



BUREAU D'APPUI SANTÉ ET ENVIRONNEMENT - TCHAD



RAPPORT D'ACTIVITES 2014

Avril 2015.

I. INTRODUCTION

Le présent rapport présente les activités globales et couvre la période janvier-décembre 2014.

L'année 2014 a été la dernière année de mise en œuvre du Projet d'Appui aux Districts sanitaires de Mongo et Mangalmé.

L'année 2014 a vu également la poursuite des activités en matière de lutte contre la malnutrition dans le Wadi Fira et des soins et entretiens des réfugiés soudanais à l'Est du Tchad en partenariat avec l'UNICEF, le PAM et l'UNHCR.

II. VIE ASSOCIATIVE

a) réunions statutaires

Une (1) assemblée générale a été tenue pour examiner et approuver les comptes de l'exercice 2013.

Au titre du Comité de Direction qui est l'organe d'exécution, deux réunions ont été tenues pour suivre l'exécution des activités.

b) Plan d'Orientation Stratégique 2015-2019

L'élaboration du Plan d'Orientation Stratégique, avec l'appui d'une ressource extérieure, a été lancée en décembre 2014. La seconde phase qui s'est déroulée en février 2015 a clos ce processus qui a défini les axes stratégiques qui orienteront les actions pour les cinq ans à venir. Un rapport consolidé et une version résumée pour sa diffusion en public sont en cours de finalisation.

c) Participation aux réseaux

Etant membre de plusieurs réseaux d'organisations nationales et internationales, nous avons participé à plusieurs rencontres tant au niveau du pays qu'à l'étranger.

Cette participation active a permis le sauvetage du Centre d'Information et de Liaison des ONG (CILONG) réseau dont BASE assure le rôle de commissaire de vérification. Il en a été de même pour de la Commission Permanente Pétrole N'Djamena (CPPN) qui a perdu son dynamisme.

A l'extérieur, BASE a pris part aux deux assemblées générales de l'Alliance Internationale pour le Développement et la Recherche (AIDR) ; la première s'est déroulée en avril à Autrêches en France et la seconde en octobre à Abidjan en Côte d'Ivoire. Le réseau compte aujourd'hui 28 ONG d'Afrique et de France.

III. RESULTATS DES PROJETS MIS EN ŒUVRE

A. **Projet d'Appui aux Districts sanitaires de Mongo et Mangalmé**

1. **Résumé de l'Action**

Le 'Projet d'appui aux services de santé et à la participation communautaire dans les districts sanitaires de Mangalmé et Mongo', Délégation Sanitaire du Guéra, est fondé sur une évaluation concertée des besoins par le Ministère de la Santé Publique (MSP) et le Bureau d'Appui Santé et Environnement (BASE), en 2011.

Celle-ci a eu le mérite de mettre en évidence des gaps importants dans la prise en charge de la santé du couple mère-enfant.

Pour les combler, l'on doit passer par: une implication des populations elles-mêmes, dans la prise en charge de leur santé, via les structures de participation communautaire et la valorisation du savoir des bénéficiaires; un renforcement des compétences du personnel de santé, à travers la formation, le suivi et la supervision des agents de santé; un accompagnement des Equipes Cadres de District (ECD) dans le management de leur système local de santé, par le conseil et l'encadrement; des investissements en infrastructures et en matériel médico-technique; l'approvisionnement régulier des formations sanitaires en Médicaments Essentiels et Génériques (MEG), etc.

Durant toute la période triennale du Projet (2012 – 2014), toutes les activités programmées (et/ou non) ont été réalisées - dans un esprit d'accompagnement et non de substitution – pour atteindre un à un les objectifs précités. Le taux de réalisation en est relativement satisfaisant: **95,83% des activités avec l'augmentation des formations sanitaires de 20 à 24**. Les leçons apprises sont parlantes : importance de la recherche de synergie (dans le temps et l'espace) entre les différents partenaires ; valeur incommensurable du partenariat et de l'interdépendance des partenaires.

Les transformations opérées ont, à maintes reprises, fait face à certaines résistances (collaboration harmonieuse des RCS avec les COSAN/COGES). Elles ne se sont pas faites par un coup de baguette magique; elles ne se sont pas faites davantage par l'imposition...Elles ont toutes nécessité une approche patiente et persévérante; fondée sur l'explication, la négociation, la formation, l'effort pédagogique à l'endroit des adultes, et l'établissement d'alliances fortes avec la communauté, le personnel, les 'administratifs' et autres acteurs.

2. **Evaluation de la mise en œuvre des activités de l'Action**

2.1. Introduction

Ce rapport couvre la période des activités menées du 14 novembre 2011 au 13 novembre 2014 (soit 36 mois).

Il s'inscrit dans le cadre de l'appui à l'amélioration des conditions de santé maternelle et infantile et au renforcement de la participation communautaire, dans les deux districts sanitaires de Mongo et de Mangalmé ; cela, avec l'implication de l'ensemble des acteurs et structures concernés.

Le but du Projet est de contribuer à améliorer l'état de santé de la population tchadienne, et en particulier de celle des femmes et des enfants.

Les activités réalisées durant cette période ont consisté principalement en activités administratives, sanitaires, et communautaires; sans oublier les activités relatives à la consolidation des savoirs locaux en matière de santé.

2.2 Résultats et Activités

2.2.1 Résultat escompté N°1 : la qualité de l'offre des soins maternels et infantiles est améliorée.

La présence d'une équipe multidisciplinaire de proximité pour le projet, en charge de conduire la planification opérationnelle et le transfert de compétences vers les partenaires, a été un atout certain.

L'organisation de séances de vaccinations (en 'stratégie avancée'); l'appui logistique et financier; la mise en place d'un système de suivi et de contrôle ; la mise à exécution d'un plan rigoureux de sortie des équipes de vaccination, ont permis aux formations sanitaires de réaliser des indicateurs relativement plus fiables et de mieux couvrir complètement les enfants avec les antigènes requis par le Programme Elargi de Vaccination (PEV).

On note globalement une augmentation des indicateurs du PMA sur les trois années, comparativement aux trois autres années ayant précédé la mise en œuvre du Projet.

Tableau n°4 : Evolution des indicateurs du PMA dans le DS de Mongo au cours du Projet

Désignation	Normes Nationales	Indicateurs 2012	Indicateurs 2013	Indicateurs 2014 (10 mois)	Baseline (Indicateurs 2011)	Commentaire
BCG	95%	113,39%	117%	118,65%	86,1%	On a réussi à dépasser la norme nationale pour cet indicateur, depuis la 1 ^{ère} année du projet, jusqu'à la dernière (car les résultats de 2014 ne concernent que 10 mois sur 12, c'est-à-dire 83,33 % du temps total de l'année)
Penta 3	85%	93,24%	95,6%	96%	71,1%	La norme nationale a été régulièrement dépassée, depuis l'entrée en jeu du projet.
VAR	85%	95,52%	96%	85%	67%	La norme nationale a été régulièrement dépassée, depuis l'entrée en jeu du projet.
ECV		93,24	85%	85%	78%	Cet indicateur également n'a cessé d'augmenter depuis l'entrée en marche du projet
VAT 2+		79,20%	92,23%	102,85%	62,2%	
TU C.Cur	50%	31,36%	37%	43,5%	19%	L'utilisation des services curatifs a connu une ascension depuis la mise en marche du projet
CPN1		96,33%		92,65%	85%	
CPN3	85%	63,73%	80,20%	62,86%	-	Depuis 2013, cet indicateur tend à atteindre la norme nationale requise
Accouchement assisté	70%	24,56%	35,85%	37,10%	14,2%	Bien que les résultats de cet indicateur soient encore loin d'atteindre la norme nationale, ils ont connu un bon appréciable, d'année en année, depuis l'entrée en activité du projet
CPON	50%	6,90%		17,14%	-	
BEF	15%	3,12%	4,80%	8,57%	2%	Bien que les résultats de cet indicateur soient encore très loin d'atteindre la norme nationale, ils ont connu un bon appréciable, d'année en année, depuis l'entrée en activité du projet
CPE	60%	77,08%	50%	78,57%	30%	La norme nationale n'a pas pu être atteinte en 2013, cependant la tendance demeure bonne : elle est à l'augmentation presque régulière depuis l'entrée en jeu du projet.
Coûts moyen de	-	-	915 FCFA	784 FCFA	1 101 Fcfa	Soit une diminution de 28,79%

traitement						
Disponibilité en fonds des CS				Situation actuelle : 24 052 198 Fcfa	Situation de départ : 7 846 728 FCFA	Soit une augmentation de 67,38%
Nbre Moyen de MEG/Ordon	-	3,5	-	2,53	-	Taux d'amélioration : -27,71%
% d'antibiotique/ordon-Nance	-	57%	-	45,13%	-	Taux d'amélioration : -20,82%
% de MEG inject/ordon-nance	-	43,75%	-	29%	-	Taux d'amélioration : -33,71%
% d'ordonnances Incohérentes	-	35,25%	-	23,62%	-	Taux d'amélioration : -32,99%

Tableau n°5 : Evolution des indicateurs du PMA dans le DS de Mangalmé au cours du Projet

Désignation	Normes nationale s	Indicateur s 2012	Indicateur s 2013	Indicateur s 2014 (10 mois)	Baseline (Indicateurs 2011)	Commentaire
BCG	95%	96,97%	91,66%	108%	54,8%	Presque chaque année, on a réussi à dépasser la norme nationale pour cet indicateur, depuis la 1 ^{ère} année du projet, jusqu'à la dernière.
Penta 3	85%	77,91%	74,31%	105%	36,3%	La norme nationale a été dépassée à la 3 ^{ème} et dernière année du projet.
VAR	85%	81,14%	86,45%	106%	37,5%	La norme nationale a été presque régulièrement dépassée, depuis l'entrée en jeu du projet.
ECV		77,91%	86%	105%	30,6%	Cet indicateur également n'a cessé d'augmenter depuis l'entrée en marche du projet
VAT 2+		53,86%	53,39%	92,86%	23,6%	

TU C.Cur	50%	11,27%	14,5%	28,57%	10,5%	L'utilisation des services curatifs a connu une ascension progressive depuis la mise en marche du projet. Par rapport au début du projet, après 3 ans, cet indicateur a été multiplié par presque trois. C'est là un résultat presque spectaculaire, quand on sait que l'itinéraire thérapeutique des populations n'est pas chose aisée à changer.
CPN1		36,33%	43,68%	84,29%	26,9%	
CPN3	85%	20,81%	18,96%	26,79%	----	Cet indicateur pose un sérieux problème au niveau du district de Mangalmé : il peine à connaître une véritable ascension, contrairement aux autres indicateurs.
Accouchement assisté	70%	9,1%	7,6%	19,65%	9,2%	Cet indicateur pose un sérieux problème au niveau du district de Mangalmé : il peine à connaître une véritable ascension, contrairement aux autres indicateurs. C'est seulement en 2014 que l'on a remarqué un progrès relativement encourageant, bien qu'encore éloigné de la norme nationale.
CPON	50%	0,56%		15%		
BEF	15%	0,49%	1,34%	2,86%	0,4%	Bien que les résultats de cet indicateur soient encore très loin d'atteindre la norme nationale, ils ont connu un bon appréciable, d'année en année, depuis l'entrée en activité du projet. Par rapport au début du projet, les résultats ont été multipliés par 7. C'est absolument encourageant, bien que l'on se situe encore très loin de la norme nationale
CPE	60%	20%	35,27%	44,29%	14,4%	La norme nationale n'a pas pu être atteinte, cependant la tendance demeure bonne : elle est à l'augmentation presque régulière depuis l'entrée en jeu du projet.
Coûts moyen de traitement	-	-	817 Fcfa	623 FCFA	1058 francs CFA	Soit une diminution de 41,12%
Disponibilité en fonds des CS	-	-		Situation actuelle : 12 974 153 FCFA	7 720 390 FCFA	Soit une augmentation de 40,49%
Nbre Moyen de MEG/Ordon	-	4	-		-	
%	-	80,5%	-		-	

d'antibiotique/or donnance						
% de MEG inject/Ordonnan ce	-	50,5%	-		-	
% d'ordonnances Incohérentes	-	45%	-		-	

Tableau n°6 : Comparaison de l'évolution des indicateurs dans les DS de Mongo et Mangalmé au cours du Projet

Désignation	Baseline (Indicateurs 2011) Mongo	Baseline (Indicateurs 2011) Mangalmé	Moyenne des indicateurs à Mongo au cours des 3 années du Projet	Moyenne des indicateurs à Mangalmé au cours des 3 années du Projet	Commentaire
BCG	86,1%	54,8%	116,35%	98,87%	Pour presque tous les indicateurs, on peut faire le constat d'une chose : la moyenne des indicateurs à Mongo est supérieure à ceux de Mangalmé au cours de la période de 3 ans du projet.
Penta 3	71,1%	36,3%	94,95%	86%	
VAR	67%	37,5%	92,17%	91,20%	
ECV	78%	30,6%	87,75%	90%	
VAT 2+	62,2%	23,6%	91,43%	66,70%	
TU C.Cur	19%	10,5%	37,29%	18,11%	
CPN1	85%	26,9%	94,49%	54,77%	
CPN3	-	----	68,93%	22,19%	
Accouchement assisté	14,2%	9,2%	32,5%	12,12%	
CPON	-		12,02%	7,78%	
BEF	2%	0,4%	5,50%	1,56%	
CPE	30%	14,4%	68,55%	33,19%	
Coûts moyen de traitement	1 101 FCFA	1058 francs CFA	849 francs CFA	720 francs CFA	
Disponibilité en fonds des CS	Situation de départ :		8 017 400 FCFA	4 324 718 FCFA	

	7 846 728 FCFA				
Nbre Moyen de MEG/Ordonnance	3,5	4	2,5		
% d'antibiotique/ordonnance	57%	80,5%	45%		
% de MEG inject/Ordonnance	43,75%	50,5%	29%		
% d'ordonnances incohérentes	35,25%	45%	23%		

❖ **Activités :**

➤ ***Mettre en place les documents de travail de l'équipe.***

Conformément à la politique nationale de contractualisation, une convention d'appui technique et financier à été signée, en décembre 2011, avec la Délégation Sanitaire Régionale (DSR), pour une durée des trois ans, tel que stipulé dans le document technique du projet.

La DSR est représentée par le Délégué Sanitaire Régional et les Médecins Chefs de District (MCD) de Mongo et de Mangalmé.

➤ ***Etablir les plans opérationnels semestriels, les rapports synthétiques et narratifs trimestriels, semestriels et annuels, les suivis et les planifications mensuelles des activités entre Equipe Cadre de District (ECD) et équipe technique du BASE.***

Dès sa prise de service, le 1^{er} janvier 2012, l'équipe technique du BASE, en charge de conduire le projet, s'est attelée à la mise en place des documents de travail. C'est ainsi que des plans opérationnels trimestriels et semestriels et un chronogramme pour chaque mois, de même que le suivi des chronogrammes mensuels, sans oublier les rapports synthétiques et narratifs, en fin de trimestre, semestre et en fin d'année, ont été élaborés et mis à la disposition de chaque partenaire direct du projet: Direction Générale des Activités Sanitaires Régionales (DGASR); Direction du BASE; DSR du Guéra; Districts Sanitaires (DS), etc.

A la fin de chaque mois, le staff du BASE se réunit pour évaluer la mise en œuvre du chronogramme des activités du mois en cours. Il en profite pour élaborer celui du mois suivant, en concertation avec les ECD. Ces deux documents subissent un processus de validation, lors des réunions mensuelles - qui se tiennent tous les 30 du mois avec l'ECD de Mongo et chaque 3 du mois suivant, avec l'ECD de Mangalmé.

➤ ***Prise de contact et explication du contenu du projet aux PS et aux communautés.***

La première descente sur le terrain a permis d'expliquer, de long en large, aux RCS, aux responsables politico-administratifs et aux autres représentants de la population des différentes zones des responsabilités, le contenu du projet, qui s'articule autour :

- Du renforcement des compétences des ECD, des responsables des HD, du personnel de santé des CS, du personnel d'appui, des accoucheuses traditionnelles et des communautés.
- De l'appui en matériel médico - technique complémentaire.
- De la dotation en médicaments essentiels et génériques.
- De la dotation en moyens roulants aux ECD et aux CS.
- De l'appui aux ECD, pour la réalisation des activités de suivi et de supervision.
- De l'équipement des DS en matériel bureautique.
- De l'appui logistique et financier, pour la réalisation de la 'stratégie avancée'.
- De l'appui à l'amélioration de la prise en charge des malades, dans les services de Chirurgie et de Maternité de l'HD de Mangalmé.
- De la réhabilitation de certains CS et des salles d'hospitalisation de la Maternité de l'HD de Mongo.
- De la réhabilitation du système d'éclairage de l'HD de Mangalmé.
- De la réhabilitation du système d'approvisionnement en eau potable de certains CS.
- Etc.

➤ ***Etat des lieux des CS/PS.***

La réalisation de l'état des lieux, dans chaque centre de santé, a permis de connaître la situation de départ. La collecte des données a été effective dans 22 zones de responsabilités qui étaient déjà fonctionnelles, dans les 2 districts

En 2011, le taux d'utilisation des services de santé, dans le DS de Mangalmé était de 10% et l'indice de retour, égal à 1, malgré les efforts fournis par les 2 CS à forte démographie (Eref et Mangalmé). En effet, dans l'itinéraire thérapeutique de la plupart des malades, le premier recours demeure le tradipraticien (tradithérapeute) ou le *Dr Choukou (appellation commune au Tchad)*. Le taux de couverture du 1^{er} contact en CPN était très faible, de même qu'en CPN₃ qui souvent ne sont pas notifiés dans le RMA (Rapport Mensuel d'Activités). Cette activité n'est pas faite 'en avancé.' La zone B, qui représente pourtant 80% de la population, bénéficiait d'un taux de couverture en CPN₁ de seulement 22%. Tandis qu'en CPN₃, le taux de couverture était très bas, pour les 2 DS: en moyenne 17%.

Tableau n°7 : Mise en œuvre du PMA dans les DS de Mongo et Mangalmé en 2011

CS	Eléments du PMA présents	Eléments du PMA absents	Observations
DS de Mangalmé	-Consultation Curative -CPE -CPN -PEV en fixe -Prise en charge des malnutris	-Dépistage maladies chroniques -BEF -CPN/PEV en avancée -Activités communautaires	Inexistence des COSAN ou COSAN non fonctionnels
DS de Mongo	Tous les éléments cités plus haut sont présents	-Dépistage maladies chroniques -BEF -CPN/PEV en avancée -Activités communautaires	Inexistence des COSAN ou COSAN non fonctionnels

Ce tableau nous révèle qu'en 2011, aussi bien dans le district sanitaire de Mongo que dans celui de Mangalmé, les activités de santé communautaire et de dépistage des maladies chroniques étaient en berne.

➤ **Etat des lieux des COSAN.**

La participation communautaire (PC) a fait ses débuts dans les deux DS, au milieu des années 90 (1995-1996). Au DS de Mangalmé (dans toutes les ZR) et une partie du DS de Mongo (dans les ZR de : Abreche, Djoukoulkoui, Katalog, Niergui), ce fut avec l'avènement du projet « Maternité sans risque » que les structures de participation communautaire avaient été instituées, il y a plus d'une décennie.

Suivant le principe de la Participation Communautaire (PC), le COSAN devrait avoir pour rôle de :

- Cogérer le centre de santé (CS).
- Appuyer les activités du CS.
- Participer au financement de la santé (à travers le recouvrement des coûts (RdC).
- Assurer les actions de sensibilisation de la communauté.

➤ **Structuration des organes de participation. (Suite état des lieux des COSAN)**

Dans presque toutes les ZR des deux districts, les structures de participation communautaire suivaient un schéma mettant en présence deux organes distincts: un COSAN (avec un bureau), d'une part; et un COGES, avec également son bureau, d'autre part.

Dans toutes les zones de responsabilité, les COSAN n'existaient que de nom. Le personnel sanitaire gérait seul le CS. Quelques membres de la communauté s'activaient autour de la prise en charge des malnutris et des mères allaitantes ou enceintes (distribution des rations et autres produits). Ces activités se révélaient intéressantes pour eux, car elles leur permettaient de recevoir, en contrepartie, des vivres: *vivres contre travail* (VCT). On les voyait également en activité, dans le cadre de la vaccination (Journées Nationales de Vaccination / JNV; Activités Vaccinales Supplémentaires/AVS).

Les RCS géraient les finances et les Médicaments Essentiels et Génériques (MEG) des CS à leur guise, avec à l'arrivée: des dépenses non pertinentes, non justifiées et souvent exagérées; de faibles recettes; des prêts de fonds à des particuliers, jamais recouverts, etc. Les outils de gestion n'étaient en vigueur dans aucun CS. Les pesanteurs socioculturelles étant prégnantes, on note l'absence ou du moins la très faible représentation de la gent féminine, au sein de presque toutes les structures (tant au niveau décisionnel qu'au niveau consultatif).

La notion de participation communautaire étant réduite au recouvrement des coûts (RdC), aucune Activité Génératrice de Revenus (AGR) n'était exploitée.

Or, les associations ou groupements d'intérêt communautaire, tels que les comités de santé, doivent être formées, si l'on veut qu'elles assument correctement leur rôle. Malheureusement, dans tous les deux districts, la formation dans ce domaine était le parent pauvre de toutes les activités. Ainsi, en raison du manque de sensibilisation des populations, les *choukous* attiraient la plupart des patients, au détriment des services offerts par les CS. La population, inconsciente des dangers des *choukous* et de l'automédication, y recourait souvent. Les tarifs appliqués dans ce 'circuit' étant très abordables, peu importerait pour elle la qualité ou les conditions de conservation des produits médicamenteux – des notions qui lui sont d'ailleurs relativement étrangères.

Les données relatives au taux de couverture curative et préventive n'étaient pas fiables: insuffisance en remplissage des outils SIS; augmentation délibérée des chiffres, par les agents de santé, afin d'obtenir des résultats élevés, liés à certains indicateurs, pour satisfaire les supérieurs hiérarchiques, et être bien appréciés par ceux-ci, etc.

Ces insuffisances ont été bien notées ; et au cours de toutes les supervisions, nous sommes revenus plusieurs fois là-dessus, pour attirer l'attention des RCS concernés. Par ailleurs, une formation spécifique, relative à la manipulation et à la gestion des données du PMA, afin de produire un RMA plus proche de la réalité, a été réalisée en 2014, pour remédier à la situation - en dehors de l'impact plus ou moins positif (supposé ou avéré) des différentes supervisions.

➤ ***Tenue des réunions hebdomadaires et mensuelles de l'équipe technique et ECD.***

Afin d'assurer le bon suivi des activités, il s'est tenu une réunion hebdomadaire de coordination (chaque lundi) au sein de l'équipe du BASE à Mongo. Ces réunions ont permis de mieux appréhender les problèmes et difficultés, afin de leur trouver des solutions au quotidien.

S'agissant des réunions des ECD élargies au BASE, les deux parties sont tombées d'accord pour se réunir chaque fin de mois. Les réunions se sont focalisées sur le suivi des activités programmées (pour le mois écoulé) et la programmation mensuelle (pour le mois à venir). Aussi, ont-elles traité des questions d'ordre général, dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des malades, et du suivi des responsables des centres de santé, grâce à des supervisions intégrées et formatives.

A.1.1 : - Former et renforcer le PS des CS et HD sur la prise en charge des soins mères et enfants.

A.1.1.1 : - Identifier les besoins de formation et élaborer un plan de formation.

Les besoins de formation pour le personnel de santé (PS) des Centres de Santé (CS) ont été dûment identifiés, de mars à avril 2012 - avec leur participation, et sur la base des informations révélées par la fiche de collecte de données sur le personnel.

Un chronogramme de formation a été élaboré. Celui-ci comprend (entre autres) la formation sur la globalité des soins; les ordigrammes et les bonnes pratiques de prescription médicamenteuse.

➤ ***Préparer les modules de formation :***

Tous les modules de formation prévus ont été produits :

- ✓ Planification
- ✓ Supervision
- ✓ Ordinogramme et Bonne Prescription
- ✓ ETME
- ✓ Gestion du PMA

- **A.1.1.2 : - Exécuter et suivre les formations programmées (globalité des soins, ordinogrammes et bonne prescription médicamenteuse) ; ETME et gestion du PMA**

➤ **Globalité des soins, ordinogrammes :**

De commun accord avec les Equipes Cadres de District (ECD), ces formations ont dû être repoussées, par rapport aux dates initialement prévues: nous avons été confrontés à la récurrente question du taux de per diem à appliquer. Une solution a été trouvée par le bailleur de fonds, moyennant une correspondance explicative, qui lui a été adressée, via la Direction Générale des Activités Sanitaires Régionales (DGASR), par la coordination du projet sur le terrain.

Les thèmes de la formation ont été un peu modifiés, pour des raisons stratégiques: plus que tout, il s'est agit de mettre un accent particulier sur l'utilisation des ordinogrammes. La formation s'est finalement tenue du 14 au 18 décembre 2012. 28 agents de santé ont bénéficié de cette formation (5 membres des ECD et 23 PS des CS sur 23). Pour que le superviseur jouisse au moins de la même connaissance que le supervisé, il a été jugé utile que les ECD également soient formées.

Le pré-test a révélé que sur les 28 participants, un seul a obtenu la moyenne (note de 10/20); le dernier a même eu la note de 01/20. Cela rend clairement légitime et judicieux le choix du thème de formation. A l'issue de la formation, les participants ont tous été soumis à un test post-formation et tous ont obtenu la moyenne.

Au cours des différentes supervisions, l'accent a été mis – bien qu'avec un succès variable d'un CS à un autre - sur le recours à l'ordinogramme pendant la consultation curative.

Exécuter et suivre les formations programmées :

➤ **ETME et gestion du PMA :**

En juillet 2014, 34 bénéficiaires au total (10 membres ECD et 24 PS) ont été formés en ETME et la gestion du PMA.

Tableau n°12 : Récapitulatif des formations dispensées aux personnels de santé en 2012 et 2013 et 2014 pour les DS de Mongo et Mangalmé

Thèmes de Formations	Date	Formateurs	Bénéficiaires	Rapport
Supervision	11 au 12 juin 2012	DSR/Médecin-conseiller/Coordinateur du BASE	28 : ECD de Mangalmé, Mongo ; Bitkine et Melfi	Oui
Planification	13 au 14 juin 2012	DSR/Médecin-Conseiller/Coordinateur BASE	20 : ECD de Mongo ; Mangalmé ; partenaires	Oui
Ordinogramme	14 au 18 décem 2012	DSR/MédecinConseiller du BASE	28 (23 RCS et 5 membres des ECD des districts de Mongo et Mangalmé)	Oui
La formation des AT sur l'accouchement et les risques	Juin-octobre 2013 à	La sage-femme du BASE, le MCD de	1 formation regroupée à Mangalmé pour 24 bénéficiaires et une à Banda (DS	Oui

y afférents.	Mangalmé et à Banda (DS Mongo)	Mangalmé	Mongo) pour 16 AT. Réalisée et financée par le BASE sur les fonds de l'UE.	
Utilisation des ordinogrammes	14 au 18 décembre 2012	DSR/Médecin Conseiller du BASE	28 (23 RCS et 5 membres des ECD de Mongo et Mangalmé) Réalisée et financée par le BASE sur les fonds de l'UE.	Oui
Formation en ETME	Juillet 2014	DSR/Médecin Conseiller du BASE	34 bénéficiaires au total (10 membres ECD et 24 PS)	Oui
Formation en gestion du PMA	Juillet 2014	DSR/Médecin Conseiller du BASE	34 bénéficiaires au total (10 membres ECD et 24 PS)	Oui
Formation en communication pour la lutte contre la malnutrition (C4D de l'UNICEF).		Les formateurs de l'UNICEF, venus de NDjaména.	Réalisée par l'UNICEF en collaboration avec la Délégation Sanitaire Régionale (DSR) du Guéra. Cela n'a concerné que les équipes cadres des districts.	
Elaboration du plan intégré de communication sur la malnutrition des enfants.		UNICEF	Bénéficiaires : 28 RCS et 5 points focaux IEC	
Renforcement des capacités sur l'utilisation des pilules injectables et contraceptives	Août 2013	UNFPA	Bénéficiaires : 24 RCS et 5 agents des hôpitaux.	
Renforcement des capacités sur la gestion du PEV	Décembre 2012	DSR	Bénéficiaires : 26 RCS et 5 points focaux IEC.	
Renforcement des capacités pour la prise en charge du choléra	Mai 2013	DSR	Bénéficiaires : RCS, agents des hôpitaux, points focaux IEC.	
Gestion hospitalière	Juillet et Octobre 2013	BASE, DSR, Directeur de l'HR de Mongo	Formation organisée par le BASE, en collaboration avec les DS et la DSR. Les bénéficiaires sont : les chefs de services de l'hôpital, les membres de l'équipe cadre de district et les membres de l'équipe cadre de la délégation	Oui
Formation des COSAN des zones de responsabilité sur la participation communautaire, le RDC, le rôle des associations communautaires en matière de santé et la gestion des finances, matériels et médicaments.	De juin-novembre 2012	BASE, DSR, DS	Formation organisée par le BASE, en collaboration avec les DS et la DSR. Les bénéficiaires sont les membres des COSAN plus les membres du COGES ainsi que les RCS et leur personnel d'appui (caissier et chargé de la pharmacie ; garçon de salle)	Oui
Formation des COSAN des zones de responsabilité en techniques d'animation et sur les thèmes du PMA.	De juillet 2013 – août 2014	BASE, DSR, DS	Formation organisée par le BASE, en collaboration avec les DS et la DSR. Les bénéficiaires sont les membres des COSAN plus les membres du COGES ainsi que les RCS et leur personnel d'appui (caissier et chargé de la pharmacie ; garçon de salle)	Oui
PCIME	Avril, juin et septembre 2013 en 3 pools	DSR	Formation organisée par la DSR, à laquelle ont participé 10 RCS (4 de Mongo et 6 de Mangalmé).	

SONU	Avril 2013	DSR	Formation organisée par la DSR, à laquelle ont participé 8 RCS (2 de Mongo et 6 de Mangalmé).
------	------------	-----	---

➤ **Procéder au suivi post-formation**

Le suivi post-formation a été réalisé dans 18 CS/18 pour le DS de Mongo: Djoukoulkouli ; Chawir ; Banda ; Délep ; Abrèche ; Niergui ; Baro public ; Tounkoul ; Bardangal ; Badago ; Dorga ; Katalog, Mongo-Ouest. Les CS de Tounkoul, Bardangal et Niergui ont été supervisés 2 fois pour le suivi.

Pour le DS de Mangalmé tous les CS (6/6) ont été suivis : Eref ; Mangalmé ; Kouka ; Bitchotchi ; Amgarkoye ; Idbo. Eref et Mangalmé ont été supervisés 2 fois pour le suivi.

Au total 51 suivis post-formation ont été réalisés et ont permis entre autres, d'apprécier le niveau d'amélioration des prescripteurs (nombre de produits par ordonnance ; antibiotiques ; injectables ; cohérence avec les hypothèses diagnostiques, etc.)

Tableau n°13 : La qualité des ordonnances dans les DS de Mongo et Mangalmé.

District Sanitaire	Centre de santé	Nb moyen de Médicaments par ordonnance		% d'ordonnances contenant au moins un ATB		% d'ordonnances contenant un produit injectable		% d'ordonnances Incohérentes	
		Base-Laine	Situation actuelle	Base-Laine	Situation actuelle	Base-Laine	Situation actuelle	Base-Laine	Situation actuelle
Mongo	Badago		2		30%		16%		25%
	Baro Privé		3		60%		51%		24%
	Tounkoul	4	3	50%	48%	40%	37%	37%	20%
	Délep	4	3	50%	32%	30%	49%	36%	32%
	Katalog	3	2,15	63%	40%	35%	18%	33%	18%
	Niergui	3	2,5	65%	56%	70%	15%	35%	14%
	Banda		2		40%		24%		30%
	Dorga		2,65		55%		23%		26%
Mangalmé	Mangalûmé	4		86%		76%		30%	
	Angorkoye	4		75%		25%		60%	
Global	PADS-MM	3,6	2,5	65%	45%	46%	29%	38,5%	23%%

On constate, à l'examen du tableau ci-dessus qu'en l'espace de deux ans, la qualité des ordonnances s'est relativement bien améliorée (en comparaison du base-laine).

Globalement, le nombre moyen de produits par ordonnance a été réduit à 2,5 (alors qu'il était à 3,6) ; le pourcentage d'ordonnances contenant au moins un antibiotique a été également réduit de 65% à 47% ; le pourcentage d'ordonnances comprenant au moins un produit injectable a été ramené de 46% à 29% ; le pourcentage d'ordonnances considérées comme incohérentes est tombé de 38,5% à 23%.

Il est probablement raisonnable de penser qu la formation sur la bonne prescription et les ordigrammes a un peu contribué à l'obtention de ces résultats quelque peu satisfaisants. Même si du chemin reste encore à parcourir pour atteindre le meilleur.

Les résultats de ce suivi sont visibles : dans les CS, la polypharmacie a diminué, de même que le recours exagéré aux antibiotiques et aux produits injectables (ce constat a été dûment fait, via les registres des soins curatifs).

A.1.2 : - Renforcer le personnel des CS à améliorer les activités en stratégie avancée.

A.1.2.1 : - Définir une cartographie des villages cibles pour les activités en 'Stratégie Avancée'.

En collaboration avec les Responsables de Centre de Santé (RCS), les communautés et l'équipe mixte (composée de l'équipe du Base et des deux ECD), une mission d'identification des villages ciblés pour les activités *en avancée* a eu lieu dans chaque Zone de Responsabilité (ZR), de février à mars 2012, afin de définir une cartographie.

Cette cartographie est censée guider les RCS et les COSAN, pour la réalisation et le suivi de ces activités. Elle avait pour objectif de nous aider à rehausser la couverture vaccinale et réduire les taux de déperdition afférents au penta3. Ces villages ont été choisis sur la base d'au moins deux critères:

- ✓ Gros villages ayant plusieurs autres petits villages satellites.
- ✓ Villages disposant d'un grand nombre d'enfants de 0 à 11 moi.

Depuis lors, des calendriers de sorties vaccinales ont été élaborés et adoptés dans toutes les formations sanitaires fonctionnelles.

Les axes et le circuit pour aboutir aux gros villages identifiés et servant de centre de vaccination ont également été retenus. Les petits villages à l'entour sont régulièrement conviés aux différentes séances de vaccination. En effet, 48 heures avant ladite réunion, les populations de ces villages sont informées par le COSAN, via le chef de village et ses informateurs, quant à la date, à l'heure et au lieu de la rencontre.

Des moyens roulants (motos tout-terrain) ont été acquis et livrés aux dix (10) centres de santé les plus démunis.

Ces appuis - logistique et stratégique - ont permis d'avoir un taux d'accroissement de couverture vaccinale en Penta3 de 35,02% pour le DS de Mongo et 189,26% pour le DS de Mangalmé par rapport au base-laine.

Des registres dédiés à la vaccination en 'stratégie avancée' ont été initiés. Les vaccinateurs ont dû régulièrement les remplir et y émarger. Par la suite, ils les ont fait signer par les chefs de villages au cours de leurs passages. Cela a permis de mieux contrôler la réalisation effective de toutes les séances vaccinales *en avancée*.

A.1.2.2 : - Fournir du carburant pour les sorties hebdomadaires et une prime de Motivation.

Une dotation mensuelle en carburant a été accordée à chaque CS (à raison de 2 litres par sortie et par semaine, c'est-à-dire un total de 8 litres par mois), pour les activités vaccinales en 'stratégie avancée'. Pour ce qui est des primes de motivation destinées aux vaccinateurs, elles ont été payées tous les trois mois, à raison de 2500 francs CFA par sortie et par vaccinateur. Cette somme n'a été versée au bénéficiaire qu'après réalisation des activités et après vérification des résultats (indicateurs). Cette stratégie nous a permis d'obtenir des résultats encourageants, quant aux indicateurs du PEV.

A noter : l'utilisation des motos livrées par le Projet aux CS, lors des AVS/ JNV.

NB : Sur l'insistance du Président de l'Ordre National des Médecins du Tchad, l'appui du projet pour les JNV a été régulièrement souligné, lors de la présentation de la synthèse de la DSR.

A.1.3 : - Mettre à disposition des ressources humaines supplémentaires pour l'amélioration des activités du paquet complémentaire d'activités de l'HD de Mangalmé.

A.1.3.1 : - Recruter et mettre à disposition pour une durée de 24 mois, un Médecin Généraliste à compétence chirurgicale, un Technicien Supérieur en Anesthésie-Réanimation (TSAR) et une Sage-femme expérimentée.

Depuis le mois de décembre 2011, des contacts ont été pris, qui ont conduit à identifier et recruter le personnel de santé basé à Mangalmé (janvier 2012). Il s'agit d'un Chirurgien, d'un Technicien Supérieur en Anesthésie Réanimation et d'une Sage-femme Diplômée d'Etat. La présence et l'activité de ce personnel se sont très rapidement soldées par une augmentation significative de l'utilisation de l'hôpital du district.

Dans l'esprit du Projet, il était entendu qu'un jeune Médecin Chef d'Hôpital (MCH) soit affecté à Mangalmé, afin de lui faire profiter de la présence du Chirurgien pour sa formation. En l'absence d'un tel Médecin jusqu'à la fin du contrat de l'équipe chirurgicale et malgré le plaidoyer sans cesse au niveau Central du MSP et de la DSR du Guéra, pour l'affectation diligente d'un MCH, le Médecin Chef de District (MCD), également jeune Médecin (expérience de 3ans), a été formé – tant bien que mal - par le Chirurgien du Projet.

A.1.3.2 : - Améliorer la prise en charge des malades dans les services de Chirurgie et de la Maternité de l'HD de Mangalmé.

La prise en charge des malades des services de Chirurgie et de Maternité de l'HD de Mangalmé n'a fait que s'améliorer d'année en année, Sur la période 2012 à mai 2014, l'on a enregistré 1902 consultations chirurgicales ; alors qu'elles étaient de 0 (zéro) consultations (base-laine) en 2011. On note 531 interventions chirurgicales sur la même période au lieu de 0 (zéro) en 2011. Et ce malgré les perturbations syndicales et surtout avec la grève des agents de santé, qui a duré plus de 12 semaines.

Tableau n° 16: Interventions chirurgicales

Années	Nombre	Progra mmées	Urgentes	Hommes	Femmes	Enfants < 15 ans	Nouveau- nés et nourrissons	Décès
2011 (Base- Laine)	00	-	-	-	-	-	-	-
2012	181	123	58	134	47	37	02	01
2013	219	177	42	158	61	37	13	04
5 mois 2014	133	119	14	95	38	32	05	00
Total	533	419	114	387	146	106	20	05
%	100%	78,61%	21,39%	72,61%	27,39%	19,89%	3,75%	0,94%

Comme l'indique le tableau ci-dessus, un total de 533 interventions avec en moyenne 21 opérations chirurgicales par mois ont été réalisées en 25 mois de travail effectif dans la période allant de février 2012 à mai 2014, avec la grève des agents de la santé qui s'est étalée sur 12 semaines entre 2012 et 2013.

Ce n'est pas seulement le nombre qui est important, mais il y a aussi eu beaucoup d'interventions complexes telles que les fistules obstétricales, les malformations anorectales, les lithiases pyéliquies, les prostatectomies, les fistules anales...

L'énorme effort fourni par l'équipe du bloc opératoire mérite d'être bien souligné. En raison de l'insuffisance, à la fois numérique et qualitative du personnel, seulement trois membres du personnel ont travaillé pour cinq ou six personnes (selon le type d'intervention). Ceci, sans un assistant-chirurgien de formation. Même

l'anesthésiste est souvent sollicité pour jouer ponctuellement le rôle de 2^{ème} aide-chirurgien ou d'instrumentaliste, lors de certaines interventions. Soit pour tenir une pince, soit pour se servir d'un écarteur, en vue d'améliorer la visibilité du champ opératoire, afin de faciliter l'aboutissement heureux d'une manœuvre ou d'un geste délicat et/ou difficile.

Il n'a pas été enregistré de complications post opératoires majeures, sauf quelques rares cas d'infections des plaies opératoires, qui ont fini par évoluer favorablement. Aucune ré-intervention n'a été nécessaire.

1 décès per- opératoire est survenu, en date du 17 octobre 2012. Il s'agissait d'une péritonite aiguë généralisée, chez un patient de sexe masculin, âgé de 25 ans, avec perforation iléale, d'origine probablement typhique.

Les quatre (4) décès déplorés en 2013 concernent des malades opérés en urgence. Tous avaient un score d'ASA (Société Américaine d'Anesthésiologie) de classe IV – V, c'est-à-dire, correspondant à des patients en état critique, avec un risque anesthésique très élevé.

Il faut noter qu'en 2ans et demi d'activités chirurgicales, il ya eu 99,06% des suites opératoires heureuse, et à peine 0,94% de mortalité intra-hospitalière en Chirurgie (moins de 1%).

Les activités de transfert de compétence et de partage d'expérience ont été dans l'ensemble bien menées. L'infirmier de Mangalmé, désigné depuis septembre 2013 pour la formation pratique de base en anesthésie (anesthésie générale à la Kétamine) et plus tard en rachianesthésie ; et le surveillant de l'hôpital régional de Mongo pour la chirurgie de base, ont pu faire des progrès significatifs, et sont arrivés à leur autonomie quant aux interventions qu'ils devaient maîtriser dans leur domaine.

Malheureusement, pour la chirurgie d'urgence essentielle, **le MCH qui est éventuellement concerné n'est arrivé que 3 mois après la fin du contrat du personnel chirurgicale.**

Au cours des réunions des staffs et des visites médicales quotidiens, l'ensemble du personnel a également pu bénéficier du partage d'expérience et de la formation continue (théorique et pratique).

Il faut noter que le chirurgien, avec l'acquisition de l'appareil d'échographie par les fonds propres du recouvrement des coûts de l'hôpital a réalisé 357 échographies abdominales et pelviennes.

Tableau n° 17: Nature des interventions programmées (pour 3 ans)

Pathologies	Nombre	Pourcentage
Pathologies de l'aine (hernies, hydrocèles)	187	44,63%
Lithiases vésicales	83	19,81%
Tumeurs superficielles (lipomes, kystes sébacés et dermoïdes)	37	8,83%
Hernies ombilicales, de la ligne blanche et éventrations	31	7,40%
Chirurgie gynécologique (kystes ovariens, fibromes, rectocystocèles, fistules obstétricales)	43	10,26%
Hypertrophies bénignes de la prostate	14	3,34%
Proctologie (hémorroïdes, fistules anales)	05	1,19%
Malformations anorectales	04	0,95%
Pathologies du sein	04	0,95%
Lithiases pyéliquies	03	0,72%
Lithiase rénale	01	0,24%
Lithiase vésiculaire	01	0,24%
Syndactylie	01	0,24%
Rétablissement de la continuité digestive	01	0,24%
Ectopie testiculaire	03	0,72%
Kyste de la parotide	01	0,24%
Total	419	100%

Depuis le mois d'août 2013, les interventions supposées être hémorragiques (comme les prostatectomies) ont été référées à Abéché - à cause de la panne de l'appareil électro coagulateur (bistouri électrique), dont la réparation est délicate. Il a été retenu que la DSR devait contacter le MSP pour la réparation en question ou le renouvellement de l'appareil, mais cela n'a malheureusement pas abouti jusqu'à date.

On note une importante prévalence de lithiases urinaires. Cette situation appelle une étude pour en clarifier l'étiologie, sur la base de quelques hypothèses que l'on peut d'ores et déjà émettre : consommation d'eau non potable et dont la teneur en calcaire est très élevée ; importante prévalence d'infections urinaires ; consommation insuffisante d'eau par habitant et au niveau individuel, dans un contexte chaud et sahélien ?

Tableau n° 18: Nature des interventions urgentes

Pathologies	Nombre	Pourcentage
Césariennes	62	54,39%
Appendicites aiguës	13	11,40%
Occlusions intestinales	11	9,65%
Péritonites aiguës généralisées	07	6,14%
Hernies étranglées	08	7,08%
Ostéomyélite aiguë	03	2,63%
Arthrotomie	02	1,75%
Amputation	02	1,75%
Autres	06	5,26%
Total	114	100%

Tableau n° 19: Provenance des patients

Origine	Nb 2011 (Base-Laine)	Nb 2012	Nb 2013	Nb 5 mois 2014	Nombre Total	Pourcentage
Mangalmé	-	120	72	45	237	44.47%
Mongo	-	23	45	26	94	17.64%
Bitkine	-	13	39	09	61	11.44%
Oum Hadjer	-	11	38	23	71	13.32%
Amtiman	-	04	07	07	28	05.25%
Aboudeia	-	01	04	04	10	01.88%
Ati	-	03	03	07	13	02.44%
Amdam	-	-	02	03	05	0.94%
Melfi	-	-	02	-	02	0.38%
Bokoro	-	01	01	03	05	0.94%
NDjaména	-	01	02	01	04	0.75%
Bébédjia	-	02	02	-	04	0.75%
Sarh	-	-	02	01	03	0.56%
Abéché	-	02		02	06	01,13%
Total	-	181	219	131	533	100%

Au cours de ces deux années et demi de cette équipe au niveau de l'HD, la plupart des patients opérés (44,47%) provenaient du district sanitaire de Mangalmé. Cependant, le total des patients provenant d'autres districts sanitaires et régions dépasse largement ce chiffre, avec un taux de 55.53% (soit 11,06% de plus que celui des résidents).

Tableau n° 20: Consultations chirurgicales

Années	Nombre	Pourcentage
2011 (Base-Laine)	00	00%

2012	621	32,62%
2013	774	40,65%
5 mois 2014	509	26,73%
Total	1 904	100%

Le tableau ci-dessus nous révèle que les consultations chirurgicales ont vu leur nombre augmenter d'année en année.

Tableau n° 21: Evolution de la fréquentation des patients à l'hôpital

Désignation	Janvier - Nov 2011 (Base-Laine)	Janvier - Nov 2012	Janvier - Nov 2013	Janvier - Mai 2014
Nouveaux cas	2735	4231	6442	3459
Anciens cas	187	338	544	294
Total	2922	4569	6986	3753

Ce tableau comparatif du nombre des consultations depuis les trois dernières années met en évidence l'accroissement progressif et important de l'affluence des patients à l'hôpital de district de Mangalmé, depuis le lancement du projet en janvier 2012.

Un des objectifs du projet est l'amélioration de la prise en charge des patients à l'hôpital de Mangalmé. Plusieurs patients provenaient également d'autres districts sanitaires et régions du pays, non seulement pour la chirurgie, mais également pour des pathologies médicales. Cela est sans doute un gage de confiance et probablement un reflet de succès.

Parallèlement à cette progression de la fréquentation, et en corrélation, les recettes de l'hôpital ont connu une importante hausse. Cela a permis d'accroître la qualité des soins, en améliorant le cadre et les conditions de travail, en motivant l'ensemble du personnel. En effet, l'hôpital a recruté à ses propres frais deux (2) sages-femmes, deux (2) IDE, trois (3) Hygiénistes, un (1) aide-soignant, une (1) matrone, une (1) gérante de la pharmacie de cession, un (1) caissier et deux (2) gardiens. Par ailleurs, tout le personnel perçoit mensuellement une prime de motivation.

En plus, le hall de l'hôpital a été doté d'un écran de téléviseur plat et d'un lecteur DVD ; ceci, dans le but de renforcer la sensibilisation par des méthodes audiovisuelles. Sans oublier les hangars pour garde malades.

Tableau n° 22: Comparaison des données du PCA de Mongo et Mangalmé de 2011 avec celles de 2014.

Indicateur	Situation 2011 Mangalmé	Résultats 2012 Mangalmé	Résultats 2013 Mangalmé	Résultats 2014 Mangalmé	Situation 2011 Mongo	Résultats 2012 Mongo	Résultats 2013 Mongo	Résultats 2014 Mongo
Nouveaux cas	2735	4 231	6 442	7 730	6107	5525	7954	8667
Consultations Totales	2922	4 569	6 986	8 383	8043	7167	9574	10 444
Permanence	727	837	544	653	4682	5444	-	4899
Nombre des hospitalisations	190	661	1037	1244	3081	2213	1096	1196
Taux d'Occupation Moyenne (TOM)	21,67%	32,3%	50%	61%	43,08%	46,70%	64%	58%
Durée Moyenne de Séjour	4jours	6 Jours	6 Jours	7 Jours	5jours	7jours	7Jours	6 Jours
Interventions sous Anesthésie Locale (AL)	0	04	11	06	116	25	5	7
Anesthésie régionale	0	106	123	87			61	67
Interventions Sous Anesthésie Générale (AG)	0	67	83	37	106	141		169
Accouchements	153	185	284	426	673	647	784	855
Accouchements dystociques	36	49	48	57	66	37	33	49

Le tableau ci-dessus nous apprend que les résultats du PCA durant le projet à Mangalmé se sont largement améliorés d'année en année, comparés à ceux de l'année du départ en 2011. Ainsi, observe-t-on des taux d'accroissement importants et encourageants, relatifs à certains indicateurs par rapport aux base-laine : 182,63% pour les nouveaux cas ; 186,89% pour les consultations totales ; 554,74% pour les hospitalisations ; 181,50% pour le TOM (passant de 21,67% à 61%); et 178,43% pour les accouchements. Cette amélioration est sans aucun doute à mettre à l'actif à la relance des activités chirurgicales dans la région par Projet.

Quant à l'Hôpital Régional de Mongo (HRM), globalement, et mises à part les hospitalisations, la situation des activités durant les 3 ans du projet, s'est plutôt améliorée, par rapport celle de l'année du départ (2011),

Tableau n° 23: Anesthésie

Désignations		Types d'anesthésie			
Année	Total année	AG	RA	AL	Sédation
2011 (Base-Laine)	-	-	-	-	-
2012	181	67	106	04	04
2013	219	83	123	11	02
5 mois 2014	133	37	87	06	03
Total Nombre 3 ans	533	187	316	21	09
Total Pourcentage	100%	35%	59.28%	3.93%	01.68%

Légende : AG : Anesthésie Générale. RA : Rachianesthésie. AL : Anesthésie Locale.

La rachianesthésie vient en tête (60%), suivie de l'anesthésie générale (35%). L'anesthésie locale n'occupe qu'une place appendiculaire.

- ✓ Heureusement aucun décès per-opératoire n'a été enregistré.
- ✓ L'acquisition d'un deuxième extracteur d'oxygène (fourni par le MSP), ainsi que celle de deux bouteilles d'oxygène (données par l'HD) ont contribué à améliorer la sécurité anesthésique.

N.B : Dans l'esprit du Projet, il était entendu qu'un jeune Médecin Chef d'Hôpital (MCH) soit affecté à Mangalmé, afin de profiter de la présence du Chirurgien pour sa formation.

En l'absence d'un tel Médecin, et en raison des difficultés de disponibilité du Médecin Chef de District (MCD) - régulièrement retenu par ses lourdes tâches administratives - un jeune technicien en obstétrique a été formé par le Chirurgien du Projet. Malgré, le plaidoyer répété au Niveau Central du MSP et de la DSR du Guéra, pour l'affectation diligente d'un MCH, cela n'a pas été fait jusqu'au départ de l'équipe chirurgicale de Mangalmé. Dommage.

N.B : Sur les recettes du Recouvrement des Coûts (RdC) de l'HD de Mangalmé, la Direction de l'hôpital a recruté 13 agents: 2 sages-femmes ; 2 IDE ; 1 aide-soignant; 1 matrone; 1 gérante de la pharmacie de cession; 1 caissier; 3 nettoyeurs et 2 gardiens.

A.1.4 : - Réhabiliter et équiper les structures de santé.

A.1.4.1 : - Identifier et valider en collaboration avec les autres partenaires, les travaux de réhabilitations de 7

CS (Badago, Banda, Chawir, Delep, Dorga, Sissi, Tounkoul).

L'équipe du BASE et l'ECD de Mongo ont identifié ensemble l'ampleur des travaux de réhabilitation des 7 CS retenus.

Avec la saison pluvieuse de l'année 2012, qui a été plutôt abondante, l'état des bâtiments de deux pièces (en potopoto) pour chaque CS à réhabiliter s'est fortement dégradé: une simple réhabilitation ne pourrait suffire à résoudre les problèmes. C'est pourquoi, la construction en matériaux durables des salles supplémentaires dont une pour l'accouchement et une pour la CPN - s'est avérée nécessaire.

Les dimensions des deux salles à construire se présentent comme suit: 2 salles de 4mX4m chacune; 1 couloir de 2m entre les salles et un hangar de 3mX10m (tout au long du bâtiment).

A.1.4.2 : - Réhabiliter les 7 CS.

Notons que 3/7 CS à réhabiliter (Delep, Tounkoul et Sissi) figurent parmi les 5 formations sanitaires fonctionnelles que l'Etat a prévu de construire, sur les fonds pétroliers. Il s'agit des CS de: Mongo nord (sur la route d'Ati), Delep, Sissi, Tounkoul et Baro Public. Signalons que dès le départ, le CS de Baro public n'avait pas été retenu dans le projet BASE. Les marchés ont déjà été attribués par l'Etat, depuis octobre 2012 et les travaux n'ont jusque là pas encore été achevés (en 2014).

L'appel d'offres, pour la construction des salles d'accouchement et de CPN, au niveau des 4CS restants, a été lancé en octobre 2012, par le BASE. Après dépouillement des différentes offres, 4 entreprises soumissionnaires de Mongo ont été retenues pour effectuer les travaux.

Les quatre bâtiments finalement prévus pour être construits au niveau des CS retenus (Banda, Badago, Chawir, Dorga) l'ont été. La réception s'est faite 3 mois après le démarrage des travaux. Finalement, on se retrouve face à des constructions avec 4 grandes salles plus une véranda à arcades pour : CPN ; Accouchements ; Pharmacie ; salle de soins. **(en annexe et pour exemple, vue de face du bâtiment construit au CS de Chawir)**

A.1.4.3 : - Identifier et valider, en collaboration avec les autres partenaires, les besoins en équipements complémentaires de 20 CS (14 CS fonctionnels du DS de Mongo + CS de Mongo Est qui sera fonctionnel bientôt + 5 CS du DS de Mangalmé).

Les besoins en équipements médico-techniques complémentaires des 23 formations sanitaires (au lieu de 20 selon le document de projet) ont été identifiés et validés, depuis le mois d'avril 2012, en collaboration avec les deux ECD.

La liste des besoins en équipements des CS, selon les normes fonctionnelles, a été établie et réactualisée. Suite à l'appel d'offres, lancé le 7 novembre 2012, sur 3 candidatures, un fournisseur a été retenu. Le paiement de la première tranche, pour le lancement de la commande, a eu lieu en décembre. La réception de la commande, en provenance de la France, a été faite en février 2013.

A.1.4.4 : - Equiper les 20 CS en matériels médicaux complémentaires (boîtes d'accouchement, de petite chirurgie).

Avec la réception du matériel commandé en février 2013, 24 formations sanitaires au lieu de 20 ont été dotées en matériels médico-techniques de base sur une liste de 28 items.

Ces dotations ont été faites sur la base des bordereaux de livraison et de réception signés par la DSR, les DS, le Projet, la Préfecture et le Gouvernorat d'une part ; et par les chefs des zones des DS, le gestionnaire du projet, le RCS et le président du COSAN, d'autre part.

En raison de l'ouverture du CS de Zerli et de la distribution de petit matériel pour le dépistage de la malnutrition par l'UNICEF (thermomètre, MUAC, etc.), la liste des équipements repartis a été revue, en collaboration avec les ECD.

A.1.4.5 : - Fournir un scialytique à l'hôpital de Mongo.

L'appareil scialytique a été installé dès sa réception en février 2013 dans la salle d'opération de l'hôpital régional de Mongo. La réception du matériel installé a été faite par le Directeur de l'Hôpital Régional (HR). Après 3 mois d'utilisation, il a été une nouvelle fois réinstallé (en Juin 2013). Il est bien fixé cette fois-ci sur la cornière métallique, et fonctionne convenablement.

A.1.4.6 : - Equiper de 10 motos tout terrain les 5 CS du DS de Mangalmé (Amgorkoye, Bitchotchi, Eref, Kouka, Mangalmé) et 5 CS du DS de Mongo (Badago, Banda, Chawir, Mongo-Est, Barbézza).

Des moyens roulants (moto-cross tout terrain) ont été acquis et livrés (au début d'avril 2012) aux dix centres de santé sur les dix prévus (5 pour le DS de Mangalmé et 5 pour le DS de Mongo). Cela s'est fait, après lancement d'un avis d'appel d'offres et identification d'un fournisseur agréé, survenus en février 2012. Date de l'appel d'offre le 06/12/2011, paru dans le journal le progrès sous le numéro 3284. Date de livraison à Mongo : le 5 avril 2012.

Avec l'accord du Projet et de la cellule *ACTION*, 2 des 5 moto-cross du DS de Mongo ont plutôt été livrées aux CS de Delep et Niergui, au lieu des CS initialement prévus dans le document du projet, pour cause, d'une part de CS non-encore fonctionnel (CS de Mongo-Est); et d'autre part, de CS non-encore immatriculé au niveau du Ministère de la Santé Publique (CS de Barbezza). En particulier, ce dernier n'a pratiquement pas de village dans la zone B, à part 2 villages dont le plus éloigné se trouve à 7 Km du CS. Or, les moyens mis à la disposition des formations sanitaires, sont censés, tout d'abord, être orientés vers la réalisation des activités en 'avancée'. On a donc privilégié les zones de responsabilité (ZR) constituées de beaucoup de villages - surtout lorsque ceux-ci sont éloignés de leur CS (parce que se situant en zone B).

En effet, un contrat de gestion du moyen roulant, signé par le RCS (comme utilisateur principal) et également par le COSAN (comme propriétaire), a été mis en place dans tous les CS. Un cahier de bord a même été mis en place, afin de contrôler les déplacements des infirmiers chefs des centres de santé, pour un usage à bon escient des motos.

N.B: Tous les matériels livrés (véhicules, motos, ordinateurs, imprimantes, photocopieurs, rétroprojecteurs, etc.) ont été consignés dans différents bordereaux de livraison. Ils ont également fait l'objet de signatures par les différents responsables de la région: Gouverneur; Délégué Sanitaire Régional (DSR); Préfet; et enfin, Médecins Chefs de District.

Grâce à leur utilisation adéquate et bien contrôlée, ces moyens logistiques ont permis de couvrir toutes les ZR et d'augmenter le taux de couverture vaccinale.

➤ ***Installer des cuves en élévation et équiper de lavabos les CS qui en manquent.***

Depuis le mois de février 2014, huit (8) cuves de capacité de 500 litres, avec élévation sur un support en sorte de mât (construit en briques cuites) ont été installées dans 8 formations sanitaires (Croix-Rouge, Abrèche, Banda, Chawir, Dorga, Badago, Niergui, Barbezza),. Elles servent désormais de réservoir d'eau pour ces centres de santé.

Des lavabos avec tuyauteries ont été installés également dans trois (3) CS à savoir Croix-Rouge, Bardangal et Barbezza, en fonction des besoins identifiés dans ce domaine.

A.1.4.9 : - Construire un incinérateur (celui qui existe est petit), un hangar pour garde-malades et réhabiliter les salles d'hospitalisation de la maternité de Mongo.

Sous la houlette de la Délégation Sanitaire Régionale (DSR), les travaux de réfection/construction des 4 salles de la Maternité ; la construction d'un hangar et la réfection de deux autres ; ainsi que la construction d'un incinérateur dans l'enceinte de l'HR de Mongo ont commencé en octobre 2013. Ces travaux ont été réceptionnés définitivement le 23 mars 2014

❖ ***Subvention complémentaire :***

➤ ***Faire faire une évaluation de confirmation de l'état des lieux des besoins de réfection :***

En octobre 2013, une évaluation de confirmation de l'état des lieux des besoins de réhabilitation, déjà faite presque une année avant, par le cabinet d'architecture ASD a été réalisée, avec la participation du DS. Celle-ci a pris en compte les remarques faites par l'équipe de suivi-évaluation du projet (le DGASR), la DOSS, la

cellule ACTION, ainsi que de le représentant de l'Union Européenne, par rapport à l'aménagement de la nouvelle salle d'accouchement.

➤ **Lancer l'appel d'offre pour l'identification d'un entrepreneur :**

L'appel d'offres, pour la réhabilitation des salles du bloc opératoire de l'HD de Mangalmé a été lancé par le BASE, en novembre 2013 suite à un devis estimatif confidentiel, proposé par le cabinet d'architecture ASD. Après dépouillement des différentes offres, une entreprise soumissionnaire de la place a été retenue par le même cabinet pour effectuer les travaux, avec un résultat de l'évaluation technique et financière de 59 points, contre son concurrent direct qui totalisait 52 points

➤ **Réhabiliter le bloc opératoire de l'HD de Mangalmé :**

Les travaux ont commencé en fin janvier 2014. L'étanchéité du bâtiment a été renforcée par une couche de 10 cm de dalles en pente. Il a été également procédé au renouvellement des tôles bacs. En effet, il a été procédé à l'installation d'une forme de pentes en béton étanche avec orientation des sorties d'eau pluviale sur la zone de bloc opératoire. Par ailleurs, on a réalisé une étanchéité en bitume sûr.

Il a été aussi question de vérifier et de faire fonctionner et tous les circuits électriques ; y compris le renouvellement des câbles, la reprise de toute la peinture vinylique sur mur aussi bien intérieur qu'extérieur, la pose de siphon pour faciliter l'évacuation des eaux usées, le remplacement du climatiseur défectueux. L'ancienne salle d'accouchement s'étant révélée trop petite pour les besoins de l'hôpital et l'aisance des parturientes, une des salles d'hospitalisation a été retenue et transformée en salle d'accouchement avec de nouvelles installations appropriées. C'est ainsi qu'un lavabo, des murs de séparation pour permettre trois (3) accouchements 'intimes' à la fois ainsi que des siphons ont été posés.

Suite à la vérification de la fonctionnalité des candélabres solaires, un socle et un regard métallique ont été installés ; ainsi qu'un support métallique et 13 nouvelles batteries de 150 AH (ampères heures), 24 ampoules incandescentes solaires, 19 régulateurs avec un système automatique et déclenchant la lumière dès qu'il commence à faire sombre, 1 convertisseur de 2000 watt, 2 panneaux solaires de 50 et 100 watt et 50 mètres de câble souples.

➤ **Suivre et réceptionner les travaux de réhabilitation du bloc opératoire de l'HD de Mangalmé :**

La DSR, le DS, le BASE et le cabinet d'architecture sus-cité ont suivi progressivement les travaux de réhabilitation de l'HD de Mangalmé et la réception provisoire en a été faite en Avril 2014, avec une satisfaction totale du Délégué sanitaire et du MCD.

Avec le recrutement en nombre suffisant des employés de surface, l'hôpital dispose d'un personnel d'entretien en permanence, pour veiller au bon fonctionnement et au remplacement (si nécessaire) des accessoires défectueux.

A.1.5 - Réhabiliter le système d'éclairage solaire de l'HD de Mangalmé.

A.1.5.2 : - Réhabiliter le système solaire.

Malgré la réhabilitation du système solaire de l'hôpital de Mangalmé, depuis le mois de novembre 2012, les lampadaires ne fonctionnent pas toutes, faute de diagnostic précis au départ. Finalement, ce n'est pas seulement une question de batteries et de lampes, mais également de décodeurs (système qui déclenche la lumière quand il commence à faire nuit).

A ce jour, la moitié des lampadaires seulement fonctionnent et une solution est en passe d'être trouvée avec un autre technicien.

A.1.5 : - Réhabiliter le système d'éclairage solaire de l'HD de Mangalmé.

A.1.5.1 : - Identifier le dysfonctionnement du système solaire de l'hôpital de Mangalmé.

Un spécialiste en énergie solaire a pu identifier le dysfonctionnement du système solaire, à cause de l'altération des batteries, des lampes et des régulateurs.

A.1.5.2 : - Réhabiliter le système solaire.

Malgré la réhabilitation du système solaire de l'hôpital de Mangalmé, depuis le mois de novembre 2012, les lampadaires ne fonctionnaient pas toutes, faute de diagnostic précis au départ. Finalement, ce n'était pas seulement une question de batteries et de lampes, mais également de décodeurs (système qui déclenche la lumière quand il commence à faire sombre).

A ce jour, avec la subvention complémentaire et grâce à l'intervention d'un second technicien venu de N'Djaména, 23/25 lampadaires fonctionnent normalement. Et cela fait la fierté de la population, à en croire le Maire de la ville, qui dit que de loin, grâce à ces lampadaires, on peut apercevoir une ville lumineuse.

Les panneaux solaires des 2 autres candélabres ont été utilisés pour éclairer les salles d'urgence de l'HD et chez le MCH.

➤ Installer des panneaux solaires à la Direction du DS de Mangalmé et au bureau de l'ONG.

Au mois de novembre 2012, il a été installé 2 kits solaires, comprenant: 13 panneaux solaires; 13 batteries sèches; 3 convertisseurs; 3 régulateurs et des câbles, au district sanitaire de Mangalmé, et dans les bureaux du BASE, à Mongo.

Désormais, la Direction du district est ainsi autonome, quant à son alimentation en énergie.

A.1.6 : - Identifier et mettre en place un système d'évacuation des urgences.

A.1.6.1 : - Identifier un système d'évacuation des urgences des villages enclavés vers les CS.

Suite aux discussions engagées vers la fin de l'année dernière (2012) avec les différents COSAN, quant à la nécessité d'identifier au niveau local même le moyen d'évacuation le plus adéquat, ceux-ci ont fini par recommander la charrette ; et dans le pire des cas les 'motos clando' (appellation commune de mototaxis au Tchad). Des contacts ont été pris avec les propriétaires pour leur engagement, en termes de disponibilité et de coûts abordables, en cas de besoins urgents d'évacuation. C'est ainsi que leurs numéros de téléphone (pour ceux qui en disposent) ont été distribués dans tous les villages.

Les modalités pratiques de mise en œuvre du système ('gérant' de charrette ; tarifications ; conditions d'utilisation ; traitement du cheval, etc.) ont été arrêtées avec les différentes zones de responsabilité, lors des assemblées générales ordinaires.

A.1.6.2 : - Mettre en place un système d'évacuation des urgences des villages enclavés vers les CS. (Il s'agit de déterminer les modalités d'accès et le coût).

Le système préférentiel a été identifié : il s'agit de la charrette à traction équine et les motos charrettes. Les modalités pratiques de fonctionnement ont été discutées au cours des AG des COSAN : Identification formelle du cheval et de son propriétaire ; financement du déplacement ; mode d'appel au secours, etc.

A.1.6.3 : - Mettre en place un système d'évacuation des urgences des CS vers les HD.

Avec la dotation des hôpitaux de district en ambulances (au moins 2 dans chaque DS) 1 par l'Etat, et 1 par l'UNFPA (surtout pour l'hôpital régional de Mongo), les numéros d'appel des ECD et des chauffeurs des 3 ambulances ont été distribués à tous les RCS, aux chefs de cantons et aux chefs de villages, pour l'évacuation gratuite des urgences. L'hôpital de Mongo a bénéficié ainsi de 3 ambulances.

Des séances d'information et de sensibilisation, au niveau des deux districts, à l'intention des chefs de cantons et des chefs des villages, et des AT (au cours de leurs formations) ont été organisées en faveur de l'utilisation de l'ambulance.

Les évacuations d'urgence des CS vers les HD se réalisent (via les ambulances fonctionnelles livrées par le MSP).

Tableau n°26 : Bilan du fonctionnement des ambulances de Mongo et de celles de Mangalmé.

Désignation	Nombre Ambulances	Etat Ambulances	Nombre de sorties 2012	Nombre de sorties 2013	Nombre de sorties 2014	Observation
Mangalmé	02	Bon	112	172	147	Sorties pour accouchements et traumatismes (Accidents de la Voie Publique /AVP).
Mongo	03	Bon	81	246	163	Dont 87 pour accouchements dystociques et 116 évacuations vers N'Djaména.

2.2.2. Résultat escompté N2 : L'implication des populations dans les orientations, la gestion et le financement des services de santé est renforcée.

La redynamisation et le renforcement des capacités des COSAN a permis aux communautés de prendre conscience de l'importance de leur implication réelle dans les orientations, la gestion, le suivi et le financement des services de santé; ainsi que de leur rôle dans la prise en charge de leurs problèmes de santé.

Les relations RCS-COGES qui n'avaient pas été au beau fixe partout en raison de la responsabilisation des représentants des communautés pour la gestion de trésorerie et des pharmacies, auparavant prérogatives du RCS, sont désormais en nette amélioration dans l'ensemble des zones de responsabilité.

La mise en activité de 74 accoucheuses traditionnelles identifiées et formées (sur les 60 prévues durant la phase) a constitué un véritable atout. Elles ont sans doute contribué à l'augmentation du taux d'accouchements assistés. En effet, elles réalisent également des activités de sensibilisation envers les femmes enceintes, pour la fréquentation régulière de la Consultation Périnatale (CPN). Par ailleurs, elles sont en relation régulière avec le personnel de santé, en vue de la référence des cas de grossesses à risques et d'accouchements compliqués.

Elles disposent d'un registre d'activités qui a été régulièrement vérifié par le RCS et suivi par la Sage-femme/formatrice du BASE.

La communauté, via les chefs de villages, participe à la 'certification' des activités de vaccination en 'stratégie avancée', via le cahier de contrôle des activités en *stratégie avancée*, nécessitant la signature des chefs de villages.

Les Districts sanitaires de Mongo et Mangalmé comptent 24 CS fonctionnels dont seulement 20 étaient censés être couverts par l'action qui vient de s'achever. Avec la subvention complémentaire, l'extension de la couverture par le Projet à 3 nouveaux CS fonctionnels au lieu 4 (le quatrième disposant d'assez de ressources, le CS de la Croix-Rouge) a permis d'éviter le fonctionnement des districts sanitaires à deux vitesses. Compte tenu de la faiblesse de leur fonds de roulement en MEG qui ne leur permet pas de générer des recettes conséquentes, l'approvisionnement en médicaments de ces 3 CS a constitué une véritable bouffée d'oxygène pour les 'booster', non seulement dans l'accomplissement de leur mission – celle de prendre en charge convenablement les problèmes de santé de leur population de responsabilité; mais également pour les aider à gagner en viabilité. Par ailleurs, nul n'est besoin de rappeler que les médicaments essentiels sont des denrées de grande valeur. Leur disponibilité a favorisé la fréquentation des établissements de soins par les malades. Ils y sont ainsi attirés, ce qui leur a permis d'y recevoir en même temps des soins préventifs. D'où l'importance d'assurer la présence permanente des médicaments au niveau des structures de santé.

A.2.1 : - Mettre en place et/ou redynamiser les structures de participation (conseils de Santé et COSAN).

A.2.1.1 : - Créer/redynamiser les structures de participation du système de santé par L'élaboration des textes de statuts, règlements intérieurs et décisions.

Un plaidoyer a été fait au démarrage du Projet (en février et mars 2012), auprès des autorités sanitaires, administratives et traditionnelles, pour la redynamisation des structures de participation communautaire. L'objectif recherché est l'implication réelle des communautés des différentes zones de responsabilité, en termes de cogestion, dans la prise en charge de leurs problèmes de santé.

Pour l'historique, les Comités de Santé (COSAN) avaient été mis en place, depuis le milieu des années quatre vingt, au moment fort de la mise en œuvre du Projet 'Maternité sans risques'. Cela fait déjà des années que ce Projet a pris fin et que du coup, les différents COSAN étaient devenus inopérants.

Désormais, ils ont été « réveillés », restructurés et redynamisés. Rendus finalement opérationnels, ils tiennent depuis lors des réunions mensuelles et font des activités de sensibilisation.

Les travaux d'élaboration des textes statutaires et réglementaires se sont faits, concomitamment aux séances de formation. 24 Comités de santé sur les 20 prévus ont été appuyés dans l'élaboration de leurs textes statutaires.

L'équipe technique du Projet a accompagné les différents COSAN pour la rédaction finale, l'amendement et l'adoption des textes réglementaires, qui ont conduit à la reconnaissance officielle desdits Comités de Santé par l'administration publique.

➤ De la redynamisation des COSAN.

L'étape de redynamisation des COSAN a posé les jalons d'un processus de longue haleine, visant à redonner un élan aux actions communautaires en faveur de la santé, en vue de l'amélioration des services offerts. Le COSAN est un cadre devant permettre l'implication de la population dans les orientations, la gestion, le suivi et le financement des services de santé.

Or, le diagnostic de situation au démarrage du Projet a révélé une nette déconnexion des communautés de leurs services de santé. Aussi, la réactivation des COSAN s'est-elle avérée une nécessité absolue.

Les DS de Mongo et de Mangalmé à eux deux regroupent 24 ZR fonctionnelles (dont 18 pour le DS de Mongo et 6 pour celui de Mangalmé). Durant la première année du Projet, 21 comités de santé (16 dans le DS de Mongo et 5 dans celui de Mangalmé), et à la deuxième année 3 COSAN (2 dans le DS de Mongo et 1 dans celui de Mangalmé) ont été rendus fonctionnelles sur un total de 20 prévus, ont été redynamisés. Chacun de ces COSAN a tenu une AG pour élire ses membres et restructurer son bureau. Tous les villages, ferricks ou quartiers des ZR ont été représentés, à raison de 2 personnes par village ou quartier.

Les comités ont été restructurés selon le schéma d'un organe associatif classique:

- *Un organe suprême*, l'AG: c'est l'organe de prise de décisions et d'orientations de politiques sanitaires communautaires dans les ZR. Il est constitué des représentants des différents villages, ferricks et quartiers.
- *Une instance d'exécution*, le Bureau Exécutif (BE) ou COGES: c'est l'organe d'exécution des décisions prises par l'AG. Il est élu par l'AG, pour une durée de 2 ans, renouvelable. Il se compose de 7 membres: Président; Vice-président; Secrétaire Général; Secrétaire Général Adjoint; Trésorier Général; Trésorier Général Adjoint, Conseiller.
- *Une structure de contrôle*, les commissaires aux comptes: ce sont des personnes indépendantes de l'instance d'exécution. Ils ont en charge le contrôle interne des activités du Bureau Exécutif (COGES), du personnel d'appui des médicaments et des finances du CS. Ils sont au nombre de 2 et élus par l'AG, au sein du COSAN.
- *Le personnel d'appui*: ce sont des personnes recrutées par le COSAN, ayant un salaire fixe et forfaitaire (entre 10 000f et 15 000f) payé sur les recettes du recouvrement des coûts et travaillant en permanence avec le personnel de santé, dans le CS. Il s'agit du caissier et du gérant de la pharmacie de détail.

Les dispositions du Règlement intérieur des COSAN, en son Article 22, stipulent que le COSAN d'une ZR se réunit une (1) fois par an en Assemblée Générale (AG) ordinaire et une (1) réunion au cours de chaque semestre, alors que l'instance d'exécution (COGES) doit se réunir tous les mois.

Suivant cette logique, et après que tous les Comités de santé relevant des deux (2) DS aient été mis en place ou redynamisés, ils tiennent chacun une AG ordinaire au bout de chaque année d'exercice.

➤ **De la mise en place ou redynamisation des Conseils de Santé.**

La mise sur pied des Conseils de Santé des DS a connu un peu de retard. En effet, les actions ont d'abord été concentrées sur la redynamisation des COSAN d'une part et la disponibilité des textes règlementaires d'autre part. C'est seulement une fois toutes les structures de participation communautaire redéployées, que la redynamisation des Conseils de Santé a été entamée.

Les textes régissant les différents organes de consultation et de gestion des DS et des hôpitaux (Conseil de Santé des DS, Conseil d'administration ; Conseil de gestion ; Statuts et Règlement Intérieur) ont été rendus disponibles et signés par le Gouverneur de la région du Guéra, vers fin de l'année 2013.

La première réunion du Conseil d'Administration de l'HR de Mongo s'est tenue en décembre 2013. Un débat assez houleux autour des questions de gestion financière s'en est suivi - assorti de certaines recommandations.

A.2.1.2 : - Appuyer la tenue de réunions des structures de participation du système de santé.

➤ **De la tenue des réunions**

Du suivi des activités des COSAN, il ressort que tous ceux-ci tiennent des réunions statutaires. Cependant la fréquence des réunions varie d'un Comité de Santé à un autre. Rappelons que conformément à l'Article 23 du règlement intérieur des COSAN, chaque Comité doit voir son bureau exécutif se réunir deux fois par mois, en session ordinaire.

45 Assemblées Générales (AG) - dont 34 dans le DS de Mongo et 11 dans celui de Mangalmé - ont été financièrement et techniquement appuyées.

L'appui financier: un forfait de 50.000 francs CFA a été accordé à chaque Comité de Santé, pour la tenue de l'AG.

L'appui technique: l'équipe du projet a appuyé techniquement la préparation et l'organisation de chaque AG.

Au total, l'appui du projet a été d'un grand apport dans la réussite de toutes les AG.

Pour chaque COSAN, les réunions sont assorties de fiches « **le cahier de rapport des activités de réunion** », faisant ressortir le nombre des participants, les thèmes discutés, les décisions prises, etc.

➤ **De la réalisation des activités de sensibilisation**

Les Comités de Santé ayant déjà reçu la formation en techniques d'animation et sur les différents thèmes du PMA, tiennent régulièrement des séances de sensibilisation dans leurs zones respectives, avec l'appui des animateurs du BASE.

Les membres de COSAN ont été tous impliqués (à divers degrés) dans l'organisation et l'animation des séances de sensibilisation dans leur zone. Ils profitent des occasions d'attroupement des populations (telles que le jour de marché, la mosquée, les cérémonies de funérailles, de mariages, de baptêmes et autres) pour faire passer leur message.

Les thèmes traités sont (entres autres) : la nécessité de la fréquentation des CS ; comprendre l'importance des composantes du PMA ; l'utilité de l'hygiène et de l'assainissement dans un milieu donné, etc.

Au demeurant, même les comités de santé qui ont reçu avec retard la formation en techniques d'animation et sur les différents thèmes de sensibilisation, ont continué à animer des séances de sensibilisation - avec l'appui des animateurs du BASE déployés sur le terrain.

- **Appui à la reconnaissance officielle des COSAN ;**

Les dossiers de légalisation comprenant : deux correspondances adressées au MCD et au Préfet, des copies du Règlement Intérieur et de Statuts, ainsi que les procès verbaux des Assemblées Générales (AG), accompagnés de la liste des membres du bureau de 22/24 Zones de Responsabilité dont 16 du DS de Mongo et 6 DS de Mangalmé, ont été déposés depuis le mois de juillet 2013 à la Préfecture pour celui de Mongo et ont reçu l'agrément 5 mois après moyennant une somme de 10 000f pour chaque comité de santé.

Quant aux COSAN de Mangalmé, ils ont reçu leurs récépissés de reconnaissance officielle une semaine après le dépôt à la Préfecture – curieusement sans aucune contrepartie.

Pour les zones de responsabilité de la Croix-Rouge et celle de Zerli, leurs dossiers de légalisation sont en circuit au niveau de la préfecture.

A.2.1.3 : - Former les COSAN en techniques d'animation et de sensibilisation.

Les modules de formation en techniques d'animation et sur les différents thèmes de sensibilisation relatifs au Paquet Minimum d'Activités (PMA) ont été réalisés et rendus disponibles.

Durant toute la période du Projet, toutes les 24 zones de responsabilité ont reçu chacune une formation sur le même sujet : « Les outils et techniques d'animation » et les différents thèmes de sensibilisation dont la fréquentation des CS et les composantes du PMA (La consultation curative, la CPE, la CPN, l'accouchement, la vaccination, le BEF, l'hygiène & assainissement ainsi que la prévention du VIH/SIDA).

Ainsi, au total, deux cent quatre vingt quatorze (294) membres de COSAN et personnel d'appui dans les CS ont été formés (pour les deux districts confondus).

A noter que les Responsables des différentes ZR ont été associés à cette formation. Ils ont pris part activement aux séances de formation. Ils ont également reçu un briefing sur les formations précédentes, relatives à la participation communautaire, au rôle du COSAN, à la gestion du CS et au recouvrement des coûts.

❖ **Former les COSAN sur la participation communautaire, le recouvrement de coûts, le rôle des associations communautaires en matière de santé et la cogestion des biens publics.**

Un document pratique de gestion des formations sanitaires, comprenant plusieurs chapitres, a servi de base pour la formation: des personnels de santé; du personnel d'appui et des COSAN, en gestion financière, matérielle et des médicaments. Il a servi également à la formation permettant le contrôle de gestion. Par ailleurs, des modules relatifs à la participation communautaire, au recouvrement des coûts (selon *l'Initiative de Bamako*) et au rôle des associations communautaires en matière de santé, ont été rendus disponibles – uniquement en français.

Pour les deux districts, 11 membres des COSAN par ZR (soit 24 ZR) ont été formés, soit au total 266 bénéficiaires, dont un gérant de pharmacie et un caissier de l'HD de Mangalmé. La formation s'est déroulée de juin à octobre 2012, pendant 6 jours, à propos: de la participation communautaire; du recouvrement des coûts; du rôle des associations communautaires, en matière de santé; et de la tenue des outils de gestion financière et des médicaments.

Les outils ayant fait l'objet de formations sont:

- ✓ Le cahier de recettes journalières;
- ✓ Le cahier de recettes et de dépenses;
- ✓ Les fiches de décharges;
- ✓ Les fiches de stocks;
- ✓ Les cahiers d'approvisionnement en Médicaments Essentiels et Génériques (MEG);
- ✓ Les fiches de consommations journalières et hebdomadaires.

A.2.1.4 : - Doter les CS de médicaments à raison de 500.000 FCFA par CS en plusieurs tranches, conformément au circuit d'approvisionnement habituel et au rythme de consommation de chaque CS.

Les commandes des CS ont été lancées, depuis le mois de décembre 2012, et la dotation a eu lieu en février 2013.

Les CS ont été dotés en MEG pour la première tranche pour un montant de 3 251 172 francs CFA. Les CS concernés dans le DS Mongo sont : Dorga, Chawir, Abrèche, Banda, Délep, Djoukoulkouli, Barbezza, Sissi, Tounkoul, Badago (soit 10 CS). Les CS bénéficiaires dans le DS Mangalmé sont les suivants : Amgarkoye, Bitchotchi, Kouka (3CS).

En accord avec les ECD, les critères d'attribution ont été revisités, en fonction des vrais besoins et en tenant compte du souci d'équité, d'efficacité et d'efficience ; sans compter l'impact de l'injection dans le système des médicaments provenant de la gratuité des soins.

C'est ainsi qu'avec la réorientation budgétaire, une somme de 500 000 francs CFA a été dégagée pour venir en aide aux formations sanitaires déficitaires.

❖ **Subvention complémentaire : La dotation de trois (3) nouveaux CS en médicaments**

➤ **Lancer les bons de commande des CS en MEG à la PRA/G :**

Dans le cadre de l'appui additionnel, il a été prévu la dotation en médicaments d'une valeur totale de un million cinq cent mille (1 500 000) francs CFA. C'est dans cet ordre d'idée que, durant le mois de décembre 2013, une commande de MEG équivalente au montant prévu a été adressée à la PRA/G (Pharmacie Régionale d'Approvisionnement du Guéra).

Cette commande l'a été pour trois (3) Centres de Santé dont deux (2) dans le DS de Mongo (Zerli et Baro-Privé) et un (1) dans celui de Mangalmé (Idbo). Il s'agit d'une valeur de 500 000 francs CFA par centre de santé.

Finalement le CS de Baro-Privé, relevant du privé et disposant relativement d'assez de ressources a été écarté par l'ECD, au profit des deux autres formations sanitaires publiques dont les finances sont en souffrance : les CS d'Abrèche et de Chawir.

➤ **Réceptionner et approvisionner les CS en MEG :**

Les commandes des CS ont été lancées, depuis le mois de décembre 2013, et la réception de la dotation n'ont pas suivi immédiatement la première action, faute de rupture de MEG à la PRA-G.

Les CS n'ont commencé à être approvisionnés qu'à partir du mois d'août 2014.

Les CS nouvellement rendus fonctionnels ont été dotés chacun en MEG d'une valeur de 500 000 francs CFA. Les bordereaux de livraison ont été signés notamment par les responsables des centres de santé et les présidents des comités de santé respectifs (Zerli, Idbo).

Le choix de ces formations sanitaires a été guidé par le souci d'appuyer soit celles nouvellement fonctionnelles, soit celles dont les finances sont relativement faibles.

L'ONG IRC a eu à former tous les RCS en gestion de médicaments.

➤ **Suivre la gestion de médicaments des CS :**

Parallèlement au suivi des animateurs, le gestionnaire formateur a effectué des supervisions relativement aux activités concernant la participation communautaire d'une manière générale, et plus particulièrement la gestion des finances, des médicaments et des matériels des CS.

Ce suivi consiste par ailleurs à s'enquérir de l'état des relations PS/COSAN dans les différentes ZR.

A.2.1.5 : - Encourager les activités génératrices de revenus pour financer les activités des centres de santé.

Lors des dernières AG des différentes zones de responsabilité et en prélude de la fin imminente du Projet, les communautés ont été sensibilisées en faveur d'une mobilisation sociale afin de réaliser des actions concrètes pour soutenir le développement de leurs formations sanitaires respectives.

C'est ainsi que le labour des champs collectifs ; l'achat, le stockage et la revente des produits de cultures ; l'élevage du petit bétail ou de la volaille ; l'achat et la vente des produits importés ; etc., ont été identifiés comme activités pouvant générer des ressources. Celles-ci seront réalisées à partir du financement provenant de la communauté via une collecte de fonds, une partie de l'argent émanant du recouvrement des coûts des CS ; ou grâce à l'acquisition d'autres sources de financement, telles que le financement par l'Etat ou par d'autres bailleurs des projets à base communautaire.

A.2.2 : - Former les accoucheuses traditionnelles et suivre leurs activités.

A.2.2.1 : - Former les AT sur l'accouchement et les risques y liés.

➤ **Appui aux PS et COSAN pour l'identification des AT à former.**

Avec l'appui des personnels de santé et des communautés, **75** femmes à former comme Accoucheuses Traditionnelles (AT), et qui doivent provenir de villages éloignés par rapport aux centres de santé, ont été identifiées, sur la base de critères ainsi définis:

- L'âge;
- La volonté;
- La serviabilité;
- La non divulgation des secrets;
- Le fait d'être appréciée par toutes les femmes;
- Le fait d'être de la zone de responsabilité.

Les modules nécessaires pour la formation des AT (boîtes à images et registres) ont été dûment préparés et rendus disponibles.

- **Former les AT identifiées :**

3 pools de formation ont été réalisés (Mongo, Banda et Mangalmé) pour un total de 74 Accoucheuses Traditionnelles (AT) formées (51 AT pour le DS de Mongo et 23 AT pour le DS de Mangalmé), sur 60 prévues pour toute la phase. Chaque formation a duré 5 jours (de novembre à décembre 2012).

La formation avait pour objectif général de contribuer à réduire la mortalité maternelle et infantile ; et comme objectifs spécifiques de:

- Convaincre les femmes enceintes de la nécessité d'accoucher dans les CS et les y orienter.
- Faire connaître les complications de l'accouchement et référer les parturientes à temps au CS.
- Sensibiliser toutes les couches sociales en général et les femmes enceintes en particulier pour un changement de comportement
- Apprendre aux AT les techniques de prévention des infections en général et celles liées aux manœuvres lors de l'accouchement en particulier.

Ces AT ont été identifiées en collaboration avec les RCS, les COSAN et la Communauté des villages les plus éloignés, inaccessibles pendant la saison des pluies. Parmi ces AT figurent les matrones exerçant dans les Centres de Santé.

La priorité devrait aller aux AT des villages éloignés, mais dans certaines formations sanitaires nécessaires, pour parer à la carence en personnel féminin dans le CS, il a été décidé de coopter une AT au niveau urbain (là où siège le CS), afin que celle-ci puisse travailler aux côtés du personnel sanitaire.

Pour le moment, celles-ci n'ont pas encore été formellement embauchées par les COGES.

A.2.2.2 : - Organiser le stage pratique des AT à la maternité des HD.

Il a été prévu dans le document du projet que 6 mois après la formation et après un suivi régulier, les AT jugées aptes seraient motivées via un stage de 15 jours au sein de la Maternité des hôpitaux. Ce stage est à planifier par les sages femmes responsables de ce service.

C'est ainsi que **32 AT** (8 pour le DS de Mongo et 24 pour celui de Mangalmé) ont passé à tour de rôle des gardes et des permanences, afin de s'imprégner des pratiques de la Médecine moderne. Ce stage avait pour objectifs de :

- Renforcer les connaissances des AT sur les accouchements eutociques
- Leur apprendre à déceler et référer à temps les complications
- Leur apprendre à respecter les mesures d'hygiène en général
- Leur permettre d'assister au moins à un accouchement compliqué
- Leur apprendre à donner les 1^{ers} soins au nouveau-né sain
- Leur apprendre à procéder à un *counselling* pour la femme en travail et à la mettre en confiance.

Pendant leur stage, les AT se sont familiarisées avec les techniques de prévention des infections. Chaque matin, elles préparent la solution de décontamination. Une fois que les matériels et le placenta (s'il ya eu accouchement) sont décontaminés, la solution est réutilisée pour décontaminer principalement les tables d'accouchement, les alèzes et la salle. Elles portent pour ce faire, des gants de ménage mis à leur disposition.

Chaque AT a été dotée de deux (2) blouses, de cinq (5) paires de gants chirurgicaux, d'une paire de gants de ménage, d'un flacon d'eau de javel et de lames de bistouri.

Elles sont encadrées par les sages-femmes assurant la garde et en priorité par la responsable de la Maternité.

Le processus a été suspendu à un certain moment. Selon la DSR, il appartient d'abord aux ZR d'exprimer leurs besoins au DS qui doit ensuite seulement en saisir la DSR. En réalité il n'y a pas de consensus à propos du rôle exact des accoucheuses traditionnelles ; Certains leur concèdent un rôle relativement actif de prise en charge des accouchements 'normaux' ; d'autres en revanche penchent pour un rôle absolument limité à l'orientation stricte des parturientes vers les structures sanitaires).

A.2.2.3 : - Equiper les AT de trousse. Il s'agit d'une mallette contenant (registre, coton hydrophile, bétadine, rasoir, gants, pommade ophtalmique, fils, savon, alèse, etc.) pour la prise en charge des accouchements.

A la fin de chaque formation, toutes les 74 AT formées ont reçu des trousse d'intervention. Cette trousse comprend :

- 1 boîte de Bétadine ;
- 5 paires de gant ;
- 10 boîtes de rasoir ;
- 2 alaises ;
- 1 lampe torche ;
- 4 paires de pile torche ;
- 10 rouleaux Files à suture ;
- 2 stylos bics ;
- 4 boules de savon ;
- 1 registre AT ;
- 1 mallette.

A.2.2.4 : - Suivre les AT formées dans la prise en charge des accouchements simples et vérifier la tenue et le remplissage de leur registre.

Après la formation, un suivi régulier a été fait dans les deux districts sanitaires (DS). 54 AT ont été suivies dans 20 zones de responsabilité (ZR) dont 30 dans le DS de Mongo, ainsi que 24 dans celui de Mangalmé. Il ressort de ce suivi les constatations suivantes, par rapport aux aptitudes des unes et des autres:

- Remplissage du registre : 18/54 AT
- Orientation des femmes pour la CPN : 54/54 AT
- Sensibilisation : 54/54 AT
- Référence des cas compliqués : 48/54 AT
- Collaboration avec le PS : 46/54 AT
- Accouchements réalisés : 809
- Femmes enceintes orientées à la CPN : 887 et à la CPON : 476
- Accouchements compliqués référés : 59
- Décès maternel : 00
- Décès infantiles : 3 (enfants avec poids faible à la naissance).

Toutes les AT savent interpréter le registre ; mais le remplissage demeure pour elles un sérieux problème. Elles orientent les femmes à la Consultation Prénatale (CPN), emmènent les nouveau-nés au centre de santé pour le 1^{er} contact et procèdent à la sensibilisation de village en village en tout temps, et parfois pendant les cérémonies sociales (mariages, baptêmes, funérailles, etc.). Celles de la Zone A emmènent les femmes en travail aux CS, pour les faire accoucher, assistées par le RCS. Par exemple à Bitchotchi, le RCS leur a même laissé la clé de la salle d'accouchement. Elles se réunissent une fois par semaine par ZR, pour assurer la salubrité au sein du CS. Ceci traduit une bonne collaboration entre AT et Personnel de Santé (PS).

Le suivi des AT s'est fait à deux niveaux : par les RCS d'abord et puis par la Sage femme du BASE, via la vérification du registre d'activités des différentes accoucheuses traditionnelles, le contrôle des trousseaux et l'interrogation/évaluation des connaissances (check-list).

Tableau n°32 : Synopsis des activités des AT suivies dans les deux DS :

Désignation	Nombre
1 ^{er} contact avant accouchement	562
Femmes référées en CPN	887
Accouchements normaux	809
Accouchements avec CPN	465
Accouchements compliqués référés	59
Décès maternels	00
Décès infantiles	3
Femmes référées pour la CPoN	476

Pour la référence des cas compliqués, du village vers le CS, l'AT, accompagne souvent la femme au CS et parfois même jusqu'au niveau de l'Hôpital de District, pour le cas où la situation nécessiterait une intervention. Les nouveau-nés décédés (voir tableau ci-dessus) sont les bébés de faible poids de naissance ou prématurés.

A.2.3 : - Sensibiliser les populations, à travers des relais communautaires, des leaders Traditionnels, politiques et religieux, sur la nécessité d'utiliser les services de santé maternelle et infantile.

A.2.3.1 : - Identifier 4 grands villages par ZR en collaboration avec les COSAN, les AT et le PS.

En collaboration avec les COSAN, les AT et le PS, l'identification de 4 gros villages par zone de responsabilité, pour la mobilisation sociale, a été effective dans 22 ZR des 2 districts, pour un total de 88 villages. La priorité a été accordée aux villages distants des CS et dont la fréquentation est faible. Dans la plupart des cas, la zone B fréquente rarement le CS. Parfois, la distance du village le plus éloigné au CS atteint de 80 à 105 km (exemples: Tounkoul, Bitchotchi, Delep).

A.2.3.2 : - Organiser les campagnes de mobilisation sociale favorisant l'utilisation des Services de santé maternelle et infantile.

La mobilisation sociale a été conduite d'août 2012 à février 2013, dans 22 zones de responsabilité des deux DS, pendant 3 jours par zone: Mangalmé urbain; Eref; Angorkoye, Djoukoulkoul; Chawir; Delep; Kouka; Bitchotchi, Baro-public; Baro-privé, Dorga, Badago, Niergui, Katalog, Tounkoul, Bardangal, Banda, Abrèche, Mongo-Ouest, Barbézza, Croix-Rouge et Sissi.

Il s'agit de regrouper les populations des ZR dans les 4 plus gros villages, à tour de rôle, selon un calendrier préétabli, pour leur exposer des thèmes particuliers, relatifs à la santé : fréquentation des structures sanitaires ; vaccinations ; Consultations Périnatales, accouchements au CS, hygiène, etc.

Les campagnes de sensibilisation se sont également focalisées sur la question de l'implication de la population, relativement à la recherche de l'amélioration de ses conditions de santé.

Les femmes utilisent mieux les services de santé maternelle, avec à l'arrivée une rupture de produits (fer, vitamine, produits contraceptifs).

89 gros villages de 22 ZR ont été sensibilisés. Cela a touché 5 967 personnes, dont 3 759 femmes et 2 208 hommes; et a concerné essentiellement la question de l'implication de la population, relativement à la recherche de l'amélioration de ses conditions de santé.

Les thèmes abordés sont partout presque les mêmes: l'utilité de la fréquentation des CS ; la promotion des activités du PMA (la consultation curative, la CPE, la CPN, l'accouchement, la vaccination, le BEF) et les activités d'hygiène & assainissement (hygiène corporelle, du milieu et de l'eau, gestion des puits) ; la malnutrition ; la prévention du paludisme ; la prévention du VIH/SIDA ; les dangers des Choukous et autres charlatans).

Le suivi de la fréquentation des services se fait avec la collecte mensuelle des données (RMA) et au cours des Comités Directeurs du District.

2.2.3. Résultat escompté N°3 : Les capacités managériales des équipes cadres sont renforcées

Les besoins en formation (planification et supervision) ont été identifiés.

Les ECD ont été formées dans le domaine de la supervision et de la planification, selon le chronogramme préétabli. 4 ECD, 1 Equipe Cadre de Délégation, 2 partenaires et 2 membres du Projet, avec au total 28 bénéficiaires, ont reçu lesdites formations.

Différents inputs ont été fournis: réunions de coordination mensuelles auxquelles l'équipe du BASE est régulièrement invitée ; réunions de suivi hebdomadaires ; motivation financière pour le suivi des activités et la supervision; coaching régulier de la part de l'équipe du BASE, etc.

Les processus se réalisent régulièrement: collecte et analyse des données du terrain; supervision des CS; élaboration du PAO; tenue des Comités Directeurs ; management des ressources humaines, etc.

Les résultats sont relativement perceptibles: amélioration sensible de la tenue des outils SIS; esprit d'équipe ; sentiment d'appartenance renforcé chez les membres des ECD ; participation démocratique des membres des ECD aux prises de décision ; partage des responsabilités au sein des ECD ; amélioration globale des indicateurs du PMA et du PCA.

A.3.1 : - Former les équipes cadres des deux districts et accompagner la conduite de leurs activités.

A.3.1.1 : - Identifier les besoins de formation des ECD en planification, supervision et Gestion.

Les besoins en formation (planification et supervision) ont été identifiés depuis le mois d'avril 2012. La formation en gestion (hospitalière) a également été retenue et pour celle-ci un accent particulier a été mis sur la nécessité de rappeler la notion de qualité des soins en général et surtout au niveau des hôpitaux de district, dont notamment celui de Mongo où nous n'avons pas affecté de personnel de santé (comme ce fut le cas à Mangalmé).

A.3.1.2 : - Former les ECD suivant le plan de formation déterminé.

Les ECD ont été formées dans le domaine de la supervision et de la planification, selon le chronogramme préétabli, du 11 au 14 juin 2012. Au total 28 personnels de santé ont bénéficié de la formation, dont 4 équipes cadres de district.

Le budget UNICEF de formation en supervision, mis à la disposition de la DSR ne suffisant pas, le BASE a consenti – sur proposition du Délégué Sanitaire et en accord avec l'UNICEF -une contribution financière au coût de cette formation. Le BASE a également pris la charge entière des frais de collation, pour l'ouverture et la clôture de cette activité.

Pour la formation en planification, le budget a été entièrement pris en charge par le BASE.

S'agissant des participants à la formation dans le domaine de la supervision, en plus des ECD de Mongo et de Mangalmé, on retient: les membres des ECD de Bitkine et de Melfi qui n'étaient pas dans le programme du Projet; ainsi que 2 personnes des ONG partenaires (CSSI et UNICEF).

A.3.1.3 : - Appuyer l'organisation et la réalisation des activités de suivi et de supervisions.

Grâce à l'appui du Projet, aussi bien technique que financier, des documents de supervision (1 exhaustif et 1 limité) ont été élaborés et mis à la disposition des ECD et délégation.

Les réunions se tiennent mensuellement avec l'ECD de Mongo, mais elles ne sont pas régulières avec celle de Mangalmé.

Les ECD tiennent des réunions mensuelles de coordination de leurs activités, auxquelles l'équipe du BASE est régulièrement invitée, planifient et réalisent aussi seules des supervisions ciblées sur la base d'un canevas. Au cours de ces réunions, les activités de suivi et de supervision sont discutées, réorientées et enrichies, selon les besoins de chaque zone de responsabilité (ZR).

Elles ont participé activement à la restructuration et aux réunions statutaires des organes de participation communautaire (COSAN et COGES).

Les ECD tiennent semestriellement des réunions de Comité Directeur et élaborent leurs PAO.

Lors des missions dans les différentes ZR, les personnels de santé ont été appuyés dans leurs activités quotidiennes, notamment les consultations, par l'équipe de supervision.

Tenant compte du nombre plus ou moins grand de centres de santé par district, il a été prévu une supervision par CS tous les 2 mois pour le DS de Mongo et une supervision chaque mois pour le DS de Mangalmé. Avec ce rythme, le dépassement pressenti quant à la consommation de carburant a effectivement eu lieu.

Les activités de supervision des 2 DS ont été appuyées sur le plan technique et financier. Les CS ont reçu chacun pour les 18 premiers mois du projet (4 fois pour le DS de Mongo et 8 fois pour le DS de Mangalmé, mais c'est devenu trimestrielle par la suite) une supervision formative intégrée. Au total, 300/308 supervisions planifiées selon l'augmentation du nombre des CS ont été effectuées, soit un pourcentage de réalisation de 97,40%.

Les insuffisances observées, telles que l'inadéquation des traitements, par rapport aux hypothèses diagnostiques; le recours non indiqué aux injectables et aux antibiotiques; la tendance à la prescription abusive de certains produits, dont essentiellement des corticoïdes; le nombre élevé de médicaments par ordonnance (polypharmacie); les insuffisances en techniques CPN, BEF et en dépistage des grossesses à risque, ainsi que des malnutris; l'insuffisance au remplissage des outils SIS; le non affichage des listes tarifaires des MEG; la gestion paternaliste des ressources communautaires par le PS, etc. ont toutes reçu des corrections ou des propositions de redressement.

Un suivi de l'application des directives et recommandations s'est fait périodiquement, pendant les supervisions, ainsi qu'au cours des Comités Directeurs du district.

- ***Examiner la grille de supervision et le rôle de chaque membre de l'ECD.***

Tel que cela a été prévu, la grille de supervision préexistante a été examinée et amendée. Il en est sorti une paire de documents de supervision: une grille de supervision 'exhaustive' et une grille de supervision 'limitée'. Ces deux documents ont à leur tour été amendés par les ECD, ainsi que la DSR; ils ont finalement été adoptés. Par ailleurs, les mêmes documents ont été envoyés au Médecin Conseiller du Projet (au niveau Central) pour large diffusion.

- ***Suivi mensuel des activités des COSAN.***

Le suivi des activités des COSAN a été assuré par le Gestionnaire-Formateur du Projet, en charge de la participation communautaire, en appui aux Animateurs des zones respectives. Lors des supervisions, les ECD ont également été associées à ce suivi, afin de garantir la continuité de cette activité dans l'avenir.

En effet, la mission des animateurs sur le terrain a consisté à suivre et aider les COSAN dans leurs activités. Ils ont été présents à leur côté sur le terrain, durant tout le mois calendaire. Parallèlement à cela, le Gestionnaire-Formateur a effectué des supervisions sur les activités relatives à la participation communautaire d'une manière globale, et sur la gestion des finances, des médicaments et des matériels des CS, en particulier. Ce suivi a consisté par ailleurs à s'enquérir de l'état des relations PS/COSAN dans les différentes ZR.

Les activités réalisées ont été (entre autres): l'inventaire des médicaments; l'introduction au suivi et à l'utilisation des outils de gestion; l'appui pour la tenue des réunions et la rédaction des rapports de réunions; la sensibilisation des COSAN formés; la sensibilisation sur des thèmes ayant trait à la santé, tels que la fréquentation des centres de santé, l'hygiène et l'assainissement; l'importance de la vaccination, de la CPE, de la CPN, de l'accouchement au CS et les méfaits des médicaments dispensés par les 'docteurs choukous', etc.

S'agissant des différents outils de comptabilité et de gestion des biens communautaires, ayant été mis à la disposition de 24/24 CS des DS de Mongo et Mangalmé, leur remplissage correct s'est avéré tout de suite très difficile pour les COSAN; car en général, ceux-ci n'ont pas un très bon niveau d'instruction. Cependant, grâce à un suivi sans cesse renouvelé et persévérant, les efforts ont fini par porter des fruits: progressivement, il est devenu possible pour les CS de connaître leur stock physique, afin de pouvoir lancer une commande; ainsi que d'avoir une idée beaucoup plus précise des dépenses et des recettes du mois.

Du coup, le remplissage des RMA a connu une certaine amélioration.

La méthodologie de travail des animateurs a été la suivante : ils ont tous disposé d'une fiche de collecte de données du RMA ; ils ont engagé des discussions séparées avec d'une part le COGES et d'autre part le RCS (afin de s'assurer d'un minimum de triangulation) ; ils ont appuyé la tenue des réunions et de sensibilisation des COSAN ; ils ont procédé régulièrement à la vérification des données du RMA ; ils ont prodigué des conseils aux RCS et au COGES/COSAN pour redressement, en cas d'identification de problèmes.

Relativement aux réunions des COSAN, l'équipe d'encadrement les a aidés à établir l'ordre du jour et les a appuyés pour la rédaction des rapports. Toutefois, la plupart des COSAN ne rédigent pas les rapports de réunions ; 9 COSAN seulement le font.

La tenue des réunions est effective dans tous les centres de santé. 13 COSAN tiennent 2 réunions par mois et 11 autres, une réunion par mois.

La sensibilisation est l'une des principales activités des COSAN. Trois thèmes sont régulièrement traités. Il s'agit de: l'hygiène et l'assainissement; l'importance de la fréquentation des CS; les méfaits de la vente des médicaments à l'air libre (par les 'docteurs Tchoukous').

Les activités de sensibilisation se font lors des rencontres collectives (baptêmes, circoncisions, funérailles, etc.) et dans les lieux publics (marchés, mosquées, CS, Eglises, etc.).

Plus de la moitié des COSAN sont à même de conduire des activités de sensibilisation au sujet des différents thèmes relatifs au PMA, dont l'hygiène et de l'assainissement; de remplir les différents outils de comptabilité et de gestion.

- ***Verser des primes de motivation pour la réalisation des supervisions.***

Les primes de motivation ont été versées mensuellement aux équipes cadres des 2 districts. Au total 35/36 versements ont été effectués.

Malheureusement, toutes les équipes cadres n'ont pas régulièrement fourni leur rapport mensuel de supervision.

- ***Contribuer financièrement à la tenue des Comités Directeurs des DS.***

Des appuis techniques, méthodologiques et financiers ont été apportés aux équipes cadres des districts pour la réalisation de leur Comité Directeur (CD). Chaque DS a pu organiser ses Comités Directeurs au cours de la période du projet : le DS de Mongo a pu en organiser 2 en 2012 , 1 en 2013 et 2 en 2014 ; tandis que celui de Mangalmé en a tenu 6 ; soit 2 chaque année).

Au cours des Comités Directeurs, les indicateurs de chaque année ont été comparés avec ceux de l'année écoulée. C'est ainsi que les différents CS ont pu être classés par ordre de performance (relativement aux indicateurs). Certains centres ont été classés parmi les meilleurs. En revanche, quelques autres ont été mis sous 'surveillance serrée' (ou *perfusion* – selon les propres termes des autorités sanitaires de la région), vu leur rendement carrément insatisfaisant.

Le suivi de la mise en œuvre des recommandations du CD est opéré par un comité restreint (par exemple à Mongo ce comité est composé du Chef de Zone et du Chargé de planification de la DSR), sous la supervision de la DSR.

La Délégation Sanitaire Régionale (DSR) tient toujours deux Comités Directeurs par an, sur financement du PASST (situé au niveau central).

- ***Appui à l'élaboration des PAO des DS de Mongo et de Mangalmé.***

Les DS (Mongo et Mangalmé) ont été appuyés sur les plans technique et financier, pour l'élaboration de leur plan d'action annuelle. Ainsi, 3 plans de travail annuel (PTA) par district sanitaire (ou Plan d'Action Opérationnel / PAO) ont été rendus disponibles. L'évaluation de la mise en œuvre s'est faite au terme de chaque PAO.

- ***Organiser la réunion de positionnement des partenaires par rapport aux PAO.***

La réunion regroupant les principaux partenaires de la région (UNICEF ; UNFPA ; PAM ; OMS ; IRC ; PROADEL), pour le financement des activités des PAO, a été organisée à la DSR du Guéra, au mois d'avril 2012. La position de chaque partenaire a été connue. Les formations et les supervisions de la DSR sont

financées par les partenaires, dont en première position l'UNICEF, suivi de l'UNFPA. Les montants exacts alloués à ces activités ne nous sont pas connus et restent (comme de coutume) à la discrétion des autorités sanitaires de la région.

- **Réorganiser les services des CS.**

Cette activité a été mise en veilleuse, pendant un temps pour des raisons pratiques: dans presque tous les CS des 2 DS (sauf à Baro public), les salles d'accouchement et/ou de consultation étaient remplies de vivres émanant du PAM et/ou de l'UNICEF pour les activités de nutrition.

Les promesses de PAM et de l'UNICEF de 'construire' des magasins de stockage n'ont finalement été exécutées qu'au 1er trimestre 2014, libérant ainsi les salles.

C'est ainsi qu'un plan de réorganisation adaptée à chaque formation sanitaire (en fonction du bâtiment et du personnel) a été conçu, discuté et adopté par les DS et la DSR, lors du Comité Directeur (de la DSR) et appliqué sur le terrain. Cette expérience porte en elle une sorte d'externalité positive : la Délégation Sanitaire Régionale souhaite l'étendre dans les centres de santé relevant des deux autres districts (Bitkine et Melfi).

A.3.2 : - Equiper les ECD en matériels bureautique et motos de supervisions.

A.3.2.1 : - Doter les deux Districts de 3 motos de supervision (2 pour les chefs de zones et 1 pour le technicien d'assainissement du DS de Mongo).

Comme les RCS, les chefs des zones des deux districts de Mongo et de Mangalmé, ainsi que le responsable d'hygiène et d'assainissement du district sanitaire de Mongo ont été dotés (en avril 2012) de moto-cross, pour la réalisation de leurs activités de suivi/supervision et de collecte des données relatives au Paquet Minimum d'Activités (PMA).

Depuis la remise des moyens roulants aux deux districts, les sorties mensuelles au niveau du DS de Mongo, pour le suivi des activités, le suivi des recommandations formulées lors des supervisions intégrées, ainsi que la collecte des données du PMA se sont multipliées.

A.3.2.2 : - Fournir 2 laptops (1 pour le MCD de Mongo et 1 pour le MCD de Mangalmé), 1 imprimante pour le DS de Mangalmé, 2 copieurs et 2 LCD pour les 2 DS.

Un fournisseur a été identifié, suite à un appel d'offres, lancé en février 2012. Les matériels acquis ont été livrés, en avril 2012, aux ECD de Mongo et Mangalmé, avec à l'appui des bordereaux de livraison émis en 4 exemplaires.

A.3.3 : - Améliorer la gestion hospitalière.

A.3.3.1 : - Appuyer la rédaction d'un projet d'établissement pour chaque HD, afin de donner une cohérence dans les plans d'investissement, l'élaboration de guides de procédures et de gestion.

En raison des difficultés de collaboration, entre l'ancienne direction de l'HD et la DSR, d'une part; et le DS d'autre part, l'activité n'a pas pu être réalisée à temps comme prévue. C'est ainsi que cette activité a connu un certain retard avant de démarrer.

C'est ainsi qu'au mois de décembre 2012, la collecte des données (ressources humaines, matérielles et financières; procédures cliniques et gestionnaires ; indicateurs hospitaliers, etc.) pour le PDH (Projet de Développement Hospitalier) de l'hôpital régional de Mongo, a été réalisée; et la répartition de trois groupes de travail (clinique, administration/gestion et hygiène), rendue effective. Ces groupes ont travaillé d'arrache-pied et ont contribué efficacement à l'élaboration du PDH au mois de février 2013.

A.3.3.2 : - Former les responsables de l'hôpital au management hospitalier.

Les modules de formation ont été finalisés et remis aux formateurs. La formation en gestion hospitalière a eu lieu en juillet 2013 pour l'hôpital régional de Mongo (17 bénéficiaires), et en novembre 2013 pour l'hôpital de Mangalmé (19 bénéficiaires). Au total 36 membres du PS des hôpitaux ont tiré profit de cette formation.

Les différents thèmes de formation ont été les suivants : définition de la gestion hospitalière ; importance et rôle de la gestion hospitalière ; gestion des ressources humaines ; gestion du matériel et des équipements ; gestion des médicaments ; gestion des recettes et des dépenses hospitalières ; établissement et gestion du budget de l'hôpital ; gestion du circuit des malades ; gestion des déchets hospitaliers.

A.3.3.3 : - Mettre en place un système de motivation du personnel basé sur le rendement.

Des discussions préliminaires ont été engagées, depuis le mois de mai 2013, avec l'ECD de Mangalmé, sur la nécessité de la mise en place d'un système de motivation du PS de l'HD.

Sous l'impulsion de l'équipe du BASE, un document de répartition des primes, basée sur le niveau de formation, a été présenté et appliqué à l'HD de Mangalmé, malgré quelques réticences.

Le souhait de la DSR d'initier et de piloter elle-même le processus, de manière à instaurer une harmonisation du système de motivation par primes, dans les 4 districts sanitaires a tardé à se mettre en œuvre ; alors, d'autres discussions complémentaires ont été engagées avec les deux ECD, qui ont permis une harmonisation des points de vue et *in fine* l'application des mêmes principes de répartition, également à l'hôpital régional de Mongo.

- **Activités prévues non réalisées :**

L'étude prévue de préféabilité de la mise en place des mutuelles de santé programmée dans la subvention complémentaire, n'a pas eu lieu, pour la simple raison que même si cette étude-là venait à avoir lieu, le financement de la mise en œuvre même des mutuelles n'est pas garanti. Et pourtant, plusieurs études ont montré la capacité des mutuelles de santé à permettre l'accès aux soins de santé à des populations vulnérables, parce que ne disposant que de faibles revenus. Par ailleurs, point n'est besoin de rappeler que les mutuelles de santé constituent une alternative crédible et intéressante pour surmonter les barrières financières d'accès aux soins de santé, surtout pour des populations rurales, confrontées parfois à d'importantes difficultés de subsistance.

- **Activités non prévues mais réalisées (18)**

- ✓ *Etat des lieux des CS/PS/COSAN*
- ✓ *Réunion de positionnement des partenaires dans la région*
- ✓ *Réorganisation des services dans les formations sanitaires*
- ✓ *Evaluation externe de l'UE (ROM)*
- ✓ *Animation d'une conférence-débat sur l'Elimination de la Transmission Mère – Enfant (ETME), à l'occasion de la Journée Mondiale de la Femme' (2013)*
- ✓ *Réunions mensuelles relatives à la Santé Publique dans la Région du Guéra*
- ✓ *Participation aux réunions du 'Cluster-santé' de la DSR du Guéra*
- ✓ *Participation aux réunions de 'Cluster-Nutrition' de la DSR*
- ✓ *Participation aux réunions du 'Cluster-Sécurité Alimentaire.'*
- ✓ *Participation à la réunion consacrée au Plan Régional de Développement Sanitaire (PRDS)*
- ✓ *Contribution à la rédaction du PRDS du Guéra*
- ✓ *Réunions de travail avec les missions d'évaluation MSP/ON/UE*
- ✓ *Contribution de la SFDE Formatrice à la formation organisée par le DSR (SONU)*
- ✓ *Diagnostic des problèmes liés à la panne de l'appareil radiologique de Mangalmé.*
- ✓ *Appuis logistiques à la réalisation des activités en 'stratégie mobile' et 'stratégie avancée' pendant les Journées Nationales de Vaccination (JNV) / Activités Vaccinales Supplémentaires (AVS).*
- ✓ *Formation d'un journaliste de la radio locale, Radio Communautaire de Mongo (RCM) en techniques d'animation et d'élaboration des messages publicitaires.*
- ✓ *Formation des animateurs en techniques de rédaction et d'élaboration de rapport.*

- ✓ Réunion avec les partenaires autour des questions relatives à la gestion et au fonctionnement optimal de l'Hôpital Régional de Mongo.

Conclusion

Le Projet d'appui aux services de santé et à la participation communautaire dans les districts sanitaires (DS) de Mongo et Mangalmé s'est fixé pour objectif global de 'contribuer à améliorer l'état de santé de la population tchadienne, et en particulier de celle des femmes et des enfants'. L'objectif spécifique en était 'Les prestations des services de santé, ainsi que la participation communautaire à la gestion, au suivi et au financement des prestations de santé sont améliorées dans les DS de Mangalmé et Mongo.' Trois résultats étaient attendus: (i) 'La qualité de l'offre des soins maternels et infantiles est améliorée'; (ii) 'L'implication des populations dans les orientations, la gestion et le financement des services de santé est renforcée'; (iii) 'Les capacités managériales des équipes cadres sont renforcées'.

En considérant le taux de réalisation des grosses activités (Activités 'finies' et correspondant à un fait ponctuel ; activités 'infinies' entrant dans le cadre d'un processus plutôt continu), qui se situe à environ 96%) pour toute la période triennale (2012 – 2014), on est en droit d'oser dire que la grande partie des activités programmées a été réalisée. Toutefois, une question demeure : qu'est-ce que le projet a pu concrètement réaliser avec les activités qui ont ainsi été mises en œuvre ?

Le nombre des formations sanitaires prévu à être appuyé à augmenter de 20 à 24 et la seule activité qui a été réalisée en partie avec la suspension de l'activité par les autorités sanitaires est celle relative aux accoucheuses traditionnelles avec 32/ 74 qui ont eu à passer leurs stage pratique à la maternité de l'hôpital régional de Mongo et du l'HD de Mangalmé.

✚ S'agissant de l'amélioration de la qualité de l'offre des soins maternels et infantiles

Les inputs nécessaires ont été mis en place, dont le suivi (des AT, des RCS et des ECD); le stage des AT dans les hôpitaux de district (Mongo et Mangalmé); la distribution du matériel médico-technique commandé ; l'approvisionnement des CS en médicaments, etc.

Par rapport aux processus: les supervisions et le suivi des RCS se sont relativement bien accomplis; la Consultation Préventive des Enfants (CPE) se tient dans les CS; la 'stratégie avancée' pour les vaccinations est également devenue régulière.

Etant arrivés à la fin du projet, globalement, nous observons avec humilité que les résultats (relatifs aux indicateurs) ont quelque peu dépassé nos attentes.

A Mongo, le Penta 3 est à 93%, 95% et 96% respectivement pour les trois années 2012, 2013, 2014

Les résultats pour le même indicateur et pour les trois années à Mangalmé sont respectivement de 77%, 74% et 105%

Pour les résultats du VAR à Mongo, on obtient respectivement pour les trois années 95%, 96% et 85%

A Mangalmé, pour le même indicateur, on a réalisé respectivement pour les 3 années 81%, 86% et 106%

Quant aux Enfants Complètement Vaccinés (ECV), on obtient tour à tour 93%, 85% et 85% pour les trois ans à Mongo.

A Mangalmé, les résultats concernant cet indicateur sont respectivement de 78%, 86% et 105% pour 2012, 2013, 2014

Pour la Consultation Préventive des Enfants (CPE) on atteint à Mongo respectivement 77%, 50% et 79% pour les trois années

Tandis qu'à Mangalmé on obtient respectivement 20%, 35% et 44% pour les trois ans

Si l'on considère le VAT2+, à Mongo on atteint respectivement 79%, 92% et 103% pour les trois ans

Par contre à Mangalmé les résultats pour les trois ans sont tour à tour de 54%, 53% et 93%

En termes de CPN3, à Mongo les résultats pour les trois années sont respectivement de 64%, 80% et 63%

Ils sont respectivement de 21%, 19% et 27% à Mangalmé pour les trois ans

Pour les accouchements assistés, on a réalisé à Mongo respectivement pour les trois années 24%, 36% et 37%

On a obtenu à Mangalmé respectivement pour les trois dernières années 9%, 8% et 20%

Relativement au BEF, à Mongo, on est arrivé à 3%, 5% et 8% pour les trois dernières années

A Mangalmé, c'est respectivement 0,5%, 1,34% et 3% pour les trois dernières années,

Enfin, s'agissant du taux d'utilisation, on est arrivé à Mongo à respectivement 31%, 37% et 43% pour les trois dernières années

A Mangalmé, on a réalisé respectivement pour les trois dernières années 11, 3%, 14,5% et 28%

- ✚ Relativement à l'implication des populations dans les orientations, la gestion et le financement des services de santé,

Les inputs nécessaires et prévus ont été apportés: Le processus de restructuration des COSAN a été accompli. Les processus continuent à s'opérer. Les COSAN déjà restructurés sont en marche: ils organisent des Assemblées Générales (AG); les COGES tiennent régulièrement leurs réunions et appuient les RCS pour la gestion du centre et la commande des médicaments. Les résultats sont au rendez-vous, de manière relativement satisfaisante: le recouvrement des coûts continue à s'améliorer au bénéfice de la population entraînant la diminution du coût moyen de traitement de 1 101 à 784 FCFA pour le DS de Mongo et de 1 058 à 623 FCFA pour Mangalmé et aussi l'augmentation de la disponibilité en moyenne en fonds propre de 7 846 728 FCFA à 24 052 198 FCFA pour Mongo et de 7 720 390 FCFA à 12 974 153 FCFA pour Mangalmé; les activités de mobilisation sociale et de sensibilisation sont apparemment bien assimilées et assumées par les COSAN; les représentants des populations se sentent désormais responsables de la santé de la communauté; leur motivation à s'impliquer dans les 'affaires' du centre de santé a grandement augmenté.

Il faut noter que les fonds engrangés sont plus importants que ce qui n'apparaît; dans la plupart des CS, aussi bien à Mongo qu'à Mangalmé, ils ont été parfois utilisés en dépenses d'investissements (réfection bâtiment CS, construction salles, recrutement PS qualifié...) pour améliorer le cadre de travail, ce qui est appréciable.

- ✚ **Pour ce qui est du renforcement des capacités managériales des équipes cadres de district**

Différents inputs ont été dûment fournis: réunions de coordination mensuelles; réunions de suivi hebdomadaire; motivation financière pour le suivi des activités et la supervision; coaching régulier de la part de l'équipe du BASE, etc.

Les processus se réalisent régulièrement: collecte et analyse des données du terrain; supervision des CS; élaboration du PAO; tenue des Comités Directeurs; management des ressources humaines, etc.

Les résultats sont relativement perceptibles: amélioration sensible de la tenue des outils SIS; esprit d'équipe; amélioration globale des indicateurs du PMA et du PCA.

Tout au long de la période triennale du projet (2012 – 2014), les activités programmées (et/ou non) se sont efforcées - dans un esprit d'accompagnement et non de substitution – à en satisfaire les nobles objectifs.

Les leçons apprises sont éloquentes: importance de la recherche de synergie dans le temps et l'espace entre les différents partenaires; valeur inestimable du partenariat et de l'interdépendance des partenaires; recours nécessaire et inlassable à une approche patiente et persévérante, fondée sur l'explication, la négociation, la formation, la pédagogie à l'endroit des adultes, et l'établissement d'alliances fortes avec la communauté, le personnel, les 'administratifs' et autres décideurs.

Certes, le chemin a été par endroit rendu ardu par quelques difficultés d'ordre à la fois structurel et conjoncturel. Cependant, celles-ci, loin d'avoir été vécues comme des freins, ont plutôt été considérées comme des défis – plus ou moins à notre portée.

Nous estimons, sans fausse modestie, mais en toute humilité, qu'ensemble, nous avons pu en relever de majeurs, pour la réussite - sinon totale - du moins optimale de ce projet, avec déjà des résultats, somme toute, relativement encourageants

B. Projet d'Appui aux Camps des refugies de Gaga et Farchana

1. Contexte du projet opérationnel-changements

L'UNHCR et le BASE ont signé dans le cadre d'un protocole d'accord bipartite de mise en œuvre du projet sanitaire dans les camps de Farchana et Gaga en début de l'année 2014, intitulé: « **Projet des soins et entretiens des réfugiés soudanais à l'Est du Tchad** ».

Ce rapport couvre la période des activités menées du 01 janvier au 31 décembre 2014 (soit 12 mois).

Il est prévu dans les termes de cet accord que le partenaire BASE assure les soins de santé primaire de qualité en vue d'améliorer l'état de santé des réfugiés des camps de Gaga et Farchana sous un financement assuré par l'UNHCR.

L'objectif global de l'intervention consiste à assurer la protection et l'assistance humanitaire aux réfugiés. Il est prévu à ce titre d'assurer les soins de santé primaire de qualité en vue d'améliorer l'état de santé des bénéficiaires.

2. Population ciblée par le projet

2.1 [Population réfugiée de Farchana et Gaga]

On compte à ce jour plus de **51000 réfugiés** installés dans les camps de **Farchana** et de **Gaga** sur un ensemble de 250 000 dénombrés à l'Est du Tchad.

- Farchana:

Farchana est une sous-préfecture située à l'Est d'Abéché à 120 kilomètres. Adré est à 51 kilomètres à l'Est de Farchana où se trouve l'hôpital de district qui est la première structure de référence. La population de Farchana est estimée à **27.498 habitants** et comprend les ethnies suivantes : Massalites, Erenga, For, Dadjo et Zaghawa. Le camp de Farchana est situé à environ 3 kilomètres à l'ouest du centre ville. Il abrite les réfugiés Soudanais du Darfour.

La population réfugiée est très mobile dans ce camp et la langue communément parlée est l'arabe. Les évacuations sanitaires sont effectuées vers Adré où se situe l'hôpital de District. Dans un souci d'amélioration de l'accès aux soins de qualité, le BASE appui l'hôpital d'Adré avec une équipe technique composée d'une Sage-femme, de trois Infirmiers diplômé d'Etat (IDE), de deux Agents Techniques de Santé (ATS) et d'un chauffeur.

Site de Farchana

Nom du groupe de planification de la population:			Refugies soudanais a l'EST			
Groupe d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	En chiffres	En %	En chiffres	En %	En chiffres	En %
0-4	2353	9.16	2334	8	4523	16.05
5-17	5527	20.10	5500	19.50	11027	39.60
18-59	4193	15.30	6545	24.00	10738	39.30
60 et +	495	2.00	715	2.60	1210	4.60
Total:	12538	45.90	14960	54.10	27498	100
Site du projet :			Farchana			

- **Gaga:**

Gaga est un site abritant des réfugiés soudanais du Darfour situé à environ 12 kilomètres à l'ouest d'Amleyouna qui est la sous-préfecture la plus proche. Amleyouna est situé sur l'axe Abéché-Adré. Il est à 60 kilomètres d'Abéché qui est l'hôpital de référence.

Les réfugiés sont installés dans cette localité depuis 2004. Ils sont majoritairement composés de Massalite, de For, de Dadjo, de Tama et de Zaghawa. La population est estimée à **24.493** habitants dont des agriculteurs, des éleveurs et des commerçants. Les évacuations sanitaires se font vers l'hôpital régionale d'Abéché.

Site de Gaga

Nom du groupe de planification de la population:			Refugies soudanais a l'EST			
Groupe d'âge	Hommes		Femmes		Total	
	En chiffres	En %	En chiffres	En %	En chiffres	En %
0-4	2400	9.80	2367	9.66	4767	19.46
5-17	5021	20.50	5026	20.52	10047	41.02
12-17	3629	14.82	5395	22.03	9024	36.85
18-59	319	1.30	336	1.37	655	2.67
60 et +	11369	46.42	13124	53.58	24493	100
Total:	11369	46.42	13124	53.58	24493	100
Site du projet :			Gaga			

- **Adré:**

Adré est une ville qui n'abrite pas de camp de réfugiés. Il est situé juste à la frontière entre le Tchad et le Soudan. Il est à 171 kilomètres à l'Est d'Abéché et à 34 kilomètres d'El-Djinéné (la première grande ville soudanaise). Adré compte une population de **58.699 habitants** composée d'arabes, des ouaddaïens, des Zaghawa, des goranes et des baguirmiens. Adré est la zone de responsabilité couvrant les camps de

Farchana, Treguine et Bredjing. L'hôpital de District d'Adré est la structure de référence de ces sites. Les activités de la population à Adré et ses environs sont : le commerce, l'élevage, le jardinage et l'agriculture.

3. Impact global du projet

Au cours de l'année 2014, on note dans l'ensemble un niveau acceptable d'accès aux soins primaires de qualité dans les camps de Farchana et Gaga avec un système de garde et de permanence au niveau des centres de santé, un staff médical quotidien, une visite quotidienne en salle d'observation et à la maternité dirigée par les médecins de terrain et l'organisation de plusieurs formations techniques de renforcement de capacité du personnel soignants et des agents d'appui.

Les impacts perceptibles de ces efforts ont été :

- Une élévation de la fréquentation des centres de santé surtout par les femmes et les enfants en consultation préventive et curative ;
- Une augmentation du pourcentage des accouchements assistés par le personnel qualifié ;
- Une augmentation du taux d'utilisation des méthodes contraceptives ;
- Aucun décès maternel n'a été enregistré dans les deux camps pendant la période (2014) ;
- Une bonne prise en charge de nouvelles personnes admises dans le programme de prise en charge du VIH/SIDA ;
- L'augmentation du nombre des personnes ayant eu accès aux services de prévention du VIH.
- Une baisse au 2eme semestre des nouvelles admissions aux programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë.

7. Les résultats escomptés par le Partenaire Base
1TCDB : Réfugiés Soudains à l'Est du Tchad (Camp de Farchana, Gaga)
Protection dans l'attente de solutions
Besoins élémentaires et services essentiels

Objective: Amélioration de l'état de santé de la population			
Description du probleme:	<p>Les réfugiés des deux camps de (Farchana et Gaga) vivent dans les conditions précaires et ont une faible couverture sanitaire en soins de santé primaire. Bien que Amleyouna dispose d'un centre de santé, la capacité d'accueil est réduite et la distance ne facilite pas l'accès aux réfugiés. Les centres de santé créés à proximité des camps facilitent l'accès optimal de la population aux soins de santé préventive et curative primaire avec des possibilités d'évacuations sanitaires au niveau secondaire et tertiaire. L'accès aux soins de santé primaire dans les deux camps s'est amélioré avec un taux de fréquentation croissant de 0,76 % et 0,8% en 2013 contre 0,79% et 0,81% en 2014 respectivement pour les camps de Farchana et Gaga. Les soins de santé préventive telle que la couverture vaccinale est en hausse à Farchana avec 100% et légèrement en baisse au camp de Gaga avec 89,3%. Les outils de mesure importante des performances du système doivent toujours être améliorés davantage par des sensibilisations dans les différents blocs du camp. Cette amélioration de l'état permet une bonne surveillance du taux de morbidité et de mortalité qui reste en dessous de la norme 1,5 (0,2% pour Farchana et 0,1 % pour Gaga).</p>		
Impact escompté:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de l'accès aux soins curatifs et préventifs de qualité pour les réfugiés ; ▪ Meilleur état de santé ; ▪ Réduction du taux brut de la mortalité. 		
Indicateur(s) d'impact	Site	Base line	Cible
▪ Taux brut de mortalité (pour 1000 habitants)	Farchana	0.1	0.04
	Gaga	0.4	0.2
▪ Couverture de la vaccination contre la rougeole	Farchana	97.4%	100%
	Gaga	94.4%	89,3%
▪ Taux de mortalité des enfants moins de cinq ans (pour 1000 habitants/ mois)	Farchana	0.1	0.24
	Gaga	0.6	0.3

Sortant:	Description du sortant:	
Accès aux programmes de lutte contre les maladies transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser et prévenir contre le paludisme par l'utilisation des moustiquaires imprégnées ; - Réaliser les examens de labo pour confirmer le paludisme ; - Rendre disponible l'ACT. 	
Indicateur (s) de Performance	Site	Cible
Intégration de la thérapie combinée à base d'artémisinine en tant que traitement de première intention contre le paludisme (oui/non)	Farchana	Oui
	Gaga	Oui

Sortant:	Description du sortant:	
Accès aux programmes de lutte contre les maladies non transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre en charge les maladies mentales ; - Assurer le suivi des malades au programme ; - Former le personnel soignant et les encadreurs psychosociaux ; - Organiser les visites de suivi à domicile ; - Sensibiliser les réfugiés. 	
Indicateur (s) de Performance	Site	Cible
Nombre de membres du personnel psychiatrique à plein temps pour la santé mentale	Farchana	3
	Gaga	3

Sortant:	Description du sortant:	
Accès ou appui à l'accès aux services de soins de santé primaire	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer les consultations préventives, curatives d'urgences et ambulatoires ; - Prendre en charge les maladies chroniques ; - Estimer les besoins ; Commander les médicaments essentiels et consommables; assurer une bonne gestion des médicaments essentiels et consommables (outils de gestion, stockage ...) ; - Coordonner avec les districts sanitaires et délégations ; Collecter les données, analyser et 	

	diffuser ; Estimer les besoins en médicaments.	
Indicateur (s) de Performance	Site	Cible
Accès garanti des personnes prises en charge au centre de soins de santé primaire des ONG ou des organisations confessionnelles (oui/non)	Farchana	Oui
	Gaga	Oui

Sortant:	Description du sortant:	
Appui au développement des capacités	- Renforcer les capacités des agents communautaires et personnels soignant en IEC.	
Indicateur (s) de Performance	Site	Cible
Nombre de formations dispensées au personnel de santé en collaboration avec le Ministère de la Santé ou autres partenaires externes	Farchana	2
	Gaga	2

Sortant:	Description du sortant:
Fourniture de services de santé aux enfants de moins de cinq ans	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la capacité du personnel soignant sur l'approche PCIME ; - Estimer les besoins et commander les vaccins et consommables ; - Renforcer et maintenir une chaîne de froid de qualité : maintenance, suivi journalier de la température ; - Vacciner et réaliser des campagnes de vaccination ;

	- Mettre en place des échéanciers pour la récupération des abandons.	
Indicateur(s) Performance	Site	Cible
Mise en œuvre de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) (oui/non)	Farchana	Oui
	Gaga	Oui

Sortant:	Description du sortant:	
Fourniture de services de laboratoire conformément aux procédures opérationnelles standard du pays	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibiliser un technicien de laboratoire ; - Estimer les besoins, commander les réactifs et consommables ; - Réaliser les examens pour confirmer les pathologies. 	
Indicateur(s) Performance	Site	Cible
Nombre de membres du personnel de laboratoire qualifiés.	Farchana	1
	Gaga	1

Sortant:	Description du sortant:	
Mise en place d'un mécanisme d'aiguillage	<ul style="list-style-type: none"> - Trier les malades selon l'urgence ; - Mettre en place le dispositif logistique pour les évacuations sanitaires ; - Participer à la mise en place d'un guide de référence et coordonner avec les structures de référence ; - Assurer les références à l'intérieur du camp et vers les hôpitaux de référence. 	
Indicateur(s) Performance	Site	Cible

Nombre de personnes aiguillées vers des soins médicaux secondaires et tertiaires	Farchana	140
	Gaga	153

Objective: Amélioration du bien-être nutritionnel	
Description du problème:	<p>L'insuffisance des moyens de subsistance et la diminution des ressources alimentaires dans les deux camps (Farchana et Gaga) contribuent à une augmentation du taux de la malnutrition chez les enfants de (6-59mois). La dernière enquête nutritionnelle réalisée dans les deux camps en 2013 a montre une augmentation du taux de la malnutrition chronique chez les enfants de 6 à59 mois et un taux de prévalence au dessus de la moyenne soit respectivement 7,2 % et 7,7 % pour les camps de Farchana et Gaga .Un centre de prise en charge nutritionnel Ambulatoire et Supplémentaire (CNA et CNS) est disponible et a permis la formation de 61 agents de santé communautaire à Farchana et 50 ASC à Gaga afin qu'ils sensibilisent la population sur la PEC communautaire de la malnutrition. Malgré cela le taux des malnutris augmente. L'implication active de la communauté et l'amélioration des ressources alimentaires constituent des meilleurs atouts pour l'amélioration du bien-être nutritionnel.</p>

Impact escompté:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation de la couverture du programme de prise en charge communautaire de la malnutrition aigue globale ; ▪ Diminution de la prévalence de la malnutrition aigue globale ; ▪ Diminution du taux de décès lié à la malnutrition. 		
Indicateur(s) d'impact	Site	Base line	Cible
• % de couverture en produits nutritionnels spéciaux pour prévenir la malnutrition chez les jeunes enfants (LNS/ MNP/FBF)	Farchana	98,04%	99,9 %
	Gaga	98,83%	99,75 %
• Taux d'anémie chez les enfants (6-59 mois) (GSP)	Farchana	35,8%	30 %
	Gaga	37,9 %	35 %
• Taux d'anémie chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans)	Farchana	13,1%	10.5 %
	Gaga	18,1 %	12.5 %
• Taux de malnutrition chronique (retard de croissance) (6-59 mois)	Farchana	51.7	47,3 %
	Gaga	56 %	47%
• Taux de malnutrition aiguë globale (6-59 mois)	Farchana	7.2%	6.63 %
	Gaga	7,7%	4.5 %

Sortant:	Description du sortant:	
Mise en place d'un système de surveillance nutritionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des screening nutritionnels mensuels ; - Rechercher activement et permanemment les cas de malnutrition ; - Sensibiliser et conseiller les mères sur l'alimentation nutritionnelles ; - Participer à la réalisation d'enquête nutritionnelle ; - Monitoring. 	
Indicateur(s) Performance	Site	Cible
Mise en place ou maintien d'un système de surveillance nutritionnelle fonctionnelle (oui/non)	Farchana	oui
	Gaga	oui

Sortant:	Description du sortant:	
Appui au développement de capacités	<ul style="list-style-type: none"> - Former le ASC sur le screening et la prise en charge communautaire de la malnutrition ; - Former le personnel soignant sur la prise en charge des malnutris. 	
Indicateur(s) Performance	Site	Cible
Nombre de personnes formées sur la nutrition en collaboration avec le Ministère de la Sante et autres partenaires externes	Farchana	30
	Gaga	30

Sortant:	Description du sortant:	
Mise en place et suivi de la gestion communautaire des programmes liés à la malnutrition aigüe	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les réfugiés sur la malnutrition aigue ; - Impliquer les agents de santé communautaire dans le dépistage et la prise en charge des malnutritions aigues ; - Réaliser les séances de dépistage. 	
Indicateur(s) Performance	Site	Cible
Nombre de nouvelles admissions aux programmes d'alimentation complémentaire	Farchana	2053
	Gaga	2252

Sortant:	Description du sortant:	
Mise en place et suivi de programmes d'alimentations complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre disponible les suppléments alimentaires, fournir et réaliser des séances d'éducatons nutritionnelles 	
Indicateur(s) Performance	Site	Cible

Nombre de personnes recevant des compléments alimentaires	Farchana	2053
	Gaga	2252

Objective: Accès optimal de la population aux services de santé liés à la reproduction et au VIH

Description du problème:	Le faible niveau de connaissance des IST /VIH par les réfugiés des camps Farchana et Gaga constitue un facteur d'exposition aux maladies sexuellement transmissibles. Les sensibilisations, les PEC curatives et l'accès optimal aux préservatifs ont permis une surveillance et une diminution de l'incidence des IST. Néanmoins le suivi des patients testés positifs reste un réel défi malgré la disponibilité des ARV. Les femmes enceintes nécessitent un suivi régulier par les agents de santé qualifiés afin de dépister précocement les infections, les grossesses à risque et assurer leur prise en charge. Ces activités nous ont permis d'accroître le taux de couverture en soins prénatale avec 100% d'accouchement assistés par le personnel qualifié et aucun décès maternel. Cependant les sensibilisations doivent se poursuivre afin d'éviter la survenue de la mortalité maternelle et néonatale et d'encourager les patients testés positif à poursuivre leurs traitements.		
Impact escompté:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration du niveau de connaissance des IST ; ▪ Diminution de l'incidence des IST ; ▪ Réduction du taux de la mortalité maternelle et néonatale. 		
Indicateur(s) d'impact	Site	Base line	Cible
Nombre de décès maternel	Farchana	0	0
	Gaga	0	0
Pourcentage de naissances vivantes assistées par du personnel formé	Farchana	100%	100%
	Gaga	100%	100%
Pourcentage de nourrissons en insuffisance pondérale à la naissance (< 2500g) (pesés dans les 72h)	Farchana	4%	6.5 %
	Gaga	3%	6.71%
(MIESC) Pourcentage de victimes de viol recevant la prophylaxie post exposition (PEP) dans les 72 heures suivant.	Farchana	100%	100%
	Gaga	100%	100%

Sortant:	Description du sortant:	
Appui au développement des capacités	<ul style="list-style-type: none"> - Former et Recycler le personnel sur la prise en charge des IST selon l'approche syndromique ; - Former et recycler les agents de santé et les ASC sur le VIH /SIDA et la PTME. 	
Indicateur(s) Performance	Site	Cible
Nombre de personnes formées en matière de santé reproductive et le VIH en collaboration avec le Ministère de la Santé ou autres partenaires externes	Farchana	40
	Gaga	30

Sortant:	Description du sortant:	
Fourniture de soins et de traitement aux personnes prises en charge vivant avec le VIH et le sida	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser les dépistages ; - Instaurer les traitements ARV chez les PVVIH ; - Assurer les consultations curatives et préventives liées au VIH. 	
Indicateur(s) Performance	Site	Cible
Nombre de personnes prises en charge recevant la thérapie antirétrovirale	Farchana	9
	Gaga	8

Sortant:	Description du sortant:	
Gestion Clinique du viol (MIESC)	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer une prise en charge médicale au PEP kit et Psychologique 	
Indicateur(s) Performance	Site	Cible
Nombre de victimes de viol ayant reçu des soins appropriés et en temps utile y compris la PEP	Farchana	0
	Gaga	1

Sortant:	Description du sortant:	
Fourniture de services complets liés à la maternité sans risque	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer des consultations prénatales recentrées ; - Assurer des conseils liés aux méthodes modernes de planification familiale ; - Prendre en charge les femmes et leurs nouveaux nés (suivi). 	
Indicateur(s) Performance	Site	Cible
Nombre de sages-femmes/personnel des centres de santé maternelle et infantile qualifiés	Farchana	3
	Gaga	3

Sortant:	Description du sortant:	
Fourniture de services de prévention de la transmission mère et enfant du VIH (PTME)	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser sur l'intérêt du dépistage ; - Fournir un service de conseils pré-test et post test ; - Réaliser les dépistages ; - Référer les cas positifs, mettre femme et nouveaux nés sous ARV. 	
Indicateur(s) de Performance	Site	Cible
Nombre de femme bénéficiant des conseils et des tests après dépistage dans le cadre de la PTME.	Farchana	1569
	Gaga	1162

Sortant:	Description du sortant:	
(MIESC) Fourniture de services de prévention en matière de santé reproductive et de VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuer les préservatifs ; - Réaliser des sensibilisations et démonstrations sur l'utilisation des préservatifs masculin et féminin. 	
Indicateur(s) de Performance	Site	Cible
Accès des personnes aux préservatifs masculins et féminins (oui/non)	Farchana	Oui
	Gaga	Oui

Sortant:	Description du sortant:	
Mise en place de mécanismes d'aiguillage	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la communication pour la fluidité des références ; - Solliciter une contre référence après une prise en charge ; - Assurer le suivi des malades référés. 	
Indicateur(s) de Performance	Site	Cible
Nombre d'urgences obstétricales aiguillées vers des soins secondaires ou tertiaires	Farchana	30
	Gaga	35

C. Projet d'Appui aux Districts sanitaires de Wadi Fira

I. introduction

La région de WadiFira est particulièrement touchée par la crise nutritionnelle, le taux de la Malnutrition Aigüe Globale est de 12,4% et celui de la Malnutrition Aigüe Sévère est de 1,2 % selon l'enquête SMART de Janvier à Mars 2014.

Pour lutter contre la morbidité et la mortalité infanto-juvénile, un accord de coopération au titre de programme (PCA) avec l'appui financier de l'UNICEF et du PAM, a mis en œuvre dans le WadiFira, le Projet dénommé «Santé communautaire et Nutrition». Ce rapport couvre la période des activités menées du 01 septembre au 30 novembre 2014 (soit 3 mois). Le but de ce projet est de contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité infanto-juvénile imputable à la malnutrition et aux maladies de l'enfance dans les 47 CS des DS et 2 UNT dans la DSR de Wadi Fira.

II. les principaux résultats attendus

- Un appui technique au niveau des Unités de Nutrition Thérapeutique des hôpitaux de Biltine, d'Iriba et de Guéréda ;
- Un appui bihebdomadaire aux prestataires des CNA/CNS pendant la mise en œuvre des activités ;
- Une couverture de 100 % des Unités Nutritionnels Supplémentaires ouverts et fonctionnels ;
- Une couverture de prise en charge de 70% de tous les enfants de 6-59 mois avec la MAS est atteinte ;
- Une couverture de prise en charge de 70% de tous les enfants de 6- 59 mois avec la MAM est atteinte ;
- Le ravitaillement mensuel des UNA en intrants nutritionnels suivant un plan d'approvisionnement dument visé par la DSR et les DS ;
- Une sensibilisation de plus de 70% des femmes en âge de procréer des zones couvertes sur l'allaitement maternel exclusif ;
- Une sensibilisation sur l'ANJE et les PFE est réalisée par au moins 75% des UNA/UNS ;
- Assurer le référencement et le transport de 90% des malnutris avec des complications médicales vers les UNT ;
Une couverture en vit A (enfants de 6 – 59 mois) et déparasitage au Mebendazole (enfants de 9 – 59 mois) de 95% dans la zone B ;
- Une Couverture de 85 % des enfants en penta 3 est atteinte ;
- Une Couverture de 80 % en CPN3 chez les femmes enceintes atteintes.

III. Considération relationnelle

A l'UNT de Biltine et d'Iriba la collaboration avec les responsables des hôpitaux est bonne. En plus de l'appui nutritionnel, nos équipes ont apporté aussi des appuis en matière de soins infirmiers hospitaliers multidisciplinaires (dans tous les services des soins) et même les prises des gardes programmées aux soins d'urgence des hôpitaux appuyés.

Les équipes de la clinique mobile ont bien fait parti des équipes du district et ont travaillé sous la responsabilité des MCD et leurs CZR. Elles ont apporté un appui nutritionnel, vaccinal et ont contribué à l'amélioration de la santé de la reproduction.

IV.1 Résultats des activités réalisées du 1^{er} septembre au 30 novembre 2014

➤ cadre logique

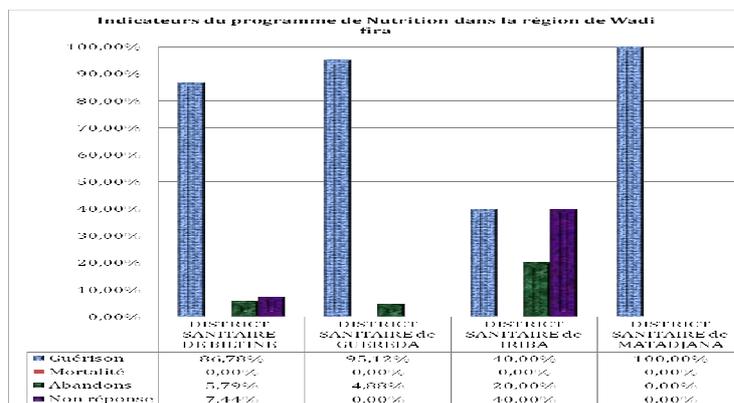
Extrants	Indicateur/Norme	réalisations	Observations
1) Dépistage et référencement améliorés dans les trois districts	95% des enfants de 6-59 mois sont mesurés pendant les dépistages actifs	Biltine:(8534/32922)=26% Guéréda: (9955/21612)=46% Iriba-Matadjana: (6158/15323)=40%	Ces indicateurs n'ont pas atteint les normes indiquées. Les zones sont d'accès difficile et Il ya aussi intérêt d'une enquête pour déterminer avec certitude les données démographiques de la région par district.
2) Bonne qualité de la PCIMAS est assurée	0% d'erreur d'admission 100% de respect de critères d'admission Guérison > 75% Décès < 3% Abandon < 15% Non réponse < 15%	Biltine : 2% Iriba: 1% Guéréda: 5 % Biltine = 98% Iriba=99% Guéréda= 95% Guérison=.16% Décès= 0,08% Abandon= 25,72% Non répondant= 2,7%	La mise en œuvre de la PCIMA est mieux améliorée pendant le deuxième trimestre mais des efforts restent toujours à fournir pour une satisfaction. Les indicateurs de performance ne sont pas dans les normes. Cela est dû aux ruptures observées en septembre et en octobre dans plusieurs centres de Santé.
3) L'approvisionnement des UNA/UNT en intrants est assuré sans rupture et suivant un plan de distribution visé par le DSR/MCD	0 cas de rupture en intrants nutritionnels dans les UNA/UNT	Une rupture observée à 100% dans le district de Matadjana et dans certains CS des districts de Biltine et Guéréda	Le conflit entre l'armée nigériane et la secte Boko Haram a entraîné la fermeture de la frontières Tchad-Nigéria et cela a empêché l'acheminement des ATPE en provenance

			du Niger.
4) Un système performant de suivi évaluation est mis en place	90% de complétude et de promptitude 100% des CS disposent un système d'archivage des données PCIMAS Au moins une mission de supervision conjointe par trimestre	Biltine:100%/ 100% Iriba : 109.09%/100% Guéréda: 100%/100% 100% CS appuyés disposent d'une copie de chaque RMA Une mission de supervision Conjointe prévue en Décembre par UNICEF/PAM/BASE/EC D pour l'évaluation du deuxième trimestre du PCA n'a pu être effectuée.	Un système performant de suivi et évaluation est mis en place Les multiples activités ont empêché les partenaires d'effectuer cette mission de supervision conjointe qui est reportée en janvier.
5) Référencement des MAS avec complication et contre référence	90% des MAS référés sont transportés des UNA vers l'UNT et de l'UNT vers les UNA	5,6% des MAS sont référés aux UNT et dont 100% sont transportés des UNA vers UNT et 60% des UNT vers UNA	Notre taux de référencement est faible par rapport à la norme indiqué qui est de 10% car parfois les parents refusent d'être référés donc une sensibilisation est prévue sur ce point.
6) Promotion de l'ANJE et PFE assurés au niveau communautaire	70% des groupements féminins sensibilisés sur l'ANJE et PFE 90% des femmes enceintes sensibilisées sur l'ANJE 75% des accompagnants UNA/UNS sensibilisés sur l'ANJE/PFE 70% des FE admises pour MCHN sont suivies en CPN. 95% de couverture en Vit. A et déparasitage des enfants de 6-59 mois	59,3% de regroupement féminin sensibilisés avec la participation du CNNTA. 100% sensibilisées. Une couverture moyenne de 81,2% vitamine A/81,4% Mebendazole pour tout WadiFira	Il faut noter que toutes les femmes au programme UNS et toutes les mères des enfants MAS et MAM ont été systématiquement sensibilisées, ainsi que les accompagnants des UNT. Sauf à Biltine que nous avons identifié les regroupements féminins. Jusqu'à là il y a peu des supports de sensibilisation. La norme non atteinte car couverture très faible à Matadjana (20,4% vitamine A /20,2% Mebendazole). Les activités ne sont pas bien planifiées pendant les campagnes des AVS par

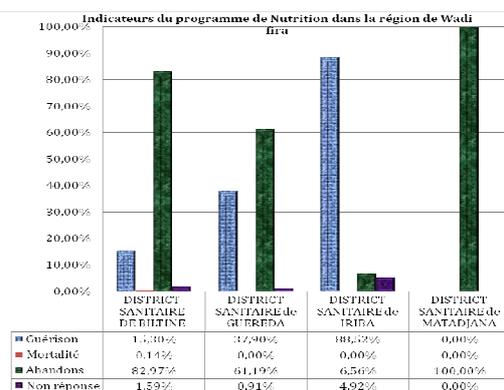
			l'absence de l'équipe cadre du district et même les données démographiques du dit district sont hypothétiques.
7) Les indicateurs de santé sont améliorés	Penta 3 > 85% CPN 3 > 70% VAR > 85% 70% des Femmes en CPN bénéficient la PTME 50% des femmes dépistées séropositives sont prises en charge	Les valeurs moyennes pour WadiFira. Penta 3: 64% VAR: 101,9% CPN3=36% Activités non réalisée	Les taux de couverture en penta3 et CPN3 ne sont pas performants. Les AVS d'octobre ont apporté un grand succès dans la couverture en VAR. Les femmes sensibilisées ont accepté le dépistage mais il y n'avait pas des réactifs.

IV.2 GRAPHIQUES DES INDICATEURS DE PERFORMANCE DE LA PCIM

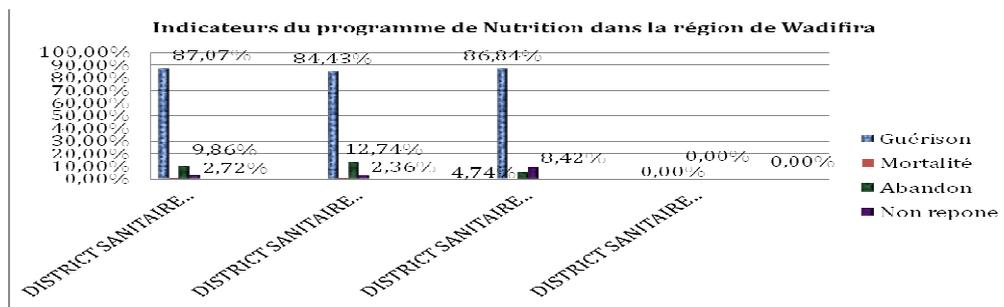
IV.2.1 Mois de Septembre



IV.2.2 Mois d'Octobre 2014



IV.2.3 Mois de Novembre 2014



IV.3 AUTRES ACTIVITES

- Deux superviseurs des UNT ont été recyclés à l'UNT d'Abéché ;
- Nous avons enregistré pendant le deuxième trimestre 1294 nouvelles admissions aux UNA et 73 nouvelles admissions aux UNT ;
- 3717 enfants MAS ont été pris en charge aux UNA et 90 MAS avec complications médicales et ont été traités aux UNT durant ce trimestre ;
- 2 891,5 cartons soit 433730 sachets des ATPE ont été administrés aux enfants MAS aux UNA et 16,7 cartons soit 2 501 sachets des ATPE administrés aux enfants MAS avec complications médicales aux UNT ;
- 292 sachets de lait F75, 1024 sachets de lait F100 et 40 flacons d'amoxicilline ont été consommés aux UNT.

Aux UNT Les taux moyens suivants ont été obtenus :

- 92.3% des enfants MAS traités avec succès et transférés vers les UNA ;
- 5,8% de décès;
- 1% d'abandon;
- 0% de non réponse;
- 1% de guérison.

IV. DIFFICULTÉS RENCONTREES

- Ruptures des ATPE observée en septembre et octobre surtout dans le district de Matadjana où la rupture a été dans tous les Centres de Santé jusqu'à fin Novembre ;
- Insuffisance en personnel dans les DS appuyés et mobilité des RCS ;
- Manque des supports de communication et de sensibilisation (boites à image, audiovisuels etc.) ;
- Consommation excessive en carburant des véhicules des cliniques mobiles liée aux activités en zone B et au faible fond alloué aux carburations de nos mobiles ;
- Multiples activités qui ont empêché la supervision conjointe au deuxième trimestre ;

- Données démographiques de la région hypothétique et difficulté d'accès à certaines zones pendant les campagnes de vaccination (Rougeole, polio Vitamine et Mebendazole).

V. PLAN DE TRAVAIL ET REALISATION AU DEUXIEME TRIMESTRE

Renforcer les suivis des activités par les équipes du BASE	OUI
Impliquer les RCS dans la PCIMA en leur expliquant ses avantages	OUI
Redéfinir les TDR du superviseur nutritionniste	OUI
Assurer le recyclage des responsables d'UNT Biltine et Iriba	OUI
Préciser les tâches de certains superviseurs des cliniques mobiles	OUI
Disposer dans tous les CS appuyés les registres des activités de sensibilisation et de Screening mensuel	OUI
Documenter la CPN3 dans le RMA des CS appuyés	Certains Centres de Santé
Disposer les fiches de stocks dans tous les CS	OUI
Disposer les supports de sensibilisation par Unicef	NON

VI. CONCLUSION

Les activités de la PCIMAS se sont déroulées normalement au deuxième trimestre. Toutes les UNA et UNT ont été couvertes mais les ruptures observées pendant cette période ont rendu les indicateurs du programme de nutrition peu performants surtout au mois d'Octobre. Cependant des difficultés constatées doivent être corrigées selon le niveau de responsabilité afin de mieux améliorer la qualité des activités de la PCIMA et de la santé communautaire. Le personnel employé par BASE dans la région a fait bon usage des médicaments et des intrants mis à leur disposition.

Les remarques faites au cours de la supervision conjointe du premier trimestre du PCA ont été corrigées dans les délais prévus.

La planification mensuelle des activités se déroule convenablement. La faible couverture du PEV à Matadjana constitue un grand défi à relever pour la délégation car il n'y a pas encore une ECD et les Responsables des Centres de Santé se déchargent plus sur les équipes mobiles du BASE.