



Siège : Angle des Avenues Charles de Gaule & Kondol
B.P. 972 N'Djamena - Tchad
Tél. : 00 235 22 52 30 74/22 51 17 19 Fax : 00 235 22 52 37 22
E-mail: cssindjam@intnet.td
Site web : www.cssi.td.org

RAPPORT D'ACTIVITES 2014

Avril 2015

MOT DU DIRECTEUR DU CSSI

Chers collègues, chers collaborateurs,

Chers Toutes et Tous,

2014 s'en est allé et voila 2015 ! Comme à l'accoutumée, je voudrais réitérer à chacune et chacun d'entre vous mes souhaits de bonne et heureuse année.

C'est avec plaisir que je vous présente le rapport annuel de l'année 2014. Ce rapport présente l'ensemble des activités exécutées au cours de l'année écoulée. Sans prétendre être exhaustif, il retrace les activités majeures menées par notre institution en 2014.

L'année 2014, faut-il le rappeler, a été une année pleine d'enseignements. Au delà des multiples acquis engrangés avec des résultats positifs dans la mise en œuvre des anciens projets, 2014 a connu aussi le démarrage de nouveaux projets tels le projet Access SMC et le Projet d'appui aux districts sanitaires du Tchad Yao et Danamadji.

Cependant, 2014 a été marqué négativement par la découverte de malversations au sein de la Coordination Sud de l'institution, ce qui traduit toutefois l'efficacité du système de contrôle mis en place. L'année qui s'en est allée a été aussi celle de la perte d'un proche collaborateur en la personne du Dr Morikè CAMARA. Malgré ce double malheur, notre institution a su rebondir comme toujours et mener les activités à la satisfaction des différents mandataires.

Le Rapport annuel d'activités 2014, que j'ai le plaisir de livrer à votre lecture, a été préparé conformément aux axes de notre Plan stratégique 2011-2015.

Je tiens à féliciter l'ensemble du personnel du CSSI pour les efforts déployés en 2014 et l'abnégation dont chacun a fait preuve.

Aux membres du Conseil d'Administration et aux Membres Fondateurs, je tiens à les remercier pour leurs soutiens constants à nos cotés et pour leurs précieux conseils avisés.

Bonne lecture.

INTRODUCTION

Le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI), Organisation non gouvernementale de droit Tchadien, a pour mission d'appuyer les Etats de la sous région dans la mise en œuvre de programmes de santé publique en vue de l'amélioration des indicateurs de santé humaine et animale dans l'optique des objectifs du millénaire pour le développement.

Dans le cadre des mandats à lui soumis par les Etats ou des institutions, le CSSI met en œuvre des projets et programmes aussi bien dans le domaine du développement sanitaire que l'humanitaire. Les activités de recherche surtout au Tchad y sont également menées en collaboration avec des instituts de recherche du Nord. Le présent rapport relate les différentes activités mises en œuvre par le CSSI au Tchad, en République Centrafricaine et au Burkina Faso.

Les activités sont présentées selon les Axes du Plan stratégique 2011-2015 qui sont rappelés ci-dessous.

- Axe 1 : Renforcement Institutionnel ;
- Axe 2 : Appui à la gestion des services, programmes et projets de santé unique (one health) ;
- Axe 3 : Etudes et Recherche opérationnelle ;
- Axe 4 : Introduction des NTIC pour le renforcement des compétences et des services ;
- Axe 5 : Développement des Bureaux Pays.

Axe 1 : Renforcement institutionnel

Il est assuré essentiellement à travers les services centraux au Siège. La mission des services centraux est d'assurer la conception, le suivi et la coordination des projets et programmes. Ils assurent également la représentation auprès des partenaires et des Gouvernements. Au cours de cette période, diverses activités ont été menées par le Siège. Il s'agit essentiellement des activités de suivi, de supervision, d'appui-conseils et formation.

1. Missions de supervision

Diverses missions de soutien et d'appui technique ont été conduites par la Direction et les différents départements.

Ainsi on peut noter :

Les missions de supervision du Directeur assisté de l'Administrateur dans les camps du Sud

Les différentes missions de suivi financier effectuées par l'Administration.

Les missions mixtes de suivi et de supervision comprenant le Chef de département santé et le GRH .

2. Missions d'appui à l'équipe du Burkina Faso

Dans le cadre du suivi des activités du Bureau CSSI au Burkina Faso, diverses missions ont été initiées par la Direction souvent à la demande du Bureau Pays. Ainsi le Directeur et l'Administrateur y ont effectué des missions de suivi et d'appui. Le Département Santé ainsi que la Coordination WASH ont aussi été mis à contribution pour l'appui à la formulation des différents projets.

3. Missions d'assistance sanitaire aux réfugiés nigériens du Lac

A l'instar de 2013, compte tenu de la situation prévalant au Nigéria et l'afflux de réfugiés et de retournés dans la région du Mac, le CSSI a participé aux différentes missions initiées par l'UNHCR en faveur de ces groupes vulnérables.

4. Tenue du conseil d'administration et de l'Assemblée des Membres Fondateurs

Le VI^{ème} Conseil d'Administration du CSSI s'est tenu le 12 avril 2014 autour des points suivants :

1. Mot d'introduction du Directeur ;
2. Adoption du compte rendu du 5^{ème} conseil d'administration ;
3. Bilan d'activités 2013 + Plan d'activités 2014;
4. Décompte financier 2013 + Budget 2014 ;
5. Divers.

Les principales recommandations issues des travaux sont :

- commencer la présentation technique par le suivi des recommandations formulées à l'issue de la session précédente;
- relater les difficultés rencontrées pendant la période considérée;
- faire mention du degré des relations avec les acteurs étatiques et les autres intervenants (Organisations, ONG, etc.);
- recruter un responsable de recherches;

- contracter (court terme) un Communicateur pour la capitalisation de l'ensemble des activités du CSSI;
- réfléchir sur l'organisation interne, voir une évaluation institutionnelle du CSSI.

La III^{ème} Assemblée des Membres Fondateurs s'est tenue le même jour avec à l'ordre du jour, les points suivants :

Huit (08) points étaient inscrits à l'ordre du jour

1. Adoption du compte rendu de la 2^{ème} Assemblée Générale ;
2. Rapport moral du Directeur ;
3. Validation du rapport d'activités 2012 ;
4. Validation du rapport d'audit 2012 ;
5. Validation du Plan stratégique révisé ;
6. Adoption de l'Organigramme du CSSI ;
7. Définition du montant des cotisations annuelles des membres ;
8. Divers

6. Autres activités

- Organisation des approvisionnements en MEG et matériel médical au profit des camps
- Participation aux réunions et autres rencontres de coordination avec le MSP et les partenaires ;
- Formulation de propositions de projets

Axe2 : Appui à la gestion des services, programmes et projets de santé unique (one health)

2.1. Développement des services de santé

A. PROJET D'APPUI AUX SERVICES DE SANTE ET A LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE DANS LES DISTRICTS SANITAIRES D'ABOUDEIA ET D'AM-TIMAN

Introduction

La région sanitaire du Salamat compte trois districts dont deux, Am-Timan et Aboudéia font partie de l'intervention du Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) à travers le projet d'Appui aux services de santé et à la participation communautaire financé par l'Union Européenne dans le cadre de la contractualisation. Grace à l'appui du CSSI, le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) est offert presque dans sa totalité, notamment les aspects chirurgicaux dans les deux hôpitaux de districts ; un appui organisationnel et technique est apporté aussi par CSSI aux équipes cadres de ces deux districts, aux responsables de centre de santé, et à la communauté, par le canal d'un médecin de santé publique et des mobilisateurs.

Ce projet concourt à l'atteinte de l'objectif global du Projet d'Appui au Secteur de la Santé au Tchad (PASS-T) qui est l'amélioration de l'état de santé de la population tchadienne, et en particulier de celle des femmes et des enfants.

1. Objectifs

a. Objectif général

Contribuer à améliorer l'état de santé de la population des districts sanitaires d'Am-Timan et d'Aboudéia particulièrement des mères et des enfants.

b. Objectifs spécifiques

La fréquentation des services de santé ainsi que la participation communautaire à la gestion, au suivi et au financement des prestations de santé ont augmenté dans les districts sanitaires d'Aboudéia et d'Am-Timan.

2. Staff du projet

Tableau Ia : Personnel du projet à Am-Timan

N°	Nom et Prénoms	Fonction
01	Dr OUEDRAOGO Hamidou	Coordonnateur du projet
02	Dr OUERDAOGO Tasséré	Chirurgien Hôpital Am-Timan
03	AbdelkerimAhmatHissein	Administrateur-gestionnaire
04	Abdelmadjid Hassan	Mobilisateur social
05	Marioma Abdelaziz	Mobilisatrice sociale
06	Zakaria Vaidang	Anesthésiste
07	Tai Jonathan	Aide Chirurgien
08	Mme Rabo Halima Aboubakar	Instrumentaliste
09	Brahim Amadaye	Chauffeur
10	Abdel Hakim Adamou	Planton

11	Youssouf Bimba	Gardien
12	Siam Abdoulaye	Gardien

Tableau Ib : Personnel du projet à Aboudéia

N°	Nom et Prénoms	Fonction
01	Dr OUEDRAOGO Abdoulaye	Chirurgien hôpital Aboudéia
02	SALIA Aboubacar	Anesthésiste
03	MraringarNgartenam	Administrateur- gestionnaire
04	N'Dol Elysée Ngabayé	infirmier
04	Maida Madeleine Haitouin	Mobilisatrice Sociale.
05	MahamatKalpo	Mobilisateur Social
06	Abakar	Maintenancier
07	MahamatHisseine Al-Fal	Chauffeur
08	Ali Ahmat Tom	Planton
09	MahamatAdoumSaraf	Manœuvre
10	MahamatOudah	Manœuvre
11	MahamatHissein	Gardien
12	AhmatHano	Gardien

3. Collaboration institutionnelle

- Le Ministère de la Santé Publique (MSP) collabore avec CSSI pour la mise en œuvre des activités dans les deux districts sanitaires.
- MSF-Hollande collabore avec CSSI pour la mise en œuvre des;
- Unicef dans le cadre de la communication, de l'appui en intrants nutritionnels et à la vaccination;
- OMS également dans la vaccination, et la surveillance des maladies.
- Le projet village du Millénaire pour son appui en ressources humaines dans 4 centres de santé (Goz-Djarat, Amsiné, Ideter, et)
- IMC (International Medical Corps) appuie surtout le District d'Aboudéia dans la prise en charge de la malnutrition.

4. Principaux bailleurs

Il ya deux principaux bailleurs pour le projet.

- Union Européenne ;
- Etat.
- CSSI

5. Stratégies ou approches

- La mise en place d'équipes légères d'assistance technique au niveau de chaque district sanitaire avec transfert de compétence avec personnel homologue de l'Etat ;
- Le renforcement des compétences des acteurs par la formation continue et la supervision de qualité,
- La planification participative des activités avec système de recevabilité à travers un comité de suivi du projet et le monitoring des activités au niveau opérationnel ;
- L'équipement des structures de santé en matériels médico-techniques et intrants nécessaires au fonctionnement ;
- La restructuration des organes de gestion des formations sanitaires ;
- La mise en place des relais communautaires ;
- Le développement de la collaboration intersectorielle ;

- La prise en compte de l'approche genre dans les organes de gestion et la prise de décision.

6. Zone d'intervention

Le projet intervient dans la délégation sanitaire régionale du Salamat, dans les districts sanitaires d'Am-Timan et d'Aboudéïa.

7. Durée du projet

Le projet a une durée totale de 30 mois, de mai 2012 à octobre 2014.

8. Activités réalisées pendant la durée du projet

8.1 Activités exécutées pendant la période de reporting

Ces activités et résultats sont présentés en fonction des 4 résultats.

Résultat 1 : Les hôpitaux des deux districts continuent d'assurer un PCA complet et de qualité

1.1 Assurer la prise en charge médicochirurgicale des malades

Depuis le début du projet, les activités chirurgicales sont toujours menées dans les deux hôpitaux. Le personnel a été permanent dans les deux hôpitaux, et cela a permis de réaliser 1854 interventions chirurgicales pendant la durée du projet les interventions .Il n'ya pas eu de complications majeures en dehors des suppurations post opératoires souvent rencontrées à cause de l'insuffisance d'hygiène observée par les malades.

1.2 Former le personnel soignant sur l'audit des décès maternels

Au cours de cette période, nous avons pu former 19 agents de santé à l'Audit des décès maternels afin de leur permettre de remplir aisément le support des audits de décès maternels dans les hôpitaux. Cette formation qui a eu lieu le 25 septembre a permis au personnel de comprendre l'intérêt des audits, et de savoir que l'objectif n'est nullement punitif. Cette formation a regroupé, Sage Femmes, infirmiers et laborantins impliqués dans le processus de prise en charge urgente des parturientes.

1.9 Appuyer l'approvisionnement et la gestion des médicaments, réactifs de laboratoire et consommables au niveau des hôpitaux

Tableau II : Commande de mai à octobre 2014

Mois de commande	Montant de la commande
Mai	952 656
juin	1 195 290
juillet	967 898
août	1 048 945
septembre	1 290 161
octobre	986 077
Total	6 441 027

Tableau III : Commande de 30 mois du projet à l'hôpital d'Aboudéïa

N°	Période de	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	6 mois	Total
----	------------	------------------------	------------------------	--------	-------

	la commande				
1	Mai	1.605.765	335 075	952 656	2 893 496
2	Juin	1.683.607	1 548 810	1 195 290	4 427 707
3	Juillet	618.475	883 317	967 898	2 469 690
4	Aout	938.395	756 805	1 048 945	2 744 145
5	Septembre	726.140	668 914	1 290 161	2 685 215
6	Octobre	884.726	1 054 674	986 077	2 925 477
7	Novembre	746.580	871 946	-	1 618 526
8	Décembre	1.268.858	1 336 354	-	2 605 212
9	Janvier	790.300	791 562	-	1 581 862
10	Février	999.536	1 229 876	-	2 229 412
11	Mars	1.168.085	652 056	-	1 820 141
12	Avril	1.464.318	1 401 924	-	2 866 242
	Total	12 894 785	10 929 213	6 441 027	30 265 025

Nos commandes de médicaments se sont passées à Aboudéïa où la gestion des médicaments se faisait avec le district. Le montant des commandes a connu une baisse au cours de la deuxième année, et cela peut être lié à la donation des médicaments au niveau des centres de santé dans le cadre du projet.

1.10 et 1.11 Tenir les réunions des organes de gestion des hôpitaux (conseil de gestion, comité de direction)

Ces activités sont menées au niveau des deux hôpitaux et regroupent principalement les chefs de service. A Am-Timan, en plus des chefs de service, on compte en plus des participants issus de la communauté.

1.12. Motiver le personnel hospitalier suivant la performance

Dans les deux hôpitaux le personnel est financièrement motivé. A Aboudéïa le personnel est motivé par des primes venant du recouvrement de coût. En plus de ces primes, les agents non intégrés à la fonction publique reçoivent des primes de garde d'un montant allant de 1000 à 3000 en fonction de la catégorie. A Am-Timan par contre, cette motivation est principalement assurée par MSF pour ceux qui travaillent dans les services de pédiatrie de maternité et des entrées. Ceux qui travaillent en dehors de ces services sus cités sont pris en charge par le recouvrement de cout.

1.14. Assurer la supervision du personnel hospitalier

Nous avons pu faire au total trois supervisions dans les hôpitaux d'Aboudéïa et d'Am-Timan.

Résultat 2 : Le PMA complet de qualité y compris le paquet de services à hauts impacts (SAASDE, PCIME, PEV renforcé, CPN recentré) est réalisé dans tous les centres de santé (CS) des deux districts

2.2. Appuyer l'approvisionnement et la gestion des MEG au niveau des CS

Dans le cadre de l'appui à l'approvisionnement et à la gestion des médicaments, le CSSI a élaboré des outils de gestion qu'il a mis à la disposition des centres de santé pour la gestion financière et des médicaments. Ces outils facilitent également le suivi des kits de médicaments dotés par le CSSI aux centres de santé en 2013.

2.3. Former le personnel des CS à la PTME

La formation PTME a permis de former 22 agents de santé venant des centres de santé et des hôpitaux. Il faut préciser que le laboratoire était impliqué pour faire une pratique sur la réalisation des tests VIH. Une satisfaction a été observée à la fin de la formation car tous les participants ont progressé en note au post test. Plusieurs recommandations ont été faites, notamment pour rendre disponibles les réactifs au niveau des centres de santé.

2.6. Continuer la distribution des MILDA aux mères d'enfants complètement vaccinés et aux femmes enceintes ayant reçu la CPN3 et le VAT2+

Les deux districts lors d'une campagne nationale de distribution organisée en juin 2014 ont mis à la disposition des ménages 142 850 moustiquaires. La distribution se poursuivra certainement en fonction des besoins de terrain, car MSF en avait distribué aux femmes en 2013 lors des consultations prénatales.

2.9. Organiser des stratégies avancées intégrées

Le CSSI a doté tous les centres de santé en motos pour leur permettre de réaliser les stratégies avancées pour le PEV et leur ravitaillement en médicaments au niveau du district. La moto sert également de déplacement pour venir participer aux réunions et formations organisées par les districts. Depuis le début du projet, on peut noter que 1105 séances de stratégies avancées ont été réalisées dont **816** à Am-Timan et **289** à Aboudéia .

2.10. Elaborer les micro-plans des CS

Dans le cadre de l'appui apporté aux districts et aux centres de santé, nous avons fournis aux centres un canevas d'élaboration des micro-plans qui tient compte des différentes composantes du PMA(cf annexe).En 2014 tous les centres de santé ont élaboré des micro-plans, et pour 2015, les canevas ont été déjà envoyé pour la préparation.

Résultat 3 : La participation communautaire dans les deux districts est renforcée et contribue à un meilleur suivi des activités et la gestion des ressources

3.7. Appuyer la tenue des réunions mensuelles des COGES /COSAN

Les réunions des COSAN/COGES sont régulièrement organisées dans les centres de santé grâce à la formation qu'ils ont reçus. Le président fixe la date de la réunion de concert avec les autres membres. Quelque fois nos agents chargés de la mobilisation participent à ces réunions et profitent leur rappeler que les réunions sont des éléments de la fonctionnalité des organes de gestion. Au cours de la durée du projet 355 réunions ont été organisées à Am-Timan et 266 à Aboudéia soit un total de 621 réunions.

3.12. Réaliser le suivi des accoucheuses traditionnelles formées et des animateurs villageois de santé une fois par mois dans les CS

Après la formation des accoucheuses traditionnelles les mobilisateurs assurent le suivi de ces relais formés, soit pour la collecte des données de leur travail, soit pour s'assurer qu'elles font correctement leur travail. Au cours de ces suivis, les mobilisateurs ont pu faire la collecte de ce qui figure sur le tableau ci-dessous au cours de l'année 2014.

Tableau IV : Activités menées par les Accoucheuses traditionnelles

Consultation Prénatale (CPN)	Accouchements assistés	Consultation post natale (CPoN)	Nouveau né en bonne santé	Référence vers le centre de santé pour accouchement dystocique	Décès maternels	Mort né
675	784	435	715	121	9	28

3.5. Sensibiliser la population des zones de responsabilité sur les thèmes prioritaires de la santé

A Aboudéïa comme à Am-Timan les mobilisateurs ont contribué à sensibiliser sur des thèmes variés de santé. Il y avait entre autre des thèmes sur les violences basées sur le genre, l'utilisation des méthodes modernes de contraception, l'intérêt de l'utilisation des moustiquaires imprégnées, sur la vaccination, la consultation prénatale, les accouchements dans les structures de santé etc....

On peut dire que **4323** personnes ont été touchées à Am-Timan et **4070** à Aboudéïa. Pour la distribution de préservatifs, **4104** préservatifs masculins ont été distribués à Aboudéïa et **110** Féminins.

Résultat 4 : Les équipes cadres des deux districts sont opérationnelles et assurent efficacement leurs activités

4.2. Elaborer les PAO des deux districts

Les PAO des deux districts ont été élaborés en 2014 avec l'appui financier du PASST et de l'appui technique du CSSI. Les canevas d'élaboration ont déjà été remis aux districts pour commencer la réflexion sur les PAO de 2015.

4.3. Superviser le personnel des hôpitaux et centres de santé

Au cours de la période nous avons pu faire 274 supervisions intégrées dont 129 à Am-Timan et 145 à Aboudéïa. Ces supervisions ont connu la présence des équipes cadres et de la délégation. En dehors de ces supervisions, les équipes cadres supervisent également les campagnes de vaccination et les distributions de moustiquaires imprégnées.

4.5. Tenir des réunions régulières du comité directeur des districts

Les réunions de comité directeur ne sont pas régulières, mais durant le projet six (06) réunions ont pu se tenir dans les deux districts dont deux à Am-Timan. En 2014, nous avons pu participer à 2 comités directeurs organisés par le district d'Aboudéïa et aucune pour le district d'Am-Timan. L'irrégularité de ses réunions est justifiée par le non financement par les partenaires.

4.12. Réaliser des contrôles de gestion financière et MEG dans les CS

Ces activités se réalisent régulièrement lorsque les équipes vont en supervision. Les contrôles se font sur les outils de gestion des médicaments et des finances.

4.13. Primer annuellement le meilleur CS sur base de la performance des indicateurs

Sur la base d'indicateurs sélectionnés (cf annexes), les centres de santé ont été évalués et deux centres ont été primés conformément à leurs résultats obtenus. Les centres de santé de Abguet pour le district d'Aboudéïa et le centre de santé d'Am-Timan Nord ont reçu des attestations de reconnaissance des mains des autorités de la région et du Ministère de la santé, et une enveloppe de 200 000 FCA par centre de santé.

9.2. Activités non mises en œuvre pendant la période du reporting

On note que certaines activités n'ont pas pu être réalisées au cours de cette année malgré la planification. En fonction des résultats, on note ce qui suit

Résultat 1 : Les hôpitaux des deux districts délivrent un PCA complet et de qualité

1.7. Réaliser l'audit des décès maternels

La formation sur les audits des décès maternels a eu lieu au mois de septembre. Depuis cette date aucun décès maternel n'a été enregistré au sein des hôpitaux.

1.16. Elaborer les PAO des hôpitaux sur base du PDH

Les plans d'action opérationnels des districts n'ont pas encore été élaborés, car doivent tenir compte des plans de développement hospitaliers qui sont toujours en train d'être amendés.

Résultat 3 : La participation communautaire dans les deux districts est renforcée et contribue à un meilleur suivi des activités et la gestion des ressources

3.6. Réaliser les AG semestrielles des COSAN/COGES dans tous les CS

Cette activité n'a pas encore été réalisée, mais les mobilisateurs chargés de l'activité ont déjà rencontré les COSAN/COGES pour leur expliquer l'intérêt de la dite activité. L'activité ayant un cout, il serait difficile de la réaliser dans tous les 20 centres de santé sans difficultés.

Résultat 4 : Les équipes cadres des deux districts sont opérationnelles et assurent efficacement leurs activités

4.6. Tenir des réunions régulières du conseil de santé de district

Les conseils de gestion des deux districts sont en train d'être mis en place, donc aucune réunion n'a encore été organisée à cause du retard accusé.

4.11. Réaliser le monitoring semestriel des CS et hôpitaux

Cette activité n'a pas encore été organisée, car un préalable était la formation des agents de santé, mais aucun financement n'a été obtenu

9. Goulots d'étranglement (difficultés)

- Le retard de financement a occasionné un retard de 5 mois dans le démarrage des activités en général.

- L'enclavement sur une période de 6 mois dans le DS de Am-Timan pour 10 CS sur 13 n'a pas permis de faire la stratégie avancée dans les villages, ni venir à Am-Timan pour les ravitaillements en médicaments et autres intrants nutritionnels. Cela est consécutif à l'inondation vécue de juillet à octobre 2014
- A Aboudéïa 3CS sur 7 CS sont enclavés pendant 3 mois de l'année (Abguet, Amhabilé, Foulounga) et ne permet la supervision ECD
- L'insuffisance en ressources humaines qualifiées au niveau des CS et hôpitaux n'a pas permis de bien superviser les activités des relais et les AVS
- La concurrence déloyale de la pratique des soins par des personnes non autorisées et l'inondation de tous les marchés hebdomadaires par des produits pharmaceutiques de contre bande n'a pas encore trouvé une solution malgré la sensibilisation par les autorités.
- Malgré la nette amélioration le taux de fréquentation de nos structures de santé reste toujours faible.

9. Leçons apprises

- Une meilleure coordination de plusieurs partenaires a créé une synergie, contribué à renforcer les activités et à mieux organiser les interventions
- Les relais communautaires sont incontournables dans une zone où le personnel fait défaut, et ils contribuent à pérenniser les activités d'un projet
- Un appui des districts par un projet contribue à renforcer les capacités de l'équipe cadre qui est en manque de ressources humaines
- Les réunions clusters nutrition ont permis de renforcer la synergie d'action

10. Conclusion

Malgré les difficultés rencontrées, on peut noter les constats suivants :

- Amélioration de la mise en œuvre du PCA avec effectivité et permanence de la prise en charge chirurgicale
- Amélioration des indicateurs du PCA et du PMA
- Amélioration de la fréquentation des CS depuis le début du projet malgré, mais des efforts restent à faire.
- Augmentation de la compétence des agents de santé à travers les multiples formations reçues.

ANNEXES

1. Evolution des indicateurs à Am-Timan

Evolution des IOV /AM-TIMAN				
IOV	Situation initiale (2011)	Situation en 2012	Situation en 2013	Situation en 2014
Les prestations de santé des services de santé appuyés par des partenaires dans le cadre de la politique de contractualisation du MSP, sont améliorées, en particulier celles visant à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant (Toutes valeurs de départ des IOV à définir dans les régions à appuyer) (A titre d'exemple les données de 2009)				

1) taux de suivi des femmes enceintes à la CPN par du personnel qualifié (CPN 1...)	52,75%	93,92%	126,79%	113,54%
2) taux de détection des grossesses à risque	4,27%	14,19%	19,77%	6,41%
3) taux de couverture VAT 2 et +	67,39%	95,19%	87,53%	74,97%
4) taux de couverture en CPN 3+	22,92%	28,72%	31,37%	23,34%
5) taux d'accouchement par du personnel qualifié	22,59%	22,29%	26,86%	25,45%
6) taux de couverture en CPON	3,31%	5,72%	5,33%	14,80%
7) taux d'accouchement assisté	22,59%	22,29%	26,86%	25,45%
8) taux de césariennes	0,50%	0,84%	0,80%	1,10%
9) taux de prévalence contraceptive	1,18%	2,42%	3,36%	2,49%
10) taux de couverture en CPE	3,41%	5,33%	9,24%	24,16%
11) proportion d'enfants complètement vaccinés (enfant de 0 à 11mois)	35,97%	84,99%	82,27%	58,61%
12) Taux de dépistage des enfants malnutris	55,58%	76,26%	71,09%	46,90%
13) Taux d'utilisation des CS (fréquentation)	0,16C/H/AN	0,19C/H/AN	0,35 C/H/AN	0,34C/H/AN
14) Taux d'occupation moyen des hôpitaux	84%	88,35%	127,63%	130,84%
15) Taux de Penta 3	69,74%	94,66%	98,44%	64,52%

2. Evolution des indicateurs à Aboudeïa

Evolution des IOV /ABOUDEIA				
IOV	Situation initiale (2011)	Situation en 2012	Situation en 2013	Situation en 2014
<p>Les prestations de santé des services de santé appuyés par des partenaires dans le cadre de la politique de contractualisation du MSP, sont améliorées, en particulier celles visant à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant (Toutes valeurs de départ des IOV à définir dans les régions à appuyer) (A titre d'exemple les données de 2009)</p>				

1) taux de suivi des femmes enceintes à la CPN par du personnel qualifié (CPN 1...)	52,04%	125,13%	74,38%	65,72%
2) taux de détection des grossesses à risque	1,97%	3,92%	2,97%	1,51%
3) taux de couverture VAT 2 et +	65,75%	96,84%	85,05%	84,81%
4) taux de couverture en CPN 3+	61,84%	50,54%	26,39%	27,84%
5) taux d'accouchement par du personnel qualifié	16,24%	37,05%	26,40%	37,66%
6) taux de couverture en CPON	2,45%	19,34%	15,74%	10,52%
7) taux d'accouchement assisté	16,24%	37,05%	26,40%	16,45%
8) taux de césariennes	0,24%	ND	0,22%	0,40%
9) taux de prévalence contraceptive	1,02%	16,99%	7,50%	3,43%
10) taux de couverture en CPE	22,26%	29,08%	55,48%	37,43%
11) proportion d'enfants complètement vaccinés (enfant de 0 à 11mois)	74,90%	98,81%	89,47%	73,05%
12) Taux de dépistage des enfants malnutris	6,86%	20,56%	44,91%	78,88%
13) Taux d'utilisation des CS (fréquentation)	0,12C/H/AN	0,17C/H/AN	0,25 C/H/AN	0,23C/H/AN
14) Taux d'occupation moyen des hôpitaux	14,90%	ND	31,21%	34,37% pour 9 mois
15) Taux de Penta 3	67,51%	126,08	96,99%	86,73%

B. PROJET DE CHIMIOPREVENTION DU PALUDISME SAISONNIER « ACCESS SMC »

I. Introduction

Depuis 2012, la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) est recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parmi les interventions efficaces pour la prévention du paludisme. La CPS, qui consiste à administrer de deux à quatre doses de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) plus amodiaquine (AQ) – SP+AQ –, est efficace dans les régions où la transmission du paludisme n'est pas constante et où la résistance aux molécules SP+AQ est faible, ce qui est particulièrement le cas du Sahel. Vingt-quatre millions d'enfants âgés de trois à cinquante-neuf mois, tranche d'âge où la mortalité est la plus élevée, sont concernés par la CPS. Cette intervention est très efficace et peut potentiellement prévenir 75% des cas de paludisme – sévère et sans complication.

II. Présentation générale du Projet

1. Aperçu général

Le projet ACCESS SMC (Achieving Catalytic Expansion of Seasonal Malaria Chemoprevention in the Sahel SMC), mis en œuvre par Malaria Consortium en partenariat avec *Catholic Relief Services*, a pour objectif d'appuyer les Programmes Nationaux de Lutte contre le Paludisme pour étendre l'accès à la chimioprévention du paludisme saisonnier pour les enfants du Sahel et sauver des vies.

Ce projet concerne la chimio-Prophylaxie du paludisme pour les enfants de 3-59 mois pendant la saison de transmission du paludisme dans 7 pays du Sahel. Il s'agit de donner une chimio prophylaxie à 7,5 millions d'enfants au Burkina Faso, Tchad, Guinée Conakry, Mali, Nigéria, Niger et Gambie pour la période de haute transmission du paludisme, soit 4 mois par année (juillet, août, septembre et octobre) pendant 2 ans.

Au Tchad la CPS sera administrée exclusivement aux enfants de 3 à 59 mois et sera en mise en œuvre essentiellement dans 12 Délégations Sanitaires Régionales regroupant 39 Districts Sanitaires. Ces régions ont été identifiées sur la base des critères définis par la recommandation de l'OMS.

2. Objectifs et Résultats attendus

2.1. Objectifs

Objectif général :

Administrer la CPS aux enfants de 3 à 59 mois dans les DSR du Chari-Baguirmi et de Hadjer-Lamis en 2015 et dans les DSR du Chari-Baguirmi, Hadjer-Lamis et N'Djamena en 2016.

Objectifs spécifiques :

- Amener 100% des formations sanitaires des districts sanitaires d'intervention à administrer la CPS aux enfants de 3 à 59 mois.
- Amener au 80% des parents ou personnes en charge des enfants à adhérer à la CPS lors des campagnes de masse

2.2. Résultats attendus

- Eviter environ 75% de l'ensemble des accès palustres
- Eviter environ 75% des accès palustres graves

- Une diminution de la mortalité d'environ 1 pour 1000 chez les enfants et une réduction de l'incidence de l'anémie modérée.

3. Stratégies de mise en œuvre

- Formation
- Approvisionnement en SP+AQ
- Communication et plaidoyer autour de la CPS
- Supervision
- Suivi et évaluation de la mise en œuvre de la CPS)

4. Durée

La durée du contrat est fixée à seize (16) mois (1^{er} Septembre 2014 – 31 décembre 2015), reconductible annuellement pour les années 2016 et 2017.

5. Principaux bailleurs

C'est un projet financé par UNITAID.

6. Zone d'intervention

La zone d'intervention pour la mise en place de la CPS par MC et CSSI comprend les 3 régions :

- Région Chari Baguirmi : les Districts sanitaires de Mandelia, Dourbali, Massenya et Bouso
- HadjerLamis : les Districts sanitaires de Massaguet, Massakory et Bokoro
- Région Ndjamena : les Districts sanitaires N'Djamena Nord, N'Djamena Centre, et N'Djamena Sud,

7. Equipe de coordination

Pour le CSSI il y a en ce moment il y a un Coordinateur, un Expert Financier et un Chargé de Communication. Il reste donc à compléter l'équipe de coordination de la CPS.

III. Bilan 2014

3.1. Activités réalisées en 2014

Les activités ont commencé par des rencontres préparatoires à N'Djamena lors de la visite à Ndjamena de Mme Christine Betterts, Directrice des Programmes de Malaria Consortium en Afrique et Johanna Johansson Public HealthMarketSpecialist Malaria Consortium du 22 au 24 Janvier 2014 pour la présentation du projet ACCESS SMC. Il a eu des réunions de travail les 22 et 23 janvier entre Malaria Consortium et CSSI et le 24 janvier 2014 Malaria Consortium, PNLP et CSSI.

Le choix a été porté sur les 3 régions : N'Djamena, Chari Baguirmi et HadjerLamis comprenant 11 districts sanitaires pour la mise en place de la Chimio Prévention du Paludisme saisonnier à partir de 2015.

-Le CSSI a participé à la Conférence sur le Projet ACCESS SMC à Kampala du 03 et 04 Juin 2014 organisée par MALARIA CONSORTIUM. Lors de cette conférence une ébauche de budget pour le Work Plan ACCESS SMC couvrant les 11 districts des régions de Ndjamena, du Chari Baguirmi et de HadjerLamis a été élaborée.

-Le PNLP a organisé à N'Djamena un atelier de validation des documents de la mise en œuvre de la CPS, au CEFOD du 1^{er} au 2 septembre 2014 auquel a participé le CSSI. Il y a eu

La validation des documents : « Directives sur la mise en œuvre de la Chimio prévention du Paludisme Saisonnier au Tchad » et le « Plan de mise en œuvre de la Chimio Prévention du Paludisme Saisonnier CPS au Tchad »

-Le 18 septembre 2014 à Dakar au Sénégal s'est tenu l'atelier sur le monitoring de l'efficacité de la chimioprévention du paludisme saisonnier organisé par Roll Back Malaria WARN et CARN, parrainé par la London School of Hygiene and Tropical Medicine LSTHM. Le Tchad, à l'instar des six autres pays du sahel, a obtenu l'aval du Malaria consortium, pour réaliser des séries d'études et enquêtes pendant les campagnes de la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) des années 2015-2017 : enquête sur la résistance aux médicaments antipaludiques dans la population générale, étude sur le site sentinelle sur les cas cliniques, étude sur le site sentinelle de la surveillance du paludisme, enquêtes de couverture et études cas témoin. Le CSSI mènera ces études et enquêtes en étroite collaboration avec le PNLP

-Signature d'un Accord de sous Contrat entre Malaria Consortium et Centre de Support en Santé International CSSI le 24 octobre 2014

-Signature du Protocole d'accord : Appui technique pour la chimioprévention du paludisme saisonnier dans les districts sanitaires des régions du Chari Baguirmi, de HadjerLamis et de N'Djamena entre MSP et CSSI : le 06 janvier 2015

IV. Conclusion

Des recherches menées sur la CPS entre 2001 et 2011 dans plusieurs pays du Sahel sont à la base de la recommandation de cette stratégie par l'OMS pour les pays du Sahel où le profil de la transmission et le fardeau du paludisme, et l'efficacité de SP+AQ répondent à des critères bien définis. Le Tchad fait partie des pays où la CPS serait appropriée pour accélérer la lutte contre le paludisme. C'est dans cette perspective que stratégie de la CPS a été adoptée en 2013 en compléments aux stratégies existantes. Malaria Consortium, le CSSI en étroite collaboration avec le PNLP sont engagés dans la mise en place de cette stratégie en 2015 dans 5 districts (3 dans la région du Chari Baguirmi et 2 dans le HadjerLamis) pour atteindre 2750000 enfants de la tranche d'âge 3-59 mois en 2015. En 2016 selon la disponibilité des médicaments, tous les 11 districts du Chari Baguirmi du HadjerLamis et de la Région de N'Djamena pour atteindre au total 500000 enfants de la population-cible. Cette stratégie de la CPS sera mise en place progressivement dans 39 districts prioritaires pour renforcer la réduction et l'élimination du fardeau du paludisme au Tchad.

C. PROTECTION, SOLUTIONS MIXTES ET REPOSE D'URGENCE AU SUD DU TCHAD GORE

I. Présentation générale du projet

I.1 Contexte général

Anciens réfugiés.

La mise en œuvre du projet s'inscrit complètement dans la ligne de la politique nationale de santé du Tchad. Les autorités sanitaires sont donc impliquées sans réserve dans la régulation du système de santé même dans les camps. Les Centres de Santé sont dans l'ensemble intégrés dans le système de santé national et bénéficient de l'appui du gouvernement par exemple dans le domaine du renforcement de capacité, de l'approvisionnement en intrants pour la vaccination de routine, la santé de la reproduction et le VIH/SIDA. Les journées locales ou nationales de vaccination sont organisées indifféremment dans tous les centres de santé. La gratuité des soins d'urgence décrétée par le gouvernement bénéficie également aux réfugiés transférés à l'Hôpital de District ou à l'Hôpital Régional.

CSSI appuie le fonctionnement de tous les centres desservant les réfugiés en personnels et en intrants divers nécessaires au bon fonctionnement des activités (médicaments essentiels et consommables médicaux, équipements, bureautique,...). La collaboration avec les autorités sanitaires est très étroite dans tous les domaines notamment le suivi de la gestion administrative et financière, le monitoring des activités, la supervision...

Nouveaux réfugiés.

Le présent projet est mis en œuvre dans un contexte dominé par un afflux lent, mais régulier et imprévisible de nouveaux réfugiés centrafricains au Sud et au Sud-Est du Tchad. Les données démographiques sur la population-cible sont donc très fluctuantes, car des arrivées continuent d'être enregistrées au point d'entrée de Koumba, à 60 km au Sud de Goré.

I.2 Bénéficiaires du projet

Les personnes relevant de la compétence du HCR sont environ 74 519 anciens réfugiés centrafricains installés dans le Sud du Tchad à Bélom, Gondje, Amboko, Dosseye et Moyo et 9 104 nouveaux réfugiés centrafricains installés dans les camps de Bélom, Dosseye et Moyo.

Les personnes bénéficiaires de ce projet sont des réfugiés centrafricains vivant au sud du Tchad dans 5 camps et plusieurs villages hôtes. Au 30 octobre 2013 ; cette population s'élevait à 67704 personnes dont 12337 sont arrivées au Tchad entre janvier et décembre 2013. Les réfugiés centrafricains appartiennent en majorité (environ 50%) aux groupes ethniques Salamat et Ronga. Ceux qui sont arrivés en 2003 sont pour la plupart des musulmans, avec comme principale activité le commerce tandis que les chrétiens agriculteurs représentent 49% et sont originaire du groupe ethnique Kaba. Les langues principales de communication sont le Ngambaye, l'Arabe et le Sango.

Les anciens réfugiés qui sont arrivés en 2005, sont composés en majorité du groupe ethnique Mbaydoba de religion chrétienne et ont comme principale activité l'agriculture. Ils sont proches des populations autochtones et proviennent en majorité des villages situés le long de la frontière (Bele, Maissou RCA, Benodjo, Belinga, Koukou Mission, Menda, Kadjame, Mangara et Kentabi) où le taux de scolarisation est de 20%.

Les nouveaux réfugiés centrafricains sont d'ethnies diverses. A Moyo l'ethnie Rounga est majoritaire tandis qu'à Dosseye ce sont les Ngamaye et les Ruto. A Belom, ce sont les Ngamaye et Daba.

Les camps du Sud du Tchad abritent des populations réfugiées CAR cosmopolites ; on y trouve des musulmans, chrétiens et animistes qui cohabitent pacifiquement.

Pour ce présent projet, nous avons comme population totale 46465 réfugiés repartis dans les 3 camps comme suit :

- ✓ Amboko : 11 671 réfugiés
- ✓ Dosseye : 22 750 réfugiés
- ✓ Gondje : 12 044 réfugiés

Face aux besoins spécifiques de cette nouvelle population, le Programme Alimentaire Mondial (PAM) a ajusté sa ration alimentaire afin d'offrir à ces derniers une ration alimentaire complète. L'UNICEF a aménagé à Bélo 10 points d'eau afin d'augmenter l'offre en eau potable dans ce camp. Le HCR et ses partenaires de mise en œuvre ont assuré l'enregistrement et assisté les réfugiés à accéder à des abris décents et à des biens domestiques de base.

Ces premiers efforts n'ont pas permis de répondre totalement aux multiples besoins identifiés au sein des populations réfugiées nouvellement installées.

C'est dans ce contexte que le HCR et ses partenaires de mise en œuvre présents sur le terrain ont entrepris de mettre en œuvre un programme de réponse d'urgence dans les trois camps cibles que sont Moyo, Belom et Dosseye.

III. Objectifs

III.1. Objectifs généraux

L'objectif général est la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, juvénile dans le camp.

III.2. Objectifs spécifiques

- L'état de santé de la population s'améliore
- La population a un accès optimal aux services de la santé reproductive et du VIH
- Le bien-être nutritionnel s'améliore
- Les services offerts aux personnes à besoins spécifiques sont renforcés
- La coexistence pacifique avec les communautés locales est promue
- Les risques de SGBV sont réduits et la qualité de la réponse améliorée

IV. Résultats attendus

- Taux brut de mortalité <1,5 décès/1000/mois ;
- Taux de mortalité infantile <3 décès/1000/mois ;
- Taux de couverture vaccinale contre la rougeole $\geq 95\%$;
- 100% des traitements contre le paludisme sont à base d'artémisinine ;
- 100% de mise en œuvre de la gestion intégrée des maladies de l'enfance ;
- 120 malades à Amboko, 120 à Gondje et 300 à Dosseye sont référés pour des soins vers les formations hospitalières secondaires ;
- 55% des médicaments sont achetés à l'international ;
- 90% des naissances vivantes sont assistées par du personnel qualifié ;
- 100% des survivant(e)s de viol reçoivent du PEP kit dans les 72 heures suivant l'incident ;
- 100% des personnes reçoivent des préservatifs masculins et féminins ;
- 450 enfants à Amboko, 400 à Gondje et 800 à Dosseye reçoivent des compléments alimentaires du PAM ;
- 100% des personnes handicapés reçoivent des services spécifiques.

- L'appui de la communauté locale à la présence des réfugiés est de 60%
- 100% des incidents de SGBV sont rapportés et pris en charge.

V. Stratégies de mise en œuvre

La stratégie de mise en œuvre de cette réponse d'urgence consiste à :

- s'appuyer sur les partenaires de mise en œuvre déjà opérationnels dans les camps pour offrir, suivant des modalités spécifiques, des conditions de vie décentes aux nouveaux arrivants en minimisant les coûts administratifs du fait de l'implication des personnels pris en charge sur les projets « Protection and mixed solutions »;
- sauver les vies à travers un monitoring régulier aux points d'entrée et une prise en charge précoce des cas de vulnérabilité extrêmes ou de maladie;
- assurer le respect du principe de non-refoulement aux principaux points d'entrée;
- faire un plaidoyer en vue de l'implication des autres acteurs humanitaires dans cette réponse d'urgence multisectorielle.

Dans le cadre de ce projet, l'ONG Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) déjà opérationnelle au Sud et au Sud-Est du Tchad depuis 2010 dans le domaine de l'assistance médicale aux réfugiés centrafricains a accepté d'assurer la couverture médicale des opérations d'urgence. Cette ONG nationale appuie le fonctionnement des structures sanitaires dans les camps de réfugiés et au sein des communautés hôtes environnantes. Elle a, au fil des années, noué des contacts utiles et mutuellement bénéfiques avec les autorités sanitaires locales (Centres de santé), régionales (Médecins chefs de district ; Délégués régionaux) et avec les populations bénéficiaires.

De manière plus spécifique, CSSI assure :

- La couverture médicale générale de toutes les opérations d'accueil et d'installation des réfugiés. Les activités d'évacuation médicale des cas sévères vers les structures régionales constituent un volet important de cette couverture ;
- Le screening médical des nouveaux réfugiés aux principaux points d'entrée (Daha, Sido et Koumba) ;
- L'approvisionnement en intrants pour la vaccination de routine, la santé de la reproduction et les services aux personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- Une campagne adhoc de dépistage systématique du VIH/Sida ;
- Le suivi des personnes à besoins spécifiques (personnes vivant avec le HIV/Sida, femmes enceintes, enfants MNS et MNM) ;
- La couverture du volet médical et du suivi psychologique dans l'appui multisectoriel apporté aux victimes et survivants des SGBV.

VI. Durée

La durée du présent projet est d'une année, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014.

VII. Principaux bailleurs

Les principaux bailleurs sont : UNHCR, PAM, UNICEF, UNFPA, BPRM.

VIII. Zone d'intervention

Notre zone d'intervention est le Logone oriental, dans la Délégation Sanitaire Régional de Doba, District de Goré, camps de Amboko, Gondje et Dosseye.

IX. Equipe de coordination

L'équipe de coordination est constituée :

- 01 coordinateur Médical qui est expatrié
- 01 psychologue pour tous les camps qui est expatrié
- 01 administrateur terrain qui est staff national
- 01 logisticien de terrain qui est un staff national
- 02 médecins traitants qui sont staff national
- 01 technicien en pharmacien qui est aussi staff national.

L'équipe se rencontre une fois toutes les deux semaines pour discuter des activités des deux semaines écoulées et de la planification des activités à venir. Nous discutons aussi des difficultés rencontrées avec des propositions de solutions qui sont mises à exécution.

Dans le cas où une difficulté pertinente ne trouve pas de solution sur le terrain, nous faisons recours à la coordination de N'Djamena.

X. Bilan 2014

X.1. Activités réalisées en 2014 (par objectif, par résultat attendu ou par composante)

Les activités réalisées en 2014 par objectif, résultat attendu et niveau d'exécution se trouvent dans le tableau ci-dessous :

Objectif # 1 : La santé de la population s'améliore (healthstatus of the population improved)	
Description du problème:	<p>Problème : La santé de la population est insatisfaisante ou a besoin d'une attention constante (Healthstatus of the population is unsatisfactory or needs constant attention)</p> <p>L'accès aux soins de santé est fourni aussi bien par les structures de santé de l'Etat tchadien que par les centres de santé des camps financés par le HCR. A long terme, l'intégration des structures de santé des camps dans le giron de l'Etat est un objectif à atteindre. A la fin de l'année 2013, le taux d'utilisation des centres de santé situés dans les camps était de 1.7 N / Réf. / an (standard 1-4 NC). Certains problèmes ont été identifiés comme barrières à la fréquentation des centres de santé par les réfugiés. Ce sont notamment les ruptures de stocks de certaines molécules, les longues files d'attente devant les structures de santé de Bélo et de Beureh et plus particulièrement l'introduction du système de contribution des réfugiés aux coûts des soins de santé.</p> <p>A Moyo par contre l'accès aux services de santé primaire dans le centre de santé du camp est resté gratuit, ce qui a entraîné une forte pression de la demande y compris celle en provenance des communautés hôtes environnantes. Cette forte pression a entraîné de fréquentes ruptures d'approvisionnement en médicaments essentiels et de certains autres intrants spécifiques (matériel de screening VIH, préservatifs). Toujours à Moyo en 2013, l'éruption d'une épidémie de Leishmaniose dont les médicaments pour son traitement n'étaient pas immédiatement disponibles a constitué une préoccupation majeure de CSSI.</p> <p>Les activités PEV de routine sont intégrées dans le fonctionnement régulier de toutes les structures de santé, bien que la couverture vaccinale contre la rougeole n'ait pas encore atteint les standards. En 2013 la couverture était de 76,9% dans l'ensemble des camps. Les ruptures de stocks et les contraintes logistiques dans l'approvisionnement des centres de santé, la mobilité des réfugiés, les insuffisances de la chaîne de froid constituent les principaux obstacles à une meilleure couverture vaccinale. Il est urgent d'améliorer le PEV aussi bien dans les camps de réfugiés que dans les structures de santé hors camp, afin de prévenir la survenance des maladies infantiles évitables par la vaccination.</p> <p>Les références des malades vers les structures de niveau II et III constituent également un défi pour CSSI, aussi bien</p>

	<p>logistique qu'humain. 663 références ont été assurées en 2013 vers les hôpitaux de district. Un nombre équivalent ou légèrement supérieur est prévu en 2014 et les difficultés ci-après sont déjà prévisibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge du malade en termes d'alimentation ainsi que de son accompagnant - Motivation/disponibilité des structures de district à accueillir les malades référés suite à la fin de l'appui UNHCR/EU aux hôpitaux de district. - Vétusté des ambulances, notamment pour les références en provenance de Moyo. 			
Impact escompté :	<p>L'impact global attendu de notre intervention est l'amélioration de la santé de l'ensemble des populations réfugiées identifiées comme malades, et le maintien du statut de ceux arrivés en bonne santé. Certains groupes spécifiques seront suivis afin d'assurer leur bonne couverture vaccinale, comme par exemple les enfants de 0 à 59 mois. Suivant les secteurs, l'impact attendu est défini comme suit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La couverture vaccinale est améliorée dans les 5 camps - La diminution de la mortalité infantile des enfants de moins de 5 ans - La prise en charge de tous les cas de paludisme suivant le protocole national établi - Les violences basées sur le genre sont régulièrement déclarées, et les troubles mentaux connexes sont mieux suivis <p>A moyen terme, il est escompté une intégration progressive de tous les nouveaux réfugiés dans le système de santé des camps.</p>			
Impact réel :	<p>Les enfants de moins de 5 ans sont protégés contre les maladies épidémiques malgré l'insuffisance de chaîne de froid, la rupture fréquente des vaccins. Les taux de mortalité brut et infantile sont réduits du fait des soins de santé de qualités offerts par un personnel qualifié.</p>			
Indicateur(s) d'impact	Niveau de saisie des données			Progrès réels (_ ou _/_)
Taux de mortalité brute : < 1,5 décès pour 1000 par mois	Amboko : 0.3	Dosseye : 0.4	Gondje : 0.2	Moyenne sud: 0.3 décès pour 1000
Taux de mortalité infantile des moins de 5 ans : < 3 décès pour 1000 par mois	Amboko : 1.0	Dosseye : 1,6	Gondje : 0.9	Moyenne sud: 1.2 décès pour 1000
Taux de couverture vaccinale contre la rougeole : >95%	Amboko:86,6%	Dosseye : 104.6%	Gondje:79,2%	Moyenne sud: 92,2%

Sortant:	Rapport sur les progrès réalisés :
-----------------	---

L'accès aux programmes de maladies transmissibles est assuré	Les ACT et le test de dépistage rapide du palu sont disponibles dans les cinq [5] camps. C'est dire que tous les cas de paludisme confirme sont traites a base d'artémisinine.		
Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
Intégration de la thérapie combinée à base d'artémisinine en tant que traitement de première intention contre le paludisme (oui/non)	Amboko	Oui	Amboko: oui (3484 cas de Palu confirmés au TdR et traits);
	Gondje	Oui	
	Dosseye	Oui	Dosseye : oui (10303 cas de Palu confirmés au TdR et traités) ;
	Villages hotes (à préciser)	Oui	Gondje :oui (3022 cas de Palu confirmés au TdR et traités) ;

Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
<ul style="list-style-type: none"> - Approvisionner régulièrement les Centres de Santé en ACT pour couvrir la tranche d'âges de 14 ans et plus - Faire un plaidoyer auprès de The Mentor Initiative pour qu'il puisse intervenir dans la zone de Haraze - Rendre disponible les tests de dépistage rapide du paludisme et les ACT en quantité suffisante à Haraze pour couvrir toutes les tranches d'âge - Améliorer la sensibilisation de la population sur la lutte contre le paludisme à travers les agents de santé communautaire. 	Amboko, Dosseye, Gondje,	1er Janvier	31 Décembre	Réalisé

Sortant :	Rapport sur les progrès réalisés :
------------------	---

Les services de santé aux moins de 5 ans offerts.	La PCIME est appliquée dans nos structures de santé. La plupart du personnel en dehors des nouveaux ont déjà bénéficié de la formation. C'est ce qui nous a amené à prendre en charge les enfants de moins de cinq ans. Les enfants de moins de 5 ans consultés sont de 11596 à Amboko, 17207 à Belom, 14751 à Dosseye, 10508 à Gondje et 8093 à Moyo.		
Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
La gestion intégrée des maladies de l'enfance(PCIME) mis en œuvre (oui / non)	Amboko	100%	Nous avons réalisé à: Amboko, 11596 enfants de moins de 5 ans. Dosseye, 14751 enfants de moins de 5 ans. Gondje : 10508 enfants de moins de 5 ans.
	Gondje	100%	
	Dosseye	100%	
	Villages hôtes (à préciser)		

Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
Afin de réduire considérablement le taux de mortalité infantile et des enfants de moins de cinq ans, les capacités des infirmiers renforcées sur la PECIME; les enfants de moins de 5 ans sont correctement pris en charge selon le protocole de prise en charge des différentes maladies de l'enfant ; un audit est organisé en cas de décès néonatal et maternel, les activités de consultation post natale (CPoN) au centre de santé sont renforcées	Amboko, Dosseye, Gondje	1 ^{er} Janvier	31 Décembre	Activité réalisée

Sortant:	Rapport sur les progrès réalisés :
Les mécanismes de référencement établis	Nous réalisons la référence des cas qui dépassent le plateau technique des camps. C'est ainsi que nous avons référé 949 malades à Goré et Moundou : Amboko [133], Dosseye [453 malades], Gondje [120 malades].

Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
Nombre de personnes d'intérêt référées vers des formations hospitalières secondaires et tertiaires.	Amboko	120	149 références
	Gondje	120	125 références
	Dosseye	300	467 références
	Villages hôtes (à préciser)		

Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
- Les cas de pathologie où les centres des camps ne sont pas en mesure de prendre en charge sont référés de la manière suivante : Identification précoce des cas à référencer Mise à disposition des malades des moyens de transport en vue de leur référence vers les structures de niveau supérieur (Hôpitaux de District, ou Régionaux). Mise en place d'un mécanisme de suivi dans les hôpitaux.	Amboko, Dosseye, Gondje,	1^{er} Janvier	31 Décembre	Activité réalisée

Sortant:	Rapport sur les progrès réalisés :		
L'accès aux médicaments essentiels est assuré	Les commandes internationales n'ont pas satisfait l'approvisionnement en médicaments des camps malgré un effort du HCR. Malgré les achats locaux de médicaments, la rupture de certaines molécules essentielles est toujours fréquente car la ligne allouée à cet achat est loin de couvrir tous les besoins. Par ailleurs, certaines livraisons faites par le HCR ne correspondent pas aux besoins du terrain. D'où le HCR doit tenir compte des commandes du terrain afin de satisfaire les centres de santé dans la prise en charge des différentes pathologies. La ligne destinée à l'achat des médicaments contre la leishmaniose et l'épilepsie est insuffisant compte tenu du montant alloué.		
Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
Tous les médicaments essentiels sont-ils achetés à l'internationale ? (oui/non)	Amboko	55%	50%
	Gondje	55%	50%

	Dosseye	55%	50%
	Villages hôtes (à préciser)	55%	

Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
Les centres de santé des camps et des villages hôtes de réfugiés reçoivent les médicaments essentiels du pipeline d'approvisionnement géré par le HCR. Pour des molécules non essentielles mais nécessaires à la prise en charge de certaines maladies spécifiques (épilepsies ; leishmaniose...etc...), des achats locaux sont prévus sur le budget de CSSI.	Amboko, Dosseye, Gondje,	1 ^{er} Janvier	31 Décembre	Activité réalisée

Sortant:	Rapport sur les progrès réalisés :		
Accès aux services de santé primaire offerts ou soutenus.	L'accessibilité peut être estimée à 80% pour tous les camps du sud à l'exception des certains services spécialisés qui n'existent pas dans les délégations voire le pays et parfois de la non gratuité des soins d'urgence pour les réfugiés.		
Indicateur(s) de performance 1	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
Accès des personnes d'intérêt aux structures de santé primaires nationales assuré (oui/non)	Amboko	70%	80%
	Gondje	70%	80%
	Dosseye	70%	80%
	Villages hôtes (à préciser)	70%	20%
Indicateurs de performance 2			
Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
[Nom de l'indicateur de performance]	Amboko	1	1
Nombre de structures de santé équipées/construites/réhabilitées	Gondje	1	1
	Dosseye	1	1
	Villages hôtes (à préciser)	3	2

Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
<p>Une réunion mensuelle est mise en place regroupant les Médecins chefs de District, le Coordinateur médical UNHCR, les Responsables de santé CSSI, le PAM et CARE International afin de discuter des planifications des activités, des résultats obtenus et de résoudre les difficultés. Cette réunion est présidée par les Médecins chefs de Districts représentant le Ministère de la santé.</p>	Amboko, Dosseye, Gondje	1 ^{er} Janvier	31 Décembre	Activité réalisée

Objectif 2 : La population a un accès optimal aux services de la santé reproductive et du VIH (Population has optimal access to reproductive health and HIV services)

Description du problème:	<p>Problème : Accès aux services de santé de la reproduction et VIH est insuffisant ou a besoin d'une attention constante.</p> <p>Si les services de santé reproductive et pour patients HIV sont disponibles et intégrés dans le système de santé, ils font face à plusieurs problèmes, notamment les ruptures de stock enregistrés dans le circuit national d'approvisionnement géré par le district de santé, la faible implication des communautés et les barrières culturelles, la couverture insuffisante des soins anténataux et des services PMTCT services, le rejet des méthodes de planning familial par les bénéficiaires.</p> <p>La transmission du HIV est un risqué majeur auquel font face les réfugiés, à cause de l'insuffisance ou de l'usage inadéquat des préservatifs. Ce risque s'est particulièrement accru des suites de longues ruptures dans l'approvisionnement en préservatifs en 2013. Cette rupture a aussi touché les réactifs et autres matériels de test.</p> <p>L'interruption par certains réfugiés du planning familial et des traitements ART des suites de ruptures de stocks ont été enregistrés en 2013, avec comme corollaire un taux de rétention très bas dans le programme ART. Il faut aussi noter que certaines femmes enceintes séropositives ne sont malheureusement pas prises en charge à temps et le suivi post-natal n'est pas systématique.</p>
---------------------------------	--

	<p>L'insuffisance du personnel constitue aussi une grande préoccupation pour CSSI, avec un seul point focal et un seul conseiller CDV pour les trois camps de Goré (plus de 34,000 individus) et une situation similaire à Béлом pour plus de 22.000 réfugiés</p> <p>Un autre problème qui constitue une source d'inquiétude aussi bien pour CSSI que pour la protection/HCR est lié aux plaintes de réfugiés en rapport à la rupture de l'obligation de confidentialité au sein du personnel de santé et au sein des travailleurs communautaires impliqués dans le suivi des PVVIH. Il est urgent de rétablir le principe de la confidentialité où il est rompu et de le renforcer ailleurs afin que les PVVIH ne soient pas stigmatisées et ne subissent pas de discrimination.</p>			
Impact escompté :	Augmenter l'accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA ainsi qu'aux services de santé de la reproduction. L'impact global consiste à sensibiliser les populations sur le VIH/SIDA, faire le counseling pré et post test dans la confidentialité absolue, distribuer les préservatifs, disponibiliser les ARV et les médicaments contre les IO et faire la prise en charge des patients séropositifs.			
Impact reel :	L'accès des personnes au service de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA ainsi qu'au service de la santé reproductive est assuré et amélioré. Cependant, beaucoup d'effort reste à faire dans la localité en ce sens que nous sommes confrontés à des ruptures intermittentes d'ARV rendant parfois la prise en charge difficile. Des contacts sont en train d'être menés auprès des partenaires pour améliorer l'approvisionnement et la disponibilité durant l'année prochaine.			
Indicateur(s) d'impact	Niveau de saisie des données			Progrès réels (_ ou _/_)
% de naissances vivantes assistées par du personnel qualifié s'améliore de 86 % (BL) à 90 % (OT)	Amboko : 86% 79%	Dosseye : 90%	Gondje :	Moyenne sud : 89%
L'accès des personnes d'intérêt aux services complets de santé reproductive augmente de 80% (BL) à 100%(OT)	Amboko : 80.6% 94.1%	Dosseye : 94.3%	Gondje :	Moyenne sud : 90.2%
% de survivant(e)s de viol qui reçoit le PEP kit dans les 72 heures suivant l'incident augmente de 80% (BL) à 85%(OT)	Amboko : 2	Dosseye : 1	Gondje : 1	Moyenne sud :5

Sortant:	Rapport sur les progrès réalisés :		
Soins et traitements offerts aux personnes vivant avec le VIH/Sida	100% des patients vivant avec le VIH et éligibles bénéficient du traitement antirétroviral. Contrairement à l'année précédente, Moyo n'a pas connu des ruptures des ARV. Amboko mérite une attention particulière vu l'augmentation des patients séropositifs dans le programme. Des sensibilisations doivent être renforcées afin d'atteindre l'objectif 0 contamination, 0 décès et 0 discrimination de l'ONUSIDA.		
Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
Nombre de personnes prises en charge sous traitement antirétroviral	Amboko	40	77
	Gondje	15	21
	Dosseye	34	45
	Villages hôtes (à préciser)		

Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
Offrir des services de dépistage du HIV/SIDA. Organiser les séances de consultation des personnes vivant avec le VIH/SIDA au niveau du Centre de Santé et de CDV Organiser des visites à domicile pour améliorer l'observance du traitement aux ARV Approvisionner régulièrement les CDV en ARV et autres médicaments pour soigner les IO Rendre disponible le Cotrimoxazole pour la prévention des IO	Amboko, Dosseye, Gondje,	1^{er} Janvier	31 Décembre	Activité réalisée

Sortant:	Rapport sur les progrès réalisés :
Services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant offerts	Des sensibilisations ciblées se font à chaque CPN sur la PTME et sur la PF. Au cours de ces sensibilisations, nous proposons systématiquement le dépistage à toute femme à leur 1ere CPN. Au total 1240 femmes ont été conseillées dont 361 à Amboko, 557 à Dosseye, 322 à Gondje. Parmi

	elles, 1233 femmes ont été dépistées dont 356 à Amboko, 555 à Dosseye, 322 à Gondje. 25 femmes ont été dépistées positives dont 14 à Amboko, 8 à Dosseye et 3 à Gondje.		
Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
Nombre de femmes bénéficiant des conseils et pré- tests et post-test dans la PTME	Amboko	396	361
	Gondje	360	322
	Dosseye	380	557
	Villages hôtes (à préciser)		

Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
<ul style="list-style-type: none"> - Organisation régulière des activités de CPN dans le camp - Maintenir les services de CPN de qualité (CPN Plus) accessibles à toutes les femmes enceintes des camps et autour du camp - Le dépistage des gestantes est fait pendant la CPN et la prise en charge assurée tout au long de la grossesse, lors de l'accouchement et après l'accouchement. - Les enfants nés des mères séropositives sont aussi suivi dès la naissance comme le prévoit le protocole national 	Amboko, Dosseye, Gondje,	1^{er} Janvier	31 Décembre	Activité réalisée

Sortant:	Rapport sur les progrès réalisés :		
les services de santé préventive VIH et reproductive offerts	Contrairement à l'année précédente, les préservatifs masculins sont disponibles. Par contre les préservatifs féminins même s'ils sont disponibles sont moins utilisés.		
Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
Accès des personnes prises en charge aux préservatifs masculins et féminin (oui/non)	Amboko	100 %	80%
	Gondje	100 %	80%

	Dosseye	100 %	80%
	Villages hotes (à préciser)		

Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
<ul style="list-style-type: none"> - Approvisionner les centres en préservatifs auprès des partenaires concernés - Organiser des points de distribution internes au niveau du CS, au sein de la communauté et dans les Bureaux - Organiser des séances de démonstration du port correct des préservatifs - Acquérir des phallus en bois pour la sensibilisation 	Amboko, Dosseye, Gondje,	1^{er} Janvier	31 Décembre	Activité réalisée

Objectif 3 : Le bien-être nutritionnel s'améliore (nutritionalwell-beingimproved)

Description du problème:	<p>Problème: Le bien-être nutritionnel est insuffisant ou a besoin d'une attention constante.</p> <p>Les camps de réfugiés centrafricains au sud du Tchad sont dans une phase de mise en œuvre d'une stratégie d'autosuffisance qui vise à rendre les réfugiés moins dépendants de l'aide humanitaire. Toutefois cette stratégie semble avoir été mise en œuvre de manière hâtive et sans une prise en compte suffisante de certaines contraintes locales. Les inondations récurrentes dans la région ont également affecté négativement la productivité des populations réfugiées qui dépendent dans leur majorité des fruits de la production agricole.</p> <p>Les difficultés d'accès à des terres agricoles à Belom en tout début du nouvel afflux ont constitué un handicap de plus qui a fragilisé le statut nutritionnel des populations, lesquelles dépendent des produits des activités agricoles pour améliorer et varier le panier alimentaire de base fourni par le PAM.</p> <p>L'enquête nutritionnelle de 2011 a révélé un taux de malnutrition globale de 5,6%, ce qui était voisin du taux mesuré en 2010 (4.6%). A Dosseye toutefois, ce taux atteignant 12.4% et 8,4% à Moyo. Le taux global de l'anémie observé chez les 6-59 mois était de 65,9% dans tous les camps.</p> <p>Il convient toutefois de noter que le programme actuel de gestion de la malnutrition fait face à quelques problèmes, notamment l'insuffisance de ressources qui affecte la fréquence des enquêtes et le niveau de staffing et les insuffisances relevées dans la gestion de l'anémie car la stratégie actuelle visant à réduire l'anémie et les autres</p>
---------------------------------	--

	<p>déficiences en micronutriments est encore insuffisante. La distribution ciblée de vivres pour les 6-24 mois en vue de réduire l'anémie et la malnutrition qui est prévue dans les protocoles n'est pas encore mise en œuvre. L'enquête nutritionnelle prévue en fin 2012 n'a pas pu avoir lieu pour cause d'insuffisance des financements.</p> <p>La malnutrition et l'anémie peuvent entraîner chez les enfants un retard dans le développement mental et physique. L'anémie chez les femmes en âge de procréer accroît le risqué de complications de la grossesse, de mortalité infantile et de naissance prématurée. CSSI n'a pas les moyens de s'attaquer aux causes de la malnutrition et de l'anémie que constituent l'alimentation inadéquate, l'insécurité alimentaire, l'hygiène et l'assainissement du milieu de vie. Toutefois la surveillance et la gestion de la malnutrition et de l'anémie en cours par CSSI sera renforcée dans toutes les structures de santé des camps au sud du Tchad.</p>			
Impact escompté :	<p>Tous les cas de malnutrition et d'anémie sont identifiés, référés par les agents de santé communautaire et pris en charge par le Nutritionniste avec un suivi rapproché, réduisant ainsi le taux global de malnutrition.</p> <p>Réduction de la prévalence de la malnutrition aigüe globale dans le camp de Dosseye en dessous de 10% et la maintenir en dessous de 5% à Amboko, Gondje, Béлом et Moyo.</p>			
Impact réel :	<p>Les programmes de nutrition CNS et CNA mis en place ont permis de prendre en charge tous les cas de malnutrition des camps du sud et d'obtenir un taux de guérison dépassant les normes de 75%. Cependant des efforts restent à faire pour pallier aux ruptures des intrants constatés encore cette année.</p>			
Indicateur(s) d'impact	Niveau de saisie des données			Progrès réels (_ ou _/_)
La prévalence de la malnutrition globale aigüe (6-59 mois) baisse de 5.6%(BL) to 5% (OT)	Amboko : 4.3%	Dosseye : 12.4%	Gondje : 2.5%	Moyenne Sud : 5.8%
La prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) baisse de 29% (BL) à 20% (OP)	Amboko : 42.9% 32.4%	Dosseye : 58.5%	Gondje :	Moyenne Sud : 38%
La prévalence de l'anémie chez les enfants (6-59 mois) baisse de 53% (BL) à 45,9% (OP)	Amboko : 69.7% 73.9%	Dosseye : 70.1%	Gondje :	Moyenne Sud : 65.4%
Prevalence of chronic malnutrition (stunting) (6-59 months) improves from 39.60% (BL) to 30% (OP)	Amboko : 43.5% 34.1%	Dosseye : 51.1%	Gondje :	Moyenne Sud : 38.5%
La % de couverture de produits spécifiques pour la prévention de la sous-nutrition chez	Amboko : 21.2%	Dosseye : 36.2%	Gondje : 12%	Moyenne Sud : 34.1%

les jeunes (LNS/MSP/FBF) atteint 70%.		
---------------------------------------	--	--

Sortant:	Rapport sur les progrès réalisés :		
Les programmes communautaires de gestion de la malnutrition aigue sont mis en œuvre et suivis	Sur un nombre élevé des malnutris sévères observés à Dosseye, les nouveaux représentent 72% dans le programme CNA soit une valeur absolue de 305. Ce nombre explique les conditions dans lesquelles les nouveaux réfugiés sont arrivés et parfois ont perdu beaucoup de temps à la frontière avant leur transfert dans les camps.		
Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
Nombre de nouvelles admissions à la gestion communautaire des programmes de malnutrition aiguë	Amboko	40	356
	Gondje	40	55
	Dosseye	80	909
	Villages hotes (apreciser)		0

Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
<ul style="list-style-type: none"> - Organiser des séances de causerie éducatives sur les bonnes habitudes et pratiques culinaires et alimentaires - Encourager les mères à fréquenter les services de suivi continu de la croissance - Organiser des visites à domicile dans les familles identifiées comme présentant le risque accru face à la malnutrition. 	Amboko, Dosseye, Gondje,	1 ^{er} Janvier	31 Décembre	Activité réalisée

Sortant:	Rapport sur les progrès réalisés :		
Les suppléments alimentaires sont offerts et suivis	La disponibilité des intrants fournis par PAM a permis de prendre en charge le nombre élevé des malnutris modérés à Dosseye et Moyo au premier semestre.		
Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
Nombre des enfants ayant reçu des	Amboko	450	535

compléments alimentaires complémentaires (LNS /MNP/FBF)	Gondje	400	87
	Dosseye	800	717

Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
<ul style="list-style-type: none"> - Assurer un suivi régulier de tous les intrants venant des partenaires - Faire un approvisionnement régulier en « Premix » auprès du PAM - Mettre en place des échéanciers pour le suivi à domicile et la récupération des abandons - Faire les rapports mensuels d'utilisation des intrants aux partenaires 	Amboko, Dosseye, Gondje	1^{er} Janvier	31 Décembre	Activité réalisée

Objectif # 4 : Les services offerts aux personnes à besoins spécifiques sont renforcés (services to persons with specific needs are strengthened)

Description du problème:	<p>Problème: les services offerts aux personnes à besoins spécifiques sont insuffisants 7,396 personnes à besoins spécifiques (PBS) soit près de 13% de la population ont été identifiés et enregistrés dans les 5 camps au sud du Tchad parmi lesquelles 1,562 nouvellement arrivées en 2013. Le groupe est composé de personnes âgées, de femmes seules chef de ménages, des handicapés physiques et mentaux, de victimes de violences sexuelles et sexistes et d'enfants séparés.</p> <p>L'opération a un partenaire dédié à l'assistance aux PBS mais cet appui est limité du fait des restrictions financières. Beaucoup de besoins de PBS demeurent non couverts notamment en terme d'appui aux personnes à mobilité réduite. Seulement 40% sont pris en charge. Les femmes seules chef de ménages ont certes bénéficié d'un appui en vue de se lancer dans des activités génératrices de revenus; mais ici aussi les besoins sont couverts seulement à hauteur de 30% à Goré, et de 5% à Haraze et à Maro.</p> <p>Les personnes âgées quant à elles ont besoin d'un appui spécial basé sur une approche communautaire. Deux groupes spécifiques ont démontré le besoin d'un appui ciblé, au-delà des interventions de routine : Il s'agit de 287 malades épileptiques et psychotiques ayant un besoin régulier en médicaments. Ils se répartissent comme suit : 156 névrotiques, 42 psychotiques et 89 épileptiques distribués comme suit géographiquement: Amboko (73 patients), Gondje (32), Dosseye (54), Béлом (81) et Moyo (47). Les médicaments dont ont besoin ces patients ne sont pas disponibles dans le pipeline traditionnel des médicaments essentiels du HCR.</p>
---------------------------------	--

	Le second groupe est constitué de patients atteints de Leishmaniose et tous localisés dans le camp de Moyo. La maladie touche aussi bien les réfugiés que les populations hôtes environnantes ; faute d'une prise en charge précoce, elle devient invalidante et défigurante.		
Impact escompté :	Tous les handicapés mentaux et épileptiques bénéficient d'un soutien psychologique et sont mis sous psychotropes ou antiépileptiques.		
Impact réel :	Tous les handicaps mentaux et épileptiques ont accès au service psychosocial et mis sous traitement réduisant ainsi de multiples crises, cependant les difficultés dans les commandes de psychotropes entachées par l'autorisation du Ministère de la santé et l'insuffisance des moyens financiers posent problèmes.		
Indicateur(s) d'impact	Niveau de saisie des données		Progrès réels (_ ou _/_)
% of persons of concern with disabilities who receive services for their specific needs improves from 76% (BL) to 78% (OT)	Amboko : 40%	Dosseye : 40%	Gondje : 40%
			Moyenne Sud : 40%

Sortant:	Rapport sur les progrès réalisés :		
Les services spécifiques sont offerts aux personnes d'intérêt vivant avec un handicap	Les Personnes souffrant de maladies psychotiques sont prises en charge et suivies par le psychologue et les assistants psycho-sociaux formés dans chaque camp. Ces maladies sont des psychoses, des névroses, des épilepsies et retard mental. Le suivi a porté sur 1287 personnes dont 273 à Amboko, 662 à Dosseye et 352 à Gondje. Il y a eu des séances de sensibilisation au nombre de 93 qui ont touché 2889 personnes (560 à Amboko, 1751 à Dosseye et 578 à Gondje).		
Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
Nombre de Personnes handicapées recevant un appui une assistance spécifique	Amboko	687	273
	Gondje	111	352
	Dosseye	76	662
	Villages hotes (à préciser)		

Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
Les personnes ayant des handicaps mentaux, les épileptiques sont consultés par le psychologue et le psychiatre afin de poser le diagnostic de leur pathologie	Amboko, Dosseye, Gondje,	1^{er} Janvier	31 Décembre	Activité réalisée

permettant une prise en charge orientée à travers les psychotropes, les antiépileptiques et un soutien psychologique. Ces patients sont ensuite suivis par les assistantes psychosociales pour le renouvellement de leur prise en charge et des références à des services appropriés en cas de complications.				
---	--	--	--	--

Objectif 5 : La coexistence pacifique avec les communautés locales est promue (peaceful coexistence with local communities promoted)			
Description du problème:	<p>Problème: la coexistence avec les communautés locales a besoin d'un renforcement régulier.</p> <p>Les communautés hôtes tchadiennes ont jusqu'ici été accueillantes vis-à-vis des réfugiés centrafricains. Avec l'augmentation significative du nombre de réfugiés couplée avec leur installation hors camp dans les villages hôtes, la gestion de la coexistence pacifique avec les communautés locales a besoin d'être renforcée et les actions en vue de prévenir les conflits entreprises. Un domaine d'intérêt dans ce sens est la gestion des terres d'une part, et d'autre part les bénéfices que les communautés hôtes pourraient tirer de la présence des réfugiés sur le territoire tchadien.</p> <p>Dans les villages d'installation des nouveaux réfugiés des interventions à base communautaire doivent permettre de renforcer la qualité des structures sociales en vue d'améliorer le cadre de vie des réfugiés et des populations hôtes.</p> <p>Les terres agricoles autour des camps ont besoin d'un effort significatif de reforestation et de régénération. Des PIR ciblant les jeunes sans emploi de la population hôte pourraient aussi renforcer la coexistence pacifique.</p>		
Impact escompté :	Tous les villages environnants des camps et où résident les réfugiés bénéficient de différents services de santé offerts et en appui.		
Impact réel :	L'appui en médicaments et aux soins de santé aux centres de santé des camps et des villages hôtes est l'un des facteurs de coexistence pacifique entre les deux communautés, ce qui a permis aux villages de continuer à accueillir les réfugiés.		
Indicateur(s) d'impact	Niveau de saisie des données		Progrès réels (_ ou _/_)
L'appui que les communautés locales apportent à la présence continue des personnes d'intérêt augmente de 60% (BL) à 75%(OT)	Amboko : 60%	Dosseye : 60%	Gondje : 60%
			Moyenne Sud :60%

Sortant:	Rapport sur les progrès réalisés :		
Les projets bénéfiques aux communautés locales et aux déplacés sont mis en œuvre	Les populations déplacées et hôtes ont bénéficiés de l'appui aux soins de santé au même niveau que les réfugiés à l'exception de Békourou qui n'a pas reçu les médicaments disponibles par manque de structure étatique mais toute fois une discussion est en cours avec la structure sanitaire privée de la localité pour une petite convention avant la livraison des dit médicaments.		
Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
Nombre de projets mis en œuvre au profit des populations déplacées et des populations hôtes	Beureh (pour Amboko et Gondje)	1	1
	Timberi (pour Dosseye)	1	1
	Villages hôtes (Koldaga)	1	1
	Villages hôtes (Bekourou)	1	0

Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
Les villages tout autour des camps doivent bénéficier de tous les services de santé offerts que ce soit par la gratuité ou le recouvrement des couts. Il est question d'harmoniser le recouvrement des couts entre la population de Beureuh et les camps de Gondje et Amboko au même tarif. Les évacuations sanitaires des autochtones par l'ambulance renforcent la cohésion sociale entre les deux communautés.	Amboko, Dosseye, Gondje,	1^{er} Janvier	31 Décembre	Activité réalisée

Objectif 6 : Les risques de SGBV sont réduits et la qualité de la réponse améliorée (risk of SGBV is reduced and quality of response improved)	
Description du problème:	Problème: Les SGBV sont un risque et la qualité de la réponse est inadéquate ou a besoin d'être maintenue Les SGBV constituent un risque de protection majeur affectant aussi bien les populations réfugiées que les communautés hôtes. Les mariages précoces et forcés, les viols, les violences domestiques et les pratiques

	<p>traditionnelles néfastes constituent les principaux types de SGBV enregistrés. Bien que des cas soient enregistrés, il est reconnu que le reportage, la dénonciation et les mécanismes de gestion communautaires des SGBV sont encore entravés par les tabous et les barrières culturelles.</p> <p>Certains survivants ont soit des difficultés à rapporter les violences dont ils sont victimes, soit sont effrayés du fait des éventuelles conséquences de toute dénonciation (rejet de la famille, stigmatisation).</p> <p>Même pour les cas identifiés, l'impunité continue de régner, ce qui n'encourage pas les nouvelles victimes ou survivant(e) à s'exprimer. Le système judiciaire est insuffisamment équipé. De plus certaines victimes et survivants recourent plus aux mécanismes traditionnels de résolution des conflits, retirant de ce fait un nombre important de cas de SGBV des juridictions pénales compétentes. Les juridictions islamiques traditionnelles sont dans ce sens un véritable problème puisque les mécanismes de résolution admis ici ne protègent pas les survivants et ne favorisent pas la saisine des juridictions pénales officielles par les survivants ou par les membres de la famille.</p> <p>Dans les 5 camps les femmes sont généralement marginalisées et comme conséquence elles ont un accès limité aux ressources et aux processus décisionnels. Cette barrière culturelle laisse les victimes plus vulnérables et exposées. Des plus les auteurs de SGBV sont le plus souvent des membres proches de la famille de la victime, ce qui accentue la pression contre toute dénonciation.</p> <p>Chez les autorités, le niveau de sensibilisation sur les violences sexuelles et sexistes est encore très insuffisant.</p>		
Impact escompté :	Tous les survivants des violences basées sur le genre bénéficient d'un soutien psychosocial.		
Impact réel :	Les survivants de violences basées sur le genre déclarés, connus et suivis psychologiquement par les assistantes psychosociales sont soulagés après assistance.		
Indicateur(s) d'impact	Niveau de saisie des données		Progrès réels (_ ou _/_)
Le nombre d'incidents de SGBV rapportés augmente de 332 (BL) à 350 (OT)	Amboko : 27	Dosseye : 65	Gondje : 17
Niveau auquel la communauté est active dans la prévention et la protection basée sur le survivant évolue de 25% (BL) à 40% (OT)	Amboko : 50%	Dosseye : 50%	Gondje : 50%
			Moyenne Sud : 280
			Moyenne Sud : 50%

Niveau auquel les cas connus de SGBV reçoivent une assistance appropriée augmente de 85% (BL) à 90% (OT)	Amboko : 100% 100%	Dosseye : 100%	Gondje :	Moyenne Sud : 100%
--	-----------------------	----------------	----------	--------------------

Sortant:	Rapport sur les progrès réalisés :		
Les conseils psychosociaux ont été dispensés	L'organisation des focus groupe et différentes sensibilisations sur les SGBV ont permis la déclaration de beaucoup de cas au service psychosocial, lesquels ont bénéficié du counseling psychologique ; mais beaucoup reste à faire dans ce domaine d'intervention.		
Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
Nombre de cas rapportés de SGBV pour lesquels le survivant reçoit un counseling psychologique.	Amboko	15	27
	Gondje	10	28
	Dosseye	30	65
	Villages hôtes (à préciser)		

Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
Les Assistantes psychosociales ainsi que les agents psychosociaux vont organiser des focus groupes mensuellement afin de sensibiliser les différentes couches de la société sur les conséquences du mariage précoce et forcé, les cas des viols, les violences domestiques et autres. Tous ces cas sont documentés en vue d'une réponse immédiate en collaboration avec les autres partenaires impliqués. Les Survivants vont bénéficier d'un soutien psychosocial dans le respect de la confidentialité.	Dosseye	1 ^{er} Janvier	31 Décembre	Activité réalisée

Objectif 1' : La santé de la population s'améliore (healthstatus of the population improved)

Description du problème:

Problème : La santé de la population est insatisfaisante ou a besoin d'une attention constante (Healthstatus of the population is unsatisfactory or needs constant attention)

La santé des nouveaux arrivants a été jugée comme généralement satisfaisante par CSSI à leur arrivée, aucun risque sanitaire majeur n'ayant été détecté. Mais le faible état nutritionnel de certaines couches de cette population constituait un risque qui pouvait entraîner des problèmes de santé s'il n'était pas pris en charge de manière adéquate.

Les nouveaux réfugiés sont systématiquement incorporés dans le système de santé fonctionnel dans les camps, à l'exception du système de recouvrement des coûts pour lequel le HCR a suggéré un moratoire pour les nouveaux arrivants. Ils sont aussi pris en charge par les campagnes d'immunisation gérées par le district de santé de l'Etat tchadien.

Notons toutefois que si l'accès aux services de santé dans les camps est facilité, cela n'est pas le cas pour les structures de santé situées hors des camps, particulièrement entre l'arrivée des réfugiés sur le territoire tchadien et leur enregistrement et transfert dans les camps. Avant leur arrivée dans les camps, les réfugiés rencontrent d'énormes difficultés à accéder aux soins de santé dans les centres de santé situés dans les villages frontaliers car les soins sont payants et les nouveaux arrivants n'ont pour la plupart pas les moyens de payer pour ces soins.

En accord avec le HCR et chaque fois que l'information sur de nouvelles entrées est rapportée, CSSI effectue des screening médicaux aux points d'entrée des nouveaux arrivants avant leur enregistrement. Ceci permet d'identifier précocement des cas sévères et de les prendre en charge rapidement comme ce fut le cas en juillet à Bekoninga et en avril à Belom.

Les intrants nutritionnels et alimentaires du PAM contribuent également à cette première assistance aux points d'entrée, notamment pour les femmes enceintes et les enfants qui sont les deux couches les plus vulnérables à l'arrivée. CSSI assure également des références médicales à partir des points d'entrée car le temps écoulé entre l'entrée sur le territoire tchadien et l'arrivée au camp est une période critique pour le maintien du statut sanitaire des nouveaux arrivants. C'est pour cette raison que le HCR s'efforce à réduire autant que possible la durée entre la date d'entrée sur le territoire tchadien et le transfert dans les camps de réfugiés.

Dès leur arrivée dans les camps, les nouveaux réfugiés ont malheureusement parfois fait face à certaines difficultés comme la rupture de certaines molécules, les longues heures d'attente devant les bureaux des médecins et des infirmiers consultants (Dosseye, Beureh and Belom), la surpopulation des structures sanitaires et le retard dans les références médicales.

A Belom par exemple, le centre de santé initialement construit pour accueillir 5,000 réfugiés s'occupe actuellement de plus de 22,000 réfugiés, sans prendre en compte les populations hôtes qui fréquentent également le centre de santé.

En ce qui concerne les nouveaux réfugiés installés hors camp dans les villages hôtes tchadiens, l'approche adoptée par le HCR et CSSI est communautaire : l'appui est dirigé vers la structure sanitaire du village (approvisionnement en

	médicaments essentiels et en matériels de travail notamment). CSSI assure également un monitoring régulier de la situation sanitaire dans ces villages hôtes pour une réponse précoce en cas de besoin.	
Impact escompté :	<p>L'impact global attendu de notre intervention est l'amélioration du statut sanitaire de l'ensemble des populations réfugiées identifiées comme malades, et le maintien du statut de ceux arrivés en bonne santé. Certains groupes spécifiques seront suivis afin d'assurer leur bonne couverture vaccinale, comme par exemple les enfants de 0 à 59 mois. Suivant les secteurs, l'impact attendu est défini comme suit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La couverture vaccinale est améliorée dans les 5 camps d'Amboko, Gondjé, Dosseye, Béлом et Moyo - La diminution de la mortalité infantile des enfants de moins de 5 ans - La prise en charge de tous les cas de paludisme suivant le protocole national établi - Les violences basées sur le genre sont régulièrement déclarées, et les troubles mentaux connexes sont mieux suivis <p>A moyen terme, il est escompté une intégration progressive de tous les nouveaux réfugiés dans le système de santé des camps.</p>	
Impact réel :	Les enfants de moins de 5 ans sont protégés contre les maladies épidémiques malgré l'insuffisance de chaîne de froid, la rupture fréquente des vaccins. Les taux de mortalité brut et infantile sont réduits du fait de des soins de santé de qualités offerts par un personnel qualifié. Cependant, il faut noter que le camp de Dosseye a enregistré plus de cas de décès liés aux cas de malnutrition sévère pris en charge tardivement.	
Indicateur(s) d'impact	Niveau de saisie des données	Progrès réels (_ ou _/_)
La mortalité brute (per 1000/population/mois) s'améliore de BL=0.5 à 0.3 (OT)	Dosseye : 0.4	Moyenne sud: 0.3 décès pour 1000
La mortalité infantile des moins de 5 ans (per 1000 population/mois) est maintenue à son niveau actuel (BL=0.5)	Dosseye : 1,6	Moyenne sud: 0.8 décès pour 1000
La couverture vaccinale contre la rougeole s'améliore de 80% (BL) à 85% (OT)	Dosseye : 104.6%	Moyenne sud: 88,7%
Sortant:	Rapport sur les progrès réalisés :	
L'accès aux services de santé primaire est offert et soutenu	Tous les patients se présentant aux centres de santé des camps sont pris en charge par un personnel qualifié disponible 24/24 et 7/7. Les hangars et les bâtiments des services de santé prévus sont construits aux centres de santé des camps de Béлом, Dosseye, Moyo et Beureuh mais d'autres services comme la maternité de Beureuh restent à élargir ou construire.	

Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
L'accès des personnes d'intérêt aux structures de santé appartenant aux ONG et aux organisations à base religieuse est assuré (oui/non)	Amboko	100%	100%
	Gondje	100%	100%
	Dosseye	100%	100%
	Villages hotes (Koldaga)	100%	
Indicateurs de performance 2 Nombre de structures de santé équipées/construites/réhabilitées	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
	Dosseye	1	1
	Villages hôtes (Koldaga)		

Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
<p>Il existe des centres de santé fonctionnels dans les camps avec du personnel qualifié dont le rôle est :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer des consultations curatives par du personnel qualifié, - Assurer la mise en Observation des malades - Assurer la prise en charge des urgences chirurgicales, - Assurer une prise en charge médicale des cas de SGBV, - Assurer la PEC et le contrôle des malades chroniques, - Assurer le fonctionnement des services 24/24 Heures (Matin, Permanence, Garde), 	Dosseye	1^{er} Janvier	31 Décembre	Activité réalisée

Sortant:	Rapport sur les progrès réalisés :
Les services de santé pour les moins de 5 ans sont offerts	La PCIME est utilisée dans tous les centres de santé sous la responsabilité de CSSI mais il reste un petit nombre des nouveaux infirmiers recrutés récemment qui n'ont pas bénéficié de cette

	formation qui est en cours de préparation pour le second semestre.		
Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
La gestion intégrée des maladies de l'enfance(PCIME) mis en œuvre (oui / non)	Dosseye	100%	80%
	Villages hôtes (à préciser)		

Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
Les capacités des infirmiers renforcées sur la PECIME; les enfants de moins de 5 ans sont correctement pris en charge selon le protocole de prise en charge des différentes maladies de l'enfant ; un audit est organisé en cas de décès néonatal et maternel, les activités de consultation post natale (CPON) au centre de santé sont renforcées	Dosseye	1^{er} Janvier	31 Décembre	Activité réalisée

Sortant:	Rapport sur les progrès réalisés :			
Les services de santé préventifs et basés sur la communauté sont offerts	L'insuffisance des chaînes de froid dans les camps et les ruptures répétées des vaccins au niveau des districts sanitaires constituent les contraintes dans le fonctionnement des services de vaccination.			
Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)	
<i>Programme d'immunisation de routine établi et maintenu (oui/non)</i>	<i>Dosseye</i>	<i>90%</i>	<i>80%</i>	
	Villages hôtes (à préciser)			
Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
Tous les centres de santé des camps en collaboration avec les districts sont sensés : - Assurer une chaîne de froid de qualité : disponibilité de frigo et boîtes isothermes, maintenance, suivi	Dosseye	1^{er} Janvier	31 Décembre	Activité réalisée

<p>journalier de la température</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer l'approvisionnement régulier en vaccins et consommables du PEV (matériel d'inoculation, cartes de vaccination, Safety box...etc.) - Organiser des séances régulières de vaccination et renforcer la mise en place des échéanciers pour la récupération des cas d'abandon - Assurer la surveillance hebdomadaire des maladies cibles du PEV. 				
---	--	--	--	--

Objectif 2' : La population a un accès optimal aux services de la santé reproductive et du VIH (Population has optimal access to reproductive health and HIV services)

<p>Description du problème:</p>	<p>Problème: l'accès à la santé reproductive et aux services HIV est insuffisant ou alors a besoin d'une attention constante.</p> <p>Si les services de santé reproductive et pour patients HIV sont disponibles et intégrés dans le système de santé, ils font face à plusieurs problèmes, notamment les ruptures de stock enregistrés dans le circuit national d'approvisionnement géré par le district de santé, la faible implication des communautés et les barrières culturelles, la couverture insuffisante des soins anténataux et des services PMTCT services, le rejet des méthodes de planning familial par les bénéficiaires.</p> <p>La transmission du HIV est un risque majeur auquel font face les réfugiés, à cause de l'insuffisance ou de l'usage inadéquat des préservatifs. Ce risque s'est particulièrement accru des suites de longues ruptures dans l'approvisionnement en préservatifs en 2013. Cette rupture a aussi touché les réactifs et autres matériels de test.</p> <p>L'interruption par certains réfugiés du planning familial et des traitements ART des suites de ruptures de stocks ont été enregistrés en 2013, avec comme corollaire un taux de rétention très bas dans le programme ART. Il faut aussi noter que certaines femmes enceintes séropositives ne sont malheureusement pas prises en charge à temps et le suivi post-natal n'est pas systématique.</p> <p>L'insuffisance du personnel constitue aussi une grande préoccupation pour CSSI, avec un seul point focal et un seul</p>
--	--

	conseiller CDV pour les trois camps de Goré (plus de 34,000 individus) et une situation similaire à Belom pour plus de 22.000 réfugiés.		
Impact escompté :	Toutes les survivantes de viol et de violence sexuelles ont accès à un système efficace et confidentiel de prise en charge. Toutes les femmes enceintes ont accès au service PTME et bénéficient de prise en charge adéquate.		
Impact réel :			
Indicateur(s) d'impact	Niveau de saisie des données		Progrès réels (_ ou _/_)
% de naissances vivantes assistées par du personnel qualifié s'améliore de 86 % (BL) à 90 % (OT)	Dosseye : 90%		Moyenne Sud : 91%
L'accès des personnes d'intérêt aux services complets de santé reproductive est maintenu à son niveau actuel (BL=80%)	Dosseye : 96%		Moyenne Sud : 94%

Sortant:	Rapport sur les progrès réalisés :		
La santé reproductive préventive et les services VIH sont offerts	La PTME est fonctionnelle dans tous les camps du sud mais la difficulté de son fonctionnement est marquée cette année par les ruptures presque permanente des tests de dépistage et la non disponibilité des ARV sirop au niveau national.		
Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
Nombre de femmes bénéficiant des conseils et pré- tests et post-test dans la PTME	Dosseye	100	80
	Villages hotes (apreciser)		

Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
Les services de la santé reproductive des centres vont : - Organisation régulière des activités de	Dosseye	1 ^{er} Janvier	31 Décembre	Activité réalisée

<p>CPN dans le camp</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maintenir les services de CPN de qualité (CPN Plus) accessibles à toutes les femmes enceintes des camps et autour du camp - Le dépistage des gestantes est fait pendant la CPN et la prise en charge assurée tout au long de la grossesse, lors de l'accouchement et après l'accouchement. - Les enfants nés des mères séropositives sont aussi suivi dès la naissance comme le prévoit le protocole national 				
---	--	--	--	--

Sortant:	Rapport sur les progrès réalisés :		
Voluntary counselling and testing services provided	Les services de dépistage volontaire sont disponibles dans tous les camps du sud et bien fréquentés par les populations mais les ruptures des tests VIH constituent les contraintes de fonctionnement.		
Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
% de personnes d'intérêt ayant le même accès que la communauté hôte locale aux services de dépistage volontaire et de counselling(CDV) que la communauté locale (oui / non)	Dosseye	100%	100%
	Villages hotes (à préciser)		

Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
<p>Les services de CDV sont fonctionnels aux centres de santé pour les réfugiés et les autochtones environnants et vont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer la sensibilisation sur le dépistage volontaire - Assurer les counselling pré et post-test 	Dosseye	1 ^{er} Janvier	31 Décembre	Activité réalisée

<ul style="list-style-type: none"> - Distribuer les préservatifs pour un changement de comportement - Faire la prise en charge des séropositifs éligibles dans la grande confidentialité - Disponibiliser les antirétroviraux et médicaments contre les infections opportunistes - Faire le suivi à domicile des patients séropositifs. - Diffuser des messages de sensibilisation sur support audio visuel à l'intention des clients du centre. 				
---	--	--	--	--

Objectif 3' : Le bien-être nutritionnel s'améliore (nutritional well-being improved)

<p>Description du problème:</p>	<p>Problème: le bien-être nutritionnel est insuffisant ou alors a besoin d'une attention constante</p> <p>Les camps de réfugiés centrafricains au sud du Tchad sont dans une phase de mise en œuvre d'une stratégie d'autosuffisance qui vise à rendre les réfugiés moins dépendants de l'aide humanitaire. Toutefois cette stratégie semble avoir été mise en œuvre de manière hâtive et sans une prise en compte suffisante de certaines contraintes locales. Les inondations récurrentes dans la région ont également affecté négativement la productivité des populations réfugiées qui dépendent dans leur majorité des fruits de la production agricole.</p> <p>Les difficultés d'accès à des terres agricoles à Belom en tout début du nouvel afflux ont constitué un handicap de plus qui a fragilisé le statut nutritionnel des populations, lesquelles dépendent des produits des activités agricoles pour améliorer et varier le panier alimentaire de base fourni par le PAM.</p> <p>L'enquête nutritionnelle de 2011 a révélé un taux de malnutrition globale de 5,6%, ce qui était voisin du taux mesuré en 2010 (4.6%). A Dosseye toutefois, ce taux atteignant 12.4% et 8,4% à Moyo. Le taux global de l'anémie observé chez les 6-59 mois était de 65,9% dans tous les camps.</p> <p>En ce qui concerne les nouveaux réfugiés, CSSI a jugé leur statut nutritionnel non alarmant, bien qu'aux points d'entrée les nouveaux réfugiés aient connu des problèmes de prise en charge des couches vulnérables (enfants et femmes enceintes). Heureusement dès leur arrivée dans les camps, la prise en charge nutritionnelle est immédiate car ils sont directement pris en compte dans les programmes nutritionnels soutenus par le district de santé, l'UNICEF, le PAM, CSSI et le HCR..</p>
--	---

	<p>Il convient toutefois de noter que le programme actuel de gestion de la malnutrition fait face à quelques problèmes, notamment l'insuffisance de ressources qui affecte la fréquence des enquêtes et le niveau de staffing et les insuffisances relevées dans la gestion de l'anémie car la stratégie actuelle visant à réduire l'anémie et les autres déficiences en micronutriments est encore insuffisante. La distribution ciblée de vivres pour les 6-24 mois en vue de réduire l'anémie et la malnutrition qui est prévue dans les protocoles n'est pas encore mise en œuvre. L'enquête nutritionnelle prévue en fin 2012 n'a pas pu avoir lieu pour cause d'insuffisance des financements.</p> <p>La prévalence de l'anémie globale parmi les 5-59 mois dans les camps du sud était de 65,9% et de 36,9% chez les femmes enceintes. Ceci rend nécessaire l'équipement des structures de santé primaire en Hemoglobinomètres (Hemocue camera) et en micro-cuvettes pour tests.</p>	
Impact escompté :	<p>Tous les cas de malnutrition et d'anémie sont identifiés, référés par les agents de santé communautaire et pris en charge par le Nutritionniste avec un suivi rapproché, réduisant ainsi le taux global de malnutrition.</p> <p>Réduction de la prévalence de la malnutrition aigüe globale dans le camp de Dosseye en dessous de 10% et la maintenir en dessous de 5% à Amboko, Gondje, Bélo et à Moyo.</p>	
Impact réel :	<p>Le taux de guérison de tous les enfants admis au programme de nutrition dépasse 80%, le taux de décès en dessous de 5% et le taux d'abandon en dessous de 15%.</p>	
Indicateur(s) d'impact	Niveau de saisie des données	Progrès réels (_ ou _/_)
La prévalence de la malnutrition globale aigüe (6-59 mois) baisse de 5.6%(BL) à 5% (OT)	Dosseye : 12.4%	Moyenne Sud : 7.4%
La prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) baisse de 37% (BL) à 29% (OP)	Dosseye : 58.5%	Moyenne Sud : 38.3%
La prévalence de l'anémie chez les enfants (6-59 mois) baisse de 66% (BL) à 53% (OP)	Dosseye : 70.1%	Moyenne Sud : 61.2%

Sortant:	Rapport sur les progrès réalisés :
-----------------	---

Nutrition surveillance system implemented	Les dépistages actifs et passifs sont organisés dans tous les camps de façon permanente à la recherche des cas de malnutrition pour leur admission au programme nutritionnel.		
Indicateur(s) de performance	Site	Cible	Progrès réels (_ ou _/_)
Système de surveillance nutritionnelle fonctionnelle établi ou maintenu (oui / non)	Dosseye	100%	100%
	Villages hôtes (à préciser)		

Activités	Site (facultatif)	Date de début	Date de fin	Statut
Un screening nutritionnel actif et passif est organisé mensuellement dans les camps afin de détecter en plein temps les nouveaux cas et la recherche des perdus de vu. Ce travail est réalisé grâce à un réseau d'agents communautaires actifs dans les 5 camps sous la supervision d'un Nutritionniste.	Dosseye	1 ^{er} Janvier	31 Décembre	Activité réalisée

X.2. Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées sont les suivantes :

- L'approvisionnement en médicament : l'année a connu des périodes de rupture par le manque d'approvisionnement des médicaments par le HCR qui a instauré une commande internationale. Ce qui a impacté sur les prestations de services dans les différents camps ;
- Manque de réunion de coordination entre les différentes bases ; seul moyen d'harmonisation des outils et des indicateurs ainsi que du suivi en général ;
- Insuffisance dans l'appui de la coordination N'djamena, ce qui rend très difficile la mise en œuvre des projets sur le terrain :
 - o Problème criard de décaissement de fond (CSSI/Différends bailleurs),
 - o Insuffisance de communication dans le partage d'information et de suivi des dépenses des projets ;
- Le système de recrutement (malgré que légèrement amélioré) entraîne un niveau bas de certains personnels dans les centres de santé ;
- Le système d'approvisionnement de la caisse du terrain empêche d'être à jour dans l'exécution des activités (car l'approvisionnement du mois vient toujours à la fin du mois) ce qui peut être un facteur de précipitation d'exécution de certaines activités.
- Insubordination des responsables du terrain par certains personnels occasionnée par certains éléments de la coordination de N'djamena donnant l'opportunité à certains de communiquer directement avec eux sur des choses subjectives. (Avoir le courage de renvoyer ces personnes à leurs responsables du terrain pour le souci de la maîtrise du véhicule de l'information).

X.3 Leçons apprises

- Approvisionner les centres de santé en médicaments ;
- Instaurer une réunion de coordination trimestrielle ou semestriel des différents responsables pour le bon suivi du niveau d'exécution des projets;
- Diligenter la mise en œuvre des projets du terrain et leur suivi par la coordination N'djamena ;
- Faire l'approvisionnement de la caisse chaque début de mois ;
- Rompre l'habitude de donner l'opportunité d'échanger avec le personnel du terrain sur les activités dans son ensemble.

XI. Conclusion

En conclusion, nos indicateurs sont restés dans les normes sphères. Cependant, nous devrions améliorer nos indicateurs de PEV et de nutrition surtout à Gondje.

Nos perspectives pour 2015, sont :

- ✓ Rendre effectif le processus d'intégration déjà amorcée ;
- ✓ Assurer la disponibilité permanente en médicaments, en intrants pour le dépistage ;
- ✓ Renaitre la confiance auprès des partenaires après cette malversation financière ;
- ✓ Renforcer la capacité du personnel sur le terrain ;
- ✓ Instaurer une prise de conscience professionnelle au personnel.

D. PROTECTION DANS L'ATTENTE DES SOLUTIONS/ IRIBA (TCHAD)

Introduction

Le Tchad accueille depuis près de dix ans des réfugiés soudanais. Ceux-ci, estimés à environ quatre cents milles, sont assistés dans treize camps. Dans un contexte économique caractérisé par la rareté des ressources naturelles telles que l'eau et le bois, les réfugiés soudanais du Darfour restent entièrement dépendants de l'aide humanitaire. Ils cohabitent avec une population autochtone dont le seuil de pauvreté est très bas et les conflits intercommunautaires fréquents.

Ces populations réfugiées ont bénéficié comme les années antérieures d'une assistance humanitaire. Cette assistance s'est résumée sur le plan sanitaire dans l'organisation des activités en rapport avec les soins de santé primaires.

Elle a en outre consisté à un appui nutritionnel vu que les indicateurs de la malnutrition n'évoluaient pas dans le bon sens en dépit des efforts fournis. Il s'agit de la distribution des vivres, du bois de chauffe, de l'approvisionnement en eau,...

C'est ainsi qu'un programme de surveillance nutritionnelle est sur pied à travers deux types d'enquêtes pour en déterminer la prévalence et la couverture.

Cette assistance a également porté sur la disponibilisation des services liés à la santé de la reproduction dont l'utilisation reste faible, et le VIH dont la prévalence reste inconnue.

I. Présentation générale du projet

Dans le cadre de l'assistance des réfugiés soudanais vivant dans trois des camps de l'est du Tchad, le CSSI a organisé, durant l'année 2014, des activités curatives, préventives et promotionnelles en leur faveur et celle des populations locales des villages environnants avec les objectifs énumérés ci-dessous.

1.1.Objectifs

1. L'Etat de santé de la population reste peu amélioré et nécessite une attention particulière.
2. Amélioration du bien-être nutritionnel.
3. Accès optimal de la population aux services de santé liés à la santé de la reproduction et au VIH.

1.2.Résultats attendus

Les résultats attendus par la mise en œuvre de ce projet ont été :

- a. L'accroissement de l'accessibilité à des services des soins de santé primaires, secondaires et tertiaires incluant les soins curatifs et préventifs et l'amélioration des conditions d'hygiène pour les 76.606 réfugiés et les populations hôtes dans le district sanitaire d'Iriba estimées en 2014 à 189.784 habitants, en vue de:
 - Réduire le taux de mortalité globale et celui des enfants âgés de moins de cinq ans.
 - Permettre aux personnes prises en charge de bénéficier des soins dans des structures sanitaires de niveau supérieur, secondaires et tertiaires.
 - D'assurer une bonne couverture vaccinale, contre la rougeole particulièrement.
 - Réduire le taux d'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois et chez les femmes en âge de procréer.
 - Diminuer le taux de la malnutrition chronique, de la malnutrition aigüe globale et de malnutrition aigüe sévère chez les enfants de 6 à 59 mois.

- b. L'augmentation de l'accessibilité aux services de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA ainsi qu'aux services de santé de la reproduction :
- En fournissant le traitement ARV à toute personne séropositive éligible.
 - En assurant pour toute naissance une assistance par du personnel formé.
 - En fournissant la prophylaxie post-exposition dans le délai à toute personne exposée ou victime de viol.
 - En assurant pour les personnes prises en charge des soins complets en matière de santé de reproduction et du VIH.
 - En réduisant la mortalité maternelle.

1.3.Stratégies de mise en œuvre

Les approches et les méthodes d'intervention ont tenu compte du contexte durant la période du projet, du niveau des indicateurs et ont respecté les principes de l'UNHCR particulièrement du code de conduite pour tout le personnel.

Selon les objectifs, ces stratégies se sont résumées en :

A. *Sur le plan Accès aux soins de santé primaires*

- l'accessibilité aux soins de santé primaires par les consultations des malades assurées par un personnel qualifié ; l'approvisionnement de la pharmacie en médicaments essentiels, l'achat des médicaments essentiels non fournis par le HCR.
- l'accessibilité aux programmes de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles par leur dépistage et leur prise en charge précoces, l'approvisionnement en intrants de laboratoire, les visites à domicile et les différentes sensibilisations de masses, le counselling individuel ou de groupes, la distribution des moustiquaires aux femmes enceintes et allaitantes,...
- la création et le renforcement des capacités du personnel par diverses formations.
- la prise en charge des enfants de moins de cinq ans par la mise en œuvre des principes de PCIME et le PEV.
- la mise en place d'un mécanisme d'aiguillage par la référence de tous les cas éligibles des centres de santé vers les structures de santé de niveau supérieur.
- La mise en place dans chaque camp des structures, comité de gestion et comité de santé, en vue de promouvoir la participation communautaire pour atteindre les objectifs assignés.

B. *– Sur le plan nutritionnel :*

- Mise en place et suivi de la gestion communautaire des programmes liés à la malnutrition aigüe par la prise en charge des malnutris dans le programme CNS, CNA ; la sensibilisation et l'implication de la population dans la prise en charge communautaire de la malnutrition.
- Mise en place et suivi de programmes d'alimentation complémentaire, particulièrement pour les enfants de 6 à 24 mois par la distribution mensuel de nutributter et le monitoring à domicile assurée par un superviseur recruté à cet effet.
- Mise en œuvre de mesures pour lutter contre l'anémie et autres carences en oligoéléments par les démonstrations culinaires et la supplémentation en fer et oligoéléments.

- Création et renforcements des capacités par la formation du staff et des agents de santé communautaire sur le protocole nationale de prise en charge.
- Mise en place d'un système de surveillance nutritionnelle par la réalisation d'un screening nutritionnel mensuel et d'un mécanisme d'orientation des cas vers les centres de prise en charge ainsi que la supplémentation en VIT A et déparasitage au Mébendazole.
- Mise en place d'un système d'évaluation et analyse du programme par la conduite des enquêtes SMART et de couverture.

C. – En matière de la santé reproductive et du VIH :

- La création et le renforcement des capacités par la formation des sages-femmes sur la PTME.
- Fourniture de soins et de traitement aux personnes vivant avec le VIH et le sida.
- Gestion clinique du viol par la prise en charge médicale des victimes de viol.
- La fourniture de services de conseil et test volontaire (CTV).
- La fourniture de services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) ainsi que la prise en charge des accouchements selon les standards acceptables.
- Fourniture de services de prévention en matière de santé reproductive et de VIH par la distribution de préservatifs.
- La mise en place de mécanismes d'aiguillage en référant les urgences obstétricales et complications obstétricales vers les structures de santé de niveau supérieure.

Dans le cadre de la continuité des soins, un personnel qualifié appuie l'hôpital de district d'Iriba dans la gestion des références venant des centres de santé.

Enfin, la mise en œuvre des activités s'est faite dans le respect de la politique nationale de santé en ce qui concerne l'utilisation des protocoles de traitement et le circuit d'approvisionnement en médicaments.

1.4.Durée

La durée de ce projet s'est étendue sur une année, soit du premier janvier au trente et un décembre 2014.

1.5.Principaux bailleurs

Ce projet a été principalement et globalement financé par l'UNHCR. Cependant, il a reçu l'appui d'autres partenaires :

- Ministère de la Santé : Mise en place de la politique des soins de santé primaires, appui aux structures sanitaires étatiques, programmes nationaux (TBC, PEV, Lutte contre le VIH, le paludisme...etc.), appui technique, ...etc.
- Unicef : appui à la prise en charge de la malnutrition aigue sévère, programmes de santé maternelle et infantile, PEV, PTME.
- PAM : Distribution des vivres et appui aux programmes de supplémentation nutritionnelle.

- L'UNFPA : fourniture à travers la Délégation sanitaire/District sanitaire, des préservatifs et autres intrants dans le cadre du programme de santé de la reproduction et la riposte au VIH/SIDA.
- OMS : appui technique, formations et coordination des programmes de santé et suivi épidémiologique à travers les structures nationales et régionales.

1.6.Zone d'intervention

Trois camps des réfugiés d'Annabak, Iridimi, Touloum et les villages environnants ont bénéficié de l'action du CSSI.

La population, constituée d'ethnies différentes dans ces camps, était estimée à 76 606 réfugiés.

1.7.Equipe de coordination

Sous la supervision de la coordination centrale siégeant à N'Djamena, une équipe basée à Iriba a assuré le suivi des activités sur terrain.

L'équipe locale a participé à la quasi-totalité des réunions organisées par l'UNHCR, le district sanitaire d'Iriba et la délégation sanitaire de la région de WadiFira.

Tous les rapports concernant l'évolution des activités et des indicateurs retenus dans le projet ont été adressés de manière hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle et annuelle à la direction centrale de CSSI, à l'UNHCR et aux autres partenaires.

II. Bilan 2014

2.1.Activités réalisées

L'essentiel des activités réalisées sont présentées par objectifs avec les résultats enregistrés.

2.1.1. **Objectif I** : L'Etat de santé de la population reste peu amélioré et nécessite une attention particulière.

- Résultat attendu : Accroître l'accès à des services de soins de santé primaires et secondaires incluant les soins curatifs et préventifs et améliorer les conditions d'hygiène pour les 76.606 réfugiés et les populations hôtes dans le district sanitaire d'Iriba en vue de réduire le taux de mortalité globale et celui des enfants âgés de moins de cinq ans, d'assurer l'accessibilité aux soins de santé primaires, secondaires et tertiaires et une bonne couverture vaccinale, particulièrement contre la rougeole.

Impact indicator	Target/ cible	Result/Location		
		Amnabak	Iridimi	Touloum
Taux de Mortalité Globale	<1.5/1000 pop. par mois	0.1	0.1	0.1
Taux de Mortalité chez les moins de 5 ans	<3/1000 pop. par mois	0.0	0.1	0.2
Accès des personnes prises en charge aux soins de santé primaires	100%	100%	100%	100%
Accès des personnes prises en charge aux soins de santé secondaires et tertiaires	100%	100%	100%	100%
% de la Couverture vaccinale contre la rougeole	>95%	95.7%	97.1%	97.7%

Les résultats enregistrés sont globalement dans les normes par rapport aux objectifs fixés.

▪ Résultats par composante (output)

Output 1 : Accès ou appui aux services de soins de santé primaires			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum
Nombre de personnes consultées	20.025 dont 15077 réfugiés et 4.948 autochtones	24.156 dont 22426 réfugiés et 1.730 autochtones.	30.876 dont 28.071 réfugiés et 2.805 autochtones.
Nombre de livraison de médicaments pour la pharmacie du camp	12	12	12

✓ Toute personne ayant sollicité les services des soins au niveau du centre de santé a été prise en charge.

Output 2: Accès aux programmes de lutte contre les maladies transmissibles			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum
Nombre de cas de Palu traité avec les ACT	266 cas de palu confirmés et rapportés par le service de consultation (214 réfugiés dont 82 enfants <5ans ; 52 autochtones dont 19 enfants <5ans) contre 283 cas au total	358 cas rapportés (dont 319 réfugiés parmi lesquels 112 enfants <5 ans ; 39 autochtones dont 12 enfants <5 ans) contre 360 tests positifs au niveau du laboratoire.	428 cas rapportés dont 374 du côté réfugié parmi lesquels 125 enfants <5 ans et 54 cas du côté autochtone parmi lesquels 25 enfants <5 ans, contre 428 tests positifs au niveau du laboratoire.

	confirmés par le laboratoire.		
Nombre de personnes sensibilisé sur les maladies transmissibles	11527	32322	15531
Nombre de participation aux JNV	5	5	5
Nombre de COSAN mis en place	1	1	1
Nombre de COGES mis en place	1	1	1
Nombre de COGES renforcé en capacité	1	1	1

- ✓ La disponibilité des ACT, la participation aux JNV, la vaccination de routine ainsi que la sensibilisation des masses ont été d'un grand apport dans la lutte contre les maladies transmissibles.

Output 3 : Accès aux programmes de lutte contre les maladies non transmissibles.			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum
Nombre de visite à domicile réalisé	49	52	44
Nombre de personnes sensibilisées	487	810	1704
Nombre de malades psychiatriques consultés	571	536	633
Nombre de réunion de coordination	2(réunions tenues à la base CSSI entre la coordination et les médecins, majors et assistants psychosociaux des trois camps)	2(réunions tenues à la base CSSI entre la coordination et les médecins, majors et assistants psychosociaux des trois camps)	2(réunions tenues à la base CSSI entre la coordination et les médecins, majors et assistants psychosociaux des trois camps)
Nombre de visite à domicile réalisé	49	52	44

- ✓ Les activités ont porté essentiellement sur la prise en charge des patients, la sensibilisation et les visites à domicile dans le cadre de la santé mentale.

Output 4 : Création de capacités			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum

Nombre de staff formé sur le HIS	7	7	7
Nombre de staff COSAN formé	25	40	19
Nombre de staff COGES formé	5	5	5

- ✓ Quelques membres du staff ont été formés sur l'usage de l'outil de rapportage des données sanitaires dans le cadre du système d'information sanitaire.
- ✓ La capacité des membres des comités de santé et de gestion a été renforcée quant à leurs rôles et responsabilités dans la gestion du centre de santé.

Output 5 : Accès aux soins de santé des enfants de moins de 5 ans			
Activités	Résultats par camp		
	Annabak	Iridimi	Touloum
Nombre d'enfants < 5 ans consultés	9470 (7294 réfugiés et 2176 autochtones)	10584 (9797 réfugiés et 787 autochtones)	12215 (11341 réfugiés et 874 autochtones)
Nombre d'enfants traités pour paludisme confirmé	101 (82 réfugiés et 19 autochtones)	124 (112 réfugiés et 12 autochtones)	150 (125 réfugiés et 25 autochtones)
Nombre d'enfants traités pour paludisme présumé	573	290	831
Nombre d'enfants traités pour gastroentérite aiguë	572	973	957
Nombre d'enfants traités pour infections respiratoires	3880	3430	5104
Nombre d'enfants entièrement vaccinés	1072	871	1072
Mise en place et maintien d'un programme de vaccination ordinaire (taux de couverture)	95.7%	97.1%	97.7%

- ✓ Les principes PCIME ont été appliqués dans la prise en charge des enfants âgés de moins de cinq ans.

Output 6 : Fourniture de services de laboratoire conformément aux procédures opérationnelles.

EXAMENS EFFECTUES (Tests)	NOMBRE PAR CAMP			
	AMNABACK	IRIDIMI	TOULOUM	TOTAL
GE	263	748	416	1427
PARACHECK	1499	1307	1659	4465
ASLO	88	16	117	221
WIDAL ET FELIX	155	235	220	610
ECBU	32	185	268	485
PROTEINURIE	67	233	15	315
GLYCOSURIE	76	236	25	337
Selles KOP	102	150	223	475
GLYCEMIE	366	108	247	721
BB TEST	856	338	579	1773
AgHBS	302	59	124	485
HCV	56	33	13	102
Tx d'Hb	570	386	543	1499
BU (Bandelette Urinaire)	103	236	40	379
RPR (syphilis)	1036	863	844	2743
HIV	958	858	1074	2890
GS/RH	66	177	68	311

- ✓ Tous les tests et examens de laboratoire ont été effectués dans le respect des normes et standards du pays.
- ✓ Le paracheck, le test HIV, le RPR et la goutte épaisse figurent parmi les tests les plus réalisés.

Output 6 : Mise en place de mécanismes d'aiguillage			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum
Nombre de personnes aiguillées vers des soins médicaux secondaires.	42(pédiatrie : 10 ; médecine interne : 8 ; gynéco-obstétrique : 20 ; chirurgie : 4).	105(41 en pédiatrie ; 19 en médecine interne ; 41 en gynéco-obstétrique ; 3 en chirurgie et 1 pour la transfusion).	83 (77 réfugiés et 6 autochtones ; du coté réfugié : 19 en pédiatrie, 18 en médecine interne, 25 en gynéco-obstétrique, 15 en chirurgie).
Nombre de personnes aiguillées vers des soins médicaux tertiaires	1	1	6

- ✓ Tous les cas ayant nécessité des soins à un échelon supérieur ont été référés.
- ✓ Les cas gynéco-obstétricaux viennent en tête à hauteur de 37.4% du total des références.
- ✓ Les références chirurgicales constituent l'essentiel des cas référés vers l'hôpital régional.

7. Bilan des activités menées à l'hôpital de district d'Iriba.

Nombre d'interventions chirurgicales				Consultation ambulatoire de références		Maternité				
Césarienne	laparotomies	Autres □	Petite chirurgie	Urbain	CDS ruraux	Nbre d'accouchements	Accouchements normaux	Accouchements compliqués	Naissances vivantes	Nombre de Références reçues
89	12	17	379	682	55	469	268	201	434	106

- ✓ Autres = Réduction des fractures ; hémorroïdectomie ; curetage et AMIU.
- ✓ Accouchements compliqués : dystocies n'ayant pas nécessité une césarienne.
- ✓ Notons qu'en plus des consultations ambulatoires faites par le médecin, ce dernier réalise également des visites (tour des salles) dans tous les services de l'hôpital, le centre nutritionnel y compris ; il est appelé pour toute urgence quelle qu'elle soit.

Output 7 : Distribution de moustiquaires en nombre suffisant			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum

Nombre de personnes sensibilisées sur l'utilisation des moustiquaires.	1704	1745	2478
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées aux femmes enceintes et allaitantes.	1290	1250	1850
Nombre de moustiquaires obtenus auprès de l'UNICEF	1290	1250	1850
Nombre de personnes sensibilisées sur l'utilisation des moustiquaires.	1704	1745	2478

- ✓ Seules les femmes enceintes et allaitantes ont bénéficié de la distribution des moustiquaires au niveau des services de maternité et de PEV.

2.1.2. **Objectif 2** : L'Etat nutritionnel de la population nécessite une attention particulière.

- Résultat attendu : Accroître l'accès à des services de santé primaires et secondaires incluant les soins curatifs et préventifs et améliorer les conditions d'hygiène en vue de diminuer le taux d'anémie chez l'enfant t de 6 à 59 mois et chez la femme en âge de procréer, de réduire le taux de la malnutrition chronique, de la malnutrition aiguë globale, de la malnutrition aiguë grave chez l'enfant t de 6 à 59 mois.

- Résultats par output

Output 1 : Analyse et evaluation			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum
Conduite d'enquêtes nutritionnelles à la lumière des principes directeurs recommandés	1 enquête nutritionnelle réalisée (enquête SMART)	1 enquête nutritionnelle réalisée (enquête SMART)	1 enquête nutritionnelle réalisée (enquête SMART)
Conduite d'une enquête nutritionnelle de couverture	0(non encore réalisée)	0(non encore réalisée)	0(non encore réalisée)

- ✓ L'enquête SMART a été réalisée mais les résultats ne sont pas encore disponibles.

- ✓ L'enquête de couverture n'a pas encore été conduite.

Output 2 : Mise en place d'un système de surveillance nutritionnelle			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum
Mise en place ou maintien d'un système de surveillance nutritionnelle fonctionnel	1 screening mensuel réalisé avec estimation des taux de MAG, MAM et MAS	1 screening mensuel réalisé avec estimation des taux de MAG, MAM et MAS	1 screening mensuel réalisé avec estimation des taux de MAG, MAM et MAS
Nombre de séance de supplémentation en Vit A et déparasitage.	2 séances	2 séances	2 séances

Output 3 : Création de capacités			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum

Nombre de staff formé sur le protocole de prise en charge	4	4	4
Nombre d'ASC formé en nutrition	15	17	22
Output 4 : Mise en place et suivi de la gestion communautaire des programmes liés à la malnutrition aigüe			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum
Nombre de nouvelles admissions des programmes liés à la malnutrition aigüe	1628 admissions au CNS dont 927 nouvelles admissions et 701 cas de réadmissions après abandon, rechute et suivi après sorties de CNT/CNA. 596 admissions au CNA dont 276 nouvelles admissions et 320 réadmissions après abandon et transfert d'un CNT ou d'un autre CNA.	1233 admissions au CNS dont 864 nouvelles admissions et 369 cas de réadmissions après abandon, rechute et suivi après sorties de CNT/CNA. 402 admissions au CNA dont 316 nouvelles admissions et 86 réadmissions après abandon et transfert d'un CNT ou d'un autre CNA.	1215 admissions au CNS dont 472 nouvelles admissions et 743 cas de réadmission après abandon, rechute et suivi après sorties de CNT/CNA. 393 admissions au CNA dont 293 nouvelles admissions et 100 réadmissions après abandon et transfert d'un CNT ou d'un autre CNA.
Nombre de sensibilisation sur les bonnes pratiques alimentaires	50	54	211
Nombre de personnes sensibilisé dans la communauté	10132	18167	10099
Nombre de visite à domicile effectué	44	46	46

- ✓ Les sensibilisations ont porté sur les bonnes pratiques alimentaires et les visites à domicile ont concernés les ménages ayant des enfants enregistrés dans les programmes de prise en charge.

Suivi dans le programme CNA			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum
Nouvelles admissions (Marasme, Kwashiorkor, rechutes)	276	316	293
Réadmissions	320	86	100
Transfert du CNS, CNT ou autre	3	21	7
Guéris	295	343	270
Abandons	7	37	43
Décès	1	0	0
Non répondants	28	48	45
Transfert vers CNT/CNA	2	6	9
Gain de poids moyen (g/kg/j)	6.04	4.59	4.47
Durée moyenne de séjour (jours)	36	53	55

Résultats sous forme de taux pour le CNA

Résultats(%)	Amnabak	Iridimi	Touloum
Guéris	89.1	80.1	75.4
Abandons	2.1	8.6	12.0
Décès	0.3	0	0
Non répondants	8.5	11.2	12.6
Transferts CNT /CNA	0.6	1.38	2.4

- ✓ La proportion des abandons est importante au camp de Touloum.
- ✓ La proportion des non répondants reste importante dans tous les trois camps.

Suivi dans le programme CNS			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum
Nouvelles admissions (Marasme, Kwashiorkor, rechutes)	927	864	472
Autres admissions (réadmissions après abandon,	701	369	743

rechute et suivi après sorties de CNT/CNA).			
Guéris	1220	1014	730
Abandons	16	39	111
Décès	0	0	0
Non répondants	70	55	98
Fin de suivi CNA/CNT	261	247	156
Transfert vers CNT/CNA	58	65	17
Durée moyenne de séjour (jours)	49.7	66.8	59.1

Résultats sous forme de taux pour le CNS

Résultats(%)	Amnabak	Iridimi	Touloum
Guéris	93.4	91.5	77.7
Décès	0	0	0
Abandons	1.2	3.5	11.8
Non répondants	5.4	5	10.4
Fin de suivi CNA/CNT	16.1	17.4	14.0
Transfert vers CNT/CNA	3.6	4.6	1.5

✓ Le faible taux de guérison et de transfert ainsi que le taux élevé des non répondants et abandons se retrouvent au niveau du même camp.

Output 6 : Mise en place et suivi de programmes d'alimentation complémentaire			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum
Nombre d'enfants de 6 à 24 mois ayant reçu le nutributter.	12207(dont 1444 nouvelles admissions)	13572 enfants (dont 1316 nouvelles admissions)	15831(dont 1173 nouvelles admissions)

✓ De nombreux enfants, soit au total 41610, ont bénéficié du nutributter dans le cadre de la prévention contre la malnutrition dans la tranche d'âge de 6 à 24 mois.

Output 7 : Mise en œuvre de mesures pour lutter contre l'anémie et autres carences en oligoéléments			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum
Nombre de démonstration culinaire	8	8	8

✓ Le but poursuivi était de parvenir à constituer une alimentation équilibrée à partir des produits locaux.

Output 8 : Appropriate infant and young child feeding practices promoted			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum
Nombre de séances de fabrication des farines.	8	8	8
Nombre de femmes sensibilisées à l'allaitement.	2128	2135	2611

✓ De nombreuses femmes ont été sensibilisées sur l'importance de l'allaitement maternel pour une bonne croissance de l'enfant.

2.1.3. **Objectif 3** : La faible accessibilité de la population aux services de santé liés à la santé reproductive et au VIH nécessite une attention particulière

- Résultat attendu : Augmenter l'accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA ainsi qu'aux services de santé de la reproduction en assurant la prise en charge des personnes éligibles au traitement ARV ainsi qu'aux victimes de viol, en assurant des accouchements assistés par un personnel formé et qualifié, en fournissant des services complets en matière de santé reproductive.

- Résultats par output

Output 1 : Création de capacités			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum
Nombre de séance de counseling/ PTME	55	47	84
Nombre de formation organisée par le District sur la PTME	1	1	1

- ✓ De nombreuses femmes ont bénéficié, à travers les séances de counseling, des conseils sur l'importance du dépistage de l'infection au VIH et celle de la protection du nouveau-né.

Output 2 : Fourniture de soins et de traitement aux personnes vivant avec le VIH et le sida			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum
Nombre de personnes prises en charge sous traitement antirétroviral	15(12 réfugiés et 3 autochtones ; du coté réfugié, 1 patient a repris le traitement après interruption et deux patients sont perdus de vue, soit un total de 11 en fin de période ; du coté autochtone, il y a 1 perdu de vue sur les 3, soit un total de 2 patients en fin de période).	2 réfugiés	23 (20 réfugiés et 3 autochtones)
Nombre de personnes sous traitement	14	2	18

contre les infections opportunistes			
-------------------------------------	--	--	--

- ✓ Le nombre réduit des patients sous ARV est la traduction du taux faible de dépistage explique en grande partie par une stigmatisation encore très présente dans la communauté.

Output 3 : Gestion clinique du viol			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum
Nombre de victimes de viol ayant reçu des soins appropriés et en temps utile (prophylaxie post-exposition, contraceptif d'urgence, traitement contre les IST)	0	1	0

- ✓ Le rapportage et l'enregistrement des cas de violences sexuelles restent faibles.

Output 4 : Comprehensive safe motherhood services provided Fourniture de services de conseil et test volontaire (CTV)			
Activités	Résultats par camp		
	Amnabak	Iridimi	Touloum
Nombre de CPN réalisées	2187(CPN1 :791 dont 657 du coté réfugié ; CPN de suivi : 1396 dont 1199 du coté réfugié, soit un total de 1856 du coté réfugié).	2293(CPN1 : 844 dont 620 du coté réfugié ; CPN de suivi : 1449 dont 1353 du coté réfugié, soit un total de 2197 du coté réfugié).	2437(2357 du coté réfugié dont 887 CPN1 et 1470 CPN de suivi)
Nombre d'accouchement	756(749 naissances vivantes dont 711 du coté réfugié ; 7 mort-nés dont 4 du coté réfugié, soit un total de 715 accouchements du coté réfugié).	683 dont 17 mort-nés (628 accouchements dont 14 mort-nés du coté réfugié).	944(924 du coté réfugié dont 913 naissances vivantes et 11 mort-nés ; 18 naissances vivantes et 2 mort-nés du coté autochtone).

- ✓ La majorité des femmes ayant accouché ont accompli au moins trois CPN.
- ✓ La proportion des mort-nés par rapport aux naissances vivantes est de 0.9% à Amnabak, 2.5% à Iridimi et 1.7% à Touloum.

Output 5 : Fourniture de services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)			
Activités	Résultats par camp		
	Annabak	Iridimi	Touloum
Nombre de femmes séropositives recevant un ensemble complet de services de PTME	Sur 646 dépistées en PTME, il y a eu 6 cas positifs qui ont reçu les services complets ; un seul partenaire autochtone a été dépisté.	Sur 739 femmes dépistées en PTME, il y a eu 2 cas positifs qui ont reçu les services complets.	Sur 722 femmes dépistées, 5(3 réfugiés et 2 autochtones) sont positives et ont reçu les services complets.
Nombre d'enfant né de mère séropositive pris en charge	2(5 naissances vivantes et un mort-né ont été enregistrés ; 2 enfants ont reçu la prophylaxie ARV dans les 72 heures après naissance ; les 3 autres se sont présentés au CS après 72 heures (personnel non permanent au CS).	0(aucune naissance enregistrée).	2 accouchements de mères séropositives ont été enregistrés (un seul enfant a reçu la prophylaxie dans les 72 heures après naissance).

- ✓ Le test de dépistage est proposé à toute gestante lors des CPN.
- ✓ La prise en charge des nouveau-nés dans le cadre de la PTME n'est pas effective.

Output 7 : Mise en place de mécanismes d'aiguillage			
Activités	Résultats par camp		
	Annabak	Iridimi	Touloum
Nombre d'urgences obstétricales aiguillées vers des soins secondaires ou tertiaires	20	41	25

- ✓ Les références du camp d'Iridimi constituent presque le double de celles de deux autres camps.

3.2. Difficultés rencontrées

Dans la mise en œuvre des activités de ce projet, plusieurs difficultés se sont signalées.

1. Logistique :

- mobiles (véhicules) : en mauvais état, exigeant des réparations répétées ; manque des pièces de rechange ; des pneus très usés menaçant la sécurité du staff de terrain.
- dotation limitée en carburant durant la seconde moitié du dernier trimestre réduisant ainsi les descentes sur terrain avec un impact non négligeable dans la prise en charge des patients au niveau des camps.
- équipements informatiques (desk top et ordinateur portable) hors d'usage pour le logisticien et l'administrateur rendant leur travail difficile.

2. Pharmacie :

- quelques ruptures parfois anormalement longues en médicaments essentiels, en psychotropes avec insuffisance des formes pédiatriques.
- Ruptures fréquentes et prolongées en intrants de laboratoire tels les tubes de prélèvement et en réactifs (RPR par exemple).
- Réfrigérateur en panne ne permettant pas la conservation de certaines molécules.

Au niveau des camps :

3. infrastructures : en état de dégradation avancée particulièrement à Iridimi et Touloum où les portes, fenêtres et charpentes sont rongées par les termites, une menace par rapport à la sécurité du personnel, des patients et équipements ; électrification limitée à la seule maternité au camp d'Iridimi rendant difficile le suivi des patients pendant la nuit.
4. équipements et matériels :
 - difficulté de maintenir de manière optimale la chaîne de froid au camp d'Iridimi particulièrement par manque de réfrigérateur, l'ancien étant en panne depuis plusieurs mois et étant très ancien et vétuste.
 - équipements pour stérilisation : très précaire par utilisation des marmites à pression dont les manomètres sont hors d'usage depuis de nombreux mois.
 - insuffisance de certains matériels comme les boîtes d'accouchements et de petite chirurgie.

5. staff : l'insuffisance, pendant la nuit et les week-ends, d'un personnel qualifié au niveau des camps rend parfois difficile la prise en charge des patients.
6. participation communautaire : difficulté de réunir en nombre suffisant les membres des comités de santé et de gestion, ces derniers réclamant une motivation pour s'engager de manière effective.
7. visibilité : quasi nulle malgré le grand travail abattu par le personnel de CSSI sur terrain, pas de pancarte à l'entrée des camps pour marquer sa présence, aucun signe distinctif pour le personnel travaillant dans la communauté (agents de santé communautaire qui continuent à arborer les tenues d'IMC ou MSF).

Au niveau de l'hôpital de district d'Iriba :

8. Peu outillé en équipements, matériels et personnel, l'appui apporté par le CSSI va largement au-delà du cahier de charge attribué à son personnel y travaillant engendrant parfois certaines difficultés relationnelles avec les responsables du district sanitaire.

3.3. Leçons apprises

Les leçons apprises dans la mise en œuvre de ce projet sont exposées en fonction des objectifs.

1. **Objectif 1** : L'Etat de santé de la population reste peu amélioré et nécessite une attention particulière.
 - A. Points forts :
 - Les soins de santé primaires, secondaires et tertiaires sont accessibles aux réfugiés et aux populations locales.
 - Le taux de mortalité globale et celui des enfants âgés de moins de cinq ans sont dans les normes par rapport aux indicateurs actuels et les objectifs.
 - La couverture vaccinale est dans les normes par rapport aux objectifs fixés.
 - La sensibilisation aussi bien sur les maladies transmissibles et non transmissibles atteignent une grande portion de la population.
 - La participation aux journées nationales et campagnes de vaccination est effective.

- La disponibilité des médicaments essentiels et l'achat des médicaments essentiels non fournis par le HCR durant une grande période du projet assurée.
- Les formations prévues dans le cadre de la création et du renforcement des capacités ont été faites.
- Les principes PCIME ont été appliqués dans la prise en charge des enfants âgés de moins de cinq ans.
- Les examens et tests essentiels ont été effectués par le laboratoire.
- Le système d'aiguillage vers les structures des soins de niveau supérieur a globalement bien fonctionné.

B. Points faibles :

- Discordance dans le rapportage de certaines données. C'est le cas notamment du paludisme dont le nombre des cas confirmés par le laboratoire ne correspondent nécessairement pas avec ceux rapportés en consultation.
- Divergences dans la prise en charge des patients par la non application et l'uniformisation des protocoles.
- Difficultés dans la compréhension et le remplissage de certains outils de rapportage.
- Rupture en certains médicaments tels les psychotropes et en intrants de laboratoire.
- COGES et COSAN non fonctionnels et recouvrement des couts quasi inexistant rendant quasi nulle la participation communautaire dans le fonctionnement du centre de santé.

2. Objectif 2 : Amélioration du bien-être nutritionnel

A. Points forts :

- Le système de surveillance nutritionnelle à travers le screening nutritionnel mensuel permettant le dépistage des cas de malnutrition et leur orientation vers les services de prise en charge a globalement bien fonctionné.
- La prévention de la malnutrition chez les enfants de 6 à 24 mois a été réalisée par la fourniture d'une alimentation complémentaire à travers la distribution du Nutributter.
- Les programmes de prise en charge de la malnutrition ont fonctionné à travers le CNA et le CNS.

- La sensibilisation sur les bonnes pratiques alimentaires, l'allaitement maternel ainsi que les visites à domicile dans le cadre du suivi de ces programmes ont été effectuées.
- Le staff concerné a été formé sur le protocole de prise en charge.
- La mortalité est quasi nulle et le taux de guérison dans les normes.
- L'enquête nutritionnelle SMART a été réalisée.

B. Points faibles :

- La formation et la dissémination du nouveau protocole de prise en charge non encore faites.
- Une proportion non négligeable des non répondants et des cas d'abandon par rapport au total des sorties dans les programmes de prise en charge, CNA particulièrement ne correspond pas au taux d'aiguillage de ces derniers vers le CNT.
- Le taux d'abandon est non négligeable.
- Les résultats de l'enquête nutritionnelle SMART ne sont encore disponibles.
- L'enquête de couverture des programmes nutritionnels n'a pas été réalisée.
- Certains programmes sur l'alimentation complémentaire concernant les femmes enceintes et les personnes avec maladies chroniques ont été abandonnés faute des moyens financiers.

3. Objectif 3 : Accès optimal de la population aux services de santé liés à la santé de la reproduction et au VIH.

A. Points forts :

- Accessibilité garantie aussi bien pour les réfugiés que pour la population locale au traitement antirétrovirale selon les programmes nationaux de prise en charge.
- Disponibilité des services de PTME : counseling et test HIV proposés à toute gestante lors des CPN, médicaments disponibles pour les cas éligibles.
- Disponibilité des services de gestion des cas de violences basées sur le genre.
- La majorité des femmes qui accouchent ont accompli au moins trois CPN.
- La quasi-totalité des naissances s'est réalisée au centre de santé et ces derniers ont été assistés par du personnel formé.
- Disponibilité des services de planning familial.

B. Points faibles :

- Ruptures assez fréquentes en ARV et en intrants de laboratoire, particulièrement le test détermine pour le service de CDV.
- Faiblesse dans le dépistage et couverture du programme ARV.
- Certains des enfants nés de mères séropositives n'ont pas bénéficié de la prophylaxie ARV après naissance à cause du manque d'un personnel qualifié permanent (pendant le week-end particulièrement) au centre de santé, les mères, par crainte de stigmatisation, ne voulant se confier qu'aux seules sages-femmes (qui ne sont pas issues de leur communauté).
- Faiblesse dans le rapportage des cas de violences basées sur le genre vu les contraintes culturelles et la crainte de la stigmatisation.
- Le taux de CPN au premier trimestre de grossesse reste faible.
- Toutes les naissances ne sont pas assistées par du personnel qualifié.
- Le taux d'utilisation des contraceptifs reste faible.

IV. Conclusion

Dans le cadre de la protection des réfugiés soudanais vivant dans les camps de l'est du Tchad, l'assistance apportée par le CSSI avec le financement de l'UNHCR principalement et l'appui du gouvernement à travers le ministère de la santé et les autres partenaires (UNICEF, PAM, OMS,...) a consisté en l'organisation et l'offre des soins de santé primaires dans trois camps, Annabak, Iridimi et Touloum, situés à l'est.

Ainsi les soins curatifs, préventifs et promotionnels leur ont été apportés ainsi qu'aux populations hôtes des villages environnants avec les objectifs suivants :

- l'état de santé de la population reste peu amélioré et nécessite une attention particulière.
- l'état nutritionnel de la population nécessite une attention particulière.
- la faible accessibilité de la population aux services de santé liés à la santé reproductive et au VIH nécessite une attention particulière.

Les résultats enregistrés dans le cadre de cette intervention sont globalement positifs avec un impact réel sur terrain. Il s'agit entre autres :

- une accessibilité aux soins de santé primaires garantie avec un système d'aiguillage vers les structures sanitaires de niveau supérieur fonctionnel.
- Une bonne prise en charge des pathologies courantes avec un taux de mortalité globale faible (< 1.5/1000 pop/mois) ainsi que chez les enfants âgés de moins de cinq ans (<3/1000 pop/mois).
- Une couverture vaccinale supérieure à 95%.
- Un système de surveillance nutritionnelle fonctionnel avec un screening mensuel pour le dépistage des cas de malnutrition et leur orientation vers les services de prise en charge.

- Une assistance nutritionnelle à travers des programmes de prévention par la distribution du nutributter et des programmes de prise en charge (CNS, CNA) avec un taux de guérison respectivement appréciable et un taux de mortalité quasi nul. Une enquête nutritionnelle de couverture reste cependant indiquée pour évaluer l'impact réel de cette assistance.
- Une accessibilité garantie aux services des soins liés à la santé de la reproduction et au VIH.
- La majorité des femmes qui accouchent ont accompli au moins trois CPN et la quasi-totalité des naissances s'est faite au centre de santé avec l'assistance d'un personnel si pas qualifié néanmoins formé ; la mortalité maternelle étant nulle.
- Une accessibilité garantie au traitement ARV, à la prophylaxie post-expositionnelle, aux services de PTME et au planning familial.

Cependant, afin d'améliorer la qualité des services offerts à ces populations, des efforts restent à fournir pour palier à certaines insuffisances constatées sur terrain :

- La redynamisation de la participation communautaire dans la gestion des centres de santé à travers les comités de santé et comités de gestion en sollicitant le soutien des leaders des communautés.
- L'actualisation, l'uniformisation et l'application des protocoles de prise en charge des pathologies courantes dans le cadre des maladies transmissibles et non transmissibles ainsi que l'amélioration de la qualité de rapportage des données.
- Le renforcement du suivi dans la communauté et dans les structures sanitaires des enfants malnutris, les non répondants et les cas d'abandon particulièrement.
- Le renforcement de la sensibilisation afin de susciter une utilisation plus accrue des services liés à la santé de la reproduction et au VIH.
- L'amélioration des conditions de travail en regard de difficultés relevées.

E. PROJET D'ASSISTANCE MÉDICALE AUX RÉFUGIÉS URBAINS DE N'DJAMÉNA

I. Présentation générale du Projet

Les réfugiés Urbains dans la ville de N'Djaména sont composés de plusieurs nationalités. Cette population était passée de 970 réfugiés et demandeurs d'asile en janvier 2014 à 4 515 en fin 2014, suite à la dernière crise survenue en République Centrafricaine (RCA). Ce présent projet d'assistance à ces réfugiés fait l'objet d'un sous accord entre l'UNHCR et le CSSI en vue de leur apporter la protection et l'assistance médicale, éducative et sociale.

1.1. Objectifs et Résultats attendus

L'instabilité de la situation socio politique dans les pays limitrophes du Tchad comme la République Centrafricaine, le Soudan ne permet pas jusque là d'envisager le retour des réfugiés Urbains dans leurs pays d'origine.

Objectifs

Le but de ce projet est de fournir la protection et l'assistance humanitaire à ces réfugiés Urbains tout en favorisant la promotion de l'autosuffisance et de l'intégration socio-économique de ces derniers dans les services sociaux tchadiens.

Les objectifs de ce projet découlent des objectifs formulés dans le Plan d'opération du Pays et sont liés aux objectifs stratégiques globaux de l'UNHCR 2013-2015. Plus spécifiquement il s'agit de :

1. Améliorer le niveau d'autosuffisance des réfugiés et les moyens de subsistance en leur fournissant des formations professionnelles en lien avec l'auto-emploi et en leur octroyant des microcrédits.
2. Fournir un appui aux réfugiés vulnérables dans la limite des ressources disponibles, pour une prise en charge de leurs besoins spécifiques en abris, santé, éducation
3. Assurer que les enfants réfugiés urbains ont accès à l'éducation primaire et que ceux à risque sont suivis
4. Réduire le risque de VBG parmi la population de réfugiés urbains.

Résultats attendus

- Les réfugiés ont facilement accès aux services de santé primaire, santé de la reproduction
- L'accès optimal de la population à l'éducation primaire est assuré
- Les jeunes et adolescents jouissent pleinement de leurs droits et ne connaissent plus de violence
- Prévention de la violence sexuelle et sexiste et réponse appropriée aux incidents de VSS
- Les personnes ayant des besoins spéciaux bénéficient de l'assistance adéquate en rapport avec leurs besoins
- La protection des réfugiés est améliorée

- Les réfugiés ont les moyens leur permettant de s'intégrer dans la communauté hôte et un grand nombre de réfugiés s'auto prennent en charge.

1.2. Stratégies de mise en œuvre

La réalisation de ce projet s'est faite à travers une approche participative qui a consisté à impliquer activement tous les acteurs du projet (réfugiés, partenaires de mise en œuvre et bailleur).

Des réunions périodiques et ad hoc ont été organisées à chaque niveau pour faciliter la circulation de l'information et favoriser la participation active et effective de tous.

Des visites à domicile et évaluations régulières ont été faites et ont permis l'identification des personnes vulnérables et à besoin spécifiques et des réponses appropriées ont été apportées à leurs problèmes.

Les comités des réfugiés (comité central, comité des femmes et comité des jeunes) mis en place ont été redynamisés afin de servir d'interface avec les réfugiés. A travers ces comités, des réunions de concertations régulières ont eu lieu et nous ont permis de mieux suivre le projet.

1.3. Durée

Le projet d'une durée d'un (1) an, a commencé le 1^{er} janvier 2014 et pris fin le 31 décembre 2014.

1.4. Principaux bailleurs

Le projet est financé à 100% sur fonds UNHCR.

1.5. Zone d'intervention

Le projet couvre la zone urbaine de N'Djaména.

1.6. Equipe de coordination

L'équipe du projet est composée d'un staff de deux (2) personnes, à savoir Une (1) Assistante Sociale et Un (1) Economiste. Ce staff est appuyé par Un (1) Chauffeur affecté spécialement au projet et qui conduit l'ambulance du projet. Cependant toute cette équipe est placée sous la coordination de l'Administrateur Gestionnaire du CSSI et du Chef de Département Santé et Développement. Un (1) médecin travaillant pour un autre projet apporte aussi son expertise au projet, notamment en ce qui concerne l'établissement du FEM (Formulaire d'Evaluation Médicale) pour les réfugiés dont les dossiers sont soumis à la réinstallation pour raisons médicales.

II. Bilan 2014

2.1. Activités réalisées en 2014 (par objectif, par résultat attendu ou par composante)

➤ Accès aux soins de santé primaires

Le CSSI a accordé une assistance médicale axé sur la facilitation de l'accès aux services de santé de bases et spécifiques aux réfugiés urbains, 927 réfugiés de divers groupes dont

les femmes enceintes et allaitantes, les maladies chroniques et les cas d'urgences ont reçu des carnets de santé leur donnant accès à des structures de santé.

Dans les cadres de la facilitation de l'accès aux soins, deux conventions ont été établies avec des structures de la place : l'Hôpital Sultan Cherif Kasser et l'Hôpital de District Sud Union de Ndjamena.

Une autre convention de fourniture de médicaments a été établie avec une pharmacie pour l'accès aux médicaments essentiels.

L'équipe CSSI composée de 2 staffs et d'un chauffeur dotée d'une ambulance, s'est consacré à la réception des bénéficiaires, leur orientation vers les structures conventionnées ou spécifiques pour leur prise en charge, la facilitation de l'accès aux structures secondaires et le suivi des cas de référence. En tout 300 réfugiés ont eu accès aux structures de santé secondaires pour une urgence ou un besoin spécifiques (Cas gynéco-obstétricaux, maladies chroniques, cas traumatologiques, cas ophtalmologiques...).

Les structures conventionnées étant des structures étatiques, ont permis de faciliter l'accès à des soins spécifiques comme ceux du VIH et de la Tuberculose dans le dispositif prévu par le système étatique.

- **Contraintes**

- Augmentation des chiffres planifiés de la population des réfugiés urbains augmentant les besoins non couverts ;
- Répartition géographique très dispersée des réfugiés rendant très difficiles le suivi et l'accès très variables ;
- Absence d'un système d'information sanitaire ayant empêché d'avoir et suivre les données épidémiologiques;
- Pas de support adéquat prévu pour les maladies mentales en raison de la faiblesse du système étatique local.

- **Besoins non couverts**

- Renforcement des ressources humaines ;
- Renforcement des capacités des comités de réfugiés ;
- Organisation de sensibilisations régulières et d'une campagne de dépistage volontaire.

- **Le renforcement des services pour les personnes ayant des besoins spécifiques**

La stratégie en faveur des PBS s'est focalisée sur l'appui ponctuel pour couvrir les besoins sociaux de base à travers l'accès aux soins de santé, à l'éducation, l'alimentation, etc.

L'identification des PBS pour le référencement à la réinstallation est incontournable en termes de solution durable.

Il a été observés depuis la crise centrafricaine, une augmentation du nombre des personnes ayant des besoins spécifiques parmi les réfugiés urbains (besoin de protection physique et juridique, condition médicale importante (malades chroniques y compris les personnes vivant avec le VIH), Handicap, femmes à risques, enfants séparés et non accompagnés, personnes âgées, etc.).

Les données statistiques de ProGres montrent un chiffre de 280 PBS enregistrés dont 106 de sexe féminin et 174 de sexe masculin; Toutefois, ses données ne sont pas à jour ; l'opération d'enregistrement biométrique prévue en 2015 sera une opportunité pour la vérification et la mise à jour des données pour une meilleure réponse.

Un total de 31 enquêtes sociales et visites à domicile pour l'identification et l'évaluation des PBS a été effectués.

Concernant le soutien aux personnes vulnérables, 138 personnes ont bénéficiées de l'aide financière durant l'année 2014. Par ailleurs, 24 ménages ont bénéficiés d'une assistance financière ponctuelle (13 ménages pour cas de décès et 11 ménages pour cas de naissance).

➤ **L'accès optimal à l'éducation pour les enfants en âge scolaire**

Avec l'arrivée massive des réfugiés en provenance de la République Centrafricaine en 2014, le nombre des enfants en âge d'aller à l'école primaire, secondaire et à l'université a augmenté considérablement. Ce qui constitue l'un des défis majeurs pour l'opération et a motivé la révision des règles de l'appui à l'éducation en milieu urbain. Ainsi des fonds additionnels ont pu être dégagés pour supporter l'assistance scolaire au secondaire et dans une moindre mesure au niveau tertiaire.

L'assistance fournie aux élèves du primaire et du secondaire couvre:

- Les frais d'inscription
- L'uniforme
- Les fournitures scolaires

157 enfants réfugiés dont 67 filles ont reçu cette assistance durant l'année scolaire 2013-2014. Ces élèves ont été inscrits dans plus de 24 établissements scolaires dont 13 sont des établissements publics et 11 établissements privés.

Les reçus d'inscription des élèves fournis par les parents et les 5 visites effectuées par l'équipe du programme urbain dans les établissements scolaires permettent d'affirmer que ces élèves ont effectivement inscrits à l'école primaire.

Pour ce qui est de l'école secondaire, seuls les enfants des ménages PBS ont reçus l'appui durant l'année scolaire 2013-2014, soient 5 enfants dont 3 filles. L'accroissement exponentiel du nombre des élèves de ce niveau a justifié la révision de la politique du HCR pour cette frange de la population des réfugiés urbains et permis de supporter l'inscription de 132 élèves du secondaire dont 48 filles

Au niveau tertiaire, des efforts exceptionnels ont permis à 87 étudiants de la RCA de recevoir chacun une bourse d'étude leur permettant de poursuivre leurs études à EPICA. Egalement, 3 étudiants ont bénéficié de la bourse DAFI dont 2 filles.

➤ **Le renforcement de la mobilisation communautaire**

En termes de participation à la prise de décision stratégique qui concerne les réfugiés, seules 35 % de femmes sont représentées.

Dans le cadre du suivi des activités en faveur des réfugiés urbains, plusieurs réunions de travail ont été organisées en étroite collaboration avec le comité central des réfugiés, le HCR et le partenaire CSSI.

Par ailleurs, 02 évaluations participatives (identifications des besoins globaux, identification des risques SGBV, etc.) ont été menées avec une participation active des différents comités qui se sont largement impliqués dans la mobilisation des réfugiés.

Un total de 120 réfugiés urbains de 13 différentes catégories (malades chroniques, filles mères, personnes âgées et personnes vivant avec handicap, etc) ont participé dont 70 de sexe féminin et 50 de sexe masculin.

Des séances de sensibilisations sur plusieurs thèmes (les droits de la femme, de l'enfant, des réfugiés, etc.) ont été menées en faveur des réfugiés lors des journées commémoratives. Au total, 03 activités sociales et récréatives ont été organisées pendant ces journées (Journée internationale de la femme, journée de l'enfant Africain et journée mondiale du réfugié).

- **Contraintes**

La localisation des réfugiés en milieu urbain caractérisée par la dispersion géographique et l'éloignement du centre ville (zone urbano-rurale) ne facilite la mobilisation communautaire. Cette situation fragilise le système traditionnel de solidarité communautaire et laisse place à une tendance d'individualisme.

Par ailleurs, le manque d'une stratégie claire et moins coûteuse de communication entre les leaders des réfugiés et les différentes communautés de base constitue un défi majeur à l'information et la mobilisation. La téléphonie mobile quoique coûteuse, reste le système de communication le plus rapide en milieu urbain.

Sur le plan de la représentation des femmes aux structures de prise de décision, le manque de confiance en soi demeure une contrainte sociale majeure qui limite leur accès aux processus électoraux d'identification des membres du comité central.

- **L'autosuffisance et le revenu améliorés (Activités Génératrices de revenus)**

Un total de 68 ménages a reçu un appui financier pour renforcer leurs activités génératrices de revenus dans plusieurs secteurs à savoir la vente de céréales, d'habits, de chaussures, restauration, sculpture, etc. Cette assistance a été octroyée en vue de permettre à ces ménages de faire face à leur besoin de base tel que l'alimentation.

- **Contraintes**

L'identification et l'évaluation socio-économique des ménages requièrent un staff qualifié, des ressources logistiques et des outils adaptés ainsi que du temps pour la constitution et l'analyse des dossiers. Ces critères n'ont pu être réunis en 2014.

Par ailleurs, contrairement aux zones rurales, il y a eu une difficulté à mettre en place des groupes associatifs d'intérêt économique commun en milieu urbain du fait de la diversité, de l'éloignement de logement et du manque de confiance entre les réfugiés.

- **Risques de violences sexuelles et sexistes réduits et qualité de réponse améliorée**

Durant la période du rapport, 4 survivantes de VBG ont rapporté leurs cas au HCR et à son partenaire le CSSI. La majorité de ces cas sont survenus dans leur pays d'origine et les auteurs sont connus comme étant les membres de la communauté d'origine des victimes. Toutes les survivantes reçoivent des assistances et sont orientées vers les services adéquats.

Les risques de VBG en milieu urbain a fait l'objet d'une évaluation avec 6 groupes de discussion autour d'un questionnaire spécial comportant 14 questions. 72 réfugiés ont été ainsi interviewés (37 femmes et 35 hommes issus de 9 nationalités différentes). Les résultats de cette évaluation ont permis d'inscrire la prévention des SGBV dans le programme d'action en milieu urbain.

2.2. Leçons apprises

2.2.1. Le programme de protection et d'assistance 2014 mis en œuvre par le CSSI et financé par le HCR couvre les soins de santé de près de 4000 réfugiés et demandeurs d'asile via l'hôpital Sultan Kasser et Hôpital de district-sud. L'accès aux médicaments se fait via une pharmacie de la place.

Cependant, le dispositif de santé en place accuse des faiblesses dans le cadre du suivi et de l'évaluation offrant des possibilités de fraude.

Il ressort des différentes évaluations participatives avec les réfugiés et visites de terrain les points suivants :

- *Une augmentation des besoins en soins de santé suite à l'augmentation du nombre des réfugiés du fait de la crise en RCA ;*
- *Une lourdeur du dispositif actuel d'accès aux soins de santé ;*
- *Un risque très élevé de fraude (abus sur l'utilisation des services pharmaco-médicaux) ;*
- *Une difficulté de gestion des cas médicaux urgents nocturnes ;*
- *Un problème de gestion des cas d'évacuation médicale ;*
- *Un manque de système de gestion des données sanitaire en milieu urbain pour les réfugiés.*

2.2.2. A N'Djamena comme partout ailleurs au Tchad et en Afrique, il existe une insuffisance criante des services de prévention et de soins pour les PVV.

L'accès aux antirétroviraux reste difficile, à raison des fréquentes ruptures de stock et de l'absence de certaines molécules. L'observance thérapeutique, l'appui nutritionnel, sont compromis à cause de la précarité des conditions socio-économiques de la population.

2.2.3. L'exposition aux SGBV est causée par la pauvreté mais aussi par l'inégalité de genre qui place la femme en une situation d'infériorité par rapport à l'homme, lorsqu'elle doit prendre charge de sa vie et de la famille. Seule une minorité des réfugiés urbains ont connaissance des services disponibles pour répondre aux incidents des SGBV.

Rares sont les survivants qui rapportent leur cas aux HCR et au CSSI, et ça amplifie les conséquences sur le bien-être de la victime, mais aussi freine l'identification et la réponse aux violations.

2.2.4. Depuis fin 2013, le Tchad, particulièrement ses régions du Sud, a connu un afflux de réfugiés fuyant les affrontements en RCA et la ville Ndjamena s'est vue augmenté le nombre des réfugiés et demandeurs d'asile centrafricains.

Parmi la population ainsi réfugiée, un nombre assez élevé est constitué d'enfants en âge scolaire et d'anciens étudiants de différentes universités de Bangui. Pour cette dernière

catégorie de personnes, dont le HCR continu de recevoir les demandes d'appui, aucun budget n'est disponible pour les prendre en charge au niveau tertiaire.

Seules des actions de plaidoyer du HCR donnent quelques bourses pour suppléer à celle DAFI qui offre une opportunité à un nombre limité et très sélectif d'étudiants.

2.2.5. Les activités de réception, visites à domicile, évaluation participative ont montré que plusieurs personnes à besoin spécifique (personnes âgées, celles vivant avec handicap, femmes seules, malades chroniques, enfants séparés et non accompagnés, etc.) ont du mal à se prendre en charge et faire face aux préoccupations essentielles de leurs dépendants ;

2.2.6. La plupart des gens vivent de l'informel pour subvenir à leur besoin essentiel. Il sied de noter que les réfugiés urbains sont confrontés à la situation socio-économique difficile à Ndjamena ; le marché de travail n'offre pas des débouchés pour les réfugiés, car trop exigü pour la population Tchadienne elle-même et aucune disposition égale ne clarifie à ce jour les conditions d'accès à l'emploi pour les réfugiés et demandeurs d'asiles. Les réfugiés qualifiés ne sont pas acceptés dans certaines corporations.

Les activités génératrices de revenus restent donc salvatrices pour la subsistance des réfugiés.

2.2.7. Le renforcement des capacités de la population à travers la sensibilisation et les formations sur l'égalité des sexes et les droits des femmes ainsi que le leadership reste est un atout pour la prise en compte des besoins des uns et des autres ainsi que leur implication dans les structures d'autogestion.

2.2.8. Les statistiques des réfugiés urbains et demandeurs d'asile au 17/10/2014, montrent que les enfants de 0-17 ans régulièrement enregistrés dans ProGres représentent 41,09 % (soit 1738) de la population totale. Le nombre total des filles est estimé à 49,25% (soit 856).

L'absence de mouvements spontanés de prise en charge dans différentes familles d'accueil comme cela peut être le cas dans d'autres contextes montre la complexité et la faiblesse des mécanismes communautaires de protection de l'enfant en milieu urbain.

III. Conclusion

N'Djaména et les grandes villes du Tchad abritent aujourd'hui environ 4525 réfugiés et demandeurs d'asile de diverses nationalités dont une majorité de centrafricains. La fragilité de la situation sociopolitique dans leurs pays d'origine ne permet pas actuellement d'envisager le rapatriement de ces réfugiés.

L'augmentation du nombre de réfugiés a entraîné une augmentation des dépenses plus que prévues, même par la révision à mi – parcours. Et ce, malgré toutes les mesures correctives prises par le HCR et son partenaire le CSSI, à savoir la révision des seuils d'assistance et l'établissement d'une nouvelle procédure de référencement pour les assistances.

Les deux principales causes sont les soins médicaux et les assistances alimentaires et sociales.

Aussi, une enquête socio-économique des ménages des réfugiés doit être menée le plus rapidement possible afin de:

- déterminer le degré de vulnérabilité des réfugiés (conditions de vie et accès aux ressources par rapport à la population locale)
- identifier les personnes à besoins spécifiques (PBS) avec leurs problèmes,
- évaluer les opportunités d'emplois que les réfugiés peuvent avoir
- d'identifier les meilleures réponses à apporter à leurs problèmes identifiés
- Rendre efficient et permettre un meilleur suivi et une meilleure maîtrise des assistances apportées aux réfugiés urbains

Ainsi, afin de faire efficacement face aux problèmes ci-dessus cités, le CSSI attend de l'UNHCR un renforcement des ressources humaines (le recrutement d'un personnel médical), matérielles (moyens roulants) et financières (ajustement du budget en tenant compte de l'augmentation démographique des réfugiés urbains et de leurs besoins) et le décaissement à temps des ressources financières.

2.2. Promotion de la santé communautaire

A. PROJET DE SENSIBILISATION SUR LES FISTULES OBSTETRIQUES DANS LA REGION DU MOYEN CHARI

Introduction

Malgré les efforts entrepris par le gouvernement du Tchad et ses partenaires techniques et financiers notamment l'UNFPA, la fistule obstétricale constitue toujours un problème de santé publique dans le pays. C'est pourquoi les uns et les autres doivent poursuivre leurs efforts afin de juguler ce fléau. C'est dans ce cadre que depuis 2013, le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI), une ONG œuvrant dans le domaine de la santé publique, apporte sa contribution dans la lutte contre le fléau avec le soutien financier de l'UNFPA. Le CSSI mène des activités de sensibilisation et de plaidoyer dans la Région sanitaire du Moyen Chari. Le présent rapport fait le point des activités exécutées durant le 2^{ème} trimestre 2014.

I. Activités réalisées

1.1. Formation des relais communautaires du DS de Danamadji sur la prévention des fistules obstétricales

Les 16 et 17 juin 2014, une session de formation a été organisée au profit de 30 relais communautaires du District sanitaire de Danamadji. La formation a été animée par le délégué sanitaire du Moyen Chari et le Médecin chef du district sanitaire de Danamadji. Elle a permis de doter 30 relais communautaires de connaissances sur la fistule obstétricale, ses causes et conséquences et aussi de compétences sur la sensibilisation et l'orientation des victimes vers les centres de santé.

Les relais formés proviennent des différentes zones de responsabilités du district sanitaire (cf tableau ci-dessous).

Tableau 1 : ZR de provenance des relais formés

Zones de responsabilité	Nombre relais	Observations
Bendana	1	
Bendana	2	
Danamadji	4	
Dolpi	1	
Koumogo	2	
Manda II	1	
Maro	4	Dont camp de réfugiés
Miavélé	2	
Moussoro	1	

Moyo	3	
Ndimakyon	1	
Sako	3	ZR non fonctionnelle
Sido	2	ZR non fonctionnelle
ZékéZéké	3	
TOTAL	30	

1.2. Organisation de rencontres de plaidoyer et de sensibilisation

Des réunions de plaidoyer ont été organisées dans les districts de Sarh et Danamadji.

A Sarh, la réunion a eu lieu le 25 juin dans la grande salle de la mairie de Sarh sous la conduite du délégué sanitaire du Moyen Chari et du Médecin chef du district sanitaire de Sarh en présence des points focaux fistules de CSSI. Des séances préparatoires ont eu lieu avec le Préfet du département du Barh Ko dès le 23 juin afin de briefer le Préfet sur les activités menées. Des communiqués radio diffusés ont été faits sur les ondes de 02 radios de la place. La réunion a connu la présence des conseillers municipaux, les chefs d'arrondissements, les chefs de quartiers et de carré ainsi que les représentants des associations de développement et de la société civile.

Au total ce sont 56 personnes qui ont assisté à la séance de plaidoyer ; Le Préfet du département du Barh Ko a personnellement ouvert la séance qui a été marquée par le mot introductif du Préfet, les explications techniques données par le médecin chef du district et le mot du point focal. La séance s'est poursuivie dans des échanges de questions réponses. Il faut noter que le Préfet et madame le Maire de Sarh ont assisté de bout en bout à cette rencontre qui a duré de 9 heures à 12h55.

Dans le district de Danamadji, il était prévu de tenir une réunion de plaidoyer regroupant 50 leaders d'opinion. Il a été organisé au total deux rencontres de plaidoyer : une dans la ville de Danamadji le 15 juin 2014 et une autre à Maro le 18 juin 2014. Ces rencontres ont regroupé en tout 124 leaders.

Auparavant des séances préparatoires ont été tenues avec les responsables administratifs locaux.

La réunion de Danamadji a regroupé 60 participants comprenant les leaders religieux, les chefs de quartiers et de carré, des fonctionnaires et les responsables de groupements et associations de la localité.

A Maro, la rencontre s'est tenue dans la cour du Chef de canton également maire de la localité. La rencontre a regroupé 64 participants durant 3 heures d'horloge.

Il faut noter lors de toutes ces rencontres, la présence massive des femmes, des responsables religieux et des responsables administratifs.

L'implication des radios locales (Radio Sarh et Radio Lotiko) a permis de relayer l'information au-delà des personnes physiquement présentes.

Les personnes présentes ont souhaité la répétition de ces rencontres. Les femmes ont déploré le fait que jusqu'à ce jour il n'y ait pas eu de prise en charge de cas de fistules.

1.3. Organisation de missions de supervision

Deux missions de supervision ont été réalisées : celle du Directeur et de l'Administrateur de CSSI suivie de celle du Conseiller CSSI.

La mission du Directeur assisté de l'Administrateur a permis de relancer les activités après leur interruption en fin janvier 2014.

Quant à la mission du conseiller, elle poursuivait un double but :

- assurer le suivi des activités
- organiser une rencontre et de faire le bilan des activités depuis le démarrage des activités par CSSI.

1.4. Tenue d'une réunion bilan

La rencontre tenue le 21 juin 2014 a constitué l'opportunité pour

- faire le bilan des activités
- lancer les sorties de pré-confirmation des cas suspects identifiés par les relais.

A cet effet, le Délégué sanitaire régional a mis son véhicule à la disposition des points focaux accompagnés d'un infirmier pour la confirmation.

Le tableau ci-dessous résume la situation des cas suspectés et pré- confirmés.

Tableau 2 : Cas pré confirmés par ZR

Districts	Zones de responsabilité	Cas suspects	Cas pré confirmés
DS Danamadji	Danamadji	5	2
	Koumogo	4	
	Maro (Belom)	1	
	Sandan	4	
DS Sarh	Djoli	2	1
	Kaga	2	
	Kemata	1	1
	Kemndéré	6	
	Korbol	5	2
	Koutou	3	1
	Manda 1	1	1
	Niellim	3	2
	Sarh Centre	14	10

	Toulala	3	1
	TOTAL	54	21

La confirmation des cas de fistules se fera à l'examen médical par le gynécologue.

II. Bilan financier

Le bilan financier est soumis à travers le formulaire requis FACE

Conclusion

Les activités se sont bien déroulées malgré le décaissement tardif et la période très limitée pour la mise en œuvre.

On note une prise de conscience de la situation. Les points focaux ont été interpellés lors des différentes séances de sensibilisations sur l'organisation de campagnes de traitement. Pour plus de crédibilité pour la suite des activités, il y a lieu d'organiser rapidement une campagne de traitement des cas confirmés. Ces cas ne constituent pour autant que la partie visible de l'iceberg. C'est dire que les campagnes de plaidoyer doivent être poursuivies et l'extension faite au district de Kyabé qui connaît aussi la même prévalence que les deux autres districts sinon pire encore.

2.3. Santé des populations mobiles

Pas d'activités spécifiques menées

2.4. Développement des activités de laboratoire et de diagnostic médical

Des discussions préliminaires avec élaboration d'une ébauche de projet de création d'un laboratoire ont été menées.

Axe 3 : Etudes et Recherche opérationnelle

3.1. Développement de la recherche

A. RECHERCHE SUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT EN MATIERE D'HYGIENE ET D'ASSAINISSEMENT

Introduction

Le Projet de recherche sur le changement de comportement en matière d'hygiène et assainissement vise de façon globale de tester et de mettre en place un cadre pour l'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène afin de prévenir efficacement et durablement les cas de choléra dans le centre et sud du Tchad. Par conséquent, le projet entend à l'issue d'une étude évaluative des pratiques comportementales des individus dans les ménages, tester des stratégies et techniques en matière de modification du comportement appliquées dans le domaine de l'hygiène personnelle, basée sur les déterminants psychologiques de comportement individuel.

L'approche comprend trois étapes d'activités: (1) l'évaluation d'une étude de référence sur les comportements existants, (2) le développement de stratégies d'intervention sur mesure pour cibler les facteurs comportementaux critiques, et (3) l'évaluation post-intervention qui permette de suivre et évaluer les effets.

I. Présentation générale du projet

1.1. Objectifs du projet et Résultats attendus

Objectif Général: Contribuer à la réduction de risque de propagation des maladies oro-fécales dont le choléra.

Objectifs spécifiques

1. Améliorer les connaissances des populations en techniques de traitement de l'eau;
2. Promouvoir l'hygiène individuelle et collective ;
3. Assurer l'accès aux sources d'eau sûres ;
4. Assurer une meilleure gestion des excréta ;
5. Renforcer les capacités du personnel de santé et autres volontaires ;
6. Développer les activités de sensibilisation envers les différentes couches sociales.
7. Mettre en place les ouvrages d'hygiène et d'assainissement ;
8. Doter les communautés en intrants Wash ;
9. Assurer la supervision formative ;
10. Renforcer les approches communautaires qui stimulent un changement de comportements durable en matière d'hygiène et d'assainissement

Résultats attendus

1. Les populations adoptent de façon durable et soutenue, les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement ;

2. Les conditions sanitaires et socio-économiques des communautés bénéficiaires sont améliorées et les maladies liées à l'eau et à l'assainissement et hygiène sont réduites de façon durable ;
3. Les capacités du personnel de santé et autres volontaires renforcées
4. Tous les mécanismes de gestion et du suivi technique et financier ont été mis en place et les ouvrages d'eau potable et d'assainissement sont gérés de façon durable ;
5. Les techniques de traitement de l'eau est maîtrisées par les communautés ;
6. Le stock en intrants Wash est assuré ;
7. L'accès à l'eau potable est assuré.

1.2. Collaboration institutionnelle

Le projet est mis en œuvre dans une large collaboration institutionnelle. Du point de vue de collaboration de réalisation, c'est un engagement entre trois Institutions que sont l'OMS, EAWAG, CSSI et MSP. Du point de vue de la mise en œuvre sur le terrain, le CSSI et EAWAG assurent les activités de recherche et d'intervention en partenariat avec les services déconcentrés du Ministère de la Santé Publique (DSR et Districts).

1.3. Principaux bailleurs

Le projet a pour principal bailleur l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

1.4. Zone d'intervention

Le projet a pour sites d'étude et d'intervention les zones prioritaires du Ministère de la Santé en matière de surveillance de Choléra, notamment les districts frontaliers avec le Cameroun. Il s'agit de :

- Districts de N'Djaména Nord, N'Djaména Sud et N'Djaména Est,
- District de Massaguet,
- District de Mandalia,
- District de Bongor et District de Guelendeng.

1.5. Durée du projet

La 2^{ème} phase du projet de recherche Wash/Cholera est situé entre janvier et décembre 2014.

1.6. Equipe de coordination

Au niveau du CSSI, le projet est coordonné par Hamit Kessely, point focal du Projet et le Directeur du CSSI.

II. Bilan des activités réalisées en 2014

2.1 Mission préparatoire de l'enquête de base 2

Dans le cadre de l'organisation de l'enquête Wash relative à l'étude « recherche et intervention pour le changement de comportement en matière d'hygiène et assainissement », une équipe du CSSI s'est rendue en mission préparatoire du 17 au 19 mars 2014 au Mayo Kebbi Est, notamment à Bongor et à Guelendeng.

L'objectif de la mission était de rencontrer et discuter avec les autorités sanitaires, administratives et communales en vue de préparer la prochaine enquête Wash dans les districts sanitaires de Bongor et de Guelendeng.

L'équipe de la mission était composée de Hamit KESSELY, point focal du projet, ALI KOITIGAM, superviseur de l'enquête et le chauffeur SOURADJ ABDOULAYE

L'équipe de la mission a rencontré et travaillé successivement avec la Délégation Régionale Sanitaire du Mayo Kebbi Est et l'équipe cadre du District, ainsi les autorités administratives de la Région (Gouverneur et Préfet). Le Chef de la mission du CSSI a expliqué à son Excellence le Gouverneur de la Région du Mayo Kebbi Est Mr MAHAMAT ALI HASSABALLAH et la DRS l'objectif de la recherche et le choix de la Région du Mayo Kebbi Est comme l'une de zones de l'étude. Les autorités administratives et sanitaires de la Région ont salué l'initiative de cette étude et ont félicité les efforts des partenaires du Ministère de la Santé qui accompagne la politique du Gouvernement en matière du bien être de la population tchadienne.

2.2 Mission préparatoire 2 (sensibilisation communautaire)

Dans le cadre de l'organisation de l'enquête Wash relative à l'étude « recherche et intervention pour le changement de comportement en matière d'hygiène et assainissement », une équipe du CSSI s'est rendue en mission du 28 au 29 avril 2014 à Bongor.

L'objectif de la mission était la formalisation d'un contrat avec la Radio Terre Nouvelle de Bongor (RTN) pour la réalisation et les diffusions des spots de sensibilisation en perspective de l'enquête WASH au Mayo Kebbi Est.

L'équipe de la mission était composée de Hamit KESSELY, point focal du projet, et du chauffeur Goubaye PARI DOUGLAS. La mission a quitté N'Djaména à 08H00 mn et était arrivée à Bongor à 11h50mn. Aussitôt arrivée, l'équipe de la mission s'est rendue à la Radio Terre Nouvelle (RTN) pour discuter le contrat de prestation. Pour la circonstance, le point Focal du projet a été reçu par le Directeur de la Radio qui a salué le choix porté à sa station pour la prestation de réalisation et les diffusions des spots de sensibilisation. Une séance de travail avec le responsable de programmes de la Radio a permis de formaliser ledit contrat qui comprend un volet réalisation des spots dans les 3 langues (Français, Arabe et Massa) et un volet diffusions.

Le 29 avril 2014 l'équipe de la mission s'est rendue au District Sanitaire de Bongor. La rencontre de travail avec le Médecin Chef du District Dr MASSIRABAYE NGARAITA et le Chef des zones de responsabilités de Bongor Mr MBAIGONRO TADERMBAYEL a permis à l'équipe de la mission de situer ces autorités sanitaires du double but de la mission, notamment la réalisation et diffusions des spots dans les 3 langues pour préparer la population d'une part, et informer les autorités de la date retenue pour le lancement de l'enquête d'autre part.

2.3. L'enquête de base 2

Du 4 au 16 mai 2014, une mission mixte CSSI et EAWAG s'est rendue dans le Mayo Kebbi Est, notamment à Bongor et à Guelendeng pour l'organisation de l'enquête de base 2 du projet « recherche et intervention pour le changement de comportement en matière d'hygiène et assainissement ».

L'équipe de la mission était composée de 16 personnes, dont 10 enquêteurs, 2 superviseurs, le Point focal du CSSI et Jonathan Lilje de EAWAG, ainsi que 2 chauffeurs.

L'objectif de la mission était d'organiser la complétude de l'enquête Wash auprès des 400 ménages au Mayo Kebbi Est, dont 240 ménages dans le District sanitaire de Bongor et 160 ménages dans le District Sanitaire de Guelendeng

A l'issue des diverses communautaires préparatoires, l'opération de l'enquête fut lancée à Bongor. A l'issue de 8 jours d'activités intenses, l'équipe de la mission est parvenue à boucler l'étape 1 de l'enquête à Bongor le 11 mai 2014, qui a permis d'enquêter les 240 ménages retenus

Le 12 mai 2014, l'équipe de la mission a voyagé pour Guelendeng pour l'étape 2 de l'enquête. Arrivée très tôt à 8h 30mn à Guelendeng, l'équipe de la mission s'est aussitôt rendue chez le Médecin Chef de District de Bongor pour une séance de travail. La réunion avec le MCD et le responsable d'Hygiène et Assainissement du District a permis de leur annoncer l'arrivée de l'équipe des enquêteurs et superviseurs, et sollicité leur implication pour la réussite de l'enquête à Guelendeng.

A l'issue donc de 4 jours d'enquête à Guelendeng, l'équipe de la mission a pu enquêter les 160 ménages retenus pour ce district sanitaire. La fin de l'étape de l'enquête de Guelendeng a marqué aussi la fin de la 2^{ème} enquête WASH dans le Mayo Kebbi Est.

2.4. 1^{ère} Evaluation des infrastructures de santé

Dans le cadre de la poursuite de la mise en œuvre des activités du projet « recherche et intervention pour le changement de comportement en matière d'hygiène et assainissement », une mission conjointe OMS/MSP/CSSI s'est rendue du 5 au 14 août 2014 dans les districts sanitaires de Massaguet, de Mandalia, de Guelendeng et de Bongor. L'objectif de la mission était d'évaluer les infrastructures d'eau, hygiène et assainissement au sein des structures sanitaires de la zone du projet.

L'équipe de la mission était composée de Hamit KESSELY, point focal du projet, Naissem JONAS de l'OMS Tchad, Antoine GUETORA du Ministère de la Santé, Nouvellon ALBAN consultant de l'OMS chargé d'évaluer les structures sanitaires visitées. Mr Edmond RASSEM, spécialiste Wash du CSSI a rejoint l'équipe de la mission dans la dernière étape de Mandalia et Koundoul.

La mission a commencé d'abord par les visites de deux centres de santé de N'Djaména, notamment le centre de santé de Milezi et le centre de santé de Diguel Est. L'étape de N'Djaména fut bouclée par une visite de courte durée au Délégué Régional Sanitaire de N'Djaména pour l'informer de la mission.

Le 5 août 2014, l'équipe de la mission s'est rendue à Massaguet. Après une séance de travail avec le MCD de Massaguet, la mission a visité le centre de santé de Massaguet urbain pour diagnostiquer la situation d'infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement et interviewer le RCS certains aspects du Wash.

Après l'étape de Massaguet, l'équipe de la mission s'est rendue sur dans les districts sanitaires de Bongor, de Guelendeng et du Mandalia pour évalué quelques centres de santé desdits districts.

Les résultats de cette mission d'évaluation des installations d'infrastructures eau-hygiène-assainissement des centres de santé a permis d'évaluer la situation critique de ces structures en matière d'installation WASH (incinérateur, latrines, hygiènes, gestion des déchets médicaux et eau).

2.5. 2^{ème} évaluation des infrastructures sanitaires

Dans le cadre de la poursuite de la mise en œuvre des activités du projet « recherche et intervention pour le changement de comportement en matière d'hygiène et assainissement », une équipe mixte OMS/CSSI a organisé une mission complémentaire de l'évaluation de la situation Eau-Hygiène et Assainissement dans les centres de santé des districts de N'Djaména Sud, Mandalia, Guelendeng et de Bongor. L'objectif de la mission était d'évaluer les infrastructures d'eau, hygiène et assainissement au sein des structures sanitaires desdits districts.

L'équipe de la mission était composée de Hamit KESSELY, point focal du projet et de ALBAN Nouvellon, Consultant de l'OMS chargé d'évaluer les structures sanitaires visitées

La mission a commencé d'abord par les visites de deux centres de santé de N'Djaména, notamment le centre de santé de Walia et le centre de santé de Chagoua. Le 9 décembre 2014, l'équipe de la mission s'est rendue à Koundoul pour évaluer le Centre de Santé ATEFA de Koundoul. Avec la responsable du Centre de santé l'Agent Technique de Santé NEOUME KOBDEJI l'équipe de la mission a évalué l'ensemble du dispositif en eau, hygiène et assainissement du CS. A l'issue de l'étape de Koundoul, l'équipe de la mission a quitté pour passer la nuit à Bongor.

Le 10 décembre 2014, l'équipe de la mission a entamé ses activités à Bongor. Une visite au Délégué Régional Sanitaire du Mayo Kebbi Est a permis tout à d'abord de situer le but de la mission. L'équipe de la mission s'est ensuite rendue au District où à l'absence du MCD, une réunion de travail fut organisée avec le Chef de Zones de Responsabilité. Après cette étape préparatoire, la mission s'est rendue successivement aux centres de santé de Bongor Urbain 2 et Bongor Urain 3. L'évaluation de la situation d'eau, hygiène et assainissement des deux centres de santé a constitué l'essentiel des activités de l'équipe de la mission toute la journée.

Le 11 décembre 2014, l'équipe de la mission a mis le cap sur le District sanitaire de Guelendeng. A l'absence du MCD en mission à N'Djaména, l'équipe de la mission a tenu une réunion de travail avec le Chef de zones de responsabilité et le responsable WASH du District. A l'issue de la réunion, l'équipe de mission s'est faite accompagné par le responsable WASH du District pour l'évaluation de la situation d'eau, hygiène et assainissement du centre de santé évangélique Bethesda de Guelendeng. C'est donc sur une note de satisfaction que l'équipe a bouclé sa mission et est rentrée le 11 décembre 2014 au soir à N'Djaména.

2.6. Atelier de restitution des activités du projet

Pour évaluer la phase de recherche du projet et projeter la phase d'intervention prévue pour 2015, un atelier de restitution de résultats de l'enquête fut organisé du 4 au 5 décembre 2014 à Etena à la périphérie de Ndjamen. Les objectifs de l'atelier étaient :

Ensuite, les objectifs de l'atelier ont été présentés, à savoir :

- Partager les résultats de l'enquête de référence concernant les déterminants de comportement sur les pratiques touchant à l'eau, l'hygiène et l'assainissement aux partenaires du projet au niveau national, mais également au niveau des districts et communautés.
- Concevoir l'intervention sur les changements de comportement liés à l'eau, l'hygiène et l'assainissement et préparer un plan d'action détaillé pour sa mise en place dans les communautés ciblées par le projet.
- Partager des résultats préliminaires sur l'évaluation des conditions eau, hygiène et assainissement dans les centres de santé inclus dans la zone du projet et l'élaborer un plan de travail pour améliorer les conditions eau, hygiène et assainissement dans les centres de santé.
- Solliciter les commentaires des parties prenantes et élaborer des stratégies sur la façon de coordonner le projet en cours entre les partenaires et autres acteurs travaillant sur l'EHA et le cholera dans le pays.

L'atelier a permis de situer l'avancée du projet, de déceler les points et les points faibles et solliciter l'implication des acteurs présents pour une bonne réussite de la phase d'intervention prévue pour 2015.

B. PROJET « ELIMINATION DE LA RAGE A N'DJAMENA ET AU TCHAD »

Activités réalisées

Janvier 2014	Finalisation de la campagne de vaccination 2013
Février-Mars 2014	Mission pour la collecte des données sur la démographie canine nationale et les connaissances de la rage chez la population rurale. (Rapport Annexe 1)
Mars-Avril 2014	Saisie des données de la mission au niveau national
Janvier-Décembre 2014	Rédaction des articles scientifiques (Annexe 2).
Juin 2014	Publication du bilan de la campagne 2012 dans Bulletin of Animal Health and Production
Janvier-Decembre 2014	Continuation de la collecte des données sur les morsures des chiens.
Aôut-Septembre 2014	Saisie d'une partie des données de l'étude morsure.

ANNEX 1 : Rapport de mission de la collecte de données nationales sur ladémographie canine, connaissance de la rage.

Sortie Nord de la mission : Guera et WadiFira

Date prévue : 8. Février – 9. Mars 2014

Objectif : Collecte des données sur la démographie canine, les connaissances de la rage et sur les maladies chroniques humaines.

Participant :

Séraphin Madjadinan, chef de mission
 Emma Abderamane, chauffeur
 Ali Koitigam, enquêteur
 Ibrahim Appolinaire, enquêteur
 EnosMadaye, enquêteur
 Abdelkader Bourkou, enquêteur

La mission qui devait commencer le 08 février 2014, ne débutera que le 12 février 2014 à cause de non disponibilité de l'argent. L'équipe du Nord part le 12 février 2014 pour passer la nuit à Abéché et arrive le lendemain 13 février 2014 à Guéréda , avec un détour à Biltine pour prendre contact avec les autorités de la région. C'est dans le département de Dar-Tama, chef lieu Guereda que va commencer la 1ere étape de la collecte de données.

Collecte de données dans le Département de Dar-Tama, Région de WadiFira

N°	Sous-préfecture	Canton	Villages enquêtés	Date de collecte
1	Sérim-Birké	Birack	Wadi-Barid	14-02-2014

2	Sérim-Birké	Bali	Quartier 4	15-02-2014
3	Guéréda	Wilkouré	Gosfile	16-02-2014
4	Guéréda	Wilkouré	Teitigué	17-02-2014
5	Guéréda	Wilkouré	Koyoma 1	17-02-2014
6	Guéréda	Modré	Ahouné	18-02-2014
7	Guéréda	Troa Sud	Natika	18-02-2014
8	Guéréda	Koursigué	Aouré	19-02-2014
9	Kolonga	Djéré	RidjilArdep	19-02-2014
10	Kolonga	Maraoné	Afta	20-02-2014

Vous remarquerez que le 17, 18 et 19 février 2014 nous avons collecté à chaque fois les données dans deux villages et non dans un comme prévu par le protocole d'enquête.

En raison de l'éloignement de ces villages de la ville de Guéréda ou nous passons la nuit ; les terrains difficiles : montagnes, vallées, les wadis ; l'impraticabilité des routes. Les questions d'insécurité, les autorités nous donnent souvent des consignes de ne pas rester dans ces villages au delà de 15heures, ce qui limite notre potentiel et nous oblige à vite faire et de quitter la zone.

Pour donc toutes ces raisons nous avons été obligé de changer quelque peu la procédure pour ne pas nous s'exposer au pire.

Nous quittons le WadiFira le 21-02-2014, pour Abéché pour nous reposer deux jours, toujours par un arrêt à Biltine.

Collecte des données dans le Département de Mongo, Région du Guera

N°	Sous-préfecture	Canton	Villages enquêtés	Date de collecte
1	Baro	Migami	Tchelati	25-02-2014
2	Niergui	Bidio	Kossok	26-02-2014
3	Niergui	Bidio	DomaiKillim	27-02-2014
4	Niergui	Commune de Niergui	Gramo	27-02-2014
5	Niergui	Abassié	Changuin	28-02-2014
6	Mongo	Commune de Mongo	Hillé Arabe	01-03-2014
7	Mongo	Dadjo I	Mambegna	02-03-2014
8	Mongo	Dadjo I	Dotchones Banda	03-03-2014
9	Mongo	Misserié Oyo	Hidjelidje	04-03-2014
10	Mongo	Misserié Oyo	Riguewé	05-03-2014

Les villages Allanda du canton Abassié et Dirames Dougous de Missérié Oyo ne se trouvent nulle part dans ces cantons. Pour résoudre ce problème, nous avons procédé au tirage de manière aléatoire de deux autres villages dans les cantons concernés en établissant à chaque fois la liste des villages de chaque canton.

Pour les données collectées, nous avons une liste de quatre (4) enquêteurs et chaque enquêteur remplit 6 questionnaires par jour et par village. Ce qui fait au total : 4 enquêteurs * 20 villages * 6 questionnaires = 480 questionnaires remplis pour la missions Nord.

La collecte des données sur la démographie canine, la connaissance de la rage et les maladies chroniques humaines se sont bien déroulées. Les autorités administratives et militaires nous ont apportés l'appui nécessaire au déroulement de nos activités, car l'insécurité reste un problème récurrent même aujourd'hui dans le WadiFira.

Sortie Sud de la mission : Grande Sido et Kouh Ouest

Date prévu : 8. Février – 9. Mars 2014

Objectif : Collecte des données sur la démographie canine, les connaissances de la rage et sur les maladies chroniques humaines.

Participant :

Monique Léchenne, chef de mission
DjérabeEsaie, chauffeur
Jean Mbaipago, enquêteur
MadjissembayeNarjanan, enquêteur
OralbayeSylvère, enquêteur
Debem Clarisse, enquêtrice

Calendrier :

La mission a quitté N'Djaména 4 jours plus tard que prévu à cause de problème pour obtenir l'argent nécessaire pour le voyage. Au cours de route il nous était possible de rattraper c'est journées perdues au début par quelquefois visitant deux villages par jours ou joindre des jours de voyage avec des jours de travaux (voir calendrier ci-dessous). Grace à cet effort nous sommes revenus le 7. Mars à N'Djaména, après 24 jours de mission, sans excédée la date du fin de mission le 9.Mars, qui est indiqué sur l'ordre de mission. La différence entre les journées effective de mission et la somme des journées de travail, voyage et repos (journées calculatoires de mission) qui est de 28 jours, justifie la rémunération des enquêteur selon les 28 jours de mission prévus et les récompense pour le double efforts sur terrain due à la rattrapage des journées.

Date	Itinéraire	Journées de travail	Journées de voyage	Journées de repos
12.02.2014	Moundou-Sarh		1	
13.02.2014	Sarh-Sido	1	1	
14.02.2014	Sido-Maró	1		
15.02.2014	Maró	1		
16.02.2014	Maró	1		
17.02.2014	Maró		1	
18.02.2014	Maró-Djéké-Djéke	1	1	
19.02.2014	Djéké-Djéké	1		
20.02.2014	Djéké-Djéké	1		
21.02.2014	Djéké-Djéké	1		
22.02.2014	Djéké-Djéké-Sarh	1	1	

23.02.2014	Sarh			1
24.02.2014	Sarh-Doba		1	
25.02.2014	Doba-Béboto	1	1	
26.02.2014	Béboto	1		
27.02.2014	Béboto	1		
28.02.2014	Béboto	1		
01.03.2014	Béboto	1		
02.03.2014	Béboto			1
03.03.2014	Béboto	1		
04.03.2014	Béboto	1		
05.03.2014	Béboto	1		
06.03.2014	Béboto-Moundou		1	
07.03.2014	Moundou- N'djaména		1	
Journées effectives de mission		24		
Journées calculatives de mission		28	17	9
			2	

Lieux visités :

Région : Moyen Chari

Département : Grande Sido

Date	Sous-préfecture	Canton	Nr. du village	Nom du village
13.02.2014	Sido	Sido	1	Maitro
14.02.2014	Sido	Sido	2	Dokissa
15.02.2014	Maro	Maro	3	Ngakorio 1
16.02.2014	Maro	Gourourou	4	Gourourou
16.02.2014	Maro	Gourourou	5	Morkon
18.02.2014	Danamadji	Moyo	6	Maïkobo
19.02.2014	Djéké-Djéké	Djéké-Djéké	7	Maïmbayan
20.02.2014	Djéké-Djéké	Djéké-Djéké	8	Ngonanga
21.02.2014	Djéké-Djéké	Moussoro	9	Moussongoro
22.02.2014	Djéké-Djéké	Bendana	10	Ndinakobo

Région : Logone Orientale

Département : Kouh Ouest

Date	Souspréfecture	Canton	Nr. du village	Nom du village
25.02.2014	Béboto	Béboto	11	Bégolo
26.02.2014	Béboto	Béboto	12	Béboungaye
27.02.2014	Béboto	Béboto	13	Doromth
28.02.2014	Baké	Béboto	14	Bengambyan
01.03.2014	Dobiti	Béboto	15	Madana 1
01.03.2014	Dobiti	Béboto	16	Bongmara
03.03.2014	Baké	Béboto	17	Beido
03.03.2014	Baké	Béboto	18	Bakassa 1
04.03.2014	Baké	Béboto	19	Commune de Baké
05.03.2014	Béboto	Béboto	20	Béhongo 1

Annex 2

Publication subject	First author	Main co-authors	Senior author	1. Draft expected	Publication	Targeted journal
Operational efficacy of the two vaccination campaigns in Ndjamenana 2012/2013	Monique Léchenne	Rolande Mindekem, Assandi Oussiguere	Prof. Alfarouk	July 2014	2014	Vaccine or Tropical Medicine and International Health
Dynamics of the incidence of dog rabies and human dog bite exposure in Ndjamenana 2011-2014	Rolande Mindekem	Service Naissengar	Jakob Zinsstag	September 2014	2014	Preventive Veterinary Medicine
Comparative coverage and accessibility of the two vaccination campaigns 2012/2013 in N'Djamena Chad.	Monique Léchenne	Monique Léchenne, Rolande Mindekem	Jakob Zinsstag	August 2014	2014	PLOS NTD
Transmission dynamics of dog rabies elimination	Jakob Zinsstag	Monique Léchenne		October 2014	2015	Science or PNAS
Economics of dog rabies elimination in N'Djaména	Rolande Mindekem	Monique Léchenne, Assandi Oussiguéré	Jakob Zinsstag	December 2014	2015	Bulletin of WHO

C. ACTIVITES RESIDUELLES DE L'ETUDE MENAFRICAR

En 2014, les activités laboratoire du projet MenAfricar étaient arrivées presque à terme et définitivement clôturées en octobre.

- En bactériologie les résultats de PCR étaient documentés et envoyés à Londres en Mars et avril 2014.
- Les activités ELISA en virologie étaient basées sur la cross-validation, mais par manque de réactifs, toutes les activités sont suspendues à partir de Juin et arrêtée en Octobre 2014.
- Les sérums de XS1et HH et les ADN sont envoyés à Manchester et à Oxford pour la biologie moléculaire.

Axe 4 : Introduction des NTIC pour le renforcement des compétences et des services

4.1. Développement de e-santé et Promotion du e-one/m-one

Le CSSI reste le pionnier au Tchad dans le domaine de e-santé. Il dispose à son siège d'une unité pour le télé-enseignement.

En 2014, il a procédé à l'ouverture de l'unité de télémédecine au niveau de l'hôpital régional d'Am-Timan dans le Salamat.