



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

# **RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITES 2016**

Janvier 2017

## INTRODUCTION

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

Dans le cadre des mandats à lui soumis par les Etats ou des institutions, le CSSI met en œuvre des projets et programmes aussi bien dans le domaine du développement sanitaire que dans l'humanitaire. Les activités de recherche surtout au Tchad y sont également menées en collaboration avec des instituts de recherche du Nord. Le présent rapport relate les différentes activités mises en œuvre par le CSSI au Tchad, en République Centrafricaine et au Burkina Faso durant l'année 2015.

Les activités sont présentées selon les Axes du Plan stratégique 2016-2020, rappelés ci-dessous.

- Axe 1 : Renforcement Institutionnel
- Axe 2 : Appui à la gestion des services, programmes et projets de santé unique (one health)
- Axe 3 : Recherche
- Axe 4 : Développement de la cybersanté
- Axe 5 : Développement des Bureaux Pays

## **AXE 1 : RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL**

### **1. Travaux d'élaboration du plan stratégique 2016-2020 du CSSI**

Le processus a démarré en mai 2016 par une retraite à Bakara, laquelle a permis de faire le bilan du plan stratégique 2011-2015 et de jeter les bases de la réflexion pour le nouveau plan stratégique.

Un groupe restreint a alors été mis en place pour rédiger le document du plan stratégique 2016-2020 et de le partager avec les autres participants. Des séances d'amendement et de finalisation ont été organisées, ce qui a permis l'obtention d'un premier document soumis pour adoption à la Xème session du Conseil d'administration du CSSI.

Les amendements du Conseil d'Administration ont été pris en compte par la Direction pour la version finale du document de plan stratégique.

### **2. Missions de supervision et d'appui conseil**

Diverses missions de soutien et d'appui technique ont été conduites par la Direction et les différents départements. Ainsi on peut noter :

- Les missions de supervision du Directeur assisté du GRH dans les hôpitaux régionaux appuyés par le CSSI (Amdjarass, Biltine,, Pala, Sarh) et dans les camps de réfugiés ;
- Les différentes missions de suivi financier effectuées par l'Administration ;
- Les missions de suivi de la gestion des RH et de la gestion financière du GRH et de l'Auditeur Interne ;
- Les missions d'explication du retrait de CSSI des camps pour l'année 2017.

### **3. Missions d'appui à l'équipe du Burkina Faso**

Dans le cadre du suivi des activités du Bureau CSSI au Burkina Faso, diverses missions ont été initiées par la Direction souvent à la demande du Bureau Pays. Ainsi le Directeur et l'Administrateur y ont effectué des missions de suivi et d'appui.

### **4. Participation à des rencontres internationales de suivi des projets**

- Mission du Directeur à la rencontre
- Mission du directeur
- Mission de l'Assistant du Chef de département Santé publique et développement à la rencontre de suivi du projet Rage

### **5. Tenue des assises combinées du conseil d'administration et de l'Assemblée des Membres Fondateurs**

Les 28 et 29 juin 2016 ont eu lieu dans les locaux du CEFOD à N'Djaména, le Xème Conseil d'Administration ordinaire et la Vème Assemblée Générale du CSSI. Les points suivant étaient à l'ordre de jour :

1. Mot de bienvenue du PCA et adoption ordre du jour
2. Approbation du PV du 9ème CA et 4ème AG, suivi des recommandations
3. Rapport moral du Directeur, présentation des activités en cours et perspectives
4. Examen/approbation du rapport d'audit des comptes 2015
5. Adoption des nouveaux textes statutaires et de l'organigramme
6. Approbation du Plan Stratégique 2016-2020
7. Proposition de nouveaux membres

## 8. Divers

Les principales recommandations issues des travaux sont :

- finaliser rapidement le rapport d’audit 2015 et les partager par voie électronique en mi-août 2016 ;
- reformuler, avec pertinence la responsabilité du Directeur dans les statuts ;
- intégrer, dans le Plan Stratégique 2016 -2020, l’initiative santé globale en axe stratégique à part entière – avec ce PV
- solliciter, par une lettre, l’adhésion au CSSI de : de l’Association des Eleveurs Nomades et Sédentaires et du CHU Bon Samaritain ;
- procéder par doodle pour fixer la date de la prochaine assise. La prochaine assise procèdera à la nomination des nouveaux membres par l’AG, au renouvellement du PCA par CA. Il sera préférable d’avoir un nouveau PCA tchadien et un Vice-Président. Le PCA sortant peut siéger au CA et à l’AG sous un statut distinctif avec voix de vote.

## 6. Autres activités

- Participation aux réunions et autres rencontres de coordination avec le MSP et les partenaires ;
- Préparations des réponses aux appels à propositions.

## **AXE2 : APPUI A LA GESTION DES SERVICES, PROGRAMMES ET PROJETS DE SANTE UNIQUE (ONE HEALTH)**

### **2.1. Développement des services de santé**

#### **A. PROJET D'APPUI AUX DISTRICTS SANITAIRES AU TCHAD - YAO ET DANAMADJI**

##### **I. Présentation générale du Projet**

Le Tchad, pays à faible revenu avec un PIB de 1.024 USD par habitant en 2014 (Banque Mondiale) présente des indicateurs de santé très faibles. L'espérance de vie est très basse: 51 ans en 2013. Selon les résultats de l'enquête EDST/MICS 2014-2015 (Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad) sur 1 000 naissances vivantes, 72 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire et le risque de décès entre la naissance et la cinquième anniversaire est estimé à 65 pour 1 000. La mortalité infanto-juvénile est quant à elle de 133 pour 1000 selon les mêmes sources.

Le ratio de mortalité maternelle (RMM), une des plus élevés en Afrique au Sud du Sahara, est actuellement estimé à 860 décès pour 100 000 naissances (EDS-MICS 2014-2015). Les maladies transmissibles (maladies diarrhéiques, malaria, VIH/SIDA, et.) sont également très répandues. Le système sanitaire est en outre caractérisé par une faible utilisation des formations sanitaires, des soins de faible qualité, un personnel de santé insuffisant et des approvisionnements en intrants (médicaments et consommables) très irréguliers. Les taux de couverture en première et quatrième consultations prénatales sont respectivement de 64% et 31%, le taux d'accouchements assistés est de 34%, le taux de couverture vaccinale complète avant le premier anniversaire est de 25%,

C'est dans ce contexte que la Direction au Développement de la Coopération Suisse (DDC) a confié au Consortium SwissTPH-CSSI la mise en œuvre du « projet d'appui aux districts sanitaires du Tchad, Yao et Danamadji – PADS » dont les objectifs sont :

**Objectif principal** : contribuer à réduire la mortalité et la morbidité dans les régions d'intervention de la DDC grâce à des services essentiels de qualité accessibles au plus grand nombre.

**Objectif spécifique** : améliorer la performance du système de santé ainsi que l'accès des populations à des services préventifs et curatifs dans les districts sanitaires appuyés, avec un fort accent sur la qualité du paquet minimum d'activités (PMA), particulièrement la santé maternelle et infantile.

##### **II. Effets attendus**

**Effet 1** : l'offre de soins s'améliore tant au niveau qualitatif que quantitatif dans les districts sanitaires appuyés

**Effet 2** : la demande de soins en matière de santé maternelle et infantile et leur utilisation effective augmentent dans les districts sanitaires appuyés

**Effet 3** : le renforcement de l'administration sanitaire au niveau district, régional et national contribue progressivement à une gestion plus transparente, efficace, participative et redevable du secteur de la santé

### **III. Durée du projet/programme**

Du 01.11.2014 au 31.10.2018

### **IV. Budget total (FCFA)<sup>1</sup> :**

6.300.000.000 FCFA dont 1.602.359.063 FCFA pour la période

### **V. Bilan 2016**

#### **5.1. Amélioration des capacités de mise en œuvre des interventions**

La performance globale du projet s'est améliorée durant cette seconde année du fait de la maîtrise progressive des processus par les équipes sur le terrain, et cela malgré l'insuffisance chronique en ressources humaines en santé. En effet, le taux global d'engagement des activités physiques est passé de 61% à la fin de la première année à 70% à la fin de la seconde année, soit une progression de 9 points. L'amélioration des capacités a eu un impact positif sur l'atteinte des effets du projet comme décrit dans les points suivants.

#### **5.2. Atteinte de l'Effet 1 : L'offre de soins s'améliore**

L'appui du projet a porté sur les différents déterminants de la qualité des services comme l'attestent les constats suivants. Le personnel en place a été stabilisé dans la plupart des FOSA appuyées (taux de stabilisation avoisinant les 100% aussi bien pour le personnel féminin que pour les hommes). Les principaux intrants sont mis en place (formations capacitanes avec près de 540 participants en 104 sessions, médicaments disponibles entre 73 et 91%, 4 véhicules livrés y compris 2 pour les PRA, 35 motos offertes aux CS et ECD, outils de gestion disponibles, lots de matériels médicotechniques et informatique). Le personnel est motivé par des primes de performance à travers les COM et l'encadrement des prestataires notamment sur l'utilisation des ordinogrammes pendant les soins offerts aux clients. Le dispositif de soins sera bientôt complété par la construction en cours de 4 CS et la livraison d'équipements biomédicaux dont l'achat international a connu des retards.

Cependant les besoins en ressources humaines insatisfaits conduiront le PADS à proposer au comité de pilotage d'appuyer leur recrutement.

#### **5.3. Atteinte de l'effet 2 : La demande de soins augmente**

Le projet a fait appel cette année aux ONG/Associations à base communautaires expérimentées dans le domaine de la communication sociale à travers des contrats d'objectifs et de moyens (COM). Cette stratégie, en plus des actions quotidiennes du personnel de santé, semble avoir porté fruit.

En effet, les nouveaux inscrits en CPE dans le deux DS sont supérieurs à ceux constatés au niveau national et sont en nette progression à Danamadji (passant de 18% en 2015 à 32% en 2016) et à Yao (allant de moins de 4% en début de projet, à 28% en fin 2015 et se stabilisant à 23% en 2016).

---

<sup>1</sup> Le taux de change utilisé ici est celui de fixé dans l'accord inter gouvernemental (02.2015 ; 1 CHF = 525 FCFA) qui diffère du taux de change utilisé en comptabilité (Taux de change pondéré basé sur les transferts successifs du compte en CHF vers le compte en FCFA et les soldes de trésorerie)

L'utilisation de la consultation curative est également en progression (Yao : 21% en 2016 contre 13% en 2015 ; Danamadji: 40% en 2016 contre 33% en 2015).

Selon les données collectées en routine (SIS) le taux de recrutement des femmes en CPN 4 est assez satisfaisant même si une tendance à l'infléchissement est observée dans le DS de Yao (7,05% au démarrage du projet, 16% en fin 2015 et 10% en 2016). Dans le DS de Danamadji, la couverture est aussi stationnaire (20% en 2015 et en 2016). Les tendances à la baisse de performance dans ce domaine seraient plutôt liées aux méthodes nouvelles de mesure des indicateurs (introduction de DHIS2) qu'à une désertion réelle des services par les femmes.

L'organisation récente de la campagne mixte destinée aux populations nomades dans le DS de Danamadji a permis de toucher 1 907 enfants pour la vaccination, 476 femmes pour la CPN et la vaccination contre le tétanos, 700 MLDA distribuées et près de 18 923 doses du vaccin Pastovac administrées au bétail des nomades

L'étude sur les déterminants réalisée au cours de 2016 permet d'affiner le plan de communication et les messages et s'inscrit dans la continuité des travaux réalisés au cours de l'étude de base.

#### **5.4. Atteinte de l'Effet 3 : L'administration sanitaire est renforcée**

Les appuis apportés en terme de capacitation, d'encadrement, de suivi/supervision du personnel et la mise en place des outils de gestion adaptés ont permis d'améliorer la gestion/planification des interventions techniques et des fonds accordés. Ces résultats ont été rendus possibles grâce aussi à l'encadrement de proximité, au respect des règles de gestion contenues dans le Manuel de Procédure du projet et au renforcement des ressources matérielles et logistiques.

Plus spécifiquement l'accent a été mis sur trois composante essentielles : 1) la gestion des approvisionnement et des stocks (formations, supervision, suivi des inventaires, circuit d'approvisionnement et de distribution, dotation de véhicule) ; 2) la gestion des données sanitaires (introduction du logiciel DHIS2 et mise en place de gestionnaires de bases de données) ; 3) la gestion financière au travers du mécanisme de contractualisation (COM) qui appui et exige la mise en place d'outils et de procédures facilitant la justification, la comptabilisation et la tracabilité des dépenses à commencer par l'ouverture d'un compte bancaire par toutes les structures bénéficiaires.

#### **5.5. Principales décisions prises lors du 1<sup>er</sup> Comité de pilotage**

La première réunion du Comité de Pilotage du projet a eu lieu le 19 avril 2016 et a procédé (1) à la validation du rapport annuel d'avancement N°1 et de plan annuel 2 du PADS et (2) à la validation du principe de recrutement de personnel additionnel pour résoudre le manque chronique en ressources humaines dans les deux DS appuyés. Les mesures concrètes de cette dernière décision seront prises lors de la prochaine réunion prévue le 17 janvier 2017.

## **VI. Leçons apprises et défis**

### **6.1. Leçons apprises**

Les leçons apprises à ce stade de mise en œuvre du projet ne sont pas tellement différentes de celles évoquées dans les précédents rapports.

#### **L'insuffisance en personnel de santé limite la performance des équipes actuelles**

La véritable problématique repose sur la faible disponibilité en personnel qualifié qui peuvent hypothéquer l'atteinte des résultats du projet en dépit des efforts déployés dans le renforcement des capacités et malgré la disponibilité conséquente des ressources matérielles et financières. Cette situation explique en partie le nombre encore élevé d'activités non réalisées (30%) au cours de cette année. Les mesures de recrutement de personnels additionnels sous condition de les intégrer dans la fonction publique constituent la seule alternative à prendre en compte.

#### **L'Intégration des équipes sur le terrain ne se déroule pas de manière satisfaisante**

L'intégration des équipes du projet sur le terrain ne se fait pas de façon linéaire en raison des différences socio-culturelles des deux zones mais aussi, et surtout, de la vision que les managers locaux ont de l'appui du projet tant attendu. De manière générale, l'adaptation au changement s'opère plus vite dans le DS de Danamadji. Dans le DS de Yao, l'adaptation au changement a été rendu difficile en raison du « non-management » qui a prévalu dans l'administration de ce DS. Des changements de responsables sont intervenus et la gestion de ce DS connaît une nouvelle dynamique plus pro active.

#### **L'appui du niveau régional n'est pas homogène**

Comme évoqué dans les précédents rapports, l'appui de la DSR du Batha en direction de l'ECD de Yao (surtout à travers les supervisions formatives) a été insuffisamment assuré. L'attention avait été attirée sur le fait que le manque de leadership dans l'ECD impacte négativement la performance des équipes et risque de compromettre l'atteinte des résultats dans ce DS si aucun changement ne s'opère. Après concertation avec la DSR du Batha et la DGAS, une solution a été trouvée. Par contre, le soutien de la DSR du Moyen Chari a été déterminant dans l'implémentation et le suivi des actions du projet dans le DS de Danamadji. Cet appui effectif et constant a permis d'avancer plus facilement dans la planification et le suivi du projet.

#### **Le renouvellement des COSAN/COGES est un perpétuel recommencement**

Le renouvellement et le renforcement des capacités des organes de participation communautaires ont constitué en une reprise complète du processus de désignation des membres des COSAN/COGES. Ces structures en place depuis plus d'une décennie étaient devenues inopérantes et gangrénées par de modes de gestion confisquées par certains leaders villageois. Leur restructuration a donc pris plus de temps que prévu. Les désistements des membres féminins nécessitent aussi une poursuite de la promotion de la prise en compte du genre dans les activités du projet.

### **La mise en place des Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM) a été longue**

L'approche contractuelle suivie par le projet a fait l'objet de plusieurs rencontres entre, d'une part, les concepteurs (Coordination du PADS, Expert court terme, Direction du projet, MSP) et d'autre part avec les bénéficiaires potentiels. Les contrats ont été véritablement signés en juillet 2016 et les activités ont démarré en août dernier alors que le processus a commencé quasiment en mai 2015. Le concept COM et les outils de sa mise en œuvre n'étant pas clairement définis dès le départ, il a fallu se mettre d'accord sur la vision puis sur l'élaboration des documents. De plus, la convention cadre entre le consortium Swiss TPH-CSSI et le MSP qui devait entériner cette contractualisation a été signée avec beaucoup de retard (début 2016).

### **La construction / réhabilitation des infrastructures et la mise en place des équipements médicotecniques ont pris du retard**

Le processus de passation de marché dans ces 2 volets a pris plus de temps que prévu. La préparation et le lancement des marchés de construction ont duré presque 12 mois, (avril 2015 à mai 2016). Les contrats ont été signés en juillet 2016 et les travaux ont débuté seulement en septembre 2016. Le marché concernant le volet équipements médicotecniques a été scindé en deux parties dont la plus importante est lancée en appel d'offres international et une petite partie en commande local au Tchad. L'appel d'offre international a été lancé depuis juin 2016 et n'a pas encore abouti du fait de l'absence de réponse qui a ensuite nécessité des consultations restreintes dont l'une d'elle est en train d'aboutir. Le glissement du calendrier global au démarrage du projet et la lourdeur des procédures de passation de marché ont impacté le plan de passation de marché.

### **Les coûts des travaux d'infrastructures ne permettent pas de réaliser l'ensemble des besoins identifiés**

Le coût d'un centre de santé s'est révélé relativement coûteux au regard du budget prévu et des besoins identifiés. Par exemple, la construction d'un centre de santé, basée sur les normes du MSP, dépasse la somme de 300'000 CHF. En effet selon les prévisions effectuées après la construction des quatre (4) centres de santé en cours, la construction de magasins pour chacune des PRA doit pouvoir se faire mais les réhabilitation de deux autres centres de santé et la construction de pharmacies pour les hôpitaux de district sont rendues hypothétiques.

A ces coûts s'ajoutent des frais très importants d'accompagnement technique par le cabinet d'architecture qui nécessiteront l'adaptation du budget.

### **6.2. Pérennisation et transfert de compétences**

Sur le plan de la gestion des ressources et des activités, le transfert de compétences se fait au quotidien grâce à la présence des experts locaux du projet. Néanmoins, comme évoqué plus haut, ce transfert de compétences est conditionné par la mise en place des ressources humaines qualifiées en nombre suffisant, fidélisées et gérées de façon rationnelle (sans turn over négatif). En attendant l'amélioration de la situation du personnel, des initiatives sont déjà engagées afin d'opérer ce transfert de compétence grâce à l'appui de proximité des experts du projet sur le terrain (voir capacitation des médecins des hôpitaux appuyés en compétences chirurgicales évoquée dans nos précédents rapports). Pour l'instant, ce transfert se fait

timidement. Cependant, la volonté du MSP de transformer les 2 HD appuyés par le projet en lieux de stage en chirurgie essentielle est affichée.

Les transferts de compétence en matière de gestion à tous les niveaux devraient également contribuer à la pérennisation des changements entrepris pour l'amélioration durable en ce qui concerne notamment les ressources (médicaments et finances) et l'information sanitaire.

### **Renforcement et transfert des compétences au partenaire local du consortium**

Le renforcement des capacités du partenaire local du Consortium (CSSI) dans le domaine de la gestion financière, l'évaluation de ses coûts et la tarification adéquate de ses prestations pour garantir son autonomie financière est une exigence contractuelle qui doit s'opérer tout au long du projet. Les actions de renforcement se poursuivent à travers les procédures et outils de gestion validés par les deux parties.

Le contrôle et suivi régulier de la gestion financière du projet par le siège de Swiss TPH donne lieu à des échanges réguliers avec l'équipe du projet et constitue une activité concrète d'appui du partenaire. Le backstopping régulier est assuré par les experts du siège de Swiss TPH à travers les visites sur le terrain et les vidéo-conférences sur Skype.

## **B. PROJET DE SENSIBILISATION SUR LES FISTULES OBSTETRIQUES DANS LES REGIONS DU MOYEN CHARI ET DU LOGONE ORIENTAL**

### **I. Présentation générale du Projet**

La FO constitue réellement une tragédie à de nombreux égards. En plus des lésions physiques, les femmes victimes de la fistule en viennent souvent à être rejetées par leurs maris, par leurs familles ou par toute la société. Elles sont tenues à l'écart de toutes les activités, même religieuses.

Au Tchad, on enregistre plus de 340 cas par an, avec des zones de forte prévalence comme le Ouaddaï et le Chari- Baguirmi. Dans le Moyen Chari et le Logone Oriental, la prévalence n'est pas bien connue mais un certain nombre de facteurs permettent de supposer que c'est une complication obstétricale fréquente. En effet il y a une insuffisance des SOU et en particulier des SOUB, un faible taux d'accouchement par du personnel qualifié, une population analphabète en majorité avec un faible pouvoir économique, la persistance des mariages précoces, l'enclavement et la difficulté d'accès aux soins de SR de base.

Pourtant, les causes de cette maladie sont identifiées et les moyens de prévention et de prise en charge existent.

C'est pourquoi le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI), avec le soutien technique et financier de l'UNFPA a entrepris des actions de sensibilisation et de mobilisation sociale dans la région du Moyen Chari en 2013 et 2014.

Un accord de partenariat a été signé avec l'UNFPA allant de juillet à décembre 2016 pour la mise en œuvre du Projet.

### **II. Résultats attendus du Projet**

- Des relais communautaires sont identifiés et mènent des activités de sensibilisations sur les causes de survenue des fistules obstétricales dans leurs communautés respectives ;
- Des campagnes régulières de sensibilisation sur les facteurs de risque des FO sont menées au niveau des populations ;
- Les populations des districts de Danamadji, Kyabé et Goré sont sensibilisées et connaissent les causes de survenue des fistules obstétricales ;
- La fréquentation des services de santé de la reproduction est augmentée.

### **III Stratégies de mise en œuvre du Projet**

- Renforcement des capacités des agents de santé, des membres d'associations et des relais communautaires ;
- Sensibilisation continue des populations en vue d'un changement de comportement positif par rapport aux facteurs de risques de la FO (mariages et grossesses précoces, non accouchement dans les services de santé, travail prolongé/dystocie etc.) ;
- Plaidoyer au près des autorités administratives, religieuses et coutumières pour la fréquentation des services SR ;

- Suivi et supervision.

#### **IV. Durée, budget et cible du Projet**

Le Projet a été exécuté de juillet à décembre 2016 dans les trois districts cités ci-haut.

Budget : 13 000 000 XAF

#### **V. Zone d'intervention du Projet**

Le Projet a été exécuté dans deux régions du sud du pays. Il s'agit de la délégation sanitaire régionale du Moyen-Chari (Districts sanitaires de Kyabé et de Danamadji ) et de la délégation sanitaire régionale du Logone Oriental (District sanitaire de Goré).

#### **VI. Bilan 2016**

Plusieurs activités ont été réalisées dans le cadre de ce Projet. Il s'agit entre autres de :

- Missions d'identification des points focaux, relais communautaires et accoucheuses traditionnelles dans les zones du projet ;
- Missions de formation des points focaux, relais communautaires et accoucheuses traditionnelles dans les zones du projet ;
- Réunions de plaidoyer à l'endroit des autorités administratives, traditionnelles et religieuses en faveur de la lutte contre les fistules obstétricales.

##### **VI.1. Missions d'identification des points focaux (PF), relais communautaires (RC) et accoucheuses traditionnelles (AT) dans les zones du projet**

La mission s'est déroulée du 02 au 09 août 2016 dans les zones du Projet et a pour but d'identifier les relais communautaires (RC) et les Associations à base communautaires (ABC) en vue de démarrer les activités en faveur des femmes victimes de fistules obstétricales.

Les principales activités menées au cours de cette mission sont les suivantes :

1. rencontres avec les Autorités Sanitaires et Administratives des Régions du Moyen-Chari et du Logone oriental;
2. tenue des réunions de travail avec les Equipes Cadres des deux régions sanitaires ;
3. identification des Relais Communautaires et des Associations à Base Communautaire dans les districts sanitaires de Danamadji, Kyabé et Goré ;
4. désignation d'un (1) point focal FO dans chacun des trois districts sanitaires.

La mission s'est rendue d'abord dans les deux districts sanitaires de la région du Moyen-Chari avant d'en arriver à celui du Logone Oriental. Au cours des différentes rencontres avec les Délégués Sanitaires, les Equipes Cadres des délégations et des districts sanitaires, la mission a expliqué de long en large la problématique liée aux fistules obstétricales (FO) et la volonté commune du CSSI et de l'UNFPA à œuvrer pour prévenir cette maladie et améliorer le bien-être des femmes qui en sont victimes.

Le Moyen-Chari a bénéficié de cette action en 2014 ; ce qui a permis à l'UNFPA de financer une caravane d'opération des fistules à Sarh en Octobre 2015. Au total 24 femmes opérées avec 22 guérisons et 2 échecs. La difficulté relevée par rapport à cette caravane réside dans le transport des femmes fistuleuses à Sarh et leur suivi post opération. Le Moyen-Chari disposait

déjà de 2 points focaux au niveau régional qui coordonnaient les activités. Un de ces points focaux a accompagné la mission dans le district sanitaire de Danamadji.

Pour le Logone Oriental, très peu d'activités en faveur des femmes victimes de FO ont été menées par le passé.

Compte tenu du budget limité, l'équipe du CSSI a travaillé pour l'année 2016 avec un point focal choisi localement dans chacun des trois districts sanitaires.

A Sarh, l'équipe a rencontré la présidente de la Cellule de Liaison des Associations Féminines (CELIAF) avec qui elle a échangé sur la possibilité de conjuguer les efforts dans le même but de lutter contre les FO. La présidente de la CELIAF a marqué sa volonté d'accompagner ces actions en mettant à contribution ses RC de la zone de Kyabé.

Dans les trois districts sanitaires, la situation se présente comme suit :

**a) Découpage administrative**

District sanitaire	Nombre de ZR	Nombre de ZR fonctionnelles	Nombre de RC à former
Kyabé	32	29	14
Danamadji	39	19	32
Goré	22	21	44
Total	93	69	90

**b) Points focaux des districts sanitaires**

District sanitaire	Nom et Prénoms du point focal	Fonction	Contact
Kyabé	Kalko Job	Responsable de la maternité	66 66 65 53
Danamadji	Memadji Armelle	Responsable Adjoint de la maternité	66 63 76 23
Goré	Ramada Barka	Responsable de la maternité	66 03 96 14

**VI.2. Missions de formation des points focaux, relais communautaires et accoucheuses traditionnelles dans les zones du projet**

L'objectif principal de ces ateliers de formation est d'outiller les participants des connaissances nécessaires permettant la recherche, l'identification et l'orientation des cas de FO vers les structures sanitaires pour leur prise en charge. Pour la formation de Danamadji, 15 AT et 32 RC étaient invités. A Kyabé se sont 15 AT et 14 RC.

Le tableau suivant indique les dates des formations et le nombre de participants par district sanitaire :

District sanitaire	Date	Nombre de participants		
		AT	RC	PF
Danamadji	26 au 27/09/2016	15	32	1
Kyabé	28 au 29/09/2016	15	14	1

Goré	04-05/11/2016	15	44	1
<b>TOTAL</b>		<b>45</b>	<b>90</b>	<b>3</b>

Les ateliers se sont déroulés en deux jours dans chacun des trois districts. Les premiers jours étaient consacrés aux apprentissages théoriques sur les notions de FO. Les deuxièmes jours étaient réservés aux connaissances techniques et théoriques de communication pour un changement de comportement (CCC). Des débats enrichissants ont animé les deux jours d'atelier.

Les cérémonies d'ouverture ont débuté par le mot du chef de mission qui a situé le but de la formation en insistant sur les rôles que doivent jouer les RC et les AT dans la lutte contre les FO. Selon lui, Le présent projet mis en œuvre par le CSSI avec l'appui financier de l'UNFPA entend sensibiliser la population afin d'identifier les femmes fistuleuses et les orienter vers les formations sanitaires de la région pour leur prise en charge. Les RC et les AT qui auront détecté un cas de FO et orienté vers une formation sanitaire seront motivés.

Ensuite dans leur mot d'ouverture, les MCD ont souhaité la bienvenue aux participants et à l'équipe de la mission avant de demander aux RC et AT d'être attentif aux modules qui leur seront présentés afin de mieux réaliser le travail qui leur sera confié.

Après la présentation individuelle des participants, deux rapporteurs ont été désignés et le contrat de travail fut fait.

Le premier thème présenté est axé sur les notions clés permettant de comprendre la maladie : la définition d'une FO, les signes de la maladie, les causes, les facteurs et les pratiques favorisant cette maladie et ses conséquences. La FO est une maladie guérissable et comment le MSP avec l'appui des partenaires entend lutter contre cette maladie. Le facilitateur a mis l'accent sur le fait que les causes de la FO sont connues et le traitement est disponible mais malgré cela la maladie demeure toujours un problème. Les conséquences psychosociales font que les femmes victimes de la FO sont rejetées par la société.

Une histoire d'une jeune fille du nom de Terefa mariée à l'âge de 13 ans a illustré ce module.

La deuxième journée a commencé par la lecture et l'amendement du rapport de la première journée.

La stratégie nationale de lutte contre les FO a été développée. En 2003 la prévalence de la maladie était très élevée au Tchad avec 456 nouveaux cas par an (plus fréquent à l'Est du pays). Plusieurs stratégies ont été retenues par le Gouvernement dans le document afin d'atteindre les objectifs d'éradication. Ce sont entre autres :

- ✓ Renforcer l'appropriation de la stratégie nationale de lutte contre les FO par tous les secteurs ;
- ✓ Appuyer le processus d'adaptation du code des personnes et de la famille ;
- ✓ Appuyer le processus d'élaboration et de diffusion des décrets d'application de la loi sur la promotion de santé de reproduction ;
- ✓ Intégrer la problématique des FO dans la politique de santé.

L'avantage d'un accouchement fait par un personnel qualifié dans une formation sanitaire a été présenté. Selon le facilitateur, toutes les conditions sont réunies pour faire un accouchement sécurisé dans une formation sanitaire. Il a aussi entretenu les participants sur les avantages d'une consultation post natale.

Un autre facilitateur a fait une présentation sur la santé maternelle et néonatale (SMN). Il a énuméré les composantes de la SMN, les avantages de la CPN ainsi que ses normes (nombre, rythme et période).

La CCC est le dernier module présenté. Ce module se veut pour objectif global l'approche participative que doivent jouer les RC et les AT pour le dépistage des malades victimes de FO. La définition de certains concepts clés liés à l'IEC fait l'objet d'étape introductive à ce module. La qualité d'un bon communicateur, le rôle qu'il doit jouer et sa mission sont les points saillants de ce module. Le contenu du message, l'environnement et le contexte dans lequel le message doit être livré, le code (langage) à utiliser pour communiquer, le canal ou le support qu'il faut emprunter pour dialoguer et la cible (récepteur) sont là entre autre les choses que l'émetteur (RC et AT) doit maîtriser.

Lors des ateliers, les AT ont signalé 19 cas présumés FO à Danamadji et 11 autres à Kyabé. Les équipes cadres des deux districts sanitaires ont pris la liste de ces cas en vue de procéder à une vérification.

45 mégaphones avec des piles ont été remis pour la sensibilisation de la population aux équipes cadres des trois districts sanitaires.

### **VI.3. Réunions de plaidoyer à l'endroit des autorités administratives, traditionnelles et religieuses en faveur de la lutte contre les fistules obstétricales.**

Une rencontre de plaidoyer a eu lieu dans les trois districts du Projet et a regroupé une soixantaine de participants du 30 novembre au 08 décembre 2016.

Toutes les réunions de plaidoyer ont été présidées par les responsables administratifs des différentes localités.

Après l'introduction faite par les MCD et les présidents de séance, la parole est accordée au chef de mission pour un exposé sur les FO. Trois grands points ont marqué cette intervention à savoir :

- ✓ L'ONG CSSI et son partenariat avec le MSP et l'UNFPA
- ✓ Le plan stratégique National de lutte contre les FO
- ✓ L'histoire d'une fille du nom Terefa mariée à l'âge de 14 ans

1. L'ONG CSSI et l'UNFPA accompagne le MSP dans sa lutte contre les FO à travers une collaboration qui a permis la signature d'un FACE entre les deux institutions. Cette réunion de plaidoyer fait suite à plusieurs activités dans le cadre ce partenariat.

2. Pour mieux organiser la lutte contre les FO, le MSP a élaboré un plan stratégique national qui énumère un certain nombre d'activités à mener. Les FO sont définies, leur cause est essentiellement liée aux accouchements et leurs conséquences sont très graves pour les

fistuleuses et même pour la société. Plusieurs mesures sont prises pour prévenir et traiter les FO dans le document stratégique :

a) Mesures de prévention : la lutte doit se faire à tous les niveaux

**Au niveau des formations sanitaires :** organisation des CPN, mise en place des SONUB et SONU, développement des services de prise en charge de la mère et de l'enfant...

**Au niveau législatif :** promulgation et adoption des textes interdisant le mariage précoce et forcé de même que l'excision.

**Au niveau déconcentré :** application des textes en réprimant les auteurs ou complices des mariages précoces et forcés

**Au niveau communautaire :** sensibilisation pour les accouchements dans les formations sanitaires, identification des fistuleuses et leur orientation dans les formations sanitaires.

b) Mesures curatives

- ✓ Création d'un centre national de traitement des FO
- ✓ Organisation des caravanes de réparation des fistules
- ✓ Gratuité de la prise en charge
- ✓ Réinsertion sociale

3. L'intervention a pris fin avec l'histoire d'une jeune fille du nom Terefa mariée à l'âge de 13 ans. Cette fille est tombée en grossesse et a accouché d'un mort-né par césarienne après trois jours de travail infructueux. Elle a contracté la FO et en regagnant son village, son mari l'a répudié au profit d'une autre femme et tout le village l'a rejeté.

Après cette intervention, plusieurs préoccupations ont été soulevées par les participants. La question sur le mariage précoce est revenue trop souvent. Les autorités administratives ont évoqué l'embarras qu'ils ont à appliquer cette loi qui interdit le mariage précoce du fait des us et coutumes de certaines communautés. Ils ont par ailleurs demandé aux chefs religieux de les aider dans le travail en dénonçant cette pratique si elle survient dans leur communauté.

Le rôle des RC et AT a fait partie des discussions. Pour certains, il faut augmenter leur nombre et les doter des moyens de sensibilisation pour arriver à couvrir un grand nombre de village.

La sensibilisation de masse a été recommandée par les participants pour toucher le grand public.

## **VII. Leçons apprises**

- ✓ Les relais communautaires et les accoucheuses traditionnelles ont joué un rôle très important dans l'identification et l'orientation des femmes fistuleuses vers les structures de prise en charge. Durant la période du Projet, ils ont eu à identifier 35 cas suspects de FO qui sont référés par les districts sanitaires de Danamage et Kyabé à Sarh. 19 des 35 femmes étaient éligibles et opérées à l'hôpital régional de Sarh ;

- ✓ L'implication forte des autorités administratives, traditionnelles et religieuses dans la lutte permet de sensibiliser la population et de s'attaquer aux causes des FO telles que les mariages précoces ;
- ✓ La disponibilité permanente des services de la santé de la reproduction (planning familiale, consultation prénatale, accouchements ...) permet de réduire l'incidence de cette pathologie.

### Conclusion

Le Projet a été très bénéfique dans le cadre de sa contribution à la lutte contre les FO. Il serait souhaitable de signer les accords avec l'UNFPA au début de l'année 2017 pour démarrer les activités très tôt et voir la possibilité d'étendre le Projet à deux ou trois autres régions.

CAS IDENTIFIÉS	Villages	Quartiers
1) BAKOUMAL ALISSA	Koussouba	Eschaya
2) Diensi Mallah	Mattawa	Mirians
3) Gouarou	Ligamou	Houlofaya
4) NGOROU	gouar GOR	Dava-Est
5) SESSE Commande	Yandja	Dava-Est
6) Tormal Kabirandi	Kabirandi	Koumaga
7) KADE Rosalie	Kebidougou	MARO
8) Fils de Naimon (fame)	Soudana	MARO
9) Markohem	Djoko-Djoko	Djoko
10) Nohon	-	-
11) Moutoumou carabo	-	-
12) Guidougou Rachel	Doubaroua	Kailama
13) Moutou	Sohongo	B-10/10
14) Fils de Raboumadi	Boumou	Soudana

15) Koussouba Jamboumou (Gouar)
16) Noutou Koumaga
17) H. Koussouba (Moutou/Bou)
18) Madoug Tabou (Forme Moutou)
19) KADE Yadiou ( - )

Liste des présumés cas de FO signalés par les AT à la formation de Danamadji



Vue partielle des participants à la formation des RC et AT de Danamadji      Remise de mégaphones à Danamadji



Vue partielle des participants à la formation de Kyabé



Vue partielle des participants à la formation de Kyabé



Remise de mégaphones à Kyabé



Réunion de plaidoyer sur les Fistules Obstétricales à Goré dans la DSR du Logone Oriental



Réunion de plaidoyer sur les Fistules Obstétricales à Danamadji dans la DSR du Moyen Chari



Réunion de plaidoyer sur les Fistules Obstétricales à Kyabé dans la DSR du Moyen Chari

## **C. PROJET DE SENSIBILISATION DES ADOLESCENTES ET JEUNES FONCTIONNAIRES DE LA RUE DE 40M DE LA VILLE DE N'DJAMENA SUR LA SANTE DE REPRODUCTION, LA PLANIFICATION FAMILIALE ET LES IST/MST ET VIH SIDA**

### **I. Présentation générale du Projet**

L'afflux de nombreux jeunes ruraux dans les centres urbains crée un réel problème de développement. Désillusionnés, ne sachant à quel saint se vouer, des centaines de milliers de jeunes sont contraints de vivre du système D au marché, d'autres s'adonnent au petit commerce, d'autres encore préfèrent travailler comme garçons ou filles de ménages dans des familles quelque peu aisées. Le lieu de travail d'un grand nombre de ces derniers se trouve dans les quartiers nord de N'Djamena aux alentours de la rue de 40 mètres. D'où l'appellation de travailleurs de la rue de 40 mètres.

Il s'agit des jeunes filles et garçons ayant entre 13 et 20 ans vivant dans la précarité la plus totale, démunis de tout, puisque payés souvent en deçà du SMIG. Ils se regroupent par dizaines pour se partager les frais de loyer d'une chambre. Exposés à tout y compris aux IST, VIH et SIDA, ces jeunes ont fait l'objet d'une attention de l'UNFPA qui, en 2015 a réalisé avec le CSSI une étude sur leur comportement en matière de santé de la reproduction. L'étude a recommandé la prise en charge médicale de ces jeunes comme résultat attendu d'une série d'activités en amont allant de l'identification de leurs leaders en passant par la sensibilisation des cibles et leur orientation/référence vers les CIOJ de l'ASTBEF où des MGE ont été acquis pour leurs soins à titre gratuit.

C'est pourquoi le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI), avec le soutien technique et financier de l'UNFPA, a entrepris des actions de sensibilisation et de mobilisation sociale dans 5 arrondissements de la ville de N'Djamena.

Un accord de partenariat a été signé avec l'UNFPA allant d'avril à décembre 2016 pour la mise en œuvre du Projet.

### **II. Résultat attendu du Projet**

- Les adolescentes et jeunes sont sensibilisés et les fonctionnaires de la Rue de 40m (FR40) sont identifiés et référés vers les services de santé sexuelle et reproductive.
- La fréquentation des services de santé de la reproduction par les FR40 est augmentée.

### **III. Stratégies de mise en œuvre du Projet**

Les stratégies de mise en œuvre du projet se dévoilent sous forme d'activités suivantes :

- Confection de supports de communication pour un changement de comportement (AG e et campagnes de sensibilisation)
- Confection de 600 cartes d'identification et de référence des jeunes
- Organisation des campagnes de Sensibilisation et d'Identification des fonctionnaires de la rue de 40M et leur référence vers les centres de santé ASTBEF
- Organisation des campagnes de leçons de vie
- Suivi et supervision

- Paiement d'une partie des charges liées à l'inauguration des activités d'information et d'accès aux services SR des élèves du Lycée Féminin de N'Djaména
- Acquisition des kits (savon, détergent, kits de dignités, etc.) pour encourager les jeunes à fréquenter les services du Centre d'Information et d'Orientation des Jeunes (CIOJ).

#### **IV. Durée, budget et cible du Projet**

- Le Projet a été exécuté de mai à décembre 2016 (soit 8 mois).
- La cible principale visée par le projet est constituée des jeunes et adolescentes appelés communément « fonctionnaires de la rue de 40m ».
- Le budget alloué au projet est de 45 000 000 XAF.

#### **V. Zone d'intervention du Projet**

Le Projet a été exécuté dans cinq arrondissements de la ville de N'Djaména : 1er (quartiers Djougoulie et Zaraf), 6eme (quartier Moursal), 7eme (quartiers Chagoua, Boutalbagar & Amtoukoui), 8eme (Ndjari) et 9eme arrondissements (Walia).

#### **VI. Bilan 2016**

Plusieurs activités ont été réalisées dans le cadre de ce Projet. Il s'agit entre autres de :

- Organisation d'une réunion avec les partenaires impliqués dans sa mise en œuvre, à savoir : Les Ministères de la Jeunesse et des Sports (MJS), de la Santé Publique (MSP), de l'Action Sociale (MASFSN), des médias publics et privés (ONRTV et Radio FM Liberté) et de l'ASTBEF
- Organisation d'une réunion d'information et d'implication des leaders des communautés d'origine de ces jeunes cibles et des jeunes leaders
- Confection des supports de communication (1500 casquettes et 1500 t-shirts)
- Confection de 600 cartes d'identification et de référence des jeunes FR40
- Organisation d'une assemblée générale regroupant des jeunes des arrondissements concernés par les campagnes de sensibilisation et des organisations concernées telles que le MASFSN, MSP, MJS, ASTBEF, les medias, les leaders, etc.
- Organisation de 10 campagnes de sensibilisation dans les arrondissements ciblés par le projet
- Réunions de suivi-évaluation des activités
- Paiement d'une partie des charges liées à l'inauguration des activités d'information et d'accès aux services SR des élèves du Lycée Féminin de N'Djaména
- Acquisition des kits (savon, détergent, kits de dignités, etc.) pour encourager les jeunes à fréquenter les services du Centre d'Information et d'Orientation des Jeunes (CIOJ).

##### **1. Réunion de lancement des activités avec les partenaires impliqués**

La réunion de lancement des activités du PTA 2016 a eu lieu au mois de mai dans la salle de réunion du CSSI et a vu la présence des représentants des organisations suivantes invitées :

ASTBEF, MJS, ONRTV et FM Liberté. Le MSP et l'UNFPA aussi invités, se sont excusés pour des raisons de conflits d'agenda. L'objectif visé par la réunion était double :

- Présenter à l'assistance le projet et le programme de sa mise en œuvre en vue de requérir son adhésion et son implication ;
- Recueillir les avis et conseils de l'assistance afin de recadrer éventuellement le programme.

A l'issue de la réunion, à laquelle ont participé activement les invités présents, il s'est dégagé que les représentants des organisations partenaires ont compris le bien fondé du projet et ont manifesté leur volonté de collaborer avec le CSSI et l'UNFPA à sa réussite.

## **2. Réunion d'information et d'implication des leaders des communautés d'origine des jeunes cibles et des leaders des jeunes**

L'objectif de cette réunion est triple :

- Présenter et expliquer le contenu du projet aux leaders des communautés d'origine des jeunes ;
- Convaincre les leaders d'adhérer au projet et de s'impliquer dans sa mise en œuvre afin d'atteindre ses objectifs ;
- Convaincre les leaders de mobiliser les jeunes afin de venir massivement assister à l'Assemblée Générale du 5 juin.

Les objectifs de la réunion avec les leaders des communautés des jeunes ont été atteints car ceux-ci se sont tous engagés à travailler, pas seulement à la mobilisation des jeunes pour venir à l'assemblée générale, mais aussi à y venir eux-mêmes afin de transmettre un message aux représentants des organisations et institutions qui seront invitées. Ils ont aussi fait des propositions par rapport aux institutions à inviter et à l'agenda des activités de l'assemblée générale.

## **3. Confection de supports de communication pour un changement de comportement (à s'en servir lors de l'AG et des campagnes de sensibilisation)**

1500 t-shirts et 1500 casquettes ont été confectionnés dans le cadre du projet pour servir de supports de communication lors de l'assemblée générale et lors des différentes campagnes de sensibilisation. Sur ces supports figurent les logos de l'UNFPA et du CSSI et sont inscrits des messages de sensibilisation suivants : « Moi jeune, je dis...Non aux mariages trop tôt ; Non aux grossesses trop tôt ; Non aux IST/MST et VIH SIDA ». Ces supports ont été distribués à tous les participants à l'Assemblée Générale et ont servi de récompense aux participants qui ont donné des réponses justes aux questions posées dans le cadre de la sensibilisation.

## **4. Confection des cartes d'identification et de référence**

600 cartes d'identification ont été confectionnées en 2016 pour s'ajouter aux 500 cartes confectionnées en 2015 et porter à 1100 le nombre total des cartes d'identification. 1100 est

aussi l'objectif à atteindre dans le cadre des références des FR40 vers les centres de l'ASTBEF. Les cartes portent les logos de l'UNFPA, du CSSI, de l'ASTBEF et du Ministère de la Santé Publique.

### **5. Assemblée Générale (AG) avec les organisations partenaires, les leaders des jeunes et les jeunes eux-mêmes**

L'AG s'est tenue dans la matinée du 5 mai 2016 dans la salle de conférence de la Maison de la Femme du Tchad.

357 fonctionnaires de la rue de 40 y ont pris part, ainsi que des représentants de la presse écrite et visuelle, des représentants du CSSI, du Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, du Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité Publique, du Ministère de l'Administration du Territoire, de l'UNFPA, soit au total 369 participants.

Des déclarations ont été faites par le Représentant des leaders des communautés d'origine des FR40 et de celui du Directeur du CSSI.

L'intervention du Porte-parole des FR40 a porté essentiellement sur les diverses raisons qui ont poussé les jeunes appelés FR40 à quitter leurs terroirs pour venir à N'Djaména où, à cause de leur faible niveau d'instruction, ils exercent des métiers de domestiques, d'ouvriers sur des chantiers de construction, de cireurs ou vendeurs ambulants.

Il a notamment cité :

- Le conflit agriculteur-éleveur
- La pauvreté des parents
- Le phénomène des enfants bouviers
- Le changement climatique
- Le manque d'école et/ou d'enseignant qualifié dans les régions d'origine des FR40
- Etc.

Comme solutions, il a proposé entre autres :

- L'implication réelle des autorités politiques dans la résolution définitive du conflit agriculteurs-éleveurs
- La création des centres de formations professionnelles accessibles aux FR40
- L'octroi des crédits agricoles
- L'interdiction de la vente de la drogue (appelée Tramol)
- L'interdiction des couteaux et autres machettes à double tranchant qu'utilisent les FR40 pour se mutiler ou se tuer, etc.

Il a remercié le FNUAP pour cette initiative salutaire et a rassuré les organisateurs de la disponibilité des FR40 présents à l'AG à contribuer activement à la réussite du programme d'activités initié en leur faveur.

Le Représentant du Directeur du CSSI a insisté quant à lui sur l'urgence pour le gouvernement du Tchad et ses partenaires techniques et financiers de se pencher sérieusement sur le phénomène des FR40 qui est en train de devenir un problème national. Selon lui, le présent projet mis en œuvre par le CSSI avec l'appui financier de l'UNFPA entend sensibiliser les jeunes d'une manière générale et d'identifier parmi ces jeunes les FR40 et les orienter vers les centres ASTBEF pour leur prise en charge gratuite.

En somme, l'AG a été l'occasion d'interpeller la conscience de l'ensemble de la société tchadienne et notamment des décideurs politiques et des partenaires du Tchad sur le phénomène des FR40; de partager avec l'ensemble des FR40 présents le contenu du programme d'activités en cours d'exécution en leur faveur.

## **6. Organisation des campagnes de sensibilisation sur la SR, le PF et les IST/MST et VIH SIDA**

10 campagnes ont été organisées (AG y compris), dans 5 arrondissements de N'Djaména (1er, 6ème, 7ème, 8ème et 9ème).

Ces campagnes ont permis de toucher (identifier, recenser et référer) 988 jeunes et adolescents âgés de 12 à 39 ans, dont 561 de sexe féminin et 427 de sexe masculin.

287 adolescents et jeunes référées sont arrivés au CIOJ dont 180 de sexe féminin et 40 de sexe masculin.

Au stade actuel du projet, ces campagnes de sensibilisation ont permis d'identifier 1085 d'entre eux (658F et 427M) qui ont été régulièrement référés au CIOJ.

A fin décembre 2016, 287 (222F et 65M) jeunes référés ont réellement sollicité les services du CIOJ.

## **7. Réunion de suivi-évaluation**

Après l'organisation des trois 1eres campagnes de sensibilisation qui ont eu lieu au cours du 2<sup>nd</sup> trimestre de l'année, trois réunions furent organisées afin d'évaluer les résultats provisoires de la mise en œuvre du projet. Sur les 3 réunions, deux eurent lieu en présence des staffs managériaux (Représentant Résidant de l'UNFPA et Directeur du CSSI) des 2 institutions partenaires et une réunion eut lieu entre les techniciens (Charges des programmes) des deux institutions. Ces réunions bilatérales ont permis de constater le faible taux de fréquentation des centres ASTBEF par les FR40 et recommandé la révision des stratégies de mise en œuvre afin de booster le taux de fréquentation des centres ASTBEF par les jeunes cibles. Les réunions de suivi-évaluations ont permis d'identifier les causes de la faible fréquentation des centres ASTBEF par les jeunes référés et recommandé notamment l'organisation des campagnes de sensibilisation dans des lieux proches des dits centres et d'acquiescer des kits d'encouragement pour les jeunes. Ces nouvelles stratégies ont porté fruit.

## **8. Acquisition des kits pour encourager les jeunes à fréquenter les centres ASTBEF**

Activité non prévue dans le FACE initial, l'acquisition des kits d'encouragement fut une recommandation des techniciens commis par les managers pour réfléchir sur les meilleurs moyens de convaincre les FR40 à fréquenter les centres de sante ASTBEF où ont été acquis et disposés des MGE pour leur prise en charge gratuite. Elle fut inscrite dans le FACE du dernier trimestre et fut mise en œuvre au mois de décembre. Ces kits sont constitués de savon de linge et de toilettes, de détergent, des paquets de sucre et des couches féminines.

## **9. Paiement d'une partie des charges liées à l'inauguration des activités d'information et d'accès aux services SR des élèves du Lycée Féminin de N'Djaména**

Dans le cadre de la visite au Tchad du Directeur Exécutif de l'UNFPA, la Représentation Nationale de l'organisation a entrepris de réfectionner le Lycée Féminin de N'djamena avec des messages clés sur la SSR des filles. Fut également réfectionnée et renforcée en équipement, l'infirmerie du Lycée. De même qu'une salle d'informatique fut ouverte et équipée d'ordinateurs. Enfin, un grand événement fut organisé le 1<sup>er</sup> juin et le Ministère de l'Education en personne a honoré de sa présence l'événement. Plus de 2500 élèves issus du Lycée féminin et d'autres établissements de la ville furent invités ainsi que plusieurs invités de marque dont des personnalités politiques et des ambassadeurs des pays amis du Tchad. L'UNFPA, a expressément demandé au CSSI de prendre en charge une partie des frais liés à l'organisation de ces activités. Il s'agit notamment du paiement des frais liés au communiqué radiodiffusé, au déploiement des policiers ayant assuré la sécurité des biens et des personnes lors de l'activité, aux hôtes, à la location des chaises et tentes, au rafraichissement et sandwich, etc.

## **VII. Leçons apprises**

- Les cadres et leaders des communautés d'origine des FR40 sont conscients des problèmes que causent ces derniers dans la communauté et entreprennent déjà des actions pour les retenir au village. Mais ces actions sont de faible portée car ils sont limités par les moyens.
- Les autorités politiques, et notamment le Ministère de l'Action Sociale sont aussi conscientes du problème et essaient d'y remédier à travers le FONAJ. Mais la portée de cette action est aussi limitée.
- Tout le monde est d'accord que, pour éradiquer durablement le problème que cause cette frange vulnérable de la société, il faut créer les conditions pour les retenir dans leur terroir.
- Tout le monde apprécie que l'UNFPA s'intéresse à la question de la SSR de ces jeunes en milieu urbain.
- Les FR40 sont assez organisés et obéissent à leurs leaders.

## **VIII. Conclusion**

Le Projet a été très bénéfique dans le cadre de sa contribution à la lutte contre les IST/MST et VIH et à l'utilisation des services SR en milieu jeune. Il serait cependant souhaitable, pour avoir plus d'efficacité, de signer les accords avec l'UNFPA au début de l'année 2017 pour démarrer les activités très tôt et voir la possibilité d'étendre le Projet aux régions d'origine des FR40.



Une image de l'assemblée generale



Une vue de la cérémonie au Lycée Féminin



Une vue d'une campagne de sensibilisation



Moment d'identification et de référence des FR40

## **D. PROJET DE SURVEILLANCE ACTIVE DES PARALYSIES FLASQUES AIGUES DANS LES 4 DS DE LA DSR DE HADJER LAMIS**

### **I. Présentation générale du Projet**

Dans un passé très récent, le Tchad faisait partie des pays les plus affectés par la poliomyélite, se classant même au 1er rang dans la région Afrique de l’OMS. Grâce à l’engagement continu du gouvernement appuyé par ses partenaires, le pays a atteint un statut d’arrêt de la transmission pour deux années consécutives (2013 et 2014). Les derniers cas de poliovirus sauvage (PVS) et de poliovirus circulant de souche vaccinale ont été notifiés respectivement en juin 2012 et mai 2013. Au cours des deux dernières années, les efforts ont été intensifiés sur toutes les composantes de l’éradication de la polio: organisation de campagnes de vaccination de qualité, renforcement de la surveillance épidémiologique, renforcement de la vaccination de routine et organisation de ripostes aux épidémies, plan de revitalisation de la chaîne de froid, renforcement de la communication de proximité pour accroître la sensibilisation de la communauté, amélioration du processus et du système de collecte et d’analyse de données. Un travail quoiqu’insuffisant a été mené avec les chefs communautaires et religieux. Il y a aussi l’implémentation de la stratégie « Atteindre Chaque District » pour l’atteinte des populations mal desservies (nomades, insulaires, déplacés) en vue d’obtenir un renforcement de l’immunité collective. Malheureusement cette stratégie n’a pas couvert tous les districts à problème. Les couvertures vaccinales restent faibles. Selon l’enquête de couverture vaccinale 2012, MSP, seuls 52% des enfants de moins d’un an ont reçu le VPO3.

Avec l’épidémie régionale actuelle qui a commencé au Cameroun en Octobre de l’année 2013, la situation est susceptible de s’amplifier eu égard à la situation politique et humanitaire délétère dans les pays voisins : Centrafrique, Nigéria avec des répercussions au Cameroun et au Niger. La menace de réimportation transfrontalière étant bien réelle, tous les acteurs de l’éradication doivent davantage redoubler d’efforts, afin de maintenir cette dynamique gagnante, en vue d’accroître au maximum la couverture vaccinale au niveau des frontières et sur tout le territoire.

L’évaluation de la performance de la surveillance épidémiologique menée dans le cadre d’une revue externe du PEV en juillet 2012 avait identifié de nombreuses faiblesses et l’équipe d’évaluation a estimé que le système de surveillance du Tchad n’était pas suffisamment sensible pour garantir la détection des cas de PVS en période de basse transmission. Parmi les faiblesses relevées par la revue, il y a notamment:

- l’insuffisance en personnel formé en surveillance au niveau opérationnel ; la formation/briefing n’a touché que 31% des cliniciens, 25% d’infirmiers des centres de santé et 15% des points focaux des districts,
- la faible connaissance par les RCS (49%), les cliniciens (38%) des définitions des cas des définitions des cas ainsi que des procédures d’investigation (13% et 10%);
- les délais d’acheminement des selles depuis le niveau périphérique jusqu’au laboratoire qui restent élevés (6 jours),
- la non opérationnalité de la surveillance à base communautaire dont à peine 13% du personnel sanitaire des centres de santé a eu un contact avec un tradipraticien,
- L’insuffisance de supervision et de la rétro information à tous les niveaux,

- La faible implication des informateurs clés de la communauté dans la surveillance active des PFA : tous les tradipraticiens rencontrés par les évaluateurs ont affirmé ne pas avoir des visites des chargés de la surveillance aussi bien des Régions que des Districts sanitaires.
- L'existence des cas de PFA non détectés/non investigués par le système de surveillance.

Au regard des faiblesses observées, le système de surveillance peut laisser échapper des cas de PFA et par conséquent une circulation de PVS. Cette situation n'a guère évolué fondamentalement.

Aussi, le centre de Support en Santé Internationale (CSSI), qui est une ONG de droit Tchadien, active dans le domaine de la santé et de l'humanitaire, entend apporter sa contribution au Gouvernement Tchadien et ses partenaires dans cette lutte. La présente proposition veut assurer une surveillance efficace des PFA dans la région du Hadjer Lamis, ce qui contribuera à réduire la circulation des poliovirus sauvages dans cette région et partant dans le pays. Le CSSI connaît bien l'environnement dans cette région pour y avoir travaillé dans le cadre du Projet Santé Nomade (voir plus bas).

Pour renforcer la surveillance dans la région du Hadjer Lamis, un focus sera porté aux zones limitrophes du Lac Tchad qui sont non seulement des zones d'accès difficile mais aussi le lieu de passage des nomades et transhumants. Une surveillance active sera mise en place à travers des points focaux dans chaque district, la mise en place d'un réseau de relais communautaires au sein des populations sédentaires et nomades.

Les relais bénéficieront d'une formation et surtout d'un suivi rapproché (ce qui ne se faisait pas avant). Les relais des zones d'accès difficile et ceux nomades seront dotés en téléphone portable pour transmettre les données à tout moment. Un système de motivation des relais (inexistant auparavant) sera mis en place sous forme de paiement d'une prime pour tout cas dépisté et confirmé. Les points focaux du ministère de la santé seront aussi encouragés à mener effectivement les visites à travers une motivation à la performance.

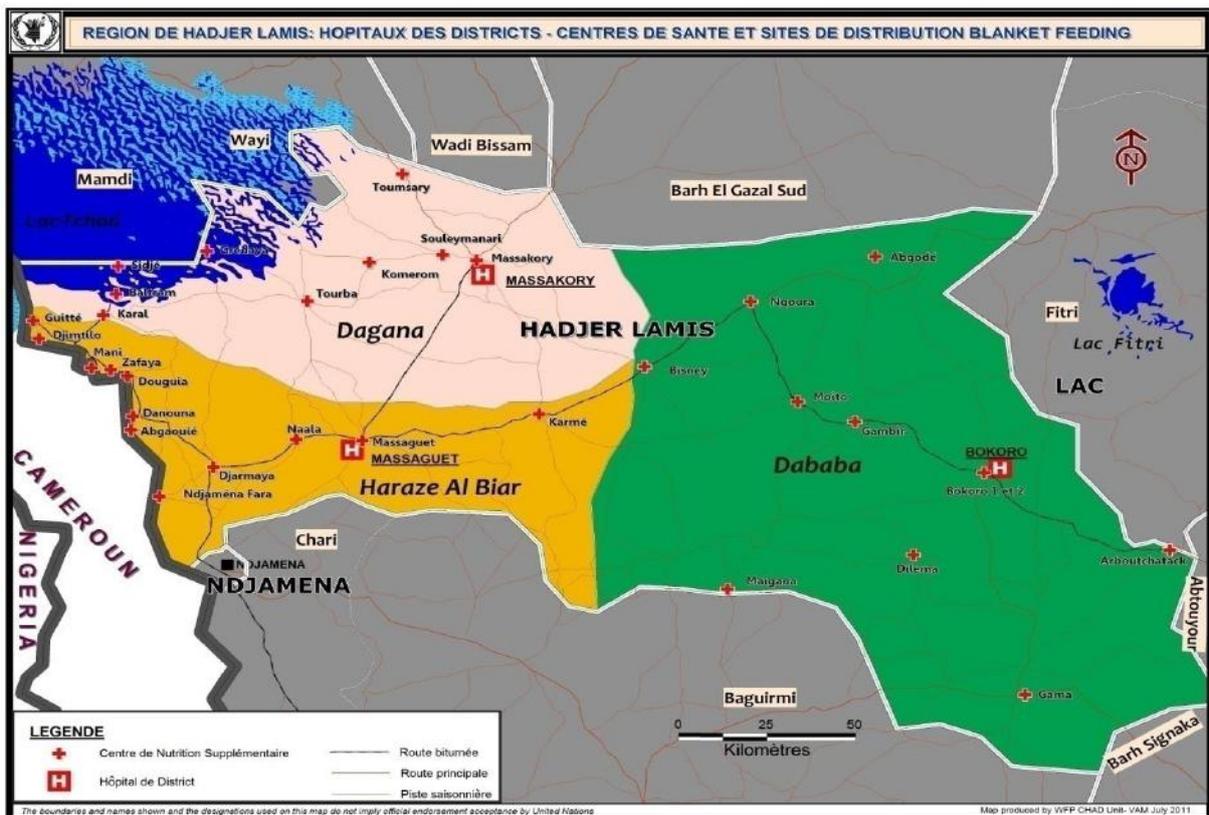
### **Caractéristiques de la région du Hadjer Lamis**

Selon l'annuaire des statistiques sanitaires du MSP, année 2012, la région du Hadjer Lamis compte 04 districts fonctionnels (Bokoro, Mani, Massaguet, Massakory) et 55 zones de responsabilité dont 43 fonctionnelles. La région comporte des districts frontaliers soit avec le lac Tchad ou le Cameroun à savoir Mani et Massaguet

La région est caractérisée par la faiblesse des indicateurs de surveillance PFA par rapport à la moyenne nationale. Beaucoup de districts y sont silencieux. Le système de surveillance mis en place bien que fonctionnel est marqué par une faible sensibilité. Les points focaux mis en place dans les districts ont plusieurs responsabilités et de ce fait n'arrivent que très difficilement à mener les activités de surveillance. Les relais communautaires ont été mis en place dans certaines zones de responsabilité mais sont peu suivis et démotivés et par conséquent leur rendement est très faible.

Selon les présentations au Hub d'avril 2016, la Délégation Sanitaire Régionale de Hadjer Lamis a une superficie de 40 090 km<sup>2</sup> pour une population de 761989 habitants soit une densité de 19 hbts/km<sup>2</sup>. Elle comprend 7 Districts Sanitaires dont 4 fonctionnels (Districts de Massakory, Massaguet, Bokoro et Mani) et 3 non fonctionnels (Karal, Moyto et Gama). Elle compte également 03 Hôpitaux de District (Massaguet, Bokoro et Mani), 01 Hôpital régional à Massakory et 82 Zones de Responsabilités dont 70 fonctionnelles.

D'après les résultats de l'évaluation du SSEI de 2012, la région est caractérisée par la faiblesse des indicateurs de surveillance PFA par rapport à la moyenne nationale. Beaucoup de districts y sont silencieux. Le système de surveillance mis en place bien que fonctionnel est marqué par une faible sensibilité. Les points focaux mis en place dans les districts sont peu nombreux et en plus ils ont plusieurs responsabilités et ils arrivent très difficilement à mener de manière efficace les activités de surveillance. Les relais communautaires qui ont été mis en place dans certaines zones de responsabilité ne sont pas d'abord pour la SSEI. D'ailleurs ils sont peu suivis et démotivés et par conséquent leur rendement est très faible.



## **Objectifs :**

Compte tenu des problèmes décrits ci haut, il est fort probable que des poliovirus sauvages puissent circuler dans la Région de Hadjer Lamis sans pour autant être identifiés compte tenu de cette faible performance du système de surveillance.

**Objectif général :** Contribuer à l'arrêt de la transmission des poliovirus sauvages au Tchad.

## **Objectifs spécifiques :**

- Maintenir dans la région un taux de PFA non polio  $\geq 3/100000$  d'ici fin 2016.
- Améliorer la qualité des échantillons prélevés dans les 14 jours suivant le début de la paralysie arrivant au laboratoire (particulièrement le pourcentage de selles adéquates  $\geq 80\%$  et le délai de transport du niveau périphérique vers le niveau central  $\leq$  à 3 jours).

## **II. Résultats attendus du Projet**

- Le nombre de cas de PFA dépistés est augmenté dans chacun des Districts.
- Le pourcentage d'échantillons adéquats dans chacun des Districts est augmenté.

### **III. Stratégies de mise en œuvre du Projet**

- Renforcement des capacités des différents acteurs impliqués dans la surveillance des PFA : Le personnel de santé (responsables de centre de santé, personnel des hôpitaux de district et hôpitaux régionaux) seront briefés sur les PFA, les relais communautaires seront identifiés et briefés sur les PFA ;
- Développement du plaidoyer : un plaidoyer sera fait en direction des responsables administratifs, des leaders traditionnels et religieux) ;
- Développement de la collaboration avec les tradipraticiens : les tradipraticiens sont en général les premiers contacts des malades (PFA ou non) avant le système de santé moderne ; aussi il sera procédé à leur identification, leur sensibilisation sur les PFA et la notification des cas de PFA aux points focaux du district ;
- Développement d'une communication de proximité avec les principaux leaders communautaires pour passer l'information dans leurs cadres respectifs ;
- Mise en œuvre de la surveillance à base communautaire des PFA : des relais communautaires seront identifiés par zone de responsabilité et notamment dans les populations d'accès difficiles. Ils seront briefés sur les PFA et la notification des cas. Ils feront l'objet d'un suivi par les points focaux identifiés ;
- Appui à la supervision et au monitoring : le CSSI se propose de mettre des points focaux par district pour appuyer le système de surveillance local et aussi appuyer la compilation, l'analyse et l'élaboration de rapports de feed back. Ces points focaux seront impliqués aussi dans les autres activités de surveillance.

#### **Dispositif organisationnel du projet**

Dans chaque district, le CSSI recrutera et mettra en place un point focal surveillance PFA, chargé de collecter et analyser les informations relatives aux PFA. Il va assurer le suivi et la supervision des relais communautaires. Les points focaux CSSI seront dotés de motos (Districts de Bokoro, Mani, Massaguet, Massakory). Ces points focaux interagiront avec les responsables sanitaires au niveau local dans un souci de respect du système mis en place.

Des relais communautaires seront identifiés (à peu près une vingtaine par district selon les résultats de la revue qui sera conduite par le consultant), formés et avec un suivi de proximité, ces relais seront identifiés au sein des populations sédentaires et des populations nomades. Pour les relais nomades et ceux des villages d'accès difficile, ils seront équipés de téléphones avec crédits pour transmettre les informations au point focal mis en place par le CSSI.

Un système de motivation des relais sera mis en place sous forme de paiement d'une prime pour tout cas dépisté et confirmé.

Pour les points focaux du Ministère de la santé publique, une session de remise à niveau aura lieu et le CSSI prévoira une prime pour les dits points focaux (cette prime ne sera payée que sur la base de la performance- visites effectives du point focal avec rapport transmis dans le délai).

Au niveau central, un coordinateur du projet sera recruté et assurera la coordination de l'ensemble des activités et supervisera le staff mis en place dans les districts. De même il assurera les relations avec le niveau central (Service de surveillance épidémiologique intégrée). Chaque point focal ainsi que le coordinateur seront dotés en ordinateur portable et modem de clé de connexion pour la transmission des données.

### **Dispositif de suivi évaluation**

- Un rapport mensuel qui fait le point sur le niveau de mise en œuvre des activités sera soumis par le CSSI à la Coordination du SSEI. Le rapport doit faire l'évaluation des indicateurs de processus par rapport aux résultats attendus et une analyse sur les acquis, contraintes et défis dans la mise œuvre du plan.
- Participation aux réunions de suivi et d'évaluation des progrès ou contraintes dans la mise en œuvre du Plan.
- Une évaluation finale du plan sera conduite en fin de projet.

### **IV. Durée, budget et cible du Projet**

- Populations sédentaires et nomades des 4 DS de la Région de Hadjer Lamis (Massakory, Bokoro, Massaguet, Mani), notamment les enfants de tout sexe âgés de 0 à 15 ans.
- Le budget global du projet est de : 99 880 \$.
- La durée du projet est de : 1 an renouvelable après évaluation (précédemment prévue du 1<sup>er</sup> avril 2015 au 31 mars 2016, le projet a démarré théoriquement le 07 juillet 2015 et a pris fin le 31 juillet 2016 soit 13 mois).

### **Principaux bailleurs**

Dans le cadre de ce projet, la Fondation Bill & Melinda Gates (FBMG) est le seul partenaire financier du CSSI. D'autres partenaires comme l'OMS et l'UNICEF accompagnent le CSSI par les orientations, les conseils, dans la formation et les supervisions. Aussi, le Ministère de la Santé Publique à travers le Service de Surveillance Epidémiologique Intégrée (SSEI) appuie techniquement le CSSI dans la tenue des réunions.

### **V. Zone d'intervention du Projet**

La zone d'intervention est constituée des Districts Sanitaires de Massakory, Bokoro, Massaguet et Mani dans la Délégation Sanitaire Régionale de Hadjer Lamis. Tous les Points Focaux (4), les MCD (4), le DSR (1), les Relais Communautaires (48) et les Tradipraticiens identifiés (20) ont été formés et briefés sur la surveillance active des PFA. Les autres personnels de santé impliqués dans la surveillance qui n'ont pas pris part à la formation ont été briefés par les Points Focaux du projet.

### **Présentation des Districts**

- Le District Sanitaire de Massakory, situé dans le Département de Dagana, région de Hadjer-Lamis ; couvre une superficie de 6041 km<sup>2</sup> avec une population totale de 23.6341 habitants en 2015. Le District compte 26 Zones de responsabilité parmi lesquelles 21 fonctionnelles.
- Le DS de Bokoro se trouve dans le Département de Dababa. Il s'étend sur une superficie d'environ 17000 km<sup>2</sup>, sa population totale est de 280.811 habitants. Il compte 28 Zones de responsabilités dont: 18 fonctionnelles ; 2 ZR érigées en Districts mais non fonctionnels: DS de Gama et de Moyto.
- Le district de Massaguet, situé dans le Département de Haraze Al Biar, comprend 13 zones de responsabilités dont 11 fonctionnelles. La population totale est estimée à 129.258 habitants et la population cible PFA (0-15 ans) est estimée à 64.629 soit 2 Points Focaux PFA attendues dans l'année.

- Le district de Mani se trouve dans le Département de Haraze Al Biar. Il compte 13 Zones de responsabilité dont 11 fonctionnelles et une population totale de 99.684 habitants. Dans le domaine de la surveillance épidémiologique, le DS comporte au total 13 sites de visites réparties entre le PF CSSI et le PF de surveillance épidémiologique ; 12 Relais communautaires participent à la mise en œuvre du projet.

## **Equipe de coordination**

### **Interne**

Des missions de prise de contact avec les autorités sanitaires et administratives et de mise en place des Points Focaux du projet, de formation, d'appui et de supervisions formatives ont été effectuées dans la DSR, les DS et les sites de surveillance par l'Assistant au Chef de Département Santé Publique et Développement du CSSI et le Coordonnateur du projet accompagnés des agents du SSEI, des Consultants de l'OMS et UNICEF. L'objectif de ces missions était d'informer, sensibiliser et former sur la surveillance des PFA, de s'assurer du bon déroulement du projet et d'appuyer le staff dans la mise en œuvre du projet. Des réunions internes de suivi ont été également organisées.

### **Externe**

Le CSSI a participé aux différents mécanismes de coordination mis en place par le Ministère de la santé, l'OMS, l'UNICEF et les autres partenaires aussi bien au niveau central et intermédiaire (réunion bilan du Hub Mao, réunions des Clusters Santé-Nutrition et WASH/Eau, Assainissement et Hygiène, ateliers de priorisation et planification des activités et actions de santé...).

### **Niveau de l'OMS**

Le CSSI a eu 3 réunions avec les responsables chargés de la surveillance épidémiologique sur comment mener les activités du projet et l'état d'avancement de ces activités sur le terrain. Il a aussi établi et maintenu une communication permanente téléphonique et électronique avec les responsables chargés de la surveillance épidémiologique pour se donner des informations.

### **Niveau Ministère de la santé**

Le CSSI a eu 3 rencontres de prise de contact, d'information et d'orientation avec le SSEI et la Coordination du SSEI sur le projet qu'il met en œuvre. Il a aussi établi et maintenu une communication permanente téléphonique et électronique avec le Coordonnateur National et les autres responsables chargés de la surveillance épidémiologique pour se donner des informations.

### **Niveau des équipes de terrain**

Le DSR, le CASE, les MCD, les MCH, les Points Focaux du projet et du MSP, les membres des ECD, les Consultants OMS et UNICEF ainsi que tous les agents impliqués dans la surveillance épidémiologique sont toujours associés à l'organisation et exécution des activités du projet afin de recueillir les besoins pour l'amélioration desdites activités et d'assurer leur implication effective aux activités. Des visites de suivi et d'appui ont été organisées auprès des Responsables des Centres de Santé, des Relais Communautaires et des Tradipraticiens pour renforcer leurs capacités, les encourager, les briefer et les sensibiliser sur la recherche active et la notification des cas de PFA et d'autres maladies sous surveillance, mais aussi pour

suivre et vivre concrètement la mise en œuvre du projet sur le terrain. Tenue d'une réunion bilan trimestrielle régionale sur les activités de la surveillance active des PFA.

## VI. Bilan du projet (2016)

### VI.1. Activités réalisées en 2016 et résultats atteints

#### Activités prévues comparées aux activités réalisées, résultats attendus comparés aux résultats atteints, indicateurs-niveaux atteints-cibles

Le projet est mis en mis en de septembre 2015 à juillet 2016. Le personnel (les points focaux et le personnel au siège du CSSI) a été mis en place. Les diverses formations prévues ont été réalisées. Par rapport à l'exécution globale des activités, il y a au total 22 activités; 14 sont des activités continues et 8 sont des activités discontinues. Toutes les activités ont été effectuées excepté l'évaluation finale qui doit être planifiée et effectuée par la FBMG. La revue rapide du système de surveillance épidémiologique de la zone est substituée par une évaluation interne à la fin du projet.

Activités prévues	Activités réalisées																																							
<b>Renforcement des procédures de surveillance</b>																																								
1. Faire une revue rapide du système de surveillance des PFA dans les régions ciblées.	Activité non réalisée car le briefing de l'OMS a été suffisant pour commencer le travail dans la zone du projet.																																							
2. Apporter un appui technique aux districts pour la planification et la réalisation des visites de sites de surveillance.	4 Points Focaux (PF) CSSI à raison de 1 PF/district appuient techniquement les 4 districts concernés par le projet pour la planification et la réalisation des visites de sites de surveillance.																																							
3. Réaliser les visites dans les formations sanitaires ciblées et auprès des relais communautaires et tradipraticiens	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Districts</th> <th>Priorité 1</th> <th>Priorité 2</th> <th>Priorité 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Massakory</td> <td>44/44</td> <td>100%</td> <td>16/16</td> <td>100%</td> <td>7/8</td> <td>87,5%</td> </tr> <tr> <td>Bokoro</td> <td>132/136</td> <td>97,05%</td> <td>76/78</td> <td>97,43%</td> <td>24/27</td> <td>88,88%</td> </tr> <tr> <td>Massaguet</td> <td>88/88</td> <td>100%</td> <td>51/52</td> <td>98,07</td> <td>71/73</td> <td>97,26%</td> </tr> <tr> <td>Mani</td> <td>52/52</td> <td>100%</td> <td>30/30</td> <td>100%</td> <td>17/17</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td><b>Total Region</b></td> <td><b>316/320</b></td> <td><b>98,75%</b></td> <td><b>173/176</b></td> <td><b>98,29%</b></td> <td><b>119/125</b></td> <td><b>95,2%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Districts	Priorité 1	Priorité 2	Priorité 3	Massakory	44/44	100%	16/16	100%	7/8	87,5%	Bokoro	132/136	97,05%	76/78	97,43%	24/27	88,88%	Massaguet	88/88	100%	51/52	98,07	71/73	97,26%	Mani	52/52	100%	30/30	100%	17/17	100%	<b>Total Region</b>	<b>316/320</b>	<b>98,75%</b>	<b>173/176</b>	<b>98,29%</b>	<b>119/125</b>	<b>95,2%</b>
	Districts	Priorité 1	Priorité 2	Priorité 3																																				
	Massakory	44/44	100%	16/16	100%	7/8	87,5%																																	
	Bokoro	132/136	97,05%	76/78	97,43%	24/27	88,88%																																	
	Massaguet	88/88	100%	51/52	98,07	71/73	97,26%																																	
	Mani	52/52	100%	30/30	100%	17/17	100%																																	
<b>Total Region</b>	<b>316/320</b>	<b>98,75%</b>	<b>173/176</b>	<b>98,29%</b>	<b>119/125</b>	<b>95,2%</b>																																		
4. Assurer la notification des cas de PFA	18 cas de PFA ont été notifiés et prélevés sur 6 cas attendus pendant la période : <table border="1"> <thead> <tr> <th>Districts</th> <th>Nb de cas au Semestre 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Massakory</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Bokoro</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Massaguet</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Mani</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td><b>Total Region</b></td> <td><b>18</b></td> </tr> <tr> <td><b>Taux de PFA non polio</b></td> <td><b>8,84/100.000</b></td> </tr> </tbody> </table>	Districts	Nb de cas au Semestre 2	Massakory	3	Bokoro	4	Massaguet	6	Mani	5	<b>Total Region</b>	<b>18</b>	<b>Taux de PFA non polio</b>	<b>8,84/100.000</b>																									
Districts	Nb de cas au Semestre 2																																							
Massakory	3																																							
Bokoro	4																																							
Massaguet	6																																							
Mani	5																																							
<b>Total Region</b>	<b>18</b>																																							
<b>Taux de PFA non polio</b>	<b>8,84/100.000</b>																																							
5. Assurer la recherche active et notification des cas de PFA	Les 4 PF CSSI, les 48 RC et tous les agents des DS impliqués dans la surveillance font la recherche active des cas de PFA.																																							
6. Appuyer les MCD et points focaux des districts dans l'investigation dans les 72 heures de tout cas de PFA	Tous les PF CSSI des DS ont mené des investigations seuls ou ensemble avec le PF des District dans moins de 72h de tous les cas de PFA découverts.																																							
7. Participer dans les 72 h à la riposte des cas chauds	Aucun cas chaud signalé donc pas de riposte.																																							

8. Appuyer les DS pour le prélèvement des échantillons et l'acheminement dans les délais	Tous les PF CSSI des DS seuls ou avec les PF des districts ont prélevé 18 échantillons. Le projet a appuyé l'ensemble des prélèvements, leur acheminement dans les bonnes conditions de températures et de transport dans moins de 72h et leur dépôt immédiat à l'OMS et au PEV N'Djaména pour leur envoi au laboratoire.
<b>Renforcer les capacités des acteurs en surveillance y compris le niveau communautaire</b>	
9. Former/recycler les responsables des centres de santé, responsables d'unités des 3 hôpitaux de district sur la surveillance des PFA	Activité réalisée du 09-10/09/15 à N'Djaména.
10. Identifier et former des relais communautaires (sédentaires, nomades) sur la notification des cas de PFA	Activité réalisée dans les 4 DS du 07-29/10/15.
11. Doter les relais communautaires nomades et des zones difficiles d'accès en téléphone et crédits	Activité réalisée en 2015
12. Identifier et Former les Tradipraticiens sur la notification des cas de PFA	Activité réalisée en octobre et novembre 2015.
13. Réaliser des visites de suivi des relais et Tradipraticiens	Les PF CSSI et les autres personnels impliqués dans la surveillance épidémiologique visitent régulièrement les RC et Tradipraticiens identifiés.
<b>Plaidoyer et mobilisation sociale</b>	
14. Organiser des visites à domiciles (VAD) auprès des ménages dans le cadre de la surveillance PFA	Tous les 38 RC sédentaires organisent régulièrement des VAD auprès de plus de 40 ménages par mois dans le cadre de la surveillance des PFA. De même ils organisent des réunions de sensibilisation de masses dans le même cadre. Ils en profitent pour rechercher les cas de PFA.
15. Effectuer des visites à domiciles (VAD) dans les zones nomades des districts dans le cadre de la surveillance PFA	Tous les 10 RC nomades effectuent régulièrement des VAD dans les zones nomades des DS dans le cadre de la surveillance des PFA. Ils organisent également des réunions de sensibilisation de masses dans le même cadre dans ces zones. Ils en profitent pour rechercher les cas de PFA.
<b>Coordination, suivi et évaluation</b>	
16. Réaliser une réunion de lancement avec le MSP et les partenaires (OMS, UNICEF)	Activité non budgétisée mais coûteuse et donc non réalisable. Cependant, l'organisation de la 1 <sup>ère</sup> réunion bilan trimestrielle des activités médiatisée a permis de compenser cette activité le 29/12/15. cette réunion a été ouverte par le Secrétaire Général de la Région de Hadjer Lamis et présidée par le Coordonnateur national du SSEI. Le projet et son exécution ont été présentés aux participants : partenaires (MSP, OMS, UNICEF, COOPI), hautes autorités administratives, municipale et sanitaires.
17. Mettre en place le staff et les moyens logistiques	Activité réalisée en 2015.
18. Participer aux réunions du niveau central sur la surveillance épidémiologique	Participation du Coordonnateur du projet aux réunions et ateliers : - 16/01/16 : Réunion de planification du projet sur la malaria organisée par le PNLP (Programme National de Lutte contre le Paludisme) ; - 28/01/16 : Réunion de Coordination générale organisée par OCHA ; - 18/02/16 : Réunion de restitution de l'évaluation externe du programme de promotion des mutuelles de santé au Tchad organisée par la Coopération Suisse ; - 16-17/03/16 : Atelier national de planification de la 3 <sup>ème</sup> phase du

	Programme des mutuelles de santé au Tchad organisé par le Centre International pour le Développement et la Recherche ; - 06-09/06/16 : Atelier d'évaluation conjointe du système de santé au Tchad (Soins de santé, PEV, et Surveillance épidémiologique) organisé par MSP.	
19. Participer aux réunions mensuelles des points focaux de surveillance au niveau régional pour l'analyse des données de surveillance	- Pas de réunion mensuelle des PF au cours du projet. - Organisation de 1 réunion bilan trimestrielle régionale le 21/04/16 à Mani.	
20. Elaborer et transmettre les rapports périodiques dans les délais	2 updates de rapports d'activités, 3 rapports de missions de supervisions formatives, 1 rapport de réunion bilan trimestrielle régionale d'activités, 1 rapport d'évaluation interne du projet et 1 rapport final du projet ont été élaborés et transmis aux partenaires (OMS, UNICEF, SSEI/MSP, FBMG) pour leur situer le niveau de la mise en œuvre du projet.	
21. Réaliser des missions de suivi des équipes de terrain	- 3 missions de supervision formative des équipes de terrain ont été réalisées dans les 4 DS dont 1 avec le SSEI. Ces missions ont permis de suivre, d'évaluer et d'appuyer les PF, et d'encourager les RCS et les RC. Elles ont aussi permis de visiter les tradipraticiens et de les briefer sur la surveillance active des PFA. - 1 mission de supervision des équipes de terrain ont a réalisée par la Direction du CSSI.	
22. Réaliser l'évaluation finale du projet	Activité réservée à la FBMG.	
<b>Résultats attendus</b>	<b>Résultats atteints</b>	
1. Le nombre de cas de PFA dépistés est augmenté dans chacun des districts de la Région de Hadjer Lamis.	18 cas de PFA notifiés et prélevés dans la Région de Hadjer Lamis, donnant un Taux de PFA non-polio = 8,84/100 000 en comparaison au Taux national qui est : 3/100.000.	
2. Le pourcentage d'échantillons adéquats dans chacun des districts de la Région de Hadjer Lamis est augmenté.	Le pourcentage des échantillons adéquats prélevés pendant les 14 jours suivant le début de la paralysie au cours de la période est de 100% et tous les 18 échantillons obéissent à la fiabilité en qualité et en quantité ainsi qu'en délai d'acheminement du niveau périphérique vers le niveau central.	
<b>Indicateurs</b>	<b>Réalisés/Niveaux atteints</b>	<b>Cibles</b>
Rapport de la revue rapide.	Activité substituée par 1 évaluation interne avec 1 rapport disponible.	1 rapport de la revue.
% DS ayant un plan de visite de sites de surveillance	100% des DS soit 4/4 ont 1 plan de visite de sites de surveillance.	100% des DS ont 1 plan de visite de sites de surveillance.
% de visites réalisées Priorité 1 : 4 visites par mois Priorité 2 : 2 visites par mois Priorité 3 : 1 visite par mois	La majorité des visites est effectuée : <b>Priorité 1:</b> 98.75% 316 visites réalisées sur 320 visites planifiées (Massakory: 44/44; Bokoro: 132/136; Massaguet: 88/88; Mani: 52/52). <b>Priorité 2:</b> 98.29% 173 visites réalisées sur 176 visites planifiées (Massakory: 16/16; Bokoro: 76/78; Massaguet: 51/52; Mani: 30/30). <b>Priorité 3:</b> 95.2% 119 visites réalisées sur 125 visites planifiées (Massakory: 7/8; Bokoro: 24/27; Massaguet: 71/73; Mani: 17/17).	Priorité 1 : 100%  Priorité 2 : 80%  Priorité 3 : 60%
# cas de PFA notifiés par les	18 cas notifiés et prélevés :	6 cas attendus durant la

formations sanitaires	Massakory : 3 cases. Bokoro : 4 cases. Massaguet : 6 cases. Mani : 5 cases.	période.
# cas de PFA notifiés par les relais communautaires	2 cas détectés par les RC mais notifiés par les RCS et les PF (cependant il y a beaucoup d'autres cas détectés par le RC mais les investigations ont révélé que ces cas avaient excédé une année et donc non notifiés).	Indéterminé.
% des PFA investigués dans les 72h	100% des PFA investigués dans moins de 72h (soit 18 cas sur 18).	100%.
# rapports de ripostes sur les cas	Pas de cas rapporté car pas de riposte.	100%.
% d'échantillons adéquats	100% d'échantillons adéquats prélevés dans les 24h suivant le début de la paralysie et respectant les normes (respect de la qualité et la quantité des prélèvements, des récipients et emballages avec identification sans ambiguïté des échantillons, respect de la chaîne de froid et acheminement dans le délai, remplissage correct des formulaires d'investigations sans données manquantes) ; 100% des échantillons envoyés et reçus en bons états de température, d'emballage et dans le délai ( $\leq 24$ heures).	100% des 2 échantillons de selles adéquates prélevés dans 72h suivant la paralysie
% échantillons acheminés dans les délais		100% d'échantillons acheminés dans le délai ( $\leq 72$ h).
# cliniciens formés dans les sites de surveillance	100% depuis 2015.	Non déterminé.
# relais communautaires formés désagrégé en sédentaires et nomades	48 RC (38 sédentaires et 10 nomades) depuis 2015. A chaque supervision formative, le Coordonnateur du projet rappelle à tous les PF, RCS et RC sur les définitions de cas, les méthodes de prélèvement des échantillons, la notification des cas et comment faire la surveillance de la maladie.	48 RC sédentaires et nomades.
# relais communautaires nomades et zones difficiles d'accès disposant de téléphones avec crédits	30 RC nomades et de zones difficiles d'accès dotés de téléphones avec crédits et 18 autres RC ont également reçu des crédits de communication depuis 2015.	30 RC nomades et de zones difficiles d'accès dotés de téléphones avec crédits
# tradipraticiens formés	20 tradipraticiens identifiés et briefés depuis 2015.	Indéterminé.
# tradipraticiens suivis	Tous les 48 RC et les 20 tradipraticiens ont été suivis. Soit 608 visites réalisées auprès d'eux : Massakory : 67 ; Bokoro : 232 ; Massaguet : 210 ; Mani : 99.	Indéterminé.
% relais communautaires formés visitant au moins 40 ménages par mois	100%. Tous les 38 RC visitent régulièrement plus de 40 ménages par mois et font la sensibilisation sur la surveillance des PFA (dans les marchés, églises, mosquées, cérémonies de mariage et de baptême, places mortuaires...) ; ils saisissent l'occasion pour rechercher les cas de PFA. Ils	100%.

	profitent également des réunions de mobilisation sociale, des JNV et des jours de consultations prénatales pour mener leurs activités. Ils instruisent également les chefs de village et les chefs religieux sur la surveillance et la notification des cas de PFA. Ils laissent leurs contacts téléphoniques pour des appels en cas de découverte de PFA.	
% relais nomades qui ont effectués des VAD communautaires auprès de leurs populations	100%. Tous les 10 RC font des VAD dans les secteurs nomades sous leur responsabilité. Ils font la sensibilisation sur la surveillance des PFA (dans les marchés, églises, mosquées, cérémonies de mariage et de baptême, places mortuaires...). Pendant ces visites, ils recherchent les cas de PFA. Ils profitent également des réunions de mobilisation sociale, des JNV et des jours de consultations prénatales pour mener leurs activités. Ils instruisent également les chefs de villages, les chefs de fericks et les chefs religieux sur la surveillance et la notification des cas de PFA. Ils laissent leurs contacts téléphoniques pour des appels en cas de découverte de PFA.	100%.
Rapport de lancement	Pas de rapport de lancement mais 1 rapport de la 1 <sup>ère</sup> réunion bilan trimestrielle des activités de décembre 2015 où les activités de lancement ont été réalisées et diffusées sur la radio locale de Massakory et la radio nationale Tchadienne.	1 rapport de lancement.
Etat d'affectation du staff	1 Coordonnateur du projet et 1 équipe de logistique ont été désignés par le CSSI et sont mis en place depuis août 2015.	Indéterminé.
# réunions avec participation du Coordinateur	Participation du Coordonnateur du projet à : - 1 réunion de planification du projet sur la malaria organisée par le PNLP (Programme National de Lutte contre le Paludisme) ; - 1 réunion de Coordination générale organisée par OCHA ; - 1 réunion de restitution de l'évaluation externe du programme de promotion des mutuelles de santé au Tchad organisée par la Coopération Suisse ; - 1 atelier national de planification de la 3 <sup>ème</sup> phase du Programme des mutuelles de santé au Tchad organisé par le Centre International pour le Développement et la Recherche ; - 1 atelier d'évaluation conjointe du système de santé au Tchad (Soins de santé, PEV, et Surveillance épidémiologique) organisé par MSP.	Indéterminé.
# réunions mensuelles des points focaux réalisées	Aucune réunion mensuelle des PF organisée au niveau régional. 1 réunion bilan trimestrielle régionale organisée	06 réunions mensuelles des PF.
# rapports transmis aux partenaires	Les rapports suivants ont été préparés et envoyés aux partenaires (OMS, UNICEF, BMG, MSP) : - 2 mises à jour de rapports d'activités ; - 3 rapports de missions de supervision ; - 1 rapport de réunion bilan trimestrielle régionale ;	Indéterminé.

	- 1 rapport d'évaluation interne ; - 1 rapport narratif final.	
# missions de supervision réalisées # missions de supervision mensuelles du Coordonnateur du projet # missions de supervision de la Direction du CSSI	5 missions de supervision au total dont : - 4 missions de supervisions conduites par le Coordonnateur ; - 1 mission de supervision conduite par la Direction du CSSI.	6 missions de supervision au total dont 5 supervisions du Coordonnateur du Projet et 1 supervision de la Direction du CSSI pour la période.
Rapport d'évaluation finale	Aucune évaluation finale réalisée (sera programmée par la FBMG).	1 rapport d'évaluation finale.

<b>Bilan de mise en œuvre des activités</b>				
<b>Activités</b>	<b>Responsable</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Situation au 20 juillet 2016</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Renforcement des procédures de surveillance</b>				
1. Faire une revue rapide du système de surveillance des PFA dans les régions ciblées	Coordinateur projet et Consultant	Rapport de la revue rapide	Non réalisée	Les informations données par l'OMS ont été jugées suffisantes
2. Apporter un appui technique aux districts pour la planification et la réalisation des visites de sites de surveillance	Points focaux CSSI	% DS ayant un plan de visite de sites de surveillance	Réalisée à 100%	Les PF établissent régulièrement les plans de visite qui sont disponibles
3. Réaliser les visites dans les formations sanitaires ciblées et auprès des relais communautaires et tradipraticiens	Points focaux CSSI	% de visites réalisées	Réalisée	Voir tableau ci-dessous...
4. Assurer la notification des cas de PFA	Responsables formations sanitaires	# cas de PFA notifiés par les formations sanitaires	Réalisée à 100%	Avant le projet : 10 cas au 1 <sup>er</sup> sem 2015  Avec le projet :  13 cas au 2 <sup>ème</sup> sem 2015 soit 6,3/100000 et 18 cas au 1 <sup>er</sup> sem 2016 soit 8,84/100000  On peut en conclure que le projet a permis à la Région de Hadjer Lamis de progresser dans le dépistage des PFA

5. Assurer la recherche active et notification des cas de PFA	Points focaux CSSI et RC	# cas de PFA notifiés par les RC	Réalisée	3 cas
6. Appuyer les MCD et points focaux des districts dans l'investigation dans les 72 heures de tout cas de PFA	Points focaux CSSI	% des PFA investigués dans les 72h	Réalisée à 100%	Toutes les investigations ont été faites en moins de 48h
7. Participer dans les 72 h à la riposte des cas chauds	Points focaux CSSI	# rapports de ripostes sur les cas	Non réalisée	Pas de cas chaud
8. Appuyer les DS pour le prélèvement des échantillons et l'acheminement dans les délais	Points focaux	% d'échantillons adéquats	Réalisée à 100%	Les échantillons ont été prélevés dans les 24h selon les normes
		% échantillons acheminés dans les délais	Réalisée à 100%	Les échantillons ont été envoyés avant les 3 jours
<b>Renforcer les capacités des acteurs en surveillance y compris le niveau communautaire</b>				
9. Former/recycler les responsables des centres de santé, responsables d'unités des 3 hôpitaux de district sur la surveillance des PFA	Points focaux CSSI	# cliniciens formés dans les sites de surveillance	Réalisée à 100%	Tous les RCS et le personnel des hôpitaux ont été briefés en continue par les PF, le CASE et les ECD
10. Identifier et former des relais communautaires (sédentaires, nomades) sur la notification des cas de PFA	Points focaux CSSI	# relais communautaires formés désagrégé en sédentaires et nomades	Réalisée à 100%	38 relais sédentaires et 10 relais nomades identifiés et formés
11. Doter les relais communautaires nomades et des zones difficiles d'accès en téléphone et crédits	Direction CSSI	# relais communautaires nomades et zones difficiles d'accès disposant de téléphones avec crédits	Réalisée à 100%	30 téléphones et des crédits ont été donnés aux RC
12. Identifier et Former les tradipraticiens sur la notification des cas de PFA	Points focaux CSSI	# tradipraticiens formés	Réalisée à 100%	20 tradipraticiens identifiés et briefés

13. Réaliser des visites de suivi des relais et tradipraticiens	Points focaux CSSI	# tradipraticiens suivis	Réalisée	Voir activité 3
<b>Plaidoyer et mobilisation sociale</b>				
14. Organiser des visites à domiciles (VAD) auprès des ménages dans le cadre de la surveillance PFA	Relais communautaires	% relais communautaire s formes visitant au moins 40 ménages par mois	Réalisée à 100%	Réalisées régulièrement par les RC
15. Effectuer des visites à domiciles (VAD) dans les zones nomades des districts dans le cadre de la surveillance PFA	Relais nomades	% relais nomades qui ont effectués des VAD communautaire s auprès de leurs populations	Réalisée à 100%	Réalisées régulièrement par les RC nomades
<b>Coordination, suivi et évaluation</b>				
16. Réaliser une réunion de lancement avec le MSP et les partenaires (OMS, UNICEF)	Coordinateur Projet	Rapport de lancement	Non réalisée	Non budgétisée
17. Mettre en place le staff et les moyens logistiques	Direction CSSI: Coordonnateur	Etat d'affectation du staff	Réalisée à 100%	1 Coordonnateur appuyé par le staff CSSI
18. Participer aux réunions du niveau central sur la surveillance épidémiologique	Coordinateur Projet	# réunions avec participation du Coordinateur	Réalisée	Le coordonnateur a participé à 5 réunions pour la période
19. Participer aux réunions mensuelles des PF de surveillance au niveau régional pour l'analyse des données de surveillance	Points focaux CSSI	# réunions mensuelles des points focaux réalisées	Non réalisées	Pas de réunions spécifiques mais des réunions SSEI et autres
20. Elaborer et transmettre les rapports périodiques dans les délais	Points focaux CSSI et Coordonnateur	# rapports transmis aux partenaires	Réalisée	Les rapports produits par les PF avec des retards
21. Réaliser des missions de suivi des équipes de terrain	Coordinateur Projet Directeur	# missions supervisions	Réalisée à 100%	6 missions du Coordonnateur et 2 missions staff CSSI

		réalisées		
22. Réaliser l'évaluation finale du projet	Fondation BMG	Rapport d'évaluation finale	Non réalisée	Attend fin projet

## **VI.2. Activités non prévues réalisées**

### **Coordination du projet :**

La Coordination du projet a aussi réalisé les activités principales suivantes :

- 1 réunion bilan trimestrielle régionale le 21/04/16 à Mani ;
- Ravitaillement des DS en portes-vaccins pris au PEV.

### **Equipes de terrains :**

- Développement d'une collaboration des PF CSSI avec leurs pairs précédemment identifiés dans les DS et les Consultants de l'OMS et UNICEF pour s'imprégner de comment mener les activités de surveillance, des outils de la surveillance et leur utilisation etc.;
- Priorisation des sites de surveillance/notification et élaboration des plannings de visites de ces sites par les PF CSSI et PF existants, MCD et autres membres des ECD, CASE, Consultants de l'OMS et autres personnels impliqués dans la surveillance épidémiologique ;
- Participation aux campagnes de vaccination contre le tétanos, aux JNV contre la polio ;
- Durant la période du projet, toutes les maladies sous surveillance ont fait l'objet d'une surveillance active. Il s'agit de: PFA, paludisme, malnutrition, ver de Guinée, rougeole, fièvre jaune, méningite, tétanos maternel et néonatale, piqûre de scorpion. A cela s'ajoute la notification des cas de décès maternels. Tous les cas identifiés ont fait l'objet d'une notification immédiate et d'une investigation. Ont été ainsi dépistés pour la période : 17 cas suspects de fièvre jaune, 26 cas de rougeole, 2 cas de tétanos et 5 cas de méningite.

## **VII. Difficultés et solutions**

### **1. Points forts :**

- Etablissement d'une communication permanente avec les équipes de terrain par téléphone, emails et courriers ordinaires et avec l'OMS et la Coordination du SSEI ;
- Organisation, réception et dépôt immédiat des échantillons à n'importe quel jour et n'importe quelle heure à l'OMS et au PEV ;
- Les formulaires des différents rapports et les feed-back et les orientations fournis par la Fondation ont été d'un grand intérêt dans la réussite de notre travail ;
- La gestion de ce projet a renforcé les capacités du Coordonnateur dudit projet dans le domaine de surveillance épidémiologique ;
- La gestion de ce projet a également permis à l'équipe chargée des projets du CSSI de s'imprégner davantage des procédures de la FBMG ;
- Complémentarité du projet par rapport au système de surveillance épidémiologique existant qui a permis une intégration parfaite du projet ;
- Forte mobilisation de tous les acteurs de la surveillance épidémiologique tant au niveau central que sur le terrain dès le début du projet ;
- La mise en place de 48 RC dont 30 sont dotés de téléphones et de crédits ;

- Choix judicieux des 4 FP CSSI à travers la DSR et les MCD (personnes bien acceptées du DS) entraînant une bonne collaboration avec les autres PF, les ECD, les RCS, les RC et les Tradipraticiens ;
- Les sites de priorité 1 sont visités à plus de 90% et les sites de priorités 2 et 3 sont visités à 100% ;
- Le renforcement du nombre de PF de surveillance (9 à 16) ;
- Tenue des réunions bilan trimestrielles régionales ;
- Extension du projet dans la recherche active de toutes les maladies sous surveillance ;
- Appui des consultants UNICEF et OMS aux activités du PEV et de la surveillance ;
- Intégration des activités (supervisions, AVS, PEV) au profit de la surveillance ;
- L'expertise de CSSI et les capacités relationnelles du Coordonnateur du projet ;
- Le nombre de cas de PFA non polio est passé de 13 au 2<sup>ème</sup> semestre 2015 à 18 rien que pour le 1<sup>er</sup> semestre 2016 ;
- Visite régulière des sites par les PF ;
- Rapidité dans la notification et l'investigation de tous nouveaux cas de maladies sous surveillance

## **2. Points faibles :**

- Les grands retards au niveau du terrain dans l'élaboration et la transmission des rapports; ce qui joue énormément au niveau de la Coordination du projet sur l'élaboration et la transmission des rapports périodiques aux partenaires dans le délai;

Les agents de terrain ont été formés sur la technique d'élaboration des rapports d'activités mensuels et trimestriels.

- Les retards des rapports au niveau du terrain conditionnent significativement l'organisation des missions de supervisions et surtout le respect des engagements du projet vis-à-vis du terrain;

Insister auprès des PF pour qu'ils envoient leurs rapports.

- Insuffisance de participation aux réunions au niveau central sur la surveillance épidémiologique ;

Demander à la Coordination Nationale du SSEI d'inviter le CSSI aux réunions au niveau central sur la surveillance épidémiologique.

## **3. Opportunités :**

- Existence du SSEI ;
- Bonne maîtrise du système de surveillance épidémiologique intégrée au niveau du terrain ;
- Appui des partenaires sur le terrain ;
- Existence de transport public.

## **4. Menaces :**

- Persistance de l'insécurité autour du Lac Tchad ;
- Arrêt du financement ;
- Rupture de kits de prélèvement.

## **5. Durabilité :**

Les bénéficiaires du projet qui ont plus de probabilité de durer indépendamment d'un financement continue sont:

- La disponibilité de personnel qualifié ;

- Les RC sont des bénévoles qui travaillent dans leur environnement (certains aident dans les CS) ;
- Le niveau de sensibilisation des communautés qui collaborent d'avantage au dépistage actif des maladies sous surveillance et spécialement des chefs de village ;
- L'engagement des autorités, des chefs traditionnels et religieux ;
- Les méthodes de travail mis en place par le CSSI ;
- Les supervisions des RCS par le CASE, les ECD et les PF dans le cadre du SSEI ;
- L'appui des partenaires OMS et UNICEF ;
- La prise de conscience de l'utilisation des moyens de déplacement personnels par les PF, les RCS et les RC.

### **VIII. Leçons apprises**

- Un bon plaidoyer au début du projet a permis de mobiliser les acteurs étatiques qui sont généralement réticents pour des projets qui viennent augmenter leur charge de travail. Le Projet a pu mobiliser les agents de l'Etat au niveau central et périphérique ainsi que les partenaires surtout ceux de la surveillance épidémiologique de l'OMS au niveau central et périphérique et ceux de la vaccination et surveillance épidémiologique de l'UNICEF au niveau terrain. On pourra dire que le Service de Surveillance Epidémiologique Intégrée du MSP et les Districts se sont appropriés le projet mais il faudrait continuer l'accompagnement ;
- Le projet a permis d'apporter la collaboration entre les agents de l'Etat et les Tradipraticiens à travailler dans la surveillance épidémiologique alors que cela prendrait dans les réalités beaucoup de temps et d'argent ;
- Le projet a permis de conscientiser les Relais Communautaires, les Tradipraticiens, les chefs traditionnels et les chefs religieux à s'impliquer dans la surveillance épidémiologique dans leurs communautés dans la Région de Hadjer Lamis.

### **Conclusion**

Le projet a atteint son objectif principal qui est d'interrompre la circulation du PVS dans le Hadjer Lamis car aucun cas de PVS n'a été identifié dans la région. Les résultats attendus sont largement atteints en évolution : premièrement, comparativement au taux national de PFA non polio  $\geq 3/100\ 000$ , le projet est à 6,3/100 000 à son 1<sup>er</sup> semestre et à 8,83/100 000 à son 2<sup>ème</sup> semestre soit à sa fin en juillet 2016 ; deuxièmement, il y a désormais un réflexe acquis qui consiste à investiguer le plus rapidement les cas dépistés, de prélever les échantillons et de les envoyer immédiatement au niveau de l'OMS ou du PEV pour leur transfert au laboratoire de référence. Ce réflexe a permis de garantir à 100% la qualité des échantillons. Il y a aussi un changement progressif de comportement au sein des communauté qui facilite le dépistage active des cas des maladies sous surveillance, bien que ce changement est aussi le résultat de l'effort des multiples sensibilisations faites par le MSP et les partenaires depuis la mise en œuvre du programme de l'éradication de la poliomyélite au Tchad. Ces résultats ont été atteints grâce aux efforts conjugués du projet, des partenaires et du dispositif de SSEI mis en place par le MSP et appuyé par les partenaires OMS, UNICEF... notamment grâce à la compétence et à la motivation de l'ensemble du personnel impliqué au niveau central et au niveau terrain, surtout à l'engagement des responsables sanitaires à tous les niveaux et l'appui des partenaires, à l'engagement des RC, des tradipraticiens, des autorités administratives, des chefs traditionnels et des leaders d'opinion. Mais malgré ces

résultats il reste encore à renforcer les moyens logistiques et les moyens de communication afin de faciliter le travail surtout dans les régions d'accès difficile.

Le projet a eu des effets positifs qui sont : la redynamisation de tous les acteurs du SSEI (le Coordinateur national du SSEI, les partenaires OMS et UNICEF, le DSR, le CASE, les PF, les ECD et les RCS), le dépistage de plus de cas de PFA durant le projet, les chefs de village se sentent concernés et sont engagés dans la sensibilisation et à la recherche des cas lors des VAD faites par les RC, la population est plus sensibilisée, l'engagement et la motivation des marabouts et des tradipraticiens qui pour la première fois se sentent valorisés par le personnel de santé.



Une visite du Coordonnateur du projet à un enfant malade de PFA avec vérification des informations de sa fiche auprès de ses parents



Entretien de l'Evaluateur du projet avec un des tradipraticiens (marabout) et son assistant

## 2.2 Projets humanitaires

Des projets humanitaires sont menés essentiellement au Tchad et au Burkina Faso. Au Tchad, ce sont :

- Le Projet « Protection et solutions mixtes pour les réfugiés centrafricains vivant au sud du Tchad »
- Le Projet « Protection dans l'attente des solutions pour les réfugiés soudanais vivant à l'est du Tchad »
- Le projet Urbain

## A. PROTECTION ET SOLUTIONS MIXTES POUR LES RÉFUGIÉS CENTRAFRICAINS VIVANT AU SUD DU TCHAD

### 1. Présentation générale du projet

Le projet a pour but d'assurer et/ou de maintenir la santé de la population stable ou de l'améliorer dans 6 camps de réfugiés centrafricains (CAR) vivant au sud du Tchad. Il s'agit notamment des camps d'Amboko, Gondjé, Dosseye, Moyo, Béлом et Doholo dans les départements de la Nya-Pende, de la Grande Sido et de Haraze-Manguégne. A ces 6 camps, il faut ajouter 20 sites hors camps situés dans des villages hôtes tchadiens et accueillant depuis septembre 2013 plus de 6500 réfugiés CAR (Bekourou, Dilingala, Doubadene 5, Koldaga, Dembo, Massemagne 1, Daha 1, Daha 2, Bata 1 et 2, Beka Massa, Doubadene 4, Guidikouti, Hollo, Kaba 3, Mbetikandja, Nanabaria, Sahohyo, Diba 1 et Vom).

Le projet est mis en œuvre dans un contexte de stabilité et de chute du nombre des bénéficiaires selon le dernier recensement biométrique. Entre 2013 et 2014, un afflux de plus de 30.000 nouveaux réfugiés centrafricains a été enregistré. Ce nouveau groupe était venu s'ajouter à une population réfugiée dite de « longue durée » d'environ 60.000 réfugiés centrafricains dont certains vivent au Tchad déjà une dizaine d'année.

Les autorités sanitaires locales prennent une part active dans le fonctionnement du système de santé des camps. Par ailleurs, la stratégie à long terme définie par l'UNHCR en vue de l'intégration des structures de santé des camps dans le système national de santé publique encourage une plus grande coordination entre CSSI et les responsables de la santé au niveau local.

La prise en charge gratuite de certaines prestations au niveau des structures étatiques profite également aux réfugiés (Hôpitaux de District et Hôpitaux Régionaux). Sur le moyen terme toutefois, le principe du recouvrement des coûts devra s'appliquer aux réfugiés tout comme cela se fait déjà pour les populations hôtes.

L'installation des réfugiés dans les villages hôtes a non seulement élargi le champ d'intervention de CSSI qui doit désormais aussi couvrir les villages de Bekourou, Dembo, Gon et Daha où se trouvent un centre de santé, mais assurer la coordination avec les autorités sanitaires locales qui est aussi indispensable que complexe : CSSI se manifeste souvent par sa présence sur le terrain à travers les relais communautaires recrutés et mis en place.

**A cela, vient s'ajouter l'urgence de Mbitoye.** Suite aux affrontements opposant des groupes armés dans la zone de Ngaoundaye en RCA, un afflux de réfugiés centrafricains a été enregistré dans la zone de la Sous Préfecture frontalière de Mbitoye dans le Mont de Lam depuis le 11 juin 2016. Les chiffres globaux de l'enregistrement au 28 juin 2016 donnent un total de 1799 ménages de 5117 personnes en majorité des femmes et des enfants. Ce chiffre est provisoire car des arrivées continuent d'être enregistrées aux points d'entrée de Sourouh, Mini et Mbitoye.

Les bénéficiaires directs de ce projet sont les réfugiés centrafricains et les demandeurs d'asile aux points d'entrée dans la Préfecture du Mont de Lam de la région du Logone Oriental.

Les réfugiés sont accueillis aux points d'entrée par les populations hôtes et les autorités locales. Par la suite, ils sont enregistrés et assistés par le HCR et ses partenaires opérationnels. L'arrivée de ces nouveaux réfugiés a occasionné une forte pression en termes d'offre de services communautaires disponibles dans tous les secteurs (abris, eau et assainissement, santé, éducation, sécurité alimentaire, environnement, etc.).

Face aux besoins spécifiques de cette nouvelle population, chaque partenaire dans son domaine a apporté une assistance pour répondre aux besoins de base de ces réfugiés.

Ces premiers efforts n'ont pas permis de répondre totalement aux multiples besoins identifiés au sein des populations réfugiées dont le nombre ne fait qu'augmenter.

C'est dans ce contexte que le HCR et ses partenaires de mise en œuvre présents sur le terrain ont entrepris de mettre en œuvre un programme de réponse d'urgence dans la région du Mont de Lam.

C'est ainsi qu'une équipe multisectorielle a été constituée par le HCR regroupant ses partenaires (HCR, ACRA, ADES, AIRD, CARE, CNARR, CSSI, FLM), l'UNICEF, IHDL, Services déconcentrés de l'Etat (District sanitaire, ONDR, Elevage, Environnement, Education) et populations hôtes pour l'évaluation des sites octroyées par les autorités devant abriter ces réfugiés. Il s'agit de 8 villages dont les populations sont au nombre de 11.309 et qui doivent abriter ces nouveaux réfugiés.

Les capacités des COGES et COSAN à assurer une gestion transparente et indépendante des structures de santé a été identifiée comme un obstacle majeur à l'autonomisation des structures de santé à Beureuh, Bélom et Moyo. L'absence d'un RCS et d'un président COSAN dynamiques ont été notés à Beureuh. Ce qui a amené le District sanitaire à une permutation du RCS qui est suspendue pour le moment par le vol de la moto allouée au RCS de Beureuh. Le problème risque de perdurer à cause de la lenteur observée dans l'enquête.

## **2. Résultats attendus du projet**

L'état de santé de la population améliorée

Amélioration du bien-être nutritionnel

La population a un accès optimal à la santé reproductive et de VIH

## **3. Stratégies de mise en œuvre**

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

- ✓ S'appuyer sur les partenaires de mise en œuvre déjà opérationnels dans les camps de Goré pour offrir, suivant des modalités spécifiques, des conditions de vie décentes aux nouveaux arrivants en minimisant les coûts administratifs du fait de l'implication des

personnels pris déjà en charge sur les projets « **Protection et solutions mixtes pour les réfugiés centrafricains vivant au sud du Tchad** »;

- ✓ Sauver les vies à travers un monitoring régulier aux points d'entrée et une prise en charge précoce des cas de vulnérabilité extrêmes ou de maladie;
- ✓ Assurer le respect du principe de non-refoulement aux principaux points d'entrée;
- ✓ Faire un plaidoyer en vue de l'implication des autres acteurs humanitaires dans cette réponse d'urgence multisectorielle.

De manière plus spécifique, CSSI assure :

- ✓ La couverture médicale générale de ces réfugiés. Les activités d'évacuation médicale des cas sévères vers le Centre de santé de Mini (pour une mise en observation) et à l'hôpital de District de Baibokoum ;
- ✓ Le screening médical des nouveaux réfugiés aux principaux points d'entrée (Sourouh, Mini et Bitoye) ;
- ✓ La couverture vaccinale de routine en collaboration avec le District sanitaire et avec l'appui de l'UNICEF.
- ✓ La CPN et le service de PTME;
- ✓ La prise en charge de la MAM (en attente des intrants par le PAM) et de la MAS avec l'appui de l'UNICEF au centre de santé de Mini.

#### **4. Durée, budget et cible du projet**

##### **4.1 Durée**

Le projet est conclu pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2016.

##### **4.2 Population bénéficiaire**

###### **Description de la population concernée**

Au 31 Octobre 2015, après l'opération de biométrie, les personnes relevant de la compétence du HCR et enregistrées dans la base des données ProGres se chiffrent à 61942. Ils vivent dans 6 camps et 19 villages hôtes disséminés sur une longueur de plus de 1000 Km au sud et au sud-est du Tchad.

Les réfugiés centrafricains au sud-est du Tchad (Moyo) appartiennent en majorité (environ 50%) aux groupes ethniques Salamat et Rounga. La majorité est arrivée autour de 2003 et est constituée pour la plupart des musulmans, avec comme principale activité le commerce tandis que les chrétiens agriculteurs représentent 49% et sont originaires du groupe ethnique Kaba.

Au sud-ouest (Goré et Maro), les réfugiés RCA sont arrivés en 2005 pour les anciens et en 2013 pour les nouveaux. Ils sont composés en majorité du groupe ethnique Mbaydoba de religion chrétienne et ils ont comme principale activité l'agriculture. Ces réfugiés sont proches des populations autochtones et proviennent en majorité des villages centrafricains situés le long de la frontière Tchad-RCA (Bele, Maissou RCA, Benodjo, Belinga, Koukou Mission, Menda, Kadjamé, Mangara, et Kentabi).

Le camp de Bélom est situé dans le département de la Grande Sido/région du Moyen Chari, à 9 Km de la localité de Maro. Il héberge 26.429 réfugiés composés de chrétiens cultivateurs

d'ethnie Ngama, Rithos, Baya, Mandja, Dab (75%). Les ethnies Ngama et Ritho sont deux ethnies à cheval entre le Tchad et la RCA, ce qui a rendu complexe les activités de vérifications et d'enregistrement au courant de l'année 2012. La seconde composante est constituée de ressortissants proche du Salamat et le groupe ethnique Rounga représente 24% de la population réfugiée. Le camp de Dosseye, situé dans le département de la Nya Pendé à 40 Km de Goré, abrite 22.894 réfugiés centrafricains originaires des régions de l'Ouham et de l'Ouham Pendé au nord de la RCA. Ces réfugiés sont d'ethnie Fulbé/Peulh (66%), kaba (23%), arabe (10%) et autres (1%).

19 sites hors camp abritent environ 6577 réfugiés centrafricains (Bekourou, Dilinga, Doubadene 5, Koldaga, Demba, Massemagne 1, Daha 1, Daha 2, Bata 1 et 2, beka Massa, Doba, Doubadene 4, Guidikouti, Hollo, Kaba 3, Mbetikandja, Nanabaria, et Sahohyo).

### Données démographiques

<b>Population Planning Group:</b>		<i>PPGCAR: Central African refugees in the south of Chad</i>				
<b>Sub-group (if applicable):</b>		<i>Protracted CAR refugees in the south of Chad</i>				
Age Group	Male		Female		Total	
	in numbers	in %	in numbers	in %	in numbers	in %
0-4	470	12.1%	505	11.7%	<b>975</b>	<b>12%</b>
5-17	1752	45.1%	1736	40.3%	<b>3488</b>	<b>42.6%</b>
18-59	1542	39.7%	1932	44.9%	<b>3474</b>	<b>42.4%</b>
60 and >	117	3.0%	132	3.1%	<b>249</b>	<b>3.0%</b>
<b>Total:</b>	<b>3881</b>	<b>100%</b>	<b>4305</b>	<b>100%</b>	<b>8186</b>	<b>100%</b>
<b>Major Sites:</b>		<i>Camp d'Amboko</i>				

<b>Population Planning Group:</b>		<i>PPGCAR: Central African refugees in the south of Chad</i>				
<b>Sub-group (if applicable):</b>		<i>Protracted CAR refugees in the south of Chad</i>				
Age Group	Male		Female		Total	
	in numbers	in %	in numbers	in %	in numbers	in %
0-4	1552	18.1%	1557	15.6%	<b>3109</b>	<b>16.8%</b>
5-17	3816	44.5%	3744	37.6%	<b>7560</b>	<b>40.8%</b>
18-59	2952	34.4%	4218	42.4%	<b>7170</b>	<b>38.7%</b>
60 and >	256	3.0%	438	4.4%	<b>694</b>	<b>3.7%</b>
<b>Total:</b>	<b>8576</b>	<b>100%</b>	<b>9957</b>	<b>100%</b>	<b>18533</b>	<b>100%</b>
<b>Major Sites:</b>		<i>Camp de Bélom</i>				

Source: HCR Goré. Statistique au 31 octobre 2015

<b>Population Planning Group:</b>		<i>PPGCAR: Central African refugees in the south of Chad</i>				
<b>Sub-group (if applicable):</b>		<i>Protracted CAR refugees in the south of Chad</i>				
Age Group	Male		Female		Total	
	in numbers	in %	in numbers	in %	in numbers	in %
0-4	183	18.4%	193	19.8%	<b>376</b>	<b>19.1%</b>
5-17	426	42.9%	349	35.7%	<b>775</b>	<b>39.3%</b>
18-59	360	36.2%	402	41.1%	<b>762</b>	<b>38.7%</b>
60 and >	25	2.5%	33	3.4%	<b>58</b>	<b>3.0%</b>
<b>Total:</b>	<b>994</b>	<b>100%</b>	<b>977</b>	<b>100%</b>	<b>1971</b>	<b>100%</b>

<b>Major Sites:</b>	<i>Camp de Doholo</i>
---------------------	-----------------------

Source: HCR Goré. Statistique au 31 octobre 2015

<b>Population Planning Group:</b>		<i>PPGCAR: Central African refugees in the south of Chad</i>				
<b>Sub-group (if applicable):</b>		<i>Protracted CAR refugees in the south of Chad</i>				
Age Group	Male		Female		Total	
	in numbers	in %	in numbers	in %	in numbers	in %
0-4	978	17.3%	940	14.6%	<b>1918</b>	<b>15.9%</b>
5-17	2660	47.1%	2680	41.7%	<b>5340</b>	<b>44.2%</b>
18-59	1807	32%	2607	40.5%	<b>4414</b>	<b>36.5%</b>
60 and >	208	3.7%	203	3.2%	<b>411</b>	<b>3.4%</b>
<b>Total:</b>	<b>5653</b>	<b>100%</b>	<b>6430</b>	<b>100%</b>	<b>12083</b>	<b>100%</b>
<b>Major Sites:</b>		<i>Camp de Dosseye</i>				

Source: HCR Goré. Statistique au 31 octobre 2015

<b>Population Planning Group:</b>		<i>PPGCAR: Central African refugees in the south of Chad</i>				
<b>Sub-group (if applicable):</b>		<i>Protracted CAR refugees in the south of Chad</i>				
Age Group	Male		Female		Total	
	in numbers	in %	in numbers	in %	in numbers	in %
0-4	462	13.2%	412	10.0%	<b>874</b>	<b>11.5%</b>
5-17	1771	50.6%	1762	42.8%	<b>3533</b>	<b>46.4%</b>
18-59	1218	34.8%	1839	44.7%	<b>3057</b>	<b>40.1%</b>
60 and >	51	1.5%	102	2.5%	<b>153</b>	<b>2.0%</b>
<b>Total:</b>	<b>3502</b>	<b>100%</b>	<b>4115</b>	<b>100%</b>	<b>7617</b>	<b>100%</b>
<b>Major Sites:</b>		<i>Camp de Gondjé</i>				

Source: HCR Goré. Statistique au 31 octobre 2015

<b>Population Planning Group:</b>		<i>PPGCAR: Central African refugees in the south of Chad</i>				
<b>Sub-group (if applicable):</b>		<i>Protracted CAR refugees in the south of Chad</i>				
Age Group	Male		Female		Total	
	in numbers	in %	in numbers	in %	in numbers	in %
0-4	814	26.2%	846	19.1%	<b>1660</b>	<b>21.9%</b>
5-17	1551	49.6%	1675	37.7%	<b>3226</b>	<b>42.6%</b>
18-59	670	21.4%	1724	38.8%	<b>2394</b>	<b>31.6%</b>
60 and >	93	3.0%	193	4.3%	<b>286</b>	<b>3.8%</b>
<b>Total:</b>	<b>3128</b>	<b>100.0%</b>	<b>4438</b>	<b>100.0%</b>	<b>7566</b>	<b>100%</b>
<b>Major Sites:</b>		<i>Camp de Moyo</i>				

Source: HCR Goré. Statistique au 31 octobre 2015

Un groupe des personnes ont besoin d'un suivi spécifique ; il s'agit des patients présentant des affections psychotiques et dont les différentes catégories sont indiquées dans le tableau ci-dessous.

AFFECTIONS	Amboko	Béлом	Dosseye	Gondjé	Moyo	TOTAL
Epilepsies	29	136	115	25	32	<b>337</b>
Psychoses	9	25	28	8	7	<b>77</b>
Névroses	21	32	25	15	6	<b>99</b>
Retard mental	0	6	6	2	0	<b>14</b>
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>199</b>	<b>174</b>	<b>50</b>	<b>45</b>	<b>527</b>

## 5. Arrangements de mise en œuvre

## **5.1 Mise en œuvre**

Les activités prévues dans le cadre de ce projet ont été réalisées en impliquant d'une part, les populations bénéficiaires (refugiés et populations hôtes tchadiennes) et d'autre part certains partenaires notamment le Ministère de la santé, les agences des Nations Unies (Unicef, PAM, UNFPA) ainsi que d'autres ONG (Care International, etc...), dans le respect de la politique nationale en matière de santé. Tous ces acteurs vont être impliqués à toutes les étapes, de l'évaluation des besoins à la mise en œuvre et à l'évaluation finale de l'impact.

Nous allons renforcer la capacité du personnel par la formation du personnel et des supervisions formatives pour renforcer la surveillance épidémiologique dans les centres de santé. Le CSSI sera présent aux différentes réunions organisées par le District sanitaire et présentera des données nécessaires au suivi des maladies épidémiologiques, à la prise en charge intégrée des maladies et aux campagnes intégrées de vaccinations organisées par l'Etat.

Nous allons renforcer le Programme nutritionnel par la distribution du Nutributter aux enfants de 6 à 24 mois et procéder à un monitoring de la distribution dudit intrant. Ceci entre dans le cadre de la prévention de la malnutrition aigüe.

Des campagnes de masse seront menées pour l'implication de la communauté à la lutte contre la malnutrition. Des formations seront dispensées également aux ASC, aux AME (groupement des femmes) et aux mères d'enfants sur les bonnes pratiques nutritionnelles et la lutte contre la malnutrition.

Nous allons prévaloir beaucoup plus notre présence dans les villages hôtes abritant les réfugiés par le recrutement et la formation des relais communautaires tout en leur dotant des moyens roulants (vélos) dans 3 villages hôtes.

## **5.2 Risk Management**

Les risques majeurs identifiés qui pourraient constituer un handicap à l'exécution de ce présent projet, sont les suivants:

- L'absence d'un local pour l'approvisionnement d'un grand lot de médicaments pour les camps et la gestion des médicaments due au non existence d'un Sop (un grand dépôt de stock de médicament va être construit bientôt et cela va résoudre le problème).
- Un mouvement du personnel pourrait affecter la mise en œuvre des opérations et par ricochet affecter la qualité des soins dans la mesure où en cas de changement, le nouveau personnel a besoin d'assez de temps pour s'habituer aux outils du HIS et au fonctionnement même du service. Il est donc nécessaire que chaque personnel de CSSI ait un backup identifié au sein de l'équipe actuelle afin qu'un départ en cours d'année n'entraîne pas un blocage de la mise en œuvre du programme. C'est pourquoi, le CSSI est à la recherche des moyens nécessaires pour motiver les médecins d'autres pays qui ont accepté servir à ces postes pour une stabilité.
- Carburant : si les moyens logistiques sont nettement améliorés, cependant le problème de carburant demeure encore ce qui entraîne des demandes de supplément de carburant dans le mois. Il est à noter que le service de santé fonctionne 24h/24, 7j/7 donc notre présence dans les camps est continue même les nuits pour l'ambulance. Ceci doit amener le programme HCR à revoir les besoins réels en carburant de nos mobiles.

- Le nombre de malade sollicitant une évacuation sur Ndjamena soit pour des analyses biomédicales, soit pour une prise en charge médicale va buter à une limitation de la ligne budgétaire. Cependant, nous pensons qu'il y aurait une réglementation avec le SOP en cours.

### **5.3 Coordination**

Le bureau de Ndjamena assurera la coordination centrale de toutes les activités en étroite collaboration avec le coordinateur médical et le bureau HCR tant central que sur le terrain. Il effectuera des supervisions régulières et des évaluations du Programme dans son ensemble ainsi que du personnel. Les rapports documentés de ces supervisions seront partagés avec la section santé du HCR. Le HCR sera associé au recrutement et à l'évaluation des agents travaillant dans son projet afin de s'assurer que ces agents soient capables de répondre aux exigences liées à l'exécution du programme.

Les Délégués sanitaires du Logone Occidental, du Moyen Chari et du Salamat ainsi que les Médecins chef des District de Goré, Baibokoum, Moissala, Haraze et Danamadji seront les interlocuteurs directs des bureaux de Goré, Haraze et Maro pour toutes questions relatives à la politique sanitaire du pays et à la surveillance des indicateurs et maladies à potentiels épidémiques. Les médecins chefs de district ainsi que les équipes cadre des districts ci-haut cités seront associés aux supervisions conjointes trimestrielles HCR-CSSI et district afin de faciliter le processus d'intégration et le respect des protocoles nationaux de prise en charge des différentes pathologies. A noter que toute cette coordination du terrain se fera sous la direction du coordonnateur de Goré.

Le CSSI assistera et participera activement aux réunions de coordination humanitaire, aux réunions de coordination médicale et de toute autre réunion relative aux problèmes de santé de nos bénéficiaires. Cette participation se fera dans toutes les bases du sud. Un compte rendu de ces réunions va être partagé avec la coordination de Goré qui rendra compte à son tour au Responsable santé publique de CSSI basé à Ndjamena.

Dans le cadre du suivi régulier et du monitoring des activités, des supervisions conjointes HCR-CSSI-MSP, seront menées dans les structures sanitaires gérées par le CSSI. En plus, tous les six mois (2 fois/ an), le Coordonnateur médical de Goré effectuera des supervisions de suivi des activités dans les bases de Belom et Moyo ainsi que dans les structures sanitaires des villages hôtes abritant les réfugiés. Pendant ces supervisions, un compte rendu faisant ressortir les points saillants ainsi que des recommandations pour apporter des réponses aux problèmes identifiés. Ceci constitue un point important pour le CSSI afin d'améliorer la qualité de prestation dans ses différents centres de santé.

Nous envisageons cette année, un renforcement de la collaboration entre le personnel terrain CSSI et celui du HCR pour discuter et trouver des solutions à certains problèmes des réfugiés. Pour ce faire, une réunion de coordination sera organisée une fois par mois afin de discuter de toutes les questions relatives à la santé et verra la participation des superviseurs des CDS, des médecins terrain, du psychologue et de ses assistants, des points focaux VIH, du pharmacien, du nutritionniste et de ses assistants, ....

Le CSSI s'emploiera à organiser des réunions internes mensuelles afin de discuter des points saillants relatifs à la prise en charge des bénéficiaires (malades chroniques, références,...) et de la gestion des différents centres de santé.

Enfin, nous nous impliquerons davantage non seulement au suivi rapproché du COSAN/COGES, mais nous les amènerons à organiser des réunions une fois par mois avec un compte rendu faisant ressortir les points saillants ainsi que des recommandations pour apporter des réponses aux problèmes identifiés. Ce compte rendu sera partagé avec le HCR pour des fins d'information et de suivi.

Il faut noter que des réunions mensuelles seront également tenues entre les acteurs du projet en ce qui concerne l'exécution des activités. Une équipe de coordination est également basée à Goré qui coordonne les antennes de Maro et Haraze pour le suivi des activités sur le terrain.

Nous prendrons part activement dans les réunions mensuelles de coordination à Goré, Haraze et à Maro et les réunions des Equipes Multifonctionnelles dans les camps chaque mois organisées par l'UNHCR. Nous participerons également aux réunions de coordination organisées par le District et la Délégation Sanitaire du Logone Orientale. Il faut noter que toutes ces activités se feront en coordination avec le bureau de N'djamena.

#### **5.4 Review and Reporting**

Les problèmes de santé qui seront évoqués feront l'objet d'un suivi approprié. Des outils de gestions du HIS comprenant les registres de consultations, les fiches de pointages, les fiches de rapports hebdomadaire et mensuel, les fiches de suivi des maladies épidémiologiques et de vaccination ainsi que de la nutrition sont mises en place dans tous les centres pour faciliter la collecte des données et le rapportage.

Une supervision formative sur le système d'information sanitaire est prévue pour renforcer la capacité du personnel à ces rapportages et aux interprétations des indicateurs. Des rapports hebdomadaires (élaboration et analyse des rapports de surveillance hebdomadaire : EWARS) seront faits et partagés avec le District sanitaire, l'OMS et le HCR. Nous participerons aux investigations des cas suspects rapportés. Les relais agents de santé communautaire seront briefés sur la surveillance épidémiologique communautaire. Tout cas de mort maternelle sera investigué et documenté dans les 48H et les rapports partagés avec le HCR.

Des rapports mensuels du HIS seront partagés après analyse et interprétation avec le District sanitaire et le HCR. Les rapports semestriels et au besoin trimestriel de toutes nos activités seront aussi partagés avec le District et le HCR. Le suivi à travers la collecte, la gestion et l'analyse des données sur les progrès. Les rapports mensuels d'activités partagés avec le HCR seront accompagnés d'une partie descriptive qui soulignera les difficultés, les défis et les planifications surtout pour les activités nutritionnelles et psychosociales. Afin de faciliter le suivi des activités par le bailleur HCR, les plannings des activités seront partagés avec le point focal santé et la section programme.

Le coordinateur médical de CSSI sera garant du suivi des recommandations des différentes missions de supervisions et des feedbacks aux différents rapports d'activités qui seront partagés avec le HCR et les autres partenaires.

Le Responsable santé publique Ndjamaena apportera des amendements sur les différents rapports et fera l'objet si possible de mission sur le terrain pour renforcer le terrain sur les gaps constatés.

### **5.5 Visibility**

CSSI confectionnera des tee-shirts et des blouses pour permettre la visibilité du projet et de ses bailleurs. Toutes les constructions et autres réalisations sur financement UNHCR seront marquées du logo UNHCR pour permettre la visibilité. Les logos sur les véhicules, motos et vélos seront également respectés. Les rapports et autres publications sur ce projet seront aussi marqués du logo de l'UNHCR. La participation de CSSI aux 16 jours d'activisme, journée du réfugié et de l'enfant sera mise à contribution pour faire connaître le CSSI et ses interventions.

## **6. Partenaires impliqués**

CSSI a négocié et obtenu l'appui de quelques partenaires externes comme :

- Care international : pour son appui au renforcement de la santé de reproduction à travers la construction d'une salle de planning familial et la mise à disposition d'intrants de planning et en personnel (trois sage-femmes).
- Le PAM apporte les intrants nutritionnels dans les unités Nutritionnels de Supplémentation et la ration sèche pour les accompagnants dans les UNT.
- L'UNICEF appui les unités Nutritionnels Ambulatoires et les UNT en plumpynut, lait thérapeutique (F75 et F100).
- Ministère de la Santé : Mise en place de la politique des soins de santé primaires, appui aux structures sanitaires étatiques, programmes nationaux (TBC, PEV, Lutte contre le VIH), appui technique.
- OMS : appui technique, formations et assure la coordination des programmes de santé et le suivi épidémiologique à travers les structures nationales et régionales, approvisionnement en kit sanitaire d'urgence.

L'ONG CSSI intervient avec le budget du HCR à hauteur de 100%.

## 7. Bilan des réalisations en 2016

Objective Name	L'état de santé de la population améliorée
<b>Problem Description:</b>	<p>La plupart des indicateurs de santé dans le vert en 2015, ce sont améliorés en 2016. Pour le maintien de cet état, plusieurs volets de la mise en œuvre de la politique sanitaire au profit des refugies ont été considérés en particulier :</p> <p>(i) <i>L'intégration des systèmes de sante des camps au système de sante national.</i> Cette politique d'autogestion des communautés hôtes et refugies amorcé en 2012 au centre de sante de Beureuh tarde à s'exporter dans d'autres camps. Pour cause l'absence des agents de sante qualifiés, la mauvaise gestion des fonds, l'insuffisance d'apport du MSP en médicaments. L'intégration entrainera une augmentation de la population de couverture, ce qui affectera la qualité de soins déjà compromise.</p> <p>les taux de mortalité des moins de 5 ans (MM5) les plus élevés étaient ceux des camps de Dosseye et Bélom qui étaient respectivement de 1.3 et 1.1. L'automédication encouragée par la vente parallèle des médicaments et le recours aux soins traditionnels entraine un recours tardif aux services de santé et entraine ainsi l'augmentation de la mortalité.</p> <p>Le taux de couverture vaccinale de (80,3%) au 31 Décembre 2016 s'est nettement amélioré à 103,7% grâce aux trois infirmiers recrutés pour mener cesdites activités dans les camps de Goré, Bélom et Moyo. Cette activité souffre parfois par des ruptures intermittentes de certains antigènes au niveau des Districts/Délégations. Cette année, nous avons assisté à des ruptures par moment de l'ACT fourni par le MSP et UNHCR. La quantité fournie par le MSP est loin d'assurer une couverture de nos bénéficiaires, c'est pourquoi le HCR a continué à nous approvisionner. Les moustiquaires et le paracheck sont loin de couvrir nos besoins et sont régulièrement en rupture. Voilà autant de facteurs qui font que le paludisme reste la première cause de mortalité. Les réfugiés installés dans les villages hôtes tchadiens seront toujours confrontés à des structures de santé insuffisamment équipées, avec un personnel peu qualifié. Il faut noter aussi la vétusté de l'installation électrique du centre de santé de Maro entrainant régulièrement des pannes de climatisation au niveau de la pharmacie de Maro. A Haraze, le bloc opératoire dispose maintenant d'un d'extracteur d'oxygène et de la climatisation. Le seul problème demeure l'état vétuste de la table opératoire. A Moyo, le centre de santé du camp n'est pas clôturé et ne dispose pas de cuisine aménagée pour les accompagnants des malades, les obligeant ainsi à préparer sous les arbres dans des conditions d'hygiène précaires.</p> <p>(iii) <i>Le mécanisme d'aiguillage établi.</i> 1500 références médicales sont attendues en 2017, cela sera rendu possible avec de nouvelles ambulances disponibles dans les 3 bases.</p> <p>(iv) <i>Ruptures de médicaments essentiels :</i> La commande internationale en médicaments essentiels est lente, l'approvisionnement des bases en médicaments n'est pas régulé, il n'existe pas de logiciel de gestion des médicaments et la livraison ne se fait sur base d'une commande d'où l'entretien des ruptures existantes.</p>
<b>Intended Impact:</b>	<p>100% des PoC ont accès a des soins de santé primaire, secondaire et tertiaire de qualité avec un maintien des taux de mortalité brute et des moins de 5 ans dans les normes. 95% des médicaments essentiels sont achetés au plan international et 2000 personnes bénéficieront des références au niveau secondaire et tertiaire selon notre planification. Le taux de couverture vaccinale contre la</p>

	rougeole sera de 95% environ pour les refugies des camps et des villages.	
<b>Actual Impact:</b>		
<b>Impact Indicator(s)</b>		
<b>Impact Indicator Name</b>	<b>Site/Location</b>	<b>Actual</b>
Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1000 habitants/mois)	Amboko Béлом Doholo, Dosseye Gondjé Moyo villages hôtes	∑ 0,9 décès pour 1000 par mois 0,4 décès/1000 (05 décès) dont M= 0,3 et F=0,5 1,2 décès/1000 (37 décès) dont M= 1,3 et F=0,8 0,4 décès/1000 (04 décès) dont M= 0,9 et F=0,9 0,9 décès/1000 (28 décès) dont M= 1,1 et F=1,5 0,7 décès/1000 (06 décès) dont M= 0,2 et F=1,0 0,3 décès/1000 (10 décès) dont M= 0,7 et F=0,5 N/A

<b>Output</b>	<b>Status Update on Progress Achieved</b>		
Accès ou appui à l'accès aux services de soins de santé primaires	L'accès aux soins de santé de qualité est garanti pour les deux communautés. Du personnel qualifié a été recruté et évalué périodiquement. Des sessions de renforcements de capacités ont été organisées à l'intention dudit personnel, des relais communautaires et la communauté. Les USSP des camps et des villages seront appuyés. Les psychotropes sont achetés pour renforcer la prise en charge des malades en santé mentale et prescrits par les superviseurs en l'absence du psychologue.		
<b>Performance Indicator(s)</b>	<b>Site/Location</b>	<b>Performance Target</b>	<b>Actual progress</b>
Nombre de centres de santé équipés/construits/réhabilités	Amboko Belom Doholo, Dosseye Gondje Moyo Villages hôtes	1 1 1 1 1 1 2	1 1 1 1 0 1 0

<b>Output 2</b>	<b>Status Update on Progress Achieved</b>
-----------------	---

Fourniture de services de santé aux enfants de moins de cinq ans	Renforcement de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) par la formation du personnel. Assurer le dépistage et la prise en charge précoce des enfants de moins de 5 ans par des consultations journalières.		
Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Mise en œuvre de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) (oui/non)	Amboko	100	100
	Bélom	100	100
	Doholo,	100	100
	Dosseye	100	100
	Gondjé	100	100
	Moyo	100	100
	villages hôtes	100	100

Output 3	Status Update on Progress Achieved		
Mise en place de mécanisme d'aiguillage	Référer tous les cas éligibles des camps vers les hôpitaux de district de Goré, Maro, Haraze et Danamadji ou vers les hôpitaux régionaux de Moundou, Sarh, Am-timam ou encore vers Ndjamena. Les cas d'handicapés seront référés au centre Notre Dame de Moundou et au centre chirurgical adventiste.		
Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Nombre de personnes aiguillées vers des soins médicaux secondaires et tertiaires	Amboko	150	112
	Bélom	680	284
	Doholo,	100	83
	Dosseye	600	212
	Gondjé	120	71
	Moyo	240	165
	villages hôtes	20	00

Objective Name	Amélioration du bien-être nutritionnel
<b>Problem Description:</b>	Avec la politique d'autonomisation des réfugiés, la surveillance de l'état nutritionnel de la population est l'un des indicateurs pertinents de la capacité des réfugiés à faire face à la distribution ciblée des vivres du PAM. Les données de l'enquête nutritionnelle de 2014 ont révélé un taux de malnutrition aiguë globale (GAM) de 6.8% contre 5,6% en 2011. La situation nutritionnelle à Dosseye

	<p>est très alarmante avec 12.6% en 2014 contre 12,4% en 2011. Moyo s’améliore de 8.4% à 6.35% pendant qu’Amboko atteint 8% de taux de MAG. Le taux global de l’anémie chez les enfants de 6 à 59 mois, est de 65% contre 65,9% en 2011 (seuil supérieur à 40%) dans tous les camps. Le taux de mortalité de suite de MAS de 15% en 2015 s’est nettement amélioré à 7,96% pour l’ensemble des camps au premier semestre 2016 (seuil inférieur à 15%). Dosseye a enregistré le plus et pourrait s’expliquer par : l’insuffisance de sensibilisation, les mauvaises pratiques nutritionnelles surtout chez les nourrissons et les jeunes enfants, la non observance des consignes et directives de traitement qui se traduit par la vente des ATPE, abandon, la précarité et les apports alimentaire insuffisants, la mobilité de la population vers les ferriques.</p> <p>L’enquête nutritionnelle 2014 a montré que dans l’ensemble des camps, le taux d’allaitement maternel exclusif est très faible (2.0%). Pour les enfants, la malnutrition et/ou l’anémie peut entraîner un retard dans le développement mental et non ou mal traitée, elle peut causer la mort. En 2016, environ 926 nouvelles admissions à la prise en charge communautaire de la malnutrition aigües sévères ont été enregistrées ainsi que 1557 enfants malnutris modérés ayant bénéficié des compléments nutritionnels. Avec l’enquête nutritionnelle en cours, nous saurons l’impact des stratégies mises en place suite à la réduction considérable de la distribution par le PAM.</p>	
<b>Intended Impact:</b>	<p>Réduire le taux de malnutrition aigüe globale à 5% ; promouvoir les aliments locaux dans la lutte contre la malnutrition aigüe sévère. Environ 4600 enfants seront admis dans les programmes de lutte contre la malnutrition et bénéficieront des suppléments alimentaires. Le taux de mortalité liée à la malnutrition aigüe sera de moins de 15%. La communauté sera imprégnée des réalités de la malnutrition et impliquée activement dans la lutte contre la malnutrition.</p>	
<b>Actual Impact:</b>	<p>Il détermine la prévalence de la malnutrition aigüe globale chez les enfants de 6 à 59 mois. Seule une enquête nutritionnelle permet d’avoir ces chiffres.</p>	
<b>Impact Indicator(s)</b>		
<b>Impact Indicator Name</b>	<b>Site/Location</b>	<b>Actual</b>
Taux de malnutrition aigüe globale (6-59 mois)	Amboko	8
	Béлом	2.8
	Doholo,	-
	Dosseye	12,6
	Gondjé	4,1
	Moyo villages hôtes	6,3

<b>Output 1</b>	<b>Status Update on Progress Achieved</b>
-----------------	---

Evaluation et analyse	Afin d'évaluer la situation dans les camps et villages et l'impact des actions entreprises pour lutter contre la malnutrition, une enquête nutritionnelle sera diligentée en décembre 2016		
Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Nombre d'enquêtes nutritionnelles conduites à la lumière des principes directeurs recommandés (oui/non)	Amboko Béлом Doholo, Dosseye Gondjé Moyo villages hôtes	01	01

Output 2	Status Update on Progress Achieved		
Mise en place et suivi de la gestion communautaire des programmes liés à la malnutrition aigüe	La communauté à travers les relais sera impliquée dans le suivi des enfants aux programmes, la sensibilisation et la bonne utilisation des aliments thérapeutiques.		
Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Nombre de nouvelles admissions aux programmes de prise en charge communautaire de la malnutrition (UNA et UNS)	Amboko	650	341
	Béлом	1500	546
	Doholo,	400	289
	Dosseye	1000	417
	Gondjé	450	211
	Moyo	600	311
	villages hôtes		00
Nombre d'enfants qui ont reçu les suppléments nutritionnels (nutributter).	Amboko	4000	2763
	Béлом	11000	7091
	Doholo,	1700	1200
	Dosseye	6000	4256
	Gondjé	2500	1741
	Moyo	2500	00
	villages hôtes		

<b>Objective Name</b>	<b>La population a un accès optimal à la santé reproductive et de VIH</b>	
<b>Problem Description:</b>	<p>La faiblesse du circuit d’approvisionnement des intrants pour les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et de la santé reproductive affectent la qualité des services de VIH et de santé reproductive dans les camps. Car l’approvisionnement des USSP des camps en ces intrants est assuré par les districts sanitaires. D’une manière générale, nous avons enregistré en 2016, un taux de couverture PTME (100%), de couverture CPN (87%), d’utilisation du programme de planification familiale (47% avec un pourcentage de naissances vivantes assistées par du personnel qualifié de (91%) ce qui constituent des taux nettement améliorés par rapport à l’année précédente. Cette amélioration s’explique par les différentes sensibilisations menées dans la communauté par les ASC, les pairs éducateurs, matrones et sages-femmes et l’amélioration des conditions de travail dans ces structures. Notons également l’insuffisance de la couverture des villages hôtes en terme de suivi et le désistement de certaines PVVIH des traitements ARV du fait de l’absence de ration alimentaire supplémentaire. Dans tous les USSP des camps, les accouchements à domicile continuent. Même si ce chiffre s’est un peu amélioré, des efforts restent à faire dans ce sens.</p> <p>En 2015, seul 1% des naissances a été faite par césarienne (0% à Gore), contre 3% en 2016, ceci montre l’effort consentis dans l’amélioration de la prise en charge des femmes. Notons également l’insuffisance de la couverture des villages hôtes en termes de suivi et le désistement de certaines PVVIH des traitements ARV du fait de l’absence de ration alimentaire supplémentaire. Dans tous les USSP des camps, les accouchements à domicile continuent. Même si ce chiffre s’est un peu amélioré, des efforts restent à faire dans ce sens.</p>	
<b>Intended Impact:</b>	Les taux de PTME et de CPN seront de 100% et les intrants pour la prise en charge et le suivi des PVVIH seront disponibles toute l’année ainsi, 100% des PVVIH dépistés ont accès au traitement ARV. Le taux de couverture des accouchements assistés par du personnel qualifié sera de 98% et le taux d’utilisation des services de planning familial sera de 45%. 100% des victimes de SGBV reçoivent une réponse adaptée.	
<b>Actual Impact:</b>	Dans le respect de la politique sanitaire actuelle et suivant la directive d’intégration des structures sanitaires des camps aux structures de l’Etat amorcé par le HCR, 100% des personnes auront accès aux services complets de santé reproductive. Elles bénéficieront de la CPN complet, de l’accouchement, de la CPoN, de la planification familiale, des conseils pré et post test, de la PTME, ...	
<b>Impact Indicator(s)</b>		
<b>Impact Indicator Name</b>	<b>Site/Location</b>	<b>Actual</b>
Accès des personnes prises en charge aux services complets de santé reproductive	Amboko	100
	Belom	100
	Doholo,	100
	Dosseye	100
	Gondje	100

	Moyo Villages hôtes	100 00	
<b>Output 1</b>	<b>Status Update on Progress Achieved</b>		
Fourniture de soins et de traitement aux personnes prises en charge vivant avec le VIH et le sida	Les personnes vivant avec le VIH recevront les ARV régulièrement et les autres traitements liés à leur état de santé. Les services de CDV seront ouverts tous les jours et accessibles à tous. Les intrants pour la réalisation des tests et les ARV seront toujours disponibles.		
<b>Performance Indicator(s)</b>	<b>Site/Location</b>	<b>Performance Target</b>	<b>Actual progress</b>
Nombre de personnes prises en charge recevant la thérapie antirétrovirale	Amboko	110	95
	Béлом	150	103
	Doholo,	30	14
	Dosseye	130	71
	Gondjé	50	27
	Moyo	30	18
	Villages hôtes	00	00

<b>Output 2</b>	<b>Status Update on Progress Achieved</b>		
Fourniture de services complets liés à la maternité sans risque	Les services de santé reproductive (CPN, accouchement, planification familiale, PTME, ...) seront assurés par du personnel qualifié et disponible à tout temps. Les matrones bénéficieront de formations. Les services de maternité seront équipés et ouverts 24h sur 24.		
<b>Performance Indicator(s)</b>	<b>Site/Location</b>	<b>Performance Target</b>	<b>Actual progress</b>
Accès des personnes prises en charge aux services de santé maternelle et infantile dans les mêmes proportions que pour la communauté locale	Amboko	100	100
	Béлом	100	100
	Doholo,	100	100
	Dosseye	100	100
	Gondjé	100	100
	Moyo	100	100
	Villages hôtes	100	100

## **8. Leçons apprises**

- ✓ Approvisionner les centres de santé en médicaments ;
- ✓ **Instaurer une réunion de coordination trimestrielle ou semestriel des différents responsables pour le bon suivi du niveau d'exécution des projets;**
- ✓ Diligenter la mise en œuvre des projets du terrain et leur suivi par la coordination N'djamena ;
- ✓ Faire l'approvisionnement de la caisse chaque début de mois.

### **Conclusion**

En conclusion, les indicateurs sont restés dans les normes sphères.

## **B. PROTECTION DANS L'ATTENTE DES SOLUTIONS POUR LES REFUGIES SOUDANAIS VIVANT A L'EST DU TCHAD**

### **1. Présentation générale du projet**

La situation sécuritaire dans la sous-région demeure préoccupante. L'insécurité causée par l'instabilité au Soudan, voisin du Tchad, et récemment en République centrafricaine, est aggravée par les activités de différents groupes armés, leurs incursions transfrontalières ainsi que les tensions intercommunautaires locales.

Toutes les tentatives, à travers les différents accords, en vue de ramener la paix dans la région n'ont pas jusque-là abouties.

Le Tchad abrite à ce jour près de 500000 réfugiés (452 841 au 31 mai 2014) dont 332562 à l'Est. Les projections démographiques à court terme sont en faveur d'une augmentation de leur nombre soit du fait de la croissance naturelle ou du fait de nouveaux afflux.

La rareté des ressources naturelles telles que l'eau, le bois, l'insuffisance des terres arables, à l'Est particulièrement, rend encore plus difficile les conditions de vie de ces populations déplacées et encore plus précaire leur situation sanitaire.

Le séjour prolongé de ces réfugiés, dans un contexte économique caractérisé par la diminution des ressources, fait que ces derniers nécessitent non seulement d'une assistance humanitaire, mais également d'un processus d'accompagnement en vue d'une autosuffisance et, dans la mesure du possible, d'une intégration sociale.

L'état de santé de ces populations déplacées a grâce à l'action du HCR et de ses partenaires, montré une certaine amélioration à travers certains indicateurs tels que la baisse du taux de mortalité en général et chez les enfants de moins de cinq ans en particulier. Les efforts déployés doivent cependant être poursuivis et consolidés quant à l'accessibilité aux services des soins de qualité, améliorés en matière nutritionnelle et du VIH dont la prévalence reste encore inconnue, de l'utilisation encore faible des services liés à la santé de la reproduction et de la participation communautaire quasi inexistante.

### **2. Résultats attendus et stratégies de mise en œuvre**

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

### **3. Résultats attendus et stratégies de mise en œuvre**

- **Amélioration de l'état de santé de la population**

Nous mettrons l'accent sur les activités préventives, curatives et promotionnelles en impliquant les réfugiés pour la sensibilisation de la population, particulièrement dans la participation communautaire pour sa propre prise en charge.

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

Un programme de prise en charge des PVVIH est en place et des stratégies pour diminuer les nouvelles infections par la sensibilisation et la vulgarisation de l'usage des préservatifs et contraceptifs seront renforcées.

▪ **Amélioration du bien-être nutritionnel**

Les compétences des agents seront renforcées pour une meilleure prise en charge de la malnutrition, le dépistage actif sera également fait pour que tout malnutri bénéficie de notre intervention et l'implication de la communauté sollicitée à cette fin.

La distribution du nutributter aux enfants de 6 à 24 mois va continuer, ce qui contribuera à la prévention de la malnutrition dans cette catégorie d'enfants.

Une surveillance du programme nutritionnel se poursuivra par l'enquête SQUEAC qui va nous permettre d'évaluer non seulement le programme nutritionnel en général, mais aussi, d'évaluer les barrières à l'accès au traitement ambulatoire à partir des cas de malnutrition aigüe sévère détectés et non admis dans le programme au moment de l'enquête.

Une enquête nutritionnelle sera faite vers la fin de l'année pour évaluer le programme nutritionnel dans son ensemble en se basant sur les taux de MAG et de MAS de l'enquête précédente.

**4. Durée, budget et cible du projet**

**4.1. Durée**

Le projet est prévu pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2016.

**4.2. Population bénéficiaire**

**Description de la population**

Le CSSI va assurer les soins de santé primaire dans les camps de Touloum, Iridimi et Amnabak. La population dans ces trois camps est estimée à 77.717 réfugiés. Ils sont musulmans et composées de Zaghawa, de Massalit et de Fur.

**Données démographiques**

<b>2. Population Planning Group:</b>		<b>Réfugiés Soudanais à l'Est du Tchad</b>				
<b>Sub-group (if applicable):</b>		<i>Amnabak</i>				
<b>Age Group</b>	<b>Male</b>		<b>Female</b>		<b>Total</b>	
	<b>in numbers</b>	<b>in %</b>	<b>in numbers</b>	<b>in %</b>	<b>in numbers</b>	<b>in %</b>
0-4	2514	23.62%	2461	16.58%	4975	19.52%
5-11	2954	27.75%	3045	20.52%	5999	23.54%
12-17	2197	20.64%	2827	19.05%	5024	19.71%
18-59	2601	24.43%	5962	40.18%	8563	33.60%
60>	377	3.54%	542	3.65%	919	3.60%
<b>Total</b>	<b>10643</b>	<b>100%</b>	<b>14837</b>	<b>100%</b>	<b>25480</b>	<b>100%</b>
<b>Major Sites:</b>		<b>Zone d'Iriba – le camp d'Amnabak</b>				

<b>Population Planning Group:</b>		<b>Réfugiés Soudanais à l'Est du Tchad</b>				
<b>Sub-group (if applicable):</b>		<i>Iridimi</i>				
<b>Age Group</b>	<b>Male</b>		<b>Female</b>		<b>Total</b>	
	<b>in numbers</b>	<b>in %</b>	<b>in numbers</b>	<b>in %</b>	<b>in numbers</b>	<b>in %</b>
0-4	1874	14.51%	1907	19.57%	3781	16.68%
5-11	3970	30.74%	3682	37.79%	7652	33.77%
12-17	4117	31.88%	2475	25.40%	6592	29.09%
18-59	2672	20.69%	1501	15.40%	4173	18.41%
60>	281	2.17%	178	1.82%	459	2.02%
<b>Total:</b>	<b>12914</b>	<b>100%</b>	<b>9743</b>	<b>100%</b>	<b>22657</b>	<b>100%</b>
<b>Major Sites:</b>		<b>Zone d'Iriba – le camp d'Iridimi</b>				

<b>Population Planning Group:</b>		<b>Réfugiés Soudanais à l'Est du Tchad</b>				
<b>Sub-group (if applicable):</b>		<i>Touloum</i>				
<b>Age Group</b>	<b>Male</b>		<b>Female</b>		<b>Total</b>	
	<b>in numbers</b>	<b>in %</b>	<b>in numbers</b>	<b>in %</b>	<b>in numbers</b>	<b>in %</b>
0-4	2409	19.02%	2384	14.08%	4793	16.20%
5-11	3067	24.22%	3127	18.47%	6194	20.93%
12-17	3328	26.28%	3855	22.77%	7183	24.27%
18-59	3477	27.46%	6935	40.97%	10412	35.19%
60>	381	3%	622	3.67%	1003	3.39%
<b>Total</b>	<b>12662</b>	<b>100%</b>	<b>16923</b>	<b>100%</b>	<b>29585</b>	<b>100%</b>
<b>Major Sites:</b>		<b>Zone d'Iriba – le camp de Touloum</b>				

## 5. Arrangements de mise en œuvre

### 5.1. Mise en œuvre

Les approches et les méthodes d'intervention tiendront compte du contexte actuel, du niveau actuel des indicateurs et respecteront les principes de l'UNHCR dans l'amorce du recouvrement de coût et le respect du code de conduite pour tout le personnel.

Le Programme nutritionnel est renforcé par le recrutement d'un superviseur chargé de la distribution du Nutributter aux enfants de 6 à 24 mois. Il va organiser le monitoring après chaque distribution dans les ménages, ce qui lui permettra d'évaluer cette activité qui a pour objectif la prévention de la malnutrition aigüe.

Un renforcement du programme sera organisé en vue de promouvoir les aliments locaux : une démonstration culinaire sera faite chaque mois pour apprendre aux ménagères la réalisation d'une alimentation équilibrée à partir des produits locaux.

Nous allons revisiter la mise en place du COSAN et du COGES dans chaque camp en sollicitant l'implication des leaders communautaires. La redynamisation des activités de ces organes débutera par la formation, organisée par le CSSI, de leurs membres respectifs sur les thèmes suivants : participation communautaire, rôles et attributions du COSAN/COGES et le recouvrement des coûts.

Ils vont mener des sensibilisations dans la communauté pour une adhésion de celle-ci aux objectifs visés par leur mise en place.

La deuxième étape sera l'instauration progressive du recouvrement de coût par la vente de carnet et d'autres activités qu'on ciblera ensemble avec les réfugiés. La recette générée par la vente de ces carnets prendra en charge quelques staffs réfugiés et d'autres activités qui seront ciblés par le COSAN. Notre objectif est de les accompagner et de les amener le plus rapidement possible à un recouvrement effectif des coûts.

La composition du staff technique ne pourra pas respecter les ratios actualisés reçus du HCR le 13/12/12, à cause des contraintes budgétaires. Un staff minimum est mis en place pour l'exécution de l'essentiel des activités au niveau du centre de santé. Certaines ressources humaines spécialisées seront utilisées pour le renforcement des capacités.

Nous renforçons le Paquet Complémentaire d'Activité à l'hôpital de District pour la continuité de la prise en charge des malades réfugiés et nationaux référés en son sein. Cet appui est limité aux ressources humaines pour la prise en charge des urgences obstétricales. La mise en œuvre des activités respectera également la politique nationale de santé en ce qui concerne l'utilisation des protocoles de prise en charge, et le circuit d'approvisionnement en médicaments.

## **5.2. Risk Management**

Iriba est une zone d'insécurité où le déplacement n'est possible qu'avec l'escorte de sécurité du DPHR. A cause de cette insécurité qui est récurrente par les braquages de véhicules des partenaires, la dépendance vis-à-vis de cette escorte pourrait, dans certaines circonstances, rendre impossible la réalisation des activités.

Pendant la saison des pluies, les Wadi rendent difficiles l'accès aux camps. Les centres de santé ont besoin d'une réfection à cause de la vétusté des infrastructures (locaux, portes, fenêtres,...) qui constitue un risque non négligeable pour le personnel soignant, les malades et matériels (médicaments, mobiliers, équipement) de service. L'absence de certains équipements essentiels (équipements pour la stérilisation ou pour la chaîne de froid,...) va interférer avec l'offre des soins de qualité.

Les contraintes budgétaires constitueront un handicap majeur à la réalisation de certains objectifs.

## **5.3. Coordination**

Un comité de réfugiés est mis en place pour permettre l'interface entre les acteurs du projet et les réfugiés. A travers ce comité, des réunions de concertations mensuelles sont renforcées pour nous permettre de mieux suivre le projet et de recueillir les besoins de la communauté de réfugiés.

Il faut noter que des réunions mensuelles sont également tenues entre les acteurs du projet en ce qui concerne l'exécution des activités. Une équipe de coordination est également basée à Iriba pour le suivi des activités sur le terrain.

Nous prenons part activement à toutes les réunions mensuelles de coordination à Iriba et les réunions des Equipes Multifonctionnelles dans les camps chaque mois organisées par l'UNHCR.

Nous participons également aux réunions de coordination organisées par le District et la Délégation Sanitaire Régionale du WadiFira.

Il faut noter que toutes ces activités se font en coordination avec le bureau de N'Ndjamena.

#### **5.4. Review and Reporting**

Dans l'exécution du présent projet, des rapports mensuels cumulatifs sont rédigés et envoyés au HCR et d'autres rapports aux partenaires. Des rapports hebdomadaires sur les maladies notifiées sont également transmis aux partenaires chaque semaine.

Un rapport annuel sur l'enquête nutritionnel SQUEAC sera envoyé au partenaire UNHCR, montrant la couverture et les différentes barrières d'accessibilité de la population au Programme dans son ensemble.

Des rapports semestriel et annuel seront également envoyés au partenaire UNHCR, montrant le résultat atteint à travers l'évolution des indicateurs retenus dans le cadre logique.

Un rapport mensuel est également produit sur les résultats à travers la matrice mensuelle des résultats harmonisée.

L'Equipe de Ndjamena va renforcer sa présence par des missions (tous les 3 mois) pour le suivi des activités menées sur le terrain, et un rapport succinct sera partagé avec l'UNHCR.

#### **5.5. Visibilité**

La visibilité du projet exécuté sera assurée. Toutes les constructions et autres réalisations sur financement UNHCR seront marquées du logo UNHCR pour permettre la visibilité. Les logos sur les véhicules seront également respectés. Les rapports et autres publications sur ce projet seront aussi marqués du logo de l'UNHCR.

#### **6. Partenaires impliqués**

**Ministère de la Santé** : Mise en place de la politique des soins de santé primaires, appui aux structures sanitaires étatiques, programmes nationaux (TBC, PEV, Lutte contre le VIH, le paludisme...etc.), appui technique, etc.

**Unicef** : appui à la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère, programmes de santé maternelle et infantile, PEV, PTME.

**PAM** : Distribution des vivres et appui aux programmes de supplémentation nutritionnelle

**UNFPA** : fourniture à travers la Délégation sanitaire/District sanitaire, des préservatifs et tout autre intrant dans le cadre du programme de santé de la reproduction et la riposte au VIH/SIDA ;

**OMS** : appui technique, formations et coordination des programmes de santé et suivi épidémiologique à travers les structures nationales et régionales.

## 7. Bilan des réalisations en 2016

<b>Objective Name</b>	<b>Amélioration de l'état de santé de la population</b>	
<b>Problem Description:</b>	<p>Les affections prédominantes telles que diarrhée, paludisme, IRA, dermatose, candidose, parasitose intestinale, ORL, diabète, gastrite, pathologies ostéoarticulaires affectent souvent l'état de santé des réfugiés.</p> <p>Certaines affections qui requièrent des consultations spécialisées sont présentes dans les camps (caries dentaires, affections ophtalmologiques, les maladies cardiovasculaires, les maladies gynécologiques, Urologique (prostatite) et les troubles mentaux).</p> <p>Les capacités d'accueil des structures de santé sont dépassées.</p> <p>Les infrastructures sanitaires (service psychosocial, tente de réunion des ASC, le service de la nutrition non clôturé, la clôture du CDS détruite) sont peu équipées et détériorées par endroit. Le centre de santé reçoit aussi bien les populations réfugiées que les autochtones des villages environnants.</p>	
<b>Intended Impact:</b>	<p>Poursuivre l'intégration du centre de santé du camp dans le système de santé national même si déjà les nationaux viennent se faire soigner dans le centre.</p> <p>Promouvoir la participation communautaire, redynamiser et renforcer les capacités du comité de santé et du comité mixte de gestion du centre de santé, renforcer les capacités du personnel soignant, rendre plus efficace le mécanisme de référencement des cas compliqués à l'hôpital de district.</p> <p>Améliorer la mise à disposition des médicaments dans la pharmacie du centre de santé, renforcer la sensibilisation sur la prévention de certaines maladies, etc.</p>	
<b>Actual Impact:</b>		
<b>Impact Indicator(s)</b>		
	<b>Impact Indicator Name</b>	<b>Site/Location</b>
		<b>Actual</b>
	Taux brut de mortalité (pour 1000 habitants/mois)	<p>Amnabak : &lt;0,20 (0,16)</p> <p>Iridimi : &lt;0,20 (0,08)</p> <p>Touloum : &lt;0,20 (0,1)</p>
	Accès des personnes prises en charge aux soins de santé primaires (Bureau Afrique)	<p>Amnabak : Oui</p> <p>Iridimi : Oui</p> <p>Touloum : Oui</p>
	Couverture de la vaccination contre la rougeole	<p>Amnabak : 100 % ( 121,21%)</p> <p>Iridimi : 100% (97,9%)</p> <p>Touloum : 100% (121,3%)</p>

Taux de mortalité des enfants moins de cinq ans (pour 1000 habitants/mois) (GSP)	Amnabak Iridimi Touloum	Amnabk: <0,20 (0.23) Iridimi : <0,20 (0.07) Touloum : <0,20 (0.5)
--	-------------------------------	---

Output	Status Update on Progress Achieved		
Accès à des programmes de lutte contre les maladies transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dépistage clinique et microscopique des cas de tuberculose</li> <li>✓ Référence des cas de tuberculose vers l'hôpital de district et la prise en charge</li> <li>✓ Suivi des cas de tuberculose déjà sous traitement</li> <li>✓ Disponibilité permanente des ACT et le test rapide de dépistage de paludisme</li> <li>✓ Sensibilisation de masse sur les maladies transmissibles</li> <li>✓ Dépistage et prise en charge précoce des maladies transmissibles (IRA, Paludisme, Diarrhée etc.)</li> <li>✓ Achat produit d'hygiène et d'entretien du centre de sante</li> <li>✓ Achat des matériels pour l'hygiène de mains (Seau+robinet)</li> <li>✓ Maintenance de la chaine de froid et contrôle journalière la fiche de température</li> <li>✓ Achat d'un réfrigérateur à pétrole pour la chaine de froid</li> <li>✓ Participation aux différentes campagnes de vaccination des masses contre les maladies cible du PEV</li> <li>✓ Révision de la mise en place et redynamisation du COSAN Mixte (réfugié et autochtone) du centre de santé (Atelier de formation)</li> <li>✓ Révision de la mise en place et redynamisation du COGES Mixte (réfugié et autochtone) du centre de santé (Atelier de formation)</li> <li>✓ Renforcement de capacité du COGES Mixte sur la gestion du centre de santé ;</li> <li>✓ Organisation une fois par trimestre de consultations spécialisées sur place (ophtalmologie, dermatologie, stomatologie, ORL)</li> <li>✓ Réunion/Suivi et encadrement du comité de santé</li> </ul>		
Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Nombre de cas de tuberculose multi résistante diagnostiqués parmi les personnes prises en charge		Amnabk : 0 Iridimi : 0 Touloum :	Amnabk : 0 Iridimi : 0 Touloum :0

Nombre des cas de tuberculose référés vers l'hôpital de district pour la prise en charge	<i>Amnabak Iridimi Touloum</i>	<i>Amnabak :10 Iridimi : 10 Touloum :10</i>	<i>Amnabak :0 Iridimi : 1 Touloum : 6</i>
Nombre des cas de tuberculose mis sous traitement		<i>Amnabak : 10 Iridimi :10 Touloum : 10</i>	<i>Amnabak :0 Iridimi : 1 Touloum : 6</i>
Intégration de la thérapie combinée à base d'artémisinine.		<i>Amnabak : 100% Iridimi :100% Touloum :100%</i>	<i>Amnabak :100% Iridimi : 100% Touloum :100%</i>
Nombre de cas de Palu confirmé traités avec les ACT	<i>Amnabak Iridimi Touloum</i>	<i>Amnabak : 270 Iridimi : 358 Touloum : 428</i>	<i>Amnabak : 226 Iridimi : 591 Touloum :469</i>
Nombre de personnes sensibilisées sur les maladies transmissibles		<i>Amnabak : 12738 Iridimi : 11328 Touloum : 14791</i>	<i>Amnabak :14846 Iridimi : 15604 Touloum : 15628</i>
Nombre de maintenance de la chaine de froid		<i>Amnabak : 4 Iridimi : 4 Touloum : 4</i>	<i>Amnabak :0 Iridimi : 0 Touloum : 2</i>
Nombre de participation aux JNV		<i>Amnabak : 6 Iridimi : 6 Touloum : 6</i>	<i>Amnabak :3 Iridimi : 3 Touloum : 3</i>
Nombre de COSAN mis en place		<i>Amnabak : 1 Iridimi : 1 Touloum : 1</i>	<i>Amnabak :1 Iridimi : 1 Touloum : 1</i>
Nombre de COGES mis en place		<i>Amnabak : 1 Iridimi : 1 Touloum : 1</i>	<i>Amnabak :1 Iridimi : 1 Touloum : 1</i>
Nombre de COGES renforcé en capacité		<i>Amnabak : 1 Iridimi : 1 Touloum : 1</i>	<i>Amnabak : 0 Iridimi : 0 Touloum : 0</i>

Nombre de réunion du COSAN	Amnabak : 6 Iridimi : 6 Touloum : 6	Amnabak : 0 Iridimi : 0 Touloum : 0 (Quorum non atteint à la convocation des réunions)
Nombre des consultations spécialisées organisées.	Amnabak : 4 Iridimi : 4 Touloum : 4	Amnabak : 0 Iridimi : 0 Touloum : 0 (activité à la charge du HCR)

Output	Status Update on Progress Achieved		
Accès aux médicaments essentiels	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Détermination de la consommation mensuelle moyenne de chaque molécule</li> <li>✓ Approvisionnement des camps en médicaments sur base de la consommation mensuelle moyenne</li> <li>✓ Achat des médicaments essentiel non fournis par le HCR</li> </ul>		
Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Achat de tous les médicaments essentiels au plan international	Amnabak Iridimi Touloum	Amnabak : 100% Iridimi : 100% Touloum : 100%	Amnabak : 90% Iridimi : 90% Touloum : 90%
Nombre de livraisons de médicaments pour la pharmacie du camp sur base de la consommation mensuelle moyenne	Amnabak Iridimi Touloum	Amnabak : 12 Iridimi : 12 Touloum : 12	Amnabak : 12 Iridimi : 12 Touloum : 12
% de complément de médicaments achetés	Amnabak Iridimi Touloum	Amnabak : 100% Iridimi : 100% Touloum : 100%	Amnabak : 100% Iridimi : 100% Touloum : 100%

Output	Status Update on Progress Achieved
Accès à des programmes de lutte contre les maladies non transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Visites à domicile des malades psychiatriques</li> <li>✓ Sensibilisation de la population sur des thèmes variés</li> <li>✓ Consultations curatives hebdomadaires en santé mentale</li> <li>✓ Activités de conseil/counseling de groupe</li> <li>✓ Activités de conseil/counseling Individuel</li> <li>✓ Réunion de coordination psychosociale</li> <li>✓ Organiser le suivi des autres maladies chroniques</li> </ul>

Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Nombre de visites à domicile réalisées	<i>Amnabak</i> <i>Iridimi</i> <i>Touloum</i>	<i>Amnabak : 48</i> <i>Iridimi : 48</i> <i>Touloum : 48</i>	<i>Amnabak : 46</i> <i>Iridimi : 44</i> <i>Touloum : 46</i>
Nombre de malades psychiatriques consultés		<i>Amnabak : 650</i> <i>Iridimi : 600</i> <i>Touloum : 700</i>	<i>Amnabak : 670</i> <i>Iridimi : 519</i> <i>Touloum : 755</i>
Nombre de personnes sensibilisées		<i>Amnabak : 1274</i> <i>Iridimi : 1133</i> <i>Touloum : 1479</i>	<i>Amnabak : 1432</i> <i>Iridimi : 1790</i> <i>Touloum : 1473</i>
Nombre d'activités de conseil/counseling de groupe réalisés		<i>Amnabak : 40</i> <i>Iridimi : 40</i> <i>Touloum : 40</i>	<i>Amnabak : 29</i> <i>Iridimi : 30</i> <i>Touloum : 33</i>
Nombre de réunion de coordination		<i>Amnabak : 4</i> <i>Iridimi : 4</i> <i>Touloum : 4</i>	<i>Amnabak : 4</i> <i>Iridimi : 4</i> <i>Touloum : 4</i>
Nombre des séances de suivi des autres maladies chroniques		<i>Amnabak : 40</i> <i>Iridimi : 40</i> <i>Touloum : 40</i>	<i>Amnabak : 42</i> <i>Iridimi : 39</i> <i>Touloum : 41</i>

Output	Status Update on Progress Achieved
Accès ou appui à l'accès aux SSP	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Accès ou appui à l'accès aux services de soins de santé primaires Encouragement de la formation initiale du personnel réfugié dans le cadre de la sante</li> <li>✓ Révision de la grille salariale du personnel réfugié afin de motiver le personnel soignant en cours d'exercice à continuer à exercer dans la structure du camp</li> <li>✓ Promotion de l'intégration de service afin de bénéficier du personnel de l'état (séances de sensibilisation)</li> <li>✓ Plaidoyer auprès des autorités sanitaires pour l'affectation du personnel de santé dans les centres de santé des camps</li> </ul>

Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Accès garanti des personnes prises en charge aux centres de soins de santé primaires du gouvernement	Amnabak Iridimi Touloum	Amnabak : 100% Iridimi : 100% Touloum : 100%	Amnabak : 100% Iridimi : 100% Touloum : 100%
Nombre de personnes consultées		Amnabak : 18219 Iridimi : 25543 Touloum : 28694	Amnabak : 18488 Iridimi : 21101 Touloum : 39124
Nombre de participation aux réunions de coordination mensuelles organisées entre le HCR, le Ministère de la Santé et les partenaires		Amnabak : 12 Iridimi : 12 Touloum : 12	Amnabak : 0 Iridimi : 0 Touloum : 0

Output	Status Update on Progress Achieved		
Appui au développement de capacités	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formation continue du personnel soignant dans les camps</li> <li>✓ Achat d'un rétroprojecteur (vidéo projecteur)</li> <li>✓ Formation sur le rapport mensuel des activités MSP</li> </ul>		
Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Nombre de personnes formées sur la participation communautaire	<i>Amnabak</i> <i>Iridimi</i> <i>Touloum</i>	<i>Amnabak : 12</i> <i>Iridimi : 10</i> <i>Touloum : 12</i>	<i>Amnabak : 0</i> <i>Iridimi : 0</i> <i>Touloum : 0</i>
Nombre de séances de formation continue organisées à l'intention du personnel soignant dans les camps		<i>Amnabak : 6</i> <i>Iridimi : 6</i> <i>Touloum : 6</i>	<i>Amnabak : 0</i> <i>Iridimi : 0</i> <i>Touloum : 0</i>
Nombre de staff formé sur le rapport mensuel des activités MSP		<i>Amnabak : 7</i> <i>Iridimi : 7</i> <i>Touloum : 7</i>	<i>Amnabak : 6</i> <i>Iridimi : 3</i> <i>Touloum : 0</i>
Nombre de staff COSAN formé		<i>Amnabak : 20</i> <i>Iridimi : 20</i> <i>Touloum : 20</i>	<i>Amnabak : 0</i> <i>Iridimi : 0</i> <i>Touloum : 0</i>
Nombre de staff COGES formé		<i>Amnabak : 7</i> <i>Iridimi : 7</i> <i>Touloum : 7</i>	<i>Amnabak : 0</i> <i>Iridimi : 0</i> <i>Touloum : 0</i>
Output	Status Update on Progress Achieved		
Maintien d'un dispositif d'intervention en cas d'épidémie	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sensibiliser la communauté sur les maladies à potentiel épidémique</li> <li>✓ Formation du personnel soignant sur des maladies à potentiel épidémique, des techniques de ripostes et l'usage des équipements de protection</li> </ul>		
Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Nombre de sensibilisations de la communauté sur les maladies à potentiel épidémique		<i>Amnabak : 6</i> <i>Iridimi : 6</i> <i>Touloum : 6</i>	<i>Amnabak : 6</i> <i>Iridimi : 6</i> <i>Touloum : 6</i>

Nombre de staff formé sur les maladies à potentiel épidémique, des techniques de ripostes et l'usage des équipements de protection	<i>Amnabak</i> <i>Iridimi</i> <i>Touloum</i>	<i>Amnabak : 10</i> <i>Iridimi : 10</i> <i>Touloum : 10</i>	<i>Amnabak : 6</i> <i>Iridimi : 6</i> <i>Touloum : 5</i>
Mise en place d'un dispositif d'intervention en cas d'épidémie		<i>Amnabak : 1</i> <i>Iridimi : 1</i> <i>Touloum : 1</i>	<i>Amnabak : 1</i> <i>Iridimi : 1</i> <i>Touloum : 1</i>

<b>Output</b>	<b>Status Update on Progress Achieved</b>		
Mise en place d'un système d'informations sur la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Multiplication et mise à disposition des outils de collecte de données (HIS)</li> <li>✓ Formation du staff sur le système d'information sanitaire (HIS)</li> <li>✓ Analyse des données du HIS et formulation de recommandations</li> <li>✓ Organisation d'un briefing sur les outils de rapportage établis par le HCR</li> </ul>		
<b>Performance Indicator(s)</b>	<b>Site/Location</b>	<b>Performance Target</b>	<b>Actual progress</b>
Nombre de staff formé sur le HIS	<i>Amnabak</i> <i>Iridimi</i> <i>Touloum</i>	<i>Amnabak : 9</i> <i>Iridimi : 9</i> <i>Touloum : 9</i>	<i>Amnabak : 0</i> <i>Iridimi : 0</i> <i>Touloum : 0</i> 0 formation cette année
Nombre de séances d'analyse des données du HIS et formulation de recommandations		<i>Amnabak : 12</i> <i>Iridimi : 12</i> <i>Touloum : 12</i>	<i>Amnabak : 12</i> <i>Iridimi : 12</i> <i>Touloum : 12</i>
Nombre de briefing organisé sur les outils de rapportage établis par le HCR		<i>Amnabak : 3</i> <i>Iridimi : 3</i> <i>Touloum : 3</i>	<i>Amnabak : 3</i> <i>Iridimi : 3</i> <i>Touloum : 3</i>
Nombre de rapports mensuels fournis au HCR et partenaires sur la fourniture des services de santé aux personnes prises en charge		<i>Amnabak : 12</i> <i>Iridimi : 12</i> <i>Touloum : 12</i>	<i>Amnabak : 12</i> <i>Iridimi : 12</i> <i>Touloum : 12</i>

Output	Status Update on Progress Achieved		
Fourniture de services de santé aux enfants de moins de cinq ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vaccination de routine des enfants de moins de 5 ans du camp et autour du camp</li> <li>✓ Appui en RH a l'organisation des campagnes des vaccinations</li> <li>✓ Education des mères sur les risques des maladies évitables par la vaccination</li> <li>✓ Mettre en œuvre la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) ;</li> <li>✓ Assurer le dépistage et la prise en charge précoce des enfants de moins de 5 ans</li> <li>✓ Achat d'un pèse bébé</li> </ul>		
Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
% d'enfants de moins de 5 ans malades pris en charge selon l'approche PCIME	<i>Amnabak Iridimi Touloum</i>	<i>Amnabak : 100%</i> <i>Iridimi : 100%</i> <i>Touloum : 100%</i>	<i>Amnabak : 100%</i> <i>Iridimi : 100%</i> <i>Touloum : 100%</i>
Nombre des enfants de moins de 5 ans du camp et autour du camp vaccinés		<i>Amnabak : 4725</i> <i>Iridimi : 3592</i> <i>Touloum : 3000</i>	<i>Amnabak : 4804</i> <i>Iridimi : 6472</i> <i>Touloum : 7019</i>
Nombre de participation aux JNV		<i>Amnabak : 6</i> <i>Iridimi : 6</i> <i>Touloum : 6</i>	<i>Amnabak : 3</i> <i>Iridimi : 3</i> <i>Touloum : 3</i>
Mise en place et maintien d'un programme de vaccination ordinaire		Couverture rougeole > 95%	<i>Amnabak : 121,21%</i> <i>Iridimi : 97,9%</i> <i>Touloum : 121,3%</i>
Nombre de séances d'éducation des mères sur les risques des maladies évitables par la vaccination		<i>Amnabak : 12</i> <i>Iridimi : 12</i> <i>Touloum : 12</i>	<i>Amnabak : 12</i> <i>Iridimi : 12</i> <i>Touloum : 12</i>

<b>Output</b>	<b>Status Update on Progress Achieved</b>		
Fourniture de services de laboratoire conformément aux procédures opérationnelles standard du pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Approvisionnement continu du laboratoire en intrants en quantité et qualité pour la réalisation des examens médicaux</li> <li>✓ Réalisation des examens en respectant les standards du pays</li> <li>✓ Transfert des échantillons au laboratoire du district pour des analyses plus approfondies</li> <li>✓ Achat intrants de laboratoire</li> <li>✓ Appui en RH à l'hôpital de district</li> <li>✓ Appui en intrants à l'hôpital de district d'Iriba</li> <li>✓ Pourvoir le laboratoire du centre de santé en paillasse</li> </ul>		
<b>Performance Indicator(s)</b>	<b>Site/Location</b>	<b>Performance Target</b>	<b>Actual progress</b>
% des examens réalisés selon les standards du pays	<i>Amnabak</i> <i>Iridimi</i> <i>Touloum</i>	100%des examens réalisés respectent la norme du pays.	<i>Amnabak : 100%</i> <i>Iridimi : 100%</i> <i>Touloum : 100%</i>
Maintien d'un mécanisme d'aiguillage au sein du réseau national de laboratoires		100% des examens référés sont réalisés	<i>Amnabak : 100%</i> <i>Iridimi : 100%</i> <i>Touloum : 100%</i>
Nombre d'approvisionnement du laboratoire du camp en intrants		12	<i>Amnabak : 12</i> <i>Iridimi : 12</i> <i>Touloum : 12</i>
<b>Output</b>	<b>Status Update on Progress Achieved</b>		
Fourniture de services de soins de santé préventifs et communautaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formations des ASC en PEV de routine;</li> <li>✓ Vaccination de routine quotidienne suivant le calendrier vaccinal</li> <li>✓ Approvisionnement continu en intrants pour la réalisation des activités vaccinales</li> <li>✓ Encadrement du COGES dans le recouvrement et la gestion de la contribution communautaire au fonctionnement du centre de santé.</li> <li>✓ Achat de pétrole pour la stérilisation des instruments</li> </ul>		
<b>Performance Indicator(s)</b>	<b>Site/Location</b>	<b>Performance Target</b>	<b>Actual progress</b>
Nombre des ASC formés en PEV de routine;	<i>Amnabak</i> <i>Iridimi</i>	<i>Amnabak :15</i> <i>Iridimi : 15</i> <i>Touloum :15</i>	<i>Amnabak : 0</i> <i>Iridimi : 0</i> <i>Touloum :0</i>
Nombre d'approvisionnement en intrants pour la réalisation des activités vaccinales		<i>Amnabak : 12</i> <i>Iridimi : 12</i>	<i>Amnabak : 12</i> <i>Iridimi : 12</i>

Les membres du COGES sont encadrés	Touloum	Touloum : 12	Touloum : 12
		100%	Amnabak : 0 Iridimi : 0 Touloum : 0

Output	Status Update on Progress Achieved		
Mise en place de mécanismes d'aiguillage	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Référence de tous les cas éligibles des camps vers l'hôpital de district d'Iriba</li> <li>✓ Prise en charge des cas référés à l'hôpital d'Iriba</li> <li>✓ Référence de tous les cas éligibles vers l'hôpital régional d'Abéché</li> <li>✓ Location d'ambulance pour les évacuations sanitaire vers l'hôpital de régional d'Abéché</li> <li>✓ Paiement des frais médicaux des refugies pris en charge au niveau de l'hôpital de District: Gynécologie/Obstétrique</li> <li>✓ Paiement des frais médicaux des refugies pris en charge au niveau de l'hôpital de District: Chirurgie</li> <li>✓ Paiement des frais médicaux des refugies pris en charge au niveau de l'hôpital de District: Pédiatrie</li> <li>✓ Paiement des frais médicaux des refugies pris en charge au niveau de l'hôpital de District: Médecine interne</li> </ul>		
Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Nombre de personnes aiguillées vers des soins médicaux secondaires	Amnabak Iridimi Touloum	Amnabak : 30 Iridimi : 30 Touloum : 30	Amnabak : 36 Iridimi : 31 Touloum : 46
		Amnabak : 15 Iridimi : 20 Touloum : 20	Amnabak : 1 Iridimi : 5 Touloum : 3
Nombre de personnes aiguillées vers des soins médicaux tertiaires			
Output	Status Update on Progress Achieved		

Distribution de moustiquaires en nombre suffisant	Il n'y a pas eu distribution de moustiquaire depuis le début de l'année car non livré par l'UNICEF
---	--

Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Nombre de personnes sensibilisées sur l'utilisation des moustiquaires	Amnabak Iridimi Touloum	Amnabak : 6000 Iridimi : 6000 Touloum : 6000	Amnabak : 7500 Iridimi : 7725 Touloum : 8000
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées aux femmes enceintes et allaitantes.		Amnabak : 1000 Iridimi : 1000 Touloum : 1000	Amnabak : 263 Iridimi : 216 Touloum : 246
Nombre de moustiquaires obtenus auprès de l'UNICEF		Amnabak : 6000 Iridimi : 6000 Touloum : 6000	Amnabak : 72 Iridimi : 64 Touloum : 0
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées dans la communauté		Amnabak : 5000 Iridimi : 5000 Touloum : 5000	Amnabak : 20922 Iridimi : 18024 Touloum : 22007

<b>Objective Name</b>	<b>Accès optimal de la population aux services de santé liés à la reproduction et au VIH</b>		
<b>Problem Description:</b>	Bien que la prévalence de l'infection à VIH ne soit pas connue dans le camp, la présence d'une moyenne de quatorze (14) personnes sous ARV par camp est révélatrice du problème. 100% des victimes connues de viol reçoit la prophylaxie post-exposition avant les 72 heures suivant l'incident. Les risques de contamination sont accrus du fait que les personnes ont peur de la stigmatisation si le résultat s'avère positif. En outre, aborder ce sujet demeure encore un tabou dans la communauté. L'accès des personnes aux services complets de santé de la reproduction est effective en dépit de la rupture intermittente des ARV particulièrement les formes pédiatriques.		
<b>Intended Impact:</b>	Gestion clinique du viol, fournir des services de prévention en matière de santé reproductive et de VIH, renforcer le mécanisme de transfert des cas compliqués, fournir le service de prévention mère enfant, renforcer la sensibilisation et la disponibilité du service de test volontaire, etc.		
<b>Actual Impact:</b>			
<b>Impact Indicator(s)</b>			
<b>Impact Indicator Name</b>	<b>Site/Location</b>	<b>Actual</b>	
% de victimes de viol recevant la prophylaxie post-exposition dans les 72 heures suivant l'incident (indicateur associé à la stratégie de SGBV) Accès des personnes prises en charge aux services complets de santé reproductive	<i>Amnabak</i>	Amnaback : 100%	
	<i>Iridimi</i>	Iridimi : 100%	
	<i>Touloum</i>	Touloum : 100%	
		Amnaback : Oui	
		Iridimi : Oui	
		Touloum : Oui	
<b>Output</b>	<b>Status Update on Progress Achieved</b>		
Appui au développement de capacités	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formation des pairs éducateurs sur la prévention du VIH</li> <li>✓ Formation des sages-femmes en SONU</li> <li>✓ Formation des sages-femmes en CPN recentrée</li> </ul>		
<b>Performance Indicator(s)</b>	<b>Site/Location</b>	<b>Performance Target</b>	<b>Actual progress</b>
Nombre de formations des pairs éducateurs sur la prévention du VIH		Amnaback : 2 Iridimi : 2 Touloum : 2	<i>Amnabak : 0</i> <i>Iridimi : 0</i> <i>Touloum : 0</i>

<p>Nombre des pairs éducateurs formés sur la prévention du VIH</p> <p>Nombre de formations des sages-femmes formées en SONU</p> <p>Nombre de formations des sages-femmes formées en CPN recentrée</p>	<p><i>Amnabak</i></p> <p><i>Iridimi</i></p> <p><i>Touloum</i></p>	<p>Amnaback : 9</p> <p>Iridimi : 8</p> <p>Touloum : 9</p>	<p><i>Amnabak : 0</i></p> <p><i>Iridimi : 0</i></p> <p><i>Touloum : 0</i></p>
		<p>Amnaback : 1</p> <p>Iridimi : 1</p> <p>Touloum : 1</p>	<p>N/A (Cette formation a été sortie de la planification)</p> <p>0</p>
		<p>Amnaback : 1</p> <p>Iridimi : 1</p> <p>Touloum : 1</p>	<p>0</p>

Output	Status Update on Progress Achieved		
Fourniture de soins et de traitement aux personnes vivant avec le VIH et le sida	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Approvisionnement en réactifs de laboratoire notamment le détermine pour la réalisation du test.</li> <li>✓ Assurer la disponibilité des ARV</li> <li>✓ Prise en charge médicale des maladies opportunistes</li> </ul>		
Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
<p>Nombre de personnes prises en charge recevant la thérapie antirétrovirale</p> <p>Nombre de personnes sous traitement contre les infections opportunistes</p> <p>Nombre d'approvisionnement en réactifs de laboratoire (détermine) pour la réalisation du test.</p> <p>Disponibilité des ARV</p>	<p><i>Amnabak</i></p> <p><i>Iridimi</i></p> <p><i>Touloum</i></p>	<p>Amnaback : 15</p> <p>Iridimi : 15</p> <p>Touloum : 15</p>	<p><i>Amnabak : 15</i></p> <p><i>Iridimi : 8</i></p> <p><i>Touloum : 15</i></p>
		<p>Amnaback : 20</p> <p>Iridimi : 20</p> <p>Touloum : 20</p>	<p><i>Amnabak : 4</i></p> <p><i>Iridimi : 3</i></p> <p><i>Touloum : 3</i></p>
		<p>Amnaback : 12</p> <p>Iridimi : 12</p> <p>Touloum : 12</p>	<p><i>Amnabak : 12</i></p> <p><i>Iridimi : 12</i></p> <p><i>Touloum : 12</i></p>
		<p>Amnaback : 100%</p> <p>Iridimi : 100%</p> <p>Touloum : 100%</p>	<p><i>Amnabak : 50%</i></p> <p><i>Iridimi : 20%</i></p> <p><i>Touloum : 50%</i></p>

Output	Status Update on Progress Achieved		
Gestion clinique du viol	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sensibilisation de masse impliquant tous les acteurs humanitaires intervenant dans la prévention de SGBV</li> <li>✓ Prise en charge médicale des victimes de viol</li> <li>✓ Participation aux réunions de coordination SGBV au camp</li> </ul>		
Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Nombre de sensibilisations des masses organisées	<i>Amnabak</i> <i>Iridimi</i> <i>Touloum</i>	Amnaback : 2 Iridimi : 2 Touloum : 2	<i>Amnabak : 2</i> <i>Iridimi : 2</i> <i>Touloum : 2</i>
Nombre de victimes de viol ayant reçu des soins appropriés et en temps utile		Amnaback : 20 Iridimi : 20 Touloum : 20	<i>Amnabak : 0</i> <i>Iridimi : 1</i> <i>Touloum : 1</i>
Nombre de participation aux réunions de coordination SGBV au camp		Amnaback : 24 Iridimi : 24 Touloum : 24	<i>Amnabak : 29</i> <i>Iridimi : 24</i> <i>Touloum : 24</i>

Output	Status Update on Progress Achieved
Fourniture de services complets liés à la maternité sans risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prise en charge adéquate des parturientes admises au centre de santé (Accouchement assisté)</li> <li>✓ Prise en charge adéquate des complications d'avortement (SAA)</li> <li>✓ Sensibilisation de la communauté sur la maternité à moindre risque</li> <li>✓ Sensibilisation sur la gratuité des services de santé de la reproduction</li> <li>✓ Formation des matrones sur la maternité à moindre risque</li> <li>✓ Achat d'un autoclave</li> <li>✓ Achat de pèse bébé</li> </ul>

Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Accès des personnes prises en charge aux services de santé maternelle et infantile dans les mêmes proportions que pour la communauté locale	Amnabak Iridimi Touloum	Amnabak : 100% Iridimi : 100% Touloum : 100%	Amnabak : 100% Iridimi : 100% Touloum : 100%
Formation des matrones sur la maternité à moindre risque		Amnabak : 1 Iridimi : 1 Touloum : 1	Amnabak : 0 Iridimi : 0 Touloum : 0
Sensibilisation de la communauté sur la maternité à moindre risque		Amnabak : 4 Iridimi : 4 Touloum : 4	Amnabak : 3 Iridimi : 4 Touloum : 4
Nombre de CPN réalisées		Amnabak : 1075 Iridimi : 924 Touloum : 1325	Amnabak : 2304 Iridimi : 1877 Touloum : 5094
Nombre d'accouchements effectués		Amnabak : 718 Iridimi : 649 Touloum : 897	Amnabak : 816 Iridimi : 650 Touloum : 980

Output	Status Update on Progress Achieved		
Mise en place de mécanismes d'aiguillage	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dépistage précoce des urgences obstétricales</li> <li>✓ Organisation du transfert de cas vers le niveau secondaire ou tertiaire</li> </ul>		
Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Nombre d'urgences obstétricales aiguillées vers des soins secondaires ou tertiaires	Amnabak Iridimi Touloum	Amnabak : 15 Iridimi : 37 Touloum : 10	Amnabak : 15 Iridimi : 25 Touloum : 20

Output	Status Update on Progress Achieved
Fourniture de services de prévention en matière de santé reproductive et de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Renforcement de la sensibilisation sur la PTME lors de la CPN ;</li> <li>✓ Proposition systématiquement du dépistage à toutes les femmes enceintes venues en CPN</li> <li>✓ Prise en charge adéquate des femmes séropositives éligibles et leur nouveau-né</li> <li>✓ Encouragement du conjoint à se faire dépister et connaître le résultat</li> <li>✓ Distribution des préservatifs</li> </ul>

Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
--------------------------	---------------	--------------------	-----------------

Nombre des femmes enceintes testées en CPN	<i>Amnabak</i> <i>Iridimi</i> <i>Touloum</i>	Amnaback : 718 Iridimi : 649 Touloum : 897	<i>Amnabak : 745</i> <i>Iridimi : 1764</i> <i>Touloum : 804</i>
Nombre des conjoints testés		Amnaback : 3 Iridimi : 3 Touloum : 3	<i>Amnabak : 0</i> <i>Iridimi : 1</i> <i>Touloum : 0</i>
Nombre de femmes séropositives recevant un ensemble complet de services de PTME		Amnaback : 10 Iridimi : 10 Touloum : 10	<i>Amnabak : 8</i> <i>Iridimi : 6</i> <i>Touloum : 7</i>
Nombre d'enfants nés de mères séropositives pris en charge		Amnaback : 10 Iridimi : 10 Touloum : 10	<i>Amnabak : 6</i> <i>Iridimi : 3</i> <i>Touloum : 5</i>
Accès des personnes prises en charge aux préservatifs masculins et féminins fournis par l'UNFPA ou le Ministère de la Santé		Amnaback : 1 condom par personne par mois Iridimi : 1 Touloum : 1	<i>Amnabak : 1</i> <i>Iridimi : 1</i> <i>Touloum : 0</i>

Output	Status Update on Progress Achieved		
Fourniture de services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sensibilisation sur l'allaitement maternel</li> <li>✓ Prise en charge des enceintes et allaitantes dans le cadre de la PTME</li> </ul>		
Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Nombre de femmes séropositives recevant un ensemble complet de services de PTME	<i>Amnabak</i> <i>Iridimi</i> <i>Touloum</i>	Amnaback : 10 Iridimi : 10 Touloum : 10	<i>Amnabak : 8</i> <i>Iridimi : 6</i> <i>Touloum : 8</i>
		Amnaback : 10 Iridimi : 10 Touloum : 10	<i>Amnabak : 6</i> <i>Iridimi : 2</i> <i>Touloum : 5</i>
Nombre d'enfants nés de mères séropositives pris en charge			

Output	Status Update on Progress Achieved
Fourniture de services de conseil et test volontaires (CTV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Organisation de la journée mondiale de la lutte contre le VIH/SIDA</li> <li>✓ Sensibilisation de la communauté sur le dépistage volontaire</li> <li>✓ Consommable de labo VIH</li> </ul>

Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Fourniture de CTV gratuitement aux personnes prises en charge	Amnabak Iridimi Touloum	Amnaback : 100% Iridimi : 100% Touloum : 100%	Amnabak : 100% Iridimi : 100% Touloum : 100%
Nombre de personnes sensibilisées sur le VIH		Amnaback : 12739 Iridimi : 11329 Touloum : 14792	Amnabak : 14050 Iridimi : 12250 Touloum : 15050
Organisation de la journée mondiale de la lutte contre le VIH/SIDA		Amnaback : 1 Iridimi : 1 Touloum : 1	Amnabak : 1 Iridimi : 1 Touloum : 1

Objective Name	<i>Amélioration du bien-être nutritionnel</i>	
<b>Problem Description:</b>	Le statut nutritionnel des enfants demeure préoccupant. Le taux de malnutrition aigüe globale pour les enfants de 6 à 59 mois dans le camp est de 17.7%. Le taux d'anémie chez les enfants de la même tranche d'âge est de 32.3%	
<b>Intended Impact:</b>	Intensifier la promotion de pratiques d'alimentation appropriés des nourrissons et des jeunes enfants, renforcer l'implication de la communauté dans la réponse à la malnutrition, renforcer la sensibilisation sur l'intensification de la production animale (lait) et maraichère pour augmenter l'offre alimentaire; etc.	
<b>Actual Impact:</b>		
Impact Indicator(s)	Site/Location	Actual
<b>Impact Indicator Name</b>		
Taux d'anémie chez les enfants (6-59 mois) (GSP)	Amnabak Iridimi : Touloum :	Amnabak : 34,8% Iridimi : 38,9% Touloum : 38,6%

% de couverture en produits nutritionnels spéciaux pour prévenir la malnutrition chez les jeunes enfants (LNS/MNP/FBF)	<i>Amnabak</i> Iridimi : Touloum :	<i>Amnabak : 100%</i> <i>Iridimi : 100%</i> <i>Touloum : 100%</i>
Taux d'anémie chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans)	<i>Amnaback :</i> Iridimi : Touloum :	<i>Amnabak : 9,9%</i> <i>Iridimi : 23,7%</i> <i>Touloum : 19,1%</i>
Taux de malnutrition aiguë globale (6-59 mois)	<i>Amnaback :</i> Iridimi : Touloum :	<i>Amnabak : 11,5%</i> <i>Iridimi : 10,9%</i> <i>Touloum : 9,1%</i>

Output	Status Update on Progress Achieved		
Promotion de pratiques d'alimentation appropriées des nourrissons et des jeunes enfants	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promotion de l'allaitement maternel exclusif</li> <li>✓ Sensibilisation sur les besoins nutritionnels du jeune enfant</li> <li>✓ Démonstration culinaires à base des produits locaux.</li> <li>✓ Supplémentation en VIT A et déparasitage au Mébendazole</li> <li>✓ Références des enfants non répondants à l'hôpital de district pour investigations approfondies (tuberculose, VIH,...)</li> </ul>		
Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Nombre de femmes sensibilisées à l'allaitement maternel.	<i>Amnabak</i> <i>Iridimi</i> <i>Touloum</i>	Amnaback : 1485 Iridimi : 615 Touloum : 828	<i>Amnabak : 3655</i> <i>Iridimi : 2474</i> <i>Touloum : 3014</i>
Nombre de démonstrations culinaires à base des produits locaux.	<i>Amnabak</i> <i>Iridimi</i> <i>Touloum</i>	Amnaback : 6 Iridimi : 6 Touloum : 6	<i>Amnabak : 0</i> <i>Iridimi : 0</i> <i>Touloum : 0</i>

Output	Status Update on Progress Achieved		
Evaluation et analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sensibilisation pour la participation des personnes prises en charge aux évaluations participatives.</li> <li>✓ Participation à l'enquête nutritionnelle à la lumière des principes directeurs recommandés.</li> </ul>		
Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Conduite d'enquêtes nutritionnelles à la lumière des principes directeurs	<i>Amnabak</i>	1 enquête nutritionnelle	<i>Amnabak : 1</i>

recommandés	<i>Iridimi</i> <i>Touloum</i>		<i>Iridimi : 1</i> <i>Touloum : 1</i>
Participation des personnes prises en charge aux évaluations participatives		1 enquête de couverture	<i>Amnabak : 1</i> <i>Iridimi : 0</i> <i>Touloum : 1</i>

Output	Status Update on Progress Achieved		
Appui au développement de capacités	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formation du staff sur le protocole de prise en charge de la malnutrition</li> <li>✓ Formation des agents de santé communautaire en nutrition</li> </ul>		
Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Nombre de staff formé sur le protocole de prise en charge	<i>Amnabak</i> <i>Iridimi</i> <i>Touloum</i>	Amnaback : 5 Iridimi : 6 Touloum : 6	0 pour cette année
Nombre d'ASC formé en nutrition		Amnaback : 15 Iridimi : 15 Touloum : 22	0 pour cette année

Output	Status Update on Progress Achieved		
Mise en place et suivi de la gestion communautaire des programmes liés à la malnutrition aigüe	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prise en charge des malnutris dans le programme UNS, UNA ;</li> <li>✓ Sensibilisation sur les bonnes pratiques nutritionnelles ;</li> <li>✓ Sensibilisation des membres de la communauté sur la malnutrition par les agents de santé communautaires</li> <li>✓ Visites à domicile des personnes prises en charge dans le programme</li> <li>✓ Production des outils (Fiches et registre UNS et UNA)</li> <li>✓ Constituer un stock de sécurité d'intrants nutritionnels (PPN) de 100 cartons</li> </ul>		
Performance Indicator(s)	Site/Location	Performance Target	Actual progress
Nombre de nouvelles admissions dans des programmes liés à la malnutrition aigüe, UNA	<i>Amnabak</i> <i>Iridimi</i> <i>Touloum</i>	Amnaback : 569 Iridimi : 570 Touloum : 598	<i>Amnabak : 107</i> <i>Iridimi : 227</i> <i>Touloum : 142</i>
Nombre de nouvelles admissions des programmes liés à la malnutrition aigüe, UNS		Amnaback : 1049 Iridimi : 1025	<i>Amnabak : 712</i> <i>Iridimi : 1202</i>

		Touloum : 977	<i>Touloum : 870</i>
Nombre d'enfants non répondants référés à l'hôpital de district pour la prise en charge		Amnaback : 50 Iridimi : 50 Touloum : 50	<i>Amnabak : 5 Iridimi : 3 Touloum : 5</i>
Nombre de sensibilisation sur les bonnes pratiques alimentaires		Amnaback : 60 Iridimi : 60 Touloum : 60	<i>Amnabak : 55 Iridimi : 58 Touloum : 80</i>
Nombre de personnes sensibilisées dans la communauté		Amnaback : 4193 Iridimi : 6105 Touloum : 7531	<i>Amnabak : 4227 Iridimi : 5777 Touloum : 7809</i>
Nombre de visite à domicile effectuées		Amnaback : 40 Iridimi : 40 Touloum : 40	<i>Amnabak : 45 Iridimi : 44 Touloum : 40</i>
<b>Output</b>	<b>Status Update on Progress Achieved</b>		
Mise en place et suivi de programmes d'alimentation complémentaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fournir des compléments alimentaires aux enfants concernés (MNP/LNS) ;</li> <li>✓ Dépistage et traitement des cas de malnutrition sévère ;</li> <li>✓ Production des outils (Fiches et registre UNS et UNA)</li> <li>✓ Distribution mensuelle de Nutributter aux enfants de 6 à 24 mois.</li> <li>✓ Suivi de l'utilisation du Nutributter par les mères après la distribution (monitoring à domicile) ;</li> <li>✓ Sensibilisation des familles sur l'utilisation des Nutributter</li> <li>✓ Constituer un stock de sécurité d'intrants nutritionnels (PPN) de 100 cartons</li> </ul>		
<b>Performance Indicator(s)</b>	<b>Site/Location</b>	<b>Performance Target</b>	<b>Actual progress</b>
Nombre de nouvelles admissions	<i>Amnabak Iridimi Touloum</i>	Amnaback : 1300 Iridimi : 1184 Touloum : 1056	<i>Amnabak : 1868 Iridimi : 2099 Touloum : 1873</i>
Nombre d'enfants de 6 à 24 mois ayant reçu le nutributter		Amnaback : 1451 Iridimi : 1419 Touloum : 1760	<i>Amnabak : 14662 Iridimi : 17162 Touloum : 17299 total de prises de nutributter)</i>
Nombre des enfants référés aux UNA / UNT et UNS		Amnaback : 30 Iridimi : 20 Touloum : 40	<i>Amnabak : 40 Iridimi : 62 Touloum : 44</i>
Nombre de supervisions à domicile effectuées		Amnaback : 24	<i>Amnabak : 24</i>

		Iridimi : 24 Touloum : 24	Iridimi : 24 Touloum : 24
<b>Output</b>	<b>Status Update on Progress Achieved</b>		
Mise en œuvre de mesures pour lutter contre l'anémie et autres carences en oligoéléments	Mise en place ou maintien d'une stratégie pour remédier à l'anémie et autres carences en oligoéléments.		
<b>Performance Indicator(s)</b>	<b>Site/Location</b>	<b>Performance Target</b>	<b>Actual progress</b>
Elaboration d'une stratégie de lutte contre l'anémie et les autres carences en micronutriments	Amnabak Iridimi Touloum	Amnaback : 100% Iridimi : 100% Touloum : 100%	Amnabak : 100% Iridimi : 100% Touloum : 100%

<b>Output</b>	<b>Status Update on Progress Achieved</b>		
Mise en place d'un système de surveillance nutritionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Assurer le screening nutritionnel mensuel</li> <li>✓ Mise en place d'un mécanisme d'orientation des cas aux centres de prise en charge.</li> <li>✓ Assurer le transfert des cas de MAS avec complication à l'hôpital de District d'Iriba</li> <li>✓ Supplément en VIT A et déparasitage au Mébendazole</li> </ul>		
<b>Performance Indicator(s)</b>	<b>Site/Location</b>	<b>Performance Target</b>	<b>Actual progress</b>
<p>Nombre de screening mensuel réalisé avec estimation des taux de MAG, MAM et MAS</p> <p>Nombre des cas de MAS référés à l'hôpital</p> <p>Nombre de séances de supplémentation en VIT A et déparasitage au Mébendazole</p>	Amnabak Iridimi Touloum	Amnaback : 12 Iridimi : 12 Touloum : 12	Amnabak : 12 Iridimi : 12 Touloum : 12
		Amnaback : 60 Iridimi : 50 Touloum : 70	Amnabak : 3 Iridimi : 3 Touloum : 6
		Amnaback : 2 séances/an Iridimi : 2 Touloum : 2	Amnabak : 1 Iridimi : 1 Touloum : 1

## Conclusion

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

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

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

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

- une accessibilité aux soins de santé primaires garantie avec un système d'aiguillage vers les structures sanitaires de niveau secondaire et tertiaire.
- Une bonne prise en charge des pathologies courantes avec un taux de mortalité globale faible (< 0.3/1000 pop/mois) ainsi que chez les enfants âgés de moins de cinq ans (<0.3/1000 pop/mois).
- Une couverture vaccinale supérieure à 95%.
- Un système de surveillance nutritionnelle fonctionnel avec un screening mensuel pour le dépistage des cas de malnutrition et leur orientation vers les services de prise en charge.
- Une assistance nutritionnelle à travers des programmes de prévention par la distribution du nutributter et des programmes de prise en charge (UNS, UNA) avec un taux de guérison respectivement appréciable et un taux de mortalité quasi nul.
- Une accessibilité garantie aux services des soins liés à la santé de la reproduction et au VIH.
- La majorité des femmes qui accouchent ont accompli au moins trois CPN et la quasi-totalité des naissances s'est faite au centre de santé avec l'assistance d'un personnel si pas qualifié néanmoins formé ; la mortalité maternelle quasi nulle.
- Une accessibilité garantie au traitement ARV, à la prophylaxie post-expositionnelle, aux services de PTME et au planning familial.

## **C. ASSISTANCE AUX RÉFUGIÉS URBAINS DE N'DJAMENA**

### **I. Vue d'ensemble du projet**

#### **1.1. Contexte opérationnel**

Les réfugiés Urbains dans la ville de N'Djaména sont composés de plusieurs nationalités, dont la majorité est d'origine centrafricaine. En effet, cette population était passée de 970 réfugiés et demandeurs d'asile en janvier 2014 à 3 719 au 30 décembre 2015, suite à la dernière crise survenue en République Centrafricaine (RCA). Ce présent projet d'assistance à ces réfugiés fait l'objet d'un sous accord entre l'UNHCR et le CSSI en vue de leur apporter la protection et l'assistance médicale, éducative, sociale et en Activités Génératrices de Revenus (AGR). Une approche basée sur la gestion des cas individuels a permis de fournir une protection et assistance particulières notamment aux cas de vulnérables et extrêmes vulnérables identifiés par le HCR et ses partenaires le CSSI et la CNARR. Contrairement à 2015, en 2016, le HCR, s'est chargé de payer directement plusieurs prestations (soins médicaux, frais scolaires, frais de subsistance et de logement, etc.), laissant au CSSI le soin de fournir seulement du personnel chargé de mobiliser les réfugiés, d'évaluer leurs besoins lors des audiences ou lors des visites à domicile et d'organiser des journées commémoratives.

#### **1.2 Justification du projet**

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

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

- 1) Améliorer le niveau d'autosuffisance des réfugiés et les moyens de subsistance en leur fournissant des formations professionnelles en lien avec l'auto-emploi et en leur octroyant des microcrédits.
- 2) Fournir un appui aux réfugiés vulnérables dans la limite des ressources disponibles, pour une prise en charge de leurs besoins spécifiques en logement et aliments.
- 3) Assurer que les enfants réfugiés urbains ont accès à l'éducation primaire et secondaire et que ceux à risque sont suivis.
- 4) Réduire le risque de VBG parmi la population de réfugiés urbains
- 5) Renforcer la mobilisation communautaire des personnes prises en charge
- 6) Faciliter l'accès aux soins de santé primaire des réfugiés urbains
- 7) Assurer la protection de l'enfance

#### **1.3 . Population ciblée par le projet**

Les personnes prises en charge dans le cadre de ce projet de protection et d'assistance sont les réfugiés urbains de N'Djaména dont le nombre est de 4421 en 2016. Par rapport à leurs activités, on dénombre des élèves, des étudiants, des coiffeurs, des mécaniciens, des vendeurs de produits alimentaires et des enseignants, des chauffeurs, des infirmiers diplômés d'Etat, etc. Leur niveau d'instruction va du primaire au supérieur.

## II. Activités réalisées en 2016

### 2.1. Accès aux soins de santé primaires

#### 2.1.1. Activités planifiées

Les activités planifiées, dans le cadre de cet objectif sont, entre autres :

- L'organisation des visites trimestrielles de supervision conjointes HCR, CSSI et CNARR des services du CS NDA ;
- L'organisation des réunions d'échanges trimestrielles avec le staff du CS NDA ;
- L'organisation des activités de sensibilisation (causeries-éducatives) sur le VIH SIDA ;
- L'organisation des journées commémoratives (JMLS, etc.) ;
- L'appui technique (en termes de fourniture de formation et de matériels de travail) au CS NDA ;
- La facilitation de l'accès aux soins des réfugiés ;
- Mise en place d'un SOP pour définir la procédure d'accès aux soins et les rôles des partenaires impliqués dans la prise en charge médicale des réfugiés urbains ;
- Le rapportage régulier (HIS, EWARDS, etc.) des activités mises en œuvre ;

#### 2.1.2. Activités réalisées

La plupart de ces activités planifiées ont été réalisées. En effet :

- **La Journée Mondiale de Lutte contre le VIH SIDA a été organisée** conjointement avec le CS NDA le 1<sup>er</sup> décembre 2016 et a servi d'occasion aux organisateurs pour sensibiliser les réfugiés et autres patients et usagers du CS NDA sur la nécessité de se faire dépister car la prévention reste le meilleur moyen de lutte contre la maladie.
- Une série de **trois (3) causeries-éducatives sur le VIH SIDA et les IST/MST** furent également organisées, sur les quatre (4) qui sont prévues en 2016.
- Furent également organisées **deux visites de supervision conjointe (CNARR, HCR et CSSI)** sur les quatre prévues dans les services du CS NDA.
- Dans le souci d'améliorer la qualité des services rendus aux réfugiés, **trois (3) rencontres d'échanges et de suivi-évaluation des activités** (sur 4) furent organisées avec le personnel de NDA et ont permis de mettre sur la table les difficultés qui ont entravé la bonne mise en œuvre des activités d'accès aux soins des réfugiés urbains et de leur trouver des solutions consensuelles.
- Grâce à une offre de services de soins primaires disponibles 24H/24 et 7jours/7, et à quelques services de spécialités disponibles au moins deux (2) fois par semaines (service de cardiologie), les réfugiés ont pu avoir un accès plus important aux soins en 2016 qu'en 2015, comme l'indiquent les tableaux récapitulatifs ci-après. En effet, sur une population estimée à 4 421 réfugiés (31 décembre 2016), **5 776 ont bénéficié des soins au niveau primaire et 93 ont été référés au niveau secondaire, dont 5 pour une intervention chirurgicale. Par ailleurs on relève 47 naissances vivantes et on regrette cependant 10 cas de décès.**
- Par ailleurs, **un système d'information sanitaire (HIS) a été mis en place** avec les infirmiers chargés des suivis et fournissant des rapports réguliers sur les activités de santé à travers les rapports Ewards (Hebdomadaire) et HIS (Mensuel). Ce

Indicateurs	Consultations Curatives / Population												TOTAL
	4128	4 096	4 096	4 215	4 255	4 321	4321	4 278	4 292	4 320	4 374	4 421	
Mois	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sep	Oct.	Nov.	Déc.	12
NC Couverture	72	342	437	367	519	383	525	671	671	255	632	404	5 278
	1,74 %	8,34%	10,66%	8,70 %	12,19 %	9%	12,14%	15,68 %	15,62 %	14,44 %	14,44 %	9,13 %	132,08%
CT (Consultation Total)	91	374	474	504	598	420	546	720	694	271	645	439	5 776
IR (Indice de retour)	0.01	1.09	1.08	0.27	1.15	1.09	1.04	1.07	1.03	1.06	1.02	1.08	10,74
Nbre de référés	5	9	14	6	6	7	19	8	3	4	10	4	93
Décès	0	1	1	2	2	0	2	1	1	0	0	0	10

### 2.1.3. Difficultés rencontrées

- Le retard de paiement des factures du Centre de Santé NDA par le HCR a entraîné une interruption des soins administrés aux réfugiés pendant plus de deux (2) semaines ;
- Les difficultés des soins secondaires : les soins secondaires et tertiaires se font en majorité à l'HGRN ou à l'HME. Sauf pour les cas d'urgence, les soins dans ces structures sont prépayés. Les fonds pour l'assistance médicale n'étant plus logés au CSSI, ils sont gérés directement par le HCR dont les procédures internes ne permettent pas de décaisser plus de 100 mille fca par semaine. Or, ce montant ne représente seulement que le 1/5ème du coût estimatif en soins secondaires par semaine des réfugiés urbains. Ce système, mis en place par le HCR mais décrié par les réfugiés, a duré tout le 1<sup>er</sup> trimestre. Puis, suite à la signature de la convention entre le HCR et le CS NDA qui n'a pas été par, le pouvoir a été donné au CS NDA de gérer directement les cas de référence et d'en rendre compte au HCR. Les agents du CSSI étant chargés seulement de faire le suivi des malades dans les hôpitaux. C'est ainsi que le CS NDA qui est en convention avec l'Hôpital Le Bon Samaritain de Walia, a commencé à référer les malades vers cet hôpital. Or, cet établissement ne dispose pas en son sein de tous les services de spécialité. Par conséquent, les malades dont les cas ne peuvent être référés vers cet hôpital ne reçoivent souvent pas de soins adaptés à leurs cas, ou les reçoivent très tardivement et après beaucoup de tracasseries ;
- Répartition géographique très dispersée des réfugiés rendant très difficiles le suivi.

### 2.1.4. Besoins identifiés mais non couverts

- La non adoption des procédures standard opérationnelles précisant les rôles de toutes les parties impliquées dans la prise en charge sanitaire des réfugiés urbains;

- L'absence d'un support adéquat prévu pour les maladies mentales en raison de la faiblesse du système étatique local ;
- Besoin en renforcement du plateau technique des centres de santé conventionnés (Équipement et formation pour la mise en place de certains volets spécialisés : Ophtalmologie, santé mentale, prise en charge des victimes de violences sexuelles, dépistage du cancer du col).
- Besoin en mécanisme d'information communautaire efficace pour faciliter le suivi de certains malades chroniques.

## 2.2. Le renforcement des services pour les personnes ayant des besoins spécifiques

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

### 2.2.1. Activités planifiées dans le cadre de cet objectif :

- Réception, écoute et counselling des réfugiés
- Visites à domicile (VAD)
- Évaluations sociales
- Catégorisation des réfugiés
- Actualisation régulière de la liste des Personnes à Besoins Spécifiques (PBS)
- Co-Organisation et participation aux panels de délibération sur les demandes d'assistance
- Fourniture des subventions en espèce, mensuelles et d'appoint aux PBS

### 2.2.2. Activités réalisées

- **Fourniture de services spéciaux aux personnes ayant des besoins psychosociaux:** Dans le cadre de la réception des réfugiés et demandeurs d'asile au niveau du HCR et du CSSI, **des séances d'écoute, de counseling ont été fournies à 1180 personnes** en 2016, dont 677 de sexe féminin, avec une fréquence moyenne de réception estimée à 3 séances par semaine.
- **Dans le cadre des évaluations sociales : 116 visites aux domiciles** des PBS ont été effectués par le staff HCR et partenaire CSSI. Ces ménages visites ont été socialement évalués avec des propositions d'assistance correspondant au type de vulnérabilité dont ils souffrent et en fonction du type de besoin identifié.
- **Fourniture de subventions en espèces:** Contrairement à 2015 où c'est le CSSI qui, suite aux évaluations sociales, décide du type d'assistance à accorder aux réfugiés en corrélation avec leur vulnérabilité identifiée, toutes les assistances accordées en 2016 ont été décidées lors de 10 panels réunissant les services du HCR (services communautaires et protection), du CSSI et de la CNARR. Il convient d'ajouter que ces assistances n'ont pas transité par le CSSI comme par le passé, mais ont été fournies directement par le HCR aux réfugiés, en présence des agents du CSSI. Le CSSI a seulement facilité l'identification et la classification des PBS. Par conséquent, les données sur le nombre et la catégorisation des personnes (personnes âgées, malades chroniques, PVV, PVH, etc...) ayant perçus les assistances n'ont pas été partagées par le HCR (qui considère que ce sont des documents internes), malgré les multiples relances faites par les agents sociaux du CSSI.

### **2.2.1. Contraintes**

- Les inondations en saison de pluie dans certains quartiers de Ndjamena limitent l'accessibilité physique aux ménages des réfugiés.
- Certains réfugiés restent injoignables sur les numéros de contact téléphonique affectant ainsi la planification des visites à domicile.
- La mobilité des réfugiées (changement fréquent des logements des réfugiés du fait du cout élevé de loyer, des malentendus avec les familles d'accueil, etc.).
- L'insuffisance d'information parmi les réfugiés sur les modalités d'assistance
- Manque d'un comité d'entraide pour supporter les personnes à besoin spécifique. Certains leaders communautaires ne jouent pas leur rôle d'assistance à leur communauté.

### **2.3. L'accès optimal à l'éducation pour les enfants en âge scolaire**

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

En effet, pour faciliter la scolarisation des enfants réfugiés en milieu urbain, le HCR et son partenaire de mise en œuvre en milieu urbain le CSSI, ont conjugué leurs efforts pour donner aux réfugiés en âge scolaire des multiples appuis (financiers, matériels ainsi que des plaidoyers auprès des établissements scolaires et des institutions éducatives gouvernementales).

L'assistance fournie aux élèves du primaire et du secondaire est un forfait qui est sensé couvrir:

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

#### **2.3.1. Les activités planifiées**

Les activités prévues dans le cadre de cet objectif sont, entre autres:

- L'organisation des réunions d'évaluation de l'année scolaire et académique 2015-2016 (Juillet)
- L'organisation des réunions de préparation et de planification de l'année scolaire 2016-2017 (Juillet)
- L'enregistrement des élèves à assister (du 1<sup>er</sup> au 31 août 2016),
- La paie des frais scolaires (commencé le 05/09/2016 au 11/10/2016 pour la 1<sup>ère</sup> vague)
- distribution des kits scolaires aux enfants assistés (14 au 23 Octobre 2016)
- Le suivi des élèves assistés

#### **2.3.2. Activités réalisées/Résultats atteints**

Toutes les activités planifiées dans le cadre de cet objectif ont été réalisées, à l'exception de celle liée au suivi des élèves inscrits en 2016-2017. Car, la grève des fonctionnaires de l'Etat, déclenchée au mois d'octobre, a empêché la reprise des cours dans les établissements scolaires, publics et privés.

- En effet, au titre de la rentrée scolaire 2016/2017, au total **1798 élèves** dont **917 garçons** et **881 filles** sont assistés. Comparativement au nombre des élèves de l'année passé, nous avons constaté que beaucoup des enfants sont enregistrés en année 2016.
- Dans le but d'encourager et d'alléger les charges des étudiants réfugiés en fin de cycle qui doivent faire des recherches et rédiger des mémoires/thèses, 66 étudiants finissant ont reçu des appuis financiers en vue d'alléger leurs frais de recherche.
- Tableau du suivi des élèves scolarisés dans le cadre de l'annexe scolaire 2015-2016 :

Cycles d'étude	Etablissements publics		Etablissements privés		Total	
	Nombre d'élèves	Nombre d'établissement	Nombre d'élèves	Nombre d'établissement	Elèves	Etablissement
<b>Primaire</b>	25	6	64	10	89	<b>16</b>
<b>Collège</b>	16	5	19	7	35	<b>12</b>
<b>Lycée</b>	14	4	3	11	25	<b>7</b>
<b>Suivi à domicile</b>	3	2	3	1	4	<b>3</b>
<b>Total</b>	58	17	89	29	153	<b>38</b>

### 2.3.1. Contraintes

- A N'Djamena les réfugiés habitent dans presque 48 quartiers. Cette dissémination des réfugiés dans la ville est un élément contraignant dans le suivi et l'accompagnement des enfants dans les différents établissements fréquentés et à domicile.
- L'appui scolaire ne se fait qu'aux enfants en âge scolaire ayant le statut de réfugié. Les demandeurs d'asile ne le sont qu'une fois leur statut de réfugié obtenu. Or, le temps que prend la détermination du statut, fait que certains enfants ne sont pas assistés à l'éducation.

### 2.3.2. Besoins non couverts

- Le suivi des enfants dans leurs établissements scolaires et/ou à domicile n'a pas été pleinement réalisé. Le recrutement d'un chargé de la gestion scolaire pour cette activité ne s'est fait qu'en avril. A moins de trois mois de la fin de l'année scolaire.
- La mise à disposition d'un véhicule avec chauffeur à plein temps essentiellement dédié aux activités de protection en milieu urbain faciliterait le suivi conjoint de nos personnes servies.

## 2.4. Le renforcement de la mobilisation communautaire

Concernant la mobilisation communautaire, on note :

- le renouvellement de 3 comités arrivés en fin de mandat, sur les 8 existants. Notamment, le Comité Central des Réfugiés Urbains au Tchad (CCRUT), le Comité des Femmes et le Comité des Etudiants.

Il convient souligner cependant un faible taux de participation des femmes dans ces structures d'autogestion Ce qui constitue une préoccupation majeure. Toutefois, ces femmes du comité des réfugiés sont très actives.

- Dans le cadre de **l'appui aux structures d'autogestion communautaires**, les 8 comités ont été appuyés financièrement et par les moyens techniques (fournitures de bureau..).
- Pour **l'amélioration de la communication avec les réfugiés** et la mobilisation communautaire, 16 réunions d'échanges et d'informations ont été organisées avec les comités des réfugiés, cela a permis d'améliorer le cadre de concertation avec les réfugiés.
- Concernant **les campagnes de sensibilisation, les activités socio-récréatives et autres journées commémoratives** ont été préparées et organisées conjointement avec les réfugiés et les autres partenaires étatiques et non étatiques. Les activités ont vu, à chaque fois, la participation massive et active des réfugiés. Il s'agit, entre autres de:
  - La Semaine Nationale de la Femme Tchadienne (**SENAFET**) et de la Journée Internationale de la Femme (**JIF**) organisées le 8 Mars,
  - **La Journée Mondiale des Réfugiés (JMR)** organisée le 20 juin 2016
  - Une formation sur les outils et les techniques d'entretiens de l'évaluation participative a été organisée pour l'équipe multifonctionnelle (plus de 40 personnes venant du secteur public et privé)
  - Les évaluations participatives basées sur **l'AGDM**
  - Des **16 jours d'activisme** contre les violences faites aux filles et aux femmes
  - De la **Journée Internationale des Personnes Vivant avec Handicap (PIVH)** le 13 décembre.

#### **2.4.1. Contraintes**

- Les femmes réfugiées sont occupées aux activités génératrices de revenu donc moins impliquées aux bénévolats communautaires;
- L'appui donné aux comités étant limité, la répartition géographique des réfugiés dans 48 quartiers de N'Djamena ne facilite pas leur travail en termes de moyen de transport.

#### **2.4.2. Besoins non couverts**

- La stratégie d'amélioration de la communication avec les réfugiés est partiellement mise en œuvre. Car le HCR a suspendu la remise des 100 téléphones acquis aux réfugiés.
- Manque de moyen de transport des comités de réfugiés limitent leurs actions auprès des autres réfugiés.

### **2.5. L'autosuffisance et le revenu améliorés (Activités Génératrices de revenus)**

Dans le cadre de l'autonomisation et l'amélioration des conditions de vie des réfugiés urbains, des activités porteuses d'opportunités dans le domaine de microcrédits ont été mises en œuvre en 2015 par 76 réfugiés et devraient se poursuivre en 2016, notamment avec les réfugiés formés aux techniques de création et de gestion des PMI/PME.

#### **2.5.1. Les activités prévues dans le cadre de cet objectif sont donc :**

- Procéder à l'identification et la localisation des ménages exerçant des AGR
- Evaluer l'état de la rentabilité économique des AGR exercés par les ménages des réfugiés et en déterminer les besoins en équipement ou en fonds de roulement

- Contribuer à l'identification des besoins en formation spécifique (relative au renforcement des capacités dans un secteur d'activité donné)
- Assurer le suivi et l'accompagnement continu des micros entrepreneurs appuyés ;
- Evaluer l'impact des AGR ou micro entreprises sur la situation sociale des ménages appuyés
- Tenir un fichier des AGR et des formations professionnelles appuyés
- Établir les cartes bénéficiaires des ménages appuyés et établir les rapports de chaque visite de suivi.

### 2.5.2. En termes de réalisations, on note :

- **34 visites de suivi** ont été faites auprès des réfugiés ayant reçu des appuis financiers et techniques pour la création et la gestion des AGR en 2015. Ces visites avaient pour but de s'assurer de l'évolution des activités créées avec les financements reçus, et au besoin, d'identifier tout autre appui supplémentaire nécessaire a la poursuite des activités. Le tableau ci-dessous résume les constatations faites lors de ces visites de terrain :

Bénéficiaires d'appui visites	Etats des lieux des activités	Observations
18 bénéficiaires	Continuent d'exercer les AGR pour lesquelles ils ont reçus l'appui même si, beaucoup avouent avoir été contraints de puiser sur le capital reçu pour résoudre des problèmes urgents. Parmi ceux-ci, certains exercent aux marches, d'autres à domicile, d'autres encore ont ouvert des boutiques sur les grandes avenues.	On peut observer qu'ils souffrent comme tout le monde de la conjoncture économique très difficile de l'heure et que leurs chiffres d'affaires très maigres ne leur permettent pas d'épargner pour pouvoir rembourser, même si certains essaient tant bien que mal d'honorer leurs dettes. Ils affirment tous que grâce a l'exercice de leurs AGR leurs conditions de vie se sont améliorées.
5 bénéficiaires	Ont transforme leurs activités en forme modeste car ils ont puisé sur une grande partie du capital reçu pour faire résoudre des problèmes existentiels.	Ces bénéficiaires exercent des activités commerciales autres que celles pour lesquelles ils ont reçus des fonds. Mais Ils exercent quand même des AGR qui constituent des bouffées d'oxygène réelles pour eux pour leur famille.
11 bénéficiaires	N'exercent aucune AGR.	Ils ont utilisé la totalité de leur fond commerce pour payer le loyer ou assurer leur rations alimentaires.

Durant l'année 2016, 397 réfugiés ont adressé des demandes d'assistance pour la réalisation des activités génératrices de revenus.

- **Formation professionnelle** : En 2016, cent cinq (105) personnes ont bénéficié de formation professionnelle dont soixante-dix-huit(78) hommes et vingt-sept(27) femmes, soit 74.28% des hommes et 25.71% des femmes. Les domaines de formation choisis vont de l'autoécole a la mécanique-auto en passant par l'électricité bâtiment et la couture.

### 2.5.3. Contraintes

- De l'avis des entrepreneurs suivis, les montants alloués aux AGR restent faibles ce qui ne permet pas de rendre pérenne leurs activités et du coup ils ne pourront atteindre l'autonomisation recherchée ;
- La plupart des réfugiés habitent dans les quartiers reculés et cela ne favorise pas le développement de leurs activités ainsi que le suivi pendant la saison pluvieuse ;
- La communication reste un problème majeur parce que certains réfugiés, depuis qu'ils ont reçus les fonds d'AGR, ne répondent plus aux appels téléphoniques du HCR ou du CSSI.
- En termes de formation professionnelle, les réfugiés une fois formés ne parviennent pas à se mettre à leur propre compte par manque des kits de sortie
- Le manque de moyen de déplacement (moto) a un peu plombé les activités de suivi sur le terrain

#### **2.5.4. Besoins non couverts**

Le HCR et le CSSI ont reçu plusieurs (397) demandes d'appui aux AGR mais aucune n'a recue de financement.

### **2.6. Risques de violences sexuelles et sexistes réduits et qualité de réponse améliorée**

#### **2.6.1. Activités planifiées**

- Identifier et former des points focaux pour les cas de SGBV ;
- Faire des counseling aux personnes victime de violence ;
- Faire la statistique des cas VBG au guichet unique au moins semestriellement ;
- Faire des évaluations régulières de la prévalence des différents types de violence parmi la communauté des réfugiés ;
- Référer les victimes aux services concernés, selon leur volonté et dans le respect de la confidentialité.

#### **2.6.2. Réalisations**

- 65 hommes, femmes et jeunes ont été formés à l'identification et à la prévention des cas de VBG
- Les évaluations participatives basées sur l'âge, le sexe et le genre ont été organisées et permis de confirmer que beaucoup de réfugiés, notamment de sexe féminin, sont victimes de VBG. En effet, la plupart des réfugiés ont mentionné la pratique de sexe pour survie qui est courante au niveau des femmes et filles de la RCA à cause de la cherté de la vie et l'absence d'une alternative pour leur survie.
- Parmi ces réfugiés, 6 victimes ayant accepté de témoigner ont été reçues, écoutées et orientées vers les services de prise en charge.

#### **2.6.3. Contraintes**

- Le non dénonciation des incidents de SGBV survenus dans le pays d'asile ne permet pas d'avoir des chiffres concrets sur les incidents SGBV dans le milieu urbain.
- Le manque de capacité et d'expertise (psychologue/psychiatre) au niveau du CSSI pour mener à bien cet objectif.

## 2.7. La protection de l'enfance est renforcée

### 2.7.1. Activités réalisées

Dans le cadre du renforcement de la protection de l'enfance, le chargé du programme urbain du CSSI a participé à une session de formation sur la protection de l'enfance et la détermination de l'intérêt supérieur de l'enfant organisée par le HCR en 2015 et un staff a été spécialement recruté pour travailler à l'atteinte des résultats de cet objectif.

En effet, recruté vers la deuxième décennie du mois d'avril de l'année 2016, l'Assistant chargé de la protection de l'enfance a bénéficié au préalable d'une formation sur la production d'un BIA/EIS (formulaire d'évaluation de l'intérêt supérieur de l'enfant) organisée par le point focal de la protection de l'enfance de l'UNHCR.

Ce n'est donc qu'en début mai que les visites à domicile ont commencé. L'objectif de ces visites était d'évaluer l'intérêt supérieur des enfants et de vérifier leurs conditions et cadre de vie dans les familles d'accueil.

- Au total le service a eu à produire **29 visites à domicile**.
- A travers ses différentes visites de terrain, **23 BIA des enfants en situation de risque (les enfants non accompagnés) ont été réalisés**. Après analyse de la situation de chaque enfant, des recommandations ont été formulées et référées à l'endroit de chaque unité de l'UNHCR concernées pour une prise en charge appropriée.
- Le staff du CSSI a **participé à 8 sessions du panel de détermination de l'intérêt supérieur de l'enfant** et au cours desquelles **21 dossiers ont été traités**.

### 2.7.2. Contraintes

- Le fait que le service attende toujours que les cas pour les VAD (visite à domicile) lui soient assignés par l'administratrice de Child protection UNHCR, affecte sérieusement le rythme et le volume du travail.
- Il y a aussi le problème d'accessibilité pendant la saison des pluies dans le ménage de certaines familles qui vivent dans les périphéries à cause de l'inondation. Le mois de juillet et Août les visites étaient compromises du fait de l'inondation par les eaux de pluies.
- Certains réfugiés restent injoignables sur les numéros de contact téléphonique affectant ainsi la planification des visites à domicile.
- Le défi majeur à relever pour un résultat dans les années à venir est le manque de moyen logistique.

## III. Accord de mise en œuvre

### 3.1. Approche et processus

### 3.2. Mécanismes de coordination

Les comités des réfugiés (comité central, comité des femmes et comité des étudiants) ont été renouvelés et redynamisés pour permettre l'interface entre les acteurs du projet et les réfugiés. A travers ces comités, des réunions de concertations régulières et ad hoc (CSSI-UNHCR-CNARR et Comités des réfugiés) ont lieu pour nous permettre de mieux suivre le projet. Il faut noter que des

réunions régulières et ad hoc ont été également tenues entre les acteurs du projet en ce qui concerne l'exécution des activités.

### **3.3. Suivi et communication de données**

Dans l'exécution du projet 2016, des rapports financiers et narratifs semestriels ont été rédigés et envoyés au partenaire bailleur.

### **3.4. Visibilité**

Des t-shirts et des banderoles ont été confectionnés pour permettre la visibilité du projet exécuté en milieu urbain, notamment lors de l'organisation des journées commémoratives. La presse nationale, publique et privée, a aussi été souvent invitée à couvrir nos activités.

## **4. Contributions associées - projets**

Le partenaire de mise en œuvre ne contribue pas financièrement par ses propres moyens à ce projet.

## 5. Cadre de résultats escomptés

Objectif : Services pour les groupes avec des besoins spécifiques consolidés	
<b>Description du problème:</b>	La population de réfugiés a des revenus insuffisants pour se prendre en charge sur le plan sanitaire. Les emplois sont diversifiés mais beaucoup ont des faibles revenus si bien que les vulnérables sont très nombreux
<b>Impact escompté :</b>	Les groupes à besoins spécifiques ont une meilleure santé, leur permettant un bon rendement
<b>Indicateur(s) d'impact</b>	<b>Site</b>
% de personnes âgées ayant accès aux services liés à leurs besoins spéciaux%	N'Djamena
% de personnes prises en charge handicapées ayant accès aux services liés à leurs besoins spéciaux	
% de personnes prises en charge ayant des besoins psychologiques/sociaux qui ont accès aux services liés à leurs besoins spéciaux	

Sortant :	Description du sortant:
<b>Evaluation et analyses entreprises</b>	- Faire une évaluation de la vulnérabilité pour mettre à jour la liste des familles à besoins spécifiques (se servir des fiches d'identification des PBS lors des audiences hebdomadaires avec les réfugiés et au cours des visites à domicile)

Indicateur de performance	Site	Resultats
Nombre de ménages visités et évalués pour la vulnérabilité	N'Djamena	116 ménages visités et évalués

<b>Activités sociales et récréatives pourvues</b>	- Organiser les différentes journées commémoratives : du réfugié, de la femme, de l'enfant africain, de lutte contre le Sida, des personnes âgées, des personnes vivant avec handicap, 16 jours d'activisme, etc	
<b>Indicateur de performance</b>	<b>Site</b>	<b>Resultats</b>
Nombre d'activités sociales et récréatives organisées	N'Djaména	6 journées commémoratives organisée

Sortant:	Description du sortant:	
Le soutien aux personnes à besoins spécifiques sont pourvus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accorder une assistance alimentaire/ sociale limitée aux cas vulnérables cumulant une maladie chronique (cas VIH, tuberculose, diabète, allaitement)</li> <li>- Prendre en charge les évènements vitaux (décès, naissance)</li> </ul>	
Indicateur de performance	Site	Resultats
# of families with specific needs receiving cash grants	N'Djaména	NC

Objectif : L'autosuffisance et le revenu améliorés (Activités Génératrices de Revenus)	
<b>Description du problème:</b>	Les revenus sont insuffisants et il n'ya pas suffisamment d'autopromotion des couches vulnérables.
<b>Impact escompté :</b>	Les réfugiés ont des moyens leur permettant de s'insérer dans la communauté hôte Un grand nombre de réfugiés s'auto prennent en charge
Indicateur(s) d'impact	Site
% de réfugiés (18-59 ans) qui gagnent un salaire minimum pour plus de six mois par an % de réfugiés (18-59 ans) avec leurs propres activités/ qui s'auto emploient pendant plus de 12 mois % de réfugiés usagers des services bancaires % de réfugiés (18-59 ans) qui ne sollicitent pas d'assistance financière/alimentaire 12 mois après leur arrivée Le nombre de réfugiés ayant un accès formel aux opportunités de travail dans le pays d'accueil	N'Djamena

Sortant:	Description du sortant:	
Access to self employment/business facilitated	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appuyer en microcrédits les réfugiés : <b>Non realisee</b></li> <li>- Formés les réfugiés aux techniques de création et gestion des AGR et en filières professionnelles : <b>Non realisee</b></li> <li>- Faire un suivi régulier des bénéficiaires des microcrédits : <b>Realisee</b></li> </ul>	
Indicateur de performance	Site	Cibles
# of small business associations formed/supported	N'Djamena	0

Sortant:	Description du sortant:	
Access to training and learning enabled	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plaider l'insertion des réfugiés identifiés dans les entreprises en rapport avec leur formation initiale</li> <li>- Mettre en œuvre et promouvoir les exhibitions des articles produits par les bénéficiaires à l'occasion de manifestation comme la journée des réfugiés/SENAFET : <b>Realisee</b></li> </ul>	
Indicateur de performance	Site	Resultats
# of PoC provided with training or learning grant for livelihood purposes	N'Djaména	0

Sortant:	Description du sortant:	
Accès aux services financiers facilités	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prioriser les personnes à besoin spécifique et ménages vulnérables dans la sélection des bénéficiaires de projets microcrédit</li> </ul>	
Indicateur de performance	Site	Resultats
Nombre de ménages appuyé en microcrédits	N'Djaména	0
Nombre de réfugiés appuyés en formation professionnelle	N'Djaména	105
Nombre de beneficiaires de microcredits suivis	N'Djamena	34

<b>Objectif :Accès optimal de la population à l'éducation</b>	
<b>Description du problème:</b>	Les parents n'ont pas les moyens d'inscrire leurs enfants à l'école. La plupart des enfants inscrits abandonnent l'école.
<b>Impact escompté :</b>	Tous les enfants en âge d'aller à l'école primaire et secondaire sont inscrits, et le nombre d'abandon est amoindri.
<b>Indicateur(s) d'impact</b>	<b>Site</b>
% de personnes prises en charge entre 12 et 17 ans scolarisées dans l'éducation secondaire % de personnes prises en charge entre 15 et 59 ans sachant lire et écrire (enquête) % de personnes prises en charge entre 3 et 5 ans scolarisée dans l'éducation préscolaire % de personnes prises en charge entre 6 et 11 ans scolarisées dans l'éducation primaire % d'enseignants qualifiés % d'enseignantes % de jeunes entre 15 et 24 ans suivant des formations agréées Reconnaissance des qualifications des réfugiés	N'Djamena

<b>Sortant :</b>	<b>Description du sortant :</b>
Mise en œuvre de mesures pour augmenter le taux de maintien à l'école	- Assurer le suivi des enfants qui abandonnent l'école

<b>Indicateurs de performance</b>	<b>Site</b>	<b>cible</b>
Nombre de systèmes opérationnels de repérage visant à identifier et appuyer les enfants à risque	N'Djaména	0

<b>Sortant:</b>	<b>Description du sortant:</b>	
Appui à l'éducation primaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appuyer les parents d'élèves de familles vulnérables en frais scolaires, fournitures et en tenues</li> <li>- Sensibiliser les parents sur l'intérêt de l'école</li> </ul>	
<b>Indicateur de performance</b>	<b>Site</b>	<b>Resultats</b>
# of PoC enrolled in primary education	N'Djaména	978 élèves du primaire

<b>Sortant:</b>	<b>Description du sortant:</b>	
Appui à l'éducation secondaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appuyer les parents d'élèves de familles vulnérables en frais scolaires, fournitures et en tenues</li> <li>- Sensibiliser les parents sur l'intérêt de l'école</li> </ul>	

# of PoC enrolled in secondary education	N'Djaména	820 élèves du secondaire (collège et lycée)
# of PoC enrolled in tertiary education	N'Djaména	29 étudiants du supérieur

<b>Description du problème:</b>	D'après les évaluations participatives menées avec les réfugiés urbains, les violences basées sur le genre existent au sein de la communauté urbaine	
<b>Impact escompté :</b>	Baisse des violences au sein des réfugiés	
<b>Indicateur(s) d'impact</b>	<b>Site</b>	
Nombre d'incidents de violence sexuelle et sexiste signalés par année Mesures communautaires pour faire face à la violence sexuelle et sexiste Dispositif d'intervention efficace pour poursuivre les auteurs de violence sexuelle et sexiste Appui aux victimes connues de violence sexuelle et sexiste	N'Djamena	

<b>Evaluation et analyse entreprises</b>	- Faire des évaluations circonstanciées de la prévalence des différents types de violence parmi la communauté de réfugiés et demandeurs d'asile urbains
--	---

<b>Performance Indicator(s)</b>	<b>Site</b>	<b>66 étudiants finissants</b>
Analyse de la portée et de l'envergure de la violence sexuelle et sexiste par des évaluations situationnelles et participatives (oui/non)	N'Djaména	Non

<b>Output:</b>	<b>Output description:</b>	
Counseling provided	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire des counseling aux personnes victimes de violences</li> <li>- Faire le rapportage statistique des cas VBG au HCR au moins 4 fois par an</li> </ul>	
<b>Indicateur de performance</b>	<b>Site</b>	<b>Cible</b>
Nombre de personnes conseillées	N'Djaména	6 personnes conseillées

<b>Sortant:</b>	<b>Description du sortant:</b>	
Participation de la communauté à la prévention et à la réponse des SGBV soutenue	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place et appuyer le fonctionnement d'un comité de femmes : <b>Réalisée</b></li> <li>- Sensibiliser les réfugiés à participer aux activités liées au « 16 jours d'activisme » : <b>Réalisée</b></li> <li>- Organiser une formation sur les SGBV : Réalisée</li> </ul>	
<b>Indicateur de performance</b>	<b>Site</b>	<b>Cible</b>
Nombre d'interventions avec participation de la communauté	N'Djaména	4activités

<b>Sortant:</b>	- Identifier et former des groupes d'hommes, de femmes et de garçons pour servir de points focaux de lute contre les SGBV : <b>Réalisée</b> : <b>Description du sortant:</b>	
Mécanismes de references établis	- Faire une étude des services disponibles aux survivantes à N'Djaména et travailler avec ces services pour la prise en charge des réfugiés : <b>Non Realisee</b> - Référer les victimes aux services selon leur volonté avec respect de la confidentialité : <b>6 victimes ont été reçues, écoutées et referees vers les services compétents, avec leur volonté et dans la confidentialité</b>	
<b>Indicateur de performance</b>	<b>Site</b>	<b>Resultat</b>
Victim/ survivor referral mechanisms have been established and sustained (yes/no)	N'Djaména	oui

<b>Objectif : Renforcement de la protection des enfants</b>	
<b>Description du problème:</b>	Les jeunes et adolescents sont soumis tôt au travail à cause des faibles revenus des parents, et certains sont mariés précocement et sans leur consentement.
<b>Impact escompté :</b>	Les jeunes et adolescents jouissent pleinement de leurs droits et ne connaissent plus de violences
<b>Indicateur(s) d'impact</b>	<b>Site</b>
Protection des filles contre le risque de mariage précoce % d'enfants non accompagnés placés dans le cadre d'accords alternatifs de prise en charge Accès non discriminatoire des enfants pris en charge aux services sociaux du pays	N'Djamena

<b>Sortant :</b>	<b>Description du sortant :</b>
Participation des adolescents à des activités constructives	- Appuyer la mise en place et le fonctionnement d'un comité des jeunes : <b>Réalisée</b> - Organiser des activités sportives et socioculturelles au profit des jeunes : <b>Non Réalisée</b> - Faire des visites a domiciles (VAD) et des BIA/EIS (évaluations de l'intérêt supérieur des enfants) : <b>29 VAD faits et 23 BIA/EIS établis</b> - Participer aux panels DIS (Détermination de l'Intérêt Supérieur des Enfants) : <b>8 panels et 23 cas traites</b>

Mis en place et appui au fonctionnement d'un comité de jeunes (oui/non)	N'Djaména	Oui
---	-----------	-----

<b>Objectif :Amélioration de l'état de santé de la population</b>		
<b>Description du problème:</b>	L'accessibilité financière des réfugiés aux services de santé est difficile, entraînant souvent la dégradation voir l'aggravation de l'état de certains malades	
<b>Impact escompté :</b>	Les réfugiés ont facilement accès aux services de santé urbains	
<b>Indicateur(s) d'impact</b>		<b>Site</b>
Accès des personnes prises en charge aux soins de santé primaires Accès des personnes prises en charge aux soins de santé secondaires et tertiaires Taux brut de mortalité		N'Djamena

<b>Sortant :</b>	<b>Description du sortant :</b>
Accès ou appui à l'accès aux services de soins de santé primaires	- Accorder une assistance médicale complète aux réfugiés et demandeurs d'asile malades

<b>Performance Indicator(s)</b>	<b>Site</b>	<b>cible</b>
Accès garanti des personnes prises en charge aux centres de santé de soins de santé primaires nationaux/gouvernementaux (oui/non)	N'Djaména	oui

<b>Objectif :Renforcement et intensification de la mobilisation communautaire</b>
---

<b>Description du problème:</b>	Les réfugiés urbains manquent d'informations sur les violences basées sur le genre quand bien même elles existent au sein de la communauté.	
<b>Impact escompté :</b>	Meilleure connaissance des violences basées sur le genre et comment les prévenir	
<b>Indicateur(s) d'impact</b>		<b>Site</b>
% de participantes actives aux structures de direction/gestion Représentation des personnes prises en charge dans les structures de direction et de gestion Possibilité de participation politique		N'Djamena

<b>Sortant :</b>	<b>Description du sortant :</b>
Mise en œuvre de campagnes de sensibilisation communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser les évaluations participatives (AGDM) : <b>Réalisée</b></li> <li>- Mettre sur pied et appui d'un comité des réfugiés : <b>Réalisée</b></li> </ul>

<b>Performance Indicator(s)</b>	<b>Site</b>	<b>cible</b>
Nombre de personnes couvertes par les campagnes de sensibilisation communautaire	N'Djaména	440

## **D. RENFORCER LA RESILIENCE, PROTEGER LES MOYENS D'EXISTENCE ET REDUIRE LA MALNUTRITION PARMIS LES REFUGIES, LES RAPATRIES ET LES AUTRES PERSONNES VULNERABLES**

### **I – Introduction**

L'instabilité politique et l'insécurité qui règnent en République Centrafricaine (RCA) depuis décembre 2012 ont aggravé la situation humanitaire, déjà très préoccupante. Au cours de l'année 2013 plus de 15.000 centrafricains fuyants les hostilités dans leur pays ont trouvé refuge dans les différents camps situés au sud et au sud-est du Tchad. Ces nouveaux arrivants sont venus s'ajouter à une importante population de réfugiés installés de longue date dans ces camps. Le déclenchement des exactions en début décembre 2013 entre ex-Séléka et anti-Balaka en République Centrafricaine a provoqué de nouveau des déplacements massifs de population. Au 31 Octobre 2015, après l'opération de biométrie, les personnes relevant de la compétence du HCR et enregistrées dans la base des données ProGres se chiffrent à 61942. Ils vivent dans 6 camps et 19 villages hôtes disséminés sur une longueur de plus de 1000 Km au sud et au sud-est du Tchad. Les réfugiés centrafricains au sud-est du Tchad (Moyo) appartiennent en majorité (environ 50%) aux groupes ethniques Salamat et Rounga. Au sud-ouest (Goré et Maro), les réfugiés RCA sont arrivés en 2005 pour les anciens réfugiés et en 2013 pour les nouveaux. Ils sont composés en majorité du groupe ethnique Mbaydoba de religion chrétienne et ils ont comme principale activité l'agriculture. Le camp de Bélom est situé dans le département de la Grande Sido/région du Moyen Chari, à 9 Km de la localité de Maro. Il héberge 18.533 réfugiés composés de chrétiens cultivateurs d'ethnie Ngama, Rithos, Baya, Mandja, Dab (75%).

La principale stratégie pour l'opération dans le sud a été d'assurer depuis plus de trois ans un plus grand niveau d'autonomie aux réfugiés. Cette stratégie a entraîné un changement de couverture de l'aide humanitaire pour soutenir IGA et l'accès aux terres agricoles pour assurer que les réfugiés peuvent répondre à leurs besoins de base parmi lesquels des besoins nutritionnels. Depuis Février 2014 le panier alimentaire du PAM a été coupé à moins de 800 Kcal / personne / jour. Dans ce contexte, la surveillance de l'état nutritionnel de la population devient une obligation primordiale pour le bureau. En 2015, la stratégie de distribution du PAM a été ciblée après une enquête de classification de la population en plus nantis, moins nantis, moins pauvre et plus pauvres.

Avec la politique d'autonomisation des réfugiés, la surveillance de l'état nutritionnel de la population est l'un des indicateurs pertinents de la capacité des réfugiés à faire face à la distribution ciblée des vivres du PAM. Les données de l'enquête nutritionnelle de 2014 ont révélé un taux de malnutrition aiguë globale (GAM) de 6.8% contre 5,6% en 2011. La situation nutritionnelle à Dosseye est très alarmante avec 12.6% en 2014 contre 12,4% en 2011. Moyo s'améliore de 8.4% à 6.35% pendant qu'Amboko atteint 8% de taux de MAG. Le taux global de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois, est de 65% contre 65,9% en 2011 (seuil supérieur à 40%) dans tous les camps. Même si Dosseye a enregistré des afflux en

2014, ces taux s'expliqueraient par les mauvaises pratiques nutritionnelles surtout chez les nourrissons et les jeunes enfants, la non observance des consignes et directives de traitement qui se traduit par le partage des aliments d'un malnutris avec ses frères, la précarité et les apports alimentaire insuffisants, la mobilité de la population vers les ferriques.

L'enquête nutritionnelle 2014 a montré que dans l'ensemble des camps, le taux d'allaitement maternel exclusif est très faible (2.0%). Ceci pourrait aussi être l'une des causes.

Pour les enfants, la malnutrition et/ou l'anémie peut entraîner un retard dans le développement mental et non ou mal traitée, elle peut causer la mort. En 2015, environ 22046 nouvelles admissions a la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë modérée ont été enregistrés ayant bénéficié des compléments nutritionnels. La tendance pourrait être à la hausse au regard de la fragilisation probable du statut nutritionnel des enfants du fait de la distribution ciblée introduite.

L'accord tripartite (TDPO 002/NUT/GOR&MAR&HRZ/2016) a été établi entre le PAM, l'UNHCR et le CSSI pour la mise en œuvre du projet du PAM « **IPSR 200713- Renforcer la résilience, protéger les moyens d'existence et réduire la malnutrition parmi les réfugiés, les rapatriés et les autres personnes vulnérables** ».

Le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) est une organisation non gouvernementale apolitique et à but non lucratif reconnue officiellement par le Gouvernement tchadien. Il œuvre en collaboration avec les autres ONG et en partenariat avec les agences des Nations unies dans quelques pays d'Afrique centrale et de l'Ouest dans la mise en œuvre des projets de santé pour un meilleur développement socio-sanitaire des populations bénéficiaires de ces différents programmes. Actuellement le CSSI est le partenaire d'exécution du PAM et de l'UNHCR du projet d'Assistance alimentaire ciblée aux réfugiés et populations vulnérables affectées par la malnutrition et les crises alimentaires récurrentes dans les camps des réfugiés centrafricains au Sud du Tchad et des réfugiés soudanais à l'Est du pays.

Le but du présent accord, est d'établir les modalités pour la distribution des vivres fournis par le PAM dans le cadre de l'assistance aux réfugiés centrafricains au sud du Tchad ainsi que les modalités pratiques d'exécution relatives à la distribution des vivres, notamment celles concernant la soumission des rapports de distribution.

## **II. Objectifs du projet et résultats attendus**

### ***II-1 Objectif général :***

L'objectif principal de ce projet est de réduire à 5% le taux de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de 6 à 59 mois dans les camps des réfugiés et villages environnants du sud.

### ***II-2 Objectifs spécifiques :***

- Former et sensibiliser les parents sur les bonnes habitudes alimentaires, pour améliorer le suivi des enfants malnutris guéris des UNA/UNT et limiter l'apparition de nouveaux cas.
- prévenir la malnutrition de manière générale,
- prendre en charge la malnutrition aiguë modérée,

- assurer la surveillance nutritionnelle des enfants de 6 à 59 mois,
- superviser et évaluer les activités au moyen des indicateurs de performance.
- Promouvoir des activités de la sensibilisation pour de meilleurs conseils en changement de comportements en alimentation et nutrition dans les sites et villages d'accueil.

### III. Nombre de bénéficiaires et tonnages planifiés

**III -1 Bénéficiaires du projet.** Le nombre total de bénéficiaires directs ciblés dans ce projet se chiffre à : 3.130 enfants de 6 à 59 mois pour l'UNS et 369 accompagnants pour l'UNT répartis comme suit :

- 550 enfants de 6 à 59 mois pour l'UNS et 40 accompagnants pour l'UNT dans le camp de Moyo, région du Salamat,
- 480 enfants de 6 à 59 mois pour l'UNS et 206 accompagnants pour l'UNT à Bélo, région du Moyen Chari ;
- 2100 enfants de 6 à 59 mois pour l'UNS et 123 accompagnants pour l'UNT dans les camps d'Amboko, Gondjé, Dosseye, Doholo dans le Logone Oriental.

**III - 2 Tonnage planifié :** le nombre de tonnage planifié pour cette activité est de 29,127 tonnes (vingt-neuf tonnes cent vingt-sept kilogrammes).

### IV. Zones de couverture

Régions du Salamat (Camp de Moyo), du Moyen Chari (Camp de Bélo), du Logone Oriental (Camps d'Amboko-Gondjé-Dosseye-Doholo).

### V. Réalisations

#### V-1 Admissions

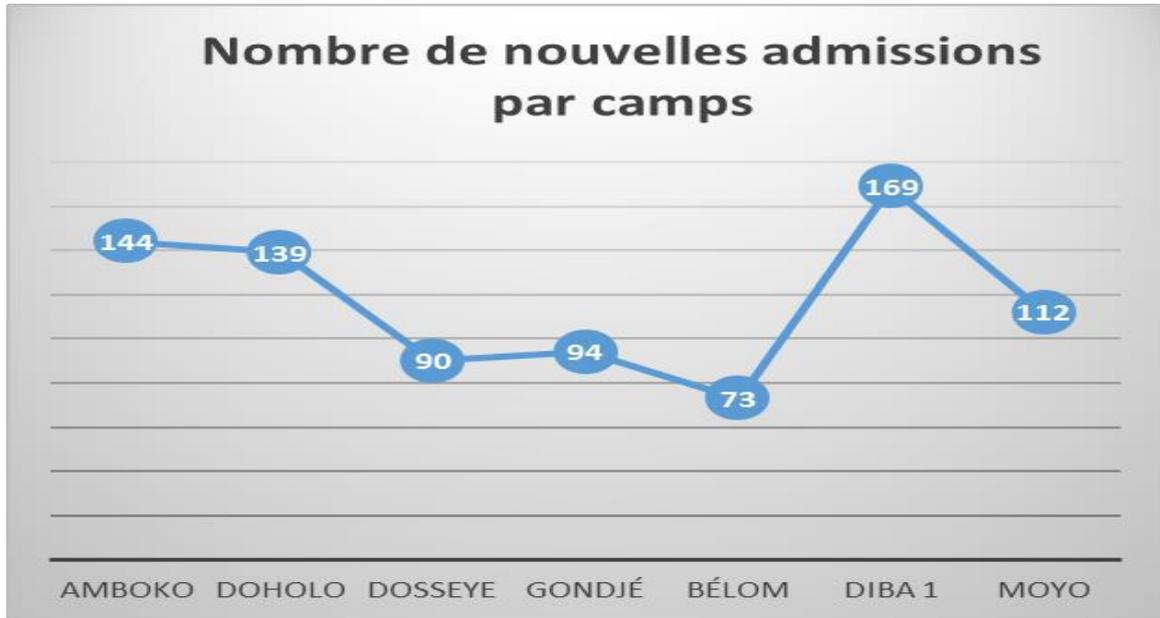
##### V – 1-1 Admission à l'UNS

Au cours de ce deuxième semestre, le nombre d'admission à l'UNS, s'élève à 821 nouveaux cas dont 144 à Amboko, 139 à Doholo, 90 à Dosseye, 94 à Gondjé, 73 à Bélo, 169 à Diba 1 et 112 à Moyo. (Voir tableau 1). La prise en charge de ces cas est assurée par 10 assistants nutritionnistes (2 à Amboko, 1 à Diba 1, 2 à Dosseye, 02 à Bélo, 01 à Gondjé, 01 à Doholo et 01 à Moyo) sous la supervision de 02 nutritionnistes (Goré et Maro).

Camps	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	TOTAL
Amboko	12	12	22	47	33	18	<b>144</b>
Diba	00	00	00	108	41	20	<b>169</b>
Doholo	24	33	06	27	35	14	<b>139</b>
Dosseye	12	27	22	04	13	12	<b>90</b>
Gondjé	11	17	25	15	16	10	<b>94</b>

<b>Béлом</b>	11	17	14	16	13	02	<b>73</b>
<b>Moyo</b>	35	15	22	11	17	12	<b>112</b>
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>121</b>	<b>111</b>	<b>228</b>	<b>168</b>	<b>88</b>	<b>821</b>

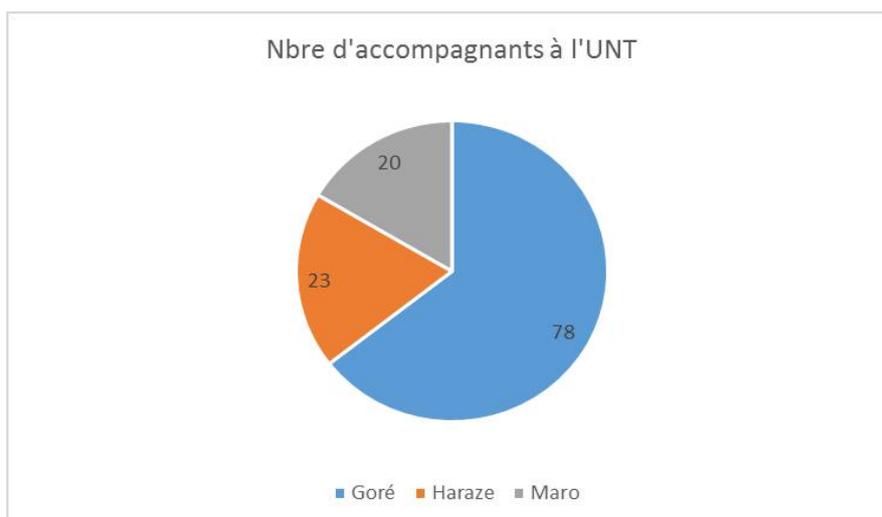
Tableau 1. Evolution des nouveaux cas dans les UNS de CSSI au Sud de juillet à décembre 2016.



Graphique 1 : courbe des admissions par camp de juillet à décembre 2016.

### V – 1-2 Admission des accompagnants des UNT

A l'UNT, nous avons enregistré pendant la période pour tous les trois districts Goré, Haraze et Maro **121 accompagnants dont 78 à Goré, 23 à Haraze et 20 à Maro.**



Graphique 2. Evolution des nouveaux cas dans les UNT des 3 Districts de juillet à août 2016.

A Maro, l'UNT étant non fonctionnelle de janvier en avril 2016 par rupture de lait thérapeutique, alors, il n'ya pas eu d'accompagnants d'où de distribution auxdits accompagnants. Il en est de même aussi à Goré où au mois d'avril, il n'y avait pas d'accompagnant à l'UNT.

Nous avons par ailleurs enregistré à l'UNS, des admissions venant de l'UNA. Il s'agit des sorties des UNA qui doivent être suivis à l'UNS pour une durée de 2 mois maximum avant de sortir du programme. Le nombre total pour tous les camps se chiffre à 353 cas admis dans les UNS dont 49 à Amboko, 55 à Doholo, 72 à Dosseye, 16 à Gondjé, 86 à Bélom et 75 à Moyo. (Voir tableau 2).

Camps	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	TOTAL
Amboko	00	00	09	20	07	13	49
Diba	00	00	00	00	00	00	00
Doholo	02	04	02	10	28	09	55
Dosseye	11	16	25	00	02	18	72
Gondjé	07	05	04	00	00	00	16
Bélom	13	22	22	14	06	09	86
Moyo	13	17	14	13	10	08	75
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>64</b>	<b>76</b>	<b>57</b>	<b>53</b>	<b>57</b>	<b>353</b>

Tableau 2. Evolution des sorties des UNA pour les UNS dans les camps au Sud de juillet à décembre 2016.

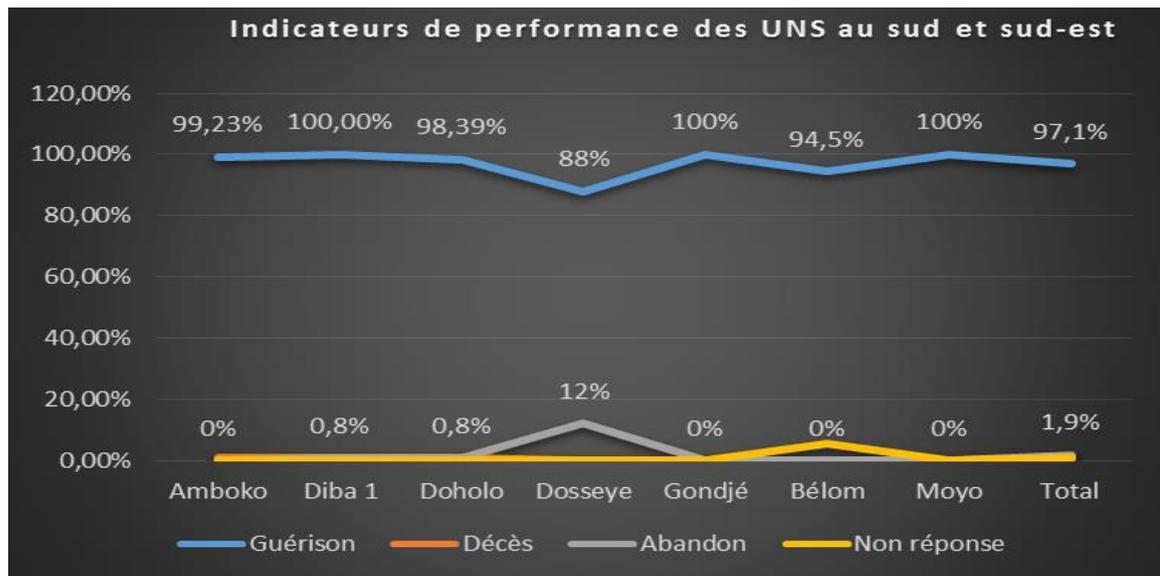
Il n'existe ni l'UNA ni l'UNT à Diba 1, ce qui explique le non suivi des sorties UNA.

## V-2 Indicateurs de performances

Les indicateurs de performance enregistrés lors du fonctionnement des UNS sont représentés dans le tableau 3.

Indicateurs	Amboko	Diba 1	Doholo	Dosseye	Gondjé	Bélom	Moyo	Total
Guérison	99,23%	100,00%	98,39%	88%	100%	94,5%	100%	97,1%
Décès	0,8%	0,8%	0,8%	0%	0%	0%	0%	0,3%
Abandon	0%	0,8%	0,8%	12%	0%	0%	0%	1,9%
Non réponse	0%	0%	0%	0%	0%	5,5%	0%	0,8%

Tableau 3. Indicateurs de performance des Unités nutritionnelles supplémentaires des camps au sud et sud-est du Tchad de juillet à décembre 2016.



**Graphique 3.** Courbe des indicateurs de performance des camps du sud juillet – décembre 2016.

Les performances atteintes dans l'ensemble des camps sont toutes dans les normes du protocole national de prise en charge de la malnutrition en vigueur (tableau 3).

### V –3 QUANTITE D'INTRANTS NUTRITIONNELS DISTRIBUES

#### V – 3- 1 : Mouvements des vivres dans les UNS

Pendant la période de juillet à décembre 2016, nous avons reçu comme intrants durant la période de juillet à décembre pour les 6 UNS du sud et le site de Diba 1, 14 858,226 Kg de plumpysup dont 6 824,24 Kg de supercérééal ++ pour le mois de juillet dans les camps de Goré et les mois de juillet et septembre pour le camp de Moyo. Nous avons distribué 15 316,048 Kg d'intrants et nous avons à la fermeture, un stock de 341,982 Kg de plumpysup que nous allons retourner dans le magasin PAM. Voir Tableau 4.

Mois	Net ouverture (Kg)	Net Reçu (Kg)	Net Distribué (Kg)	Net Pertes (Kg)	Net Retour (Kg)	Net Fermeture (kg)
Juillet	811,798	5042,24	2967,24	0,00	0,00	2886,798
Août	2886,798	926,5	3699,996	0,0	0,00	113,302
Septembre	113,302	4257	4358,304	11,996	0,00	0,002
Octobre	0,002	1838,998	1350,232	0,0	0,00	488,768
Novembre	488,768	1491	1238,658	0,0	0,00	741,11
Décembre	741,11	1302,488	1701,614	0,00	341,982	0,00
<b>Total</b>		<b>14858,226</b>	<b>15316,048</b>	<b>11,996</b>	<b>341,982</b>	

**Tableau 4 :** Mouvement de stock des intrants nutritionnels dans l'ensemble des UNS des camps du sud et sud-est du Tchad de juillet à décembre 2016.

Les mouvements des intrants nutritionnels sont marqués dans les tableaux ci-dessous par camp et par mois. Nous avons reçu deux types d'intrants nutritionnels : le supercéréal++ au mois de juillet et le plumpysup durant le reste de la période.

Mois	Net ouverture (Kg)	Net Reçu (Kg)	Net Distribué (Kg)	Net Retour (Kg)	Net Pertes (Kg)	Net Fermeture
Juillet	0,0	637	205,5	0,0	0,0	431,5
Août	431,5	72	493	0,0	0,0	10,5
Septembre	10,5	426	436,5	0,0	0,0	0,0
Octobre	0,0	166	145,3	0,0	0,0	20,7
Novembre	20,7	214	233,412	0,0	0,0	1,288
Décembre	1,288	322	317,392	5,896	0,0	0,0
<b>Total</b>		<b>1837</b>	<b>1831,10</b>	<b>5,896</b>	<b>0,0</b>	

*Tableau 5 : Mouvement de stock des intrants nutritionnels à l'UNS d'Amboko de juillet à décembre 2016.*

La quantité totale de vivres reçue est de 1837 Kg dans le camp d'Amboko. Nous avons distribué 1831,10 Kg de plumpysup. Il est resté à la fin de la période, 5,896 Kg de plumpysup que nous considérons comme retour de stock étant en fin d'année.

Mois	Net ouverture (Kg)	Net Reçu (Kg)	Net Distribué (Kg)	Net Retour (Kg)	Net Pertes (Kg)	Net Fermeture
Juillet	0,0	462	160,5	0,0	0,0	301,5
Août	301,5	149	438,5	0,0	0,0	12
Septembre	12	555	555	11,996	12	0,004
Octobre	0,004	174,004	152,108	0,0	0,0	21,896
Novembre	21,896	204	225,896	0,0	0,0	0,0
Décembre	0,0	303,6	218,96	84,64	0,0	0,0
<b>Total</b>		<b>1847,604</b>	<b>1750,968</b>	<b>84,64</b>	<b>12</b>	

*Tableau 6 : Mouvement de stock des intrants nutritionnels à l'UNS de Doholo de juillet à décembre 2016.*

A l'UNS de Doholo, nous avons reçu pour la période 1847,604 Kg de plumpysup et avons distribué 1750,968 Kg. Nous avons enregistré une perte de 12 Kg et il est resté à la fermeture de la période, 84,64 Kg de plumpysup qui est considéré comme retour de stock.

Mois	Net ouverture (Kg)	Net Reçu (Kg)	Net Distribué (Kg)	Net Retour (Kg)	Net Perte (Kg)	Net Fermeture
Juillet	0,0	399	186	0,0	0,0	213
Août	213	612	825	0,0	0,0	0,0
Septembre	0,0	348	348	0,0	0,0	0,0
Octobre	0,0	185,003	77,363	0,0	0,0	107,64
Novembre	107,64	63	134,024	0,0	0,0	36,616
Décembre	36,616	51,336	87,952	0,0	0,0	0,00
<b>Total</b>		<b>1658,339</b>	<b>1658,339</b>	<b>0,0</b>	0,0	

**Tableau 7** : Mouvement de stock des intrants nutritionnels à l'UNS de Dosseye de juillet à décembre 2016.

La quantité totale de vivres reçue est de 1658,339 Kg dans le camp de Dosseye. Nous avons tout distribué. Il est resté à la fin de la période, 0,0 Kg de plumpysup.

Mois	Net ouverture (Kg)	Net Reçu (Kg)	Net Distribué (Kg)	Net Retour (Kg)	Net Pertes (Kg)	Net Fermeture
Juillet	0,0	574	168	0,0	0,0	406
Août	406	16,5	422,5	0,0	0,0	0,0
Septembre	0,0	480	480	0,0	0,0	0,0
Octobre	0,0	258,998	245,198	0,0	0,0	13,80
Novembre	13,80	212	195,776	0,0	0,0	30,02
Décembre	30,02	166,152	190,84	5,336	0,0	0,0
<b>Total</b>		<b>1707,65</b>	<b>1702,314</b>	<b>5,336</b>	0,0	

**Tableau 8** : Mouvement de stock des intrants nutritionnels à l'UNS de Gondjé de juillet à décembre 2016.

La quantité de vivre reçu durant la période à l'UNS de Gondjé se chiffre à 1707,65 Kg de plumpysup. Nous avons distribué aux bénéficiaires, une quantité de 1702,314 Kg. Le stock à la fermeture est resté 0,00 avec un retour de 5,336 Kg pour le magasin PAM.

Mois	Net ouverture (Kg)	Net Reçu (Kg)	Net Distribué (Kg)	Net Retour (Kg)	Net Pertes (Kg)	Net Fermeture
Juillet	13,8	342,24	135,24	0,0	0,0	<b>220,8</b>
Août	220,8	77	206,996	0,0	0,0	<b>90,804</b>

<b>Septembre</b>	90,804	666	756,804	0,0	0,0	<b>0,0</b>
<b>Octobre</b>	0,0	392	161,2	0,0	0,0	<b>230,8</b>
<b>Novembre</b>	230,8	147	171,8	0,0	0,0	<b>206</b>
<b>Décembre</b>	206	142	128,58	219,42	0,0	<b>0,0</b>
<b>Total</b>		<b>1766,24</b>	<b>1560,62</b>	<b>219,42</b>	<b>0,0</b>	

**Tableau 9** : Mouvement de stock des intrants nutritionnels à l'UNS de Béлом de juillet à décembre 2016.

A l'UNS de Béлом, nous avons reçu au cours de la période 1766,24 Kg de plumpysup et nous avons distribué 1560,62 Kg. A la fermeture de la période il est resté 0,0 Kg de plumpysup car nous avons fait un retour de stock de 219,42 Kg.

Mois	Net ouverture (Kg)	Net Reçu (Kg)	Net Distribué (Kg)	Net Retour (Kg)	Net Pertes (Kg)	Net Fermeture
<b>Juillet</b>	798	2628	2112	0,0	0,0	1314
<b>Août</b>	1314	0,0	1314	0,0	0,0	0,0
<b>Septembre</b>	0,0	1782	1782	0,0	0,0	0,0
<b>Octobre</b>	0,0	442	442	0,0	0,0	0,0
<b>Novembre</b>	0,0	499	32,84	0,0	0,0	466,16
<b>Décembre</b>	466,16	0,0	466,16	0,0	0,0	00
<b>Total</b>		<b>5351</b>	<b>6149</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	

**Tableau 10** : Mouvement de stock des intrants nutritionnels à l'UNS de Moyo de juillet à décembre 2016.

A l'UNS de Moyo, nous avons reçu au cours de ce deuxième semestre, 4410 Kg de supercéréral ++ et 941 Kg de Plumpysup. Ce qui fait un total de 5351 Kg d'intrants. Nous avons distribué 6149 Kg. Le stock à la fermeture est égal à zéro.

Mois	Net ouverture (Kg)	Net Reçu (Kg)	Net Distribué (Kg)	Net Retour (Kg)	Net Pertes (Kg)	Net Fermeture
<b>Juillet</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Août</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Septembre</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Octobre</b>	0,0	220,993	127,063	0,0	0,0	93,93
<b>Novembre</b>	93,93	152	244,91	0,0	0,0	1,02

Décembre	1,02	317,4	291,73	26,69	0,0	00
<b>Total</b>		<b>690,393</b>	<b>663,703</b>	<b>26,69</b>	<b>0,0</b>	

**Tableau 11** : Mouvement de stock des intrants nutritionnels à l'UNS de Diba 1 de juillet à décembre 2016.

L'UNS de Diba 1 a été ouvert en Août 2016 et a commencé à fonctionner en octobre 2016 après approvisionnement en intrants. Il a reçu d'octobre à décembre, 690,393 Kg de vivres et a distribué 663,703 Kg. Nous avons fait un retour de stock de 26,69 Kg avec un stock de fermeture de 0,0 Kg.

Produits	Net Ouverture (Kg)	Net Reçu (kg)	Net Distribué (kg)	Net Retour (kg)	Net Pertes (kg)	Net Fermeture (Kg)
CERSOR	452,5	1629	1849,2	232	0,3	0,0
PULSPE	80	297	322,2	54,8	0,0	0,0
VEG	24,2	57,99	68,32	13,87	0,0	0,0
MSC SAL	4,25	31	35,25	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>		<b>2014,99</b>	<b>2274,97</b>	<b>300,67</b>	<b>0,3</b>	

**Tableau 12**. Mouvement de stock des intrants nutritionnels dans l'ensemble des UNT des camps du sud et sud-est du Tchad de juillet à décembre 2016.

Au cours de la période, nous avons pris en charge 131 accompagnants des malnutris dans les 3 UNT à savoir Goré (70), Haraze (43) et Maro (18). Les différents intrants distribués aux accompagnants sont : le sorgho, légumineuse (petits poids), l'huile et le sel. Pour les quantités distribuées pour chaque produit dans les différentes UNT du sud et sud-Est, voir tableau 12–15).

Produits	Net Ouverture (Kg)	Net Reçu (kg)	Net Distribué (kg)	Net Retour (kg)	Net Pertes (kg)	Net Fermeture (Kg)
CERSOR	52,5	712	732,2	32	0,3	0,0
PULSPE	5	159	154,2	9,8	0,0	0,0
VEG	2	31,99	31,52	2,5	0,0	0,0
MSC SAL	0,25	0,0	0,25	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>		<b>902,99</b>	<b>918,17</b>	<b>44,3</b>	<b>0,3</b>	

**Tableau 13**. Mouvement de stock des intrants nutritionnels à l'UNT de Goré de juillet à décembre 2016.

Produits	Net Ouverture (Kg)	Net Reçu (kg)	Net Distribué (kg)	Net Retour (kg)	Net Pertes (kg)	Net Fermeture (Kg)
CERSOR	0,0	674	674	0,0	0,0	0,0
PULSPE	0,0	84	84	0,0	0,0	0,0
VEG	0,0	12	12	0,0	0,0	0,0
MSC SAL	0,0	31	31	0,0	0,0	0,0

<b>Total</b>		<b>801</b>	<b>801</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
--------------	--	------------	------------	------------	------------	------------

**Tableau 14.** Mouvement de stock des intrants nutritionnels à l'UNT de Haraze de juillet à décembre 2016

Produits	Net Ouverture (Kg)	Net Reçu (kg)	Net Distribué (kg)	Net Retour (kg)	Net Pertes (kg)	Net Fermeture (Kg)
<b>CERSOR</b>	400	243	443	200	0,0	0,0
<b>PULSPE</b>	75	54	84	45	0,0	0,0
<b>VEG</b>	22,2	14	24,8	11,4	0,0	0,0
<b>MSC SAL</b>	4	0,0	4	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>		<b>311</b>	<b>555,8</b>	<b>256,4</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

**Tableau 15.** Mouvement de stock des intrants nutritionnels à l'UNT de Maro de juillet à décembre 2016.

#### V-4 Les activités de la surveillance nutritionnelle dans le sud

##### V-4-1 Le dépistage passif

Cette période est marquée par l'intégration progressive des activités de dépistage passif des cas de malnutrition dans toutes les 06 structures du projet pratiquant les soins curatifs. Ainsi, tous les enfants de 0 à 59 mois qui consultent les services de santé sont dépistés systématiquement de la malnutrition à l'aide de MUAC et la vérification des œdèmes. Nous avons dépisté 29.547 enfants lors des différentes consultations durant cette période dont 4883 à Amboko, 8766 à Béлом, 2473 à Doholo, 6170 à Dosseye, 3837 à Gondjé et 3418 à Moyo.

##### V-4-2 Le dépistage actif

Nous avons réalisé des screening nutritionnels dans le cadre du dépistage actif dans tous les camps du sud. Ces screening se font de façon mensuelle par les agents de santé communautaires au nombre de 38 (07 à Amboko, 07 à Gondjé, 04 à Doholo, 08 à Dosseye, 08 à Béлом et 04 à Moyo) pour tout le sud. Les résultats de screening sont repris dans le tableau ci-après.

Mois	Population totale des enfants < 5 ans (attendus)	Nombre d'enfants de moins de 5 ans mesurés	Enfants avec PB > 125 mm / Vert	Enfants avec PB 115-125 mm / Jaune	Enfants avec PB < 115 mm / rouge	Enfants avec œdèmes bilatéraux	Proportion de malnutrition aigüe modérée trouvée	Proportion de malnutrition aigüe sévère trouvée	Proportion de malnutrition aigüe globale trouvée	Taux de couverture du dépistage
Juillet	11389	11315	10930	209	170	6	1,8%	1,6%	3,4%	<b>99%</b>
Août	11395	9562	9286	187	89	0	2%	1%	3%	<b>84%</b>
Septembre	11395	8781	8523	180	77	1	2%	1%	3%	<b>77%</b>
Octobre	12097	9633	9250	209	173	1	2%	2%	4%	<b>80%</b>
Novembre	12107	9090	8753	207	190	0	2%	2%	4%	<b>75%</b>
Décembre	12181	9284	8948	223	113	0	2%	1%	4%	<b>76%</b>
<b>Total</b>	<b>70564</b>	<b>57665</b>	<b>55690</b>	<b>1215</b>	<b>812</b>	<b>8</b>	<b>2,1%</b>	<b>1,4%</b>	<b>3,5%</b>	<b>82%</b>

**Tableau 15.** Screening nutritionnel global enregistrée lors du dépistage actif dans les camps du sud et sud-est de juillet à décembre 2016.

Mois	Population totale des enfants < 5 ans (attendus)	Nombre d'enfants de moins de 5 ans mesurés	Enfants avec PB > 125 mm / Vert	Enfants avec PB 115- 125 mm / Jaune	Enfants avec PB < 115 mm / rouge	Enfants avec œdèmes bilatéraux	Proportion de malnutrition aigue modérée trouvée	Proportion de malnutrition aigue sévère trouvée	Proportion de malnutrition aigüe globale trouvée	Taux de couverture du dépistage
Juillet	1786	1764	1671	53	39	1	3%	2,3%	5,3%	99%
Août	1786	1220	1200	7	13	0	0,6%	1,1%	1,6%	68%
Septembre	1786	1221	1194	22	5	0	1,8%	0,4%	2,2%	68%
Octobre	1786	1295	1279	10	6	0	0,8%	0,5%	1,2%	73%
Novembre	1786	1235	1204	33	6	0	2,7%	0,5%	3,2%	69%
Décembre	1786	1425	1415	10	0	0	0,7%	0,0%	0,7%	80%
<b>Total</b>	<b>10716</b>	<b>8160</b>	<b>7963</b>	<b>135</b>	<b>69</b>	<b>1</b>	<b>1,7%</b>	<b>0,9%</b>	<b>2,5%</b>	<b>76%</b>

**Tableau 16 :** Screening nutritionnel enregistrée dans lors du dépistage actif dans le camp d'Amboko juillet à août 2016.

Mois	Population totale des enfants < 5 ans (attendus)	Nombre d'enfants de moins de 5 ans mesurés	Enfants avec PB > 125 mm / Vert	Enfants avec PB 115- 125 mm / Jaune	Enfants avec PB < 115 mm / rouge	Enfants avec œdèmes bilatéraux	Proportion de malnutrition aigue modérée trouvée	Proportion de malnutrition aigue sévère trouvée	Proportion de malnutrition aigüe globale trouvée	Taux de couverture du dépistage
Juillet	410	402	384	11	7	0,0	2,7%	1,7%	4,5%	98%
Août	550	547	491	33	23	0,0	6,0%	4,2%	10,2%	99%
Septembre	550	462	434	21	7	0,0	4,5%	1,5%	6,1%	84%
Octobre	873	838	803	12	23	0,0	1,4%	2,7%	4,2%	96%
Novembre	875	816	757	35	24	0,0	4,3%	2,9%	7,2%	93%
Décembre	873	849	770	65	14	0,0	7,7%	1,6%	9,3%	97%
<b>Total</b>	<b>4131</b>	<b>3914</b>	<b>3639</b>	<b>177</b>	<b>98</b>	<b>0,0</b>	<b>4,5%</b>	<b>2,5%</b>	<b>7,0%</b>	<b>94%</b>

**Tableau 17 :** Screening nutritionnel enregistrée lors du dépistage actif dans le camp de Doholo de juillet à décembre 2016.

Mois	Population totale des enfants < 5 ans (attendus)	Nombre d'enfants de moins de 5 ans mesurés	Enfants avec PB > 125 mm / Vert	Enfants avec PB 115- 125 mm / Jaune	Enfants avec PB < 115 mm / rouge	Enfants avec œdèmes bilatéraux	Proportion de malnutrition aigue modérée trouvée	Proportion de malnutrition aigue sévère trouvée	Proportion de malnutrition aigüe globale trouvée	Taux de couverture du dépistage
Juillet	3098	2929	2814	67	48	0,0	2,3%	1,6%	3,9%	95%
Août	3098	2931	2852	55	24	0,0	1,9%	0,8%	2,7%	95%
Septembre	3098	2367	2232	90	45	0,0	3,8%	1,9%	5,7%	76%
Octobre	3783	2574	2435	92	47	0,0	3,6%	1,8%	5,4%	68%
Novembre	3783	1904	1818	44	42	0,0	2,3%	2,2%	4,5%	50%

Décembre	3783	1920	1852	55	13	0,0	2,9%	0,7%	3,5%	51%
<b>Total</b>	<b>20643</b>	<b>14625</b>	<b>14003</b>	<b>403</b>	<b>219</b>	<b>0,0</b>	<b>2,8%</b>	<b>1,5%</b>	<b>4,3%</b>	<b>71%</b>

**Tableau 18** : Screening nutritionnel enregistrée lors du dépistage actif dans le camp de Dosseye

Juillet à août 2016.

Mois	Population totale des enfants < 5 ans (attendus)	Nombre d'enfants de moins de 5 ans mesurés	Enfants avec PB > 125 mm / Vert	Enfants avec PB 115-125 mm / Jaune	Enfants avec PB < 115 mm / rouge	Enfants avec œdèmes bilatéraux	Proportion de malnutrition aigüe modérée trouvée	Proportion de malnutrition aigüe sévère trouvée	Proportion de malnutrition aigüe globale trouvée	Taux de couverture du dépistage
Juillet	1334	1305	1211	57	37	0,0	4,4%	2,8%	7,2%	97,8%
Août	1200	814	744	57	13	0,0	7,0%	1,6%	8,6%	67,8%
Septembre	1200	791	782	7	2	0,0	0,9%	0,3%	1,1%	65,9%
Octobre	894	803	652	74	77	0,0	9,2%	9,6%	18,8%	89,8%
Novembre	902	898	799	66	85	0,0	7,3%	9,5%	16,8%	99,6%
Décembre	978	864	713	79	72	0,0	9,1%	8,3%	17,5%	88,3%
<b>Total</b>	<b>6508</b>	<b>5475</b>	<b>4901</b>	<b>340</b>	<b>286</b>	<b>0,0</b>	<b>6,2%</b>	<b>5,2%</b>	<b>11,4%</b>	<b>84,1%</b>

**Tableau 19** : Screening nutritionnel enregistrée lors du dépistage actif dans le camp de Gondjé de juillet à décembre 2016

Mois	Population totale des enfants < 5 ans (attendus)	Nombre d'enfants de moins de 5 ans mesurés	Enfants avec PB > 125 mm / Vert	Enfants avec PB 115-125 mm / Jaune	Enfants avec PB < 115 mm / rouge	Enfants avec œdèmes bilatéraux	Proportion de malnutrition aigüe modérée trouvée	Proportion de malnutrition aigüe sévère trouvée	Proportion de malnutrition aigüe globale trouvée	Taux de couverture du dépistage
Juillet	3183	3377	3360	5	10	2	0,1%	0,4%	0,5%	106,1%
Août	3752	2510	2486	20	4	0	0,8%	0,2%	1,0%	78,9%
Septembre	3183	2510	2486	18	5	1	0,7%	0,2%	1,0%	78,9%
Octobre	3183	2573	2555	10	7	1	0,4%	0,3%	0,7%	80,8%
Novembre	3183	2692	2677	12	3	0	0,4%	0,1%	0,6%	84,6%
Décembre	3183	2686	2680	2	4	0	0,1%	0,1%	0,2%	84,4%
<b>Total</b>	<b>19098</b>	<b>16348</b>	<b>16244</b>	<b>67</b>	<b>33</b>	<b>4</b>	<b>0,4%</b>	<b>0,2%</b>	<b>0,6%</b>	<b>85,6%</b>

**Tableau 20** : Screening nutritionnel enregistrée lors du dépistage actif dans le camp de Bélom de juillet à décembre 2016.

Mois	Population totale des enfants < 5 ans (attendus)	Nombre d'enfants de moins de 5 ans mesurés	Enfants avec PB > 125 mm / Vert	Enfants avec PB 115-125 mm / Jaune	Enfants avec PB < 115 mm / rouge	Enfants avec œdèmes bilatéraux	Proportion de malnutrition aigüe modérée trouvée	Proportion de malnutrition aigüe sévère trouvée	Proportion de malnutrition aigüe globale trouvée	Taux de couverture du dépistage
Juillet	1578	1538	1490	16	29	3	1,0%	2,1%	3,1%	97,5%
Août	1578	1540	1513	15	12	0,0	1,0%	0,8%	1,8%	97,6%
Septembre	1578	1430	1395	22	13	0,0	1,5%	0,9%	2,4%	90,6%
Octobre	1578	1550	1526	11	13	0,0	0,7%	0,8%	1,5%	98,2%
Novembre	1578	1545	1498	17	30	0,0	1,1%	1,9%	3,0%	97,9%

Décembre	1578	1540	1518	12	10	0,0	0,8%	0,6%	1,4%	97,6%
<b>Total</b>	<b>9468</b>	<b>9143</b>	<b>8940</b>	<b>93</b>	<b>107</b>	<b>3,0</b>	<b>1,0%</b>	<b>1,2%</b>	<b>2,2%</b>	<b>96,6%</b>

**Tableau 21** : Screening nutritionnel enregistrée lors du dépistage actif dans le camp de Moyo de juillet à décembre 2016.

#### **V-4-3 - Implication de la communauté à la prise en charge nutritionnelle**

La santé étant une affaire de la communauté, la prise en charge de sa propre santé ne saurait se réaliser que si cette communauté en est consciente et qu'elle maîtrise tous les aspects pour y parvenir. C'est ainsi que nous avons adopté cette stratégie, pour que la communauté puisse s'impliquer à la lutte contre la malnutrition aux côtés de nos agents de santé communautaires déjà formés.

Au cours de la période, nous avons réalisé des sensibilisations sur des thèmes variés, des visites à domicile et des recherches de perdus de vue. Ces sensibilisations ont porté généralement sur l'hygiène alimentaire, l'allaitement maternel exclusif, la promotion des aliments locaux de base, la prévention contre les maladies diarrhéiques et le paludisme, l'utilisation des intrants nutritionnels.

Au total pour tout le sud, nous avons eu à sensibiliser 21.425 personnes dans la communauté sur des thèmes liés à la vaccination, prévention des maladies diarrhéiques, prévention du paludisme,... 20.498 personnes sur les bonnes pratiques alimentaires et l'hygiène alimentaire de base, 14.313 personnes sur l'importance et les avantages de l'allaitement maternel exclusif.

Des visites à domicile ont été organisées pour le suivi des malnutris dans la communauté en terme de gestion et d'utilisation des intrants nutritionnels ainsi que le suivi des poids stationnaires et/ou perte de poids. 2747 personnes ont été visitées à domicile. Ces visites sont organisées 4 fois par mois et chaque fois que le besoin se présente.

Nous avons également organisé les recherches actives dites recherches de perdu de vue. C'est une stratégie avancée destinées aux personnes qui s'absentent pendant les jours de distribution.

## **VI- Défis et recommandations**

### **VI-1- Défis**

- nombre réduit des agents de santé communautaire par rapport aux ménages à suivre
- mobilité croissante des réfugiés pour les ferriques
- difficultés de suivi des autochtones qui se trouvent hors de nos zones d'action
- partage de la ration alimentaire d'un bénéficiaire aux autres enfants de la famille
- déficit du poids net des intrants à la réception des vivres du PAM
- absence de savons pour l'application des mesures d'hygiène à la distribution.

### **VI-2 Recommandations**

- Augmenter le nombre d'agents de santé communautaire pour les activités de nutrition au niveau communautaire ;
- Sensibilisation des bénéficiaires pour l'observance de la période de prise en charge ;

- Redynamisation et/ou Mise en place d'un comité de suivi dans les villages hôtes pour les activités communautaires ;
- Sensibilisation et suivi sur la gestion des intrants à domicile ;
- Rendre disponible du savons aux bénéficiaires pour l'application des mesures d'hygiène,

### **Axe 3 : Etudes et Recherche opérationnelle**

Divers projets d'études ont été mis en œuvre au cours de 2016.

## **A. PROJET D'ETUDES ACCESS SMC AU TCHAD**

### **I. Présentation générale du Projet**

La chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) est une nouvelle stratégie de lutte contre le paludisme en phase d'introduction en Afrique. Elle consiste à administrer de façon intermittente, les traitements complets par un médicament antipaludique la sulfadoxine-pyriméthamine + amodiaquine (SP+AQ) aux enfants de 3 à 59 mois au cours de la saison de haute transmission du paludisme pour éviter la maladie et ceci, en maintenant des concentrations thérapeutiques en médicament anti paludique dans le sang pendant toute cette période. Le Tchad a adopté cette stratégie dans sa politique nationale et son plan stratégique 2014-2018.

Dans le cadre du financement de UNITAID des traitements SMC pour un maximum de 8 millions d'enfants en 2015 et 2016 dans sept pays africains (Burkina Faso, Tchad, Gambie, Guinée, Mali, Niger, Nigeria), un programme de recherche est conçu et mise en œuvre pour surveiller l'efficacité des traitements SMC, la sureté des médicaments lorsqu'ils sont utilisés pour SMC, la couverture de SMC, et l'impact de SMC dans les sept pays inclus.

Ce programme de recherche est mise en œuvre au Tchad par le Consortium LSHTM-CSSI avec le soutien du Ministère de la Santé Publique, notamment le PNLP et les services déconcentrés de la santé (DRS, ECD, CS). Le présent rapport résume les activités mises en œuvre par le London School et le CSSI, avant la transmission des résultats détaillés des études par le Consortium au MSP, au Malaria Consortium et autres partenaires.

### **II. Objectifs de recherche**

- Mesurer l'efficacité des traitements SMC dans chaque année de vie du projet ;
- Surveiller la fréquence des marqueurs moléculaires de la résistance aux médicaments SMC dans la population générale et chez les enfants de moins de 5 ans, afin de détecter toute modification importante avant et après deux années de SMC ;
- Mesurer la couverture des traitements SMC à la fin de chaque année ;
- Mesurer l'impact de la SMC sur le nombre de cas de paludisme non hospitalisés, le nombre de patients hospitalisés, et sur la mortalité infantile ;
- Surveiller la sureté de SMC par la notification spontanée et événement suivi de cohorte ciblée, pour mesurer l'incidence des réactions indésirables aux médicaments et leur association avec SMC ;
- Mesurer l'efficacité des médicaments SMC dans l'élimination de la parasitémie asymptomatique.

### **III. Résultats attendus du Projet**

- la fréquence des marqueurs moléculaires liée à la résistance aux médicaments SMC dans la population générale et chez les enfants de moins de 5 ans dans la détection de toute modification importante avant et après deux années de SMC est surveillée ;
- la couverture des traitements SMC à la fin de chaque année est évaluée ;
- l'impact de la SMC sur le nombre de cas de paludisme non hospitalisés, le nombre de patients hospitalisés, et sur la mortalité infantile est mesuré ;
- les réactions indésirables aux médicaments et leur association avec SMC sont mesurés ;
- l'efficacité des médicaments SMC dans l'élimination de la parasitémie asymptomatique est mesurée

#### **IV. Stratégies de mise en œuvre du Projet**

- Collecte de données
- Contrôle de qualité
- Les méthodes de laboratoire
- Étude hospitalière

#### **V. Durée, budget et cible du Projet**

La durée du projet ACCESS SMC est de deux (2) allant du mois d'octobre 2015 à septembre 2017. Le budget du projet est de 505 514 dollars. Les cibles sont les populations des 14 districts des régions de N'Djaména (4 districts), du Chari-Baguirmi (6 districts), du Hadjer-Lamis ( 3 districts) et de Mayo Kebbi Est (1 district).

#### **VI. Zone d'intervention du Projet**

Régions du Chari-Baguirmi, du Hadjer-Lamis et Mayo Kebbi Est

#### **VII. Bilan 2016**

##### **Etude de la surveillance sentinelle du paludisme**

Cette étude de surveillance sentinelle du paludisme a commencé depuis le mois de janvier 2016. Après le travail d'identification et du recensement des formations sanitaires cibles (34 au total), le CSSI a préparé et validé avec l'appui de l'équipe de l'Université Cheikh Anta Diop et le London School le registre de collecte de données de routine sur la morbidité du paludisme. Un document de procédure (SOP) de surveillance sentinelle de paludisme a été soumis à London School et validé. Un chronogramme de collecte des données de surveillance sentinelle de paludisme a été proposé par le CSSI dans le document de procédure et séquencé en quatre périodes de collecte de données.

Toute la période de l'année 2016, l'équipe de coordination a collecté régulièrement les données prospectives 2016 de morbidité du paludisme auprès de 34 formations cibles de l'étude, réparties dans 5 district à savoir Mani, Mandelia, Guelendeng, Bokoro et N'Djaména Sud. De Février au 31 décembre 2016, 6 missions furent organisées par l'équipe de coordination de la surveillance sentinelle pour assurer le contrôle qualité des données, centraliser les données à N'Djaména, et procéder aux paiements des points focaux de collecte des données.

Il faut noter qu'outre la collecte des données prospectives, la coordination des études SMC a également collecté l'essentiel des données rétrospectives de morbidité palustre de 2013 à 2015 des formations sanitaires cibles de l'étude. Ces données rétrospectives ont été toutes saisies et envoyées à l'équipe de London School.

### **L'étude des Marqueurs Moléculaires**

L'étude d'estimation des marqueurs moléculaires de la résistance au SP-AQ a eu lieu du 01 au 26 février 2016. L'étude a été conduite au district de Bokoro, situé à 300 Km à l'Est de N'Djaména. C'est un district retenu pour la CPS en 2016, donc n'a pas reçu la CPS en 2015. Ce sont au total 44 grappes de 55 enfants de 6 à 66 mois et 44 grappes de la tranche de 10 à 30 ans qui ont été enquêtées pour l'estimation de la prévalence des Marqueurs Moléculaires. Parallèlement à l'estimation de la prévalence des Marqueurs Moléculaires, 2200 femmes en âge de procréer ont été interviewées sur l'historique de leur naissance.

Au total, le CSSI a pu enquêter 4404 enfants de 6 à 66 mois et jeunes adultes de 10 à 30 mois. Pour l'historique des naissances, l'enquête a couvert 2192 femmes en âge de procréer.

L'ensemble des 4404 échantillons sanguins sur papier filtre Whatmann étaient transmis et conditionnés au frais (-20°C) au laboratoire du CSSI jusqu'à leur transmission le 29 juillet 2016 à London School.

La responsable laboratoire des études ACCESS SMC Tchad, Mme Kadjidja GAMOUGAME a effectué un séjour à Londres du 13 octobre au 4 Novembre 2016. Le séjour au Laboratoire de London School a permis à la technicienne en laboratoire du CSSI de participer aux activités d'analyse des échantillons des prélèvements des Marqueurs Moléculaires collectés au début de l'année 2016 dans le cadre des études ACCESS SMC.

Pour la prochaine étude de prévalence des Marqueurs Moléculaires, le CSSI envisage l'organiser dans le district de Mandelia. Un travail préparatoire est entrain d'être mener à cet effet par la coordination des études ACCESS SMC Tchad.

### **L'étude Cas-témoins**

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'étude cas-témoins en 2016 au Tchad, la coordination des études ACCESS SMC Tchad a retenu quatre (4) centres de santé pour le besoin de la collecte des données. Les 4 centres de santé retenus sont les suivants :

<b>Centres de santé</b>	<b>Districts</b>
Hillé Houdjade	N'Djamena Nord
Ordre de Malte	N'Djamena Sud
Ardebdjournal	N'Djamena Centre
Kouldoul 3	Mandelia

Les critères ayant conduit au choix de ces 4 centres de santé sont : l'existence d'un laboratoire fonctionnel, une bonne fréquentation de la structure par la population et la disponibilité d'un personnel qualifié. A l'issue de cette sélection, une formation sur le SOP de l'étude cas-témoins fut organisée le 12 août 2016 à l'attention des 4 techniciens de laboratoires et des 4 responsables des centres de santé, ainsi qu'aux 2 enquêteurs retenus pour la mise en œuvre de cette étude. Les formateurs ayant assuré la formation étaient le Coordonnateur des études

ACCESS SMC et la responsable du Laboratoire du projet. L'objectif de la formation était de s'appesantir sur le document méthodologique (SOP) de mise en œuvre de cette étude cas-contrôle, le mode de prélèvements sur papier buvard, le contrôle qualité, la norme en matière de l'analyse goutte épaisse, et le mode de recrutement des cas et de leurs témoins. La formation a permis à chaque participant de bien cerner l'approche l'étude et sa responsabilité. La coordination des études ACCESS SMC Tchad a par la suite apporté un appui en consommables (Lames, TDR, Giemsa, Gants, Boîtes arrangement des Lames, Bics, Registres, Fiches de collectes échantillons, papiers buvard, coton et Bétadine) aux 4 laboratoires cibles de l'étude cas-témoins pour les soutenir afin d'obtenir une bonne collaboration et une meilleure collecte des données. Le CSSI avait même prêté un microscope neuf au centre de santé de Hillé Houdjajde pour remplacer leur microscope trop usagé afin d'obtenir des données de qualité.

La collecte des données des cas-témoins a été lancée par le CSSI dès le 13 août 2016 lors du 1<sup>er</sup> jour de la CPS 2016 lancée au district de N'Djamena centre. Depuis lors, chaque semaine les 2 enquêteurs du CSSI visitent les 4 centres de santé cibles du lundi au samedi pour conduire les enquêtes des cas et témoins. Les lames des cas confirmés positifs au paludisme et les échantillons prélevés sont stockés aux laboratoires, et chaque samedi l'assistant laboratoire du CSSI passe les récupérer pour les acheminer au laboratoire du CSSI. Les techniciens laborantins du CSSI procèdent ensuite au contrôle qualité de lames récupérées des 4 centres de santé. Les papiers des prélèvements sont quant à eux mis au frais au laboratoire du CSSI pour leur transmission future au London School.

A la date du 31 Décembre 2016, l'équipe de la coordination des études ACCESS SMC Tchad a collecté 146 cas et 292 témoins au niveau des 4 centres de santé cibles de l'étude cas-contrôle. Il faut noter que les mois d'octobre, novembre et décembre 2016 furent marqués par la grève du personnel fonctionnaire des services publics du Tchad. Cette grève a impacté négativement sur les activités de collecte des données, car les agents des centres de santé ne travaillaient pas le plus souvent. Les fonctionnaires ont repris le travail depuis début janvier 2017 et nous estimons que si tout va bien, jusqu'à fin février nous pouvons collecter suffisamment des cas de paludisme.

### **L'étude de pharmacovigilance**

Dans le cadre de la mise en œuvre du volet pharmacovigilance relatives à la CPS 2016, la Coordination du CSSI pour les études ACCESS SMC a organisé en partenariat avec la DPML une mission de formation sur la pharmacovigilance à l'attention des responsables des centres de santé des 8 nouveaux districts CPS 2016. Cette mission de formation s'est déroulée du 11 au 16 juillet 2016. L'équipe de la mission était composée de Hamit KESSELY, Coordonnateur des Etudes ACCESS SMC, de NAIMA HAROUN SALEH, pharmacienne, responsable adjointe du service PV de la DPML et d'un chauffeur du CSSI.

Les activités de formation ont porté essentiellement sur trois points essentiels, notamment un rappel général sur les notions de la pharmacovigilance, l'intérêt de PV dans le cadre de la CPS ; la présentation et discussion de la fiche descriptive des effets indésirables majeurs et mineurs dus aux Sulfadoxines-pyriméthamine Amodiaquine (SP-AQ) et enfin la présentation et discussion de la fiche de notification pour une meilleure compréhension et usage par les responsables des centres de santé.

La formation des Responsables des centres de santé s'est déroulée en cascade selon les axes suivants :

- Axe 1 : Formation à Ba-illi ayant réuni les 23 responsables des centres de santé des districts de Ba-illi, de Kono et de Bousso ;
- Axe 2 : Formation à Bongor ayant réuni les 26 responsables des centres de santé du district de Bongor ;
- Axe 3 : Formation à N'Djaména ayant réuni les 67 responsables des centres de santé des 4 districts de N'Djaména Nord, N'Djaména Sud, N'Djaména Centre et N'Djaména Est.

Au total, 115 responsables des centres de santé des 8 nouveaux districts CPS 2016 et leurs chefs de zones ont été formés sur les éléments essentiels d'identification des effets secondaires dus aux SP-AQ et l'intérêt de leur notification, ainsi que la gestion des cas les plus graves.

A l'issue de la formation, chaque responsable de centre de santé a reçu les fiches de notification des MAPI en nombre suffisant pour utilisation aux 4 prochains cycles de la CPS 2016.

Du 28 au 30 juillet 2016, une mission de distribution des fiches de notification des MAPI aux 6 districts CPS 2015 fut organisée par la coordination des études ACCESS SMC. En effet, les 6 districts CPS 2015 avaient bénéficié d'une formation sur la pharmacovigilance en octobre 2015 sur les techniques d'identification et de notifications des MAPI mineurs et majeurs. Durant cette mission, la coordination des études ACCESS SMC avaient mis à la disposition des 6 districts CPS 2015, les fiches de notifications de MAPI pour des éventuelles notifications des effets secondaires au cours de la CPS 2016.

L'équipe de la mission a rappelé aux responsables des centres de santé et aux médecins chefs des districts l'intérêt des notifications des tous les cas des MAPI graves ou mineurs susceptibles de survenir au cours de la CPS 2016.

Le 1<sup>er</sup> cycle de la CPS 2016 a été mis en œuvre de façon disparate par les 14 districts, c'est-à-dire non synchronisé où chaque district a fixé sa date du 1<sup>er</sup> cycle selon la date de réception des fonds et des molécules SP-AQ de la part de Malaria Consortium.

Au cours de ce 1<sup>er</sup> cycle, la coordination des études ACCESS SMC a fait suivi régulier du volet pharmacovigilance par l'envoi des messages sms de rappel à l'ensemble des responsables des centres de santé des districts CPS pour l'intérêt d'identification et de notification des MAPI graves et mineurs. Au total 15 cas des MAPI mineurs ont été notifiés pour ce 1<sup>er</sup> cycle de la CPS 2016. Ces MAPI mineurs proviennent : 2 du district de N'Djaména Nord, 2 district de Mandelia, 5 de district de Bongor et 6 du district de Dourbali.

Au second cycle de la CPS qui a eu lieu en octobre 2016, 7 cas des effets mineurs dus aux SP-AQ ont été rapportés. Ces 7 cas mineurs proviennent de deux districts, notamment Dourbali et Mani.

Il faut signaler qu'au cours du 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> cycle, aucune notification n'a été rapporté par les districts CPS, et cela s'explique par la grève des agents de santé qui ont suspendu le travail durant presque toute la période allant de fin octobre à décembre 2016.

## **L'évaluation de la couverture CPS**

La CPS 2016 au Tchad fut mise en œuvre entre le mois d'août et décembre 2016. Les mois correspondant aux différents cycles de la CPS 2016 sont : 1<sup>er</sup> cycle (août-septembre), 2<sup>ème</sup> cycle (octobre), 3<sup>ème</sup> cycle (novembre) et 4<sup>ème</sup> cycle (décembre).

Dans le processus de préparation de l'enquête couverture 2016, deux (2) missions furent organisées dans les nouveaux districts CPS 2016 pour la collecte des données démographiques en vue de l'établissement de la liste des villages pour la sélection des échantillons. Les 2 missions ont eu respectivement du 27 octobre au 1<sup>er</sup> novembre 2016 dans les districts de Bongor, de Bousso, de Bai-illi et N'Djaména, et du 30 novembre au 3 décembre dans le district de Kouno.

L'enquête de couverture a eu lieu du 29 décembre 2016 et a pris fin le 17 janvier 2017. L'étape préparatoire de l'enquête a été marquée par la sélection des 60 grappes (villages), la formation des enquêteurs et le pré-test du formulaire des questionnaires. Le consultant de London School Dr Abdoulaye Diallo a effectué un séjour au Tchad du 28 au 31 décembre 2016 pour participer au lancement de l'enquête couverture du Tchad.

De façon pratique, trois (3) équipes furent mise sur pieds et réparties sur 3 axes avec trois véhicules au total pour conduire l'enquête. Un travail de préparation conséquente avec des réunions avec les autorités sanitaires et administratives, les envois des correspondances d'informations aux autorités administratives et municipales a précédé l'enquête.

A l'issue de 20 jours d'enquête, les résultats se présentent comme suit :

**Tableau : Résultats enquête couverture CPS 2016 Tchad**

Nombre Districts	Nombre des Grappes	Total Enfants Enquêtés	Moyenne par grappe
<b>14</b>	<b>60</b>	<b>1324</b>	<b>22</b>

Toutes les données ont été transmises au service Data Manager de London School pour les analyses.

## **VIII. Leçons apprises**

La grève au cours du trimestre octobre-décembre 2016 du personnel des services publics du Tchad a perturbé les activités au niveau des centres de santé partenaires des études cas-témoins et de la surveillance sentinelle du paludisme.

## **Conclusion**

Le projet ACCESS SMC a connu une mise en œuvre plus ou moins adéquate en 2016. L'équipe de la coordination du CSSI a reçu à plusieurs reprises les visites du Consultant de London School Dr Abdoulaye Diallo qui a suivi de bout en bout tout le processus de mise en œuvre des différentes études liées à la CPS au Tchad. Mais il faut souligner que la grève des services publics a déstabilisé la mise en œuvre des études cas-témoins et de la surveillance sentinelle du paludisme, dont les points focaux du projet au niveau des centres de santé n'ont

pas pu collecter les données comme il se doit durant toute la période d'octobre à décembre 2016.

## **B. ESTIMATION DE L'IMPACT DE LA RAGE CANINE SUR LA SANTE HUMAINE ET DETERMINATION DES BESOINS EN PROPHYLAXIE POST EXPOSITIONNELLE EN COTE D'IVOIRE AU MALI ET AU TCHAD**

### **I. Présentation générale du Projet**

Dans le cadre de cette étude, trois pays sont concernés. Ce sont le Tchad, le Mali et la Côte d'Ivoire.

Au Tchad, le projet est mis en œuvre par le consortium Swiss TPH-CSSI-IREN dans 3 zones que sont les Régions du Logone Occidentale, du Ouaddaï, et les zones dans un rayon de 100 Km tout autour de N'Djamena (Chari-Baguirmi et Hadjer Lamis) . Notons que dans les deux dernières Régions, à cause des études menées dans la ville de N'Djamena, seules les zones dans un rayon de 100 Km autour de la capitale sont concernées par l'étude.

Un point focal a été désigné par chaque membre du consortium pour le pilotage du Projet. De mêmes deux comités de supervision et de coordination ont été créés.

Trois volets sont concernés par le Projet à savoir :

1. Enquête ménage : il s'agit d'enquêter 8000 ménages dans les zones d'étude à la recherche des cas de morsures canines depuis 12 mois ;
2. Suivi des cas de morsures causées par les animaux dans les formations sanitaires : il s'agit de notifier tout cas de morsures par téléphone et dans des fiches de notification des cas et les prendre en charge ;
3. Diagnostic de rage chez les animaux mordeurs et suspects de rage : des postes de santé sont identifiés et aménagés pour réaliser le diagnostic rapide à l'Anigen avant la confirmation à l'Unité Rage à l'IREN.

Une autorisation de Recherche du comité d'éthique a été accordée au consortium pour l'exécution du Projet au Tchad. Le projet avait aussi reçu une autorisation de la part du MSP pour permettre de démarrer le Projet.

### **II. Résultats attendus du Projet**

L'impact de la rage canine sur la santé humaine évalué et les besoins en PPE connus au niveau national.

### **III. Stratégies de mise en œuvre du Projet**

Ce projet est exécuté conformément aux termes du protocole de recherche tout en tenant compte du budget opérationnel établi par les parties prenantes. Toutes les activités dudit projet sont coordonnées par un comité de coordination composé de membres des institutions partenaires ci-haut cités sous la supervision des responsables nationaux (santé humaine et animale) et la coordinatrice régional du projet.

Les enquêtes au niveau des populations cibles (zones d'étude) visent à recenser 8000 ménages et sont réalisées par un personnel recruté par le CSSI en collaboration avec le responsable national de santé humaine du projet conformément aux procédures en vigueur. Ce personnel est supervisé par un chef d'équipe désigné par le responsable national santé humaine du projet de commun accord avec le comité de coordination ci-haut mentionné.

L'étude au niveau des structures de santé vise à inclure 60% des structures de la zone de

recherche. Cette étude est pilotée par une structure chargée de communication instaurée par le projet et placée sous la supervision du responsable national de santé humaine du projet.

La mise en observation et le diagnostic des animaux suspects de rage sont exécutés par le Réseau d'Epidémiologie-surveillance des Maladies Animales au Tchad (REPIMAT) en collaboration avec l'Institut de Recherche en Élevage pour le Développement (IRED) dans le Cadre de la mise en Œuvre de son sous-programme de recherche-intervention piloté par la représentation nationale du Consortium "Afrique One". Au niveau de l'IRED, ces activités sont placées sous la supervision d'un point focal rage du RESEPI – RESOLAB qui a pour mandat de faire remonter l'information à ladite centrale de communication.

#### **IV. Durée, budget et cible du Projet**

Le présent projet à une durée de 24 mois. Il a débuté le 1<sup>er</sup> Janvier 2016 et prendra fin le 31 Décembre 2017.

Le budget pour l'année 2016 s'élève à 193'990'000 XAF

#### **V. Zone d'intervention du Projet**

Trois zones sont concernées par le Projet :

1. Région du Logone Occidental
2. Région du Ouaddaï
3. Zones tout autour de N'Djamena dans un rayon de 100 Km (Régions du Chari-Baguirmi et du HadjerLamis)

#### **VI. Bilan 2016**

Les activités suivantes ont été menées durant l'année 2016 :

- Missions d'identification des points focaux santé humaine et vétérinaires (Centre de santé et postes vétérinaires) dans les zones d'intervention ;
- Formation des Responsables de Centre de Santé et des Chefs des postes vétérinaires dans chaque zone d'intervention ;
- Mise en place d'une ligne verte pour les appels en cas de morsure ou de questions sur la rage ;
- Enquêtes dans 8005 ménages ;
- Missions de supervision dans les zones d'intervention ;
- Instauration de 9 laboratoires périphériques pour le diagnostic de la rage (Moundou, Beinamar, Benoye, KrimKrim, Adré, Abdi, Abkouta, Abéché, Dourbali) ;
- Vaccination pré-exposition des agents vétérinaire;
- Formation des vétérinaires des laboratoires retenus pour le diagnostic de la rage à l'Anigen ;
- Mise à disposition des téléphones pour les agents de terrain ;
- Mise à disposition des vaccins antirabiques dans les zones d'intervention ;
- Début des appels de suivi dans les ménages enquêtés ;
- Appels de suivi du stock du vaccin et des cas de morsures dans les Centre de Santé recrutés ;
- Atelier PARACON en Côte-d'Ivoire ;
- Célébration de la Journée Mondiale de lutte contre la Rage.

## 1. Missions d'identification des points focaux dans les zones d'intervention

Ces missions se sont déroulées avec les membres du consortium dans les trois zones d'étude et ont permis de sensibiliser les autorités administratives et sanitaire sur l'étude, d'identifier les points focaux de la mise en œuvre de l'étude tant du côté santé animale qu'humaine et d'identifier les endroits pour le stockage du vaccin pour les prophylaxies pré et post-exposition.

Le tableau suivant résume les activités réalisées lors des différentes missions :

Délégation sanitaire régionale			Délégation de l'élevage		
	Date	Nombre de personnes à former		Date	Nombre de personnes à former
Logone Occidentale	21 au 25 mars 2016	73	Logone Occidentale	21 au 25 mars 2016	13
Zones dans un rayon de 100 Km autour de N'Djamena	5 au 7 avril 2016	54	Zones dans un rayon de 100 Km autour de N'Djamena	5 au 7 avril 2016	20
Ouaddaï	12 au 16 avril 2016	79	Ouaddaï	12 au 16 avril 2016	12
<b>Total</b>		206			45

### Commentaires :

- ✓ Tous les délégués sanitaires du côté humain qu'animal, tous les médecins chefs des districts sanitaires, les chefs des secteurs, les chefs de postes vétérinaires, les responsables des centres de santé et les responsables des services d'urgences des hôpitaux étaient retenus pour la formation ;
- ✓ Les services PEV de chaque délégation et district sanitaire disposent de la chaîne de froid ;
- ✓ Les responsables des services de la santé humaine et animale ont reconnu la nécessité de collaborer franchement pour permettre de mener à bien l'étude ;
- ✓ Les services de l'élevage ne disposent pas suffisamment de moyens de déplacement et de chaîne de froid.

## 2. Formation des points focaux dans chaque zone d'intervention

Les formations se sont déroulées à Moundou, Abéché et à N'Djamena par les membres du consortium avec des modules conçus par l'équipe du projet.. Des démonstrations sur les différents protocoles d'administration de du vaccin antirabique ont été faites. Compte tenu de la non disponibilité des seringues 0,1 cc pour l'administration du vaccin en intradermal comme envisagé dans le protocole de l'étude, il a été demandé aux agents d'appliquer le protocole ESSEN qui utilise la voie intramusculaire.

Le tableau suivant indique les activités menées au cours de ces missions :

Délégation sanitaire régionale			Délégation de l'élevage		
	Date	Nombre de personnes formées		Date	Nombre de personnes formées
Logone Occidentale	13 au 17 juin 2016	73	Logone Occidentale	13 au 17 juin 2016	13
Ouaddaï	20 au 24 juin 2016	77	Ouaddaï	20 au 24 juin 2016	14
Zones dans un rayon de 100 Km autour de N'Djamena	22 au 23 août 2016	54	Zones dans un rayon de 100 Km autour de N'Djamena	22 au 23 août 2016	20
<b>Total</b>		204			47

#### Commentaires :

- ✓ 500 doses de vaccins sont prédisposées dans chacun des trois sites ;
- ✓ Des téléphones avec SIM Tigo et Airtel (numéro vert) ont été remis à chaque point focal de même qu'un jeu de fiche de notification des cas et des dépliants sur la rage ;

### 3. Les enquêtes ménages

Les villages ciblés par les enquêtes ménages étaient choisis de façon aléatoire. Dans chaque région 40 villages étaient concernées. Pour l'échantillonnage et avoir des informations de la zone urbaine, l'échantillonnage était complété par le choix de 40 quartiers de Moundou et 40 quartiers de Abéché. Dans les villages ou quartiers, 40 ménages étaient interrogés si possible. Quand la taille du village n'a pas atteint le nombre de ménage suffisant, ce nombre était complété par le village suivant. Les enquêtes étaient menées par 12 enquêteurs et deux superviseurs répartis dans 2 équipes dans le Logone Occidental et la zone autour de N'Djaména. Dans la zone du Ouaddaï les enquêteurs étaient regroupés dans 3 équipes. Les enquêtes dans le Chari Baguirmi et le HadjerLamis se sont déroulées en Juin et en Septembre 2016. L'enquête dans le Logone Occidentale était faite en Juillet et le Ouaddaï était visité en Août. Au total 8005 ménages étaient visités dont 327 ont signalé une morsure d'un animal dans les derniers 12 mois. La plus part des morsures était causée par les chiens. Dans la plus part des cas les patients n'ont pas cherché de l'aide dans une structure de santé. Lorsqu'une morsure était causée par un animal suspect de rage (mort, abattu ou disparu moins de 2 semaines après la morsure), les patients étaient référés à un centre de santé le plus proche pour le traitement antirabique gratuitement mis à la disposition par le projet. Les données de l'enquête étaient récoltées à l'aide des tablettes et envoyer du terrain directement au serveur de Swiss TPH. Elles sont en train d'être analysées en détail pour déterminer le taux de l'incidence des cas de morsures dans la population au Tchad. En décembre nous avons commencé le suivi téléphonique dans les ménages visités. Ce suivi permet de connaître le sort des victimes rencontrées et aussi de savoir s'il y avait encore d'autres incidents dans les 6 mois passés. Bien que la moitié des ménages dispose d'un téléphone, les ménages concernés par le suivi sont environs 4000.

### 4. Missions de supervision dans les zones d'intervention

Les missions de supervision se sont déroulées après le démarrage du Projet c'est-à-dire après la formation des points focaux, leur dotation en téléphone et outils de collecte des données et la mise en place des vaccins. Comme pour les autres activités, c'est une équipe composée des membres du consortium qui a visité un certain nombre de structures dans les zones du Projet pour se rendre compte de la mise en œuvre effective des activités.

Les constats suivants ont été faits dans toutes les structures visitées :

**a) Gestion des vaccins**

- ✓ Le protocole utilisé est celui d'ESSEN. il a été constaté que certains agents ont des difficultés à l'appliquer à cause de la faible maîtrise du protocole, certains patients et certains agents de l'élevage n'avaient pas pris les doses de vaccins en pré- ou post exposition en nombre et délai indiqué.
- ✓ Dans les structures visitées, il reste encore un stock de vaccin en dehors du Logone Occidental où il y a rupture de stock.

**b) Gestion des téléphones**

- ✓ La plupart des cartes SIM ne marchent pas, il se pose le problème d'identification de cartes SIM au nom des détenteurs ;
- ✓ Pour certains, il faut recharger les cartes avant de les utiliser ;
- ✓ Beaucoup de points focaux n'ont jamais appelé sur les numéros verts ;
- ✓ Certains agents utilisent les téléphones pour leurs propres appels en changeant de carte SIM d'autres on perdu ou endommagé le téléphone

**c) Apports des Services Vétérinaires dans la gestion de cas de morsures animales**

Dans les différentes localités visitées, la collaboration entre les services de santé et de l'élevage est généralement timide à tous les niveaux. Il existe très peu de concertation entre les deux services en matière de prise en charge de victimes de morsures animales. Le Médecin Chef de District d'Adré reconnaît le fait et invite tous les RCS à plus de collaboration avec les services de l'élevage. L'autre difficulté réside dans le fait que les points focaux ne peuvent pas utiliser les téléphones qui leur étaient livrés pour appeler leurs collègues en cas de besoin (ces téléphones étaient indiqués pour appeler le niveau central).

Au cours des missions de supervision, les membres ont constaté que certains postes vétérinaires ont mis sous surveillance des animaux mordeurs mais ils n'en ont pas informé leurs collègues de la santé d'une part, d'autre part ils n'établissent pas de certificat de mise en observation pour permettre à leurs collègues de la santé de prendre une décision appropriée. Quant à l'envoi des échantillons pour analyse, le laboratoire central à l'IRED a reçu une vingtaine d'échantillons des provinces depuis l'installation des laboratoires périphériques. L'origine et les résultats sont listés dans le tableau ci-dessous. Ces prélèvements étaient envoyés par des bus et étaient ensuite confirmés par la méthode standard de référence le test d'immunofluorescence à l'IRED.

## Echantillons GAVI en 2016

### 1° Région du Logone Occidental

PROVENANCE	NBRE ECHANTILLONS REÇUS	ECHANTILLONS POSITIFS	ECHANTILLONS NEGATIFS	OBSERVATIONS
Moundou	12	12	0	
Deli	1	1	0	
Krim-Krim	1	1	0	
Benoye	1	1	0	
Bebalem	1	1	0	
TOTAL	16	16	0	

### 2° Région du Ouaddaï

PROVENANCE	NBRE ECHANTILLONS REÇUS	ECHANTILLONS POSITIFS	ECHANTILLONS NEGATIFS	OBSERVATIONS
Abéché	1	1	0	
Abkouta	2	2	0	
Mongo	1	1	0	
TOTAL	4	4	0	

### 3° Régions périphériques de N'Djamena

PROVENANCE	NBRE ECHANTILLONS REÇUS	ECHANTILLONS POSITIFS	ECHANTILLONS NEGATIFS	OBSERVATIONS
Karal	2	2	0	
Mani	3	1	2	
Djermaya	3	3	0	
Linia	1	1	0	
Dourbali	1	1	0	
TOTAL	10	8	2	

#### d) Situation des postes vétérinaires retenus pour le diagnostic de la rage

Le personnel des postes vétérinaires retenus pour le diagnostic a subi une formation pratique à N'Djamena. Le matériel de travail est disponible sur le terrain et les neuf laboratoires diagnostic sont fonctionnels en utilisant le test rapide Anigen.

Pendant les 06 mois de mise en œuvre du Projet, 416 cas de morsures avec 07 décès ont été rapportés dans les zones d'étude. Les centres concernés par ces cas de décès sont : Krim-Krim (1), Karal (2), Guinebor (1) et Moundou (3). Seul le diagnostic du cas de Guinebor a été fait et s'est révélé positif.

En raison des ruptures fréquentes de vaccin dans la Région du Logone Occidental, une mission s'est rendue dans les différents districts pour faire le point avec les responsables sanitaires. Il ressort des différentes concertations les points suivants :

- i) La Région sanitaire a reçu au total 680 doses réparties comme suit :

- ✓ 12 juillet 2016 : 500 doses.
  - ✓ 03 octobre 2016 : 30 doses.
  - ✓ 11 octobre 2016 : 150 doses.
- ii) Après des entretiens et l'exploitation documentaire, il apparaît clairement qu'il existe un certain nombre de problèmes liés à la non maîtrise du protocole (ESSEN) et à la gestion de stock de vaccins (tenue de la fiche de gestion stock, les fiches de bordereaux d'envoi et de réception). Il est souhaitable que le protocole intra dermique qui sera bientôt utilisé fasse l'objet d'un accompagnement sur le terrain.

## **5. Atelier PARACON en Côte-d'Ivoire**

Dans le cadre du processus de l'élimination de la Rage à l'horizon 2030, l'Alliance Globale de Contrôle de la Rage (GARC) a organisé du 29 au 30 juin 2016 le 1<sup>er</sup> atelier régional PARACON à Grand Bassam en Côte d'Ivoire. Une trentaine de Pays d'Afrique de l'ouest et du centre ont pris part à cet atelier. Cette activité n'est pas directement liée à la mise en œuvre de l'étude mais vue son importance, le Tchad a été représenté par Dr Ronelngar Moyengar du CSSI et Dr Assandi Oussiguere de l'IREC. La coordinatrice régionale du Projet poids de la Rage, Monique Lechenne de Swiss TPH a pris part aussi à cet atelier. L'OMS et l'Union Africaine étaient représentées à la réunion.

L'atelier s'est déroulé en cinq sessions pendant deux jours. Trois pays à savoir la Côte d'Ivoire, le Bénin et le Libéria ont présenté les rapports d'activités PARACON. Une présentation sur « comment améliorer la santé publique médicale et vétérinaire dans les milieux où les ressources sont limitées par la formation en ligne personnalisée » a été faite par les représentants du Cameroun.

En plus des cours théoriques, des travaux de groupe sur l'approche de lutte contre la rage par étape (SARE) et sur le remplissage du bulletin PARACON ont été réalisés. Le travail a consisté à introduire les données de chaque pays (santé humaine et santé animale) dans les fichiers Excel.

Il a été demandé à chaque participant de faire un plaidoyer auprès des autorités politique et administrative pour élaborer et mettre en œuvre un plan stratégique national de prévention et de contrôle de la rage. Une place prépondérante doit être consacrée à la santé unique (« one health ») dans ce plan pour permettre au deux secteurs santé humaine et santé animale de mutualiser leurs efforts en vue de contribuer à l'élimination de la rage d'ici 2030.

La journée mondiale de lutte contre la rage (JMR) devrait être célébrée chaque 28 septembre par tous les pays. Le thème de l'année 2016 est : former, vacciner et éliminer. Un brainstorming a été réalisé pour retenir les activités qui seront développées par les pays au cours de la JMR.

Les pays ont élaboré un plan d'action à mettre en œuvre d'ici le prochain PARACON (un an). A la fin de l'atelier, une réunion sur l'état de mise en œuvre de l'étude intitulée « Estimation de l'impact de la rage canine sur la santé humaine et la détermination des besoins en Prophylaxie Post Expositionnelle (PPE) en Côte d'Ivoire, Mali et Tchad » a eu lieu à Grand Bassam et au centre suisse de recherche scientifique (CSRS) en Côte d'Ivoire.

La réunion de Grand Bassam a concerné l'étude du Mali et présidée par la coordinatrice régionale du projet Monique Lechenne. Les représentants de ce pays ont fait l'état des lieux

de la mise en œuvre du projet et ont également relevé les difficultés y afférentes. Quelques propositions leur ont été faites pour corriger les insuffisances.

La réunion du CSRS a été présidée le 1<sup>er</sup> juillet par le Pr Bassirou Bonfoh. La Côte d'Ivoire et le Tchad ont présentés l'état de mise en œuvre des activités du projet. Il ressort de ces présentations que globalement les activités se déroulent bien.

Pour mieux conduire le projet, les pays doivent élaborer des procédures standards opérationnelles (SOPs) pour chaque volet (CAT devant un cas de morsure, diagnostic, gestion des vaccins etc..).

A l'instar de la Côte d'Ivoire qui a un volet socio-anthropologique du projet, le Tchad verra la possibilité d'introduire un questionnaire à l'intention des guérisseurs traditionnels sur les tablettes.

Les participants ont exprimé la nécessité d'organiser des voyages dans les trois pays pour partager les expériences.

## **6.Célébration de la Journée Mondiale de lutte contre la Rage**

A l'instar des autres pays du monde, le Tchad a célébré le 28 septembre 2016 la journée mondiale de lutte contre la rage (JMR).

Aussi, pour cette année, le thème retenu pour la célébration de la journée mondiale de lutte contre la rage est « Former, vacciner, éliminer ».

Pour la réussite de l'événement, un comité d'organisation présidé par l'IREC a été créé. Diverses activités ont été organisées pour informer, sensibiliser et faire participer les différentes couches de la population à cette Journée.

## **VIII. Leçons apprises**

Durant la première année de la mise en œuvre de l'étude, les membres du consortium se réunissent régulièrement pour faire l'état de son avancement. Les leçons suivantes tirées de cette première expérience pourront servir à améliorer les actions à venir :

- ✓ Le nombre très élevé de structures de santé retenues pour l'étude rend difficile le suivi de la collecte des données ;La difficulté à obtenir le vaccin sur le marché au niveau national et international entraine souvent des ruptures préjudiciables aux patients ;
- ✓ L'insuffisance de moyens de travail (moyen roulant, chaîne de froid, local...) dans les services de l'élevage ne permet pas la mise en œuvre efficace des activités ;
- ✓ La faible collaboration entre les services de la santé animale et humaine a des répercussions négatives sur la réalisation de l'étude ;
- ✓ La communication est très importante pour la mise en œuvre d'une étude pareille. Malheureusement, les acteurs à différents niveaux ne peuvent communiquer par manque de moyens en dehors de la communication par le numéro vert ;
- ✓ La disponibilité de la chaîne de froid dans les formations sanitaires a permis de prédisposer le vaccin.

## **Conclusion**

L'étude sur le poids de la rage vient à point nommé pour permettre à terme aux décideurs tant du côté de la santé humaine que du côté de la santé animale d'avoir des données sur les morsures canines. La gratuité de la prophylaxie post exposition dans les zones d'étude vient

renforcer l'effort du Ministère de la Santé Publique de rendre accessible les médicaments aux populations qui sont généralement dépourvues de moyen financier. Nous osons croire qu'au terme de cette étude, les données sur les morsures obtenues pourraient permettre à ces décideurs de faire un plaidoyer pour mobiliser les moyens en vue de contribuer à l'élimination de la rage canine à l'horizon 2030.



Visite des entrepôts dans les formations sanitaires du Logone Occidental



Chambre froide de la délégation sanitaire régionale du Logone Occidental



Enregistrement et vaccination de 23 personnes mordues par le même chiot enragé.



Photo de l'enquête ménage dans le Ouaddai où les Wadi ont compliquée l'accès à certains villages.



Enquêteur du projet avec un chef de ménage

## C. PROJET RAGE SNF

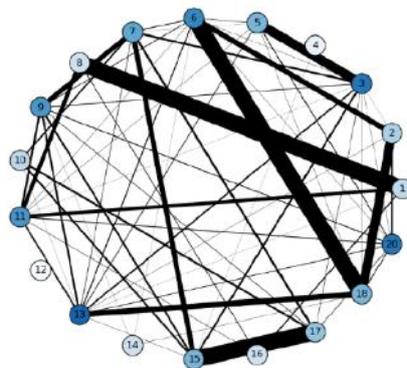
### Résumé des travaux réalisés en 2016

#### *Etude préliminaire à Koundoul*

En Août, 2016 nous avons mené une étude préliminaire à Koundoul qui a servi à déterminer la faisabilité de la collecte des données pour l'étude finale sur le réseau de contacts des chiens à N'Djaména. Entre le 5 Août et le 11. Août, 60 chiens ont été munis d'un collier GPS (Catlog) et 20 de ces chiens ont aussi été muni d'un capteur de contact (Bonsai Systems GmbH). Le GPS aurait dû mesurer la position et enregistrer les coordonnées GPS de chaque chien à un intervalle de 60 secondes. A cause d'un défaut des piles, les GPS n'ont malheureusement pas fonctionné. En revanche, les capteurs de contact ont fonctionné sans défaut. La collecte des données s'est déroulée de la manière suivante : une équipe composée de 2 investigateurs a identifié tous les ménages possédant un chien dans le quartier Toukouri 2 et les ont marqué avec de la craie. Le but de l'étude a été expliqué aux propriétaires et les investigateurs ont demandé leurs consentements de participation. Le lendemain, 4 équipes composées de 2 personnes ont distribué les colliers. Les appareils ont été attachés au cou des chiens (voir illustration 1). Après 4 jours d'enregistrement, les colliers ont été récupéré. Nous avons perdu 10% des appareils.

#### Résultats de l'étude préliminaire

Les appareils ont enregistré tous les contacts entre chiens en dessous de 1 mètre. Pendant cette période, 5442 contacts ont été enregistrés. L'illustration 1 montre un schéma du réseau de contacts des chiens de Koundoul. Au total,



**Illustration 1: Chien à Koundoul muni d'un capteur de contact et illustration du réseau de contacts de l'étude préliminaire**

#### Etude finale à N'Djaména

Le but de cette étude était de déterminer l'influence des réseaux de contacts entre chiens sur la transmission de la rage. L'étude a été menée entre le 11. Novembre et 22. Décembre 2016 dans 3 Arrondissements de N'Djaména (1<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> et 8 Arrondissement) avec trois différentes densités canine (haute : 328 chiens/km<sup>2</sup> moyenne : 95 chiens/km<sup>2</sup>, basse : 59 chiens/ km<sup>2</sup>). Une durée d'environ 10 jours par Arrondissement était prévue. Entre le 11 et 02. Décembre tous les ménages possédant au moins un chien ont été identifiés de la manière décrite au

chapitre 1.1. Avant de débiter l'étude les autorités politico-administratives (Mairie de la ville de N'Djaména, Mairies des différentes Arrondissements) ont été informé sur l'étude et une réunion avec les chefs de quartier et les chefs de carré a été organisé. Entre le 8. Décembre et le 22. Décembre, les chiens des différents sites d'étude ont été munis d'un capteur de contacts géo-références (GCS). Ce GCS a été développé par Bonsai Systems. Il fournit des données sur les contacts entre chiens avec une résolution temporelle très élevée ainsi que sur la position GPS de chaque chien. L'étude à N'Djaména était un succès. De 300 appareils nous avons pu récupérer 269, ce qui représente une perte de 10% comme prédit. Les données sont maintenant en train d'être analysé par une doctorante en mathématique suisse du Swiss TPH.



Illustration 2: Réunion avec le maire et les chefs de quartier du 6<sup>e</sup> Arrondissement



Illustration 3: Investigateur et participant de l'étude avec collier GCS

## **D. PROJET MENAFRINET DE SURVEILLANCE CAS PAR CAS DE LA MÉNINGITE DANS QUATRE DISTRICTS SANITAIRES (MASSAKORY, MANI, GOUNDI ET BÉDJIONDO)**

### **I. Présentation générale du Projet**

MenAfriNet est un réseau international des partenaires soutenant les données de haute qualité pour la surveillance de la méningite bactérienne en Afrique. C'est un mélange de la surveillance basée sur la population et de celle basée sur les hôpitaux des sites sentinelles : tous avec la confirmation laboratoire.

- Fondé par la Fondation Bill et Melinda Gates (2014-2018)
- Les données de ce réseau de surveillance seront utilisé pour:
  - évaluer l'impact du vaccin *MenAfriVac*;
  - informer la recherche de l'efficacité de ce vaccin à long terme, l'immunité collective, remplacement du sérogroupe;
  - informer les décisions en ce qui concerne les vaccins de l'avenir.

MenAfriNet n'est pas une nouvelle surveillance : Il vient renforcer la **Surveillance Cas par cas** tout en respectant les principes de la SIMR.

- Il est piloté par chaque pays et s'appuie sur l'existant de la collaboration entre l'OMS, le CDC, l'AMP et les partenaires techniques du pays.
- Il apporte des ressources supplémentaires pour poursuivre et améliorer les activités communes déjà en œuvre.

### **II. Résultats attendus du Projet**

- ✓ Les SOPs sont adaptés au contexte du pays
- ✓ Les équipes épi et laboratoire des districts sélectionnés sont formés
- ✓ Les échantillons collectés et analysés
- ✓ Les données sont collectées et analysées
- ✓ Les pathogènes sont confirmés
- ✓ Les contrôles de qualité sont réalisés
- ✓ Les supervisions sont faites

### **III. Stratégies de mise en œuvre du Projet**

Cette surveillance est basée sur le laboratoire. Pour ce fait, des laboratoires des zones d'étude sont équipés et un point focal laboratoire est désigné par structure et formé. Un autre point focal de la SCC est désigné par structure et formé également. Ces derniers sont dotés d'une moto pour leur permettre de superviser la mise en œuvre des activités. Tous les RCS ont un forfait mensuel leur permettant de transmettre les données hebdomadaires. Les points focaux et les CASEs ont reçu des modems internet pour la transmission des données. Enfin un circuit d'envoi des échantillons à chaque niveau est tracé.

### **IV. Durée, budget et cible du Projet**

- Durée : Avril 2016 à Mars 2017

- Budget : 110 890 080
- Financement : CDC

## **V. Zone d'intervention du Projet**

- Délégation sanitaire du Mandoul : District sanitaire de Bédjiondo et de Goundi
- Délégation sanitaire de Hadjer Lamis : District sanitaire de Massakory et de Mani

## **VI. Bilan 2016**

Durant la période de mise en œuvre du Projet, plusieurs activités ont été réalisées par le CSSI avec l'appui du service de la surveillance épidémiologique intégrée (SSEI) et de l'OMS. IL s'agit de : élaboration du plan de mise en œuvre de la SCC de la méningite, atelier de réadaptation des SOPs, atelier de validation des modules de formation, atelier de formation des formateurs, atelier de formation en cascade et activités de laboratoire.

### **1. Elaboration du plan de mise en œuvre de la SCC**

Elle a eu lieu en février 2016 et a réuni à l'OMS le CSSI, le SSEI, l'hôpital général de référence national, CDC et le service de la surveillance épidémiologique de l'OMS. Le plan obtenu à l'issue de la rencontre est calqué sur celui des autres Pays qui mettent en œuvre cette surveillance.

### **2. Atelier de réadaptation des SOPs**

Cet atelier s'est tenu à N'Djamena et a réuni le personnel du service de la surveillance intégrée, du CSSI et de MSF France.

A la fin de cet atelier, tous les outils adaptés ont été multipliés pour permettre la mise en œuvre de la surveillance cas par cas de la méningite.

### **3. Atelier de validation des modules de formation des agents de santé sur la surveillance cas par cas de la méningite bactérienne du 11 au 13 septembre 2016**

En mars 2012, le Ministère de la Santé Publique (MSP) avec l'appui de l'OMS a élaboré et validé le Guide National et Procédures opérationnelles standard pour la surveillance cas par cas des méningites bactériennes au Tchad. Ce guide a été adopté et réadapté pour permettre d'améliorer la qualité du système en passant de la surveillance de routine ou de la stratégie de surveillance renforcée vers une surveillance cas par cas.

Ainsi, le Ministère de la Santé Publique et le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) avec l'appui de MenAfriNet ont mis en œuvre la surveillance Cas par cas de la méningite dans 4 districts du Pays au cours de l'année 2016. L'atelier a permis de valider les modules de formation de tous ceux qui sont impliqués dans cette surveillance.

L'atelier s'est déroulé du 11 au 13 septembre 2016 à Siloe et a vu la participation des cadres du CSSI, de la SSEI et du laboratoire de l'HGRN. Après le mot d'ouverture du DGSELM du MSP, l'agenda de l'atelier fut adopté. La méthodologie a consisté à la lecture dirigée des modules élaborés par l'OMS et le SSEI et à leur adaptation aux réalités actuelles.

Au total neuf modules ont été validés à savoir :

1. Généralités sur la méningite et indicateurs de performance ;
2. Surveillance ;
3. Ponction lombaire ;
4. Rôle du laboratoire dans la surveillance ;
5. Analyse des échantillons par niveau ;
6. Collecte et transport du LCR ;
7. Collecte, conservation et transport du LCR ;
8. Outils de gestion ;
9. Besoins et mise en œuvre de la SCC.

L'OMS étant indisponible pour l'atelier, une autre session sera réalisée ultérieurement pour avoir une base des données de la surveillance et du laboratoire. Les data manager du SSEI seront aussi formés sur les supports électroniques Excel et Epi-info.

#### **4. Atelier de formation des formateurs**

L'atelier s'est déroulé du 4 au 6 novembre 2016 dans une localité située à une vingtaine de Km de N'Djamena. Les participants sont venus des deux régions choisis pour mettre en œuvre la SCC de la méningite. Au total 16 personnes étaient présentes à la formation y compris le personnel des laboratoires.

Les facilitateurs proviennent du service de la surveillance intégrée, du CSSI et de l'hôpital général de référence national.

La méthodologie a consisté à faire des présentations power point des 9 modules suivi de discussion et de travaux pratiques.

Un schéma de transport des échantillons de LCR au laboratoire national de référence est élaboré.

#### **5. Atelier de formation en cascade à Massakory**

Cet atelier a vu la participation des agents de santé et des laborantins venus des districts de Massakory (27) et de Mani (24) du 21 au 23 décembre 2016.

Tour à tour, les facilitateurs se sont relayés pour faire la présentation des 9 modules. Des échanges forts enrichissants ont permis aux participants de comprendre le rôle très important du laboratoire dans cette surveillance.

Un film sur la ponction lombaire a été projeté. Des questions ont été posées et des réponses satisfaisantes ont été apportées.

La dernière journée a été consacrée aux exercices pratiques. Il y a eu d'abord les démonstrations sur la PL puis six groupes ont été constitués pour les exercices de remplissage des différentes fiches. L'équipe de laboratoire s'est rendu à l'hôpital régional pour les travaux pratiques.

A la fin de l'atelier, un jeu de différentes fiches et des affiches sur le protocole national de prise en charge de la méningite ont été remis à chaque district. Il en est de même pour les kits de prélèvement et le triple emballage. Quand au matériel de laboratoire et réactifs, ils sont mis à la disposition des deux laboratoires de Mani et de Massakory.

#### **6. Activités de laboratoire**

Les activités de laboratoire ont débuté en fin février 2016 avec la visite de l'équipe de CDC composée de 3 personnes. Une formation s'est déroulée en 10 jours sur La PCR à temps réel; 7 techniciens biologistes ont été formés à cet effet et reçu chacun une attestation à la fin. Lors de cette formation, les échantillons pour le contrôle de qualité ont été testés et également ceux de l'année 2015 et 2016. C'est pendant cette formation que les réactifs et consommables de PCR ont été offerts et aussi 4 kits de ponction lombaire.

En 2016, 108 échantillons de LCR en provenance de diverses régions du pays ont été analysés par PCR par les 7 techniciens formés. Les résultats sont partagés régulièrement avec le data manager du projet et celui de IST/ WHO basée à Ouagadougou au Burkina Faso et sont publiés dans le bulletin de MenAfriNet.

6 personnes du Tchad à savoir le Directeur de CSSI, le Coordonateur et le data manager du Service de la Surveillance Epidémiologique Intégrée du ministère de la santé publique, le point focal laboratoire de HGRN et 2 représentants de l'OMS siège du Tchad, ont pris part à la 3<sup>ème</sup> Réunion Annuelle de MenAfriNet et ses partenaires du 1 au 2 décembre 2016 à Lomé au Togo.

Le point focal laboratoire de HGRN a effectué une visite de travail au CDC d'Atlanta du 8 au 18 décembre 2016.

Le data manager du MSP n'a pas pu assister à la formation des data managers qui s'est déroulée à Ouagadougou au Burkina Faso, seul celui de l'OMS a pris part.

Les conférences téléphoniques du groupe laboratoire se tiennent une fois par mois avec tous les autres pays MenAfriNet. A cette occasion les mises à jour sont faites. Le Tchad a pris part à 3 conférences.

## **VII. Leçons apprises**

- ✓ A cause de l'insuffisance du corps médical dans les structures sanitaires, la ponction lombaire qui est en principe un acte médical est réalisée par les infirmiers. Ces derniers ont reçu une formation pratique et théorique pour mener l'acte. Ils sont régulièrement supervisés par les équipes cadres pour renforcer leur compétence en la matière.
- ✓ La collaboration entre le CSSI, le SSEI, MSF et l'OMS a permis de faciliter la mise en œuvre de la SCC de la Méningite.

## **Conclusion**

Dans le cadre du projet MenAfriNet, la surveillance cas par cas de la méningite a démarré depuis mars 2016 au Tchad. Toutes les composantes à savoir l'épidémiologie, le laboratoire et la gestion des données sont fonctionnelles. Au laboratoire, la PCR à temps réel est effective et fonctionne bien. Les activités de supervision doivent être renforcées à tous les niveaux pour la réussite du Projet.



**Figure 1 : Vue partielle des participants à la formation de Massakory**



**Figure 2 : Séance de démonstration de l'ensemencement des TI aux participants**



**Figure 3 : Travaux pratiques au Laboratoire de l'Hôpital Régional de Massakory**



**Figure 4 : Séance de démonstration sur la PL aux participants**

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

## **Axe 5 : Développement des bureaux pays**

### **A. BURKINA FASO**

## **PROJET PROTECTION ET SOLUTIONS MIXTES EN FAVEUR DES REFUGIES MALIENS**

### **I. INTRODUCTION**

La crise malienne intervenue en 2012 a entraîné l'exode des milliers de maliens vers le Burkina Faso en quête d'asile. Depuis lors, plusieurs initiatives et actions ont été entreprises en vue de la stabilisation de la situation dans ce pays, à travers l'intervention militaire internationale, le déploiement de la mission des nations unies, la mise en place de nouvelles institutions étatiques. Ces efforts n'ont pas pu entraîner un retour massif de ces derniers vers leur pays d'origine, les foyers de tension persistant encore jusqu'à ce jour. Ainsi, le Burkina Faso abritait encore en début de l'année 2016 environ 33000 réfugiés maliens dont la grande majorité est installée dans les camps et hors camps de la région du Sahel, principalement dans les districts sanitaires de Dori, Gorom-Gorom et Djibo.

Dans la région du Sahel où les ressources naturelles sont déjà rares, l'installation des réfugiés a contribué à fragiliser davantage le faible équilibre socio-économique qui existait. L'impact de cette présence sur le système local de santé n'est pas à négliger compte tenu de la faiblesse des indicateurs socio-sanitaires prévalant déjà dans la région. Ainsi, dans ce contexte socio-économique, ces réfugiés et demandeurs d'asile restent dans leur grande majorité dépendants de l'aide humanitaire fournie par l'UNHCR et ses partenaires ainsi que le gouvernement Burkinabé.

C'est dans ce cadre que le CSSI, fort de son expérience dans le domaine de l'humanitaire et en vertu d'un accord passé avec l'UNHCR, a apporté l'assistance médicale aux réfugiés et demandeurs d'asile installés dans les camps de Goudoubo et Mentao. Cette assistance a consisté en l'offre des soins de santé primaires dans leur volet curatif, préventif et promotionnel et a concerné également les populations autochtones des villages environnants. Les soins secondaires et tertiaires ont été également fournis aux réfugiés au travers d'un système de référencement mis en place par le CSSI dans le respect des règles régissant le système de santé de l'état Burkinabé.

### **II. EQUIPE DE COORDINATION**

#### **▪ Coordination CSSI Burkina Faso :**

- Représentant du CSSI Burkina/Niger : Achaire DEOULENGAR
- Coordinateur des Programmes: Dr Jacques KALAMBAYI
- Administrateur/Gestionnaire : Georges DRAOU
- Assistant au coordinateur Chargé du Suivi Evaluation : BOUKARY SORO
- Assistante au Coordonnateur : KY Sylvie

#### **▪ Coordinateurs de Terrain Dori et DJIBO:**

- Médecin référent Dori: Dr DAYAMBA Marcellin
- Médecin référent Djibo: Dr. GO TRAORE Jacques

- Suivi Evaluation : YAMEOGO Salif
- Major Poste de Santé Goudebo : OUATTARA BASSIAKA
- Major Poste de Santé Goudebo : TRAORE MOUSSA
- Superviseur Maternité Goudebo : NACOULMA BIBATA
- Superviseur Maternité Mentao : TARPAGA PINGDWINDE

### **III. PRESENTATION GENERALE DU PROJET**

Dans le cadre de l'assistance médicale des réfugiés maliens installés dans les camps de Goudoubo et Mentao, le CSSI a assuré, durant l'année 2016, la prise en charge médicale par l'offre des soins curatifs, préventifs et promotionnels en leur faveur et celle des populations hôtes des villages environnants avec les objectifs ci-après :

#### **3.1.Objectifs :**

##### **1. L'état de santé de la population est amélioré**

L'état de santé de la population étant affecté par plusieurs pathologies aussi bien aiguës que chroniques, l'accent a été mis sur l'organisation des soins de santé primaires à travers la mise en œuvre des activités préventives, curatives et promotionnelles avec une sollicitation de la participation communautaire. Il s'est agi spécifiquement :

- Assurer la prise en charge médicale des réfugiés dans les camps (sites officiels) et de ceux référés dans la ville de Ouagadougou;
- Assurer la surveillance épidémiologique ;
- Assurer la prise en charge des malades des hors camps référés au niveau des postes de santé des camps ;
- Assurer le référencement/évacuation et le suivi des malades référés/évacués des camps vers des structures des soins de niveaux secondaire et tertiaire ;
- Appuyer les hôpitaux de référence de Dori et de Djibo.

##### **2. Accès optimal de la population aux services de santé reproductive et au VIH**

L'utilisation des services de santé de la reproduction et de la prise en charge du VIH étant faible, les efforts ont été déployés dans le cadre de la promotion et la mise en œuvre de la maternité sans risque, l'amélioration de la prise en charge des PVVIH, le renforcement de la sensibilisation pour éviter de nouvelles infections, la PTME en particulier, et la vulgarisation du planning familial. Spécifiquement, il s'est agi :

- Assurer un accès de la population aux services de la santé reproductive ;
- Assurer les CPN et les accouchements assistés ;
- Assurer la prévention et la prise en charge des personnes vivantes avec le VIH/Sida et les IST ;
- Assurer le dépistage et la prise en charge de la syphilis chez les femmes enceintes et leurs conjoints ;
- Assurer la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ;
- Promouvoir le bien-être familial.

##### **3. Amélioration du bien-être nutritionnel**

Bien que l'enquête nutritionnelle organisée conjointement par l'UNHCR et le Ministère de la santé ait montré une régression de la malnutrition globale par rapport aux années antérieures, celle-ci n'en demeure pas moins une préoccupation particulièrement chez les enfants de 6 à 59 mois et chez les femmes enceintes et allaitantes. Ainsi, dans la lutte contre la malnutrition, l'accent a été mis sur l'amélioration de la prise en charge à travers les différents programmes de prise en charge, de prévention ainsi que la surveillance de ces programmes. Spécifiquement, il s'est agi :

- Sensibiliser et promouvoir les bonnes pratiques en matière nutritionnelle ;
- Assurer le screening nutritionnel dans la communauté et la référence des cas vers les services de prise en charge ;
- Assurer la prise en charge et le suivi des cas de malnutrition chez les enfants de 6 à 59 mois, chez les femmes enceintes et allaitantes ;
- Assurer la surveillance de la croissance à travers la consultation des nourrissons sains ;
- Organiser une enquête nutritionnelle selon les directives recommandées.

### **3.2.Résultats attendus**

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

- a. L'état sanitaire des réfugiés est amélioré ou rendu stable grâce à la fourniture des soins de santé primaires, l'amélioration de la mise en œuvre du PEV, un système de collecte, d'analyse des données et de surveillance épidémiologique fonctionnel, et d'analyse des données sanitaires, un système de référence et contre référence efficace pour les cas graves.
- b. Les services de la santé reproductive et du VIH sont accessibles et leur utilisation effective grâce à la disponibilité des CPN et des accouchements assistés, de la prévention et prise en charge des IST/VIH, des méthodes de planning familial.
- c. L'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes/allaitantes est amélioré grâce à la prise en charge, au suivi et à la surveillance de l'état nutritionnel ainsi que la promotion des meilleures pratiques en matière nutritionnelle.

### **3.3.Stratégies de mise en œuvre**

Les approches et les méthodes d'intervention ont tenu compte du contexte durant la période du projet, du niveau des indicateurs et ont respecté les principes de l'UNHCR particulièrement le respect du code de conduite par tout le personnel, du règlement d'ordre intérieur de CSSI et de la politique sanitaire nationale. Les axes d'intervention ont été en parfaite adéquation avec les principes directeurs d'assistance sanitaire aux populations vulnérables, notamment les réfugiés (exemption de paiement, prise en charge du transport pour les références...).

Selon les objectifs, ces stratégies se sont résumées en :

- A. L'accessibilité aux soins de santé primaires par :
  - Le fonctionnement 24/24 heures et 7 jours/7 des postes de santé ;
  - La prise en charge des affections et lésions courantes (aiguës, chroniques et maladies non transmissibles) à travers les consultations et le suivi par un

personnel qualifié dans le respect des normes et l'application des protocoles de prise en charge ;

- la prise en charge des enfants de moins de cinq ans par la mise en œuvre des principes de PCIME et le PEV ;
  - l'approvisionnement de la pharmacie en médicaments essentiels ;
  - la création et le renforcement des capacités du personnel par diverses formations.
- En matière de la santé reproductive et du VIH :
    - Couverture en soins de santé maternelle : la mise en œuvre de la consultation prénatale, vaccination, accouchements assistés, consultation post-natale, planification familiale ;
    - La fourniture de services de conseil et test volontaire (CTV) ainsi que des soins et traitements aux personnes vivant avec le VIH et le sida ;
    - La fourniture de services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) ainsi que la prise en charge des accouchements selon les standards acceptables ;
    - Fourniture de services de prévention en matière de santé reproductive et de VIH par la distribution de préservatifs ;
    - Lutte contre le VIH/SIDA et les IST dont la syphilis par le dépistage et le traitement des cas.
  - Sur le plan de la prise en charge nutritionnelle :
    - Mise en place et suivi de la gestion communautaire des programmes liés à la malnutrition aigüe par la prise en charge des malnutris dans le programme MAM, MAS; la sensibilisation et l'implication de la population dans la prise en charge communautaire de la malnutrition ;
    - Mise en œuvre de mesures pour lutter contre l'anémie et autres carences en oligoéléments par les démonstrations culinaires et la supplémentation en fer et oligoéléments ainsi que la promotion de bonnes pratiques en matière nutritionnelle ;
    - La Création et renforcements des capacités par la formation du staff sur le protocole national de prise en charge de la malnutrition ;
    - La mise en place d'un système de surveillance nutritionnelle par la réalisation d'un screening nutritionnel mensuel et d'un mécanisme d'orientation des cas vers les centres de prise en charge ainsi que la supplémentation en VIT A et le déparasitage ;
    - La Mise en place d'un système d'évaluation et analyse du programme par la conduite de l'enquête SMART qui, malheureusement, n'a pu être organisée pour des raisons de contraintes budgétaires.
- B. L'accessibilité aux soins de santé secondaires :
- la mise en place d'un mécanisme d'aiguillage par la référence/évacuation de tous les cas éligibles (médico-chirurgicaux, obstétricaux,...) des centres de santé vers les structures de santé de niveau supérieur (CMA, CHR et CHU) ;
  - le renforcement du plateau technique par un appui matériel au CMA de Djibo et au CHR de Dori.

C. La surveillance épidémiologique :

- collecte, traitement, analyse des données sanitaires et leur transmission au niveau du district et de l'UNHCR ;
- suivi des maladies à potentiel épidémique et riposte à d'éventuelles épidémies,
- appui à la réalisation dans les camps de différentes campagnes de vaccination de masse ;
- participation à l'élaboration d'un plan de contingence (éventuelles épidémies notamment Ebola, nouvel afflux des réfugiés,...).

D. L'implication de la communauté dans la mise en œuvre des activités à travers les agents de santé communautaire et les comités de santé.

E. La bonne collaboration avec les services étatiques et les structures privées à travers la signature des conventions et dans le respect de la politique nationale de santé en ce qui concerne particulièrement l'utilisation des protocoles de traitement, les circuits des patients et l'approvisionnement en médicaments.

### 3.4. Durée, budget et cible du projet

La mise en œuvre du projet a couvert une année, soit du 01 janvier au 31 décembre 2016 et a concerné les réfugiés maliens de deux camps du Sahel burkinabé, Goudoubo et Mentao ainsi que les populations hôtes des villages environnants, avec un budget de XAF 657 827 262.

▪ **Données démographiques 2016 (30 Novembre 2016)**

Les tableaux ci-dessous donnent les statistiques des cibles et leur répartition par tranches d'âge et par sexe :

➤ **Goudoubo : 9 574**

Nom du groupe de planification de la population:						
Groupe d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	En chiffre	En %	En chiffre	En %	En chiffre	En %
0-4 ans	795		792		1.587	16.58%
5-11 ans	1.214		1.220		2.434	25.42%
12-17 ans	622		611		1.233	12.88%
18-59 ans	1.795		2.129		3.924	40.99%
60 ans et +	227		169		396	4.14%
<b>Total:</b>	<b>4.653</b>	48.60%	<b>4.921</b>	51.40%	<b>9.574</b>	100.00%
<b>Principaux sites : Goudebo</b>						

(Source : Portail UNHCR, 30 Novembre 2016).

Population concernée	Sexes		Total	Sexes		Total
	M	F		M	F	
Population totale	4625	4913	9538	49%	51%	100%
Total des enfants de moins d'un an	157	142	299	4%	4%	4%
Total des enfants de moins de 5ans	741	747	1488	16%	16%	16%
Total des femmes allaitantes			382			4%
Total des femmes enceintes			382			4%

Total des femmes en âge de procréer		<b>1908</b>		20%
-------------------------------------	--	-------------	--	-----

(Source : Portail UNHCR, 30 Novembre 2016).

➤ **Mentao : 12 326**

Nom du groupe de planification de la population:						
Groupe d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	En chiffre	En %	En chiffre	En %	En chiffre	En %
0-4 ans	<b>920</b>		<b>894</b>		<b>1.814</b>	14.72%
5-11 ans	<b>1.619</b>		<b>1.647</b>		<b>3.266</b>	26.50%
12-17 ans	<b>850</b>		<b>834</b>		<b>1.684</b>	13.66%
18-59 ans	<b>2.256</b>		<b>2.774</b>		<b>5.030</b>	40.81%
60 ans et +	<b>291</b>		<b>241</b>		<b>532</b>	4.32%
<b>Total:</b>	<b>5.936</b>	48.16%	<b>6.390</b>	51.84%	<b>12.326</b>	100%
<b>Principaux sites : Mentao</b>						

(Source : Portail UNHCR, 30 Novembre 2016)

Population concernée	Sexes		Total	Sexes		Total
	M	F		M	F	
Population totale	<b>5874</b>	<b>6288</b>	<b>12162</b>	49%	51%	100%
Total des enfants de moins d'un an	96	80	<b>176</b>	4%	4%	4%
Total des enfants de moins de 5ans	881	837	<b>1718</b>	16%	16%	16%
Total des femmes allaitantes			<b>486</b>			4%
Total des femmes enceintes			<b>486</b>			4%
Total des femmes en âge de procréer			<b>2432</b>			20%

(Source : Portail UNHCR, 30 Novembre 2016)

### 3.5.Principaux bailleurs

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

- Ministère de la Santé : Mise en place de la politique des soins de santé primaires, appui aux structures sanitaires étatiques, programmes nationaux (TBC, PEV, Lutte contre le VIH, le paludisme...etc.), appui technique à travers les supervisions et le renforcement des capacités, etc...
- UNICEF, PAM et autres partenaires : appui à la prise en charge de la malnutrition aiguë, aux programmes de santé maternelle et infantile, PEV, PTME,...

### 3.6.Zone d'intervention

Deux camps des réfugiés, Goudoubo dans la province du Seno et Mentao dans la province du Soum, et les populations hôtes des villages environnants ont bénéficié de l'action de CSSI durant l'année 2016. Cette assistance a également concerné les réfugiés référés ou évacués pour raisons médicales à Ouagadougou à travers le Centre d'Accueil, Orientation et Suivi (CAOS).

### **3.7. Equipe de coordination**

#### ▪ Interne

Des missions d'appui et de supervision ont été effectuées par la représentation du CSSI et la coordination des programmes sur l'ensemble des sites. L'objectif de ces missions était de s'assurer du bon déroulement de la mise en œuvre du projet et d'appuyer le staff dans la mise en œuvre du sous-accord. Des réunions internes de suivi ont été également organisées périodiquement.

#### ▪ Externe

Le CSSI a participé aux différents mécanismes de coordination mis en place par le Ministère de la santé, l'UNHCR et les autres partenaires aussi bien au niveau central, intermédiaire que local. Il a organisé des rencontres de partage d'information avec les différents acteurs étatiques et les partenaires impliqués dans la prise en charge sanitaire des réfugiés.

#### ▪ Niveau Agences des Nations Unies et ONG

Le CSSI a participé à toutes les réunions auxquelles il a été invité et en rapport avec le projet en cours.

#### ▪ Niveau Ministère de la santé

Le CSSI a pris part aux réunions de coordination organisées par les districts sanitaires et directions régionales de la santé concernées ainsi que les réunions de gestion des épidémies au niveau du Ministère de la santé à Ouagadougou et même aux ateliers organisés à Koudougou par le Ministère de la santé. Le CSSI a pris part aux réunions de coordination du groupe PFT Nutrition organisées par le groupe PTF de la région du Sahel.

#### ▪ Niveau des réfugiés

Les leaders des réfugiés sont toujours associés dans le partenariat. Ces représentants ont participé aux réunions mensuelles organisées les autres partenaires et le CSSI afin de recueillir les besoins de la communauté de réfugiés et d'assurer leur implication effective aux activités. Les réunions mensuelles sont tenues avec le comité de santé et le comité directeur de santé.

## **IV. BILAN 2016**

### **4.1. Activités réalisées**

L'essentiel des activités prévues dans le cadre de ce projet d'assistance médicale aux réfugiés maliens a été réalisé. Cette assistance s'est faite conformément aux SOPs et dans le respect de la politique sanitaire nationale ; leur mise en œuvre a été supervisée par la représentation et la coordination de CSSI, le HCR et le Ministère de la santé à travers la direction régionale de la santé.

Pour les réfugiés maliens vivant dans les camps et les populations autochtones des villages environnants, l'accès aux soins de santé a été facilité par :

- le fonctionnement sans discontinuer des postes de santé,
- l'approvisionnement en MEG et le renforcement du plateau technique des postes de santé,
- la disponibilité des services essentiels relevant du niveau primaire des soins
- la mise sur pied d'un système de référencement et de suivi en vue de faciliter l'accès aux soins aux échelons supérieurs de la pyramide sanitaire

- la bonne collaboration avec les services étatiques à travers l'appui technique et la participation aux activités organisées par la direction régionale de la santé : journées nationales de vaccination et autres campagnes de masse ; la semaine PF, la surveillance épidémiologique, etc...
- l'implication de la communauté à travers l'appui apporté au poste de santé et dans la communauté par les Agents de Santé Communautaire et les comités de santé.
- la signature des conventions avec les structures sanitaires publiques et privées et des pharmacies privées à Dori, Djibo et à Ouagadougou.
- les différentes supervisions menées sur terrain.

#### 4.1.1. Principaux indicateurs de suivi du projet

Ces indicateurs sont présentés par objectif du projet et calculés sur base des données démographiques du HIS utilisées au cours du quatrième trimestre:

##### 1. Objectif 1 : l'état de santé de la population est amélioré

###### a. Utilisation des services

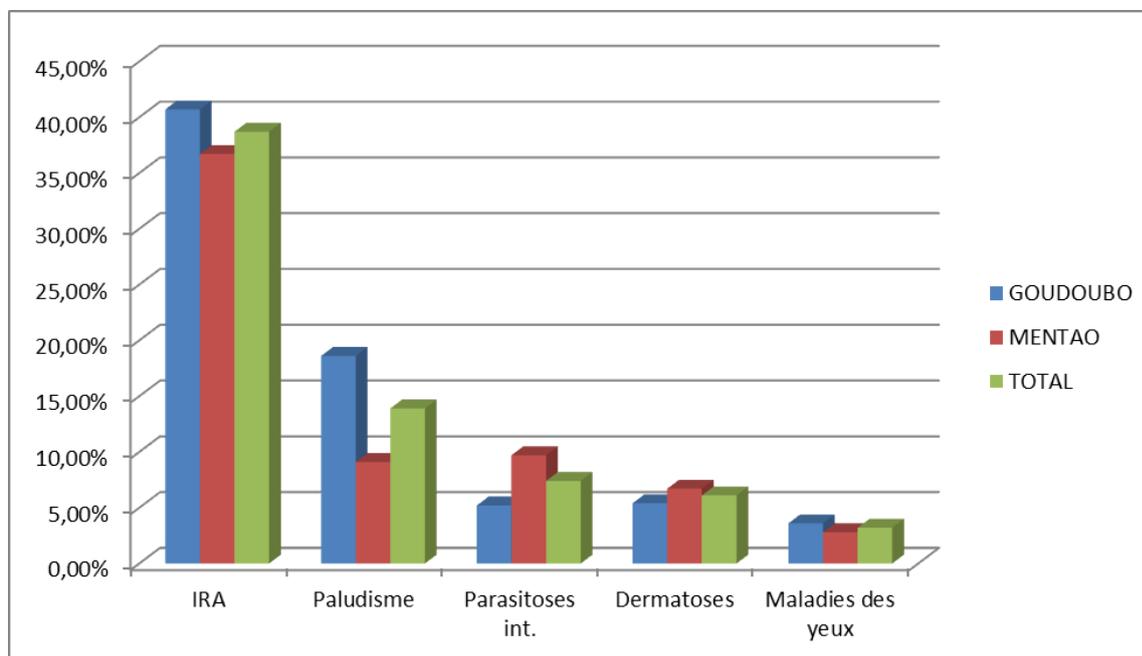
Indicateurs	Postes de santé					
	Mentao		Goudoubo		Total	
	Réfugié	National	Réfugié	National	Réfugié	National
Nombre de Nouvelles visites	16 810	12 866	19 332	1 681	36 142	14 547
Nombre de Consultations	20 151	15 843	20 770	1 767	40 921	17 610
Nouveau contact/personne/an	1.2		1.1		1.14	
Taux de fréquentation du PS	1.4		2.1			
Taux d'utilisation des services par les nationaux		43.3%		7.9%		40.2%

- L'utilisation des services par les nationaux est plus importante à Mentao qu'à Goudoubo alors que la fréquentation du poste de santé par les réfugiés est supérieure à Goudoubo.

###### b. Morbidité/ Réfugiés

Pathologies	Camps					
	Mentao		Goudoubo		Total	
	Nombre	Incidence	Nombre	Incidence	Nombre	Incidence
IRA	7 410	36.7%	8 463	40.7%	15 873	38.7%
Paludisme confirmé	1 836	9.1%	3 870	18.6%	5 706	13.9%
Parasitoses intestinales	1 960	9.7%	1 086	5.2%	3 046	7.4%
Maladies de la peau	1 354	6.7%	1 136	5.4%	2 490	6.1%
Maladie des yeux	568	2.8%	748	3.6%	1 316	3.2%
<b>Prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles</b>						
Tuberculose	8		16		24	
Santé mentale	8		15		23	

- Les principales causes de morbidité sont similaires, mais à des proportions différentes dans les deux camps. Cependant, l'incidence du paludisme confirmé à Mentao est sous-évaluée à cause de fréquentes ruptures en TDR au niveau du district sanitaire de Djibo.



- Chez les enfants < 5 ans

Indicateurs	Camps					
	Mentao		Goudoubo		Total	
	Réfugié	National	Réfugié	National	Réfugié	National
Nombre de consultations	5 788	6 928	5652	726	11 440	7 654
Nombre total des enfants < 5 ans pris en charge selon l'approche PCIME	6 062		4 836		10 898	
Proportion des enfants < 5 ans pris en charge selon l'approche PCIME	47.7%		75.8%		57.07%	

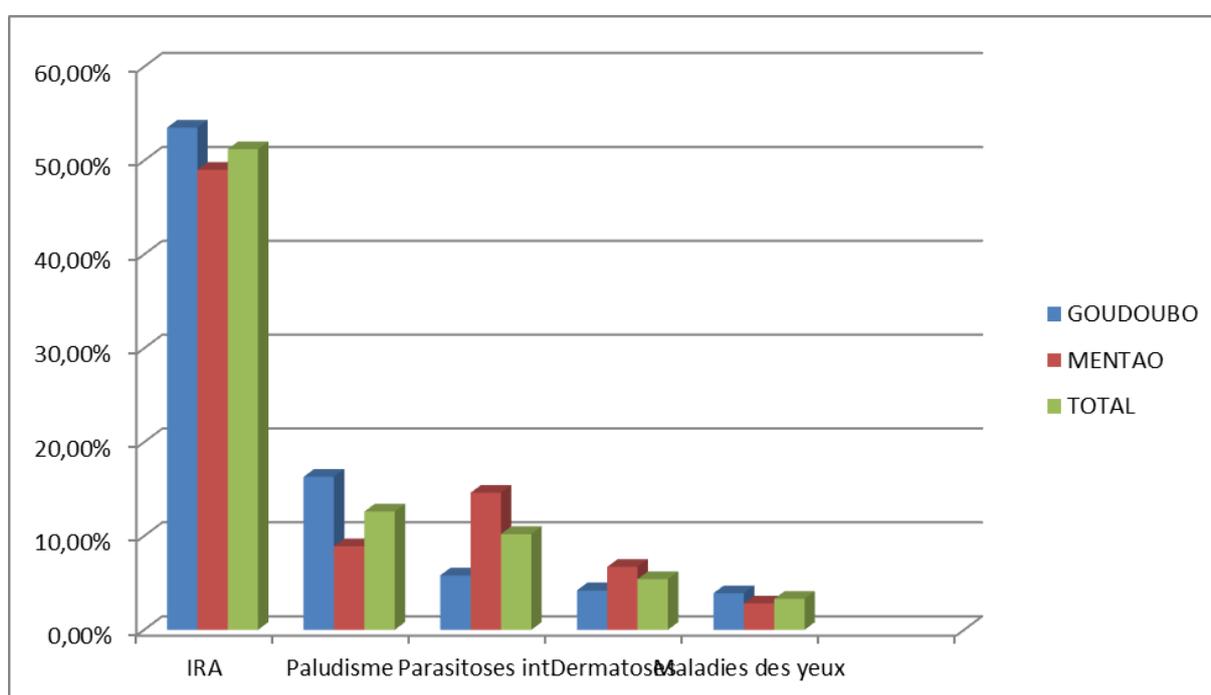
- Seule la moitié des enfants pris en charge l'ont été selon les critères PCIME dans les deux camps. Le renouvellement répété du staff et le manque de formation en ce domaine peuvent expliquer cet état de choses.

- Morbidité chez les moins de cinq ans :

	Camps
--	-------

Pathologies	Mentao		Goudoubo		Total	
	Nombre	Incidence	Nombre	Incidence	Nombre	Incidence
IRA	2 839	49.0%	3 024	53.5%	5 863	51.2%
Maladies de la peau	388	6.7%	239	4.2%	627	5.4%
Paludisme confirmé	520	8.9%	924	16.3%	1 444	12.6%
Parasitoses intestinales	847	14.6%	329	5.8%	1 176	10.2%
Maladies des yeux	164	2.8%	221	3.9%	385	3.3%

- Les infections respiratoires aiguës constituent la principale cause de morbidité à hauteur d'environ 50% dans les deux camps.



### c. Mortalité

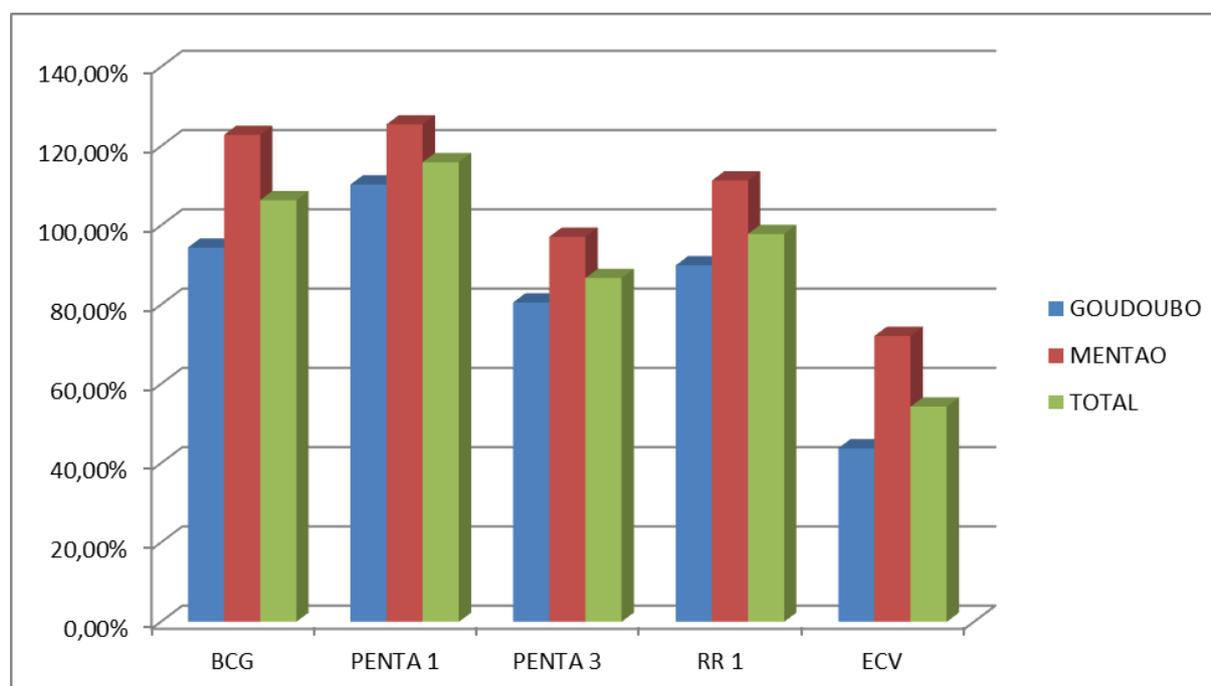
Indicateurs	Camps				Norme
	Mentao		Goudoubo		
	Nombre	Taux par mois	Nombre	Taux par mois	
<b>Nombre total de décès</b>	36	0.24‰	33	0.28 ‰	< 1,5 décès pour 1000/mois
<b>Décès &lt; 5 ans</b>	13	0.58‰	16	0.86‰	< 3 décès pour 1000/ mois
<b>Lieux de décès</b>					
<b>Poste de santé</b>	4	11.11%	6	18.18%	
<b>CMA/CHR</b>	13	36.11%	7	21.21%	
<b>CHU</b>	3	8.33%	3	9.09%	
<b>Domicile</b>	16	44.44%	17	51.51%	

- Le taux de mortalité globale et chez les enfants de moins de 5 ans est dans les normes.
- Les décès au poste de santé dépassent les 10% et sont survenus à l'arrivée au poste de santé ou pendant les soins pré-transferts, conséquence des consultations tardives.
- La proportion de décès à domicile est la plus importante.

#### d. Vaccination/PEV

Antigènes	MENTAO		GOUDOUBO		TOTAL	
	Nombre d'enfants vaccinés	Taux de couverture	Nombre d'enfants vaccinés	Taux de couverture	Nombre d'enfants vaccinés	Taux de couverture/ Abandon
<b>BCG</b>	226	122.82%	239	94.46%	465	106.40%
<b>Penta 1</b>	221	125.56%	330	110.36%	551	116%
<b>Penta 3</b>	171	97.15%	241	80.60%	412	86.73%
<b>Abandon (P1/P3)</b>	50	22.62%	89	26.69%	139	25.22%
<b>RR1</b>	196	111.36%	269	89.96%	465	97.89%
<b>ECV</b>	127	72.15%	131	43.81%	258	54.31%

- Les cibles dans ce programme PEV sont dépassées pour certains vaccins à cause de la participation de nombreux réfugiés hors camps à Mentao et au retour massif et afflux de massif de nouveaux réfugiés à Goudoubo. C'est qui explique également le taux élevé de RR1 par rapport à PENTA 3.
- Le taux d'abandons est également important.



2. **Objectif 2** : Accès optimal de la population aux services de santé liés à la reproduction et au VIH

a. **Accouchements**

Indicateurs	Postes de santé					
	Mentao		Goudoubo		Total	
	Réfugié	National	Réfugié	National	Réfugié	National
Accouchements	187	78	255	63	442	141
Accouchements assistés	178	77	229	63	407	140
Naissances vivantes	184	77	253	63	437	140
Césariennes	0	1	0	1	0	2
Mort-nés	3	1	2	0	5	1

- Les mort-nés ont été pour la plupart macérés et les mères n'ont pas suivi les CPN.

b. **Indicateurs d'accouchements Réfugiés**

Indicateurs	Postes de santé		
	Mentao	Goudoubo	Total
Proportion d'accouchements assistés	95%	90%	92.0%
Taux de césariennes	0	0	0
Taux de MNN	1.6%	0.78%	1.13%

- La majorité des accouchements se sont déroulés au poste de santé et ont été assistés par un personnel qualifié.
- La proportion des accouchements en dehors du poste (à domicile ou en cours de route vers le poste de santé) est de l'ordre de 10% à Goudoubo.

c. **CPN et PTME/VIH\_Réfugiés**

Indicateurs	Postes de santé					
	Mentao		Goudoubo		Total	
	Nombre	Couverture	Nombre	Couverture	Nombre	Couverture
CPN 1 au 1 <sup>er</sup> Trimestre	111	22.83%	138	36.12%	249	28.68%
Total CPN 1	259	53.29%	333	87.17%	592	68.20%
Total CPN	797		853		1 650	
VAT 1	113	23.25%	259	67.8%	372	42.85%
VAT 2 et +	244	50.20%	314	82.19%	558	64.28%
Test PTME	259	100%	333	100%	592	100%
PTME +	0		1		1	
Test Syphilis/CPN 1	259	100%	304	91.29%	563	95.10%
Syphilis +	34	13.12%	79	25.98%	113	20.07%
Test VIH/CDV	67		22		89	
VIH +/- CDV	0		0		0	
Malades sous ARV	10		7		17	
Préservatifs masculins distribués	286		206		492	

Prévalence contraceptive	5.6%	2.5%	4.3%
--------------------------	------	------	------

- Le taux des CPN au premier trimestre est faible. Il en est de même de la couverture en VAT 2 et plus.
- Toutes les gestantes reçues en CPN 1 ont été dépistées pour le VIH et la grande majorité a fait le dépistage de la syphilis.
- La prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes à Goudoubo représente le double de celle enregistrée à Mentao.
- L'utilisation des services du planning familial et du VIH est faible.

### 3. Objectif 3 : Amélioration du bien-être nutritionnel

#### a. Activités de nutrition

Indicateurs	Postes de santé					
	Mentao		Goudoubo		Total	
	Programme MAM					
	< 5 ans	FE/FA	< 5 ans	FE/FA	< 5 ans	FE/FA
Nouvelles admissions	23	21	114	19	137	40
Nombre de guérison	41	46	44	37	85	83
Nombre de décès	0	0	0	0	0	0
Nombre de référence	0	0	0	0	0	0
Nombre d'abandons au traitement	0	0	43	10	43	10
Programme MAS						
Nouvelles admissions	23	4	30	0	53	4
Nombre de guérison	21	0	21	0	42	0
Nombre de décès	0	0	0	0	0	0
Nombre de référence	2	0	4	0	6	0
Nombre d'abandons au traitement	0	0	1	0	1	0

- Le grand nombre d'abandons dans ces programmes s'expliquent par un démarrage tardif des activités de nutrition en début d'années et surtout une rupture très prolongée en intrants nutritionnels au cours du deuxième semestre de l'année.
- Les mouvements non maîtrisés des bénéficiaires ne sont pas non plus étrangers à ce score.

#### b. Indicateurs de malnutrition < 5 ans

Indicateurs	Postes de santé					
	Mentao		Goudoubo		Total	
	Programme MAM					
	Taux	NormeS phère	Taux	NormeS phère	Taux	NormeS phère
Taux de guérison	100%	> 75%	50.57%	> 75%	66.40%	> 75%
Taux de Décès	0	< 3%	0	< 3%	0	< 3%
Taux d'Abandon	0	< 3%	49.42%	< 3%	33.59%	< 3%
Taux de Transfert	0		0		0	
Programme MAS						

Taux de guérison	91.30%	> 75%	55.26%	> 75%	85.71%	> 75%
Taux de Décès	0	< 10%	0	< 10%	0	< 10%
Taux d'Abandon	0	< 15%	31.57%	< 15%	2.04%	< 15%
Taux de Transfert	8.69%		10.52%		12.24%	

- Le taux élevé d'abandons à Goudoubo a influé négativement sur le taux de récupération.

#### 4. Mise en place d'un mécanisme d'aiguillage

##### a. Aiguillage vers le niveau secondaire (CHR Dori et CMA Djibo)

Indicateurs	Postes de santé					
	Mentao		Goudoubo		Total	
	Réfugié	National	Réfugié	National	Réfugié	National
Nombre d'évacuations	82	46	110	19	192	65
Nombre de références	5	1	52	7	57	8
Nombre de RDV suivi	10	0	0	0	10	0

##### b. Aiguillage vers le niveau tertiaire (Hôpitaux de référence à Ouagadougou)

Indicateurs	Postes de santé		
	Mentao	Goudoubo	Total
Nombre d'évacuations	26	20	46
Nombre de références	13	19	32
Nombre de RDV suivi	34	84	118

#### 4.1.2. Autres activités réalisées

Outre les campagnes de vaccination :

- La campagne de chimio prévention du paludisme saisonnier, campagne organisée en quatre cycles et ayant eu pour cibles les enfants âgés de 3 à 59 mois.
- La campagne de lutte contre la schistosomiase avec comme cible toutes les tranches d'âge de la population réfugiée.
- La campagne MILDA, campagne de distribution des moustiquaires imprégnés d'insecticides à longue durée d'action avec comme cibles tous les ménages de deux camps de réfugiés.
- La campagne de supplémentation en Vit A couplée au déparasitage, ayant concerné les enfants âgés de 6 à 59 mois.
- L'organisation pendant les deux semestres de l'année de la semaine de la planification familiale pour les femmes en âge de procréer.
- La participation des prestataires des soins à quelques formations dans le cadre de création et renforcement des capacités.

Notons que ces activités ont été organisées par le Ministère de la santé à travers la direction régionale de la santé et les districts sanitaires de Dori et Djibo.

- Les activités de sensibilisation au poste de santé et dans la communauté sur différentes thématiques de santé.
- La révision des SOPs de prise en charge médicale des réfugiés et populations hôtes des villages environnant les camps.

#### **4.2. Difficultés rencontrées**

Quelques difficultés ont émaillé la mise en œuvre de ce projet d'assistance :

- La non préparation de l'alignement des activités du poste de santé sur le modèle de CSPPS a entraîné un retard dans le démarrage de certaines activités (nutrition, santé mentale, CDV, PEV) avec un bon nombre de perdus de vue particulièrement en nutrition.
- Les mouvements non maîtrisés des réfugiés perturbant leur suivi dans la plupart des programmes de prise en charge.
- La stigmatisation très présente à l'égard des malades mentaux et des personnes vivant avec le VIH limitant l'adhésion aux programmes de prise en charge et la collaboration entre le personnel de santé et l'entourage de ces derniers pourtant nécessaire pour leur prise en charge.
- La faible adhésion, à cause des pesanteurs culturelles, à la sensibilisation en rapport avec l'utilisation de certains services de la santé reproductive (bien-être familial) et VIH(CDV) et le changement de comportement (persistance des consultations tardives responsables de décès au poste de santé, des accouchements et décès à domicile).
- Une rupture prolongée de quelques intrants, TDR paludisme à Djibo, le Vaccin Anti-Amaril et même le BCG, intrants nutritionnels durant tout le troisième trimestre, ayant également perturbé la prise en charge des bénéficiaires et entraîné les abandons.
- Pour raison d'austérité budgétaire, difficulté d'organiser un dépistage à grande échelle et une prise en charge conséquente de la syphilis qui reste un réel problème. Il en est de même et pour la même raison du retrait de l'appui en matériels au CHR de Dori et CMA de Djibo et qui n'est pas de nature à faciliter la collaboration avec ces institutions.
- Un renouvellement répétitif de quelques membres du staff, causé par l'incertitude planant sur la poursuite ou non du projet, ne permettant pas la consolidation de certains acquis sur terrain tel la PCIME.
- Le non-respect du circuit de prise en charge par certains malades particulièrement à Ouagadougou.

#### **4.3. Leçons apprises**

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

##### **1. Objectif 1 : Amélioration de l'état de santé de la population**

###### **A. Points forts :**

- Les soins de santé primaires, secondaires et tertiaires ont été accessibles aux réfugiés et aux populations locales.

- Le taux de mortalité globale et celui des enfants âgés de moins de cinq ans sont dans les normes par rapport aux indicateurs actuels et les objectifs.
- La couverture vaccinale est bonne dans l'ensemble.
- La sensibilisation aussi bien sur les maladies transmissibles et non transmissibles atteignent une grande portion de la population.
- La participation aux journées nationales et campagnes de vaccination a été effective.
- La disponibilité des médicaments essentiels durant une bonne période du projet assurée.
- Les formations prévues dans le cadre de la création et du renforcement des capacités ont été faites.
- Les principes PCIME ont été appliqués dans la prise en charge des enfants âgés de moins de cinq ans.
- Les protocoles nationaux de prise en charge des pathologies courantes ont été dans la majorité des cas respectés.
- La surveillance épidémiologique a bien fonctionné. C'est ainsi que les activités de prévention ont été menées dans le cadre de la lutte contre la rougeole, la dengue et la méningite.
- Le système d'aiguillage vers les structures des soins secondaires et tertiaires a globalement bien fonctionné.

**B. Points à améliorer :**

- La prise en charge de tous les enfants selon les critères PCIME.
- La sensibilisation par rapport à 'utilisation des services offerts par le poste de santé afin de réduire le plus possible les consultations tardives et les décès à domicile.
- Le rapportage dans le programme PEV séparant dans la mesure du possible les enfants vivant dans les camps, les hors-camps et les nouveaux venus.

**2. Objectif 2 : Accès optimal de la population aux services de santé liés à la santé de la reproduction et au VIH.**

**A. Points forts :**

- Accessibilité garantie aussi bien pour les réfugiés que pour la population locale au traitement antirétrovirale selon le protocole national de prise en charge.
- Disponibilité des services de PTME : counseling et test HIV proposés à toute gestante lors des CPN, médicaments disponibles pour les cas éligibles.
- La grande majorité des accouchements s'est réalisée au Poste de santé et ces derniers ont été assistés par du personnel qualifié.
- Disponibilité des services de planning familial avec quelques méthodes d'espacement des naissances.

**B. Points à améliorer :**

- Le taux de CPN au premier trimestre de grossesse reste faible.
- Toutes les naissances ne sont pas assistées par du personnel qualifié et il persiste des accouchements à domicile.

- La faible implication des hommes dans ce secteur de la santé reproductive, particulièrement dans le suivi des grossesses et le planning familial.
- L'utilisation des services VIH particulièrement le CDV qui reste faible.

### 3. **Objectif 3** : Amélioration du bien-être nutritionnel

#### A. **Points forts** :

- Le système de surveillance nutritionnelle à travers le screening nutritionnel mensuel permettant le dépistage des cas de malnutrition et leur orientation vers les services de prise en charge a globalement bien fonctionné.
- Les programmes de prise en charge de la malnutrition MAM et MAS ont été fonctionnels.
- La sensibilisation sur les bonnes pratiques alimentaires, l'allaitement maternel ainsi que les visites à domicile dans le cadre du suivi de ces programmes ont été effectuées.
- Le staff a été formé sur le protocole de prise en charge intégré de la malnutrition aiguë.
- La sensibilisation sur les bonnes pratiques en matière nutritionnelle, à travers les démonstrations culinaires, a été renforcée pour pallier à la longue période de rupture en intrants nutritionnels.
- La mortalité est quasi nulle.

#### B. **Points à améliorer** :

- Le suivi pour minimiser le nombre des cas d'abandon à Goudoubo.
- Le dépistage dans la communauté et au poste de santé à Mentao.
- Le renforcement des capacités des prestataires de soins par rapport à la stratégie ANJE pour améliorer la prévention et la prise en charge communautaire de la malnutrition et ainsi parer aux ruptures en intrants nutritionnels.
- L'enquête nutritionnelle SMART n'a pu être réalisée.

## V. **CONCLUSION**

Dans le cadre de l'assistance aux réfugiés maliens vivant dans les camps du Sahel, Goudoubo et Mentao, l'assistance leur apportée par le CSSI avec le financement de l'UNHCR principalement et l'appui du gouvernement à travers le ministère de la santé et les autres partenaires (UNICEF, PAM, OMS,...) a consisté en l'organisation et l'offre des soins de santé primaires.

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

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

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

- une accessibilité aux soins de santé primaires garantie avec un système d'aiguillage vers les structures sanitaires de niveau secondaire et tertiaire.

- Une bonne prise en charge des pathologies courantes avec un taux de mortalité globale faible (<1.5/1000 pop/mois) ainsi que chez les enfants âgés de moins de cinq ans (<0.3/1000 pop/mois).
- Une bonne couverture vaccinale dans le programme PEV.
- Un système de surveillance nutritionnelle fonctionnel avec un screening mensuel pour le dépistage des cas de malnutrition et leur orientation vers les services de prise en charge.
- Une assistance nutritionnelle à travers des activités de prévention et de prise en charge MAM et MAS avec un taux de guérison appréciable et un taux de mortalité quasi nul.
- Une accessibilité garantie aux services des soins liés à la santé de la reproduction et au VIH.
- La majorité des femmes a accouché au poste de santé et a été assistée par un personnel qualifié.
- Les postes de santé n'ont enregistré aucun cas de décès maternel.
- Une accessibilité garantie au traitement ARV, aux services de PTME et au planning familial.

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

- La redynamisation de la participation communautaire dans l'accompagnement des activités des postes de santé à travers les comités de santé en sollicitant le soutien des leaders communautaires.
- La prise en charge de tous les enfants selon les critères PCIME.
- Le renforcement du suivi dans la communauté et aux postes de santé des enfants malnutris, les non répondants et les cas d'abandon particulièrement.
- Le renforcement de la sensibilisation afin de susciter une utilisation plus accrue des services offerts par les postes de santé et plus particulièrement les services de la santé reproductive et de VIH/SIDA.

## B. CENTRAFRIQUE

### PROJET D'APPUI A LA REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE DANS LA PREFECTURE SANITAIRE DU HAUT MBOMOU

#### I. Présentation générale du projet

##### I.1. Généralités

Le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI), à travers un protocole d'accord avec l'UNICEF, a intervenu dans la préfecture sanitaire du Haut Mbomou depuis 2013 jusqu'en fin septembre 2015 à travers 2 accords de partenariat. Cette intervention est consécutive au contexte humanitaire dans cette préfecture qui est marquée depuis 2008 par la dégradation des conditions sécuritaires de plus de 73 802 habitants désormais contraints aux déplacements internes qui les rendent plus vulnérables. En fait, le Haut-Mbomou est une zone de prédilection des groupes de la Lord Resistance Army (LRA) qui traversent les frontières et continuent de semer la terreur au sein des populations.

En août 2016, une troisième convention a été signée entre l'UNICEF et le CSSI pour la mise en œuvre du projet d'appui à la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans la Préfecture Sanitaire du Haut Mbomou. Les interventions ont été réalisées avec les ressources mises en évidence ci-dessous.

##### I. 2. Ressources du projet

**Tableau I** : Ressources humaines

Médecin	Administrateur	Assistant financier	IDE et SF	Nutritionniste	Assistant de santé	Chauffeur	Gardien
2	1	1	2	1	6	1	1

L'un des 2 médecins et l'administrateur assurent la coordination des activités dudit projet au niveau national. Les activités du terrain sont coordonnées par le 2<sup>ème</sup> médecin assisté des infirmiers et du nutritionniste.

**Tableau II** : Ressources matérielles

Véhicule	Moto	Groupe électrogène	Ordinateur	Imprimante
1	4	2	2	2

Pour la mise en œuvre des activités du projet, un véhicule, une des 4 motos, 2 groupes électrogènes, 2 ordinateurs portables et 2 imprimantes sont mobilisées. Trois des 4 motos sont en mauvais état. Aux termes du projet, les résultats suivants sont attendus.

**Tableau III** : Contribution de l'UNICEF pour le projet (cash transfer)

N°	Extrants/Activités	Budget total (XAF)	1ère Tranche allouée (XAF)	2ème Tranche à demander (XAF)	Solde
1.	Les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et autres personnes vulnérables bénéficient d'un paquet minimum de soins préventifs, curatifs et promotionnel dans les FOSA et au niveau communautaire dans la Préfecture du Haut-Mbomou.				
Total Extrant 1		20 627 500	10 377 500	10 250 000	0
2.	Les prestataires aux niveaux institutionnels et communautaires ont des compétences renforcées, leur permettant de mieux mener leurs activités.				
Total Extrant 2		13 706 800	13 706 800	0	0
3.	L'équipe cadre du district est devenue plus opérationnelle, et assure efficacement ses activités de suivi, d'évaluation, de planification et de supervision.				
Total Extrant 3		6 142 000	3 071 000	3 071 000	0
4.	Les conditions en ressources humaines et matérielles permettent une gestion efficace et efficiente du projet.				
Sous total 4		72 566 748	45 799 832	26 766 916	0
5	Coûts opérationnels au prorata de leur contribution au programme				
Sous total 5		9 500 000	5 524 905	3 975 095	0
6	% of total UNICEF contribution excluding In Kind component				
	Coûts indirects (7%)	8 557 013	0	8 557 013	0
Sous total 6		8 557 013	0	8 557 013	0
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>131 100 061</b>	<b>78 480 037</b>	<b>52 620 024</b>	<b>0</b>

La contribution totale de l'UNICEF (cash transfer) sans le coût des intrants est de 131 100 061 FCFA. La première tranche d'un montant de 78 480 037 a été décaissée pour la mise en œuvre des activités. Le processus du décaissement de la 2<sup>ème</sup> tranche est en cours.

### ***1.3.. Contribution du CSSI***

Dans le cadre de ce partenariat, le CSSI s'est engagé à mobilisé 19 050 000 FCFA pour la mise en œuvre des activités du projet. Cette contribution prend en compte les ressources humaines, matérielles et financières du CSSI.

### ***1.4. Résultats attendus du projet***

- ✓ 50% d'enfants de moins de 5 ans sont pris en charge au niveau clinique selon l'approche PECIME;
- ✓ 20% d'enfants de moins de 5 ans sont pris en charge au niveau communautaire selon l'approche PCIME;
- ✓ 60% des femmes enceintes sont prises en charge pour CPN1;
- ✓ 100% des femmes enceintes vue pour la CPN sont dépistées sur les sites PTPE;
- ✓ Plus de 20% des femmes enceintes sont consultées pour la CPN4;
- ✓ 60% des femmes enceintes vues pour CPN ont reçu 2 doses de TPI;
- ✓ 80% des femmes enceintes vues pour CPN ont reçu du FAF;
- ✓ 60% des femmes enceintes vues pour CPN1 ont reçu une MILDA;
- ✓ 50% des femmes enceintes ont reçu au moins 2 doses de VAT;
- ✓ 60% d'accouchements sont assistés par un personnel qualifié;
- ✓ 50% des enfants de moins de 1 an sont vaccinés en Penta3;
- ✓ 50% des enfants de moins de 1 an sont vaccinés contre la rougeole;

- ✓ Au moins 80% des enfants vaccinés aux Pent3 et VAR ont reçu des MILDA;
- ✓ 12 528 enfants de moins de 5 ans sont traités pour les principales maladies infantiles (paludisme, IRA et maladies diarrhéiques);
- ✓ Moins de 7 jours de rupture des médicaments/intrants traceurs par mois (ACT, amoxicilline, métronidazole, paracétamol, SRO, sulfate de Zinc, ocytocine, sulfate de fer + acide folique, sulfadoxine +pyriméthamine, TDR VIH, ARV pour prophylaxie FE-VIH+, ATPE, vitamine A, albendazole);
- ✓ 12.528 enfants sont suivis dans le cadre de la consultation préventive;
- ✓ 135 malnutris sont dépistés et pris en charge;
- ✓ 100% des rapports du Système National d'Information Sanitaire sont transmis à la hiérarchie supérieure;
- ✓ 2 réunions trimestrielles de monitoring sont organisées avec le personnel de toutes les FOSA de la préfecture;

## **II. Stratégies de mise en œuvre du projet**

Le projet s'inscrit dans le cadre des orientations de la politique sanitaire définie par le Gouvernement Centrafricain. L'un des axes stratégiques de cette politique est la gratuité des services et soins de santé ciblant les couches vulnérables de la société que sont les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les femmes allaitantes. Il s'agit d'un appui au district sanitaire en ressources humaines, matérielles et financières pour la mise en œuvre du PMA et PCA.

## **III. Durée et cible du projet**

Le projet a une durée de vie de 6 mois allant du 1<sup>er</sup> septembre 2016 à la fin février 2017. La population cible est constituée des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et des femmes allaitantes.

## **IV. Zone d'intervention du projet**

Le projet est mis en œuvre dans la préfecture sanitaire du Haut Mbomou en RCA découpée administrativement en 4 sous-préfectures et 4 communes.

Au total 73 802 personnes vivent dans cette préfecture en 2016 parmi lesquelles on dénombre 2583 naissances vivantes, 2244 enfants survivants, 2952 grossesses attendues et 2583 femmes en post partum immédiat.

Il s'agit d'une zone propice à la pêche et aux activités pastorales et agricoles.

**Tableau IV** : Données démographiques de la zone d'intervention du projet.

Préfecture sanitaire du Haut Mbomou	Population 2016	Naissances vivantes	Survivants	FE	FAP	FPPI
		3,50%	3,04%	4%	24,50%	3,50%
Ensemble du district	73 802	2 583	2 244	2 952	18 081	2 583
Sous préfecture de Obo	41 265	1 444	1 254	1 651	10 110	1 444
Commune de Obo	13 617	477	414	545	3 336	477
Commune de Mboki	27 648	967	840	1 105	6 773	967
Sous préfecture de Zémio	28 485	997	866	1 139	6 979	997
Commune de Zémio	28 485	997	866	1 139	6 979	997
Sous préfecture de Djemah	3 211	112	98	128	787	112
Commune de Djémah	3 211	112	98	128	787	112
Sous préfecture de Bambouti	841	29	26	34	206	29
<b>Total</b>	<b>73 802</b>	<b>2 583</b>	<b>2 244</b>	<b>2 952</b>	<b>18 081</b>	<b>2 583</b>

## V. Bilan de 2016

### V.1. Niveau de réalisation des activités programmées

**Tableau V:** Activités programmées et réalisées.

Activités	Réalisées
1. Doter les 22 FOSA de kits/intrants pour la CPN, PTPE et accouchement pour la réalisation des activités du PMA.	Oui
2. Doter les 22 FOSA fonctionnels en intrants nutritionnels et en matériels nécessaires pour la réalisation du PMA y relatif.	Oui
3. Assurer la vaccination en stratégie avancée et mobile (Obo - Mboki - Zemio - Djemah - Nguenekoumba - Obo).	Oui
4. Assurer l'entretien et l'achat de carburant de 4 motos pour les activités de supervision et ravitaillement par les FOSA.	Oui
5. Location d'un camion par CSSI pour le transport des intrants de Bangui a Obo.	Oui
6. Location locale d'un véhicule Pick up pour les activités de supervision et de ravitaillement des FOSA.	Oui

7. Achat de mégaphone pour la sensibilisation au sein de la communauté.	Oui
8. Former 26 membres de l'ECD et responsables des FOSA en planification et supervision.	Oui
9. Former 22 agents santé en PEV plus.	Oui
10. Former 40 membres des COGES sur leur rôle et la gestion des CS.	Oui
11. Former 22 agents de santé en SNIS.	Oui
12. Former 26 agents de santé en PCIME.	Oui
13. Former 22 gérants de dépôts pharmaceutiques des FOSA.	Oui
14. Organiser 5 missions dont 3 bimestrielles de supervision et de remise de médicaments et d'intrants dans les 21 FOSA par l'équipe cadre de district et 2 trimestrielles conjointes avec l'UNICEF.	Oui
15. Organiser une réunion trimestrielle de coordination et de monitoring avec les responsables des FOSA.	Oui
16. Paiement des salaires au personnel de santé du CSSI.	Oui
17. Paiement des primes du médecin chef de préfecture sanitaire du Haut Mbomou (fonctionnaire de l'Etat).	Non
18. Paiement des primes des infirmiers diplômés d'Etat et assistants de santé de Obo, Zémio, Djemah et Mboki (fonctionnaire de l'Etat).	Oui
19. Paiement des primes aux assistants d'assainissement et assistants opératoires (fonctionnaire de l'Etat).	Oui
20. Paiement des primes aux infirmiers secouristes et matrones accoucheuses (fonctionnaire de l'Etat).	Oui
21. Paiement des primes aux infirmiers secouristes et matrones accoucheuses (précédemment pris en charge par le recouvrement des coûts).	Oui
22. Paiement des primes aux gérants des dépôts pharmaceutiques (précédemment pris en charge par le recouvrement des coûts + contractuels des COGES).	Oui
23. Acheter le groupe électrogène pour le fonctionnement du Sous-Bureau d'Obo.	Oui

Une seule activité programmée n'a pas été réalisée à cause l'absence du médecin chef de district pour des raisons de mission à l'extérieur du pays.

## V.2. Indicateurs

**Tableau VI** : Indicateurs du PEV et de la distribution de MILDA aux enfants

Type de vaccins	Septembre à Novembre 2016	Septembre à Novembre 2016	Pourcentage	Nombre d'enfants/ femmes non atteints par les vaccinateurs	Distribution de MILDA	
	Nombre d'enfants cibles	Enfants vaccinés	Couverture		Nombre	%
Penta3	561	392	69,88%	169	287	51,16
VAR	561	383	68,27%	178	376	67,02
VAT2+	738	493	66,80%	245		

La disponibilité permanente du vaccin anti tétanique pendant la période a contribué à l'atteinte de ces résultats. La réalisation des stratégies avancées et mobiles a permis l'atteinte des cibles attendues pour les 2 antigènes (penta 3 et VAR).

**Tableau VII** : Utilisation des services curatifs

Activités	Cible attendue de septembre à novembre 2016	Cibles atteintes pendant la période	Pourcentage
Consultation externe 0 à 5 ans	12568	11593	92,24%
Pathologies courantes (paludisme, diarrhées, IRA)	12568	10 223	81,34%

Les soins curatifs administrés aux enfants pendant les sorties de vaccination en stratégies avancées et mobiles a permis l'obtention de ces chiffres.

**Tableau VIII** : Données du programme nutrition

Types de malnutrition	Hôpital Obo	Mboki	AIM Obo	AIM Zémio	Total	%
Nombre de cas normaux	384	558	18	69	1029	78%
Nombre de MAM	51	90	7	17	165	12%

Nombre de MAS	17	95	8	10	130	10%
Nombre de cas avec œdèmes	0	0	0	0	0	
Nombre total dépisté	452	743	33	96	1324	100

Au total 295 cas de malnutris ont été dépistés dont 130 cas de malnutrition aiguë sévère sans œdème et 165 cas de malnutris modérés. Les membres des COGES ont contribué efficacement à l'atteinte de ces résultats.

**Tableau IX** : Indicateurs de la CPN recentrée et des accouchements

Services/activités	Cibles de septembre à novembre 2016	Nombre atteint de entre septembre et fin novembre 2016	Couverture
CPN1	738	500	67,75%
CPN4	738	122	16,53 %
FAF	738	489	66,26%
MILDA chef FE CPN1	500	445	89,00%
VAT2+ chef FE	738	493	66,80%
Accouchement assistés	645	349	54,11%
PTPE	500	188	37,60%
TPI des FE vue pour CPN	738	663	89,84%

La disponibilité du fer acide folique dans toutes les FOSA a favorisé l'atteinte de cet objectif.

La rupture de stock de MILDA pendant les sorties de vaccination en stratégies avancées et mobiles a limité le progrès vers l'atteinte de la cible.

Seulement 4 centres de santé sur 22 pratiquent la PTPE et la rupture de kit pendant la période couverte par le rapport a entravé le développement optimal de cette activité. Le district vient d'être doté en kit et le processus est lancé pour la pratique de PTPE dans 3 autres FOSA.

Peu de femme vue pour CPN1 reviennent pour CPN4. La réalisation tardive de CPN1 (généralement au 2<sup>ème</sup> trimestre de grossesse) constitue un frein à l'atteinte de cet objectif.

## **VI. Coordination et représentation**

Le CSSI a été présent à plusieurs rencontres de partenariat organisées par le Ministère de Santé, de l'Hygiène Publique et de la Population, les organisations du système des Nations Unies et les acteurs humanitaires. Il s'agit entre autres de:

- ✓ La rédaction de trois projets et la soumission de ces offres à l'UNICEF et au HCR;
- ✓ La supervision du personnel de santé;
- ✓ La réunion bilan des activités du 1er trimestre;
- ✓ La formation des formateurs sur la CPN recentrée;
- ✓ La réunion de cluster santé et nutrition;
- ✓ L'atelier d'évaluation des performances du cluster santé;
- ✓ La prise de contact avec les responsables du HCR, de l'UNFPA, de l'OMS et de l'Union Européenne;
- ✓ La négociation relative à la convention avec le Gouvernement Centrafricain;
- ✓ La contribution pour la mise en œuvre du projet d'Agence d'Achat des Performances et de Renforcement des Capacités (AAPRC) dans le cadre du PASS;
- ✓ La coordination de l'appui du MSP pour la formation du personnel de terrain.

## **VII. Contraintes/difficultés**

Les contraintes et les difficultés suivantes ont failli freiner la mise en œuvre des activités. Ce sont :

- ✓ L'insuffisance en ressources humaines (il n'y a que 2 personnes au niveau de la coordination);
- ✓ Les équipements bureautiques (ordinateur, imprimante, photocopieuse etc..) sont en nombre insuffisant;
- ✓ L'insécurité et le mauvais état des pistes entravent la mise en œuvre des activités sur le terrain;
- ✓ L'insuffisance en moyen de déplacement pour la réalisation des activités de terrain.

## **VIII. Leçons apprises**

Plusieurs leçons ont été apprises. En voici quelques unes :

- ✓ L'insuffisance en ressources humaines qualifiée constitue un frein indéniable à la mise en œuvre efficace de la coordination des activités;
- ✓ La collaboration avec les responsables des forces de défense et de sécurité a été capitale pour l'atteinte des résultats sus énumérés;

## **IX. Perspectives**

Pour atteindre les résultats escomptés du projet, dans les mois à venir l'accent sera mis sur :

- ✓ Le plaidoyer pour le renforcement du Bureau de la Représentation du CSSI en RCA en personnel;
- ✓ L'intensification des stratégies avancées et mobiles de vaccination couplée à la CPN, au dépistage de la malnutrition, à la prise en charge des cas de paludisme, de diarrhée et des IRA chez les enfants de moins de 5 ans;
- ✓ La vaccination en routine dans la zone A des FOSA ne disposant pas de frigo fonctionnel une fois par mois;
- ✓ L'implication davantage des membres des comités de gestion et des agents de santé communautaires dans la sensibilisation et la recherche des perdus de vue en matière de PEV et CPN;
- ✓ Le renforcement de la collaboration avec les éléments des forces de défense et de sécurité pour sécuriser les mouvements du personnel de santé lors des supervisions et des stratégies avancées et mobiles;

- ✓ Le plaidoyer pour l'extension des activités de PTPE à d'autres FOSA et la dotation régulière des FOSA en kit de dépistage et de prise en charge.

### **Conclusion**

Dans l'ensemble, les premières tendances des résultats du projet révèlent un progrès vers l'atteinte des résultats escomptés malgré les difficultés de coordination liées essentiellement à l'insuffisance en ressources humaines.

### **Annexes**



*Figure 1:* Rencontre avec le personnel du centre de santé AIM d'Obo.



*Figure 2:* Supervision du personnel de santé de Zémio; photo de famille



*Figure 3 :* Cérémonie d'ouverture de la réunion trimestrielle de monitoring des activités présidée par le Sous préfet de Zémio.