



RAPPORT ANNUEL 2012 DES ACTIVITES

Février 2013

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations
Organigramme du CSSI
Mot du Directeur
Introduction

I. BILAN DES ACTIVITES INSTITUTIONNELLES AU SIEGE

II. BILAN DES BUREAUX PAYS

III. ACTIVITES DES PROJETS

MOT DU DIRECTEUR DU CSSI

Chers collègues, chers lecteurs,

C'est un grand plaisir pour moi de présenter le rapport d'activités du Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) pour l'année 2012 aux membres du Conseil d'Administration, aux Membres Fondateurs, au Comité Directeur, aux collaborateurs ainsi qu'au grand public.

Ce rapport est aussi une occasion pour moi d'adresser mes remerciements à tous ceux qui ont soutenu les activités du CSSI à quelque niveau que ce soit au cours de l'année.

Je suis heureux de partager avec vous les progrès réalisés par le CSSI dans les différents domaines d'activités : Santé publique, Recherche, Assistance humanitaire...

S'inscrivant dans la logique de sa vision, le CSSI se positionne comme une institution de référence aussi bien dans la gestion des programmes et projets de développement en santé que dans la recherche.

Au cours de l'année 2012 de nombreux acquis ont été engrangés tant au niveau institutionnel que des activités. Ainsi la restructuration a été achevée avec l'adoption d'un nouvel organigramme et la mise à jour du plan stratégique adopté par le Conseil d'Administration. Le CSSI a pu mener à bien les différents mandats qui lui ont été confiés en 2012. On peut citer entre autres :

- L'expérience du projet MEN AFRIC VAR qui a permis de travailler avec les communautés tout en contribuant énormément à la recherche ;
- La réalisation d'une campagne de vaccination contre la rage canine dans la ville de N'Djaména dans le cadre de l'élimination de la rage en milieu urbain;

L'ouverture du Bureau pays au Burkina Faso constitue une avancée significative dans le maillage au niveau international après celle intervenue en 2010 en République Centrafricaine. Les démarches se poursuivent pour l'ouverture des bureaux du Cameroun et du Niger.

Malgré les difficultés dont l'insuffisance des moyens financiers liée en partie à l'absence de frais de gestion pour notre institution, le CSSI continue d'avancer positivement.

Aussi, je tiens à féliciter l'ensemble du personnel pour les efforts déployés en 2012 et pour les résultats obtenus. Mes remerciements aux membres du Conseil d'Administration et aux Membres Fondateurs pour leurs soutiens constants à nos cotés et pour leurs précieux conseils avisés.

Bonne lecture.

INTRODUCTION

Le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) est une ONG de droit Tchadien spécialisée dans les domaines de la santé publique, la gestion de l'environnement physique et social ainsi que de l'humanitaire. Il assure des prestations de services pour le compte des Etats et des Institutions nationales ou internationales. Il est à but non lucratif et son objectif est de contribuer à l'amélioration de la santé des populations au niveau national, sous régional et international.

Grace à son expertise et à son sérieux, beaucoup de partenaires lui ont fait confiance. Ce qui lui permet de mettre en œuvre plusieurs projets à lui confiés par ces différents partenaires. Si la majorité des projets sont exécutés au Tchad, de plus en plus il est fait appel à l'expertise du CSSI au-delà des frontières Tchadiennes.

Le présent rapport présente le bilan des activités réalisées en 2012 au Tchad et ailleurs avec une analyse des forces et des faiblesses. Il est structuré en trois parties :

- Le bilan des activités institutionnelles au siège ;
- Le bilan des bureaux Pays ;
- Le bilan des activités des projets.

I. BILAN DES ACTIVITES INSTITUTIONNELLES AU SIEGE

L'année 2012 a été marquée au niveau du siège par les activités de développement institutionnel, de suivi-supervision et de représentation tant au niveau du Tchad qu'au niveau international. Les principales activités menées par de la Direction et des Département sont décrites ci-dessous.

1.1. Activités de la Direction

Développement institutionnel

Les activités liées au développement institutionnel du CSSI se sont poursuivies au cours de l'année avec :

- la tenue des ateliers sur le développement stratégique, ce qui a permis de finaliser le plan stratégique et l'organigramme du CSSI;
- Les réunions du Comité Directeur : elles ont été plus régulières au cours de cette année même si il reste encore des efforts pour respecter la fréquence adoptée ;
- L'organisation du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale des Fondateurs ;
- La restructuration des départements.

Activités de représentation

- La participation à Wadi Djedid à la 1^{ère} édition de la Fête de la transhumance (FENAT 2012) sur invitation du Ministère de l'Elevage et des Ressources Animales;
- La participation aux différentes réunions et rencontres avec les partenaires au niveau National.

Missions de suivi et de supervision

En vue de s'assurer du meilleur déroulement des activités des différents projets, la Direction a effectué différentes missions de suivi et de supervision sur le terrain. Entre autres on peut retenir :

- 01 mission de supervision en RCA ;
- 03 missions de supervision au Salamat (Projet dynamisateur, projet santé FED);
- 03 missions dans le cadre de la reprise des activités sanitaires dans trois camps de réfugiés soudanais à Iriba ;
- 01 mission de lancement des activités du projet d'appui aux services de santé et à la participation communautaire dans les districts sanitaires d'Aboudéia et d'Am-Timan ;
- la mission de suivi des activités du projet dynamisateur : du 27 au 04 Mai 2012.

1.2. Activités du Département Administration et Ressources

Il faut rappeler que ce département en réalité n'a pas d'activités propres. Son rôle est surtout d'appuyer les autres départements dans la réalisation de leurs activités. Les principales activités réalisées sont :

- les préparatifs des audits externes (HCR, CSSI) ;
- l'aménagement des locaux pour abriter le siège à Moursal dans le cadre de l'autonomie de l'institution au niveau des infrastructures ;
- l'installation du wifi au siège du CSSI ;
- l'organisation de la session du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale des membres Fondateurs ;
- le lancement et le dépouillement de l'appel d'offre pour la construction du siège du Sous bureau CSSI d'Am-Timan ;
- le renforcement de l'équipe au niveau central : 01 Expert financier, 01 Assistant GRH, 01 Chef Département Santé Publique et Développement, 01 Coordonnateur logistique, 01 Expert suivi évaluation,
- Le renforcement du parc automobile par le rachat d'une voiture d'AEDES arrivé en fin de projet en RCA.;

- la révision du manuel de procédures ;
- la formation continue du personnel :
 - o 02 agents en formation sur fonds propres respectivement en gestion hospitalière (Togo) et Bonne gouvernance (Cameroun)
 - o l'accompagnement d'un agent pour une thèse et gestion des ressources humaines.

Il est à noter que l'effectif du CSSI au niveau du Tchad est de 273 dont 154 pour les projets humanitaires et 119 pour les projets de développement, recherche et l'Institution.

1.3. Activités du Département Santé Publique et Développement

Les principales activités réalisées sont :

- la participation aux réunions de coordination pour les différents projets ;
- la participation aux missions de vérification du projet de financement basé sur les résultats (FBR) ;
- l'appui à l'élaboration des proposals pour les sous accords (Sud, Est, Burkina Faso, Centrafrique, Urbains) ;
- la réalisation de 02 missions de suivi évaluation au niveau Am-Timan ;

1.4. Activités du Département Recherche et Epidémiologie

Durant l'année 2012, le Département Recherche et Epidémiologie a assuré l'encadrement de 06 doctorants et 02 master en ce qui concerne la recherche académique. Pour les doctorants il y a 3 en santé et 3 en géographie.

Les thèmes concernés sont :

-

Dans le domaine de la recherche développement, 05 études ont été réalisées :

- 01 avec le PAM à Mangalmé ;
- 01 avec le Suiss TPH à Aboudéia ;
- 01 relative à l'évaluation de la malnutrition avec l'ONG IMC ;
- 01 sur l'évaluation des mutuelles de santé avec le Suiss TPH ;
- 01 étude sur le lait et le fromage.

Le Chef de Département a pris part à des rencontres internationales et nationales au cours desquelles l'expérience du CSSI a été présentée. Il s'agit de la rencontre en Chine (...) avec partage de l'expérience one Health et de la rencontre en Suisse (Berne) sur...

Au niveau national le département a participé aux 1eres journées relatives aux nomades à Wadi Djedid où une exposition sur les activités du CSSI en santé des nomades a été présentée à travers un Stand qui a reçu la visite du Chef de l'Etat.

Le Département a réalisé aussi une campagne de vaccination des chiens dans le cadre du projet d'éradication de la rage canine dans la ville de N'Djaména. Ce sont 18.182 chiens, 1485 chats et 104 singes qui ont été vaccinés avec une couverture vaccinale de 90% pour les chiens.

Les activités du projet Polio en milieu mobiles (nomades, habitants des îles) se sont poursuivies et un agent a été mis à la disposition de l'OMS Tchad qui a décidé de s'inspirer de l'expérience du CSSI pour la vaccination de routine et les activités supplémentaires de vaccination.

1.5. Activités du Département Data Management et e-Health

II. BILAN DES BUREAUX PAYS

2.1. CENTRAFRIQUE

Pour l'année 2012, l'équipe en place a poursuivi les activités de l'assistance sanitaire et nutritionnelle aux réfugiés du Haut Mbomou et des réfugiés urbains de Bangui. Le CSSI a obtenu en plus l'exécution des activités WASH au niveau des camps dans le Haut Mbomou.

Activités d'assistance médicale et nutritionnelle

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

Objectifs

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

La mise en œuvre du projet visait les résultats suivants :

- L'état sanitaire des réfugiés est amélioré par la fourniture des soins de santé primaire, la prévention de la malnutrition, la santé reproductive et le VIH-SIDA.
- La prise en charge nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et allaitantes est aussi améliorée.
- La prise en charge des personnes à besoin spécifiques bénéficient d'une assistance appropriée et deviennent plus autonomes.
- L'accès à l'eau potable est amélioré.
- Les réfugiés ont accès aux activités génératrices de revenus visant à renforcer leur autonomie et à réduire leur dépendance.
- Le risque de la violence basée sur le genre est réduit et la qualité de la réponse est améliorée.
- L'insertion socio-professionnelle est améliorée.

Description de la population

Ce projet couvre les personnes relevant de la compétence du HCR :

- Réfugiés ruraux du Haut Mbomou regroupés dans les camps de Zémio, Obo et Mboki ;
- Réfugiés urbains : de toutes nationalités confondues : réfugiés de longues dates, groupes résiduels de différentes opérations de rapatriement volontaire achevées en 2007, et ceux qui n'ont pas manifesté le désir de retourner volontairement dans leur pays d'origine, mais ont plutôt opté pour une intégration locale.

Le projet exécuté par le CSSI a apporté un impact positif dans le vécu quotidien des réfugiés et déplacés à travers :

- une accessibilité gratuite aux soins de santé primaires (plus de 13.000 patients consultés en 2012) ;
- la prise en charge de 80 PVVIH de Bangui à l'hôpital communautaire et l'officine privée suite à une convention ;
- la disponibilité d'ARV et Chimio prophylaxie aux 24 PVVIH ruraux,
- la prise en charge des PBS ruraux et urbains ;
- la couverture vaccinale à 90 % ;

- la prise en charge des cas de malnutrition modérée et grave sans complications des enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes avec un taux de guérison de 95% ;
- l'intégration socioéconomique par la mise en place d'AGR agricole, savonnerie, huilerie, élevage et autres AGR pour les PVVIH (restauration, cordonnerie et mécanique) ;
- l'inscription des élèves au primaire en favorisant le genre (scolarité des jeunes filles) et distribution des kits scolaires ;
- l'inscription de 14 jeunes déscolarisés dans les centres socioprofessionnels dont 2 réinsérés dans la vie active (salon de coiffure et restauration) ;
- la formation d'un groupe de 15 femmes réfugiées en batik qui est déjà opérationnel en coopérative ;
- la santé de reproduction avec un taux d'accouchement assisté à 92% et un taux de décès maternel à 0 % ;
- la construction des classes de l'école primaire de Zémio en matériaux durs et semi durs ;
- l'installation de panneau solaire au centre de référence AIM pour améliorer la prise en charge des urgences obstétricales.

Soins curatifs et d'urgence

Au 1° échelon au CS CSSI de Zémio :

Un service de consultation ambulatoire et d'urgence 24h/24 et 7 jours/7 (la permanence de nuit est assurée par le staff réfugié compte tenu de l'insécurité dans la zone).

Salle de mise en observation de 48 h.

Un système de référence avec le CS public de Zémio et AIM est mis en place.

CSSI renforce le CS en ressources humaines, en médicaments, consommables et équipements afin de garantir la mise en œuvre du PMA. Le personnel est à la charge de CSSI.

Toutes les consultations à Zémio sont assurées par un médecin de terrain (en permanence au CS CSSI) et deux (2) infirmiers diplômés d'état. Les cas compliqués sont référés aux CDS étatique ou privé (AIM).

Le médecin de terrain répond à toutes les urgences et contribue à la prise en charge des cas compliqués référés au CDS étatique (urgences médico-chirurgicales)

Services de protection maternelle et infantile

- Les 3 volets de la SASDE (Stratégies Accélérée pour la Survie et le Développement de l'Enfant) sont offerts :
 - CPN Plus : Santé améliorée des femmes enceintes
 - PEV Plus : Prévention des maladies cibles de l'enfance (TBC, Polio, DTC, rougeole)
 - PCIME Plus : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
 - Prévention plus:
 - o Développement de la santé sexuelle des jeunes
 - o Prise en charge des violences sexuelles en disposant des Kit PEP.
 - o Prévention et prise en charge des IST
 - o Espacement des naissances par la planification familiale
 - o PTME
 - o IEC
 - o Prévention des maladies récurrentes (maladies diarrhéiques, paludisme, parasitose intestinale, maladie des yeux)
 - o Gestion des déchets et de l'environnement

Nutrition

Au CS CSSI, la prise en charge de la malnutrition se fait sur la base de l'approche communautaire. Les enfants en malnutrition sévère avec des problèmes médicaux et ceux avec un mauvais test d'appétit aux ATPE sont

transférés au CDS public de Zémio. Les enfants en malnutrition sévère sans problèmes médicaux et avec un bon test d'appétit aux ATPE sont suivis en ambulatoire.

Le Centre nutritionnel supplémentaire prend en charge la malnutrition modérée. Le programme MCH permet de faire une supplémentation nutritionnelle à toutes les femmes enceintes et allaitantes.

Le programme de suivi de croissance des enfants de 0 à 5 ans est mis en place lors de la consultation des nourrissons sains et complété par la PCIME.

Un screening nutritionnel organisé mensuellement par l'équipe du service de nutrition CSSI pour dépister tous les cas de malnutrition et anémie dans la tranche d'âge des enfants de 0-5ans, les femmes allaitantes et enceintes.

Service communautaire

Les agents de santé communautaire : un assistant des affaires sociales, un Counselling en VIH/SIDA et deux points focaux VIH-SIDA formés, ont la responsabilité de faire la mobilisation sociale ainsi que la sensibilisation dans tous les domaines en particulier :

- Accès au dépistage volontaire et à la prise en charge des PVVIH avec un service d'information d'Education et d'Ecoute.
- Accès des femmes enceintes au service de PTME et PF
- Séances de sensibilisation de la population sur les pratiques de SGBV Prise en charge sociale des PBS y compris les Handicapés et PVVIH
- Prise en charge des cas d'urgence, femmes enceintes et enfants de 0 à 13 ans
- Prise en charge médicale des PVVIH à Bangui (convention avec l'hôpital communautaire et une officine privée)
- Formation des leaders Réfugiés (formation sur le Leadership)
- Formation continue des agents communautaires (Technique de communication, MOBSOC sur la prise en charge de cas de SGBV, le mode de transmission de VIH et la prévention, le Paludisme, les maladies diarrhéiques, Parasitose intestinale, malnutrition, pratiques de premières règles d'hygiène) ;
- Prévention de maladies liées à l'eau et à l'environnement. (cholera, diarrhée aqueuse et sanglante)
- Atelier de sensibilisation sur le Palu, VIH-SIDA, SR et maladies diarrhéiques
- Sensibilisations pour le maintien de la salubrité de l'environnement sans ex crémats humain, animal et végétal et Promotion de l'hygiène individuelle
- Distribution de kits d'accouchement, de dignité, de moustiquaires imprégnées, de préservatifs
- Education : Inscription de tous les enfants en insistant sur celle des jeunes filles (genre) par la distribution des kits scolaires et inscription dans les centres socio professionnels des jeunes descolarisés (filles et garçons).
- Renforcement des capacités et suivi des activités des AGR Activités récréatives et sportives (foot Ball, sketch..)Organisation des 16 jours d'activisme basé sur le genre
- Participation à l'organisation des journées mondiales du SIDA et des réfugiés
- Assistance aux évènements vitaux (décès, naissances)

Approche et processus

Le projet est mis en œuvre par le CSSI en étroite collaboration avec l'UNHCR. L'exécution des activités est effectuée par les agents de CSSI à Bangui et au camp consolidé conformément à leur mission en partenariat avec l'UNHCR et les autres acteurs impliqués.

Une équipe de coordination sera mise en place à Bangui, et une équipe opérationnelle à Zémio. Ces deux équipes travailleront en collaboration pour la mise en œuvre des activités sur le terrain, le suivi et l'évaluation.

Le CSSI participera à toutes les réunions de concertation organisées par l'UNHCR, MSPLS, OCHA, OMS, UNICEF... et prendra des dispositions pour s'assurer de la bonne marche des activités, à travers l'envoi des rapports selon les périodicités requises, et l'organisation des réunions de suivi tant à Zémio qu'à Bangui.

Les mécanismes de suivi et communication des données sont assurés par un médecin de terrain qui veille au respect de la promptitude et la complétude en coordination avec Bangui. (Réglementés par les procédures opérationnelles standards de janvier 2012).

La mise en place d'un système comptable informatisé conforme aux normes comptables (logiciel de comptabilité SAGE COMPTA) recommandé par l'audit et le renforcement des capacités du personnel à son utilisation.

Contributions associées - projets

Dans le cadre de renforcement en ressources humaines, le CSSI a recruté sur ses fonds propres un Chargé de Programmes. En outre, des plaidoyers ont été faits auprès des partenaires pour renforcer les capacités de la prise en charge des bénéficiaires :

- Ministère de la Santé: Mise en place de la politique des soins de santé primaire, appui aux structures sanitaires étatiques, programmes nationaux (TBC, PEV, Lutte contre le VIH, le paludisme...etc.), appui technique et en infrastructures...etc.
- L'accord de partenariat avec le ministère de la santé a permis de participer aux campagnes de vaccination contre la polio organisées conjointement avec la délégation sanitaire de Haut Mbomou ;
- Plaidoyer auprès du Ministère de la santé pour l'approvisionnement en ARV et médicaments antituberculeux aux PVVIH de Zémio;
- Plaidoyer auprès du Projet palu pour l'approvisionnement d'antipaludéens pour le camp consolidé de Zemio ;
- UNICEF:
 - o la SASDE, ce projet initié grâce au partenariat tripartite (CSSI-UNICEF et le MINISTERE DE LA SANTE), couvre la période allant du mois d'avril 2012 au 31 mars 2013; cette stratégie accélérée pour le développement de l'enfant Africain dans le Haut Mbomou prend en compte les activités suivantes :
 - Stratégie fixe, mobile et avancée de vaccination (PEV+);
 - Dépistage de la malnutrition des enfants de – 5ans, les femmes enceintes et allaitantes;
 - Déparasitage systématique ;
 - Distribution de la vitamine A ;
 - Renforcement de la CPN en CPN+ ;
 - Formation et Renforcement de capacité des FOSA ;
 - Approvisionnement en micro nutriments pour le centre nutritionnel de Zemio.
 - o En plus de la SASDE, des plaidoyers ont été faits auprès de l'UNICEF pour approvisionner en lait (F100) les associations de PVVIH de Bangui et Zémio.
- WHO/OMS : appui technique, et dotation de médicaments à l'AIM (CDS de référence de 1ere intention) pour la prise en charge des urgences obstétricales.
- L'UNFPA fournit les préservatifs dans le cadre du programme de santé de reproduction, la prévention des IST et du VIH/SIDA.
- Apport administratif, technique et scientifique du CSSI pour les réalisations du WASH.
- Appui technique du CSSI aux services de chirurgie et médecine de l'hôpital d'Etat.

2.2. BURKINA FASO

Les démarches ont abouti à l'obtention d'une autorisation d'exercer au Burkina Faso. Une équipe composée du Représentant Pays et d'un Chargé de Programme a été mise en place. Cette équipe participe aux réunions de coordination du HCR. Des soumissions pour l'assistance sanitaire aux réfugiés maliens ont été faites.

2.3. CAMEROUN

Les démarches ont abouti à l'obtention de l'autorisation d'exercer. Une mission de prospection de la Direction est en vue

III. ACTIVITES DES PROJETS

3.1. PROJETS DE DEVELOPPEMENT

3.1.1. PROJET PILOTE DE FINANCEMENT BASÉ SUR LES RÉSULTATS AU TCHAD

1. Introduction

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

2. Objectifs

2.1. Objectif général

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

2.2. Objectifs spécifiques

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

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

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

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

4. Collaboration institutionnelle

Le projet entretient des relations surtout avec :

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

5. Principaux bailleurs

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

6. Stratégies ou approches

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

- La contractualisation
- La séparation des fonctions (régulateur, acheteur, prestataire)
- La responsabilisation et l'autonomie des prestataires.

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

7. Zone d'intervention

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

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

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

8. Durée du projet

Du 1^{er} octobre 2011 au 30 juin 2013, soit 21 mois.

9. Activités réalisées en 2012

9.1. Activités de formation des agents de santé

En 2012, plusieurs formations ont été faites suivant que l'on voulait introduire de nouvelles composantes dans le développement de la stratégie FBR ou qu'il fallait « rattraper » les agents nouvellement affectés en remplacement de ceux qui partent. Des formations ont donc été faites à l'intention des :

- comités de gestion des centres de santé ;
- membres des Associations à Base Communautaire (ABC) ;
- des agents nouvellement affectés dans les formations sanitaires, ECD et ECDSR.

Une formation sur le Portail FBR a également été faite.

9.2. Activités de supervision-évaluation

Quatre sessions d'évaluation ont été conduites en 2012, soit en Janvier, en Avril en Juillet et en Octobre. Ces évaluations qui sont généralement faites en partenariat avec le Ministère de la santé et le PPLS2 visent à valider les données quantitatives ainsi que celles qualitatives en vue de pouvoir rémunérer chaque structure en fonction de ses réalisations. Ces évaluations ont également été l'occasion de prodiguer des conseils pratiques aux structures de santé pour qu'elles se préparent aux évaluations futures.

9.3. Réunions du comité de pilotage

Au cours de l'année 2012, deux réunions du comité de pilotage ont été tenues et des recommandations importantes ont été apportées, notamment l'introduction dans le modèle de la notion d'équité concernant l'éloignement des centres de santé : ceux situés très loin étant défavorisées car dépensant beaucoup pour s'approvisionner et même pour participer à des réunions au district. Le tableau 3 ci-dessous indique le nombre de centres de santé bénéficiant de ce bonus et le taux de majoration accordé en fonction de leur distance par rapport à l'hôpital de référence.

Tableau 3.- Nombre de centres de santé et cotation du bonus d'éloignement qui leur est accordé en fonction de leurs distances par rapport à l'hôpital de district

Distances par rapport à l'hôpital de district	Nombre de centres de santé	Taux de majoration sur la valeur de l'indicateur en % (Bonus d'éloignement)
0 à 25 km	44	0
26 à 50 km	27	10
51 à 75 km	16	20
76 à 105 km	12	30
106 à 213 km	3	45

Ainsi un CS situé à plus de 105 km du district voit sa facture majorée de 45% par rapport au CS urbain situé à 1 km du District.

Une autre recommandation a été l'introduction de la grille d'évaluation et rémunération des équipes cadres des délégations sanitaires régionales. Ce qui, après non objection de la Banque Mondiale, a été fait à partir du 3^{ème} trimestre de 2012.

Budget requis pour les délégations :

- Six pour cent (6%) de l'enveloppe globale, soit 79 870 346 FCFA qui sont affectés à la rémunération des ECDSR.
- Pour la répartition entre les quatre DSR, ¼ du montant de l'enveloppe a été affecté également à chaque DSR. Les ¾ restants ont été répartis en tenant compte des critères suivants:
 - o étendue des DSR (superficie);
 - o nombre de formations sanitaires à l'exclusion des hôpitaux régionaux;
 - o existence ou non d'un appui financier par d'autres bailleurs de fonds.

Le tableau 4 ci-dessous indique la répartition du budget global et trimestriel par DSR.

Tableau 4.- Répartition du budget global et trimestriel alloué à chaque DSR

DSR	Budget global par DSR	Montant trimestriel par DSR
Batha	21 419 575	5 354 894
Guéra	18 796 332	4 699 083
Mandoul	19 253 366	4 813 342
Tandjilé	20 401 074	5 100 268
Total	79 870 346	19 967 587

9.4. Introduction dans le modèle du Portail FBR : www.fbrtchad.org

Le portail FBR permet de suivre l'évolution des indicateurs, d'en faire l'évaluation en analysant les tendances et les progressions, mais aussi en produisant automatiquement les factures de rémunération trimestrielle par structure ainsi que les ordres de paiement par banque.

9.5. Mission de supervision par la Banque Mondiale

En juin et novembre 2012, nous avons reçu une mission de supervision de la Banque Mondiale (BM) qui est venue pour s'enquérir de l'état d'avancement des activités du projet PPLS 2 et ses composantes principales dont le FBR.

9.6. Evaluation par les pairs

Au mois de novembre 2012 une mission, composée deux agents travaillant dans les projets FBR financés par la BM au Cameroun et de deux autres en RCA est venue au Tchad et durant deux semaines de travail, ensemble avec quatre experts nationaux (soit au total 8 personnes), qui ont passé au peigne fin les contours de fonctionnement du système FBR au Tchad et ont formulé des recommandations. Ces évaluations visent aussi à créer un climat d'échange d'expériences entre les différents projets. Nous avons apprécié l'engagement de nos amis venus des pays voisins et sommes prêts à leur retourner l'ascenseur.

9.7. Autres activités

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

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

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

10. Goulots d'étranglement (difficultés)

Au cours de l'année 2012, quelques difficultés/contraintes ont été constatées et constituent des goulots d'étranglement pour l'atteinte de ses objectifs. Ce sont autant de facteurs de contre performance des structures sanitaires. On peut citer entres autres :

- l'instabilité des effectifs formés ;
- l'insuffisance du personnel qualifié dans les formations sanitaires ;
- l'éloignement des institutions de transfert de fonds par endroit ;
- l'offre incomplète du PMA dans beaucoup de centres de santé ;
- le non continuité des soins ;
- la mauvaise tenue voire la non tenue des registres et autres outils de collecte des données de même que la faible culture de rapportage et de documentation des actions menées ;
- l'absence d'esprit d'équipe et de transparence dans certaines formations sanitaires surtout les hôpitaux ou les agents ne savent pas ce que la direction fait avec l'argent ;
- les ruptures de stocks dans les PRA des délégations des médicaments les plus couramment utilisés entravent les formations sanitaires dans leurs stratégies d'augmentation des prestations surtout préventives ;
- l'attentisme de certains responsables sanitaires, ce qui est en contradiction avec l'autonomie et la responsabilisation prônées par le FBR ;
- l'absence de plans d'actions et surtout des budgets dans les formations sanitaires et les districts ;
- l'absence de mécanismes de sanctions aux gestionnaires qui se rendent coupables de mauvaise gestion ou de détournement des fonds (en effet l'AAP peut suspendre le paiement ou des contrats en cas de fraude avérée ou d'entrave aux activités de vérification mais pas à postériori).

Il importe de signaler que la mise en œuvre du projet a été confrontée à un conflit social qui a perduré durant 6 mois (juillet-décembre), qui s'est manifesté par une grève sèche des agents de la fonction publique. Les agents de santé qui voulaient bien travailler étaient empêchés d'aller à leur lieu de travail par les syndicalistes qui voulaient à tout prix que leur action soit suivie surtout par les hôpitaux et les centres de santé. Par ailleurs il faut noter que la saison des pluies a été particulièrement abondante cette année, ce qui fait que durant 5 mois (de juillet à novembre), plusieurs parties du pays étaient inaccessibles et donc certaines activités de santé

ont été suspendues durant cette même période (stratégies avancées pour la vaccination, approvisionnement en vaccins et autres intrants, fréquentation des structures de santé, supervision et même évaluation, sans oublier les enquêtes communautaires par les ABC), ce qui a conduit à la sous utilisation des services et partant à la stagnation des indicateurs de santé par rapport aux trimestres précédents.

11. Leçons apprises

L'implication du niveau intermédiaire est indispensable au coaching des équipes cadres de districts, elle implique aussi l'implication des autorités politico-administratives dont l'apport est requis dans l'amélioration de la santé de leurs administrés.

La réussite de tout ce qu'on entreprend dépend pour beaucoup des hommes qui animent les institutions. Il s'avère que les DSR qui sont dirigées par des cadres visionnaires qui veulent que les choses s'améliorent sont entrain de profiter du FBR, c'est le cas du Guéra et du Mandoul, d'autres par contre piétinent et continuent de montrer des faiblesses institutionnelles.

L'accès financier aux soins de santé reste un sérieux problème pour les populations pauvres du milieu rural tchadien, compte tenu du fait que le seul financement de la santé à la base n'est jusque là assuré que par le seul recouvrement des coûts. D'autres mécanismes de financement s'avèrent nécessaire pour alléger ce fardeau.

12. Conclusion

Le FBR est une réalité au Tchad, même si un changement de mentalité reste requis pour pouvoir mieux en maîtriser les principes directeurs. Il s'avère nécessaire d'envisager la poursuite de l'expérience et renforcer le coaching des structures de santé, en veillant aussi à sanctionner les responsables qui se rendent coupables de mauvaise gestion des fonds publics auxquels appartiennent les fonds FBR. Ceci requiert la formulation des normes et règlements en matière de gestion. Le personnel de santé, surtout les médecins, reste insuffisant. Le MSP devrait prévoir des sanctions en l'encontre des personnes affectées qui ne se rendent pas à leur lieu d'affectation et qui continuent à percevoir l'argent de l'Etat.

3.1.2. AGENCE LOCALE DU FONDS MONDIAL (LFA) AU TCHAD

1. Introduction

Depuis 2004 le Tchad a bénéficié de plusieurs subventions du Fonds Mondial pour l'appui aux programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose.

La gestion de ces subventions est confiée par le HCNC (Haut Conseil National de Coordination pour l'accès aux Fonds Mondial) à quatre récipiendaires principaux dont le Fonds de Soutien aux Activités en matière de Population et de lutte contre les IST/VIH/SIDA (FOSAP), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), l'Association pour le Marketing Social au Tchad (AMASOT) et l'Union Nationale des Associations Diocésaines (UNAD). Ces subventions ont commencé en avril 2004 avec le round2 (Rd2) puis Rd8 pour la lutte contre la Tuberculose, en août 2004 avec le Rd3 puis Rd8 pour le VIH/SIDA et en janvier 2009 avec le Rd7 puis Rd9 pour le paludisme. Les Rd 7 et 9 - Paludisme sont consolidés en avril 2011.

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre de ces programmes, le Fonds Mondial a mandaté l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH) comme Agence Local du Fonds Mondial (LFA). Le Swiss TPH à son tour a signé un contrat de partenariat avec le CSSI pour un appui dans la mission confiée au LFA.

2. Objectifs

a. Objectif général :

La mission principale du LFA est d'assurer pour le compte du Fonds Mondial le suivi de l'ensemble des programmes appuyés.

b. Objectifs spécifiques :

- Contrôler et vérifier la conformité de l'ensemble des activités ayant fait l'objet des accords de financement Fonds Mondial et
- Amener les Récipiendaires Principaux et les Sous Bénéficiaires à respecter les procédures du Fonds.

3. Staff du projet :

Le staff du LFA au niveau du Tchad est composé de 2 experts financiers et 1 chargé du suivi et évaluation sous contrat Swiss TPH et 1 expert financier sous contrat CSSI. Ce staff travaille sous la supervision de la direction Swiss TPH à Baal.

4. Collaboration institutionnelle :

Le LFA travaille en collaboration avec tous les partenaires au développement dans le domaine de la santé, le HCNC, les récipiendaires principaux et les sous bénéficiaires. Il rend compte de ses activités directement au Fonds Mondial.

5. Principal bailleur : Fonds Mondial

6. Stratégies ou approches

Les activités principales de l'Agence Local de Fonds Mondial sont :

- Assister comme observateur à toutes les sessions ordinaires et extraordinaires du HCNC afin de rendre compte au Fonds Mondial de l'évolution des activités;
- Evaluer les capacités des Récipiendaires Principaux et les Sous Bénéficiaires des subventions Fonds Mondial pour la mise en œuvre des activités.
- Assister les Récipiendaires Principaux dans l'élaboration des documents (budget, cadre de performance, plan suivi & évaluation, plan GAS...) permettant la signature des accords avec le Fonds Mondial.

- Suivre toutes les activités des Récipiendaires Principaux (RP) et des sous bénéficiaires (SB) pour le compte du Fonds Mondial. Tous les rapports d'activités et ateliers des récipiendaires principaux (PR) et sous récipiendaires (SR) sont mis à la disposition du LFA.
- Contrôler et vérifier trimestriellement tous les rapports d'activités et financiers produits par les PR et SR afin de permettre au Fonds Mondial de débloquer les tranches suivantes des subventions et faire des recommandations précises aux PR.
- Vérifier sur le terrain les résultats des activités menées.

7. Zone d'intervention : Dans tout le pays.

8. Durée du projet : Indéterminée

9. Activités réalisées en 2012

- Les évaluations des PR (PNUD, AMASOT, UNAD et FOSAP) et les SR (PNLP, PSLS, PNLS et PNT) pour les 2^{ème} phases du round 8 VIH et TB la consolidation round 7 et 9 Paludisme.
- L'implication du LFA au coté du FOSAP pour produire l'ensemble des documents (Budget, cadre de performance, plan de suivi et évaluation, plan de gestion des stocks...) en vue de la signature de l'accord de la subvention de la 2^{ème} phase du Round 8 Tuberculose. Il en est de même pour la 2^{ème} phase Round 8 VIH dont les négociations sont en cours avec le FOSAP.
- Les vérifications et contrôles de tous les rapports trimestriels des quatre PR (PNUD, AMASOT, UNAD et FOSAP) ont été réalisés par le LFA,
- La participation du LFA à 5 sessions du HCNC au cours l'année 2012
- Deux missions de vérification des activités ont été effectuées sur les sites : une au Sud à Pala, Bongor, Ndjamena et l'autre au Nord à Adré, Abéché, Mongo, Melfi et N'Djamena.

10. Goulots d'étranglement

Ils sont entre autre le retard dans la production des rapports trimestriels d'activités et financiers par le PR, les nombreuses sollicitations du Fonds Mondial pour des vérifications spécifiques et le retard dans le décaissement aux RP. La qualité des pièces justificatives produites par les PR reste un réel problème. C'est ce qui explique des montants élevés des dépenses classées par le Fonds Mondial comme dépenses inadmissibles ou insuffisamment justifiées. Aussi la collecte des données et l'analyse des indicateurs restent également un souci majeur pour la qualité des rapports produits par les PR.

11. Leçons apprises

Les subventions du Fonds Mondial aux programmes nationaux de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA constituent des apports non négligeables pour aider le Tchad dans sa stratégie de réduction de la pauvreté et pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Malheureusement comme tous les programmes nationaux, la gestion de ces subventions font apparaître des faiblesses tant structurelles qu'organisationnelles ayant des impacts négatifs sur leurs performances. Ces mauvaises performances ont entraîné le non décaissement des ressources prévues. Au niveau actuel des choses, l'implication de tous les partenaires à différents niveaux s'avère indispensable afin d'épargner les rounds actuels des mesures suspensives.

12. Conclusion

Dans le cadre de ses fonctions, le LFA a contribué de façon efficace à la mise en œuvre des différentes subventions Fonds Mondial en cours. Il s'agit du round 8 TB et VIH et le round consolidé 7 et 9 du Paludisme. Pour mener à bien ces programmes, le HCNC en collaboration avec tous acteurs sont invités à appuyer les PR pour aboutir à une bonne performance et obtenir la confiance du Fonds Mondial.

3.1.3. PROJET D'APPUI AUX SERVICES DE SANTÉ ET À LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE DANS LES DISTRICTS SANITAIRES D'ABOUDÉIA ET D'AM-TIMAN

1. Introduction

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

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

Le présent rapport fait le point des activités exécutées durant la période du 1er Mai au 31 Décembre 2012.

2. Objectifs

a. Objectif général

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

b. Objectifs spécifiques

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

3. Staff du projet (équipe centrale)

No	Personnel CSSI/Aboudéia	Fonction	N°	Personnel CSSI/Am-Timan	Fonction
01	Dr CAMARA Morikè	Coordonnateur	15	Dr Abdoulmoumouni Rabo Mainassara	Chirurgien Am-Timan.
02	Dr Ouedraogo Abdoulaye	Chirurgien Aboudeia /	16	Abdel Kerim Ahmat Hissein	Admin-Gest. /AM
03	Hilang Rigobert	Admin- Gest. AB	17	Brahim Amadaye (Anaman)	Chauffeur
04	Maida Madeleine Haitouin	Mobilisatrice Sociale.	18	Tai Jonathan	Aide Chirurgien
05	Mahamat Hisseine Al-Fal	Chauffeur	19	Zakaria Vaidang	Anesthésiste.
06	Ali Ahmat Tom	Planton	20	Youssef Bimba	Gardien
07	Yanghum Hanai	Maintenancier	21	Abdel Hakim Adamou	Planton
08	Mahamat Adoum Saraf	Manoeuvre	22	Abdelmadjid Hassan	Mobilisateur social
09	Ahmat Hano	Gardien	23	Marioma Abdelaziz	Mobilisatrice sociale.
10	Mahamat Hissein	Gardien	24	Mahamat Kalpo.	Mobilisateur social.
11	Mahamat Oudah	Manoeuvre	25	Siam Abdoulaye	Gardien
12	Mahamat- Saleh Mahamat	Mobilisateur social.	26	Mme Rabo Halima Aboubakar.	Instrumentaliste.
13	Moussa Manomi	Anesthésiste.			
14	Yona Huberte	Pharmacienne.			

4. Collaboration institutionnelle

- MSP ;
- MSF-Hollande ;
- Unicef ;

- OMS ;
- FOSAP.

5. Principaux bailleurs

- Union Européenne ;
- Etat.

6. Stratégies ou approches

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

7. Zone d'intervention

Tchad, Région du Salamat, Districts sanitaires d'Am-Timan et d'Aboudéia.

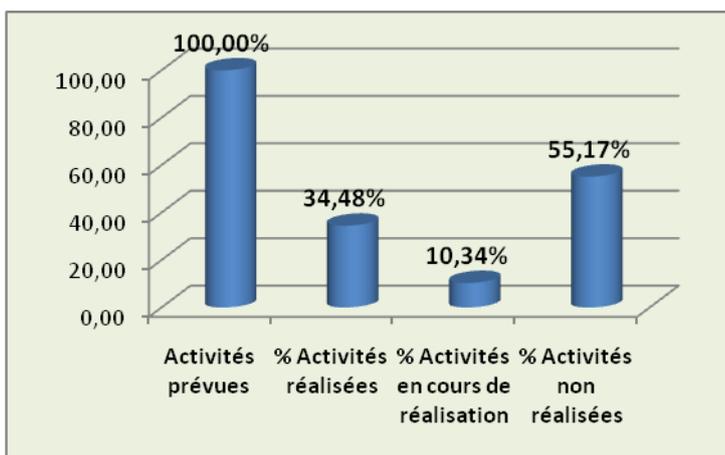
8. Durée du projet

Le projet a une durée de 30 mois.

9. Activités réalisées en 2012

En 2012, 29 activités ont été prévues dont 10 réalisées, 3 en cours de réalisation et 16 non réalisées.

Les taux de réalisation respectifs sont illustrés par le graphique le ci-après.



La non réalisation de la plupart des activités est due à la grève du personnel de l'Etat.

9.1. Résultats des activités réalisées

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

Par rapport à ce résultat, deux activités ont été réalisées.

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

Interventions chirurgicales	Am-Timan	Aboudeia	Total
Interventions programmées	524	123	647
Intervention en urgences	243	39	282
Nombre de césariennes	108	20	128
Accouchements compliqués pris en charge	76	56	132

La prise en charge des urgences gynéco-obstétricales et chirurgicales est effective dans les deux districts. En 2012, 282 interventions ont été réalisées en urgence dont 243 à Am-Timan et 39 à Aboudeia. On note parmi les urgences, 108 césariennes à l'hôpital d'Am-Timan et 20 à l'hôpital d'Aboudeia. En programmée, 524 interventions ont été réalisées à Am-Timan contre 123 à Aboudeia.

Il y a 76 cas d'accouchements dystociques pris en charge à l'hôpital d'Am-Timan, soit un taux de 2,95% tandis qu'à Aboudeia, l'on a enregistré 56 cas d'accouchements dystociques pris en charge correspondant à un taux de 1,42%.

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

En 2012, le CSSI a appuyé l'approvisionnement des médicaments au niveau des hôpitaux par le transport des médicaments de la PRAs vers l'hôpital d'Aboudeia. Les transports des médicaments dont les dates de livraison énumérées ci-après ont été assurés par CSSI.

Il s'agit des commandes du : 05/05/2012, 01/06/2012, 01/07/2012, 31/07/2012, 01/09/2012, 10/10/2012 et 06/11/2012

En ce qui concerne la gestion des médicaments à l'hôpital d'Aboudeia, une fiche de pointage journalière de sortie de médicaments est mise en place et à la fin du mois, il y a un rapport sur la situation du stock de médicament. Le stock est renouvelé à partir du recouvrement de coût.

L'hôpital d'Am-Timan s'approvisionne sur place à la PRA Salamat.

Les taux de disponibilité des médicaments aux hôpitaux du district d'Am-Timan et Aboudeia sont respectivement de 93,2% et 85,1%. La disponibilité des médicaments n'est pas plus meilleure que la situation de départ (89,48% à l'hôpital d'Am-Timan et 93,2% à l'hôpital d'Aboudeia). (voir tableau en Annexe)

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

4.1. Former les membres ECD en planification et en supervision

La formation en technique de planification et en technique de supervision a été scindée en deux formations.

- La formation en planification du 17 au 18 décembre 2012. Elle a concerné 38 personnes composées des membres des équipes cadres de la délégation et des districts dont 26 à Am-Timan et 12 Aboudeia.

Formation des ECD et RCS en technique de planification	Am-Timan	Aboudeia	Total
Nombre de séance	1	1	1*
Nombre de participants	26	12	38

*les bénéficiaires de ces deux districts ont été regroupés pour faire la formation en une seule séance.

- La formation en technique de supervision en date du 19 au 21 décembre 2012. Cette formation a regroupé 20 participants constitués des membres des équipes cadre des districts et les responsables des centres de santé dont 7 à Aboudeia et 13 à Am-Timan.

Formation des ECD en technique de supervision	Am-Timan	Aboudéia	Total
Nombre de séance	1	1	1*
Nombre de participants	13	7	20

*les bénéficiaires de ces deux districts ont été regroupés pour faire la formation en une seule séance.

4.14 Plaidoyer pour l'affectation du personnel qualifié complémentaire dans les 2 hôpitaux

Des plaidoyers ont été faits par des responsables des deux districts sanitaires pour l'affectation du personnel qualifié complémentaire par des notes officielles adressées à la Délégation sanitaire.

- Pour l'hôpital d'Am-Timan, le plaidoyer a été fait à travers la note N° 068/MSP/SE/SG/DGASR /DSR/DSA/2012. Et la liste du personnel complémentaire demandé se présente comme suit :

Grade	Nombre
Secrétaire	1
Sage femme diplômée d'Etat	1
Infirmier diplômé d'Etat	3
Agent Technique de santé	5

- En date 09 octobre 2012, une requête a été adressée à la Délégation sanitaire de Salamat par le MCD d'Aboudeia pour l'affectation de personnel complémentaire. La liste de ce personnel est la suivante.

Grade	Nombre
Technicien en pharmacie	1
Sage femme diplômée d'Etat	1
Technicien en laboratoire	1
Agent Technique de santé	3
Technicien ou manipulateur radio	1
Agent d'hygiène et assainissement	1

4.15 Recrutement du personnel complémentaire

Le recrutement du personnel complémentaire a eu lieu en 2012 sur le fonds du projet. Le nombre des agents recruté est fonction du fonds disponible. La liste par catégorie se présente comme suit :

- Am-Timan : 2 ATS, 4 IDE
- Aboudeia : 3 ATS, 2 IDE, 2 SFDE

4.2 Elaborer les PAO des deux districts

Le PAO du district d'Am-Timan a été élaboré, par contre à Aboudeia, il n'en est pas le cas. Le PAO du district d'Am-Timan avait retenu 8 résultats à atteindre.

Suivi et évaluation

- Mettre en place l'assistance technique

Les chirurgiens, anesthésistes, aides opérateurs et le Médecin en santé publique sont mis en place par le CSSI.

- Organiser un atelier de lancement du projet et de validation des besoins

L'atelier de lancement du projet a eu lieu à Am-Timan le 08/10/2012 dans la salle de réunion de la délégation sanitaire

- Assurer des missions d'appui et de supervision des équipes techniques

Le suivi des activités sur le terrain a eu lieu. L'hôpital d'Am-Timan et les centres de santé urbains ont été visités. Les listes des 20 MEG des CS et hôpitaux ont été adoptés.

10. Activités en cours de réalisation

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

2.10. Elaborer les micro- plans des CS

Le canevas a été mis à la disposition des RCS pour les drafts afin de soumettre à la validation par les ECD. Ces drafts ne sont pas encore élaborés.

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

3.1 Restructurer les organes de gestion de 20 CS en y incluant des femmes (restructurer les COSAN et COGES des ZR urbaines des deux districts)

A Aboudeia, cinq CS ont vu leurs COSAN et COGES structurés, il s'agit du CS de Darasna, Am habilé, Aboudeia urbain. Foulounga et Liwi.

Tandis qu'à Am-Timan, les trois CS urbains ont été structurés : CS Am-Timan Nord, AM-Timan sud et le CS Amsiné.

Il reste deux CS à structurer à Aboudeia et 10 à structurer à Am-Timan.

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

4.5. Tenir tous les 3 mois la réunion du comité directeur du district

Une seule réunion du comité directeur du district a été tenue à Am-Timan, par contre à Aboudeia, aucune réunion du comité directeur n'a été tenue.

11. Goulots d'étranglement (difficultés)

- Insuffisance d'engouement des responsables sanitaires au niveau des districts pendant les différentes phases des activités;
- Sous budgétisation des activités du projet;
- Faible promptitude et complétude des rapports;
- Perturbations des activités suite à la grève;

12. Leçons apprises

- La qualité et la quantité des résultats obtenus étaient fonction de la participation et de l'engagement de chaque partenaire ;
- La motivation et la rigueur dans les principes a produit plus de bons résultats que la conscientisation seule.

13. Conclusion

- Durant cette période, la collaboration entre les partenaires dans l'exécution des activités se renforçait davantage ;
- Le nombre d'activités réalisées augmentait à chaque trimestre ;
- Tous les problèmes susceptible d'entraver l'évolution correcte des activités ont été résolu grâce à l'appui du niveau central ;
- Bien qu'il reste beaucoup à faire, les indicateurs ont connu dans l'ensemble, une certaine évolution positive.

ANNEXE

Suivi des indicateurs pour 2012				
Indicateurs	Baseline	Cible	Am-Timan	Aboudeia
Taux de mortalité maternelle intra-hospitalière.	ND	< 1%	ND	ND
Taux de mortalité infanto-juvénile intra hospitalier.	ND	Diminution de 50%	ND	ND
Taux utilisation des CS.	0,16NC/ha/an	0,30NC/ha/an	23,13% 47575	16,46% 12 034
Taux utilisation des HD.	4%	+50%	2,08% 2 589	7,6%* 3 376
Taux de CPN3	24,76%	+50%	26% 2 263	45,37% 1123
Taux de VAT2 et + chez les femmes enceintes.	67%	90%	76,54% 6660	90,59 % 22 242
Taux accouchement assistés.	15%	30%	4,15% 350	26,93 % 646
Taux de CPoN.	0,96%	+50%	5,27% 444	18,34 % 440
Taux de couverture CPE.	14%	+50%	5,90% 1 772	26,65% 2 845
Taux de Penta.	70%	>90%	79,4 %	119,37%
Taux malnutris présentant une MAM	ND	>90%	ND	ND
% de COGES tenant des réunions mensuelles	10%	100%	91,4 % 12	100% 7
% de COSAN tenant des assemblées générales semestrielles.	10%	80%	69,23% 13	14,29% 1
Nombre de l'ECD complets	0	2	100% 1	100% 1
Nombre de réunions mensuelles te tenant par l'ECD	0	2	71,15% 111	80,95% 68
% de PCA réalisées au niveau de. chaque Hôpital.	ND	100%	91,67% 11	83,33% 10
Taux d'accouchement compliqué.	8%	15%	2,57 % 9	5,69% 4
Taux de césarienne.	0,96%	5%	1,13 % 95	0,83% 20
Séjour moyen	5j		7j	7j
Taux d'occupation moyenne	ND	80%	67,19 % 26 977	28,71% 5 239
Taux d'évasion	ND	80	2% 80	2,09 % 21
Taux de guérison	90%	>95%	98,39% 2 087	82,12% 824
Létalité du Paludisme grave	3,31%	ND	ND	ND
Létalité IRA	6,20%	ND	ND	ND
Létalité de la Méningite	5,66%	ND	ND	ND
Létalité de la Diarrhée/ Déshydratation	4,53%	ND	ND	ND
Létalité de la Rougeole	2,11%	ND	ND	ND
Taux de disponibilité des médicaments	89,48%	>95%	93,2%	85,17%

dans les hôpitaux				
%prescriptions conformes aux protocoles	75%	>95%	88,3%	87,5%
Nombre moyen médicaments par ordonnance	2,69	2-3	2,5	2,9
Coût moyen par ordonnance	470,40FCFA	<500FCFA	635,5 FCFA	889 FCFA
% de femmes qui accèdent au service PTME.	ND	ND	ND	ND
% CS avec un PMA complet.	15%	100%	15,38% 2	ND
Taux de couverture vaccinale 0-11 mois. (enfants complètement vaccinés),	50,70%	>90%	65,87% 4 878	83,04% 1 749
% malnutris dépistés	4%	Augmentation de 50%	8,2% 3 066	13,03% 1 386
% malnutris présentant MAM guéris	ND	>90%	73,42% 2 251	25,25% 350
Taux de couverture en BEF	2%	5%	1% 493	6,53% 848
% organes de gestion restructurés	0%	100	23,00% 3	71,4% 5
% organes de gestion fonctionnels	0%	80%	100% 13	100% 7
Nombre de séance de sensibilisation par les COSAN	0	-	0	0
Nombre d'accoucheuses traditionnelles formées.	0	100	0	0
% femmes référées par les accoucheuses traditionnelles formées.	0%	>10%	0	ND
Nombre d'AVS formés.	0	100	0	0
% de la population utilisant les relais villageois.	0%	10%	ND	ND
Taux de réalisation des activités des PAO.	11,90%	>85%	ND	ND
Taux de réalisation des réunions de coordination.	0%	>90%	ND	ND
% de CS supervisés au moins une fois par trimestre.	55%	100%	64,28% 9	85,71% 6
% de CS disposant de micro plans annuels.	0%	100%	10%	0

3.1.4. PROJET DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE

Introduction

Le projet de lutte contre les Violences Basées sur le Genre à l'Est du Tchad et plus précisément dans les zones de Gozbéida et de Koukou Angarana mis en œuvre par l'équipe psychosociale du Centre de Support en Santé Internationale(CSSI) avec l'appui technique et financier de l'UNFPA est une suite logique de celui de 2011 tant dans ses dimensions prévention, prise en charge psychologique, sociale et communautaire, référencement et coordination.

Ce projet a été exécuté dans la région du Darsila notamment dans quatorze(14) localités à savoir dans la zone de Gozbéida englobant la ville de Gozbéida, les sites de déplacés de Gouroukoun, Koubigou, Gassiré, Ganachour, Sanour et Koloma ; celle de Koukou Angarana prenant en compte la ville de Koukou Angarana, les sites de déplacés de Habilé(1,2,3), Aradip(1,2) et les villages de retour de Louboutigué, Gododigué, Tiéro et Maréna.

Ces activités se sont essentiellement articulées autour de la sensibilisation (causeries éducatives), les Focus Groups, les Groupes de Parole et les Débriefings, les renforcements de capacités (formations), la recherche de nouveaux cas, le rapportage et la documentation des cas de VBG sur les fiches d'incident et dans le système GBVIMS, l'appui psychosocial, la référence vers les services disponibles selon la pertinence et le consentement éclairé des victimes et la coordination entre les acteurs de prise en charge des survivants ou survivantes de VBG. En 2012 les activités se sont déroulées de juillet à Décembre.

I. EQUIPE PSYCHOSOCIALE

L'équipe psychosociale de CSSI à l'Est du Tchad en charge du projet VBG 2012 de lutte contre les Violences Basées sur le Genre est composée d'un psychologue clinicien, de cinq(05) assistants psychosociaux et de quinze(15) agents de Santé communautaires.

Les tâches de chacun des maillons de la chaîne sont clairement établies à savoir que le psychologue clinicien est chargé de la coordination des activités, la supervision des activités des agents psychosociaux, de la prise en charge psychologique des cas sévères et de la formation continue des agents de terrain , les assistants psychosociaux ont comme prérogatives la supervision des animateurs de terrain, la documentation des cas de VBG, le remplissage des fiches d'incident et la prise en charge psychosociale des cas moins graves et les animateurs sont en charge de l'animation des activités de groupe matérialisées par les causeries éducatives, les focus groups, les groupes de parole et les débriefings, la recherche de nouveaux cas de VBG et leur rapportage.

II. COLLABORATION AVEC LES PARTENAIRES

Dans une logique d'intervention coordonnée, intégrée et dans le souci de la recherche des meilleures stratégies de prise en charge psychosociale en termes de bonnes pratiques pour une réhabilitation intégrale, efficace et efficiente des survivants ou survivantes de VBG ou SVBG, l'équipe psychosociale a beaucoup travaillé sur le terrain en étroite collaboration avec les autres organisations qu'elles soient étatiques, du système des Nations ou Non Gouvernementales.

Au titre de ces partenaires, nous pouvons citer les délégations de la santé et de l'Action Sociale du Darsila, le District Sanitaire de Gozbéida, l'Hôpital de Gozbéida, COOPI, HIAS, ADES, FLM, APLFT, la Préfecture, la Sous-Préfecture, la Mairie, la Gendarmerie, la Police, la DIS, LTDH, FLM, FPT, Radio Sila, les autorités Gouvernementales, Cantonales, Religieuses, Coutumières, UNFPA, UNHCR et OCHA.

III. RENFORCEMENT DES CAPACITES

Au titre du projet 2012 de lutte contre les Violences Basées sur le Genre, il était inscrit deux(02) formations à savoir celle des Agents Psychosociaux sur l'Appui Psychosocial avec le Module National et la seconde des Agents Psychosociaux, des Prestataires de Soins, des Juges de Paix et des Auxiliaires de Justice sur le Référencement.

Notons que toutes ces deux(02) formations ont été animées par le CSSI en collaboration avec le partenaire étatique que sont les Directions Régionales de l'Action Sociale et de la Santé de la région du Darsila et les acteurs de terrain que sont COOPI et APLFT.

Le tableau ci-dessous récapitule ces deux(02) formations :

TABLEAU 1 : RECAPITULATIF DES FORMATIONS ANIMEES COURANT PROJET 2012

THEMES DE FORMATION	PROFIL PARTICIPANTS	NOMBRE PARTICIPANTS	ORGANISATIONS REPRESENTEES	PERIODE D'ANIMATION
Appui Psychosocial avec le Module National	Agents Psychosociaux Prestataires de Soins	30	Délégations régionales de la Santé et de l'Action Sociale du Darsila, le District Sanitaire de Gozbéida, l'Hôpital de Gozbéida, CSSI, COOPI, HIAS, ADES, FLM et FPT	22 au 27 Octobre 2012
Référencement	Agents Psychosociaux, Prestataires de Soins, Juges de Paix et Auxiliaires de Justice	30	la Préfecture, la Sous-Préfecture, la Mairie, les Délégations de la Santé et de l'Action Sociale, la Gendarmerie, la Police, la DIS, Hôpital, UNFPA, CSSI, COOPI, APLFT, ADES, CNARR, LTDH, FLM, FPT et Internews	09 Novembre 2012

IV. PREVENTION

Les activités de sensibilisation (causerie éducative), de Focus Groups, Groupes de Parole et de débriefing ont été animées par les relais communautaires sous la supervision technique des agents psychosociaux et du psychologue clinicien. Ces activités de groupe ont tourné autour des thématiques suivantes :

IV.1. THEMES DE CAUSERIE EDUCATIVE

- Sensibilisation de porte à porte sur les conséquences psychologiques et sociales des violences domestiques dans le foyer
- Sensibilisation de la population sur les conséquences psychologiques, physiques, sociales et juridiques de l'excision
- Sensibilisation de la population sur les différentes formes de violences basées sur genre (GBV) et violences sexuelles basées sur le genre(SGBV)
- Sensibilisation de la population sur les conséquences psychologiques, physiques, sociales et juridiques des violences domestiques dans les foyers ;
- Sensibilisation de la population sur les conséquences psychologiques, physiques, sociales et juridiques d'un mariage forcé.
- Sensibilisation de masse sur les conséquences psychologiques et sociales des violences domestiques dans les foyers;
- Sensibilisation des femmes et les jeunes filles à prendre des précautions pour ne pas s'exposer au viol.

IV.2. THEMES DE FOCUS GROUPS

- Qu'est-ce qui peut pousser un couple aux violences domestiques ?

IV.3. THEMES DE GROUPES DE PAROLE

- Quelles sont les raisons qui poussent les parents à donner leurs enfants en mariage forcé et comment faire pour éviter de telle pratique néfaste ?
- Qu'est-ce qui peut pousser une jeune fille à s'exposer au viol et quelles précautions doit-elle prendre pour l'éviter ?
- Qu'est-ce qui peut pousser une fille à avorter et comment faire pour éviter de telle pratique néfaste.

IV.4. THEMES DE DEBRIEFING

Le traumatisme psychologique vécu par les survivant(e) de suite des GBV et SGBV

Au titre des causeries éducatives 4572 personnes ont été touchées dont 1677 hommes et 2895 femmes. En ce qui concerne les focus groups, nous en dénombrons 821 femmes. Les groupes de parole ont enregistré la participation de 1792 femmes et enfin les débriefings 711 femmes. En somme, les activités de sensibilisation ont permis de toucher 7896 personnes dont 6219 femmes et 1677 hommes.

Notons qu'aussi bien que dans la zone de Gozbéida et celle de Koukou Angarana, près de **1000 sifflets dont 664 à Gozbéida et 336 à Koukou Angarana** ont été distribués dans les 14 localités d'intervention du CSSI en matière de prévention aux Violences Basées sur le Genre.

V. RAPPORTAGE DES CAS

Le projet 2012 de lutte contre les Violences Basées sur le Genre dans les quatorze(14) localités d'intervention dans les zones de Gozbéida et de Koukou Angarana a enregistré le rapportage de cent quarante-huit(148) dont trois(03) cas de viol dont 2,03, vingt-neuf(29) cas d'agression sexuelle dont 19,59 ; soixante-neuf(69) cas d'agression physique dont 46,62 ; dix(10) cas de mariage forcé dont 6,76 ; vingt-deux(22) cas de déni de ressources, d'opportunités ou de services 14,86 et quinze(15) cas de maltraitance psychologique dont 10,14.

Nous notons qu'au titre des types de Violences Basées sur le Genre rapportés par l'équipe psychosociale de CSSI l'Est du Tchad et plus précisément dans les zones de Gozbéida et de Koukou Angarana, l'agression sexuelle occupe une place de choix avec 46,62% ; suivi de l'agression sexuelle 19,59% ; le déni de ressources, d'opportunités ou de services 14,86% ; la maltraitance psychologique/ Emotionnelle 10,14% ; le mariage forcé 6,76% et enfin la boucle est tenue par le viol 2,03%.

En ce qui concerne les cas documentés au nombre de quatre-vingt(80) représentant 54% de tous les cas, nous en déchiffrons deux(02) viols dont 2,5%, quinze(15) agressions sexuelles dont 18,75%, quarante-trois(43) agressions physiques dont 53,75%, quatre(04) mariages forcés dont 5%, quinze(15) dénis de ressources dont 18,75%, d'opportunités ou de services et une(01) maltraitance psychologique/émotionnelle dont 1,25%.

Le constat au niveau des cas de VBG et SVBG documentés est que l'agression physique vient en tête avec 53,75% ; ensuite suivent l'agression sexuelle, le déni de ressources, d'opportunités ou de services, le mariage forcé, le viol et la maltraitance psychologique/émotionnelle respectivement 18,75% ; 18,75% ; 5% ; 2,5% et 1,25%.

Ces résultats dénotent du travail colossal abattu par l'équipe psychosociale de CSSI à travers le dispositif de rapportage mis en place basé sur les quatre principes fondamentaux à savoir la sûreté, le respect, le consentement et la non-discrimination et l'implication effective des communautés de base, des leaders communautaires, des cheikhs, des chouchiés, des membres des comités, des points focaux, des mouvements de femmes, de jeunesse, des autorités politiques, administratives, traditionnelles, religieuses, sultanales et cantonales.

VI. SITUATION DES CAS SOCIAUX

Le projet 2012 a enregistré six cent quarante-sept (647) visites à domicile à but d'évaluer les dispositifs familiaux et environnementaux d'accompagnement thérapeutiques dans les quatorze(14) localités d'intervention du CSSI à l'Est du Tchad en matière de lutte contre les Violences Basées sur le Genre et d'assainir les milieux de vie des survivants ou survivantes et les vulnérables pour une guérison plus efficace, efficiente et rapide en exhortant les familles à jouer leur partition dans la thérapie.

Ces personnes se trouvent dans une extrême vulnérabilité, raison de plus pour interpeller la délégation de l'Action Sociale et ses partenaires techniques et financier pour l'instauration rapide des stratégies de prise en charge en termes de moyens de subsistance, d'abris, de réinsertion socioprofessionnelle et économique de ces derniers.

VII. PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

Sur la plan psychologique, 115 cas dont six(06) viols, dix-huit(18) agressions sexuelles, dix(10) mariages forcés, quatorze(14) dénis de ressources, d'opportunités ou de services, onze(11) maltraitements psychologiques/émotionnelles et cinquante-six(56) agressions physiques ont fait l'objet de prise en charge et les pathologies tournent des Phobies spécifiques (Phobie du sang, des hommes), Risque Suicidaire, Anxiété Généralisée, Conduites Addictives (Dépendance à la nicotine, aux substances psychoactives, à l'alcool), Etats dépressifs majeurs, Troubles de Stress Post Traumatique, Déficit de l'Attention, Hyperactivité, Trouble d'Agoraphobie, Trouble Obsessionnel Compulsif et Dysthymie. Ce sont les cas rapportés non documentés, des cas documentés, des cas référés par les autres partenaires (COOPI, APLFT, Délégation de l'Action Sociale...) et les cas qui ne sont pas des Violences Basées sur le Genre mais nécessitant une assistance psychologique.

VIII. REFERENCEMENT DES CAS DE VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE

La plupart des cas documentés en ont fait l'objet de référence vers les autres services disponibles en l'occurrence le médical avec COOPI, le juridique avec APLFT selon la pertinence, la nécessité et avec le consentement éclairé des survivantes ou survivants de Violences Basées sur le Genre. Nous en dénotons cinquante-deux(59) cas.

Mentionnons aussi que des cas de Violences Basées sur le Genre nous ont aussi été référés par les autres services impliqués dans la prise en charge intégrée.

IX. MPACT DE LA PREVENTION ET DE LA REPONSE

Le projet 2012 de lutte contre les VBG et SVBG a eu un impact positif sur le processus de prise de conscience, de changement de comportement durable et sur l'appropriation au niveau communautaire. En cela, nous pouvons noter :

Changement progressif de mentalité des communautés concernées qui est un processus

Implication des autorités coutumières et religieuses dans cette lutte contre les VBG

Instauration progressive de la culture de la dénonciation des cas de VBG

Abandon progressif de certaines pratiques traditionnelles néfastes comme l'excision, le mariage précoce et le mariage forcé

Augmentation du capital de confiance aux acteurs de prise en charge

Au titre des acquis, nous pouvons mentionner la guérison complète sur le plan psychologique de quatre-vingt-deux(82) survivants et leurs familles qui étaient en souffrance dont quatre(04) viols, quinze(15) agressions sexuelles, huit(08) mariages forcés, onze(11) dénis de ressources, d'opportunités ou de services, neuf(09) maltraitements psychologiques et quarante-un(35) agressions physiques à travers la prise en charge clinique individualisée, de groupe comme le débriefing, la médiation et la normalisation.

Le suivi thérapeutique sur le plan psychologique, social et communautaire doit se poursuivre pour les survivants ou survivantes toujours en souffrance ainsi que leurs famille de façon soutenue et continue.

X. DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE L'EXECUTION DU PROJET 2012

Les difficultés rencontrées au cours de l'exécution physique des activités sur le terrain durant ce projet 2012 par l'équipe psychosociale de CSSI sont la désertion en saison pluvieuse des sites par les communautés pour raison de travaux champêtres au niveau des villages de retour notamment, les semis, labours, sarclages et les récoltes, laquelle est souvent source de rapportage tardif et même de déperdition des cas de Violences Basées sur le Genre car elles se passent dans les aires de campements.

Il y a aussi la quasi-inaccessibilité de certaines zones en saison pluvieuse comme Louboutigué, Gododigué, Tiéro et Maréna due au mauvais état des voies entrecoupées de Wadis.

Nous notons aussi le fait que même les victimes suivies et leurs familles sont absentes des sites de façon répétée et prolongée, ce qui n'est pas de nature à permettre un suivi régulier, fluide et efficace pour une guérison rapide et définitive.

Mentionnons que cette phase des travaux champêtres mobilise plus de main d'œuvre d'où le constat que la quasi-totalité des communautés des sites d'intervention est absente.

L'une des difficultés majeure sur laquelle, nous attirons l'attention du partenaire technique et financier est la discontinuité du projet, laquelle ne favorise pas la consolidation des acquis sur le terrain en termes de poursuite du processus de changement qualitatif et de façon durable du comportement des communautés de base et de prise en charge efficace et efficiente des survivants ou survivantes de SVBG et leurs familles sur le plan psychologique et de leur assurer une guérison rapide.

XI. RECOMMANDATIONS

La consolidation des acquis du projet de lutte contre les Violences Basées sur le Genre pour une prise en charge psychologique, sociale et communautaire efficace, efficiente et pour permettre d'amorcer un bon processus d'appropriation de cette lutte nécessite le paramétrage d'un certain nombre d'aspects en l'occurrence :

- Permettre une continuité du projet en 2013 sans interruption,
- Appuyer en ressources les acteurs de prise en charge pour une meilleure fonctionnalité du centre intégré de prise en charge des cas de VGB et SVBG,
- Etendre les champs d'action du projet dans les villages de retour notamment les sous-préfectures de Kerfi, Adé et Moudéina à travers des campagnes multimédias de lutte contre le phénomène,
- Mettre en place des mécanismes d'appui à la logistique pour une fluidité du déplacement sur le terrain et
- Doter les acteurs de terrain de tee-shirts aux logos du partenaire technique et des organisations en charge de l'exécution physique des activités pour une meilleure visibilité.

XII. CONCLUSION

Le projet de lutte contre les Violences Basées sur le Genre exécuté par l'équipe psychosociale du CSSI à l'Est du Tchad, sous financement de l'UNFPA s'est articulé sur trois grandes dimensions à savoir la prévention, la réponse et la coordination, lesquelles sont imbriquées et complémentaires pour venir à bout de cette problématique.

La totalité des activités inscrites au titre de ce projet a été exécutée à savoir les formations, les sensibilisations, la distribution des sifflets et la prise en charge psychologique et sociale des survivants ou survivantes de Violences Basées sur le Genre. En plus de cela, le CSSI a contribué à la mise en place d'un centre intégré de prise en charge des survivants ou survivantes de VBG et SVBG.

Cette réussite est aussi à mettre à l'actif du niveau central de CSSI, qui a organisé des missions d'appui-conseils, de suggestions, de propositions et d'orientations de l'équipe de terrain.

Nous pouvons alors au vue des réalisations noter que le niveau d'exécution physique des activités de terrain est très satisfaisant dans les quatorze(14) localités d'intervention du CSSI dans les zones de Gozbéida et de Koukou Angarana en matière de lutte contre les Violences Basées sur le Genre.

Notons que pour une meilleure consolidation des acquis sur le terrain, fonctionnalité du centre intégré de prise en charge des cas de VBG et SVBG, une poursuite de l'amorce du processus de changement positif de comportement et une appropriation de la lutte contre ce phénomène par les communautés de base, le projet doit continuer sans interruption et sans discontinuité.

3.1.5. PROJET DYNAMISATEUR

Introduction

Face à la problématique du VIH/SIDA/MST, et en réponse aux problèmes de population auxquels le Tchad est confronté, le Plan Stratégique national de Lutte contre le Sida et la Politique de Population du Gouvernement ont fortement recommandé la promotion, l'implication et la responsabilisation des ONG/Associations, au titre des stratégies devant être prioritairement développées. Aussi, le Projet Population et Lutte contre le SIDA (PPLS), à travers sa composante Fonds de Soutien aux Activités en matière de Population (FOSAP), vise le développement, la promotion des ONG/Associations en leur offrant un support financier, technique et professionnel. Cependant, préoccupé par la situation précaire dans laquelle se retrouvent la plupart de ces organisations ayant sollicité l'appui financier au bénéfice d'un projet, le PPLS s'est proposé de concrétiser ce soutien aux ONG/Associations par l'intermédiaire des autres ONG comme Projet Dynamisateur. Ainsi depuis février 1999, le CSSI est chargé d'assurer l'encadrement des ONG/Associations dans les départements du Batha Est et Ouest, du Guéra et du Salamat. Dans le cadre du PPLS2, cet appui du CSSI se poursuit dans la région du Salamat.

Activités réalisées

- Participation de l'antenne d'Am-Timan à deux ateliers organisés au début de la période de prolongation du Projet :
- Atelier de restitution des activités de l'année 2011 et de planification des activités du projet pour la période 2012-2013 du 14 au 18 Février 2012 à N'Djaména ;
- Atelier de restitution au niveau régional organisé du 28 Février au 1^{er} Mars 2012 à Am-Timan.

Photo 1 : *Participants à l'atelier régional de restitution et de planification des activités*



Tableau : Associations retenues et taille/GVP pour les activités de 2012-2013.

Associations	Jeunes (garçons /filles)	Femmes	Femmes libres	Routiers	Commerçants	Total
ADCT	600	400	80	60	100	1240
ADADS	600	450	60	50	100	1260
ACIJS	600	400	125	60	100	1285
AFPHA	600	500	40	60	80	1280
Al-Ittifak	600	500	50	100	100	1350
AADAPS	600	500	60	80	100	1340
Annasour	600	500	125	40	80	1345
AFFAF	600	560	0	0	100	1260
BAC	600	500	125	50	125	1400
CADS	600	400	70	10	200	1280
AFDAFE	600	575	0	0	0	1175
ASATPAFA	600	500	50	0	100	1250
Total	7200	5785	785	510	1185	15 465

- Organisation du 09 au 10 novembre 2012, d'un atelier régional de redynamisation du projet à Am-Timan. A l'issue de cet atelier une feuille de route a été proposée pour développer des stratégies à très court terme (échéance du 31 mars 2012) afin de rattraper le gap. La feuille de route recommande une approche spécifique, laquelle a identifié clairement les problèmes cruciaux et les activités stratégiques assorties d'un plan de communication sociale qui nécessite l'implication effective des parties concernées parmi lesquelles les autorités administratives et locales et les responsables des services déconcentrés de l'Etat.

Photo 2 : Atelier de redynamisation à Am-Timan



- Organisation le 26 Novembre 2012 d'un atelier de restitution des activités de prévention des IST/VIH/Sida et de la mortalité maternelle et infantile de tous les partenaires financés par le FOSAP à Am-Timan.
- Du 04 au 09/02/2011, l'antenne du projet de Salamat a accueilli une mission de supervision du niveau central dans la zone d'intervention, composée du consultant chargé de l'appui technique du PLSII, du coordonateur du PLSII, de l'administrateur et du chargé de programme du FOSAP, du DGRP du Ministère de la santé publique et du chef d'Antenne du projet Dynamisateur.

Cette mission a pour objectif, le suivi de l'évolution des activités du projet sur le terrain. Des séances de travail ont été organisées avec les autorités administrative et sanitaire. Quelques séances des pairs éducateurs, des communicateurs sociaux, et des équipes mobiles ont été supervisées.

Photo 3 : Mission de supervision du niveau central à Kieké



- Du 27 au 04 Mai 2012, l'antenne de d'Am-Timan a accueilli une mission du CSSI niveau central pour le suivi des activités du projet Dynamisateur. La mission était composée de l'Administrateur du CSSI accompagné du chargé de suivi-Evaluation du CSSI. L'objet de la mission était la supervision des activités de l'Antenne et celles des associations partenaires du CSSI dans la mise en œuvre du Projet Dynamisateur. Onze associations sur douze ont été rencontrées par la mission.
- Du 31 janvier au 03 février, du 04 au 05 et du 16 au 17 Décembre 2012, se sont organisées des missions de sensibilisation et plaidoyer aux chefs traditionnels, religieux et notables des Villages Djouna, Mourayé, Abgué, Aboudeia, Amhabilé, Adileba, Azarzoura, Timnomak, Al-Hidjerat à Aboudeia et ATaror Zakouma, Al-Alak, Goz-Djarad, Diffir et Mirer dans les départements de Aboudeia et Barh-Azoum par le comité local de coordination des activités des équipes mobiles.

Photos 4, 5, 6,7 et 8 : Séances de sensibilisation et plaidoyer aux leaders



(Photo 4 à Djouna)



(Photo5 à Azarzoura)



(Photo 6 à Adileba)



(Photo 7 à Goz-Djarad)



(Photo 8 à Diffir)

- Du 25 Avril au 14 Juillet et du 16, 18, 26 novembre 2012, se sont déroulées respectivement les sessions des formations et recyclages des pairs éducateurs et communicateurs sociaux de la zone du projet.

N°	LOCALITE	DUREE	DATE	OBSRVATION
Formation des pairs éducateurs				
01	Djouna	3 jours	Du 25 au 27 Avril 2012	Réalisée
02	Amtiman	3 jours	Du 30 Avril au 02 Mai 2012	Réalisée
03	Aboudeia	3 jours	Du 02 au 04 Mai 2012	Réalisée
05	Darasna	3 jours	Du 07 au 09 Mai 2012	Réalisée
06	Foulounga	3 jours	Du 11 au 13 Mai 2012	Réalisée
07	Ardo	3 jours	Du 07 au 09 Mai 2012	Réalisée
08	Morayé	3 jours	Du 10 au 12 Mai 2012	Réalisée
09	Goz-Djarad	3 jours	Du 14 au 16 Mai 2012	Réalisée
10	Ablelayé	3 jours	Du 18 au 20 Mai 2012	Réalisée
11	Amtiman	3 jours	Du 06 au 08 Juin 2012	Réalisée
Formation des communicateurs sociaux				
12	Djouna	3 jours	Du 25 au 27Avril 2012	Réalisée
13	Amtiman	3 jours	Du 03 au 05 Mai 2012	Réalisée
14	Aboudeia	3 jours	Du 18 au 20 Mai 2012	Réalisée
15	Darasna	3 jours	Du 21 au 23 Mai 2012	Réalisée
16	Mourayé	3 jours	Du 31 mai au 02 Juin2012	Réalisée
17	Amtiman	3 jours	Du 11 au 13 Juin 2012	Réalisée
18	Amtiman	3 jours	Du 12 au 14 Juillet 2012	Réalisée
19	Aboudeia	1 jour	Du 16 Novembre 2012	Réalisée
20	Amtiman	3 jours	Le 16, le 18 et le 26 Nov 2012	Réalisée

- Du 17 au 19 et du 2 au 24 Octobre 2012, se sont déroulées respectivement les formations des partenaires à la vie associative. L'objectif est de renforcer les capacités des acteurs et partenaires en occurrence les président, secrétaires et trésoriers des associations sur les fondements de la vie associative, ses valeurs, ses avantages et ses difficultés au total 16 présidents ; 16 secrétaires et 16 trésoriers, sont capables de comprendre les fondements de la vie associative, ses valeurs, ses difficultés et de rédiger des bons rapports, comptes rendus et procès verbaux pour conduire leurs associations vers une dynamique associative.

N°	LOCALITE	DUREE	DATE	OBSRVATION
01	Aboudeia	3 jours	Du 17 au 19 Octobre 2012	Réalisée
02	Amtiman	3 jours	Du 22 au 24 Octobre 2012	Réalisée

- Le 20 Décembre 2012, s'est organisée une session de recyclage aux membres de cinq partenaires à savoir ACEAPVV, Centre social d'Am-Timan, JUL, AFDAFE et ASATPAF sur les outils de gestion financière et comptable.

N°	LOCALITE	DUREE	DATE	OBSRVATION
01	Bureau CSSI	1 jour	Le 20 Décembre 2012	Réalisée

- Des réunions de sensibilisation ont été menées par l'équipe du projet Dynamisateur d'Am-Timan, les associations et la troupe théâtrale (JUL), pour compléter les activités de sensibilisation des pairs éducateurs et communicateurs sociaux. Les intervenants sont les animateurs, les communicateurs sociaux des associations et la troupe théâtrale (JUL). (voir tableau ci-dessous).

N°	Date	Heure	Zone d'intervention de l'association	Site d'intervention de la séance	Communicateurs sociaux intervenants
01	03/07/2012	8h	AFSAF	Camp militaires	Projet Dynamisateur
01	04/07/2012	8h	AFSAF	Maison d'arrêt	Projet Dynamisateur
03	05/07/2012	15h 30mn	AFSAF	Guanatir	AFSAF, Annassour
04	15/07/2012	10h 30mn	AFDAFE	Al-Allak	AADAPS, AFSAF, Annassour, AFDAFE
05	15/07/2012	15h 30mn	Al-Ittifak	Am-Assala	AADAPS, Al-Ittifak AFSAF, Annassour, AFDAFE
06	16/07/2012	15h 30mn	BAC	Darassalam I	BAC
07	21/07/2012	15h 30mn	Annassour	Anfandok	AFSAF, Annassour
08	24/08/2012	15h 30mn	AFSAF	Ridina	Annassour, AFSAF
09	25/08/2012	15h 30mn	BAC	Darassalam II	Troupe Théâtrale.
10	27/08/2012	15h 00mn	Annassour	Goz-Mablé	AFSAF
11	27/08/2012	15h 00mn	AFSAF	Torodona I	Troupe Théâtrale
12	29/08/2012	15h 30mn	AFSAF	Torodona II	TT. BAC, Annassour
13	31/08/2012	14h 30mn	Annassour	Djambalbar	TT. BAC, Annassour
14	14/09/2012	14h 00mn	Al-Ittifak	Idatter	TT. Annassour
15	17/09/2012	14h 00mn	Annassou	Darwal	TT. AADAPS, AFSAF
16	20/09/2012	14h 00mn	BAC	Amsiné	ASATPF, AFSAF, Annassour
17	24/09/2012	14h 00mn	AFSAF	Al-Hougna	BAC, Al-Ittifak
18	27/09/2012	14h 00mn	ASATPAF	Djawakhine	TT. AFDAFE
19	024/10/2012	12h	BAC	Amdjalate	ASATPAF, BAC, AADAPS, AL-ITTIFAC, ACEAPVV, AFDAFE AFSAF, ANNASSOUR,
20	28/10/2012	10h	AFDAFE	Al-alak	ASATPAF, BAC, AADAPS, AL-ITTIFAC, ACEAPVV, AFDAFE AFSAF, ANNASSOUR,
21	19/11/2012	12h 00mn	AFDAFE	Attaror zakouma	ASATPAF, BAC, AADAPS, AL-ITTIFAC, ACEAPVV, AFDAFE AFSAF, ANNASSOUR,
22	20/11/2012	12h 00mn	ASATPAF	Ammanassis	ASATPAF, BAC, AADAPS, AL-ITTIFAC, ACEAPVV, AFDAFE AFSAF, ANNASSOUR,

EDUCATION PAR LES PAIRS ET COMMUNICATION SOCIALE

Les activités de la paire éducation et de la communication sociale de l'année 2012 se traduisent par les résultats suivants :

- **13 959** personnes éduquées par les pairs éducateurs,
- **62 730** personnes éduquées par les communicateurs sociaux
- **10 333** par la troupe théâtrale d'Am-Timan.
- **11 639** Préservatifs distribués et vendus et (4895) personnes ont été orientées vers les centres de dépistages volontaires (CDV, EM) et se sont fait dépister, dont 340 cas se sont avérés positifs (*voir ci-dessous les tableaux de répartition par mois et par zone de District sanitaire*).

Zone de : District sanitaire d'Amtiman

Activités	AFSA F	Annass our	BAC	ASATPAF	AFDAFE	CADS	Al-Ittifak	AADAPS	Total	ACEAPVV	Centre social	TT.
Nombre d'éduqués assidus aux 4 réunions	1330	1426	1171	818	548	226	1304	980	7865			
Nombre d'éduqués absents au moins à 1 réunion	36	23	43	43	32	11	56	54	298			
Nombre d'éduqués orientés	1218	1001	1253	489	387	141	982	584	9965			
Nombre d'éduqués arrivés au service (CDV, EM)									3221			
Nombre d'éduqués dépistés positifs									235			
Nombre des personnes touchées par la communication sociale SR	6098	5231	4590	3235	2709	576	5606	4073	32118			10 333
Nombre des préservatifs distribués ou vendus	2198	1361	1174	524	511	38	814	680	7300			
Nombre des PVV+ pris en charge										126gpe parole, 167visites, 898 recherche perdus, 20 mlde indgt, 29 permanances	30 mlde, 25 visites, 52enq, 10AGR, 34 appui scolaire	
Problèmes constatés	Occupation de la population par les activités champêtres Difficultés de trouver les cartes d'orientation par ABC											
Décisions prises par rapport aux problèmes constatés	Se sont tenues des réunions des membres de la chaine de solidarité. Des nouvelles orientations prises pour la récupération des cartes											
Délais d'application des décisions prises	Toute la période du projet.											
Évaluation des instructions précédentes	Les décisions sont respectées.											

Année : 2012

Zone de : District sanitaire d'Aboudeia

Activités	ADCT	ADADS	ACIJS	AFPHA	AJRPS	Total	Centre Social
Nombre d'éduqués assidus aux 4 réunions	1464	1447	1299	1325	235	5770	
Nombre d'éduqués absents au moins à 1 réunion	52	49	25	36	7	169	
Nombre d'éduqués orientés	844	966	946	672	179	3607	
Nombre d'éduqués arrivés au service (CDV,EM)	307	110	639	452	140	1648	
Nombre d'éduqués dépistés positifs	1	2	18	12	0	33	
Nombre des personnes sensibilisées par la communication sociale SR	4835	5255	5804	4903	1748	22545	
Nombre des préservatifs distribués ou vendus	2911	2173	2751	2327	240	11323	
Nombre des PVV+ pris en charge							39 appui scolaire, 24 AGR, 16mlde indigent, 25 visites, 61 enquêtes, 24 appui nutritionnel
Problèmes constatés	Occupation de la population par les activités champêtres						
Décisions prises par rapport aux problèmes constatés	Rejoindre la population aux champs						
Délais d'application des décisions prises	Pendant la période des activités champêtres						
Évaluation des instructions précédentes	Instructions respectées						

RECAPITULATIF DES EDUQUES PAR GVP/ABC

DISTRICT SANITAIRE D'AMTIMAN

GVP ABC	Jeunes garçons et filles	Femmes	Femmes libres	Routiers	Commerçants	Total EPP	Total Com. Sociale
AFSAF	808	422	0	0	111	1 341	7 577
BAC	585	443	101	33	49	1 211	7 981
ANNASSOUR	723	276	172	88	87	1 346	4 874
AADAPS	405	204	124	102	125	960	4 073
ASATPAF	438	380	83	0	0	901	3 235
AFDAFE	341	198	0	0	0	539	2 357
AL-ITTIFAK	596	334	64	122	136	1 252	5 783
CADS	114	84	0	28	0	226	576
AEVFS	212	92	36	36	36	412	3 738
Totaux	4222	2433	580	409	544	8 188	40 194

**RECAPITULATIF DES EDUQUES PAR GVP/ ABC.
DISTRICT SANITAIRE D'Aboudeia**

GVP ABC	Jeunes garçons et filles	Femmes	Femmes libres	Routiers	Commerçants	Total EPP	Total com. Sociale
ADADS	705	323	145	132	142	1 447	5 255
ADCT	648	427	125	133	136	1 469	4 838
ACIJA	636	296	127	132	108	1 299	5 804
AFPHA	635	335	142	110	99	1 321	4 891
AJRPS	109	50	38	20	18	235	1 748
Totaux	2733	1491	577	527	503	5 771	22 536

Service de santé dépistage volontaire 2012

Cas	jan	fév	Mars	Avril	Mai	Juin	juillet	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Totau x
Dépistés	513	332	383	514	457	528	337	496	250	209	321	555	4 895
Positifs	36	24	27	38	67	30	15	26	25	9	12	31	340
%	7,01%	7,22%	7,04 %	7,39 %	14,66%	5,68 %	4,45 %	5,24 %	10%	4,30 %	3,73%	5,58 %	6,94 %

LES REUNIONS AVEC LES PARTENAIRES

- Du 21 au 24 et du 30 au 31 janvier, s'est effectuée une mission de supervision des activités des ABC à Mourayé, Hilitalbagar, Amdjoudoul, Siheb, Amdjawakh dans la sous préfecture de Mourayé et Albidja , Almidodile, Bibiane, takalao et Tidi dans la sous préfecture de Djouna. L'objectif de la mission, est de s'assurer de la réalisation des communications sociales et de la paire éducation par les associations, celles de l'équipe mobile et intensifier la sensibilisation sur les IST/VIH/Sida et les différents thèmes sur la santé de reproduction (SR) et la planification familiale (PF). La mission est composée du chef d'Antenne, les deux animateurs d'Amtiman et le chauffeur.
- Le 24 janvier 2012, s'est tenue la réunion bilan des activités mensuelles de la délégation régionale sanitaire présidée par le Secrétaire général de la Région du Salamat représentant le Gouverneur de la Région, regroupant l'équipe cadre de la Délégation sanitaire le chef d'Antenne du Projet Dynamisateur, et l'équipe du MSF hollande dans la salle de réunion du Gouvernorat. La réunion est focalisée sur les points suivants :
 - La surveillance épidémiologique ;
 - Programme élargi de vaccination ;
 - Déroulement des activités de la campagne contre la rougeole du 27 janvier au 02 février 2012
 - Recommandation ;
 - Divers.

- Le 02 février 2012, s'est tenue une réunion avec l'équipe de la mission de la banque mondiale en présence de l'équipe cadre du PPLS2 et FOSAP ;
- Le 25 Février 2012, s'est tenue une réunion regroupant l'équipe du Projet Dynamisateur, l'équipe cadre de la DSR, DS et l'équipe mobile d'Amtiman dans la salle de réunion de la Délégation sanitaire. la réunion est focalisée sur les points suivants :
 - Lecture du compte rendu de la réunion précédente ;
 - Compte rendu de la mission de Ndjamena
 - Compte rendu des activités de la semaine écoulée ;
 - Compte rendu de la supervision du MCD à Ataror
 - Difficultés rencontrées ;
 - Recommandations ;
- Participation aux réunions du comité Directeur du Salamat du 06 au 07 Mars 2012 et du 03 au 04 Août 2012.
- Tenue régulières des réunions hebdomadaires de l'équipe cadre de la DRS, l'équipe du PD et l'équipe mobile d'Am-Timan chaque samedi à 9h.
- Tenue régulières des réunions hebdomadaires de l'équipe du Projet Dynamisateur d'Amtiman chaque lundi à 8h.
- Le 12 Avril 2012, s'est tenu une réunion avec le bureau exécutif de l'association Bar-Azoum culture au sein de son bureau, suite à un mal entendu entre les membres du bureau.
- Le 26 Mai, le 06 Juin et le 29 Juin 2012, se sont déroulé successivement les réunions des membres de la chaîne de solidarité pour la lutte contre les IST/VIH/Sida. Ces réunions sont focalisées sur les points suivants : Prise de contact, difficultés rencontrées sur le retrait des cartes d'orientation ,retard des données sanitaires, manque des centres de dépistage dans les centres de santé, lecture des comptes rendus des réunions précédentes et les divers.
- Le 25 juin 2012, s'est tenu une réunion regroupant toutes les associations du département de Bar-Azoum. L'ordre du jour est focalisé sur les points suivants : Présentation de matériels de sonorisation, la méconnaissance des certaines femmes sur le contenu des activités essentielles de la paire éducation et l'organisation d'une campagne de sensibilisation de masse pour renforcer les pairs éducateurs et les communicateurs sociaux.
- Participation aux réunions hebdomadaires réunissant l'équipe cadre de la DRS, l'équipe du PD et l'équipe mobile d'Amtiman chaque samedi à 9h.
- Organisation des réunions mensuelles des membres du comité régional de coordination des activités des équipes mobiles et associations à base communautaire.
- La tenue régulière des réunions des membres de la chaîne de solidarité pour la lutte contre les IST/VIH/Sida chaque mois. Ces réunions sont souvent focalisées sur les points suivants : difficultés rencontrées sur le retrait des cartes d'orientation à Am-Timan, retard des données sanitaires, manque des centres de dépistage dans les centres de santé, lecture des comptes rendus des réunions précédentes et les divers.
- Le 09 juillet 2012, s'est tenu une réunion regroupant les animateurs du projet et les membres de la troupe théâtrale d'Am-Timan. L'objet de la rencontre est d'écouter les membres de la troupe suite à un mal entendu entre le président et le vice-président de la troupe.

- Le 15 Août 2012, s'est effectué une mission de supervision par les animateurs au village de Diffir derrière l'équipe mobile pour se rassurer de l'effectivité de l'activité de l'équipe mobile et la communication sociale. Il a été constaté la réticence des chefs du village pour faire venir leurs populations au cite d'activité de l'équipe mobile. Il y a dix chefs dans ce village.
- Le 21 Août 2012, s'est tenue une réunion regroupant l'équipe du PD, les responsables des associations d'Amtiman pour le lancement des activités de la caravane. Un programme de sortie a été élaboré, quatre cites sont retenus chaque mois.
- Le 11 Septembre 2012, s'est tenue une réunion regroupant l'équipe du PD, les responsables des associations d'Amtiman. L'ordre du jour est focalisé sur la restitution de la tenue de la réunion de Dandi.
- Le 16 Octobre 2012, s'est tenue la réunion de l'équipe cadre du District d'Am-Timan, élargie aux partenaires intervenant dans le District à savoir : Le Projet Dynamisateur CSSI, l'OMS, l'UNICEF, et le MSF/Hollande qui n'a pas honoré sa présence. Quatre (4) points ont été inscrits à l'ordre du jour.
 - Préparatif de restructuration des centres de santé urbain ;
 - Préparatif des activités vaccinales supplémentaire (AVS) polio
 - Compte rendu de la supervision menée par le consultant OMS ;
 - Divers.
- Du 12 au 24 Novembre, sont organisées des séances des discussions (focus-groupe) par l'animatrice d'Am-Timan au bénéfice des hommes, des femmes en âge de procréer et des femmes âgées sur les différentes thèmes à savoir : L'allaitement, l'alimentation du jeune enfant, l'accès aux soins, le concept de la malnutrition et la santé en générale des structures sanitaires. Ces séances sont organisées dans les villages du Département d'Aboudeia à savoir : (Agrab, Am-Habilé, Am-Djabir, Am-damagna, dagour, Fodjo, timerou, Gouroungal, Abgué, Foulounga, Al-Hidjerat et le quartier Darassalam à aboudeia centre).
- Le 20 Novembre 2012, s'est tenu deux réunions au bureau du Secrétaire Général de la région dans le cadre des activités des équipes mobiles.
- La première était avec les membres du bureau des syndicats et la seconde avec le délégué sanitaire par intérim et la secrétaire comptable du FOSAP.

DIFFICULTES RENCONTREES

- Le manque de moyen de déplacement des animateurs au début du projet a limité le suivi des pairs éducateurs et communicateurs sociaux par les animateurs au niveau de la ville d'Amtiman et Aboudeia ;
- Non intéressement de quelques chefs traditionnels (chefs de villages) aux activités de la communication sociale ;
- Faible participation de la population aux activités de communications sociales et des équipes mobiles à cause des travaux champêtres ;
- L'insuffisance du fonds alloué à la collation de la communication sociale et à la supervision.

RECOMMANDATIONS

- Faire le plaidoyer auprès des chefs traditionnels religieux et notables sur l'importance de la santé ;
- Programmer les activités de sensibilisation pendant les périodes mortes et les activités des équipes mobile dans les champs des sites identifiés par les populations et les communicateurs sociaux ;
- Revoir en hausse le fonds alloué à la tenue d'une communication sociale et la séance d'une supervision selon la spécificité de la zone.

Activités prévues et réalisées

Activités	Responsables	Résultats attendus en couverture		Résultats attendus en volume	
		Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé
I. Identification et validation des pairs éducateurs	Chef d'Antenne animateurs	130 pairs éducateurs et 96 communicateurs sociaux	130 pairs éducateurs et 96 communicateurs sociaux	12 réunions de validation des pairs éducateurs	12 réunions de validation des pairs éducateurs
II. Organiser et participer aux formations et recyclages des pairs éducateurs et communicateurs sociaux	Chef d'Antenne animateurs	130 pairs éducateurs et 96 communicateurs sociaux	126 pairs éducateurs et 89 communicateurs sociaux	20 sessions de formations organisées	20 sessions de formations organisées
III. Activités des pairs éducateurs	Pairs éducateurs	15 465 GVP à éduquer	13 959 GVP éduqués	5 843 Séances à réaliser	5 621 séances réalisées
IV. Activités des communicateurs sociaux et la troupe théâtrale	Communicateurs sociaux et troupe théâtrale	49 387 groupe cible a éduqué	74 369 groupes cibles éduqués	1 160 Séances à réaliser	1 054 séances réalisées
V. Organiser et participer aux formations des partenaires à la vie associative et à la gestion financière	Chef d'antenne et animateurs	48 présidents, secrétaires et trésoriers formés	48 présidents, secrétaires et trésoriers formés	3 sessions de formations	3 sessions de formations réalisées
VI. Organiser une caravane de sensibilisation de lutte contre les IST/VIH/Sida et la promotion de la SR/PF	PD, ABC et troupe théâtrale d'Am-Timan	16 communicateurs sociaux identifiés par les ABC, l'équipe du PD et les membres de la troupe théâtrale	16 communicateurs sociaux identifiés par les ABC, l'équipe du PD et les membres de la troupe théâtrale	24 séances de communications sociales prévues	22 séances de communications sociales réalisées
VII. Suivi et contrôle de qualité des activités essentielles et connexes des pairs éducateurs et communicateurs sociaux	ABC et Animateurs du Projet	130 pairs éducateurs et 96 communicateurs sociaux suivis	126 pairs éducateurs et 89 communicateurs sociaux suivis	448 suivis des pairs éducateurs et communicateurs sociaux réalisés	189 suivis des pairs éducateurs et communicateurs sociaux réalisés,
VIII. Appuyer l'élaboration des fiches budgétaires, des rapports financiers et trimestriels des promoteurs	PD et associations	12 ABC, 1APVVIH, 2 centres sociaux, 1 troupe théâtrale, 1 radio et 1 clinique couverts	12 ABC, 1APVVIH, 2 centres sociaux, 1 troupe théâtrale, 1 radio et 1 clinique couverts	54 fiches budgétaires, 162 rapports financiers et 162 rapports d'activités élaborés	50 fiches budgétaires, 156 rapports financiers et 156 rapports d'activités élaborés
IX. Participer à la supervision du PD	Animateurs et chef d'Antenne	12 ABC, 1APVVIH, 2 centres sociaux, 1 troupe théâtrale et le PD supervisés	12 ABC, 1APVVIH, 2 centres sociaux, 1 troupe	4 missions de supervision réalisées.	4 missions de supervision réalisées.

			théâtrale et le PD supervisés		
X. Participer aux réunions du comité local de coordination des activités des EM et ABC	Membres du comité local de coordination	11 membres du comité local de coordination réunis	11 membres du comité local de coordination réunis	12 réunions du comité local de coordination organisées	12 réunions du comité local de coordination organisée
XI. Participer aux réunions des partenaires de la santé	Responsables des services partenaires de la santé	DSR, DS, CSSI, MSF, Gouvernorat	DSR, DS, CSSI, MSF, Gouvernorat	12 réunions de partenaires de la santé organisées	12 réunions de partenaires de la santé organisées
XII. Organiser les réunions des membres de la chaîne de solidarité pour la lutte contre les IST/VIH/Sida	Membres de la chaîne de solidarité pour la lutte contre les IST/VH/Sida.	12 ABC, 1APVVIH, 2 centres sociaux, 1 troupe théâtrale, 2 centres de santé, 2 CDV, 1 laboratoire, 1 MCH, 1MCD et le PD présents	12 ABC, 1APVVIH, 2 centres sociaux, 1 troupe théâtrale, 2 centres de santé, 2 CDV, 1 laboratoire, 1 MCH, 1MCD et le PD présents	12 réunions des membres de la chaîne de solidarité pour la lutte contre les IST/VIH/Sida tenues.	10 réunions des membres de la chaîne de solidarité pour la lutte contre les IST/VIH/Sida tenues.
XIII. Soumettre le rapport du PD	Chef d'Antenne	Rapport trimestriel du PD	Rapport trimestriel du PD	4 rapports trimestriels du PD transmis	4 rapports trimestriels du PD transmis

Activités réalisées et non prévues au plan d'action annuel.

Activités	Responsables	Observations
I. Organiser une caravane de sensibilisation de lutte contre les IST/VIH/Sida et la promotion de la SR/PF	16 communicateurs sociaux identifiés par les ABC, l'équipe du PD et les membres de la troupe théâtrale	24 séances de communications sociales prévues

3.2. PROJETS HUMANITAIRES

3.2.1. ASSISTANCE A L'INSTALLATION LOCALE DES REFUGIES CENTRAFRICAINS INSTALLES AU SUD DU TCHAD (AMBOKO, DOSSEYE, GONGJE, MOULA, MOYO ET YARANGOU)

1. Introduction

Les centres de santé de Beureuh(Amboko et Gondjé) et Dosseye dans le District de Goré, de Moyo dans le District de Haraze-Manguaigne, de Moula et Yarangou dans le District de Danamadji(Maro) sont par excellence les seuls services de santé qui s'occupent de la gestion des problèmes de santé de la population réfugiée dans les six camps du sud et par extension celle de la population autochtone. Ces centres de santé offrent les prestations en soins curatifs, en santé de la reproduction (maternité, planification familiale, PTME) la prévention par la vaccination notamment les activités du PEV, en nutrition et VIH/SIDA. Depuis Juillet 2011, les volets distribution générale des vivres et le wash ont été confiés à CSSI. Ce rapport fait l'état des activités réalisées au cours de l'année 2012 par les centres de santé des camps gérés par CSSI dans différents domaines comme la santé, le Wash et la Distribution des vivres et des leçons seront tirées afin d'améliorer les conditions de prestation et des résultats.

2. Objectif

a. Objectif Général

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

b. Objectifs Spécifiques

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 2011-2012. Plus spécifiquement, il s'agit de:

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

8. Inciter les autres partenaires du développement que sont les donateurs (Union Européenne), les ONGs, les agences des Nations Unies, particulièrement l'UNICEF, l'OMS, la FAO, à une stratégie d'appui à l'intégration des réfugiés dans les structures locales tout en renforçant ces structures qui sont particulièrement déficientes.

3. Staff du Projet

Le projet est dirigé par une coordination terrain qui assure la mise en œuvre de toutes les activités. L'équipe est essentiellement composée des Médecins Coordonnateurs avec leur Administration et la Logistique, les centres de santé sont gérés par les Médecins terrain et les volets comme le Wash et la Distribution des vivres sont assurés par les responsables en la matière.

4. Collaboration Institutionnelle

Le CSSI collabore directement avec UNHCR qui est le partenaire principal qui supervise toutes les activités mais indirectement avec le PAM dans le domaine de la prise en charge des malnutris et la Distribution Générale des Vivres, Chad Relief Fondation qui fournit la vitamine A pour la supplémentation, le CNAR qui assure la gestion des camps représentant le gouvernement et l'AIRD qui assure la logistique sans oublier les Autorités Administratives et Militaires qui assurent la sécurité des camps et de tous les partenaires.

5. Principaux Bailleurs

UNHCR représente le seul Bailleur qui finance toutes nos activités.

6. Stratégies ou Approches

Les stratégies sont fonction du volet, c'est ainsi que :

- Sur le plan sanitaire, les stratégies consistent à :
 - Assurer les soins de santé primaires (tous les camps) afin que la santé de la population soit améliorée par la réduction de la mortalité infantile, maternelle et globale, une bonne couverture vaccinale, fourniture des services de santé reproductive, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH...
- En Wash(Moyo), il convient de :
 - La Construction, élargissement et/amélioration du réseau d'alimentation en eau
 - La Construction d'installations sanitaires/latrines construites dans les écoles et dans les foyers
 - La Fourniture de services communautaires de gestion des déchets solides et liquides
- La Distribution Générale des Vivres(Moyo) à la population doit être satisfaisante basée sur le principe du scooping et doit être mensuelle.

7. Zone d'intervention

Elle prend en compte les camps des Réfugiés de Goré, Haraze et Maro ainsi que les villages environnants.

8. Durée du Projet

Elle couvre une année allant du 1er Janvier au 31 Décembre 2012.

9. Activités réalisées en 2012

A. SANTE

A.1. Taux de fréquentation

Le taux de fréquentation globale des centres de santé des camps du Sud au cours de l'année 2012 est de 1.7 ce qui répond aux normes de 1-4. Ce taux est plus élevé à Moyo avec 3.5 et plus bas à Gondjé avec 1.

A.2. Consultation curative

La consultation curative est la plus grande activité thérapeutique qui est assurée par tous les centres de santé. Elle est principalement réalisée par les médecins, infirmiers et sages femmes. La moyenne des consultations par consultant étant de 35 par jour pour un total de 104 542 patients consultés. Ce chiffre de 35 consultations globales du sud par clinicien répond aux normes et exclut la surcharge du travail par les agents. Cependant les chiffres les plus élevés à Moula et Yarangou respectivement de 54 et 55 contre 19 et 21 respectivement à Amboko et Gondjé.

A.3. Morbidité

Le profil épidémiologique de l'aire de santé du Sud s'est dessiné avec l'apparition d'un ensemble de syndromes dans la population générale dont les cinq premiers feront l'objet d'une présentation.

En effet, ces principaux syndromes dominants ayant constitué les premiers motifs de consultation dans la population générale sont les infections respiratoires hautes et basses, suivis du paludisme confirmé, des parasitoses et les diarrhées aqueuses.

Les infections respiratoires hautes comme basses ont eu les pics les plus élevés durant toute l'année même si par moment il y a eu des décroissances. On pense que les conditions naturelles climatiques (vents sec chaud ou froid survenant avec la poussière), les conditions précaires de protection et de vie y ont joué un rôle important dans l'apparition de ces syndromes. Le paludisme représente 21% de toutes les pathologies et s'expliquent par la situation géographique sud considéré comme zone endémique pour la pathologie mais est dans tous les cas saisonnière puisque son pic augmente plus pendant la saison pluvieuse.

Quant aux parasitoses, et les diarrhées aqueuses s'expliqueraient par un problème d'hygiène.

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

Au cours de l'année, 162 patients séropositifs de VIH sont sous ARV tandis que 71 éligibles au traitement attendent toujours. Le camp de Moyo représente en grande partie cette dernière situation. Les 7 cas de tuberculose observés au cours de l'année sont beaucoup liés au VIH/SIDA.

A.4. Les maladies à potentiel épidémique

Quelques cas rares suspects de Rougeole ont été enregistrés et aucun cas de Méningite dans les deux camps n'ayant aucune incidence en santé publique.

Cependant une surveillance épidémiologique doit être toujours observée.

A.5. La vaccination

Taux de couverture vaccinale 2012 en %

Antigènes	Camps du Sud
BCG	76.2
POLIO	74
PENTA	75.2
Rougeole	76.9
Tx abandon	4.6
Enft Compl Vaccinés	76.8

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

La prévention par la vaccination est une activité effective dans les centres de santé du Sud. Les centres de santé mènent cette activité tout en respectant les dispositions du PEV comme ci-dessus énumérée. Le respect du calendrier vaccinal PEV préétabli et la population cible définie de 0-11 mois.

Le taux de couverture globale des enfants complètement vaccinés durant l'année 2012 au Sud est de 76.8%. Ce taux est très loin des objectifs fixés et s'expliquerait par le déplacement constant des réfugiés à la frontière.

Le taux le plus meilleur est observé à Moyo avec 91.5% tandis que les taux plus faibles sont de 62%, 68% et 70% respectivement à Amboko, Gondjé et Yarangou. Il existe cependant un paradoxe entre le taux d'abandon qui est 4.6% et le taux de couverture.

A cet effet, le service communautaire doit doubler plus d'effort de retrouver les absents à la vaccination afin de réduire le taux de déperdition voire même enrayer l'absence au rendez-vous.

Il faut cependant noter que des ruptures sporadiques des vaccins sont observées.

A.6. La santé de la reproduction

10,5

A.7. La Nutrition

Le service de nutrition avec ses composantes à savoir le Centre Nutritionnel Supplémentaire(CNS), le Centre Nutritionnel Ambulatoire(CNA) et le Centre Nutritionnel Thérapeutique fonctionnent à merveille dans tous les camps grâce à l'appui de PAM et de l'UNICEF.

Au cours de l'année, 1342 enfants ont été enregistrés dans le programme CNS avec un taux de récupération de 75% et une couverture globale de 77%, 124 enfants de CNA 88% de récupération et 10 au CNT avec 100% de récupération. Les camps de Moyo et Maro continuent à conserver les CNT à leur sein faute de CNT au niveau des structures de l'état.

A.8. La mortalité

Le nombre de décès varie d'un mois à un autre, mais dans l'ensemble, les taux de mortalité sont acceptables : 179 décès pour tous les camps du Sud soit un taux de 0.3. Taux répondant aux normes. Cependant 1 cas de décès maternel a été enregistré au camp de Dosseye.

A.9. Le service d'hospitalisation et de transfert

Durant toute l'année 2012, 4212 patients ont été hospitalisés aux centres de santé des camps du Sud. Le paludisme suivi des infections respiratoires représentent les principales causes d'hospitalisation.

Le taux de transfert est de 1/1000/1 an avec 0.9 au niveau des Districts qui constituent les centres de référence de tous les camps.

A.10. Activité de santé mentale et communautaire

a. Le service de santé mentale

Le service de santé mentale est une unité qui reçoit toute personne identifiée comme cible nécessitant un soutien psychologique, suite aux événements vécus en temps de perturbation sociale, et aux agressions physiques, morales et ou abus sexuel. Ce service est géré par un psychologue et ses assistants qui font la prise en charge en commun accord avec les médicaux.

b. Le service communautaire

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

A.11. Dépôt Pharmaceutique

Les dépôts pharmaceutiques de Goré, Haraze et Maro représentent une unité du grand stock permettant la livraison des centres de santé des camps de façon hebdomadaire ou mensuelle. Les dépôts de Goré et Haraze ne répondent aux conditions de stockage d'où nécessité de leur climatisation.

Les patients sont servis en médicaments sur présentation des ordonnances délivrés par les prestataires aux centres de santé.

Les ruptures sont très souvent observées cette année comparativement en 2011 car cela est du au retard de livraison par UNHCR qui accuse lui aussi de retard d'approvisionnement par sa commande internationale.

A.12. Infrastructure, Bâtiment et logistiques

Quant aux infrastructures des Centres de santé sont faits en matériaux durables mais l'inondation du centre de santé de Yarangou a été néfaste d'où la décision de la relocalisation des réfugiés à Moula qui est toujours en cours.

En matière d'eau et assainissement les centres disposent de l'incinérateur pour l'élimination des déchets et ne sont pas alimentés par l'eau courante mais disposent d'un forage à quelques mètres.

La source d'énergie couramment utilisée est les lampes torches, ce qui rend très difficile la gestion des urgences nocturnes et expose même les agents de santé aux Accidents d'Exposition au Sang mais la dotation d'un groupe électrogène à alimentation diesel et carburation pourrait solutionner le problème.

B. WASH

Le camp de Moyo représente le seul camp où CSSI réalise le volet Wash.

En 2012, un certain nombre des ouvrages et activités de WASH ont été réalisés entre autres :

- Mise en place de 27 comités dont 21 pour les 21 forages et 6 pour Hygiène et Assainissement
- Entretien des 21 forages avec réalisation de l'analyse mensuelle de la qualité d'eau
- Construction de 600 latrines familiales sur 600 prévues
- Construction de 17 Aires de lavage sur 17 prévus
- Construction de 20 fosses à ordures sur les 20 prévues
- Construction d'un Incinérateur sur 1 prévu au centre de santé
- 6 campagnes de sensibilisations contre le paludisme et une campagne de pulvérisation antivectorielle.

C. DISTRIBUTION GENERALE DES VIVRES(DGV)

La Distribution Générale des Vivres(DGV), constitue l'un des volets gérés par CSSI au camp de Moyo. 12 distributions planifiées à un rythme mensuel ont été réalisées dont 11 par la méthode de scoping et 1 par le grouping.

85201 sur 85650 des bénéficiaires planifiés ont reçus leur vivre soit 99.5%.

11. Difficultés Rencontrées

- Insuffisance d'une mobilisation sociale par les Agents de santé communautaire afin d'atteindre une bonne couverture vaccinale,
- Insuffisance du renforcement des capacités des agents de santé communautaires en communication
- Insuffisance d'équipement de la coordination CSSI en outils informatiques, mobiliers et matériels bureautiques
- Absence d'une antenne Internet aux bureaux de Goré et Haraze
- Insuffisance du renforcement de la capacité des Agent de Santé, de Distribution et Wash
- Absence des infrastructures sanitaires et des personnels qualifiés dans certains Districts centres de référence des camps
- L'inondation du centre de santé de Yarangou

12. Leçons apprises

Le centre de support en santé internationale a retenu des points forts et à améliorer qui sont :

Points forts

- Existence d'un Personnel qualifié et disponibles
- Disponibilité des antigènes et vaccins
- Disponibilité de toutes les activités du PMA
- Formation continue du personnel, infirmiers et SFE en SR et SIS
- Appui des partenaires (OMS, UNICEF, PAM, UNFPA, UNHCR, CRF)
- Participation des coordonnateurs médicaux aux différentes rencontres du cluster et réunion de coordination locale
- Disponibilité de la logistique roulante pour les cas d'évacuation
- Un taux de promptitude de 100% pour les rapports hebdomadaires (ewars) et mensuels (HIS)
- Un de complétude de 100% des rapports hebdomadaires (ewars) et mensuels (HIS).

Points à améliorer

- Taux de couverture vaccinale pour les enfants complètement vaccinés
- La compétence des agents de santé communautaire sur les thèmes à débattre.
- Approvisionnement en médicaments par UNHCR
- Le volet sensibilisation de la communauté sur les problèmes de santé promotionnelle
- Insuffisance de l'outil informatique, mobilier et matériel bureautiques
- Absence de couverture en source d'électricité
- Insuffisance de chaîne de froid au centre de santé
- Insuffisance de formation des agents de distribution
- Insuffisance des moyens logistiques à Goré et Maro

13. Conclusion

Les centres de santé des camps du Sud sont dirigés par un personnel qualifié médecin coordonnateur et médecin de terrain qui appuient quotidiennement l'ensemble du personnel chargé de la prise en charge des patients. Les différentes affections rencontrées sont traitées au mieux.

D'autre part quelques insuffisances relevées dans les activités promotionnelles et préventives méritent un renforcement des capacités au niveau du service communautaire afin d'améliorer les résultats des dites activités.

3.2.2. PROJET D'ASSISTANCE MEDICALE AUX REFUGIÉS URBAINS DE N'DJAMENA

1. Introduction

Les réfugiés Urbains dans la ville de N'Djaména sont pris en charge par le CSSI depuis 2010, et sont composés de plusieurs nationalités. Certains y résidaient depuis plusieurs années sans prise en charge et sans revenus. L'instabilité de la situation socio-politique dans les pays limitrophes du Tchad (République Centrafricaine, Soudan) ne permet pas jusque là d'envisager le retour des réfugiés Urbain dans leur pays d'origine. A ces deux colonies de réfugiés, il faut ajouter les congolais de la République démocratique, les libériens, des libyens et des ivoiriens ainsi que les sans asiles. On compte actuellement plus de 564 réfugiés Urbains des différentes nationalités suscitées installés à N'Djaména.

2. Objectif

a. Objectif général

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

b. Objectifs spécifiques

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 :

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

3. Staff du projet (Equipe centrale) :

- 1 Chargé des Activités Economiques (Djikoloum Moulngang) ;
- 1 Assistante Sociale (Allassembaye Ronelyam) ;
- et 1 Chauffeur d'Ambulance (Souradj Abdoulaye).

4. Collaboration institutionnelle

Dans la mise en œuvre du projet, le CSSI est amené à collaborer principalement avec le bailleur de fonds du projet, en l'occurrence l'UNHCR, avec la CNARR, l'Association des Réfugiés Urbains du Tchad (ARUT), le Centre de Santé Notre Dame des Apôtres, les Hôpitaux, etc.

5. Principaux bailleurs

Le projet est financé en majorité par l'UNHCR. La contrepartie est prise en charge par le CSSI.

6. Stratégies ou approches

7. Zone d'intervention

La zone d'intervention du projet Programme Urbain est la ville de N'Djaména et ses environs.

8. Durée du projet

Le projet a une durée d'un (1) an, renouvelable. Nous en sommes à la quatrième (4^e) année puisqu'il a démarré en 2010.

9. Activités réalisées en 2012

- Tenue d'une Assemblée Générale Elective des Leaders des Réfugiés Urbains de N'Djaména (22 février 2012, au Centre Don Bosco) : Mise sur pied d'un Comité Central des Réfugiés Urbains de N'Djaména.
- Réalisation d'une Enquête de vérification de la vulnérabilité dans les ménages des réfugiés urbains de N'Djaména : 148 réfugiés (ménages) enquêtés (du 27 février au 2 mars 2012).
- Célébration de la SENAFET/JIF 2012 (8 mars : distribution de pagnes 8 mars et des t-shirts ; défilé suivi d'un cocktail offert aux femmes réfugiées dans l'enceinte même du bureau de CSSI Klemat).
- Célébration de la Journée de l'enfant Africain (16 juin 2012, au Ministère des Affaires étrangères et au Centre Don Bosco): la journée a été marquée par :
 - o le discours d'un enfant réfugié à la manifestation organisée par le Ministère de l'Action Sociale et la Représentation de l'UNICEF au Tchad dans la salle de conférence du Ministère des Affaires Etrangères ;
 - o une conférence-débat suivi d'activités socioculturelles au Centre Don Bosco (16 juin 2012).
- Célébration de la Journée Mondiale des Réfugiés (20 juin 2012, au CEFOD) : elle a été marquée par :
 - o les danses traditionnelles soudanaise et congolaise dans la salle multi media du CEFOD ;
 - o la préparation et la présentation des mets traditionnels congolais, centrafricains et soudanais ;
 - o deux cocktails : 1 pour les officiels et 1 pour les réfugiés.
- Sensibilisation sur le VIH/SIDA et test de dépistage volontaire (5 décembre 2012, au bureau HCR N'Djaména): +90 participants.
- Formation sur les VBG et les droits de l'Enfant (27 décembre 2012, au Centre Don Bosco) : + 150 participants.
- Appui à la formation professionnelle : 11 réfugiés ont bénéficié de cette assistance dans le cadre de l'année 2012.
- Assistante médicale ouverte à tous les réfugiés et étendue aux demandeurs d'asile : les bénéficiaires de cette assistance reçoivent directement des soins à l'hôpital conventionné (Notre Dame des Apôtres).
- Assistance sociale aux plus vulnérables et aux PBS (consiste exclusivement en une assistance nutritionnelle, ponctuelle pour certains réfugiés et permanente pour d'autres (16), notamment les Personnes à Besoin Spécifiques) : 76 réfugiés ont bénéficié de cette assistance, de janvier à décembre 2012.
- Assistance grossesse : 10
- Assistance accouchement : 7
- Assistance décès : 6
- Assistance logement (loyer) : 18 personnes, dont 6 reçoivent cette assistance de façon permanente et les 12 autres l'ont reçu ponctuellement.
- Assistance sociale et psychosociale aux victimes de VBG : 2
- Appui financier à la scolarisation aux écoles primaires et secondaires : 126 enfants (du primaire et secondaire confondus) ont bénéficié de cette assistance dans le cadre de l'année scolaire 2012-2013).
- Malades référés des camps et suivis à N'Djaména : En 2012, nous avons reçu trois (03) malades référés des camps du Sud dont: 1 malade en provenance de Haraze souffrant d'une fracture de la jambe droite (AVP); 1 enfant malade (5 ans) en provenance de Goré souffrant d'une fracture de la tête (chute d'un arbre), et 1 dame souffrant d'une maladie du foie, en provenance de Goré.

10. Goulots d'étranglement (difficultés)

- Indisponibilité de mobile certains jours.
- Fébrilité du service de gardiennage qui fait que les réfugiés arrivent à s'introduire au bureau sans rendez-vous et sans barrière, ce qui nous expose à des risques de sécurité, puisque nous avons été physiquement menacés à plusieurs reprises.
- Les fonds prévus pour certaines activités s'avèrent très insuffisantes (cas de la SENAFET et de la JMR), ce qui nous expose à des critiques acerbes de la part des réfugiés.
- L'accueil et la prise en charge des réfugiés en transit (les malades référés des camps ou les réfugiés des camps admis pour la réinstallation) nous coûtent chers en temps, en énergie et en argent.

11. Leçons apprises

12. Conclusion

3.3. PROJETS DE RECHERCHE

3.3.1. ACTIVITES DE RECHERCHES ET INTERVENTIONS

Introduction

Le centre de support en santé internationale dispose d'un département qui s'occupe de la recherche. Ces travaux concernent aussi bien la recherche académique appuyant les étudiants dans la préparation de leur cursus universitaire que la recherche au développement. Les activités réalisées en 2012 sont décrites ci-dessous.

Projet d'intervention et de recherche

Contribution à l'élimination de la rage à N'Djamena Tchad

Monique Sarah Lechenne, Jakob Zinsstag, Roland Mendikem, Service Naissengar ...

C'est un projet de recherche et d'intervention qui se réalise en collaboration avec le Swiss TPH, le CSSI et le LRVZ dont l'objectif est d'évincer la rage de la ville de N'Djamena.

L'hypothèse de départ est que la transmission de la rage en ville est plus importante que dans les zones rurales et que la transmission rurale-urbaine est négligeable. Pour prouver cette hypothèse nous allons reprendre la surveillance de la rage pour N'Djaména et en même temps nous allons élargir l'étude sur l'incidence de la rage à la banlieue et à la région rurale autour de la ville. Les souches de virus ainsi trouvées seront séquencées pour évaluer les différences moléculaires entre les isolats à proximité de la ville et ceux dans le centre de N'Djamena. Nous allons aussi estimer la densité des chiens en zone péri-urbaine et le taux d'immigration des chiens à la ville. Avec les informations sur l'épidémiologie de la rage et la dynamique de la population canine à l'interface ville-campagne, nous pouvons calculer le risque de la réintroduction du virus par des chiens infectés latents, qui immigrent ou sont importés dans la ville qui n'a pas encore été incorporé dans le modèle.

Une campagne d'éradication de la rage a permis de vacciner environ 18100 chiens sur les 23000 estimés.

Impact de la distribution des vivres aux enfants et ménages vulnérables pendant la période de soudure à Magalmé, Tchad

Paluku Bahwere, Marijka Van Klinken, Mahamat Bechir

Ce projet est réalisé en collaboration avec Emergencies Nutrition Network (ENN) et le programme alimentaire Mondial (PAM). Il s'intéresse à l'impact de la distribution des vivres aux enfants et ménages vulnérables pendant la période de soudure sur la vitesse de croissance et l'incidence de la malnutrition et la mortalité des enfants de 0 à 23 mois de Magalmé, Tchad.

En effet, en situation d'urgence humanitaire, les enfants de 6 à 59 dont Z-score du poids pour taille (Z-PPT) est entre -3 et -2 ou dont le périmètre brachial (PB) est entre 115 et 125 mm et n'ayant pas d'œdèmes bilatéraux sont considérés comme souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM) et l'approche la plus souvent utilisée pour leur prise en charge est celle des centres de nutrition supplémentaire (CNS) basée sur la distribution des rations sèches ou humides.

L'objectif global de l'étude est donc de démontrer l'efficacité de l'approche BSFP dans la réduction de la mortalité infanto-juvénile au cours des crises alimentaires en réduisant l'incidence de la malnutrition aiguë. Les objectifs spécifiques sont:

La recherche comprendra : 1) Une étude de cohorte prospective des enfants âgés de 6 à 23 mois au moment de la première distribution des aliments de l'étude vivant dans des ménages en situation de sécurité alimentaire acceptable. 2) Une étude de cohorte prospective des enfants âgés de 6 à 23 mois au moment de la première distribution des aliments de l'étude vivant dans des ménages en situation de sécurité alimentaire précaire. 3) Deux études transversales sur la mortalité des enfants de moins de 2 ans dans la région ciblée par l'intervention. 4) Une étude prospective sur les dépenses des ménages et les coûts associés à la mise en œuvre de l'intervention.

Publications scientifiques

Retinol Assessment Among Women and Children in Sahelian Mobile Pastoralists

M. Bechir, E. Schelling, K. Kraemer, F. Schweigert, B. Bonfoh, L. Crump, M. Tanner and J. Zinsstag

EcoHealth **2012**; 9, 113–121

Abstract: Micronutrient deficiencies are widespread in developing countries, particularly in remote communities such as mobile pastoralists. The nutritional and vitamin A status of this population is not well documented in Chad. This study assessed serum retinol levels among women and children under five-year-old in nomadic and semi-nomadic pastoralist and rural-settled communities, who are similarly exposed to risk factors such as gastrointestinal parasitic infection, anaemia and emaciation. The novel method of portable fluorometry was used for the first time to measure b-carotene and retinol levels in a pastoral nomadic area.

Moderate level blood retinol deficiency (<0.7 $\mu\text{mol/L}$) was observed in 5% (CI 1–11) of nomadic, 29% (CI 13–45) of semi-nomadic and 22% (CI 8–35) of sedentary women. In children, 1% (CI 0.1–4), 17% (CI 9–25) and 28% (CI 18–39), respectively, had moderate level blood retinol deficiency. In nomadic communities, women and children had blood retinol levels close to normal. Deficiency of retinol was strongly linked with lifestyle (nomadic, semi-nomadic and settled) among women and lifestyle and age among children. The results support an ecological linkage between human retinol levels and livestock milk retinol. This study shows the feasibility of portable retinol and b-carotene measurement in human blood as well as human and animal milk under remote field conditions, but the approach requires further validation.

Keywords: vitamin A, retinol, nomadic pastoralist, Chad

Social Services for Mobile Pastoralists: Cross sector Strategy Based on “One Health”

Mahamat Bechir, Zinsstag Jakob, Mahamat Abdoulaye, Schelling Esther, Kessely Hamit, Fokou Gilbert, Moto Daugla, Bonfoh Bassiroud, Tanner Marcel

Sociology Study 2012, (2) 9, 705-714

Abstract

Mobile pastoralist communities in Sahel countries have serious problems of access to social services. Classic strategies for social services were always based on a single sector, focused on settled populations, and hardly reached mobile communities.

This paper aims to show a cross-sector approach as a part of solutions to provide social services for mobile pastoralist communities and describes the ongoing scaling-up process. The method used is based on a transdisciplinary approach which involves target communities and authorities in all processes through workshops and site visits. Interventions adopted the concept of “one health” benefiting of an added value of

closer cooperation between human and animal health. This approach was tested with joint interventions between human and animal health, which provided access to health services for unreached communities and saved resource when compared with single sector intervention. Such approaches could be extended to other social services within cross-sector interventions such as the delivery of basic education in nomadic areas.

Such a strategy was validated by the communities and authorities and was further transformed into a national programme after a series of six national stakeholders' seminars. The cross-sector intervention will provide a minimum package of services (MPS) without compromising the structural services.

Keywords

Mobile pastoralists, integrated cross-sector approach, transdisciplinary, one health, Chad

Comment améliorer l'accès des populations pastorales aux services sociaux de base et nutritionnels au Sahel

Bechir M., Zinsstag J., Bonfoh B., Schelling E.

Policy Brief2012

Les problèmes sanitaires et nutritionnels en milieu pastoral au Sahel sont multidimensionnels et les solutions ne peuvent être limitées uniquement aux interventions sectorielles d'urgence. Il est impératif d'identifier les causes sous-jacentes pour des interventions durables. Ces causes doivent être traitées de manière holistique. Ces interventions peuvent intégrer aussi bien des volets socio-sanitaires que ceux de la sécurité alimentaire, de l'éducation et surtout du renforcement de capacités des institutions qui les supportent. Cette approche conduira certainement à une stratégie d'intervention intersectorielle qui va au-delà de la seule lutte contre la malnutrition mais contribue par la même occasion au bien-être des populations pastorales au Sahel.

3.3.2. SUPERVISION FORMATIVE DES AGENTS SANITAIRES ET VOLONTAIRES DANS LES CNS DU GUERA

Introduction

Le Sahel dans son ensemble et le Tchad en particulier vit une situation nutritionnelle sans précédente. Les résultats des enquêtes nutritionnelles réalisées dans l'ensemble de la bande du sahel au Tchad sont préoccupants et montrent par endroit des taux largement au-dessus du seuil d'intervention fixé par l'OMS (15%). La Région du Guéra, située au cœur du sahel présente des taux de malnutrition élevés, 17,5% en 2010, 14% 2011 selon les enquêtes SMART réalisées conjointement par le Ministère de la Santé Publique, l'Unicef et le PAM.

La crise nutritionnelle annoncée en 2012 est inquiétante. Le Gouvernement a déjà sollicité aux partenaires de l'appuyer afin de faire face à cette année difficile. Des centres de prise en charge se sont multipliés dans l'ensemble de la bande du sahel.

Des programmes d'appui de prévention avec des « blanketfeeding » et d'autres suppléments spécifiques existent. Cependant, le problème de formation et de supervision des agents et des volontaires de prise en charge de la malnutrition persiste.

Ce projet se positionne pour assurer un suivi formatif sur le respect du protocole national de prise en charge des enfants malnutris et la bonne gestion des intrants.

1. Objectifs

1.1. Objectif principal

Assurer une supervision formative aux agents de santé et aux volontaires dans les 33 CNS de quatre districts du Guéra.

1.2. Objectifs Spécifiques

- Veiller au respect du protocole national sur le dépistage, les admissions, le traitement et la décharge des enfants et femmes admis dans les 33 CNS ;
- Assurer la gestion des volontaires
- Surveiller le remplissage des fiches et la qualité des données ;
- Assurer la synthèse des données mensuelles ;

2. Staff du projet (Equipe centrale)

Le projet est piloté par 1 coordinateur et 9 superviseurs.

3. Collaboration institutionnelle

Le collaborateur principal du projet est le Programme Alimentaire Mondial et la Délégation Régionale Sanitaire du Guéra qui représente le Ministère de la Santé Publique.

4. Principaux bailleurs

Le projet est financé par Echo à travers le Programme Alimentaire Mondial.

5. Stratégies ou approches

Le bureau régional de CSSI à Mongo a coordonné toutes les activités dans les 4 districts du Guéra.

Neuf superviseurs du Niveau IDE/ATS ou plus ont été recrutés et formés sur la prise en charge de la malnutrition chez les enfants, les femmes enceintes et allaitantes.

Ces superviseurs ont été dotés de motos et de téléphones portables pour assurer le suivi de la prise en charge en se basant sur le respect du protocole national et transmettre les données à partir des 33 CNS des 4 districts. Chaque Centre a été visité au moins deux fois par mois. La répartition des superviseurs par District est représentée dans le tableau ci-dessus.

Les superviseurs sont à leur tour suivis par un chef de projet basé à Mongo de niveau Maîtrise/Ingénieur/Master ou équivalent qui compile aussi les données et rédige le rapport mensuel. La compilation des données à partir des SMS est faite avec le logiciel FRONTLINE-SMS. Ce logiciel permet à l'ordinateur de fonctionner comme un téléphone portable et reçoit les SMS avec un Modem sans besoin de connexion net.

Sur le terrain, les superviseurs travaillent en étroite collaboration avec le responsable de Centre de santé et les volontaires qui sont appuyés par le PAM à travers le programme « Food for work ».

Tableau : Répartition des superviseurs par District

Districts	Nombre de CNS	Nombre des superviseurs
Bitkine	8	2
Melfi	4	2
Mongo	16	3
Mangalmé	5	2
Total	33	9

NB : A Melfi et à Mangalmé, il y a peu de CNS mais 2 superviseurs ont été placés. Ceci pour deux raisons principales. Premièrement une extension est prévue dans ces districts, deuxièmement les distances entre les districts et les CNS sont importantes.

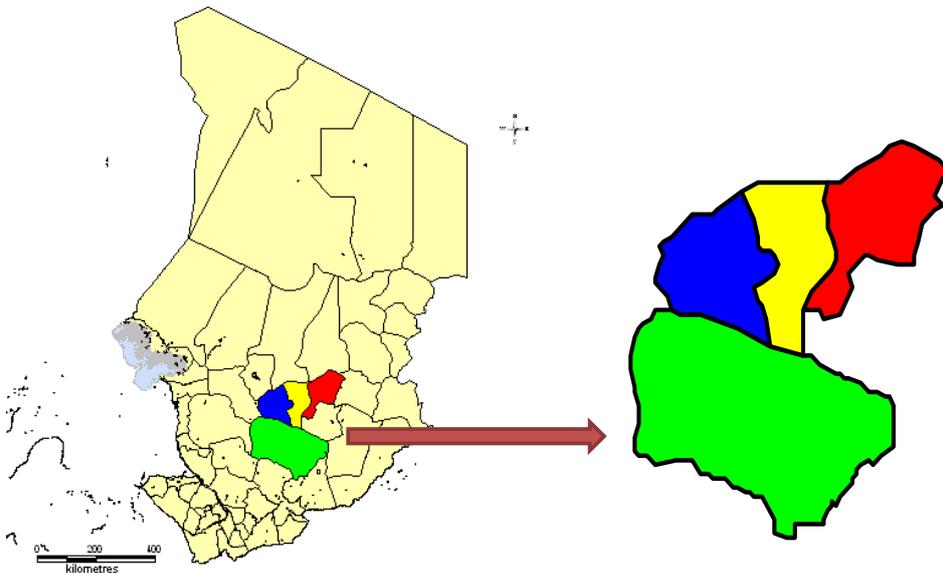
6. Activités / formation

Les activités réalisées comprennent :

- Formation des formateurs : les agents recrutés seront formés à Mongo sur :
 - la prise en charge des enfants malnutris au CNS ;
 - la sensibilisation communautaire ;
 - la gestion de stock de produits ;
 - l'utilisation correcte de ces produits ;
 - l'utilisation des outils de travail ;
 - le remplissage correct des fiches...
- Compilation des rapports mensuels.

7. Zone d'intervention

Le projet couvre les quatre districts sanitaires de la Région du Guéra. Il s'agit de : Mongo, Bitkine, Mangalmé et Melfi.



Carte de la zone d'intervention

8. Durée du projet

La durée du projet est de un an mais nous avons signé pour 4 mois au démarrage.

9. Activités Réalisées

Formation des superviseurs

Du 6 au 8 novembre 2012, une formation des superviseurs des 33 CNS du Guéra à eu lieu dans la salle de formation de l'Eglise catholique de Mongo. Au total 9 superviseurs ont été recrutés et formés.

La formation a été structurée comme suit :

1. Introduction générale de la formation ;
2. Concept de base de la malnutrition ;
3. Programme de prise en charge ;
4. Prise en charge au niveau du CNS ;
5. Mesures anthropométriques ;
 - Mesure de la taille;
 - Mesure du poids;
 - Mesure du PB.
6. Les outils de gestion de CNS.



La formation a été ouverte par le Délégué sanitaire de la Région du Guéra en présence du Chef du sous bureau de PAM à Mongo.

Trois formateurs de CSSI et de PAM ont encadré cette formation.

Nombre de supervisions effectuées par district et par mois :

a. Par les 9 superviseurs

NOMBRE DE SUPERVISIONS EFFECTUEES PAR LES 9 SUPERVISEURS		
DISTRICTS	NOVEMBRE	DECEMBRE
MANGALME	18	30
MELFI	16	26
ABTOUYOUR	20	32
MONGO	30	51

b. Par le coordinateur

NOMBRE DE SUPERVISIONS EFFECTUEES PAR LE COORDINATEUR		
DISTRICTS	NOVEMBRE	DECEMBRE
MANGALME	1	1
MELFI	1	1
ABTOUYOUR	1	1
MONGO	1	2

Analyse nutritionnelle mensuelle de la région

Les données collectées au cours du mois de novembre nous donnent les résultats suivants :

- 4843 personnes admises pour malnutrition aiguë modérée au programme CNS et MHCN ;
- Parmi les malnutris reçus aux CNS, 2877 soit 59.4 % sont constitués des enfants et 1966, soit 40.6 % des femmes ;
- Le taux de guérison est faible, voire alarmant, soit 27.3 % chez les enfants aux CNS à cause des abandons par rupture d'intrants alimentaires ou le non fonctionnalité temporaire des CNS. idem chez les femmes il est de 26.1 % ;
- Le taux d'abandon chez les enfants est moins important, 5.9% que chez les femmes 9.6%; soit inférieur à la norme fixé à 15%.
- Par contre le taux de décès est très acceptable à côté de la norme qui est de 3% : 0.1 % chez les enfants et 0.05% chez les femmes enceintes et allaitante.

Tableau 1. Données récapitulatives de la malnutrition aiguë modérée (MAM) dans les quatre districts du GUERA au mois de novembre-décembre 2012 chez les 6-59 mois.

DISTRICTS	Nouvelles admissions	GUERIS		DECES		ABANDONS	
		Nombre	Taux (%)	Nombre	Taux (%)	Nombre	Taux (%)
MONGO	1561	448	28.7%	3	0.2%	116	7.4%
MANGALME	305	109	35.7%	0	0%	12	3.9%
MELFI	317	58	18.3%	0	0%	40	12.6%
BITKINE	694	170	24.5%	0	0%	59	8.5%
Total	2877	785	27.3%	3	0.1%	171	5.9%

10. Goulots d'étranglement (difficultés)

Les problèmes rencontrés dans les différents centres sont variés mais surmontables.

- RCS : au début le contact avec les RCS était difficile parce qu'ils étaient retissant à la présence des superviseurs surtout dans le District de Mongo.
- RCS souvent occupés ailleurs avec beaucoup de déplacement pour les formations, les AVS mais aussi les grèves sèches... donc pas de suivi sur les vivres (4 districts).
- Agents communautaires : non-respect des critères d'admission (district de Melfi, Mongo et Mangalmé).
- Fausses admissions par affinité.
- Stock : mauvaises gestions de vivres dans les 4 districts.
- Non application du système FIFO dans les 4 districts.
- Nettoyages des magasins ne se font pas régulièrement.
- Outils : manque des mesurette dans tous les centres de santé.
- Registres sont mal tenues (district de Melfi et Mongo).

11. Conclusion

Le recrutement et la formation des superviseurs des CNS du Guéra ont été réalisés avec beaucoup de satisfaction. Les superviseurs ont rapidement mis en exergue tous les problèmes qui entravent la bonne prise en charge des enfants et des femmes enceintes et allaitantes dans les centres nutritionnels supplémentaires et proposés des solutions adaptées.

L'introduction de l'outil Frontline SMS pour la collecte des données par téléphonie portable a été salubre et constitue une innovation à élargir à d'autres programmes.

Cependant tout n'est pas encore parfait et l'amélioration de la dite prise en charge doit se faire dans le respect strict du protocole national.

3.3.3. PROJET GLOBAL POLIO ERADICATION INITIATIVE (GPEI)

1. Introduction

Le Projet Global Polio Eradication Initiative est un projet mis en œuvre depuis février 2012. C'est un projet qui est le résultat d'une convention de partenariat entre l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH) et le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI). Le projet est financé par l'OMS sur son programme Polio, volet Tchad. Les principales activités réalisées depuis le démarrage du projet étaient entre autres : des interviews avec des personnes ressources du niveau central (Coordination PEV, unité Polio OMS, Direction Services Vétérinaires, Associations Nomades etc.), des focus avec les leaders nomades dans le Lac, le Sila, le Guera, le Hadjer-Lamis, le Salamat, le Moyen Chari et le Batha, ainsi que l'organisation d'une campagne conjointe de vaccination en partenariat avec le PEV/OMS/UNICEF/AJND.

2. Les objectifs

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

Les objectifs spécifiques sont :

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

3. Staff du projet :

Le projet GPEI compte trois personnes comme équipe. Il s'agit d'un répondant du projet, d'un assistant et d'un superviseur du projet qui le Responsable du Département Recherche du CSSI.

4. Collaboration institutionnelle

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

5. Principaux bailleurs

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

6. Zone d'intervention

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

7. Durée du projet

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

8. Activités réalisées en 2012

A/ Les interviews avec des personnes ressources du niveau central

Les activités du projet ont démarré avec des interviews des personnes ressources du niveau central. A l'aide d'un guide d'entretien, les interviews avec les personnes ressources ont permis principalement de discuter des difficultés qui émaillent la bonne couverture vaccinale des populations difficile d'accès, notamment les nomades et les insulaires. Les discussions ont permis par ailleurs de recenser diverses propositions de stratégies susceptibles d'aider à une bonne atteinte des populations difficiles d'accès. Les interviews ont également permis de saisir dans une certaine mesure la cartographie des axes de mouvements saisonniers des pasteurs du Tchad. Ces dernières informations sont très utiles pour la planification des activités de terrain avec les pasteurs transhumants.

B/ Les activités de terrain

• La mission du Lac

Au mois d'avril 2012, une 1^{ère} mission conjointe fut organisée avec Dr LISA. La mission avait pour objectif de tester les outils et matériels d'enregistrement des focus groups et d'organiser les premiers focus groups du projet. Au total cinq (5) focus groups furent organisés, dont trois chez les nomades, notamment deux chez les arabes (femmes et hommes), un chez les peuls (hommes seulement) et enfin deux chez les insulaires Boudouma (femmes et hommes) dans la zone de Kouloudia. Les enregistrements des focus groups furent ensuite transcrits et envoyés à Bâle.

• Appui au PEV à l'organisation de la Vaccination Polio Spéciale Nomade

A la demande du Programme Elargi de Vaccination (PEV), le CSSI a mis à contribution deux staffs de son unité Santé de Nomades pour appuyer le PEV à l'organisation des Journées Locales de Vaccination contre la Polio spécialement destinée aux nomades. Les deux staffs, en l'occurrence Mahamat Abdoulaye et Hamit Kessely ont été respectivement responsabilisés pour la supervision de la Région du Moyen Chari et de la Région de la Salamat. Cette campagne spéciale de vaccination des nomades avait pour objectif général de vacciner 100% les enfants nomades de la tranche d'âge de 0 à 15 ans contre la poliomyélite.

Durant deux semaines de durée des activités de la campagne de vaccination, les deux staffs du CSSI ont mis à contribution leurs expériences pour organiser successivement les activités suivantes :

- larges réunions de mobilisations sociales avec les autorités administratives, les équipes cadre des DRS et des Districts, les consultants régionaux de l'OMS et de l'UNICEF, les Responsables des services vétérinaires, les associations régionales des éleveurs nomades ;

- l'élaboration des plans de campagne de vaccination, la mise en place des équipes de vaccination par districts et zones de responsabilités, la répartition et déploiement des équipes sur le terrain ;
- la supervision des activités de vaccination au jour le jour et la compilation des résultats
- la rédaction des rapports de supervision et la centralisation des résultats au PEV.

A l'issue de leur supervision des activités de la campagne de vaccination spéciale nomade, les superviseurs du CSSI ont relevé des points forts et des points faibles des activités et ont suggéré des recommandations au PEV en vue de mieux améliorer l'organisation des prochaines campagnes spéciales nomades.

- **Mission du Sila et Guéra**

Du 19 au 30 juin 2012, l'équipe du projet Polio s'est rendue en mission dans les régions de Sila et du Guéra. Cette mission avait pour but de mener des enquêtes (entretiens semi-structurés et focus groups) pour la collecte des données dans le cadre de l'étude sur l'Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Polio. A ce titre, l'équipe de la mission a réalisé des entretiens semi-structurés avec les responsables des services déconcentrés de santé et d'élevage et les leaders des tribus nomades et a organisé également de focus groups avec les hommes et femmes nomades dans les ferricks.

La mission s'est déroulée en deux étapes, l'étape de Sila et l'étape de Guéra. L'étape de la région du Sila a été marquée par les visites de travail dans quelques ferricks nomades de la région, notamment dans les sous-préfectures de Goz-beida Rural, de Kerfi, de Koukou, de d'Am-Dam. L'étape du Sila a permis de réaliser au total six focus groups, dont 3 avec les femmes et 3 avec les hommes nomades, ainsi qu'un entretien semi-structuré avec le Chef du Secteur de l'élevage de Goz-beida. Il faut noter que ce dernier nous a accompagnés dans toutes nos visites de terrain au Sila.

L'étape de Guéra a été marquée quant à elle par des rencontres de travail à Mongo et à Melfi. A Mongo, l'équipe de la mission a organisé deux entretiens avec les responsables des services déconcentrés, notamment le Délégué Régional de la santé et le Délégué Régional de l'élevage. A Melfi la mission a pu organiser quatre entretiens, dont un avec le Chef de Zone de responsabilité, un avec le Chef de Secteur de l'élevage et deux avec les personnes ressources nomades (*voir photo 1 ci-dessous d'un focus group*). Par ailleurs trois focus groups ont été également organisés à Melfi, dont deux avec les hommes et un avec les femmes.



Photo 1 : une vue d'un focus group avec les nomades dans un ferrick à Melfi

- **Mission de Ouadi Djedide**

Du 15 au 21 novembre 2012, une équipe du CSSI a effectué une mission à Ouaddi Djedid (Batha). L'équipe de la mission était composée de 6 personnes, notamment le Directeur du CSSI Dr Daugla Doumagoum Moto, Dr Mahamat Bechir, Mahamat Abdoulaye, Hamit Kessely, Achta Baba et Mamadou Yaya. Le but de la mission était d'une part de répondre à l'invitation du Ministère de l'Elevage et des Ressources Animales pour participer à la 1^{ère} Edition de la Fête de la transhumance (FENAT 2012) et d'autre part organiser des focus group pour le compte du Projet Polio.

Au titre du 1^{er} objet de la mission, le CSSI a participé activement aux festivités de FENAT 2012 en présentant sur un stand ses activités en matière de Santé des Nomades où des supports tels que affiches grand format et publications scientifiques relatives aux activités de recherches-actions en milieu nomade ont été présenté au public pour la circonstance (*ci-dessous photo 2 : stand du CSSI*). Il faut noter que le Chef de l'Etat IDRISS DEBY ITNO qui a visité les différents stands s'est arrêté pendant quelques minutes au stand du CSSI où il a eu une bonne présentation des activités de l'Institution en matière de santé des nomades. Le Chef de l'Etat a également posé quelques questions par rapport à la collaboration du CSSI avec les Institutions de l'Etat telles que le Ministère de la santé et le Ministère de l'Elevage. Pour finir son passage au stand du CSSI, Son Excellence IDRISS DEBY ITNO a pris le document du Programme National Intersectoriel en faveur des Communautés Nomades du Tchad (PAICNT), programme qui résulte des actions du SWIS-TPH et du CSSI en faveur de nomades et dont l'Etat doit se l'approprier pour sa mise en œuvre. Il faut souligner que pour davantage de plaidoyer du programme PAICNT, un autre exemplaire du document a été remis le lendemain à la première dame HINDA DEBY ITNO par l'équipe du CSSI par l'entremise du Député Dr Achta Bechir.

Le CSSI a également répondu à la sollicitation des organisateurs des festivités en participant aux présentations en plénière des activités axées au bénéfice des nomades. La présentation en plénière du CSSI a porté donc sur ses activités en matière de santé des nomades et le programme PAICNT. L'auditoire qui a pris part à ces activités de présentations en plénière était composé des scientifiques, des cadres du Ministère de l'Élevage, des autorités politiques et des leaders nomades, etc.

Au titre du 2^{ème} objet de la mission, le CSSI a pu organiser un seul focus group avec les associations des éleveurs nomades. Le focus group a été réalisé plus précisément avec les membres des associations AEN et CASSET. Les chefs traditionnels nomades qui devaient également être interviewés par l'équipe du CSSI dans le cadre du projet polio n'ont pas marqué leur disponibilité, car emporté par l'euphorie de la fête.



Photo 2 : une vue du stand du CSSI

- **Mission préparatoire de la campagne de vaccination mixte transfrontalière**

Du 19 au 21 décembre 2012, une mission conjointe PEV/CDC/UNICEF/CSSI/AJN s'est rendue dans la région du Hadjer-Lamis en perspective de la campagne mixte (santé humaine et animale) de vaccination des transhumants transfrontaliers qui aura lieu au mois de janvier 2013. Le but de la mission était de rencontrer et de discuter avec les responsables administratifs, sanitaires et leaders nomades en vue de préparer l'organisation pratique de la campagne mixte.

L'équipe de la mission a commencé son périple le 19 décembre à Massakory par une rencontre de travail avec Monsieur le Gouverneur du Hadjer-Lamis. Cette rencontre de travail a permis à l'équipe de la mission d'expliquer à Mr le Gouverneur l'importance et l'intérêt de cette nouvelle approche de vaccination mixte transfrontalière, dont l'objectif est de contribuer à une large vaccination des enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes des transhumants transfrontaliers, ainsi que leur bétail avant leur passage au Cameroun puis au Nigeria. Le Gouverneur du Hadjer-lamis a salué l'initiative et a marqué sa disponibilité à apporter tous les soutiens nécessaires à la réussite de cette opération.

La même journée après la rencontre de travail avec le Gouverneur du Hadjer-Lamis, l'équipe de la mission a rencontré successivement le Délégué Régional Sanitaire par intérim et les équipes cadres des Districts sanitaires de Massakory et du Massaguet avec lesquels des discussions de travail furent organisées. Avec ces derniers, les discussions ont porté essentiellement sur l'organisation pratique de cette campagne mixte de vaccination transfrontalière. A cet effet, un état de lieu des vaccins et consommables de vaccination de la région et des Districts fut établi.

Le 20 décembre 2012, l'équipe de la mission a travaillé avec le Chef de Secteur de l'élevage de Karal. Avec ce dernier, les discussions ont porté sur l'organisation pratique du volet vaccination animale. La situation des vaccins pour le bétail et consommables disponibles a été faite, ainsi que la liste de commandes à effectuer fut établie. Il faut noter que l'équipe de la mission s'est rendue à la Délégation régionale de l'élevage du Hadjer-lamis lors de son passage à Massakory, mais elle a manqué le Délégué qui était en voyage.

La même journée du 20 décembre 2012, l'équipe de la mission a organisé des rencontres de travail avec les responsables des centres de santé de Mani et de Guitté, ainsi qu'avec les notables peulhs à Guitté. Les échanges avec les responsables de Centres de Santé ont permis d'échanger sur l'organisation pratique de la prochaine campagne de vaccination et de s'enquérir de l'existant en terme des ressources humaines, de chaîne de froid, vaccins et consommables.

Les rencontres de travail avec les notables peulhs ont permis d'informer et de sensibiliser ces derniers de l'importance et de l'intérêt de la prochaine campagne mixte de vaccination transfrontalière. Les discussions avec ces derniers ont par ailleurs permis de faire la situation de la localisation actuelle des transhumants sur le terrain et d'établir en commun accord avec l'équipe de la mission le projet de chronogramme de la prochaine campagne mixte de vaccination transfrontalière. Toutefois, les notables ont fait savoir qu'il faut vacciner les enfants et les femmes avant la date de la traversée car au moment de celle-ci il serait très difficile de faire la vaccination compte tenu du temps et de la pression du travail sur les chefs de ménage. Mais ils ont en même temps reconnu l'utilité de mettre sur place des équipes de ratissage au lieu de repos après la traversée. Ce lieu de repos est une île tchadienne située juste en face du lieu de la traversée. Un travail d'identification des superviseurs et des mobilisateurs sociaux de l'Association en charge de la mobilisation sociale fut également fait au cours de la mission.

Le 21 décembre 2012, dernière journée de travail de l'équipe de la mission, fut marquée par la réunion de travail avec le responsable du Centre de Santé de Djimtilo et la visite du site des champs pilotes de culture de foin de l'association des éleveurs nomades à Amdarabaye (ferrick sédentarisé). La discussion avec le responsable du centre de santé de Djimtilo a porté sur l'organisation pratique de la prochaine campagne mixte de vaccination. Quant à la visite des champs pilotes des foin d'Amdarabaye, elle a été une occasion pour l'équipe de la mission d'informer et de sensibiliser le plus largement possible les nomades ayant effectué le déplacement.

Chronogramme d'activités de vaccination mixte transfrontalière

Activités planifiées	Déc 2012	Janvier 2013			
	S4	S1	S2	S3	S4
Réunion de briefing A Ndjamena (1 jour)					
Dénombrement des enfants cibles (0 à 59) et femmes enceintes (29/12/12 au 2/1/13)					
Campagne de sensibilisation Phase 1 (5 au 9/1/13)					
Campagne de vaccination (15-19/1/2013)					
Campagne de ratissage dans l'aire de repos (20-24/1/13 et sensibilisation phase 2 et rédaction du rapport					

9. Conclusion :

Globalement les activités du Projet GPEI pour l'année 2012 ont été menées avec satisfaction conformément à son plan d'action. Il faut noter cependant que la réalisation de ces activités a été rendue possible au prix de moult sacrifices. Les pistes souvent boueuses, les journées et les nuits par moment difficiles dans les campements et les trajectoires de voyage par endroit périlleux.