



**ACTION POUR LE DEVELOPPEMENT
CAMEROUN**

RAPPORT D'ACTIVITES

JANVIER 2006 – DÉCEMBRE 2006

**Maroua-Cameroun
Janvier 2007**

CONTACTS

Nom de la structure :	Action pour le Développement (ACDEV)
Siège :	BP 725 Maroua, Cameroun
Coordination Nationale :	Yaoundé
Personne Contact :	Jean Baptiste Eken, Administrateur/Coordonnateur national
Téléphone :	(237) 99 85-53-39-/(237) 99 98-88-27 – Tél/Fax : (237) 22 29 27 23
E-mail :	acdevcm@yahoo.fr
Site internet :	http://acdevcm.free.fr

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION	5
II - PROJETS	6
III- FORMATIONS.....	21
IV – AUTRES MANIFESTATIONS	33
V – PERSPECTIVES.....	33
ANNEXES.....	34

Liste des abréviations

AAH :	Action Against Hunger
AC :	Animateur/trice Communautaire
ACDEV :	Action pour le Développement
ADA :	Appui au Développement de l'Artisanat
AP8DS	Appui à 8 Districts de Santé
ASI :	Actions de Solidarité Internationale
AVZ :	Agent de Vulgarisation de Zone
CAP :	Connaissances-Attitudes-Pratiques
CDV :	Comité de Développement Villageois
CGPE :	Comité de Gestion des Points d'Eau
CLV :	Comité Leaders Villageois
CLLS :	Comité Locale de Lutte contre le Sida
CNLS :	Comité National de Lutte contre le Sida
CNRBM :	Comité National Roll Back Malaria
CPN :	Consultation Pré-Natale
CSI :	Centre de Santé Intégré
CTB :	Coopération Technique Belge
CVN :	Comité Villageois de Nutrition
CVSN :	Comité Villageois de Santé et de Nutrition
DPCOF :	Délégation Provinciale de la Condition Féminine
DPEEEN :	Délégation Provinciale de l'Eau et Energie de l'Extrême-Nord
DPS :	Délégation Provinciale de la Santé
GIC :	Groupement d'Initiative Commune
GTC :	Groupe Technique Central
GTP :	Groupe Technique Provincial
IEC :	Information-Education-Communication
IST :	Infections Sexuellement Transmissibles
JNV :	Journée Nationale de Vaccination
MCD :	Médecin Chef de District
MINCOF :	Ministère de la Condition Féminine
MINSANTE :	Ministère de la Santé
MST :	Maladies Sexuellement Transmissibles
OAD :	Organisation d'Appui au Développement
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PACDDU :	Programme d'Appui aux Capacités Décentralisées de Développement Urbain
PADC :	Projet d'Appui au Développement Communautaire
PAGTV :	Projet d'Aménagement et de Gestion des Terroirs Villageois
PAF :	Programme d'Alphabétisation Fonctionnelle
PC :	Participation Communautaire
PCENS :	Projet Communautaire d'Education Sanitaire et Nutritionnelle
PCPA :	Programme Concerté Pluri-Acteurs
PDV :	Plan de Développement Villageois
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PM :	Promoteur
PNVRA :	Programme National de Vulgarisation et de Recherche Agricole
PPTE	Pays Pauvre Très Endetté
PROSEN :	Projet de Surveillance et d'Education Nutritionnelle
SIDA :	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SNV :	Organisation Néerlandaise de Développement
TS :	Technicien Supérieur
VAT :	Vaccination Anti-Tétanique
VIH ::	Virus d'Immuno Humaine

I - INTRODUCTION

Action pour le Développement (ACDEV), est une ONG ayant le statut d'association créé en Juin 2001 à Maroua. Elle a pris le relais des activités d'éducation nutritionnelle menées par Action Against Hunger (Action Contre la Faim) dans la Province de l'Extrême-Nord.

Cette Province située en zone Sahélienne est caractérisée par une situation nutritionnelle précaire, une insécurité alimentaire temporaire et un taux de pauvreté très élevé.

Face à cette situation Action Against Hunger avait mis en œuvre deux projets de surveillance et d'éducation nutritionnelle (PROSEN et PCEN) avec le soutien financier de la National Lottery Charities Board du Royaume Uni et de la British High Commission. Ces projets ont été réalisés avec succès et en collaboration avec la Délégation Provinciale de la Santé, et d'autres partenaires locaux (Communautés cibles...).

ACDEV a eu pour ambition de continuer à travailler dans le domaine de la nutrition, de la sécurité alimentaire, de la santé, du développement local en partenariat avec d'autres structures et organisations pour :

1°) d'une part améliorer la stratégie des projets encours en vue de leur pérennisation

2°) d'autre part promouvoir cette stratégie dans d'autres localités

Enfin pour l'année 2006, ACDEV s'était aussi fixé pour objectifs de finaliser la mise en œuvre des projets aboutis en 2005, de renforcer les capacités de ses membres, et de continuer à rechercher d'autres financements pour la mise en œuvre de projets nouveaux.

▶ Au cours de l'année 2006, six projets ont été mis en œuvre dont deux clôturés :

** Projets encours*

1. Le projet de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PCIME-C)
2. Le Programme d'Appui aux Capacités Décentralisées de Développement Urbain
3. Le projet d'appui à la promotion des activités génératrices de revenu aux profits des Gics d'animatrices/eurs communautaires de l'arrondissement de Méri.
4. Le projet de coordination et de supervision des activités provinciales de lutte contre le paludisme pour le compte du CNRBM

** Projets clôturés*

5. Le projet formation des structures de dialogues autour des aires de santé en partenariat avec la Délégation Provinciale de la Santé Publique, mis en œuvre par la CTB et financé par l'Union Européenne
6. Le projet de planification villageoise en partenariat avec le PADC, financé sur fonds FIDA.
7. Le projet de production et de vulgarisation de la bouillie enrichie, financé par VSO/BHC

II – PROJETS

A- PROJET DE PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE (PCIME - C)

INTRODUCTION

Le Projet de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) au niveau communautaire dans le district de Maroua Rural est exécuté par Action pour le Développement en collaboration avec la Délégation Provinciale de la Santé, avec un financement de Cordaid, Pays-Bas. Ce projet vise à améliorer la situation sanitaire et nutritionnelle des femmes et des enfants dans le district de santé grâce à un dispositif de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire mis en place en liaison avec les activités des structures sanitaires.

Les objectifs spécifiques sont :

1. Améliorer de 15% la fréquentation des CSI ;
2. Améliorer de 25% la fréquentation des stratégies avancées ;
3. Améliorer de 25% les connaissances, attitudes et pratiques des femmes en matière de PCIME ;
4. Réduire de 15% le taux de malnutrition chronique (insuffisance pondérale, poids/age) des enfants de 0 à 5 ans ;
5. Mettre en place un relais du centre de santé au niveau communautaire dans chaque village d'intervention, ce relais est constitué par 2 AC et les leaders villageois.

1ERE PARTIE - PHASE D'IMPLANTATION

Le processus de la mise en place du projet englobe les étapes suivantes :

- l'élaboration des matériels
- le recrutement et la formation des promoteurs
- l'identification des centres de santé
- la prise de contact avec les structures sanitaires
- la prise de contact avec les autorités administratives et traditionnelles
- l'identification des villages d'intervention
- l'identification des animateurs communautaires (AC) et des leaders villageois
- l'identification des formes de motivation des animateurs

1 Activités de préparation

Les mois de juin et juillet ont été utilisés pour l'élaboration des matériels comme les modules de formation, les boîtes à images pour accompagner les causeries, les fiches et registres. Nous avons arrêté douze thèmes de causerie :

- Alimentation de la femme enceinte ou allaitante
- Promotion de la surveillance de la grossesse et de l'espacement des naissances
- Promotion de l'allaitement maternel
- Schéma alimentaire des enfants
- Fabrication des bouillies enrichies
- Prise en charge de la diarrhée à domicile
- Promotion de la lutte contre le paludisme
- Micro nutriments
- IST et le VIH/SIDA
- Infections respiratoires aiguës
- Programme élargi de la vaccination
- Comportements à risque

Le recrutement des promoteurs a eu lieu en début juin. 10 personnes étaient sélectionnées pour suivre une formation de 10 jours. Lors de cette formation, les 5 meilleurs ont été retenus sur le travail au terrain.

2 *Prise de contact avec les structures sanitaires*

Après des entretiens entre le personnel d'ACDEV et celui du district de santé, huit aires d'intervention (sur 12 en total dans tout le district) ont été choisies à base des difficultés de malnutrition de santé, ou à la mobilisation sociale dans les différentes aires.

Une visite a été rendue à tous les centres de santé cibles du projet afin d'expliquer le Projet, de recueillir leurs propos par rapport à la faisabilité du projet et de discuter des difficultés relatives aux objectifs du projet. Le lancement officiel a eu lieu le 13 juillet lors d'une réunion de l'équipe cadre du district et tous les chefs de centres de santé du District, et directement après les promoteurs sont descendus sur le terrain. Chaque promoteur a eu à son tour un entretien avec les chefs de centres de sa zone de couverture et des réunions pour expliquer le projet à tout le personnel des centres, et pour identifier les villages d'intervention.

3 *Identification des villages d'intervention*

25 villages ont été retenus pour tout le projet donc 5 par promoteur. Ces villages ont été choisis selon les critères suivants :

- poste de vaccination en 'stratégie avancée' (postes mobiles de vaccination)
- population supérieure à 800 habitants
- effectivité de la stratégie avancée
- possibilité d'avoir des volontaires au poste d'animateur communautaire et de leaders villageois
- dynamisme communautaire

Lors du processus d'implantation, les autorités administratives (sous-préfets, maires, chef de districts) et traditionnelles (lamibés, lawanes, ardo, djaoro) ont été contactés dans le but de leur expliquer le projet et de discuter avec eux la volonté d'accueillir le projet. Des dates de réunions avec la communauté ont été arrêtées pour chaque village d'intervention afin d'identifier les AC et les leaders villageois.

4 *Identification des animateurs et des leaders*

Lors des réunions de population, la nécessité de la pérennisation des activités dans les villages a été évoquée et deux animateurs communautaires de préférence femmes ont été choisis. Le rôle des animatrices communautaires est de mettre en œuvre les activités sur le terrain, d'abord comme assistant au promoteur et après indépendante et avec le support du promoteur. Après le départ d'ACDEV les AC sont supposés continuer les activités sans assistance directe. Ainsi les AC ont été élus par les habitants des villages selon les critères suivants :

- ✓ résider dans le village
- ✓ être disponible et stable dans le village
- ✓ savoir lire et écrire français
- ✓ être accepté par la communauté
- ✓ aimer le travail d'AC
- ✓ accepter de travailler dans le bénévolat
- ✓ être marié

Parmi les animateurs choisis, il y a 44 femmes et 6 hommes.

Quant aux leaders, les conditions suivantes ont été posées :

- ✓ résider dans le village et être disponible
- ✓ aimer le travail de leader villageois
- ✓ être influent dans le village

- ✓ être accepté par la communauté
- ✓ accepter de travailler dans le bénévolat.

Dans chaque village d'intervention, Nous demandons à la communauté d'arrêter une forme de motivation pour les AC qui sacrifient leur temps pour le bien-être du village. Les motivations peuvent être en nature ou en espèce. Les formes les plus retenues sont les collectes de bois et des feuilles à tout dépistage, des céréales et des légumineuses à chaque récolte.

5 Enquête nutritionnelle

Parallèlement et indépendante des activités de l'implantation du projet, une enquête nutritionnelle a été effectuée par deux équipes d'enquêteurs. Pour cela nous avons réalisé du 19 Juillet au 5 Août 2006, une enquête de type transversale ; l'échantillonnage a été effectuée selon la méthode de sondage en grappe à deux degrés. L'enquête a porté sur un échantillon de 600 enfants âgés de 0 à 59 mois et leurs mères dans 46 villages. Avant d'aller de porte à porte pour mesurer les enfants, nous avons informé les chefs de CSI ainsi que les chefs du village sur le but de cette recherche.

Les objectifs de cette enquête sont :

- déterminer l'état nutritionnel et la couverture vaccinale des enfants résident dans les aires de santé d'intervention et hors de cette zone.
- analyser la comparabilité de la zone bénéficiaire et non bénéficiaire.
- identifier les déterminants associés à la malnutrition.

Les résultats de cette enquête ont fait l'objet d'un rapport publié.

6 Difficultés rencontrées

Les difficultés sont propres à chaque aire de santé et à chaque village

- Certains villages n'ont pas pu trouvé des femmes alphabétisées pour le poste d'AC. C'est le cas des villages Dambaï dans Ouro-Zangui, Tchaba, Doga Maoudé et Soukouno Abdou dans Dogba, et Walassa dans Papata. Pour ce qui est de Dambaï, Walassa et Doga Maoundé, nous avons été obligés de prendre un homme et une femme.
- Les autres difficultés sont beaucoup liées aux contraintes naturelles :
 - ✓ les distances sont trop grandes car toutes les aires de Maroua rural sont périphériques
 - ✓ les pluies perturbent le calendrier des rencontres
 - ✓ le mauvais état des routes

2EME PARTIE – PHASE DE PRISE EN CHARGE

1 Introduction

Le Projet de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire était en fin octobre 2006 à la fin de la première promotion de prise en charge des bénéficiaires. Une promotion est une période constituée de 3 mois de prise en charge. Les deux premières semaines du premier mois sont consacrées au dépistage des bénéficiaires ; lors d'une activité de vaccination des enfants du village ('stratégie avancée') on pèse les enfants. Après avoir dépisté tous les enfants et leurs mères, il est question d'inscrire une vingtaine de femmes par village qui sont d'accord de participer à la prise en charge des deux mois et demi qui restent. Les principales activités de la prise en charge sont les causeries éducatives, le suivi de la croissance des enfants, le conseil des mères d'enfants malnutris, les références aux centres de santé en cas de problèmes de santé, et réunions avec les différents intervenants locaux. Au cours de ces trois mois, il était question de mener les activités suivantes:

- ◆ Peser et mesurer au moins 85 % des enfants inscrits
- ◆ Réaliser au moins 70% des causeries avec les groupes de femmes
- ◆ Sensibiliser les femmes pour une participation d'au moins 70% des femmes inscrites aux causeries
- ◆ Réaliser une récupération nutritionnelle d'au moins 50% des enfants malnutris inscrits
- ◆ Effectuer au moins 80% des supervisions auprès des promoteurs

Objectifs :

- ◆ Peser et mesurer tous les enfants de 0 à 23 mois, repérer toutes les femmes enceintes (**FE**), femmes allaitantes (**FA**), et les mères d'enfants malnutris (**MEM**), qui habitent dans les villages d'intervention
- ◆ Faire des entretiens individuels avec les femmes, FE, FA, MEM, vues au cours du screening, et les convaincre de participer dans cette promotion de prise en charge
- ◆ Inscrire les bénéficiaires en fonction des critères suivants : 60 % des MEM, 50 % des FE et 50 % des FA
- ◆ Former des groupes de causeries avec les femmes bénéficiaires inscrites
- ◆ Fixer avec les femmes bénéficiaires les heures et les jours de causeries hebdomadaires
- ◆ Etablir des calendriers d'activités en fonction des horaires arrêtées avec les bénéficiaires

2 Activités réalisées

2.1 Le screening

Le screening ou dépistage systématique de tous les bénéficiaires consiste à identifier toutes les femmes enceintes (FE), femmes allaitantes (FA), mères d'enfants malnutris (MEM) et mères d'enfants bien portant (MEB), tous les enfants dont la courbe de poids est située en bas de la courbe du bon chemin de la santé (courbe poids/age) qui sont dits malnutris (EM), tous les enfants dont la courbe de poids est située entre les deux courbes du bon chemin de la santé ou au dessus qui sont dits enfants bien portant (EB).

Au total, dans toutes les aires, les enfants dépistés sont au nombre de 2 344. Quant aux femmes, on a dépisté 2 031 parmi lesquelles les mères d'enfants malnutris sont massivement dépistées. Elles sont suivies des femmes allaitantes. En général, les promoteurs ont dépisté 4 375 bénéficiaires contre 12 016 cibles hypothétiques. Ce qui donne un pourcentage de 39,4% de mobilisation. C'est ce qui nous a amené à dire que les dépistages de la première promotion n'étaient pas tout à fait significatifs.

Tableau 1 : Synthèse des résultats du screening et de l'inscription

	Dépistages		Inscription		Taux de couverture réalisés	Objectifs de couverture (%)
	Nbres hypothétiques	Nbres dépistés	Nbres inscrits	Objectifs d'effectifs de bénéficiaires		
Enfants malnutris	2013	531	333	1 208	63%	60%
Enfants bien portants	3625	1 813	194			
Femmes enceintes	282	256	149	141	58%	50%
Femmes allaitantes	458	318	148	229	47%	50%
Mères d'enfants malnutris	2013	415	283	1 208	68%	60%
Mères d'enfants bien portant	3 625	1 042	6			
Total enfants	5 638	2 344	527			
Total femmes	6 378	2 031	586			
Total	12 016	4 375	1 113			

D'après ce tableau, nous constatons qu'il faut faire plus d'effort dans la mobilisation des femmes pour le dépistage. Pour 6378 femmes potentiellement attendues, 2031 sont dépistées. Soit 32% des femmes dépistées. Parmi ces femmes dépistées, les mères d'enfants bien portant sont plus nombreux, soit 51,3%. En seconde position, on trouve les mères d'enfants malnutris qui sont à 20,4%. Les femmes enceintes sont massivement dépistées par rapport au nombre attendu. Ceci est remarquable puisque dans la partie septentrionale du Cameroun, les femmes ont tendance à cacher leur grossesse surtout si celle – ci n'est pas à un âge avancé.

Contrairement au dépistage, l'inscription des femmes répond à un certain nombre des critères bien définis qui ciblent plus de trois catégories des femmes qui sont les mères d'enfants malnutris, les femmes enceintes et les femmes allaitantes. C'est ainsi qu'à l'inscription, plus de mères d'enfants malnutris ont été inscrites, soit 48,3%.

Les deux tableaux suivants donneront les détails des screening des femmes et des enfants suivis de leur inscription reparti par aire de santé.

Tableau 2: Dépistage et inscriptions des femmes par aire

AIRE	DEPISTÉES					INSCRITES				
	FE	FA	MEM	MEB	Total	FE	FA	MEM	MEB	Total
Dogba	19	20	30	36	105	8	10	22	0	40
Papata	25	42	41	95	203	17	18	30	3	68
Dargala	19	17	57	88	181	12	9	39	3	63
Ouro-Zangui	17	16	56	49	138	11	8	22	0	41
Meskine	57	54	65	208	384	38	35	54	0	127
Massakal	17	33	22	80	152	11	21	19	0	51
Gazawa	39	45	31	190	305	28	24	28	0	80
Gawel	63	91	113	296	563	24	23	69	0	116
TOTAL	256	318	415	1042	2031	149	148	283	6	586

Pourcentage des femmes inscrites :

29%

Tableau 3 : Dépistage et inscription des enfants par aire

AIRE	DEPISTES							INSCRITS						
	0-11 MOIS		12-59 MOIS		TOTAL		TOTAL	0-11 MOIS		12-59 MOIS		TOTAL		TOTAL
	EB	EM	EB	EM	EB	EM		EB	EM	EB	EM	EB	EM	
Dogba	34	1	24	35	58	36	94	11	1	0	24	11	25	36
Papata	69	5	78	46	147	51	198	19	3	6	42	25	45	70
Dargala	44	13	144	64	188	77	265	6	10	2	45	8	55	63
Ouro-Zangui	30	9	62	53	92	62	154	6	5	0	23	6	28	34
Meskine	85	10	271	67	356	77	433	28	8	34	49	62	57	119
Massakal	48	3	73	25	121	28	149	22	3	3	19	25	22	47
Gazawa	93	7	179	29	272	36	308	26	5	8	27	34	32	66
Gawel	178	17	401	147	579	164	743	23	12	0	57	23	69	92
TOTAL	581	65	1232	466	1813	531	2344	141	47	53	286	194	333	527

Prévalence malnutrition au dépistage 0-11mois 10,1%
Prévalence malnutrition au dépistage 12-59 mois 27,4%
Prévalence malnutrition au dépistage global 22,7%
Pourcentage d'enfants inscrits 22,5%
Pourcentage malnutrition à l'entrée (M0) 63,2%

D'après ce tableau, nous constatons que 2344 enfants sont dépistés. La prévalence de la malnutrition est 22,7%, un pourcentage qui est moins élevé que le taux trouvé lors de l'enquête nutritionnelle. Ceci peut s'expliquer par la tendance de cacher les enfants malnutris. Il faut subséquemment qu'un effort soit fait pour faire sortir tous les enfants malnutris lors du prochain dépistage. Quant à la partie inscription, les promoteurs ont fourni d'efforts pour prendre en charge les enfants malnutris. C'est pourquoi sur les 531 enfants malnutris dépistés, 333 enfants malnutris sont inscrits, soit un pourcentage de 62,7%.

Après le dépistage, les promoteurs doivent convaincre les femmes à s'inscrire au projet, les bénéficiaires potentiels intéressés sont inscrits pour toute la promotion qui va durer trois mois. Les cibles du projet, c'est-à-dire les femmes enceintes, femmes allaitantes, et enfants malnutris avec leurs mères sont privilégiées dans l'inscription. L'inscription signifie donc que les femmes sont d'accord d'assister aux causeries éducatives, et de faire peser leur enfant une fois par mois et, en cas de malnutrition, de recevoir et suivre des conseils individuels afin de récupérer leur enfant.

2.2 La constitution de groupes de causerie

Tableau 4 : Nombre de groupes de causerie

Aires de santé	Total Femmes	Groupes	Moy/Gr
Dogba	40	2	20
Papata	68	3	23
Dargala	63	3	21
Ouro-Zangui	41	2	21
Meskine	127	5	25
Massakal	51	2	26
Gazawa	80	3	27
Gawel	116	5	23
TOTAL	586	25	23

Le tableau ci-dessus nous montre la répartition des groupes de causerie par aire de santé et la moyenne des femmes par groupe. Normalement un groupe par village est constitué. En cas de besoin exceptionnel et avec la disponibilité du promoteur et des animatrices, deux groupes peuvent être formés. Les mères

d'enfants malnutris, les femmes enceintes et femmes allaitantes sont privilégiées avant les mères d'enfants bien portants. Après avoir constitué les groupes, les femmes doivent fixer elles mêmes le lieu, les dates et les heures de causerie dans le village en fonction de leur disponibilité. Au total, pour cette promotion nous avons 25 groupes de causerie dans les huit aires de santé couvertes par le projet de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire.

2.3 La référence des bénéficiaires

La référence des bénéficiaires est une des activités du projet qui vise l'accroissement de la fréquentation des centres de santé. Elle consiste à envoyer vers les structures sanitaires des cas nécessitant une prise en charge par le personnel qualifié pour des soins adéquats. Des critères de références ont été arrêtés par le projet pour les femmes et les enfants. Les enfants sont référés pour malnutrition, vaccination et maladie. Quant aux femmes, elles sont envoyées vers le centre de santé pour CPN, vaccination, maladie, planification familiale et dépistage du VIH / SIDA. Les tableaux suivants présentent les références des enfants et des femmes par motifs et par aire de santé.

Tableau 5 : Situation des enfants référés par motif

AIRE	Motifs				Ratio de réf pour malnut	Venus au CSI				%
	MALNUT	VACCIN	MALADIE	TOTAL		MALNUT	VACCIN	MALADIE	TOTAL	
Dogba	0	0	7	7	0,0	0	0	3	3	43%
Papata	4	0	20	24	8,9	2	0	15	17	71%
Dargala	37	13	23	73	67,3	18	2	7	27	37%
Ouro-Zangui	9	0	4	13	32,1	0	0	4	4	31%
Meskiné	10	4	20	34	17,5	3	0	5	8	24%
Massakal	28	22	16	66	127,3	2	22	14	38	58%
Gazawa	0	2	17	19	0,0	0	2	17	19	100%
Gawel	7	6	26	39	10,1	0	1	0	1	3%
TOTAL	95	47	133	275	28,5	25	27	65	117	43%

Au total, 275 enfants ont été référés vers les structures sanitaires pour différents motifs. Le premier motif de référence est la maladie pour laquelle 133 enfants ont été référés, soit un pourcentage de 48,3 %. En ce qui concerne les enfants qui ont été réellement amenés au centre de santé, nous voyons que moins de la moitié référée s'est rendue dans les formations sanitaires pour une prise en charge (117 réellement allés au centre de santé contre 275 référés, soit un pourcentage de 43%). Un effort doit être fait dans l'aire de santé de Gawel qui n'a que 3% des enfants venus au centre de santé. Un effort doit être également fait à Meskiné qui n'a que 24% des venus. Par contre, Gazawa et Papata ont un pourcentage venus très acceptable.

Pour les femmes (voir tableau 6), le motif de référence le plus fréquent est la consultation prénatale (CPN), pour laquelle 87 femmes ont été référées, puis vient la vaccination antitétanique (VAT) pour 50 femmes. Au total, 182 femmes sont référées pour différents motifs vers les structures sanitaires. Un effort s'impose dans la sensibilisation des communautés à s'intéresser au dépistage du VIH SIDA qui présente un pourcentage de référence de 3,8%.

Tableau 6 : Situation des femmes référées par motif

AIRE	MOTIFS					TOTAL	Venues au CDS						% venues
	CPN	VAT	Maladie	PF	VIH		CPN	VAT	Maladie	PF	VIH	Total	
Dogba	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	100%
Papata	9	0	0	0	0	9	1	0	0	0	0	1	11%
Dargala	2	0	5	0	0	7	2	0	1	1	0	4	57%
Ouro-Zangui	2	0	4	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0%
Meskine	14	14	2	0	7	37	5	5	1	0	3	14	38%
Massakal	9	8	1	0	0	18	3	8	1	0	0	12	67%
Gazawa	2	1	0	1	0	4	2	0	0	1	0	3	75%
Gawel	48	27	15	10	0	100	30	12	1	2	0	45	45%
TOTAL	87	50	27	11	7	182	44	25	4	4	3	80	44%
% venus par motif:							51%	50%	15%	36%	43%		

Si on regarde les pourcentages venus par motif, il ressort que les femmes ont beaucoup plus la tendance de se rendre au centre de santé après être référées avec le motif de CPN ou vaccination que pour des autres motifs. Malgré cela ce pourcentage ne dépasse pas les 51%, ce qui veut dire qu'il faut encore plus sensibiliser les femmes sur l'utilité des références ainsi que des services du centre de santé.

2.4 Les causeries éducatives

Tableau 7 : Causeries éducatives

AIRE	nb femmes attendues	nb femmes présentes	% de Présence	% de causeries	% réel de causeries	Nb caus effectué	Nb caus à faire	nb caus prévues
Dogba	246	189	77%	67%	60%	12	20	18
Papata	311	288	93%	96%	90%	27	30	28
Dargala	677	478	71%	86%	107%	32	30	37
Ouro-Zangui	442	242	55%	75%	90%	18	20	24
Meskine	1 235	832	67%	88%	88%	44	50	50
Massakal	408	320	78%	94%	145%	29	20	31
Gazawa	665	505	76%	90%	87%	26	30	29
Gawel	921	698	76%	124%	82%	41	50	33
TOTAL	4 905	3 552	72%	92%	92%	229	250	250
Nbre moyenne/ village						9,2		

Les causeries éducatives sont un moyen efficace pour renforcer les connaissances, attitudes et pratique des femmes en matière de santé et nutrition. Elles sont une des principales activités du projet. Elles sont réalisées grâce aux 12 thèmes sur la santé et la nutrition. Elles sont animées par les promoteurs durant la première promotion et par les animatrices communautaires après leur formation en la matière.

D'après le tableau ci-dessus, nous constatons que 4905 femmes sont attendues pour assister aux séances des causeries éducatives. Mais, 3552 femmes sont réellement venues, soit un pourcentage de 72% de présence aux causeries, ce qui dépasse déjà l'objectif de 70%. La programmation des séances de causerie est fixée à une causerie par semaine et par village ; et ainsi chaque village a 10 causeries à effectuer par promotion : 2 dans le mois de dépistage et 8 dans les deux mois suivants (une par semaine). Dans le tableau on peut voir que ce nombre est globalement respecté. Sur les 250 séances de causeries programmées, 229 séances sont réalisées. Ce qui représente un pourcentage de 92%, ce qui constitue pour un début des activités un élément très encourageant.

2.5 Le suivi – promotion de la croissance des enfants

Tableau 8a : Pourcentage d'enfants ayant bénéficié du suivi promotion de la croissance

Aire	mois 2 Septembre	mois 3 Octobre	moyenne M2+m3
Dogba	100,0	100,0	100,0
Papata	88,6	68,6	78,6
Dargala	84,1	76,2	80,2
OZ	97,1	88,2	92,6
Meskine	106,7	106,7	106,7
Massakal	100,0	100,0	100,0
Gazawa	100,0	98,5	99,2
Gawel	100,0	93,5	96,7
MOYENNE	97,1	91,5	94,3
Objectif	80%	80%	80%

Le suivi-promotion de la croissance des enfants est le suivi mensuel de la croissance d'un enfant à travers les pesées et le suivi de l'évolution de l'état sanitaire et nutritionnel de cet enfant. Ce suivi est dit de promotion car après avoir fait les mesures, des conseils appropriés sont donnés à la mère soit pour renforcer l'état de l'enfant, soit pour corriger cet état. D'après le tableau ci-dessus, nous constatons que toutes les aires de santé ont réussi à peser plus de 90% des enfants inscrits ; ce qui est supérieur à l'objectif.

Tableau 8b : Récupération nutritionnelle des enfants malnutris

Aire	mois 2 Septembre	mois 3 Octobre
Dogba	40%	40%
Papata	33%	64%
Dargala	27%	44%
Ouro-Zangui	54%	68%
Meskine	0%	91%
Massakal	0%	41%
Gazawa	0%	44%
Gawel	-3%	41%
MOYENNE	19%	54%
Objectif		50%

Le tableau ci-dessus nous montre le taux de récupération nutritionnelle du 2^{ème} mois et du 3^{ème} mois des enfants malnutris. Toutes les mères d'enfants malnutris inscrits sont conseillées par le promoteur concernant la nutrition de leurs enfants pour leur récupération. L'objectif de ce projet est d'atteindre une récupération de au moins 50% des enfants malnutris inscrits. Dans le cadre de ce projet de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, nous mesurons l'indice poids/âge, qui détecte la malnutrition chronique et aiguë. Pour le troisième mois, même si toutes les aires n'ont pas atteint le seuil de 50% de récupération, en général le résultat reste satisfaisant. Surtout le résultat obtenu à Meskine est remarquable, avec une récupération de 91% des enfants malnutris.

2.6 Situation d'autres activités

En dehors des séances de causeries éducatives et des visites à domicile effectuées par les promoteurs et les animatrices, il faut noter que d'autres activités se greffent à ces deux premières afin d'améliorer la qualité des services rendus. Comme nous montre le tableau ci-dessus, ces autres activités sont entre autre les réunions avec les centres de santé, l'assistance des leaders villageois, la supervision

faites conjointement avec les chefs de centres de santé. D'après le tableau, nous constatons qu'aucune réunion n'a été faite avec les centres de santé.

Tableau 9 : situation d'autres activités réalisées

AIRE	Nbre réunions avec les CSI		Nbre d'assist. des leaders		Nbre de supervisions conjointe avec CSI	
	réalisé	prévu	réalisé	prévu	réalisé	prévu
Dogba	0	0	5	5	0	0
Papata	0	0	7	9	0	0
Dargala	0	0	6	7	8	9
Ouro-Zangui	0	0	2	2	1	6
Meskine	0	0	7	9	0	0
Massakal	0	0	7	7	6	6
Gazawa	0	0	6	6	7	7
Gawel	0	0	5	10	0	0
Total	0	0	45	55	22	28
%effectuée	-		82%		79%	

L'objectif de l'implication des leaders villageois est la sensibilisation dans le village et une prise de conscience générale relative à la santé des enfants et leurs mères. En ce qui concerne l'assistance aux leaders villageois, 45 réunions se sont déroulées contre 55 prévues, soit un pourcentage de réalisation de 82%. Pour la supervision conjointe avec le centre de santé, 28 supervisions sont prévues et 22 se sont effectivement déroulées, soit un pourcentage de 79%. Parlant de cette supervision avec les centres de santé, il faudrait attendre leur formation afin de les voir fréquemment sur le terrain.

2.7 La supervision auprès des promoteurs

Tableau 10a : Supervision des promoteurs

Aire	Nb de sup	Nbre de visite prévue	% de supervision effectuée
Dogba	2	3	67%
Papata	1	1	100%
Dargala	5	4	125%
Ouro-Zangui	0	1	0%
Meskine	4	3	133%
Massakal	2	2	100%
Gazawa	3	3	100%
Gawel	3	6	50%
total	20	23	87%

Tableau 10b : Domaines supervisés

Score moyen par Aire	Etat mat/10	SPC/24	Causerie/24	Leaders/8	Analyse perf/6
Dogba	10,0	-	18,0	-	5,0
Papata	10,0	-	20,0	-	4,0
Dargala	9,5	24,0	41,5	-	8,5
Ouro-Zangui	-	-	-	-	-
Meskine	19,7	20,0	23,0	-	3,0
Massakal	10,0	-	-	-	-
Gazawa	20,0	22,0	21,0	-	10,0
Gawel	18,5	-	20,5	-	7,0

Durant les trois mois de août à octobre 2006, les promoteurs ont été intensément supervisés par le superviseur du district de santé de Maroua Rural. Au cours du mois d'août, les supervisions consistaient à assister techniquement les promoteurs dans le dépistage des bénéficiaires potentiels, les restitutions des résultats du screening à la communauté et aux inscriptions des bénéficiaires réels pouvant assister aux différentes séances de causeries hebdomadaires tout en respectant les critères d'inscriptions signalés au niveau des inscriptions des bénéficiaires.

Il ressort de cette supervision que le projet est effectivement implanté dans le district car les Comités des Leaders Villageois sont fonctionnels et les animatrices désignées n'attendent que leur formation pour prendre en main les activités effectuées jusqu'à là par les promoteurs. Tous les intervenants locaux ont été impliqués. Le travail est effectué en collaboration avec le district de santé. Tout le matériel de travail est mis à la disposition des villages et utilisé dans la réalisation des activités.

Lorsque nous observons les deux tableaux ci-dessus, nous remarquons que le premier nous montre le nombre de supervision prévue par le superviseur et le nombre de supervision réalisée. Au cours de cette première promotion, le superviseur a effectué 20 supervisions sur les 23 prévues, soit un pourcentage de 87%. L'aire de santé de Ouro Zangui n'a pas enregistré de supervision des activités pourtant les autres en ont bénéficié.

Quant au deuxième tableau sur les domaines supervisés, il faut dire sauf la réunion entre les promoteurs et leaders villageois n'a pas été supervisée. Tous les autres domaines sont correctement supervisés et les notes sont très encourageantes.

3 Difficultés rencontrées et solutions proposées

Sur l'ensemble du travail effectué durant les trois mois, quelques problèmes ont été relevés dans l'accomplissement de certaines tâches du projet.

Au niveau des promoteurs, la première promotrice des aires de santé de Dogba et Papata a abandonné son poste de travail sans autorisation de son superviseur. Cet abandon lui a coûté le renvoi. Elle est remplacée par un des anciens promoteurs d'un projet précédent du district de santé de Kar-Hay, le meilleur au nom de Djonyang Menkamla.

Au niveau de la communauté elle-même, Nous avons noté le problème de faible participation aux séances de causerie dans certains villages. Le plus fréquent et remarquable est le cas de Katoual qui a vu la suspension des activités dans ce village.

4 Conclusion et perspectives

La création des Comités des leaders villageois, la désignation des deux animatrices ou animateurs par village, le dépistage et l'inscription des bénéficiaires et le début des activités de prise en charge des bénéficiaires se sont déroulées dans de bonnes conditions malgré certaines difficultés rencontrées dans l'accomplissement de certaines tâches. Nous tenons à féliciter tous les intervenants du projet pour les efforts consacrés dans la réalisations des activités plus particulièrement l'Equipe Cadre du District de santé de Maroua Rural pour son implication dans le projet. Nos remerciements vont également vers les chefs des centres de santé et leur équipe qui ne cessent d'apporter leur appui aux promoteurs. Nous n'oublions pas le brave superviseur du district qui ne ménage aucun effort dans l'encadrement efficace des promoteurs et des intervenants locaux. Enfin nous remercions les autorités traditionnelles et politiques ainsi que les membres des CLV et AC pour leur contribution sans toutefois oublier toute bonne volonté qui a contribué de près ou de loin. Nous exhortons tous les intervenants à doubler d'efforts afin de chasser la malnutrition hors du district de santé de Maroua rural, d'amener la population à fréquenter les structures sanitaires et que le niveau des Connaissances, attitudes et pratiques des femmes en matière de santé et nutrition soit amélioré.

Maintenant il est question de former les AC le plus vite possible, pour qu'ils prennent le relais du travail des promoteurs et que les promoteurs puissent se concentrer sur leur supervision et support. Sans cette formation ils n'auront pas l'opportunité de bien s'imprégner dans la mise en œuvre des activités. Aussi la formation du personnel des centres de santé est nécessaire pour bien les impliquer dans les activités.

B- LE PROJET DE PLANIFICATION VILLAGEOISE ET DE DEVELOPPEMENT DES CAPACITES DES COMMUNES DE L'EXTREME-NORD, EN PARTENARIAT AVEC LE PADC, FINANCE SUR FONDS FIDA.

B1- INTRODUCTION

Le projet de mise en œuvre du processus de développement des capacités des unités de planification villageoises de la province de l'Extrême - Nord est exécuté par Action pour le Développement dans les 04 villages du bloc 21 situés dans le Diamaré, dans les localités de Doulek, Douroum, Kalliao et Godola.

Le but de ce projet est d'accompagner les communautés villageoises identifiées à boucler le processus de planification villageoise avec ses différents produits de manière à ce qu'elle :

- fassent elles-mêmes leur diagnostic communautaire en utilisant les outils d'une démarche participative ;
- disposent d'un Plan de Développement Villageois (PDV) triennal ;
- disposent d'un Plan d'Investissement annuel qui découlera du PDV ;
- mettent en place un Comité de Développement Villageois (CDV) ;
- élaborent leur Plan de prévention en matière de lutte contre le VIH/Sida.

Les résultats attendus sont :

- Existence pour chaque village d'un Plan de Développement Villageois (PDV) triennal validé par la population ;
- Existence pour chaque village d'un comité villageois;
- Existence pour chaque village d'un Plan d'Investissement annuel réaliste;
- Existence d'un plan de prévention en matière de lutte contre le VIH/Sida pour les villages de l'unité de planification qui n'en disposent pas.

B2- Diagnostic Participatif

Le diagnostic a permis aux villageois de traiter les informations recueillies à travers les outils de diagnostic. Pour comprendre la nature de chaque problème, une analyse de la chaîne causale a été faite pour chaque problème identifié. Ensuite les solutions trouvées ont été classifiées et les résultats validés par les membres de chaque groupe de travail.

Les planificateurs villageois ont utilisé entre autre :

- ✓ Le profil historique pour collecter les événements temporels qui ont influencé l'existence du village ;
- ✓ Le diagramme de Venn a été utilisé pour faire un inventaire de tous les acteurs concernés par le développement du village ;
- ✓ La carte participative a servi à matérialiser les positions géographiques, la répartition de l'espace ;
- ✓ Le calendrier saisonnier a permis de ressortir les périodes d'occupation des hommes et de femmes dans chaque village.
- ✓ Le transect quand à lui, a été utilisé pour faire un cross check-up des informations glanées dans les villages et pour compléter la carte participative.

B3- Planification Villageoise

Faisant suite à la phase de diagnostic, la planification a été menée à son terme dans une atmosphère sereine, les populations ont répondu massivement à l'appel de l'équipe des planificateurs composée pour la circonstance des villageois de chaque unité de planification et des agents ACDEV.

Mise en place des comités de Développement

Afin de monter les comités de développement, un total de 66 réunions d'information et de sensibilisation ont été organisées par les 8 planificateurs villageois au niveau des différents villages/quartiers. Ces réunions ont permis de rencontrer 2 243 personnes soit une moyenne de 34 personnes par réunion, la proportion de femmes lors de ces réunions a été de 53,2%

Au cours du mois de novembre, quatre comités de développement villageois ont été créés. Chaque unité de planification du bloc 21 a élu un bureau comprenant un président, un vice – président, un secrétaire général et son adjoint, une trésorière un commissaire au compte, des chargés des domaines spécifiques et éventuellement des conseillers. A cette date, les quatre bureaux comprennent 52 membres, dont 31% de femmes.

Mise en place des Plans de Développement triennal

Compte tenu des difficultés liées à la mobilisation (récoltes du mil, des arachides, feuilles et aussi les occupations liées à la fête de fin du ramadan) et à la participation effective aux débats, les populations ont suggéré aux planificateurs villageois de travailler avec les membres des comités. Une fois les plans adoptés, ils ont été validés par les assemblées de villages.

Les plans ainsi montés se trouvent dans les villages et un jeu est annexé au présent rapport.

Mise en place des Plans d'investissement annuel

L'élaboration des plans d'investissement annuel a été fait grâce au concours des membres des comités élus et de certaines personnes éclairées dans les villages. En fonction des problèmes retenus, des plans sont montés. Dans certains villages, les comités se sont rapprochés des entreprises pour avoir un devis estimatif. Comme pour les plans de développement, les originaux se trouvent dans les villages.

Mise en place des Plans de prévention de lutte contre le VIH/SIDA

Dans les villages du bloc 21, les unités de planification ont tous des comités locaux de lutte contre le VIH/SIDA, financé par le Groupe Technique Provincial de lutte contre le VIH/SIDA de l'Extrême-Nord.

Les planificateurs villageois ont eu des séances de travail avec ces comités. A l'issue de ces consultations, les comités ont déroulé les stratégies qui avaient été déployées (au moment où il y avait le financement), leurs difficultés et les perspectives d'avenir (au cas où il y aurait un autre financement) .

B4- Problèmes rencontrés et solutions apportées

ANIMATION

Problème : indisponibilité de certains groupes socio-économiques dans la journée

Déterminant possible : travaux champêtres

Solution : activités menées à partir de 19h00, mobilisation par petit groupe autour d'un sujet.

C'est en prévision à ce problème qu'il avait été décidé que les planificateurs villageois résideraient dans les villages.

NON-RESPECT DU PLANNING PAR LES PLANIFICATEURS VILLAGEOIS

Problème : difficulté pour la supervision des activités

Déterminant possible : occupation des populations ou des mobilisateurs sociaux.

Solutions : recommandation donnée lors des supervisions de bien négocier les rendez-vous et aviser le coordonnateur à temps et si possible, appeler le bureau ACDEV ou laisser un message.

MATERIEL D'ANIMATION

Problème : rupture de papier kraft et des cartes ZOPP

Déterminant possible : estimation des besoins non conforme à l'utilisation

Solution : faire un état des besoins à temps et signaler au coordonnateur lors des supervisions.

ABANDON DE POSTE DE TRAVAIL PAR LES PLANIFICATEURS

Problème : coïncidence de l'enquête démographique

Déterminant possible : les planificateurs de Doulek avaient déposé leur dossier avant le démarrage de la planification et ils étaient flattés par les rumeurs qui courraient que les enquêteurs devraient avoir une grosse somme à la paie.

Solution : remplacement de deux planificateurs.

B6- Perspectives

- Maintenir des contacts permanents avec les comités des villages Doulek, Douroum, Godola et Kalliao pour que les populations se préparent à bien aborder la deuxième phase du projet, qui à notre sens est très déterminante.

B7- Conclusion

Au terme de ces trois premiers mois de la mise en œuvre du processus de développement des capacités dans les villages de Doulek, Douroum, Godola et Kalliao, le travail abattu par les planificateurs villageois s'est déroulé conformément à nos attentes. Les communautés ainsi animées sont enthousiastes et prêtes pour commencer la réalisation de ces projets. Les leçons ainsi apprises, nous serviront à la mise en route de l'accompagnement des plans d'investissements montés. Les membres des comités villageois de développement ainsi créés, attendent maintenant avec impatience, la phase de renforcement des capacités afin de pouvoir jouer pleinement leur rôle.

C- LE PROJET D'APPUI A LA PROMOTION DES ACTIVITES GENERATRICES DE REVENU AUX PROFITS DES GICS D'ANIMATRICES/EURS COMMUNAUTAIRES DE L'ARRONDISSEMENT DE MERI.

Afin de contribuer efficacement à la pérennisation de PCENS mis en œuvre dans le district de santé de Méri, les AC ont été structurés et organisés en GIC de micro crédit. Pour le démarrage de leurs activités, il a été mis à leur disposition un fonds de roulement qui leur permettrait de financer les projets d'activités génératrices de revenu que présenteraient leur membre. Au 31/12/2006 les statistiques que nous jugeons très satisfaisants se présentent ainsi qu'il suit :

- Nombre de personnes(cumul) ayant bénéficié d'un crédit : 232
- Volume de crédit distribué : 4 951 620 fcfa
- Intérêts générés : 403 365 fcfa
- Taux de recouvrement : 100 %
- Nombre de personnes ayant effectivement mené une activité rentable : 232 sur 232.

Parmi les activités pratiquées, on peut citer : l'élevage, l'engraissement, le petit commerce, le stockage...

D) LE PROJET DE PRODUCTION ET DE VULGARISATION DE LA BOUILLIE ENRICHIE

D1- Information générale et brève description du projet

Jusqu'à fin mars 2006, ACDEV a mené un Projet Communautaire d'Education Sanitaire et Nutritionnelle (PCESN) dans 120 villages du district de Santé de Kar-Hay dans la province de l'Extrême Nord. Il s'agissait dans ce projet d'éduquer les femmes enceintes et les mères d'enfants 0 à 23 mois de la communauté sur les aspects nutritionnels et sanitaires et de suivre la croissance de leurs enfants avec pour objectif de diminuer la malnutrition dans la zone. Ce travail est fait par des volontaires communautaires qui travaillent en étroite collaboration avec les centres de santé. Après l'intervention d'ACDEV, nous souhaitons que les animateurs communautaires continuent à sensibiliser les femmes sur les thèmes de santé et nutrition.

Un des thèmes d'éducation nutritionnelle est la fabrication de la bouillie enrichie à base d'ingrédients locaux (mil, arachides et niébé), afin d'inciter les femmes à préparer une bouillie plus nutritive pour leurs enfants. Les problèmes que nous avons rencontrés dans ce projet en général et spécifiquement dans la préparation de bouillie enrichie sont :

- Malgré les démonstrations sur la préparation de la bouillie enrichie, il y a peu de femmes qui réellement changent le mode de préparation de bouillie pour leur enfant ;
- Certains enfants malades ne mangent pas bien, ce qui cause une malnutrition en dessous de la maladie, et qui ralentit la récupération de l'enfant.
- Dans notre zone d'intervention, nous rencontrons toujours des cas de malnutrition sévère non traités où les structures de santé n'ont pas les ressources pour faire récupérer ces enfants efficacement ;
- Les animateurs communautaires du projet PCESN, qui organisent l'éducation nutritionnelle et sanitaire, manquent parfois la motivation pour continuer les activités sans le support d'ACDEV ; ils ont donc besoin d'un système de motivation durable .

Suite aux problèmes cités ci-dessus, les **objectifs** suivants ont été formulés :

- Les GIC AC s'organisent en union pour produire la farine enrichie en sachet et le distribuent au niveau des centres de santé et dans les villages pour un prix raisonnable,
- La farine enrichie sera vendue à un prix raisonnable
- Le personnel des structures de santé prescrit la farine enrichie à tous les enfants de 6 mois à 5 ans et aux adultes malnutris qui consultent la structure de santé.
- Les centres de santé seront formés sur le traitement et la réhabilitation des enfants sévèrement malnutris.

Les **résultats attendus** étaient :

- Des représentants de tous les GICs AC reçoivent une formation sur la production de la farine enrichie en grande quantité (hygiène, emballage, stockage, marketing, gestion financière) et sur la réhabilitation nutritionnelle des enfants sévèrement malnutris
- L'union produit la farine enrichie en sachets et a suffisamment de revenu pour pouvoir racheter des ingrédients et pour avoir une modeste motivation pour tous les animateurs communautaires.
- La farine enrichie est disponible en continu dans 65% des centres de santé à un prix raisonnable
- Dans les structures de santé où la farine enrichie est disponible, 70% du groupe cible (tous enfants 6 mois-5ans) recevront une prescription pour la farine enrichie.

D2- Résultats obtenus

Objectif atteint : Tous les membres de l'union étaient présents pendant la formation, et chaque GIC AC était représenté.

Objectif atteint : Tous les 8 centres de santé et l'hôpital du district ont accordé de vendre la farine au niveau de la pharmacie. Cette farine est disponible dans toutes ces structures

Objectif pas encore atteint : *Due aux coupures de courant et également à la faible disponibilité des membres à cause des travaux champêtres, la production n'a pas encore atteint un niveau très satisfaisant qui donne une motivation aux producteurs et qui donne les possibilités d'avoir les moyens pour des réparations et achats supplémentaires, etc.*

D3 Conclusion et perspectives

Nous pouvons dire que le projet a très bien commencé. Après chaque production, tous les sachets de farine enrichie sont vendus immédiatement. Pendant les trois mois d'appui du superviseur, les producteurs se sont bien initiés dans toutes les phases de production et vente du produit, et dans la gestion des finances. Il ressort que l'intérêt à l'initiative est élevé non seulement au niveau des consommateurs, mais aussi au niveau institutionnel.

III- FORMATIONS

A- RENFORCEMENT DES CAPACITES DES STRUCTURES DE DIALOGUE DU DISTRICT DE SANTE DE KAELE/MOUTOURWA DANS LA PROVINCE DE L'EXTREME - NORD

INTRODUCTION

En 1998, le Cameroun a adopté la loi fixant les modalités de création des structures de dialogue et de participation communautaire dont l'un des principes de base est le partenariat ; trois ans après, plusieurs plans stratégiques nationaux de santé (2002-2006) ont été élaborés ; ces plans visent à réduire les taux de mortalité et de morbidité des maladies afin que les Camerounais accèdent au « bien être ».

Parmi les stratégies adoptées dans ces plans stratégiques, on peut retenir l'IEC, la Participation, la Mobilisation sociale et le Partenariat qui visent à induire au sein des populations des comportements favorables à la prévention et à la prise en charge précoce des cas et de mobiliser tous partenaires sociaux à cette quête du « bien être ».

En cohérence avec la stratégie sectorielle de la santé qui a institué le partenariat et la contractualisation dans le système national de santé, le Projet Belgo-Camerounais, dans le cadre de son Projet d'Appui à Huit Districts de Santé dans la Province de l'Extrême-Nord (AP8DS/EN) et Action pour le Développement (ACDEV) ont signé une convention de prestation de services pour le renforcement des capacités des Structures de Dialogue du District de Santé de Kaélé-Moutourwa.

Les termes de référence relatifs à cette consultation se résument à assurer l'animation de sept sessions de formation pour les structures de dialogue du district de Santé de Kaélé-Moutourwa.

Le but de ce projet est :

- ▶ D'accompagner les Structures de dialogue pour améliorer la qualité de service et le rendement afin d'être des partenaires responsables, engagés et conscients de leurs droits et devoirs ;
- ▶ De permettre l'utilisation des ressources en vue d'appuyer les efforts fournis par les pouvoirs publics pour l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité aux soins de santé en faveur des communautés au niveau local.

Les résultats attendus sont :

- Existence pour chaque structure d'un plan d'action communautaire semestriel validé ;
- Existence d'une activité génératrice de revenu qui sera menée au bout de six mois ;

PREPARATION

La préparation de cette formation n'était pas l'œuvre d'une seule personne. Que ce soit le staff d'ACDEV ou l'équipe du projet Appui à Huit District de la Coopération Technique Belge.

Un chronogramme d'activité a été mis sur pied à ACDEV à l'issue d'une réunion de programmation qui regroupait tous les acteurs impliqués afin de bien mener cette prestation. La coordination a mis sur pied des axes stratégiques pour la mise sur pied de trois équipes de deux formateurs chacune capables de bien conduire les sept sessions de formation, pour documenter et recycler les facilitateurs afin qu'ils disposent des atouts intellectuels nécessaires par rapport aux attentes des structures de dialogue et du projet AP8DS/EN.

Lors de cette préparation les modules de formation ont été compilés et dupliqués pour chaque formateur, le planning de la formation a été travaillé, la logistique a été mise en place.

CONTENU DE LA FORMATION

Les thèmes développés pendant la formation des structures de dialogue de Kaélé/Moutourwa portaient sur les aspects suivants :

- 0 *La Santé et ses Déterminants*
- 1 *La Réorientation des Soins de Santé Primaires (Réo SSP)*
- 2 *La Participation Communautaire (PC) en insistant sur les rôles des membres des structures de dialogue*
- 3 *La Planification : notion de planification et élaboration d'un plan d'action*
- 4 *Les Initiatives Communautaires Génératrices de Revenus pour l'appui à la santé : identification de problèmes communautaires, transformation d'un problème en projet communautaire*
- 5 *Animation de Groupe et Résolution des Conflits au sein du groupe*
- 6 *Mobilisation Communautaire*

PARTICIPANTS

Le Chef de service de District a adressé des convocations aux différents responsables des aires de santé pour convier dix personnes de chaque structure de dialogue à participer aux différentes sessions de formations réparties sur l'étendu du district de santé de Kaélé - Moutourwa.

Déroulement de la formation

Les sessions de formations ont eu lieu dans les aires de santé les plus centrales d'une aire géographique donnée.

La première vague de formation s'est déroulée du lundi 13 au vendredi 17 février 2006, le lieu de regroupement des aires pour la formation sont Kaélé (pour les aires de santé de Kaélé, Djidoma et Boboyo), Lara (pour les aires de santé de Lara, Gadas et Mapousséré) et Doumrou (pour les aires de santé de Doumrou et Going).

La deuxième vague s'est déployée du lundi 20 au vendredi 24/02/06 dans les aires de regroupement de Bipaing (pour les aires de santé de Bipaing, Manoré et Gaban), Mouda (pour les aires de santé de

Mouda et Foulou), Mindjil (pour les aires de santé de Mindjil, Midjivin et Garey) et Moutourwa (pour les aires de santé de Moutourwa, Damaï et Titing).

Les sept modules sont présentés et discutés avec les participants. La discussion était menée de fois en langue locale qui est, soit le Guiziga, le Foulfouldé ou le Moudang, langue que les facilitateurs maîtrisent bien.

Evaluation de la formation

Les participants ont été évalués tout au long de la formation (évaluation continue) et à la fin de l'atelier, ils ont évalué la formation dans son ensemble.

a) - Evaluation continue

Une évaluation continue a été observée tout au long de la formation. Cette évaluation a porté sur la participation aux débats et l'humeur du jour de chaque participant.

b) – Evaluation finale

Une évaluation finale a clôturé la formation. Elle portait sur toutes les articulations de la formation : la prestation des facilitateurs, la participation des «apprenants», les pauses café...

Il ressort de cette évaluation finale que :

- *77,7% des séminaristes étaient satisfaits en terme d'objectifs de formation, 22,3% d'entre eux auraient souhaité que telle formation soit multipliée pour maîtriser beaucoup de domaines de promotion de la santé.*
- *par rapport à la méthodologie 100% des séminaristes étaient satisfaits.*
- *79,8% des séminaristes ont jugé que le matériel didactique était adapté à ce séminaire, 20,2 % trouvaient que le matériel utilisé était très insuffisant (marqueurs qui sèchent, bics qui n'écrivent pas scotch qui n'adhère pas et papiers conférences écrits recto-verso)*
- *100 % des participants ont jugé que les facilitateurs étaient à la hauteur de leur tâche par une prestation très satisfaisante.*
- *concernant le temps de formation 77,8% ont jugé que le temps de la formation était suffisant. 22,2 % des séminaristes auraient souhaité que le séminaire dure plus longtemps (10 jours par exemple).*
- *100% des séminaristes ont apprécié l'ambiance de la formation.*
- *100% des séminaristes ont apprécié la restauration*

PROBLEMES RENCONTRES ET SOLUTIONS APPORTEES

Toute œuvre humaine est parsemée d'embûches, mais notre détermination et notre volonté de bien faire notre tâche a dominé toute notre peine. Cependant nous ne pouvons ne pas mentionner quelques griefs :

Qualité des participants

Problème : l'identification de certains participants qui ne savent ni lire ni écrire pour une formation de telle envergure.

Déterminant possible : les chefs de centre ont choisi les membres qui les aident dans la mobilisation des populations.

Solution : les secrétaires de COSA doivent répercuter les enseignements aux autres membres restés au village.

Modération

Problème : les modules présentés par le personnel de santé étaient les moins compris par certains participants.

Déterminant possible : l'écart de niveau entre un médecin et un membre de COSA qui a un niveau élémentaire.

Solutions : les modules participation et la santé et ses déterminants ont été ré expliqués aux participants par ACDEV.

Circulation de l'information

Problème : ACDEV n'avait pas l'information sur la quote-part que devrait accorder l'AP8DS pour financer pour les AGR

Déterminant possible : l'absence des termes de références pour la formation des structures de dialogue.

Solution : les propositions des AGR dans certaines aires (ceux qui ont eu l'information) ont été reprises.

Matériel didactique

Problème : certains sessions ont eu des ruptures soit du papier, soit de scotch soit des feutres

Déterminant possible : les besoins de la formation non pas été totalement exprimés

Solution : Le verso des papiers a été utilisé, les facilitateurs ont acheté du scotch avec leur per diem, les feutres utilisés lors des JNV polio pour marquer les enfants vaccinés ont servi.

PERSPECTIVES

L'absence d'un suivi (permanent d'au moins deux à trois mois), pour mener à bien les plans d'action stratégiques de santé auprès des structures de santé peut créer un vide qui entraînerait une gestion des problèmes sanitaires anarchiques au niveau tactique et opérationnel susceptible de compromettre le développement sanitaire dans les aires.

Il est également très important pour bien conduire les activités génératrices de revenus financées, de faire une autre formation en gestion et marketing social pour mieux assimiler les outils de gestion et revoir certains aspects de la participation.

CONCLUSION

Au terme de ces deux semaines de formation les premiers jalons de la fonctionnalité d'un cadre institutionnel du développement de la santé sont jetés, les acteurs impliqués doivent regarder dans une même direction d'où la notion de management participatif. Le travail abattu par les facilitateurs ACDEV s'est déroulé conformément à nos attentes. Les communautés ainsi animées sont enthousiastes et prêtes pour commencer la réalisation des plans et activités génératrices de revenus montés. Les leçons ainsi apprises, nous serviront à la mise en œuvre des formations similaires et de l'accompagnement des plans d'investissements montés. Les membres des comités de santé ainsi que les capacités, attendent maintenant avec impatience, la phase d'exécution des activités à mener afin de pouvoir jouer pleinement leur rôle.

B- RENFORCEMENT DES CAPACITES DES GROUPES DE BASE AUTOUR DES ACTIONS DE MONTAGE DES DOSSIERS DE PROPOSITIONS DES MICRO-PROJETS ET/OU DU SUIVI DE MISE EN ŒUVRE DES MICRO-PROJETS APPROUVES ET FINANCES- PACDDU DP N°2- PROJET N° ACP CM17

Suite à une sollicitation du Programme d'Appui aux Capacités Décentralisées de Développement Urbain (PACDDU), projet de coopération Cameroun –Union Européenne, Action pour le Développement (ACDEV) a signé un contrat de financement sous forme de subvention en Juin 2003. ledit contrat a été renouvelé en juillet 2005 et prorogé au 30 Juin 2008. Il s'agissait en tant qu'organisme correspondant, d'assister les groupes de base dans le montage des dossiers de proposition de micro-projets et/ou du suivi de mise en œuvre des micro-projets approuvés et financés, prévus dans le Cadre du devis Programme de Démarrage (DP2). Il est important de rappeler qu'un des volets du projet vise à mettre en place un dialogue entre les différents acteurs du développement urbain à savoir, la commune, les services déconcentrés de l'Etat et la Société Civile. C'est sur la base de cette synergie entre les différents acteurs concernés que les populations de la Commune Urbaine de Maroua pourront améliorer durablement leurs conditions de vies et d'activité, objectif principal du PACDDU.

OBJECTIFS :

L'objectif des actions à travers le processus participatif est de renforcer les capacités organisationnelles des structures porteuses de micro-projets, de créer des comités de développement dans les quartiers, et de les assister en vue de renforcer leur capacité d'organisation et d'intervention.

I- ACTIVITES :

- ACTIVITES PREVUES

Les activités prévues portaient sur les thèmes suivants :

- Prioritisation et devis des micro projets ;
- Mobilisation des ressources par les CDQ;
- Ouverture des comptes bancaires;
- Importance de pérennisation des projets.

- DEROULEMENT DES ACTIVITES :

Les activités se sont déroulées dans de bonnes conditions avec pour objectif, descendre dans les quartiers afin de renforcer de façon continue, les capacités des membres du bureau des comités. Pour ce faire, des plans d'action mensuels de ont été élaborés. Lors des réunions tenues avec les CDQ, nous avons utilisé l'approche participative. Elle faisait appel aux connaissances des participants qui

favorisaient une interaction. Avec cette méthode, nous avons laissé les gens émettre leurs idées sans les interrompre ni critiquer et améliorer ce que les autres ont dit puis, regrouper les réponses autour d'une idée centrale.

- Les activités d'animation dans les comités de développement de quartier :

Les descentes sur le terrain dans le cadre du renforcement des capacités des membres des comités de développement des quartiers se sont déroulées suivant un calendrier établi de concert avec les responsables des comités. Ces activités se déroulaient dans la journée et parfois la nuit en fonction de la disponibilité des membres.

- Prioritisation et devis des micro projets

Ce thème a été abordé afin d'amener les membres à classer les projets identifiés par priorité et faire leurs devis. Pour faciliter ce travail, nous avons tenu des Assemblées générales avec certains CDQ et à ces occasions, les projets ont été énumérés et classés par ordre de priorité. La technique utilisée est celle du classement par pair qui a abouti au choix et validation de trois projets matérialisés par un procès verbal. En ce moment, nous continuons toujours à faire ce travail dans d'autres CDQ dynamiques que nous avons identifiés.

Concernant les devis, des commissions ont été constituées lors des Assemblées générales. Ce travail se fera avec l'appui d'un technicien qualifié en la matière.

- Mobilisation des ressources par les CDQ

Ce volet concerne les ressources matérielles, humaines et financières. Nous avons rappelé aux CDQ qu'ils doivent mobiliser les différentes ressources pouvant atteindre au moins les 20% du coût d'un projet. De même, nous leur avons dit que l'apport du PACDDU est de 80% dont le montant se situe entre +1 000 000 et 7.500 000 FCFA. Nous leur avons précisé également que sans l'apport extérieur, un comité de développement de quartier qui se veut dynamique doit être capable de réaliser des micro projets grâce aux ressources disponibles localement.

- Ouverture des comptes bancaires

Pour une bonne sécurité des fonds et aussi une certaine crédibilité vis à vis des bailleurs, un CDQ doit disposer d'un compte bancaire pour faciliter toute transaction financière. Pour ce qui est du cas précis du financement des micro projets par le PACDDU, nous leur dit que les paiements se font par chèque et pour toucher le chèque, il faut nécessairement avoir un compte bancaire. Des promesses pour l'ouverture des comptes ont été faites par les CDQ et ACDEV pour sa part, veillera à ce que cela soit fait.

- Importance de pérennisation des projets

Nous avons amené les populations à prendre conscience de l'importance qu'il y a à assurer la gestion des ouvrages réalisés pour un développement durable. Le thème sur la pérennisation des projets a été abordé avec succès. Les populations ont compris l'importance de garder jalousement les ouvrages mis à leur disposition car il ne sert à rien d'investir sur un projet qui ne durera que peu

de temps. Les populations ont été sensibilisées à la consolidation des acquis et l'intérêt qu'elles ont à sauvegarder les ouvrages.

– RESULTATS ATTENDUS :

Les résultats attendus sont les suivants:

- Les Projets identifiés sont classés par ordre de priorité et les devis sont faits ;
- Les comités de développement de quartier ont des ressources mobilisées;
- Les comités de développement de quartier ont ouvert leur compte bancaire ;
- Les comités de développement de quartier assurent la gestion des ouvrages réalisés.

– ACTIVITES PREVUES NON REALISEES

De toutes les activités prévues, aucune d'elles n'est restée sans être réalisée.

- ACTIVITES NON PREVUES ET REALISEES OU EN COURS DE REALISATION:

En dehors des activités programmées, nous avons pu réaliser d'autres activités non prévues portant sur :

- Le diagnostic organisationnel des Gics, Associations et ONGs . Pour accomplir cette tâche, nous avons utilisé une grille d'enquête dont le remplissage s'est fait grâce aux descentes que nous avons effectuées ;

- La tenue des Assemblées Générales des CDQ dynamiques aux fins de valider et prioriser les MP sur procès verbal ;

- Le devis des MP et leur montage actuellement en cours de réalisation.

RESULTATS OBTENUS :

Au terme de cette période d'activités, nous avons pu obtenir les résultats suivants :

- Certains CDQ obtiennent des financements provenant des autres bailleurs à l'instar de la Coopération technique Belge pour l'assainissement des quartiers et ceci grâce au travail abattu sur le terrain par le Pacddu ;
- Les Assemblées Générales ont été tenues et à cette occasion,, les MP sont identifiés et classés en fonction des besoins prioritaires et un procès verbal est disponible;
- Les ressources sont en train d'être mobilisées ;
- L'enquête sur les ONGs, Associations et Gics est faite ;
- Des comptes bancaires sont ouverts pour certains CDQ et en voie d'être ouverts pour d'autres ;
- Les devis des MP prioritaires sont en train d'être faits ;
- 3 Comités de Développement des Quartiers ont ouvert chacun un compte bancaire. Il s'agit du :

- Comité de développement du quartier Missinguiléo II ;

- Comité de développement du quartier Lowol Diga ;

- Comité du développement du quartier Marouaré Moufou.

➤ 10 quartiers sont légalisés et chacun dispose d'un récépissé de déclaration d'association ;

➤ 4 thèmes abordés portant sur :

- Prioritisation et devis des micro projets ;

- Mobilisation des ressources par les CDQ;
- Ouverture des comptes bancaires;
- Importance de pérennisation des projets.

– DIFFICULTES RENCONTREES

Les difficultés rencontrées à la bonne évolution de nos activités se résument comme suit :

- Lors de l'enquête portant sur les associations, l'identification de certaines structures a pris du temps car, elles n'ont pas de local qui peut servir facilement de point de repère. Les responsables qui doivent nous fournir les informations ne sont pas sur place.
- Questionnaire d'enquête très volumineux ce qui fait que l'enquêté trouve que c'est fatigant car il faut consacrer beaucoup de temps à répondre aux questions ;
- Non respect des rendez-vous par les responsables des Associations à enquêter parce qu'ils sont occupés par leurs propres affaires.

– SOLUTIONS ENVISAGEES OU PROPOSEES

Au vue des difficultés rencontrées, nous avons envisagé les solutions suivantes:

- Se rendre chez le chef du quartier pour se renseigner sur les associations qui existent dans le quartier et identifier leurs responsables ;
- Poser les questions clé du questionnaire d'enquête pour gagner en temps ;
- Prendre un rendez avec le responsable à enquêter selon sa convenance ;
- Laisser le questionnaire à l'enquêté pour remplissage par ses soins au temps opportun.

– RECOMMANDATIONS

Partant de ces difficultés rencontrées, nous recommandons que:

- Le questionnaire d'enquête soit moins volumineux ;
- Le temps réservé à l'enquête soit suffisant.

Divers

Au courant de l'année, ACDEV a participé à quatre importantes réunions :

1. Réunion d'évaluation :

Cette réunion s'est tenue en date du 10/11/2006 à l'antenne Pacddu. A cette réunion, nous avons fait le point sur l'enquête portant sur les Associations, GIC et ONG.

2. Comité National de Concertation (CNC) :

Tenu le 1^{er} décembre 2006 à Yaoundé et présidé par le Ministre de l'Administration Territoriale, ACDEV a représenté les O.C de l'Extrême Nord au CNC. A cette occasion, le bilan des activités et les nouvelles orientations du Pacddu ont été abordés.

3. Réunion de planification

Celle-ci s'est tenue le 08/12/2006 à l'antenne Pacddu - Maroua en présence du Chargé du suivi des activités Pacddu à la Délégation de la Commission européenne en la personne de M. Benjamin

COURTIN. A cette réunion, nous avons fait le bilan des activités au 30/11/2006 et avons présenté les activités à mener pour le mois de décembre.

4. Evaluation des O.C.

Conduite par l'Expert de la Société civile du Pacddu - Yaoundé, ACDEV a reçu une mission d'évaluation des OC. A cette occasion, des informations générales sur ACDEV en tant que structure et organisme correspondant du Pacddu ont été fournies. Lors de cette évaluation, nous avons été informés que le contrat d'ACDEV sera renouvelé et ira jusqu'en juin 2008. D'autres informations nous ont été données sur la qualité des rapports à présenter ainsi que sur les micro projets qui seront lancés et mis en œuvre dans les prochains jours.

XI- CONCLUSION :

Au 31 décembre 2006, nous pouvons noter qu'un cadre de collaboration des porteurs avec les OC pour l'appui au processus de développement se met en place et pour que cela soit efficace, l'on devra continuer dans les mois à venir à assurer un suivi pour un meilleur renforcement des capacités des membres.

C- LE PROJET DE COORDINATION ET DE SUPERVISION DES ACTIVITES PROVINCIALES DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME POUR LE COMPTE DU CNRBM

C1- CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Au courant de l'année 2004, le Cameroun a bénéficié du **Fonds Mondial Pour la Lutte Contre le VIH/SIDA**, la Tuberculose et le Paludisme, d'un appui financier devant lui permettre d'améliorer ses prestations dans le cadre de l'Initiative «**ROLL BACK MALARIA**».

Fort de cet appui, le gouvernement Camerounais s'est fixé pour objectif de réduire de 50% d'ici 2010, les taux de morbidité et de mortalité liés au paludisme au sein de la population camerounaise avec une action prioritaire chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

L'atteinte de cet objectif ne peut être valablement envisagée que si les populations cibles sont suffisamment et correctement informées et sensibilisées sur les divers moyens de prévention contre le paludisme et des divers modes d'intervention mis en place par le gouvernement dans le cadre de la lutte contre le paludisme.

Pour ce faire, l'agent exécutif du Comité National Roll Back Malaria a décidé d'œuvrer en partenariat avec les ONGs/Associations au niveau de chaque province.

Action pour le Développement – Cameroun «**ACDEV**» pour son expérience en matière de

participation au développement a été sélectionnée pour :

- 1 *assurer la formation des membres des ONGs et Associations devant exécuter des prestations dans les districts de santé de la province de l'Extrême-Nord.*
- 2 *assurer la supervision, l'effectivité et la qualité des prestations à fournir par les ONG/Associations de la province de l'Extrême-Nord.*
- 3 *rendre compte de ses activités au Responsable de l'Unité Provinciale de Lutte Contre le Paludisme ainsi qu'au Délégué Provinciale de la Santé Publique de l'Extrême-Nord.*

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme est un outil que le gouvernement met en place avec l'appui de ses partenaires pour permettre aux populations de se doter des moyens pour une participation effective dans la lutte contre la pauvreté et la promotion des actions d'un développement durable.

C2- OBJECTIFS

Objectif général :

Accompagner les membres des ONGs/Associations des Districts de santé de la province de l'Extrême-Nord à acquérir les méthodes et les techniques appropriées pour bien mener les activités de communication interpersonnelle de promotion de lutte contre le paludisme.

Objectifs spécifiques :

Les membres des ONGs/Associations des Districts de santé ont acquis une formation leur permettant de :

- s'approprier les différents outils, méthodes et techniques, des activités de communication interpersonnelle de promotion de lutte contre le paludisme ;
- faire un état général de la situation du district ;
- faire le plaidoyer auprès des autorités administratives et locales ;
- disposer d'un plan d'action annuel opérationnel ;
- disposer d'un plan budgétaire annuel conséquent ;
- disposer des ressources humaines capables de bien mener les activités de lutte contre le paludisme.
- élaborer un plan d'intervention communautaire efficace ;

C3- ACTIVITES PLANIFIEES

Au cours de l'année 2006, les activités retenues s'articulent autour des trois principaux points à savoir :

- la conception des modules de formation des membres des ONGs et Associations des districts de santé ;
- l'organisation de la formation ;
- et la gestion de l'après formation, c'est-à-dire l'encadrement des ONGs et Associations des districts jusqu'à la formation des différentes structures de dialogue.
- La supervision des activités des ONGs et Associations des districts

C4- ACTIVITES REALISEES

L'équipe de coordination d'ACDEV a élaboré un chronogramme des activités et des axes stratégiques de travail.

Lors de la préparation de la formation, les modules de formation ont été compilés et dupliqués pour chaque participant, le planning de la formation a été travaillé, la logistique a été mise en place. Les invitations ont été dispatchées, la salle a été négociée et apprêtée. Les facilitateurs ont été capacités afin de disposer des atouts intellectuels nécessaires.

La formation s'est déroulée du jeudi 27 au samedi 29 avril 2006 dans l'enceinte de l'école de formation des Aides soignants de Maroua. Etaient conviés à cette formation, deux membres des ONGs et Associations des districts (29 districts de santé) et les 29 Chefs de Service de Santé des Districts.

Tous les participants conviés, n'ont pas répondu effectivement présents. Certains Chefs des services se sont fait représenter. Parmi les membres des ONGs/Associations il y en avait trois qui étaient absents, à cause des problèmes de communication.

Du 16 au 18 mai 2006 et du 28 au 30 mai 2006, se sont tenues deux sessions de formation de rattrapage pour les ONGs/Associations représentant les trois districts de santé n'ayant pas pris part à la formation provinciale de lutte contre le paludisme effectuée du 27 au 29 avril 2006. Cette session de rattrapage est organisée pour les membres des ONGs de trois districts de santé qui sont : Mogodé, Mada et Guéré.

Egalement à cette session, nous avons constaté l'absence des membres de l'ONG du district de santé de Guéré. C'est pourquoi une autre session de formation a été organisée du 28 au 30 mai 2006.

Pour la session du 16 au 18 mai, nous avons observé la participation de trois personnes dont deux venaient du district de santé de Mada et une du district de santé de Mogodé.

Quant à la deuxième session de rattrapage, les deux membres de l'ONG du district de santé de Guéré étaient présents.

Le contenu de la formation concerne tous les thèmes débattus lors de la première session de formation des ONGs/Associations provinciale. Les deux sessions de formations se sont déroulées au siège d'ACDEV.

La formation des ONGs et Associations des 29 districts de santé s'est déroulée sans trop de peine.

Après la formation, ACDEV a accompli un certain nombre d'activités qui n'étaient pas instruites explicitement par la convention, mais elles étaient prévisibles.

Il s'agissait notamment des séances de monitoring pour le montage des plans d'action annuel, d'élaboration des plans d'exécution du budget et des calendriers de formation des structures de dialogue au niveau des aires.

Cet appui a concerné plus d'une vingtaine de structures, les GICs et les fédérations paysannes.

La seconde phase a consisté à la supervision les activités des ONGs et Associations de 29 districts de santé (appui conseil, renforcement des capacités, distribution, remplissage et collectes des fiches de visites domiciliaires, rapport...)

C5- RESULTATS

Les résultats acquis au cours de cette période se présente ainsi :

*** Pour la formation :**

- 58 membres des ONGs et Associations des districts de santé de l'Extrême –Nord formés, donc 17 femmes soit un pourcentage de représentation féminine de 29,3%
- 05 observateurs responsables des structures de la société civile de la place formés,
- 23 représentants des districts de santé imprégnés des activités de communication interpersonnelle de promotion de lutte contre le paludisme.

*** Par rapport à d'autres aspects de développement, il y a eu**

- 19 fiches signalétiques remplies
- 22 plans d'actions montés et disponibles au siège d'ACDEV.
- 20 agendas de formation déposés à nos services.

*** Pour les visites domiciliaires**

- 120 000 visites domiciliaires sur les 140 000 prévues

C6- CONTRAINTES

Toute bonne action humaine rencontre des difficultés à des degrés divers. La difficulté majeure jusqu'à lors, se situe par rapport au grand retard dans le déblocage des fonds, et l'insuffisance des fiches de visites domiciliaires au niveau des aires..

Ces manquements ont pénalisé à plus d'un titre le bon déroulement des activités sur le terrain.

A côté de ce «grave» problème, nous pouvons mentionner quelques griefs :

Le problème qui a surgi autour des formations se rapporte au niveau très bas des participants. En plus, il s'ajoute le manque de connaissance dans le domaine de la santé. Certaines ONGs et Associations n'ont jamais mené des activités de santé.

Le retard dû au déblocage des fonds au profit des ONGs et Associations de districts, va comme une gangrène, si rien n'est fait, contaminer les structures de dialogue.

Les travaux champêtres qui doucement, mais sûrement commencent à prendre place dans nos campagnes et villages.

A cette cohorte d'obstacles viennent aussi se greffer le mauvais états des routes, sans oublier l'isolement total de certaines parties en saison de pluie.

IV – AUTRES MANIFESTATIONS

Au cours de l'année 2006 les activités suivantes ont entre autre été réalisées :

- ✓ L'implication effective dans le processus de mise en œuvre de la dynamique citoyenne
- ✓ L'adhésion à la mise en œuvre de la plate forme impliquant les acteurs de la société civile
- ✓ La participation aux sessions de formation, visites d'échanges, séminaires et ateliers visant à renforcer les capacités du personnel.

V – PERSPECTIVES

Au cours de l'année 2007, Action pour le Développement planifie :

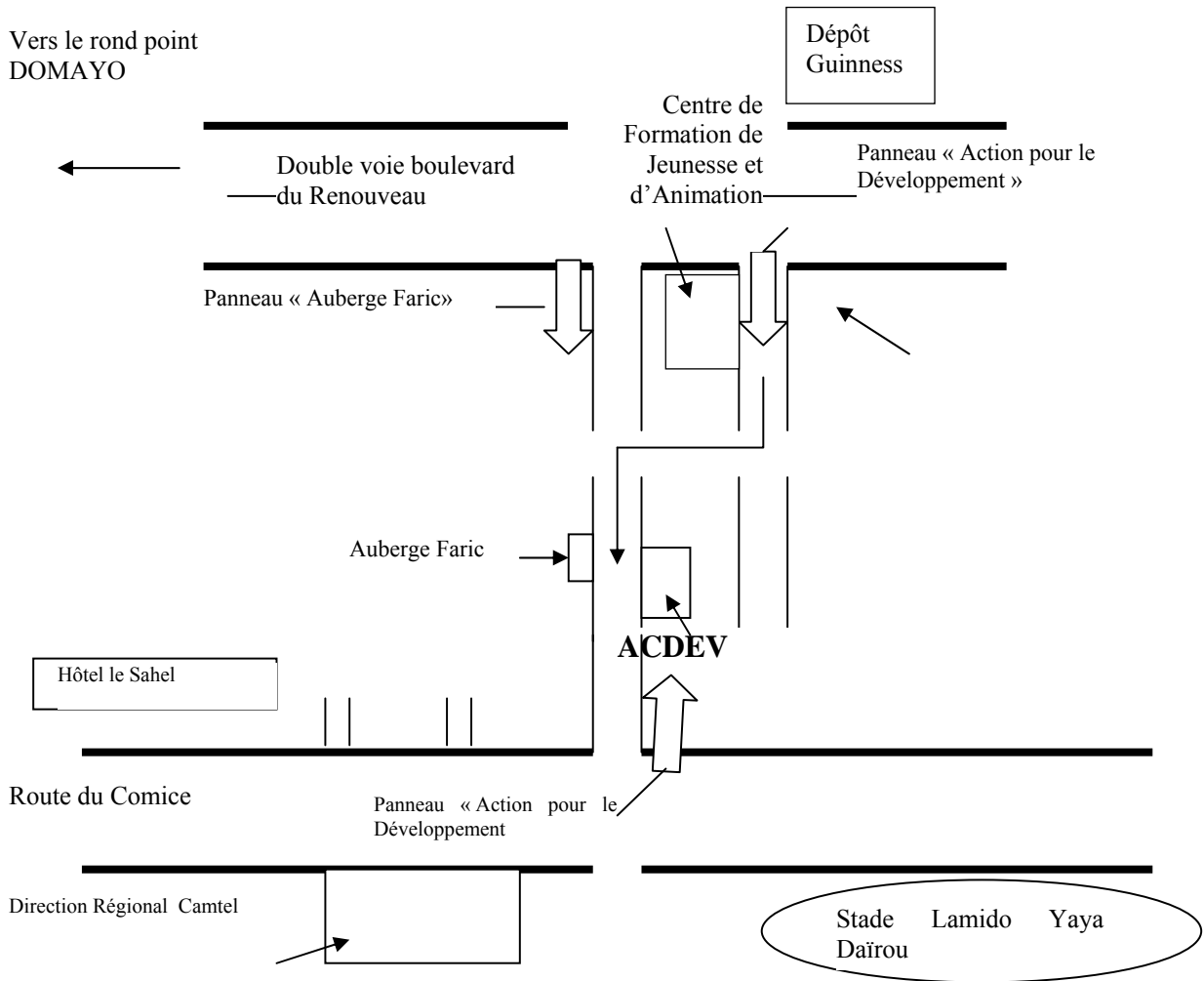
- ✓ La continuité du projet intégré de prise en charge des maladies de l'enfant au niveau communautaire financé par CORDAID, et mis en œuvre dans le district de santé de Maroua-Rural
- ✓ La continuation des activités de micro-crédit dans le district de santé de Méri
- ✓ La continuité de la mission de coordination et de supervision des activités de promotion de lutte contre le paludisme confiée par le CNRBM
- ✓ Le suivi administratif de l'aboutissement du projet communautaire d'éducation nutritionnelle et sanitaire phase III sur financement PPTE
- ✓ La participation effective à plusieurs forums, séminaires et formations de développement afin de renforcer ses capacités
- ✓ La continuité du processus de renforcement de capacité de ses membres à travers des formations continues et professionnelles
- ✓ L'ouverture d'un bureau de coordination nationale à Yaoundé
- ✓ L'acquisition d'un terrain en vue de la construction de son siège à Maroua
- ✓ La recherche continue de financement pour l'exécution de projets nouveaux.

ANNEXES

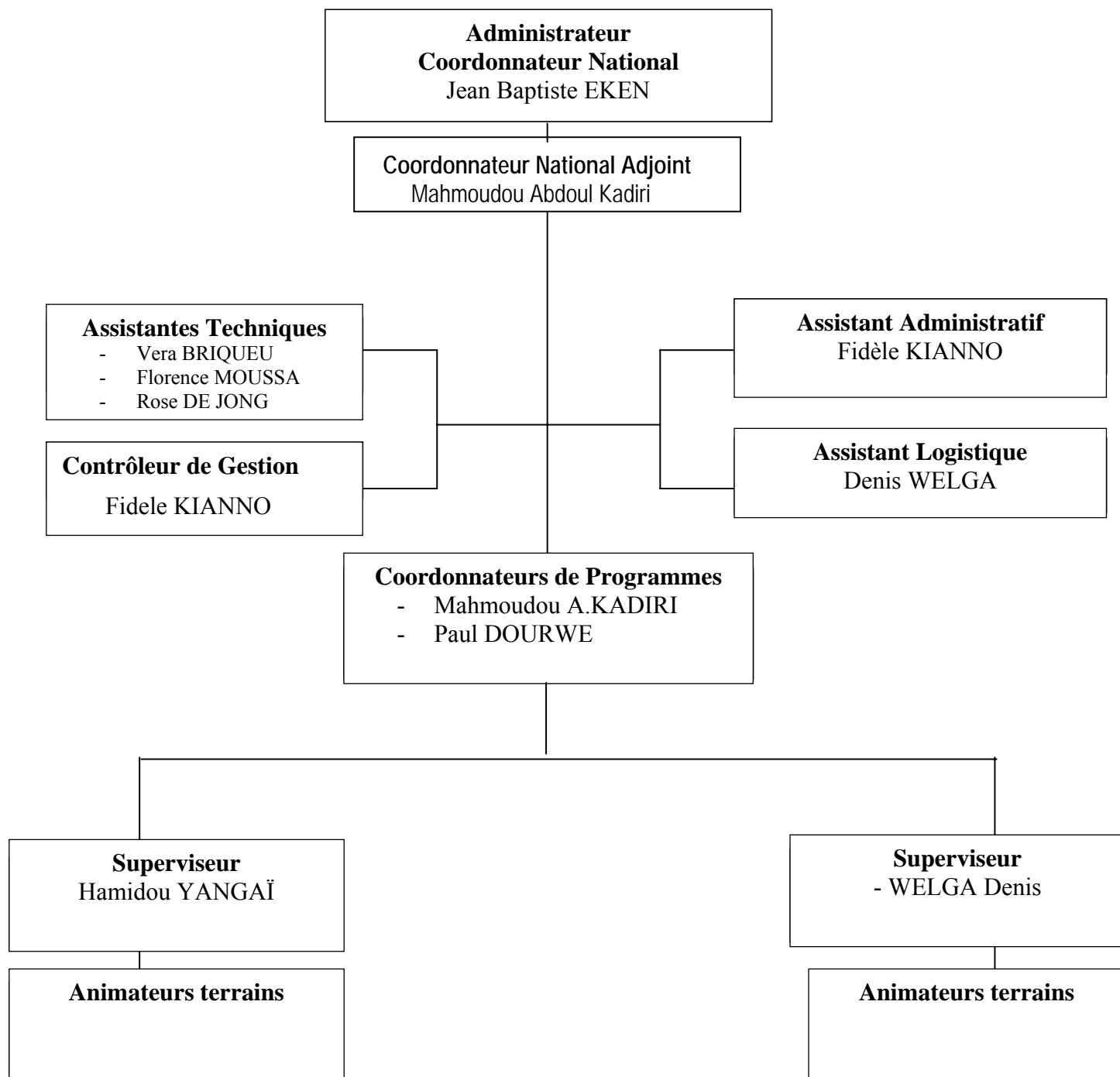
Plan du siège de ACDEV (Action pour le Développement)

Quartier DOMAYO

Tel : (237) 99-85-53-39 / 99-88-8 27 / 22-29-27-23



L'organigramme d'ACDEV



PARTENAIRES

Institutions internationales : Action Against Hunger – UK, Union Européenne, Banque Mondiale, UNICEF, British High Commission, Action de Solidarité Internationale, SNV, PAM, PNUD, VSO, CORDAID, Ambassades...

Institutions nationales : Délégation Provinciale de la Santé Publique de l'Extrême-Nord, Délégation Provinciale de la promotion de la femme et de la famille de l'Extrême-Nord, Délégation Provinciale de l'Agriculture et du développement rural de l'Extrême-Nord, ...

CURRICULUM VITAE

1) Dénomination du partenaire d'exécution : ACTION POUR LE DEVELOPPEMENT

Adresse : **BP 725 MAROUA, Tél : (237) 22 29 27 23/99 85 53 39/99 98 88 27**

Siège Social : **Maroua, Domayo**

Email : **acdevcm@yahoo.fr**

Site web : **http://acdevcm.free.fr**

Nom du responsable : **Jean Baptiste EKEN**

Date de création : **Juin 2001**

Références d'enregistrement officiel : **001/RDDA/K22/BAPP**

2) Organisation interne

Administrateur/Coordonnateur national

Jean Baptiste Eken

Diplôme d'Etudes Financières et Comptables Supérieures, Spécialiste de Microfinance

DESS Gestion des Projets et Administration des Programmes

Master en management des programmes de développement

Assistants techniques

Florence Moussa , Nutritionniste de santé publique

Vera Briquetu, Spécialiste eau et sanitation

Rose de Jong, Nutritionniste de santé publique

Coordonnateurs de programme

Paul Dourwé, Technicien de développement communautaire

Mahmoudou Abdoul Kadiri, Formateur

Superviseurs

Hamadou Yangai

Welga Denis

3) Effectif du personnel

Personnel technique permanent

Cadres supérieurs : 5

Agents de maîtrise : 4

Agents d'exécution : 30

4) Tenue d'une comptabilité Complète et informatisée

5) Moyens logistiques :

7 Micro ordinateurs

7 Imprimantes

1 Photocopieur

1 Télécopieur

3 Véhicules 4 x 4

1 Gamme de matériels anthropométriques (balance, toise, navarro)

1 Base à Maroua

5 Motos

9 tables bureaux

15 Chaises

1 Local loué pour bureaux

6) Bailleurs de fonds :

British High Commission, Unicef, Union Européenne, Gouvernement Camerounais (Fonds PPTE) , Coopération Française, Coopération Technique Belge, CORDAID...