

**ACTION POUR LE DEVELOPPEMENT
CAMEROUN**

RAPPORT D'ACTIVITES

Janvier 2005 - Décembre 2005

**Maroua-Cameroun
Janvier 2006**

CONTACT S

Nom de la structure :	Action pour le Développement (ACDEV)
Siège :	BP 725 Maroua, Cameroun
Coordination Nationale :	Yaoundé
Personne Contact :	Jean Baptiste Eken, Administrateur/Coordonnateur national
Téléphone :	(237) 985-53-39-/(237) 998-88-27 – Tél/Fax : (237) 229 27 23
E-mail :	acdevcm@yahoo.fr
Site internet :	http://acdevcm.free.fr

SOMMAIRE

Janvier 2006.....	1
Liste des abréviations.....	5
I - INTRODUCTION.....	6
II - PROJETS.....	7
A – PROJET D’ EDUCATION NUTRITIONNELLE ET SANITAIRE(PHASE 2) MIS EN ŒUVRE DANS LES DISTRICTS DE SANTÉ DE KAR-HAY ET DE MORA AVEC LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE.....	7
A1- ACTIVITES.....	7
A2 – RESULTATS.....	8
A21- IMPLANTATION DU PROJET DANS LES NOUVEAUX VILLAGES.....	8
A22 - PHASE D’INTERVENTION.....	9
<i>Dépistage et inscription des bénéficiaires.....</i>	9
<i>Education en nutrition et santé</i>	10
<i>Promotion des pratiques agricoles.....</i>	11
<i>Suivi Promotion de la Croissance</i>	11
<i>Références Médicales.....</i>	12
<i>Supervision.....</i>	13
<i>Séminaire d’évaluation intermédiaire du projet.....</i>	14
CONCLUSION	14
<i>Le but de ce projet est d’accompagner les communautés villageoises identifiées à boucler le processus de planification villageoise, avec ses différents produits, de manière qu’elles :</i>	15
<i>Les résultats attendus sont :</i>	15
<i>Mise en place des comités de Développement</i>	16
<i>Mise en place des Plans de Développement triennal</i>	16
<i>Mise en place des Plans d’investissement annuel.....</i>	16
<i>Mise en place des Plans de prévention de lutte contre le VIH/SIDA.....</i>	16
Animation.....	17
Non-respect du planning par les planificateurs villageois.....	17
Matériel d’animation	17
Abandon de poste de travail par les planificateurs.....	17
<i>Le but de ce projet est :</i>	18
<i>Les résultats attendus sont :</i>	18
D1- ENQUÊTE INITIALE.....	19
D2- L’ ANIMATION PROPREMENT DITE.....	19
Indicateurs.....	21
Conclusion.....	23
INTRODUCTION.....	24
PREPARATION.....	25
CONTENU DE LA FORMATION.....	25
PARTICIPANTS.....	26
Déroulement de la formation.....	26
Evaluation de la formation	26

PROBLEMES RENCONTRES ET SOLUTIONS APORTEES.....	27
PERSPECTIVES.....	28
CONCLUSION.....	28
<p>Suite à une sollicitation du Programme d'Appui aux Capacités Décentralisées de Développement Urbain (PACDDU), projet de coopération Cameroun –Union Européenne, Action pour le Développement (ACDEV) a signé un contrat de financement sous forme de subvention en Juin 2003. ledit contrat a été renouvelé en juillet 2005. Il s'agissait en tant qu'organisme correspondant, d'assister les groupes de base dans le montage des dossiers de proposition de micro-projets et/ou du suivi de mise en œuvre des micro-projets approuvés et financés, prévus dans le Cadre du devis Programme de Démarrage (DP2). Il est important de rappeler qu'un des volets du projet vise à mettre en place un dialogue entre les différents acteurs du développement urbain à savoir, la commune, les services déconcentrés de l'Etat et la Société Civile. C'est sur la base de cette synergie entre les différents acteurs concernés que les populations de la Commune Urbaine de Maroua pourront améliorer durablement leurs conditions de vies et d'activité, objectif principal du PACDDU.....</p>	
IV – AUTRES MANIFESTATIONS.....	30
V – PERSPECTIVES.....	30
ANNEXES.....	31
<i>Plan du siège de ACDEV (Action pour le Développement).....</i>	<i>32</i>
ACDEV.....	32
L'organigramme d'ACDEV.....	33
<i>CURRICULUM VITAE.....</i>	<i>34</i>
ASSISTANTES TECHNIQUES.....	34
Rose de Jong, Nutritionniste de santé publique.....	34
MAHMOUDOU ABDOUL KADIRI, FORMATEUR.....	34
Cadres supérieurs : 5.....	34

Liste des abréviations

AAH :	Action Against Hunger
ACDEV :	Action pour le Développement
ADA :	Appui au Développement de l'Artisanat
ASI :	Actions de Solidarité Internationale
CAP :	Connaissances-Attitudes-Pratiques
CGPE :	Comité de Gestion des Points d'Eau
CLLS :	Comité Locale de Lutte contre le Sida
CNLS :	Comité National de Lutte contre le Sida
CNRBM :	Comité National Roll Back Malaria
CPN :	Consultation Pré-Natale
CTB :	Coopération Technique Belge
CVN :	Comité Villageois de Nutrition
CVSN :	Comité Villageois de Santé et de Nutrition
DPCOF :	Délégation Provinciale de la Condition Féminine
DPS :	Délégation Provinciale de la Santé
GIC :	Groupement d'Initiative Commune
GTC :	Groupe Technique Central
GTP :	Groupe Technique Provincial
IEC :	Information-Education-Communication
IST :	Infections Sexuellement Transmissibles
MCD :	Médecin Chef de District
MINCOF :	Ministère de la Condition Féminine
MST :	Maladies Sexuellement Transmissibles
OAD :	Organisation d'Appui au Développement
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PACDDU :	Programme d'Appui aux Capacités Décentralisées de Développement Urbain
PADC :	Projet d'Appui au Développement Communautaire
PAGTV :	Projet d'Aménagement et de Gestion des Terroirs Villageois
PAF :	Programme d'Alphabétisation Fonctionnelle
PCENS :	Projet Communautaire d'Education Sanitaire et Nutritionnelle
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PPTE	Pays Pauvre Très Endetté
PROSEN :	Projet de Surveillance et d'Education Nutritionnelle
SIDA :	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SNV :	Organisation Néerlandaise de Développement
VAT :	Vaccination Anti-Tétanique

I - INTRODUCTION

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

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

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

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

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

2°) d'autre part promouvoir cette stratégie dans d'autres districts de santé

Enfin pour l'année 2005, ACDEV s'était aussi fixé pour objectifs de finaliser la mise en œuvre des projets aboutis en 2004, de renforcer les capacités de ses membres, et de continuer à rechercher d'autres financements pour la mise en œuvre de projets nouveaux.

▶ Au cours de l'année 2005, trois projets ont démarré et quatre ont été clos :

** Projets ayant démarrés*

1. le projet hydraulique animation autour des points d'eau en partenariat avec la Délégation Provinciale de la Santé Publique, de l'Eau et de l'Energie de l'Extrême-Nord et financé par la CTB
2. le projet de planification villageoise et de développement des capacités des communes de l'Extrême-Nord, en partenariat avec le PADDC, financé sur fonds FIDA.
3. Le projet formation des structures de dialogues autour des aires de santé en partenariat avec la Délégation Provinciale de la Santé Publique, financé par la CTB

** Projet clôturé*

4. le projet hydraulique animation autour des points d'eau en partenariat avec la Délégation Provinciale de la Santé Publique, de l'Eau et de l'Energie de l'Extrême-Nord et financé par la CTB
5. le projet de planification villageoise et de développement des capacités des communes de l'Extrême-Nord, en partenariat avec le PADDC, financé sur fonds FIDA.
6. Le projet formation des structures de dialogues autour des aires de santé en partenariat avec la Délégation Provinciale de la Santé Publique, financé par la CTB
7. le projet communautaire d'éducation nutritionnelle et sanitaire dans le district de santé de Mora et de Kar Hay phase II en partenariat avec la Délégation de la Santé Publique de l'Extrême-Nord, financé sur fonds PPTE.

II - PROJETS

A – Projet d' Education Nutritionnelle et Sanitaire(phase 2) mis en œuvre dans les districts de santé de kar-hay et de Mora avec la participation communautaire

Ce projet est exécuté par Action pour le Développement en collaboration avec **la Délégation Provinciale de la Santé Publique de l'Extrême-Nord**. Le coût total est 168 millions de francs CFA, financé par le Ministère de la santé à travers les fonds PPTE sur une durée de 15 mois exécutable dans les districts de santé de Mora et Kar-Hay.

Le but du projet est de contribuer à une amélioration de la situation sanitaire et nutritionnelle des femmes et des enfants de la zone cible à travers des actions d'Information, d'Education de Communication en faveur des femmes visant à renforcer leurs capacités en matière de santé et de nutrition.

L'objectif général est de réduire la prévalence de la malnutrition de 25% parmi les enfants âgés de 0 à 23 mois dans les villages d'intervention du district de santé au bout de 12 mois. Plus spécifiquement, le projet vise à :

- Réduire de 25% la prévalence de la malnutrition parmi les enfants âgés de 0 à 23 mois dans les zones bénéficiant de l'intervention.
- Augmenter de 25% le pourcentage de mères d'enfants âgés de 0 à 23 mois ayant des connaissances, attitudes et pratiques appropriées en matière de nutrition et gestion des récoltes dans les zones bénéficiant de l'intervention.
- Augmenter de 25% l'utilisation des services de santé maternelle dans les zones bénéficiant de l'intervention.
- Renforcer les capacités humaines et institutionnelles de la Province de l'Extrême-Nord pour combattre la malnutrition.

A1- ACTIVITES

Pour atteindre les objectifs ci-dessus, la stratégie du projet s'appuie sur quatre éléments, à savoir :

1. Le suivi - promotion de la croissance des enfants

Le suivi – promotion de la croissance des enfants bénéficiaires se fait mensuellement avec les mères d'enfants âgés de 0 à 23 mois selon l'approche des trois A : Appréciation, Analyse, Action. L'appréciation consiste à évaluer l'état nutritionnel des enfants grâce à la mesure du poids et de la taille, l'analyse de la situation est faite par la mère de l'enfant aidée du promoteur/animatrice et l'action consiste en l'application de décisions concertées entre la mère et le promoteur/animatrice afin que l'état nutritionnel de l'enfant s'améliore.

2. L'éducation nutritionnelle et sanitaire des femmes

Des exposés-discussions hebdomadaires et des conseils mensuels sont proposés aux femmes bénéficiaires par les animatrices identifiées dans chaque village. Sur la base des enquêtes CAP des mères dans la Province de l'Extrême Nord, les thèmes ci-après ont été retenus :

- ✓ Alimentation de la femme enceinte ou allaitante
- ✓ Promotion de la surveillance de la grossesse
- ✓ Promotion de l'espacement des naissances

- ✓ Schéma alimentaire des enfants
- ✓ Promotion des bouillies enrichies
- ✓ Prise en charge de la diarrhée
- ✓ Promotion de l'hygiène
- ✓ Programme Elargi de la Vaccination
- ✓ Prévention contre les MST/SIDA

3. *La promotion de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile*

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

- ✓ Le déparasitage systématique des enfants malnutris
- ✓ La vaccination des enfants contre les maladies cibles du programme élargie de vaccination
- ✓ Les consultations prénatales pour les femmes enceintes

4. *Le renforcement des capacités humaines et institutionnelles de lutte contre la malnutrition*

Il s'agit de recycler et d'encadrer :

- ✓ Le personnel communautaire tels que les comités villageois de santé et de nutrition et les animatrices communautaires
- ✓ Le personnel du district de santé et de l'agriculture

L'ensemble du projet se déroule sur des promotions de trois mois entrecoupées d'un mois de dépistage systématique des cibles (screenings). Avant chaque promotion, les enfants malnutris ainsi que leurs mères, les mères allaitantes d'enfants âgés de 0 à 5 mois et les femmes enceintes (cibles) sont identifiés lors des screening. Par la suite, les cibles sont sensibilisées pour participer à un programme de suivi de trois mois au cours duquel les services suivants sont délivrés :

1. Suivi-promotion de la croissance des enfants malnutris /counselling des mères
2. Exposés-discussions et ateliers de préparation de bouillies enrichies pour les femmes
3. Référence médicale pour les enfants et les femmes bénéficiaires vers les centres de santé.

Le suivi-évaluation est effectué par des mesures anthropométriques effectuées lors des screening permettent d'évaluer l'impact du projet au niveau de la prévalence de la malnutrition chez les enfants âgés de 0 à 23 mois. Après chaque screening, les résultats sont présentés au comité villageois de santé et de nutrition par les promoteurs ; ces résultats sont analysés en vue de recommander des actions communautaires pour la résolution des problèmes.

A2 – RESULTATS

A21- Implantation du projet dans les nouveaux villages

Depuis Octobre 2003, le Projet Communautaire d'Education Sanitaire et Nutritionnelle est implanté dans 48 villages/quartiers à Mora et dans 83 villages/quartiers à Kar-Hay. Au début de l'année 2005 le projet s'est étendu à 40 nouveaux villages/quartiers à Kar-Hay et 58 nouveaux villages/quartiers à Mora. Au total, le projet couvre maintenant 82% de la

population de Kar-Hay et 56% de la population de Mora. Entre janvier et mars les activités d'implantation ont eu lieu dans les nouvelles zones d'intervention :

- recrutement et formation des promoteurs
- prise de contact avec les équipes cadre de district et les centres de santé
- choix des villages
- montage des Comités Villageois de Santé et Nutrition

A22 - Phase d'intervention

Les résultats présentés ci-dessous résument les activités qui se sont déroulées depuis le début du projet jusqu'à octobre 2005. A partir d'avril 2005, les résultats incluent les activités dans les nouveaux villages.

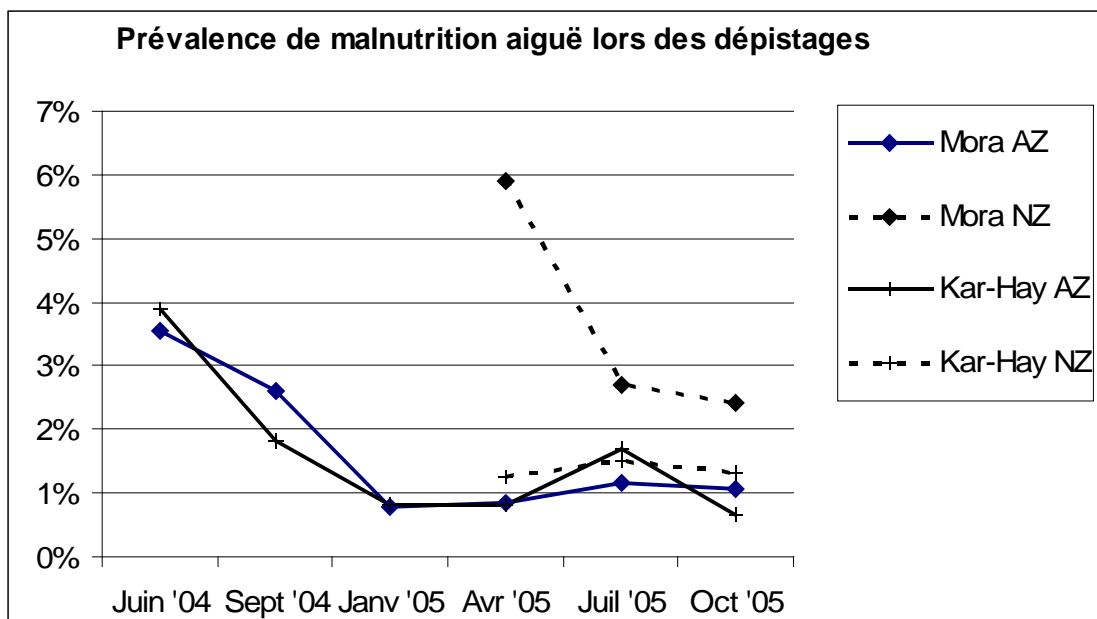
Le projet est partagé en promotions de trois mois. Chaque période de trois mois commence avec un dépistage. Le dépistage est effectué par les Animatrices Communautaires, où toute la population cible est mobilisée. Chaque dépistage est suivi par une sensibilisation des bénéficiaires potentiels pour une inscription dans le programme de prise en charge, qui inclut l'assistance aux causeries, la pesée mensuelle des enfants, la référence en cas de nécessité et le conseil individuel à la mère d'un enfant malnutris.

Dépistage et inscription des bénéficiaires

Depuis le début du projet six dépistages se sont déroulés, aux mois de juin, septembre 2004, et janvier, avril, juillet et octobre 2005.

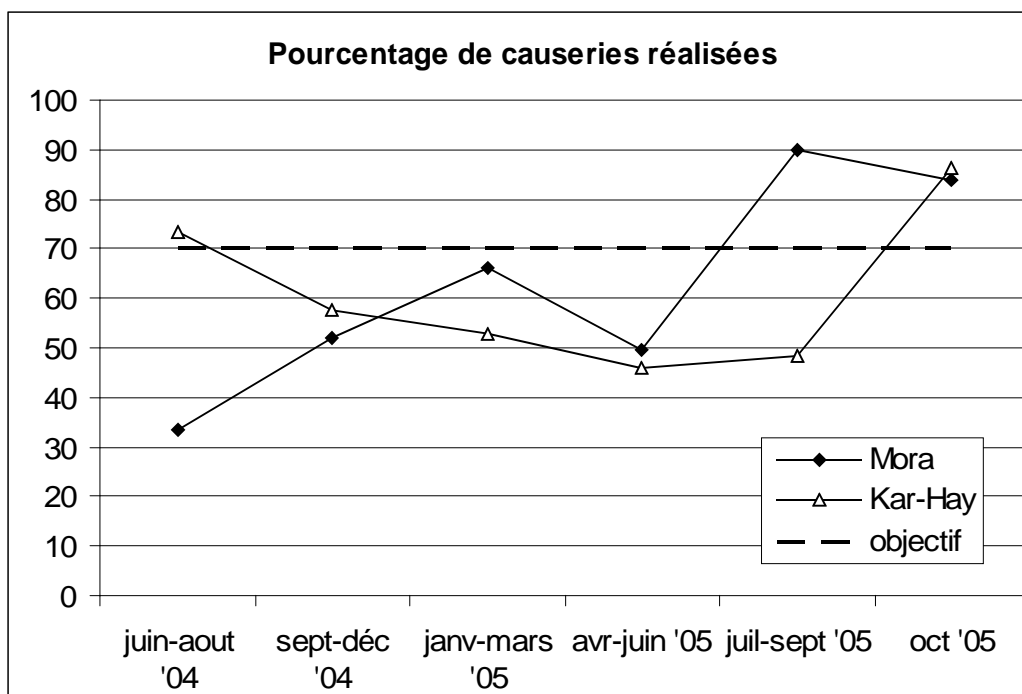
Nombres de bénéficiaires dépistés et inscrits

	Dépistages Total	Inscriptions Total	Taux de couverture des cibles (%) réalisés	Objectifs de couverture (%)
Enfants malnutris	870	805	93%	80%
Enfants bien portants	42 378	16 505		
Femmes enceintes	10 363	4 457	43%	50%
Femmes allaitantes	12 497	8 975	72%	50%
Mères d'enfants malnutris	820	770	94%	80%
Mères d'enfants bien portants	29 579	6 740		
Total enfants	43 248	17 310		
Total femmes	53 259	20 942		
Total	96 507	38 252		



Education en nutrition et santé

Les Animatrices animent des séances de causeries éducatives avec les bénéficiaires inscrites, à un rythme d'une fois par semaine durant toute la durée de la promotion. Le graphique ci-dessous montre que sauf à Kar-Hay dans la première promotion, le pourcentage de réalisation des causeries était au dessous de l'objectif jusqu'à juillet 2005 mais a monté lors de la promotion de juillet à septembre. Les raisons qui empêchent les femmes à assister les causeries programmées peuvent être : pluie (dans la saison pluvieuse), travaux champêtres, etc.



Promotion des pratiques agricoles

En mars 2005, une collaboration de 10 mois (01 mars à 31 décembre 2005) entre le Programme National de Vulgarisation et de Recherche Agricoles de l'Extrême Nord (PNVRA/EN) et ACDEV a commencé. Le projet dans le volet agricole précisément le renforcement des capacités des groupes cibles dans la production alimentaire est réalisé par des agents de vulgarisation de zone (AVZ) qui accompagnent les activités d'ACDEV. Il s'agit des 8 AVZ, 2 techniciens spécialisés (TS), & 1 chef d'unité et le superviseur provincial du PNVRA/EN qui ont été impliqués dans le PCESN.

Les promoteurs d'ACDEV accompagnent les AVZ auprès des groupes cibles pour leur identification et les superviseurs d'ACDEV supervisent les AVZ au moins une fois par mois. L'objectif des AVZ est d'encadrer les groupes cibles d'ACDEV, soit en moyenne 28 groupes par AVZ par mois, sur différents thèmes en matière de pratiques agricoles.

Suivi et évaluation de la performance du personnel

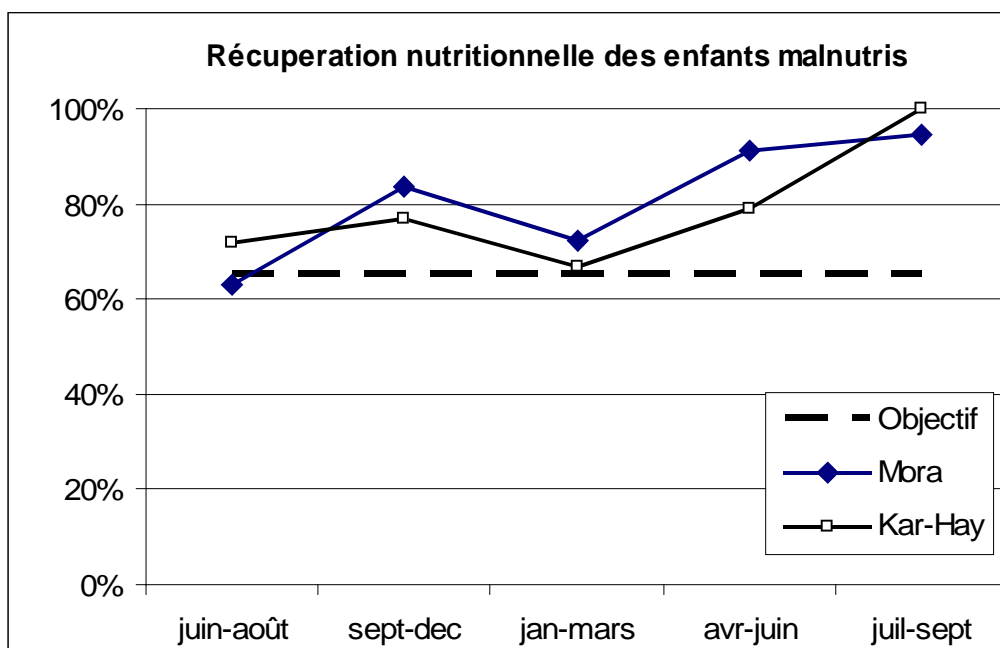
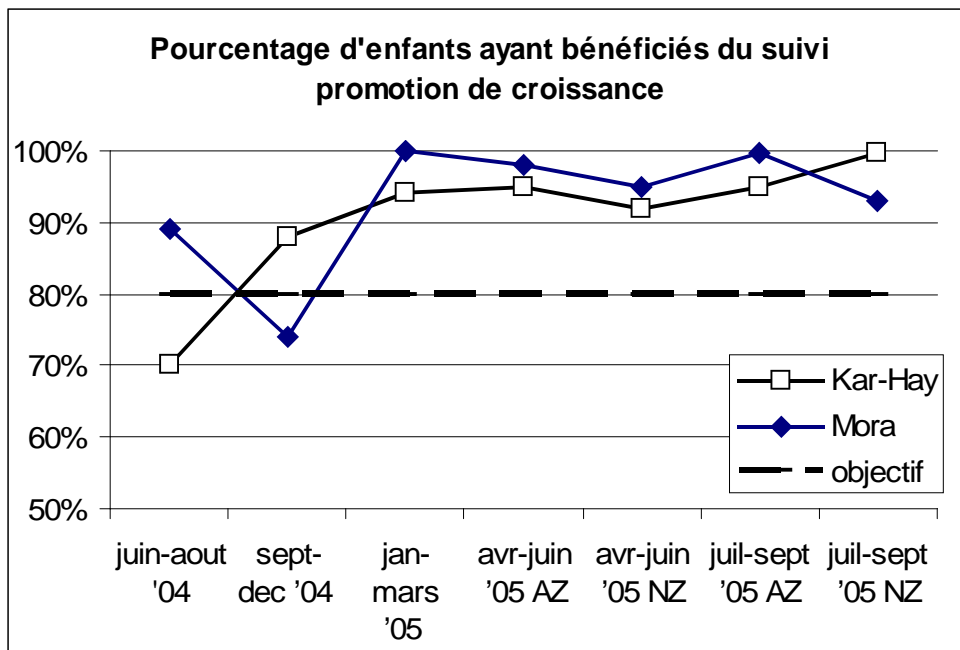
	No. des villages visités		
	prévu	réalisé	taux %
Mars '05	224	73	33%
Avril '05	224	72	32%
Mai '05	196	61	31%
Juin '05	196	61	31%
Juillet '05	196	79	40%

Le faible taux de villages visités s'explique par les raisons suivantes :

- certaines zones PNVRA ne comprennent pas suffisamment de villages (moins de 28 comme souhaité)
- le nombre de jours de travail par mois d'un AVZ (4 jours) ne permet à celui-ci de toucher jusqu'à 28 villages comme prévu.

Suivi Promotion de la Croissance

Les enfants inscrits à la promotion, sont pesés et mesurés mensuellement par les AC, afin de suivre leur état nutritionnel et pouvoir noter les améliorations. A cette fin chaque village est doté d'une balance et d'un Navarro, Diagramme qui mesure le statut nutritionnel à base du poids. Les graphiques ci-dessous montrent le pourcentage des enfants inscrits qui ont bénéficié du suivi mensuel, et le pourcentage des enfants malnutris qui ont récupéré un statut bien portant. On peut voir que cette récupération dépasse largement notre objectif de 65%.



Références Médicales

Les AC réfèrent les femmes et enfants bénéficiaires vers les centres de santé, afin de les inciter à utiliser les structures sanitaires. Pour évaluer le nombre de référés effectivement venus dans le centre de santé, les chefs de centre conservent et comptabilisent les billets de références.

Références des enfants par motif

		Motif			
		Malnutrition	Vaccination	Maladie	Total
Kar-Hay	Référés	423	4 379	798	5 600
	Venues	252	3 239	353	3 844
	% Venues	60%	74%	44%	69%
Mora	Référés	372	3 505	834	4 711
	Venues	183	2 141	434	2 758
	% Venues	49%	61%	52%	59%

Références des femmes par motif

		Motif					Total
		CPN	VAT	PF	Maladie	VIH	
Kar-Hay	Référés	1 782	1 383	92	77	311	3 645
	Venues	1277	994	77	58	212	2 618
	% Venues	72%	72%	84%	75%	68%	72%
Mora	Référés	1 891	1 399	170	230	2	3 692
	Venues	1 141	111	79	108	1	1 440
	% Venues	60%	8%	46%	47%	50%	39%

Supervision

Concernant la supervision des acteurs sur le terrain, nous avons élaboré des guides et des grilles de supervision spécifiques aux Animatrices Communautaires, aux promoteurs. En effet, la supervision se fait à plusieurs niveaux :

- Au premier niveau : Les 10 promoteurs dans chaque district de santé supervisent les Animatrices Communautaires. Chaque promoteur a en moyenne 12 villages à couvrir dans le district de santé de Mora, et 14 dans le district de santé de Kar-Hay. La fréquence de supervision doit être 1 fois en vingt jours au minimum.
- Au second niveau : Un superviseur par district de santé supervise les promoteurs. L'objectif des deux superviseurs est de visiter chaque promoteur au moins deux fois par mois. Avant la promotion d'avril-juin les promoteurs ont été suivi plus que cela, parce-que le nombre de promoteurs par superviseur (4 à Mora et 6 à Kar-Hay) le permettait. Néanmoins, depuis que les superviseurs ont 10 promoteurs à superviser, 2 visites par mois est un nombre faisable.
- Au troisième niveau : le superviseur de district est supervisé une fois par quinzaine par les superviseurs provinciaux de ACDEV.
- Au quatrième niveau : Le projet est supervisé une fois par trimestre par la délégation provinciale de la santé de l'extrême Nord. Dans le district de santé de Kar-Hay, le médecin chef cadre du district a supervisé les activités d'ACDEV dans les différentes aires de santé en 8 jours entre septembre 2004 et juin 2005. Dans le district de santé de Mora, l'équipe cadre de district a effectué une supervision d'évaluation de 6 jours en juin 2005. Les conclusions et recommandations sont communiquées au médecin chef du district et à ACDEV.
- Au cinquième niveau : Le projet est supervisé une fois par semestre par le ministère de la santé publique. Des supervisions par le MINSANTE ont été effectuées en janvier et en mai 2005.

Le niveau de coopération avec les centres de santé et les CVSN ressorti dans le tableau ci-dessous, présente le nombre de réunions avec les CSI, le nombre de supervisions en collaboration avec les CSI, et le nombre d'assistance des CVSN aux activités des AC.

Coopération avec les CSI et CVSN, par promotion

	Mora			Kar-Hay		
	No. des réunions avec CSI	No. des supervisions par le CSI	No. des assistances aux CVSN	No. des réunions avec CSI	No. des supervisions par le CSI	No. des assistances des CVSN
sept-déc '04	33	12	30	60	4	220
janv-mars '05	13	11	39	78	24	29
avril-juin '05	15	21	44	45	24	74
juillet-sept '05	51	36	81	72	39	55
Oct '05	17	14	48	17	11	69
TOTAL	129	94	242	272	102	447
moyenne par mois par PM	1,6	1,7	4,3	2,7	1,2	5,3

Séminaire d'évaluation intermédiaire du projet

Pour montrer les résultats du rapport intermédiaire (août 2005) aux intervenants du projet, et pour discuter de la pérennisation du projet, deux séminaires d'évaluation intermédiaire (un pour chaque district de santé) ont été organisés. Le séminaire s'est tenu à Doukoula le 3 novembre 2005 et à Mora le 7 novembre 2005.

L'objectif du séminaire était d'affiner une stratégie faisable et réalisable à l'échelle du district, dans le but de pérenniser les activités du Projet Communautaire d'Education Sanitaire et Nutritionnelle, quand les activités d'ACDEV finiront fin décembre 2005, et entre janvier et mars 2006 les évaluations et enquêtes seront faites. On souhaite que les AC, les centres de santé, et les CVSN pérennisent le travail.

Le séminaire regroupait tous les intervenants (coordinateur de programme, superviseur, promoteurs, chefs de Centre de Santé des aires couverts, responsables du District de Santé, AVZ et TS du projet PNVRA, du Délégué Départemental de l'Agriculture et du représentant d'AC et CVSN). Au total il y avait 60 participants à Mora et 62 à Doukoula (taux de présence 97%)

Lors du séminaire, un cadre organisationnel pour la pérennisation est développé et les rôles des différents intervenants ont été discutés. L'idée est que les activités continueront selon ce concept.

Conclusion

Par rapport aux dépistages, la mobilisation des femmes cibles est très satisfaisante : le nombre des femmes et enfants dépistés est proche des bénéficiaires potentiels calculés.

Ensuite, le suivi-promotion des enfants, et spécifiquement ceux malnutris est satisfaisant. Le taux d'enfants mesurés dépasse l'objectif de 80%. A l'issue de toutes les promotions, on remarque que plus de trois quarts des enfants malnutris ont atteint un poids, qui dépasse l'objectif de récupérer 65%.

Nous pouvons dire que les premiers résultats du projet sont assez satisfaisants, et que les populations s'approprient véritablement du projet.

B- PROJET DE MISE EN ŒUVRE DU PROCESSUS DE DEVELOPPEMENT DES CAPACITES DANS LES VILLAGES DE LA PROVINCE DE L'EXTREME - NORD

B1- Introduction

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

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

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

Les résultats attendus sont :

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

B2- Diagnostic Participatif

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

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

B3- Planification Villageoise

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

Mise en place des comités de Développement

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

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

Mise en place des Plans de Développement triennal

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

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

Mise en place des Plans d'investissement annuel

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

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

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

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

B4- Problèmes rencontrés et solutions apportées

ANIMATION

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

Déterminant possible : travaux champêtres

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

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

NON-RESPECT DU PLANNING PAR LES PLANIFICATEURS VILLAGEOIS

Problème : difficulté pour la supervision des activités

Déterminant possible : occupation des populations ou des mobilisateurs sociaux.

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

MATÉRIEL D'ANIMATION

Problème : rupture de papier kraft et des cartes ZOPP

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

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

ABANDON DE POSTE DE TRAVAIL PAR LES PLANIFICATEURS

Problème : coïncidence de l'enquête démographique

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

Solution : remplacement de deux planificateurs.

B5- Perspectives

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

B6- Conclusion

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

C- PROJET DE MICROCREDIT AU PROFIT DES ANIMATRICES/EURS COMMUNAUTAIRES DU DISTRICT DE SANTE DE MERI

Afin de contribuer efficacement à la pérennisation de PCENS mis en œuvre dans le district de santé de Méri, les AC ont été structurés et organisés en GIC de microcrédit. Pour le démarrage de leur activités, il a été mis à leur disposition un fonds de roulement qui leur permettrait de financer les projets d'activités génératrice de revenu que présenteraient leur membre. Au 31/12/2005 les statistiques que nous jugeons très satisfaisants se présentent ainsi qu'il suit :

- Nombre de personnes(cumul) ayant bénéficié d'un crédit : 150
- Volume de crédit distribué : 3 301 080 fca
- Intérêts générés : 131 220 fca
- Taux de recouvrement : 99,97 %
- Nombre de personnes **ayant** effectivement menées une activité rentable : 140

D- LE PROJET HYDRAULIQUE ANIMATION AUTOUR DES POINTS D'EAU

Le projet de renforcement de l'animation et le suivi post-projet des comités de gestion des points d'eau est exécuté par Action pour le Développement dans les 35 villages des lots 3 et 4 situés dans le Mayo Kani et le Mayo Danaï.

Le but de ce projet est :

- L'amélioration des attitudes et capacités des populations utilisatrices des points d'eau à contribuer financièrement pour le fonctionnement de leur ouvrage et ceci de façon continue ;
- L'amélioration des attitudes et capacités des populations utilisatrices des points d'eau à les protéger et à les maintenir dans un environnement propre ;
- La création et l'amélioration des relations entre les comités de gestions (des villageois et des centres de santé) et les artisans réparateurs dans chaque zone ;
- La signalisation des 48 ouvrages (29 pour le lot 3 et 19 pour le lot 4) réalisés tant dans le cadre du projet initial que dans la phase complémentaire ;
- susciter et à renforcer le sentiment d'appropriation du point d'eau de la part des utilisateurs.

Les résultats attendus sont :

- Existence pour chaque point d'eau d'un comité de gestion bien formé et fonctionnel ;
- Existence pour chaque comité de gestion d'une caisse villageoise ou d'un compte (postal ou bancaire) régulièrement alimenté pour l'entretien du point d'eau ;
- Existence d'un registre bien tenu des utilisateurs du point d'eau et des contributions financières ;
- Existence d'une clôture en matériaux durables autour de chaque point d'eau suivant le plan **établi par la CTB**
- Existence d'une plaque de signalisation sur chaque point d'eau ;
- Connaissance de l'artisan réparateur de la zone (nom et lieu de résidence) par les populations utilisatrices (comité de gestion du point d'eau) ;
- Maîtrise du circuit de commercialisation des pièces détachées de la pompe « Vergnet » ;
- Respect des règles d'hygiène par le public cible ;

D1- Enquête initiale

La première phase du travail des promoteurs a été de réaliser l'enquête initiale :

Ils se sont rendus chacun dans les 7 points d'eau de leur zone d'affectation. Ils ont rencontré le chef de village, le chef de centre de santé dans le cas où le point d'eau est situé dans un CSI, les membres du CGPE s'il en existe un et les utilisateurs. Ils ont rempli les fiches qui leur avaient été fournies par ACDEV. Cette enquête est plus exhaustive que l'état des lieux demandé par le projet (Annexe 6a).

A raison d'un point d'eau par jour cette enquête s'est déroulée du 15 au 23 juin.

Elle a également été l'occasion pour les promoteurs d'expliquer l'objet de leur travail, de fixer le prochain rendez-vous et de négocier leur hébergement dans le village.

Le superviseur a récupéré les fiches d'enquête et les a amenées au bureau d'ACDEV le lundi 27 juin.

Les fiches ont été analysées, reportées sur les annexes 6a et synthétisées dans l'annexe 6b, cette synthèse a été remise à la DPEEN et à la CTB.

- Sur les 35 forages 25 ont des points de lessive à proximité, il s'agit de points de lessives non aménagés qui se situent en moyenne à 10 mètres du forage, au maximum à 20 mètres et au minimum sur la dalle elle-même.
- La vente de l'eau en bidon s'effectue dans un seul point d'eau (Gare Moulvoudaye).
- 1.651 familles bénéficieraient des 35 forages, 47 familles par forage en moyenne, 9 au minimum et 300 au maximum.
- Sur les 35 forages, 26 comités de gestion avaient été créés lors de l'implantation. 12 ont reçu une formation en gestion et 11 en hygiène, 9 ont un règlement intérieur ou statut. Ces comités ont entre 1 et 13 membres, 5,7 en moyenne avec une moyenne de 1,2 femmes.
- 17 CGPE se sont réunis dernièrement.
- 27 CGPE ont une clé pour le forage 66% dans les CSI et 82% dans les villages, 7 n'ont pas d'artisan réparateur désignés (41% dans les CSI et 8.7% dans les villages); 7 n'ont pas de responsables de pompes (41% dans les CSI et 8.7% dans les villages).
- Il n'y a pas eu de formation de responsables de pompe pour les nouveaux villages
- Il y a eu 21 visites des Artisans réparateurs entre mars et mai 2005, 10 pour l'entretien de la pompe, et 11 pour des pannes.

D2- L'animation proprement dite

La première phase d'animation a pour objectifs:

- Existence pour chaque point d'eau d'un comité de gestion bien formé ;
- Pour chaque comité de gestion le choix d'une caisse villageoise ou d'un compte (postal ou bancaire) pour l'entretien du point d'eau a été fait ;
- Existence d'un registre des utilisateurs du point d'eau et des contributions financières ;
- Existence d'un registre du point d'eau
- Existence d'un registre comptable
- Existence d'un plan d'action pour la mise en place d'une clôture en matériaux durables autour de chaque point d'eau suivant le plan en annexe ;
- Mise en place des règles d'hygiène pour l'utilisation du point d'eau ;
- Collecte et versement au projet des 400.000 FCFA de frais de participation des 02 villages pour les 02 nouveaux forages(1 pour le lot 3, 1 pour le lot 4), soit 200.000FCFA par village.

La seconde phase d'animation a pour objectifs :

- Terminer les activités non réalisées lors du premier passage,
- Superviser les activités menées par le comité de gestion du point d'eau (utilisation des registres, respect des règlements intérieurs, déroulement des réunions...) afin d'effectuer leur formation continue.
- Superviser la construction du muret
- Sensibiliser les populations à l'hygiène

Pour atteindre leurs objectifs, les promoteurs ont effectué des sensibilisations de masse, des causeries éducatives, des entretiens individuels, des formations pour les membres des CGPE, des jeux de rôles et des saynètes de théâtre.

Tableau 2 : indicateurs de résultats au 31 Octobre 2005

INDICATEURS	Unités	Etat des lieux initial	Etat des lieux intermédiaire	Observations
Etat des lieux établi pour chaque site avant le début des prestations	Nombre de centre de santé ou village enquêtés avec un état des lieux établi	35/35	35/35	1 village, Gaban avait été mal identifié lors de l'enquête initiale, mais la fiche a été remplie par la suite
Contributions villageoises collectées et versées au projet (200.000 FCFA par village)	Montant collecté par village et versé au projet	0	400.000FCFA	
Plaques de signalisation fixées	Nbre de plaques fixées au cours de la période	A modifier	A modifier	A compléter si besoin
*Existence d'un CGPE ou COGES bien formé et fonctionnel	% affirmatif par village ou centre de santé	14,3%	80%	Les CSI ont constitué des CGPE, avec des représentants des villages et des représentants du COCES
*Durée des pannes en jours	disponibilité de la pompe pendant la période en %**	3,6%	9,2%	La panne de Guissia avait été largement sous-évaluée
*Existence de registres bien tenus des utilisateurs et des cotisations par point d'eau	% affirmatif du résultat des questionnaires administrés par site	45,7%	65,7%	
*Connaissance de l'artisan réparateur et maîtrise du circuit de commercialisation des pièces détachées	% affirmatif du résultat des questionnaires administrés par site	40%	100%	Dans 25 villages les responsables de pompes ont été recyclés par les artisans réparateurs
*Participation des femmes dans la gestion des points d'eau (CGPE)	% (n° femmes/N°total)**	21,1%	32%	
*construction des murets de protection	% réalisés	5,7%	5,7%	2 étaient déjà construits, 6 sont en cours de constructions, plus de 20 ont commencé à stocker les matériaux.

	Moyenne du nombre de nettoyages/jour	0,6	1,3	
	% de point d'eau où l'accès des animaux est interdit	17,1%	51%	
	% de points d'eau où il n'y a pas de points de lessives proches (-30mètres)	28,6%	48,5%	
*respects des règles d'hygiène enseignées	% de point d'eau où les utilisateurs ne montent pas sur la dalle avec les chaussures	62,8%	100%	
	% de points d'eau où les alentours sont propres	62,8%	94%	
	% de point d'eau où la rigole et le puits perdu propres	14,3%	68,5%	
*existence de caisses/comptes	% de villages ou centre de santé	2,9%	25,7%	Etant donnée le faible remplissage des caisses cette activité n'était pas la priorité
*alimentation de caisses et comptes	% de cotisations cumulées, suivant taux fixés par les statuts des CGPE par site**	77%	37%	Ce pourcentage a baissé pour trois raisons : - Le ralentissement des cotisations en période de famine - L'utilisation des cotisations pour l'achat de matériaux pour le muret - Les sommes données lors de l'enquête qui se sont parfois avérées inférieures.

Conclusion

Ces premiers mois se sont déroulés conformément à nos attentes. La première phase d'animation autour des points d'eau s'est achevée et les promoteurs ont entamé la seconde phase d'animation. Nous retirons de ce bilan intermédiaire que s'il y a une amélioration dans les CGPE et l'hygiène autour des points d'eau, la construction des murets et la relance des cotisations n'ont pas encore bien démarré. Pour la suite des activités, nous mettrons donc l'accent sur les faiblesses relevées, en espérant que les récoltes apporteront des solutions à certains problèmes. Nous ne négligerons pas cependant la supervision des activités menées par les CGPE, afin de s'assurer que les formations qu'ils ont reçues ont été assimilées. Nous remercions les promoteurs qui ont su supporter les dures conditions de déplacements en cette saison de pluie mais qui ont également supporté avec les populations les famines qui touchent les villages. Nous les encourageons à voir en ce mois de septembre les derniers moments difficiles sur ces points.

L'appel d'offre portait sur une durée de 6 mois pour atteindre les objectifs fixés. Deux contrats de 3 mois ont été établis pour la réalisation du projet. À la fin du premier contrat la CTB a décidé de ne pas renouveler le contrat ceci pour des raisons internes et malgré une évaluation correcte du travail que nous avons accompli. Faute de financement nous avons été obligés de mettre fin à ce projet prématurément.

III- FORMATIONS

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

INTRODUCTION

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

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

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

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

Le but de ce projet est :

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

Les résultats attendus sont :

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

PREPARATION

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

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

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

CONTENU DE LA FORMATION

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

0La Santé et ses Déterminants

1La Réorientation des Soins de Santé Primaires (Réo SSP)

2La Participation Communautaire (PC) en insistant sur les rôles des membres des structures de dialogue

3La Planification : notion de planification et élaboration d'un plan d'action

4Les Initiatives Communautaires Génératrices de Revenus pour l'appui à la santé : identification de problèmes communautaires, transformation d'un problème en projet communautaire

5 Animation de Groupe et Résolution des Conflits au sein du groupe

6 Mobilisation Communautaire

PARTICIPANTS

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

Déroulement de la formation

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

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

La deuxième vague s'est déployée du lundi 20 au vendredi 24 dans les aires de regroupement de Bipaing (pour les aires de santé de Bipaing, Manoré et Gaban), Mouda (pour les aires de santé de Mouda et Foulou), Mindjil (pour les aires de santé de Mindjil, Midjivin et Garey) et Moutourwa (pour les aires de santé de Moutourwa, Damaï et Titing).

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

Evaluation de la formation

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

a) - Evaluation continue

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

b) – Evaluation finale

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

Il ressort de cette évaluation finale que :

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

PROBLEMES RENCONTRES ET SOLUTIONS APPORTEES

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

Qualité des participants

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

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

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

Modération

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

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

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

Circulation de l'information

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

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

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

Matériel didactique

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

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

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

PERSPECTIVES

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

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

CONCLUSION

Au terme de ces deux semaines de formation les premiers jalons de la fonctionnalité d'un cadre institutionnel du développement de la santé sont jetés, les acteurs

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

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

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

A1- OBJECTIFS :

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

A2- ACTIVITES REALISEES :

- Création de 30 comités de développement dont une quinzaine légalisée et le reste en cours de légalisation ;
- Suivi de deux GIC (GICOHSE, KAOUTAL) dans la finalisation de la mise en œuvre de micro-projet financés par le Pacddu ;
- Appui , accompagnement et animation au profit d'une dizaine de comités de développement viables.

IV – AUTRES MANIFESTATIONS

Au cours de l'année 2005 les activités suivantes ont entre autre été réalisées :

- ✓ La participation active à l'atelier de validation des documents politiques et programmes national de la nutrition tenu à Kribi du 12 au 15 mai 2005
- ✓ L'implication effective dans le processus de mise en œuvre du PCPA
- ✓ L'adhésion à la mise en œuvre de plate forme impliquant les acteurs de la société civile
- ✓ La participation active au Forum annuel du PCPA tenu à Mbalmayo du 14 au 17/11/2005
- ✓ La participation aux sessions de formation, séminaires et ateliers visant à renforcer les capacités du personnel.

V – PERSPECTIVES

Au cours de l'année 2006, Action pour le Développement planifie :

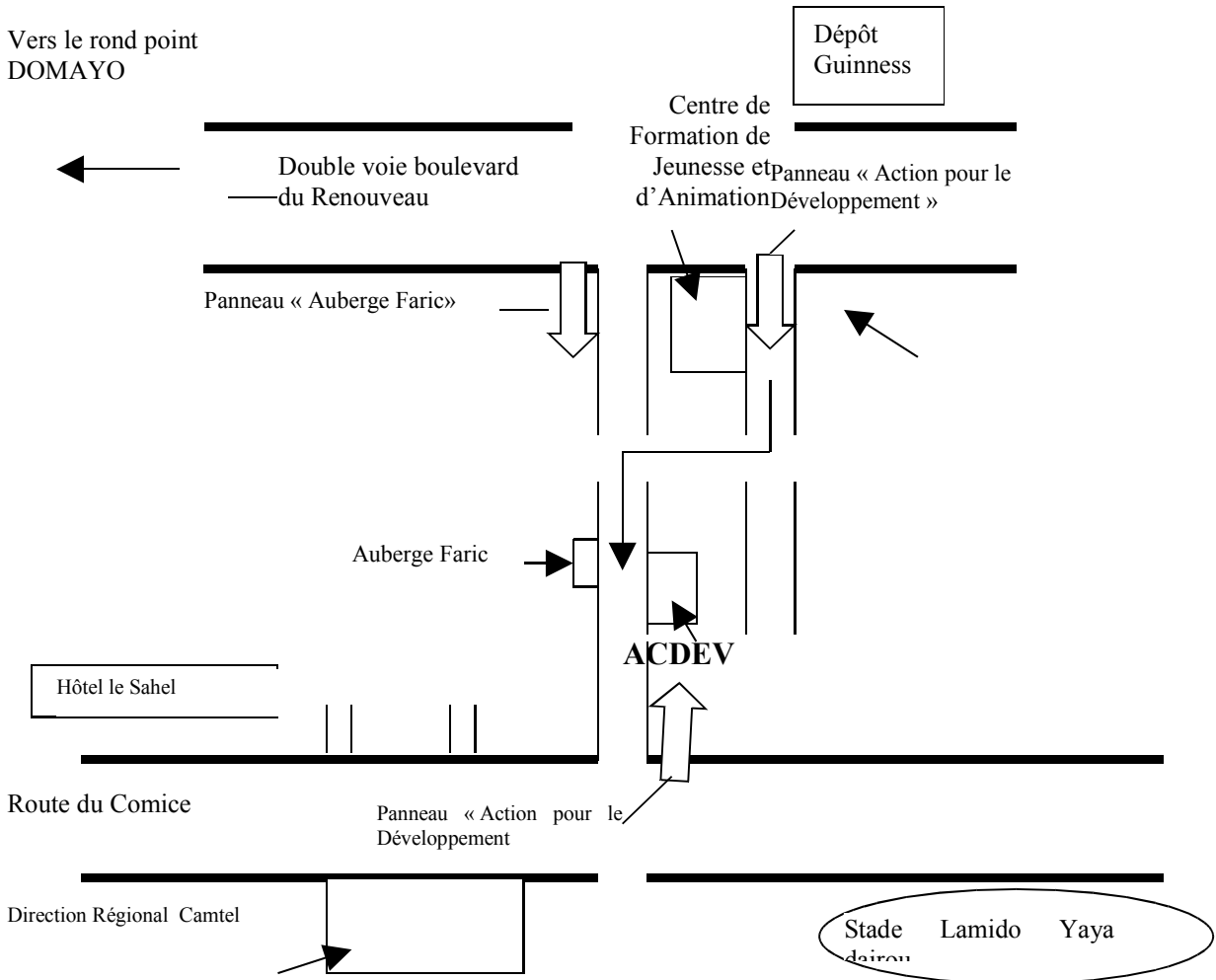
- ✓ La continuité du projet communautaire d'éducation nutritionnelle et sanitaire financé sur les fonds PPTE, dans les districts de santé de Kar-Hay et de Mora et l'introduction d'une requête auprès du Minsanté pour une éventuelle prorogation
- ✓ La continuation des activités de micro-crédit dans le district de santé de Méri
- ✓ Le début effectif de la mission de coordination et de supervision des activités de promotion de lutte contre le paludisme confiée par le CNRBM
- ✓ La participation effective à plusieurs forums, séminaires et formations de développement afin de renforcer ses capacités
- ✓ La continuité du processus de renforcement de capacité de ses membres à travers des formations continues et professionnelles
- ✓ L'ouverture d'un bureau de coordination nationale à Yaoundé
- ✓ L'acquisition d'un terrain en vue de la construction de son siège à Maroua
- ✓ La recherche continue de financement pour l'exécution de projets nouveaux.

ANNEXES

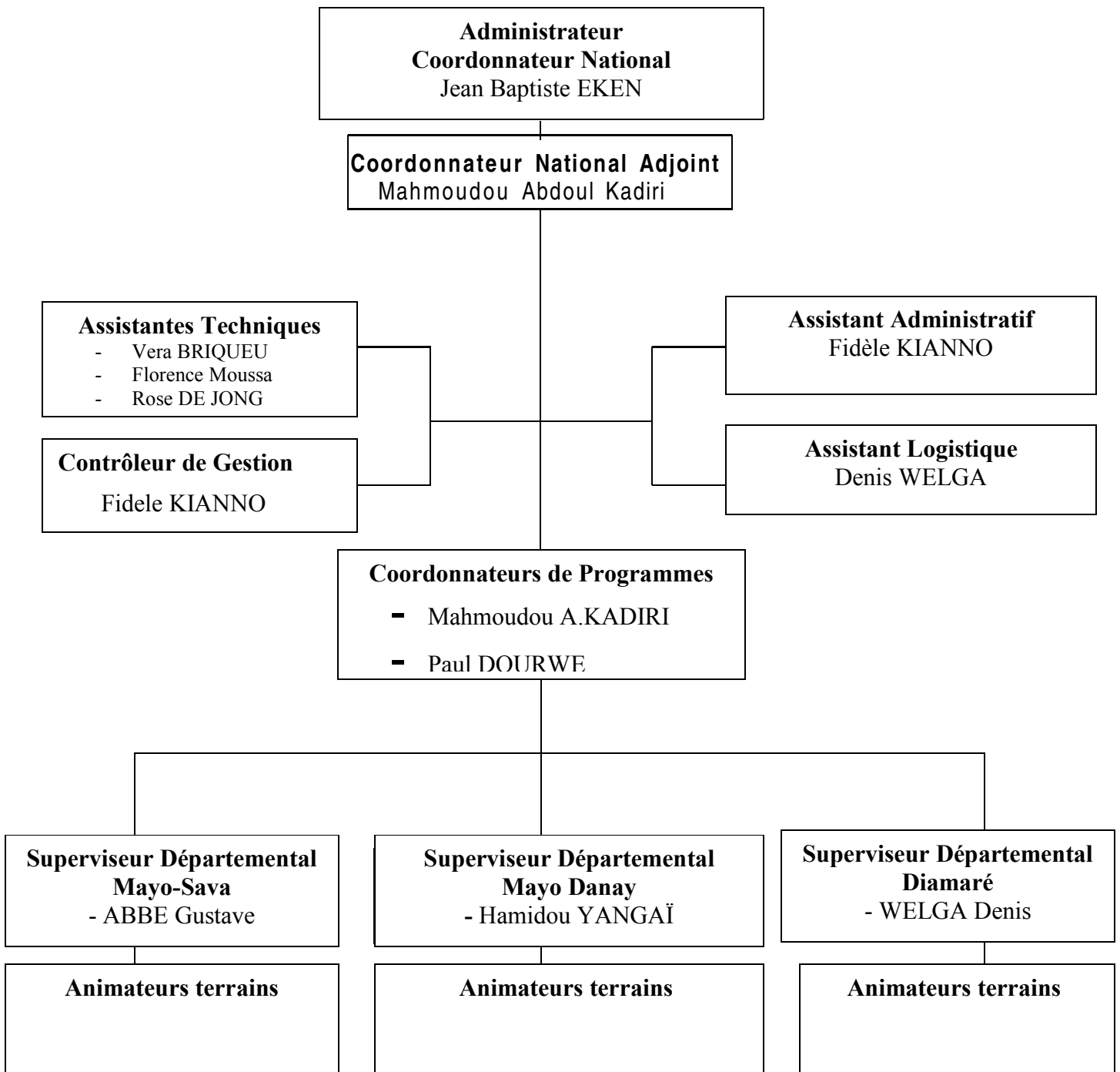
Plan du siège de ACDEV (Action pour le Développement)

Quartier DOMAYO

Tel : 985-53-39 / 998 88 27 / 229-27-23



L'organigramme d'ACDEV



PARTENAIRES

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

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

CURRICULUM VITAE

1) Dénomination du partenaire d'exécution : ACTION POUR LE DEVELOPPEMENT (ex Action Against Hunger)

Adresse : **BP 725 MAROUA, Tél : 229 27 23/985 53 39/998 88 27**

Siège Social : **Maroua, Domayo**

Email : acdevcm@yahoo.fr

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

Nom du responsable : **Monsieur Jean Baptiste EKEN**

Date de création : **Juin 2001**

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

2) Organisation interne

Administrateur/Coordonnateur national

Jean Baptiste Eken

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

DESS Gestion des Projets et Administration des Programmes

Master en management des programmes de développement

Assistants techniques

Florence Moussa , Nutritionniste de santé publique

Vera briqueu, Spécialiste eau et sanitation

Rose de Jong, Nutritionniste de santé publique

Coordonnateur de programme

Paul Dourwé, Technicien de développement communautaire

Mahmoudou Abdoul Kadiri, *Formateur*

3) Effectif du personnel

Personnel technique permanent

Cadres supérieurs : 5

Agents de maîtrise : 4

Agents d'exécution : 30

4) Tenue d'une comptabilité Complète et informatisé

5) Moyens logistiques :

7 Micro ordinateurs

7 Imprimantes

1 Photocopieur

1 Télécopieur

3 Véhicules 4 x 4

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

1 Base à Maroua

5 Motos

9 tables bureaux

15 Chaises

1 Local loué pour bureaux

6) Bailleurs de fonds :

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