHANA et des réfugiés centrafricains de DAHA.

## **I. Projet d'appui global au développement du District Sanitaire d'Am-Timan**

Le District Sanitaire d'Am-Timan bénéficie de l'appui du CSSI depuis janvier 2006 dans le cadre de la Politique de contractualisation du Ministère de la Santé Publique avec qui le CSSI a signé un contrat d'Appui global au District sanitaire d'Am-Timan. Pour assurer la prestation, le CSSI a mis en place une équipe technique composée d'un médecin de santé publique chargé d'appuyer l'organisation du système de santé du district, d'un chirurgien, d'un technicien supérieur en anesthésiste-réanimation, d'une technicienne supérieure en gynéco-obstétrique pour l'amélioration du PCA. Cette équipe a contribué à former les membres de l'ECD pour la gestion du District, les infirmiers pour une meilleure prise en charge des malades.

Sur le plan de la mise en œuvre du PMA, depuis 2006 jusqu'à la fin du mois de mai 2009, le district sanitaire est resté découpé en 16 zones de responsabilité dont 12 sont fonctionnelles. La couverture sanitaire des zones de responsabilité n'a pas changé depuis 2006 : elle s'est maintenue à 75%. L'action en ce qui concerne les infrastructures, a eu à construire et réhabiliter certaines structures des centres de santé. Aussi bien les CS dits prioritaires que certains autres ont reçu les équipements complets et matériels médicaux prévus dans le contrat du CSSI ainsi que des équipements fournis directement par le Projet Santé 8<sup>ème</sup> FED.

Plus de 50% des COSAN ont été mis en place et leurs membres formés pour permettre leur pleine participation à la gestion des structures de soins.

Les 4 CS prioritaires et 2 autres assez proches d'Am-Timan ont bénéficié d'un renforcement de fonds de roulement en médicaments essentiels génériques (MEG). Tout le personnel soignant des CS prioritaires a été recyclé avec une formation d'appoint organisée après évaluation du niveau et des difficultés du personnel.

Bien que la mise en œuvre du PMA se fait à plus de 80% des activités seulement dans 6 CS sur les 12, ceci représente tout de même une légère avancée par rapport à la situation d'avant le projet où tous les CS ne réalisaient que 70% des activités du PMA. Cependant il est important de noter ici que le manque qualitatif et quantitatif en personnel de santé reste un problème persistant dans tout le district sanitaire d'Am-timan. Même les centres de santé prioritaires avec les quels le projet a eu à travailler n'ont jamais eu un staff avec plus d'un agent qualifié. Une autre conséquence négative du problème des ressources humaine au niveau du district est que l'ECD n'a jamais été complète suivant le nombre et la qualification des agents qui doivent y figurer. Ceci a eu à son tour comme conséquence l'indisponibilité presque totale des membres de cette équipe pour assurer une supervision régulière des CS.

Confrontés aux obstacles culturels des communautés, les CS, malgré certains efforts, n'arrivent pas à mettre en place les activités de certaines composantes du PMA comme le BEF, la CPE et la récupération nutritionnelle, la prise en charge des maladies chroniques.

Le recouvrement de coûts est d'application dans tous les centres de santé fonctionnels du District Sanitaire d'Am-Timan. Les recettes de recouvrement des coûts dans les centres de santé sont directement gérées par les COGES.

Sur le plan de la mise en œuvre du PCA, l'hôpital de district a 100 lits. En matière d'infrastructure au niveau de l'hôpital de district, le projet a contribué à l'amélioration des conditions d'hygiène et de séjour avec la construction des locaux additionnels.

L'hôpital a alors bénéficié au cours du projet d'un renforcement de son matériel médico- technique, d'un plan de tutorat qui lui permet d'avoir une bonne organisation.

L'hôpital a reçu un fonds de roulement en MEG dans le cadre du contrat du CSSI et d'autres dotations ponctuelles accordées par le MSP.

Il est important cependant de souligner que malgré l'augmentation et l'amélioration des activités au niveau de l'hôpital, ce dernier ne dispose d'aucun organe de gestion fonctionnel pouvant assurer une gestion transparente des revenus du recouvrement des coûts. En plus de ce problème, au niveau de la mise en œuvre du PCA, nous relevons les problèmes suivants :

- Insuffisance de personnel qualifié (le personnel de l'Etat affecté ne rejoint généralement pas le poste) et instabilité des agents de l'Etat (par exemple mutation du MCH, de la sage-femme et bien d'autres) ;
- Manque de motivation du personnel ;
- Gestion non transparente des ressources matérielles et des médicaments de l'hôpital ;
- Difficultés à assurer le bon fonctionnement de l'hôpital (budget de l'Etat non disponible, recouvrement des coûts partiellement disponible...) ;
- Faible qualité de la prise en charge des malades dans certains services hospitaliers ;

Sur le plan de la gestion de la PRAS et donc de l'accessibilité aux médicaments essentiels génériques et autres produits pharmaceutiques dans la région sanitaire du Salamat, un contrat de délégation de la gestion de la pharmacie régionale d'approvisionnement du Salamat a été signé entre le MSP et le CSSI.

Le CSSI a mis sur place une petite équipe composée d'une technicienne en laboratoire-pharmacie, un comptable et un aide magasinier. Le projet a mis à disposition un véhicule pour l'approvisionnement à partir de la CPA. La PRAS a aussi reçu un équipement mobilier, une installation solaire et un réfrigérateur. Des outils de gestion ont été adaptés à partir de ceux proposés par le niveau central. Depuis la reprise de la gestion de la PRAS par le CSSI au début de l'année 2008, les médicaments sont disponibles. Pas de rupture de plus d'une semaine des 30 principales molécules. Le progrès constaté porte essentiellement sur la disponibilité des MEGs. Le CSSI a repris la PRA-S avec une trésorerie théorique de 12'543'186 FCFA et un stock estimé à une valeur de 20'382'671 FCFA inclus des médicaments en voie de péremption. Au 30 juin 2009 la valeur en stock des médicaments est estimée à 32'747'676 FCFA et la valeur des espèces 22'579'031 FCFA inclus le solde du compte CCP (7'304'253 FCFA) non accessible à ce jour.

Les difficultés résident des faits ci-après :

- la PRA a été cédée au CSSI avec un niveau très faible des avoirs et de stock de médicaments dont une bonne partie atteignait la péremption ;
- Contrairement à PSF qui a bénéficié d'une dotation au début de la reprise de la gestion de la PRA du Ouaddaï le CSSI n'a rien reçu de la promesse de dotation initiale, d'une valeur d'environ 40 millions F CFA, faite par le Projet Santé 8<sup>ème</sup> FED. Ce manque de départ oblige le CSSI à entretenir une relation de crédit avec la CPA pour ravitailler la PRA-S. Cet état de fait limite fortement une bonne relance de la PRA-S ;
- les ruptures momentanées de stock pour certaines molécules au niveau de CPA affectent indubitablement la réponse aux demandes des usagers de la PRA-S ;
- difficulté d'être introduit au service de CCP par les anciens signataires

## 1.1 Activités et résultats

**Activité 1.1 :** Mettre en place des organes de gestion fonctionnels au niveau du District (Conseil de Santé, Comité Directeur, Equipe Cadre)

Tous les organes du District (Conseil de Santé, Comité Directeur et Equipe Cadre) ont été mis sur place depuis le 3<sup>ème</sup> trimestre 2007 et sont fonctionnels. Il est à noter l'insuffisance des cadres qui fait que l'ECD n'a jamais été complète suivant sa composition recommandée. Plusieurs des membres de cette équipe cumulent donc des postes qui les surchargent en les rendant moins opérationnels.

**Activité 1.2 :** Organiser la planification opérationnelle annuelle au niveau du DS et une micro planification annuelle au niveau des ZR.

Un plan d'action annuel du District est élaboré chaque année depuis 2006. Dans les ZR prioritaires (4) et au moins 3 autres non prioritaires, des micros plans annuels ont été régulièrement élaborés depuis 2006.

**Activité 1.5 :** Mettre en place un système de supervision efficace des CS et de l'Hôpital

Les plans de supervision sont élaborés. Les CS prioritaires et l'Hôpital sont régulièrement supervisés. Les autres CS reçoivent périodiquement la supervision de l'ECD et de l'équipe d'appui du CSSI. Durant l'Action, en moyenne 30% des supervisions communes (ECD & équipe CSSI) prévues sont effectués chaque année. Les supervisions de tous les CS sont limitées par l'indisponibilité de l'ECD (missions, grèves, longue période d'inaccessibilité géographique des CS).

**Activité 1.6 :** Améliorer l'organisation du système de collecte et analyse des données du PMA, PCA et surveillance épidémiologique

L'organisation du système de collecte de données est améliorée aussi bien pour le PMA, le PCA et la surveillance épidémiologique. Cependant l'analyse des données ne se fait pas régulièrement au niveau du District.

**Activité 2.1 :** Mettre en place des procédures de gestion financières et matérielles à tous les niveaux

Les procédures de gestion financières et matérielle au niveau de l'Hôpital et des CS ont été élaborées et mises en place.

**Activité 2.2 :** Assurer le suivi du financement communautaire au niveau des CS et de l'Hôpital de District.

Au niveau des CS, les Comités de Gestion (au moins 5) ont été mis sur pied et les membres formés à la gestion du recouvrement des coûts. L'Hôpital ne dispose pas d'un Comité de Gestion d'où difficulté à assurer un bon suivi du financement commentaire.

**Activité 2.3 :** Diffuser les outils de gestion des MEG.

Les outils de gestion des MEG ont été élaborés et diffusés au niveau des CS et de l'Hôpital. Il s'agit de : fiche de commande de médicaments et consommables médicaux, bordereau de réception des médicaments et consommables médicaux, fiche d'inventaire de médicaments et consommables médicaux, fiche d'évaluation des stocks de médicaments et consommables médicaux, fiche de vente journalière de médicaments aux malades hospitalisés, fiche de vente journalière de médicaments aux malades ambulatoires, décharge, autorisation de dépenses, fiche de recettes hebdomadaires, situation de vente mensuelle des médicaments, fiche de consommation mensuelle de médicaments et consommables médicaux, calcul de la marge bénéficiaire sur les ventes de médicaments aux malades hospitalisés, calcul de marge bénéficiaire sur les ventes de médicaments aux malades ambulatoires, etc...

**Activité 2.4 :** Assurer le suivi de la gestion des MEG, vaccins et consommables dans les CS et l'Hôpital de District.

Le suivi de la consommation des MEG, vaccins et consommables est régulièrement fait au niveau des CS par les membres de l'ECD. Au niveau de l'Hôpital, ce suivi échappe à l'ECD. Difficulté de collaboration avec la direction de l'Hôpital.

**Activité 3.1 :** Identifier les besoins réels de formation du personnel de santé.

Les besoins en matière de formation ont été identifiés pour le personnel de santé des CS dès le début de la 2<sup>ème</sup> année (2007)

**Activités 3.2 :** Organiser la formation continue du personnel de santé selon les besoins identifiés

Au total 21 formations ont été réalisées au bénéfice de 463 agents de santé et membres des COSAN/COGES (Cf. Annexe liste des formations pour les thèmes des formations).

**Activité 3.4 :** Adaptation/Elaboration de protocoles et instructions écrites pour le personnel hospitalier.

Quelques protocoles (prise en charge des urgences obstétricales, chirurgicales et pédiatriques) ont été élaborés. Le personnel hospitalier a été formé à l'usage de ces protocoles.

**Activité 3.5 :** Renforcement des fonds de roulement en médicaments

Les quatre CS prioritaires et l'Hôpital ont reçu chacun une dotation de fonds de roulement en médicaments. Les CS l'ont reçu au 4<sup>ème</sup> trimestre 2006 et l'Hôpital au 1<sup>er</sup> semestre 2007. Ces médicaments ont servi à l'instauration ou à la poursuite de recouvrement de coûts dans les structures bénéficiaires.

**Activité 3.7 :** Analyser les déterminants de la qualité des soins au niveau de l'Hôpital  
L'étude a été réalisée par un consultant externe en août 2007 (Cf. rapport du consultant en annexe).

**Activité 3.9 :** Organiser des stratégies avancées dans les zones B

Les stratégies avancées en matière de vaccination et éducation pour la santé se font dans la plus part des ZR, mais l'insuffisance en ressources humaines et les difficultés de déplacement font que cette activité se réalise dans de conditions minimales.

**Activité 3.10 :** Supervision des CS

La supervision des CS prioritaires a commencé dès le 4<sup>ème</sup> trimestre 2006.

**Activité 3.11 :** Renforcement minimum des équipements

Les CS prioritaires et l'Hôpital ont reçu les équipements complémentaires minimum au 4<sup>ème</sup> trimestre 2006.

**Activité 4.1 :** Mettre en place les organes de gestion fonctionnels au niveau des ZR et de l'Hôpital

Les COSAN et COGES des ZR prioritaires ont été mis en place et rendus fonctionnels dès le 4<sup>ème</sup> trimestre 2009. Les organes de gestion de 3 ZR non prioritaires ont été formés. Au niveau de l'Hôpital la difficulté de collaboration avec les responsables n'ont pas permis la mise sur pied des organes de gestion.

**Activité 4.2 :** Impliquer les structures communautaires dans l'élaboration et le suivi des micros plans des CS.

Au niveau des CS où les COSAN et COGES sont mis sur pied, ces derniers sont impliqués à l'élaboration et au suivi des micros plans particulièrement dans les CS prioritaires.

**Activité 4.4 :** Instituer un contrôle de l'utilisation de recouvrement de coûts avec la participation des communautés.

Les COSAN et COGES restructurés sont impliqués dans la gestion du recouvrement des coûts et en assurent le contrôle.

**Activité 5.1 :** Audit et évaluation annuels

L'audit est réalisé à chaque élaboration de rapport intermédiaire. Trois évaluations annuelles et une à mi-parcours ont été réalisées.

**Activité 6.1 :** Ressources humaines

Les ressources humaines d'appui technique ont été complètement mises sur place en septembre 2006. L'équipe est composée de : 1 Médecin santé publique, 1 Chirurgien, 1 Anesthésiste, 1 Sage femme, 1 Administrateur gestionnaire plus 4 agents d'appui.

**Activité 6.2 :** Voyages de l'équipe d'appui

Les voyages de l'équipe d'appui ont eu lieu régulièrement suivant les besoins.

**Activité 6.5 :** Fonctionnement bureau local (infrastructures, matériel/fournitures et frais administratifs)

Le bureau local a fonctionné normalement durant toute la période de l'action.

## 1.2 Activités qui n'ont pas eu lieu

**Activité 1.3 :** Organiser un monitoring semestriel au niveau des CS

Activité non réalisée du fait de l'indisponibilité de l'ECD

**Activité 1.4 :** Organiser un système efficace de référence - contre référence entre les CS et Hôpital

de District

Il n'existe pas un système organisé de référence – contre référence entre les CS et l'Hôpital. L'organisation d'un tel système bute sur les difficultés liées aux moyens de communication (manque de radio, pas d'ambulance, rareté ou absence de moyens de transport reliant Am-Timan aux périphériques). Cependant, assez de malades sont référés par les CS et atteignent l'Hôpital. De l'Hôpital quelques malades sont contre référés vers les CS.

**Activité 2.5 :** Organiser la gestion du personnel de santé

La gestion du personnel de District échappe complètement à la Direction de District. Le personnel est généralement affecté et/ou réaffecté par le niveau central et de temps en temps par la DSR.

**Activité 3.3 :** Elaborer des normes d'exécution des principales activités du PMA

Les normes d'exécution de la plus part des activités de PMA existent et sont généralement élaborés par les programmes nationaux qui mettent à la disposition des CS.

**Activité 3.6 :** Consommables radio, laboratoires et textiles

Cette activité prévue dans le cadre de la participation de l'Etat n'a pas été réalisée, sans doute par manque du budget approprié.

**Activité 3.8 :** Promouvoir la démarche d'assurance qualité pour l'amélioration de la qualité des soins dans les CS.

Dans les conditions d'insuffisance quantitative et qualitative en ressources humaines une telle démarche reste difficile à promouvoir.

**Activité 4.3 :** Faire participer les structures communautaires aux réunions statutaires des organes de District

Les réunions statutaires des organes de District se tiennent mais les structures communautaires du district n'ont pas été mise en place.

**Activité 4.5 :** Faire une étude sur les nouvelles formes de participation communautaire à la gestion des structures de santé

Activité non réalisée à cause de la difficulté de mobilisation d'un consultant externe expert dans le domaine.

**Activité 4.6 :** Faire une étude sur les mécanismes et alternatives de financement de la participation communautaire

### 1.3 Les Résultats

**Résultat 1 :** ECD est plus performant dans l'organisation de la gestion de District

Tous les organes de gestion au niveau de la direction de District sont mis en place. Il en est de même pour les 4 ZR prioritaires et 3 autres non prioritaires. Les réunions statutaires des organes de gestion (ECD, CD) se tiennent de manière périodique. Le District dispose d'un organigramme élaboré et chaque poste dispose d'un profil de poste élaboré en juillet 2007. Une planification annuelle se fait chaque année et il existe un rapport annuel d'activité du District. Le plan d'action opérationnel du District est exécuté à au moins 70%. Il y a bien collecte des données et la rédaction des rapports mensuels d'activités qui sont transmis à la DSR. L'ECD tant bien que mal assure la supervision des CS et de l'Hôpital de District. Les CS prioritaires reçoivent au moins une supervision par mois. Malheureusement le monitoring des micros plans n'a pas été fait dans les CS durant l'Action. Des formations continues aussi du personnel hospitalier que des CS ont été réalisées. Il y a une disponibilité améliorée des MEG et consommables tant au niveau de l'Hôpital de District que de CS.

**Résultat 2 :** la gestion des ressources matérielles (médicaments, vaccins et consommables) du District est efficiente.

Au niveau des 4 CS prioritaires, la gestion des ressources matérielles (médicaments, vaccins et consommables) est suivie et contrôlée par les COSAN et l'ECD se fait à un niveau satisfaisant et efficient. Tous CS prioritaires utilisent les outils et procédures de gestion établis mis en place.

**Résultat 3 :** le PMA dans les CS prioritaires et le PCA à l'Hôpital sont complets et de qualité

Dans les ZR prioritaires, le PMA est développé à plus de 80% et de qualité satisfaisante. Au niveau de l'Hôpital, le PCA est développé à 100% et de bonne qualité.

En ce qui concerne la mise en œuvre de PMA dans les CS et de PCA à l'Hôpital, l'insuffisance dans la régularité de recueil des données statistiques des structures sanitaires ne permet pas de construire tous les indicateurs de développement retenus pouvant permettre d'apprécier les résultats de l'Action. Cependant,

l'évolution de certains indicateurs sur les 4 dernières années montre bel et bien que certains indicateurs évoluent positivement. Ainsi, le taux de couverture en CPN 1 est passé de 26,5% en 2006 à 63,59% en 2008. Et l'indice de retour du CPN qui était pratiquement à zéro au début de l'Action passe au début 2009 à 1,36. Le taux de couverture en DTC 3 passe de 33,2 en 2006 à 51,19 en 2008 et le taux de couverture en VAR de 34,5 (2006) à 58,17 (2008). Le taux des enfants complètement vaccinés de 26,9 % en 2006 atteint 45,78 % en 2008 et enfin le pourcentage de grossesses protégées contre le tétanos passe de 20,9% à 37,15 % au début de l'année 2009. Au niveau de l'Hôpital, le pourcentage de transfusion sécurisée est de 100%. La durée moyenne de séjour des malades hospitalisés est de 9 jours. La mortalité maternelle par suite de complication obstétricale est pratiquement inexistante depuis ces deux dernières années à l'Hôpital d'Am-Timan.

**Résultat 4 :** Les communautés participent mieux à la gestion au niveau des CS prioritaires et de l'Hôpital de District

Le recouvrement de coût est total depuis 2007 dans les CS prioritaires. On note une ascension de recettes couplée par une petite chute des dépenses. Chacun des 4 CS prioritaires dispose d'un COASAN et COGES fonctionnels. Des campagnes de sensibilisation des populations dans les 4 ZR sont faites assez régulièrement au moins une fois par mois, par les COSAN appuyés parfois par l'ECD. Au niveau de l'Hôpital de District, le recouvrement de coûts est également total. On observe une augmentation remarquable des recettes, cependant la non mise sur pied d'un Comité de Gestion nuit à la gestion efficace des recettes.

#### **1.4 Apport de l'Action pour les bénéficiaires finaux**

L'apport de l'action pour les bénéficiaires finaux ou population cible qui est celle du District sanitaire d'Am-Timan est que cette population a vu les conditions de la prise en charge de ses problèmes de santé nettement améliorées surtout au niveau hospitalier.

L'action a contribué aussi au niveau des ménages à réduire des charges économiques que causaient avant l'évacuation vers les Hôpitaux environnants, vers N'Djamena ou même hors de la frontière du Tchad. L'action a, entre autres apports:

- maîtrisé la prise en charge des urgences chirurgicales et gynéco-obstétricales favorisant une forte fréquentation des services de chirurgie et de la maternité de l'hôpital ;
- l'amélioration de l'environnement et de l'hygiène hospitaliers ;
- relevé le niveau d'indice d'utilisation des services curatifs dans les CS prioritaires ;

Pour la région, l'Action a amélioré le niveau de couverture de la population dans le domaine de la prise en charge hospitalière. L'Action a donc renforcé aussi l'image de marque du District qui dispose désormais d'un Hôpital de District opérationnel mettant en œuvre 100% des composantes du PCA.

Une approbation populaire de l'Action se traduit à travers l'appréciation positive et répétée des leaders d'opinion locaux (Chefs traditionnels et religieux) et des

autorités administratives devant les missions du niveau central. Le Salamat qui était à la traîne des mérites, l'Action l'a porté aujourd'hui parmi les meilleurs rangs d'indicateurs sanitaires au niveau national.

L'écho de la réputation de l'Hôpital de District d'Am-Timan remonte au-delà des frontières nationales et produit l'effet inverse de l'offre des soins (la population bénéficiaire qui recherchait les soins au-delà des frontières par le passé, se trouve aujourd'hui hôte des malades en provenance des pays voisins).

### **Contraintes et difficultés**

La période après le dernier reporting a connu également quelques difficultés et contraintes dont nous citerons les plus importants :

- Les mouvements rebelles que le pays a connus au mois de mai a perturbé un peu les activités mais pas aussi important qu'en 2008.
- On peut noter également le Départ du Médecin de santé publique du CSSI au dernier trimestre de l'année 2008, ce qui a du coup augmenté la charge de travail du chirurgien qui devait en plus de ce qu'il fait assurer l'intérim.
- Un nouveau MCD est arrivé en février de cette année, et cette instabilité fait que les activités connaissent un ralentissement.
- L'inaccessibilité de certaines zones et la non disponibilité permanente des membres de l'équipe cadre, n'ont pas permis de mettre en place et aussi à temps le restant de COSAN.

### **Opportunités**

- La population du Salamat en général, et celle d'Am-Timan en particulier, fait montre de très bonnes dispositions à l'égard du projet, et surtout avec l'annonce de la prolongation du projet, on peut s'attendre toujours à leur appui.
- L'arrivée du nouveau MCD avec de nouvelles connaissances pourrait être un tremplin pour la réussite des futures activités.

### **Conclusion**

Le projet d'Am-Timan a commencé depuis le dernier trimestre de l'année 2006 avec l'équipe du CSSI. Depuis cette période, les activités étaient en chantier avec la mise en place des organes de gestion, l'élaboration de documents importants comme le plan de tutorat et le plan de développement hospitalier. L'Equipe devait travailler à améliorer le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) au sein de l'hôpital de District et le Paquet Minimum d'Activités au niveau des Centres de Santé du District.

A ce jour les activités au sein de l'hôpital du District ont connu une nette amélioration en termes de qualité et de fréquentation. Cette amélioration vient du faite que le personnel a bénéficié de formations et les échos sur la qualité des prestations de l'équipe chirurgicale ont attiré beaucoup de malades vers Am-Timan.

Au niveau des centres de santé, la participation communautaire quand bien même n'est pas parfaite, commence à prendre corps là où les COSAN sont en place. Il restera à poursuivre leur mise en place au cours de cette année afin de mieux impliquer la communauté dans la gestion des structures de soins.

Les médicaments connaissent de moins en moins de ruptures avec l'amélioration de la gestion de la PRA, et tous les acquis du projet ne sauraient être préservés si chaque acteur ne se mobilise davantage.

### **Suggestions pour améliorer la performance du projet**

- L'équipe d'appui du CSSI doit poursuivre avec l'encadrement du personnel pour garantir la pérennité à la fin du projet.
- Renforcer les Appuis vers les centres de santé pour mieux faire fonctionner les COSAN/COGES.

## **II. Projet d'Appui à l'amélioration de la qualité de soins de santé secondaires à l'Hôpital du District Sanitaire d'Aboudéia.**

L'hôpital d'Aboudéia est l'hôpital de référence du district sanitaire d'Aboudéia. L'hôpital reçoit les malades venant de 11 zones de responsabilité sanitaire du district.

La population couverte est celle du district sanitaire et est estimée en 2007 à 45.419 habitants selon le recensement de 1993. Mais à la population sédentaire s'ajoute entre octobre et juin une population nomade, ce qui double presque la population du district et partant celle couverte par l'hôpital.

L'hôpital de district d'Aboudéia est un hôpital d'une capacité de 40 lits récemment construit et équipé avec un financement de l'UE et cédé en gestion au CSSI.

Le contrat de gestion de l'hôpital d'Aboudéia a pris effet officiellement le 1<sup>er</sup> novembre 2007 ; mais les activités pratiques n'ont commencé qu'en juillet 2008. La gestion de l'hôpital se fait avec l'apport d'un chirurgien, d'un technicien supérieur en anesthésie-réanimation, d'une sage femme diplômé d'état, d'un infirmier diplômé d'état et d'un technicien de laboratoire pour ce qui concerne le personnel technique. Cette équipe technique est appuyée par un administrateur-gestionnaire, un maintenancier, une secrétaire, un chauffeur et un gardien ; elle est dotée de moyens logistiques et matériels.

Les différents services hospitaliers ont été organisés avec une répartition des tâches du personnel CSSI qui assure la mise en œuvre du PCA et le transfert de compétence à quelques rares agents de l'Etat affectés à l'hôpital d'Aboudéia.

On totalise pour cette courte période juillet 2008 à mai 2009, 34 différentes opérations réalisées. La consultation de référence au niveau de l'Hôpital accueille en moyenne 366 nouveaux cas par mois, soit 0,80% de la population totale du district. Malgré le nombre très limité de personnel, chaque service de l'hôpital a un responsable avec des tâches clairement décrites.

Le circuit des malades est tracé et des fiches opérationnelles et outils de gestion du malade (ordonnanciers, dossiers médicaux, plans de soins, fiches de référence et contre-référence) sont mis sur place. La référence et contre référence dans le district d'Aboudéia connaît un début très encourageant pour le moment (250 malades référés en 6 mois dont 147 références pertinentes soit 59%).

La pharmacie a reçu une dotation de médicaments et consommables médicaux comme fonds de roulement dans le cadre de recouvrement de coût qui a été introduit dès l'ouverture de l'hôpital. Le recouvrement de coûts se fait à partir de la vente des médicaments, des consultations et actes médico-chirurgicaux. Une dotation pour la prise en charge des cas d'urgence a été également réceptionnée. La pharmacie est gérée par un technicien qui utilise des outils de gestion de médicaments élaborés mis à sa disposition par la direction de l'hôpital. Des réunions de suivi des activités ont été instaurées pour lever tous les goulots d'étranglement et l'action est suivie à un rythme assez régulier par les différents intervenants.

Les principaux problèmes auxquels est confrontée aujourd'hui la gestion de l'hôpital d'Aboudéia sont :

- Insuffisance dans le respect de l'engagement de l'Etat ;
- l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel ;
- la faible utilisation de l'hôpital qui est à ce moment de l'ordre de 25%.

## 2.1 Activités et résultats

### **Activité 1** : Mettre en place l'équipe d'appui technique

L'équipe d'appui technique composée de : 1 Chirurgien, 1 Anesthésiste, 1 Sage Femme, 1 IDE, 1 Technicien de Laboratoire pharmacien, 1 Administrateur Gestionnaire et du personnel d'appui a été mise en place complètement en mai 2008. Compte tenu du retard accusé dans l'affectation des agents du Ministère de la Santé Publique, le CSSI a employé ses frais de gestion pour recruter, en plus du personnel qualifié retenu initialement, un IDE, un Technicien de laboratoire et un maintenancier. L'IDE assure l'interprète entre les malades et le Chirurgien expatrié puis l'assiste au bloc opératoire. Le Technicien de laboratoire gère la pharmacie et donne l'appui au service de laboratoire. Le maintenancier veille sur le fonctionnement des groupes, entretien les installations électriques / plombières et joue également le rôle de logisticien.

### **Activité 2** : Doter l'équipe d'appui en moyens logistique et matériel

1 voiture, 3 motos, 1 coffre fort, l'équipement informatique et mobilier de bureau ont été fournis par le CSSI à l'équipe d'appui dès mai 2008.

Les équipements et matériels hospitaliers à fournir par le Projet 8<sup>ème</sup> FED ont été livrés en octobre 2008

### **Activité 3** : Assurer la prise en charge chirurgicale

La prise en charge chirurgicale des malades a débuté en juin 2008 et assurée de manière continue. Le bloc opératoire est tenu par 1 Médecin chirurgien assisté d'un IDE qui sert d'aide opérateur et d'un Technicien supérieur en anesthésie-réanimation. Différentes types d'interventions sont faites. Au total 96 opérations ont été réalisées.

### **Activité 4** : Assurer le transfert de compétences au personnel de santé

2 IDE et 1 ATS de l'Etat ont été affectés à l'Hôpital. Ils assurent donc sous la supervision du Médecin des consultations curatives et des soins des malades. Activités pour les quelles le transfert de compétence est assuré par l'équipe de CSSI. Malheureusement chaque poste de l'équipe technique du CSSI n'a pas un homologue affecté, à part la comptabilité.

### **Activité 5** : Affecter le Médecin Chef de l'Hôpital

Le Médecin Chirurgien du CSSI assure le poste de Médecin Chef de l'Hôpital en l'absence d'une affectation d'un Médecin de l'Etat à ce poste

### **Activité 6** : Nommer les responsables des services hospitaliers

Vu l'insuffisance du personnel, sauf certains services hospitaliers et techniques ont vu la nomination de leur responsable. Il y a donc un Médecin chef de l'Hôpital, un Chef de service de chirurgie, un Chef de service de anesthésie – réanimation, un Infirmier chef de bloc, une Sage femme responsable de la maternité, un responsable du laboratoire, un responsable de la pharmacie, un Administrateur gestionnaire, un Comptable percepteur, un Responsable de maintenance

**Activités 7** : Elaborer la description de poste du personnel de l'Hôpital  
Le profil de poste du personnel a été élaboré en juin 2008.

**Activité 8** : Doter la pharmacie en médicaments et consommables y compris pour les urgences  
Les médicaments et consommables fournis par le Ministère de la Santé en fonds de roulement ont été réceptionnés le 17 mai 2008.

**Activité 9** : Elaborer les outils de gestion des médicaments  
Divers outils de gestion ont été élaborés en août 2008.

**Activités 10** : Mettre en place les outils de gestion des médicaments de la pharmacie  
Les outils de gestion des médicaments de la pharmacie élaborés ont été mis en place en septembre 2008

**Activité 11** : Former le personnel de la pharmacie sur les outils  
Le personnel affecté à la pharmacie a été formé, dès son recrutement, à l'usage des outils de gestion des médicaments.

**Activité 12** : Assurer la gestion de la pharmacie  
Après la formation, le pharmacien et le percepteur assurent la gestion des médicaments de manière continue.

**Activité 13** : Organiser le circuit du malade dans l'Hôpital  
Le circuit du malade dans l'Hôpital a été organisé comme suit : le malade est reçu à la perception. Après il se rend au service de TRI où il est consulté par l'Infirmier ou orienté à la Maternité si c'est une femme. Après la consultation, le malade revient payer à la perception puis passe à la pharmacie. Du TRI ou de la Maternité, le malade peut être orienté pour une consultation médicale ou chirurgicale. Le Médecin consulte et traite ou hospitalise. Au besoin, le Médecin peut demander les examens de laboratoire ou une imagerie (radio, échographie). Le malade va payer à la perception avant d'être servi

**Activité 14** : Mettre en place les fiches opérationnelles et les outils de gestion du malade (Ordonnance, dossier médicaux, plan des soins, référence, contre référence) .  
Les fiches opérationnelles et outils de gestion du malade (ordonnanciers, dossiers médicaux, plans de soins, fiche de référence et contre référence) ont été mis en place dès le démarrage des activités en juin 2008.

**Activité 15** : Mettre en place les organes de gestion de l'Hôpital

Le Comité Directeur de l'Hôpital est mis en place et se réunit régulièrement tous les 15 jours. La sensibilisation est en cours pour la mise sur pied du Comité de Gestion de l'Hôpital.

**Activité 16** : Former les membres des organes de gestion sur leurs rôles

Les membres du Comité Directeur assurent correctement leur rôle. Les membres du Comité de Gestion seront formés après la mise sur pied de l'organe.

**Activité 18** : Mettre en place les outils de recouvrement des coûts

Les outils de recouvrement des coûts (...) ont été élaborés et mis en place.

**Activité 19** : Plaidoyer auprès des autorités locales sur le recouvrement des coûts

La plaidoirie au sujet du recouvrement des coûts est bien assurée auprès des autorités locales qui prévoient à leur tour organiser des sorties dans les villages du District pour une sensibilisation de masse.

**Activité 21** : Sensibiliser le personnel sur la référence et la contre référence

Le personnel soignant a été sensibilisé sur la référence et la contre référence au 2<sup>ème</sup> semestre de l'année 2008 et de manière continue. Les responsables des différents CS du District réfèrent tant que peu les malades vers la consultation de référence au niveau de l'Hôpital. Suivant le rapport annuel de l'Hôpital, 80% de références arrivées sont pertinents. L'Hôpital fait également la contre référence vers les CS mais les malades guéris et/ou dont l'état de santé s'est amélioré repartent difficilement vers les CS.

**Activité 22** : Assurer l'alimentation des malades hospitalisés

L'alimentation des malades hospitalisés a été assurée sans le crédit de l'Etat alloué. En 2008, le crédit fut épuisé avant le démarrage des activités à l'Hôpital. En 2009, la gestion du crédit est toujours assurée par la Direction du District. D'après de sources administratives, le CSSI n'est pas reconnu gestionnaire du dit crédit et ne peut en assurer la gestion.

**Activité 23** : Assurer les ressources humaines complémentaires (Cf. liste)

Qualification	Besoin	Affecté		Date	Commentaires
		OUI	NO N		
Médecin traitant	1		X		
Technicien dentiste	1		X		
Préparateur en pharmacie	1		X		
Technicien supérieur en anesthésie	1		X		
Technicien de laboratoire	1	2		Octobre 08	Un seul des 2 Techniciens est opérationnel.

Technicien de radiologie	1		X		
Infirmier Diplômé d'Etat	3	1		Octobre 08	
Infirmier Breveté/ATS	3	3		Octobre 08	Deux des 3 ATS sont opérationnels
Sage Femme Diplômé d'Etat	2		X		
Manoeuvre	1	1		Mai 08	

**Activité 27** : Assurer des missions d'appui, de supervision de l'équipe technique et d'audits financiers

Les missions d'appui et de supervision de la Direction sont organisées régulièrement et assurés par les membres du Comité Directeur du CSSI. Les audits financiers sont réalisés à chaque présentation de rapports intermédiaires et pour ce rapport final.

**Activité 28** : Rédiger les rapports semestriels et finaux

Deux rapports intermédiaires ont été rédigés et validés et le présent rapport final.

## 2.2 Activités qui n'ont pas eu lieu

**Activité 17** : Elaborer une brochure d'information pour les malades hospitalisés

Activité s'avérant non pertinente sur le terrain vu le niveau d'instruction faible de la grande partie des malades.

**Activité 20** : Sensibiliser les populations sur le recouvrement des coûts

Activité partiellement réalisé. Les leaders d'opinion et les responsables administratifs, traditionnels et religieux ont été suffisamment sensibilisés sur le problème de recouvrement de coût. Cependant les grandes sensibilisations de masse dans les zones de responsabilité de District ne sont qu'au stade de planification.

**Activité 24** : Elaborer les protocoles et les instructions écrites

Plusieurs protocoles et instructions écrites pour les agents de santé hospitaliers existant au niveau national sont en cours d'adaptation pour être utilisés à l'Hôpital d'Aboudeia.

**Activité 25** : Former le personnel sur les thèmes prioritaires

La non affectation en effectif requis du personnel de l'Etat n'a pas permis la réalisation de cette activité

**Activité 26** : Réaliser les audits médicaux

L'intensité des activités hospitalières actuelles et aussi la durée de l'Action ne justifient pas encore la réalisation des audits médicaux

## 2.3 Résultats

**Résultat 1 :** L'organisation de l'Hôpital est efficace permettant une prise en charge des malades

Ce résultat est atteint à 2/3. Le personnel hospitalier existant dispose chacun d'une description de poste. Du fait de l'insuffisance du personnel, il y a donc cumule de postes au niveau de certains membres du personnel. La pharmacie de l'Hôpital depuis son ouverture dispose en permanence 100% des milécules traceuses. Certains organes de gestion, à savoir la Direction de l'Hôpital et l'équipe cadre de l'Hôpital sont mis sur place et fonctionnels. Seul le comité de gestion de l'Hôpital dont certains membres proviennent des services externes à l'Hôpital attend sa mise en place.

**Résultat 2 :** La mise en œuvre et la qualité du PCA est améliorée

Toutes les urgences médico-chirurgicales qui arrivent à l'Hôpital d'Aboudéia sont prises en charge sans délai. Sur les 96 opérations réalisées durant la période considérée, il y a eu 0% de complication postopératoire. Il n'y a eu que 2 césariennes durant la période et ce chiffre ne permettent pas de calculer un taux de césarienne. La proportion des accouchements compliqués est de 2.5 chiffre inférieur à la norme nationale qui est de  $\geq 5$

**Résultat 3 :** L'utilisation de l'Hôpital par les populations est augmentée

Les consultations au niveau de l'Hôpital sont assurées par le Chirurgien, le MCD et en partie par les infirmiers. Au total 4.127 nouveaux cas ont été reçus durant la période considérée de l'Action. Le taux de références des CS arrivés à l'Hôpital est de 80% légèrement inférieur à la norme nationale qui est de 100%. Les 90% des références arrivées sont pertinentes. Le taux d'occupation moyen est de l'ordre de 40% et reste inférieur à la moyenne nationale qui est de 60 – 80%.

**Résultat 4 :** Les morbidités/mortalités intra-hospitalières infantiles et maternelles sont réduites

Le paludisme reste donc une des premières pathologies qui arrivent à l'Hôpital avec plus de 32% des NC mais le taux de létalité des enfants de 0-5 ans atteints de paludisme grave est de 0% à l'Hôpital d'Aboudeia durant la période considérée. Aucun cas de mortalité maternelle par suite de complication obstétricale n'a été enregistré pour le moment à l'Hôpital d'Aboudéia. Le taux de létalité hospitalière est estimé pour le moment à 5% à l'Hôpital d'Aboudeia. Il n'y a pas de norme arrêtée au niveau national.

## 2.4 Apport de l'Action pour les Bénéficiaires finaux

L'apport de l'action pour les bénéficiaires finaux ou population cible qui est celle du District d'Aboudéia est que cette population a vu les conditions de la prise en charge de problèmes de santé du niveau hospitalier (consultation de référence,

hospitalisation, examens complémentaires, prise en charge des urgences chirurgico-obstétricales, ...) nettement améliorée. L'action a contribué aussi au niveau des ménages à réduire des charges de soins que causaient avant l'évacuation vers les Hôpitaux environnants qui sont ceux d'Am-Timan, de Mongo ou parfois même N'Djaména. Pour la région, l'Action vient compléter donc le niveau de couverture de la population dans le domaine de la prise en charge hospitalière. L'Action a du donc renforcer aussi l'image de marque du District qui dispose désormais d'un Hôpital de District opérationnel.

### **Contraintes et difficultés**

- L'éloignement de l'hôpital de la ville constitue un handicap pour sa fréquentation. La sensibilisation de la population est aussi insuffisante pour permettre une meilleure fréquentation, et ceci est attribuable à l'absence prolongée du Médecin chef du District.
- L'Evacuation des malades venant des centres de santé reste difficile par manque d'ambulance au District et à l'hôpital.
- L'insuffisance du personnel étatique est également un handicap à la bonne marche des activités au sein de l'hôpital.

### **Opportunités**

- La collaboration des autorités administratives déjà très bonne comme le préfet de la localité, est une opportunité à exploiter pour la sensibilisation de la population à la fréquentation de l'hôpital.

### **Conclusion**

Le projet gestion de l'hôpital d'Aboudéia a commencé avec un retard, mais avec l'arrivée du personnel d'appui, l'organisation de l'hôpital pour le rattrapage du retard a été une priorité dans leur planification. Ainsi le service d'échographie est maintenant fonctionnel et le MCD y est fortement impliqué, les réunions de staff pour la formation continue se poursuivent depuis, et les différents services deviennent de plus en plus fonctionnels.

Cependant on note une insuffisance du personnel de l'état, chose importante pour un meilleur transfert de compétences. Aussi la mise en place des organes de gestion de façon officielle reste à faire, et une intensification de la sensibilisation de la population sur la disponibilité des prestations est impérative pour augmenter davantage la fréquentation.

### **Suggestions pour l'amélioration des performances du projet**

L'action a pris fin, mais quelques suggestions sont à faire pour la suite :

- Prendre des mesures efficaces pour que le personnel soit affecté par le MSP à Aboudéia
- Solliciter le concours des autorités politico administratives et autres leaders d'opinion pour la sensibilisation de la population vis-à-vis de la fréquentation de

l'hôpital. A ce niveau le District a également une grande part de responsabilité à jouer car les sorties de supervisions en sont des occasions importantes.

### **III. Projet d'appui intersectoriel de santé humaine et animale pour l'accompagnement à la réinstallation des personnes déplacées, à la stabilisation des populations d'accueil et au passage des éleveurs transhumants dans la Région de Sila**

#### **Introduction**

La 1<sup>ère</sup> année du Projet d'appui intersectoriel en santé humaine et animale pour l'accompagnement à la stabilisation des personnes déplacées et éleveurs transhumants dans la Région de Sila a été marquée par la mise en œuvre des activités prévues dans le plan d'action. Il s'agit, notamment le recrutement du staff de projet et l'ouverture du bureau CSSI de Goz-beida, la mise en place de réseaux de collaboration du niveau central et régional, la collecte d'information et détermination de la zone du projet, l'organisation d'une campagne d'information, d'éducation et de communication (IEC), la formation des matrones et des auxiliaires d'élevage et le lancement du 1<sup>er</sup> tour de campagne mixte de vaccination (santé humaine et santé animale).

#### **3.1 Mise en place de l'équipe du projet et l'ouverture du bureau CSSI de Goz-beida**

Après la signature de la subvention en décembre 2009 entre le PAS et le CSSI, il s'en est suivi le recrutement du staff et du personnel du projet. Ensuite du 9 au 13 mars 2009, une mission d'ouverture du bureau du CSSI de Goz-Beida a été réalisée. En effet, la mise en œuvre du Projet sur le terrain a démarré avec l'acquisition et l'ouverture du bureau du CSSI de Goz-Beida. En même temps que l'ouverture du Bureau de Goz Beida, l'équipe de la mission a par ailleurs pris des contacts utiles et rencontré successivement le Gouverneur du Sila, le Délégué Régional de la santé publique, le Chef du secteur d'élevage et quelques notables à qui, elle a présenté les grands axes du projet et discuté de son démarrage.

#### **3.2 Mise en place du réseau de collaboration du niveau central et régional**

Pour une bonne et cohérente conduite des activités du Projet, le CSSI a organisé le 25 mars 2009 à N'Djaména, une rencontre de mise en place du réseau de collaboration du niveau central. Etaient conviés à cette rencontre, le Coordinateur 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). Cette rencontre a permis au CSSI de présenter le Projet Intersectoriel à ses partenaires, de discuter amplement avec ces derniers de son contenu, et de solliciter de leur part une réelle implication en vue de l'appropriation des activités du projet par l'Etat après la fin de la subvention. Ces partenaires étatiques après avoir salué ce projet qui vient en appoint aux activités de leurs

services déconcentrés, ont donné leur appréciation et rassuré le CSSI de leur adhésion et leur disponibilité.

Après la mise en place du réseau au niveau central, l'équipe du projet s'était rendue à Goz Beida, le 28 mars pour mettre en place le réseau régional. Aussi dans le souci d'identifier des groupes cibles et les zones d'intervention précises, l'équipe du Projet accompagnée des responsables des services techniques de santé publique et de l'élevage de la Région du Sila a mené du 28 mars au 07 avril 2009, une mission d'identification, d'information et de sensibilisation des communautés cibles de la Région de Sila. L'équipe de la mission s'est rendue successivement à Goz beida, Koukou, kerfi et leurs environs où elle a rencontré et discuté avec les populations bénéficiaires du cadre stratégique du projet.

### **3.3 La collecte et détermination de la zone du projet**

Une mission de collecte des données et de détermination précise de la zone d'intervention du projet s'est déroulée du 7 au 16 juin 2009. Cette mission a permis d'obtenir l'estimation chiffrée des populations hôtes, déplacées, nomades et réfugiées des 5 zones de responsabilités (ZR) fonctionnelles.

Du point de vue activités sanitaires, sur les 15 zones de responsabilités que compte la Région du Sila, seules 5 d'entre elles, notamment Addé, Doroti, Goz-beida Urbain, Kerfi et Koukou sont opérationnelles. Ces 5 zones de responsabilités sont appuyées principalement par les ONGs qui n'assurent malheureusement leurs services de santé qu'à la population de zone A (rayon de 5km autour du Centre de Santé), abandonnant une grande partie de la population de leur zone B qui n'a accès que très partiellement aux services offerts par ces structures sanitaires.

Cette mission a permis aussi à l'équipe du CSSI de collecter des données sur les indicateurs des activités préventives en matière de santé humaine et animale et d'obtenir en partenariat avec le Secteur d'élevage l'estimation du cheptel de la Région.

C'est sur la base de ces informations sur la réalité du terrain, que le CSSI en commun accord avec les services déconcentrés de santé publique et de l'élevage a circonscrit la zone d'intervention du projet, qui comprend les villages de retour des déplacés des environs de Kerfi (zone B) où le besoin des services de santé humaine et animale est très pressent. Il s'agit précisément des villages de retour d'Agourtoulou, d'Arata, de Bakigna et de Djourlo, les villages de populations hôtes de Bandikao, de Badia de Douwé et de Doroti, ainsi que les aires de stationnement et de séjour des nomades de Rassal-fil, Sinet, Nawiya, Dabkharait, Cecebane, et Magdoute.

### 3.4 La campagne IEC

Toujours dans le souci de bien cerner les réalités du terrain et recadrer adéquatement la zone du projet, une mission d'information, d'éducation et de communication a été menée par l'équipe du CSSI dans les localités de Kerfi, Koukou, Louboutigué, Djorlo et Bandikao, ainsi que les ferricks des éleveurs. Cette mission a permis de discuter amplement avec les populations bénéficiaires et les notables sur la stratégie du projet et obtenir leur adhésion pour un accompagnement efficace dans la mise en œuvre des activités du projet. Cette mission a permis par ailleurs, à l'équipe du projet d'identifier au sein des différentes communautés hôtes, retournés et transhumants les personnes à former comme auxiliaires d'élevage, matrones et animateurs d'IEC.

### 3.5 Les activités de formation

En terme d'activités de formation, le CSSI a organisé deux (2) sessions de formation, notamment celle des auxiliaires d'élevage, organisée du 17 au 23 octobre 2009 au Secteur d'élevage de Goz-beida et celle des matrones, organisée du 27 au 31 octobre 2009 à l'hôpital de Goz-beida et au Centre de Santé de Djabal.

La formation des auxiliaires d'élevage a vu la participation des 10 auxiliaires venus des différentes localités de la zone du Projet, notamment Djorlo, Louboutigué, Kerfi, Koukou, Douwé et Bandikao. Cette session de formation a été assurée principalement par le Chef du Secteur d'élevage de Goz-beida, assisté de ses deux collaborateurs du poste vétérinaire de Goz-beida.

A l'issue de cette session de formation axée sur différents modules, les 10 auxiliaires ont reçu chacun un kit d'auxiliaire (**voir photo 1 : auxiliaires avec leur mallette du kit**), le manuel et cahier de l'auxiliaire et la carte de l'auxiliaire.



**Photo 1 :** les auxiliaires avec chacun son kit en main à la fin de la session de formation

La formation des matrones quant à elle s'est déroulée du 27 au 31 octobre 2009 et a regroupé 9 matrones venues des différentes localités d'activités du projet, notamment Bandikao, Djorlo, Doroti et Douwé.

Cette formation des matrones était assurée par le MCD de Goz-beida et la sage femme du Centre de Santé du Camp Djabal (**voir photo 2 : matrones en formation**). La session de formation était axée sur différents modules, notamment les techniques de l'accouchement, l'accueil de la parturiente et la gestion de l'accouchement, la physiologie de l'utérus gravide à terme, la période de l'expulsion et surveillance du fœtus, les activités de la CPN et CPON (activités pratiques au CS de Djabal) et le conseil. A la fin de la session de formation, les matrones ont reçu chacune une trousse d'outil de travail et une attestation de participation à la formation.



**Photo 2 : les matrones attentives sur les explications de leur formatrice**

### **3.6 Le premier tour de campagne mixte de vaccination humaine et animale**

Les activités du 1<sup>er</sup> tour mixte de vaccination se sont déroulées du 5 au 19 décembre 2009. Les zones couvertes sont principalement la Sous préfecture de Kerfi, notamment sa zone B (zone au-delà du rayon de 5 km de la ville de Kerfi) et tout le long de deux rives de Barh-Azoum, jusqu'à la lisière du CS non fonctionnel de Bandikao.

Ce sont en effet, deux équipes du projet composées des agents de santé humaine et animale qui ont sillonné durant deux semaines en stratégie mobile les villages de retour, les ferricks et les villages de populations hôtes pour administrer les antigènes du PEV de routine aux enfants, aux femmes enceintes et en âge de procréer ; et les vaccins anti charbon bactérien et symptomatique et la pasteurellose aux animaux des populations bénéficiaires.

Les villages de retour d'Agourtoulou, d'Arata, de Bakigna, les villages hôtes de Cecebane, de Djangatiti, ainsi que les ferricks situés autour de la ville de Kerfi ont été couverts par la 1<sup>ère</sup> équipe. La seconde équipe a couvert la zone de Bandikao, de Badia, de Magdout, de Amroubougue, ainsi que les ferricks des éleveurs transhumants le long des deux rives du Barh Azoum.

Au cours de cette campagne mixte, les équipes mobiles du CSSI ont vacciné au total 3 255 personnes, dont 1907 enfants de 12 à 59 mois, 373 enfants de 0 à 11 mois,

951 femmes en âge de procréer et 181 femmes en grossesse (*voir tableau 1 : répartition des enfants et femmes vaccinés*). Les enfants et femmes vaccinés sont issus aussi bien des villages de retour (*voir photo 3 : une mère d'enfant ayant reçu le carnet après la séance de vaccination*), des villages de populations hôtes que des aires de stationnement des éleveurs transhumants (*voir tableau 3 : répartition des personnes vaccinées par groupes de population*).

Cette vaccination humaine était couplée aux séances de soins curatifs qui ont permis aux équipes du CSSI de consulter 390 patients. Les principaux motifs de consultations sont les IRA, le paludisme, la conjonctivite, les douleurs lombaires, les diarrhées... Ces patients ont reçu par la suite des équipes du CSSI de médicaments gratuitement.



**Photo 3** : une mère d'enfant ayant reçu le carnet après la séance de vaccination

**Tableau 1: Répartition des enfants et femmes vaccinées**

Enfants vaccinés		Femmes en âge de procréer		Total
0-11mois	12-59 mois	total	Femmes enceintes	
<b>373</b>	<b>1907</b>	<b>951</b>	<b>181</b>	<b>3255</b>

**Tableau 2 : Répartition de personnes vaccinées par groupes de population**

Types de population	Nombre
Hôtes	977
Retournés	793
Transhumants	1485
<b>Total</b>	<b>3255</b>

En ce qui concerne la vaccination animale, trois types de vaccins, notamment l'antravac, le symptovac et le pastovac, respectivement contre le charbon bactérien, symptomatique et la pasteurellose ont été administrés au cours de ce 1<sup>er</sup> tour de campagne mixte de vaccination. Les deux équipes ont pu vacciner un nombre important des troupeaux dont les résultats sont présentés dans le **tableau 3** :

**Tableau 3 : répartition par espèces et par vaccins des troupeaux vaccinés**

Espèces animales	Vaccins administrés			Total
	Antravac	Pastovac	Symptovac	
Bovins	2.843	10.144	3.680	16.667
Ovins/caprins	0	4.191	0	4.191
Camelin	88	997	0	1.085
Équin	12	28	0	40
Asin	0	110	0	110
<b>Total</b>	<b>2 943</b>	<b>15 470</b>	<b>3 680</b>	<b>22.093</b>

Au cours de cette campagne de vaccination (**voir photo 4** : les agents vétérinaires vaccinant les bovins à la sortie du parc de vaccination), le recouvrement partiel du coût de vaccination (50 F/ dose) a été respecté. Les entrées en terme de recettes pour cette vaccination animale a été chiffrée à **neuf cents quarante mille francs** (940 000 f CFA). Il faut relever cependant que quelques difficultés ont retardé partiellement les activités prévues dans le plan d'action initial ayant requis l'approbation du PAS.



**Photo 4** : les agents vétérinaires vaccinant les bovins à la sortie du parc de vaccination

### **3.7 Les difficultés**

Parmi les difficultés rencontrées on peut citer, le retard dans l'acquisition des moyens roulants du en grande partie aux questions de procédures de marché, les troubles militaires du mois de mai qui ont occasionné pendant un certain temps une restriction de la mobilité des ONGs dans la zone de projet, la faible dotation en vaccins et consommables au niveau de la Délégation Régionale Sanitaire de Sila et enfin le refus de certains éleveurs de faire vacciner systématiquement leurs troupeaux à cause du système de recouvrement partiel de cout de 50 cfa par dose et par animal.

### 3.8 Le plan d'action 2010

Au regard de ce niveau d'exécution du plan d'action du projet, un plan d'action légèrement réaménagé est proposé pour l'année 2010 :

#### Chronogramme du plan d'action

Activités	2010										
	J	F	M	A	M	J	JU	A	S	O	N
2 <sup>ème</sup> tour mixte de vaccination	X	X									
Formation GPS et animateurs IEC		X	X								
3 <sup>ème</sup> tour solitaire de vaccination			X								
Evaluation et suivi				X							
Campagne IEC				X							
1 <sup>er</sup> tour solitaire				X							
2 <sup>ème</sup> tour mixte					X						
3 <sup>ème</sup> tour mixte						X					
Evaluation finale						X	X				
Rapport final							X				

L'exécution du plan d'action pour cette 1<sup>ère</sup> année du projet a été malgré les difficultés énumérées satisfaisante. Les autres activités reprogrammées pour 2010 seront exécutées conformément au plan d'action ci-dessus. La franche collaboration des services déconcentrés de santé publique et de l'élevage, ainsi que l'adhésion des populations bénéficiaires sont autant des gages pour la suite du projet

## IV. Projet Amélioration de l'accès aux soins des Enfants De la Rue de N'Djamena (EDR)

### 4.1 Historique du Projet

A l'issue d'une analyse de la situation lors de la rencontre intersectorielle MSP/MASF en 2002, les problèmes prioritaires choisis par les participants étaient les suivants :

- L'état de santé des enfants de la rue est très précaire. Cependant, il n'existe pas de données épidémiologiques spécifiques à cette population ;
- Les enfants de la rue n'utilisent pas les services de santé. Le plus souvent, ils ont recours à l'automédication. L'accès aux soins est limité par des difficultés économiques et le manque d'information ;
- Les enfants de la rue sont dispersés à travers la ville et sans encadrement, ce qui rend difficile leur suivi médical.

En réponse aux problèmes énoncés, un réseau médico-social a été mis en place en mars 2003. Le but de ce réseau médico – social est non seulement d'identifier les enfants ayant des problèmes de santé et de leur offrir l'accès aux soins mais aussi de les encadrer tout en continuant leur éducation sanitaire afin de leur permettre d'adopter un changement de comportement pour éviter certaines maladies.

### 1.2 Résumé du Projet

**Mise en œuvre :** Médecins du Monde, Délégation Midi Pyrénées

**Structure de relais :** Centre de Support en Santé Internationale

**Bailleurs de fonds :** Médecins du Monde (Fonds propres), SGTB, Western Union et ESSO

**Population cible bénéficiaire :** 5 000 EDR estimés à N'Djaména ; 3 000 enfant des rues se rendant aux centres de santé et associations de N'Djamena

**Zone d'intervention :** 4 Arrondissements pour la ville de N'Djaména

**Tableau I : Zone d'intervention du projet**

Arrondissements	Structures sociales	Structures sanitaires	Zones de concentration
2 <sup>ème</sup> Arrondissement	Centre social N°4 ATAD CCDE 2 <sup>ème</sup>	CS Bololo COGES de Bololo	Canal St Martin, derrière l'immeuble UNICEF, rue des 40 mètres
3 <sup>ème</sup> Arrondissement	CCDE 3 <sup>ème</sup> AEFAT	CS Ardep Djoumal COGES Ardep Dj. CS Gardolé COGES Gardolé Hôpital Kasser	Grande mosquée Marché central Hippodrome
6 <sup>ème</sup> Arrondissement	CCDE 6 <sup>ème</sup> Bethesda	CS Chagoua COGES Chagoua	Marché de Dembé

Arrondissements	Structures sociales	Structures sanitaires	Zones de concentration
		Hôpital Union	
7 <sup>ème</sup> Arrondissement	CCDE 7 <sup>ème</sup> YALNA FAFED	CS Abena COGES Abena Hôpital Union	Marché Karkandjie Marché Dembe

## 4.2 Objectif général

Améliorer sur un an le recours aux soins des enfants en situation de précarité dans les rues des 4 Arrondissements de la ville de N'Djaména

Obtenir l'implication de partenaires opérationnels et financiers pour la reprise du programme à partir de 2005

## 4.3 Objectifs spécifiques

1. Identifier au moins 50 enfants ayant des plaies ou des traumatismes par violence par mois
2. Prendre en charge 100% des enfants identifiés dans la même période
3. Traiter 100% des enfants présentant des co-morbidités repérés par l'acteur social dans les formations sanitaires
4. Repérer, former et impliquer au moins 10 pairs éducateurs dans la population cible au repérage des plaies
5. Obtenir au terme du projet, l'implication opérationnelle de 2 partenaires internationaux, l'un travaillant dans le domaine de la santé et l'autre dans le domaine de la nutrition
6. Obtenir l'implication financière d'au moins 1 structure gouvernementale, de 2 entreprises privées et de 2 organismes internationaux pour une durée de 3 ans à partir de début 2005

## 4.4 Stratégies d'interventions

- Mettre en place un système de recherche active des enfants blessés avec le concours des travailleurs sociaux, des bénévoles des associations ciblées et des pairs éducateurs déjà formés
- Mettre en place un protocole de prise en charge comportant un algorithme de décisions thérapeutiques et dépistage des co-morbidités ciblées (Paludisme, IRA, diarrhées)
- Mettre en place un système d'accompagnement médico-social
- Mettre en place un système de recherche active des pairs éducateurs dans la population cible

- Mettre en place le mécanisme d'un système de tiers payant pour entretenir le stock de médicaments essentiels génériques en vue de pérenniser l'action

#### **4.5 Résultats attendus pour la période :**

- Au moins 300 enfants présentant des traumatismes ou plaies soient identifiés
- 100% des enfants identifiés avec des traumatismes soient été traités
- 100% des enfants repérés présentant des co-morbidités (paludisme, IRA, diarrhée) soient traités
- 100% des enfants nécessitant des soins complexes soient référés à une structure sanitaire du 2<sup>ème</sup> échelon
- Au moins 10 pairs éducateurs soient formés pour repérer et référer les enfants malades
- Le nombre de partenaires identifiés est suffisant pour assurer la pérennité du système (recouvrement des coûts pour l'achat des médicaments essentiels)

#### **4.6 Description du circuit des soins proposé**

Les structures à caractère social représentent le point de départ du circuit. Le travailleur social identifie et repère les enfants de la population cible ayant des plaies grâce à une stratégie avancée (recherche active des enfants). Les plaies constituent ainsi une porte d'entrée au circuit médico – social.

Les acteurs sociaux soignent les enfants ayant des plaies simples et réfèrent vers les centres de santé ceux ayant des plaies infectées, ceux présentant une fièvre ou une de co-morbidité sélectionnées (Paludisme, infection respiratoire aiguë et diarrhée). Ces pathologies représentent les pathologies les plus fréquentes chez les enfants au Tchad.

*Les rencontres de réseau se font une fois par mois entre le CSSI/T, le personnel de santé des 5 centres de santé et de l'hôpital de l'Union et les acteurs sociaux. Le but de ces rencontres est de:*

- Discuter des problèmes rencontrés durant le mois écoulé et trouver des solutions à ces problèmes ; Collecter les données des activités ;
- Approvisionner les acteurs sociaux en consommables ;
- Payer le transport des EDR vers les formations sanitaires ;
- Régler les factures des formations sanitaires.

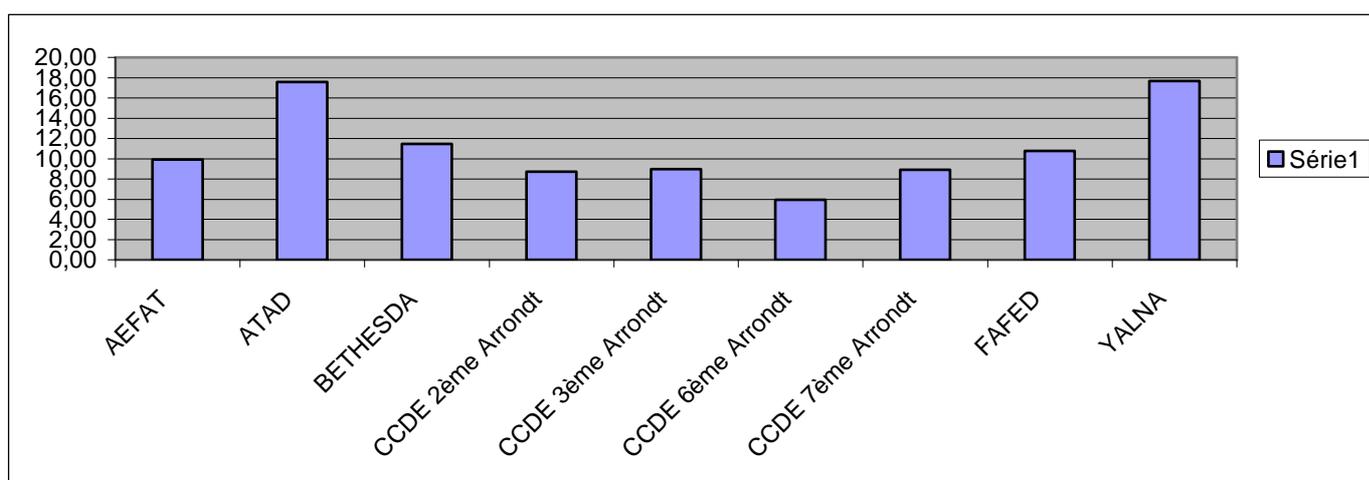
## 4.7 Résultats obtenus/données quantitatives

### 4.6.1 Activités réalisées par les acteurs sociaux

### 4.6.2 Nombre d'enfants repérés

**Tableau II : Répartition des enfants repérés par structure sociale**

Structure sociale	Jan	Fev	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Dec	TOTAL	%
<b>AEFAT</b>	15	20	15	20	23	25	20	23	20	30	21	25	257	9,93
<b>ATAD</b>	37	32	45	40	31	37	40	45	41	30	40	37	455	17,58
<b>BETHESDA</b>	18	25	32	21	32	15	19	15	17	31	40	32	297	11,48
<b>CCDE 2<sup>ème</sup> Arrondt</b>	33	8	36	6	21	7	28	17	32	8	22	8	226	8,73
<b>CCDE 3<sup>ème</sup> Arrondt</b>	23	17	22	26	22	16	19	23	23	22	10	9	232	8,96
<b>CCDE 6<sup>ème</sup> Arrondt</b>	11	15	17	13	16	9	13	9	19	8	13	11	154	5,95
<b>CCDE 7<sup>ème</sup> Arrondt</b>	29	15	19	32	12	11	14	18	25	30	11	14	230	8,89
<b>FAFED</b>	25	22	22	22	23	24	12	27	25	27	28	22	279	10,78
<b>YALNA</b>	26	31	36	39	43	36	26	36	46	46	26	67	458	17,70
<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>185</b>	<b>244</b>	<b>219</b>	<b>223</b>	<b>180</b>	<b>191</b>	<b>213</b>	<b>248</b>	<b>236</b>	<b>208</b>	<b>225</b>	<b>2588</b>	<b>100</b>
<b>%</b>	<b>8,38</b>	<b>7,2</b>	<b>9,4</b>	<b>8,5</b>	<b>8,6</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>8,2</b>	<b>9,6</b>	<b>9,1</b>	<b>8</b>	<b>8,7</b>	<b>100</b>	



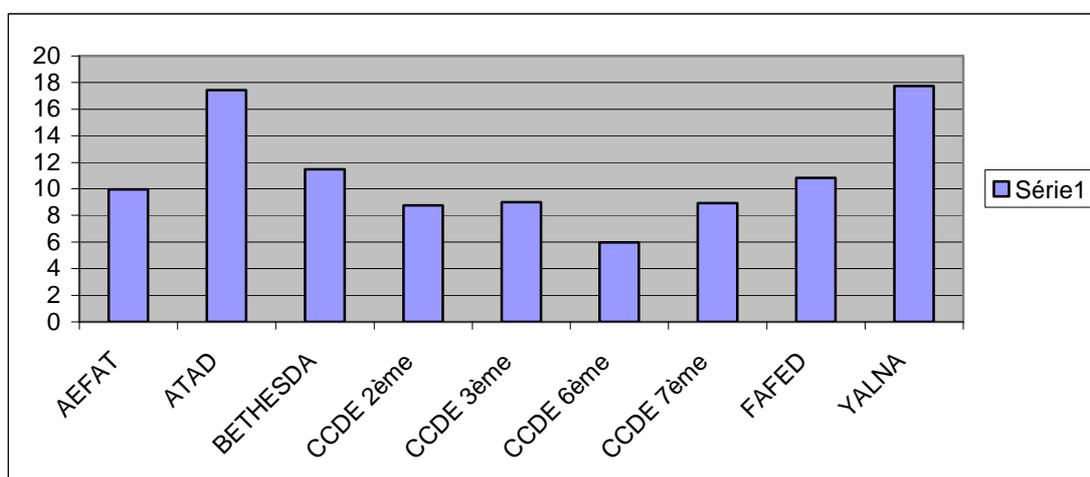
Le nombre d'enfants repérés a largement dépassé le seuil à atteindre au cours de l'année 2009. De Janvier à Décembre 2009 Le nombre d'enfants repérés est de 2588 soit 431,33% : (en moyenne 216 enfants par mois ; soit plus 7 enfants par jour). Ce sont les mois de Février, Juin, et juillet 2009 qui ont connu les plus bas nombres de repérage (inférieur à 200 enfants par mois). Les mois de Mars, Septembre et Octobre ont connus les chiffres les plus élevés de l'année.

#### 4.6.3 Enfants soignés par les acteurs sociaux et référés dans les formations sanitaires

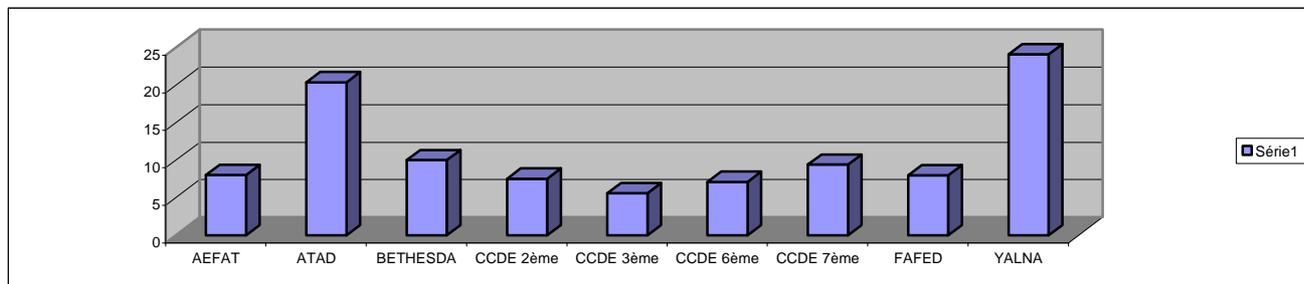
**Tableau III : Répartition des enfants pris en charges par les acteurs sociaux/ Associations et des enfants référés**

Structure sociale	Enfants repérés		Soignés par les acteurs Sociaux		Référés dans les formations sanitaires	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
AEFAT	257	9,95	149	8,01	108	14,98
ATAD	455	17,43	379	20,37	76	9,85
BETHESDA	297	11,46	186	9,99	111	15,26
CCDE 2 <sup>ème</sup>	226	8,75	140	7,52	86	11,93
CCDE 3 <sup>ème</sup>	232	8,99	104	5,59	128	17,75
CCDE 6 <sup>ème</sup>	154	5,96	132	7,09	22	3,05
CCDE 7 <sup>ème</sup>	230	8,91	175	9,40	55	7,63
FAFED	279	10,81	148	7,95	131	18,17
YALNA	458	17,74	448	24,07	10	1,39
<b>Total</b>	<b>2588</b>	<b>100,00</b>	<b>1861</b>	<b>100,00</b>	<b>727</b>	<b>100,00</b>

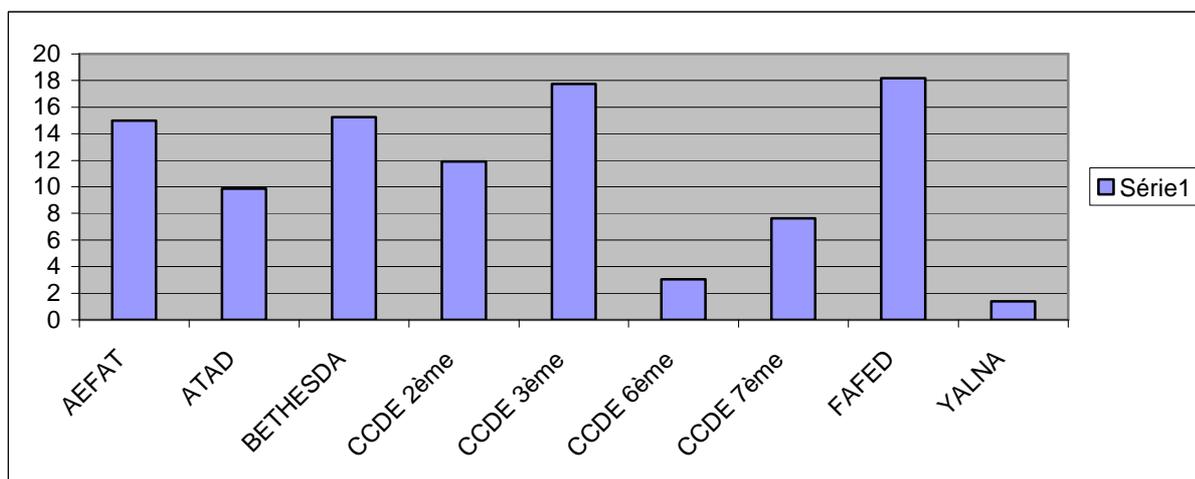
#### Enfants Repérés par les acteurs sociaux



## Enfants soignés par les acteurs sociaux



## Enfants référés dans les centres de santé



D'une manière générale, le nombre de repérage attendu par année (600) est dépassé de très loin. Au total, 2588 enfants de la rue ont été repérés par les acteurs sociaux et les associations au lieu de 600 attendu pour la période, soit une atteinte de l'objectif de la période de 430,33 %. 1861 enfants (soit 71,91 %) ont été pris en charge par les acteurs sociaux et associations pour plaies simples et 727 enfants (soit 27,86 %) ont été référés dans les formations sanitaires pour une prise en charge médicale.

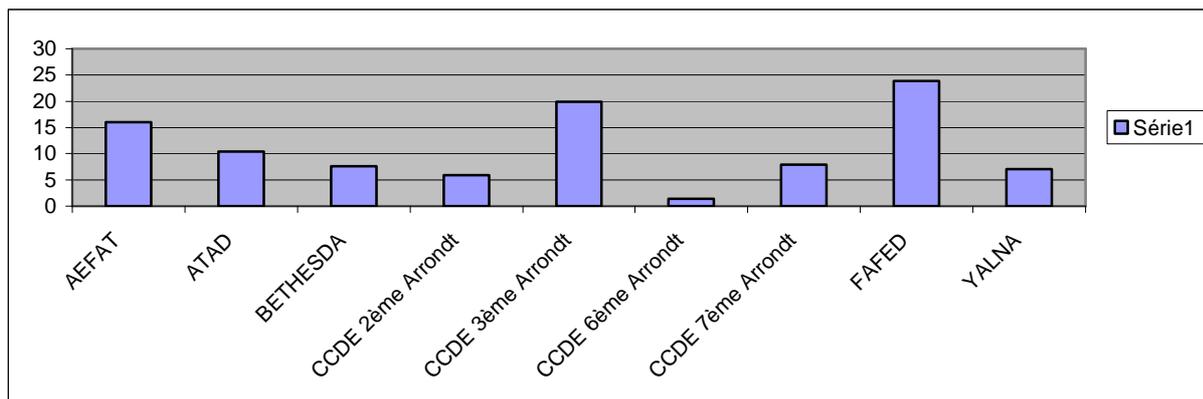
En ce qui concerne les références, FAFED qui a référé les plus d'enfants soit (18,17 %) suivi de CCDE 3° (17,75%), BETHESDA (15,26%) et en dernière position on a YALNA avec 10 enfants référés soit 1,39%

## Tab beau IV : Répartition des nouveaux cas repérés par les acteurs sociaux et les associations

Structure sociale	Jan	Fev	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Dec	Total	%
AEFAT	4	3	4	5	2	6	4	6	4	7	7	5	57	16,01
ATAD	4	3	4	1	3	6	2	5	1	2	3	3	37	10,39
BETHESDA	2	1	1	2	0	2	3	3	2	4	4	3	27	7,58
CCDE 2ème Arrondt	0	2	1	2	0	2	2	3	2	3	1	3	21	5,90

CCDE 3ème Arrondt	7	3	3	8	5	3	5	9	9	11	5	3	71	19,94
CCDE 6ème Arrondt	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	5	1,40
CCDE 7ème Arrondt	3	2	0	4	4	2	0	4	4	2	0	3	28	7,87
FAFED	7	5	7	8	6	9	6	9	5	8	6	9	85	23,88
YALNA	2	3	0	1	1	0	2	6	5	0	3	2	25	7,02
Total	29	23	20	32	21	30	24	46	32	37	29	33	356	100,00
%	8,15	6,46	5,62	8,99	5,90	8,43	6,74	12,92	8,99	10,39	8,15	9,27	100,00	

#### Répartition des nouveaux cas repérés par les acteurs sociaux



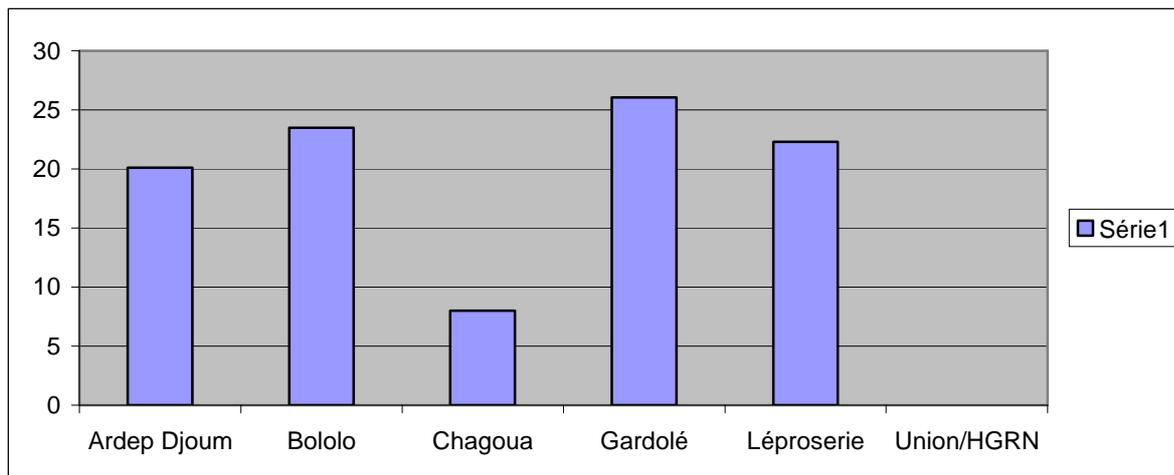
356 nouveaux cas ont été repérés dans la rue par les acteurs sociaux et les Associations du circuit entre janvier et Décembre 2009 soit un taux de nouveaux cas d'environ 13,76 %. C'est le mois d'Août 2009 qui occupe la première place par rapport aux nouveaux cas avec 46 nouveaux cas soit 12,92% et le mois de Mars vient en dernière position avec 20 nouveaux cas soit 5,62%. Par rapport aux structures Sociales et Associations : FAFED vient en première position avec 85 nouveaux cas soit 23,88% suivie de CCDE 3° avec 71 nouveaux cas soit 19,94% et la dernière position revient à CCDE 6° avec 5 nouveaux cas soit 1,40 %

#### 4.6.4 Prise en charge médicale

**Tableau V : Répartition mensuelle des la prise en charge médicale par formation sanitaire**

Formation sanitaire	Jan	Fev	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct.	Nov	Dec	Total	%
Ardep Djoum	10	10	10	10	10	10	10	9	7	12	10	10	118	20,1
Bololo	7	10	15	13	12	15	12	10	13	10	10	11	138	23,51
Chagoua	11	15	11	10	0	0	0	0	0	0	0	0	47	8,01
Gardolé	16	13	13	15	12	11	11	15	11	12	13	11	153	26,06
Léproserie	10	11	15	12	9	12	14	10	11	9	9	9	131	22,32
Union/HGRN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	54	59	64	60	43	48	47	44	42	43	42	41	587	100

## Prise en charge Sanitaire

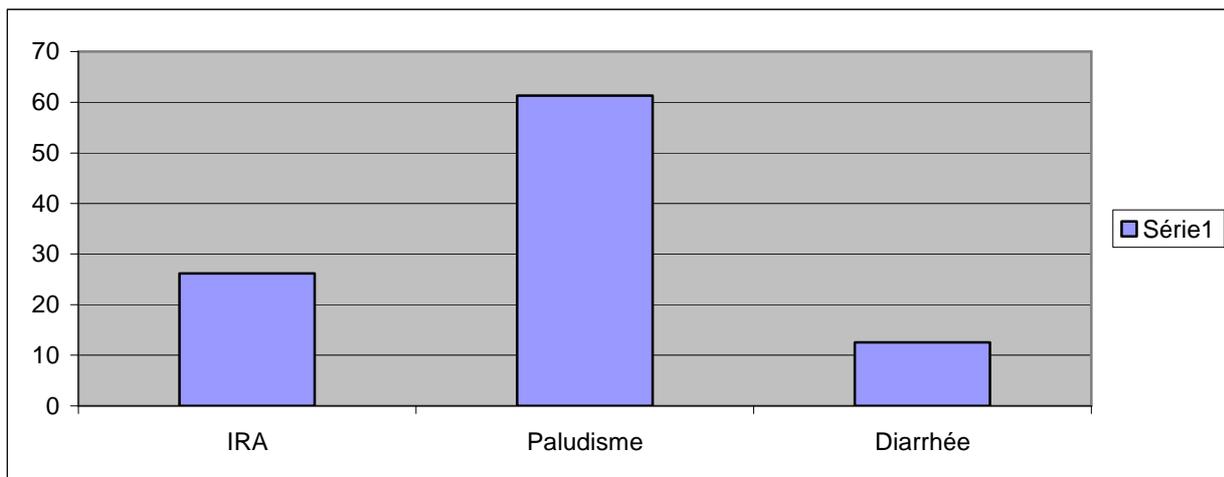


Sur les 727 soit 27,86% d'enfants qui ont été pris en charge par les formations sanitaires du circuit , Le centre de santé de Gardolé vient en première position avec 153 enfants pris en charge soit 26,06 % suivi de Bololo avec 138 enfants soit 23,51 % et en dernière position nous avons le centre de santé de Chagoua avec 47 enfants soit 8,01 % ( le centre de santé de chagoua suspendu des activités EDR depuis le mois de mai à cause d'une mal-entendue entre le comité de gestion du centre et les personnels soignants )Par rapport à la période d'activité le mois de Mars vient en première position suivie d'Avril et les autres mois qui tournent autour de 41 voir 42 enfants en charges.

**Tableau VI : Distribution des co-morbidités vues dans les centres de santé**

Centre de santé	IRA	Paludisme	Diarrhée	Total
Ardep Djoumal	14	33	5	52
Bololo	17	35	8	60
Chagoua	4	15	4	23
Gardolé	17	38	7	62
Lèproserie	15	36	8	59
Hôpital Union/HGRN	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>157</b>	<b>32</b>	<b>256</b>
<b>%</b>	<b>26,17</b>	<b>61,33</b>	<b>12,5</b>	<b>100,00</b>

## Distribution des co-morbidités



La répartition des co-morbidités vues au niveau des formations sanitaires montre que le paludisme est la première cause de morbidité avec 157 Cas soit (61,33 %), suivi des IRA 67 cas soit (26,17 %) et de la diarrhée 32 cas soit (12,5 %). Ceci est conforme à la classification des 10 premières causes de morbidité dans le système sanitaire national. Sur les 727 enfants reçus dans les formations sanitaires du circuit des soins EDR, 256 enfants soit 35,21 % présentent des co-morbidités, les 471 autres enfants, soit 64,79 %, ont été reçus pour blessures graves et autres traumatismes.

### **4.8 Les dépenses**

Les dépenses engagées pendant cette période, vous parviendrez du service compétent charge des dépenses du CSSI.

### **4.9 conclusion**

Les activités de la période de Janvier à Décembre 2009 se sont déroulées dans des bonnes conditions. Les acteurs sociaux et les Associations ont fait de leur mieux pour améliorer l'accès aux soins des enfants de la rue dans les 4 arrondissements de la ville de N'Djaména. Le nombre d'enfants à repérer attendu a été largement dépassé et la plupart des enfants référés ont été pris en charge dans les formations sanitaires. A noter aussi que le retard connu pour le paiement des factures de différents centres de santé du circuit ont été épuré à la fin de l'année 2009.

## V. Projet de prise en charge médicale des réfugiés

En partenariat avec UNHCR, le Centre de Support en Santé Internationale a assuré en 2009 la prise en charge médicale et nutritionnelle des réfugiés soudanais de FARCHANA et celle des réfugiés centrafricains de DAHA.

### 5.1 Prise en charge médicale des réfugiés soudanais de FARCHANA

#### Introduction

Le centre de santé de Farchana est par excellence le seul service de santé qui s'occupe de la gestion des problèmes de santé de la population réfugiée et par extension celle de la population autochtone. Il couvre environ une population totale de 35 855 habitants répartie comme suit : 20855 réfugiés et 15000 autochtones. Le centre de santé offre les prestations en soins curatifs, en santé de la reproduction (maternité, planification familiale) la prévention par la vaccination notamment les activités du PEV, en nutrition. Ce rapport fait l'état d'activités réalisées au cours de l'année 2009 par le centre de santé CSSI de Farchana et formule des recommandations afin d'améliorer les de conditions de prestation et des résultats.

#### Taux de fréquentation

Le taux de fréquentation du centre de santé de Farchana au cours de l'année 2009 n'a point été homogène, il eu des périodes de hausse et de baisse de fréquentation due principalement aux activités des populations. Au cours de l'année 2009 plus de 32195 patients ont été enregistrés au CDS de Farchana repartis comme suit : 74% de réfugiés soit 23873 patients, contre 8288 patients soit 26% constituée de la population locale.

Le taux de fréquentation globale pour les réfugiés est de 1.13 en 2009. La norme acceptée dans le contexte d'un camp de réfugiés se situe dans l'intervalle de (1-4) .Cette variation a plus de l'unité correspond aux périodes de grand flux vers le centre de santé notamment en mars, avril et Août.cf tab1 et la figure1

Les plus bas taux de fréquentation sont enregistrés au second semestre pendant les mois de juillet et en Novembre (période de travaux champêtres : périodes de labour et de récolte).

**Tableau 1Taux de Fréquentation de CDS de Farchana en 2009**

	jan/juil	fev/Aou	mar/sep	avr/oct	mai/nov	ju/dec
premier semestre	1.1	0.8	1.5	2.1	1	1.2
deuxième semestre	0.7	1.4	0.8	1	0.6	0.9

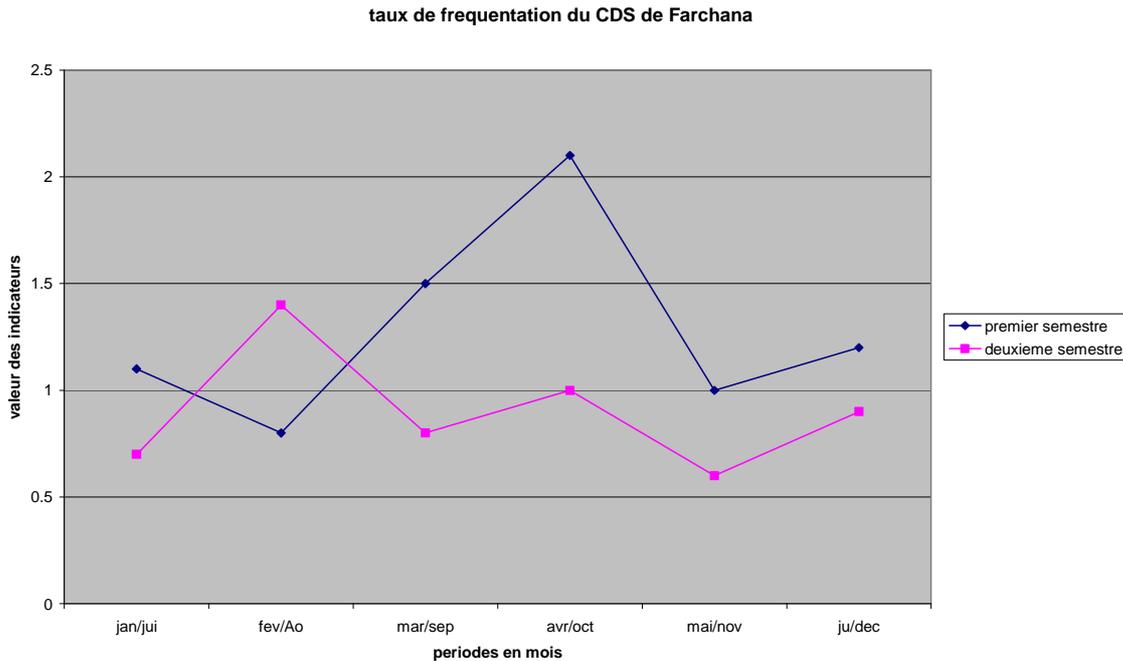


fig1

### 5.1.1 Consultation curative

La consultation curative est la plus grande activité thérapeutique qui est assurée au CDS de Farchana. Elle est principalement réalisée par les médecins, infirmiers et sages femmes.

La moyenne des consultations par consultant étant de 30 par jour, il faut noter que durant l'année 2009, malgré que le CSSI ait respecté les normes du personnel consultant UNHCR, il y a eu surcharge du travail par pour le personnel médical.

Pour améliorer cette situation, il serait nécessaire d'augmenter le staff infirmier en poste pour l'avenir.

### 5.1.2. Morbidité

Le profil épidémiologique de l'aire de santé de Farchana s'est dessiné avec l'apparition d'un ensemble de syndromes dans les deux tranches d'âge que sont les populations de plus et de moins de 5ans.

En effet, les principaux syndromes dominants ayant constitué les premiers motifs de consultation dans la tranche d'âge de plus de 5 ans sont les infections respiratoires hautes et basses, suivis des parasitoses et le paludisme.

Les infections respiratoires hautes comme basses ont eu les pics les plus élevés durant toute l'année même si par moment il 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.

Chez la population de moins de 5ans les mêmes syndromes ont été les plus exprimés et occupaient le premier rang. Les diarrhées aqueuses venaient en deuxième position.

Quant aux parasitoses, elles sont moins enregistrées chez les enfants que les adultes cf. tab2, 3 et annexe.

Ces 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.

Le Paludisme est enregistré tout au long de l'année, mais il n'a pas connu une grande incidence, nous avons cependant, noté de grand pic durant le second semestre chez les adultes occasionné par la saison pluvieuse période favorable à l'éclosion des vecteurs de transmission du paludisme.

D'autres syndromes comme les douleurs musculaires étaient plus enregistrés au premier semestre, il semblait plus lié aux activités physiques de la population qu'à un processus anatomopathologique d'un organe.

Les autres maladies sans grande ampleur sont : La tuberculose et le VIH. Ces affections de façon générale ne sont pas enregistrées dans notre centre, 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 entrain d'être mis en place dans le centre de santé de Farchana.

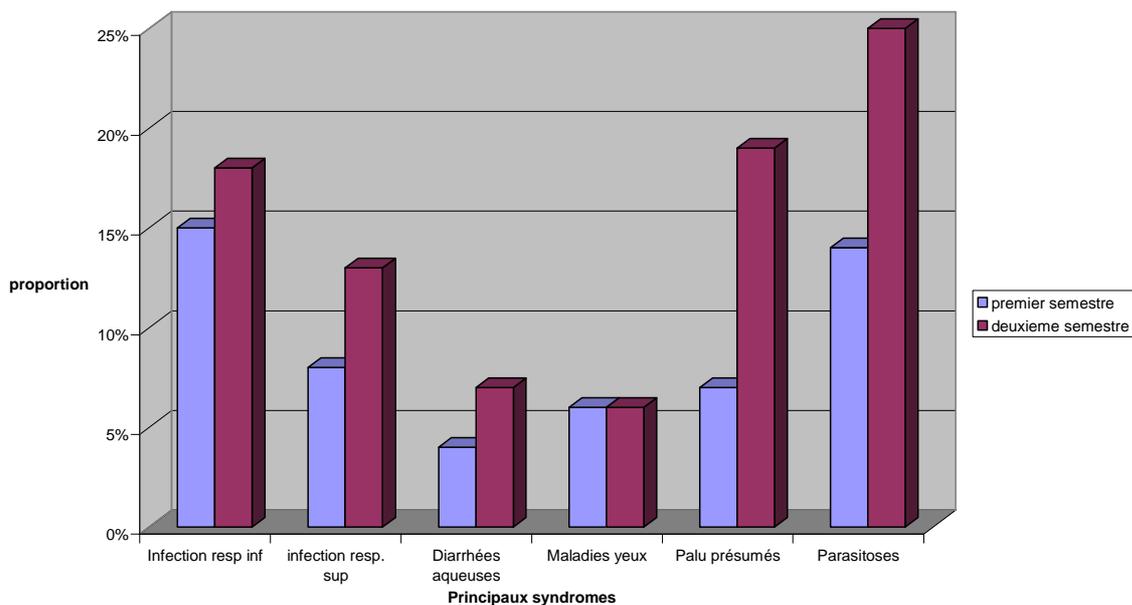
Les traumatismes suite aux AVR et l'arme blanche ont constitué une faible prévalence cependant lorsqu'ils ont lieu ils demeurent très graves et généralement le plateau technique du centre reste inadaptée à leurs prises en charge

Tableau 2. Cas de principaux syndromes a Farchana en 2009 dans la pop de plus de 5 ans

	Infection resp inf	infection resp. sup	Diarrhées aqueuses	Maladies yeux	Palu présumés	Parasitoses
premier semestre	15%	8%	4%	6%	7%	14%
deuxieme semestre	18%	13%	7%	6%	19%	25%

Fig 2a

**Principaux syndromes rencontrés au CDS Farchana chez les personnes de plus de 5ans en 2009**

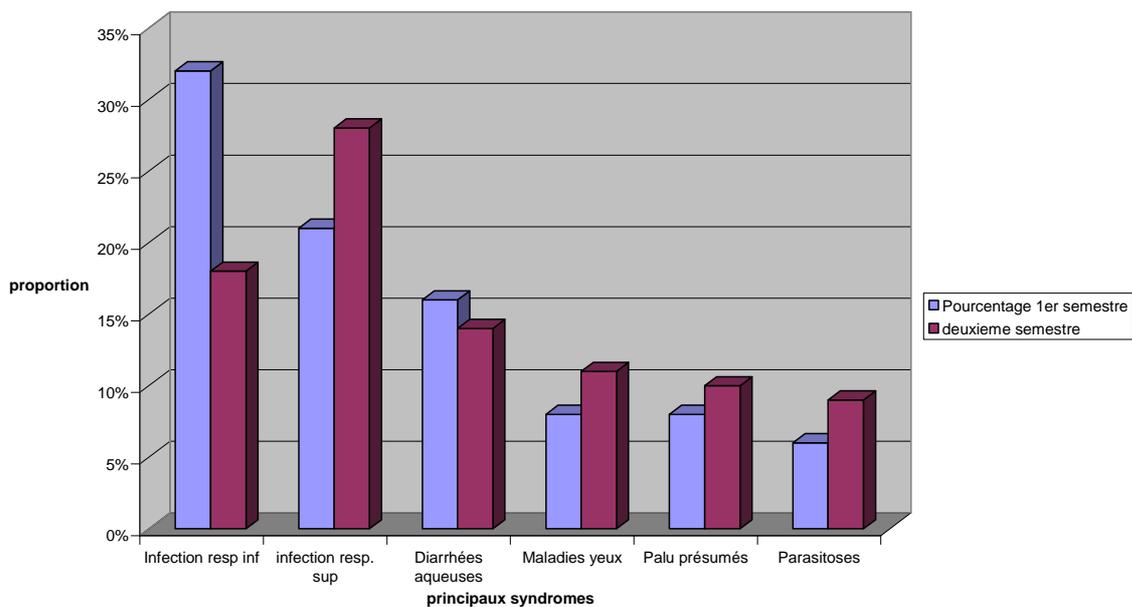


**Tableau 3 Principaux syndromes rencontrés dans la population de moins de 5 ans**

Pathologies	Infection resp inf	infection resp. sup	Diarrhées aqueuses	Maladies yeux	Palu présumés	Parasitoses
Pourcentage 1er semestre	32%	21%	16%	8%	8%	6%
deuxième semestre	18%	28%	14%	11%	10%	9%

**Fig3a**

**syndromes principaux chez la population de < 5 ans au CDS de Farchana**



### 5.1.3 Les maladies à potentiel épidémiques

Le centre de santé de Farchana bien que situé dans une zone aride du Tchad n'a pas fait l'objet de site d'épidémie connue durant l'année 2009. Cependant quelques cas suspects de rougeole et de méningites ont été rencontrés durant les trois premiers mois de l'année.

Pour les cas suspects de MCS, des Ponctions Lombaires ont été faites et le liquide céphalo-rachidien a été acheminé à Abéché pour des tests d'identification. La prise en charge des cas s'est effectuée sans particularité dans le centre de santé.

S'il est vrai que la délégation sanitaire du Ouaddaï fut déclarée zone en épidémie au premier trimestre, l'aire de santé de Farchana est cependant restée légèrement en dessous du seuil épidémique. En avril 2009, le camp des réfugiés et la population locale de Farchana ont bénéficié de la campagne de vaccination de masse contre la rougeole. C'est une activité qui a été menée conjointement avec MSF Hollande qui a séjourné pendant 45 jours dans notre base.

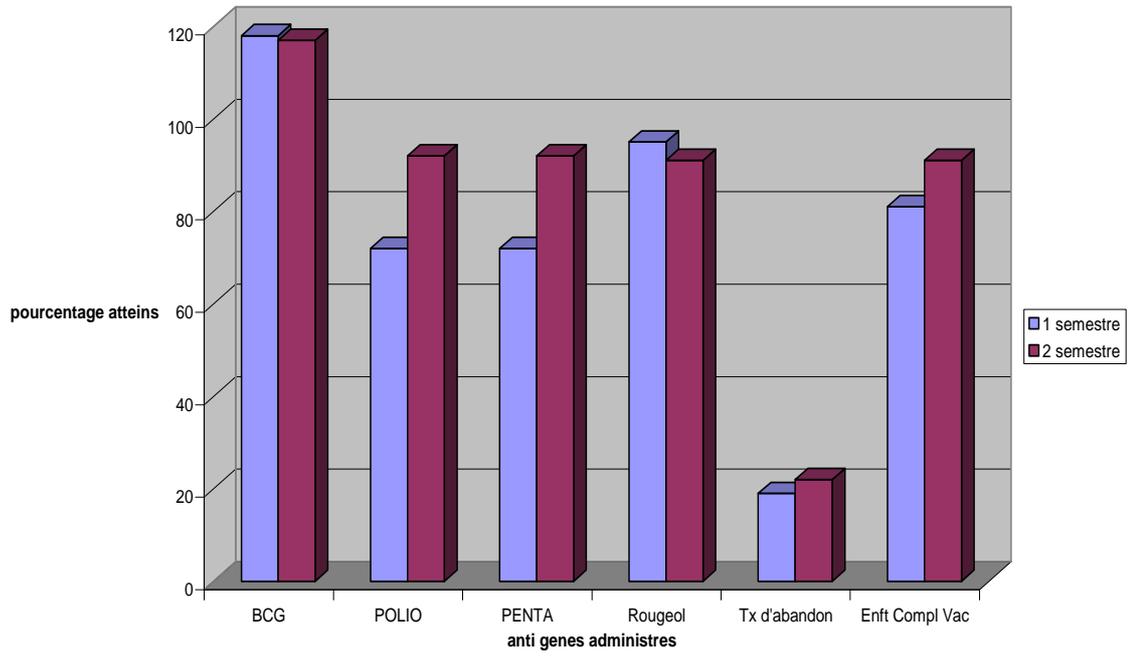
Le taux de couverture à cet effet était de 166%

### 5.1.4 La vaccination

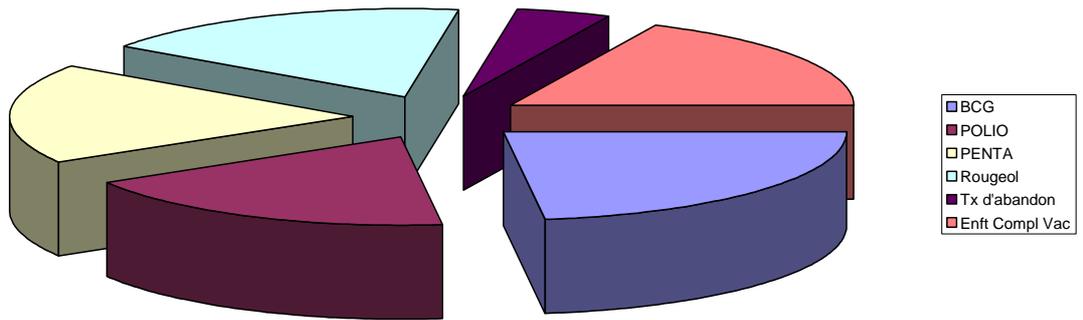
**Tableau 5 :** taux de couverture vaccinale 2009

	1 semestre	2 semestre
BCG	118	117
POLIO	72	92
PENTA	72	92
Rougeole	95	91
Tx d'abandon	19	22
Enft Compl Vaccinés	81	91

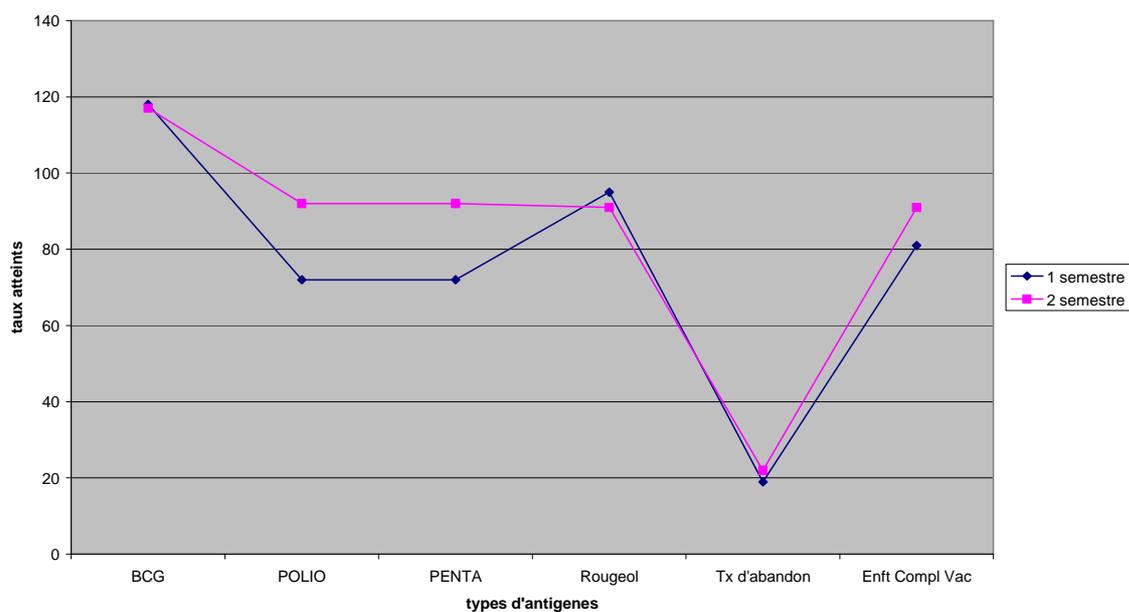
couverture vaccinale au CDS de Farchana en 2009



taux de couverture par antigene



couverture vaccinale des deux semestres 2009



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 et l'UNICEF.

La prévention par la vaccination est une activité effective dans le centre de santé de Farchana. Le CDS mène cette activité tout en respectant les dispositions du PEV comme ci-dessus énumérées:

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

Les taux de couverture atteints durant l'année 2009 au CDS de Farchana sont légèrement en dessous de l'objectif de 95% pour les enfants complètement vaccinés à l'exception du BCG. 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.

La polio, le Penta et le vaccin antirougeoleux sont restés stables en plafond horizontal avec un taux de couverture de 92%, ce taux est en légère progression comparativement au premier semestre.

Le taux d'abandon en moyenne est de 22% 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.

Le taux de couverture des enfants complètement vaccinés est passé de 81% au premier semestre à 90% au second semestre.

Les hiatus sont occasionnés par l'absence inexplicquée 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.
- Un petit nombre de retissant à l'apport d'antigène

Le service communautaire fait l'effort de retrouver les absents à la vaccination afin de réduire le taux de déperdition voire même enrailer l'absence au rendez vous.

C'est ainsi qu'une organisation plus structurée du service communautaire fut mis en place avec obligation de visites régulières à domicile des parents concernés dans chaque bloque sur une périodicité de deux fois par semaine.

### 5.1.5 La santé de la reproduction

Tab 6\_ Santé de la Reproduction (SR) première semestre 2009

	JAN	FEV	MARS	AVR	MAI	JUIN
Tx brut de nce	3.2‰	3.4‰	4.2‰	3.4‰	3.5‰	3.5‰
Total nce vivante	67	71	88	67	69	70
Proportion nce assistee	0	15%	2%	9%	24%	55%
Proportion accht au SOU	100%	100%	93%	100%	83%	100%
Proportion de faible poids	0	0	1%	1.4%	0	2.8%
Proportion de mort ne	0	0	0	1.4%	0	1.4%
Tx d'utilisation PF	0.5	0.4	0.2%	0.3%	0.25	0.2%

Tab 6a\_ Santé de la Reproduction second semestre 2009

	juillet	aout	septembre	octobre	novembre	decembre
taux brut de naissance	2.5	2.5	3.4	4	3.8	3.7
total de naissee vivante	49	51	69	81	78	77
proportion de naissee assiste	8%	75%	70%	72%	71%	58%
proportion d'accoucht au SOU	100%	100%	100%	100%	99%	58%
Porportion de faible poids nce	2%	2%	4%	6%	5%	5%
proportion de mort nes	2,04	0	0	0	0	0
couverture de CPN complet	45%	111%	83%	85%	55%	36%
taux d'utilisation de PF	0.4	0.5	0.2	0.1	0.1	0.1

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 à l'anatoxine tétanique et le traitement présomptif intermittent du paludisme.

On note que 24 % des femmes enceintes reçues en consultation prénatale constituent des cas de grossesses à haut risque (la grande multiparité).

Des stratégies correctrices mises en place ont permis de rehausser le taux couverture des accouchements assistés voir tableau 6, 6a ci-dessus.

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

En Santé de la reproduction (SR), le volet le peu couvert dans notre centre est celui de la planification familiale. 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 0,5%.

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

La composante PTME sera développée 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. Une formation et le recyclage des prestataires en PTME 2010 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.

### **5.1.6 La Nutrition**

Le service de nutrition est aujourd'hui fonctionnel avec les trois unités de prise en charge qui sont le centre de nutrition supplémentaire, le centre de nutrition ambulatoire et le centre de nutrition thérapeutique ou l'USN (unité de stabilisation de nutritionnelle.)

En effet, ces unités assurent continuellement le suivi des malnutris en fonction de l'état catégoriel de classification : malnutrition modérée, sévère et chronique.

Selon nos données statistiques, le centre a enregistré mensuellement en moyenne 60 enfants malnutris dans la tranche d'âge de moins de 5 ans au premier semestre, ces données ont considérablement baissé au second semestre soit 35 cas de malnutritions modérées par mois. Cette baisse est rendue possible en majeure partie grâce à la recherche active des cas de

malnutris parmi les groupes cibles des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et allaitantes.

Leur suivi s'est fait sans grande particularité surtout pour les cas modérés, le taux de succès a été encourageant pendant les mois de mars, d'avril, septembre, novembre, décembre

Cependant les cas de sévérités (marasme et kwashiorkor) ont connu peu de succès, ce fait est imputable :

- Au retard de screening
- Arrivée tardive dans le service de santé
- Au non respect des conseils hygiéno-diététique par les mères
- Abandon du service de nutrition.
- Pratique de la médecine traditionnelle.

Le centre de nutrition supplémentaire a par ailleurs une file active de près de 700 femmes enceintes et allaitantes en moyenne pour la supplémentation nutritionnelle (PREMIX) par mois.

Ces femmes bénéficient régulièrement au moins, de deux distributions programmées par mois de PREMIX, MCH et de l'éducation nutritionnelle.

La prise en charge des malnutris modérés est faite en ambulatoire.

En termes de performance, au premier semestre seuls les résultats des mois de mars avril et au second semestre ceux des mois d'Août et de novembre étaient restés dans l'intervalle de norme admise voir annexe tableau 7,7a, 7b.

#### Résultats du screening

Après la dernière opération du screening en 2009, 2928 enfants ont été dépistés dans le camp de Farchana sur une population de 3192 enfants de 6-59 mois. Une différence de 264 enfants non dépistés s'explique par le départ de beaucoup de parents vers de terres cultivables, emmenant avec eux les enfants.

Sur un total de 17 enfants qui ont le MUAC rouge, 10 étaient suivis au centre nutritionnel.

Les 7 autres enfants n'étaient pas dans le programme de prise en charge. Ces derniers ont été automatiquement admis au CNT.

Sur les 176 enfants qui ont le MUAC jaune (malnutrition modérée), 85 enfants parmi eux étaient suivis au programme. Par contre 91 enfants n'étaient pas dans le programme, les mères sont convoquées dès le lendemain au centre nutritionnel pour la prise en charge nutritionnelle.

Les enfants dont le MUAC est supérieur à 12,5cm sont considérés comme bien portants.

Les résultats suivants sont portés dans les tableaux.

Tab a Résultat de MUAC chez les enfants de <5 ans

MUAC chez les enfants de moins de 5ans	Vert >12,5cm Bien portant	Jaune +Rouge <12,5cm malnutris modérés
enfants <5ans	93,96(%)	6,04(%)

Tab b Résultat de prise du MUAC des femmes enceintes et allaitantes

Muac	PB>210mm bien portants	PB<210 malnutris modérés	Effectif
Femmes enceintes	251	4 (≈ 2%)	255
Femmes allaitantes	423	3 (≈ 1%)	426
Femmes enceintes +femmes allaitantes	674	7	681

A l'issue du dernier screening de l'année 255 femmes enceintes ont été dépistées, 4 sont modérément malnutris avec un périmètre brachial inférieur à 210 mm soit ≈ 2%.

Ces femmes sont automatiquement mises sous surveillance à domicile. Les 251 autres femmes ont un bon état nutritionnel.

Enfin, 423 femmes allaitantes sont bien portantes, par contre 3 femmes souffrent de malnutrition modérée. ≈ 1%

### 5.1.7 La mortalité

Le nombre de décès varie d'un mois à un autre, il faut reconnaître qu'au cours de l'année 2009 les données statistiques sur les décès ont connus un biais car les cas qui avaient lieu hors du centre de santé n'étaient pas pris en compte dans la collecte des données.

Un répertoire de collecte d'informations sur les décès fut ouvert afin que le service communautaire fasse rentrer les données exhaustives des cas de décès enregistrés dans le camp. Les causes de décès sont multiples, cependant les décès dus à la malnutrition et aux infections respiratoires sont majoritaire surtout chez les enfants de moins de 5 ans.

Ces deux tableaux 8 en annexe nous montrent l'évolution des indicateurs de mortalité dans la population durant les deux semestres de l'année 2009.

Le taux brut de mortalité selon le seuil toléré doit être inférieur à 1.5 ‰ par mois.

L'aire de santé de Farchana a connu une hausse par rapport au seuil indiqué au cours du premier semestre.

Suite aux efforts consentis lors du screening actif des cas de malnutrition à travers le camp, les indicateurs de mortalité due cette cause ont connu une baisse notable.

### **5.1.8 Le service d'hospitalisation et de transfert**

Dans l'unité d'observation du service d'urgence de nuit, les indicateurs montrent que 74% du taux d'utilisation est détenu par les populations autochtones. Ce service communément appelé service d'urgence de nuit est de part sa localisation géographique, plus proche de la population locale. Ce serait certes une des raisons de la forte fréquentation par les autochtones.

Les affections les plus courantes rencontrées sont principalement les traumatismes physiques corporels suite aux accidents de la voie routière, des coups et blessures à l'arme blanche et autres.

Pendant la période de chaleur de nombreuses piqûres de scorpions ont été enregistrées dans le service de SUN.

Le service d'urgence de nuit accueille aussi les parturientes de la population réfugiée que locale tchadienne venant généralement des environnants de Farchana.

Pour ces cas, il s'agit pour la majeure partie des situations de dystocies obstétricales qui sont prises en charge sur place ou soit la procédure de transfert à l'échelon supérieur est enclenchée selon la nécessité de l'état de la parturiente ou suite à la non disponibilité du plateau technique adéquat.

### **5.1.9 Les évacuations medico chirurgicales et gynéco obstétricales**

Les cas d'évacuation et de transfert de patients se font vers le district d'Adré et ou d'Abéché, celles ci en fonction du plateau technique et des compétences existantes dans ces structures.

Durant le premier semestre 2009 plus de 87 patients ont été référés et au second semestre 95 patients pour diverses raisons. Les urgences médicales et chirurgicales étaient les plus nombreuses et étaient plus orientées vers la région par contre celles gynécologiques et pédiatriques étaient majoritairement prise en charge au niveau de l'hôpital du district d'Adré appuyé par MSF Suisse où existent les compétences et un plateau technique adéquat dans la gestion des cas d'urgence dans le district.

On note par ailleurs que plus de 80% de situation d'anémie nécessitant une transfusion sanguine se sont déroulées dans les districts. *Cf tableau et figure sur les références sanitaires.*

En termes de suivi de procédure de transfert ou d'évacuation sanitaire le personnel CSSI du CDS fait une bonne orientation en fonction du diagnostic présumptif et du site de prise en charge.

Depuis la mise en activité de UNPOL et du Détachement Intégré de Sécurité (DIS), forces de sécurités facilitatrices de l'escorte des malades référés, les procédures d'évacuations ont connu d'énormes changements ce qui n'est pas sans répercussions sur le déroulement des évacuations.

En effet, les principales difficultés recensées sont les suivantes :

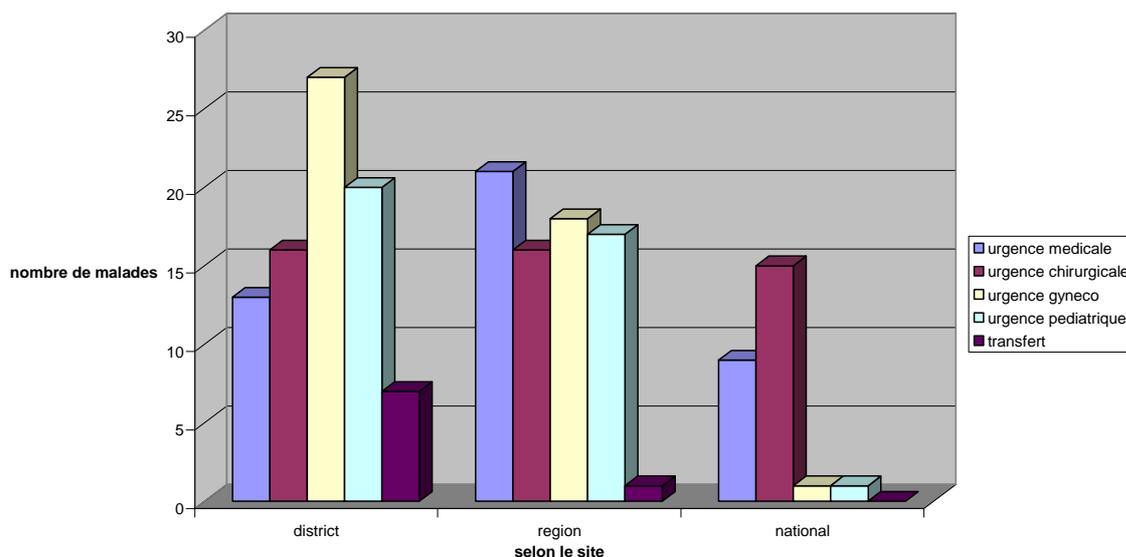
- lourdeur administrative dans la procédure de demande d'escorte
- Insuffisance de logistiques au niveau des forces de sécurité pour l'escorte
- Non disponibilité du personnel de sécurité
- Prise en charge non programmée des agents de sécurité
- L'absence de contrat entre le CSSI et l'hôpital de référence pour la prise en charge de cas référés
- Inexistence de site d'hébergement pour les malades non hospitalisés
- Insuffisance des frais de restauration des malades et de leurs accompagnants

Une des insuffisances notée c'est que les patients après avoir bénéficié des traitements, reviennent sans la contre référence ou le feed back.

Tab9 des patients référés de Farchana en 2009

	district	region	national	total
urgence medicale	18	25	0	43
urgence chirurgicale	26	20	1	47
urgence gyneco	27	20	0	47
urgence pediatrique	20	17	0	37
Transfusion	7	1	0	8
total	98	83	1	182

cas referes durant l'annee 2009 du CSD de Farchana



### **5.1.10. Le service de santé mentale et communautaire**

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.

A cet effet, un personnel dévoué est en contact permanent avec la population pour la résolution de leurs desiderata. La file active moyenne mensuelle est 200 personnes qui bénéficient des prestations dans ce service.

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.

### **5.1.11 Dépôt Pharmaceutique**

Le dépôt pharmaceutique du centre de santé est une unité de convergence de l'ensemble des services de l'offre de soins.

Les patients sont servis en médicaments sur présentation des ordonnances délivrés par les prestataires.

Les ruptures ne sont pas légions dans le centre de santé, cependant, le début de semestre a été marqué par l'absence de certaines molécules telles la tétracycline pommade ophtalmique et des mucolitiques au niveau de la pharmacie régionale d'achat de la délégation du Ouaddaï.

La chaîne de froid, du faite de son fonctionnement avec la source d'énergie solaire, connaît en saison pluvieuse une baisse de tension qui mérite une attention particulière. Il serait intéressant de diversifier les sources d'alimentation de la chaîne de froid et ou acquérir d'autres réfrigérateurs à gaz ou électrique.

Il eut une répercutions sur le temps d'acquisition des produits commandés

### **5.1.12 Infrastructure, Bâtiment et logistiques**

Quant aux infrastructures du Centre de santé de Farchana seul le bâtiment de consultation est construit en matériaux définitifs, les autres unités sont faites de sheeting en plastique, ce qui les rend vulnérable à toutes les intempéries au moment des pluies et vents violents.

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 autres unités du centre en matériaux définitifs.

En matière d'eau et assainissement le centre dispose d'un château d'eau mais le traitement de l'eau n'est pas assurée, à cet effet la coordination a pris contact avec SECADEV afin de survenir au besoin de traitement de l'eau et une dizaine d'agent ont été formé pour le besoin de la cause.

Le site d'élimination des déchets ou incinérateur est actuellement défaillant car démolé par les pluies torrentielles récentes, le service de la logistique proposera la construction d'un nouveau site.

La source d'énergie couramment utilisée est le groupe électrogène à alimentation diesel laissé par MSF Hollande. Jusqu'à présent l'UNHCR n'a pas encore doté le CSSI de groupe électrogène.

Au cours de ces derniers mois la maintenance du groupe électrogène vétuste n'a pas été régulière due à l'absence de maintenancier et à l'acquisition tardive des pièces de rechange. Et des pannes successives ont souvent entachées son bon fonctionnement. Ces dommages ont par moment maintenu nos services de nuits, la chaîne froide et lieu d'habitation sans source d'énergie.

La chaîne de froide est à l'abri des méfaits de disfonctionnement grâce aux plaques solaires installées à la base et dont les batteries nécessiteraient un renforcement.

Le carburant pour le fonctionnement du groupe électrogène est acquis grâce l'achat direct par la coordination locale. Des alternatives doivent être recherchées au niveau de la GTZ et UNHCR pour une dotation en groupe électrogène et carburant.

### **5.1.13 Les activités d'accroissement de compétence**

Au titre l'accroissement des compétences, la coordination de CSSI à Farchana a, au cours de l'année 2009, initiée un programme de formation des agents de terrain sur divers thèmes et aussi a pris part aux formations organisées par d'autres partenaires au niveau local comme à ailleurs.

Les différentes formations locales et externes organisées pour les Agents sont les suivantes :

- Formation des Formateurs de deux agents (02) sur les soins après avortements à Abéché mars 2009.
- Formation des 05 Agents pour les soins après avortements à Farchana (27/03 au 01/04/09)
- Formation des Agents sur la sécurité des incendies par la MINURCAT

- Formation de 05 Agents sur le Système d'Information Sanitaire SIS à Farchana du 17 au 21/03/2009.
- Formation continue par le Médecin Traitant et Coordonnateur (exposés débats sur les thèmes récurrents).
- Formation sur l'organisation de service d'urgences de nuit (SUN)
- Tenue des réunions hebdomadaires tous les lundis avec le Staff CSSI Farchana;
- Réunions de staff technique quotidiennes au CDS;
- Formation continue en Informatique des agents techniques par le Coordonnateur ;
- Formation des Coordonnateurs et Administrateurs de Terrain sur l'Organisation de la comptabilité dans les Sous- Projets du 02 au 04/06/2009 par l'UNHCR /TCHAD à Abéché ;
- Formation de 3 jours du 25 au 27/08/09 de l'Administrateur de terrain sur la GAR (Gestion Axée sur les Résultats) et suivi § évaluation par le PAM
- Formation des 4 agents sur la PTME/CDV à Hadjer Hadid par le MSP, FNUAP, UNICEF du 17 au 21/08/09
- Formation et Recyclage des 6 agents sur la PTME du 29/08 au 05/09/2009 par le CSSI.
- Formation des Médecins Traitant et Major de CDS sur le Palu à Hadjer Hadid
- Formation du Médecin Coordonnateur Farchana sur le HIS à Abéché.
- Formation du superviseur de la Maternité sur l'élaboration des plans éducatifs en santé de reproduction du 17 au 21/08/09 à Abéché organisée par le FNUAP et le MSP ;
- Briefing sur le planning familial des Leaders et Cheikhs des Blocs par le CSSI à Farchana;
- Organisation de cinq (5) campagnes de Screening nutritionnel d'août à décembre 2009 dans le camp de Farchana;
- Organisation des Etats généraux de la santé à Abéché par UNHCR octobre 2009

- Formation de Médecin Coordonnateur sur la gestion du Heath Cluster et le cluster lead en situation d'urgence 2 au 10 octobre 2009 Tanzanie (Zanzibar)
- Formation du Superviseur de la Maternité à N'djamena sur la SR
- Formation conjointe MSP, FNUAP, et CSSI des Pairs Educateurs à Farchana.
- Formation de sept (07) agents techniques sur le VIH/SIDA du 04 au 07 novembre 2009 à Farchana.
- Formation de dix (10) agents intermédiaires sur le VIH/SIDA du 01 au 05/12/09
- Atelier sur la Participation communautaire à Abéché novembre 2009 Médecin Coordonnateur
- Organisation des campagnes de JNV octobre –novembre 2009
- Participation du Nutritionniste sur l'enquête nutritionnelle
- Formation d'un agent national et deux (2) réfugiés à l'école de santé à Abéché par le HCR.

#### **5.1.14 Conclusion:**

Le centre de santé de Farchana est dirigé 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 2009 Le centre de support en santé internationale a retenu des points forts et des points à améliorer qui sont :

### **Points forts**

- Existence d'un Personnel qualifié et disponibles
- Disponibilité des antigènes et vaccins
- 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, UNFPH, UNHCR)
- Participation du coordonnateur médical aux différentes rencontres du cluster
- Disponibilité de la logistique roulante pour les cas d'évacuation
- Maternité en construction sur les fonds du projet PIR
- Fixation de barbelés de protection et élévation de la hauteur du mur au niveau du campoung

### **Points à améliorer**

- Taux de couverture vaccinale faible
- Taux d'utilisation de la planification familiale faible
- Taux de guérison en nutrition faible
- Faible compétence des agents de santé communautaire sur les thèmes à débattre.
- Faible taux de couverture des activités de la PTME
- Faible sensibilisation de la communauté sur les problèmes de santé promotionnelle
- Insuffisance des outils informatiques, mobiliers et matériels bureautiques
- Centre de nutrition construit en matériaux non définitifs
- Absence d'incinérateur dans le CDS
- Insuffisance de couverture en source d'électricité
- Difficulté d'escorte lors des évacuations sanitaires.
- Faible capacité de couverture du groupe électrogène
- Insuffisance de chaîne de froid au centre de santé

## 5.1.15 Recommandations

**Tableau de Recommandations**

Activités	Responsables	Période
Améliorer la couverture vaccinale des antigènes du PEV	Agents de santé superviseur/ médecin	continue
Améliorer le taux de récupération au centre de nutrition	Agent du centre de nutrition/ médecin	Continue
Améliorer le taux d'utilisation des contraceptifs	Tout prestataire	continue
Former les agents de santé communautaires à la communication de messages clés	Coordonnateur, médecin	T1
Assurer la formation continue des agents IDE, SFE, ATS en SR, PTME , epidemio,	Coordonnateur, médecin	T1, T2
Assurer la sécurité de l'équipe de santé lors des évacuations sanitaires	UNHCR, DIS	Continue
Equiper la coordination CSSI en outils informatiques, mobilier et matériels bureautiques	Partenaires et UNCHR	T1,2
Installer une antenne Internet	Partenaires et UNCHR	T1
Construire le centre de nutrition en matériaux définitifs	Partenaires et UNCHR	T2, T3,
construire un incinérateur au CDS	Partenaires et UNCHR	T1,2
Améliorer la couverture en électricité ACQUERIR deux groupes électrogènes (1 pour le bureau et 1 pour le CDS)	UNCHR	T1, 2
ACQUERIR de batteries rechargeables	UNHCR	T1,2
Acquérir des réfrigérateurs électriques	UNICEF, UNCHR	T2

## **5.2 Prise en charge médicale des réfugiés centrafricains de DAHA**

### **Introduction**

Le Centre de Santé de Doha a été mis en place pour la prise en charge des réfugiés Centrafricains venus au Tchad à cause de la guerre. Ce Centre de Santé qui couvre une population de 14 397 habitants dont 9908 réfugiés et 4489 autochtones. Ce centre est sous la responsabilité du Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) en matière de santé. Des prestations en soins curatifs et préventifs y sont offertes de même que la prise en charge des malnutris sévères et modérés. On note cependant que certaines insuffisances sont constatées nécessitant un appui. Il y a la Prévention de la Transmission mère enfant du VIH qui n'est pas réalisée par manque de formation des agents. Il y a absence de méthode de planification familiale également. Depuis le mois d'avril 2009, il n'y a plus eu de campagne de supplémentation en Vitamine A et de déparasitage au mébendazole. Les infirmiers ont également besoin d'une formation pour mieux rationaliser la prescription médicale. Au vu de tout ce qui précède, un appui de l'UNICEF serait nécessaire pour nous permettre de mieux prendre en charge la santé des réfugiés.

#### **5.2.1 Population Cible et Bénéficiaires**

Toute la population de Doha, réfugiés tout comme les autochtones de tout âge sont bénéficiaires des prestations offertes. Par rapport au volet nutritionnel, seul les enfants malnutris, les femmes enceintes et allaitantes sont bénéficiaires des rations.

#### **5.2.2 Objectifs**

### 5.2.2.1 Objectif général

Réduire la morbidité et la mortalité au sein de la population réfugiée et autochtone

### 5.2.2.2 Objectifs spécifiques

- Assurer la prise en charge nutritionnelle des enfants, des femmes enceintes et allaitantes.
- Assurer la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA.
- Améliorer la prise en charge des maladies endémo épidémiques dans le camp de Daha de janvier à décembre 2010.
- Améliorer les couvertures vaccinales chez les enfants et les femmes enceintes dans le camp de Daha de janvier à décembre 2010.
- Assurer la coordination et le suivi des activités

### 5.2.3 Stratégies et activités

1. Assurer la prise en charge nutritionnelle des enfants, des femmes enceintes et allaitantes.

Activités	Période	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	
1.1 Réhabiliter les centres nutritionnels de Haraze et Daha	Février	Nb de salles réhabilités	Pv de réception	CSSI	5 000 000
1.2 Réhabiliter 8 salles d'hospitalisation (4 à Daha et 4 à Haraze)	Février	Nb de salles construites	Pv de réception	CSSI	7 000 000
1.3 Approvisionner les centres nutritionnels en intrants alimentaires	Continue	Absence de rupture	Fiche de stock	UNICEF	PM
1.4 Assurer la prise en charge des enfants malnutris et les	Continue	Nb de malades	Registre de consultation,	CSSI	

femmes enceintes et allaitantes		pris en charge	RMA		
---------------------------------	--	----------------	-----	--	--

## 2. Assurer la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA

Activités	Période	Indicateurs	Source de vérification	Responsables	Coût
2.1 Former 10 agents de santé en counselling VIH/SIDA	mars	Nb d'agts formés	Rapport de formation	Médecin coordo CSSI Daha	1 675 000
2.2 Former 8 agents de santé en PTME	Février	Nb d'agts formés	Rapport de formation	Médecin coordo CSSI Daha	1 561 000
2.3 Rendre opérationnel la PTME dans les CS	Continue	Nb de malades pris en charge	Registre de consultation, RMA	CSSI	
2.4 Organiser des counseling pour les PVVIH	Continue	Nbre de personnes conseillées	Registre de counseling, RMA	CSSI	

## 3. Améliorer les couvertures vaccinales chez les enfants et les femmes enceintes dans le camp de Daha de janvier à décembre 2010.

Activités	Période	Indicateurs	Source de vérification	Responsables	Coût
3.1 Approvisionner	Continue	Absence de rupture	Fiche de stock	UNICEF	PM

le camp de Daha en vaccins, vitamine A, mebendazole et consommables					
3.2 Organiser la vaccination en stratégie avancée	Tous les mois	couverture vaccinale	Rapport de vaccination	Médecin coordo CSSI Daha	A faire
3.3 Organiser 3 tours de campagne contre le TMN	mars	Nb de campagnes organisées	Rapport de campagne	Médecin coordo CSSI Daha	A faire
3.4 Former 14 agents de santé en gestion du PEV	Février	Nb d'agents formés	Rapport de formation	Médecin coordonnateur CSSI Daha	2 422 000

#### 4. Assurer la coordination et le suivi des activités

Activités	Période	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	Coût
4.1 Doter Daha et Haraze de deux	Janvier	Motos dotés	Bordereau de livraison	UNICEF	PM

motos pour les activités					
4.2 Doter le District en ordinateur portable	janvier	Ordinateur doté	Bordereau de livraison	UNICEF	PM
Assurer la supervision des activités	Continue	Activités supervisées	Rapport de supervision	CSSI	
Produire les rapports d'activités	Trimestre		Rapports d'activités	CSSI	

#### **5.2.4 Résultats attendus**

- Le taux de malnutrition est réduit de 10% au moins pour l'année 2010
- Les malades vivants de Sida sont tous pris en charge selon le protocole national et les femmes adhèrent aux activités de PTME
- Les couvertures vaccinales sont améliorées
- Le taux de fréquentation de la structure est augmenté

#### **5.2.5 Ressources nécessaires pour la mise en œuvre**

#### **5.2.6 Mécanisme**

- Réunions bilan tous les trimestres avec les acteurs de terrain
- Evaluation finale des activités en fin d'année

- Supervision du niveau central une fois par trimestre

### **5.2.7 Partenariat et Responsabilité**

Un partenariat sera établi entre l'UNICEF et le CSSI afin de lui permettre de mener les activités.

La responsabilité de l'UNICEF sera l'appui financier, matériel et technique pour la réalisation des activités et le CSSI aura comme responsabilité l'exécution des activités.