



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

RAPPORT D'ACTIVITES 2013

Mars 2014

MOT DU DIRECTEUR DU CSSI

Chers collègues, chers collaborateurs,

C'est un grand plaisir pour moi de présenter le rapport d'activités 2013 du Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) aux Membres Fondateurs, aux membres du Conseil d'Administration ainsi qu'à ceux des autres instances de notre Institution.

L'occasion m'offre l'opportunité d'adresser mes remerciements à tous ceux qui ont soutenu les activités du CSSI à quelque niveau que ce soit au cours de cette année.

Les activités en 2013 ont embrassé tous les domaines d'action du CSSI à savoir : la Santé publique, la Recherche et l'Assistance humanitaire.

Des avancées significatives dans la mise en œuvre de nos projets et programmes sont constatées. Le CSSI a pu mener à bien les différents mandats qui lui ont été confiés en 2013, ce qui s'est déjà traduit par des satisfécits de la part de nos partenaires techniques et financiers.

Cependant, il y a eu aussi des difficultés, lesquelles ont en partie minoré les performances dans l'atteinte des résultats. Surtout la reprise des activités dans les camps de l'Est dans le district d'Iriba a été difficile au démarrage. Cependant l'engagement et la détermination du personnel a permis de surmonter tous les obstacles et d'obtenir de bons résultats.

Je tiens à féliciter l'ensemble du personnel du CSSI pour les efforts déployés en 2013 et pour les bonnes performances obtenues.

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

Bonne lecture.

INTRODUCTION

Le Centre de Support en Santé Internationale, Organisation non gouvernementale de droit Tchadien, a pour mission d'appuyer les Etats de la sous région dans la mise en œuvre de programmes de santé publique en vue de l'amélioration des indicateurs de santé humaine et animale dans l'optique des objectifs du millénaire pour le développement. C'est dans ce cadre qu'elle met en œuvre des projets et programmes de développement aux comptes des Etats. Des activités de recherche sont également menées principalement au Tchad. Depuis 2008, elle intervient dans l'assistance humanitaire aux réfugiés avec un focus sur les soins de santé primaires, la santé de reproduction, la nutrition et la lutte contre le VIH. Initialement localisée au Tchad, l'assistance sanitaire aux réfugiés s'est étendue en Centrafrique et depuis 2013 au Burkina Faso.

Au cours de l'année 2013, outre les activités régaliennes du Siège et des Bureaux Pays, différents projets ont été mis en œuvre.

Le présent rapport fait le bilan des activités réalisées par l'Institution en 2013. Ainsi les activités d'appui et de coordination du Siège sont présentées ; puis chaque projet est décrit avec les principales activités exécutées au cours de l'année. Enfin les activités des bureaux pays sont également présentées tour à tour.

I. ACTIVITES DES SERVICES CENTRAUX

La mission des services centraux est d'assurer la conception, le suivi et la coordination des projets et programmes. Ils assurent également la représentation auprès des partenaires et des gouvernements. Au cours de cette période, diverses activités ont été menées par le Siège.

1. Appui technique

Il s'agit essentiellement des activités de suivi, de supervision et d'appui-conseils.

1. Mission de suivi des activités de relocalisation à Maro et à Sahr

Du 25 au 31 janvier 2013 une mission conduite par le Directeur du CSSI accompagné du Chef du Département Santé Publique et Développement a séjourné dans la région du Moyen Chari.

Les objectifs de la mission étaient :

- Assurer une supervision des activités d'assistance sanitaire aux réfugiés Centrafricains dans la zone de Maro ;
- Discuter avec la Délégation sanitaire régionale du Moyen Chari et les associations partenaires de la mise en œuvre du projet Fistules Moyen Chari.

Supervision des activités d'assistance sanitaire aux réfugiés dans la zone de Maro

La mission a permis de réorganiser les activités de prise en charge sanitaire au niveau du CS de Moula, de recentrer l'activité chirurgicale à Maro en priorité vers les réfugiés, de prendre les dispositions pour une gestion adéquate des médicaments laissés par MSF France.

La mission a été aussi l'occasion pour le Directeur du CSSI d'échanger avec l'ensemble du personnel et surtout de leur prodiguer des conseils et encouragements. Il a insisté sur la nécessité du respect par les uns et les autres du code de conduite HCR et du CSSI.

Mission exploratoire microprojet fistules Sahr

Cette partie de la mission a permis de préparer le démarrage des activités du projet fistules à financer par l'UNFPA. Des séances de travail ont eu lieu avec la délégation sanitaire régionale du Moyen Chari, pour faire le point sur l'état de préparation au niveau de la DSR. Une rencontre avec les services publics et les associations partenaires a également été tenue. Cette rencontre a permis de clarifier le rôle de chaque partenaire dans le projet. Enfin un entretien a été fait avec les agents pressentis pour assurer la coordination du projet au niveau local.

2. Mission de supervision à Maro

Du 23 au 28 mai 2013 une mission de supervision du niveau central du CSSI a séjourné dans la zone de Maro où 22.709 réfugiés centrafricains sont installés dans les camps de Belom 1&2. La mission conduite par l'Administrateur du CSSI comprenait le Chef du Département Santé Publique et Développement, le Coordonnateur médical de Goré et un chauffeur. L'objectif de cette mission entre dans le cadre global du suivi des activités par le niveau central et plus spécifiquement visait :

- Apprécier le respect des procédures administratives et financières

- Apprécier la gestion des activités sanitaires au plan technique notamment celle des médicaments et la rationalisation de la prescription.

A l'issue de la supervision, des décisions ont été prises notamment quant à l'amélioration de la gestion des médicaments, la qualité des soins, la gestion des ressources humaines et financières.

3. Mission d'appui à l'équipe du Burkina Faso

Du 30 mai au 12 juin 2013, le Chef du Département Santé Publique et Développement a effectué une mission au Burkina Faso. Cette mission fait suite à une demande d'appui exprimée par la Représentation du CSSI au Burkina Faso et avait pour objectif d'appuyer la Représentation dans l'élaboration de la proposition de soumission pour l'appui au CHR de Dori et la prise en charge de la santé mentale dans les camps de réfugiés maliens.

- Les documents de descriptifs et de plan de travail du sous accord relatif à l'assistance sanitaire aux réfugiés urbains maliens de Bobo Dioulasso ont été révisés pour inclure la mise en place d'un centre d'accueil et d'orientation au profit des réfugiés malades et aussi la santé oculaire.
- Une proposition de soumission pour l'appui au CHR de Dori et au CMA de Djibo a été élaborée et déposée au HCR.
- Une proposition de soumission pour la prise en charge de la santé mentale des réfugiés maliens est élaborée et déposée au HCR.

4. Mission d'installation du nouveau médecin traitant de Maro

Du 29 juin au 02 juillet 2013 le Chef du Département Santé Publique & Développement et le Gestionnaire des ressources humaines ont effectué une mission à Maro pour installer le nouveau médecin traitant.

Principaux résultats

- Le médecin a été installé dans ses nouvelles fonctions
- Tenue d'une rencontre d'information avec tout le personnel CSSI
- Visite des autorités administratives et des partenaires pour présenter le nouveau médecin

5. Mission d'appui pour l'évaluation à mi parcours à Goré

Du 08 au 11 juillet 2013, une mission de la Direction composée du Conseiller et du Chef de Département Santé publique et Développement a séjourné à Goré dans le cadre de la révision à mi-parcours du Projet UNHCR Sud.

Les rapports étant bien présentés, la révision a touché essentiellement les parties « Progrès réels réalisés vers les résultats escomptés ». Les corrections sont portées sur la manière de présenter les différents tableaux des résultats et les commentaires sur ces résultats. Une lecture résultat par résultat a permis de corriger les deux rapports qui seront consolidés. Il ressort des discussions, qu'il y a nécessité d'avoir des hémoglobinomètres (type Hémocue) pour le dosage de l'hémoglobine dans le cadre de la réduction du taux d'anémie dans les camps, de disponibiliser les préservatifs masculin dans les CS et ainsi que les psychotropes qui sont en rupture.

Pour la partie financière, dans la partie budget urgences, la révision a récupéré les soldes des rubriques « frais bancaire » et « campagne vaccination anti rougeole » au profit de la ligne « voyage du personnel » du programme santé. Les lignes salaires nationaux et réfugiés sont augmentées à 9 mois au lieu de 6 mois. Il est décidé d'ajouter à ce budget l'achat des hémoglobinomètres, des médicaments psychotropes et des préservatifs masculins.

Pour le budget programme santé, il a été reproché au CSSI le dépassement de la ligne « voyage du personnel » de plus de 150% sans l'autorisation préalable de l'UNHCR. Cependant le programme a reconnu que cette ligne a été sous-évaluée. Il a été demandé au CSSI de faire un budget minimum de « voyage personnel » pour les 6 derniers mois à venir en vue d'étudier la possibilité de l'intégrer dans le budget révisé.

L'achat de 20 matelas pour les CS est accepté dans le budget urgence.

En marge des travaux de révision, une visite des trois CS des camps a été effectuée. La mission a travaillé également avec l'Administrateur de Goré pour porter à sa connaissance des irrégularités constatées par l'Expert financier dans ses justificatifs transmis à N'Djamena.

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

Suite à l'afflux de réfugiés nigériens en corollaire aux affrontements entre les forces nigériennes et la secte Boko Haram, le CSSI a été sollicité par le HCR pour une assistance sanitaire ponctuelle. Deux missions ont été organisées à cet effet : la 1^{ère} mission organisée du 25 au 30 juillet 2013 a permis de prendre en charge 238 malades. Quant à la 2^{ème} mission tenue du 15 au 23 août, elle a connu la prise en charge de 233 patients.

7. Autres missions réalisées

- Mission de plaidoyer à Genève du Directeur
- Mission de supervision et d'appui technique à l'équipe du Burkina effectuée par le Directeur et l'Administrateur
- Mission exploratoire à Bamako et Ouagadougou effectuée par le Directeur et le Représentant CSSI pour le Burkina et le Niger
- Mission exploratoire à Garoua du Directeur et de l'Administrateur.

8. Autres activités

- Organisation des approvisionnements en MEG et matériel médical au profit des camps
- Formulation du projet de santé urbaine de N'Djaména
- Participation aux réunions et autres rencontres de coordination avec le MSP et les partenaires.

II. ACTIVITES DES PROJETS ET PROGRAMMES

II.1. Projets de développement

II.1.1. Projet Appui aux services de santé et à la participation communautaire dans les districts sanitaires d'Aboudéia et d'Am-Timan

1. Introduction

Le projet d'Appui aux services de santé et à la participation communautaire dans les districts sanitaires d'Aboudéia et d'Am-Timan se situe dans le cadre de la mise en œuvre de la contractualisation qui occupe une place centrale dans la politique nationale de santé 2007-2015 et le plan national de développement sanitaire 2009-2012.

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

Le présent rapport fait le point des activités exécutées durant la période du 1er janvier au 30 septembre 2013.

2. Aperçu sur le projet

a. Objectifs

a.1 général

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

a.2 Objectifs spécifiques

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

b. Staff du projet

Personnel du projet à Am-Timan

N°	Nom et Prénoms	Fonction
01	Dr OUEDRAOGO Hamidou	Coordonnateur
02	Dr Rabo Abdoulmoumouni Mainassara	Chirurgien
03	Abdelkerim Ahmat Hissein	Administrateur-gestionnaire
04	Abdelmadjid Hassan	Mobilisateur social
05	Marioma Abdelaziz	Mobilisatrice sociale

06	Zakaria Vaidang	Anesthésiste
07	Tai Jonathan	Aide Chirurgien
08	Mme Rabo Halima Aboubakar	Instrumentaliste
09	Brahim Amadaye	Chauffeur
10	Abdel Hakim Adamou	Planton
11	Youssouf Bimba	Gardien
12	Siam Abdoulaye	Gardien

Personnel du projet à Aboudéia

N°	Nom et Prénoms	Fonction
01	Dr OUEDRAOGO Abdoulaye	Chirurgien
02	Moussa Manaomi	Anesthésiste
03	Hilang Rigobert	Administrateur- gestionnaire
04	Maida Madeleine Haitouin	Mobilisatrice Sociale.
05	Mahamat Kalpo	Mobilisateur Social
06	Yanghum Hanai	Maintenancier
07	Mahamat Hisseine Al-Fal	Chauffeur
08	Ali Ahmat Tom	Planton
09	Mahamat Adoum Saraf	Manœuvre
10	Mahamat Oudah	Manœuvre
11	Mahamat Hissein	Gardien
12	Ahmat Hano	Gardien
13	Dol Ngabayé Elisée	IDE Chirurgie
14	Yona Huberte	Préparateur en pharmacie

c . Institutions partenaires pour la mise en œuvre

- MSP ;
- MSF-Hollande ;
- Unicef ;
- OMS ;
- FOSAP
- IMC.

d. Principaux bailleurs

Il ya 3 bailleurs pour le projet. De façon décroissante, il s'agit de :

- Union Européenne ;
- CSSI
- Etat.

e.Zone d'intervention

Deux districts constituent notre zone d'intervention dans le Salamat, il s'agit du District d'Aboudéia et d'Am-Timan.

f.Durée du projet

Le projet est prévu pour une durée de 30 mois. Il prendra fin en octobre 2014.

3. Stratégies ou approches développées pour la mise en œuvre du projet

Pour réussir sa mission, le CSSI a utilisé plusieurs stratégies dont les principales sont :

- La mise en place d'équipes d'assistance technique au niveau de chaque district sanitaire. Ces équipes sont la plupart au bloc opératoire pour assurer le transfert de compétence avec personnel homologue de l'Etat (infirmiers, sage femmes et médecins)
- Le renforcement des compétences des acteurs par la formation continue et la supervision de qualité ;
- La planification participative des activités avec système de recevabilité à travers un comité de suivi du projet et le monitoring des activités au niveau opérationnel ;
- L'équipement des structures de santé en matériels médico-techniques et intrants nécessaires au fonctionnement ;
- La restructuration des organes de gestion des formations sanitaires ;
- La mise en place des relais communautaires (agents de santé villageois, accoucheuses traditionnelles...);
- Le développement de la collaboration intersectorielle ;
- La prise en compte de l'approche genre dans les organes de gestion et la prise de décision.

4. Activités réalisées

Quatre résultats sont attendus pour la réalisation des activités.

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

4.1.1 Assurer la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales et chirurgicales

Les urgences gynéco-obstétricales et chirurgicales sont régulièrement prises en charge au niveau des deux hôpitaux de District. Au total 286 interventions d'urgence ont été prises en charge. Pour les interventions programmées, 548 ont été réalisées. Les interventions programmées sont les plus fréquemment rencontrées dans les deux hôpitaux.

Tableau I : Récapitulatif des interventions chirurgicales dans les hôpitaux d'Am-Timan et d'Aboudéïa

Désignation	Am-Timan	Aboudéïa	Total
Interventions en urgence	231	55	286
Interventions programmées	412	136	548
Total	643	191	834

4.1.2 Organiser une réunion sur la réforme hospitalière

Cette réunion a été organisée avec les ECD des deux districts, afin qu'elles comprennent l'intérêt de cette réforme, mais aussi mettre en place des équipes pour l'élaboration des PDH des hôpitaux qui sont des plans stratégiques issus de ces réformes.

4.1.3 Former le personnel soignant sur la PCIME

33 personnels soignants ont été formés au compte des deux districts sur 40 attendus

4.1.4. Former le personnel soignant sur les SONU.

22 personnels soignant ont été formés dans les deux districts sur 20 attendus

4.1.5 Doter les hôpitaux en matériels médico techniques

Les deux hôpitaux de District ont bénéficié de matériels médicotéchniques composés de aspirateur électrique, de balance, de bistouri électrique, des manches de bistouri, des blouses et des bottes de bloc opératoire. Ce matériel est déjà sur le terrain et utilisé au profit des malades.

4.1.6 Tenir des réunions des comités de direction

Les comités de direction des hôpitaux qui sont des cadres privilégiés d'échanges sur les problèmes des hôpitaux, se tiennent régulièrement dans les deux hôpitaux tous les mois.

A Am-Timan, le directeur de l'hôpital réunit les autorités administratives et coutumières. A Aboudéïa nous avons enregistré une réunion du comité de direction de l'hôpital tous les mois avec les autorités.

4.1.7 Tenir la réunion semestrielle des conseils de gestion des hôpitaux

A la place des conseils de gestion, ce sont des comités directeurs des hôpitaux qui sont tenus avec une représentation de la population. Elle se tient une fois par mois au lieu de tous les 6 mois.

4.1.8 Motiver le personnel hospitalier suivant la performance

Le personnel de l'hôpital d'Am-Timan connaît déjà une motivation mensuelle des agents par le recouvrement de coût pour les agents non motivés par MSF.

En effet, MSF motive les agents de l'hôpital impliqués dans ses activités. Il s'agit du personnel de la pédiatrie, de la maternité, du laboratoire, de la médecine interne pour ceux qui s'occupent des maladies chroniques comme la tuberculose et le sida. Il y a également ceux qui font la garde, les gardiens, les hygiénistes et les infirmiers du service des entrées. Pour les primes payées par le recouvrement de coût, le montant de la motivation dépend des recettes. Pour le personnel du laboratoire, 10% des recettes obtenues dans le mois sont utilisées pour les primes, alors qu'en pharmacie le pourcentage retenu est de 20%. Il n'existe pas de clé de répartition claire.

A Aboudéïa, la motivation du personnel a également commencé en Avril 2013, mais sa source vient du recouvrement de coût après avoir dégagé toutes les charges.

4.1.9 Former les responsables de services aux techniques de supervision

Cette activité a été menée en décembre 2012, plus précisément du 19 au 21 décembre 2012 à Am-Timan. Il y avait à cette formation 20 participants dont 13 à Am-Timan et 07 à Aboudéïa. A Am-Timan il y a avait 06 membres du District et 07 de la délégation, et à Aboudéïa, 05 de l'ECD et 02 de l'hôpital. A l'issue de cette formation, on a noté un motif de satisfaction de la part des participants qui se disent maintenant outillés pour assurer cette activité dans l'avenir. Un changement de comportement a été observé car des supervisions sont effectivement menées après cette formation.

4.1.10 Assurer la supervision du personnel hospitalier

Le personnel des hôpitaux a été supervisé après la formation en supervision. La supervision à Aboudéïa a permis de revenir sur le calcul des primes de motivation pour les agents.

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

4.2.1 Appuyer les CS pour l'introduction des composantes manquantes du PMA (CPE, PTME...)

Les accouchements se font maintenant dans les centres de santé avec les références faites par les accoucheuses traditionnelles. A Aboudéïa, les accouchements eutociques ne se font plus à l'hôpital

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

Au niveau des centres de santé, lors des supervisions effectuées, l'équipe du CSSI met un accent sur l'utilisation des outils de gestion des médicaments et du recouvrement de coût. Des insuffisances ont été notées quant à la régularité du remplissage.

4.2.3 Former le personnel des CS à la CPN recentrée, au BEF

Les RCS et les sages femmes des deux hôpitaux ont été formés en CPN recentrée. Il y avait les 20 RCS et une sage femme par hôpital de district, soit au total 22 agents de santé. Pour le Bien Etre Familial (BEF), une formation a été organisée par le niveau central à l'endroit des 20 RCS de notre zone d'intervention et de ceux de Haraze. Cette formation qui répond à notre planification ne sera plus dupliquée aux mêmes agents.

4.2.4 Doter les CS en matériels médicotechniques

Cette activité a été réalisée concomitamment avec la remise des motos aux deux districts sanitaires le 02 mai 2013. L'activité était présidée par le gouverneur de la région du Salamat en présence des délégués régionaux et chefs de services civils et militaires.

4.2.5 Doter les CS en Motos

Les districts ont reçu également les motos le 02 mai 2013, au cours de la cérémonie présidée par le gouverneur de la région en présence des délégués régionaux et chefs de services. Un contrat d'utilisation a été fait pour que ces motos ne soient utilisées que pour les intérêts du service.

Les stratégies avancées pour la vaccination et les autres activités se feront sans difficulté à partir de cette donation.

4.2.6 Doter les CS en médicaments essentiels génériques

Les Centres de santé, conformément aux activités du projet, ont reçu chacun un lot de médicaments correspondant aux 20 molécules traceuses retenues de concert avec les deux districts et la délégation sanitaire. Des outils de gestions ont accompagnés ce don de médicament pour faciliter le suivi. Ces médicaments ont été transportés par l'équipe du CSSI et celle des districts vers les centres de santé, et remis en présence des représentants des COSAN/COGES.

4.2.7 Réaliser les activités en stratégie avancée

Cette activité est réalisée par les RCS depuis le mois de mai 2013 après ma remise des motos. Le paquet d'activité réalisé en stratégie avancée est la vaccination, la supervision des agents de santé villageois et les Accoucheuses traditionnelles.

4.2.8 Elaborer les micros plans des CS

Après la formation des responsables des centres de santé en décembre 2012 sur la planification, les micros plans ont été élaborés par les centres de santé. Ces micros plans doivent être revus, car le canevas n'a respecté que celui de l'UNICEF qui était axé sur la vaccination.

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

4.3.1. Former 20 RCS et 12 membres ECD sur la participation communautaire

100% des concernés ont été formés

4.3.2 Restructurer les organes de gestion

Les COSAN/COGES ont été tous restructurés au premier trimestre de l'année 2013. Un seul n'a pas été restructuré à Aboudéïa du fait d'une mésentente au sein de la population. Le district attend alors le moment propice pour faire cette restructuration.

4.3.3 Former 20 COSAN et 20 COGES restructurés sur leur rôle et en technique d'IEC

Cette formation a été réalisée avec la participation de 38 COGES/COSAN à cause de l'inaccessibilité. Une formation complémentaire aura lieu dans le mois de novembre, afin de prendre en compte ceux qui n'étaient pas formés.

4.3.4 Sensibiliser la population sur des thèmes prioritaires de santé

Cette activité est continue et se réalise à partir d'un programme mensuel des mobilisateurs. Depuis le début de l'année, des sensibilisations ont été faites sur le paludisme, la vaccination, l'intérêt de l'utilisation des moustiquaires imprégnées, les MST et le VIH/SIDA.

245 personnes environ ont été touchées en octobre avec 07 leaders d'opinions sur l'intérêt de la vaccination et la prévention sur le paludisme

4.3.5 Vulgariser les textes réglementant les COSAN et COGES dans les ZR

Les textes réglementant le fonctionnement des COSAN/COGES ont été mis à leur disposition lors de leur restructuration

4.3.6 Identifier et former les Accoucheuses traditionnelles sur la reconnaissance des signes de Danger

Cette formation à l'instar de celle des COSAN/COGES, a été réalisée avec la participation de 55 Accoucheuses traditionnelles à cause de l'inaccessibilité. Une formation complémentaire aura lieu dans le mois de novembre, afin de prendre en compte celles qui n'étaient pas formées.

60 AVS ont été formés à Am-Timan et 35 formés à Aboudéïa soit au total 95

4.3.7 Approvisionner les AT et animateurs villageois de santé en intrants (trousses pour AT, ACT, Zinc et SRO pour les AVS)

Les trousses dans le cadre des activités des AT leur sont déjà remises à l'issue de leur formation. Cette trousse était composée de lames de rasoir, de nattes, d'alèze, de Bétadine, de pommade ophtalmique, de tablier et un coffre pour contenir certains matériels cités. Quant aux AVS, ils attendront leur formation pour être certainement dotés de produits.

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

4.4.1 Former les membres ECD en planification et en supervision

4.4.2 Elaborer les PAO des deux districts

Tous les deux districts sanitaires ont élaboré leur PAO 2013 avec l'appui du CSSI. Ces PAO prennent en compte les activités du projet d'Appui aux services de santé et à la participation communautaire dans les districts sanitaire d'Aboudéïa et d'Am-Timan. Les PAO 2014 sont en préparation

4.4.3 Superviser le personnel des hôpitaux et des centres de santé

Les hôpitaux et les centres de santé sont supervisés par trimestre. Lors de cette supervision, il est ressorti des difficultés quant au paiement des primes du personnel à l'hôpital d'Aboudéïa à cause de la faiblesse des recettes liées au recouvrement de coût. On peut compter 12 supervisions réalisées à Aboudéïa et 10 à Am-Timan.

4.4.4 Tenir des réunions régulières de l'ECD

Les équipes cadres tiennent régulièrement leur réunion pour planifier les activités avec les partenaires, mais elles ne sont pas hebdomadaires comme l'exige le système de santé pour être plus performant, elles sont plutôt mensuelles.

4.4.5 Tenir tous les 3 mois la réunion du comité directeur du District

Les comités directeurs des Districts se tiennent mais pas tous 3 mois. Depuis janvier 02 comités directeurs sont tenus dans les districts.

Mais Am-Timan n'a pas pu réaliser son comité directeur

4.4.6 Tenir tous les 6 mois la réunion du conseil de santé du District

4.4.7 Organiser un atelier sur le système de référence et de contre référence

L'atelier a été organisé et des supports ont été multipliés pour les centres de santé

4.4.8 Doter les districts en moyens roulants (Véhicule 4X4 et 1 moto cross par district)

Afin de faciliter les déplacements des médecins chefs pour leur supervision sur le terrain, des véhicules et des motos cross sont prévus dans le projet. Les motos ont déjà été mises à la disposition des districts pour répondre aux sollicitations de terrain.

4.4.9 Doter chaque District en matériel informatique et bureautique

Les deux districts ont reçu le matériel informatique et bureautique conformément à ce qui était prévu. Des photocopieurs, des ordinateurs, des imprimantes avec des cartouches d'encre, et des régulateurs de tension ont été remis au district. Les ECD verront leurs conditions de travail améliorées notamment en terme de reproduction de documents de saisie et de conservation des données.

4.4.10 Réaliser le contrôle de gestion financière et MEG dans les CS

Comme cité plus haut, nous faisons le contrôle de la gestion des médicaments lors des sorties de supervision. Certains centres de santé comme Ideter ont été ciblé pour améliorer la gestion

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

Le processus est en cours. Les indicateurs en cours de sélection avec les ECD.

Suivi et évaluation du projet

Deux missions reçues en novembre et décembre

5. Goulots d'étranglement (difficultés)

- Insuffisance d'engouement des responsables sanitaires au niveau des districts à cause de l'insuffisance de motivation ;

- Faible promptitude et complétude des rapports notamment les RMA produits par les RCS;
- La saison hivernale est un handicap à Am-Timan à cause de l'inaccessibilité des Zones ;
- L'arrivée des nouveaux MCD en mars a freiné l'élan des activités, le temps qu'ils prennent connaissance de leurs équipes, du terrain et des activités des partenaires.
- Interférence de certaines de nos activités avec celles du niveau central, notamment les formations
- Difficulté de suivi des dossiers des agents contractuels par la DSR et les Districts.
- Promptitude des rapports toujours peu satisfaisante, données saisies non à jour

6. Leçons apprises

- La multiplicité des partenaires dans une zone est bénéfique pour la population bénéficiaire quand les interventions sont coordonnées.
- L'engagement des autorités administratives, coutumières et religieuses sont des opportunités pour une bonne marche des activités.
- L'insuffisance en ressources humaines a un impact immédiat sur la réalisation des activités.

7. Conclusion

- Les activités du projet se déroulent bien nonobstant les quelques difficultés liées à l'enclavement de certains centres, et l'insuffisance en ressources humaines.
- Un effort est mis sur la participation communautaire à travers la restructuration des COSAN/COGES et leur formation, la formation des Accoucheuses traditionnelles afin qu'il y ait une appropriation du projet.
- On note cependant qu'un plaidoyer reste à faire auprès des autorités sanitaires pour une affectation de paramédicaux.

8. Annexe

IOV de références de la Convention pour 2013

	Am-Timan	Abouédia
Les prestations de santé des services de santé appuyés par des partenaires dans le cadre de la politique de contractualisation du MSP, sont améliorées, en particulier celles visant à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant		
1) taux de suivi des femmes enceintes à la CPN par du personnel qualifié (CPN 1...)	126,82%	74,38%
2) taux de détection des grossesses à risque	21,34%	2,97%
3) taux de couverture VAT 2 et +	94,96%	86,30%
4) taux de couverture en CPN 3+	32,76%	26,39%
5) taux d'accouchement par du personnel qualifié	4,91%	18,77%
6) taux de couverture en CPON	4,77%	15,74%
7) taux d'accouchement en structure SONU (taux d'accouchement assisté en milieu hospitalier)	139%	45,66%
8) taux de prévalence contraceptive	3,93%	7,50%

9) taux de couverture en CPE	9,60%	55,48%
10) proportion d'enfants complètement vaccinés (enfant de 0 à 11 mois)	83,71%	90,10%
11) Taux de dépistage des enfants malnutris	71,09%	44,91%
12) Taux d'utilisation des CS (fréquentation)	34,19%	25,07%
13) Taux de Penta 3	99,50%	97,50%
14) Taux d'occupation moyen des hôpitaux	141%	31,20%
15) Séjour moyen dans les hôpitaux	7,5 jours	4,8 jours
16) taux de césariennes	0,80%	0,19%
Participation communautaire		
1) Nbre de COSAN et COGES fonctionnels / Nbre total de COSAN et COGES	13/13	6/7
2) Nbre de réunions mensuelles de COGES tenues / Nbre total de réunions mensuelles prévues	118/156	113/84
3) Nombre d'AG annuelle tenues/ Nbre d'AG annuelle prévues.	0	0
Fonctionnalité des ECD		
1) Nbre de réunions/hebdo des ECD	0	0
2) Nombre de réunion planifié/mois	12	12
3) Nbre de CD du DS	01	03
4) Nombre de supervision réalisées/Nbre prévu	29/52	40/48
5) Nombre de formations réalisées/Nbre prévu	10/09	10/09
6) Nombre de réunion du Conseil de santé du DS	0	0
8) Existence d'un PAO pour le DS	oui	oui
9) Existence du PDH pour l'HD	Non	Non
10) Existence de micro-plan des CS	oui	oui

II.1.2. Projet Agence d'achat des performances sanitaires dans quatre régions sanitaires du Tchad

1. Introduction

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

2. Objectifs

2.1 Objectif général

Contribuer à l'atteinte des OMD n°4, n°5, n°6 (santé maternelle, infantile, lutte contre le VIH/SIDA) par l'amélioration de l'accessibilité et la qualité des paquets d'activités fournis par les formations sanitaires de premier et deuxième niveaux (plus particulièrement ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant et le VIH/SIDA) à travers la mise en œuvre d'une approche de paiement à la performance mise en place à titre pilote dans 4 régions du pays.

2.2 Objectifs spécifiques

- Améliorer l'utilisation des services de santé de la population en général et en particulier à certains groupes vulnérables : y compris les plus pauvres, les femmes, les enfants, et les patients vivants avec le VIH SIDA ;
- Améliorer la qualité des services de santé, en particulier ceux prestés aux femmes et enfants ;
- Motiver et stabiliser le personnel de santé ;
- Inciter le personnel de santé à travailler dans les structures de soins périphériques ;
- Renforcer la gestion, l'autonomie et l'organisation des structures de santé ;
- Prendre en compte le point de vue des bénéficiaires dans la gestion et la résolution des problèmes de santé.

3. Staff du projet (Cf. tableau 1 ci-dessous)

Tableau 1.- Staff mettant en œuvre le FBR au Tchad

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

4. Collaboration institutionnelle

Le projet entretient des relations surtout avec :

- Le PPLS2 du Ministère du Plan, de l'Economie et de la Coopération Internationale.
- La Direction de l'Organisation des Services de Santé (DOSS) du Ministère de la Santé Publique.
- La Direction Générale des Ressources et de la Planification (DGRP) et celle de l'Action Sanitaire Régionale (DGASR).
- Les Délégations Sanitaires et les Gouvernorats du Batha, du Guéra, du Mandoul et de la Tandjilé, ainsi que les autres structures administratives décentralisées dans lesquelles sont logées les formations sanitaires contractées.

5. Principaux bailleurs

Le projet est financé par la Banque Mondiale à travers le projet population et lutte contre le SIDA phase 2 (PPLS2) sur fonds IDA.

6. Stratégies ou approches

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

- La contractualisation
- La séparation des fonctions (régulateur, acheteur, prestataire)

- La responsabilisation et l'autonomie des prestataires.

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

7. Zone d'intervention

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

Tableau 2.-Nombre de formations sanitaires couvertes par le projet par district et région

Région	District	Centres de santé	Hôpital (aux)
Batha	Ati	12	1
	Oum Hadjer	14	1
Guéra	Melfi	11	1
	Bitkine	9	1
Mandoul	Moissala	19	1
	Koumra	10	2
Tandjilé	Lai	18	1
	Dono Manga	9	1
Total	8	102	9

8. Durée du projet

Du 1^{er} octobre 2011 au 31 mai 2013, soit 20 mois.

9. Activités réalisées

9.1 Activités des formations sanitaires

Si durant cette période certains CS ont redémarré leurs activités après une longue période d'arrêt (en l'occurrence le CS de Sarah Arabe et le CS de Ati Est public qui a ouvert ses portes en remplacement de celui privé qui, au début, avait refusé de signer le contrat FBR), il

importe par contre de signaler qu'un autre CS a connu des difficultés de fonctionnement : le CS de Mokofi dans le district de Melfi a été fermé le 17 janvier par l'ECD suite, semble-t-il, à une agression délibérée du responsable du centre de santé par le chef de poste de la gendarmerie locale pendant qu'il était en pleine campagne de vaccination (AVS) ; ce CS n'a pas fonctionné durant la deuxième moitié du mois de janvier et tout le mois février 2013. Au courant du mois de mars un autre responsable y a été affecté et il a en même temps recruté un infirmier diplômé pour l'épauler. Par ailleurs les districts qui étaient restés longtemps sans médecin-chef en ont reçus durant le 1^{er} trimestre, à savoir : Melfi et Dono Manga.

Après la clôture de la phase pilote du projet (31 mai 2013) les activités devront continuer jusqu'au 31 décembre sur financement de l'Etat ; mais depuis lors, les activités sont bloquées à cause du non décaissement du budget de l'Etat.

Total de subsides payés aux formations sanitaires de janvier à avril 2013

Structures sanitaires	Montants payés		
	Total des subsides	Frais bancaires	Total payé
Centres de santé	358 976 506	5 243 603	364 220 109
Hôpitaux (districts et régions)	112 312 031	1 892 392	114 204 423
Equipes cadres de districts	44 671 833	508 826	45 180 659
Equipes cadres de DSR	32 357 375	294 732	32 652 107
Total	548 317 745	7 939 553	556 257 298

NB : La Banque Mondiale a refusé le paiement du mois de mai 2013 prétextant que la vérification est faite en dehors de la période du contrat.

Total des subsides payés aux formations sanitaires durant les 20 mois du contrat PPLS2:

Structures sanitaires	Montants payés		
	Total des subsides	Frais bancaires	Total payé
Centres de santé	777 685 979	12 194 846	789 880 825
Hôpitaux (districts et régions)	254 663 965	3 499 150	258 163 115
Equipes cadres de districts et DSR	158 077 654	2 203 273	160 280 927
Total	1 190 427 598	17 897 269	1 208 324 867

Concernant la réalisation des indicateurs par rapport aux cibles (voire tableau annexe), à l'exception de la CPN3 qui reste encore en dessous de la barre de 100%, toutes les autres cibles ont été atteintes et même largement dépassées, comme le BEF qui a atteint d'énormes proportions et dont nous pensons que la cible a été sous estimée. Depuis que nous avons ajusté l'indicateur VAT2+ qui auparavant était VAT3, les choses sont rentrées dans l'ordre et l'indicateur a décollé. Ceci signifie néanmoins que les femmes tchadiennes ne complètent pas leurs CPN car elles peinent à arriver à la troisième, alors qu'elles consultent pour les

précédentes CPN durant lesquelles elles reçoivent les vaccinations requises. Il faut cependant noter que le registre de CPN utilisé n'est pas du tout conforme et le ministère de la Santé devrait le revoir. On note avec satisfaction une hausse constante du nombre d'accouchements en milieu surveillé, mais des efforts sont encore à fournir ou de nouvelles stratégies sont à développer pour la partie centre-nord du pays où les activités de santé de la reproduction en général sont en souffrance ; c'est la partie sud qui a permis dans l'ensemble de relever le niveau des indicateurs et d'atteindre, voire dépasser les cibles. Quand on voit l'engouement qu'il y a pour le BEF (PF), il y a lieu de se demander s'il n'y a pas beaucoup de besoins non satisfait en matière de santé de la reproduction, surtout dans les régions du sud du pays.

9.2 Activités de supervision-évaluation

Dans la perspective de la clôture du projet prévue en date du 31 mai 2013, le PPLS2 a demandé à l'agence d'achat de tout faire pour que toutes les factures soient produites et déposées avant la date de clôture ; celles qui ne le seront pas ne seront pas réceptionnées. Le paiement mensuel a alors été opté au lieu du rythme trimestriel pour éviter que le dernier trimestre ne soit pas évalué après la clôture du projet. Les scores qualité du 4^{ème} trimestre 2012 ont été utilisés pour payer les mois du premier trimestre 2013.

Au cours de la période écoulée, il a été procédé à la validation des données quantitatives déclarées par les centres de santé pour les mois janvier, février, mars et avril 2013 par les vérificateurs, à un rythme mensuel soutenu.

a) Evaluation qualitative des centres de santé

Les équipes cadres des districts ont procédé à l'évaluation de la qualité des prestations au niveau des centres de santé au cours du mois de décembre 2012. Les scores de la qualité obtenus sont utilisés pour le paiement du 1^{er} trimestre 2013. Il n'y a pas d'évaluations de la qualité pour le 2^{ème} trimestre 2013, mais les vérifications des quantités ont été effectuées pour les mois d'avril et mai 2013. Malheureusement la Banque Mondiale n'a pas autorisé le paiement du mois de mai 2013 estimant que la vérification a été effectuée en dehors du délai du contrat.

b) Evaluation quantitative des hôpitaux et des équipes cadres de districts

L'évaluation des données quantitatives des hôpitaux pour le 1^{er} trimestre 2013 a été faite par les chefs d'antenne FBR, assistés par les vérificateurs respectifs des districts dans lesquels se trouvent ces hôpitaux. Au sud du pays le Manager-adjoint du FBR, en supervision des enquêteurs en vue des études sur la capitalisation, s'est joint à l'équipe des vérificateurs pour les vérifications de janvier et février 2013. La saisie a été faite par les chefs des antennes régionales.

c) Evaluation des équipes cadres des districts et de la qualité des Hôpitaux des districts

L'évaluation des ECD et de la qualité des HD a été faite par les Equipes Cadres des Délégations Sanitaires Régionales respectives. La saisie a été faite par le Manager adjoint du projet à Ndjamena.

d) Evaluation des Equipes Cadres des Régions et des Hôpitaux Régionaux

Une équipe mixte composée du Directeur général de l'action sanitaire régionale, du Directeur de l'organisation des services de santé, du médecin conseil du PPLS2 et du Manager Adjoint du FBR est descendue sur les lieux pour évaluer les quatre ECDSR et la qualité de deux hôpitaux régionaux (Ati et Koumra). Il importe de signaler qu'on remarque de plus en plus une forte implication des équipes régionales depuis qu'elles ont été intégrées dans le montage de paiement FBR.

e) Vérification communautaire

Durant les deux premiers trimestres 2013 les activités de vérification communautaire par les associations locales se sont poursuivies dans le nord comme dans le sud. Dans la partie sud du pays, les activités de vérification semblent être plus faciles à réaliser compte-tenu de la forte densité de la population et partant de petites distances à parcourir, mais aussi et surtout du niveau de compréhension plus élevé des ABC. La formule de paiement a été revue et les zones de responsabilité ont été réparties en quatre catégories (Zone A = dans un rayon de 5 km, Zone B = entre 6 et 10 km, Zone C = entre 11 et 30 km, Zone D = au-delà de 30 km. La rémunération a été échelonnée suivant que le malade trouvé se trouve dans l'une ou l'autre catégorie : 1600 FCFA, 1800 FCFA, 2200 FCFA et 2500 FCFA). La raison qui a poussé à échelonner les prix pour le paiement est que les ABC avaient tendance à ne rechercher que les malades se trouvant dans la zone A; pour les autres ils marquaient purement et simplement « non retrouvé », ce qui augmentait faussement le nombre de malades non trouvés.

Données issues des enquêtes communautaires des Délégations Sanitaires (Batha, Guéra, Mandoul et Tandjilé)

Patients effectivement interviewés dans les zones de responsabilité pour les actes des soins choisis.

Délégations sanitaires	Districts	CS	Echantillons tirés	Patients enquêtés	%	Patients non enquêtés	%
Batha	Ati	4	162	88	54	74	46
Guéra	Biltine	6	300	262	87	38	13
	Melfi	8	395	367	93	28	7
Mandoul	Koumra /						
	Moïssala	28	1628	1282	78.74	346	21.25
Tandjilé	Laï	18	1035	861	83.18	174	16.81

Commentaires : plus de 75% des patients sont interviewés dans les trois délégations sanitaires sur les quatre.

Raisons des patients non enquêtés dans les zones de responsabilité.

Délégations sanitaires	Districts	CS	Patients non visités	Questionnaires mal remplis	Patients inexistant	Total patients enquêtés
Batha	Ati	4	98	0	30	88
Guéra	Biltine	6	35	0	3	262
	Melfi	8	20	0	14	367
Mandoul	Koumra / Moïssala	28	188	39	275	1282
Tandjilé	Lai	18	105	87	85	861

Commentaires : plus des patients inexistant dans le Mandoul que dans les autres délégations.

Raisons : Mauvaises adresses des patients, personnes inconnues dans le milieu, personnes des zones frontalières du district sanitaire de Moïssala (ex RCA) bénéficiant des prestations des CS et regagnant leurs villages en RCA. La plupart des CS du Mandoul se trouvant dans la ville de Koumra, il est plus difficile de les retrouver qu'en milieu rural car les adresses sont souvent mal remplies, les avenues ne sont pas bien tracées et il n'y a pas de numéro des parcelles.

Coût moyen des soins payé en Francs CFA dans les CS et par acte de soins.

Délégations sanitaires	Districts	CS	Patients consultés /enquêtés	Patients ayant payé	%	Coûts payés	Coût moyen par acte de soin
Batha	Ati	4	67	44	65.67	117.600	2.673
Guéra	Biltine	6	154	93	60.38	157.990	1.699
	Melfi	8	221	175	79.18	303.415	1.734
Mandoul	Koumra / Moïssala	28	1090	483	44.31	1.104.150	2.286
Tandjilé	Lai	18	861	381	44.25	1.541.095	4.044

Commentaires : le coût moyen par acte de soins est plus élevé dans la Tandjilé (données de Lai seulement) que dans les autres délégations.

Appréciations des coûts par les utilisateurs des CS.

Délégations sanitaires	Districts	CS	Patients ayant payé	Coût trop élevé selon les patients	%	Soins payés avec difficultés	%
Batha	Ati	4	44	6	14	8	18.18
Guéra	Biltine	6	93	14	15	22	23.65

	Merfi	8	174	35	20	35	20.11
Mandoul	Koumra / Moïssala	28	481	107	22.24	168	34.92
Tandjilé	Laï	18	381	112	29.39	95	24.93

Commentaires : **34.92%** des utilisateurs des CS dans le Mandoul disent payer les soins avec difficultés.

Appréciations des prestations de la population par acte de soins.

Délégations sanitaires	Districts	CS	Patients enquêtés	Patients satisfaits	%	Patients non satisfaits	%
Batha	Ati	4	88	65	73.86	6	6.81
Guéra	Biltine	6	262	212	80.91	27	10,30
	Melfi	8	367	297	80.92	37	10.08
Mandoul	Koumra / Moïssala	28	1 282	1158	90.32	131	10.21
Tandjilé	Laï	18	861	693	80.48	200	23.22

Commentaires : Excepté le District Sanitaire d'Ati, **plus de 80%** des patients sont satisfaits des prestations des CS.

Suggestions faites par les utilisateurs des services de santé.

Délégations sanitaires	Districts	CS	Suggestions
Batha	Ati	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer le nombre des agents soignants en quantité et en qualité. 2. Réduire les prix des médicaments ; 3. Recruter des sages femmes 4. Construire d'autres bâtiments et salle d'accouchement
Guéra	Biltine / Melfi	14	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rendre disponible les médicaments dans les CS ; 2. Renforcer en nombre et en qualité le personnel soignant ; 3. Réduire les coûts des soins au CS ; 4. Construire d'autres CS et bien les équiper ; 5. Recruter des sages femmes ; 6. Améliorer la qualité des soins et l'accueil des malades ; 7. Construire des salles d'accouchement ; 8. Doter les CS des moyens roulants pour les stratégies

			avancées; 9. Rendre gratuits les soins 10. Continuer l'approche FBR
Mandoul	Koumra / Moïssala	28	1. Améliorer l'accueil. 2. Augmenter le nombre du personnel qualifié. 3. Eviter la rupture des vaccins. 4. Clôturer les CS. 5. Approvisionner régulièrement le CS en médicaments. 6. Prise en charge rapide et correcte des malades. 7. Construire un CS (Dilingala) 8. Continuité de FBR. 9. Gratuité des soins aux femmes et enfants. 10. Distribuer des cadeaux aux femmes qui accouchent et aux enfants vaccinés.
Tandjilé	Lai	18	1. Améliorer les tarifs. 2. Améliorer l'accueil. 3. Envoyer des personnels qualifiés. 4. Avoir un district à Déréssia. 5. Créer un service de permanence. 6. Continuité de FBR. 7. Rendre gratuit CPN et accouchement.

Commentaires : 56 ZR ont été visitées par les ABC (enquêteurs) sur 102 ZR, soit 56,98% (82,14% dans le Sud et 26,08% dans le Nord). Les suggestions faites par les utilisateurs se résument dans l'ensemble sur l'amélioration de l'accueil, la réduction du coût des soins, l'affectation et /ou le renforcement des agents de santé dans les CS et la continuité du FBR.

9.3 Etude sur la capitalisation :

L'objectif général de cette étude est d'une part de documenter le processus de mise en œuvre de l'expérience pilote, et d'autre part de mener des études de cas réalistes pour analyser les raisons des différences de performances entre les formations sanitaires après la mise en œuvre du FBR.

Les questions de recherche sont les suivantes :

- Qu'est-ce qui a marché et qu'est-ce qui ne l'a pas été au cours du processus de mise en œuvre du projet et quels leçons tirer ?
- Quelles sont les perceptions des différents acteurs (au niveau central et opérationnel) par rapport aux nouveaux défis pour le système de santé qu'implique le FBR ?
- Quels sont les éléments nécessaires (conditions de mise en œuvre, contextuelles et d'organisation des services de santé) pour la réussite de cette nouvelle politique ?

Les résultats obtenus au bout de 18 mois d'expérience se présentent comme suit :

L'utilisation des services de santé a augmenté dans l'ensemble pour la plupart des indicateurs, même si les résultats restent très disparates d'une formation sanitaire à l'autre. Ainsi sur l'ensemble des formations sanitaires, les résultats suivants ont été obtenus :

- la proportion d'enfants vaccinée par le Pentavalent 3 par rapport à la population cible dans les CS est passée de 50% en octobre 2011 à 95% fin mars 2013;
- la proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole par rapport à la population cible est passée de 48% à 77% ;
- la proportion de femmes ayant accouché dans une formation sanitaire (césariennes incluses) par rapport à la population cible est passée de 17% au début du projet à 40% après 18 mois de mise en œuvre et ;
- enfin, le nombre de femmes acceptant les méthodes contraceptives modernes a augmenté de 736%, passant 1,2% des femmes en âge de procréer à 6,9%.

Dans les centres de santé, si le score qualité moyen a connu une croissance d'environ 60% entre le trimestre 1 et le trimestre 5 du projet, on peut néanmoins constater que l'accroissement marginal est resté faible dès le troisième trimestre où les scores stagnaient autour de 65%. Cette forte augmentation constatée au cours des trois premiers trimestres peut s'expliquer en partie par :

- une bonne compréhension des indicateurs de la part des RCS ;
- l'adoption de mesures simples et rapides pour satisfaire aux critères de base relatifs à l'organisation des services au sein des CS ;
- l'appui apporté aux instances en charge de la supervision des CS.

Au niveau des hôpitaux la qualité s'améliorait également à chaque évaluation. Bien que le niveau du score qualité des hôpitaux du sud ait été globalement meilleur que celui du nord (68% versus 56% pour les trois trimestres), les progressions relatives ont été plus fortes pour ces derniers (excepté pour l'HD d'Oum Hadjer où le score qualité est resté stationnaire tout au long de l'expérience).

Comme pour les CS les marges de progression restent donc encore importantes dans la plupart des hôpitaux.

Quels sont les changements obtenus grâce au FBR ?

Grâce à un subventionnement direct des formations sanitaires, le FBR doit limiter les risques de déperdition des fonds attribués et contribuer ainsi à un renforcement des capacités financières des formations sanitaires. L'efficacité technique ne doit pas être en reste car les subventions perçues peuvent et doivent être utilisées pour financer les différents piliers du système de santé dans un cadre d'amélioration continue de la performance.

Les fonds FBR ont permis d'augmenter les ressources des formations sanitaires d'environ 20% à 60%.

Dues aux écarts de performance enregistrés entre les CS (en termes de volume d'activités et de qualité des soins), les subventions mensuelles moyennes perçues par ces derniers ont été très variables, allant de 55 000 FCFA à 1 725 000 FCFA avec une moyenne de 308 000 FCFA et une médiane de 246 000 FCFA.

Dans tous les cas, ces subventions ont été utilisées à plusieurs effets : (i) les primes attribuées au personnel ont augmenté ; (ii) une certaine mise à niveau des structures sanitaires a eu lieu (du point de vue des ressources humaines, matérielles et logistiques) ; (iii) la disponibilité des médicaments s'est améliorée ; (iv) des activités de mobilisation sociale ont pu se mener et ; (v) diverses activités visant à améliorer la motivation du personnel de santé ont été mises en place (par exemple dans le domaine de l'amélioration de conditions de travail).

Les résultats des investigations montrent que les subsides du FBR représentaient une part importante des recettes directes des formations sanitaires. Ceci s'explique par le fait qu'en l'absence de subventionnement FBR, les ressources financières propres des formations sanitaires restaient faibles et largement tributaires du système d'achat et de vente des médicaments essentiels génériques (MEG) et dans une moindre mesure des crédits de l'Etat (crédits délégués).

Sans surprise ces revenus additionnels sont proportionnellement plus importants pour les CS (30-40%) que pour les hôpitaux (20%). En effet, dans les hôpitaux, plusieurs autres sources sont à disposition et en particulier : (i) les Crédits Délégués pour couvrir le fonctionnement, (ii) le paiement de certains actes spécifiques (certificats, actes de laboratoire effectués en externe, consultation externe du patient non référé). De surcroît, et c'était voulu dès le départ du projet, le listing des indicateurs à acheter à l'hôpital ainsi que sa tarification étaient principalement ciblés sur la santé maternelle et infantile. Ainsi, il était évident que certaines activités de l'hôpital seraient, soit non couvertes par le FBR, soit mal remboursées (à un tarif ne permettant à l'ensemble des frais récurrents d'être couverts : naturellement une étude des coûts directs aurait pu permettre d'objectiver cela mais celle-ci n'a pas pu être réalisée).

Au terme de l'expérience, nous constatons que même si l'on compte le subventionnement FBR, le financement des FOSA au Tchad reste insuffisant et demeure, avec la gestion des ressources humaines, l'un des principaux goulots d'étranglement d'une fourniture appropriée des soins de santé.

Cependant, le FBR ne s'est pas traduit uniquement par une augmentation du volume financier accordé aux Formations sanitaires : des changements heureux de l'offre de service en ont été des conséquences, changements ayant très probablement pour origine le « nouvel esprit » de management instillé par la stratégie FBR, le renforcement de la motivation du personnel ainsi que le renforcement de la redevabilité des gestionnaires de formations sanitaires vis-à-vis de la hiérarchie et de la communauté.

9.4 Réunions du comité de pilotage

Au cours de l'année 2013, une réunion du comité de pilotage a eu lieu au mois de mai 2013 et a porté sur :

- Le rapport d'activités et des résultats après 18 mois de mise en œuvre du projet ;
- des résultats du 2^{ème} audit sur l'utilisation des recettes FBR au niveau des structures sanitaires ;
- des résultats de l'étude sur la capitalisation ;
- des perspectives sur le FBR au Tchad.

Il est ressorti du 1^{er} point que la majorité des tâches prévues a pu être réalisée et que les résultats obtenus sont dans l'ensemble positifs, mais qu'il importait de renforcer les acquis.

Au titre du 2^{ème} point, il est ressorti que les bonnes pratiques de gestion financière et comptable n'étaient pas monnaie courante dans les formations sanitaires visitées. Des recommandations ont été faites mais au lieu d'être adressées au régulateur, elles sont plutôt adressées au Consortium ; ce qui n'a pas manqué d'être relevé et corrigé par les membres du Comité de Pilotage. Le Consortium et le MSP ont regretté le fait que les résultats de cet audit aient été communiqués directement à la Banque Mondiale sans qu'ils soient auparavant mis au courant de son contenu, d'autant plus qu'ils sont les principaux destinataires des différentes recommandations qui ont été formulées.

Le 3^{ème} point a ressorti que, si des progrès énormes ont été observés dans l'ensemble, il existait néanmoins des disparités énormes entre les différentes entités sanitaires (ECDSR, ECD, hôpitaux et centres de santé). Le point qui a particulièrement retenu l'attention et animé les débats était celui relatif à l'appropriation de l'expérience par le Ministère de tutelle, à travers la Cellule Technique FBR. Il a en effet été relevé que celle-ci n'a pas du tout fonctionné comme prévu et que le Consortium n'avait pas un interlocuteur disponible avec qui discuter sur les différents aspects techniques du projet. Il a alors été convenu que cet organe, très important pour la poursuite au FBR au Tchad soit davantage étoffé et redynamisé.

Sur les perspectives sur le FBR au Tchad, les différentes étapes à suivre ont été ébauchées, mais il reste encore à définir un montage institutionnel efficace, efficient et adapté au contexte tchadien.

9.5 Mission de supervision par la Banque Mondiale

En avril 2013, l'équipe du projet a reçu une mission de supervision de la Banque Mondiale (BM) qui est venue pour s'enquérir de l'état d'avancement des activités et les préparatifs de la clôture en mai 2013 du projet PPLS 2 et ses composantes principales dont le FBR. En juin 2013 l'équipe a également reçu une autre mission d'évaluation de la composante FBR mais jusqu'à présent le rapport de cette évaluation n'est pas encore disponible.

9.6 Autres activités

Le manager du projet FBR au Tchad a participé au CESAG/Dakar à la formation en tant que formateur principal des cadres nationaux venus des différents pays de la région Afrique dont la Côte d'Ivoire, le Mali, le Sénégal, les Iles Comores, la RCA et la RSA sur le FBR. Il a

également accompagné 14 cadres nationaux du Ministère de la Santé Publique et du PPLS2 à une formation sur le FBR à Kigali au Ruanda.

Le manager et le manager-Adjoint ont participé à la réunion de restitution des résultats de l'évaluation par le CIDR des mutuelles de santé au Tchad et ont apporté leur contribution suivant leur expérience dans le domaine du financement de la santé à travers les mécanismes de prépaiement et la possible synergie qui puisse exister entre le FBR et les mutuelles de santé.

Le manager-Adjoint a aussi participé à l'élaboration du nouveau programme des mutuelles de santé de la coopération Suisse au centre Ku Jéricho de Moundou.

10 Goulots d'étranglement (difficultés)

Le ministère de la Santé a, dans son budget 2013, prévu un fonds pour continuer à rémunérer la performance dans les structures de santé de la zone pilote pour éviter que le montage mis en place ne se disloque et que les agents de santé ne se découragent. Ce fonds sera géré jusqu'en décembre 2013 par le PPLS2 et il est prévu que la vérification se poursuive avec l'un des participants au consortium (CSSI) qui gère déjà les agents vérificateurs. Nous avons assisté le PPLS2 dans l'élaboration d'un plan d'action qui a été soumis pour demande de déblocage des fonds au MSP et celui des Finances. Ce n'est que lorsque ce fonds sera décaissé que les agents vérificateurs pourront signer les contrats pour cette phase intérimaire.

Au dernier moment, le Ministère de la santé a décidé de gérer lui-même le fonds alors qu'il n'avait pas mis en place une structure organisée pour gérer le fonds. En plus à cause des lourdeurs administratives, jusqu'à présent, ce fonds n'est pas encore déblocqué par le Ministère des Finances.

Le principal goulot d'étranglement est le retard pris dans le déblocage du fonds pour la continuité des activités après la fin du projet FBR le 31 mai 2013 et comment sera géré le fonds.

A ces difficultés viennent s'ajouter quelques difficultés/contraintes empêchant de pérenniser les acquits du projet et décourageant les agents de santé. Ce sont entre autres :

- Le non paiement du mois de mai 2013 aux structures sanitaires. La Banque Mondiale a estimé que la vérification des données du mois de mai intervient après la fin du contrat signé avec le consortium.
- La non-prise en compte du mois de juin 2013 par le Ministère de la Santé Publique dans son budget. Pour le Ministère, financement du projet FBR par la Banque couvre également le juin 2013.
- Le projet court actuellement de dislocation du montage mise en place et le découragement du personnel des formations sanitaires. Ce qui se traduit par le risque de repartir à zéro lorsque le financement sera disponible.
- La difficulté de fonctionnement du Comité de pilotage et de la cellule technique du projet FBR au niveau du Ministère de la Santé publique.

11. Leçons apprises

Au vu des résultats obtenus par le projet, la motivation a été générale tant au niveau de la population bénéficiaire, des formations sanitaires, des autorités sanitaires qu'au niveau des partenaires techniques et financiers. Tenant compte des bienfaits de la stratégie FBR au niveau des formations sanitaires bénéficiaires et partant de la population des zones concernées, le ministère de la santé est déterminé pour continuer le projet mais malheureusement depuis 4 mois, les lourdeurs administratives entravent la poursuite des activités sur le terrain.

Pour ne pas pénaliser la population bénéficiaire, l'implication de tous les partenaires à cette stratégie de financement des structures sanitaires devient une nécessité urgente.

12. Conclusion

La phase pilote du projet FBR a pris fin le 31 mai 2013 à la satisfaction de tous les partenaires et le projet devrait continuer sans difficulté n'eut été le retard dans le déblocage du fonds de l'Etat. Dans l'avenir, il est important d'étudier d'autres possibilités de financement pour éviter de longues périodes de rupture dans le paiement aux formations sanitaires. Il y a lieu d'étudier la possibilité d'extension du projet à d'autres formations sanitaires avec l'implication d'autres partenaires financiers.

Annexes

Niveau de réalisation des indicateurs par rapport aux cibles

Indicateurs	Données de base (RMA2 010)	Cible de fin de projet	Réalisations Octobre à Décembre 11	Réalisations Janvier à Mars 2012	Réalisations Avril à Juin 2012	Réalisations Juillet-Septembre 2012	Réalisations d'Octobre à Décembre 2012	Réalisations Janv à Mars 2013	% réalisation par rapport à la cible au 30/06/12
Enfants vaccinés en PENTA3 (nombre et %)									
FBR	42 134	46 732	8 792	9 635	10 490	9525	15086	12399	141%
Femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins 3 consultations prénatales (CPN3) lors d'une visite à un prestataire de services de santé (nombre et %)									
FBR	24 830	45 912	4 340	6 219	5 700	4822	6227	5750	72%
Accouchements assistés aux formations sanitaires publiques et privées (nombre et %)									
FBR	12 678	16 807	2 998	3 613	4 248	4346	4567	5295	141,14%
Femmes enceintes vaccinées en VAT2+ (nombre et %)									
FBR	42 511	45 912	8 345	11 833	12 220	_8191	12117	14710	146,84%
Femmes ayant bénéficié des consultations post natales lors d'une visite à un prestataire de services de santé (nombre et %) (Activité non subventionnée)									
FBR	761	11 765	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Nouvelles utilisatrices des méthodes modernes de contraception (nombre)									
FBR	2 232	4 464	836	1 944	2 537	1502	4963	5646	617,7%
Utilisatrices des méthodes moderne de contraception (nombre cumulé anciennes + nouvelles)									
			1 354	2 357	4 267	2168			

II.1.3. Projet Global Polio Eradication Initiative (GPEI)

1. Introduction

Le Projet Global Polio Eradication Initiative est un projet mis en œuvre depuis février 2012. C'est un projet qui est le résultat d'une convention de partenariat entre l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH) et le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI). Le projet est financé par l'OMS sur son programme Polio, volet Tchad. Les principales activités réalisées au titre de l'année 2013 sont entre autres : l'organisation d'une campagne conjointe transfrontalière en janvier 2013 en partenariat avec le PEV/OMS/UNICEF/AJND, l'organisation de l'atelier de restitution des recherches, une rencontre de travail à Kassalaré (Hadjer-Lamis) avec le Ministère de la Santé Publique et le Ministère du Développement Pastoral et des Productions Animales, l'organisation de la campagne mixte transfrontalière au sud du Tchad en juin 2013 et l'organisation des interviews avec les autorités sanitaires.

2. Les objectifs

L'objectif général du projet est : assurer une meilleure prise en charge des populations mobiles par une coopération intersectorielle entre la Santé Publique et l'Élevage.

Les objectifs spécifiques sont :

- Déterminer la volonté d'une coopération entre les secteurs de la santé humaine et de l'élevage dans la planification et de l'exécution des campagnes de vaccination conjointes ;
- Évaluer les rôles les plus efficaces des agents de santé humaine et vétérinaires dans les activités de vaccination contre la polio ;
- Tester des méthodes de monitoring appropriées pour les activités de vaccinations intersectorielles ;
- Évaluer la faisabilité d'élargir une telle approche conjointe pour toutes populations rurales éloignées.

3. Staff du projet :

Le projet GPEI compte deux personnes : il s'agit d'un répondant du projet et d'un superviseur du projet qui est le Responsable du Département Recherche du CSSI.

4. Collaboration institutionnelle

Le projet est mis en œuvre dans une large collaboration institutionnelle. Du point de vue de collaboration de réalisation, c'est un engagement entre trois Institutions que sont l'OMS, le Swiss-TPH et le CSSI. Du point de vue de la mise en œuvre sur le terrain, le CSSI a pour partenaires le Ministère de la Santé (PEV, DRS, Districts), le Ministère de l'Élevage (DSV, DRE, Secteurs Élevage), les Associations des nomades, et dans une certaine mesure les unités Polio de l'UNICEF et de l'OMS Tchad.

5. Principaux bailleurs

Le projet a pour principal bailleur le Global Polio Eradication Initiative (GPEI). Ce partenaire financier a contracté avec l’OMS qui a confié la mise en œuvre au Swiss-TPH et au CCSI.

6. Zone d’intervention

Le projet GPEI a pour zone d’intervention toutes les grandes zones pastorales du Tchad.

7. Durée du projet

La phase en cours du projet GPEI est d’une durée de 17 mois, allant de février 2012 à novembre 2013.

8. Activités réalisées en 2013

A/ La campagne mixte transfrontalière à Waldoussou (Hadjer-Lamis)

Dans le cadre de l’éradication de la poliomyélite et le renforcement du PEV de routine une campagne de vaccination conjointe (santé humaine et animale) a été organisée du 8 au 17 janvier 2013 à Waldoussou, principal point de traversée transfrontalier dans le District de Massaguet. Cette intervention est aussi en partie, la matérialisation de deux initiatives majeures, il s’agit notamment de l’atelier de concertation entre les responsables de la santé publique, de l’élevage ainsi que les leaders des nomades et des insulaires qui a débouché sur une programmation conjointe des activités à mener en faveur des populations d’accès (nomades et insulaires) en août 2011 et la réunion de concertation transfrontalière entre le Tchad, le Cameroun, le Niger et le Nigeria tenue du 3 au 4 octobre 2012 à Ndjamen. Le but visé dans l’un comme dans l’autre cas est d’interagir pour d’une part créer une synergie dans les interventions et d’autre part mutualiser les moyens et les ressources pour une meilleure atteinte des cibles visées.

Le projet Polio a participé à toutes les étapes de l’organisation de cette campagne mixte transfrontalière, notamment aux missions préparatoires et à la supervision de la campagne mixte. Le projet a contribué par la mise à disposition des vaccins animaux (Symptovac, Pastovac et Perivax) et des consommables (seringues revolvers, verres de rechange, aiguilles de vaccination, etc.) et la mobilisation d’un véhicule de supervision de la campagne.

En terme de résultats de la campagne, la couverture de vaccination des enfants, des femmes enceintes et de bétail vaccinés est très satisfaisante (voir ci-dessous les données) :

Résultats de la campagne conjointe de vaccination transfrontalière à Waldoussou (Hadjer-Lamis)

Tableau 1 : Données de la vaccination des enfants et femmes enceintes

Journées	BCG		Polio 0	Polio 1		Polio2		Penta1		Penta2		VAR		VAA		Menafrivac			VAT1
	0-11 mois	12-59 mois		0-11mois	12-59 mois	0-11mois	12-59 mois	0-11 mois	12-59 mois	0-11mois	12-59 mois	9-11mois	12-59 mois	9-11mois	12-59 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-29 ans	
J1-J3	81	252	31	79	257	0	0	79	257	0	0	58	232	25	131	263	415	363	74
J4-J6	91	239	19	128	479	0	0	128	479	0	0	128	479	84	210	90	673	667	88
J7	14	0	6	23	147			23	147			22	133	4	26	0	272	105	20
J8	58	81	1	58	141	0	0	58	141	0	0	58	134	58	134	0	192	168	27
J9-J10	119	172	18	185	368	0	0	185	368	0	0	121	260	121	260	0	548	167	106
TOTAL	363	744	75	473	1392	0	0	473	1392	0	0	387	1238	292	761	353	2100	1470	315

Tableau 2 : Données de la vaccination du bétail

Journées	Symptovac	Antravac	Perivax	Symptovac et anthravac	Symptovac et Perivac	Anthravac et Perivac	Total
J1-J3	0	1011	0	3114	0	0	4125
J4-J6	0	1831	0	1258	0	0	3089
J7	0	0	43	0	439	134	616
J8	27	0	2664	0	2664	0	5355
J9	0	0	0	0	855	779	1634
J10	0	0	150	0	0	52	202
Total	27	2842	2857	4372	3958	965	15021

B/ L'Atelier de restitution

Le Swiss TPH (l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse) en partenariat avec le Centre de Support en Santé Internationale et le Laboratoire de Recherches Vétérinaires et Zootechniques de Farcha (LRVZ) ont soutenu de nombreuses activités de recherches pluridisciplinaires et d'interventions en milieu pastoral. Ces activités de recherches et d'interventions ont conduit à la réalisation de cinq thèses de doctorat, dont trois soutenues par des étudiants tchadiens et deux par des étudiants suisses. Des projets d'intervention novateurs en matière de vaccinations conjointes des enfants et femmes nomades et du bétail ont été également mis en œuvre en faveur des communautés nomades du Tchad entre 2000 à 2007. A la suite de ces activités de recherches et d'interventions, un programme intitulé « Programme d'Appui Intersectoriel aux Communautés Nomades du Tchad » a été conçu, et le processus de son appropriation et de sa mise en œuvre par le Gouvernement suit son cours. Par ailleurs, les éleveurs continuent d'exprimer d'autres besoins, notamment de l'action contre la fasciolose qui touche fortement le bétail du lac Tchad. Ceci a engendré des réflexions sur des nouveaux projets dans le domaine des maladies parasitaires du bétail et de l'homme telles que la douve et la bilharziose.

C'est dans le but de restituer et partager les différents acquis des différentes recherches et activités soutenues par le Swiss-TPH, notamment les résultats à mi-parcours du projet Polio et annoncer les perspectives des activités futures, que l'organisation de l'atelier fut planifiée.

L'objectif général de l'atelier est de restituer les résultats des activités de recherches et d'interventions en milieu pastoral et réfléchir sur les perspectives des actions futures.

En terme d'objectifs spécifiques, l'atelier vise à :

1. Faire une restitution des résultats des recherches et d'interventions aux leaders des populations pasteurs ;
2. Discuter les perspectives des activités de recherches et d'interventions futures en milieu nomade.

L'atelier qui a réuni au total 69 participants composés des représentants de Swiss-TPH, des Directions et services centraux des Ministères de la Santé Publique et de l'Elevage et des représentants de la communauté nomade a discuté divers sujets relatifs aux recherches et activités menées au bénéfice des communautés nomades et a formulé des pertinentes recommandations.

Recommandations :

Aux partenaires Swiss TPH, CSSI et LRVZ de :

- Continuer les recherches multidisciplinaires sur les problématiques de maladies et autres difficultés qui assaillent les populations humaines en général et les pasteurs nomades et autres populations difficiles d'accès en particulier ;
- Favoriser l'accès des pasteurs nomades et autres populations à accès difficile aux services sociaux de base tels que la santé, l'éducation, et l'eau.

Au Gouvernement de :

- Rendre effective la mise en place et l'opérationnalité de la Direction Technique en charge de la santé des nomades, insulaires et les personnes en mouvements du Ministère de la Santé Publique pour
- Offrir l'ensemble des services sociaux de base dont les populations nomades et autres populations d'accès difficile en sont dépourvus ;
- Résoudre les problèmes d'accapement des espaces de bordure du Lac Tchad par les vergers et autres champs pour faciliter l'accès et la transhumance des troupeaux des nomades vers les îles et les presqu'îles.

C/ La réunion de travail avec les Ministères de Santé et de l'Elevage

A l'invitation des Ministères de la Santé Publique et de celui du Développement Pastoral et des Productions Animales, le CSSI à travers le projet Polio a pris part du 5 au 6 avril 2013 à une rencontre de travail avec les deux Ministres et leur staff technique dans le ferrick nomade de Kassalaré (Hadjer-Lamis). La rencontre avait pour but d'une part de discuter avec tous les partenaires intervenant dans le domaine de la santé humaine et animale au profit des nomades et leur bétail les difficultés qui émaillent la bonne couverture de ces derniers en matière de prestations des soins de santé humaine et vétérinaire. La rencontre a permis d'autre part aux deux Ministres de la Santé Publique et celui du Développement Pastoral et des Productions Animales, le Directeur du Cabinet du Président de la République, les Gouverneurs des Régions du Lac et du Hadjer-Lamis, ainsi que les Associations des éleveurs nomades et les partenaires de deux Ministères de pencher sur les enjeux sécuritaires autour des Régions frontalières, les conflits agriculteurs éleveurs, et/ou éleveurs-éleveurs, le problème lié aux accapements des couloirs de transhumances par des champs et des vergers etc.

A l'issue de deux jours de discussion avec les nomades, ces derniers ont formulé des recommandations fortes à l'attention du Gouvernement :

Au Ministre de l'Elevage :

- Le balisage des couloirs d'accès au fleuve et au lac, d'aire de stationnement (tous les 25km) et d'aire de séjour prévu d'ici l'an prochaine.

Au Ministre de la Santé :

- De continuer et de renforcer les activités de soins préventifs et curatifs des pasteurs nomades ;
- de créer une direction de santé des nomades.

Aux Gouverneurs :

- De créer un comité de suivi qui va se pencher sur les problèmes soulevés lors de la rencontre ;
- D'interpeller les autorités camerounaises de faire cesser les arnaques dont sont victimes les éleveurs tchadiens qui transhument au Cameroun

Au Cabinet du Président de la République :

- De transmettre les doléances à la présidence. Les 3 ans du quinquennat du président est focalisé sur le social et le monde rural. Dans ce cadre les nomades seront pris en compte dans ce programme.

D/ Campagne conjointe de vaccination transfrontalière au Sud du Tchad

Du 7 au 23 juin 2013 a été organisée dans les Districts de Kyabé et de Danamadji, Délégation Sanitaire Régionale du Moyen Chari une campagne de vaccination mixte et intégrée des éleveurs transhumants transfrontaliers tchadiens de retour de la RCA. Le but visé est d'assurer de manière conjointe la santé des transhumants transfrontaliers, surtout des enfants de 0-59 mois, des femmes enceintes et celle du bétail.

Les partenaires ayant participé à l'organisation de cette campagne conjointe de vaccination transfrontalière sont : le Ministère de la Santé Publique à travers le PEV, le Programme National de Lutte contre le Paludisme, le Programme Verts de Guinée, le CNNTA, les agences l'OMS, l'UNICEF, le CSSI et l'Association des Jeunes Nomades.

Le 13 juin 2013 à lieu à Bria campement des nomades situé à 13 km à l'Est de Sido, le lancement officiel de la campagne de vaccination mixte et intégrée. Trois temps ont marqué cette cérémonie de lancement : le mot de bienvenue du Gouverneur de la région du Moyen Chari, le mot de représentants des transhumants transfrontaliers et le discours du Ministre de la Santé Publique. Le Ministre de la Santé Publique a focalisé son speech sur la détermination des hautes autorités du pays à assurer l'équité dans l'accès aux soins de tous les citoyens tchadiens et en particulier aux nomades transhumants transfrontaliers.

Les résultats de la campagne conjointe

La vaccination des enfants et des femmes

- **Données de la vaccination des enfants de 0-59 mois**

Tous les antigènes de routine et plus le MenafriVac ont été administrés aux enfants âgés de 0 à 59 mois et les femmes enceintes (*photo 1 : vaccination*).

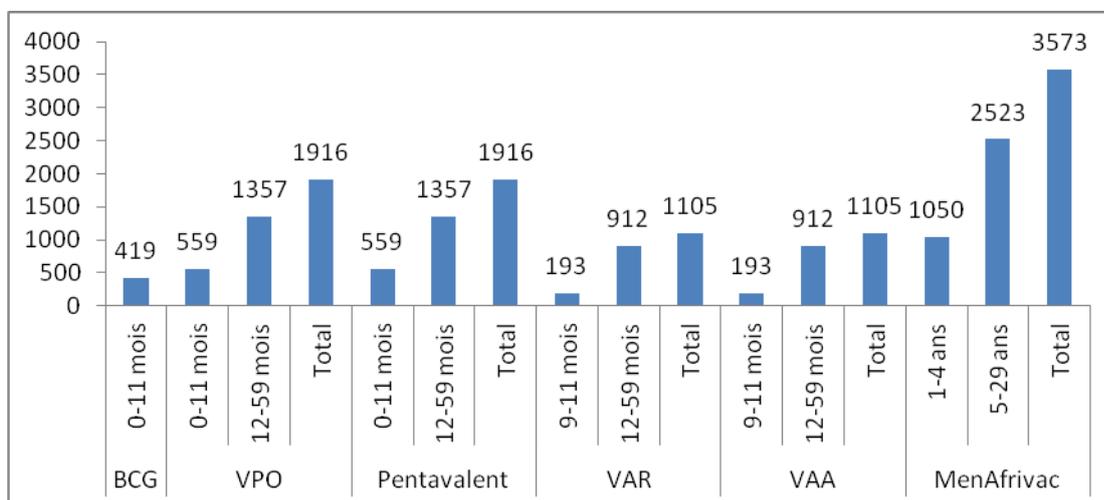
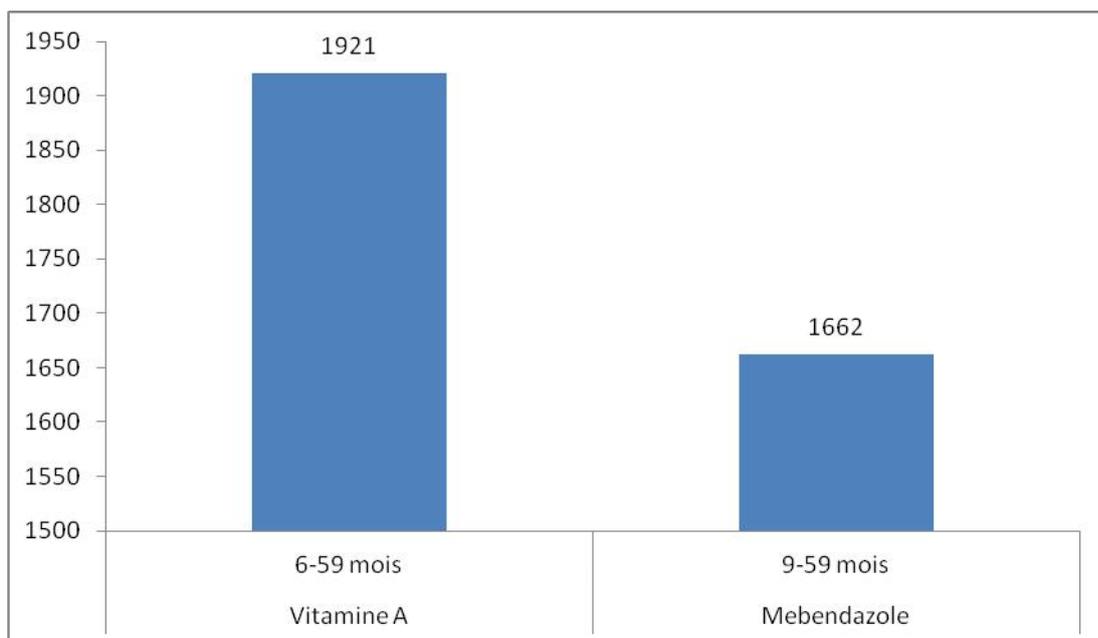




Photo 1 : nomades peuls en attente de vaccination

Au cours de cette campagne la supplémentation en vitamine A et le déparasitage au mébendazole ont été assurés aux enfants âgés de 6 à 59 mois pour la vitamine A et de 9 à 59 mois pour le déparasitage.

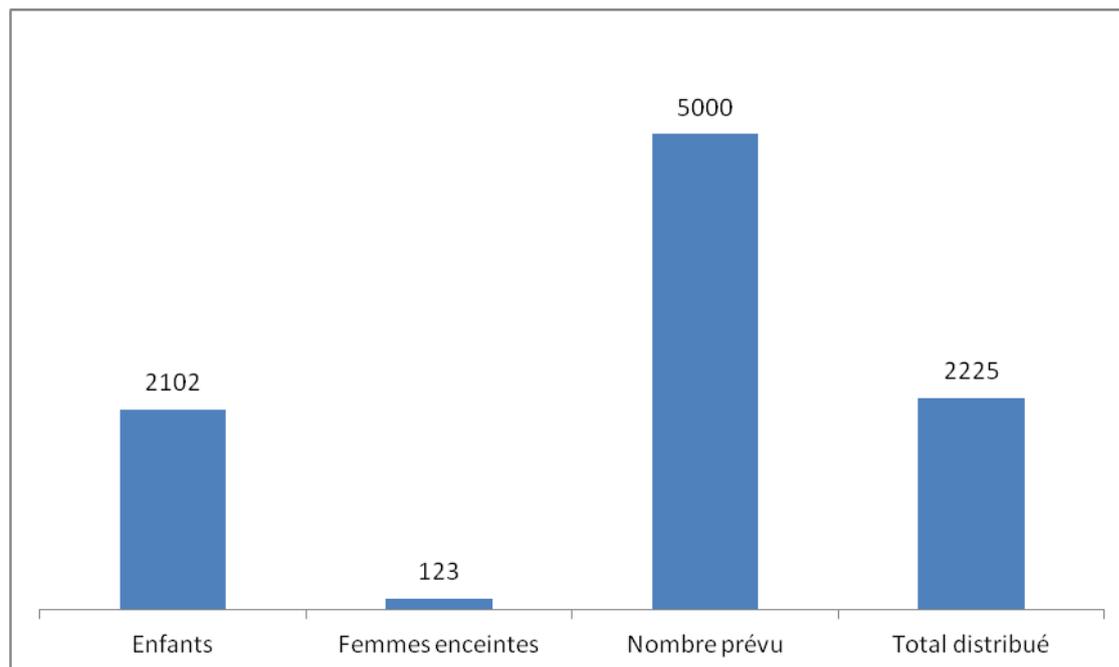


Graphique 2 : données relatives aux déparasitages et la Vitamine A

La distribution des moustiquaires imprégnées à longue durée (MILD)

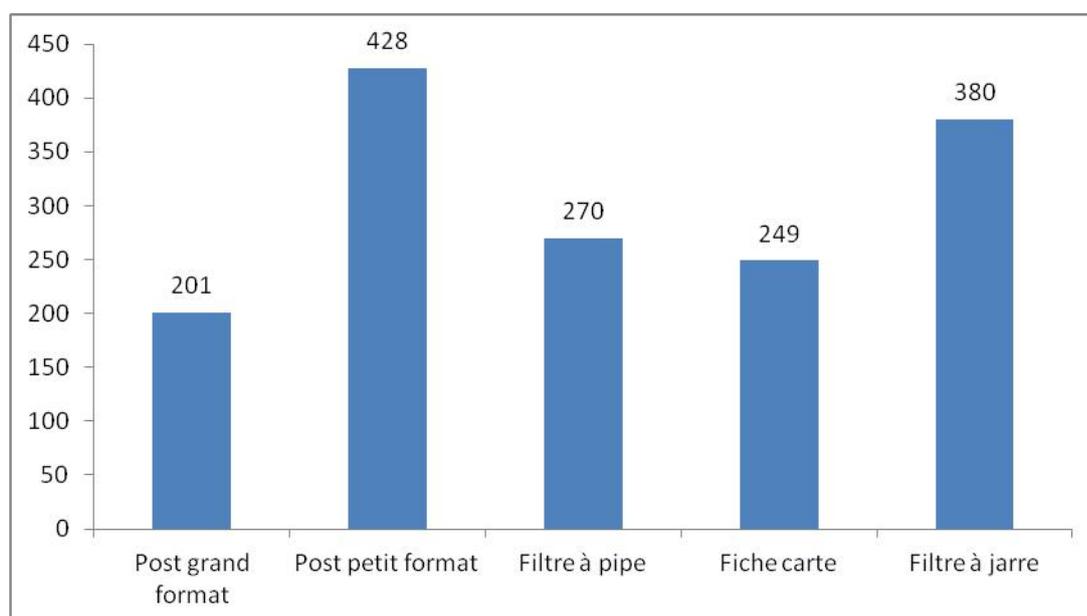
Compte tenu de la spécificité des transhumants en terme d'accès aux soins de santé en général et de l'endémicité au paludisme de la zone où il vit, il a été retenu que dans le cadre de la distribution du MILD que les femmes enceintes et les enfants vaccinés accompagnés de leur mère puissent en bénéficier.

C'est ainsi qu'une quantité importante des moustiquaires imprégnées de longue durée ont été distribuées aux femmes enceintes et aux femmes ayant fait vacciner leurs enfants (*voir graphique résultats ci-dessous*).



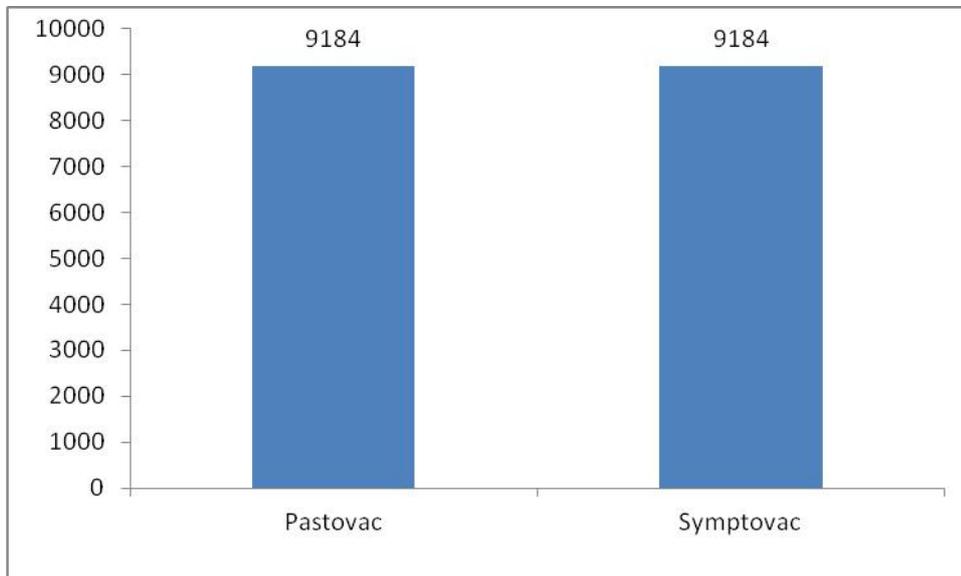
Graphique 3 : Nombre des moustiquaires distribuées

Données relatives à la sensibilisation pour l'élimination du ver de Guinée



Données relatives à la vaccination du bétail

Au cours de la campagne deux types de vaccins ont été administrés aux troupeaux de nomades transhumants en provenance de la RCA, notamment le vaccin pastovac et symptovac (voir Photo 2 de vaccination bétail).



Graphique 5 : Résultats de la vaccination du bétail



Photo 2 : séance de vaccination animale dans un parc de fortune

E/ Interviews avec les autorités sanitaires

Tirant les belles expériences et succès de l'approche conjointe de vaccination au Tchad, le Swiss-TPH et le CSSI à travers le projet Polio ont jugé utile d'interviewer les autorités sanitaires du Ministère de la Santé Publique et du Ministère de l'Elevage pour voir la faisabilité d'une mise en échelle de l'approche à toutes les zones pastorales du Tchad. C'est à cet effet que des interviews ont été organisées avec les responsables de quelques Directions Techniques, notamment la Direction de la Santé de la Reproduction et de la Vaccination (DSRV), la Coordination du Programme Elargi de Vaccination (PEV) et la Direction des Services Vétérinaires (DSV).

Les interviews ont porté essentiellement sur les questions suivantes :

- Question 01 : Que pensez-vous de l'approche des campagnes conjointes de vaccination des populations nomades et autres populations difficiles d'accès ?*
- Question 02 : Comment selon vous les autorités sanitaires peuvent approprier véritablement cette approche et la vulgariser pour une amélioration de la couverture vaccinale des populations difficiles d'accès ?*
- Question 3: Selon vous quelles sont les populations difficiles d'accès vers lesquelles le gouvernement et ses partenaires devraient orienter leurs actions ?*
- Question 4: Comment peut-on identifier adéquatement les zones prioritaires d'intervention où résident ces populations difficiles d'accès ?*
- *Question 5 : L'évidence de l'efficacité des interventions conjointes en santé humaine et animale à été bien prouvée, comment les Ministères de la Santé Publique et de l'Elevage entendent mettre en échelle cette approche à toutes les zones prioritaires ?*
- *Question 6: Pour une efficacité d'action et une durabilité des interventions conjointes de santé humaine et animale aux populations difficiles d'accès, quel cadre de concertation et d'échanges intersectoriels faut-il entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Elevage?*
- *Question 7: Quel rôle peuvent jouer les acteurs clés (OMS, UNICEF, ONGs, représentants des populations concernées, bailleurs de fonds) dans l'accompagnement et la mise en échelle de cette approche ?*
- *Question 8: Le Ministère de la Santé Publique a en projet la création d'une Direction de Santé des populations difficiles d'accès, quel sera selon vous l'apport de cette Direction pour l'amélioration de la santé de ce groupe de population ?*
- *Question 9: Quelle autre stratégie faut-il envisager selon vous pour une bonne atteinte des populations difficiles d'accès ?*

F/ Un interviews des autorités religieuses

Un questionnaire d'entretien spécifique fut élaboré et adressé aux autorités religieuses pour avoir leur opinion par rapport aux activités de soins de santé organisées au Tchad et notamment leur implication souvent dans les activités de mobilisation communautaires en

matière de soins préventifs.. Mais pour des difficultés diverses, seul le Secrétaire Général du Conseil Supérieur des Affaires Islamiques du Tchad a pu être interrogé sur la question, alors les représentants des Eglises Catholiques et Protestantes n'ont pas pu donner leur avis.

Conclusion : Nous soulignons que malgré les difficultés de terrain, globalement les activités du Projet GPEI pour l'année 2013 ont été menées avec satisfaction selon le plan d'action. Le Projet qui tire à sa fin en novembre 2013 a été très salué par les populations nomades bénéficiaires. Les 1ères expériences des campagnes conjointes de vaccination transfrontalières au bénéfice des nomades tchadiens qui transhument entre le Tchad, le Cameroun et le Nigéria d'une part et ceux qui transhument entre le Tchad et la RCA a été le grand exploit auquel le projet a participé avec des résultats très probants.

II. 2. Projets de recherche

II.2.1. La surveillance cas par cas de la méningite

1. Introduction

L'introduction du nouveau vaccin antiméningococcique conjugué A, le MenAfriVac a eu lieu au Tchad en décembre 2011. Les premières régions vaccinées ont été : Ndjamena, le Chari-Baguirmi et le Mayo-Kebbi. Il a été organisé des campagnes de vaccination de masse où toutes les personnes âgées de 1 à 29 ans ont reçu une dose unique du vaccin MenAfriVac. En fin décembre 2012 la totalité du pays a ainsi été vaccinée.

Cette stratégie vise non seulement à protéger la population vaccinée contre la méningite mais aussi à réduire de manière significative et immédiate le portage et la transmission de la bactérie.

Pour évaluer l'impact du vaccin MenAfriVac dans les régions vaccinées, il a été mis en place par le CSSI en collaboration avec le LSTHM, avec l'autorisation du Ministère de la Santé Publique, une «Surveillance Cas par Cas» de la méningite dans les 12 districts sanitaires du Chari-Baguirmi, du Mayo-Kebbi/Est et de Ndjamena de mars à juin 2012, puis de mars à juin 2013.

2. Objectifs

2.1. Objectif Général

L'objectif de cette surveillance est de mesurer l'impact du vaccin dans la campagne de vaccination de masse menée en décembre 2011 avec le nouveau vaccin MenAfrivac dans les trois délégations régionales sanitaires.

2.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques assignés pour cette surveillance sont les suivants :

- Faire la ponction lombaire (PL) de tous les cas suspects de méningite ;
- Mettre en évidence par analyse du LCR, le type de la souche méningitique en cause ;
- Comparer la prévalence des cas de méningite à celles des années précédentes.

3. Méthodologie

3.1. Cadre de la surveillance

Situé au centre de l'Afrique, le Tchad a une superficie de 1.284.000 Km² et une population estimée à 11 900 000 habitants soit 49,3% d'hommes contre 50,7% de femmes.

Classé 163^{ème} sur 169, le Tchad fait partie des pays pauvres du monde.

Comme les autres pays en développement, le Tchad est caractérisé par un retard important révélé par quelques indicateurs de santé habituels.

En effet, le niveau de la mortalité infantile est resté pratiquement stationnaire entre 1993 et 2004 (103 et 102 pour 1000), tandis que la mortalité maternelle a augmenté durant la même

période passant de 827 décès à 1099 pour 100000 naissances vivantes. La couverture sanitaire est de 72,98%.

La méningite fait partie des maladies à potentiel épidémique sous surveillance particulière. Le Tchad enregistre des cas de méningite à méningocoque sous forme de flambées épidémiques. Pour l'année 2010 le Tchad a connu une épidémie de méningite qui a fait 240 morts sur 2729 personnes infectées soit un taux de létalité de 8,8%. Les districts sanitaires les plus touchés étaient ceux de : Doba, Donomanga, Lai et Goundi.

3.2. Site et population

La surveillance a été réalisée dans trois délégations sanitaires à savoir : la délégation de N'Djamena, du Chari-Baguirmi et du Mayo-Kebbi Est. Toutes ces trois délégations font frontières avec la république camerounaise. Elles comptent au total 2383000 habitants.

Ces trois délégations comptent douze districts. Ces districts comptent à leur tour 17 hôpitaux et 163 centres de santé (et 8 en attente d'ouverture). Tous ces 4 districts sont retenus comme site de la surveillance : District sanitaire de Ndjama Nord (Hôpital de Farcha), District sanitaire de Ndjama Sud (Hôpital de l'Union), district sanitaire de Ndjama Est (Hôpital Gozzator) et le district sanitaire du Centre (Hôpital Kasser).

Les hôpitaux situés dans la ville de N'Djaména et ne dépendant pas des districts sont également inclus dans les sites de surveillance. Ils sont au total quatre. Il s'agit de l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN), l'Hôpital de la Mère et l'Enfant (HME), l'Hôpital de l'Amitié Tchad-Chine (HATC) et l'Hôpital Militaire d'Instruction (HMI).

3.3. Période de surveillance

La surveillance s'est déroulée du 04 mars 2013 au 30 juin 2013 soit 4 mois.

3.4. Critères d'inclusion

Sont inclus pour cette surveillance, toute personne chez qui l'agent sanitaire suspecte la méningite selon la définition de l'OMS.

3.5. Critère d'exclusion

Sont exclus de la surveillance toute personne présentant d'autres signes de pathologie que les signes méningés.

3.6. Déroulement de la surveillance

La surveillance a commencé par une mission de relance de la supervision de la surveillance cas par cas du 04 au 08 mars 2013. Elle a permis d'expliquer aux autorités administratives et sanitaires le but de l'étude, et de faire un état des lieux des laboratoires des districts et des points focaux (renouvellement du répertoire téléphonique des points focaux).

-Les visites mensuelles sur le terrain au niveau des districts sanitaires pendant lesquelles sur le terrain a lieu une supervision-formative, sans oublier la rétro-information permettant aux points focaux d'avoir les résultats des prélèvements envoyés au laboratoire du HGRN.

-L'appel téléphonique hebdomadaire initial de la Coordination du CSSI au week-end permet un contact direct pour recueillir les activités de la surveillance de la semaine : cas suspects de méningite, PI effectuées et prélèvements envoyés.

-Un échange par SMS de la coordination avec les points focaux en utilisant le Logiciel FrontlineSMS a été essayé, mais les directives ne sont pas toujours suivies par les points focaux. Cela va nécessiter du temps pour pouvoir utiliser ce système.

3.7. Formation des points focaux

Les 32 points focaux, soit 16 infirmiers et 16 techniciens de laboratoire formés et ayant participé à la surveillance de mars à juin 2012 pour les 12 districts sanitaires sont pratiquement tous en place. On a juste noté une mutation de chef de zone à Mandelia et d'un technicien de laboratoire à Massenya.

Il n'y a pas eu donc d'autre formation spéciale des points focaux avant le début de cette surveillance de mars à juin 2013.

Il a été mis en place au niveau des laboratoires de district le matériel, les réactifs les consommables nécessaires : le TI, le triple emballage, et les tubes secs et les réactifs pour les analyses réalisés sur place et le transport des échantillons vers le niveau central, par contre le pastorex, les Kits pour la PL, n'étaient pas disponibles.

Les fiches de collectes de données MCRF et LCRF utilisées de mars à juin 2012 ont toutes été retirées. Le Ministère de la Santé Publique a retenu 2 fiches pour cette surveillance qui sont : la Fiche individuelle de notification des cas et la Liste descriptive des cas de maladies sous surveillance.

3.8. Ethique

La surveillance s'est réalisée à travers des questionnaires et des ponctions lombaires faites sur des malades avec leur accord.

3.9. Collecte et gestion des données

Chaque prélèvement de LCR envoyé (au laboratoire de district, de la région ou au HGRN) est accompagné de la Fiche individuelle de notification de cas et de la liste descriptive des cas de maladies sous surveillance avec les données du patient : nom, prénom, âge, sexe ...et les résultats du laboratoire du HGRN. Ces Fiches sont ensuite envoyées au SSEI (Service de Surveillance Epidémiologique Intégré)

Ainsi aucune donnée pour cette surveillance n'arrive au Data Management, service du CSSI qui pendant la surveillance cas par cas de l'an dernier gérait les données reçues par les fiches MCRF et LCRF.

Les points focaux sont supervisés mensuellement par l'équipe de la coordination. En plus de cette supervision, ces points focaux ont été contactés chaque week-end par téléphonie mobile durant toute la période de la surveillance.

Les réflexions sont faites au niveau du CSSI pour créer un réseau de contacts par sms (grâce aux téléphones portables pour les Centres de Santé, téléphones portables ou ordinateurs au niveau du district sanitaire, ou délégation et au niveau central) grâce à l'introduction du

Logiciel SmS. Ce système permettrait une meilleure communication à tous les niveaux et une rétro-information plus rapide vers les districts et les Centres de Santé.

3.10. Méthodes de laboratoire

Chaque cas suspect de méningite fait l'objet d'un prélèvement par un personnel qualifié. Les échantillons sont prélevés dans deux tubes (un tube sec et un cryotube) au niveau de la formation sanitaire. Le tube sec est gardé à la température ambiante et aéré alors que le cryotube est conservé à + 4C. Les deux tubes sont bien identifiés avec le nom du patient et rapidement acheminés au laboratoire de district. Ces tubes sont accompagnés de la Fiche individuelle de notification de cas et de la liste des cas de maladies sous surveillance épidémiologique.

Au niveau du laboratoire de district, le LCR collecté dans le tube sec sert à :

- Etre Inoculé dans le milieu de transport, le trans-isolate (TI)
- Faire le test rapide (pastorex)
- Faire la numération et la cytologie
- Faire la coloration de Gram

Le TI conservé à la température ambiante et le cryotube conservé au frais sont envoyés au laboratoire de référence (Laboratoire HGRN) pour respectivement la culture/l'antibiogramme et la PCR. Les échantillons sont réceptionnés avec les fiches Fiche individuelle de notification de cas et la Liste descriptive des maladies sous surveillance contenant les résultats du laboratoire de district. Après analyse et les résultats au niveau de l'HGRN la rétro-information se fait par téléphone pour certains cas et avant chaque visite mensuelle des districts les résultats du laboratoire sont notés et communiqués au niveau des districts.

4. Résultats

4.1. Répartition des malades par tranche d'âge

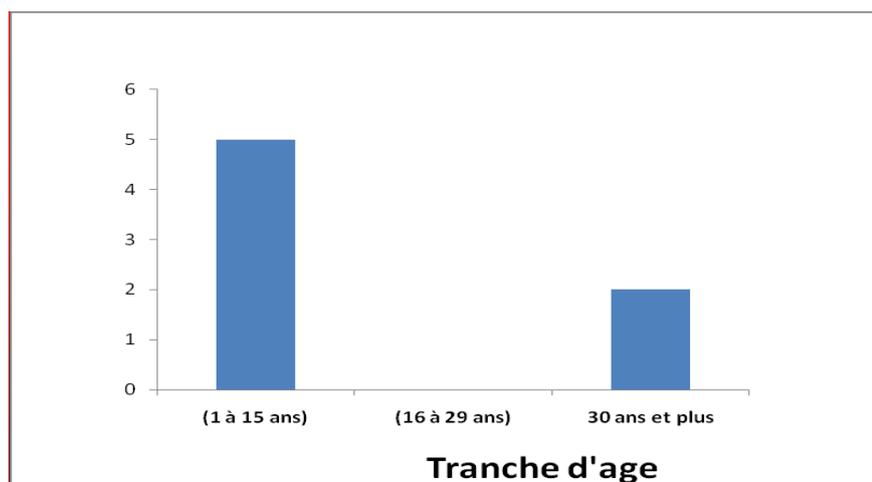


Figure 1: Répartition de malades par tranche d'âge

Sur sept malades prélevés, cinq appartiennent à la tranche d'âge de [1 à 15 ans]. La tranche d'âge de [16 à 29 ans] n'est pas représentée et deux malades seulement représentent la tranche de 30 et plus.

4.2. Répartition des malades selon le sexe

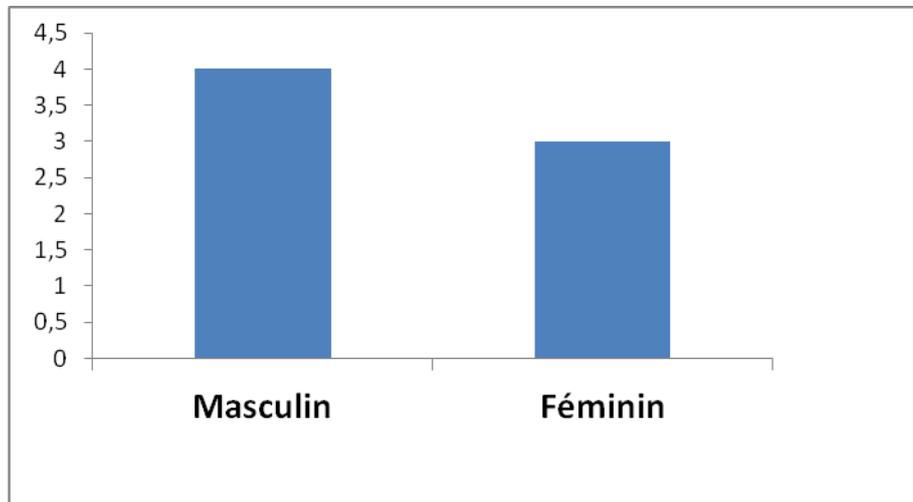


Figure 2: Répartition de malades selon le sexe

Notre échantillon est représenté par quatre hommes contre trois femmes. Soit un sexe ratio homme/femme de 0,75.

4.3. Répartition des malades selon le statut vaccinal

Les données sur le statut vaccinal : tous les patients sont de statut vaccinal inconnu

4.4. Répartition des malades selon leur provenance

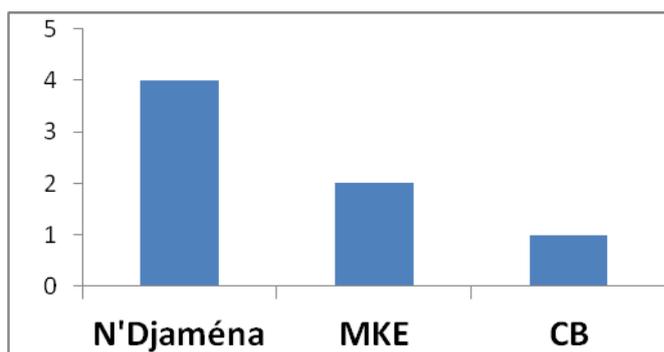


Figure 3: Répartition de malades selon leur provenance

Sur 7 malades prélevés, 4 (57%) proviennent de la région de N'Djaména, 2 (29%) de Mayo-Kebbi et 1 (14%) du Chari-Baguirmi.

4.5. Répartition selon l'aspect du LCR

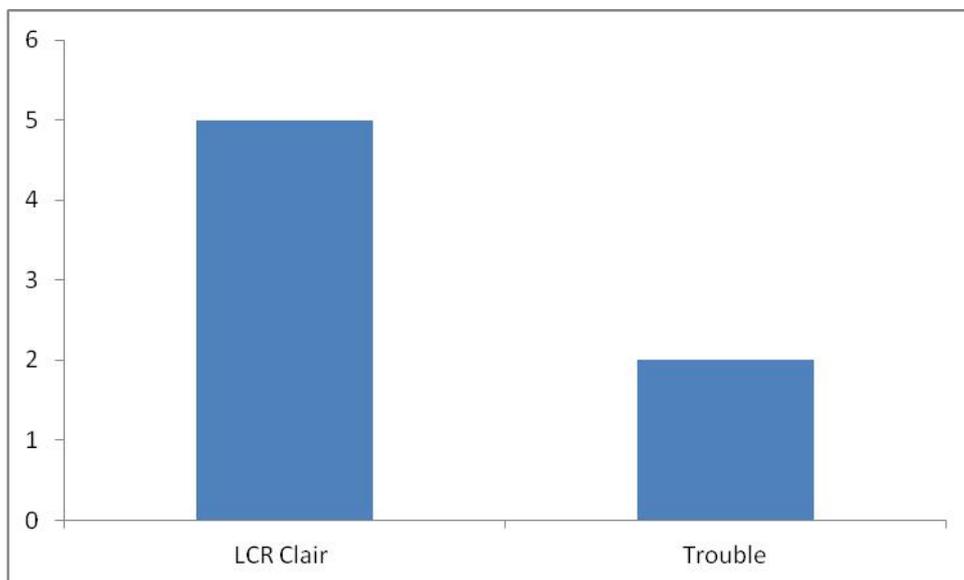


Figure 4: Répartition de malades selon l'aspect du LCR

Des 7 LCR prélevés 2 sont troubles et les 5 autres sont clairs

4.6. Répartition selon les modes de transport du LCR

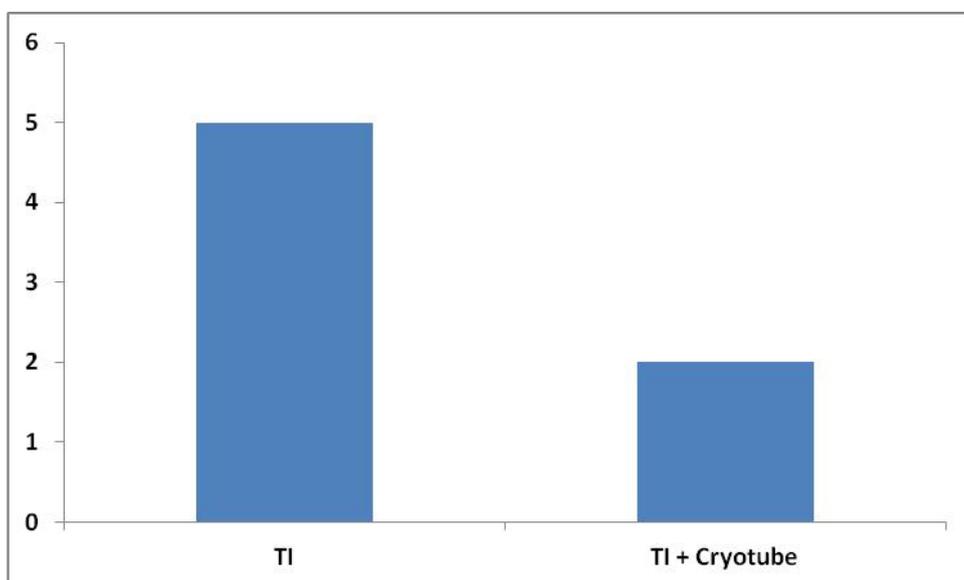


Figure 5: Répartition de malades selon les modes de transport

Pour le transport des prélèvements, 5 sur 7 ont été transportés en utilisant uniquement les TI et pour les 2 autres il y a eu utilisation simultanée des TI et des cryotubes.

4.7. Répartition selon le résultat de laboratoire

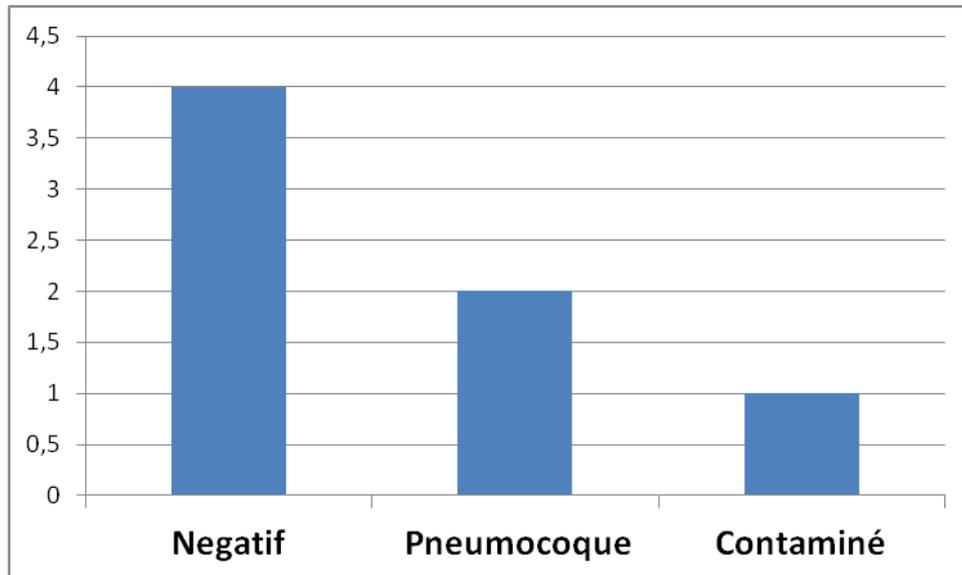


Figure 6: Répartition de malades selon le résultat de laboratoire

Les résultats de laboratoire ont mis en évidence sur 2 pneumocoques. 1 prélèvement est contaminé et les 4 sont négatifs.

4.8. Comparaison de l'évolution des cas de méningite dans les trois délégations sanitaires

Sur les sept prélèvements, deux sont positifs, un contaminé et quatre négatifs. Tous les deux cas positifs proviennent de la délégation régionale sanitaire du Mayo-Kebbi Est. Le contaminé vient du Chari-Baguirmi et les négatifs proviennent tous de N'Djaména.

5. Analyse et commentaire

Les patients enrôlés dans cette surveillance appartiennent à toutes les tranches d'âge. La majorité est issue de la tranche d'âge de la vaccination MenAfrivac faite dans ces délégations en décembre 2011. Contrairement à l'année 2012 où les prélèvements sont acheminés à l'HGRN dans les TI, cryotubes et tubes secs, cette année ils sont conditionnés seulement dans les TI et cryotubes.

Il faut noter dans cette surveillance les Nmx identifiés l'année dernière ne sont plus. La souche rencontrée cette année est le pneumocoque. Tous les cas positifs sont du Mayo-Kebbi/Est. Malheureusement tous les statuts de nos patients ne sont pas connus si bien qu'il est impossible de faire le lien entre ces patients et la notion de prise de vaccin MenAfrivac.

6. Conclusion

D'une façon générale, la surveillance cas par cas de l'année 2013 s'est bien achevée. Les souches fréquemment détectées dans les LCR ne sont pas cette fois-ci rencontrées d'où la nécessité d'une nouvelle réflexion

7. Recommandations

Etendre la surveillance cas par cas à d'autres régions du Tchad.

II.2.2. L'Etude sur l'estimation des coûts de surveillance de la méningite au Tchad et au Niger

1. Introduction

La méningite bactérienne est une inflammation du cerveau et des tissus de la moelle épinière. La méningite à méningocoque de groupe A représente environ 85% de tous les cas de méningite dans les 23 pays qui forment la ceinture africaine (sub-saharienne) dite de la méningite. Environ 430 millions de personnes sont concernées par les risques de cette maladie dans cette zone. Durant les 25 dernières années, les épidémies de méningite à méningocoque ont été contrôlées en utilisant un vaccin polysaccharide, qui fut tout d'abord fourni après le début de l'épidémie. Cependant, la durée de protection du vaccin n'est que de 3 ans environ, ce qui n'en fait pas un outil approprié de contrôle et d'élimination de la maladie.

MenAfriVac® est un nouveau vaccin combiné contre le méningocoque de séro groupe A qui a été mis en place dans la ceinture de la méningite. Avec l'aide de GAVI Alliance, le vaccin est actuellement présent dans tous les pays de la ceinture. La stratégie est de cibler la tranche de population de 1 à 29 ans grâce à des campagnes massives pour pouvoir être ensuite introduite dans les programmes habituels de vaccination pour les enfants.

Concernant la protection à long terme, MenAfriVac® réduit aussi le taux de contagion dans les populations vaccinées, permettant ce qu'on appelle l'immunité de groupe. Ceci peut entraîner l'émergence de nouvelles caractéristiques épidémiologiques et pathogènes, tels que de nouveaux sérogroupes de méningocoque qui pourraient alors devenir les causes principales de la méningite. Ce qui veut dire que l'implantation d'un vaccin doit être coordonnée avec une surveillance précise et efficace dans le but de suivre les évolutions possibles ainsi que l'impact d'un nouveau vaccin sur la maladie.

L'objectif de cette étude est d'estimer le coût total et le surcoût des différentes stratégies de surveillance de la méningite dans la ceinture Africaine. Ces informations seront utilisées lors de la prise de décision pour mettre en place le système le plus approprié et le plus durable pour un pays en particulier. L'étude fournira le coût total ainsi que les coûts moyens des systèmes de surveillance de la méningite actuellement mis en place au Tchad et au Niger. Ces estimations seront alors utilisées afin de calculer les surcoûts d'une amélioration des systèmes de surveillance au cas par cas et aussi de calculer le coût d'intégration au système de surveillance d'autres maladies. Les estimations du Tchad et du Niger seront utilisées comme modèle.

2. Aperçu sur le projet

Les points suivants justifient l'estimation des coûts de surveillance dans la ceinture africaine de la méningite :

- Les pays ont besoin d'adapter leur système de surveillance pour être capables de saisir les changements épidémiologiques de la méningite bactérienne après l'introduction du MenAfriVac®, de même pour les vaccins combinés contre le Hib et le pneumocoque.
- Les coûts de l'amélioration de la surveillance doivent être connus afin d'être capables d'évaluer l'impact du MenAfriVac® et des vaccins combinés contre le Hib et le pneumocoque.
- Chaque pays et ses partenaires doivent connaître les coûts d'introduction de différents niveaux de surveillance. Ceci permettra de déterminer la faisabilité ainsi que la pérennité des stratégies de surveillance.

Ce sera la première étude permettant d'estimer les coûts de surveillance dans la ceinture africaine de la méningite. Les données seront collectées au Tchad et au Niger. Ces deux pays ont été sélectionnés en partie parce qu'ils ont mis en place un système de surveillance amélioré, des postes de surveillance de cas concrets et une surveillance au cas par cas dans les districts et aussi parce qu'ils ont des liens avec l'AMP (au Niger) et avec la LSHTM (au Tchad)

a. Objectifs : général et spécifiques

Le but de cette étude est d'estimer les coûts totaux et les surcoûts des différentes stratégies de surveillance, afin d'établir le choix du système le plus approprié et le plus viable suivant les caractéristiques d'un pays, venant ensuite compléter le document de référence de l'OMS sur les stratégies de surveillance de la méningite.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont:

1. Faire des estimations directes des coûts actuels d'amélioration de la surveillance des épidémies de méningite au Tchad et au Niger ;
2. Faire des estimations directes des coûts actuels de la surveillance au cas par cas dans les districts du Tchad et du Niger concernés par des épidémies de méningite ;
3. Estimer les coûts actuels d'amélioration des postes de surveillance pédiatrique de la méningite bactérienne au Niger ;
4. Estimer les coûts potentiels des postes de surveillance hospitalière des cas au Tchad et au Niger ;
5. Estimer les surcoûts potentiels de surveillance au cas par cas au niveau des districts au Tchad et au Niger ;
6. Estimer les surcoûts potentiels d'un passage d'une surveillance au cas par cas des districts à une surveillance nationale au cas par cas au Tchad et au Niger ;
7. Estimer les surcoûts potentiels de l'intégration du système de surveillance nationale des cas de méningite avec le système de surveillance de la polio et de la rougeole au Tchad et au Niger ;

8. D'utiliser les résultats du Tchad et du Niger afin de développer un modèle d'extrapolation des coûts permettant d'anticiper les coûts dans d'autres pays de la ceinture africaine de la méningite.

b. Staff du projet (Equipe de coordination)

- Dr. Daugla Doumagoum Moto, Directeur CSSI
- Mme. Ngozi Erondu (Coordonnateur, Partenaire)
- Mme. Haoua Oumar, Assistant Laborantin
- Dr. Toralta Telngar Jacques, Coordinateur Etude MenAfricar

c. Institutions partenaires pour la mise en œuvre

- London School of Hygiene and Tropical Medicine
- Organisation Mondiale de la Santé

d. Principaux bailleurs

- Fondation de Bill et Melinda Gates

e. Zones d'intervention

Pour l'étude de l'estimation des coûts de la surveillance cas par cas de la méningite 7 districts sanitaires (et 3 Centres de santé par district) ont été retenus dans les différentes régions suivantes :

Région du Mandoul :

- District de Koumra : Centres de santé Koumra Est (urbain), de Bessada, et Kemkada.
- District de Moissala : Centres de santé de Moissala Nord (urbain), Kaba8 et Beboro.
- District de Goundi : Centres de santé de Goundi Nord (urbain), Ngangara et Koumaye.

Région du Logone occidental :

- District de Moundou : Centre de santé du centre ville, Deli et Bethanie.

Région du Mayo-Kebbi Est :

- District de Guelendeng : Centre de santé urbain1, Abba-Limane et Moulkou.
- District de Gounou-Gaya : Centre de santé urbain, Bele et de Gounou-Gang.

Région de Ndjamena :

- District de Ndjamena Nord, Centre de santé Madjorio(urbain) Hillé-houdjadj et Milezie.

f. Durée du projet

Mai 2013 – Février 2014

3. Stratégies ou approches développées pour la mise en œuvre du projet

Cinq questionnaires ont été utilisés pour cette étude:

- Pour les Centres de santé
- Pour les laboratoires
- Pour les points focaux au niveau du district ou régional
- Pour les points focaux au niveau national
- Pour les partenaires dans le pays

4. Activités réalisées

Les premiers contacts pour présenter le projet d'étude ont été faits avec les autorités du Ministère de la Santé Publique : Direction Générale des Activités Sanitaires, Service de Surveillance Epidémiologique Intégrée, ainsi que OMS, MSF-France, Direction de l'Hôpital Général de Référence National.

Du 27 Mai au 1^{er} Juin 2013, une première mission de présentation de l'étude s'était rendue en province pour rencontrer les autorités administratives et médicales. C'était l'occasion de présenter les civilités aux différents Gouverneurs des régions concernées, et de prise de contact et de travail avec les Délégués Sanitaires, les Médecins Chefs de District, les Médecins chefs des hôpitaux, les Chefs d'antenne de la Surveillance Epidémiologique, les Chefs de Zone, les Responsables des laboratoires de district.

Puis ont suivi 3 autres missions de travail dans les districts et les centres de santé avec des collectes de données (inventaire et couts des équipements, salaires du personnel, dotation en moyens roulants, etc. de ces établissements de santé).

Au niveau national, des visites avec des interviews ont été effectués auprès des autorités du Ministère de la Santé Publique ; DGAS-adjoint, Coordinateur du Service de la Surveillance Epidémiologique Intégrée, au Bureau de MSF-France (N'djamena) le Directeur et le Chef du Bureau technique du HGRN.

Au total 46 entretiens ont eu lieu avec les personnes qui sont impliquées dans la surveillance cas par cas de la méningite.

5. Difficultés

Pour les collectes de données, certaines informations ne sont pas disponibles par absence d'archives dans les Centres de santé et certains districts sanitaires.

6. Perspectives

Les données actuelles sont rassemblées et seront analysées à Londres. Une grande réunion de restitution des résultats de cette étude est prévue pour février ou mars 2014 et va rassembler les participants venant des provinces et de N'Djaména qui ont été sollicités pour cette étude ainsi que certains officiels.

Cette réunion serait l'occasion d'échanger au sujet de cette recherche.

II.2.3. Le Projet Eradication de la rage canine dans la ville de N'Djamena

Introduction

Au Tchad, la rage sévit de façon endémique, occasionnant chaque année la mort de nombreuses personnes et animaux, suite à des morsures de chiens enragés. Ces pertes de vies humaines et animales peuvent être évitées si des mesures appropriées sont appliquées constamment. Il s'agit de la vaccination régulière des animaux de compagnie et des soins immédiats adaptés aux victimes de morsures. C'est dans ce contexte que le MSP, le MDPPA, le CSSI, le SWISS-TPH, IRED, mènent depuis l'année 2000 des recherches et actions pour l'éradication de la rage à N'Djamena. En 2013, le projet rage à mener plusieurs actions.

Surveillance de la rage canine

Après la fin de la campagne contre la rage en 2012, une forte baisse des cas de rage rapportés au Laboratoire a pu être constatée.

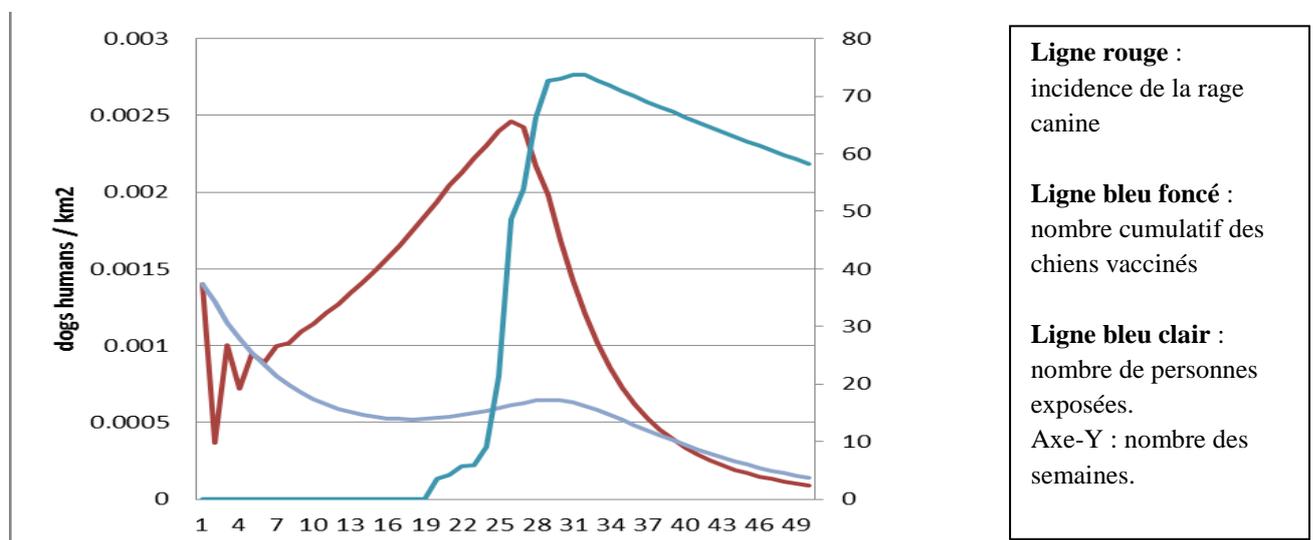


Figure1: Effet de la vaccination canine contre la rage sur l'incidence de la rage chez les chiens et l'exposition de la population humaine dans Ndjamena.

Les derniers deux cas de rage canine étaient analysés en Juillet et Novembre 2013. Le cas positif enregistré le 12.11 2013 était de Walia. Le chien n'était pas vacciné par notre campagne 2012. Il se peut que le virus soit introduit de nouveau dans la périphérie par le contact entre des chiens du 9^{ème} arrondissement et ceux de Koundoul. Les analyses ADN qui vont être menées sur tous les échantillons cette année 2014 à Paris vont montrer le voisinage des souches pour faire des recherches sur la provenance du virus. Entretemps il est prévu de couvrir Koundoul et d'autre village autour de N'Djaména avec les 4000 vaccins restant de la campagne.

Nous avons par ailleurs mis en relation la consommation des vaccins post ex positionnel de la centrale pharmaceutique d'achat (CPA) et la campagne de vaccination antirabique organisée en 2012 et 2013 dans la ville de N'Djamena. Le résultat de cette démarche est révélateur d'une baisse sensible de la demande du vaccin dans la ville de N'djamena.

	2010	2011	2012	2013
Javier	6	1549	1720	205
Février	800	91	975	705
Mars	4054	935	12	580
Avril	76	2473	2289	170
Mai	3	3410	1946	430
Juin	50	1236	560	1110
Juillet	578	260	5100	100
Août	568	3270	2200	760
Septembre	97	0	887	180
Octobre	150	380	466	1065
Novembre	611	942	300	155
Décembre	1206	906	1115	
	8199	15452	17550	5430

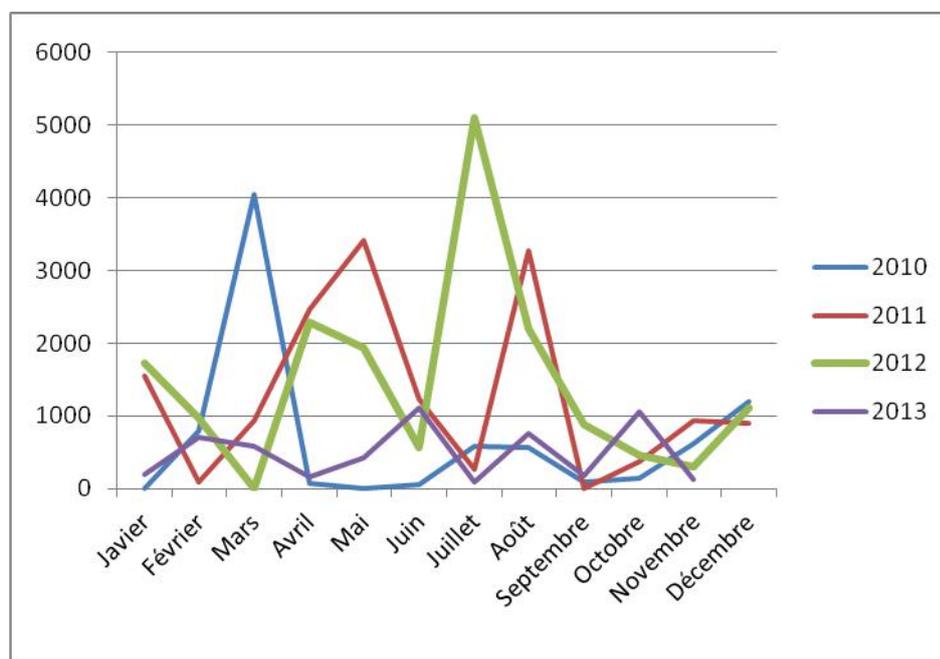


Figure 2 : Incidence de la vaccination antirabique gratuite en 2012 et 2013 sur la demande de vaccin post expositionnel

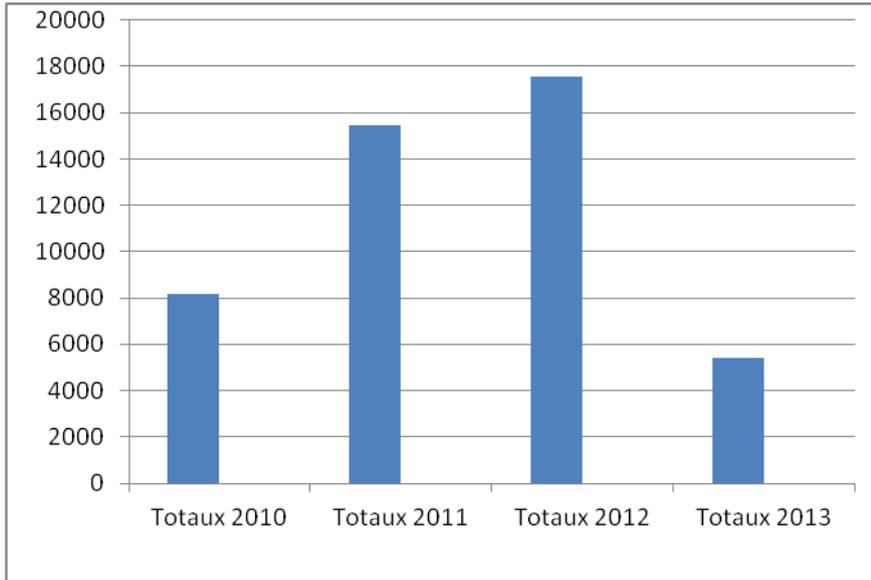


Figure3 : Demandes annuelles de vaccin antirabique de 2010-2013

On observe une forte baisse de la demande en 2013 et cette baisse doit normalement se poursuivre en 2014.

Toujours dans le cadre de la surveillance de la rage canine, près de 4693 fiches de morsures de chiens et autres animaux de compagnie sont collectées en 2013 auprès des hôpitaux, des centres de santé, des pharmacies et autres structures de santé.

Ces fiches vont être analysées très prochainement, les résultats de ces analyses aideront sans nul doute à la surveillance post vaccinale.

Etude sérologique canine :

La collecte des données sur la réponse immunitaire des chiens après la vaccination contre la rage a continué cette année. Pour cette étude, il est prévu de suivre un certain nombre de chiens choisis pendant la campagne de vaccination 2012 en leur prélevant le sang à J0, J30, M6, M12 et M13, après administration d'un rappel à M12. Le sérum va être analysé afin de montrer la bonne réponse des chiens de N'Djaména au vaccin Rabisin. Cette bonne réponse au vaccin, ensemble avec le taux de couverture atteint et la baisse de l'incidence rapportée, sont donc des éléments concrets qui expliquent l'efficacité de notre intervention.

La méthode de détection des anticorps contre la rage n'est pas encore établie à l'**Unité de Diagnostic de la Rage** (Laboratoire de Farcha). Cette étude constitue la thèse de master de Fatima Abdelrazakh, y compris sa formation à Nancy sur le test ELISA. Le but est de pouvoir introduire cette méthode au laboratoire de Farcha.

104 premiers échantillons sont envoyés et testés à Nancy en Mars 2013. Les résultats de ce test montrent que même avant la vaccination 10% des chiens avaient un taux d'anticorps supérieur à 0.5 unité internationale (i.u), ce qui est reconnu d'être protégeant contre la rage.

Un mois après la vaccination tous les chiens ont montré une réponse positive au vaccin, sauf un.

Pendant la période de Mai à Juillet 2013 et d'octobre 2013 à Janvier 2014 les échantillons 3, 4 et 5 étaient collectés. Mais d'un prélèvement à l'autre nous avons perdu des chiens pour diverses raisons notamment celles liées surtout à la haute mortalité dans la population canine de la ville. Des 104 individus initialement prélevés, seulement environ 40 ont pu être suivis jusqu'au mois 13.

Les sérums du mois 6, 12 et 13 seront analysés par Fatima à Nancy en été 2014. Elle suit présentement ses cours de master à Dakar.

Education :

Deux réunions, tenues le 29 Aout et le 6 Septembre 2013 en présence des représentants du projet, de CSSI et des Responsables du centre de Curricula ont permis de renouvelé le contact. Le Directeur du Curricula National salue l'initiative au sujet d'introduction du thème de la rage dans le programme scolaire primaire. Cependant il nous conseille de ne pas seulement adapter le guide Philippin traduit en Français, mais d'élaborer un guide sur la prévention de la rage qui va être distribué aux écoles et pourra aussi être lu par les parents et d'autres personnes. Le guide sur comment éviter les accidents routiers, sur l'animation à l'hygiène et à l'assainissement et sur la prévention du VIH sida servirons d'exemple. Nous poursuivons la réflexion et dès que le document sera écrit nous prendrons encore contact avec le bureau du curricula national pour discuter éventuelle condition de collaboration.

Renforcement de la Surveillance:

Du 21 au 25 janvier 2013 une mission du projet rage s'est rendu à Moundou, Doba et Sarh. Le but de la mission est le Suivi de la formation sur la rage organisée du 14 au 16 novembre 2012. La mission a constaté par ailleurs l'état de fonctionnement des postes vétérinaires en vue d'envisager une installation des mini laboratoires de diagnostic de la rage.

La mission a recueilli plusieurs témoignages sur les cas de rage. La rage existe donc partout dans les provinces, mais aucune surveillance n'est actuellement assurée ni du côté des autorités sanitaires ni du côté des vétérinaires. Avec la formation des représentants des postes vétérinaires en matière de diagnostic de la rage en novembre 2012 à N'Djaména, ces villes disposent désormais de personnel pouvant effectuer le diagnostic de la rage et les chefs de postes vétérinaires que nous avons rencontrés sont tous très motivés pour participer à la lutte contre la rage au Tchad. Cependant il leur manque des moyens, l'infrastructure et les matériels pour commencer le travail. D'après ce constat, nous croyons que les autres postes vétérinaires dans le pays sont également mal équipés.

Nous avons donné des recommandations à nos partenaires de l'IREC, d'organiser différentes missions dans les autres délégations afin d'avoir une vue d'ensemble sur comment les différents postes vétérinaires sont équipés à travers le pays. Ces informations recueillies permettront d'orienter la décision de renforcer les délégations selon leurs besoins.

Récapitulatif des capacités diagnostiques des postes visités

Poste	Personnel	Bâtiment	Electricité	Microscope	Réfrigérateur
Moundou	Formé et bien motivé	A aménager	Pas constant	oui	oui
Sarh	Formé et bien motivé	A construire	Pas alimenté	non	Oui, mais petit
Doba	Formé et bien motivé	A réfectionner	Pas constant	non	non

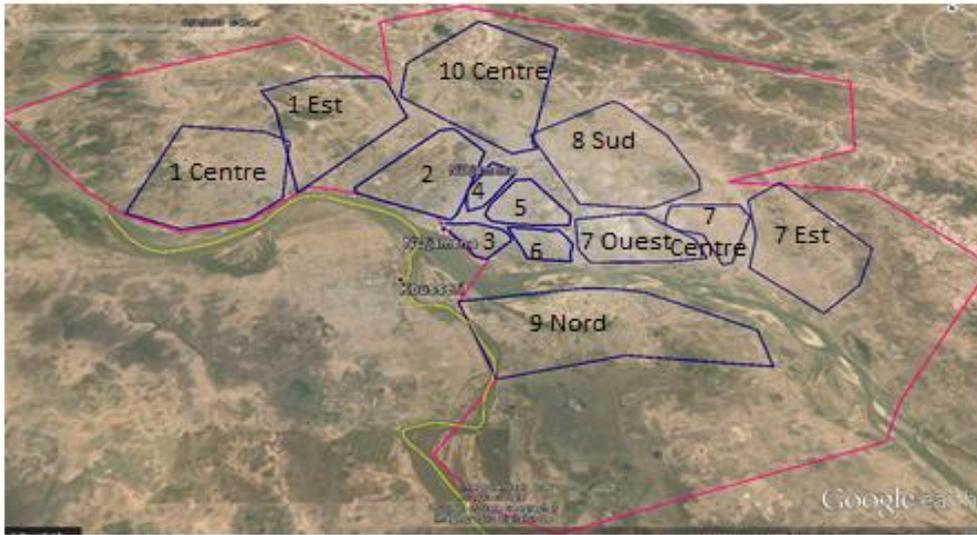
Célébration de la journée mondiale de lutte contre la rage

Le CSSI, le SWISS-TPH et IRED ont célébré le 1^{er} octobre la Journée Mondiale de Lutte Contre la Rage. Les activités qui ont marquées cette journée sont :

- la restitution des résultats de la campagne 2012
- Le lancement de la campagne 2013
- Une projection de film sur la morsure de chien, les manifestations de la rage et ses conséquences.
- Une caravane d'information et de sensibilisation sur la maladie de la rage est organisée à travers la ville de N'Djamena.

Campagne de vaccination antirabique 2013

D'octobre à Décembre 2013, une campagne de vaccination antirabique est organisée dans les 10 arrondissements (voir Photo ci-dessous) de N'Djamena, mais aussi dans des villages périphériques comme Gaoui, Kabé...



Zone totale couverte = 473 km2 !!!

Cette campagne a permis de vacciner 22.306 chiens, 3601 chats et 130 singes. Ce qui donne un total de 25705 animaux vaccinés pour cette campagne 2013, en 13 semaines. C'est ce que montrent ces résultats globaux par arrondissement dans le tableau ci-dessous :

Animaux vaccinés par arrondissement

Arrondissement	Chiens vaccinés	Chats vaccinés	Singes vaccinés	Total animaux vaccinés
1	1500	410	12	1922
2	123	166	1	290
3	468	139	10	617
4	67	265	0	332
5	330	206	0	536
6	1044	154	15	1212
7	12874	1240	60	14165
8	774	249	8	945
9	4828	560	22	5215
10	298	212	2	471
Total Ndjamena	22306	3601	130	25705

Ces résultats de la campagne 2013 comparée à celle menée 2012, font dire que nous avons vacciné 23% de plus qu'en 2012. On peut observer cet écart même dans les arrondissements qui pour des raisons socioculturelles ont une très faible densité de population canine (voir tableau ci-dessous).

Résultats par arrondissement

Arrondissement	Chiens vaccinés en 2013	Chiens vaccinés en 2012	Comparaison
1	1500	951	+ 58%
2	123	64	+ 92%
3	468	376	+ 24%
4	67	24	+ 179%
5	330	311	+ 6%
6	1044	919	+ 14%
7	12874	10628	+ 21%
8	774	437	+ 77%
9	4828	4315	+ 12%
10	298	157	+ 90%
Total Ndjaména	22306	18182	+ 23%

Les enquêtes ménages et le transect ont permis de déterminer par des calculs mathématiques le taux de chiens avec propriétaire, le taux de chiens errants pour ensuite déterminer la couverture vaccinale totale qui de 71% pour la campagne 2013.

Arrondissement	Nombre de chiens avec propriétaire	Nombre total de chiens	Taux de chiens errants	Couverture vaccinale totale
1	1650	1934	15%	72%
2	236	240	1%	51%
3	652	822	21%	57%
4	91	169	46%	40%
5	533	592	10%	56%
6	1357	1479	8%	71%
7	15274	17297	12%	73%
8	989	1404	30%	52%
9	5017	5669	12%	78%
10	349	485	28%	41%

Ndjamena totale (hors zones périphériques)	26148	30090	13%	71%
--	-------	-------	-----	-----

Cette campagne 2013, avec un taux couverture vaccinale de 71% est une réussite, puisque ce taux est au dessus des 70% fixé comme objectif à atteindre.

Conclusion

Le Gouvernement du Tchad et ses Partenaires sont confrontés de façon récurrente à plusieurs défis, notamment ceux concernant la santé de la population. Les différentes recherches dans le cas de la rage à N'Djamena, mais surtout la campagne de vaccination antirabique qui a fait reculer la rage dans la ville de N'Djamena constitue un grand pas dans la résolution des problèmes de santé publique.

Nous suggérons que les acquis obtenus dans les différents aspects de l'Etude du projet rage servent de modèles dans les prochaines collaborations. Le CSSI, le SWISS-TPH et IRED doivent faire en sorte de préserver ces acquis par un renforcement de la surveillance post vaccinale au grand bénéfice de la population.

II. 3. Projets humanitaires

II.3.1. Assistance médicale, nutritionnelle et psychologique des réfugiés Soudanais à l'Est du Tchad

1. Introduction

Le conflit du Darfour est considéré comme l'une des pires catastrophes humanitaires du 21^{ème} siècle. Débuté en février 2003 à l'Ouest du Soudan, ce conflit a fait plusieurs centaines de milliers de morts et des millions de personnes déplacées.

C'est suite aux violents combats des troupes armées, des insurrections répétées et aux exactions et actes de banditisme perpétrés au sein des populations par les différentes factions de guerre que des centaines de milliers de personnes sont arrivées à l'Est du Tchad. Une zone déjà fragilisée par les conditions climatiques défavorables avec des ressources très limitées. C'est ainsi que le manque d'eau, de nourritures, d'installations de sanitaires, de services de santé et sociaux, d'abris et bien d'autres, a contribué à l'aggravation de la crise. De nombreux cas de maladies telles que la diarrhée, la malnutrition et autres voir même des décès, des cas de viol, de violation de droits enregistrés dans les sites d'accueil, ont suscité l'intérêt du UNHCR et ses partenaires humanitaires à venir s'installer pour aider ces réfugiés soudanais sur le territoire tchadien.

Les 3 camps de l'est du Tchad sont peuplés de réfugiés issues de plusieurs ethnies dont entre autres : Massalites, Dadjo, For, Zakhawa, Tama, Djabal.

Les organisations humanitaires internationales, nationales et gouvernementales sont présentes dans les camps et interviennent dans les différents domaines (santé, nutrition, eau et assainissement, services communautaires, abris...) pour répondre de manière satisfaisante aux besoins essentiels des populations réfugiés. Il s'agit de :

2. Aperçu sur le Projet

a. Objectifs généraux

- Protection en attendant une solution durable

b. Objectifs spécifiques

- Amélioration de l'état de santé de la population
- Accès optimal de la population aux services de santé liés à la santé de la reproduction et au VIH
- Amélioration du bien-être nutritionnel

c. Staff du projet (Equipe de coordination)

- Coordinateur médical terrain
- Coordinateur Nutrition terrain
- Administrateur terrain
- Médecins des camps et de l'hôpital
- Infirmiers Majors

d. Institutions partenaires pour la mise en œuvre

- Ministère de la santé (district sanitaire d'Iriba)

e. Principaux bailleurs

- UNHCR
- PAM
- UNICEF
- UNFPA

f. Zones d'intervention

- Les trois camps des réfugiés d'Iriba (Amnabak, Iridimi et Touloum)
- Hôpital du district d'Iriba.

g. Durée du Projet

- Une année (1 janvier 2013 jusqu'au 31 décembre 2013)

3. Stratégies ou approches développées pour la mise en œuvre du projet

CSSI travaille en étroite collaboration et fait partie intégrante des mécanismes de coordination avec participation régulière au niveau UNHCR et de OCHA pour des réunions à N'Djamena. En outre, CSSI participe activement aux réunions du cluster santé et de cluster nutrition présidées par l'OMS et l'UNICEF. Dans les sites du projet, CSSI travaille en étroite collaboration avec le district sanitaire pour la gestion des camps. CSSI assure la liaison avec l'UNICEF et le PAM pour la prise en charge des enfants dans les programmes CNS et CNA; il continue à coordonner avec les ONG sur le terrain et à travers le système de cluster et réunion (Santé, Nutrition et hygiène-assainissement) et travaille également en collaboration avec le DIS pour les escortes vers les camps.

CSSI travaille avec le ministère de la santé dans la mise en œuvre de ce projet. Un protocole d'accord a été signé entre le ministère de la santé (représenté par le Délégué sanitaire de région et le MCD d'Iriba) sur l'appui à l'hôpital de district d'Iriba. Les visites de supervision du ministère de la santé dans les centres de santé de camp sont également prévues, avec une fréquence semestrielle pour le délégué Sanitaire et trimestrielle pour le MCD.

CSSI participe aux réunions multifonctionnelles d'évaluation des activités au niveau des camps et il reste un membre actif des réunions mensuelles avec les autres membres des équipes multifonctionnelles, représentées par les réfugiés, le HCR, la CNARR et les autres ONG afin d'assurer conjointement la planification, le suivi et l'évaluation des activités.

4. Activités réalisées

Activités de Santé

Chaque camp est doté d'un centre de santé avec un plateau technique correspondant à celui d'un centre de santé étatique. La gestion de cette structure sanitaire est confiée au partenaire de santé CSSI, qui est une ONG nationale ayant les compétences requises dans ce domaine. Les centres de santé fonctionnent sur la base des programmes de soins de santé primaires, offrant un paquet minimum d'activités qui comprend : les soins curatifs, les soins préventifs, la santé de reproduction, la promotion de la santé, la nutrition et la promotion de l'hygiène.

Cette structure est dotée d'un personnel qualifié qui prend en charge directement tous les problèmes de santé des populations réfugiées desservies par le centre de santé dont il relève. Les centres de santé des camps font également partie du système de santé à la base (au niveau du district sanitaire), car ils assurent la référence des cas de morbidités dont la prise en charge dépasse leur capacité. Ces références se font en général vers les hôpitaux de district du département dans lequel se trouve le camp.

Activités de nutrition

Les activités nutritionnelles sont intégrées aux interventions sanitaires ; elles sont donc confiées à ce titre à l'ONG partenaire qui s'occupe de la santé. C'est ainsi qu'on trouve au niveau de chaque camp un programme de nutrition piloté par le partenaire de santé. Ces programmes de nutrition fonctionnent sur la base du model CMAM. Ils possèdent tous les volets d'un programme type, à savoir : le volet mobilisation communautaire, le CNS, le CNA, le CNT et une supplémentation en VitA et le déparasitage des enfants de 6 à 59 mois.

Ces programmes assurent donc la prise en charge de la malnutrition aigue modérée et sévère sans complications médicales à travers des CNS et des CNA, et celle de la malnutrition aigue sévère avec complication médicale dans les CNT localisés au niveau des services de pédiatrie des hôpitaux départementaux.

Enfin le VIH, dont la prévalence n'est pas connue au sein de la population, mérite une attention, de même que la faiblesse des services liés à la santé de la reproduction.

4.1. Amélioration de l'état de santé de la population

- Accès aux programmes de lutte contre les maladies non transmissibles
- Fourniture de services de laboratoire conformément aux procédures opérationnelles standard du pays
- Mise en place de mécanismes d'aiguillage
- Accès ou appui à l'accès aux services de soins de santé primaires
- Création de capacités
- Fourniture de services de soins de santé préventifs et communautaires
- Accès aux programmes de lutte contre les maladies transmissibles
- Accès aux programmes de lutte contre les maladies transmissibles
- Mise en place d'un système d'informations sur la santé

4.2. Accès optimal de la population aux services de santé liés à la santé de la reproduction et au VIH

- Fourniture de services de prévention en matière de santé reproductive et de VIH
- Fourniture de services de conseil et test volontaires (CTV)
- Fourniture de soins et de traitement aux personnes prises en charge vivant avec le VIH et le sida
- Gestion clinique du viol
- Fourniture de services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)

- Création de capacités
- Mise en place de mécanismes d'aiguillage
- Fourniture de services complets liés à la maternité sans risque

4.3. Amélioration du bien-être nutritionnel

- Mise en place d'un système de surveillance nutritionnelle
- Mise en place et suivi de programmes d'alimentation complémentaire
- Mise en place et suivi de la gestion communautaire des programmes liés à la malnutrition aigüe

5. Goulots d'étranglement (Difficultés)

- Le retard mis dans la signature de l'accord de partenariat avec le district sanitaire a freiné l'exécution des activités à l'hôpital ;
- Le retard d'approvisionnement en médicaments cause de fois une rupture de stock des produits aux camps comme à la pharmacie centrale de la base.

6. Leçons apprises

- Réticence de la part des autorités administratives et sanitaires lors de notre installation au début des activités du projet à Iriba.
- Démotivation des agents de santé communautaire sur la diminution des primes ayant occasionné un départ de certains staffs réfugiés.

7. Conclusion

Le début des activités était difficile et surtout remplacer une ONG avec beaucoup des ressources financières. Mais avec les dix mois que nous venons de parcourir, donne un changement dans la mentalité des bénéficiaires et autorités administratives et sanitaires sur la qualité de notre travail.

Annexe : Principaux indicateurs de suivi dans les camps de l'Est

Indicateurs 2013	Amnaback	Iridimi	Touloum	Normes
Population totale	23904	21532	28507	
Morbidité				
IRA (%)	25	31,9	34,4	
Palu (%)	7,9	3,8	11,3	
Parasitoses Intest (%)	5,7	6,6	6,1	
Diarrhée (%)	4,7	7,9	8,2	
Maladies peau (%)	3,9	9,7	7,4	
Mortalité				
TMB (/1.000)	0,15	0,05	0,12	<1.5/1000/M
TMM5 (/1.000)	0,13	0,18	0,29	<3/1000/M
TMI (/1.000 nv)	5,49	9,29	16,51	<60/1000/M
TMN (/1.000)				<40/1000/M
TMM (/100.000)	0	1	0	
TCV Rougeole (%)	76	95,8	88,5	95%
Nutrition				
MAG (%)	18,8	13,7	10,9	<10%
MAS (%)	2,6	1,8	1,5	<2%
Tx Anemie chez moins 5ans				<40%
SSR-HIV				
CPN (%)	87	98	94	100%
CPON (%)	94	99	100	100%
% Acc Institut	99	99	100	100%
% césarienne	1	0	1	5-15%
Prévalence contrac (%)	18	4,5	17	
Tx distribution Condoms	0,1	0,1	0,1	0.5/P/M
TB Nat. (/1.000)	2,4	2,2	2,7	
Nb VCT réalisés	232	518	682	
Nb VCT positifs	1	2	2	
Nb PVVIH	12	2	18	
Nb PVVIH sous ARV	12	2	18	
% PTME réalisés	98	94	99	
% PTME +	0	0,3	0,3	
Nb Viols	1	0	0	

II.3.2. Assistance sanitaires aux Réfugiés centrafricains

Projet d'assistance sanitaire aux réfugiés Centrafricains et Réponse d'urgence dans le camp réfugié de Moyo et centre santé de Haraze

1. Introduction

L'instabilité de la situation socio-politique en République Centrafricaine ne permet pas jusque là d'envisager le retour des réfugiés dans leur pays d'origine. Ces réfugiés sont là depuis sept (7) ans car les premières vagues d'arrivée ont commencé en 2003. Les affrontements opposant les forces armées centrafricaines et les forces rebelles insurgées contre le nouveau régime militaire du général François Bozize, ont poussé des milliers de personnes à se réfugier au Tchad.

On compte actuellement plus de 60,000 réfugiés centrafricains installés sur les sites de Moula et Yaroungou (Grande Sido), d'Amboko, Gondjé et Dosseye (Nya Pende) et à Haraze (Salamat).

En santé, le cadre opérationnel est toujours celui des autorités sanitaires et des responsables des structures de santé (hôpitaux et centre de santé). Une particularité s'impose pour les centres de santé non intégrés qui sont directement gérés par le CSSI en étroite collaboration avec les autorités sanitaires. Par contre, pour les centres de santé intégrés, la responsabilité première incombe aux instances étatiques et le CSSI apporte un personnel additionnel pour la bonne marche des activités vu la charge du travail qui ne cadre pas parfois avec les normes de fonctionnement d'un centre de santé tel que défini par le ministère de la santé.

2. Aperçu sur le projet

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

Les personnes relevant de la compétence du HCR sont environ 8,805 réfugiés centrafricains installés dans le Sud du Tchad dans la région de Salamat à Moyo district de Haraze - Manguaigne.

Les réfugiés de Moyo ont été d'abord ceux relocalisés de Daha à Moyo en avril 2011, et ensuite ceux de Koy ont rejoint le lot de Moyo en juin 2012.

En 2013, il y a quelques nouveaux réfugiés qui sont arrivés à Moyo, augmentant alors le nombre total de réfugiés. La réinstallation dans un pays tiers est envisagée en 2012 comme outil de protection et pour une solution durable pour quelques cas spécifiques et éligibles aux critères y afférents.

a. Objectifs

a.1 général :

Améliorer l'état de santé de la population de tous les réfugiés dans et hors le camp par une protection internationale adéquate et une prise en charge sanitaire, nutritionnelle et psychosociale.

a.2 Objectifs spécifiques

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

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

b. Staff du projet (Equipe de coordination)

N°	Nom et Prénoms	Fonction
1	Dr DOUNAMOU Nema	Médecin
2	Manguenang Etienne	Administrateur de terrain
3	Mbaïbel Mbaïouala	Nutritionniste
4	Gningmon Bouphang Pirsou	Superviseur CDS
5	Atteïb Assane Byo	Assistant logistique

En plus de l'équipe de coordination, il y a les autres personnels qui travaillent au camp ce sont :

- 4 Agents Techniques de la Santé (ATS) consultants
- 1 Sage femme
- 1 Point focal VIH/SIDA
- 1 Assistant nutrition
- 1 Responsable PEV
- 1 Responsable Pharmacie et dépôt
- 1 Assistante Psychosociale et SGBV
- 3 Aides soignants
- 3 chauffeurs
- 3 gardiens
- 24 Agents réfugiés tous les services confondus

Personnels appuyant le centre de santé de Haraze : 1 IDE, 1 Sage femme, 1 Aide soignant

c. Institutions partenaires pour la mise en œuvre

Dans le camp de Moyo, en partenariat avec les Agences des Nations Unies dont HCR, et le PAM, et le Ministère de la santé, l'aide humanitaire est offerte de la manière suivante :

- Santé, Nutrition, VIH-SIDA et la prise en charge psychosociale des victimes des violences : CSSI
- Eau, Hygiène et Assainissement, Abris et infrastructure: CARE
- Aide alimentaire : PAM
- Education primaire et maternelle : ACRA
- La Coordination des activités humanitaires : UNHCR
- Orientation juridique : APLFT
- Enregistrement et administration du camp : CNAR
- Sécurité : DPHR
- Protection : UNHCR
- L'UNICEF appuie les Centres Nutritionnels Ambulatoires et les CNT en PlumPyNut, lait thérapeutique (F75 et F100)

d. Principaux bailleurs

Il y a 3 bailleurs pour le projet, il s'agit :

- L'UNHCR
- Le PAM
- Le CSSI

e. Zone d'intervention

Dans le domaine Santé, Nutrition, VIH-SIDA et la prise en charge psychosociale des victimes des violences, le CSSI a mis en œuvre un projet dans le camp de Daha et Koy en 2009 puis Moyo depuis Avril 2011 et nous intervenons au centre de santé de Haraze.

f. Durée du projet

Ce projet est prévu pour une durée de 12 mois. Il prendra fin en décembre 2013.

3. Stratégies ou approches développées pour la mise en œuvre du projet

Pour réussir ce projet, le CSSI a utilisé plusieurs stratégies dont les principales sont :

- Au niveau du camp et du centre de santé, plusieurs réunions sont organisées pour échanger sur les avancées, les échecs et les difficultés liées à la mise en œuvre des activités ;
- La périodicité des rapports est hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle selon le délai d'exécution des activités ;
- Des réunions de coordination sont également organisées au camp de réfugié avec les réfugiés chaque fin du mois pour évaluer l'exécution des activités pour les mois suivant ;
- Des réunions de coordination sont également organisées à la base du partenaire de mise en œuvre chaque lundi pour évaluer l'exécution des activités et planifiées d'autres pour la semaine suivante ;
- Tous les lundis, il y a une réunion regroupant tout le personnel pour planifier les activités ;
- Il y a aussi une réunion de coordination réunissant tous les responsables des services chaque vendredi pour l'élaboration du rapport de semaine (Sitrep) et discuter sur les échecs et les gaps liés aux activités ;
- Au niveau du District, le CSSI participe une fois par mois à la planification des activités du bloc opératoire et la nutrition sous la conduite du Chef de zone;
- L'UNHCR et la CNARR convoquent également chaque fin du mois une réunion de coordination organisée au camp de réfugiés avec les réfugiés pour évaluer l'exécution des activités pour les mois suivant. L'objectif est de s'enquérir de la bonne marche des activités et de la sécurité dans les camps.
- Des recyclages participatifs du personnel soignant et réfugié sont organisés chaque mois pour planifier et évaluer les activités.

4. Activités réalisées de janvier à septembre 2013

A la fin de l'année 2012, la population du camp de Moyo, était estimée à 7853 (Source UNHCR décembre 2012).

Dans ce camp, les femmes représentent environ 55,7% de la population.

Tableau 1. Répartition de la population réfugiée par tranche d'âge du camp de Moyo 2013.

Nom de la population bénéficiaire en septembre 2013: Réfugiés centrafricains de Moyo						
Tranche d'Age	Hommes (en chiffre absolus)	(en %)	Femmes (en chiffre absolus)	(en %)	Total (en chiffre absolus)	(en %)
0-4	941	10,7%	946	10,7%	1887	21,4%
5-17	1896	20,4%	1963	21,1%	3659	41,5 %
18-59	1075	12,2%	1890	21,5%	2965	33,7 %
60 et plus	109	1,2%	185	2,1%	294	3,3%
Total:	3921	44,5%	4884	55,5%	8805	100

Source : UNHCR

Activités de santé

• Soins curatifs

Au cours de cette période, nous avons réalisé 19403 consultations dans le camp de Moyo géré par CSSI avec plus de 52 consultations journalières par clinicien et un taux de fréquentation du centre de 2,3 nouvelle visite par réfugié pour les neuf (9) mois, largement supérieur à la norme.

Le taux brut de morbidité observé dans l'exercice des activités sanitaire sous la gestion de CSSI est reparti comme suit.

Tableau 2: cas de principales pathologies au camp de Moyo

Pathologies	Paludisme	IRA	Diarrhées aqueuses	Parasitoses intestinales	Maladies de la peau	Malnutrition aiguë
1 ^{er} Janvier au 30 septembre 2013	30%	26%	4%	4%	4%	3%

Le paludisme reste la pathologie la plus fréquente suivie des infections respiratoires aiguës. Le paludisme à un pic très élevé qui s'explique par le fait que la région d'Haraze se situe légèrement au sud considéré comme zone endémique.

Le service de mise en observation des cas a été organisé dans le camp avec une durée moyenne de séjour de 4,7 jours. Les cas nécessitant une référence, sont référés soit à l'Hôpital de District d'Haraze le plus souvent pour les interventions chirurgicales et obstétricales.

Le processus de diagnostic a été appuyé par le laboratoire opérationnel durant toute la période au Centre de santé.

Les médicaments essentiels ont été disponibles avec des ruptures observées pour certaines molécules en début juin sans rupture de l'offre de soins.

• Vaccination

Les activités vaccinales de routine étaient basées sur le calendrier national de programme élargi de vaccination (PEV). Les résultats du PEV sont repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 .Les indicateurs de PEV de routine du camp des réfugiés de Moyo pour la période Janvier-Septembre 2013.

Indicateurs	Taux en %
Taux de couverture en BCG	54,9
Taux de couverture en VPO	82,3
Taux de couverture en pentavalent	82,3
Taux de couverture en VAR	83,3
Taux d'enfant complètement vacciné	83,3
Taux d'abandon du programme	6,6

Nous observons un taux couverture en BCG très bas qui s'explique par le faible taux des accouchements assistés dans le camp. De plus, les mamans se rendent souvent dans les villages éloignés pour faire des travaux champêtres et la pêche.

Les séances de rattrapage et de sensibilisation de la communauté ont été également organisées pour remédier à cette situation.

Trois campagnes de vaccination de masse contre la poliomyélite ont eu lieu dans le camp de réfugiés durant la période de janvier en septembre 2013. Deux campagnes de supplémentation en vitamine A ont été organisées et couplées avec le déparasitage en mébendazole.

Dans le programme des urgences, une campagne de vaccination contre la rougeole et la poliomyélite a été organisée pour les nouveaux réfugiés dans le camp de Moyo ; ce dépistage s'est fait du porte à porte. Sur 206 enfants de moins de 5 ans vus, 82 enfants ont été vaccinés contre la poliomyélite pour les enfants de 0 à 9 mois et 124 enfants ont été vaccinés contre la rougeole et la poliomyélite soit au total 100% des enfants des nouveaux réfugiés vaccinés.

Le programme élargi de vaccination est mis en place grâce à l'approvisionnement en intrants par le District. Nous n'avons pas de connu de rupture des intrants.

Les données épidémiologiques hebdomadaires ont été analysées et partagées avec la communauté humanitaire, l'UNHCR, l'OMS et le ministère de la santé publique du Tchad.

- **Santé de la reproduction**

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

- **Consultation prénatale**

La couverture en soins prénataux complets est de 97%. Cela que les débutent plus tôt leur CPN. Les consultations prénatales ont été organisées selon le protocole national. Le suivi a inclus la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide pour les femmes qui ont leur CPN. 100% des femmes à la CPN ont reçu la supplémentation en fer/acide folique, 97% de couverture du traitement présomptif intermittent contre le paludisme, 95% de couverture vaccinale d'anatoxine tétanique.

- **Accouchements**

Les soins obstétricaux de base ont été organisés dans le camp et le service était assuré 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Nous avons réalisé 98% des accouchements assistés par du personnel qualifié avec 3 enfants mort-nés pour 1000 naissance et 7% des enfants avec un poids faible à la naissance.

- **Consultation postnatale**

La proportion des femmes ayant reçu trois visites postnatales au cours des six semaines suivant l'accouchement est de 91% avec un taux de couverture postnatale en vitamine A de 98,1%.

○ **Planification familiale**

Le taux d'utilisation de contraceptif dans le camp est de 7%. Cela s'explique par le fait que les mœurs et coutumes ont beaucoup influencé sur l'utilisation de ce service. La plupart des couples ont préféré le contraceptif injectable : depo-provera. Les sensibilisations ciblées aux couples seraient nécessaire pour améliorer les indicateurs.

○ **PTME**

Le service PTME est opérationnel avec un taux de couverture de 127% et est une partie intégrante des activités de la Santé de la Reproduction, les femmes enceintes acceptent avec le consentement éclairé le test de dépistage, leur sérologie et l'application du protocole PTME chez les femmes enceintes séropositives.

Ce taux élevé est dû aux différentes sensibilisations menées dans le camp par les sages femmes, le point focal VIH et les agents de santé communautaire.

Activités de la nutrition

Les activités de la nutrition dans le camp ont été réalisées selon les directives de la politique nationale de nutrition et le protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë au Tchad. Au cours de cette période de reportage, l'approche communautaire de la prise en charge de la malnutrition a été intégrée dans le CDS

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

La prise en charge des femmes enceintes et allaitantes ainsi que la MAS avec complication (CNT) a été effective du 1er janvier au 30 septembre 2013. Au cours de la période, nous avons admis 275 malnutris modérés au CNS.

Les enfants malnutris sévères sans complications médicales sont systématiquement pris en charge dans le programme thérapeutique ambulatoire du camp

Tous les cas sévères du District qui ont développés une complication ont été référés dans le CNT du centre de santé du camp de Moyo.

L'enquête nutritionnelle a été réalisée dans le camp des réfugiés de Moyo depuis 2011 et après cette période aucune enquête nutritionnelle n'a jour à Moyo.

Dans le programme des urgences, un screening nutritionnel a été organisé pour les nouveaux réfugiés, pour estimer approximative de la situation nutritionnelle dans le camp de Moyo, ce dépistage s'est fait du porte à porte. Sur 206 enfants de moins de 5ans ont été dépistés; 167 de ces enfants étaient dans la situation normale ; 34 enfants malnutris sont admis au programme de la prise en charge de la malnutrition aigue modérée (CNS) ; 5 enfants malnutris admis au programme de la prise en charge de la malnutrition aigue sévère sans complications médicales (CNA) et 12 femmes enceintes et allaitants ont été dépistées avec un PB < 210 mm et admises au programme de la prise en charge de la malnutrition aigue modérée dans le CNS.

Par contre, nous avons organisés mensuellement des dépistages nutritionnels ou screening mensuel dans le camp. Les proportions de l'état nutritionnelles ont toujours été dans les normes. Les critères d'admissions dans les programmes étaient essentiellement basés sur le pourcentage de la médiane et la présence des œdèmes nutritionnels.

La mortalité

Le taux de mortalité reste l'indicateur clef de suivi de la situation sanitaire pour déterminer le niveau d'impact des interventions. La récolte des données de décès dans le camp a pris en compte les décès des réfugiés survenus dans le centre de santé. Le nombre de décès varie d'un mois à un autre, mais dans l'ensemble, les taux de mortalité sont : 18 décès à Moyo soit un taux brut de mortalité de 0,2. On note un taux élevé chez les enfants de moins d'un an, Cela est dû au fait que la plupart des décès ayant eu lieu au centre de santé du camp sont des réfugiés des anciens camps et viennent à des phases avancées de la maladie.

Le service de mise en observation

De janvier au 30 septembre 2013, 200 patients ont été hospitalisés au centre de santé du camp de Moyo. Le paludisme était la principale cause d'hospitalisation suivi des infections respiratoires aiguës. Le taux de transfert est très faible soit 25 patients référés ; les patients sont référés pour les causes obstétricales ou chirurgicales, cela s'explique par le manque des ressources humaines et des infrastructures adéquates au district sanitaire de Haraze.

Santé mentale et Activités communautaires

• Santé mentale et SGBV

Le service psychosocial est une unité qui reçoit toute personne identifiée nécessitant un soutien psychologique, suite aux événements vécus en temps de perturbation sociale, et aux agressions physiques, morales et ou abus sexuel. Les cas les plus rencontrés sont les épilepsies.

Dans le programme des urgences, 10 focus groupes de sensibilisations et le changement de comportement ont été organisés pour les nouveaux réfugiés.

Les cas de Violence sexuelle (SGBV) sont très peu déclarés au CDS.

• Activités communautaires

Il est à noter que le comité de santé déjà en place et formé, n'a pas été actif durant l'année malgré des réunions tenues et leur participation à certaines sensibilisations. Ils ont été absents dans le fonctionnement du centre de santé.

Les agents de santé communautaire ont appuyé le projet dans les recherches actives des cas, dépistage nutritionnel, recherche des abandons des différents programmes, sensibilisation communautaires au niveau du centre de santé et dans le camp de réfugiés. Ils ont été formés sur tous les thématiques de la santé au mois de septembre 2013.

Activités non réalisées

On note qu'il y a des activités non encore réalisées. Ces activités sont principalement la formation du personnel soignant en PCIME, la réhabilitation du dépôt pharmaceutique et certaines activités des urgences comme le dépistage nutritionnel à la frontière ; cela est dû surtout l'enclavement de Haraze.

5. Goulots d'étranglement (difficultés)

- Taux de couverture vaccinale pour les enfants complètement vaccinés ;
- Taux d'utilisation de la planification familiale ;

- Compétence des agents de santé communautaire sur les thèmes à débattre ;
- Manque de le kit « Prophylaxie Post Exposition » (PEP) ;
- Approvisionnement en médicaments (toutes molécules) par UNHCR ;
- Volet sensibilisation de la communauté sur les problèmes de santé promotionnelle ;
- Absence du MCD durant les six derniers mois dans la zone raison de formation ;
- Insuffisance du plateau technique médical ;
- Insuffisance de matériels chirurgicaux et obstétricaux au centre de santé du camp comme au District sanitaire ;
- Manque d'électricité au dépôt pharmaceutique de Haraze ;
- Insuffisance en personnel soignant au début de l'année, a un impact immédiat sur des activités ;
- Tous les réfugiés des anciens camps (Daha, Betimera, Massambagne et Koy) viennent se faire soigné car ils ne sont pas pris en compte dans l'approvisionnement des médicaments ;
- Enclavement de la zone de Haraze a un impact négatif sur la réalisation des activités ;
- Non disponibilité du matériel et des matériaux de construction sur place pendant la période d'enclavement à empêché la réalisation de la réhabilitation du dépôt pharmaceutique.

6. Leçons apprises

- Existence du personnel qualifié et disponible ;
- L'engagement des autorités administratives, coutumières et religieuses sont des opportunités pour une bonne marche des activités ;
- Disponibilité des antigènes et vaccins ;
- L'engagement des autres partenaires sont des opportunités encourageantes ;
- La disponibilité d'une source d'électricité du centre de santé à un impact positif sur la réalisation des activités (surtout les gardes et pour les examens de laboratoires) ;
- Un taux de promptitude de 100% pour les rapports hebdomadaires (Ewars) et mensuels (HIS) et un de complétude de 100% des rapports hebdomadaires (Ewars) et mensuels (HIS) ;
- Il est à noté que la plupart des besoins proposés ont été pris en compte et cela a eu un impact positif sur la réalisation des activités.

7. Conclusion

Le centre de santé du camp Moyo est dirigé par un personnel qualifié, un médecin terrain qui appuie à la fois le centre de santé et le centre de santé du District avec l'ensemble du personnel chargé de la prise en charge des patients. Des efforts du personnel sont appréciables sur la participation pour la prise en charge des patients mais méritent également un renforcement des capacités au niveau du service communautaire afin d'améliorer les résultats des dites activités.

Un plaidoyer doit être fait auprès des autorités pour l'affectation ou la stabilisation du Médecin Chef de District de Haraze.

Annexe : Principaux indicateurs de suivi dans les camps du Sud

Indicateurs 2013	Amboko	Belom	Dosseye	Gondjé	Moyo	Normes
Population totale	10472	23360	12334	11143	8778	
Morbidité						
IRA (%)	27,6	27,5	26	25,9	26,7	
Palu (%)	27,4	28,7	28,5	23	30,2	
Parasitoses Intest (%)	8,7	4,6	9,4	10,1	3,7	
Diarrhée (%)	4,3	6,9	3,9	6,2	3,8	
Maladies peau (%)	5,1	2,6	4,4	5,2	4,4	
Mortalité						
TMB (/1.000)	0,3	0,23	0,42	0,09	0,24	<1.5/1000/M
TMM5 (/1.000)	1,13	0,71	1,77	0,42	0,89	<3/1000/M
TMI (/1.000 nv)	20,98	21	31,85	24,54	43,06	<60/1000/M
TMN (/1.000)						<40/1000/M
TMM (/100.000)	0	0	0	0	1	
TCV Rougeole (%)	83,4	98	96,9	80,8	83,1	95%
Nutrition						
MAG (%)	4,3	3	12,4	2,5	8,4	<10%
MAS (%)	0,4	0	1,5	0,2	1,5	<2%
Tx Anemie chez moins 5ans						<40%
SSR-HIV						
CPN (%)	99	89	99	99	89,8	100%
CPON (%)	80	97	75	76	85,6	100%
% Acc Institut	86	92	80	81	98	100%
% césarienne	0	1	0	0,9	7,6	5-15%
Prévalence contrac (%)	9,2	39,5	22,3	8,8	7,2	
Tx distribution Condoms	0,05	0,08	0,09	0,02	3,1	0.5/P/M
TB Nat. (/1.000)	1,3	2,6	1,7	1,5	2,7	
Nb VCT réalisés	479	1376	540	363	483	
Nb VCT positifs	12	39	9	6	35	
Nb PVVIH	98	150	33	32	33	
Nb PVVIH sous ARV	76	122	23	18	15	
% PTME réalisés	99	100	94	100	95,8	
% PTME +	2,5	1	1	1	3	
Nb Viols	4	3	10	2	0	

II. 3.2. Assistance médicale aux Réfugiés urbains de N'Djamena

1. Introduction

Depuis janvier 2010, le CSSI prend en charge les réfugiés de la ville de N'Djaména. Ces réfugiés sont composés de plusieurs nationalités. Certains résidaient à N'Djaména depuis plusieurs années sans prise en charge et sans revenus. Ce présent projet d'assistance à ces réfugiés fait l'objet d'un sous accord entre l'UNHCR et le CSSI en vue de leur apporter une assistance sociale et médicale.

2. Aperçu sur le projet

a. Objectifs : généraux et spécifiques

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

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

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

b. Staff du projet (Equipe de coordination)

Le staff du projet est composé essentiellement de:

- Un Economiste chargé de la mise en œuvre du projet
- Une Assistante Sociale
- Un chauffeur-ambulancier.

c. Institutions partenaires pour la mise en œuvre

- UNHCR (Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés),
- CNARR (Commission Nationale d'Accueil et de Réinsertion des Réfugiés et des Rapatriés),
- Hôpital NDA (Notre Dame des Apôtres),
- ARUT (Association des Réfugiés Urbains du Tchad) à travers les Comités Central des réfugiés, des Femmes et des Jeunes.

- Avocats pour les Vulnérables
- APLFT (Association pour la Promotion des Libertés Fondamentales au Tchad),
- AMASOT (Association pour le Marketing Social au Tchad),
- ASTBEF (Association Tchadienne pour le Bien être Familial)
- AFJT (Association des Femmes Juristes du Tchad)
- Ministère de l'Action Sociale de la Solidarité Nationale et de la Famille.
- HGRN (Hôpital Général de Référence Nationale)
- Centre Universitaire Le Bon Samaritain de Walia
- Centre de Retraite et de Formation de Sabangali
- Hôtel LOTAKOH

d. Principaux bailleurs

UNHCR (Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés)

e. Zones d'intervention

La commune urbaine de N'Djamena.

f. Durée du projet

Douze mois renouvelable, c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013, soit un (1) an.

3. Stratégies ou approches développées pour la mise en œuvre du projet

- Plaidoyer auprès de différents partenaires afin que les réfugiés bénéficiaires de leurs services soient traités au même titre que les nationaux
- Convention de prise en charge pour les réfugiés avec certains partenaires
- Visite aux domiciles de certains réfugiés pour évaluer leur vulnérabilité et parler en leur faveur avec leurs bailleurs.
- Etc.

4. Activités réalisées du 1^{er} janvier au 30 septembre 2013

4.1. Mise en place du Comité Central des réfugiés (Février)

4.2. Organisation des Journées Commémoratives telles que :

4.2.a. La Journée Internationale de la Femme (JIF, 8 mars): Une trentaine de femmes réfugiées ont participé activement au défilé de la Place de la Nation devant la 1^{ere} Dame de la République.

4.2.b. La Journée de l'Enfant Africain (JEA, 16 juin) : Une quarantaine d'enfants réfugiés ont participé aux activités commémorant cette journée qui a été organisée conjointement avec tous les acteurs qui œuvrent pour la protection de l'Enfance au Tchad à savoir la Direction de l'Enfance, Le Ministère de l'Action Sociale de la Solidarité Nationale et de la Famille (MASSNF), l'UNICEF, COOPI, la CNJP (Commission Nationale Justice et Paix) et les Associations et Centres d'Accueil, d'Hébergement, de Protection et de Réinsertion des Enfants Vulnérables.

4.2.c. La Journée Mondiale des réfugiés (JMR, 20 juin)

4.2.d. La mise en place du Comité des Femmes Réfugiées

4.2.e. L'inscription de 13 réfugiés aux formations professionnelles

4.2.f. Plus de cent cinquante (+150) réfugiés et demandeurs d'asile (femmes et hommes, adultes et enfants) ont reçu une assistance médicale durant la période couverte par ce rapport.

4.2.g. Plus de cent cinquante (+150) réfugiés et demandeurs d'asile ont reçu une assistance sociale (nutritionnelle et en logement) durant la période couverte par le rapport.

4.2.h. Trois (3) ont été enregistrés dans la communauté des réfugiés et demandeurs d'asile durant cette période, dont un enfant, tous de sexe masculin.

5. Difficultés

- Sous effectif du personnel en charge des urbains par rapport au nombre des réfugiés et demandeurs d'asile (+800) et aux activités à mener.
- Les retards dans les virements intertrimestriels des fonds du HCR
- L'absence de convention avec une pharmacie pour palier aux difficultés financières causées par le retard des virements des fonds.
- L'absence de critères officiels d'éligibilité des réfugiés aux diverses assistances qui leur sont offertes.
- L'indisponibilité du chauffeur ou du véhicule certains jours.

6. Leçons apprises

Les réfugiés mentent souvent sur leur situation (ils dramatisent sciemment leurs situations) lorsqu'ils viennent au bureau solliciter une assistance. Une vérification des faits, au besoin par le biais d'une descente sur le terrain, est parfois nécessaire pour éviter d'apporter l'assistance à des gens qui ne sont pas vraiment nécessiteuses.

Les retards de virement des fonds du bailleur sont parfois la conséquence du retard de la soumission des pièces de dépenses. D'où, être à jour dans sa comptabilité (signature par les bénéficiaires des BC, joindre les factures aux BC, fournitures des pièces justificatives des dépenses faites lors des activités extraordinaires, etc) permet au bailleur de virer à temps les fonds nécessaires à la bonne exécution des activités planifiées.

7. Conclusion

L'année 2013, et notamment la période couverte par le présent rapport a été marquée, dans un premier temps par une absence du personnel en charge du service communautaire. En effet, le personnel en charge de ce service au sein du HCR a été affecté pour certains au siège et pour d'autres au bureau régional ou dans d'autres missions. Ce qui a laissé un vide, et ce vide a affecté quelque peu le travail du Programme Urbain, car ce service est l'interlocuteur direct du Programme urbain.

Dans un deuxième temps, l'afflux des réfugiés centrafricains, suite aux événements survenus à Bangui qui a augmenté considérablement le nombre des bénéficiaires de nos services. La petitesse de notre budget en a été affectée. Il en a résulté aussi un surcroît de travail de terrain pour l'équipe.

III. ACTIVITES DES BUREAUX PAYS

III.1 Centrafrique

III.1.1. Assistance aux réfugiés urbains de Bangui et ruraux du camp consolidé de Zémio

1. Introduction

Depuis le mois de septembre 2009, les habitants de la région du nord-est de la RDC de tribu Zandé venant des localités de Digba, Sukadji ont commencé à affluer à Zémio fuyant les attaques et les exactions des rebelles ougandais de la LRA arrivés dans leurs localités.

Par précaution, les populations des autres villages comme Gwana, Makalongo, Samatali, Bangu, Ango, Nungba, Ulima, Ndamana, Nzalanzi, Gbongi, et Zapay les ont suivis. Toutes ces populations s'étaient réfugiées d'abord dans la brousse depuis juillet 2009 avant d'avancer sur la localité de Zémio.

Ainsi la localité de Zemio abrite en ce moment quelques 3600 réfugiés congolais qui sont pour la plupart originaires de la province orientale de la République Démocratique du Congo et 8000 personnes déplacées qui ont fui leurs villages pour se réfugier dans cette localité.

En 2011, le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) a été choisi par le HCR comme partenaire pour l'assistance médicale aux réfugiés urbains de Bangui et du camp de Zémio.

En septembre 2011 sur demande du HCR, le CSSI a élargi son action à travers des cliniques mobiles aux zones de Mboki et Obo qui couvrent 2012 réfugiés. Puis fin 2011, le CSSI a mis en place des activités fixes.

Cependant l'insécurité persistante, (et ce malgré la présence de l'armée ougandaise, de la FACA et récemment des américains), a contraint l'Etat centrafricain de commun accord avec l'UNHCR, a décidé de la consolidation des trois (3) camps (Mboki, Obo et Zémio) en un seul (Zémio) pour l'intervention en 2013. La relocalisation permettra au HCR et aux partenaires d'appui de concentrer tous les efforts au seul site et de mener à bien les activités.

Le choix de Zémio pour la relocalisation répond aux soucis et préoccupations du gouvernement, de l'UNHCR et autres partenaires de par le fait que, cette localité a été toujours à l'abri des attaques récurrentes des rebelles de la LRA.

Dans la capitale Bangui, il y a 2 480 réfugiés de diverses nationalités, y compris les Congolais de la RDC, les Tchadiens, les Soudanais du sud, les Rwandais, et quelques 2 450 demandeurs d'asile.

Dans la zone urbaine, l'accès à l'emploi et aux activités génératrices de revenus menant à l'autosuffisance reste difficile pour les réfugiés, même après une longue période passée dans le pays, en raison de la situation socio-économique difficile du pays et l'insuffisance des services essentiels disponibles.

En plus de la problématique intégration socio professionnelle, s'ajoutent les incidents de violence basée sur le genre qui, pour la plupart se produisent dans la sphère familiale laissant

souvent quelques victimes dans l'anonymat. Egalement certaines filles et femmes se livrent à des pratiques néfastes pour leur survie, s'exposant ainsi aux violences et au VIH/SIDA. Par ailleurs, l'absence d'un chirurgien à l'hôpital d'Etat de Zémio, a amené le CSSI à recruter un médecin avec des compétences chirurgicales en vue d'assurer la prise en charge des urgences chirurgicales.

2. Aperçu sur le projet

a-Objectif Généraux et spécifiques

Le but du projet est de renforcer l'assistance humanitaire aux réfugiés urbains et ruraux tout en améliorant la prise en charge médicale, nutritionnelle, l'autogestion des communautés et d'assurer la prise en charge sociale des personnes à besoins spécifiques assortie d'une étude au cas par cas.

b-Staff du projet (Equipe de coordination)

- Chef de Mission
- Administrateur Gestionnaire
- Chargé de Programmes
- Chargé du service communautaire
- Chargé affaires sociales
- Chargé de la logistique
- Secrétaire

c-Institutions partenaires pour la mise en œuvre

- CSSI

d-Principaux bailleurs

- UNHCR

e-Zones d'intervention

- Bangui
- Zémio

3. Stratégies ou approches développées pour la mise en œuvre du projet

Le projet est mis en œuvre par le CSSI en étroite collaboration avec l'UNHCR. Les activités développées concernent :

- L'amélioration par la fourniture des soins de santé primaires, la prévention de la malnutrition, la santé reproductive et le VIH-SIDA.
- La prise en charge nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et allaitantes.
- L'assistance appropriée des personnes à besoins spécifiques.
- L'accès à l'eau potable et à l'assainissement de base ainsi que les mesures d'hygiène.
- L'accès aux activités génératrices de revenus visant à renforcer leur autonomie.
- La réduction du risque basé sur les violences et l'amélioration de la qualité de réponse.
- L'insertion socioprofessionnelle des réfugiés.

- La mise en place d’une convention avec l’hôpital communautaire et une officine privée pour la prise en charge des PVVIH.

4. Activités réalisées du 1^{er} janvier au 30 septembre 2013

- La mise en œuvre du paquet minimum d’activités au niveau du CS de Zémio ;
- La prise en charge des urgences chirurgicales et obstétricales ;
- La prévention et la prise en charge de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes ;
- La lutte contre le VIH/SIDA ;
- La promotion de la scolarisation des enfants ;
- L’appui à la mise en place d’activités génératrices de revenus ;
- Le renforcement des capacités.

5. Goulots d’étranglement (difficultés)

- Difficulté d’acheminement des médicaments sur le terrain liée à la programmation de l’UNHAS
- Manque de réseau d’internet et radio rendant très difficile la communication avec Bangui y compris la transmission des rapports
- Insuffisance de moyens roulants
- Difficulté dans la prise en charge des AGR (faible enveloppe)

6. Leçons apprises

- Le partenariat avec l’UNICEF à travers la SASDE a amélioré l’état de santé des populations réfugiées et autochtones.
- La mise à l’échelle de l’approche AGR au niveau locale a été très bénéfique à travers le rapprochement des deux (02) communautés.
- La consolidation du camp de Zémio a permis de concentrer tous les moyens et d’améliorer l’efficacité dans la prise en charge des réfugiés.

7. Conclusion

Malgré le contexte d’insécurité, toutes les stratégies ont été mises en place et les indicateurs ont été bons dans l’ensemble.

Annexe : Cadre logique des résultats

III.1.2. Mise en place du Programme d'urgence à haut impact de réduction de la mortalité maternelle et infantile par la SASDE dans la Préfecture Sanitaire du Haut Mbomou (RCA)

1-Introduction

Situé à la pointe Sud-Est de la République Centrafricaine et faisant frontière avec le Sud Soudan et la RDC, le Haut-Mbomou est l'une des trois préfectures de la Région Sanitaire N°6. Depuis 2008 il ya eu un afflux important de réfugiés congolais et des déplacements internes causés par les exactions de la Lord Resistance Army (LRA) dans cette région. Ces mouvements de populations autochtones et réfugiées ont contribué à la fragilisation de l'état de santé des populations en général et de celui des femmes et des enfants en particulier, créant ainsi de nouveaux besoins multisectoriels (santé, sécurité alimentaire, nutrition, protection des enfants et femmes enceintes, eau-hygiène- assainissement, sécurité). En plus, les communautés locales pour une raison ou une autre, se désintéressent de l'offre de soins des formations sanitaires dont elles sont normalement bénéficiaires. La préoccupation devient alors la question de survie qui touche toutes les populations, autochtones, réfugiés, déplacés et affecte plus particulièrement les femmes et enfants de moins de 5 ans.

Le regain de sécurité se fait progressivement avec la présence des éléments des armées centrafricaine, ougandaise et américaine qui ont sécurisé les principales villes. Toutefois l'insécurité demeure encore sur les principaux axes, limitant ainsi les échanges commerciaux et les déplacements pour tout ce qui est activité dans la zone. L'envoi de forces conjointes des pays concernés par ladite rébellion a représenté un espoir considérable pour la reprise et l'intensification des activités dans la zone jusqu'en décembre 2012.

En fin décembre 2012, la rébellion a connu une autre envergure avec la venue des rebelles de la SELEKA qui ont progressé de la périphérie vers la capitale renversant ainsi le pouvoir en place. Ce qui a de nouveau plongé le pays dans une insécurité totale ralentissant toutes les activités.

Ce programme pourra garantir les interventions de santé, notamment celles concernant les paquets des soins préventifs, promotionnels au niveau communautaire et curatif au niveau des Centres de santé afin d'assurer la disponibilité, de faciliter l'accès et l'utilisation des services aux ayants droits que sont les enfants et les femmes.

2-Aperçu sur le projet

a- Objectifs du projet

Objectif général

Le projet a pour objectif général de contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité des femmes enceintes et allaitantes et des enfants de 0 à 5 ans dans la Préfecture Sanitaire du Haut-Mbomou par la mise en œuvre des interventions intégrées à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle et infanto juvénile.

Objectif Stratégiques

- Répondre aux urgences sanitaires.
- Renforcer des capacités en planification et en offre de soins de la préfecture sanitaire du Haut Mbomou.
- Intégrer les prestations des services de santé à haut impact.
- Mettre en place le volet communautaire et communication pour le développement.
- Suivre (supervision/monitorage) et évaluer des interventions régulièrement en vue de mesurer les progrès réalisés.

b-Staff du projet (Equipe de coordination)

- Le Chef de Mission ;
- Chargé de Programmes ;
- L'Administrateur-Gestionnaire.

c-Institutions partenaires pour la mise en œuvre

CSSI

d-Principaux bailleurs

UNICEF

e-Zones d'intervention

HAUT MBOMOU RCA

f-Durée du projet

1 AN

3-Stratégies ou approches développées pour la mise en œuvre du projet

- La réponse aux urgences sanitaires sur tous les sites;
- Le renforcement des capacités en planification et en offre de soins dans la préfecture sanitaire du Haut Mbomou ;
- L'intégration des prestations des services de santé à haut impact ;
- Le volet communautaire et de communication pour le développement;
- La réalisation du Suivi et l'évaluation des interventions.

4-Activités réalisées du 1^{er} janvier au 31 Octobre 2013

PEV+, CPN+, PCIME+, Prise en charge des urgences sanitaires, renforcement des capacités techniques, formation des agents communautaires, suivi-évaluation des interventions.

5-Goulots d'étranglement (difficultés)

- Insécurité ;
- Inaccessibilité géographique des FOSA ;
- Insuffisance de personnels.

6-Leçons apprises

- Le regain d'insécurité a eu un impact sur les activités ayant pour conséquence la baisse des indicateurs.
- Le manque d'internet a également affecté la transmission des rapports (promptitude).

- L'exécution de ce projet a renforcé les rapports de CSSI d'une part avec la coordination préfectorale de la santé du Haut Mbomou, le Ministère de la santé publique, l'UNICEF et d'autre part la population des trois sites d'intervention.

8-Conclusion

L'analyse des résultats a montré que tous les volets prévus ont été opérationnels et aussi des progrès réalisés pour l'amélioration des indicateurs au niveau du PEV+, CPN+ et PCIME+ en l'occurrence dans les autres volets. Les couvertures sont plus élevées à Zemio et à Mboki. La plupart des insuffisances de couvertures ont été observées au niveau d'Obo. Pour l'ensemble, malgré ces efforts consentis, les besoins sont restés énormes nécessitant ainsi une amplification des stratégies.

9-Annexes

Annexe n°1 : Cadre logique de l'Intervention Projet SASDE CSSI-UNICEF HAUT MBOMOU 2012-2013

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification	Hypothèses / Risques
Objectif Global	<i>Quel est l'objectif général d'ensemble auquel l'action va contribuer ?</i>	<i>Quels sont les indicateurs-clefs liés à l'objectif général ?</i>	<i>Quelles sont les sources d'information pour ces indicateurs ?</i>	
	Contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité des femmes enceintes et allaitantes et des enfants de 0 à 5 ans dans la Préfecture Sanitaire du Haut-Mbomou	Taux de mortalité maternelle Taux de mortalité infantile	Base de données CSSI	
Objectifs Spécifiques	<i>Quels objectifs spécifiques l'action doit-elle atteindre comme contribution à l'objectif global ?</i>	<i>Quels indicateurs montrent en détail, que les objectifs de l'action sont atteints ?</i>	<i>Quelles sources d'information existent et peuvent être rassemblées ? Quelles sont les méthodes pour obtenir ces informations ?</i>	<i>Quels facteurs et conditions hors de la responsabilité du bénéficiaire sont-elles nécessaires pour atteindre cet objectif ?</i>

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification	Hypothèses / Risques
				<i>(conditions externes). Quels sont les risques à prendre en considération ?</i>
1	Répondre aux urgences sanitaires sur tous les sites	Nombre de consultations en urgence		
2	Renforcer les capacités en planification et en offres de soins dans la préfecture sanitaire du Haut Mbomo	Nombre de formations réalisées	Base de données CSSI Registres CPN	
3	Intégrer les prestations de services de santé à haut impact	Couverture en PEV+ ; CPN+ et PCIME+	Base de données CSSI Registres CPN	
4	Mettre en place le volet communautaire et de communication pour le développement	Nombre de sensibilisation Nombre de prise en charge à domicile (PECADOM)		
5	Réaliser le Suivi et l'évaluation des interventions	-Nombre de supervisions reçues -Nombre de supervisions réalisées -Nombre de monitoring	Registre de CPN Fiches de référence	
Résultats liés aux objectifs Spécifiques	<i>Les résultats sont les réalisations qui vont permettre l'obtention de l'objectif spécifique. Quels sont les</i>	<i>Quels indicateurs permettent de vérifier et de mesurer que l'action atteint les résultats attendus ?</i>	<i>Quelles sont les sources d'information pour ces indicateurs ?</i>	<i>Quelles conditions externes doivent être réalisées pour obtenir les</i>

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification	Hypothèses / Risques
	<i>résultats attendus ? (Numérotez ces résultats)</i>			<i>résultats attendus dans le temps escompté ?</i>
1	La prise en charge des cas d'urgences sanitaires sur tous les sites est assurée	100% des urgences médico-chirurgicales réalisées	Base de données du CSSI	
2	Les capacités en planification et en offres de soins dans la préfecture sanitaire du Haut Mbomo sont renforcées	4 formations réalisées	Base de données du CSSI	
3	Les prestations de services de santé à haut impact sont intégrées	90% de couverture en PEV+, CPN+ et PCIME+	Base de données du CSSI	
4	Le volet communautaire et de communication pour le développement est mis en place	15 agents communautaires identifiés et formés	Rapports du CSSI	
5	Le suivi et l'évaluation des interventions sont réalisés	4 supervisions réalisées	Rapports de supervisions conjointes CSSI-CPS	

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification	Hypothèses / Risques
Activités liées aux objectifs Spécifiques	<i>Quelles sont les activités-clefs à mettre en œuvre, et dans quel ordre, afin de produire les résultats attendus ? (Groupez les activités par résultats)</i>	Moyens : <i>Quels moyens sont requis pour mettre en œuvre ces activités, par exemple, personnel, matériel, formation, études, fournitures, installation opérationnelles, etc. ?</i>	<i>Quelles sont les sources d'information sur le déroulement de l'action ?</i> Coûts : <i>Quels sont les coûts de l'action ? Leur nature ? (détail dans le budget de l'action)</i>	<i>Quelles pré-conditions sont requises avant que l'action commence ?</i> <i>Quelles conditions hors du contrôle direct du bénéficiaire doivent être réalisées pour la mise en œuvre des activités prévues ?</i>
1.1	Recruter le personnel	3sages femmes 3 matrones 15 relais communautaires	Offre d'emploi	
1.2	Former les accoucheuses traditionnelles et les matrones sur la composition et la distribution des kits de dignité	Coordinateur sanitaire ou le médecin national	Rapports de formation	
1.3	Mettre en place les outils de gestion	Chargé de Programmes	Base de données	
1.4	Approvisionner les structures en kits de dignité	Logistique Administrateur	Bons de commande et de livraison	
2.2	Organiser la CPN dans les structures sanitaires de base	Gynécologue, sages femmes ou les matrones	Dossiers du personnel	
2.5	Tester les femmes enceintes en CPN	Sages femmes, laborantin	Rapports d'activités	

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification	Hypothèses / Risques
3.1	Former le personnel sur les techniques de communication	Le personnel SR : sages femmes, accoucheuses traditionnelles, relais communautaires	Rapports de formation	
3.2	Organiser la référence entre les communautés et les centre de santé.	Gynécologue Sages femmes Accoucheuses traditionnelles, matrones	Dossiers de référence	
3.3	Mettre en place un mécanisme de suivi	Gynécologue Fiches de présence	Rapports de supervision	
5.1	Organiser des séances de sensibilisation.	Médecins, sages femmes, matrones, accoucheuses traditionnelles	Rapport de sensibilisation	
5.3	Référer les femmes enceintes au CDS pour la CPN	Matrones, AT, relais communautaire	Rapports de référence	
6.1	Approvisionner les structures en contraceptif	Gynécologue, Chargé de Programme, logisticien	Bons de commande et de livraison	
6.2	Supervision formative des services de PF	Equipe cadre du DS, DRS, CSSI, UNFPA	Rapports de supervision	
7.1	Organiser des formations pour les accoucheuses traditionnelles et relais communautaires	Sages femmes	Rapport de formation	
7.2	Organiser des supervisions formatives conjointes	Equipe cadre du DS, DRS, CSSI, UNFPA	Rapports de supervisons	

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification	Hypothèses / Risques
8.1	Approvisionner les structures en matériels de précaution universelle	Logisticien CSSI	Bons de commande et de livraison	
Activités transversales aux résultats	Elaborer une base de données du projet	Chargé de programmes	Base de données	
	Transmettre les données à UNICEF	Chef de mission CSSI	courriers	
	Elaborer les rapports d'activités et du projet	Gynécologue, Chargé de Programmes	Rapports élaborés	
	Evaluer le projet	CSSI-UNICEF	Staff CSSI et UNICEF Rapports et documents du projet	

Annexe n°2 : Tableau de bord des indicateurs de suivi

N°	INDICATEURS	NUMERATEUR	DENOMINATEUR	%
1	Consultation en urgence	ND	65 877	ND
2	Taux de mortalité infantile institutionnelle	ND		ND
3	Taux de mortalité maternelle institutionnelle	0		0%
4	Couverture PEV+		2372	51,52%
5	Couverture CPN+			61,33%
6	Couverture PECIME+			61,27
7	Formations des agents de santé	4	4	100%
8	Identification et formation des agents communautaires.	15	15	100%
9	Supervision	4	4	100%

III.2 Burkina Faso

Titre du projet : Assistance aux Réfugiés et Demandeurs d'Asile au Burkina Faso (selon les termes du sous-accord avec le HCR)

1. Introduction

La représentation du CSSI au Burkina Faso a été créée le 16 mai 2012 et un représentant a été nommé 5j après. Dans la foulée, une demande d'y exercer a été introduite. L'accent est mis donc sur le suivi de cette demande et les contacts avec des partenaires potentiels. Cette demande a abouti en fin Août 2012 (le 27). A partir de là, la représentation s'est concentrée sur la recherche de partenaires financiers et techniques.

Le présent rapport étant fait dans le cadre de la préparation de la réunion du Conseil d'Administration du CSSI à N'Djaména (Tchad), il fait ressortir les objectifs du projet, les stratégies ou approches développées, les différentes activités réalisées de Janvier à septembre 2013, les difficultés rencontrées, les leçons apprises et les perspectives du CSSI Burkina Faso.

2. Aperçu sur le projet

Le sous-accord relatif à l'assistance sanitaire aux réfugiés maliens de Bobo Dioulasso a été signé en fin mars 2013. Ce sous-accord a été revu en juin pour prendre en compte les nouvelles activités telles que :

- la prise en charge de la santé oculaire des réfugiés des camps de Goudébo et Mentao. Il s'agit d'offrir aux réfugiés et à la population hôte souffrant des maladies oculaires la possibilité de se faire prendre en charge localement. Pour des questions administratives, cette activité n'a pas pu démarrer qu'en août.
- le paiement des arriérés de CREDO (ONG burkinabé) pour les réfugiés de Ouagadougou.
- la révision des procédures et stratégies après 2 mois d'activités par l'approbation préalable des ordonnances des spécialités par le Coordonnateur médical du CSSI, la mise en place d'un Centre d'Accueil, d'Orientation et de Suivi (CAOS) et l'instauration d'une prime de motivation pour les agents de santé intervenant dans la prise en charge sanitaire des réfugiés.

a. Objectifs : généraux et spécifiques

Objectif général : conformément au cadre des résultats du HCR, cet objectif est l'Amélioration de l'état de santé de la population".

Objectifs spécifiques : il s'agit de :

- donner "l'accès ou l'appui aux services de soins de santé primaires" aux réfugiés maliens urbains de la 2ème ville du Burkina Faso, Bobo Dioulasso et de mettre en place un mécanisme d'aiguillage pour ceux qui doivent être référés.
- développer une stratégie avancée pour la prise en charge localement des réfugiés souffrant de maladies oculaires notamment la cataracte.

b. Staff du projet (Equipe de coordination)

L'équipe de coordination est composée de 4 expatriés (représentant, chargé de programme, coordonnateur médical et administrateur - comptable) et de 2 infirmiers diplômés d'Etat.

Staff du CSSI au Burkina Faso

Base CSSI à Bobo - Dioulasso	Centre d'Accueil, d'Orientation et de Suivi (CAOS) de Bobo-Dioulasso	Représentation CSSI à Ouagadougou
Coordonnateur médical expatrié (100%)	2 Infirmiers (nationaux)	Représentant expatrié (100%)
Secrétaire caissière nationale		Chargé de programme expatrié (100%)
2 gardiens	2 gardiens	Administrateur comptable expatrié (100%)
		Secrétaire caissière
		2 gardiens
Femme de ménage (occasionnelle)	Femme de ménage (occasionnelle)	Femme de ménage (occasionnelle)



Fig. (1) : l'ensemble du staff sans le personnel d'appui (représentation à Ouagadougou, base CSSI et CAOS de Bobo - Dioulasso).

Le CSSI n'offre pas directement lui-même les prestations. Il a mis en place un système de prise en charge sanitaire des réfugiés maliens de Bobo-Dioulasso basé sur le partenariat avec plusieurs institutions. Ainsi, le CSSI a signé des conventions avec :

c.1. des formations sanitaires

- 1^{er} échelon (centres de santé et de promotion sociale de Colma 1, de Colma 2, de Hamdalaye et de Sakaby, centres de santé confessionnels de Saint Bernard et de Raoul Follereau¹) offrant des soins de santé primaires,
- 2^{ème} échelon (centre médical avec antenne chirurgicale de Dô) et de,
- 3^{ème} niveau (centre hospitalier universitaire Sanou Souro).

c.2. des pharmacies privées : Yamba et Soulligné pour des médicaments non disponibles dans les formations sanitaires conventionnées

c.3. la représentation de l'Ordre de Malte qui dispose d'un centre de consultation ophtalmologique et aussi de correction visuelle par le biais de fourniture de verres correcteurs pour la santé oculaire. Il faut noter que par ailleurs ce partenaire a mis gracieusement à disposition des réfugiés une ambulance en plus de celle du CMA de Dô.

c.4. le Centre National de Lutte contre la Cécité (CNLC) pour une campagne de chirurgie de la cataracte au profit des réfugiés maliens des camps de Mentao et Goudébo ainsi de la population hôte.

d. Principaux bailleurs

L'UNHCR est l'unique bailleur de fonds de ce projet.

e. Zones d'intervention

Ce projet intervient dans la ville de Bobo - Dioulasso et dans les 2 principaux camps officiels du Burkina Faso qui sont Mentao et Goudébo.

f. Durée du projet

La durée du projet est de 9 mois (Avril - Décembre 2013).

3. Stratégies ou approches développées pour la mise en œuvre du projet

Les réfugiés malades consultent dans ces structures conventionnées où ils peuvent aussi recevoir les médicaments prescrits disponibles ainsi que les examens complémentaires. Lorsque le plateau technique de ces structures ne permet pas une prise en charge adéquate, les malades ont la possibilité d'être référés vers le CHU Sanou Souro de Bobo ou vers les structures de Ouagadougou où le relai est assuré par la Croix Rouge Française. En l'absence de médicaments notamment des spécialités, ils peuvent recourir au privé (pharmacies conventionnées). Pour des examens non disponibles ou avec des délais relativement longs (1 mois) dans ces structures, le CSSI oriente les malades vers des cliniques privées où les prestations sont payées au comptant.

Des réfugiés souffrant de maladies oculaires doivent aussi passer par le Centre d'Accueil, d'Orientation et de Suivi (CAOS) du CSSI qui leur délivre une fiche permettant de bénéficier des services de l'Ordre de Malte. Ils peuvent bénéficier des consultations, subir des examens

¹ La contractualisation avec les CSPS confessionnels permet d'offrir une possibilité de prise en charge sanitaire des réfugiés en cas de grève dans le secteur public.

ophtalmologiques, recevoir des verres correcteurs à un prix humanitaire et subir des interventions chirurgicales ophtalmologiques

L'assistance se fait dans le respect de la politique sanitaire nationale. Les réfugiés ont accès aux différentes prestations offertes dans le cadre du paquet minimum d'activités (PMA) au niveau des CSPS et des paquets complémentaires d'activités (PCA) délivrés par les structures de référence dans le respect du système de référence/contre référence en vigueur au niveau national ou du HCR. En cas de référence, le CSSI assure le transport des malades vers les centres de référence soit dans la ville de Bobo Dioulasso ou vers Ouagadougou.

Les procédures et stratégies de prise en charge mises en place par le CSSI sont revues à chaque fois en vue de soulager les réfugiés qui présentent des problèmes de santé. Ces révisions interviennent souvent lors des visites du Programme et/ou suite aux recommandations sorties des réunions bimensuelles de suivi.

4. Activités réalisées du 1er janvier au 30 septembre 2013

Dans le cadre de ce projet, les activités peuvent être résumées comme suit :

- Mise en place et rendre fonctionnels une base du CSSI et un centre d'accueil, d'orientation et de suivi des malades à Bobo - Dioulasso (recrutement du personnel expatrié et national, équipements, etc.)
- Négociation et signature des conventions avec les formations sanitaires, pharmacies privées, l'Ordre de Malte et le CNLC identifiées
- Suivi de la mise en œuvre des différentes conventions
- Suivi du nombre de bénéficiaires par formation sanitaire conventionnée
- Vérification des prescriptions et leur conformité avec les protocoles nationaux
- Contrôle de la prescription des spécialités aux réfugiés
- Remboursement des factures des formations sanitaires conventionnées, des pharmacies et de l'Ordre de Malte
- Participation aux réunions de coordination avec le HCR et autres partenaires
- Organisation en collaboration avec le HCR des réunions de suivi
- Suivi de 08 agents de santé communautaire parmi les réfugiés
- Sensibilisation des réfugiés sur la nécessité d'utiliser les soins préventifs
- Suivi statistique des malades consultés au niveau des formations sanitaires conventionnées
- Transmission des rapports statistiques au HCR chaque semaine et chaque mois
- Organisation de la référence et contre référence des malades entre les centres de référence primaires, secondaires et tertiaires

Autre activité :

En effet, l'aspect santé oculaire est peu développé alors que bon nombre de réfugiés en souffrent d'où la nécessité de développer la prise en charge dans ce domaine. A Bobo-Dioulasso, comme mentionné ci-dessus, une collaboration a été développée avec l'Ordre de Malte. Pour les réfugiés des camps de Mentao et Goudébo, leurs évacuations vers Ouagadougou pour des interventions de chirurgie oculaire sont difficiles (logistiquement et financièrement) pour le HCR et ses partenaires. Sollicité, le CSSI, fidèle à sa pratique, a signé un mémorandum d'entente avec le Centre National de Lutte contre la Cécité (CNLC) pour des missions de consultation et de chirurgie dans les camps de Mentao et Goudébo, ce qui a permis de réduire les évacuations vers Ouagadougou et ainsi les coûts de prise en charge des malades et des accompagnants.

La représentation a entamé des démarches d'accréditation au près du Gouvernement du Niger. Elles n'ont pas encore abouti.

5. Goulots d'étranglement (difficultés)

Les difficultés sont de plusieurs ordres mais les principales sont liées aux situations suivantes:

- L'accès et la collecte des données : non respect des délais de transmission, informations sanitaires incomplètes (pas spécifiques ni désagrégées, etc.) y compris pour la vaccination.
- La référence et contre référence : l'insuffisance souvent constatée dans la rédaction des fiches de référence et de contre référence entre les formations sanitaires rend difficile le suivi des patients.
- La rupture fréquente des réactifs de laboratoire et la non disponibilité par moment des services d'imagerie médicale au niveau du CMA de Dô et du CHUSS rendent difficile l'assistance aux malades qui font recours aux cliniques privées non conventionnées
- Certains réfugiés ne respectent pas toujours le circuit mis en place et consultent dans des structures non conventionnées. D'autres se font prescrire des produits sans être vus physiquement par les praticiens. On observe en outre une tendance à la sur prescription, pas toujours appropriée, de spécialités en lieu et place des génériques.
- La difficulté à mobiliser tous les acteurs (HCR, MDM-France, MDM-Espagne, CNLC, acteurs sanitaires locaux, etc.) pour des missions de consultations et de chirurgie dans les zones où le CSSI n'est pas présent.

6. Leçons apprises

Les leçons apprises par CSSI peuvent être résumées comme suit :

- L'absence d'un centre de santé géré par le CSSI ne facilite pas l'atteinte des résultats : difficulté dans la collecte des données sanitaires par du personnel indépendant; la faible motivation de ce personnel; la dépendance totale du CSSI pour la réussite du projet; difficulté de suivre les références/contre référence, etc.
- Il est difficile de mettre en œuvre une activité en assurant que la coordination. C'est la leçon principale tirée de la mise en œuvre des missions de consultation et de chirurgie de cataracte dans les camps où le CSSI n'est pas présent.
- La mise en œuvre des activités a nécessité beaucoup d'efforts du CSSI Burkina. Ainsi, avec un peu de volonté et d'engagement de chacun, le CSSI a relevé les défis au fur et à mesure qu'ils se présentent pour atteindre les résultats présentés en annexe.

7. Conclusion

Notre intervention a soulagé les réfugiés maliens de Bobo - Dioulasso qui peuvent avoir accès à des soins de santé selon un circuit allégé et aux coûts acceptables par le partenaire HCR.

L'appui du HCR (Ouagadougou et Bobo - Dioulasso) a été nécessaire dans les révisions successives des procédures. Nous comptons signer très prochainement une convention avec une structure privée pouvant offrir des examens de laboratoire non disponibles au CMA de Do et au CHUSS. Au début 2014, il sera nécessaire de signer une convention avec une structure privée pour l'imagerie médicale.

Nous avons développé de bonnes relations avec les Autorités sanitaires (SG, DG CHUSS, DRS, MCD, etc.) et avec les partenaires de mise en œuvre à Bobo - Dioulasso (IEDA, CREDO, Terre des Hommes Lausanne) et au Sahel (MDM-France et MDM-Espagne).

Le partenariat avec le HCR devrait se poursuivre en 2014 (1er semestre). Pour le second semestre, le HCR a décidé de remettre tout à plat en lançant dès Janvier des appels à soumissions dans tous les secteurs avec comme objectifs de ne retenir que 2 à 3 partenaires par secteur. Les partenaires apportant une contribution seront privilégiés.

9. Annexes

- Détails des activités à Bobo - Dioulasso
- Résultats des missions de consultation et de chirurgie de cataracte.

Annexe 1 : Détails des activités à Bobo - Dioulasso

1. Activités réalisées

Les principales activités réalisées sont les suivantes :

- ❖ collecte, traitement et transmission des données au HCR
- ❖ activités de coordination

1.1. Collecte, traitement et transmission des données au HCR

1.1.1. Utilisation des services

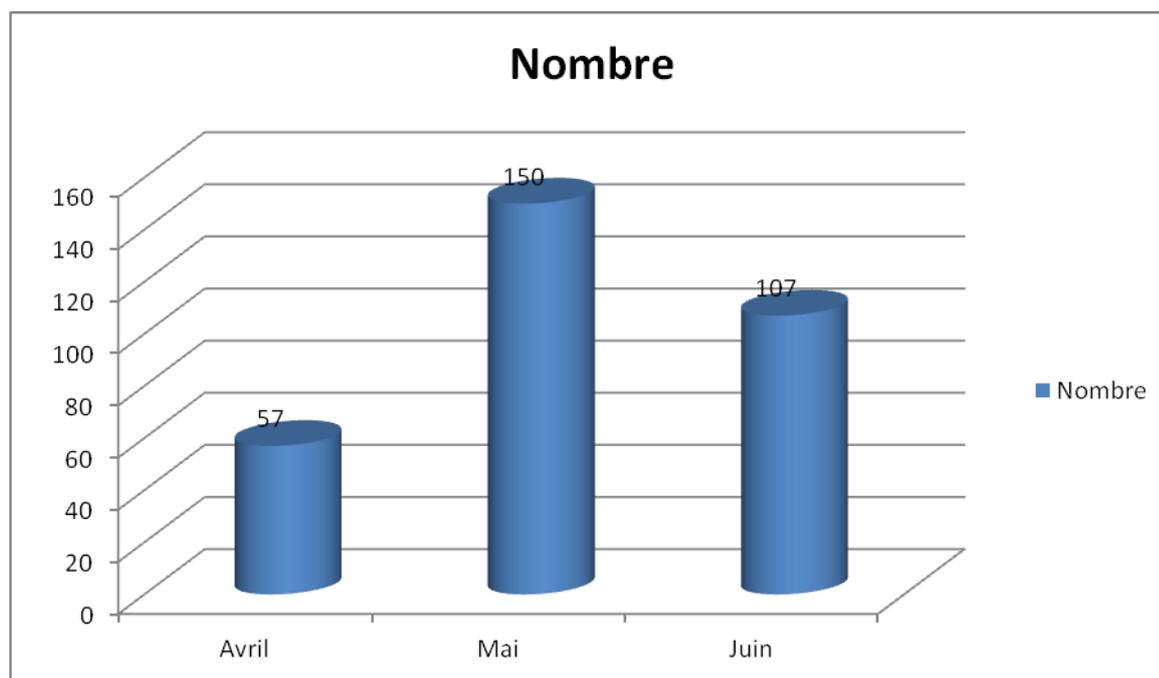


Fig 1 : Evolution de la fréquentation des services des mois d'Avril à Juin 2013

Nous remarquons ici que l'utilisation des services est passée du simple à pratiquement au double les 2 premiers mois avant de baisser en juin.

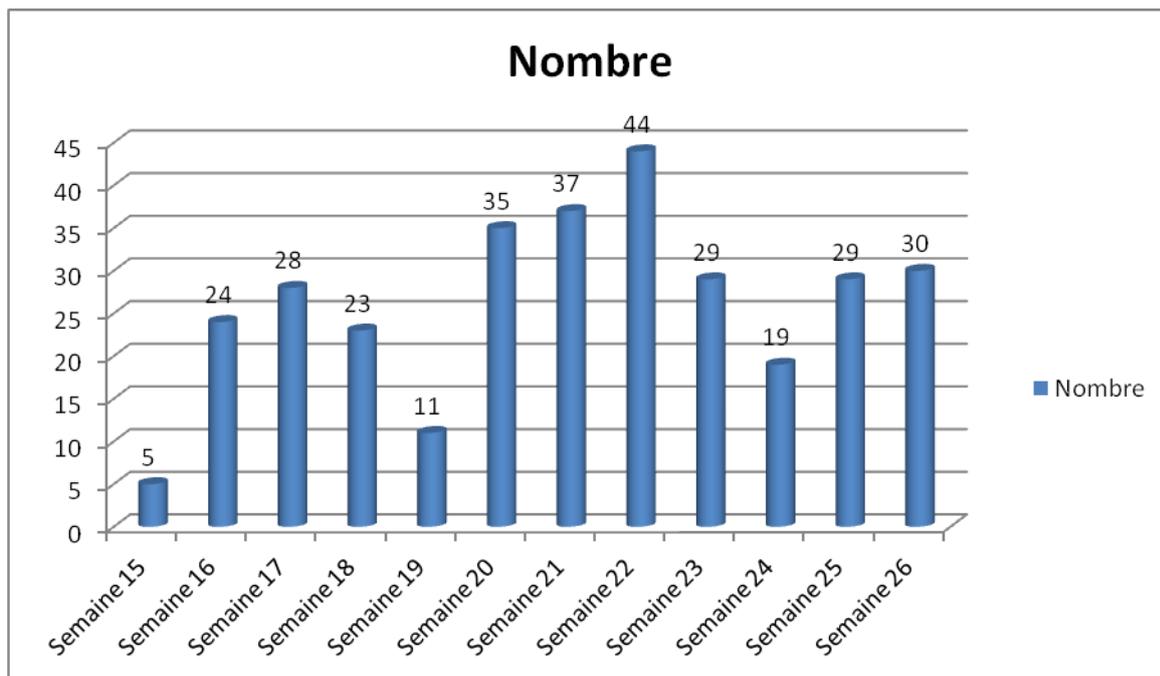


Fig 2 : Evolution de l'utilisation des services par semaine.

Au total 314 réfugiés malades ont été pris en charge pour différents problèmes de santé de la semaine 15 à la semaine 26. La plus forte fréquentation se situe entre la semaine 20 et la semaine 22. Cette hausse de l'utilisation des services est le résultat des séances d'information en direction des bénéficiaires de la part du partenaire santé (CSSI) et des autres partenaires (services communautaires de IEDA, de TDH...) sous la coordination de l'antenne UNHCR/Bobo.

1.1.2. Evolution des principales pathologies

Tableau I : Evolution des principales pathologies par semaine

Pathologies	S 15	S 16	S 17	S 18	S 19	S 20	S 21	S 22	S 23	S 24	S 25	S 26	Total
Paludisme simple	0	5	12	5	2	5	6	15	8	3	3	8	72
Paludisme grave	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Infections respiratoires	4	7	7	10	4	14	10	11	7	4	8	7	93
Infections génitales	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	4
Ulcère gastroduodéal	2	2		1	1	2	2	1	2	1	3	2	19
Diarrhées sanguinolentes	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	4
Affections de l'œil	1	0	0	0	0	1	1	2	1	0	0	0	6
Parasitoses intestinales	0	0	0	0	1	2	0	2	0	0	1	0	6
Rougeole	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
TPM+	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Affections de la peau	0	1	2	2	1	6	3	1	3	3	3	3	28
Hernie inguino-scrotale	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Cardiopathie	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
GEU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Colopathie fonctionnelle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	5
HTA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1

GEU: grossesse extra-utérine

TPM+: tuberculose pulmonaire à microscopie positive

HTA: hypertension artérielle

Les tendances sont les mêmes avec prédominance des infections respiratoires (38,11%) suivies du paludisme (30,32%), des affections de la peau et phanères (11,47%) et de l'ulcère gastroduodéal (7,78%).

Un cas de décès dû à une cardiopathie est survenu à la semaine 22. La grossesse extra-utérine a été opérée au CHUSS tandis que la hernie inguino-scrotale a été prise en charge au CMA de Dô;.

Notons que les maladies chroniques (cardiopathie, HTA) mentionnées ici sont celles qui sont hospitalisées. Beaucoup de cas sont traités en ambulatoire.

1.1.3. Vaccination

La vaccination de routine du PEV (Programme Elargi de vaccination) est menée continuellement dans les formations sanitaires publiques de la ville de Bobo-Dioulasso au profit des autochtones et des réfugiés et les enfants réfugiés qui s'y rendent en sont également bénéficiaires. Il en est de même pour les femmes enceintes et celles en âge de procréer. Les réfugiés bénéficient aussi des campagnes de masse qu'organisent les districts sanitaires. Malheureusement, l'utilisation des services de vaccination n'est pas systématique et les données spécifiques ne sont pas produites par les formations sanitaires.

1.1.4. Information Education Communication (IEC).

Les activités de sensibilisation se réalisent dans les formations sanitaires pour tous les utilisateurs (autochtones et réfugiés). Les actions spécifiques de sensibilisation de masse commencent à être développées en direction des réfugiés. On peut citer la rencontre de sensibilisation sur le paludisme, le ver de Guinée et le choléra organisée par le district sanitaire de Dô avec les réfugiés. Par ailleurs la sensibilisation se réalise lors des visites à domicile des services communautaires et des points focaux santé.

1.1.5. Surveillance épidémiologique

La situation épidémiologique des districts sanitaires dans lesquels évoluent les réfugiés est marquée par une accalmie par rapport aux années antérieures.

Par conséquent, en dehors d'un cas de rougeole (chez un enfant réfugié malien) notifié à la semaine 21 au CMA de Dô, il n'a été signalé dans la population réfugiée aucun cas de maladie à potentiel épidémique (Cholera, méningite, Fièvre jaune...). Le cas de rougeole a été investigué et guéri.

1.1.6. Santé de la reproduction

La collecte des données liées aux accouchements connaît un début de réalisation avec la notification de 05 accouchements assistés dont 1 dystocique. Un travail de notification lors des sorties des services communautaires de IEDA, TDH et des points focaux santé de CSSI permettra de faire une situation exacte. Par ailleurs aucun cas de décès maternel ou néo natal n'a été notifié.

Une césarienne et une laparotomie pour une grossesse extra-utérine ont été réalisées au CHUSS. Une grossesse non évolutive a prise en charge au CMA de Dô.

4 cas d'infection de la filière génitale ont été notifiés dans les formations sanitaires les 2 dernières semaines. Cette situation impose aux différents acteurs l'accentuation de la sensibilisation sur les moyens de prévention pour limiter les risques de contamination.

Des fiches de suivi des femmes en grossesse sont disponibles dans les formations sanitaires.

1.1.7. Références

Le non respect du circuit du malade et le non remplissage des fiches de référence pour la plupart des cas entraînent des difficultés dans le suivi des cas de référence du CSPS vers et le CMA et le CHUSS.

Au total 06 patients ont été référés vers le CHUSS (pour bilan complémentaire, consultation ou hospitalisation).

1.1.8. Nutrition

La situation nutritionnelle de la population réfugiée est mal connue (les données ne pouvant se collecter par semaine). Cependant aucun cas n'a été rapporté dans les CSPS conventionnés, ni par les relais santé au sein des réfugiés.

1.2. Activités de coordination

Les activités de coordination réalisées sont les suivantes:

- Premier rencontre avec les responsables des formations sanitaires pour d'une part, présenter la stratégie de prise en charge de CSSI et d'autre, d'introduire le médecin coordonnateur de CSS aux partenaires et collaborateurs (le 06 Avril 2013)
- Deuxième rencontre bilan des actions de santé des mois d'Avril et de Mai regroupant tous les acteurs intervenant dans l'assistance sanitaire aux réfugiés tenue le 21/05/2013 à cette rencontre, les responsables des pharmacies (Yamba et Souligne y ont pris part).
- Une troisième rencontre a eu lieu le 19/06/2013 toujours dans la salle de réunion du CMA de Do. A cette rencontre, l'accent a été mis sur le montant des factures de la pharmacie Yamba qui passe du simple au triple à cause des prescriptions fantaisistes de certains agents de santé.
- participation aux rencontres du groupe thématique protection et aux rencontres de coordination santé à Dori.
- le CSSI a accueilli deux (2) missions du programme (UNHCR/Ouagadougou) à Bobo du 21 au 23 dans le cadre du suivi et audit et (une pour une supervision);
- La représentation a participé à presque toutes les rencontres de coordination UNHCR et un atelier sur la Logistique à Dori.
- en collaboration avec l'ALS du HCR nous nouons des contacts fréquents avec la DRS, les districts et les formations sanitaires pour le plaidoyer, le suivi et la collecte des données;
- le CSSI de Bobo a participé au forum UNHCR-Partenaires organisé le 19/06/2013.

Annexe 2 : Missions de consultation et de chirurgie à Mentao et Goudébo

Les difficultés administratives n'ont pas permis de démarrer les activités en Juin comme le souhaitait le HCR qui avait adressé le 21 mai une correspondance à la CONAREF. L'objectif visé est d'opérer 300 personnes (réfugiés et population hôte) au total. Ainsi, la première mission s'est déroulée respectivement du 12 au 21 août à Mentao et du 22 au 31 août à Goudébo.

Les activités du CSSI sont les suivantes :

- négocier avec les différents acteurs (CNLC, MDM-France, MDM-Espagne, CONAREF, Ministère de la Santé, HCR Djibo et Dori, etc.)
- organiser la sensibilisation de la population
- mettre à la disposition du CNLC des fonds, des médicaments et consommables nécessaires
- suivre le déroulement afin d'apporter des appuis nécessaires à la bonne réalisation de la mission
- produire un rapport à l'attention de l'UNHCR.



Fig (2) : séance de consultation au CMA de Djibo



Fig (3) : malades recrutés attendant l'opération chirurgicale au CMA de Djibo



Fig (4) : l'équipe du CNLC dans le bloc opératoire du CMA de Djibo

Le tableau ci-après synthétise les résultats de cette première sortie.

Données statistiques et répartition par tranches d'âge et par sexe : (source : rapport du CNLC, août 2013).

Sur un total de 1.058 personnes consultées, 167 ont été opérées dont 78 réfugiés (43 à Mentao et 35 à Goudébo). Les bénéficiaires issus de la population hôte représentent 53,29% des personnes opérées.

Djibo :

Site de Mentao et population hôte de Djibo :														
Groupe d'âge	Réfugiés					Population hôte					Total			
	Hommes		Femmes		Total	Hommes		Femmes		Total	Hommes		Femmes	
	En chiffre	En %	En chiffre	En %	En chiffre	En chiffre	En %	En chiffre	En %	En chiffre	En chiffre	En %	En chiffre	En %
0-4	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%
5-11	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%
12-17	0	0%	0	0%	0	1	05.56%	0	0%	1	1	2.5%	0	0%
18-59	8	36.36%	6	28.57%	14	7	38.88%	4	16.67%	11	15	37.5%	10	22.22%
60 et +	14	63.64%	15	71.43%	29	10	55.56%	20	83.33%	30	24	60%	35	77.78%
Total:	22	100%	21	100%	43	18	100%	24	100%	42	40	100%	45	100%

Commentaires :

- 85 personnes recrutées sur 679 personnes consultées soit 12,52%
- L'âge des personnes opérées varie entre 13 et 85 ans.
- Les réfugiés représentent 50,59% des personnes opérées.

Dori :

	Site de Goudebo et population hôte de Dori:														
Groupe d'âge	Réfugiés					Population hôte					Total				
	Hommes		Femmes		Total	Hommes		Femmes		Total	Hommes		Femmes		
	En chiffre	En %	En chiffre	En %	En chiffre	En chiffre	En %	En chiffre	En %	En chiffre	En chiffre	En %	En chiffre	En %	
0-4	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%	
5-11	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%	
12-17	0	0%	0	0%	0	0	0%	0	0%	1	0	%	0	0%	
18-59	3	18.75%	9	47.37%	12	4	14.81%	7	35%	11	7	16.28%	16	41.03%	
60 et +	13	81.25%	10	52.63%	23	23	85.19%	13	65%	36	36	83.72%	23	58.97%	
Total:	16	100%	19	100%	35	27	100%	20	100%	47	43	100%	39	100%	

Commentaires :

- 82 personnes recrutées sur 379 personnes consultées soit 21,64%.
- L'âge des personnes opérées varie entre 26 et 86 ans.
- Les réfugiés représentent 42,68% des personnes opérées.

IV. PERSPECTIVES

Pour l'année 2014, l'ensemble des projets humanitaires au Tchad ont été reconduits avec pour l'assistance aux réfugiés urbains, une extension aux réfugiés nigériens au lac Tchad (Ngouboua); Au Burkina Faso, le projet est reconduit pour le premier semestre 2014 et fera l'objet d'un appel d'offre pour le second semestre. Pour la RCA tous les projets font l'objet d'un appel d'offre pour 2014.

Des perspectives s'ouvrent avec le début de partenariat avec :

- Malaria consortium : pour un projet de chimioprophylaxie intermittente du paludisme
- EAWAG : pour un projet de recherche sur la prévention du choléra
- Prospection de nouveaux projets avec le HCR au Burkina et en RCA
- Prospection avec la coopération suisse
- Projet de sensibilisation sur les fistules