

*Une Organisation - Un But - Une foi*



## Rapport ANNUEL d'activités Janvier à décembre 2010



**ACDEV ; c'est dix ans d'expériences et de compétences au service du développement humain (août 2001-juillet 2011)**

*Maroua, Cameroun*

*Janvier 2011*

## SOMMAIRE

Liste des abréviations .....	3
<b>PRESENTATION GENERALE DE L'ORGANISATION</b> .....	4
<b>I- PROJETS EXECUTES AU COURS DE L'ANNEE 2010</b> .....	13
I.1 RESUME .....	13
A- Projet de Développement des mutuelles communautaires de santé auprès des femmes rurales dans le Diamaré (Juin 2010-Mai 2013) .....	13
B- Projet de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au Niveau Communautaire (Juin 2007 à Juin 2010) .....	13
C- Production, Promotion et Vulgarisation de la Spiruline au Cameroun .....	14
I.2 LA MISE EN OEUVRE .....	15
A- LE PROJET DE DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES COMMUNAUTAURES DE SANTE AUPRES DES FEMMES DU DIAMARE .....	15
B- LE PROJET DE PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE.....	20
C- LA FERME DE PRODUCTION ET DE VULGARISATION DE LA SPIRULINE .....	43
<b>II- AUTRES ACTIVITES ET MANIFESTATIONS</b> .....	47
<b>III- PERSPECTIVES</b> .....	47

## Liste des abréviations

<b>MINSANTE :</b>	<b>Ministère de la Santé</b> Publique
<b>ACDEV :</b>	<b>AC</b> tion pour le <b>DEV</b> eloppement
<b>AC :</b>	<b>A</b> nimateur/trice <b>C</b> ommunautaire
<b>CPN :</b>	<b>C</b> onsultation <b>P</b> ré <b>n</b> atale
<b>CLV :</b>	<b>C</b> omité <b>L</b> eaders <b>V</b> illageois
<b>CSI :</b>	<b>C</b> entre de <b>S</b> anté <b>I</b> ntégré
<b>EM :</b>	<b>E</b> nfant <b>M</b> alnutri
<b>EB :</b>	<b>E</b> nfant <b>B</b> ien portant
<b>MEB :</b>	<b>M</b> ère d'Enfant <b>B</b> ien portant (de 6 à 59 mois)
<b>MEM :</b>	<b>M</b> ère d'Enfant <b>M</b> alnutri
<b>FA :</b>	<b>F</b> emme <b>A</b> llaitante (mère d'enfant bien portant de 0 à 5 mois)
<b>FE :</b>	<b>F</b> emme <b>E</b> nceinte
<b>PCIME - C :</b>	<b>P</b> rojet de <b>P</b> rise en <b>C</b> harge <b>I</b> ntégrée des <b>M</b> aladies de l'Enfant au niveau <b>C</b> ommunautaire
<b>PM :</b>	<b>P</b> romoteur de santé et de nutrition

## **PRESENTATION GENERALE DE L'ORGANISATION**

**Nom et adresse de l'organisation :** ACTION POUR LE DEVELOPPEMENT (ACDEV)

**Siège:** BP 725 Maroua, Cameroun

**Tél.:** (237)99 85 53 39 / (237) 99 98 88 27 / (237)22 29 27 23

**Personnes contacts :** Jean Baptiste EKEN, Coordonnateur National

Mahmoudou Abdoul Kadiri, Adjoint du Coordonnateur National

**E-mail :** acdevcm@yahoo.fr

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

### **1. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT D'ACDEV**

#### **1.1. Création d'ACDEV-Cameroun**

Action pour le Développement, «ACDEV» a été créée en juin 2001, sous forme de Groupement d'Intérêt Economique (G.I.E) et enregistrée au registre du commerce et du crédit mobilier du tribunal de première instance de Maroua, sous le numéro 078-C/2000-2001.

En 2005 ACDEV a pris le statut d'association qui correspond mieux aux activités qu'elle mène. Elle est légalisée sous le N° 001/RDDA/K22/BAPP.

Avec la ferme volonté et le réel engagement du staff local de continuer les activités, ACDEV est née, suite à la fermeture de la mission d'Action Against Hunger UK -Cameroun.

#### **1.2. But d'ACDEV**

Le but de l'organisation est de soulager les populations de la pauvreté, du dénuement et de la détresse à travers des actions d'urgence et/ou du développement.

#### **1.3. Vision d'ACDEV : *Une vision de développement***

ACDEV, consciente des problèmes de développement, de sécurité alimentaire, de la situation sanitaire et nutritionnelle des populations du Cameroun, œuvre à la réalisation de l'avènement d'une société qui promeut un développement économiquement efficace, socialement équitable, écologiquement tolérable et culturellement acceptable.

#### **1.4. Mission d'ACDEV**

Intervenir de manière durable à l'amélioration des conditions et de la qualité de vie des populations ciblées.

#### **1.5. Objet d'ACDEV**

- ✓ Promouvoir le développement à long terme à travers une bonne planification stratégique et opérationnelle en matière de sécurité alimentaire, de l'éducation sanitaire et nutritionnelle ;
- ✓ Réaliser des études régionales ou nationales portant sur les aspects du développement local, les déterminants sociaux de la santé et de nutrition ;
- ✓ Améliorer les compétences et renforcer les capacités des organisations/ONGs locales, des collectivités territoriales et des groupements communautaires à planifier, concevoir et réaliser des activités de développement viables avec la participation des populations concernées ;
- ✓ Se positionner comme une force consultante, consultative, de négociation et de proposition susceptible d'influencer les politiques nationales et régionales de développement dans sa globalité.

## 2. STRATEGIES DE FONCTIONNEMENT D'ACDEV

Il nous est apparu nécessaire à ACDEV, de formuler des stratégies explicites de lutte contre l'insécurité alimentaire dans la zone écologique du Grand Nord en mettant un accent sur la continuité des activités qui sont menées afin de créer ainsi des conditions garantissant une dévolution effective des activités aux populations cibles.

A travers tous ses projets, ACDEV formule des objectifs qui ont accès sur les résultats en mettant un accent sur le moyen et court terme.

Les activités menées par ACTION POUR LE DEVELOPPEMENT, permettent de présenter les acquis et d'identifier les points faibles.

La stratégie proposée et le plan d'action pour les trois prochaines années (2010-2012) reposent sur les leçons apprises au cours de l'expérience de neuf années passées.

Pour atteindre ses objectifs, la stratégie d'ACDEV s'appuie sur les composantes principales :

- ✓ *La Communication pour le Changement des Comportements en matière de santé, nutrition;*
- ✓ *La promotion de l'utilisation des services de base en santé, nutrition, développement humain et infrastructurel ;*
- ✓ *La promotion du suivi de la croissance des enfants au niveau communautaire ;*
- ✓ *La promotion des systèmes de mutuelles de santé au sein des communautés ;*
- ✓ *L'amélioration du pouvoir d'achat des femmes par le biais des caisses de microcrédit ;*
- ✓ *Le renforcement des capacités humaines et institutionnelles dans la lutte contre le SIDA, la malnutrition, la conservation des récoltes, l'épargne communautaire, l'hygiène et l'assainissement autour des points d'eau ;*
- ✓ *L'amélioration de l'accès à l'eau potable, la formation, le suivi et l'évaluation des comités de gestion des points d'eau ;*
- ✓ *La promotion, l'introduction et le suivi des plantations des arbres fruitiers, pour lutter contre les carences nutritionnelles et la lutte contre la désertification ;*

- ✓ *La promotion de la participation communautaire.*

### **3. ACTIVITES**

- *Enquête Nutritionnelle pour évaluer la prévalence de la malnutrition*
- *Mobilisation des populations pour les jours de vaccination*
- *Screening des cibles: pesée des enfants lors des jours de vaccination*
- *Surveillance épidémiologique dans les villages*
- *Avec les groupes des femmes inscrites:*
  - *Causeries éducatives*
  - *Suivi-promotion de la croissance des enfants inscrits*
  - *Séances individuelles de counselling*
  - *Références des bénéficiaires vers les structures sanitaires en cas de besoin*
  - *Surveillance épidémiologique*
  - *Gestion des récoltes*
  - *Elevages des petits ruminants et volailles*
- *Formation des animateurs communautaires et leur encadrement*
- *Formation des Leaders Villageois à la lutte contre la malnutrition et suivi de leur plan d'action*
- *Formation du personnel des Centres de Santé à la prise en charge de la malnutrition sévère.*

#### **3.1. Approche d'ACDEV**

Au sein de chaque village d'intervention, les leaders et animateurs communautaires seront formés en communication sociale. Ils seront impliqués et responsabilisés dans toutes les phases du projet (depuis le démarrage jusqu'à l'évaluation). A la fin du projet, le village disposera d'une structure participative impliquant les différentes composantes de la communauté capable d'analyser et de résoudre les problèmes sanitaires et nutritionnels comme recommandé dans la stratégie sectorielle de la santé.

Au niveau de chaque village, deux animateurs communautaires bénévoles seront identifiés au sein de la communauté. Ils seront formés et équipés dans le cadre du projet. Ils travailleront en étroite collaboration avec leur centre de santé. Ces animateurs communautaires seront choisis en priorité parmi les femmes aux villages, au cas elles ne répondent pas à certains critères, des hommes seront choisis. Il s'agira de voir à terme comment les impliquer au COSA (des volontaires qui sont déjà liées aux centres de santé). Ceci afin de ne pas créer une structure supplémentaire à celle qui existe déjà au niveau des structures sanitaires, mais plutôt de renforcer les capacités de ce qui existe.

## **4. GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIÈRE**

### **4.1. Gestion administrative**

L'administration des activités d'ACDEV (Projets, prestations) est assurée par les Coordonnateurs des programmes sous la supervision générale du Coordonnateur National.

Le personnel d'ACDEV est composé outre ses membres, des employés permanents ou temporaires recrutés par le Coordonnateur National en fonction des besoins en service des projets.

Tout le personnel employé est sous la responsabilité du Coordonnateur National. Il doit à cet effet s'assurer à tout moment que toutes les tâches dévolues au personnel employé sont exécutées dans les conditions prévues dans les contrats de travail respectif et le **Règlement intérieur** régissant le personnel.

En fin d'année le Coordonnateur National effectue une évaluation du personnel afin de les mesurer et les valoriser.

### **4.2. Gestion financière**

ACDEV, Tient une comptabilité Complète et informatisée et dotée d'un Code des procédures de gestion administratives et financières ;

A la fin de chaque mois l'assistant administratif fait un état des recettes encaissées par nature il soumet à le Coordonnateur National pour vérification.

#### **4.2.1. Les décaissements**

Les opérations qui déclenchent les dépenses peuvent :

- Le paiement des salaires ;
- Les achats au comptant des:
  - Matériels et fournitures de santé et de nutrition
  - Fournitures de bureau et de formations.
  - Frais de maintenance des matériels roulants (vélo, moto, voiture)
  - Carburant...
- L'entretien matériel et mobilier de bureau ;
- La location des bureaux et les frais y afférents ;
- Les frais de mission et déplacement du personnel ;
- Les factures d'électricité, téléphone, Internet, d'eau ;
- Bref toute dépense autorisée par le Coordonnateur National.

#### 4.2.2. Les principales recettes d'ACDEV sont :

- ✓ Les versements des frais d'adhésion ;
- ✓ Les versements des cotisations mensuelles des membres ;
- ✓ Les recettes issues des services de formations et des prestations diverses ;
- ✓ Les subventions des tiers ;
- ✓ Toutes autres recettes non citées plus haut.

Le système comptable mis en place vise à répondre aux attentes, aussi bien des membres que celles des partenaires. A cet effet, il assure entre autres :

- ✓ la régularité de l'information financière fournie ;
- ✓ la fiabilité des données comptables ;
- ✓ la simplicité des états à produire ;

Les états à produire par le système comptable intéressent outre les membres d'ACDEV, ses partenaires que sont :

- ✓ L'Etat (impôts, CNPS) ;
- ✓ Le personnel employé ;

Les bailleurs de fonds (CORDAID, ANTENNA TECHNOLOGIE, MINSANTE, MINAGRI MIMEE, BRITISH HIGH COMMISSION, UNICEF, Union Européenne, etc.)

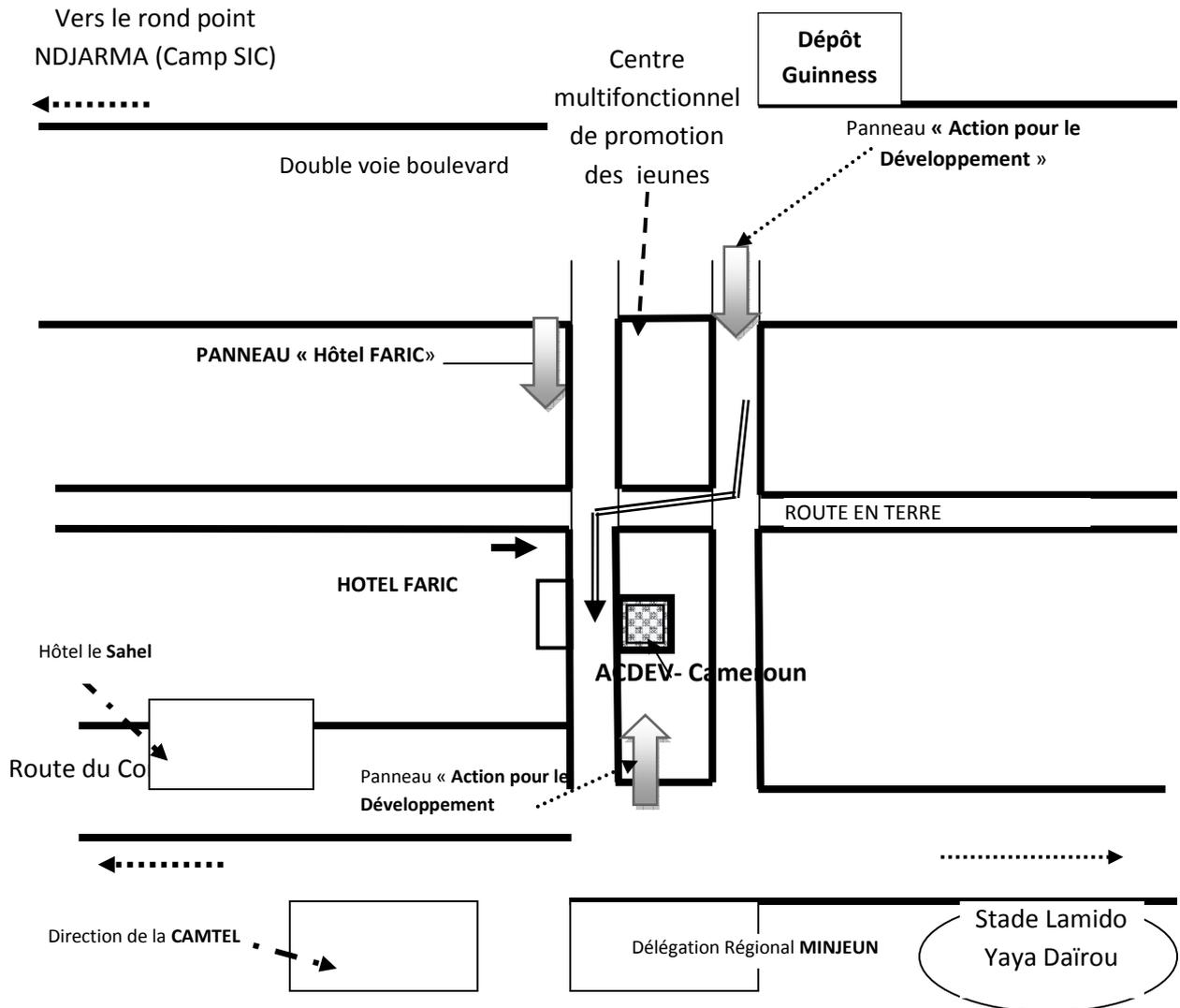
En fin il doit permettre aux responsables de faire un suivi budgétaire des dépenses aux moyens des codes budgétaires définis à cet effet.

#### 5. MOYENS LOGISTIQUES

- ☞ 11 Micro ordinateurs
- ☞ 07 Imprimantes
- ☞ 02 Photocopieurs
- ☞ 01 Vidéoprojecteur
- ☞ 01 Flipchart
- ☞ 05 Appareils photos (2 numériques)
- ☞ 01 Téléviseur
- ☞ 01 Magnétoscope
- ☞ 01 Lecteur CD/DVD/VCD
- ☞ 01 Télécopieur
- ☞ 01 Véhicule 4 x 4
- ☞ 01 Gamme de matériels anthropométriques (balance, toise, PB, Navarro (diagramme P/T), Boite à image)
- ☞ 01 Siège à Maroua
- ☞ 01 Bureau de liaison à Yaoundé
- ☞ 03 Motos

- ☞ 17 Tables bureaux
- ☞ 35 Chaises
- ☞ 01 Local loué pour bureaux
- ☞ 01 Ferme de production de la spiruline

## 6. PLAN DE LOCALISATION DU SIEGE D'ACDEV







## 8. Personnel d'ACDEV

Fonction	Nom et prénom	Qualification	Expérience de développement	Nationalité
<b>Coordonnateur National</b>	M. Jean Baptiste EKEN	<i>-DU 3ème cycle, Nouvelle Economie et Développement Durable -Diplômé d'Etudes Supérieures en Gestion des Projets et Administration des Programmes MDF EDE Pays Bas.</i>	14 ans	Camerounais
<b>Coordonnateur National Adjoint</b>	M. Mahmoudou Abdoul Kadiri	<i>-Planificateur, Gestion d'équipe et des projets Spécialiste en questions de développement organisationnel, -Conception des curricula de formation -Formateur</i>	11 ans	Camerounais
Assistant Technique	Mme Moussa Florence	<i>DSS de santé publique Nutritionniste</i>	9 ans	Française
Assistante Technique	Mme Vera Briqueu	<i>Technicienne en éducation</i>	4 ans	Française
Consultant	M. Denis Welga	<i>Technicien du crédit</i>	8 ans	Camerounais
Consultant	M. Paul Dourwé	<i>Technicien en développement communautaire, Algoculteur</i>	10 ans	Camerounais
Point Focal Ydé	M. Hamidou Yangäi	<i>Assistant logistique et administratif</i>	6 ans	Camerounais
Secrétaire Comptable	Fatimé Pirkoulossou	<i>Secrétariat et comptabilité</i>	2 ans	Camerounaise
Superviseur terrain	Djonyang Menkamla	<i>Technicien d'élevage</i>	4 ans	Camerounaise
Assistante superviseur	Abbiba Hassan	<i>Aide soignante</i>	10 ans	Camerounaise
Chef d'exploitation de la ferme	Awa Malloum	<i>Technicienne d'Agriculture</i>	3 ans	Camerounaise
Adjointe Chef d'Exploitation	Ndeddja Reine	<i>Technicienne Supérieure d'Agriculture</i>	2 ans	Camerounaise

## DEUXIEME PARTIE

### I- PROJETS EXECUTES AU COURS DE L'ANNEE 2010

#### I.1 RESUME

##### **A- Projet de Développement des mutuelles communautaires de santé auprès des femmes rurales dans le Diamaré (Juin 2010-Mai 2013)**

L'objectif principal du Projet de Développement des Mutuelles Communautaires de Santé auprès des Femmes Rurales dans le Diamaré, est de contribuer à étendre, aux populations les plus pauvres, l'accès à un système de protection sociale durable, adapté à leurs besoins et à leurs capacités contributives.

Plus spécifiquement, le projet PROMEDUC, vise les objectifs spécifiques suivants :

- ❖ *Permettre l'accès à plus de 15 % des ruraux pauvres aux soins de santé de qualité ;*
- ❖ *Renforcer les capacités des intervenants au niveau communautaire pour leur permettre d'exercer pleinement leurs responsabilités, de prendre une part plus active à la concertation, la structuration en matière de développement de la mutualité dans le district de santé ;*
- ❖ *développer des partenariats avec les autres acteurs du monde rural, tout en favorisant la participation des femmes dans la prise de décision ;*

##### **B- Projet de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au Niveau Communautaire (Juin 2007 à Juin 2010)**

Il s'agit ici à travers ce projet de contribuer à l'amélioration de la sécurité alimentaire et de la situation nutritionnelle des femmes et des enfants dans 97 villages dans le district de santé de Maroua rural, couvrant ainsi en parties les arrondissements de Maroua Ier, 2ème, 3ème, Gazawa et Dargala.

Pour atteindre les objectifs ci-dessus, la stratégie d'ACDEV s'est appuyé sur :

- la promotion de la croissance des enfants
- la communication sociale en nutrition et santé pour un changement des comportements
- le plaidoyer pour la lutte contre les maladies des enfants de moins de 5 ans
- le plaidoyer pour la pratique de l'allaitement maternel exclusif
- la promotion de l'utilisation des services de santé
- le renforcement des capacités institutionnelles et communautaires de lutte contre la malnutrition
- le renforcement du pouvoir d'achat des ménages des animatrices et de points focaux

- la mise en place de six mutuelles de santé communautaires pilotes
- la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique communautaire

Les quatre éléments suivants feront parties intégrantes de ces composantes :

- le ciblage des bénéficiaires
- la participation communautaire à travers les groupements de femmes
- la collaboration intersectorielle
- le renforcement des capacités à tous les niveaux

### **C- Production, Promotion et Vulgarisation de la Spiruline au Cameroun**

Le deuxième projet est la culture d'une algue ; la spiruline. Un Aliment miracle, c'est une minuscule algue à peine visible à l'œil nu qui a la densité nutritionnelle très impressionnante pour répondre au besoin de la lutte contre la malnutrition qui frappe les enfants, elle facilite la perte de poids, prévient le cancer, réduit le cholestérol, lutte contre la fatigue ou le vieillissement.

La spiruline très riche en acides aminés essentiels, fer, minéraux, acides gras (gamma linoléique), vitamine E, provitamine A et vitamine B. La spiruline est donc un supplément alimentaire idéal.

ACDEV, produit au sein de sa ferme à Maroua et fait autant que faire se peut la vulgarisation tout en cherchant des partenaires pour améliorer ses techniques d'exploitation, de conditionnement et de promotion et de vulgarisation.

## **I.2 LA MISE EN OEUVRE**

### **A- LE PROJET DE DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES COMMUNAUTAIRES DE SANTE AUPRES DES FEMMES DU DIAMARE**

#### **Introduction**

L'objectif du projet est de contribuer à améliorer de façon efficace à l'accessibilité aux soins de santé de qualité, la disponibilité des médicaments essentiels aux populations défavorisées et vulnérables dans le district de santé de Maroua rural, département du Diamaré, province de l'Extrême Nord du Cameroun, ceci à travers la création des mutuelles communautaires de santé et le renforcement des mutuelles existantes. Le Projet PROMEDUC, vise également à aider les mutuelles communautaires de santé à se doter des instruments de sécurité et de pérennisation.

#### **Part A – Phase d'Implantation**

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

- l'élaboration des documents d'évaluation des six mutuelles pilotes existantes ;
- l'organisation de l'atelier d'évaluation des six mutuelles pilotes ;
- la restitution de recommandations de l'atelier d'évaluation aux autres membres des six mutuelles pilotes ;
- l'information des partenaires ;
- la sensibilisation des populations ;
- la remobilisation des animatrices communautaires et des leaders villageois ;
- la réalisation des études de faisabilité ;
- l'exploitation des données de l'étude ;
- la préparation des Assemblées générales dans les aires de santé ;
- l'organisation des assemblées constitutives dans les aires de santé.

#### **L'Etude de faisabilité des mutuelles communautaires de santé**

L'étude de faisabilité, comme son nom l'indique sert à mieux connaître la situation dans laquelle la mutuelle communautaire de santé va évoluer dans le district de santé de Maroua Rural. Elle nous a aidés à apprécier la faisabilité, de déterminer les besoins des populations en matière de prestations de soins et enfin l'étude a facilité la fixation de la cotisation et des adhésions.

L'étude de faisabilité qui est menée entre Janvier et février nous a donné les informations suivantes sur les aspects tels que :

La situation socio-économique des ménages du district, pour apprécier la capacité contributive des populations ;

Sur le plan sanitaire de connaître la morbidité et la mortalité dans le district.

Après analyse, nous a orienté sur le principe qui veut que ; en fonction des besoins prioritaires en terme de soins de santé la population, les promoteurs, les prestataires de soins et les populations évaluent les moyens financiers nécessaires pour satisfaire ces besoins. Ce principe s'applique dans un contexte où les revenus de la population sont précaires. Ensemble, nous avons fixé le taux annuel de cotisation. Cette démarche a une contrainte, celle de maximiser les adhésions pour palier aux charges.

L'exercice consiste à estimer le nombre d'adhérents potentiels et les recettes annuelles et déterminer les soins prioritaires en fonction des moyens à disposer.

En attendant les ateliers de renforcement des capacités prévues dans les jours à venir, nous allons préparer et présenter différents scénarios sur lesquels, les mutualistes devront se prononcer afin de mieux se préparer à d'éventuels révisions, ceci en fonctions des priorités des adhérents eu égard à l'étendue, à la nature des activités.

## **Part B – Phase de prise en charge**

### **Activités réalisées**

Au cours de cette phase, les activités suivantes sont réalisées, il s'agit notamment de la phase préparatoire et de la tenue des assemblées constitutives, de la confection des outils de gestion et enfin de l'inscription des adhérents.

### **Création et renouvellement des instances de gouvernances des mutuelles communautaires de santé**

Un chronogramme d'activité a été mis sur pied, à l'issu d'une réunion de programmation qui regroupait les Superviseurs et les Coordonnateurs des programmes, ce calendrier de travail est validé sur le terrain par les Chefs traditionnels. Ces derniers sont chargés, après le passage de l'équipe de terrain de mobiliser leur population. Ils sont aidés dans cette tâche par les animatrices communautaires et les Leaders villageois. Lors de ce passage, les Superviseurs expliquent la procédure de gestion de cette assise, qu'est l'assemblée générale électorale des membres des bureaux. Egalement des exemplaires des statuts et règlement intérieur, leurs sont laissés pour exploitation et enrichissement avant sa validation en assemblée.

Ces mobilisateurs, avaient pour mission d'expliquer les rôles, les missions et les responsabilités des organes et des membres du bureau, pour qu'à la fin chaque candidat sache ce qu'on attend de lui.

Le jour venu, les superviseurs accompagnent les populations dans la tenue de cette assise ; dans la composition de l'équipe de séance, la validation des résultats et la rédaction des procès verbaux.

Le rôle du bureau exécutif du Groupement d'Initiative Commune (GIC), sous la bannière de laquelle, les mutuelles seront légalisées. Le bureau a donc pour rôle, entre autre de :

- Consolider les relations naturelles qui existent entre les différents membres dans l'aire de santé ;
- Renforcer l'esprit communautaire au sein de la mutuelle ;
- Etablir une plate forme de concertation et de dialogue permanent entre les membres de la communauté d'une part et entre le bureau, organe de gestion et divers partenaires de développement d'autre part ;
- Faire la promotion de sa mutuelle en tout lieux et en toutes circonstances ;
- prendre en charge les cas, dans la limite des principes de base et de la réglementation en vigueur, en matière de soins de santé primaire au Cameroun ;
- promouvoir la santé, l'hygiène du milieu, la nutrition par le biais de l'éducation pour un changement de comportement ;
- gérer les ressources mises à sa disposition de façon transparente ;
- rassembler la population de son aire de santé autour de lui, en instituant un climat de confiance et de dialogue ;
- Débattre sur les priorités de la mutuelle et sur les moyens mobilisables pour faciliter la bonne conduite des actions projetées.

## **PROBLEMES RENCONTRES ET SOLUTIONS PRECONISEES**

Les difficultés rencontrées sont deux ordres.

La première, est observée du côté des membres des comités de gestion des mutuelles communautaires de santé et elles sont observées par rapport à la mobilisation des ressources humaines et des adhésions.

Les nouveaux membres des comités n'arrivent pas à couvrir tous les villages de l'aire de santé. Avec le projet PCIME-C qui s'est achevé en mai 2010, la stratégie de mobilisation des populations étaient effective qu'en stratégie avancée, or le présent Projet de Développement des Mutuelles Communautaires de Santé auprès des Femmes Rurales dans le Diamaré, couvre tous les villages. Certaines de nos AC ont du mal à s'exprimer devant les Chefs traditionnels, car habitué plus à dialoguer avec les femmes. C'est pourquoi les superviseurs multiplient les descentes pour les accompagner.

Les populations rurales sont très intéressées par les mutuelles de santé, mais ont des doutes quant à la régularité des cotisations qu'il faut observer.

Les populations de l'aire de santé de Meskine, se méfient trop, car leur première expérience s'est avérée malheureuse. Nous entendons redoubler de sensibilisation pour changer cette mauvaise

vision. Nous avons ici un avantage pas de moindre, la confiance des populations face à ACDEV et la maîtrise de terrain.

La faiblesse d'adhésion, est selon nos analyses dues au faible revenu des populations de Maroua Rural.

Aux difficultés rencontrées, nous y mettons une attention particulière pour résoudre les problèmes afin de ne pas altérer sur la bonne option de doter les 28 districts de santé de l'Extrême-Nord des mutuelles de santé de qualité.

Nous préconisons de renforcer les capacités des membres des comités de gestion sur leur rôle et sur les outils de gestion administrative et financière dans les prochains jours.

## **PERSPECTIVES AVENIR**

La première année de mise en œuvre a été consacrée à la mobilisation sociale, au renouvellement des instances de gouvernance des mutuelles communautaires de santé et à la mise en place des premiers fonds de roulement. Dans les jours à venir, nous continuerons avec la sensibilisation, les inscriptions, puis viendront les formations et la concrétisation des conventions de partenariat avec les différents prestataires ; les formations sanitaires et d'autres mutuelles à l'intérieur du pays pour échanger les expériences. Nous mettrons l'accent sur l'équipement en vélos des comités de gestion pour réduire les dépenses de transport pour la sensibilisation et le transfert des rapports au niveau des CSI.

## **CONCLUSION**

Cette première année qui, en fait a pris du retard à cause des problèmes évoqués ci-haut, s'est déroulé de façon méthodique et avec prudence. Nous avons noté des avancées considérables, parce que les adhésions se sont concrétisées malgré les difficultés financières et pécuniaires des populations du district de santé de Maroua Rural. Les stratégies de mobilisation mise en place, commencent à mordre.

Dans l'ensemble l'amélioration des connaissances des membres des Comités s'est bien accrue. Les rapports de supervisions et les échos entendus çà et là nous donnent un aperçu positif de notre travail, ce qui nous galvanise à redoubler plus d'engagement et d'enthousiasme.

Nous retiendrons comme temps forts de cette période la présence des Chefs traditionnels et des autorités administratives lors des séances de sensibilisation.

La timidité dans les adhésions sera à coup sûr, réglée avec les premières prises en charge des bénéficiaires, le fait majeur lié aux adhésions en nature et enfin nous n'oublierons pas la sécurisation de fonds collectés, toutes ces actions militent en faveur de la bonne couverture du district de santé de Maroua Rural par les Mutuelles Communautaires.

Le projet «PROMEDUC » a bon cap dans le district, nous sommes déterminés à contribuer à assurer l'accès aux soins de santé de qualité à la population périphérique de la ville de Maroua, qui est caractérisée par une paupérisation et une inadaptation au changement climatique forte.

L'ouverture et l'accompagnement des mutuelles communautaires de santé, particulièrement envers les populations défavorisées, sont actuellement à l'agenda national et international des différents acteurs et des initiatives internationales comme le Document Stratégique pour la Croissance et l'Emploi à l'horizon 2035 du Cameroun, la mobilisation des promoteurs de mutuelles de santé au Cameroun, la campagne mondiale sur l'extension de la sécurité sociale du BIT, de l'International Health Partnership et de Providing for Health, nous encouragent.

## **B- LE PROJET DE PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE**

### **INTRODUCTION**

Le projet de Prise en charge Intégrée des Maladie de l'Enfant au niveau Communautaire (PCIME-C) est exécuté dans le district de santé de Maroua rural depuis 2007, avec l'appui financier de CORDAID, en partenariat avec la Délégation Régionale de la Santé de l'Extrême Nord.

La première phase du projet (phase pilote) s'est déroulée en 2006 et s'étendait dans 23 villages de ce district de santé. L'évaluation de cette phase nous a montré que le déroulement du projet était satisfaisant et l'implication des populations était considérable.

Nous avons donc initié le même type de projet dans cette ancienne zone d'intervention, avec une prolongation des activités et une extension du projet à un plus grand nombre de villages.

Le projet vise à améliorer la situation sanitaire et nutritionnelle des femmes et des enfants dans au moins 100 villages du district de santé de Maroua Rural, ceci 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. Dans ce projet, la continuation des activités après la présence d'ACDEV est très importante.

A la fin du projet, une évaluation était nécessaire pour mesurer les résultats et les impacts C'est en ce sens qu'un séminaire d'évaluation est organisé le 21 août 2010 dans les services de santé du district de Maroua rural. Cet atelier est suivi d'une série d'évaluation individuelles au niveau communautaire ; AC, leaders villageois, points focaux, chefs des centres et quelques bénéficiaires.

### **1. OBJECTIF DU PROJET**

L'objectif à long terme était formulé comme « La situation sanitaire et nutritionnelle des femmes et des enfants dans le district de santé de Maroua Rural est améliorée 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 à courts termes étaient définis comme suit :*
- *La fréquentation des CSI est améliorée de 15% ;*
- *La fréquentation des stratégies avancées est améliorée de 25% ;*
- *Le taux de malnutrition chronique (insuffisance pondérale, poids/âge) des enfants de 0 à 5 ans est réduit de 15% ;*
- *Un relais du centre de santé est mis en place au niveau communautaire dans chaque village d'intervention, ce relais est constitué par 2 AC et les leaders villageois.*
- *Un système pilote de mutuelle communautaire de santé est mis en place dans au moins 6 aires de santé ;*

- *Un système de 12 caisses de micro crédit en faveur des animateurs communautaires qui travaillent bénévolement sera monté pour motiver ces femmes de manière durable.*

Pour atteindre l'objectif ci-dessus, la stratégie d'ACDEV s'appuiera sur 6 composantes principales :

**a) La promotion de l'utilisation des services de santé ;**

*Il s'agit, avec les bénéficiaires d'identifier les besoins, de les sensibiliser et de les référer vers des structures de santé pour :*

- ⇒ *Le déparasitage systématique des enfants en général et particulièrement des malnutris ;*
- ⇒ *La vaccination des enfants contre les maladies cibles du programme élargi de vaccination ;*
- ⇒ *Les consultations prénatales ;*
- ⇒ *Le dépistage volontaire du VIH ;*
- ⇒ *Le counseling pour planning familial;*
- ⇒ *La participation communautaire ...*

**b) La Communication pour un Changement de Comportement (CCC) notamment sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ;**

*Des exposés- discussion hebdomadaires/mensuels sont proposés par l'animatrice, aidée dans sa tâche par le point focal (personnel de santé). Les thèmes sont choisis par l'enquête CAP initiale (avant projet) et sont programmés en fonction de la situation sanitaire du district. Les thèmes suivants ont été retenus :*

- ⇒ *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 ;*
- ⇒ *Promotion des bouillies de sevrage des enfants ;*
- ⇒ *Prise en charge de la diarrhée à domicile ;*
- ⇒ *Promotion de la lutte contre le paludisme ;*
- ⇒ *Les micronutriments ;*
- ⇒ *Prévention des IST- VIH ;*
- ⇒ *Prévention des IRA ;*
- ⇒ *Programme élargi de vaccination ;*

**c) Le suivi- promotion de la croissance des enfants ;**

*Le suivi- promotion de la croissance se fait mensuellement auprès des mères d'enfants selon l'Approche de trois « A » **Appréciation-Analyse- Action**. L'enfant malnutri est mesuré (poids/âge), pour évaluer son état nutritionnel, puis l'animatrice aide la mère à déterminer la cause du problème et ensuite déterminer la solution à entreprendre à domicile pour résoudre le problème.*

**d) La mise en place d'un relais communautaire du centre de santé ;**

*Il s'agit ici de mettre en place un dispositif relais après le départ d'ACDEV- Cameroun du district de santé de Maroua Rural, pour mieux intégrer le travail des animateurs communautaires dans les activités de santé. L'encadrement des animatrices/eurs communautaires s'est poursuivi cette année par les points focaux (personnel de santé) au sein de*

chaque centre de santé, ceci avec l'aide du superviseur régional d'ACDEV. Ils ont ainsi pris le relais des promoteurs, ceux-ci se sont retirés progressivement après deux ans d'intervention (2007/2008). Ainsi le suivi-supervision des AC est pris en charge par les structures de santé et devient subséquemment pérennisable.

**e) Le plaidoyer pour un meilleur accès aux services de santé de qualité ;**

Des plaidoyers sont effectués auprès des responsables structures de santé et des autorités locales afin d'améliorer l'accès à des services de base de qualité, amélioration de l'accueil, implication des animatrices communautaires dans la mobilisation sociale. Les thèmes discutés souvent sont : la distribution effective de la vitamine A à toutes les cibles; la prise en charge effective des enfants malnutris aux centres de santé...

**f) La création des mutuelles de santé dans les villages projet ;**

Il s'agit d'un système de mutuelles de santé dans les 6 aires de santé (sélectionnés selon leur dynamisme). Toutes les femmes des villages d'intervention auront la possibilité d'accéder à ce système. La mutuelle est gérée à l'échelle d'une aire de santé ; un comité de gestion est choisi parmi les animateurs et leaders villageois. Les animateurs du village suivent les cotisations mensuelles. Afin d'apprendre de nos expériences nous avons d'abord commencé dans 6 aires de santé et progressivement nous continueront l'implantation dans les 6 autres aires.

**g) La mise en place d'un système de micro crédit en faveur des animateurs communautaires, qui travaillent dans le bénévolat dans le projet.**

Afin de s'assurer que les animatrices/eurs communautaires mettent en œuvre les activités dans le bénévolat avec satisfaction et qu'elles/ils continueront leur travail après la fin du projet, nous avons trouvé la formule de motivation. La création de 12 caisses de microcrédit, en plus de chercher des apports au niveau des communautés et des centres de santé.

Les animatrices/eurs communautaires bénéficient également d'une formation sur les aspects de la gestion, l'aspect crédit -épargne et sur l'entreprenariat. Elles/ils sont formées également à la vie associative, pour se constituer en union. Le ciblage des bénéficiaires du crédit est fondé sur l'esprit de volontariat et d'engagement.

**h) Le transfert de compétences à la communauté**

Au niveau des 97 villages couverts par PCIME- C, deux animatrices communautaires bénévoles et 5 leaders villageois sont identifiés au sein de la communauté. Ces intervenants sont d'abord formés sur le tas, en voyant faire les Promoteurs de santé, ensuite elles/ils sont formés en salle, puis, sont impliqués et responsabilisés dans toutes les phases du projet. Ainsi, à la fin du projet chaque village disposera d'une structure participative capable d'analyser et de résoudre les problèmes sanitaires et de délivrer les services de nutrition. Après la fin du projet les matériels (boîte à image, balance, registres) seront laissés à la disposition de la communauté. (Volet de la prise en charge communautaire de la santé et de la nutrition)

## ACTIVITES REALISEES PAR PCIME -C

Afin d'orienter les travaux du projet vers les objectifs définis ci haut, les activités suivantes sont réalisées régulièrement :

- ◆ *Peser et mesurer tous les enfants de 0 à 59 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 et en relation avec les activités des centres de santé ;*
- ◆ *Collecter les adhésions des mutualistes dans les villages et les transférer à la trésorière ;*
- ◆ *Collecter les cotisations de mutualistes, pour transférer ;*
- ◆ *Délivrer les bulletins de prise en charge aux adhérents ;*
- ◆ *Collecter les demandes de crédits individuel ;*
- ◆ *Siéger en comité de gestion de crédit et des mutuelles de santé...*

Depuis le début du projet, les animateurs et les promoteurs réunissaient les bénéficiaires de manière hebdomadaire. Mais à partir du moment où les promoteurs se sont retirés, les AC réunissent les bénéficiaires une fois par mois avec la stratégie avancée du programme élargie de vaccination que font les centres de santé dans les villages. Mais le suivi des enfants malnutris et les conseils à leurs mères se font de manière quotidienne.

## 2. LES RESULTATS DE PCIME-C

Le projet PCIME-C, est exécuté dans les villages selon l'APPROCHE de trois « A » :

- *APPRECIATION*

- *ANALYSE*

- *ACTION*



**L'Appréciation** correspondra au screening, qui est réalisé tous les 3 mois en collaboration ; promoteur/point focal du CSI et des animatrices qui sont membres de la communauté. (**Phase d'appréciation**).

Le screening est la première activité du projet. Tous les enfants de 0 à 59 mois (malnutris, malades et bien portants) sont pesés et mesurés, les femmes enceintes, les mères d'enfant malnutris, les mères d'enfants bien portants sont recensés).

L'**Analyse** se fait par la présentation des résultats à la communauté par le biais du comité des leaders au cours d'une réunion. Ainsi entre le dernier screening et le précédent, la communauté pourra discuter de l'évolution de la malnutrition (augmentation ou de la baisse), des raisons de cette évolution (**phase d'analyse**).

L'**Action** résulte de la phase de l'analyse, déterminante à un type d'action à entreprendre et des éventuelles solutions pour remédier à cette situation (**phase d'action**). Les résultats suivants ont été atteints au cours de l'année 2010.

### 3.1 La fréquentation des Centres de Santé Intégrés

Les données appréciées :

- Le nombre de femmes enceintes qui se présente à la Consultation Périnatale (CPN)
- Le nombre d'enfants 0 à 5 ans qui a été consulté aux centres de santé.
- Le nombre de femmes qui ont été consultées dans les centres de santé
- Le nombre d'enfants de 0 à 5 ans venus au lieu de vaccination en stratégie avancée
- Ces données ont été recueillies dans les rapports mensuels d'activité (RMA) des centres de santé.

De manière globale, le taux de fréquentation des centres de santé a augmenté de 43% de la période de l'implantation du projet jusqu'à mai 2010.

### 3.2 La mise en place des relais au niveau communautaire

Aire de santé	Nombre de villages couverts	Nombre d'AC identifiés	Nombre de Leaders identifiés	Nombre de Leaders ayant été actifs
Dogba	08	16	42	34
Papata	09	18	47	38
Dargala	09	18	44	29
Ouro-zangui	09	18	27	18
Gazawa	08	16	46	29
Massakal	09	18	42	33
Meskine	09	18	42	33
Gawel	08	19	47	39
Ndoukoula	09	18	40	31
Dagaï	06	13	31	25
Salak	07	14	30	23
Yoldéo	06	10	34	28
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>196</b>	<b>472</b>	<b>360</b>

### **3.3 La mise en place d'un système de micro crédit en faveur des animateurs communautaires**

Dans le but de motiver les animatrices et animateurs communautaires qui travaillent bénévolement, un système de micro crédit est mis sur pieds, avec douze caisses de micro crédit, à raison d'une caisse par aire de santé.

#### **a) Organisation et formation des groupes de AC**

Au préalable, les animateurs communautaires ont été regroupés en GIC par aire de santé. ACDEV a accompagné ces GIC dans la structuration, le renforcement des capacités des membres (dans l'organisation du groupe, la gestion des caisses de micro crédit et dans l'accompagnement au quotidien). Les thèmes suivants ont été également débattus lors de ces formations :

- La généralité et les notions élémentaires sur le crédit
- L'organisation et le règlement de crédits
- Les outils de gestion
- L'Organisation et le fonctionnement des GIC.

#### **b) Procédure d'octroi de crédit et bénéficiaires**

Les bénéficiaires de cette activité de crédit sont essentiellement les AC et les points focaux (les points focaux ont été impliqués afin qu'ils puissent coordonner ces activités au niveau des centres de santé)

Chaque bénéficiaire potentiel est reçu sous la base d'une demande individuelle qui comporte un compte d'exploitation. Toutes les demandes sont étudiées au niveau du bureau du GIC des AC. Ce bureau étudie la faisabilité du projet déposé par chaque demandeur selon les critères suivants :

#### **La rentabilité de l'activité**

Au préalable, les conditions suivantes doivent être remplies :

- La compatibilité avec les objectifs du projet PCIME-C ;
- La faisabilité de l'activité au niveau communautaire et selon les fonds disponibles.

Par la suite, une discussion est entreprise avec chaque soumissionnaire afin de valider sa demande après correction et ajustement.

Les activités répertoriées dans les comptes d'exploitation pour le premier cycle de crédit sont les suivantes :

- le petit commerce ; beignets, poisson, volaille, sucre, oignons, pétrole, bonnets, de calebasse...
- le stockage et commerce de céréales, feuilles vertes et des légumineuses (mil, maïs, arachide, haricot ...)

- l'élevage de petits ruminants et l'embouche bovine
- la fabrication d'huile d'arachide
- petit restaurant
- la couture

### c) Mise à disposition et gestion des caisses de micro crédit

Au départ, les demandes qui sont validées par le bureau du GIC sont regroupées par aire de santé (par GIC des AC)

ACDEV a mis à la disposition de chaque GIC les premiers fonds en fonction du montant global des demandés validés. Les GIC ont, à leur tour octroyé des prêts à chaque AC pour une durée de trois mois, ce qui correspond à un cycle de crédit.

Les crédits ainsi octroyés sont gérés sous la notion de caution solidaire au sein d'un groupe demandeur. Par la suite, les crédits sont remboursés à faible taux d'intérêt, lors d'une séance de remboursement et ce même jour, l'argent remboursé est rétrocedé aux nouveaux demandeurs pour un nouveau cycle de crédit.

### d) Tableau récapitulatif

Aire de santé	Nombre de caisse de crédit	Nombre de membre formé
Dogba	01	09
Papata	01	08
Dargala	01	08
Ouro-Zangui	01	09
Gawel	01	08
Gazawa	01	08
Meskine	01	08
Massakal	01	08
Dagaï	01	08
Ndoukoula	01	08
Yoldéo	01	07
Salak	01	07
Total	12	96

### e) Situation actuelle

Le tableau ci-dessous illustre la situation actuelle des crédits par aire de santé.

Aire de santé	Nombre de cycle de crédit	Nombre de demandes reçues	Nombre total de bénéficiaires						% Demandes validées
			Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4	Cycle 5	total	
Dogba	05	55	10	10	10	12	12	54	98
Papata	05	61	10	11	12	11	12	56	92
Dargala	05	60	11	12	12	12	11	58	97
Ouro-Zangui	05	57	10	12	11	11	13	57	100
Gawel	05	57	12	11	10	12	12	57	100
Gazawa	04	66	9	12	10	9	0	40	61
Meskine	05	53	10	11	11	11	10	53	100
Massakal	05	64	15	10	13	12	12	62	97
Dagaï	05	53	10	12	10	11	10	53	100

Ndoukoula	05	75	16	15	13	14	13	71	95
Yoldéo	05	40	8	8	8	8	8	40	100
Salak	05	53	7	11	12	12	11	53	100
Total		694	128	135	132	135	124	654	94

Le tableau nous montre que 694 demandes ont été reçues pendant la durée total du projet et 654 ont été financée, donc un taux de bénéficiaires de 94.2%. Au cours de cette même période, 40 demandes n'ont pas été validé pendant ce temps car après discussion avec le comité de validation, les intéressés sont tombé d'accord que leurs projets n'étaient pas approprié, soit par sa faible rentabilité, soit par contradiction aux objectifs du projet PCIME. Les comités de gestion, avec l'aide du personnel d'ACDEV veillent également au suivi des activités individuelles des bénéficiaires afin de leur apporter un appui régulier dans leurs initiatives.

### **3. La mise en place des mutuelles de santé**

Les mutuelles de santé ont été introduites dans le projet dans le souci de pallier au problème de manque de moyens financiers que posent les femmes pour se soigner et ses progénitures. Pour la circonstance, nous avons choisis 06 aires de santé pour implanter des mutuelles de santé. Les aires ont été choisies de commun accord avec le district de santé, par rapport à leur taille (population totale) et au dynamisme communautaire. Il s'agit des aires de santé de:

- ⇒ Dargala
- ⇒ Ouro – Zangui
- ⇒ Dogba
- ⇒ Gawel
- ⇒ Dagaï
- ⇒ Gazawa

#### **Organisation et formation**

Les mutuelles de santé sont gérées par les GIC des AC. Tout adhérent à une des mutuelle a droit à un livret d'adhérent, sur lequel figureront les noms des membres qu'un adhérent inscrit et seront pris en charge par la mutuelle. Des cotisations mensuelles et les adhésions sont versées auprès des AC dans chaque village pour éviter aux populations d'effectuer les déplacements vers les centres de santé. Les AC les acheminent ensuite vers les centres de santé, siège des caisses des mutuelles, où se retrouvent les registres de bénéficiaires et de suivi des cotisations. Les références pour la prise en charge des bénéficiaires partent également des villages vers les centres de santé. Les membres des comités de gestion tiennent des réunions mensuelles pour évaluer les activités menées. Ces réunions sont coordonnées par les points focaux, chaque village est représenté au sein de ces réunions par ses deux animateurs communautaires.

#### **Situation des bénéficiaires**

Nous avons enregistré pour les 06 mutuelles de santé 839 adhérents. Les rapports des GIC indiquent un cumul de 2427 bénéficiaires (chaque adhérent aligne ses membres de famille). Les cotisations mensuelles des bénéficiaires sont enregistrées au jour le jour au niveau des villages et reversées dans les caisses des mutuelles au niveau des centres de santé. Chaque adhérent est

soumis à une période d'observation de trois mois avant de bénéficier de la première prise en charge. Ceci permet d'éviter les abandons précoces des membres. La prise en charge effective a commencé en mars 2009. Nous enregistrons un cumul de 449 personnes prises en charge par les 06 mutuelles jusqu'en mai 2010. Le tableau ci-dessous montre les nombres de prises en charge des bénéficiaires par aires de santé (par mutuelle de santé).

ACDEV a mis à la disposition des mutuelles des fonds de démarrage à partir de fin février afin que celles-ci puissent affronter les éventuels problèmes liés à l'argent. Ceci parce qu'après estimation en fonction du nombre d'ayant droit potentiel nous nous sommes rendu compte que les trois mois de cotisations mensuelles ne pouvaient pas efficacement prendre en charge les bénéficiaires. Les fonds qui sont mis à leur disposition leur ont permis de couvrir les charges pendant trois mois, en plus des trois mois d'observation (fonctionnement, prise en charge des malades).

#### Tableau d'information sur les mutuelles de santé

Informations	Aire de santé						Total
	Dargala	Gawel	Gazawa	Dagai	Dogba	O.Zangui	
Nombre actuel d'adhérents	139	150	105	84	182	179	839
Nombre actuel de bénéficiaires	492	321	221	336	523	534	2427
Nombre de bénéficiaires à jour au 31/12/2010	38	81	25	51	86	72	353
Nombre de prises en charge jusqu'à décembre 2010	71	182	19	33	75	69	449

D'après ce tableau nous remarquons que le nombre de personnes à jours des cotisations est très faible, ce qui rend la prise en charge des bénéficiaires difficile, les caisses ne peuvent supporter les couts de prestations. Pour résoudre ce problème, les animateurs ont convoqués des réunions des adhérents pour augmenter les cotisations et encourager le paiement en nature. Nous espérons une amélioration de la situation des cotisations à la prochaine récolte.

#### 4. Activités de promotion et de protection de la santé de la mère et de l'enfant

##### a) -Screening et des inscriptions

Tableau de dépistage et inscription des femmes

Synthèse	DEPISTÉES					INSCRITES				
	FE	FA	MEM	MEB	Total	FE	FA	MEM	MEB	Total
Rapport an 1	1978	2608	3877	8408	16871	1299	1607	3159	931	6996
Rapport an 2	2056	3008	4088	9353	18505	1604	2204	3452	1368	8628
Rapport an 3	1535	2000	2067	7286	12888	1259	1567	1800	1043	4223
Total	5026	6991	9573	22464	44054	3686	4838	8002	2933	19459

Pourcentage global des femmes inscrites = 44,17%

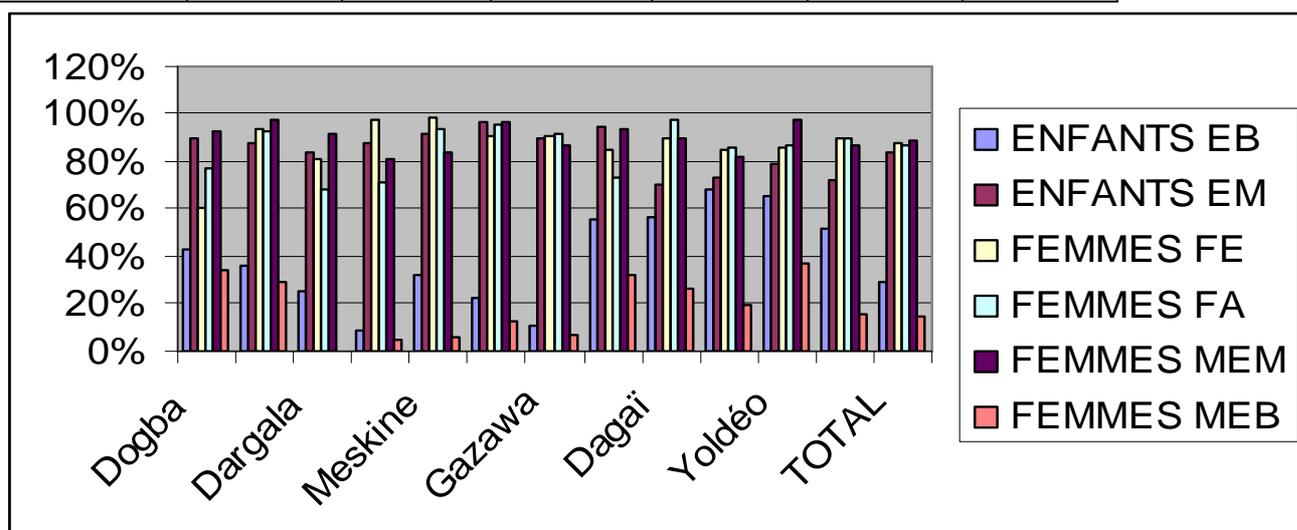
Tableau : Dépistage et inscription des enfants

Synthèse	DEPISTES							INSCRITS					
	0-11 MOIS		12-59 MOIS		TOTAL		Total	0-11 MOIS		12-59 MOIS		TOTAL	
	EB	EM	EB	EM	EB	EM		EB	EM	EB	EM	EB	EM
Rapport an 1	5357	820	10755	4636	16112	5456	21568	2138	678	1898	3158	4036	3836
Rapport an2	6332	1272	11592	4468	17924	5740	23664	2736	1234	1736	3237	4472	4471
Rapport an 3	4212	726	7803	2109	12015	2835	14850	1909	665	1400	1580	3309	2245
Total	15901	2818	30150	11213	46051	14031	60082	6783	2577	5034	7975	11817	10552

Taux de malnutrition global aux dépistages = 23,35% Taux de malnutrition aux inscriptions = 47,17%

Tableau des TAUX DE COUVERTURE DES BENEFICIAIRES

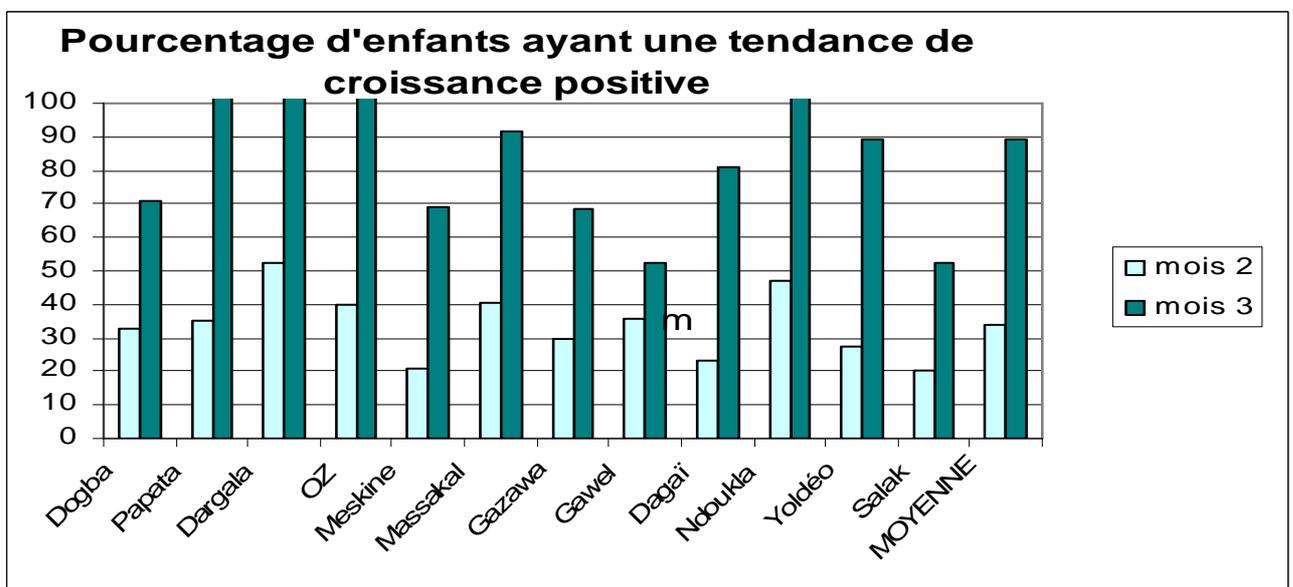
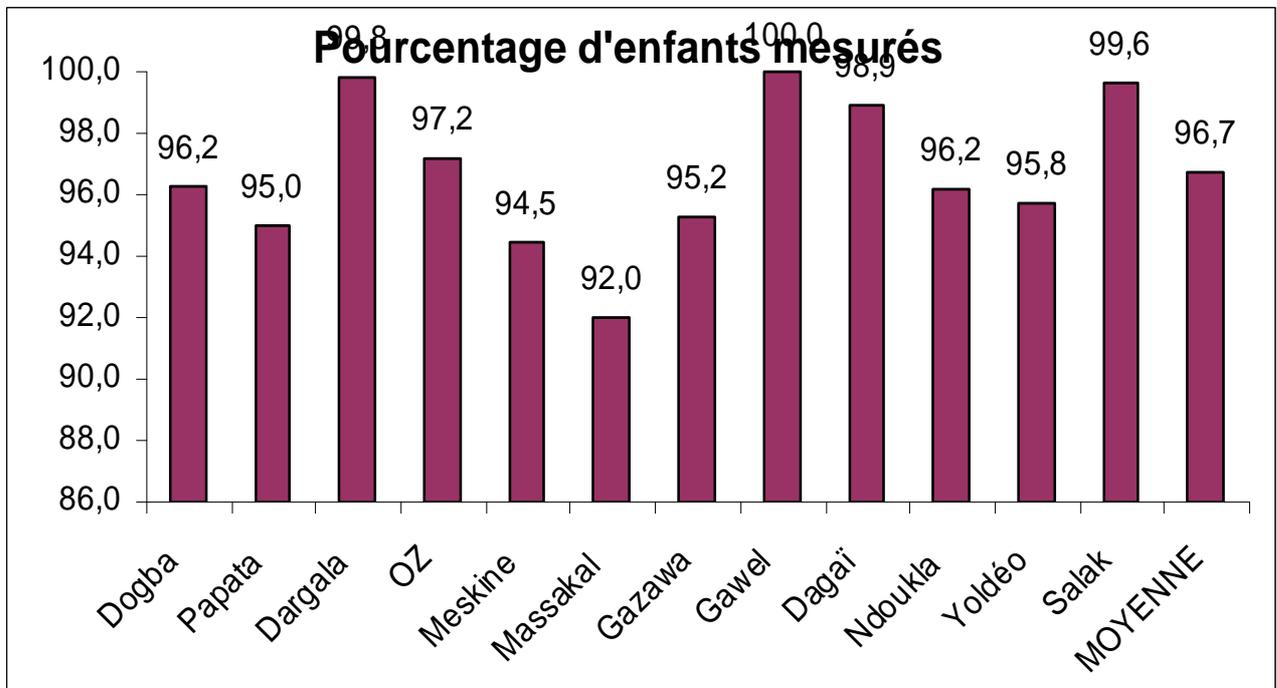
AIRE	ENFANTS		FEMMES			
	EB	EM	FE	FA	MEM	MEB
Dogba	43%	89%	61%	77%	92%	34%
Papata	36%	88%	93%	93%	98%	29%
Dargala	25%	84%	81%	68%	91%	0%
Ouro Zang	9%	88%	98%	71%	81%	5%
Meskine	33%	91%	98%	93%	84%	6%
Massakal	22%	97%	91%	96%	96%	13%
Gazawa	11%	90%	91%	91%	87%	7%
Gawel	56%	94%	85%	73%	94%	32%
Dagai	57%	70%	90%	98%	89%	26%
Ndoukla	69%	73%	85%	86%	82%	20%
Yoldéo	65%	79%	86%	87%	98%	38%
Salak	51%	72%	89%	90%	87%	15%
TOTAL	29%	84%	88%	86%	89%	15%



#### b) Suivi promotion de la croissance des enfants

Le suivi-promotion de la croissance consiste à suivre régulièrement la croissance des enfants inscrits au programme. Cette activité a pour principal objectif d'améliorer la croissance des

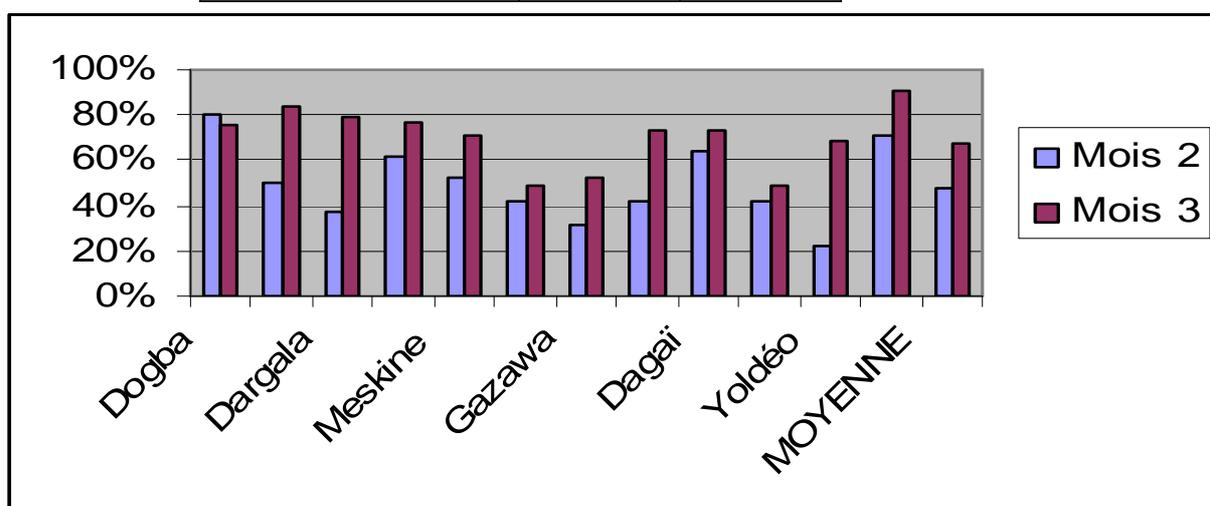
enfants par le suivi, les conseils aux mères et les démonstrations culinaires des bouillies et autres aliments de sevrage. Il permet également de récupérer les enfants malnutris, afin de leur donner une croissance à tendance positive selon le carnet « bon chemin de la santé ». La récupération moyenne globale est de 47% pendant les deuxièmes mois des promotions et de 68% pendant les troisièmes mois. Des taux très satisfaisants.



**c) Récupération nutritionnelle des enfants**

Aire de santé	Mois 2	Mois 3
Dogba	80%	76%
Papata	50%	83%

Dargala	37%	79%
Ouro Zangui	62%	76%
Meskine	52%	71%
Massakal	42%	48%
Gazawa	31%	52%
Gawel	41%	73%
Dagai	64%	73%
Ndoukla	42%	48%
Yoldéo	22%	69%
Salak	71%	91%
MOYENNE	47%	68%



#### d) Causeries éducatives de nutrition et santé

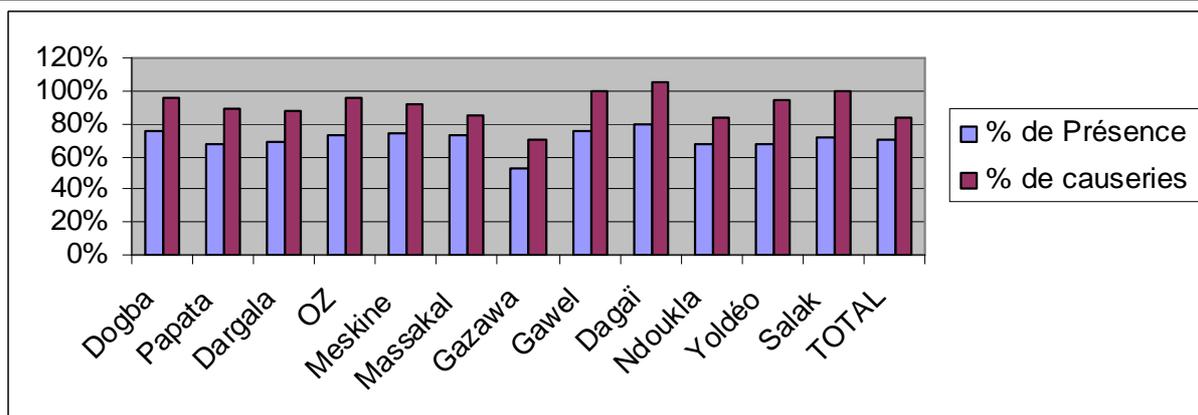
Les animatrices communautaires ont inscrit 1 9459 femmes lors des quatre promotions, réparties en 884 groupes de causeries : globalement un groupe par village par promotion. L'objectif du projet est de créer des groupes de causerie de 20 femmes environ. La moyenne utilisée est de 22 femmes en moyenne. Sur l'ensemble des villages 4 500 séances de causeries ont eu lieu. Nous avons estimé que chaque couple d'animateurs communautaires pourrait effectuer une séance par semaine à la 1<sup>ère</sup> année et une séance par mois les 2 dernières années. 83% des causeries ont eu lieu, avec 78% de femmes inscrites. Nous avons également invité les hommes intéressés à participer à certaines des séances de causerie. Il en résulte que 102 séances de causerie ont été animées en présence des hommes.

#### Participation des femmes aux causeries

Le pourcentage global de causeries réalisées est de 83%. Ce qui signifie que l'objectif de réaliser 70% des causeries programmées est largement atteint. Le pourcentage global de présence aux causeries est de 78%. De ce côté aussi, l'objectif d'avoir 70% de femmes inscrites aux séances de causerie est atteint. Avec le retrait des promoteurs au premier trimestre de la 2<sup>ème</sup> année, il y a eu déséquilibre dans l'organisation des femmes villageoises. Certaines étaient trop attachées aux promoteurs venant d'ACDEV et ont toujours tendance à penser que le départ de ceux-ci du projet signifiait la fin des activités. Mais avec un peu d'effort dans la sensibilisation, nous avons

tout de même pu résoudre le problème à partir de la fin du semestre de la même année.

Synthèse	Nombre femmes attendues	Nombre femmes présentes	% de présence	% de causeries réalisées	Nombre causeries effectuées	Nombre causeries prévues
Rapport an 1	53 315	42 645	80%	82%	2 232	2 735
Rapport an 2	28 025	21 615	77%	86%	986	1 140
Rapport an 3	29 208	22 029	75%	84%	1282	1525
Total	110 548	86 289	78%	83%	4 500	5 400
Moyenne de causerie par village : 46,4						



#### e) Référence vers les centres de santé

##### *Référence des enfants*

Afin de rapprocher les services des formations sanitaires et d'augmenter la fréquentation les animateurs communautaires, pendant les screening, le suivi à domicile et la surveillance épidémiologique, réfèrent vers les centres de santé les malades, ceux qui ne sont pas à jour de leur vaccination, celles qui n'ont pas fait de CPN. Ils leur remettent ainsi un billet de référence qui sera déposé auprès du point focal.

Concernant la référence des enfants, 10157 enfants ont été référés durant l'exécution du projet, dont 2549 sont référés pour la malnutrition, 3495 pour la vaccination, et 4113 pour maladie. Au total 5706, donc 56,17 % des enfants référés se sont réellement rendus au centre de santé.

Tableau de référence des enfants par motif

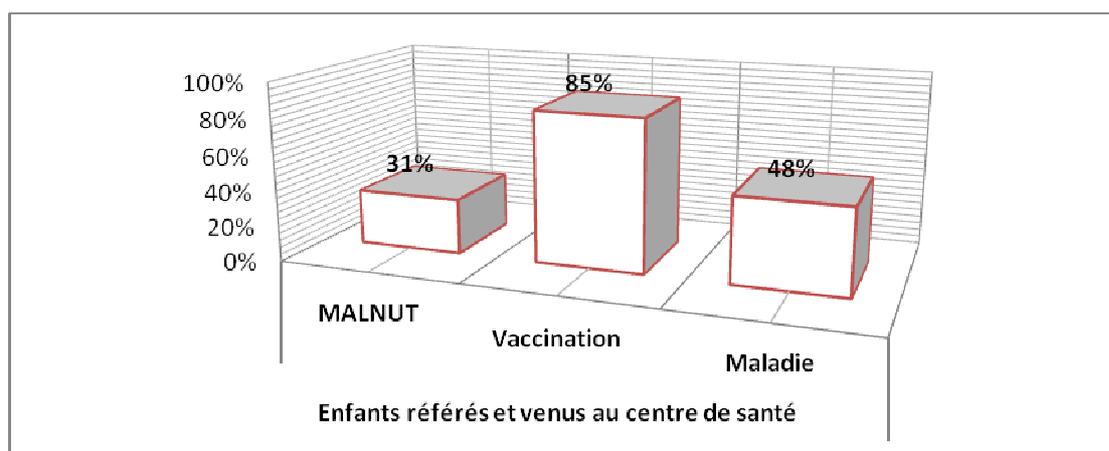
Synthèse	Enfants référés par motif				Enfants référés et venus au centre de santé				%
	MALNUT	VACCIN	MALADIE	TOTAL	MALNUT	Vaccination	Maladie	Total	
Rapport an 1	1312	1877	1630	4819	327	1508	472	2307	48
Rapport an 2	940	1116	1507	3563	380	998	844	2222	62
Rapport an 3	297	502	976	1775	82	457	638	1177	66
	2549	3495	4113	10157	789	2963	1954	5706	56
% venu par motif:					31%	85%	48%		

Nous constatons que le pourcentage d'enfants malnutris référés qui sont réellement allés au CSI est trop faible. Ceci est dû au fait que les mères d'enfants malnutris ont honte du statut de leurs

enfants car le plus souvent la malnutrition est causée soit par des grossesses rapprochées, soit par une mauvaise pratique alimentaire due à la négligence des parents.

La figure ci-dessous montre les résultats de cet effort en pourcentage par motif de référence. On remarque que la plupart des enfants référés avec le motif vaccination se rendent au centre de santé, mais que le taux des enfants venus est plus bas pour les motifs de maladie ou de malnutrition. Apparemment les mères donnent plus d'importance à faire vacciner leurs enfants que de les soigner en cas de maladie ou malnutrition.

Nous vous présentons le graphe représentant la référence des enfants pour les principaux maux rencontrés dans le cadre de PCIME-C.



**Figure 1 : Pourcentage des enfants référés qui sont réellement venus au CSI, par motif**

### *Référence des femmes vers les centres de santé*

Au total, 8908 femmes ont été référées pour les motifs suivants : consultation prénatale (CPN), Vaccination Antitétanique (VAT), maladie, planning familial (PF), ou dépistage du VIH. La plupart de références des femmes sont faites pour le motif de CPN ou VAT, donc c'est essentiellement les femmes enceintes qui en bénéficient. Il y a 416 références pour le planning familial, 1210 pour maladie et 392 femmes ont été référées pour se faire dépister de VIH. Il est clair que ces sujets sont des thèmes délicats. Ici dans la région de l'Extrême Nord en générale les femmes ont honte de parler d'un thème lié au sexe, ce qui rend les choses encore plus difficiles, quand les maris sont aussi impliqués. C'est pour cela que progressivement nous avons inclus les hommes dans nos discussions.

### **Tableau de référence des femmes par motif**

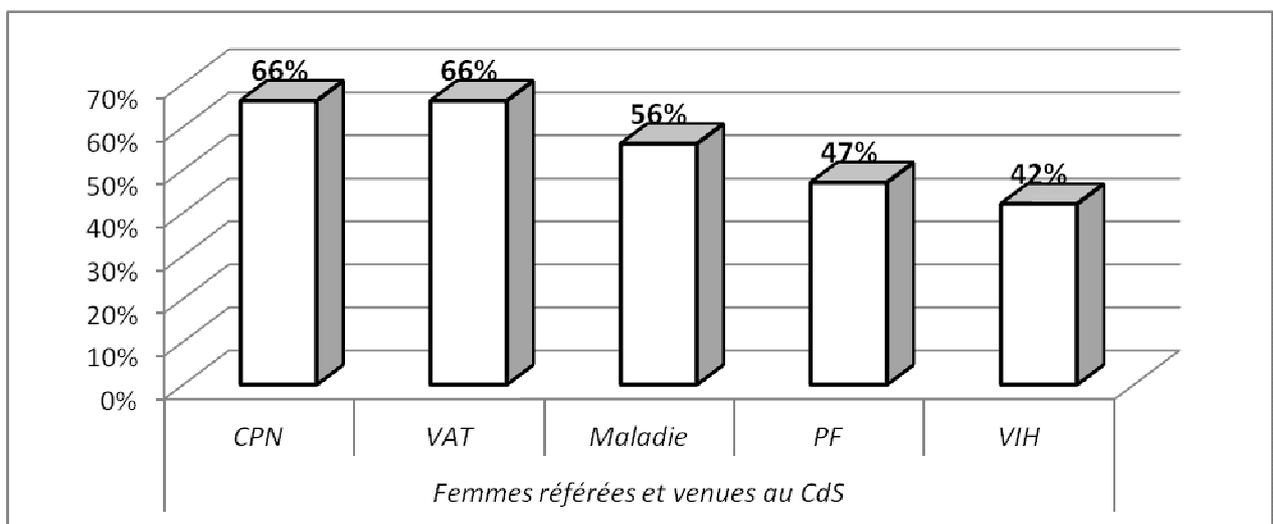
Synthèse	MOTIFS						Venues au CDS						% Venues
	CPN	VAT	Maladie	PF	VIH	Total	CPN	VAT	Maladie	PF	VIH	Total	
An 1	1523	1295	303	151	171	3443	942	804	78	71	95	1990	57,79%
An 2	1752	1435	448	215	189	4039	1179	986	225	88	51	2529	63%
An 3	509	376	459	50	32	1426	389	264	370	37	17	1077	76%
Total	3784	3106	1210	416	392	8908	2510	2054	673	196	163	5596	63%

% venu par motif:	66%	66%	56%	47%	42%
-------------------	-----	-----	-----	-----	-----

Pourcentage global des femmes référées venues = 63%

Dans la figure ci-dessous, les pourcentages des femmes venues au CSI pour la CPN et VAT sont plus élevés que ceux liés aux maladies (surtout pour le planning familial et le dépistage VIH). Ceci traduit la difficulté d’emmener ces femmes à parler des thèmes liés aux sexes ou à leurs maris. Mais par contre, nous trouvons que les femmes viennent plus au centre de santé pour leurs enfants que pour elles-mêmes même sans être référées par les AC. Apparemment les femmes trouvent la santé de leurs enfants plus importante que leur propre santé, ce qui est explicable parce qu’un enfant est plus vulnérable qu’un adulte.

Le taux global de femmes référées et venues aux centres de santé est de 63%



**Figure 2 : Pourcentage des femmes référées qui sont réellement venues au CSI, par motif**

#### **f) Fonctionnement des comités des leaders villageois**

L’objectif de l’implication des leaders villageois est d’une part à la sensibilisation des populations et d’autre part à réfléchir sur les problèmes de santé et de nutrition dans les villages, ceci en vue d’augmenter la conscience communautaire sur la santé des enfants et des mères.

Au début de chaque année, chaque comité de leaders villageois élabore un plan d’action afin d’entreprendre des activités spécifiques. Au total il y avait 36 plans d’action et nous avons vu de bons résultats. Le tableau ci-dessous donne une idée globale des activités planifiées et réalisées. La plupart des comités ont mis la sensibilisation et l’assistance au screening dans leur liste d’activités. Ces sont des activités phares de PCIME et importantes pour les leaders villageois. D’autres activités incluent la sensibilisation sur des thèmes spécifiques comme l’importance de la CPN pour les femmes enceintes, le VIH/SIDA, la lutte contre le paludisme, l’hygiène mais aussi des activités pratiques comme l’aménagement des alentours des points d’eau et l’imprégnation des moustiquaires.

## Planification et réalisation des activités dans les plans d'actions des leaders villageois

Type d'activités	Activités planifiées	Activités réalisées	Activités non planifiées mais réalisées
Assistance au screening	966	932	0
Lutte contre le paludisme	32	17	0
Amélioration de l'hygiène et de l'eau	76	59	1
Sensibilisation sur la CPN	198	135	12
L'entretien des cases de santé	21	17	0
Sensibilisation sur le VIH/SIDA	16	9	0
Activités de surveillance épidémiologique	68	47	0
Lutte contre la malnutrition	119	103	4
Total	1496	1319	17
En pourcentage		88,17%	

Ce tableau nous rassure sur la volonté des leaders villageois, car 88% de réalisation des activités planifiées est un taux satisfaisant. Ces résultats peuvent être améliorés dans la mesure où si ces derniers sont accompagnés.

Tous ces résultats ont été discutés en plénière et validés à l'unanimité par les participants, nous vous présentons dans les lignes qui suivent le déroulement de la phase de l'évaluation du projet PCIME-C.

### 5. ATELIER D'EVALUATION DES ACTIVITES DE PCIME –C

L'atelier d'évaluation du PCIME-C, organisée conjointement avec le district de santé le 21 août 2010, il y avait 15 personnes à la première phase du séminaire, réalisée au district de santé de Maroua rural. Il s'agit de 03 personnes de l'équipe cadre du district et les 12 chefs des centres de santé concernés par le projet. Il s'agit de

L'équipe cadre du District composée de :

- Le Chef de Service de Santé du District qui a ouvert la séance
- Le Chef du bureau Santé
- Le Chef du Bureau Administratif et Financier
- Un personnel d'appui.

Les Chefs des Centres de Santé de :

- Yoldeo
- Dogba
- Dargala
- Papata
- Ouro-Zangui
- Gawel
- Meskine
- Djoulgouf
- Gazawa

La facilitation a été assurée par le personnel d'ACDEV : Hamidou Yangäi et Mahmoudou Abdoul Kadiri.

Pour les évaluations individuelles, nous avons interviewés 194 animateurs communautaires et 08 points focaux. Nous avons reçu au total 199 intervenants parmi lesquels 08 points focaux et 26 leaders villageois repartis par aires de santé comme suit :

- ☞ Yoldeo: 17
- ☞ Dogba: 20 personnes
- ☞ Dargala: 14
- ☞ Papata: 14 personnes
- ☞ Ouro-Zangui: 17
- ☞ Gawel: 13
- ☞ Meskine: 15
- ☞ Massakal: 15 personnes
- ☞ Gazawa: 21
- ☞ Ndoukoula: 25
- ☞ Dagäi: 13
- ☞ Salak: 15

## 6. EVALUATION INDIVIDUELLE

Une fiche d'évaluation individuelle a été distribuée à tous les participants pour apprécier les résultats activités réalisées. Au total ; 10 fiches ont été remplies et retournées lors du séminaire réalisé au district de santé de Maroua. Il en ressort les données du tableau suivant :

<i>Objectifs :</i>	<i>Somme des notes /10</i>	<i>Somme des fiches</i>	<i>Moyenne /10</i>
Augmenter de 25% au moins l'utilisation des formations sanitaires	77	10	7,7
Réduire de 15% la prévalence de la malnutrition (insuffisance pondérale)	74	10	7,4
Augmenter de 25% le pourcentage des mères d'enfants âgés de 0 à 5 ans ayant des connaissances, attitudes et pratiques appropriées en matière de nutrition et santé	70	10	7
Mettre en place au niveau de chaque village d'intervention un relais du centre de santé qui est constitué de 2 AC et des leaders villageois et qui est effectivement encadré par le centre de santé.	83	10	8,3
Mettre dans chaque aire de santé une caisse de microcrédit en faveur des AC	81	10	8,1
Mettre en place six mutuelles de santé fonctionnelles.	42	05	8,4
<i>Activités :</i>			
Screening	79	10	7,9
Suivi promotion de la croissance	74	10	7,4
Causerie éducative	82	10	8,2
Référence vers les centres de santé	73	10	7,3
Le fonctionnement des micros crédit	69	10	6,9
Le fonctionnement des mutuelles de santé	36	05	7,2

Synthèse des Observations particulières	<p>La synthèse des observations particulières des participants se résume en ces points :</p> <p>Les activités du projet PCIME ont donné un grand coup de pouce aux formations sanitaires et jusque là, elles vont bien.</p> <p>Mais pour une bonne réussite dans leur pérennisation, il est souhaitable de continuer le suivi pour 10 ans au moins, de dupliquer les activités du projet dans les postes de stratégie fixe, d'octroyer des crédits à long terme, de recycler les chefs des centres de santé.</p> <p>En plus de cela, les AC doivent plus renforcer leur rapport de collaboration avec les chefs des centres de santé.</p>
-----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 7. EVALUATION PAR LES CENTRES DE SANTE

Une autre fiche d'évaluation a été distribué au Chefs des centres de santé afin d'évaluer les résultats du projet chacun au niveau de son aire de santé. 08 fiches ont été remplies sur les 12 distribuées et il en ressort les informations ci-après :

Questions	Réponses
<b>Sur la causerie éducative</b>	
Y a-t'il eut des causeries éducatives dans les villages ?	Tous les huit centres ont répondu « oui » qu'il y a effectivement des séances de causerie éducatives dans les villages
Les thèmes de causerie ont-ils été utiles pour la cible ?	Tous les huit centres trouvent que les thèmes de causerie dispensés dans les villages sont utiles pour ces femmes.
Les thèmes sont-ils diffusés en fonction des besoins ?	05 centres de santé jugent que les thèmes sont réellement diffusés en fonction des besoins estimés de la population 02 centres de santé trouvent que ces thèmes ne le sont pas. Ils sont diffusés selon un calendrier dressé au début de la promotion.
Les séances de causerie éducative sont elles couplées à la stratégie avancée du PEV ?	Les causeries éducatives sont couplées à la stratégie avancée dans 05 aires de santé Par contre 03 centres déclarent ne pas coupler la stratégie avancée aux causeries éducatives.
Les messages véhiculés sont-ils pertinents pour les mères d'enfants	Quant à la pertinence des messages diffusés, tous les 08 centres de santé sont unanimes que les messages diffusés par les AC sont pertinents.
<b>Sur le suivi promotion de la croissance</b>	
Les enfants sont-ils pesés régulièrement dans les villages ?	06 centres de santé déclarent que les enfants ne sont pas pesés régulièrement dans les villages Seuls 02 centres trouvent que les enfants sont pesés régulièrement dans les villages
Les AC maîtrisent-elles la technique de pesée ?	Tous les centres de santé sont unanimes que les AC maîtrisent la technique de pesée.
Les AC maîtrisent-elles la technique d'estimation nutritionnelle ?	Tous les 08 centres de santé déclarent que les AC maîtrisent la technique d'estimation nutritionnelle
Les séances de pesée sont-elles couplées aux activités de stratégie avancées	Dans 05 aires de santé le suivi promotion de la croissance des enfants est associé à la stratégie avancée. Et dans les trois

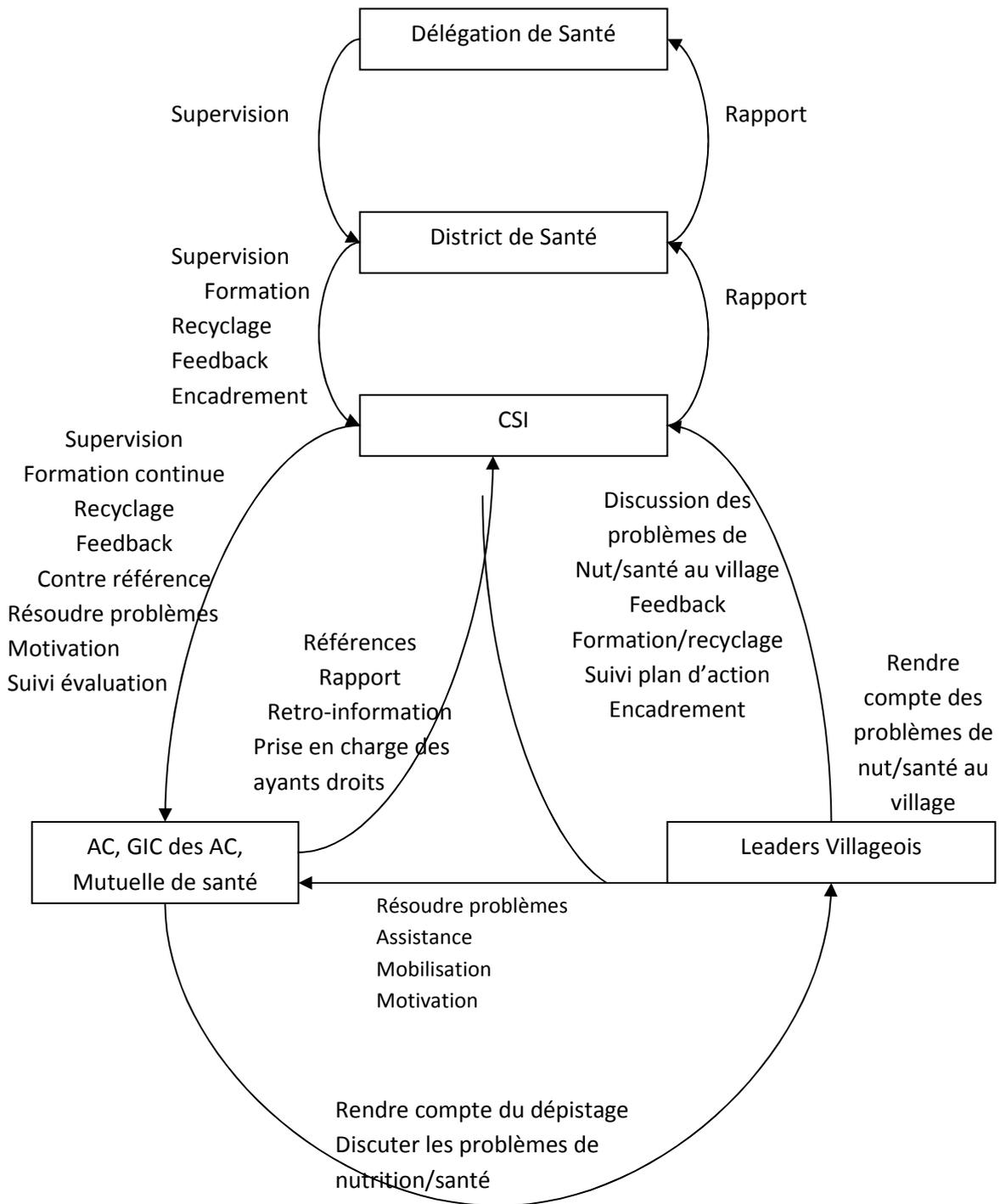
	autres aires, il se fait de manière individuelle.
--	---------------------------------------------------

<b>Sur les références vers les centres de santé</b>	
Les formations sanitaires reçoivent-elles des cas référés par les AC des villages ?	Sur les 08 fiches remplies, 06 affirment recevoir régulièrement des cas venant des villages, références par les AC. Les 02 autres trouvent la fréquence des références dans leurs centres de santé est insignifiante.
<b>Synthèse des observation/commentaires sur les activités:</b>	
Le dynamisme et la maîtrise des techniques par les AC varient d'une personne à l'autre. La collaboration avec les structures sanitaires n'est pas mauvaise mais elle a besoin d'être renforcée pour être plus efficace.	
Questions	Réponses
<b>Sur la fréquentation des centres de santé</b>	
Le projet a-t-il eu une influence sur la fréquentation des centres de santé ?	06 centres de santé affirment que les activités du projet ont influencé de manière positive sur la fréquentation Les 02 autres centres estiment que la variation est insignifiante.
<b>Sur la situation nutritionnelle des enfants</b>	
Le centre reçoit-il des enfants malnutris ?	07 centres de santé affirment recevoir régulièrement des enfants malnutris. 01 centre déclare ne pas recevoir un seul enfant malnutri, ou que la fréquence est trop faible pour l'affirmer.
Existe-t-il une prise en charge des cas de malnutrition dans les centres de santé ?	04 des huit centres de santé ont un dispositif de prise en charge de la malnutrition et les 04 autres n'en disposent pas.
Comment les chefs des centres de santé estiment-ils la tendance de la malnutrition dans leurs aires de santé ?	La tendance de la malnutrition est en baisse dans 04 aires de santé et en hausse dans une aire de santé. Un centre de santé ne s'est pas prononcé sur cette question.
<b>Sur la mise en place effective du relais communautaire</b>	
Existe-t-il des AC dans les villages ?	Tous les centres de santé déclarent avoir des AC dans tous les villages du projet.
Ces AC travaillent-elles en collaboration avec les centres de santé ?	06 centres affirment travailler en collaboration des AC contre 02 qui affirme travailler de façon séparée.
Existe-t-il des leaders villageois impliqués dans le projet PCIME, dans les villages ?	Toutes les aires de santé ont des leaders villageois dans les villages du projet
Les AC ou leaders villageois sont-ils impliqués dans les campagnes de vaccination ?	07 centres de santé impliquent les AC dans les campagnes de vaccination. 01 seul centre sur les 08 ne les implique pas
Les AC ou leaders sont-ils impliqués dans d'autres campagnes de sensibilisation ?	06 centres impliquent les AC et les leaders villageois dans des campagnes de sensibilisation autres que sur la vaccination.
Les AC ou leaders villageois déclarent-ils les cas de maladies épidémiologiques ?	06 centres de santé affirment que les AC déclarent les cas de maladies épidémiologiques
<b>Synthèse des observation/commentaires sur les relais communautaires:</b>	
Les AC sont très efficaces dans la mobilisation sociale mais leur prise en charge aussi bien par les centres de santé que par les communautés n'est pas satisfaisante. Ils répondent toujours présent quand on leur demande de le faire. Par contre les leaders villageois ne se font pas trop ressentir, cela peut être dû au fait qu'ils n'ont pas très bien compris le sens et l'importance du bénévolat	
<b>Sur le micro crédit</b>	
Questions	Réponses

Existe-il une caisse de micro crédit dans votre aire de santé ?	Il existe une caisse de micro crédit dans chaque aire de santé. Tous les centres de santé en sont unanimes.
Qui bénéficie du crédit ?	Tous les centres de santé affirment que les bénéficiaires du crédit sont les AC et les points focaux.
Qui gère le fonctionnement de cette caisse de crédit ?	Les caisses sont gérées par les AC uniquement dans 03 centres de santé, par les AC et les points focaux dans 04 aires de santé et par les AC et les leaders villageois dans une aire de santé.
Le centre est-il impliqué dans le fonctionnement de cette caisse de crédit ?	04 centres déclarent être impliqués dans le fonctionnement des caisses de crédit et 04 autres déclarent ne pas être impliqués.
<b>Synthèse des observation/commentaires sur le micro crédit :</b>	
<b>Sur la mutuelle de sante</b>	
<b>Questions</b>	<b>Réponses</b>
Existe-t-il une mutuelle de santé dans votre aire ?	Sur les 08 centres qui ont rempli le questionnaire, 04 disposent chacun d'une mutuelle de santé au sein de son aire.
Qui l'a implanté ?	Parmi les 04 mutuelles, 03 ont été implantées par ACDEV et la quatrième (aire de santé de Meskine) par le projet PASSAGE.
Qui gère le fonctionnement de la mutuelle de santé ?	Les trois mutuelles implantées par ACDEV sont gérées par les AC et les points focaux.
Qui sont les bénéficiaires de cette mutuelle ?	Deux centres déclarent que les bénéficiaires des mutuelles sont la cible du projet PCIME alors qu'un centre de santé affirme que les bénéficiaires sont les AC, les points focaux et la cible du projet PCIME
Y a-t-il de prise en charge des bénéficiaires par la mutuelle de santé ?	Tous les centres de santé déclarent qu'il y a une prise en charge des bénéficiaires par les mutuelles de santé.
<b><u>Synthèse des observation/commentaires sur les mutuelles de santé</u></b>	
<p>Les mutuelles de santé fonctionnent normalement jusqu'à présent ; mais il faut recycler les membres du comité de gestion de ces mutuelles et les rapprocher le plus que possible du personnel du centre de santé. Par ailleurs un fort pourcentage de la population reste à l'écart de ces mutuelles. Il faut donc une bonne sensibilisation afin de les impliquer au maximum.</p>	

## 8. ORGANIGRAMME DE PERENNISATION

Dans le but de planifier les activités de pérennisation des activités l'appropriation du projet par la communauté, un cadre logique d'intervention a été proposé lors de cet atelier à tous les niveaux et discuté en travail de groupe. Des corrections et recommandations ont été apportées à la proposition. Il en ressort donc le schéma adopté qui suit.



## 9. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Ces points suivants ressortent des différentes évaluations et sont des fortes recommandations faites par les participants aussi bien pendant l'atelier que lors de l'évaluation faite par les centres de santé.

☞ La durée du projet est trop courte ; il faudrait un suivi d'au moins 05 ans afin d'assurer une bonne pérennisation des activités du projet par les AC, qui à leur tour seront appuyées par les responsables sanitaires.

☞ Le retrait des promoteurs : les intervenants d'ACDEV (PM) devraient d'abord recycler les AC et les leaders villageois avant d'être retirés du projet.

☞ La relation CdS et AC : Renforcer régulièrement la collaboration entre les intervenants locaux et les centres de santé.

☞ Le choix des AC : Impliquer les centres de santé dans le choix des AC, pour favoriser leur intégration rapide dans d'autres activités des CdS.

☞ La couverture de tout le district : Continuer l'implantation des mutuelles de santé dans les aires qui n'en disposent pas.

## 10. CONCLUSION

Le projet de Prise en charge Intégrée des Maladie de l'Enfant au niveau Communautaire (PCIME-C) est arrivé à son terme en mai 2010, son exécution s'est déroulée de façon continue durant les trois années. Pendant son évaluation, les participants ont montré leur intérêt à perpétuer les acquis, dans le cadre du canevas de pérennisation ainsi dressé. Le projet PCIME-C a obtenu sept sur les dix résultats attendus, on peut affirmer que l'intervention au sein du district de Maroua Rural a réussi. Le taux encourageant de récupération nutritionnelle des enfants malnutris témoigne de la réussite des activités menées. L'atteinte des résultats attendus et les objectifs s'expliquent clairement par les différents tableaux et graphes, par conséquent l'impact est visible au niveau du district, si nous mesurons le taux d'utilisation des services de santé et autres consommations des formations sanitaires liés à la morbidité des femmes enceintes aux enfants de moins de cinq pendant les stratégies avancées. Au delà de ces impacts il y a une plus value, le projet, a impliqué à tous les niveaux un maximum d'intervenants locaux. Les animatrices communautaires ainsi formées peuvent jouer un rôle déterminant pour d'autres interventions similaires dans la zone. Les leaders villageois peuvent jouer un rôle clé pour aider à résoudre des problèmes concernant la santé, l'hygiène et la planification rurale. Pour les formations sanitaires, ces ressources restent et demeurent au service de la santé communautaire.

### 11.1. Le développement durable

Le projet a été conçu de prime abord de manière à envelopper le concept de développement durable dans la mesure où un maximum d'intervenants locaux est impliqué. PCIME-C a formé des volontaires locaux dans chaque village d'intervention : les animateurs communautaires pour pouvoir continuer après l'arrêt le retrait d'ACDEV. Les leaders villageois sont toujours mobilisables pour assister les populations dans leur quête quotidienne de bien être. Le personnel sanitaire est très impliqué dans le suivi des activités des AC afin d'avoir un système permanent en place. Les promoteurs de santé et de nutrition formés par ACDEV, disposent d'amples expériences en animation et promotions des services communautaires de santé et de nutrition. L'implication des différents acteurs de façon bénévole et en activant les mécanismes de motivations communautaires participe également à un développement durable et facile à maintenir.

### 11.2. La durabilité financière de l'organisation exécutante

En plus des subventions reçues des partenaires, ACDEV développe et exécute des prestations de service pour faire face à certaines charges de l'association. Nous pouvons citer entre autre les activités de formation sur différents modules et de renforcement de capacités des structures à la base, le coaching des organisations, les activités génératrices de revenu... Par ailleurs, ACDEV dispose d'une situation nette positive, composée essentiellement d'un actif immobilier assez important.

### **11.3. Genre**

La thématique dans laquelle ACDEV s'est spécialisée et a le plus d'expérience est celle de la nutrition et de la santé. Nos projets s'adressent en priorité aux femmes qui veillent sur les enfants et les éduquent. La question de la santé touche forcément certaines catégories des personnes : les enfants, les femmes, les malnutris selon l'âge et le sexe. Notre vision est qu'en augmentant les connaissances attitudes et pratiques des femmes en matières de santé et de nutrition nous améliorons les conditions de vie de toute la famille. Lorsque la femme ne peut pas changer les comportements même si par des actions d'éducation elle est devenue consciente des améliorations que cela pourrait apporter dans son foyer, nous abordons également le sujet avec les hommes comme par exemple pour la planification familiale.

Lorsque nous recrutons du personnel nous privilégions les femmes pour deux candidats à compétences égales. Parmi les 5 Promoteurs de santé (le personnel de terrain d'ACDEV qui suit et appuie les AC) il y avait deux femmes.

Nos activités reposent sur la formation d'Animateurs Communautaires dans les villages d'intervention. Là aussi nous privilégions les femmes et ne prenons les hommes que lorsque nous ne trouvons pas 2 femmes correspondant aux critères du projet PCIME-C, comme par exemple celui de l'alphabétisation. Par ce fait nous avons toujours plus de 50% des AC qui sont des femmes ; dans ce projet nous avons réussi à avoir 96% de femmes. Avoir un équilibre dans le genre parmi les leaders villageois est plus difficile à cause au fait que la plupart des leaders dans les villages sont des hommes. Néanmoins nous faisons des efforts pour impliquer des femmes influentes comme les accoucheuses traditionnelles.

### **11.4. La cohésion sociale**

Le fait que les AC ainsi que les leaders villageois travaillent pour une bonne cause sans formes de motivation financières accroît la cohésion sociale. Etre actif pour sa communauté sans être payé directement est assez rare. Il est donc de bon ton de démontrer qu'il y a des gens qui se passionnent de l'intérêt commun des communautés et sont prêts à consacrer du temps et de l'effort pour la bonne cause. Souvent les animatrices/eurs communautaires se forment en groupe après le temps, afin de pouvoir bénéficier des autres projets, des petits financements de développement communautaire etc. Enfin, on peut noter que l'image sociale des animatrices/eurs communautaires augmente au cours du temps à différentes causes : le fait d'être instruit et de travailler pour la santé des enfants du village, et d'être apte à communiquer avec les chefs des centres de santé et les autorités locales.

### **11.5. Le développement institutionnel**

ACDEV réalise que la collaboration avec d'autres organisations et autorités est indispensable pour une bonne mise en œuvre de ses activités. C'est pour cela qu'ACDEV collabore beaucoup avec les structures de santé à tous les niveaux. Les responsables administratifs et traditionnels sont les piliers sur lesquelles se bâtit notre travail communautaire. Les conseils des autres organisations et structures qui travaillent dans les zones de nos interventions ont toujours été les bienvenus. Nous maintenons le contact avec le ministère et la délégation régionale de la santé, comme les activités sont dans les villages, nous travaillons en étroite collaboration avec les structures de santé aux niveaux du district et des aires. Nous procédons aux renforcements des capacités institutionnelles des structures de santé, en matière de nutrition des femmes et enfants. D'ailleurs, nos activités communautaires sont renforcées ou renforcent celles des autres acteurs du terrain : ministère de l'agriculture et élevage. Le fait que certains de nos objectifs du projet contribuent à améliorer les prestations de soins des formations sanitaires montrent l'importance que nous mettons dans la collaboration avec d'autres acteurs. C'est à travers la collaboration multiple que se tisse la toile de la réussite de nos projets pour avoir un impact durable.

## **C- LA FERME DE PRODUCTION ET DE VULGARISATION DE LA SPIRULINE**

### **1)- DEFINITION**

La spiruline, une micro algue aquatique qui vit dans les lacs alcalins des zones tropicales est considérée depuis des années comme un complément alimentaire sain et efficace. Cet aliment très riche en protéines, vitamines et oligo-éléments est efficace dans l'amélioration générale du bien être. Son utilisation remonte à des temps beaucoup plus anciens. Ainsi, les incas en consommaient déjà comme un aliment à part entière. ACDEV pratique la culture de spiruline dans sa ferme «**SEMBE**» à petite échelle depuis 2007, dans le but de la mettre à la portée de ceux qui en ont vraiment besoin. La spiruline croît naturellement dans des eaux peu profondes. Elle se présente sous forme spiralée de couleur bleue verte visible seulement au microscope. Son nom scientifique est *arthrospira platensis* car en l'observant au microscope, elle se présente sous forme de spirales, c'est-à-dire les filaments sont enroulés, d'où le nom spiruline.

### **2)- COMPOSITION DE LA SPIRULINE**

Véritable concentré d'énergie, la spiruline par son apport en fer, en vitamine B12, en bêta-carotène sera d'un grand intérêt pour les sportifs(ves) notamment sur le plan de l'oxygénation des muscles, les acides gras essentiels intervenant quand à eux dans l'intégrité des cellules, indispensable au bon fonctionnement du système immunitaire. Les vitamines : A (provitamine A), B1, B2, B3, B5, B6, B8, B9 (acide folique), B12, E (biotine) couvrent une grande majorité des besoins nutritionnels journaliers, de surcroît lorsque ces besoins se trouvent augmentés, comme c'est le cas lors de régimes minceur, chez la femme enceinte ou chez les végétariens. Des minéraux et des oligo-éléments tels que le fer, le magnésium, manganèse, phosphore, molybdène, sélénium, zinc, cuivre pour éviter les carences nutritionnelles. Les pigments comme la chlorophylle, le bêta-carotène, les caroténoïdes, superoxyde dismutase : Ces sont de puissants antioxydants qui luttent activement contre les radicaux libres responsables du vieillissement des cellules et qui s'accumulent abondamment lors des efforts physiques intenses, amplifiant les courbatures et les crampes. On lui découvre toujours plus de qualités intéressantes pour l'alimentation et la santé, tant pour les hommes que pour les animaux. Par exemple un enfant souffrant de malnutrition peut être rétabli en lui donnant une cuillère par jour de spiruline pendant un mois. La spiruline renforce les défenses immunitaires et allège les souffrances des personnes atteintes du Sida. Elle permet aux tuberculeux de mieux supporter leur traitement. La spiruline est aussi utilisée comme ingrédient actif en cosmétique.

### **3) - PHASES DE LA CULTURE**

La spiruline vit dans un milieu basique (Alcalin) et légèrement salé, puis il faut lui donner des engrais comme en agriculture. Le PH doit être supérieur à 9,6. Le fait que la spiruline prospère en milieu très alcalin présente deux avantages majeurs :

- meilleure absorption du gaz carbonique de l'air
- protection contre les contaminations.

Dans un milieu basique, les bactéries, virus etc., ne résistent pas pendant longtemps. Pour rendre le milieu basique, on utilise soit la soude caustique, le carbonate, le bicarbonate, ou le natron plus le sel de cuisine.

Dans les bassins, pour confectionner le milieu de culture, nous y mettons plus des produits naturels, comme du bicarbonate de sodium (le natron) ou de la cendre de bois, le sel et l'acide phosphorique extrait de la poudre d'os calcinés.

La ferme d'ACDEV est une unité artisanale, avec des bassins où l'agitation se fait à la main. Mais en respectant les règles évidentes de la construction des bassins : pas sous des arbres, ni inondable, ni près d'une route ou d'une source de pollution. A l'abri des curieux, souvent ignorants. Le terrain est plat pour faciliter le travail, de même à proximité d'un point d'eau.

#### **4) - ETAT DE LA FERME**

La cour de la ferme est un espace d'environ 1000 m<sup>2</sup> qui dispose de 4 bassins dont 3 de 30 m<sup>2</sup> et 1 de 4,5 m<sup>2</sup>, la ferme dispose d'un séchoir solaire en tôle ondulée, un cadre de pressage et une fosse à ordures. Parmi les 3 bassins de 30 m<sup>2</sup>, il y a deux qui sont construits en novembre 2007 et un en février 2009. Actuellement, seul le 3<sup>ème</sup> bassin (2009) qui est en exploitation. Les deux autres ne sont pas fonctionnels depuis novembre 2008 à cause des fissures qui laissent échapper la solution de culture.

Dans cette ferme, ACDEV a construit un local lui servant de magasin pour conserver le matériel de production.

Trois personnes travaillent à la ferme, il y a un chef d'exploitation, un chef de production, un agent d'exploitation.

#### **5) - ENTRETIEN DES BASSINS**

Dans la ferme d'ACDEV- Cameroun, la culture de la spiruline est faite dans des bassins étanches sans bâche à l'intérieur. Comme nous avons énoncé ci-dessus, un seul bassin de 30 m<sup>2</sup> est en utilisation pour la production. Les deux autres de 30 m<sup>2</sup> sont délaissés à cause des fissures permanentes du sol. Des réparations permanentes ont été effectuées sur ces bassins sans succès.

#### **6) - ENTRETIEN DU MATERIEL**

Le matériel de la ferme est constitué des fiches de suivi, des appareils de contrôle tels que le PH-mètre, le microscope, le thermomètre, le disque de Secchi, le densitomètre et des objets de récolte tels que le cadre de pressage, la strudeuse, le spatule, la balance, le thermo soudeur, les cups de mesure, les planches de pressage et les toiles de récolte.

#### **7) - RECOLTE**

Dans la ferme d'ACDEV- Cameroun, la récolte de la spiruline se fait à travers des toiles spécifiques. La récolte est manuelle, elle se fait chaque jour, très tôt le matin. La spiruline une fois sèche est conditionnée dans des sachets de 50 g. Les sachets sont livrés au secrétariat du bureau d'ACDEV pour la vente, avec les documents entrés, sorties et solde. Le prix de vente du sachet de 50 g est à 1000f CFA.

## **8) - VULGARISATION DE LA SPIRULINE AU CAMEROUN**

Afin de faciliter la vulgarisation de la spiruline au Cameroun, la ferme de production de la spiruline reçoit chaque année des étudiants des écoles de formation agricole de la région. En 2010, la ferme a encadré 2 étudiants d'Ecole Technique Agricole (ETA). Ces stagiaires sont formés sur les techniques de culture de la spiruline pendant 45 jours. A la fin de leur stage, ils ont rédigé chacun un rapport de stage pour la soutenance.

## **9) - RENFORCEMENT DES CAPACITES**

Les exploitants de la ferme de spiruline ainsi que d'autres personnes d'ACDEV ont été assistés par le technicien français Vincent de ANTENNA France, au mois de novembre 2010, durant deux semaines, dans le cadre du suivi des activités de la ferme SEMBE. Cette supervision a permis à l'équipe de la ferme de se réajuster et pour faire face à d'éventuels problèmes.

## **10) - DIFFICULTES RENCONTREES**

Dans la ferme de production de la spiruline, il existe plusieurs difficultés que les exploitants rencontrent. Ces difficultés sont entre autres :

- Abondance des pluies, qui remplissent les bassins après avoir détruit les films plastiques de protection des bassins.
- Baisse de production par manque d'ingrédients à la suite du faible taux de vente ;
- Manque de moyens financiers pour étendre la ferme au niveau de la rendre autonome;

## **11) - SOLUTIONS APPORTEES**

Face aux problèmes que nous rencontrons à la ferme, nous continuons à injecter de l'argent pour maintenir en vie la ferme. Nous avons monté des projets de construction et d'équipement de la ferme. Nous faisons du fundraising pour améliorer notre production.

Nous avons amélioré le système de pressage de la spiruline fraîche, pour alléger la pénibilité du travail aux exploitants.

Nous avons participé aux Journées de la recherche scientifique et de l'innovation «JERSIC 2010 »

Nous avons fait des publications deux mois successifs dans le journal «La VOIX DU PAYSAN » N° 234 de novembre et celui N° 235 de décembre 2010.

## **12) SITUATION DE LA DE PRODUCTION**

Au cours de l'année 2010, la ferme à spiruline a produit 189 sachets de 50 g ce qui fait 9 200g.

Nous pensons qu'avec cette relance, et avec la réfection des autres bassins qui est en cours, nous pouvons satisfaire la grande partie des besoins en spiruline de la région en doublant ou en triplant les molécules de soude pour les ingrédients utilisés.

### 13) - CONCLUSION

La ferme de la spiruline d'ACDEV, est visible sur le plan national, il ne nous reste qu'à tripler la production afin de faire face à la demande sans cesse croissante. Force est de constater que la culture de la spiruline est un art relativement complexe pour le commun des mortels, encore accru par les problèmes de la température, ensoleillement, nourriture, agitation, pH, et la mévente. La difficulté observée, si elle a pu finalement être correctement exprimée, peut avoir plusieurs facteurs croisés. Parmi les problèmes les plus fréquemment posés, citons l'apparition des spirulines droites, spirulines fragmentées, le jaunissement plus ou moins rapide des cultures, les difficultés de filtration, de pressage, l'apparition de goût ou d'odeur désagréable, les éventuelles contaminations par d'autres algues, etc. Cependant la culture de la spiruline reste et demeure toujours très intéressante parce qu'à la preuve de contraire c'est un aliment qui fait le plein d'énergie à son consommateur, nettoie les impuretés du corps, augmente l'endurance et la résistance, nous éloigne des problèmes des carences alimentaires, même en période de convalescence. Dès que l'on en mange, on retrouve très vite sa vitalité, on se redonne un bon éclat à ses cheveux à sa peau et à ses ongles. En consommant régulièrement de la spiruline, une femme peut mieux supporter ses règles, sa ménopause et sa grossesse.

## **II- AUTRES ACTIVITES ET MANIFESTATIONS**

Au cours de l'année 2010 les activités suivantes ont entre autre été réalisées :

- ✓ L'implication effective dans les activités de la dynamique citoyenne ;
- ✓ La conception et la réalisation de deux enquêtes de satisfaction des bénéficiaires des services des formations sanitaires des districts de santé de Tokombéré et de Kousseri sur commande de l'Organisation Néerlandaise de Développement (SNV) Maroua ;
- ✓ La participation aux différentes réunions du comité départemental de suivi physico-financier des projets BIP ;
- ✓ La participation aux différentes rencontres des organisations de la société civile et des services déconcentrés de l'état.

## **III- PERSPECTIVES**

Au cours de l'année 2011, Action pour le Développement planifie :

- ✓ La continuité du Projet de Développement des Mutuelles Communautaires de Santé Auprès de Femmes Rurales dans le Diamaré (PRODEMUC) financé par CORDAID, et mis en œuvre dans le district de santé de Maroua-Rural
- ✓ Les travaux de réfection des bassins existants et des autres installations (séchoir, pressoir...)
- ✓ Si possible procéder à l'extension de la ferme, la promotion/distribution de la spiruline et la vulgarisation de la production de la spiruline dans toutes les zones écologiques du Cameroun et dans la sous région de l'Afrique central ;
- ✓ 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
- ✓ La recherche continue de financement pour l'exécution de projets nouveaux.