

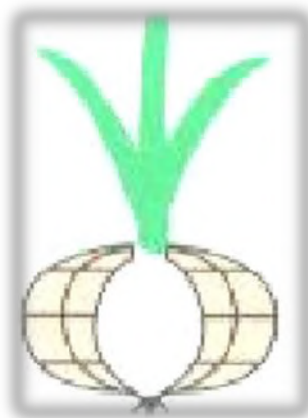
**RAPPORT d'ACTIVITES**  
**2008-2009**

## SOMMAIRE

<b>BREVE PRESENTATION DU CSSI.....</b>	<b>3</b>
<b>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>	<b>3</b>
<b>- Le Comité de Direction .....</b>	<b>4</b>
<b>APPUI AU DEVELOPPEMENT DU DISTRICT SANITAIRE D'AM-TIMAN .....</b>	<b>31</b>
<b>PROJET EDR .....</b>	<b>42</b>
<b>1.2.1 Historique du Projet EDR.....</b>	<b>42</b>
<b>1.2.2 Résumé du Projet.....</b>	<b>42</b>
<b>1.2.3 Objectif général .....</b>	<b>42</b>
<b>1.2.4 Objectifs spécifiques .....</b>	<b>43</b>
<b>1.2.5 Stratégies d'interventions.....</b>	<b>43</b>
<b>1.2.6 Résultats attendus pour la période :.....</b>	<b>43</b>
<b>1.2.7 Description du circuit des soins proposé.....</b>	<b>43</b>
<b>1.2.8 Résultats obtenus/données quantitatives .....</b>	<b>44</b>
<b>1.2.9 Les dépenses .....</b>	<b>48</b>
<b>1.2.10 CONCLUSION .....</b>	<b>48</b>
<b>RAPPORT DES ACTIVITES D'AGENT LOCAL DU FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME .....</b>	<b>49</b>
<b>II. ETUDES, RECHERCHES ET FORMATIONS .....</b>	<b>50</b>
<b>2.1 PARTENARIAT POUR L'ATTENUATION DES SYNDROMES EN RECHERCHE SOCIALE.....</b>	<b>50</b>
<b>PROJET EDUCATION, CONSEIL ET PREVENTION DES IST/VIH/SIDA EN FAVEUR DES ADOLESCENTS DES LYCEES AU TCHAD .....</b>	<b>50</b>
<b>2.3 RAPPORT DU PROJET RAGE EN 2007 .....</b>	<b>54</b>
<b>2.5 ETUDE DES MALADIES COURANTES DANS LES MENAGES A FAIBLES MOYENS OU A MOYENS ASSEZ RESTREINTS.....</b>	<b>58</b>

## BREVE PRESENTATION DU CSSI

### 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**

### **Création :**

Créée en 1996, le CSSI reflète une longue histoire de présence au Tchad d'une institution internationale qui est l'Institut Tropical Suisse (ITS) à Bâle en Suisse devenu aujourd'hui Institut Tropical 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 Tropical 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.

## **Objectifs du CSSI:**

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

## I. PRPJETS/PROGRAMMES

### ACTIVITES EN FAVEUR DES REFUGIES SOUDANNAIS AU CAMP DE FARCHANA EN 2009

#### 1) Introduction

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

#### 2) Taux de fréquentation

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

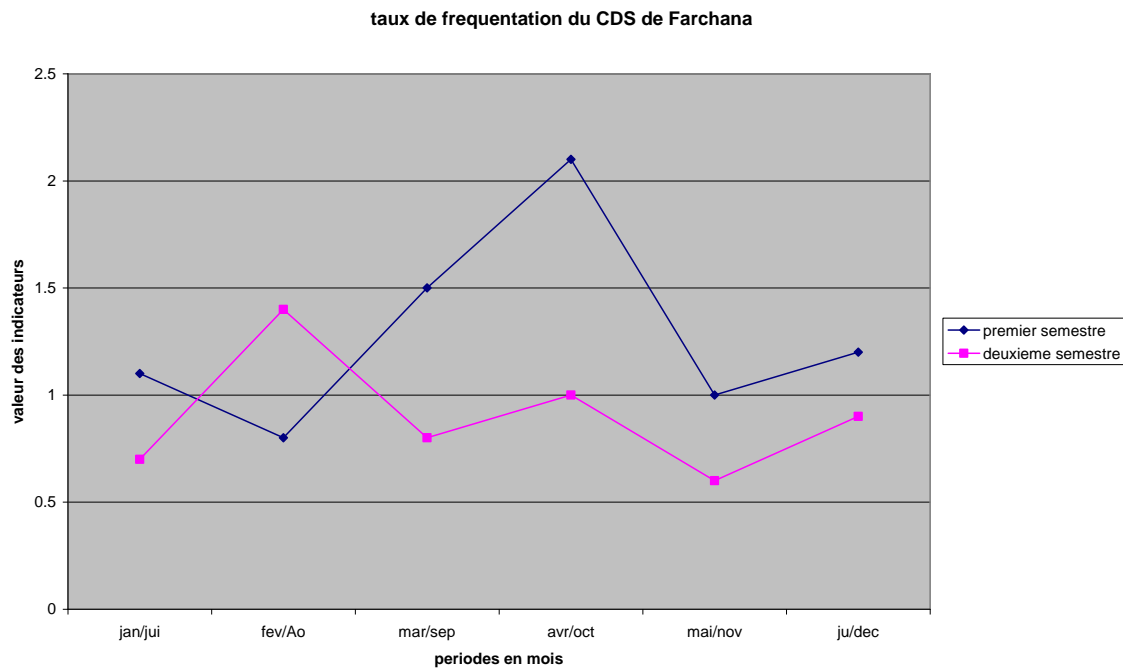
Le taux de fréquentation globale pour les réfugiés est de 1.13 en 2009. La norme acceptée dans le contexte d'un camp de réfugiés se situe dans l'intervalle de (1-4) .Cette variation a plus de l'unité correspond aux périodes de grand flux vers le centre de santé notamment en mars, avril et Août.cf tab1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

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

Tableau 1Taux de Frequentation de CDS de Farchana en 2009

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

fig1



### 3) Consultation curative

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

La moyenne des consultations par consultant étant de 30 par jour, il faut noter que durant l'année 2009, il eut des perturbations dues au nombre insuffisant de personnel médical.

Ceux qui restaient en poste de consultation étaient surchargés. Pour améliorer cette situation la coordination solliciterait l'augmentation du staff infirmier en poste pour l'avenir.

### 4) Morbidité

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

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

Les infections respiratoires hautes comme basses ont eu les pics les plus élevés durant toute l'année même si par moment il eu des décroissances. On pense que les conditions naturelles climatiques (vents sec chaud ou froid survenant avec la poussière), les conditions précaires de protection et de vie y ont joué un rôle important dans l'apparition de ces syndromes.

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

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

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

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

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

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

Ces affections de façon générale ne sont pas enregistrées dans notre centre, cependant il ne faut pas perdre de vue sur leurs prévalences connues dans les pays en voie de développement.

Un programme de dépistage volontaire est entrain d'être mis en place dans le centre de santé de Farchana.

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

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

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

Fig 2a

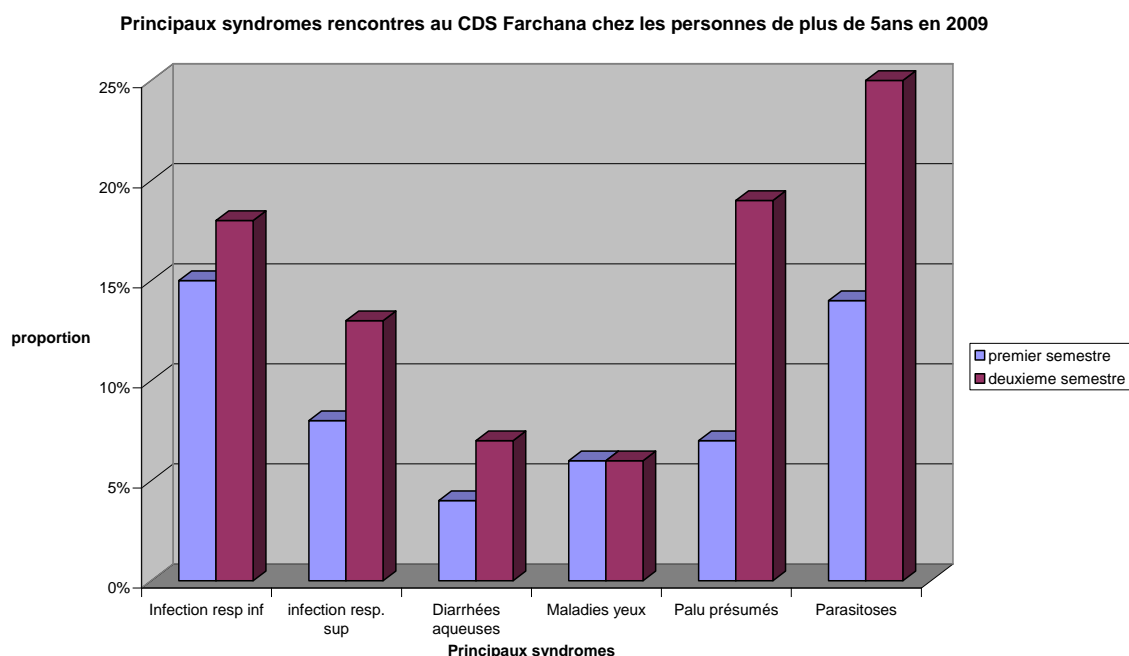
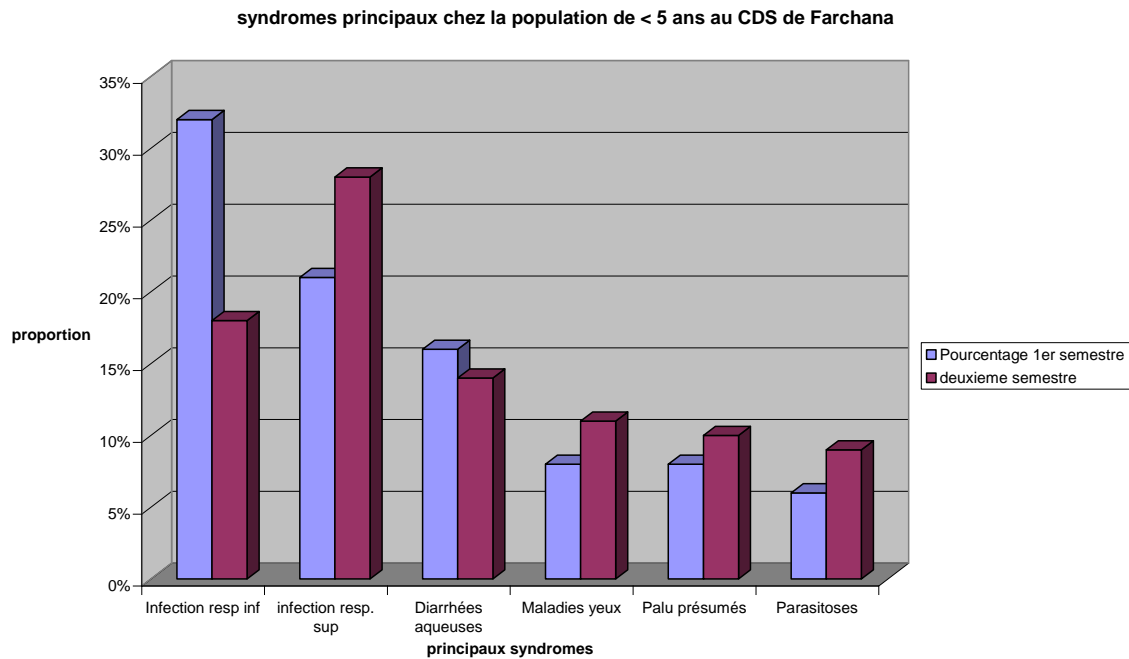


Tableau 3 Principaux syndromes rencontrés dans la population de moins de 5 ans

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

Fig3a



### 5) Les maladies à potentiel épidémiques

Le centre de santé de Farchana bien que situé dans une zone aride du Tchad n'a pas fait l'objet de site d'épidémie connue durant l'année 2009.

Cependant quelques cas suspects de rougeole et de méningites ont été rencontrés durant les trois premiers mois de l'année.

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

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

Le taux de couverture à cet effet était de 166%



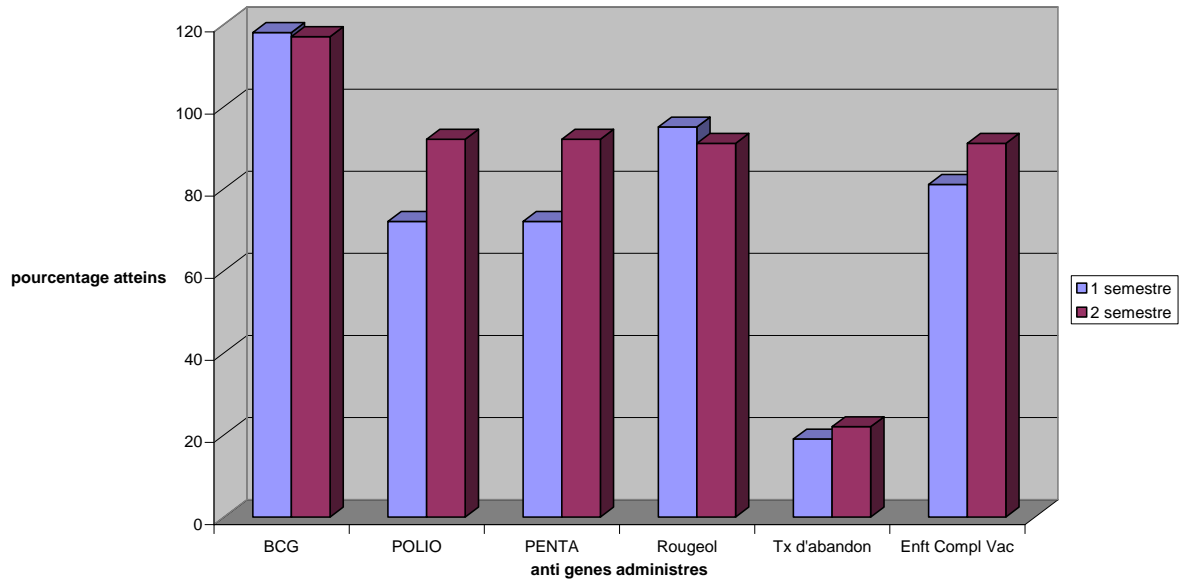
## 6) La vaccination

Tableau 5 taux de couverture vaccinale 2009 en %

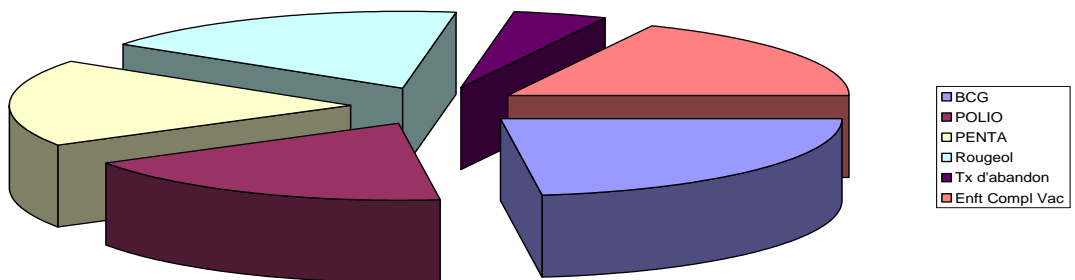
	1 semestre	2 semestre
BCG	118	117
POLIO	72	92
PENTA	72	92
Rougeol	95	91
Tx d'abandon	19	22
Enft Compl Vaccinés	81	91

Fig 5

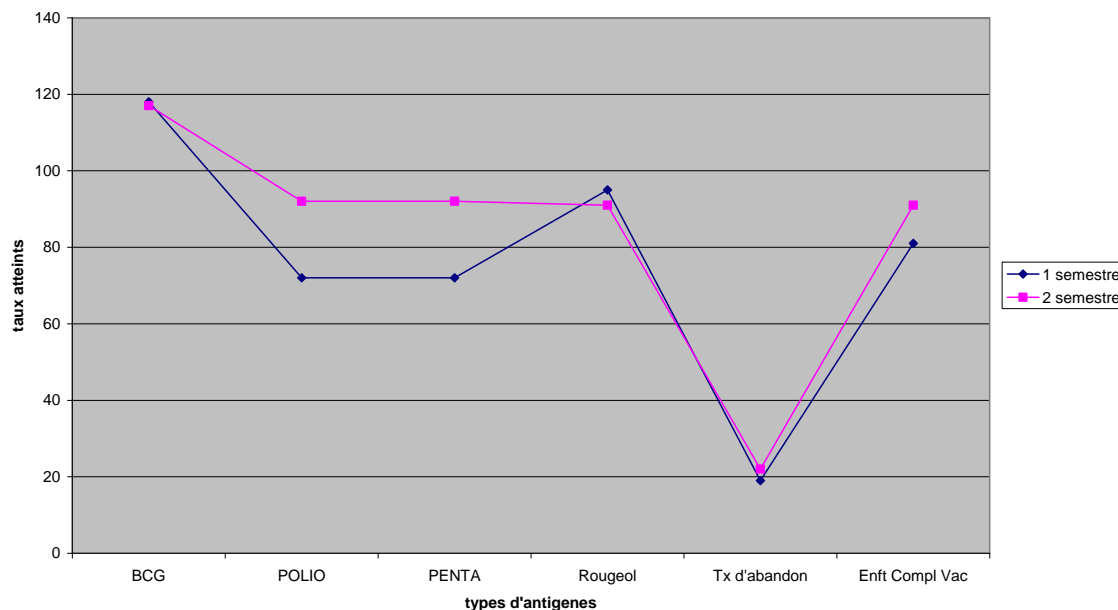
couverture vaccinale au CDS de Farchana en 2009



taux de couverture par antigene



couverture vaccinale des deux semestres 2009



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

La prévention par la vaccination est une activité effective dans le centre de santé de Farchana. Le CDS mène cette activité tout en respectant les dispositions du PEV comme ci-dessus énumérées : Le respect du calendrier vaccinal PEV préétabli et la population cible définie de 0-11 mois.

Les taux de couverture atteints durant l'année 2009 au CDS de Farchana sont légèrement en dessous de l'objectif de 100% pour les enfants complètement vaccinés à l'exception du BCG. Néanmoins nous restons dans les normes de taux de couverture  $\geq 90\%$  exigé dans les camps de réfugiés. Tous les nouveaux nés au centre de santé et aussi des enfants nés à ailleurs qui seraient de retour vers le camp sont vaccinés immédiatement par le BCG.

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

Le taux d'abandon en moyenne est de 22% ce qui est légèrement élevé au regard du seuil toléré qui est inférieur à 10%, cependant si l'on considère les taux de couverture mensuels, il existe des disparités d'un mois à un autre.

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

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

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

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

- la non motivation des mères,
- la négligence des mères dont les préoccupations quotidiennes prennent le dessus sur le suivi vaccinal de l'enfant.
- L'insuffisance de sensibilisation et de recherche des cas d'abandon par le service communautaire.
- Un petit nombre de retissant à l'apport d'antigène

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

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

## 7) La santé de la reproduction

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

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

Tab 6a Santé de la Reproduction second semestre 2009

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

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

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

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

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

En Santé de la reproduction (SR), le volet le peu couvert dans notre centre est celui de la planification familiale. Malgré l'offre des différentes méthodes contraceptives par le personnel, la demande est quasi inexistante, le taux de couverture le plus élevé au cours des six derniers mois est de 0,5%.

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

La composante PTME sera développée avec des Counselings pré-test systématiques chez les femmes enceintes, la réalisation des tests de dépistage VIH-SIDA chez les femmes ayant accepté avec consentement éclairé et l'application du protocole PTME chez les femmes enceintes séropositives. La formation et le recyclage des prestataires en PTME 2010 seront réalisés. Le CSSI continuera à renforcer les mesures de précautions universelles pour prévenir les accidents d'exposition au sang contaminé et assurer la disponibilité des kits PPE

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

## **8) La Nutrition**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Résultats du screening

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

Sur un total de 17 enfants qui ont le MUAC rouge, 10 étaient suivis au centre nutritionnel. Les 7 autres enfants n'étaient pas dans le programme de prise en charge. Ces derniers ont été automatiquement admis au CNT.

Sur les 176 enfants qui ont le MUAC jaune (malnutrition modérée), 85 enfants parmi eux étaient suivis au programme. Par contre 91 enfants n'étaient pas dans le programme, les mères sont convoquées dès le lendemain au centre nutritionnel pour la prise en charge nutritionnelle. Les enfants dont le MUAC est supérieur à 12,5cm sont considérés comme bien portants. Les résultats suivants sont portés dans les tableaux.

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

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

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

Muac	PB>210mm bien portants	PB<210 malnutris moderes	Effectif
Femmes enceintes	251	4 (≈1,59%)	255
Femmes allaitantes	423	3 (≈ 0.7%)	426
Femmes enceintes +femmes allaitantes	674	7(1,35%)	681

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

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

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

Le screening a permis d'améliorer sensiblement la prise en charges des cas de malnutrition

## 9) La mortalité

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

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

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

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

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

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

## **10) Le service d'hospitalisation et de transfert**

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

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

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

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

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

## **11) Les évacuations medico chirurgicales et gynéco obstétricales**

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

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

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

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

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

En effet, les principales difficultés recensées sont les suivantes :

- lourdeur administrative dans la procédure de demande d'escorte

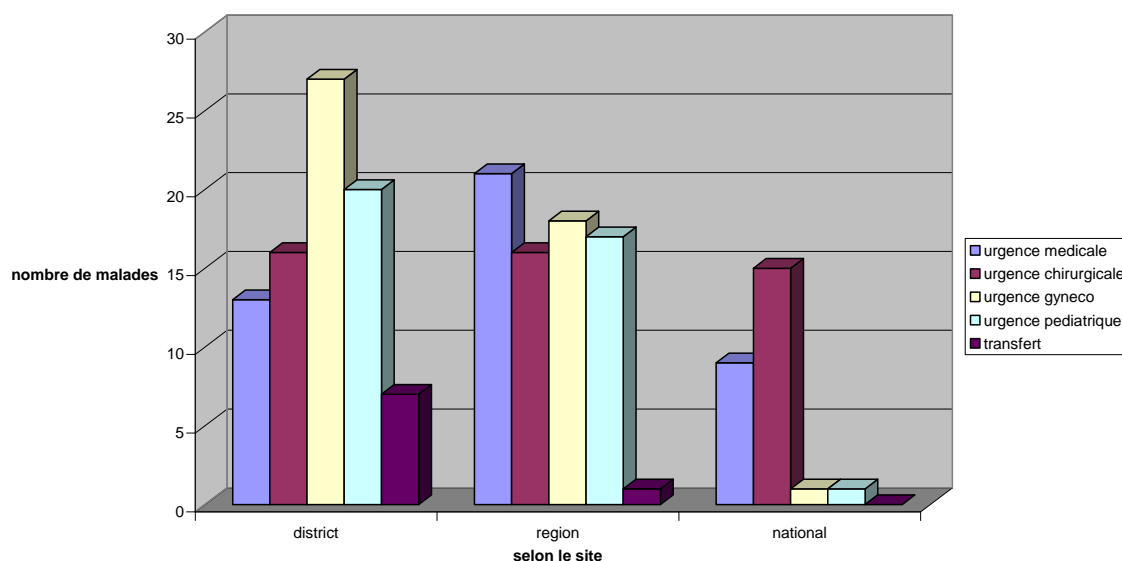
- Insuffisance de logistiques au niveau des forces de sécurité pour l'escorte
- Non disponibilité du personnel de sécurité
- Prise en charge non programmée des agents de sécurité
- L'absence de contrat entre le CSSI et l'hôpital de référence pour la prise en charge de cas referes
- Inexistence de site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

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

Tab9 des patients referes de Farchana en 2009

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

cas referes durant l'annee 2009 du CSD de Farchana



## 12) Activité de santé mentale et communautaire

### Le service de santé mentale et communautaire

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

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

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

### **13) Dépôt Pharmaceutique**

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

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

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

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

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

### **14) Infrastructure, Bâtiment et logistiques**

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

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

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

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

La source d'énergie couramment utilisée est le groupe électrogène a alimentation diesel.

Au cours de ces derniers mois la maintenance du groupe électrogène vétuste n'a pas été régulière due à l'absence de maintenancier et à l'acquisition tardive des pièces de rechange. Et des pannes



successives ont souvent entachées son bon fonctionnement. Ces dommages ont par moment maintenu nos services de nuits, la chaîne froide et lieu d'habitation sans source d'énergie. La chaîne de froide est à l'abri des méfaits de disfonctionnement grâce aux plaques solaires installées à la base et dont les batteries nécessiteraient un renforcement.

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

## **15) Les activités d'accroissement de compétence**

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

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

- Formation des Formateurs de deux agents (02) sur les soins après avortements a Abéché mars 2009.
- Formation des 05 Agents pour les soins après avortements a Farchana (27/03 au 01/04/09)
- Formation des Agents sur la sécurité des incendies par la MINURCAT
- Formation de 05 Agents sur le Système d'Information Sanitaire SIS a Farchana du 17 au 21/03/2009.
- Formation continue par le Médecin Traitant et Coordonnateur (exposés débats sur les thèmes récurrents).
- Formation sur l'organisation de service d'urgences de nuit (SUN)
- Tenue des réunions hebdomadaires tous les lundi avec le Staff CSSI Farchana (Staff CSSI Farchana) ;
- Réunions de staff technique quotidiennes au CDS;
- Formation continue en Informatique des agents techniques par le Coordonnateur ;
- Formation des Coordonnateurs et Administrateurs de Terrain sur l'Organisation de la comptabilité dans les Sous- Projets du 02 au 04/06/2009 par l'UNHCR /TCHAD a Abéché ;
- Formation de 3 jours du 25 au 27/08/09 de l'Administrateur de terrain sur la GAR (Gestion Axée sur les Résultats) et suivi évaluation par le PAM
- Formation des 4 agents sur la PTME/CDV à Hadjer Hadid par le MSP, FNUAP, UNICEF du 17 au 21/08/09
- Formation et Recyclage des 6 agents sur la PTME du 29/08 au 05/09/2009 par le CSSI.
- Formation des Médecins Traitant et Major de CDS sur le Palu a Hadjer Hadid
- Formation du Médecin Coordonnateur Farchana sur le HIS a Abéché.
- Formation du superviseur de la Maternité sur l'élaboration des plans éducatifs en santé de reproduction du 17 au 21/08/09 a Abéché organisée par le FNUAP et le MSP ;
- Briefing sur le planning familial des Leaders et Cheikhs des Blocs par le CSSI a Farchana;
- Organisations de cinq (5) campagnes de Screening nutritionnel d'août a décembre 2009 dans le camp de Farchana;
- Organisation des Etats généraux de la santé à Abéché par UNHCR octobre 2009
- Formation de Médecin Coordonnateur sur la gestion du Heath Cluster et le cluster lead en situation d'urgence 2 au 10 octobre 2009 Tanzanie (Zanzibar)

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

## **16) Conclusion:**

Le centre de santé de Farchana est dirigé par un personnel qualifié médecin coordonnateur et médecin de terrain qui appuient quotidiennement l'ensemble du personnel chargé de la prise en charge des patients. Les différentes affections rencontrées sont traitées au mieux.

D'autre part quelques insuffisances relevées dans les activités promotionnelles et préventives méritent un renforcement des capacités au niveau du service communautaire afin d'améliorer les résultats des dites activités. Apres analyse des données de l'année 2009 Le centre de support en santé internationale a retenu des points forts et à améliorer qui sont :

### **Points forts**

- Existence d'un Personnel qualifié et disponibles
- Disponibilité des antigènes et vaccins
- Meilleure couverture vaccinale en en BCG, Antirougeoleux,
- Disponibilité de toutes les activités du PMA
- Formation continue du personnel, infirmiers et SFE en SR et SIS
- La disponibilité des médicaments
- Appui des partenaires (OMS, UNICEF, PAM, UNFPH, UNHCR)
- Participation du coordonnateur médical aux différentes rencontres du cluster
- Disponibilité de la logistique roulante pour les cas d'évacuation
- Maternité en construction sur les fonds du projet PIR
- Fixation de barbelés de protection et élévation de la hauteur du mur au niveau du campoung
- Un taux de promptitude de 98% pour les rapports hebdomadaires (ewars) et mensuels (HIS)
- Un de complétude de 100% des rapports hebdomadaires (ewars) et mensuels (HIS) .

### **Points à améliorer**

- Taux de couverture vaccinale pour le pentavalent et la polio
- Taux d'utilisation de la planification familiale
- Taux de guérison en nutrition
- La compétence des agents de santé communautaire sur les thèmes a débattre.
- Taux de couverture des activités de la PTME
- Le volet sensibilisation de la communauté sur les problèmes de santé promotionnelle
- Insuffisance de l'outils informatique, mobiliers et matériels bureautiques
- Centre de nutrition construit en matériaux non définitifs
- Absence d'incinérateur dans le CDS

- Insuffisance de couverture en source d'électricité
- Difficulté d'escorte lors des évacuations sanitaires.
- Faible capacité de couverture du groupe électrogène
- Insuffisance de chaîne de froid au centre de santé

## 17) Recommandations

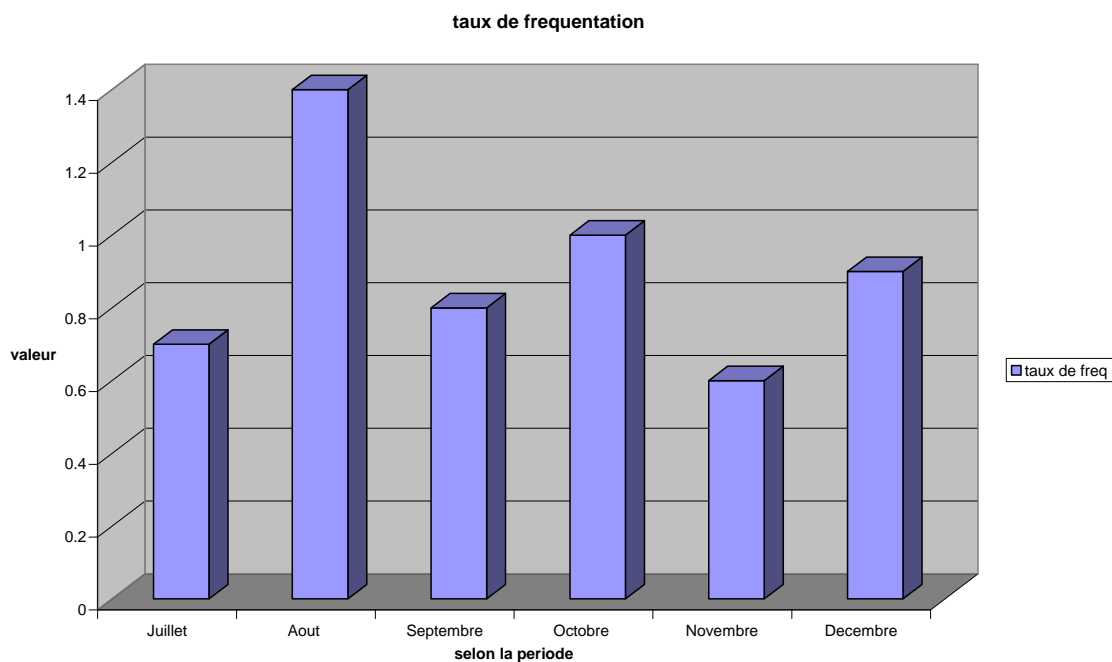
**Tableau  
de Recommandations**

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

## ANNEXES:

### Tableaux et Figures

#### 1) Taux de frequentation



Tab 1a frequentation du centre de sante de CSSI de Farchana

Nombre de personnes recues en consultation Durant le second semestre 09

consult Ref & Nat	janvier	fevrier	mars	avril	mai	juin	Total
Tot pop refugies	1999	1576	2876	4055	1680	2107	14293
Tot pop locale	807	484	702	652	649	522	3816
Tot consultants	2806	2060	3578	4707	2329	2629	18109

Nombre de personnes recues en consultation Durant le second semestre 09

consult Ref & Nat	Juillet	Aout	Septembre	Octobre	Novembre	Decembre	Total
Tot pop refugies	1171	2584	1385	1781	995	1664	9580
Tot pop locale	482	654	644	1052	730	903	4472
Tot consultants	1691	3238	2029	2840	1725	2567	14090

## 2) Morbidite:

Les figures 2 et 3 représentent l'évolution des différents syndromes chez les adultes que chez les enfants

Fig 2

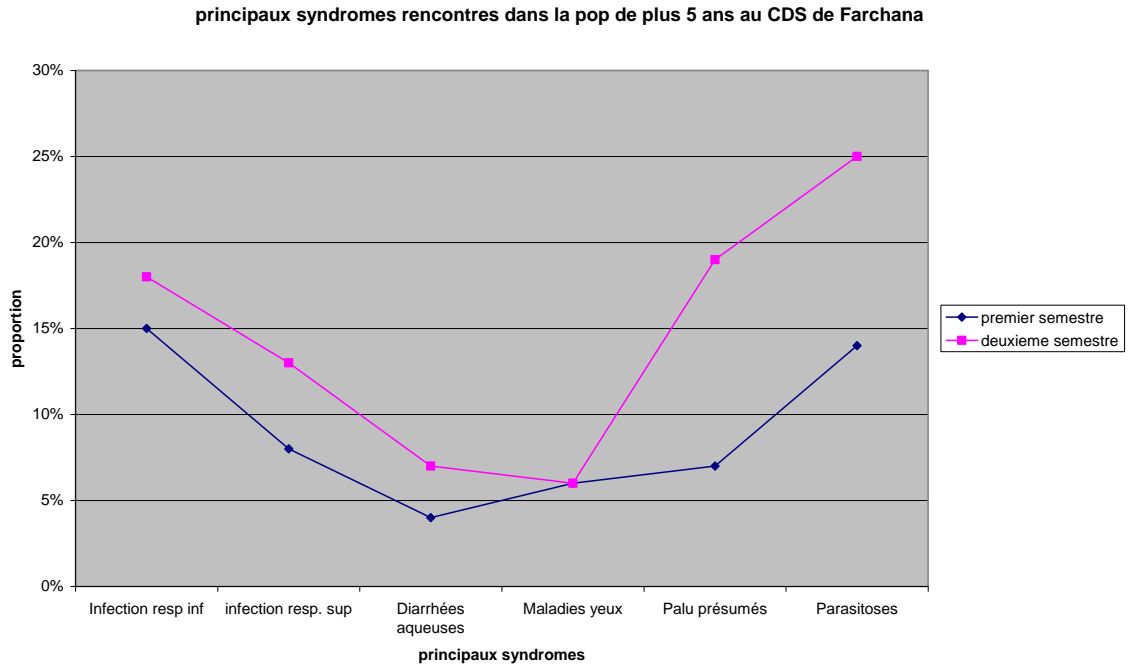


fig3

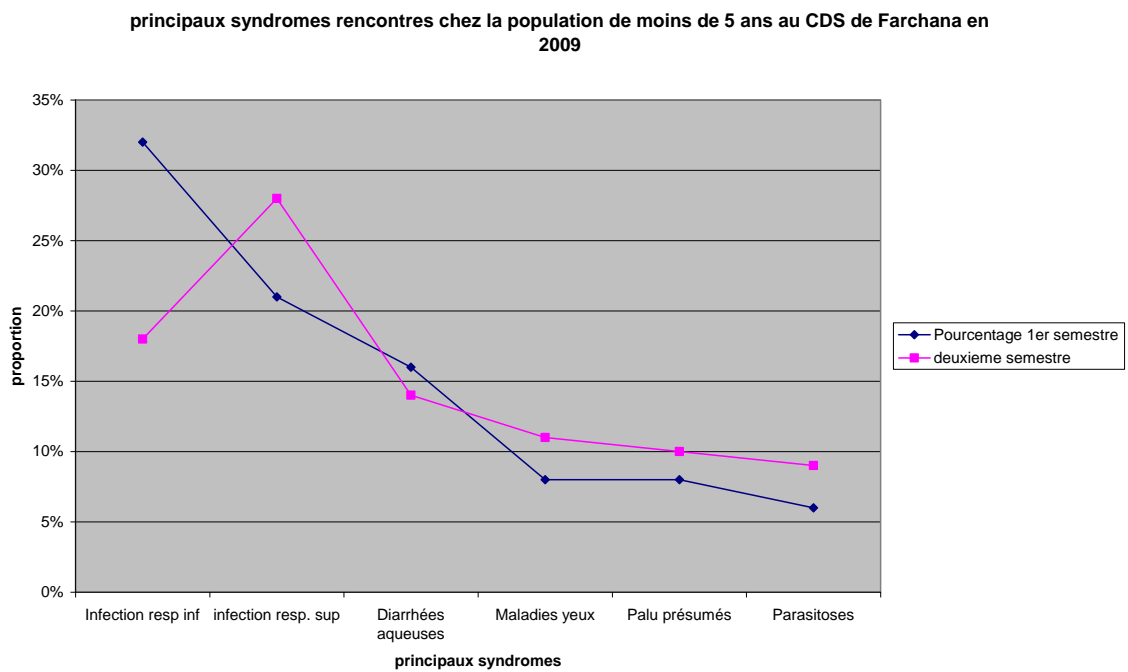
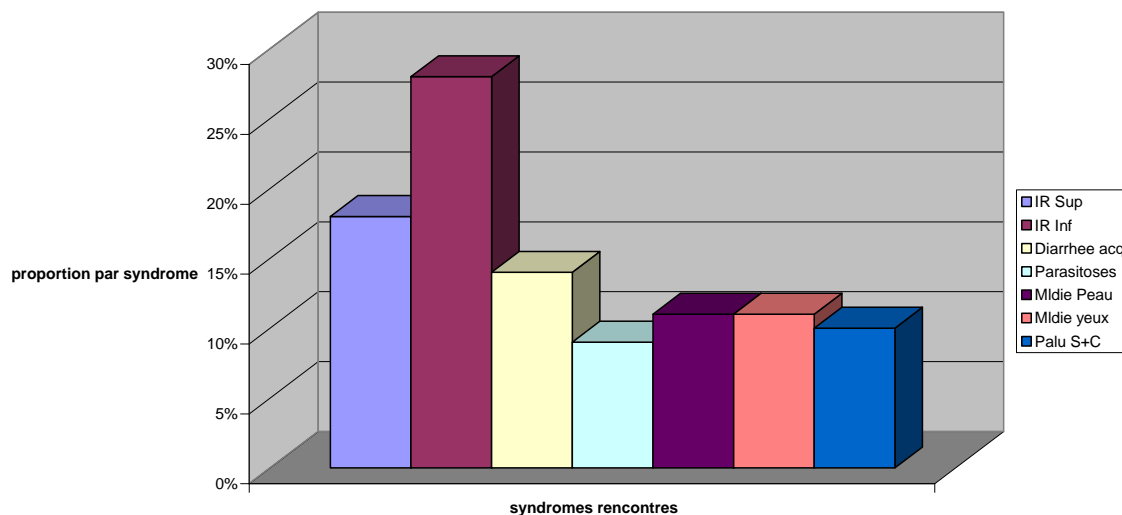


Fig 4

cas de morbidites chez les personnes de plus de 5ans



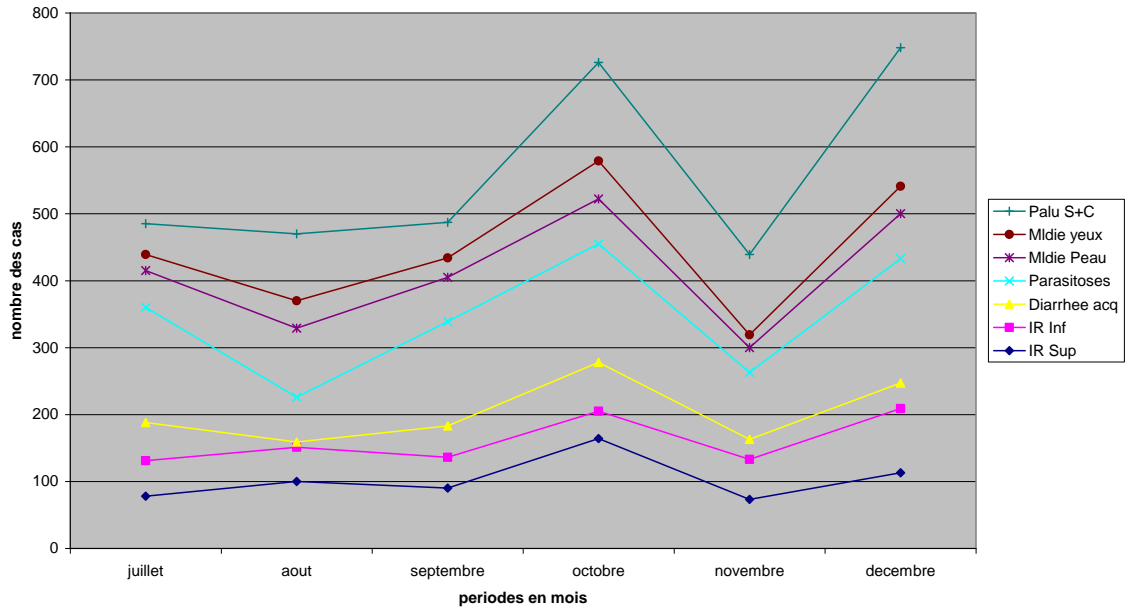
Tabl 3 b Cas de morbidités chez les enfants de moins de 5ans

	juillet	aout	septembre	octobre	novembre	decembre	total	%
IR Sup	85	93	135	168	134	135	750	18%
IR Inf	137	134	186	209	160	309	1135	28%
Diarrhee acq	85	104	116	128	51	97	581	14%
Parasitoses	26	108	68	74	32	47	355	9%
Mldie Peau	69	167	89	46	41	38	450	11%
Mldie yeux	32	53	64	131	44	114	438	11%
Palu S+C	66	62	53	77	35	98	391	10%
Autres	56	100	176	84	41	44	501	
total	556	881	887	917	538	882	4661	

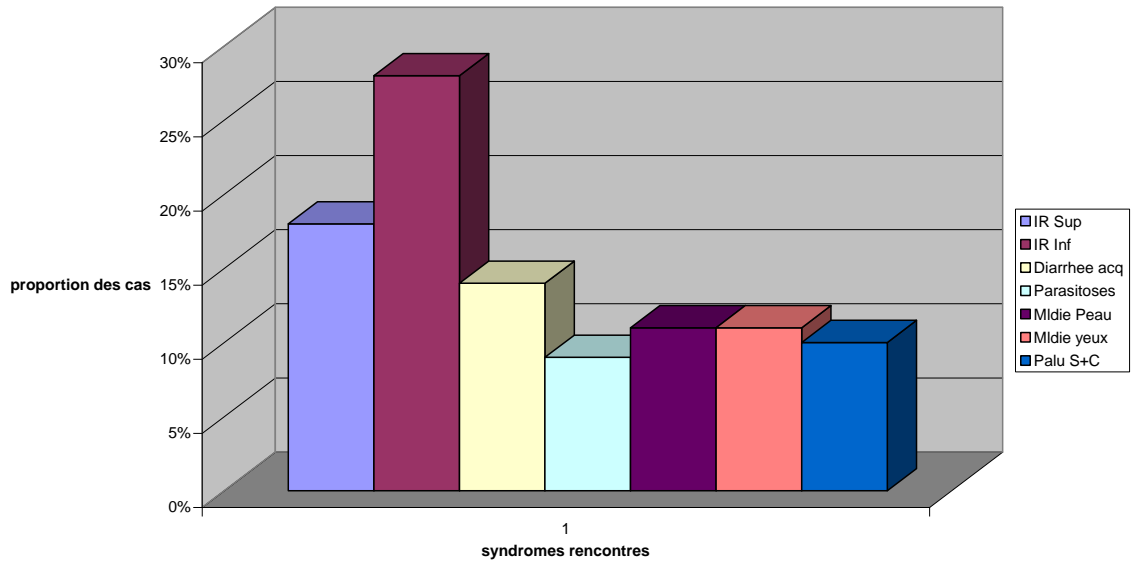
Tab 4 syndromes dominant la pop ae de plus de 5ans

	juillet	aout	septembre	octobre	novembre	decembre	total	%
IR Sup	78	100	90	164	73	113	618	18%
IR Inf	53	51	46	41	60	96	447	13%
Diarrhee acq	57	8	47	73	30	38	253	7%
Parasitoses	172	67	156	177	100	186	858	25%
Mldie Peau	55	103	66	67	37	67	395	11%
Mldie yeux	24	41	29	57	19	41	211	6%
Palu S+C	46	100	53	147	120	207	673	19%
Autres	181	245	265	390	84	379	1544	
total	666	715	752	1116	523	1127	4899	

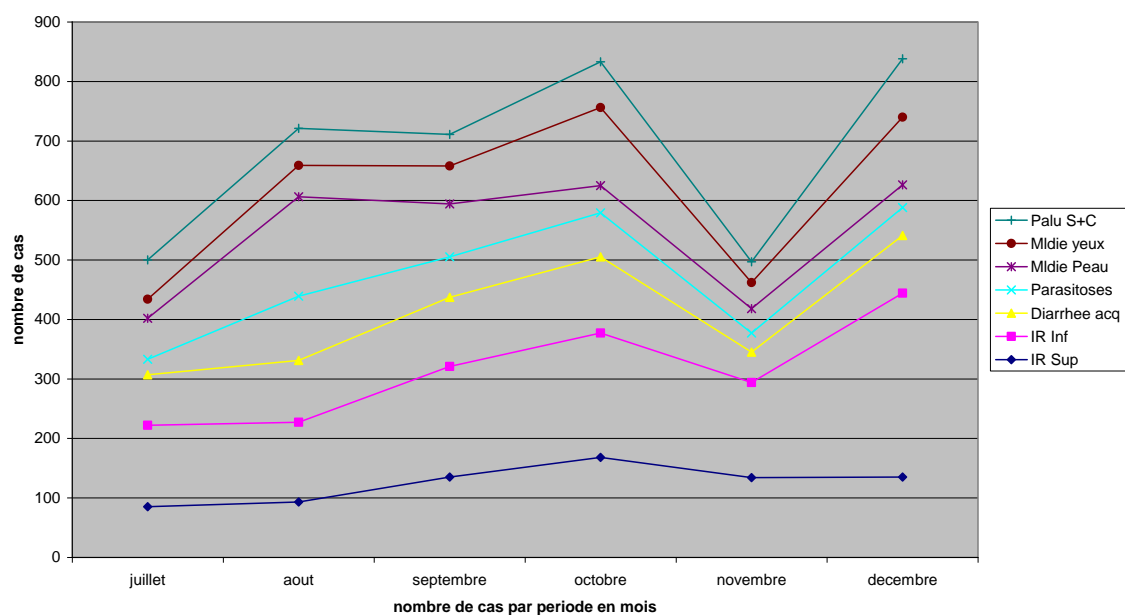
**cas de morbidites chez les personnes de plus de 5 ans**



**cas de morbidites chez les enfants de moins de 5 ans**



### cas de morbidites chez les enfants de moins de 5 ans

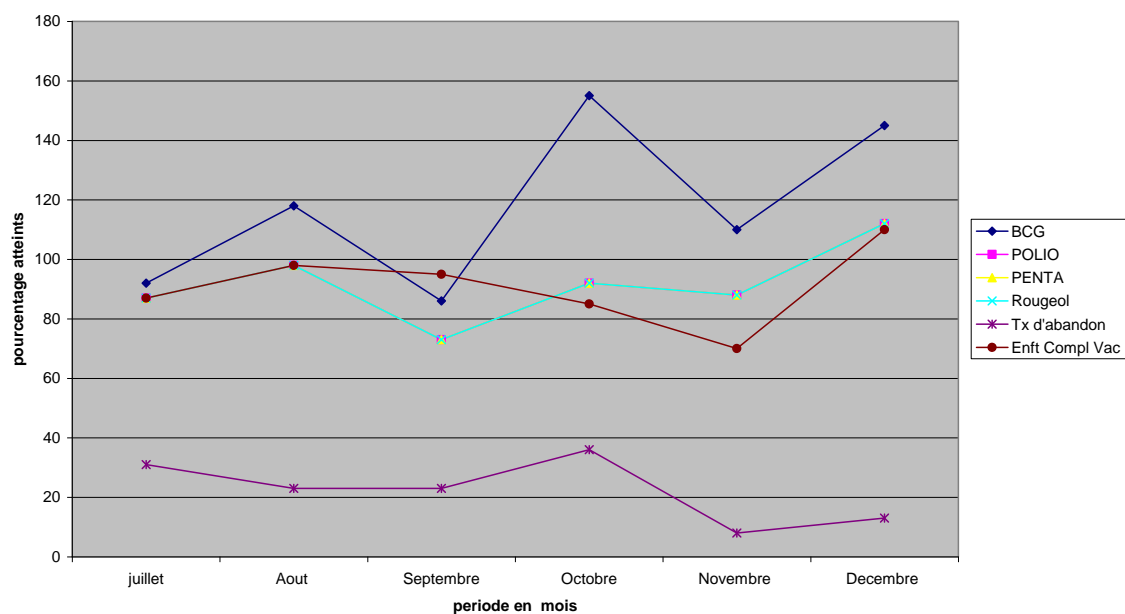


## 4) La vaccination

Tableau 5 couverture vaccinale durant le second semestre 2009 en %

	juillet	Aout	Septembre	Octobre	Novembre	Decembre
BCG	92	118	86	155	110	145
POLIO	87	98	73	92	88	112
PENTA	87	98	73	92	88	112
Rougeol	87	98	73	92	88	112
Tx d'abandon	31	23	23	36	8	13
Enft Compl Vac	87	98	95	85	70	110

### taux de couverture vaccinale

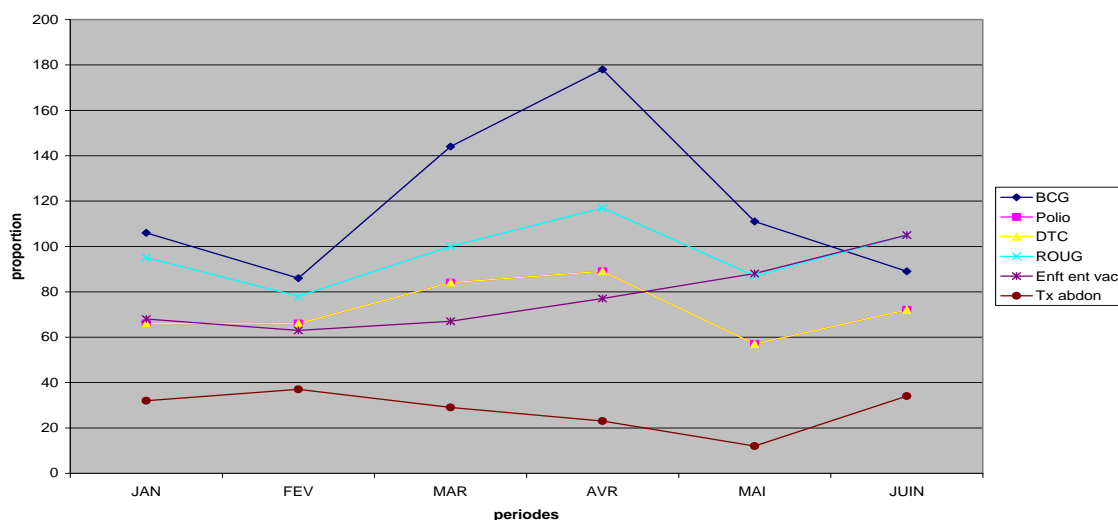




**Tableau 5 sur le PEV en 6 mois en %**

	JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUIN	Total 6 mois
BCG	106	86	144	178	111	89	118
Polio	66	66	84	89	57	72	72
DTC	66	66	84	89	57	72	72
ROUG	95	78	100	117	87	105	95
Enft ent vac	68	63	67	77	88	105	81
Tx abdon	32	40	29	23	12	34	19

**couverture vaccinale a six mois d'activite cds fox**



## 5) La nutrition

**Tableau 7 Centre de Nutrition supplémentaire (CNS) premier semestre 2009**

	jan	fev	mars	avril	Mai	juin	norme
Nvx cas	77	72	50	57	78	74	
Gueris	47%	0	98%	100%	67%	53%	>70
Deces	21%	13%	0	0	0	0%	<3
Abandon	32%	0	0	0	0	8%	<15
transfer	0	0	2%	0	22%	39%	
Fem en cet allait	65	65	66	-	83%	82%	

**Tableau7 Centre de Nutrition Thérapeutique premier semestre 2009**

	jan		fev		mars		avril		mai		juin		acceptable	alarmant
	m	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K		
Nx cas							16	1	13	0	26	3		
Gueris							100%	0	100%	0	45%	100%	>75	<50
Deces							0	0	0	100%	7	0	<10	<15
Abandon							0	0	0	0	0	0	<15	<25
transfert							0	0	0	0	48	0		
							0	0	0	0	0	0		

Tableau 7a Cas de malnutrition CNS rencontres Durant le second semestre 2009

	juillet	août	septembre	octobre	novembre	decembre	norme
nouveaux cas	33	34	31	74	25	17	
gueris	61%	29	72%	69%	80%	100%	> 70
deces	0	0	0	0	0	0	< 3
abandons	39%	59	9%	18%	18%	0	< 15
transfert	0	12	20%	13%	2%	0	

Tableau 7b Cas de malnutrition au CNT rencontres Durant le second semestre 2009

	juillet		Aout		sept		Octo		Nov		Dec		Accep	Alarm
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K		
nouveaux cas	17	4	6	5	16	4	10	10	8	0	10	2		
gueris %	26	0	100	100	39	0	64	71	86	0	18	0	>75	<50
deces %	4	40	0	0	17	0	0	0	9	33	18	0	<10	<15
abandon %	37	0	0	0	0	0	0	0	14	0	0	0	<15	<25
transfert %	37	60	0	0	44	0	36	29	0	67	64	100		

## 6) La mortalite

Tableau 8. taux brut de mortalité sur l'ensemble de la population au premier semestre 09

	jan	fev	mars	avril	mai	juin	norme
taux brut de mortalite	0.59	0	0.59	1.7	0.7	0.8	< 1.5 décès /1000 / mois
taux de mortalite <de 5 ans	14.5	0	11.1	0	0	2.0	< 3 décès /1000 / mois
taux de mortalite <de 1an	0.3	0	0.3	0.9	1.6	2.5	< 60 décès /1000 de naissances vivantes

Tableau 8a Taux brut de mortalite sur la population durant le second semestre 09

taux de mortalite sur	juillet	Aout	sept	oct	nov	dec	norme
taux brut de mortalite	0.8	0	0.1	0	0.4	0.1	< 1.5 décès /1000 / mois
taux de mortalite <de 5 ans	3.5	0	0.6	0.3	0.9	0.3	< 3 décès /1000 / mois
taux de mortalite <de 1an	8.2	0	1.8	0	3.8	0	< 60 décès /1000 de naissances vivantes

Tab 9a patients referes de Farchana au cours du 1<sup>er</sup> semestre en 2009

	district	region	national	total
urgence medicale	14	14	0	28
urgence chirurgicale	9	12	0	21
urgence gyneco	12	2	0	14
urgence pediatrique	10	7	0	18
Transfusion	5	1	0	6
total	44	34	0	87

Tab 9b cas referes au 2em semestre 2009 de Farchana

	district	region	national	total
urgence medicale	8	7	0	15
urgence chirurgicale	15	11	0	26
urgence gyneco	15	16	1	32
urgence pediatrique	10	10	0	20
transfusion	2	0	0	2
total	50	44	1	95

## **ACTIVITES EN FAVEUR DES REFUGIES SOUDANNAIS AU CAMP DE FARCHANA EN 2008**

Le CSSI est une ONG nationale ayant reçu le mandat de l'UNHCR pour la prise en charge médicale des réfugiés de camp de Farchana à la relève de MSF-Hollande à partir du 1<sup>er</sup> août 2008. Cinq mois est une période courte pour parler des résultats, cependant nous présentons succinctement les réalisations faites par le CSSI pendant cette période.

### **Activités réalisées :**

Les activités ont démarré avec :

- La passation du projet au CSS par le MSF-Hollande ;
- La réception de la donation de médicaments et autres matériels de travail faite le 21.08.08 à Frachana entre le coordinateur médical du CSSI et l'administrateur du MSF-Hollande en présence du directeur du CSSI, Dr Daugla Doumagoum Moto ;
- Prise de contact, avec les différents services humanitaires de Farchana, faite le 22.08.08 par le Directeur du CSSI accompagné de son staff ;
- Deux réunions de prise de contact avec le Staff national et les réfugiés journaliers travaillant dans le secteur santé ont eu lieu respectivement le 22 et le 24.08.08 à Farchana ;
- L'installation de l'équipe du bureau CSSI Abéché au début septembre 2008 ;
- Réception, auprès de l'UNHCR, des moyens logistiques de travail pour les bureaux CSSI Abéché et Farchana ;
- Des soins médicaux ont été assurés aux réfugiés par un personnel médical expérimenté dans le CDS de Farchana ;
- Les cas difficiles ont été référés soit à Adré soit à Abéché où ils étaient pris en charge à 100% sur place pour les soins et la nourriture ;
- Le personnel cadre des bureaux Farchana et Abéché (assisté quelque fois par les membres de Direction N'Djaména) représentaient régulièrement le CSSI aux réunions des partenaires qui se tenaient respectivement dans chacune de ses localités.

### **Ressources humaines :**

A l'exception du personnel basé à Abéché, les ressources humaines sur place à Farchana sont celles travaillant avec MSF-Hollande qui ont été récupérées. Au nombre total de 173, le personnel est réparti comme ci-après :

- Personnel (staff national) basé à Farchana : 63 Agents
- Journaliers Réfugiés travaillant à Farchana: 103 personnes
- Personnel à la représentation Abéché : 7 personnes
- L'équipe de direction N'Djaména (Directeur, Administrateur, Conseiller économique et administratif, logisticien) marque sa présence à travers des missions régulières sur le terrain.

### **Formation :**

Les différentes formations externes auxquelles ont participé les agents sont les suivantes :

- Formation de 03 Agents sur le PEV - Hadjar Hadid ;
- Formation de l'agent superviseur de Centre Nutritionnel sur le Protocole d'utilisation des aliments aux malnutris et suivi des malades – Abéché ;
- Formation des 05 Agents pour le remplissage des outils de gestion de SIS - Hadjar Hadid ;
- Formation des Agents sur la sensibilisation, sur la PFA, UNHCR et MSP – Abéché ;
- Formation de 04 Agents sur la PCIME à Farchana par UNHCR et l'UNICEF ;

- Formation de chauffeur à la technique de conduite d'un véhicule pendant les conflits par HCR – Abéché ;
- Formation des agents de santé communautaire sur l'IEC par l'UNICEF- Farchana ;

Au niveau interne, le CSSI assure l'encadrement des employés sur des thèmes sensibles :

- Formation continue par le Médecin superviseur sur les Saignements au cours de 22 premières semaines de grossesse ;
- Formation continue sur les Matériels utilisés à risque et les ordures jetables par le Médecin superviseur.
- Tenue des réunions hebdomadaires avec le Personnel Contractuel (Staff National) et régulière avec les journaliers réfugiés.

### **Fonctionnement :**

Dans le cadre de fonctionnement, nous assurons le paiement régulier de salaires, l'approvisionnement en produits et médicaments indispensables au fonctionnement des services. La tenue des réunions hebdomadaires au niveau interne et la participation régulière aux séances de travail externes avec les partenaires.

Malgré toutes les difficultés héritées de MSF, nous avons assuré la consolidation et la pérennisation des services de soins au profit des réfugiés et de des autochtones. Nous avons pu maintenir entre autres acquis :

- La permanence des activités de soins et de nutrition ;
- L'échange avec des partenaires ;
- L'accueil des supervisions de UNHCR, FNUAP, UNICEF, MSP.....
- La Disponibilité des médicaments et antigènes ;
- A ces acquis, s'ajoute l'évacuation sanitaire des malades à destination de l'Hôpital de District (Adré) et l'Hôpital Régional (Abéché) qui s'est vue développée pendant notre période.

En outre, nous avons bénéficié des ravitaillements en produits de première nécessité comme suit :

- Dotation des vivres pour les femmes allaitantes et enfants malnutris par le UNHCR, PAM, ...
- Appui en matériels logistiques (moustiquaires, nattes plastiques, savons) par l'UNHCR

Afin de permettre une bonne mise en œuvre des activités, l'UNHCR a mis à notre disposition des moyens logistiques composés suit :

- **Moyens de communication** : Deux (2) Thuraya vétustes, 22 VHF, deux VHF bases à Farchana et à Abéché. Installation de Wireless-G au bureau d'Abéché pour faciliter l'accès à l'internet;
- **Moyens de déplacement** : Trois (3) Toyota Hard top, une (1) Ambulance neuve et deux (2) motos ;
- **Equipement CDS** : Un (1) lit d'accouchement pour la maternité ;
- **Matériel informatique** : Deux (2) scanners, deux (2) photocopieurs, deux (2) imprimantes, cinq (5) Lap top et un (1) desk top

UNICEF a mis également à notre disposition, pour les activités de santé communautaires trois (3) mégaphones pour faciliter la communication pendant les séances de sensibilisation.

### **Difficultés :**

Le début de toute chose n'est pas toujours sans difficultés. Nous avons eu à faire face aux difficultés de plusieurs ordres dont :

- Le non maîtrise du terrain suite à une passation hâtive en MSF et le CSSI ;
- La méconnaissance du système de fonctionnement de l'UNHCR ;
- Les négociations difficiles avec certains agents de la section Programme de l'UNHCR Abéché ;
- La réception tardive des moyens logistiques ;
- La psychose sur la sécurité dans la vie de tous les jours,

### **Points Forts :**

- Ferme volonté des agents pour le travail ;
- Permanence des services de soins et de nutrition ;
- Agrandissement et construction de Service d'urgence de Nuit (SUN) en matériaux durables ;
- Aménagement de la Maternité ;
- Disponibilité des médicaments et antigènes ;
- Paiements réguliers des salaires ;
- Evacuation sanitaire des malades ;
- Présentation du plan d'action 2009
- Bonne collaboration avec les partenaires : UNHCR, MSP, UNICEF, UNFPA, OMS et bien d'autres.

### **Recommandations :**

Nous recommandons que l'UNHCR accorde une attention aux domaines ci-après utiles à l'amélioration des relations/conditions de travail et à la pérennisation des activités.

- Construction de la maternité et du Centre de Nutrition en matériaux durables ;
- Appuyer le siège du CSSI en moyens logistiques : voiture de liaison, outils de communication,
- Ouvrir un coin de petite chirurgie ;
- Application de la politique sanitaire nationale du Pays ;
- Contribution de l'Etat tchadien

## **APPUI AU DEVELOPPEMENT 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

### **Nom et fonctions des principaux responsables**

- Dr. Daugla Doumagoum Moto, Directeur de projet,
- Jean Naïssengar, Administrateur Gestionnaire Central
- Dr Derguedbé Nébardoum, Spécialiste en santé Publique, Chef d'équipe
- Dr Rabbo Maïnassara Abdoulmoumouni (**nigérien**), Chirurgien Généraliste
- Mr Ndoradoum Alro Mbridé, Technicien Supérieur en Anesthésiste et Réanimation
- Mme Ngamga Hélène (**camerounaise**), Technicienne Supérieure en Soins Obstétricaux
- Mlle Yona Huberte, Préparatrice en Pharmacie
- Mr Mraringar Ngaténam, Administrateur - Gestionnaire
- Mr Namangué Joseph, Comptable de la PRA

### **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<sup>ème</sup> trimestre 2007 et sont fonctionnels. Il est à noter l'insuffisance des cadres qui fait que l'ECD n'a jamais été complète suivant sa composition recommandée. Plusieurs des membres de cette équipe cumulent donc des postes qui les surchargent en les rendant moins opérationnels.

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

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

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

Les plans de supervision sont élaborés. Les CS prioritaires et l'Hôpital sont régulièrement supervisés 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<sup>ème</sup> année (2007)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Activité 3.10 : Supervision des CS**

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

**Activité 3.11** : Renforcement minimum des équipements

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

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

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

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

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

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

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

**Activité 5.1 :** Audit et évaluation annuels

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

**Activité 6.1 :** Ressources humaines

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

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

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

**Activité 6.3 – 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

## Résultats

### **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.*

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

<b>TOTAL</b>	<b>439</b>	<b>513</b>	<b>367</b>	<b>1319</b>
--------------	------------	------------	------------	-------------

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*

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

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 grossesse 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 difficultés**

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.

### **Opportunités**

- La population du Salamat en général, et celle d'Am-Timan en particulier, fait montre de très bonnes dispositions à l'égard du projet.
- 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 A L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE SOINS DE SANTE SECONDAIRE A L'HOPITAL DE DISTRICT D'ABOUDEIA**

**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

### **Nom et fonctions des principaux responsables**

- Dr. Daugla Doumagoum Moto, Directeur de projet,
- Jean Naïssengar, Administrateur Gestionnaire Central
- Dr Moudi Moussa Issa (**nigérien**), Chirurgien, Chef d'équipe
- Mr Moussa Manomi (**nigérien**), Technicien Supérieur en Anesthésiste et Réanimation
- Mme Maman Baoua Mariama (**nigérienne**), Technicienne Supérieure en Soins Obstétricaux
- Mr Amane Mahamat, Infirmier diplômé d'état (IDE)
- Mr Kouladoumngar Constant, Préparateur en Pharmacie
- Mr Mbaïguedem Djaï Daniel, Administrateur – Gestionnaire

### **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

## Résultats

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

Ce résultat est atteint à 2/3. Le personnel hospitalier existant dispose chacun d'une description de poste. Du fait de l'insuffisance du personnel, il y a donc 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 améliorés**

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  $\geq 5$ . 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'Aboudéia est que cette population a vu les conditions de la prise en charge de problèmes de santé du niveau hospitalier (consultation de référence, hospitalisation, examens complémentaires, prise en charge des urgences chirurgico-obstétricales, ...) nettement améliorée. L'action a contribué aussi au niveau des ménages à réduire des charges de soins que causaient avant l'évacuation vers les Hôpitaux environnants qui sont ceux d'Am-Timan, de Mongo ou parfois même N'Djaména. Pour la région, l'Action vient compléter donc le niveau de couverture de la population dans le domaine de la prise en charge hospitalière. L'Action a du donc renforcer aussi l'image de marque du District qui dispose désormais d'un Hôpital de District opérationnel.

## **Contraintes et difficultés**

- L'éloignement de l'hôpital de la ville (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.

## **Opportunités**

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

## **Conclusion**

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

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

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

## PROJET EDR

### 1.2.1 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.

### 1.2.2 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 <sup>ème</sup> Arrondissement	Centre social N°4 ATAD CCDE 2 <sup>ème</sup>	CS Bololo COGES de Bololo	Canal St Martin, derrière l'immeuble UNICEF, rue des 40 mètres
3 <sup>ème</sup> Arrondissement	CCDE 3 <sup>ème</sup> AEFAT	CS Ardep Djoumal COGES Ardep Dj. CS Gardolé COGES Gardolé Hôpital Kasser	Grande mosquée Marché central Hippodrome
6 <sup>ème</sup> Arrondissement	CCDE 6 <sup>ème</sup> Bethesda	CS Chagoua COGES Chagoua Hôpital Union	Marché de Dembé
7 <sup>ème</sup> Arrondissement	CCDE 7 <sup>ème</sup> YALNA FAFED	CS Abena COGES Abena Hôpital Union	Marché Karkandjie Marché Dembe

### 1.2.3 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

#### 1.2.4 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

#### 1.2.5 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

#### 1.2.6 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<sup>ème</sup> échelon
- Au moins 10 pairs éducateurs soient formés pour repérer et référer les enfants malades
- Le nombre de partenaires identifiés est suffisant pour assurer la pérennité du système (recouvrement des coûts pour l'achat des médicaments essentiels)

#### 1.2.7 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.

### 1.2.8 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
<b>AEFAT</b>	30	51	38	48	27	47	37	33	53	41	24	34	463
<b>ATAD</b>	16	31	35	24	30	15	28	18	40	31	25	20	313
<b>BETHESDA</b>	50	37	38	30	30	38	36	38	38	28	37	45	445
<b>CCDE 2<sup>eme</sup> Arrondt</b>	22	31	24	32	20	22	12	22	27	22	32	37	303
<b>CCDE 3<sup>eme</sup> Arrondt</b>	9	9	9	9	4	11	5	8	5	15	10	9	103
<b>CCDE 6<sup>eme</sup> Arrondt</b>	15	7	13	9	6	14	17	18	10	21	10	10	150
<b>CCDE 7<sup>eme</sup> Arrondt</b>	13	12	13	14	14	13	14	13	14	16	9	14	159
<b>FAFED</b>	25	19	18	19	19	16	14	14	30	23	38	35	270
<b>YALNA</b>	28	26	18	16	16	17	26	16	17	20	26	21	247
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>223</b>	<b>206</b>	<b>201</b>	<b>166</b>	<b>193</b>	<b>189</b>	<b>180</b>	<b>234</b>	<b>217</b>	<b>211</b>	<b>225</b>	<b>2453</b>

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
<b>2453</b>	<b>100,00</b>	<b>1845</b>	<b>100,00</b>	<b>608</b>	<b>100,00</b>

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 (19 nouveaux 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 : Repartions 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
<b>AEFAT</b>	1	0	1	1	0	3	2	3	2	2	5	5	25
<b>ATAD</b>	0	2	5	3	1	0	0	0	5	5	5	2	28
<b>BETHESD A</b>	2	4	5	3	3	1	0	3	0	0	5	6	32
<b>CCDE 2<sup>eme</sup> Arrondt</b>	2	0	2	1	1	2	3	0	2	2	2	2	19
<b>CCDE 3<sup>eme</sup> Arrondt</b>	1	0	1	1	0	0	0	0	10	10	2	4	29
<b>CCDE 6<sup>eme</sup> Arrondt</b>	0	0	0	0	0	3	0	0	4	4	2	0	13
<b>CCDE 7<sup>eme</sup> Arrondt</b>	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	6
<b>FAFED</b>	3	0	0	0	3	5	4	6	8	8	3	8	48
<b>YALNA</b>	1	0	2	1	1	3	2	0	3	3	0	2	18
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>36</b>	<b>36</b>	<b>25</b>	<b>29</b>	<b>218</b>

**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.

### **1.2.9 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 Djournal 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.

### **1.2.10 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.



## **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.

## II. ETUDES, RECHERCHES ET FORMATIONS

### 2.1 PARTENARIAT POUR L'ATTENUATION DES SYNDROMES EN RECHERCHE SOCIALE

#### PROJET EDUCATION, CONSEIL ET PREVENTION DES IST/VIH/SIDA EN FAVEUR DES ADOLESCENTS DES LYCEES AU TCHAD

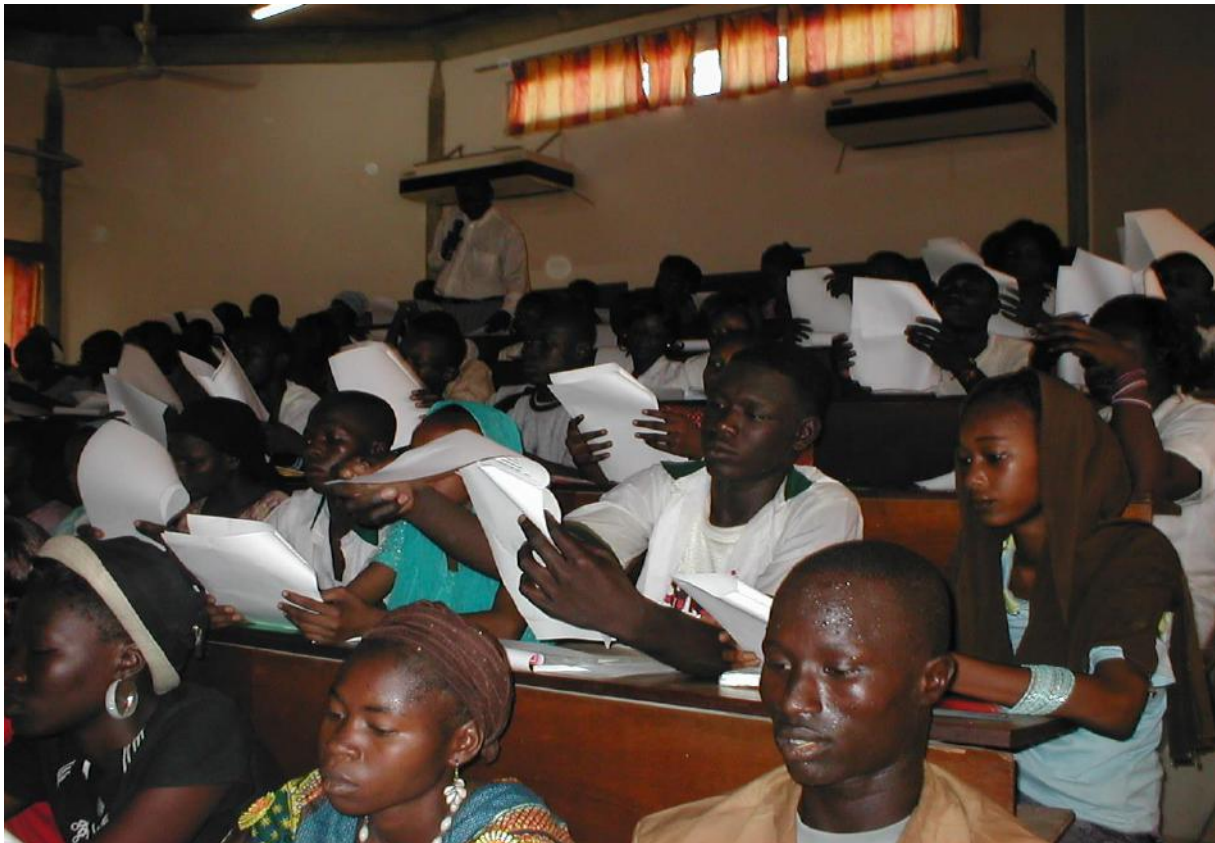
=====

#### 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'eut 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.

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 vivants 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 organisé 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.

## 2.3 RAPPORT DU PROJET RAGE EN 2007

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.

## 2.4 RECHERCHES TDR /OMS

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 ferrick 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 est

décrite 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	Gorane	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	



	Barhri eg	Arabe	24/11/07	30/11/07	7	0	0	7
	Amsigan	Arabe	24/11/07	30/11/07	3	0	0	3
	Zatakat e	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
	Zadabou ka	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	

### . **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

## **2.5 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 sélectionnées 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).

## **2.6 PROJET INDIVIDUEL 4 : SANTE ET BIEN-ETRE DES POPULATIONS EN MILIEU URBAIN DEFAVORISE ET EN ZONE NOMADE EN AFRIQUE DE L'OUEST, ACTIVITES DE RECHERCHES**

### **2.6.1 Evaluation des données géographiques et pertinence de la carte comme outil d'aide à la décision : le cas du projet santé des nomades.**

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.

### 2.6.2 *Routiers et filles libres des gares routières de N'Djamena : facteurs de risques, comportements et prévention du VIH/SIDA*

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 de 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.