

RAPPORT d'ACTIVITES

2006-2009

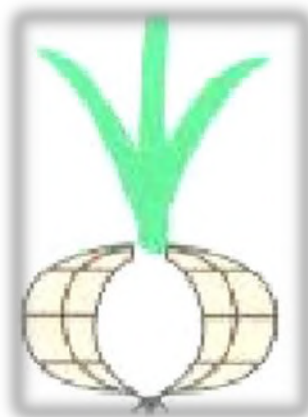
SOMMAIRE

I. BREVE PRESENTATION DU CSSI.....	4
A. Création :.....	4
B. Objectifs :.....	5
- Le Comité de Direction.....	5
C. Projets/Programmes	6
I : Programme d'appui au district de santé de Mada	6
II : APPUI A LA DELEGATION SANITAIRE REGIONALE DE LA TANDJILE.	8
ACTIVITES	8
Activités de la Direction du CSSI	8
Activités de l'équipe de terrain	10
Analyse de situation dans la région sanitaire	10
• Appui à l'organisation des services.....	12
• Appui à la planification	16
• Appui à la formation et supervision	18
• Appui à la gestion de la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement de la Tandjilé (PRAT).....	23
• Appui à la participation communautaire et à la gestion du financement communautaire	24
• Appui à la gestion des médicaments	25
• Evolution des principaux indicateurs de performance dans la tandjile	26
X. Evolution des principaux indicateurs sanitaires hors PEV dans la DRST	26
XI. Evolution des indicateurs du PEV dans la DRST	26
SITUATION DES MALADIES CHRONIQUES	26
XII. Lèpre.....	26
XIII. 26	
XIV. Tuberculose.....	26
• Autres activités d'appui à la Délégation et aux districts	27
• Appui au Pool de formation des ATS de Moundou	27
Concertations avec la direction CSSI et le niveau central	30
Difficultés rencontrées dans le cadre de l'appui	31
Au niveau de la Direction du CSSI	31
Au niveau de l'équipe de terrain.....	31
Conclusion et recommandations	32
Etat d'exécution des activités	34

• Appui au développement du District Sanitaire d'Am-Timan	37
• Appui à l'amélioration de la qualité de soins de santé secondaire à l'Hôpital de District Sanitaire d'Aboudeïa.....	46
III. PROJET ENFANTS DE LA RUE	49
CONCLUSION	54
XV. 54	
IV. RAPPORT DES ACTIVITES D'AGENT LOCAL DU FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME.....	55
V. ETUDES, RECHERCHES ET FORMATIONS DES COLLABORATEURS.....	56
5.1 Partenariat pour l'attenuation des syndromes en recherche sociale	56
5.1.1 - Projet education, conseil et prevention des ist/vih/sida en faveur des adolescents des lycees au tchad.....	56
5.2 - Appui au systeme national de la recherche agricole (SNRA)	60
5.3 Projet lutte contre la rage canine a N'djamena	61
VI. ETUDE SUR LA TUBERCULOSE EN MILIEU NOMADE.....	62
CONCLUSION :	64
VII. ETUDE DES MALADIES COURANTES DANS LES MENAGES A FAIBLES MOYENS OU A MOYENS ASSEZ RESTREINTS	65
VIII. SANTE ET BIEN-ETRE DES POPULATIONS EN MILIEU URBAIN DEFAVORISE ET EN ZONE NOMADE EN AFRIQUE DE L'OUEST, ACTIVITES DE RECHERCHES	66
8.1 Activités de recherche de Mahamat Abdoulaye Ahmed pour 2006-2007	66
8.2 Activités de recherche de Hamit Kessely pour 2007	66

I. BREVE PRESENTATION DU CSSI

I.1. LOGO



Légende

Ce logo est symbolisé par **la JACINTHE des bois** connue pour ses vertus thérapeutiques (curatives et préventives) dans nombre de communautés tchadiennes et africaines.

La JACINTHE des bois est désignée par exemple chez les « Sara* » sous le vocable de « Ndoudja » ou « Ndidja ». Elle est vulgairement nommée oignon sauvage par certaines personnes à cause de leur forte ressemblance.

La JACINTHE des bois ou « Ndoudja » médicinal est souvent plantée et entretenue dans une jarre, raison pour laquelle elle est mise ici dans le globe terrestre, caractérisant ainsi la dimension internationale du CSSI.

Mbaïasra Ruben

A. Création :

Créé en 1996, le CSSI reflète une longue histoire de présence au Tchad d'une institution internationale qui est l'Institut Tropicale Suisse (ITS) à Bâle en Suisse devenu aujourd'hui Institut Tropicale et de Santé Publique Suisse (SWISS TPH). La politique de l'ITS visant à renforcer les compétences et les capacités nationales l'a conduit à transformer en 1993 son bureau de coordination de N'Djamena en Bureau d'Appui Santé et Environnement de l'Institut Tropicale Suisse au Tchad (ITS- BASE). En juillet 1996, le Bureau d'Appui Santé et Environnement (BASE) est devenu complètement autonome et l'ITS a conservé au Tchad sa présence à travers le Centre de Support en Santé Internationale.

De 1999 à 2006, le CSSI est resté le bureau local de l'ITS avec une certaine autonomie de gestion, géré par une équipe entièrement nationale disposant d'expériences considérables acquises au cours des années d'action de l'ITS au Tchad et en Afrique. En effet, fondée en 1943, l'ITS se consacre au développement de la Santé Internationale. Ses activités dans le cadre de ses mandats nationaux et internationaux lui ont permis une reconnaissance au niveau mondiale dans le domaine de la santé internationale.

Depuis janvier 2006 le CSSI a connu une nouvelle transformation et est devenu une organisation non gouvernementale (ONG).

Le CSSI se profile comme une ONG d'expertise en santé publique, santé communautaire et gestion de l'environnement physique et social. Il assure des prestations de service pour le compte des Etats et des différentes organisations et institutions. Le CSSI est une organisation à but non lucratif.

B. Objectifs :

Le CSSI a pour objectifs de :

1. contribuer à l'amélioration de la santé des populations au niveau national, sous régional et international, au travers des services, de la recherche, de la formation et des renforcements des capacités en partenariat. Les domaines suivants sont concernés :
 - 1.1. la santé humaine et animale
 - 1.2. la gestion de l'environnement social
 - 1.3. la communication sociale

toutefois, ces domaines pourront enregistrer des adaptations ou des compléments suivant l'avancée universelle des sciences et des techniques et suivant les changements de contextes en République du Tchad et dans la sous-région autour des questions de développement ;

2. d'apporter un appui sous forme de conseils, de consultation et d'autres services à des organisations gouvernementales et non-gouvernementales dans ses domaines de recherche et de compétence au Tchad et dans la Sous-région ;
3. d'assurer la diffusion, la publication et la vulgarisation des résultats de recherches au niveau national, sous-régional et international ;
4. d'apporter son concours aux universités, instituts de recherches et grandes écoles à la formation des chercheurs et des étudiants (à partir du niveau Licence) par des programmes d'échanges accompagnés de transfert de savoir et de compétence ;
5. de participer aux réseaux internationaux en vue de faciliter l'accès, la diffusion et l'échange d'informations au développement socio-sanitaire ;
6. de servir comme centre des ressources pour le développement socio-sanitaire au niveau national, sous-région et international;
7. d'assumer la responsabilité pour le contrôle et la conduite de toutes autres activités qui pourraient lui être confiées par le Conseil des Membres Fondateurs.

Organes de gestion administrative:

- Les organes de gestion administrative de CSSI sont :
- Le Conseil des Membres Fondateurs
- Le Conseil d'Administration
- Le Comité de Direction

C. Projets/Programmes

I : Programme d'appui au district de santé de Mada

Pays : Cameroun

Lieu : Mada (Makary/ Extrême-Nord)

Compétences fournies :

- Spécialiste en santé publique
- Cliniciens
- Economiste de la santé
- Administrateur – Gestionnaire

Mandant :

Fondation Helvétique Hôpital de Mada Œuvre Humanitaire du Dr Maggi
Via Crespera 69, Tél 0091 966 81 87, 6932 BREGANZONA (Suisse)

Date de début : avril 1997

Date d'achèvement : décembre 2006

Valeur approximative des services : 1.058.258.700 XAF

Nom du/des partenaires : Ministère de la Santé Publique du Cameroun

But du Projet:

Améliorer la santé et le bien être de la population du District de Santé de Mada

Objectif :

Assurer la prise en charge de manière globale et intégrée des problèmes de santé des populations du District de Santé de Mada par:

1. l'Hôpital de Mada, dont la gestion et le financement seront assurés directement par la Fondation Helvétique,
2. le CSI de Mada, dont la gestion et le financement seront assurés directement par la Fondation Helvétique,
3. l'appui (dans le cadre du Programme) aux activités de l'ECD et des CSI publics assurés grâce à la Régie du CSSI/T- ITS.

Descriptif des services fournis

- Appui à la gestion de la couverture sanitaire au niveau du district sur une base publique/ privée en accord avec le Ministère de la Santé.
- Contribution au développement et à l'amélioration des activités dans le cadre de la réorientation de la politique des soins de santé primaires au niveau du Ministère de la Santé.
- Développement des approches innovatrices et des outils de travail pour aborder les problèmes de santé.
- Assurer une formation continue au niveau gestion et clinique/ soins infirmiers.
- Promouvoir la participation communautaire aux soins

Résultats

- Disponibilité quantitative et qualitative du personnel soignant
- Disponibilité en médicaments essentiels
- Logistique du District renforcé (2 voitures, 4 motos, 1 pirogue motorisée et 3 vélos)
- Conditions de séjour des malades améliorées par des constructions supplémentaires à l'hôpital (cuisine, buanderie, salles privées, réanimation, radiologie etc.)
- Plateau technique de l'hôpital augmenté (chirurgie, dentisterie, ophtalmologie, centre de traitement de la tuberculose)
- Infrastructures des centres de santé renforcées (centre de santé de Kofia et la maternité de Blangoua construits en matériaux durables)
- Gestion des recettes de l'hôpital améliorée
- Accès à l'eau potables des populations amélioré par la réalisation de 12 forages manuels
- Taux de couverture en VAT2+ des femmes enceintes, de la CPS augmentés
- Grossesses à risque référées et contre référence assurée
- Réduction significative du taux d'abandon en DTC3
- PMA et PCA réalisés avec beaucoup de progrès
- Structures de dialogue mises sur pied dans 3 centre de santé
- Participation communautaire progressive, aux soins

Points faibles

- Insuffisance de l'implication des communautés dans la sensibilisation de la population et la recherche des solutions pour l'atteinte des objectifs ;
- Absence des structures de dialogue entre la communauté et les services de santé dans l'ensemble des structures de santé
- Faible recouvrement des coûts de service dans les centres de santé
- Manque de suivi de la gestion des ressources des centres de santé
- Respect partiel de l'avenant du protocole d'accord entre la FH et le Gouvernement Camerounais par le Gouvernement
- Faible collaboration entre le programme et le SSD
- Augmentation de la population et de l'étendue du district, après libération de Bakassi, par de nouvelles aires de santé peu fonctionnelles et d'accès difficile
- Instabilité du personnel de l'Etat
- Manque d'équipe cadre de District formalisée
- Difficile accessibilité géographique à certaines périodes de l'année (saison des pluies)

II : APPUI A LA DELEGATION SANITAIRE REGIONALE DE LA TANDJILE.

Pays : Tchad

Lieu : Région de la Tandjilé (Laï)

Compétences fournies :

- Spécialiste en santé publique
- Spécialiste en Santé de Reproduction, Formateur
- Administrateur - Gestionnaire

Mandant

Ministère de la Santé Publique
BP 1260 N'Djaména, Tchad

Date de début : avril 2003

Date d'achèvement : juin 2006

Valeur approximative des services : 643.410.418 XAF

Nom du/des partenaires éventuels : Ministère de la Santé Publique

Descriptif du Projet:

Le but du projet est « d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de santé de base, en particulier dans le domaine de la santé infantile et de la reproduction » dans la Délégation Sanitaire Régionale de la Tandjilé au Tchad

ACTIVITES

Activités de la Direction du CSSI

La Direction a assuré la supervision et l'appui à l'équipe technique à travers les missions de terrain dans la Délégation ainsi que l'organisation de rencontres de concertation. Elle a assuré la coordination de toutes les activités dans le cadre de la présente mission. Elle a aussi préparé tous les documents administratifs et assuré les relations avec la coordination du PASS et les autres intervenants dans le Projet. Les principales activités réalisées se présentent comme suit:

- Mission de prise de contact avec les autorités sanitaires, administratives et autres partenaires intervenant dans le domaine de la santé dans la Tandjilé; cette mission a été effectuée du 13 au 16 avril 2003 par le Directeur et l'Administrateur du CSSI.
- Réunion de travail avec la coordination PASS le 23 avril 2003.
- Mission d'installation des deux assistants techniques (le spécialiste en formation et l'administrateur gestionnaire) du 14 au 21 mai 2003 ; la mission a été effectuée par le Directeur et l'Administrateur du CSSI
- Réunion de travail avec la coordination du PASS le 22 mai 2003 à N'Djaména.
- Mission conjointe PASS-UNICEF-ITS/CSSI dans le cadre du démarrage de l'appui à la DRS de la Tandjilé; cette mission s'est déroulée du 4 au 7 juin 2003 avec la participation du Directeur du CSSI.

- Mission d'installation des unités informatiques et de la secrétaire, membre de l'équipe d'appui; la mission s'est déroulée du 25 au 28 juin 2003 avec la participation de l'informaticien du CSSI.
- Mission d'installation du médecin en santé publique, chef d'équipe par le Directeur du CSSI/T du 16 au 20 juillet 2003.
- Participation à la réunion de concertation PASS, UNICEF, ITS, Banque Mondiale le 17 octobre 2003
- Mission de concertation sur la collaboration entre les équipes d'appui à la DRS de la Tandjilé (UNICEF, CSSI) le 20 octobre 2003 à Kélo avec la coordination du PASS, la Banque Mondiale, l'UNICEF et la Délégation sanitaire de la Tandjilé
- Participation au comité de pilotage du PASS le 23 octobre 2003
- Participation à la réunion de synthèse de la mission d'évaluation de la Banque Mondiale le 28 octobre 2003
- Mission d'évaluation des besoins d'appui en matière d'informatique dans les districts sanitaires et la Délégation sanitaire de la Tandjilé dans le cadre d'une proposition à soumettre au PASS du 15 au 20 novembre 2003
- Rencontre avec le PASS le 15 février 2004 autour de la lettre sur les effets négatifs de la dépréciation du dollar américain sur le contrat de l'agence d'appui.
- Participation à l'atelier de restitution de la revue à mi-parcours du PASS du 15 au 16 avril 2004
- Participation aux travaux de la mission conjointe Gouvernement-Banque Mondiale dans la Tandjilé
- Participation à une réunion de concertation entre une mission de la Banque Mondiale et CSSI : 23 Avril 2004
- Mission d'appui informatique et technique à la délégation sanitaire et aux districts sanitaires de Laï, Béré et Kélo du 02 au 05 juin 2004. La maintenance curative des photocopieurs a été réalisée au cours de cette mission.
- Préparation et transmission des demandes de paiement
- Suivi des décaissements
- Préparation et transmission des avenants: avenant relatif à la prolongation du contrat de l'assistant technique formateur, avenant relatif à la prolongation de la mission d'assistance.

Activités de l'équipe de terrain

Analyse de situation dans la région sanitaire

Afin de mieux identifier les besoins d'appui aux différentes structures de la Délégation Sanitaire, l'équipe a réalisé une analyse de situation dans la région. Cette analyse a surtout été orientée vers les problèmes pouvant entraver l'exécution d'un PMA et d'un PCA de qualité par le personnel de santé. Les phases suivantes ont été suivies:

L'élaboration des outils de collecte

Les outils suivants ont été élaborés pour la collecte des données.

1° Guides d'évaluation des besoins en formation et des conditions de travail

Ces guides sont constitués de:

- Test écrit pour le personnel soignant qualifié des centres de santé (évaluation des connaissances en rapport avec le PMA)
- Tests écrits pour le personnel soignant qualifié des hôpitaux (évaluation des connaissances en rapport avec le PMA et le PCA)

2° Guide d'entretien structuré avec les RCS, les COGES et les responsables des services hospitaliers et d'observation des conditions de travail

3° Guide d'observation des activités de soins au niveau hôpital et centre de santé

4° Guides de diagnostic de situation au niveau HD et ECD y compris un questionnaire pour les membres des équipes cadres de district

5° Fiches d'analyse de la prescription dans les centres de santé

6° Guides de diagnostic de situation au niveau DPS

La collecte des données sur le terrain

Le recueil des données s'est effectué suivant la méthodologie suivante:

- Observation directe des locaux, matériels et des agents au travail
- Administration de questionnaire écrit au personnel soignant qualifié
- Entretien individuel et groupé avec le personnel de santé y compris les COGES dans les CS et hôpitaux
- Entretien de groupe avec les membres des ECD et les staffs des hôpitaux
- Analyse de la prescription sur échantillon tiré du registre de consultation des CS

Au niveau de chaque district, l'hôpital et l'équipe cadre ont été évalués. Dans chaque district, 1/3 des formations sanitaires a été visité. Un dosage alliant les centres privés confessionnels et les centres de santé publics est fait dans chaque district.

Tableau récapitulatif des structures et personnes enquêtées

Districts	NOMBRE ECD	NOMBRE HD	NOMBRE CS	NOMBRE D'AGENTS
Lai	1	1	11*	35
Kélo	1	1	5	32
Béré	1	1	3	17
TOTAL	3	3	19	84

*Sur les 11 CS évalués, 3 l'ont été par test écrit

Principaux résultats de l'analyse

L'analyse des données a permis d'identifier les points forts des structures sanitaires ainsi que les problèmes rencontrés.

Au titre des points forts, on peut retenir l'existence des équipes cadres de districts, la disponibilité de l'outil informatique, l'existence de véhicules de supervision avec parfois des motos, l'existence d'un plan triennal ; au sein des hôpitaux il faut noter l'existence des comités de gestion et la disponibilité d'ambulances. Pour les centres de santé il y a l'existence de COSAN/COGES dans les structures publiques, les microplans pour les DS de Kélo et Béré et la disponibilité des médicaments.

Au niveau de la PRAT on peut citer l'existence d'une équipe de gestion avec des attributions claires et le bon suivi de la gestion financière et des stocks.

Pour la délégation il y a la tenue régulière des réunions de l'équipe cadre, l'existence d'un plan triennal 2003-2005 et la disponibilité de véhicule de supervision et de motos pour les membres de l'équipe cadre.

Les principaux problèmes rencontrés sont entre autres la faiblesse de l'organisation et du fonctionnement des structures, la faible qualité des prestations, la faiblesse des plateaux techniques à tous les niveaux, la faible utilisation des services, l'insuffisance de la supervision et du suivi, le mauvais fonctionnement des structures de participation communautaire (COSAN, COGES), l'insuffisance de connaissances du personnel en rapport avec l'exécution des activités du PMA et PCA. A ces problèmes s'ajoute l'indisponibilité des agents pour exécuter certaines activités du PMA et PCA.

Il existe une similitude des problèmes rencontrés dans les différents districts à quelques exceptions près.

Les causes et facteurs favorisant de chaque problème ont été identifiées et des pistes de solution dégagées.

Restitution des résultats

La restitution de l'analyse de la situation a été faite lors de la réunion du comité directeur de la délégation sanitaire tenue les 14 et 15 octobre 2003 en présence de toutes les équipes cadres des districts. Le consensus s'est dégagé autour des problèmes identifiés et les pistes de solution proposées. Une série de rencontre a été aussi organisée dans chaque district avec les équipes cadres en vue de valider les résultats et de déterminer les actions à prendre en compte dans la planification.

L'analyse de la situation a permis d'identifier les problèmes et les différents besoins d'appui.

La plupart des problèmes identifiés peuvent trouver des solutions à travers le renforcement de la supervision formative, le suivi sur le terrain, la formation/recyclage du personnel et la dotation de certains équipements et matériels de base. Les équipes de la délégation et des districts ont fait siens les résultats de l'analyse, lesquels ont été intégrés dans les différents plans d'action

- **Appui à l'organisation des services**

Niveau Direction de la Délégation

Réflexion sur la mise en place d'un système de référence et contre référence dans la région sanitaire

Ce document a été présenté au cours du comité de direction de la Délégation tenu en janvier 2005. Il a fait un état des lieux en matière de références et contre références. Des propositions d'amélioration du système ont été faites.

Dans les hôpitaux de district de Laiï et Kélo la consultation de référence est réorganisée avec une distinction par rapport à la consultation externe. Les journées de consultation sont réparties respectivement entre MCH et médecin traitant d'une part et entre MCD et MCH.

Appui à l'organisation et à la tenue des comités directeurs de la délégation

Conformément aux dispositions du décret 110/PR/MSP/2003 portant organigramme du ministère de la santé publique et de l'arrêté 274/MSP/SG/2003 portant organisation et fonctionnement du ministère de la santé publique, il est institué un comité directeur au niveau de chaque délégation sanitaire. Comme cadre de concertation, celui-ci a pour rôle d'instaurer un dialogue permanent entre la délégation sanitaire et les districts sanitaires.

L'équipe a appuyé la tenue de 3 comités directeurs au niveau de la délégation:

- **Du 14 au 15 octobre 2003** autour des objectifs suivants :
 - ❑ Présenter les bilans de l'état d'exécution des Plans d'action de 2003 au cours des sept premiers mois dans chaque structure de la DPST
 - ❑ Définir ensemble les activités prioritaires pour les trois derniers mois de l'année 2003 et les perspectives pour l'élaboration du PPA 2004.
 - ❑ Discuter et adopter des recommandations sur les thèmes d'intérêt à partir des exposés sur les missions et activités effectuées par la DPST

La restitution des résultats de l'analyse de situation faite par l'équipe d'appui a été présentée et validée au cours de ce comité directeur.

- **Du 31 janvier au 1^{er} février 2005** autour des objectifs suivants :
 - ❑ Faire une analyse critique du bilan des activités de l'année 2004 et de l'évolution de la couverture sanitaire de 2000 à 2004 ;
 - ❑ Déterminer les actions prioritaires pour le premier semestre 2005 en tenant compte de la contrainte temps ;
 - ❑ Adopter le guide de gestion de la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement de la Tandjilé (PRAT) ;
 - ❑ Mener une réflexion pour l'amélioration de la gestion du financement communautaire surtout dans les hôpitaux de district.

Outre la pleine participation aux activités, l'équipe a préparé et présenté certains thèmes : les directives sur la gestion du financement communautaire au niveau des hôpitaux et une réflexion sur la mise en place d'un système de référence et contre-référence dans la Tandjilé.

Ce comité directeur a adopté les guides de gestion financière au niveau des hôpitaux de district ainsi que le guide de gestion de la pharmacie Régionale d'Approvisionnement.

- **Du 5 au 7 octobre 2005** sur les objectifs suivants :
 - ❑ Faire une analyse critique du bilan des activités des huit (8) premiers mois de l'année 2005 ;
 - ❑ Définir les actions prioritaires pour le dernier trimestre 2005 en tenant compte de la contrainte temps ;
 - ❑ Améliorer la gestion du financement communautaire.

L'équipe CSSI a pris activement part aux travaux préparatoires notamment dans l'élaboration des termes de référence et la conception des différentes présentations; elle a en outre fait une communication sur les mutuelles de santé comme alternative au financement de la santé dans la région, ce qui a permis de sensibiliser les participants sur le processus de mise en place et le fonctionnement d'une mutuelle de santé en milieu rural.

Il y a une meilleure organisation des comités de direction. Le comité de direction est devenu une instance très importante pour l'harmonisation de certaines décisions au niveau de la délégation. L'équipe de la délégation régionale a acquis un savoir-faire dans la préparation et la tenue des comités directeurs. Les membres des équipes cadres de districts ont été suffisamment sensibilisés sur l'importance des comités directeurs au niveau district.

Les comités directeurs ont permis d'adopter des textes de portée régionale tels que : le guide de gestion de la PRAT, les directives pour la gestion du financement communautaire dans les hôpitaux, les statuts/règlement intérieur des COSAN et COGES.

Elaboration d'un document pour la couverture sanitaire des zones non couvertes

Un des objectifs spécifiques du projet PASS est d' « améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé de base, en particulier dans le domaine de la santé infantile et de la santé de reproduction dans certaines zones mal desservies »

Aussi le projet prévoit, dans la composante appui aux services, la mise en place d'équipes mobiles au niveau des délégations régionales sanitaires. Le document élaboré définit le cadre pour la mise en place de cette équipe au niveau de la région de Tandjilé.

En raison de l'insuffisance des moyens logistiques, cette stratégie n'a pu être appliquée.

Niveau districts sanitaires

Restructuration des organes de gestion des districts

Eu égard à la faiblesse des capacités managériales des équipes d'encadrement des districts et hôpitaux et compte tenu de la disparité dans la composition des différents organes de gestion, l'équipe a préparé un document pour la restructuration de ces organes. Le document outre la composition propose les attributions essentielles de ces organes. La composition des équipes cadres a été revue à la lumière des réalités du terrain et en tenant compte de la nouvelle dynamique existant au niveau des districts.

Les équipes cadres de districts sont élargies à d'autres compétences. Les descriptions de postes et tâches sont faites. Chaque membre d'équipe cadre de district connaît mieux le rôle d'une équipe cadre de district et ce qu'on attend de lui dans le cadre du fonctionnement de l'équipe. Le travail en équipe est mieux organisé.

Formation des membres des équipes cadres sur leurs rôles et fonctions

Objectif de la formation: Maîtriser le concept de district sanitaire ainsi que les rôles et fonctions des organes de gestion du district sanitaire

Tous les membres des équipes cadres des 4 districts et de la Délégation Sanitaire ont reçu la formation. Au total 24 agents sont formés.

Les membres des équipes d'encadrement connaissent mieux leurs rôles et attributions ainsi que ceux des différents organes de gestion d'un district. Les équipes cadres commencent à fonctionner en véritable équipe. Les réunions sont devenues plus régulières (au moins une réunion mensuelle). De plus en plus les réunions sont sanctionnées par des comptes rendus faisant ressortir les décisions prises.

Appui à l'organisation et à la tenue de la rencontre de concertation des partenaires du district sanitaire de Dono Manga :

Dans le cadre de sa politique contractuelle, le Ministère de la Santé Publique à travers la Délégation Régionale Sanitaire a signé un contrat de gestion avec le BELACD de Laï pour le district de Dono Manga. En vue d'asseoir une réelle concertation entre les différents partenaires intervenant dans ce district, la Délégation Régionale Sanitaire a organisé une rencontre des partenaires dudit district en vue de clarifier les interventions des uns et des autres.

L'objectif général de la rencontre est d'harmoniser les interventions des différents partenaires sanitaires de la Délégation régionale Sanitaire de la Tandjilé.

Les objectifs spécifiques sont:

- Définir les zones d'interventions de chaque partenaire ;
- Préciser la nature et les domaines d'interventions conformément à la Politique Nationale Sanitaire ;
- Adopter un cadre régulier de concertation entre le Médecin-chef de district et les différents partenaires ;

L'équipe a apporté sa contribution pour l'organisation et la tenue de cette importante rencontre pour la coordination des activités non seulement pour Dono Manga mais aussi pour les autres districts de la région qui peuvent s'en inspirer. Elle a participé à l'élaboration des termes de référence de la rencontre et de la présentation du Délégué Régional de la Santé.

Un document de partenariat entre les différents partenaires du district est adopté. Ce document peut inspirer les autres districts de la région pour harmoniser les interventions de leurs partenaires.

Appui à la description des postes et tâches des responsables des 3 hôpitaux de districts (Béré, Kélo et Laï)

Cette activité se situe dans le cadre de la réorganisation des hôpitaux. La description de poste permet à l'agent de connaître ce qu'il doit faire et ce qu'on attend de lui. Elle permet au responsable hiérarchique de superviser, évaluer et contrôler le personnel. La description de postes est faite de manière participative.

Tous les responsables des services hospitaliers disposent d'une description de postes et tâches; ils doivent à leur tour faire la description des tâches du personnel placé sous leur responsabilité.

Appui à l'implantation du plan de soin dans les HD de Béré, Kélo et Laï

L'implantation du plan de soins fait suite à la formation du personnel hospitalier sur les normes de la pratique infirmière. La formation a concerné 3 normes sur les 6 à savoir:

- Le modèle conceptuel de la profession
- La démarche scientifique ou démarche de soins
- La relation d'aide (relation soignant-soigné) impliquant la technique d'accueil.

La deuxième norme doit déboucher en pratique sur la mise en place du plan de soins qui est un « document écrit, établi par l'infirmier ou la sage-femme, comportant la liste de tous les soins requis par un malade en réponse à ses besoins pour une période donnée(24 heures par exemple) ; ces soins sont répartis dans le temps ; ils tiennent compte de la prescription médicale, des besoins du patient et des ressources disponibles »

L'équipe en collaboration avec le Chef de la Division Planification et Programmation de la Délégation Régionale Sanitaire a appuyé le personnel des 3 hôpitaux pour la mise en place de cet outil très important non seulement pour les malades (amélioration de la qualité) mais aussi pour le personnel (aide à la coordination et au perfectionnement). Les médecins chefs de districts et surtout les médecins chefs des hôpitaux ont activement pris part à cette activité. Le suivi a aussi été réalisé toujours en partenariat avec les responsables concernés.

Le plan de soins est utilisé dans les 3 hôpitaux de districts (Béré, Kélo, Laï). Le personnel est très intéressé par cette innovation qui permet la prise en charge globale du malade. Il y a une volonté manifeste des responsables des soins (surveillant général, responsables des services) pour l'utilisation du plan des soins. Cependant l'utilisation continue du plan de soins dans ces hôpitaux nécessite le suivi et l'implication du MCD et du MCH.

- **Appui à la planification**

Niveau Direction de la Délégation et Districts sanitaires

Identification des domaines prioritaires d'action

A la lumière de l'analyse de situation, l'équipe CSSI a tenu une séance de travail avec l'équipe cadre de la délégation afin d'arrêter avec elle les domaines prioritaires d'action en tenant compte des axes prioritaires définis dans les termes de référence du CSSI.

Les problèmes identifiés suivants ont été retenus:

- 1° La faible capacité managériale des ECD (se traduisant entre autres par l'insuffisance de supervision et de suivi au sein des DS)
- 2° La mauvaise gestion du financement communautaire (lié surtout au non-renouvellement des mandats des COSAN/COGES, l'insuffisance de suivi, l'absence des textes...)
- 3° La faible capacité des HD à assurer le PCA (due au manque de structures pour Lai, l'insuffisance d'équipement et du personnel, la mauvaise répartition du personnel qualifié existant pour les trois)
- 4° La non-fonctionnalité ou l'absence de certains organes de gestion de HD (absence des CA dans les HD, absence de CR des réunions pour les comités de gestion, mauvaise gestion des ressources notamment MEG et financement communautaire)
- 5° L'inexistence du CA et la non-fonctionnalité du comité de gestion de la PRAT
- 6° La faible utilisation des services curatifs
- 7° L'insuffisance quantitative et qualitative du personnel à la Direction de la DRST (chefs des services sous les divisions, chauffeurs, technicien de maintenance...)

Les pistes de solution retenues ont été traduites sous forme d'objectifs qui sont pris en compte dans les différents plans d'action de la Délégation.

Appui à l'élaboration des plans d'action 2004, 2005 et 2006 de la DRS

Dans le cadre de la planification opérationnelle, l'équipe a élaboré un canevas de planification pour les districts. Elle a accompagné la délégation et les districts dans le processus de planification. C'est ainsi qu'elle s'est impliquée dans l'élaboration des plans d'action 2004, 2005 et 2006. Elle a participé activement à toutes les réunions d'élaboration des plans d'actions ci-dessus évoqués.

En 2004 elle a pris part à la réunion de finalisation du plan d'action de la délégation en présence d'une équipe du Ministère de la Santé et du PASS. Cette occasion a été une opportunité pour arrêter un canevas commun de présentation des plans d'action au niveau de la région sanitaire. Suite au dépassement de certaines lignes budgétaires, le PASS a demandé aux districts sanitaires et à la délégation de réviser à la baisse le budget en ne retenant que les activités prioritaires. L'équipe d'appui s'est pleinement investie dans cette révision qui a permis un recentrage des activités.

Toujours en 2004, un appui a été donné pour l'élaboration des plans d'actions 2005 des districts et de la délégation. Pour ces plans d'actions l'équipe a pris part à la rencontre de Kélo, rencontre à laquelle ont participé outre les districts et la délégation, le Directeur des Services Régionaux ainsi que le PASS. Ces plans ont ensuite été finalisés et transmis au niveau central et au PASS pour financement.

En 2005 un appui similaire est apporté pour l'élaboration des plans d'actions 2006 sur la base du nouveau canevas de planification du Ministère de la Santé Publique.

Appui à l'élaboration des plans trimestriels budgétisés et des chronogrammes d'activités

Sur la base du plan d'action, l'équipe s'est impliquée dans l'élaboration des plans trimestriels budgétisés à envoyer au niveau du PASS. Elle a aussi rendu possible l'activité de programmation à travers les chronogrammes d'activités.

Appui à l'élaboration des budgets des districts et de la Délégation pour l'année 2005

Chaque année le Ministère de la Santé Publique demande à chaque Délégation Sanitaire de présenter un budget annuel pour la Loi de finances. Dans ce cadre un appui a été donné aux quatre districts et à la Délégation pour l'élaboration du dit budget pour l'année 2005.

Une tournée d'inventaire des équipements des centres de santé du DS de Dono Manga a été faite en préalable à la budgétisation.

Appui à l'élaboration du projet triennal du DS de Dono Manga

En vue de rendre opérationnel le nouveau district de Dono Manga issu du découpage de l'ancien district de Laiï, l'équipe a apporté un appui au médecin chef de ce district dans l'élaboration du plan d'action issu d'un plan triennal 2004-2006 dont elle avait du reste appuyé l'élaboration. Ce nouveau district sera géré par le BELACD dans le cadre d'une contractualisation avec le Ministère de la Santé Publique.

L'équipe a aussi appuyé les responsables du district dans l'élaboration du budget du projet triennal d'opérationnalisation du district en vue des requêtes de financement.

Conception de documents de suivi des indicateurs

Il s'agit des fiches de collectes des données sur la vitamine A ainsi que les fiches permettant d'inclure les données de CPN1, CPN2 et CPN3 dans le suivi des indicateurs. Les fiches de collecte actuellement disponibles ne permettent pas de disponibiliser ces données.

Conception de fichiers informatiques pour le suivi des indicateurs sanitaires

Ces différents masques de saisie informatiques sur tableur EXCEL permettent un calcul automatique des différents indicateurs au niveau de chaque structure sanitaire. A tout moment le district ou la délégation sanitaire peut générer les indicateurs pour les différentes analyses.

Elaboration de canevas de microplanification pour les centres de santé

Ce canevas est essentiellement utilisé par le district sanitaire de Laiï. En effet seuls les centres de santé de ce district n'élaboraient pas encore de microplan. Pour l'année 2005 tous ces centres ont produit des microplans avec la participation des membres des comités de gestion.

Appui aux microplanifications des activités de vaccination supplémentaires

Dans le cadre des objectifs d'éradication de la poliomyélite, de la réduction du tétanos néonatal/maternel et de la réduction de la mortalité liée à la rougeole, l'équipe s'est investie avec la délégation régionale sanitaire dans l'organisation des activités vaccinales supplémentaires. Elle a pris part activement aux activités de supervision et d'évaluation de ces AVS dans les districts sanitaires.

Ainsi elle a participé aux activités de microplanifications et appuyé l'organisation de douze (12) campagnes de JNV anti-poliomyélite dans les 4 districts (2 en 2003, 5 en 2004 et 5 en 2005), deux campagnes de JLVAT dans les districts de Laiï et Dono Manga, une campagne de vaccination contre la rougeole.

Les différentes équipes d'encadrement maîtrisent le processus de planification opérationnelle, ce qui se traduit par la production de plans d'action de qualité. Les programmations trimestrielles et

mensuelles sont effectives dans certains districts. Il existe un canevas de microplanification pour les centres de santé.

• Appui à la formation et supervision

Les différents documents de formation sont disponibles au niveau délégation, district et centre de santé. Toutes les formations réalisées ont fait l'objet de suivis réguliers sur le terrain de la part de l'équipe d'appui afin d'assurer un encadrement pratique. Les difficultés liées aux moyens logistiques (un seul véhicule) et à l'inaccessibilité n'ont pas toujours permis de se rendre dans tous les centres de santé. Une des difficultés rencontrées est la forte mobilité des agents surtout des formations sanitaires confessionnelles ; en effet bon nombre d'agents formés sont affectés d'où l'impression d'un éternel recommencement.

***Tableau récapitulatif des formations réalisées par l'équipe CSSI/PASS dans la DRST**

Thèmes	But/Objectif général	Nbre personnes formées/district	Total DRST
*Rôle et fonctions de l'équipe cadre de district et de la DRS	Renforcer les capacités managériales des équipes cadres des districts et de la DRST	DRST : 05 DS de Laï : 06 DS de Dono-M : 02 DS de Kélo : 06 DS de Béré : 05	24
*Techniques de supervision du personnel de santé des centres de santé	Rendre les membres des équipes cadres de la DRST et des districts capables assurer une supervision efficace du personnel de santé placé sous leur responsabilité	DRST : 05 DS de Laï : 06 DS de Dono-M : 02 DS de Kélo : 06 DS de Béré : 05	24
*Normes de la pratique inf. Modèle conceptuel(1 ^{ère} norme)	Renforcer les compétences du personnel soignant dans sa fonction autonome, concourant à une prise en charge des patients dans leur globalité	DS de Béré : 25 DS de Kélo : 34 DS de Dono.M : 07 DS de Laï : 34	100
*Démarche scientifique(2 ^è norme) orientée vers le diagnostic inf. et le plan de soins.	Permettre au personnel soignant d'utiliser une approche rationnelle afin de garantir des soins de qualité, plus scientifiques et humains	DS de Béré : 25 DS de Kélo : 34 DS de Dono.M : 07 DS de Laï : 34	100
*Relation d'aide (rapports entre soignant-soigné)	Renforcer les capacités du personnel soignant à développer des attitudes et techniques profondément acquises en vue d'établir un mode de relation avec autrui, donnant à celui qui la reçoit un sentiment de confiance, de compréhension et d'autonomie.	DS de Béré : 25 DS de Kélo : 34 DS de Dono.M : 07 DS de Laï : 34	100
*Sécurité des injections en milieu de soins et lors des	Assurer la sécurité des injections en rendant les agents de santé capables d'administrer les	DS de Béré : 24 DS de Kélo : 57	81

Thèmes	But/Objectif général	Nbre personnes formées/district	Total DRST
vaccinations	injections en milieu clinique de soins et les vaccins avec efficacité, sans causer de préjudices aux bénéficiaires, ni à soi-même, ni à l'entourage ou public en général		
*Gestion du RDC, Rôles et attributions des membres des COSAN/COGES	Renforcer les aptitudes des RCS et trésoriers des COGES des DS de Laï et de Dono-Manga à maîtriser les outils de base de la gestion financière et de les mettre place dans leur centre de santé	DS de Laï : 29 DS de Dono-Manga : 14	43
*Gestion des médicaments	Rendre le responsable de la pharmacie de l'hôpital de district de Laï capable de tenir correctement les principaux outils de gestion des médicaments de son milieu	DS de Laï : 01	01
Techniques de gestion du PEV : 1- comment augmenter la couverture vaccinale de la ZR 2- Organisation d'une séance de vaccination 3- Sécurité des injections lors des vaccinations et en milieu clinique de soins 4- Mobilisation sociale pour le PEV	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la mise à niveau des agents nouvellement affectés dans la DRST - Améliorer la couverture vaccinale dans la Région Sanitaire 	DS de Laï : 06 DS de Kélo : 04 DS de Béré : 03 DS de Dono-M : 03	16
Monitoring des activités de PMA	Rendre les membres de l'ECD de Laï capable de réaliser le monitoring des activités de PMA	07	07
Techniques de vaccination et gestion du PEV : 1- Comment augmenter la couverture vaccinale 2- Sécurité des injections lors des vaccinations et en milieu clinique de soins 3- Politique des flacons entamés	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la couverture vaccinale dans les districts sanitaires de la Région - Renforcer les capacités des RCS et Vaccinateurs en techniques de vaccination et gestion du PEV 	DS de Laï= 35 DS Dono-M= 25	60

Niveau Direction de la Délégation

Formation des équipes cadres de la délégation et des districts sanitaires sur les techniques de supervision

Objectif de la formation : renforcer les capacités managériales des équipes cadres de districts et de la délégation sanitaire notamment dans le domaine de la supervision

La formation s'est déroulée du 26 au 29 Mai 2004 et a concerné les membres des équipes cadres de la Délégation et des Districts Sanitaires. Au total 24 agents sont formés.

Des outils de supervision ont été élaborés en vue de compléter la formation (fiches de supervision, canevas de rapport de supervision)

Résultats des missions de suivi:

Les membres des équipes cadres maîtrisent l'ensemble du processus de supervision. Les instruments de supervision sont disponibles. Dans certains districts on constate une meilleure pratique de la supervision avec des rapports bien structurés faisant ressortir clairement les problèmes ainsi des les actions correctrices pertinentes.

Participation à la formation des nouveaux agents responsables des CS des 4 districts sanitaires sur les techniques de gestion du PEV

Objectif de la formation :

Assurer la mise à niveau des agents nouvellement affectés dans la région

Améliorer la couverture vaccinale dans la Délégation régionale sanitaire

Au total 16 agents nouvellement affectés et responsabilisés au niveau CS ont été concernés par cette formation. Les membres de l'équipe outre la participation aux phases préparatoires ont eu à présenter les thèmes suivants : comment augmenter la couverture sanitaire au niveau d'une zone de responsabilité, l'organisation d'une séance de vaccination, la sécurité des injections lors des vaccinations, la mobilisation sociale pour le PEV.

Niveau Districts sanitaires

Formation sur la sécurité des injections

Objectif de la formation: réduire les risques liés aux injections et aux pratiques dangereuses

Elle a concerné le personnel hospitalier (responsables ou non) des 2 hôpitaux de district ainsi que tous les responsables des centres de santé des districts de Kélo et de Béré. Respectivement 57 agents et 24 agents ont été formés à Kélo et à Béré.

Résultats des missions de suivi:

La mission de suivi a pour objectif de mesurer le degré d'application des connaissances et techniques enseignées par le personnel bénéficiaire. Il y a un respect de la sécurité des injections surtout dans les districts de Kélo et Béré où la formation a été dispensée. Certains responsables appliquent correctement les principes enseignés. Cependant dans d'autres centres, on constate encore l'existence de mauvaises pratiques notamment l'utilisation de poches de soluté comme diluant pendant plus d'une semaine ou encore la mauvaise élimination des déchets médicaux. Les fosses d'incinération manquent encore dans d'autres centres de santé. Une intensification de la supervision doit être faite.

Formation du personnel de santé des hôpitaux et des responsables des centres de santé des sur les normes de la pratique des soins infirmiers

Objectif de la formation: assurer l'amélioration de la qualité des soins par l'utilisation des normes de la pratique infirmière dans l'exercice quotidien

La formation a été organisée dans les 04 districts et a concerné au total 100 agents de santé répartis comme suit:

DS Laï : 34

DS Dono Manga : 07

DS Kélo : 34

DS Béré : 25

Trois normes ont fait l'objet de la formation à savoir: le modèle conceptuel, la démarche de soins et la relation d'aide.

Résultats des missions de suivi:

Il y a une intégration de la démarche de soins dans le processus de la consultation curative dans les centres de santé. On constate une amélioration de la qualité de la prise en charge des malades dans les centres de santé en rapport avec l'application des normes de la pratique des soins.

Formation des responsables des centres de santé et des trésoriers des COGES sur les rôles/attributions des membres des COSAN/COGES et la gestion du financement communautaire

Objectif de la formation: permettre aux responsables des centres de santé et aux trésoriers de connaître leurs rôles et attributions et de maîtriser les outils de base de la gestion financière et des médicaments d'un centre de santé

Au total 43 personnes ont bénéficié de cette formation dont 29 pour le DS de Laï et 14 pour le DS de Dono Manga.

Ce même module de formation a été utilisé par les équipes cadres des deux districts pour la formation des autres membres des COGES.

Résultats des missions de suivi:

Le but des missions de suivi est de :

- Mesurer le niveau de maîtrise du concept de participation communautaire
- Mesurer le degré d'application des principales techniques enseignées
- Vérifier les outils de gestion mis en place

- S'assurer de la maîtrise de la tenue des outils de gestion

Certains comités de gestion ont commencé la mise en œuvre des principes enseignés et tiennent plus ou moins correctement les outils de gestion. Dans d'autres centres par contre, il a fallu reprendre pratiquement la formation. Des recommandations allant dans le sens de l'amélioration ont été faites dans chaque centre de santé à chaque mission. Les districts sanitaires à travers les ECD et surtout les Chefs de Division Ressources et Programmation doivent assurer un suivi plus rapproché notamment pour les centres qui sont confrontés à beaucoup de difficultés.

Supervision formative des RCS et membres des COGES sur le financement communautaire

La supervision formative a concerné les centres de santé de ces districts (7CS pour Béré et 9 CS pour Kélo). En effet contrairement aux districts de Dono Manga et Lai, les RCS et COGES de ces districts n'ont pas bénéficié de la formation par manque de financement. L'équipe a jugé nécessaire compte tenu de l'importance du thème de faire une formation pratique sur site sous forme de supervision formative. La supervision formative a porté sur la gestion du recouvrement des coûts, les rôles et attributions des COSAN/COGES. Des recommandations concernant la réorganisation de certains COSAN/COGES, la formation des membres en technique de communication et une plus grande implication des Chefs de Division Ressources et Programmes dans le suivi/contrôle de la gestion du recouvrement des coûts ont été faites.

Formation du responsable de la pharmacie de l'hôpital de district de Lai sur la gestion des médicaments

Objectif de la formation: rendre le responsable capable de tenir correctement les principaux outils de gestion des médicaments.

Résultats des missions de suivi:

Il y a une nette amélioration dans la gestion matérielle et des MEG (la tenue des fiches de stock, le rangement des produits, la séparation du stock de vente du magasin de stockage).

Le responsable maîtrise comment faire l'inventaire même s'il n'en fait pas régulièrement. C'est du côté de la gestion financière que la situation reste inchangée.

Formation des membres de l'ECD de Lai en monitoring des activités du PMA

Objectif de la formation : rendre tout membre de l'équipe cadre de district capable de réaliser le monitoring des activités du PMA

Dans le cadre de l'amélioration des activités de suivi et du renforcement des compétences des équipes d'encadrement des districts sanitaires, l'équipe a organisé une session de formation de 3 jours sur le monitoring des activités du PMA à l'intention des membres de l'équipe cadre du district sanitaire de Lai.

Participation à la formation des RCS et vaccinateurs des DS de Lai et Dono Manga sur les techniques de vaccination et la gestion du PEV

Objectif de la formation: Améliorer la couverture vaccinale dans les districts sanitaires de Lai et Dono Manga

En vue de renforcer le PEV de routine dans les districts sanitaires de Lai et Dono Manga, une formation sur les techniques de vaccination et la gestion du PEV a été organisée à l'intention des responsables des centres de santé et des vaccinateurs. Au total huit (8) nouveaux responsables de centre de santé et 52 agents vaccinateurs ont été concernés par cette formation étalée sur 4 jours.

L'équipe, outre la participation à la préparation du module, a dispensé des enseignements portant sur les thèmes suivants : la sécurité des injections lors des vaccinations, les maladies du PEV, la politique des flacons entamés, comment augmenter la couverture vaccinale.

- **Appui à la gestion de la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement de la Tandjilé (PRAT)**

Appui au suivi et à la détermination des consommations moyennes mensuelles de la PRAT

L'appui de l'équipe a consisté en la saisie de toutes les entrées et des sorties ainsi que le suivi de la consommation en MEG de chaque district et de l'ensemble de la délégation.

Appui à la mise en place d'une base de données pour la gestion des médicaments à la PRAT

En raison du traitement manuel des données constaté au niveau de la PRAT occasionnant une lenteur dans la production des documents de consommation globale des MEG par district et dans l'établissement des factures, l'équipe a conçu une base de données à partir du logiciel EXCEL. Cette base de données permet une détermination automatique de la consommation globale de MEG et par district après l'introduction de chaque commande honorée par une formation sanitaire. Elle détermine en même temps le stock théorique de chaque produit vendu par la PRAT.

Appui à la mise en place d'un système de gestion informatisé des factures à la PRAT

Ce système permet un établissement rapide des bons de commandes et des factures; il permet aussi une conservation de tous ces documents dans l'ordinateur ce qui n'était pas le cas auparavant.

La PRAT dispose continuellement des consommations de MEG au niveau centre de santé, district et délégation. Il existe un guide de gestion qui définit l'ensemble des procédures de gestion de la PRAT. La santé financière de la PRAT est meilleure que de par le passé.

- **Appui à la participation communautaire et à la gestion du financement communautaire**

Conception de fiches d'élaboration du budget prévisionnel des CS et HD

Dans les centres de santé tout comme dans les hôpitaux de district, il n'existe pas de budget prévisionnel. L'introduction de ces fiches doit permettre à ces structures d'harmoniser la présentation du budget prévisionnel.

Elaboration de documents pour la gestion des fonds du recouvrement des coûts dans les hôpitaux de district

En raison de l'absence de toute procédure de gestion des fonds du recouvrement des coûts dans les hôpitaux de district, l'équipe a proposé un document « Directives pour le suivi des revenus du financement communautaire dans les hôpitaux de district ». Ce document vise à asseoir une gestion saine et transparente des fonds.

Appui au contrôle de la gestion du recouvrement des coûts dans les hôpitaux de Kélo et Laï

Trois missions de contrôle ont été réalisées avec l'appui de l'équipe dont 1 pour l'hôpital de Kélo et 2 pour l'hôpital de Laï

Les objectifs de cet appui sont:

- faire la situation des stocks de médicaments et consommables médicaux,
- faire la situation des recettes et dépenses du financement communautaires,
- vérifier comment ont été gérées les ressources financières générés par la vente des médicaments et actes médicaux.

Ce contrôle a révélé l'inexistence de certains outils fondamentaux de gestion (journal de caisse, journal de banque) et surtout l'absence de contrôle de la gestion des ressources financières, ce qui est source de malversations.

Des recommandations en vue d'améliorer la gestion du recouvrement des coûts ont été formulées.

Le deuxième contrôle de Laï fait en juin 2005 a concerné uniquement la gestion financière. Il a montré ce qui suit: le journal de caisse n'est pas à jour; beaucoup de dépenses sont sans pièces justificatives. Les dépenses devant être en charge par le PASS sont mises sur le compte de l'hôpital. En récapitulant toutes les recettes et dépenses il ressort un déficit de caisse de **1 171 543** francs CFA non justifié.

Le manuel de suivi de la gestion du financement communautaire dans les hôpitaux de district existe. Les outils de gestion du recouvrement des coûts sont mis en place et relativement bien tenus dans les centres de santé et hôpitaux. Il y a une plus grande compréhension de leurs rôles par les membres des COSAN et COGES. Les recettes et les dépenses sont mieux suivies. Dans beaucoup de formations sanitaires l'indice de recouvrement des coûts est amélioré.

Proposition d'un système de motivation du personnel de l'hôpital de district de Laï

Comme c'est le cas un peu partout dans les hôpitaux, il a été décidé d'accorder des primes de motivation au personnel travaillant à l'hôpital de district sanitaire de Laï.

Au commencement le système de motivation du personnel est calculé sur la base de 40% des recettes faites par les services. Chaque chef de service reçoit les 40% des recettes faites par son service et il lui revient de partager le montant avec ses collaborateurs. Ce système a créé beaucoup de polémiques entre le personnel. Les services qui font beaucoup de recettes sont plus favorisés que ceux qui en font moins ou pas du tout. Aussi le partage de ces primes au sein d'un service se fait toujours au gré du chef et cela crée également des malaises.

Ces insuffisances ont amené les responsables de l'hôpital à réfléchir sur un nouveau système permettant de mettre tout le monde à l'aise.

La nouvelle proposition tient compte des critères suivants:

- Le grade de l'agent
- La responsabilité de l'agent,
- L'intégration de l'absentéisme dans le calcul

A ces critères seront affectés des coefficients permettant le calcul de la prime à verser à chaque agent. Un masque de saisie sur tableur EXCEL permet le calcul automatique des primes à attribuer à chaque agent à la fin de chaque mois.

• Appui à la gestion des médicaments

Appui à la supervision de la gestion des médicaments dans les centres de santé et hôpitaux de district

Un accent particulier a été mis sur l'appui à la gestion des médicaments dans les hôpitaux et centres de santé; au début de l'appui, l'équipe a participé à la préparation et l'exécution d'une supervision de la gestion des MEG dans les centres de santé et hôpitaux de districts de la région en collaboration avec le pharmacien régional; cette mission a permis d'identifier des problèmes dans la gestion des médicaments à savoir : la mauvaise gestion des médicaments et des fonds issus du recouvrement des coûts, la disparité dans la tarification des médicaments, la méconnaissance de leurs rôles par les COSAN/COGES et le personnel de santé.

Les autres missions de l'équipe dans les centres de santé et hôpitaux a concerné la mise en place des outils de gestion, indispensables à toute gestion de stock.

Appui à l'organisation et à la gestion de la pharmacie de l'hôpital de district de Laï

Compte tenu de l'importance de la gestion des médicaments au niveau de l'hôpital, l'équipe a apporté un appui au district de Laï dans l'organisation de la gestion de la pharmacie de l'hôpital ; cet appui a consisté en la réalisation des activités suivantes : l'inventaire des stocks, l'établissement de la situation financière, la mise en place de documents de gestion des stocks et de gestion financière. Le suivi a permis de rendre effective l'utilisation d'un certain nombre d'outils de gestion et d'assurer le suivi de la gestion des stocks ainsi que de la gestion financière.

Appui à la détermination du compte d'exploitation du RDC et des stocks de MEG à l'HD de Laï

L'équipe a contribué à la réalisation des travaux suivants:

- Inventaire des stocks de MEG
- Examen des outils de gestion mis en place
- Récapitulatif des recettes générées par la vente des MEG et les actes médicaux
- Inventaire de caisse
- Détermination de la situation financière

De l'analyse des résultats des travaux, il ressort un certain nombre de défaillances telles que : la non maîtrise de la sortie des médicaments, le manque de rapprochement entre les médicaments sortis pour la vente et les recettes réellement versées, l'absence d'inventaire des stocks MEG, le non remboursement systématique des dépenses engagées sur le compte du PASS, la mauvaise interprétation de l'arrêté n°362/MSP portant harmonisation de la tarification des actes médicaux et des médicaments dans les formations sanitaires (non paiement des médicaments par les malades hospitalisés).

Ces défaillances ont entraîné une perte d'environ quatorze millions (14.000.000) FCFA en dix (10) mois soit d'avril 2004 à janvier 2005.

Des recommandations pour l'amélioration de la gestion ont été faites à savoir : la mise en place des bons de sortie de médicaments, le rapprochement mensuel des sorties de médicaments pour

la vente et les recettes, l'inventaire trimestriel des médicaments, le contrôle mensuel de caisse, le remboursement effectif des préfinancements dans le cadre du PASS.

Les responsables des centres de santé suivent mieux la gestion des stocks de leurs structures. Dans les hôpitaux de Kélo et Béré il existe un fonds conséquent pour assurer le renouvellement des stocks. A l'hôpital de Laï la faible implication des responsables et la faible motivation du personnel n'a pas permis d'obtenir de bons résultats. C'est ainsi que des péremptions massives de médicaments ont été constatées dans cet hôpital.

Appui à l'inventaire des MEG et matériels dans les centres de santé et hôpitaux de district

Cet appui vise l'amélioration de la gestion financière et matérielle au niveau des formations sanitaires. Pour ce faire des fiches d'inventaire du matériel et des MEG, des fiches de rapports sont élaborées et mises à la disposition de l'ensemble des formations sanitaires de la région. Un appui sur le terrain a été fait par l'équipe.

- **Evolution des principaux indicateurs de performance dans la tandjile**

X. Evolution des principaux indicateurs sanitaires hors PEV dans la DRST

Indicateurs	Années	2001	2002	2003	2004	2005*
T.U. en curatif		24,79%	22,40%	19,42%	19,37%	17,23%
T.C. CPN		38,83%	45,77%	52,33%	46,10%	39,57%
T.C. CPE		10,33%	11,35%	27,62%	21,90%	15,76%
T.C. Acc. Assistés		28,49%	29,77%	28,4%	28,97%	26,86%
T.C. BEF		0,59%	1%	0,49%	0,82%	0,22%

* Données des 8 mois projetées sur 12 mois

XI. Evolution des indicateurs du PEV dans la DRST

Années	2000	2001	2002	2003	2004	2005*
BCG	67,98%	67,70%	46,97%	86,24%	49,29	69%
DTC1	71,58%	69,30%	53,48%	85,91%	90%	79,5%
DTC3	51,58%	50,30%	38,92%	70,92%	71,33%	58,5%
Tx Abandon	27,93%	27,52%	27,21%	17,44%	20,76%	26,41%
ROUVAX	45,77%	50,90%	43,06%	75,16%	71,30%	48%
VAT2 + FE	30,17%	35,09	28,07%	48,20%	38,04%	43,5%

* Données des 8 mois projetées sur 12 mois

SITUATION DES MALADIES CHRONIQUES

XII. Lèpre

Année	2003	2004	2005		
			Nx cas *	PB	MB
DS	Nx cas	Nx cas	Nx cas *	PB	MB
Béré	70	07	4	3	1
Dono-Manga	-	ND	4	4	0
Kélo	15	11	1	1	0
Laï	263	36	14	4	10
DRST	348	54	23	12	11

* Nouveaux cas dépistés de janvier à août 2005

XIII.

XIV. Tuberculose

Année	2003	2004	2005			
			Nx cas *	TPM+	TPM-	TEP
DS	Nx cas	Nx cas	Nx cas *	TPM+	TPM-	TEP
Béré	59	80	26	15	4	7

Kélo	47	91	43	35	8	0
Laï	79	72	35	29	4	2
DRST	185	243	104	79	16	9

* Nouveaux cas dépistés de janvier à août 2005

• **Autres activités d'appui à la Délégation et aux districts**

Participation aux réunions de la DRS

Il s'agit entre autres des réunions de l'équipe cadre de la délégation sanitaire et certaines réunions du comité de gestion de l'hôpital de Laï.

Un appui conséquent a été donné pour la rédaction des rapports de réunions et des comités directeurs de la Délégation.

Autres activités

- Participation aux réunions de supervision du chantier de Laï avec la coordination du PASS (coordonnateur, architecte), la Délégation Sanitaire, le Bureau de contrôle.
- Appui à la préparation des présentations de la délégation aux sessions du comité directeur du secrétariat général du MSP (édition 2004 et 2005)
- Participation aux activités de riposte à la flambée de MCS dans le district sanitaire de Kelo

• **Appui au Pool de formation des ATS de Moundou**

Le deuxième axe d'intervention de l'équipe d'appui a concerné le Pool de formation de Moundou. L'équipe a initié des séances de travail avec le Coordonnateur national de la Formation Initiale Décentralisée (FID), le Délégué Régional de la Santé du Logone Occidental et le Directeur du Pool ATS de Moundou. La rencontre avec le coordonnateur national a jeté les bases du partenariat entre le CSSI et la Coordination de la FID. Ces séances de travail avec la Direction du Pool de Moundou a débouché sur l'élaboration d'un memorandum qui définit les actions que la direction attend de l'équipe CSSI à savoir :

- Aider à l'identification des sites de stage dans la délégation régionale sanitaire de la Tandjilé
- Aider à la formation des encadreurs de stage dans la dite délégation
- Aider à la supervision des stages ruraux des élèves dans cette délégation
- Aider à l'identification des besoins de formation des enseignants permanents du CRF (Centre régional de Formation) de Moundou
- Echanger avec les enseignants des matières suivantes : cadre conceptuel, démarche de soins, déontologie et éthique pour rendre performant l'enseignement des normes de soins infirmiers
- Aider à la mise en place des outils d'évaluation

Sur la base de ce memorandum, l'équipe a réalisé les activités suivantes toujours en collaboration avec le chargé de la planification et formation de la Délégation Sanitaire de la Tandjilé.

- ❑ Pour l'année scolaire 2003-2004, l'identification des sites de stage, la formation des encadreurs de stages sur site et la supervision des élèves stagiaires ont été faits.
- ❑ Une rencontre avec le coordonnateur et les enseignants du Centre Régional de Formation des ATS de Moundou pour arrêter les domaines d'intervention du CSSI.

Les domaines retenus sont :

- l'échange avec les enseignants sur l'enseignement des normes de la pratique des soins à l'école à savoir le modèle conceptuel, la démarche scientifique, la relation d'aide, l'éthique professionnelle/code de déontologie
- la mise en place des instruments d'évaluation des élèves

□ Echange formatif avec les professeurs permanents du pool de Moundou sur l'enseignement des normes de la pratique des soins (le modèle conceptuel, la démarche scientifique, la relation d'aide, l'éthique et la morale) ; tous les enseignants permanents ont été concernés

□ Appui à la formation des encadreurs de stage des élèves ATS du pool

Les encadreurs de stage sont des responsables de centre de santé ou de service hospitalier et proviennent des régions sanitaires du Logone Occidental, Logone oriental et Tandjilé. Les domaines d'intervention de l'équipe ont concerné l'éthique, le code de déontologie, la relation d'aide et le management des élèves en stage.

Cette formation a concerné dix-huit (18) encadreurs de stage.

Le pool de Moundou dispose désormais d'un guide de supervision des élèves en stage dans les formations sanitaires. Les enseignants ont une meilleure connaissance des techniques d'enseignement des normes de la pratique de soins. Les encadreurs de terrain des élèves sont mieux outillés pour superviser les élèves.

***Tableau récapitulatif des formations réalisées par l'équipe CSSI/PASS au Pool de formation des ATS de Moundou dans la DRS du Logone Occidental**

Thème	But/Obj.général	Nombre de personnels formés	Total
-*Supervision des élèves en stage rural dans les centres de santé de la DRST	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les aptitudes des encadreurs de terrain de stage en matière de supervision des élèves en stage dans leur centre de santé - Permettre aux élèves d'atteindre leurs objectifs de stage en renforçant leurs aptitudes (connaissances attitudes et pratiques) 	DS de Béré : 05 DS de Kélo : 06 DS de Lai/Dono-Manga : 05	16
*Enseignement des normes de la pratique des soins infirmiers au CRF des ATS de Moundou à savoir : -Modèle conceptuel -Démarche scientifique -Relation d'aide -L'éthique et la morale dans la pratique des soins inf.	Renforcer les capacités des professeurs permanents relatives à -- <u>la maîtrise du contenu des 04 normes</u> au programme de formation des ATS/IDE et SFDE,- leurs <u>interrelations</u> , - leur <u>application</u> et leur <u>utilisation</u> effective sur le terrain de l'exercice quotidien dans une approche globale de la personne.	06 TSSI, professeurs permanents du CFR des ATS	06

Thème	But/Obj.général	Nombre de personnels formés	Total
Enseignement de : - L'éthique et la morale - La relation d'aide - Le management des élèves en stage	Renforcer les capacités des Encadreurs de stage relatives à un meilleur suivi/encadrement des élèves en stage, tant sur le plan pédagogique, qu'administratif et technique	18 encadreur, RCS ou Resp. de Services Hospitaliers venant des 03 Délégations Régionales sanitaires, qui constituent le Pool de formation de Moundou (DRS Logone Oriental, Logone Occidental et Tandjilé)	18

Concertations avec la direction CSSI et le niveau central

L'équipe de terrain a participé à des rencontres avec les missions du niveau central en rapport avec les modalités de collaboration entre les différents intervenants au niveau de la délégation dans le cadre de la recherche d'une synergie locale. C'est ainsi qu'elle a pris part aux rencontres suivantes :

- Réunion de concertation à Laï avec la direction du CSSI le 17 juillet suivie d'une rencontre avec la DRST le 18 juillet 2003.
- Séance de travail avec la coordination du PASS le 04 septembre 2003 où elle a fait le point sur ses activités.
- Rencontre tripartite PASS-DPST-CSSI le 10 septembre 2003 pour discuter de l'élaboration des plans d'action 2004 en prélude à l'arrivée de la mission d'évaluation à mi-parcours du PASS.
- Séance de travail le 20 octobre 2003 avec une mission de la Banque, l'UNICEF, du PASS et la Délégation sanitaire.
- Participation à une séance de travail le 14 avril 2004 avec une mission de la Banque, le Coordonnateur du PASS et la Direction du CSSI.
- Participation à la revue à mi-parcours du PASS : 15-16 Avril 2004
- Participation au 12^{ème} Comité Directeur du Ministère de la Santé Publique : 19-21 Avril 2004
- Participation à une réunion de concertation entre une mission de la Banque Mondiale et ITS : 23 Avril 2004
- Participation au 13^{ème} comité directeur du Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique : du 9 au 12 mars 2005
- Participation à une séance de travail le 16 novembre 2005 avec une mission de la Banque, le Coordonnateur du PASS et la Direction du CSSI.

En outre elle a effectué diverses missions à N'Djaména pour faire le point sur l'état d'avancement des activités sur le terrain à la direction.

Au cours des différentes rencontres avec les missions de la Banque Mondiale et la coordination du PASS, l'équipe a toujours fait un bref compte rendu des activités exécutées, souligné les difficultés rencontrées et fait des recommandations pour l'amélioration de la mise en œuvre du projet sur le terrain.

Difficultés rencontrées dans le cadre de l'appui

Certaines difficultés ont jalonné l'exécution des activités de l'agence d'appui.

Au niveau de la Direction du CSSI

La direction du CSSI, dans le cadre de l'appui à la DRS Tandjilé, a été confrontée à diverses difficultés parmi lesquelles on peut citer :

- La lenteur des procédures de passation de marché impliquant le gouvernement et la Banque Mondiale
- La lenteur des procédures de prise de décision et de décaissement de la Banque Mondiale entraînant des retards énormes dans le décaissement au profit de l'agence
- L'insuffisance dans le circuit et le suivi des dossiers au niveau de la coordination PASS
- Le manque de définition du rôle de l'agence d'appui dans la gestion des activités et des ressources allouées pour le fonctionnement des structures sanitaires
- L'insuffisance des moyens logistiques et matériels mis à la disposition de l'agence d'appui
- L'impact négatif de la dépréciation du dollar sur le contrat de l'agence d'appui
- La longue vacance du poste de coordinateur au niveau du PASS ayant entraîné la mise en suspens de certains dossiers de l'agence d'appui
- L'absence de réunion de concertation entre le PASS et l'agence d'appui d'une part et l'absence de concertation entre agences d'appui d'autre part ; cet état de fait n'a pas été favorable aux échanges d'expériences de terrain.

Au niveau de l'équipe de terrain

- Le grand retard accusé dans la mise à disposition des ressources
L'équipe est arrivée à Laï le 14 mai 2003 mais n'a bénéficié de bureaux que le 3 juin 2003. C'est seulement le 4 juin 2003 qu'un petit fonds a été mis à sa disposition pour l'achat des fournitures de base ; le véhicule prêté n'est arrivé que le 14 juin 2003 et les moyens informatiques le 26 juin 2003. Le véhicule mis à la disposition de l'équipe par le PASS est arrivé à Laï le 16 juillet 2003. La conception des différents guides s'est fait manuellement et la saisie a mis du temps en raison de l'indisponibilité des moyens informatiques. Le copieur pour la multiplication des documents est arrivé le 16 juillet.

- L'indisponibilité de certains agents sur le terrain au début de l'appui
Les visites de terrain qui devaient démarrer le 17 juin n'ont finalement débuté que le 26 juin en raison de problèmes de prise en charge financière du membre de l'équipe cadre du district de Laï devant accompagner l'équipe sur le terrain ; en effet il a été expressément dit à l'équipe qu'elle devait assurer cette prise en charge. A cela s'est ajoutée l'inaccessibilité de la plupart des zones de responsabilités du fait de la saison pluvieuse amenant l'équipe à réviser son programme de sortie.

- Le retard dans le décaissement des fonds pour les structures appuyées, ce qui a entraîné la non-exécution de certaines activités dont les formations
- L'absence d'un deuxième véhicule pour l'équipe, absence ayant entraîné le blocage de l'exécution de certaines activités.
- Non-information de l'équipe d'appui en ce qui concerne les fonds décaissés par le PASS au profit des districts et de la Délégation
- Absence de clarification entre les fonds alloués aux districts / délégation et les activités à réaliser, entraînant une préférence pour les dépenses de fonctionnement au détriment des activités à réaliser

- Les multiples pannes du bac reliant Laï à Béré et Kélo sur le Logone; ces pannes ont considérablement limité les déplacements en direction des districts de Béré et Kélo surtout qu'elles surviennent au moment même où l'axe Laï-Djoumane est impraticable du fait de la saison des pluies.
- Les pannes répétées du central téléphonique de la SOTEL de Laï ayant entraîné une limitation des échanges informationnels entre Laï et l'extérieur et partant entre l'équipe et sa Direction ; à cela s'est ajouté le retrait des appareils téléphoniques THURAYA.
- Le retard dans le versement du salaire du personnel de l'Etat avec son corollaire de grèves et de démotivation a entraîné des perturbations importantes dans l'exécution des activités.
- Les affectations intempestives du personnel des centres de santé confessionnels sans concertation avec les districts et la délégation

Conclusion et recommandations

La mission d'assistance du CSSI à la Délégation sanitaire de la Tandjilé s'est déroulée du 10 avril 2003 au 31 décembre 2005. En dépit des difficultés rencontrées tant dans le démarrage de ses activités qu'au cours de l'accomplissement de sa mission, elle n'a ménagé aucun effort pour remplir à bien son cahier de charge.

C'est ainsi que divers appuis ont été donnés à divers niveaux du système de santé de la Délégation. Outre les formations visant à renforcer les compétences du personnel, elle a accompagné les équipes d'encadrement dans leurs missions de planification, de supervision et de suivi. Un appui à la gestion de la PRA et des ressources du financement communautaire ont aussi été apportés. Les résultats sont concluants comme en témoignent les deux certificats de satisfecit délivrés à la DRS Tandjilé en 2004 et en 2005. De plus la PRA de la Tandjilé est devenue l'une des mieux gérées du pays avec une bonne santé au niveau financier et de la disponibilité des médicaments.

Au niveau du Pool de Moundou sur la base du mémorandum établi conjointement par l'équipe et les responsables du Pool, les appuis ont permis de renforcer les compétences des enseignants dans l'enseignement des normes de la pratique des soins, des encadreurs de stage des élèves sur le terrain ainsi que la supervision des élèves.

Mention spéciale:

La Délégation Sanitaire Régionale de la Tandjilé a présenté de meilleurs rapports annuels avec de meilleurs indicateurs durant deux ans successifs (2004 et 2005) plaçant ainsi la Tandjilé à la tête des meilleures Délégations Régionales Sanitaires du pays pour ces 2 ans.

Cependant quelques faiblesses subsistent. Pour renforcer et pérenniser ces acquis, la mise en œuvre des recommandations ci-dessous s'impose.

Recommandations pour la suite du projet et la pérennisation des acquis

- Assurer les décaissements des fonds au profit des bénéficiaires dans les délais impartis par l'accélération dans le traitement des requêtes de financement
- Spécifier les activités pour lesquelles les décaissements sont effectués pour les districts et la délégation avec le montant du budget alloué par rubrique
- Informer l'agence d'appui des montants décaissés ainsi que leur répartition par rubrique budgétaire

- Instaurer un cadre de concertation entre la coordination du PASS et l'agence d'appui d'une part et entre les différentes agences d'appui d'autre part en vue d'échanger les expériences de terrain
- Renforcer les compétences des équipes cadres des districts et délégation en suivi et évaluation des plans d'action
- Renforcer les compétences des principaux responsables des équipes cadres lors de leurs activités de suivi-supervision par des interventions formatives d'appui technique en vue de garantir la pérennisation des acquis
- Renforcer le suivi et la supervision du personnel sur le terrain
- Instituer des stratégies de motivation du personnel (prime à la formation de longue durée, ...)
- Renforcer le contrôle/sanction au niveau hôpital et centre de santé dans le domaine de la gestion financière
- Poursuivre la formation continue du personnel

Etat d'exécution des activités

DOMAINES	ACTIVITES PREVUES	REALISATIONS	OBSERVATIONS
Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> - Mise sur pied d'une équipe opérationnelle au niveau de la DRS et de chaque DS - Intégration et développement de toutes les formations sanitaires fonctionnelles du 1^{er} et du 2^{ème} échelon - Transfert de compétence notamment sur la préparation, la tenue et l'élaboration des rapports pour réunion de travail et comités de direction (participation aux réunions de la DRS, participation aux CD des districts) - Introduction/réadaptation des outils de gestion des ressources humaines, matérielles et financières - Formation/supervision du personnel de santé de la DRS à l'utilisation des outils - Formation/appui à la supervision/suivi des gestionnaires des districts par la DRS 	<ul style="list-style-type: none"> - Restructuration des ECD et comités de gestion des hôpitaux - Description des postes pour responsables hospitaliers et membres des ECD - Implantation du plan de soins dans les hôpitaux de Béré, Laï et Kélo - Formation des ECD sur leurs rôles - Appui à l'organisation de trois (3) comités directeurs de la DRS - Elaboration de procédures de gestion du financement communautaire au niveau des HD - Réflexion sur la mise en place d'un système de référence et contre référence dans la région sanitaire 	Les procédures de gestion ont été adoptées par le comité directeur de la DRS
Supervision des formations sanitaires Formation continue Appui à la FID	<ul style="list-style-type: none"> - Transfert de compétences en andragogie, éducation sanitaire - Développement de plans de supervision formative - Formation des ECD en techniques de communication, mobilisation sociale, gestion, techniques de santé et techniques de supervision - Réalisation d'audits médicaux sur les problèmes de santé prioritaires (paludisme compliqué, accouchements compliqués...) - Elaboration de plans de supervision et de suivi des DS par la DRS - Evaluation de l'impact des supervisions et des suivis sur la performances des DS - Organisation d'échanges d'expériences entre districts - Formation continue du personnel - Appui à la Formation Initiale Décentralisée (FID) - Etablissement d'une documentation appropriée pour l'auto-formation des agents 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation des EC de la DRS et des DS en techniques de supervision - Elaboration des outils de supervision des activités du PMA (fiches, rapports) - Elaboration des TDR de supervision des DS et participation effective à la supervision - Formation des membres de l'ECD du DS de Laï sur le monitoring des activités du PMA - Supervision des élèves du pool en stage dans la Tandjilé - Echange avec les enseignants sur leurs besoins de formation - Formation des enseignants de la FID sur l'enseignement des 04 normes enseignées à l'école - Formation du PS des DS de Kélo et Béré en sécurité des injections - Formation des PS des 4 DS sur les normes de la pratique des soins - Formation des responsables des CS et vaccinateurs des 	Accompagnement des équipes de la DRST et des DS dans la pratique de la supervision

DOMAINES	ACTIVITES PREVUES	REALISATIONS	OBSERVATIONS
		<p>DS de Laï et Dono Manga sur les techniques de vaccination et la gestion du PEV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation des nouveaux agents de santé affectés dans la DRST en gestion du PEV - Formation des encadreurs des stagiaires des 3 régions sanitaires du pool de Moundou 	
Planification opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des indicateurs - Etablissement d'une planification ascendante - Organisation des comités de direction - Définition des objectifs des comités de direction selon les besoins 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration d'un guide de calcul des principaux indicateurs sanitaires au niveau CS et DS - Conception de masques de saisie pour le suivi des indicateurs au niveau CS et DS - Appui à l'élaboration des plans d'action de la DRS et des DS - Microplanification des JNV - Guide de microplan des CS - Appui à l'organisation des Comités de Direction de la DRS 	
Mise en œuvre et suivi des arrangements contractuels	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse de la situation des districts dans le domaine de la contractualisation - Préparation des termes de références - Elaboration des indicateurs - Réalisation des missions de suivi - Rétro-information aux districts 	<p>Appui à l'élaboration du contrat de gestion entre le BELACD de Laï et le MSP</p>	
Autonomie des hôpitaux de districts	<ul style="list-style-type: none"> - Introduction du RdC dans les hôpitaux de district - Réalisation d'une étude de faisabilité de l'autonomie - Analyse des déterminants de la qualité des soins au niveau des hôpitaux de district - Elaboration du « projet hôpital autonome » et négociation 	<p>Suivi de la gestion du financement communautaire dans les hôpitaux de Laï et Kélo</p>	
Equipe mobile Participation communautaire Recouvrement des coûts	<ul style="list-style-type: none"> - Choix des zones à couvrir par l'Equipe Mobile - Choix des services à fournir - Elaboration de programme de sorties et logistique - Monitoring des activités - Mise en place de COSAN/COGES - Réalisation d'actions de communication et de mobilisation sociale - Mise en place du RdC à l'hôpital de district - Promotion de la mutualité 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration d'un document de « Stratégie pour la couverture des zones non couvertes dans la Tandjilé » - Formation des RCS et COGES des DS de Laï et Dono Manga en gestion du financement communautaire et leurs rôles/attribution - Suivi de la gestion du RdC dans les hôpitaux - Supervision formative des COGES des 4 DS sur le RdC - Appui à la gestion des MEG - Réflexion sur la mise en place et le fonctionnement des 	

DOMAINES	ACTIVITES PREVUES	REALISATIONS	OBSERVATIONS
		mutuelles de santé	
Promotion de la mutualité Intégration des programmes nationaux au PMA et PCA	<ul style="list-style-type: none"> - Encouragement des épargnes crédits - Etude de faisabilité de prépaiement ou d'assurance maladie - Formation des COGES en prémutuelles - Démarche juridique pour les prémutuelles fonctionnelles - Réalisation d'une expérience pilote de mutualité 	Appui à la microplanification des JNV	
Organisation et gestion de la PPA	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse de la situation de l'approvisionnement en médicaments - Mise en place d'une stratégie d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels - Elaboration/organisation de statuts - Elaboration d'un plan de rationalisation de la prescription - Formation du gestionnaire de la PPA en gestion des stocks et en gestion financière - Diffusion des outils et procédures de gestion des médicaments - Suivi et évaluation du système de gestion des médicaments essentiels du centre à la périphérie 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'une base de données - Suivi des consommations mensuelles des CS et DS en MEG - Elaboration des procédures de gestion de la PRAT - Analyse de la prescription des médicaments dans les CS - Appui à l'élaboration et adoption du guide de gestion de la PRA Tandjilé 	<ul style="list-style-type: none"> - Les procédures de gestion sont adoptées par le Comité Directeur de la Délégation - Le document de gestion de la PRA Tandjilé est adopté par le comité directeur de la DRST

- **Appui au développement du District Sanitaire d'Am-Timan**

Pays : Tchad

Lieu : District Sanitaire d'Am –Timan (Salamat)

Compétences fournies

- Spécialiste en santé publique
- Chirurgien
- Anesthésiste
- Sage Femme Technicienne Supérieure
- Préparateur en Pharmacie
- Administrateur - Gestionnaire

Mandant

Ministère de la Santé Publique
BP 286 N'Djaména, Tchad

Date de démarrage : Janvier 2006

Date d'achèvement : août 2011

Valeur approximative des services : 1.154.687 EURO

Descriptif du Projet:

Pour résoudre les problèmes liés à la faible utilisation des services sanitaires du district tels que relevés dans l'analyse de situation, le CSSI appuie l'équipe cadre du district pour atteindre l'objectif du projet qui est d'améliorer la mise en œuvre du PMA et PCA dans le district sanitaire d'Am-Timan.

Les bénéficiaires directs du projet sont constitués par le couple mère-enfant qui représente 41% de la population totale du district. Les bénéficiaires secondaires vont être le reste de la population (59%). En ce qui concerne la gestion de la PRAS, c'est toute la délégation sanitaire qui est concernée.

Les principales activités sont l'organisation du système de santé, la gestion des ressources, le développement du PMA et PCA, la gestion de la PRAS et la participation communautaire

ACTIVITES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les procédures de gestion financières et matérielle au niveau de l'Hôpital et des CS ont été élaborées et mises en place. Un manuel des procédures de gestion accompagné des outils de gestion des médicaments, des ressources financières et matérielles ont été conçus et mise en place. Tous les membres du COGES des CS cibles et du COGES de l'hôpital ont été formés à l'utilisation de ce manuel et outils de gestion.

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

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

Activité 2.3 : Diffuser les outils de gestion des MEG.

Les outils de gestion des MEG ont été élaborés et diffusés au niveau des CS et de l'Hôpital. A l'hôpital les outils mis en place sont: la fiche de commande de médicaments et consommables médicaux, le bordereau de réception des médicaments et consommables médicaux, la fiche d'inventaire de médicaments et consommables médicaux, la fiche de vente journalière de médicaments aux malades hospitalisés, la fiche de vente journalière de médicaments aux malades ambulatoires, la décharge, l'autorisation de dépenses, la fiche de recettes hebdomadaires, la fiche

de consommation mensuelle de médicaments et consommables médicaux, le calcul de la marge bénéficiaire sur les ventes de médicaments aux malades hospitalisés, le calcul de marge bénéficiaire sur les ventes de médicaments aux malades ambulatoires, etc.

Dans les CS ce sont aussi les mêmes outils de gestion mais plus adaptés qui sont mis en place.

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

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

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

Les besoins en matière de formation ont été identifiés pour le personnel de santé des CS dès le début de la 2^{ème} année (2007)

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

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

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

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

Activité 3.5 : Renforcement des fonds de roulement en médicaments

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

Activité 3.7 : Analyser les déterminants de la qualité des soins au niveau de l'Hôpital

L'étude a été réalisée par un consultant externe en août 2007 (Cf. rapport du consultant en annexe).

Activité 3.9 : Organiser des stratégies avancées dans les zones B

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

Activité 3.10 : Supervision des CS

La supervision des CS prioritaires a commencé dès le 4^{ème} trimestre 2006.

Activité 3.11 : Renforcement minimum des équipements

Les CS prioritaires et l'Hôpital ont reçu les équipements complémentaires minimum au 4^{ème} trimestre 2006.

Activité 4.1 : Mettre en place les organes de gestion fonctionnels au niveau des ZR et de l'Hôpital
Les COSAN et COGES des ZR prioritaires ont été mis en place et rendus fonctionnels dès le 4^{ème} trimestre 2009. Les organes de gestion de 3 ZR non prioritaires ont été formés. Au niveau de l'Hôpital la difficulté de collaboration avec les responsables n'ont pas permis la mise sur pied des organes de gestion.

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

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

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

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

Activité 5.1 : Audit et évaluation annuels

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

Activité 6.1 : Ressources humaines

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

Activité 6.2 : Voyages de l'équipe d'appui

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

Activité 6.3 – 6.5 : Fonctionnement bureau local (infrastructures, matériel/fournitures et frais administratifs)

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

NB : l'Hôpital du District d'Am-Timan occupe une place de marque dans la Sous- Région Est du pays

RESULTATS

Résultat 1 : l'Equipe cadre du District (ECD) est plus performant dans l'organisation de la gestion de District

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

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

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

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

Dans les ZR prioritaires, le PMA est développé à plus de 80% et de qualité satisfaisante. Au niveau de l'Hôpital, le PCA est développé à 100% et de bonne qualité. Ce résultat confirme que le succès de l'offre de soins dans une structure dépend fortement des ressources (en quantité et en qualité) dont elle est dotée.

En ce qui concerne la mise en œuvre de PMA dans les CS et de PCA à l'Hôpital, l'insuffisance dans la régularité de recueil des données statistiques des structures sanitaires ne permet pas de construire tout les indicateurs de développement retenus pouvant permettre d'apprécier les résultats de l'Action. Cependant, l'évolution de certains indicateurs sur les 4 dernières années montre bel et bien que certains indicateurs évoluent positivement.

Ainsi, le taux de couverture en CPN 1 est passé de 26,5% en 2006 à 63,59% en 2008. Et l'indice de retour du CPN qui était pratiquement à zéro au début de l'Action passe au début 2009 à 1,36. Le taux de couverture en DTC 3 passe de 33,2 en 2006 à 51,19 en 2008 et le taux de couverture en VAR de 34,5 (2006) à 58,17 (2008). Le taux des enfants complètement vaccinés de 26,9 % en 2006 atteint 45,78 % en 2008 et enfin le pourcentage de grossesses protégées contre le tétanos passe de 20,9% à 37,15 % au début de l'année 2009.

Au niveau de l'Hôpital, le pourcentage de transfusion sécurisée est de 100%. La durée moyenne de séjour des malades hospitalisés est de 9 jours. La mortalité maternelle par suite de complication obstétricale est pratiquement inexistante depuis ces deux dernières années à l'Hôpital d'Am-Timan.

Le tableau ci-dessous donne un récapitulatif des activités opératoires au niveau du bloc et de certaines activités du service de maternité :

Types d'interventions réalisées au Bloc opératoire d'Am-timan pendant trois années.

Types D'intervention	2007	2008	Mi 2009	TOTAL
Hernies	81	53	54	188
Hémorroïdes	26	36	27	89
Adénomes de la prostate	25	18	26	69
Césariennes	18	30	13	61
Laparotomies	04	23	27	54
Hydrocèles	20	22	11	53
Kystes ovariens	18	15	10	53
Fistules vésico- vaginales	13	18	13	44
Lipomes	18	6	15	39
Kystes	6	18	11	35
Autres interventions	210	274	160	644
TOTAL	439	513	367	1319

On note après la synthèse qu'avec l'Action, le nombre d'intervention chirurgicale a augmenté d'année en année .On note un total de 1319 interventions réalisées au cours de deux ans et 5 mois d'appui. Cela s'explique par la mise en place de l'équipe technique du CSSI. Les principaux actes ont concerné les hernies, les hémorroïdes et les adénomes de la prostate. Les urgences opérées occupent également une place importante parmi les cas d'intervention et concernent surtout les hernies étranglées et les césariennes.

Activités de maternités

Types d'Actes	2007	2008	Mi 2009	TOTAL
Nouvelles consultations	75	621	296	992
Accouchements normaux	36	181	184	401
Accouchements compliqués	7	37	55	99
Consultations Gynécologiques	60	448	204	712

Pour les activités de maternité également, la quantité de prestations a augmenté d'une année à l'autre durant la période de l'Action, surtout si on se réfère au nombre de nouvelles consultations. La qualité des prestations a fait qu'un certain nombre de grossesses à risque sont dépistés très tôt et pris en charge par le bloc opératoire.

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

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

APPORT

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

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

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

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

Une approbation populaire de l'Action se traduit à travers l'appréciation positive et répétée des leaders d'opinion locaux (Chefs traditionnels et religieux) et des autorités administratives devant les missions du niveau central. Le Salamat qui était à la traîne des mérites, l'Action l'a porté aujourd'hui parmi les meilleurs rangs d'indicateurs sanitaires au niveau national.

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

CONTRAINTES ET DIFFICULTES

Le projet a connu également quelques difficultés et contraintes dont nous citerons les plus importants :

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

OPPORTUNITES

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

CONCLUSION

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

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

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

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

La particularité de la présente Action est qu'une priorité particulière a été accordée à la promotion des activités de prise en charge du couple mère-enfant notamment les enfants de 0-5 ans et les femmes en âge de procréer qui constituent la couche la plus vulnérable de la population.

Dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, l'Action au cours de l'année 2009 a facilité la formation des membres de l'équipe d'assistance technique (le médecin et la Sage-femme) pour la prise en charge thérapeutique des patients et le démarrage de la PTME au niveau de la maternité.

- **Appui à l'amélioration de la qualité de soins de santé secondaire à l'Hôpital de District Sanitaire d'Aboudeïa**

Pays : Tchad

Lieu : Hôpital de District Sanitaire d'Aboudeïa (Salamat)

Compétences fournies

- Chirurgien Généraliste
- Anesthésiste
- Sage Femme Technicienne Supérieure
- Préparateur en Pharmacie
- Infirmier diplômé d'état (IDE)
- Administrateur - Gestionnaire

Partenaire

Ministère de la Santé Publique
BP 286 N'Djamena, Tchad

Date de démarrage : novembre 2007

Date d'achèvement : février 2011

Valeur approximative des services : 440.173 EURO

Descriptif du Projet:

L'objectif global est de rendre disponible et accessible un Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) de qualité à l'hôpital du district sanitaire d'Aboudeïa avec un contrat de délégation de gestion. Les objectifs spécifiques sont :

- Assurer la direction de l'hôpital
- Assurer une organisation efficace et efficiente de l'hôpital de district
- Renforcer les compétences du personnel

Descriptif des services fournis

- Mise en place d'une équipe technique et administrative
- Organisation du circuit du malade et des services hospitaliers
- Organisation de la gestion de la pharmacie
- Prise en charge chirurgicale
- Formation recyclage du personnel
- Mise en place du recouvrement des coûts
- Gestion des ressources humaines, financières et matérielles
- Suivi et supervision

RESULTATS

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

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

Résultat 2 : La mise en œuvre et la qualité du PCA sont amélioré

Toutes les urgences médico-chirurgicales qui arrivent à l'Hôpital d'Aboudéia sont prises en charge sans délai. Sur les 96 opérations réalisées durant la période considérée, il y a eu 0% de complication postopératoire. Il n'y a eu que 2 césariennes durant la période et ce chiffre ne permet pas de calculer un taux de césarienne.

Les activités menées à la maternité

Activités de maternité	2008	Mi 2009	TOTAL
Accouchements normaux	40	28	68
Accouchements compliqués	01	01	02

La proportion des accouchements compliqués est de 2.5% chiffre inférieur à la norme nationale qui est de ≥ 5 . Ce taux montre qu'il y a problème de fréquentation de la maternité. Bien que les accouchements soient gratuits, les femmes sont habituées à accoucher à domicile. C'est en cas de complication qu'elles viennent à l'hôpital. Ce problème de fréquentation a été débattu au Comité Directeur du District et il a été recommandé de mener des campagnes de sensibilisation au sein de la communauté mais rien n'a été fait par le district.

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

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

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

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

APPORT

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

CONTRAINTES ET DIFFICULTES

- L'éloignement de l'hôpital de la ville (environ 4 KM) constitue un handicap pour sa fréquentation pour les accouchements. La sensibilisation de la population est aussi insuffisante pour permettre une meilleure fréquentation, et ceci est attribuable à l'absence prolongée du Médecin chef du District.
- L'Evacuation des malades venant des centres de santé reste difficile par manque d'ambulance au District et à l'hôpital.
- L'insuffisance du personnel étatique est également un handicap à la bonne marche des activités au sein de l'hôpital.

OPPORTUNITES

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

CONCLUSION

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

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

La particularité de la présente Action est qu'une priorité particulière a été accordée à la promotion des activités de prise en charge du couple mère-enfant notamment les enfants de 0-5 ans et les femmes en âge de procréer qui constituent la couche la plus vulnérable de la population.

Dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, l'Action au cours de l'année 2009 a facilité la formation des membres de l'équipe d'assistance technique (le médecin et la Sage-femme) à la prise en charge thérapeutique des patients et le démarrage de la PTME au niveau de la maternité. Pendant la période, 27 cas suspects ont été dépistés dont 7 positifs

III. PROJET ENFANTS DE LA RUE

3.1 - Historique du projet EDR

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

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

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

3.2 - Résumé du Projet

Titre : Amélioration de l'Accès aux Soins des Enfants vivant dans les rues de N'Djaména.

Mise en œuvre : Médecins du Monde, Délégation Midi Pyrénées

Structure de relais : Centre de Support en Santé Internationale

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

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

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

Tableau I : Zone d'intervention du projet

Arrondissements	Structures sociales	Structures sanitaires	Zones de concentration
2 ^{ème} Arrondissement	Centre social N°4 ATAD CCDE 2 ^{ème}	CS Bololo COGES de Bololo	Canal St Martin, derrière l'immeuble UNICEF, rue des 40 mètres
3 ^{ème} Arrondissement	CCDE 3 ^{ème} AEFAT	CS Ardep Djoumal COGES Ardep Dj. CS Gardolé COGES Gardolé Hôpital Kasser	Grande mosquée Marché central Hippodrome
6 ^{ème} Arrondissement	CCDE 6 ^{ème} Bethesda	CS Chagoua COGES Chagoua Hôpital Union	Marché de Dembé
7 ^{ème} Arrondissement	CCDE 7 ^{ème} YALNA FAFED	CS Abena COGES Abena Hôpital Union	Marché Karkandjie Marché Dembe

3.3 - Objectif général

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

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

3.4 - Objectifs spécifiques

1. Identifier au moins 50 enfants ayant des plaies ou des traumatismes par violence par mois
2. Prendre en charge 100% des enfants identifiés dans la même période

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

3.5 - Stratégies d'interventions

- Mettre en place un système de recherche active des enfants blessés avec le concours des travailleurs sociaux, des bénévoles des associations ciblées et des pairs éducateurs déjà formés
- Mettre en place un protocole de prise en charge comportant un algorithme de décisions thérapeutiques et dépistage des co-morbidités ciblées (Paludisme, IRA, diarrhées)
- Mettre en place un système d'accompagnement médico-social
- Mettre en place un système de recherche active des pairs éducateurs dans la population cible
- Mettre en place le mécanisme d'un système de tiers payant pour entretenir le stock de médicaments essentiels génériques en vue de pérenniser l'action

3.6 - Résultats attendus pour la période :

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

3.7 - Description du circuit des soins proposé

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

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

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

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

• Résultats obtenus/données quantitatives

a) Nombre d'enfants repérés

Tableau II : Répartition des enfants repérés par structure sociale

Structure sociale	Jan	Fev	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Dec	Total

AEFAT	30	51	38	48	27	47	37	33	53	41	24	34	463
ATAD	16	31	35	24	30	15	28	18	40	31	25	20	313
BETHESDA	50	37	38	30	30	38	36	38	38	28	37	45	445
CCDE 2^{eme} Arrondt	22	31	24	32	20	22	12	22	27	22	32	37	303
CCDE 3^{eme} Arrondt	9	9	9	9	4	11	5	8	5	15	10	9	103
CCDE 6^{eme} Arrondt	15	7	13	9	6	14	17	18	10	21	10	10	150
CCDE 7^{eme} Arrondt	13	12	13	14	14	13	14	13	14	16	9	14	159
FAFED	25	19	18	19	19	16	14	14	30	23	38	35	270
YALNA	28	26	18	16	16	17	26	16	17	20	26	21	247
Total	208	223	206	201	166	193	189	180	234	217	211	225	2453

Le nombre d'enfants repérés a largement dépassé le seuil à atteindre au cours de l'année. De Janvier à Décembre 2007 Le nombre d'enfants repérés par jour est (en moyenne 7 enfants par jour). Ce sont les mois de Mai, Juin, juillet et Août 2007 qui ont connu les plus bas nombres de repérage à cause de la grève qui a été observée par les fonctionnaires de l'état (inférieur à 200).

b) Enfants soignés par les acteurs sociaux et référés dans les formations sanitaires

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

Enfants repérés		Soignés par les acteurs sociaux		Référés dans les formations sanitaires.	
Nb	%	Nb	%	Nb	%
463	18,87	344	18,64	119	19,57
313	12,76	258	13,98	55	9,05
445	18,14	331	17,94	114	18,75
303	12,35	190	10,30	113	18,59
103	4,20	61	3,31	42	6,91
150	6,11	126	6,83	24	3,95
159	6,48	142	7,70	17	2,80
270	11,01	156	8,46	114	18,75
247	10,07	237	12,85	10	1,64
2453	100,00	1845	100,00	608	100,00

D'une manière générale, le nombre de repérage attendu par année (600) est dépassé de très loin. Au total, 2453 enfants de la rue ont été repérés par les acteurs sociaux au lieu de 600 attendu pour la période, soit une atteinte de l'objectif de la période de 408 %. 1845 enfants (soit 75,21 %) ont été pris en charge par les acteurs sociaux pour plaies simples et 608 enfants (soit 24,79 %) ont été référés dans les formations sanitaires pour une prise en charge médicale. 218 nouveaux cas ont été repérés dans la rue par les acteurs sociaux entre janvier et Décembre 2007 soit un taux de nouveaux cas d'environ 8,88 %.

En analysant le taux de repérage par structure sociale, on se rend compte que FAFED est l'association qui a repéré beaucoup plus des nouveaux cas (48 enfants soit 22,01%), suivie BETHESDA (32 nouveaux cas soit 14,67 %), de CCDE3em (29 nouveaux cas soit 13,30%), ATAD (28 nouveaux cas soit 12,84%) AEFAT (25 nouveaux cas soit 11,46%), CCDE 2em (19nouveuax cas soit 8,71%), YALNA (18 nouveaux cas soit 8,25%), CCDE 6em (13 nouveaux cas soit 5,96 %), et vient en dernier position le CCDE7em avec (6 nouveaux cas soit 2,75%).

En ce qui concerne les références, AEFAT qui a référé les plus d'enfants soit (19,57 %) suivi de BETHESDA et FAFED (18,75%), CCDE2em (18,59%), ATAD (9,05%) , CCDE3em(6,91%) , CCDE 6em (3,95%) et CCDE 7em(2,80%) et enfin YALNA(1,64%) est la structure sociale qui a référé les moins d'enfant

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

c) Prise en charge médicale

Structure sociale	Jan	Fev	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Dec	Total
AEFAT	1	0	1	1	0	3	2	3	2	2	5	5	25
ATAD	0	2	5	3	1	0	0	0	5	5	5	2	28
BETHESD A	2	4	5	3	3	1	0	3	0	0	5	6	32
CCDE 2^{ème} Arrondt	2	0	2	1	1	2	3	0	2	2	2	2	19
CCDE 3^{ème} Arrondt	1	0	1	1	0	0	0	0	10	10	2	4	29
CCDE 6^{ème} Arrondt	0	0	0	0	0	3	0	0	4	4	2	0	13
CCDE 7^{ème} Arrondt	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	6
FAFED	3	0	0	0	3	5	4	6	8	8	3	8	48
YALNA	1	0	2	1	1	3	2	0	3	3	0	2	18
Total	11	6	16	10	9	17	11	12	36	36	25	29	218

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

Formation sanitaire	Jan	Fev	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct.	Nov	Dec	Total
Ardep Djoum	8	7	10	9	0	0	0	0	10	10	10	10	74
Bololo	15	16	12	17	11	5	4	5	5	13	17	9	129
Chagoua	13	17	24	18	24	0	0	0	12	25	19	16	168
Gardolé	9	11	9	12	0	0	0	0	0	13	10	11	75
Léproserie	11	8	9	13	11	10	9	9	9	12	10	8	119
Union/HGRN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	56	59	64	69	46	15	13	14	36	73	66	54	565

Sur les 608 soit 24,79% d' enfants qui ont été pris en charge par les formations sanitaires, 596 soit 24,29% sont référés par les acteurs sociaux, les 12 soit 0,48% autres enfants sont partis de leur propre gré. Les formations sanitaires du circuit de soins EDR ont réalisé une faible performance par rapport à l'année précédente à cause du mouvement de grève observé de Mai à juillet 2007. A signaler aussi que certains enfants ont été pris en charge dans des formations sanitaires privées (Ordre de Malte et Base Aérienne Française) grâce au rapport personnel du responsable de FAFED avec ces structures privées pendant la Grève.

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

Centre de santé	IRA	Paludisme	Diarrhée	Total
Ardep Djoumal	7	21	9	37
Bololo	14	36	10	60
Chagoua	12	35	14	61
Gardolé	15	17	5	37
Léproserie	14	32	7	53
Hôpital Union/HGRN	0	0	0	0
Total	62	141	45	248
%	25,00	56,85	18,15	100

La répartition des co-morbidités vues au niveau des formations sanitaires montre que le paludisme est la première co-morbidité avec 141 Cas soit (56,85 %), suivi des IRA 62 cas soit (21,16%) et de la diarrhée 45 cas soit (18,15 %). Ceci est conforme à la classification des 10 premières causes de morbidité dans le système sanitaire national. Sur les 565 enfants reçus dans les formations sanitaires du circuit des soins EDR, 248 enfants soit 43,89% présentent des co-morbidités, les 317 autres enfants, soit 56,10 %, ont été reçus pour blessures graves sans co-morbidité.

C.1 - Les dépenses

Les dépenses les plus élevées sont observées au niveau du centre de santé de Bololo avec une dépense annuelle de 565200 FCFA suivi de LA Léproserie avec 558850 Frs cfa , Ardep Djoumal 357325 Frs CFA tandis que le centre de santé de Gardole affiche une dépense annuelle de 318125 CFA. . Au total, 2156175 Frs cfa ont été dépensés pour les soins des enfants dans les structures sanitaires soit un coût moyen de 3816,23 Frs cfa par enfant.

Il faut noter que la forte utilisation du centre de santé de Bololo et de la Léproserie se traduit par le fait que pendant la période de la grève des fonctionnaires ces deux centres ont toujours accueilli les enfants référés par les acteurs sociaux.

CONCLUSION

Les activités de la période de Janvier à Décembre 2007 se sont déroulées dans des bonnes conditions. Les acteurs sociaux et le personnel des 4 centres de santé ont fait de leur mieux pour améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des enfants de la rue dans les 4 arrondissements de la ville de N'Djaména. Le nombre d'enfants à repérer attendu a été largement dépassé et la plupart des enfants référés ont été pris en charge dans les formations sanitaires. A noter aussi que pendant la grève certaines associations ont rencontré des difficultés pour les références, mais ces enfants ont été pris en charge dans les formations sanitaire privées (Ordre de Malte et Base Aérienne Française) grâce aux relations personnelles que les responsables des associations entretiennent avec ces formations sanitaires privées.

XV.

IV. RAPPORT DES ACTIVITES D'AGENT LOCAL DU FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

Vu la suspension des subventions du Fond mondial aux deux programmes du Tchad à savoir la Tuberculose et le VIH/SIDA, les activités du CSSI, durant l'année 2007, dans son rôle de LFA étaient assez limitées.

Le CSSI a eu à participer le 15 janvier 2007 à une réunion qui a eu à réfléchir sur un nouvel organigramme du FOSAP, PR pour les deux programmes du Fond Mondial, tenant compte des deux volets de financement que reçoit ce organisation. Rien n'a pu être arrêté sur ce point au cours de la réunion.

Une des premières activités durant cette année a été la réalisation du « on Site Verification » en compagnie de Karin Goschler. Cette mission a conduit l'équipe du LFA à Kélo, Bongor et N'Djamena. Cette mission de vérification des indicateurs sur le terrain a durée du 25 au 30 janvier 2007.

Du 12 au 14 juin 2007 le CSSI a reçu une mission du LFA Bâle conduite par Kaspar Wyss pour faire la situation dans l'élaboration par le PR et les partenaires les documents pouvant permettre la levée de la suspension.

Du 26 au 30 juin, le CSSI a participé à une mission du FM-LFA. Cette mission avait coïncidé avec une mission de la Banque Mondiale. Plusieurs discussions ont eu lieu autour des activités du FOSAP.

Le CSSI a reçu le 6 aout 2007 au compte de LFA une mission de GDF.

Le 30 aout 2007 le CSSI a participé à l'évaluation des capacités de la CPA à assumer les activités requises dans le cadre de la mise en œuvre des programmes du Fond Mondial.

Le 22 octobre le CSSI a participé à une réunion de travail avec le FOSAP et le PNLS sur les documents portant sur le VIH/SIDA.

Enfin du 22 au 24 octobre, le CSSI a participé à une autre mission de suivi des activités dans le cadre du Fond Mondial.

V. ETUDES, RECHERCHES ET FORMATIONS DES COLLABORATEURS

5.1 Partenariat pour l'atténuation des syndromes en recherche sociale

5.1.1 - Projet éducation, conseil et prévention des IST/vih/sida en faveur des adolescents des lycées au Tchad

=====

Rapport général des activités du Projet Education, Conseil et Prévention des IST/VIH/SIDA des Adolescents des Lycées du Tchad

Les activités du Projet Education, Conseil et Prévention des IST/VIH/SIDA des Adolescents des Lycées du Tchad démarrées en avril 2007 avec la formation des pairs éducateurs, l'ouverture des points d'écoute, le recrutement des animateurs et la mise à disposition des équipements et matériels promotionnels ont été poursuivies durant les deux derniers trimestres (octobre-décembre 2007 / janvier-mars 2008) et exécutées conformément aux indications données par le partenaire Genève Global.

En effet, la mise en œuvre des activités du projet a démarrée avec une élection démocratique des pairs éducateurs, choisis par leur camarade des classes en fonction de leur aptitude et compétence. Au total 180 pairs éducateurs ont été élus et formés sur cinq des six sites du projet. Le site du Lycée de Mongo n'a pu être touché en son temps à cause des grèves de la Fonction Publique ayant entraîné l'arrêt des activités scolaires.

La formation des pairs éducateurs (voir photo 1) était focalisée essentiellement sur les thématiques suivantes : (1) La biologie humaine (connaissance du corps, physiologie des organes génitaux, groupe sanguin, pacte de sang et les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA); (2) la santé de la reproduction (méthodes de contraception, connaissance du cycle menstruel, les avortements, l'hygiène corporel) ; (3) les mutilations génitales féminines, le mariage précoce et la promotion des préservatifs ; (4) les déterminants de risques, la vulnérabilité, les groupes vulnérables prioritaires, les activités essentielles et connexes ; (5) les droits et devoirs des élèves et enseignants et les risques comportementaux dans leur rapport au quotidien (éthique et enjeux) ; (6) les techniques de plantation et d'entretien d'un arbre et l'éducation environnementale ; (7) les techniques de communication sociale pour le changement de comportement et en fin (8) les techniques d'éducation par pairs (techniques, normes, niveau de compétence et planification stratégique des activités).

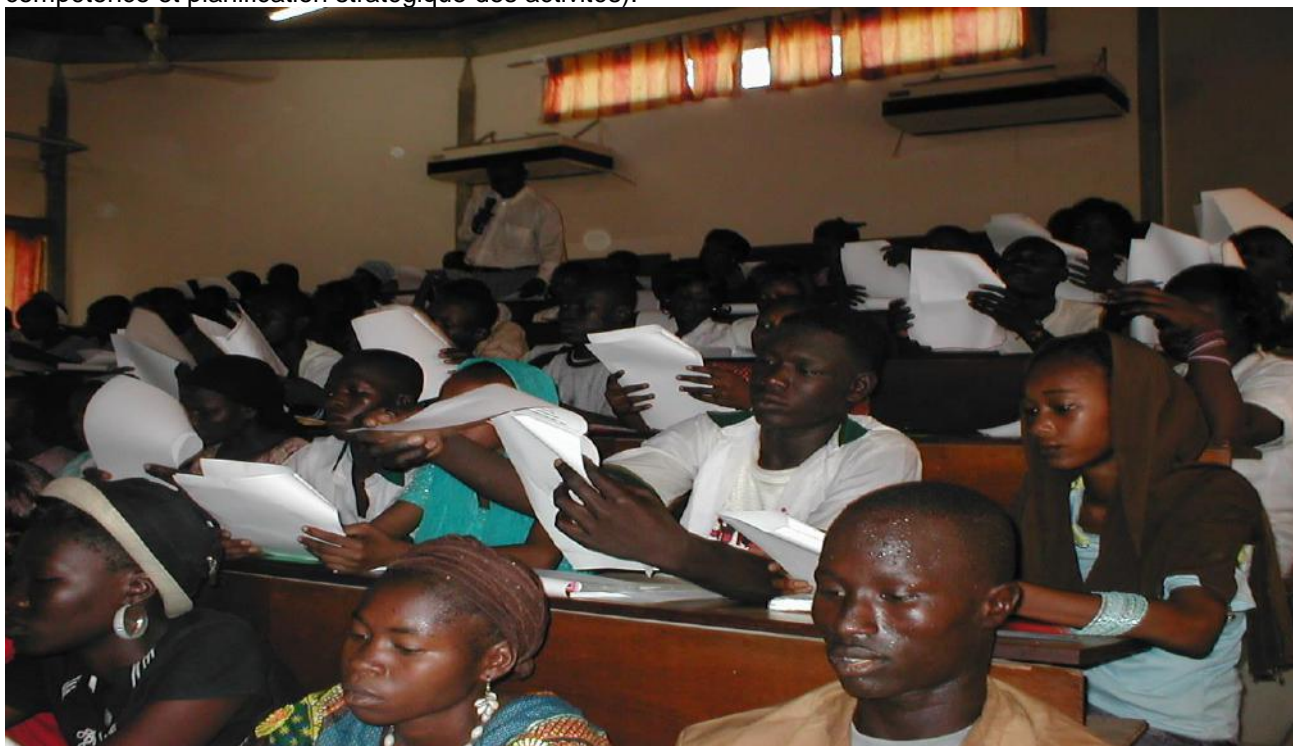


Photo 1 : les pairs éducateurs des lycées de N'Djaména en session de formation

Juste après leur formation, les pairs éducateurs ont mis sur pied une association S.O.S Pairs Educateurs par lycée et étaient déjà disposés à mettre en œuvre leur paquet d'activités n'eût été la grève de la Fonction Publique qui a perduré. Outre la formation des pairs éducateurs, le bureau du CSSI a recruté et formé les animateurs devant aider les pairs éducateurs à la mise en œuvre du paquet d'activités. Le CSSI a également dès réception des fonds élaboré une planification annuelle et trimestrielle des activités à réaliser en tenant compte des priorités définies par Genève Global.

Les perturbations liées à la grève des fonctionnaires ont trop perduré, le bureau du CSSI n'a pu relancer les activités du projet qu'avec la reprise des cours au sein des établissements scolaires en octobre 2007. Mais cette relance des activités n'a pu être faite sur tous les sites du projet à cause d'un certains nombres des difficultés. En effet, le Projet qui devrait bénéficier en principe d'un apport des fonds de trois (3) partenaires à savoir Genève Global, FOSAP et PPLS II, n'a pu en réalité obtenir que le financement du seul partenaire Genève Global. La non satisfaction des contributions financières du FOSAP et PPLS II a amené le bureau du CSSI à revoir la planification du départ en ce qui concerne les activités à réaliser. C'est ainsi qu'en fonction du fonds disponible, le CSSI a été obligé de focaliser les activités que seulement dans les deux sites de N'Djaména que sont le Lycée Féminin et le Lycée Abéna. La planification du départ a donc été revue et corrigée en fonction de cette difficulté financière.

Après la révision technique du planning du projet, la mise en œuvre des activités a été accélérée au cours des deux derniers trimestres (octobre-décembre 2007 / janvier-mars 2008) pour rattraper d'une part le temps perdu au cours du trimestre écoulé et d'autre part maximaliser la réalisation du paquet d'activités pour les deux sites de N'Djaména. Pour relancer les activités du projet après la période de suspension due à la grève du secteur public, il a été décidé de procéder à une formation de remise à niveau des pairs éducateurs afin qu'ils puissent être en mesure de s'acquitter convenablement de leur tâche d'animateurs. La formation de remise à niveau des pairs éducateurs (voir photo 2) a consisté à faire une révision générale avec rappels sur les principaux modules de la précédente session de formation. Les questions relatives aux comportements et situations à risques, l'existence et gravité des IST/VIH/SIDA, la santé de la reproduction et l'éducation à la vie familiale, les techniques de communication sociales, les paquets d'activités du pair éducateur, le concept et rôle du pair éducateur, la présentation de l'organisation des activités du terrain et les techniques de remplissage des fiches d'activités ont été les principaux points que les formateurs ont débattus avec les pairs éducateurs.



Photo 2 : *pour une meilleure relance des activités après la période d'interruption, les pairs éducateurs sont réunis en session de formation de remise à niveau*

Aussitôt après la session de remise à niveau des pairs éducateurs, l'administration du CSSI a procédé à la remise des matériels audiovisuels et bureautiques à l'administration des lycées pour l'équipement des centres d'écoutes (voir photo 3). Les centres d'écoutes ainsi équipés sont devenus des espaces adéquats pour les réunions ordinaires des pairs éducateurs, des salles de

projection des films, bref des laboratoires d'échanges entre pairs éducateurs et leurs collègues élèves.



Photo 3 : *l'Administrateur du CSSI (à droite) remettant les matériels d'équipement des centres d'écoutes à l'administration du lycée d'Abena.*

De façon générale, les pairs éducateurs ont mené des nombreuses activités conformément aux engagements convenus avec le bureau du CSSI, coordinateur du Projet. Les activités des pairs éducateurs étaient focalisées essentiellement sur les animations ordinaires de sensibilisation de leurs pairs, les projections des films sur les risques des IST/VIH/SIDA accompagnées de débats, l'organisation des sketches et la participation aux focus groups organisés lors des supervisions.

En terme des animations ordinaires de sensibilisation, tout au long du projet, chaque pair éducateur a eu à organiser deux séances d'animation par mois. Les thèmes débattus au cours des animations étaient ceux du paquet d'activités du pair éducateur, c'est-à-dire touchant aux questions des risques comportementaux en matière des IST/VIH/SIDA, la problématique du mariage précoce, les avortements et leurs conséquences, la santé de la reproduction, les mutilations génitales féminines, la promotion des préservatifs, etc...

Les pairs éducateurs ont aussi procédé à l'organisation des nombreuses séances des projections des films axées sur des thématiques de risques des IST/VIH/SIDA, les questions de stigmatisation et discrimination des personnes vivant avec le VIH/SIDA, les modes de prévention du virus du VIH etc...

De façon pratique, chaque fin du mois, une projection des films est organisée par lycée par un groupe des pairs éducateurs à l'intention de leurs camarades élèves.

Les projections des films sont d'une durée d'une heure (1H) et sont suivies des débats entre pairs éducateurs organisateurs et élèves participants.

Autres activités essentielles du paquet d'activités des pairs éducateurs, c'est l'organisation des sketches autour des questions des comportements à risque en matière du VIH/SIDA. Les séances de sketches sont organisées dans la cour des établissements scolaires pour drainer le maximum d'élèves possible. Des jeux questions / réponses suivent généralement les séances de sketches et offrent des possibilités aux élèves répondant correctement aux questions posées de gagner des petits cadeaux (blocs notes, bics et cahiers). Par ailleurs, les séances de sketches constituent également des occasions pour les pairs éducateurs de procéder aux démonstrations des ports de préservatifs à leurs camarades élèves.

Pour une meilleure appréciation des activités des pairs éducateurs, la coordination du projet a planifié l'organisation des séances de focus groups à la fin de chaque trimestre en vue d'évaluer les pairs éducateurs et leurs collègues élèves par rapport aux effets des activités du projet. Mais pour des raisons inhérentes à l'organisation, seulement un seul focus group a pu être organisé et a

permis au superviseur d'apprécier le niveau des pairs éducateurs et élèves. Les réponses des ces derniers aux questions débattues en focus group ont permis au superviseur de constater avec satisfaction le bon niveau atteint par les élèves en matière des bonnes connaissances des modes de transmission et de prévention des IST/VIH/SIDA et les comportements responsables à adopter comme conduites de vie sexuelle.

Au terme des activités du projet de prévention du VIH/SIDA en milieu scolaire, nous pouvons conclure que de façon globale les buts visés à travers l'initiative de ce projet sont largement atteints. Nous justifions notre affirmation par le nombre important des élèves adolescents touchés par les activités de sensibilisation sur les risques liés aux IST/VIH/SIDA. Ces adolescents sont dorénavant armés des savoirs pouvant les aider à l'adoption des bonnes conduites sexuelles et se prémunir de tout risque de contraction des IST/VIH/SIDA. Certes, la non satisfaction des contributions financières du FOSAP et PPLS II aurait pu compromettre la bonne exécution du projet, mais la clairvoyance des responsables du CSSI a permis une révision technique des activités, sans s'écarter de l'objectif assigné au projet, qui est celui d'atteindre le maximum possible d'élèves pour une adéquate sensibilisation sur les enjeux du VIH/SIDA.

5.2 - Appui au système national de la recherche agricole (SNRA)

Le CSSI a signé, en Septembre 2007 une convention de prestation de service avec le SCAC (Service de coopération et d'Action Culturelle) de l'Ambassade de France au Tchad. L'objet de cette convention est l'Appui au Système National de la Recherche Agricole (SNRA) qui est destiné au Projet d'Appui à la Recherche Scientifique et Technique au Tchad (ARS2T). Le CSSI est alors chargé de l'exécution de quatre actions à savoir :

- Appui logistique au programme d'activités et au fonctionnement du SNRA
- Gestion de la base de données
- Formation en ACCESS
- Gestion du Fonds de subvention à la recherche

Déroulement des activités

Appui logistique au programme d'activités et au fonctionnement du SNRA

Pour la période allant de Novembre 2007 à Juillet 2008, nous avons organisé 7 réunions de bureau pour le compte du SNRA. Le bureau du SNRA étant composé des représentants des institutions membres (CNAR, ITRAD, LRVZ, Université de N'Djamena, Université Adam Barka d'Abéché, Institut Universitaire des Sciences et Techniques d'Abéché, Institut Universitaire des Sciences Agronomiques et de l'Environnement de Sarh).

Une réunion mixte du comité scientifique et du bureau a lieu en novembre 2007 afin de préparer la programmation scientifique du SNRA.

Nous avons également organisé un atelier dit forum des utilisateurs en partenariat avec le PRASAC (Pôle Régional pour le Développement des Savanes d'Afrique Centrale) à Bakara du 15 et 16 Avril 2008 à Bakara. Au cours de cet atelier différents chercheurs ont fait des restitutions de leurs travaux de recherche à leurs collègues mais aussi aux producteurs.

Gestion de la base de données

Nous sommes entrain de mettre en place une base de données pour les chercheurs du SNRA. A cet effet, différentes fiches sont envoyées dans les différentes institutions afin que les chercheurs puissent les remplir. L'informaticien du CSSI est entrain de concevoir un masque sous ACCESS pour cette base de données.

Formation en ACCESS

10 chercheurs membres du SNRA ont bénéficié d'une formation en ACCESS du 19 au 28 mai 2008. Une deuxième formation est prévue pour le mois d'Août 2008.

Gestion du Fonds de subvention à la recherche

Il est prévu dans le projet ARS2T des subventions pour les chercheurs membres du SNRA afin de conduire leurs travaux de recherche. 13 chercheurs ont pu bénéficier des subventions d'un montant total de 15 942 000 FCFA. Une deuxième tranche est prévue pour cette année. 17 dossiers de chercheurs sont reçus au bureau du SNRA. Pour cette deuxième tranche, le CSSI a signé un avenant dans ce cadre avec le SCAC et attend le virement des fonds dans ses comptes pour financer les travaux de ses chercheurs qui attendent.

Il signale qu'à cause des événements successifs que le pays a connus, un certain nombre d'activités n'ont pu être exécutées dans les délais, notamment l'Assemblée Générale, La réunion de la programmation scientifique, la réunion du comité scientifique

5.3 Projet lutte contre la rage canine a N'djamena

Le projet rage a en 2007 les activités du projet rage sur place sont essentiellement axées sur le suivi démographique la conservation et conservation et vente du vaccin humain canin. Dans les cadre du projet, Mindekem Rolande a effectué un séjour de vingt (20) jours à Bâle pour l'analyse des données du suivi démographique en vue de rédiger un article intitulé « **Dynamique de la population canine face à la lutte contre la rage en milieu urbain : le cas de N'Djaména au Tchad** ». Il y a eu aussi les échanges sur le document du projet d'éradication de la rage dans la ville de N'Djaména, la vente du vaccin canin, la rédaction du protocole sur la vaccination prophylactique contre la rage et celui de des activités pour la Journée Mondiale de la Rage.

L'année 2007 était la dernière année de la phase du projet « En route pour les villes du Sahel délivrées de la rage ». Ce projet était étalé sur deux (2) ans et a commencé en mai 2005 et a pris fin en mai 2007. Pendant ces cinq (5) mois premiers de l'année 2007, les activités sur le terrain étaient le suivi démographique. Pendant cette période, 134 chiens (tout âge et sexe confondus) nouvellement entrés dans l'étude ont été enregistrés. La collecte de fiches des cas de morsures dans les structures sanitaires était effectuée. Ce volet a connu un peu de difficultés relatives à la disponibilité et du personnel des structures sanitaires à remplir les fiches. Le volet sur le diagnostic à l'unité de la rage il y a eu X diagnostics effectué dont X positif et X négatif avec X cas de chiens et X cas de chats. En juillet, un séjour de vingt (20) jours a été organisé à Bâle pour Mindekem Rolande pour l'analyse des données du volet suivi démographique.

En plus de ces activités :

- Plusieurs échanges ont eu lieu entre l'ITS /Bâle, le VSF et le CSSI dans le cadre de finalisation et la recherche de financement pour le projet d'éradication de la rage dans la ville de N'Djaména. A ce sujet l'OFV a donné un accord de principe de contribution financière à hauteur de 3000 CH. Le VSF reste l'organe principal dans cette démarche.

- il y a eu la vente du reste du vaccin qui a servi à la campagne de vaccination payante pilote. Il a été préalablement décidé de garder le stock en de d'organiser une autre campagne et ceci avec l'espoir que le projet pourrait trouver un financement pour payer les indemnités des vaccinateurs. Mais hélas, les portes auxquelles la demande de financement de cette activité s'est adressée n'étaient les bonnes. Ainsi pour ne pas laisser ce stock périmé, il a été décidé- après une concertation - de vendre le vaccin aux nécessiteux et au prix de la campagne. Ce stock est garder à l'Unité de Diagnostic de la Rage au Laboratoire de Recherche Vétérinaires et Zootechniques de Farcha.

- La rédaction d'un protocole pour la vaccination prophylactique dont le 'objectif principal est de prévenir la rage chez les enfants en leur faisant une vaccination prophylactique. Ce protocole a été rédigé pour le soumettre au financement à l'UNICEF Suisse avec l'aval de l'UNICEF Tchad. L'UNICEF a souhaité être contacté directement par 'UNICEF Suisse. A ce jour, il n'y a pas d'information y afférent. Le budget de ce protocole s'élève à 448 870 025 CFA soit 687 297, 75 euros.

- La rédaction du protocole pour la sensibilisation au sujet de la rage dans la ville pour la Journée Mondiale de la Rage. Pour la journée Mondiale de la Rage, ce protocole se voudrait sensibiliser dans les quartiers de la ville par l'intermédiaire par causeries-débats, sensibiliser dans les établissements primaires et organiser une conférence- débats. Ce protocole a soumis à l'Alliance for Rabies Control (ARC) et à une institution de place mais il n y a pas eu de suite favorable pour les problèmes de principe de financement pour l'un et un problème de mise en place administrative pour l'autre. L'espoir pour une approbation de financement pour 2008 reste.

La fin du projet est officiellement en mai 2007. Cependant les contacts et les échanges pour l'approfondissement de la recherche sur la rage et les démarches pour le financement du projet d'éradication de la rage dans la ville de N'Djaména demeurent actifs.

VI. ETUDE SUR LA TUBERCULOSE EN MILIEU NOMADE

Débuté le 11 mai 2007 par une mission de prise de contact, mise en place de l'équipe de travail et la mise à niveau des animateurs d'IEC, le projet « tuberculose en milieu nomade » s'est vu multiplier ses activités sur le terrain notamment la collecte des données et la référence des cas positifs à la tuberculose

En effet pendant la première mission du 11 au 14 mai 2007 et malgré le but de la sortie ci haut cité, l'équipe a consulté et prélevé 8 patients présentant une toux chronique. Les sites visités au cours de cette mission sont : awiya, Kilaye, Bachoroma, Karnack et Giurfé.

Deux semaines plus tard, c'est-à-dire du 01 au 04 Juin 2007 l'équipe a organisé sa deuxième mission. Pendant cette mission elle a pu visiter les ferricks suivants : hydjelidje, wadjabanda, Kilaye, Toukous, Katchki et Kilaye où 39 patients ont été prélevés. Aussi il est à noter que certains cas déclarés positifs ont été référés.

Après cette 2ème mission, une troisième fut effectuée du 04 au 07 juillet 2007 (en saison de pluie). Lors de cette mission, l'équipe a pu prélever 19 échantillons dans plusieurs sites : Katchki, Albouksa, Hydjelidje, Kilaye, Toukous et Guirlye.

Du 12 au 14 novembre 2007, ayant reçu les résultats, l'équipe a organisé une sortie pour assurer les références des cas positifs des personnes enquêtées précédemment. Sur les 21 malades, 18 ont été retrouvées et conscientisées puis référés vers l'hôpital du district pour une prise en charge adéquate. Lors de cette mission, l'équipe ne s'est pas seulement concentrée sur la référence mais a fait aussi le suivi des malades référés antérieurement et localisée le positionnement des nomades par rapport aux sites. C'est ainsi que nous avons parcouru les zones de concentration des nomades qui sont : Badjina, Ngourkole, awya, Wadjabanda, Albouksa, Kilaye, Toukous I et II et Djankila.

Au courant du même mois c'est-à-dire du 24 au 30 novembre 2007, après des sources concordantes d'information de la part de nos collaborateurs sur place, l'équipe a immédiatement effectué une mission dans le but de collecter les données. Ainsi 30 patients ont été vus et prélevés au cours de cette mission et cela dans différents sites : Bourma siddé, Tinguel, Arfadignak, Djalabi, Djamdjiléli et Djinéré. Par ailleurs concernant l'échantillon lait seul une chamelle a été prélevée.

Enfin, du 11 au 17 Décembre 2007 l'équipe a une fois de plus fait une descente sur le terrain, toujours dans le cadre de la collecte des données. Au cours de cette mission, crachats chez les tousseurs chroniques ; sang et lait chez les chameaux ont été prélevés d'où le total de 15 échantillons de crachats humains et 47 échantillons de sang et 18 échantillons de lait pour les chameaux, tous dans plusieurs campements : Ningueré, Akara, Dilebé, Zadam Bouka, Katre laza, Guirlyé, et kachki amboussata.

D'une manière générale, les activités sur le terrain se sont poursuivies dans les conditions acceptables avec une parfaite collaboration entre l'équipe, les pasteurs nomades et les responsables sur place. Malgré les difficultés rencontrées l'équipe a pu faire le maximum des activités cependant cela pourrait s'intensifier dans les jours à venir.

Rapport synthèse de résultats de laboratoire

Dans le cadre de la collaboration scientifique entre le Laboratoire de Recherches Vétérinaires et Zootechniques de Farcha (LRVZ -Farcha), le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) et l'Institut Tropical Suisse (ITS), il y a eu un projet sur la tuberculose chez les chameliers nomades au Chari Baguirmi/ Prévalence et facteurs de risque

L'étude s'est proposée de déterminer la prévalence de la tuberculose, notamment la tuberculose d'origine zoonotique chez les éleveurs nomades au Tchad et d'identifier les facteurs de risque d'origine animale. Les objectifs définis dans le cadre de cette investigation sont les suivants :

Objectif général :

- Evaluer la prévalence de la tuberculose chez les pasteurs nomades.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la prévalence de la tuberculose chez les nomades au Chari- Baguirmi (évaluer la tuberculose d'origine zoonotique dans la population nomade du Chari- Baguirmi).

Evaluer l'exposition à l'animal et la consommation du lait comme facteurs de risque.

- Identifier et caractériser les souches de mycobactéries isolées chez l'Homme, le bovin, le camelin et le caprin.

Activités

1- Mission de terrain :

Dans le cadre de ce projet, cinq (5) sorties de collecte ont été effectuées entre le 11 mai 2007 et 17 décembre 2007 à Dourbali. Au total, 175 échantillons ont été collectés chez les humains et les animaux dont 111 échantillons de crachat, 46 échantillons de sang et 18 échantillons de lait. La répartition des échantillons collectés en fonction de leurs natures, des sites de prélèvement et des ethnies sont décrits sur le tableau ci-dessous.

Districts et postes Vétérinaires	Férricks	Ethnies	Date de départ	Date de retour	Nature des échantillons			Total Echantillons
					Crachat humain	Sang de Dromadaire	Lait de Chamelle	
Dourbali	Dourbali	Arabe	24/11/07	30/11/07	2	0	0	2
	Awiya	Arabe	11/05/07	13/05/07	8	0	0	8
		Arabe	24/11/07	30/11/07	3	0	0	3
	Albouksa	Arabe	01/06/07	04/06/07	6	0	0	6
		Arabe	04/07/07	07/07/07	3	0	0	3
		Arabe	11/12/07	17/12/07	1	0	0	1
	Djélidji	Arabe	01/06/07	04/06/07	3	0	0	3
	Wadjabanda	Arabe	01/06/07	04/06/07	1	0	0	1
	Kilaye	Arabe	01/06/07	04/06/07	5	0	0	5
	Kilaye	Arabe	11/12/07	17/12/07	3	0	0	2
	Toukous	Arabe	01/06/07	04/06/07	6	0	0	6
	Katchki	Goran	01/06/07	04/06/07	14	0	0	14
	Katchki	Arabe	24/11/07	30/11/07	2	0	0	2
	Katchki	Arabe	11/12/07	17/12/07	4	10	5	19
	Guirlié	Arabe	01/06/07	04/06/07	4	0	0	4
	Guirlié	Arabe	11/12/07	17/12/07	3	15	0	18
	Arfadignak	Arabe	04/07/07	07/07/07	16	0	0	16
	Arfadignak	Arabe	24/11/07	30/11/07	7	0	0	7
	Talhayé	Arabe	24/11/07	30/11/07	1	0	0	1
	Amtchoeou	Arabe	24/11/07	30/11/07	1	0	0	1
	Tokoni	Arabe	24/11/07	30/11/07	2	0	0	2
	Tinguel	Arabe	24/11/07	30/11/07	1	0	0	1
	Barhrigueg	Arabe	24/11/07	30/11/07	7	0	0	7
	Amsigan	Arabe	24/11/07	30/11/07	3	0	0	3
	Zatalkatre	Arabe	24/11/07	30/11/07	1	0	0	1
	Karnak	Arabe	11/12/07	17/12/07	4	0	0	4
	Djimdiléli	Arabe	24/11/07	30/11/07	0	0	1	1
	Akara	Arabe	11/12/07	17/12/07	0	6	7	13
Déléibé	Arabe	11/12/07	17/12/07	0	1	1	2	
Zadabouka	Arabe	11/12/07	17/12/07	0	5	2	7	
Katerlaza	Arabe	11/12/07	17/12/07	0	9	2	11	
Total					111	46	18	

2. Diagnostic au LRVZ-Farcha

Les 175 échantillons collectés à Doubali ont été mis en culture sur milieux spécifiques. Le résultat de la culture ne pouvant être disponible qu'après huit (8) semaines, le tableau ci-dessous donne le résultat de 175 échantillons ayant atteint l'échéance. 2 échantillons ont un résultat positif à l'examen direct sur les 111 échantillons de crachat, 45 échantillons ont un résultat positif sur les 111 après culture. Les échantillons de sang et de lait donnent les résultats suivant : (voir tableau). La répartition de ce résultat préliminaire en fonction des sites de prélèvement, des ethnies et de la nature des prélèvements est amplement décrite sur le tableau ci dessous :

ETHNIES	DOURBALI						Total
	Crachat		Sang		Lait		
	BAAR +	BAAR -	BAAR +	BAAR -	BAAR +	BAAR -	
Arabe	39	56	0	46	8	10	159
Gorane	8	8	0	0	0	0	16
Total	47	64	0	46	8	10	175

CONCLUSION :

Par rapport à ce résultat préliminaire, on constate que la tuberculose sévit encore dans le milieu nomade et pour cela, il faut une identification rapide des patients ayant la tuberculose et une prompt application de la pharmacothérapie tuberculeuse

VII. ETUDE DES MALADIES COURANTES DANS LES MENAGES A FAIBLES MOYENS OU A MOYENS ASSEZ RESTREINTS

Au cours de l'année 2007 le projet a continué le suivi des 120 ménages qu'on a recrutés et suivis depuis 2002. Ces 120 ménages se trouvent dans trois sites : le village de Ngalaba (canton Miandoum), la ville de Bebedjia, et le quartier Walia qui fait parti de la ville capitale de N'Djamena. Les sites ont été sélectionnés en 2002 pour nous donner une idée globale des impacts du projet pétrole dans les localités du Tchad où les habitants ont des moyens différents et où l'accès au service sanitaire est variable. A la fin de l'année 2007, nous avons ajouté deux autres sites (dont les villages de Bendoh et de Mainkeuri dans le canton Miandoum) et 40 nouveaux ménages dans ces deux sites pour atteindre un échantillon total de 160 ménages dans 5 sites de recherche. L'idée était d'élargir notre échantillon d'étude et surtout d'avoir plusieurs sites ruraux (villages) dans laquelle on peut mesurer les impacts du projet pétrole.

Les enquêteurs du projet ont travaillé avec les ménages pendant toute l'année. Ils ont fait plusieurs enquêtes aux domiciles, suivant un calendrier bien déterminé. Parmi les enquêtes qu'ils ont effectuées, il y a :

- Un recensement des ménages pour capter les cas de décès, naissance, et migration
- Des enquêtes mensuelles sur les maladies dans les ménages et l'utilisation des services sanitaires
- Une enquête sur la sécurité alimentaire (en saison de soudure)
- Deux enquêtes sur la production agricole – une après la semence et une après la récolte – pour documenter des pratiques agricoles et les surfaces cultivées
- Une enquête sur la mesure des champs dans laquelle on a posé des questions sur la qualité de sol, les problèmes avec les champs (e.g. striga, pauvreté de sol, etc.), et l'histoire d'utilisation des champs y compris l'utilisation de jachère
- Une enquête sur les maladies chroniques suivant le protocole de l'OMS (STEPS). L'enquête a été accompagnée par des examens des adultes faits par deux infirmiers de CSSI pour le taux de cholestérol, le diabète, la tension et, pour les femmes en âge de procréer et les enfants, le taux d'hémoglobine.
- Les échantillons de sol dans les champs des ménages dans le site rural (Ngalaba). Les analyses des sols ont été faites à ITRAD à Bebedjia et aussi à l'Université de Maryland (Collège Park), USA.

Le projet a eu une formation annuelle à Bakara au mois de juillet 2007. Le professeur Ray Weil de l'Université de Maryland a formé les enquêteurs sur la prise des échantillons de sol et sur la pédologie en générale. Après la formation, qui a duré une semaine, le Professeur Ray a accompagné l'équipe au sud où ils ont travaillé dans les champs des ménages de Ngalaba. Le projet a aussi équipé le laboratoire de l'ITRAD à Bebedjia avec les matériaux nécessaires pour faire les analyses des sols. Le projet a aussi envoyé Ali Koitigam, qui est chargé de la saisie des données, à Yaoundé, Cameroun pour suivre une formation sur EPI Info 6.0 et pour se perfectionner dans l'utilisation et organisation des bases des données. Il a passé trois semaines au bureau de Johns Hopkins à Yaoundé en novembre et décembre 2007.

En 2007 le projet a été financé par la Fondation Nationale des Sciences (National Science Foundation) aux Etats-Unis et par le Centre d'Etudes des Populations (Population Center) de Johns Hopkins University (Baltimore, Maryland).

VIII. SANTE ET BIEN-ETRE DES POPULATIONS EN MILIEU URBAIN DEFAVORISE ET EN ZONE NOMADE EN AFRIQUE DE L'OUEST, ACTIVITES DE RECHERCHES

8.1 Activités de recherche de Mahamat Abdoulaye Ahmed pour 2006-2007

Faisant suite à la phase II du Financement de Optimus, Nous avons bénéficié d'une Formation de DEA à l'Université Abdou Moumouni de Niamey/Niger. Cette formation s'était étalée sur 13 mois (Septembre 2006 à Octobre 2007).

Nous avons travaillé sur le thème : **Evaluation des données géographiques et pertinence de la carte comme outil d'aide à la décision : le cas du projet santé des nomades**. C'est sous la supervision scientifique du Pr. Bassirou Bonfoh et Dr. Waziri Maman Mato que nous avons soutenu le 24 Octobre 2007 notre mémoire de DEA qui a été sanctionnée par une note de 15/20. Les principaux enseignements qu'on peut tirer de ce travail sont entre autres :

- Le support de Information Géographique (cartes, images satellites et prise de vue aérienne) au Tchad en général et dans les zones du Projet Santé des nomades en particulier sont assez obsolètes et rendent très peu des réalités physiques, humaines et des équipements sociaux de base ;
- Il y a très peu de concertation entre les projets qui interviennent dans la zone d'où la dispersion des données et des actions avec des résultats mitigés.
- Dans ces cas de figure la mise en place d'un Système d'Information Géographique paraît comme un outil adéquat pour gérer durablement les ressources, les interventions dans la zone Sud Est du Lac Tchad. Il est de ce fait, un précieux outil de planification, de gestion et de prévention des ressources naturelles et guide efficacement les implantations des services sociaux dans la zone de notre étude qui est soumise à très forte pression.

Nous souhaitons continuer ce travail de réalisation d'un Système d'Information Géographique sur les ressources naturelles et les services sociaux de base avec comme cible les populations nomades dans le cadre de notre thèse. Nous avons obtenu une préinscription juste après la soutenance et l'accord d'un encadrement du Pr : Amadou Boureima, spécialiste de gestion de ressource naturelle. Nous espérons vivement que le NCCR nous accorde l'opportunité de pouvoir commencer notre thèse.

8.2 Activités de recherche de Hamit Kessely pour 2007

Dans le cadre des activités de recherche financé par le NCCR, Monsieur **Hamit Kessely**, Chercheur au Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) a entrepris une formation en DEA de Géographie de la Santé au Niger au titre de l'année académique 2006-2007. La recherche de l'étudiant focalisé sur le thème « **Routiers et filles libres des gares routières de N'Djamena : facteurs de risques, comportements et prévention du VIH/SIDA** » a bénéficié du financement du NCCR d'un montant de **10 000 CHF** et d'un encadrement scientifique assuré par **Dr Kaspar Wyss** et le **Professeur Henri Motcho** de l'Université Abdou Moumouni de Niamey. Une soutenance publique a sanctionné la recherche de l'étudiant Hamit Kessely le 30 octobre 2007 où il a obtenu son parchemin du jury avec la note de 15 sur 20.

En termes de perspective, l'étudiant Hamit Kessely travaille sur un protocole de thèse qu'il envisage soumettre au NCCR au moment opportun en vue d'un financement. La thèse approfondira certains aspects traités dans le cadre du DEA, notamment les aspects liés à la dimension risques et prévention des IST/VIH/SIDA chez les routiers et les prostituées à N'Djaména.

L'Université Abdou Moumouni de Niamey est favorable à lui assuré l'encadrement en thèse n'eut été le problème du financement.