

PN-ABN-973



82083

# CHILD SURVIVAL

# VIVE L'ENFANT AFRICAIN

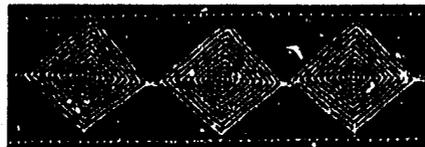
*(Long Live the African Child)*

Report on the 6th African PYOs Regional  
Child Survival Workshop

October 15 - 19, 1991 • Sikasso, Mali



Report Prepared by:  
Ahmed Zayan • Issa Sidebe



Sponsored by:  
Malian Ministry of Health/Sikasso region

 **Save the Children.**  
Johns Hopkins University

Funded by:  
United States Agency for  
International Development  
AID/S&T/PVC  
Contract # OTR-0500-A-00-9149-00

## **ACKNOWLEDGEMENTS**

**The workshop organizing team wishes to express its gratitude to the many Malians and expatriates who expended time and energy to make this workshop a success. We would also like to acknowledge the tireless efforts of Save the Children/Mali and Kolondiéba. In addition, we are also most grateful to the Regional Health Director, Dr. Dravé Kareibiri, and the Governor of the Sikasso region, Mr. Alpha Abdoulaye Sow, for their hospitality. Many thanks to World Vision/Koutiala, and Save the Children/Mali for preparing the field visits, and to the village community leaders and women for allowing the participants to interview them. Finally, we wish to express our appreciation to the staff of the Mission Catholique in Sikasso who, with their generosity and understanding, made our stay extremely enjoyable.**

*The workshop report is also available in French.*

## TABLE OF CONTENTS

	page
EXECUTIVE SUMMARY	1
LIST OF APPENDICES	3
LIST OF ABBREVIATIONS	4
INTRODUCTION	5
PLANNING AND PREPARATION	
A. SC/Headquarters workshop planning	6
B. SC/Mali preparation	6
WORKSHOP DESCRIPTION	
A. Background	7
B. Workshop Theme	7
C. Workshop Goals	8
D. Workshop Objectives	8
E. Workshop Approach and Format	8
F. Workshop Venue	9
G. Workshop Agenda	10
H. Participants and Resource Persons	11
I. Workshop Evaluation	12
WORKSHOP CONTENT	
A. The Day Before	13
B. Opening Ceremony	13
C. Project Information Matrix	13/18
D. Objectives & Expectations	13
E. Sustainability	15
F. Nutrition	15
G. Health Information System	15
H. Field Visit	16
I. Vitamin A	16
J. Future Challenges	16
K. AIDS	17
L. Networking Luncheon	17
M. Closing Ceremony	17
N. Cultural Evening	17
OUTCOMES	19
WORKSHOP BUDGET	22
PARTICIPANTS' EVALUATION	23
COMMENTS AND RECOMMENDATIONS	24

## **EXECUTIVE SUMMARY**

Save the Children in collaboration with Johns Hopkins University, PVO Child Survival Support Program hosted the 6th Annual Africa Region Child Survival Workshop. It was held in Sikasso, Mali from October 15-19, 1991. Participants were national staff of PVOs implementing CS projects in Burkina Faso, Mali, Niger, Cameroon, Mauritania, and Senegal. Participant PVOs included Africare, Care, Save the Children, World Vision, and Plan International.

The workshop theme was "Long Live the African Child". Workshop goals included (1) sharing up-to-date information and materials, (2) examining how PVO Child Survival field projects with unique constraints and resources work with families to achieve health behavior changes in rural communities, (3) increasing awareness of the different approaches to establishing sustainability, (4) strengthening specific technical areas of each project as identified in the detailed implementation plan, and (5) sharing lessons learned at the project level in order to improve in-service activities carried out by PVO Child Survival projects.

The workshop was designed to maximize the level of participant participation and resource sharing. This workshop emphasized the concept of considering each participant as a resource who brings a tremendous amount of knowledge and experience to every session.

A resource room was set up to display up-to-date technical materials, most of which have been developed and used by the projects. The projects find them useful, and wished to share them with the other projects present at the workshop.

The training emphasized experiential learning. "Lecture format" was limited but, when used, was always followed by a practical learning experience. Sharing technical information, discussing, and then applying theory in a practical way was stressed. Large and small group design was used. Role play, fishbowl, cognitive exercises, and participatory learning were segments of various session plans. Key sessions in the workshop included: Sustainability, Nutrition, Health Information Systems, Field Visits, Vitamin A, AIDS, Future Challenges, and Networking.

Discussions on sustainability focused on key topics. They included: viability and financial continuity, transfer of knowledge and skills, improvement in the quantity/delivery of supplies and efficiency of services, community participation, and change in government policies. The topics of malnutrition, nutrition messages, and nutrition practices during diarrheal episodes were discussed during a three hour session. Discussion on the HIS focused on the HIS as the core of the decision making process. In group work, participants then identified what information should be collected in a HIS, and how to collect and use it.

For the field visit, each group developed objectives, specific areas to investigate, and methodology for data collection and analysis. Focus questions included: (1) What did we learn during the visit? (2) How do we apply what we learned? (3) What suggestions should we give to the host project? The session on Vitamin A focused on three major points: (1) Basic knowledge on Vitamin A programs, and its relation to child survival, (2) Community diagnosis of a Vitamin A deficiency problems, (3) Recommendations for future planning.

For future challenges, the participants conducted a SWOT (Strengths, Weakness, Opportunities, and Threats) analysis of the PVOs. They also identified health problems that the PVOs will face during the next 5 to 10 years.

Key recommendations include:

1. Better use of available resources.
2. Focus on controlling the implication of AIDS.
3. Increased international PVO support to national PVOs.
4. International PVOs should be involved in social problems.

For AIDS, key presented points included: (1) There is an ever increasing number of people infected with AIDS around the world, and (2) Education programs are currently the major intervention in the reduction of disease transmission. Group work focused on the role of the PVOs and their partners to curb the rate of transmission. The creation of PVO networks within each country was discussed. It focused on 1) Identifying existing collaborative efforts, 2) Determining if additional collaboration will be beneficial, and 3) Identifying a format for collaboration and communication that is desirable and effective.

**LIST OF APPENDICES**

- Appendix A** Report of the May 16, Preliminary planning meeting
- Appendix B** Agenda for the planning meeting in Westport
- Appendix C** Needs Assessment Worksheet
- Appendix D** Results of planning workshop in Westport
- Appendix E** Workshop Fact Sheet
- Appendix F** Letter of invitation to participants
- Appendix G** Detailed list of workshop participants
- Appendix H** Detailed list of Organizing Team/Resource Persons
- Appendix I** List of Materials displayed by the projects in the resource room
- Appendix J** Opening and closing keynote addresses
- Appendix K** Project Information Summary Sheets
- Appendix L** Sections of workshop minutes on
1. Sustainability
  2. Nutrition
  3. Health Information System
  4. Field Visit
  5. Vitamin A
  6. Future Challenges
  7. AIDS
  8. Networking
- Appendix M** Registration form and letters

**GLOSSARY OF ABBREVIATIONS**

<b>AID</b>	<b>Agency for International Development</b>
<b>AIDS</b>	<b>Acquired Immunodeficiency Syndrome</b>
<b>CBA</b>	<b>Child Bearing Age</b>
<b>CDD</b>	<b>Control of Diarrheal Diseases</b>
<b>CS</b>	<b>Child Survival</b>
<b>EPI</b>	<b>Expanded Program on Immunization</b>
<b>FHA</b>	<b>Food and Humanitarian Assistance</b>
<b>HIS</b>	<b>Health Information System</b>
<b>HIV</b>	<b>Human Immunodeficiency Virus</b>
<b>JHU</b>	<b>Johns Hopkins University</b>
<b>MOH</b>	<b>Ministry of Health</b>
<b>NGO</b>	<b>Non Governmental Organization</b>
<b>PVC</b>	<b>Private and Voluntary Cooperation</b>
<b>PVO</b>	<b>Private Voluntary Organization</b>
<b>SC</b>	<b>Save the Children</b>
<b>S&amp;T</b>	<b>Science and Technology</b>
<b>SWOT</b>	<b>Strengths, Weakness, Opportunities and Threats</b>
<b>USAID</b>	<b>United States Agency for International Development</b>
<b>WID</b>	<b>Women in Development</b>

## INTRODUCTION

In 1985, USAID demonstrated its commitment to the children of the world by creating the child survival program. Over the years, this support has saved the lives of thousands of children, and helped private voluntary organizations to design and test different strategies and interventions. Successful interventions provided governments and international organizations the opportunity to change existing policies, and/or adopt new ones, and innovate in the design of their health programs through the use of proven successful approaches.

Since October 1986, AID/FHA/PVC has contracted with the Johns Hopkins University, PVO Child Survival Support Program, to provide technical support to Child Survival PVOs to provide more effective child survival activities at the community level, and to enhance professional understanding of the role PVOs can play in the health development process.

One of the key strategies that the PVO Child Survival Support Program uses to improve PVOs capacity is workshops designed for field office national staff. Ten regional workshops have been completed so far:

<i>Africa Region</i>	
Sierra Leone	1986
Rwanda	1987
Zimbabwe	1987
Kenya	1988
Nigeria	1990
Mali	1991
 <i>Asia/Pacific Region</i>	
Indonesia	1989
India	1992
 <i>LAC Region</i>	
Guatemala	1989
Honduras	1991

The following is the report of this year's Africa Region Workshop which was conducted in Sikasso, Mali.

The purpose of the workshop was to: (1) strengthen the delivery of CS services at the grass roots level, (2) exchange lessons learned by PVO child survival programs, and (3) provide networking opportunities for country national staff most directly involved in child survival projects.

## PLANNING AND PREPARATION

### *A. SC/Headquarters Workshop Planning*

After a series of communications with AID/FHA/PVC during the Fall of 1990, Save the Children agreed to host the 6th African Regional Child Survival Workshop. Cameroon was originally selected as the site for the workshop. However, after examining the situation carefully it was felt that successful implementation of the workshop within the existing budget was not feasible in Cameroon. Save the Children suggested Mali as an alternative and this was accepted by USAID.

Workshop planning began on May 16, 1991 with a visit by Cynthia Carter, PVO CS Support Program, John Hopkins University, to Save the Children Headquarters. During the visit an outline of the action steps needed to plan and prepare for the workshop was developed. Appendix A includes a full report of this meeting.

The workshop planning committee conducted a 3 day workshop at Save the Children Headquarters in Westport, Connecticut. The Agenda of this meeting is contained in Appendix B. Prior to the workshop, a needs assessment survey was conducted among Headquarters and Field Office health staff of all PVOs who were expected to attend the workshop. Results of the survey were used to develop the content of the workshop. Appendix D incorporates the outcomes of the planning sessions.

Save the Children's field office in Mali made all in-country arrangements for the workshop. Project profiles and demographic data were prepared for each participating country's project by PVO Child Survival Support Program. Relevant background documents and resource materials were also gathered by SC Headquarters.

### *B. SC/Mali preparation*

Preparation for the workshop started in Mali during May, 1991. An organizing team was formed composed of Michelle Poulton, SC Subregional Director for West Africa, Souleymane Kanté, Kolondiéba Program Manager, and Dr. Fodé Doumbia, Kolondiéba Health Project Manager. The site for the workshop was decided by the local organizing team; the "Mission Catholique" training center in Sikasso. Transportation to and from Sikasso, and the field visits, was primarily provided by SC and other PVO vehicles. Save/Mali's program support officer also helped with the logistics, and was the major author of the report. Equipment and supplies were purchased and moved to Sikasso prior to the arrival of the participants. Invitations to key members of the regional government were timely.

Upon arrival in Bamako, participants were escorted from the airport to a pre-reserved hotel. On October 14, all participants traveled to Sikasso, except for participants from Burkina Faso who traveled by road directly to Sikasso.

## WORKSHOP DESCRIPTION

### *A. Background*

Since 1985, the United States Agency for International Development, (AID/FHA/PVC), has designated special funds for child survival activities. The Agency has increasingly focused its resources on achieving child survival goals and has refined its strategy to maximize the impact of its resources. This strategy involves concentration of effort on a few major interventions that can help break the cycle of malnutrition and disease which results in death for so many children. These interventions are immunization, control of diarrheal diseases, nutritional improvements, birth spacing, malaria control, and vitamin A deficiency control.

PVC has established a variety of effective central mechanisms to provide technical assistance and training to the staffs of PVO child survival projects. In particular, PVC has contracted with The Johns Hopkins University to facilitate a broad range of support services to centrally funded PVO child survival projects. A very useful activity carried out under the JHU cooperative agreement has been the organization of training workshops for PVO project field staff. Through workshops PVOs enhance their roles in the child survival initiative and improve their strategic competence in child survival projects.

Save the Children is a nonprofit, non sectarian development agency founded in 1932. Since then, the organization has worked to improve the quality of life for children in over 40 countries. It's mission states: "In the United States and abroad, Save the Children helps to make lasting, positive differences in the lives of disadvantaged children". In it's efforts to build sustainable programs administered by local professionals, SC operations are directed from the field. Field offices are supported technically and administratively by SC Headquarters, which includes several technical units.

Save the Children's child survival program is supported by the Health Unit. The unit has a team of experts in public health, pediatrics, nutrition, epidemiology, women's health, and AIDS.

SC/Mali is currently implementing community-based, integrated rural development activities in the 7 sectors: Health, Credit, Agriculture, Literacy, Water, Education, and WID. It's health component includes activities in EPI, CDD, child spacing, environmental hygiene, malaria control, nutrition monitoring and education/demonstration, maternal care, clean water use, and a family-based, universal enrollment HIS. Beneficiaries are women of CBA, and children under five in the 5 sub-districts of Kolondiéba.

### *B. Workshop Theme*

"Vive l'Enfant Africain"  
(Long Live the African Child)

All sessions of the workshop emphasized the survival of the child in the African context.

### ***C. Workshop Goals***

- 1. To share up-to-date information and materials among centrally-funded PVOs implementing Child Survival activities in West Africa.**
- 2. To examine how PVO Child Survival field projects with unique constraints and resources work with families to achieve health behavior changes in rural communities.**
- 3. To increase awareness of the different approaches to establishing sustainability in Child Survival projects.**
- 4. To strengthen specific technical areas of each project as identified in the detailed implementation plan.**
- 5. To share lessons learned at the project level in order to improve in-service activities carried out by PVO Child Survival projects.**

### ***D. Workshop Objectives***

By the end of the workshop, each participant will be able to:

- 1. Identify the basic elements of sustainability and the factors that reinforce the "sustainability" of their projects.**
- 2. Define the importance of and role of the health information system in the implementation of the projects.**
- 3. Establish a strategy to create a network of NGOs involved in the implementation of child survival projects in the participant's country and throughout West Africa.**
- 4. Discuss approaches in promoting and monitoring the dietary management of diarrhea.**
- 5. Exchange experiences in vitamin A deficiency control activities .**
- 6. Exchange experiences and ideas on future health challenges, and formulate recommendations to partners and funding agencies on priorities.**

### ***E. Workshop Approach and Format***

The workshop was designed to maximize the level of participant participation and resource sharing. This workshop emphasized the concept of considering each participant as a resource who brings a tremendous amount of knowledge and experience to every session.

Workshop objectives were identified during the pre-workshop planning process and were based on the analysis of the needs assessment questionnaires submitted by Headquarters and Field Office staff of each participating project.\* To ensure that the workshop met the needs of participants, the first morning's activity focused on refining workshop objectives and activities through discussion of participant's expectations.

In addition to securing the participant's participation in the design of the workshop, it was essential to keep a pulse on the groups' feelings as the week progressed. This was accomplished through the "WAWA" session at the end of each day, and the interchange between staff and participants during meals and free periods.

At the end of the third day, the organizing team discussed the issue of increasing the active participation of the workshop members. This self criticism was very helpful. Implementation of measures decided upon during that meeting tremendously increased active participation during the last two days of the workshop.

Throughout the workshop, participants were encouraged to meet informally to discuss issues that could not be addressed during the formal sessions.

The training emphasized experiential learning. "Lecture format" was limited but, when used, was always followed by a practical learning experience. Sharing technical information, discussing, and then applying theory in a practical way was stressed. Large and small group design was used. Role play, fishbowl, cognitive exercises, and participatory learning were segments of various session plans.

Key activities in the workshop included: Sustainability, Nutrition, Health Information Systems, Field Visits, Vitamin A, AIDS, Future Challenges, and Networking.

#### ***F. Workshop Venue***

The workshop was held from Tuesday, October 15, through Saturday, October 19, 1991, in Sikasso, Mali. Sikasso is the capital of the third region of the Republic of Mali. It is located 400 kilometers to the east of Bamako. The site was selected because of its central location to two child survival projects, one implemented by Save the Children in Kolondieba, 150 kilometers west of Sikasso and the other, implemented by World Vision, in Koutiala, 65 kilometers north of Sikasso.

The venue was a training center belonging to the "Mission Catholique" in an isolated area with few outside distractions and pleasant surroundings. The accommodations were comfortable and there were few food or lodging problems. Large group meetings were held in a large, well ventilated classroom. The Resource Room was a smaller room adjacent to the main meeting room.

\* Technical review summaries of the projects' DIPs and Annual Reports were also examined in order to identify a project's technical strengths and constraints.

Monday 10/15	Tuesday 10/16	Wednesday 10/17	Thursday 10/18	Friday 10/19	Saturday 10/20
	7:00: breakfast	5:30 to 7:00: * breakfast * travel to field (Koutiala and Kolondiéba)	7:00: breakfast	7:00: breakfast	7:00: breakfast and Evaluation
8:00: breakfast	8:00: HIS		8:00: discussion field visit	8:00: debriefing on field visit	8:00: departure for Bamako
9:00: Opening Ceremony			10:00: sustainability	10:15 AIDS	
11:00: Expectations and Objectives					
12:30: lunch	13:00: lunch		13:00: lunch	13:00: lunch	
14:30: nutrition	15:00: sustainability		14:00: nutrition (Vitamin A)	15:00: Recommandations (sustainability)  15:45: Where Are We	
	17:00: Preparation for field visit		16:00: Where Are We  16:30: optional evening	17:00: Closing Ceremony	
18:00: Where Are We	18:30: Where Are We	18:00: Where Are We		18:00: Photo	
19:30: dinner	19:30: dinner	19:30: dinner	19:30: dinner	19:30: dinner  21:00: Cultural evening	
Resource Center	Resource Center	Resource Center	Resource Center		

**H. Workshop Participants and Resources Persons****PARTICIPANTS BY PVO/COUNTRY**

Africare/Burkina Faso	1
Africare/Mali	2
CARE/Mali	2
CARE/Niger	1
Consultant/USA	3
Consultant/Niger	1
JHU/CS Support Program	1
Plan/Mali	1
Save the Children/Burkina Faso	2
Save the Children/Cameroon	1
Save the Children/HQ	1
Save the Children/Mali	6
USAID/Bamako	1
World Vision/Mali	4
World Vision/Mauritania	1
World Vision/Senegal	1
Drivers	6

*1. Workshop Evaluation sheet***PARTICIPANTS EVALUATION**

Please respond to questions 1 to 11 using the following scale:

1-2 = bad; 3-4 = fair; 5-6 = average; 7-8 good; 9-10 = excellent.

	<b>POINTS</b>
1. Organization of the workshop.	_____
2. Contents as it relates to the objectives.	_____
3. Contents as it relates to special needs.	_____
4. Presented documents were clearly explained.	_____
5. Basic project documents were useful.	_____
6. Methods used to present the documents were helpful.	_____
7. Participants were active in the training.	_____
8. Resource people were receptive to participants' suggestions.	_____
9. Resource people provided directions and control over the workshop.	_____
10. Information provided to participants before the workshop was adequate.	_____
11. Site of the workshop was convenient.	_____

Please provide detailed answers to the following questions:

12. What were the most useful issues presented in the workshop?
13. What were the least useful?
14. Explain how you could improve the workshop?

## **WORKSHOP CONTENT**

### ***A. The Day Before***

On Monday, October 14, participants arrived at the workshop site throughout the day. During the course of the day, the resource center was prepared and each incoming participant was asked if he/she wished to add any resource material to the center. After dinner, each participant introduced him/herself and presented his/her project to the group. Souleymane Kanté, the chief workshop organizer discussed the logistics of the workshop and the use of the facilities.

### ***P. Opening Ceremony***

The opening ceremony was held at 9:00 a.m., Tuesday October 15, 1991. The welcoming address was presented by Dr. Fodé Doumbia, SC project manager in Mali, followed by introductory speeches by Michelle Poulton, SC West Africa Subregional Director, and Dr. Dravé Kareibiri, Regional Health Director. The opening address was presented by the representative of the Governor of the Third Region, Sikasso. The text of the keynote speeches is contained in Appendix J.

### ***C. Project Information Matrix***

This is a summary of the key indicators of the CS projects represented at the workshop. Data was drawn from the project profiles prepared by each organization.

### ***D. Objectives & Expectations***

#### **1. Workshop Objectives:**

The following are the workshop planned objectives discussed with the participants, followed by their expectations. The organizing team in preparing each session sought to ensure that all expectations were met.

#### **Workshop Planned Objectives**

- A. Sustainability:** identify the components of sustainability and the factors that reinforce project sustainability.
- B. Health Information System (HIS):** Define the importance and the role of the HIS in the implementation of the projects.
- C. Nutrition:** Discuss the strategies and the constraints of the essential components of an efficient nutritional program. Exchange experiences in Vitamin A programming.

- D. AIDS: Exchange ideas and experiences in the implementation of HIV/AIDS control programs.**
- E. Future Challenges: Share experience and ideas on future health challenges and establish priority areas.**
- F. PVO Network: Establish strategies to create a network among PVOs implementing Child Survival projects.**
- G. Resource Center: Share materials used or produced by PVOs during the implementation of health projects.**

## **2. Participant Expectations:**

- 1. Sharing of ideas and experiences with each other.**
- 2. Better understanding of the concept of sustainability.**
- 3. Knowledge of the areas of Sikasso, Koutiala, and Kolondiéba.**
- 4. Sharing the experiences of Save the Children/Kolondiéba relating to the HIS and the nutrition interventions of World Vision/Koutiala.**
- 5. Development of lasting strategies with which to follow malnourished children.**
- 6. Discussion of income generation activities.**
- 7. Strategies and constraints of CDD programs.**
- 8. Exploration of models of community participation in different stages of project development.**
- 9. Relationship between PVOs and Governments relating to personnel management, financial management, and integration of activities; and between/among PVOs on issues of harmonization of actions, periodic meetings.**
- 10. Dialogue on approaches using animation, and sensitization to the changing behaviors of the population.**
- 11. Acquisition of the reports of previous workshops and use of their recommendations.**
- 12. Exchange of experiences in instances of failure.**
- 13. Establishment of a network of PVOs and implementation of a mechanism for exchange of health information between countries and organizations.**
- 14. In depth discussions of the different themes that will be addressed during this workshop.**
- 15. Providing information on the recommendations of the Fifth Child Survival Workshop.**
- 16. Experiences of projects working with nomads.**
- 17. Good logistics, organization of sports events, and other entertainment activities every day.**
- 18. Experiences in literacy and health programs.**
- 19. Child to Child (different experiences).**
- 20. Sustainability of activities at the community level.**

### ***E. Sustainability***

The issue of sustainability was discussed for 5 and 3/4 hours, in three sessions. Through presentation, exercise, and work groups, participants identified the key components of sustainability as follows:

1. Viability and financial continuity
2. Transfer of knowledge and skills
3. Improvement in the quantity/delivery of supplies and efficiency of services
4. Community participation
5. Government policies

Appendix L contains a detailed description of the session outcomes and recommendations.

### ***F. Nutrition***

The topic of malnutrition, nutrition messages, and nutrition practices during diarrheal episodes was discussed during a three hour session. Important topics covered included:

1. How nutrition programs have contributed to the reduction of infant mortality rates.
2. Relationship between child spacing, nutritional status, and the tendency toward the survival of the child.
3. Interaction of infection and malnutrition.
4. Case study from Haiti.

UNICEF booklet "*Facts for Life*" was used as the main resource material for this presentation.

Discussions among participants focused on breast-feeding, normal growth of the child, and growth monitoring and promotion. Appendix L contains detailed descriptions of that session.

Participants then shared experiences on the variety of rich food regimes, which are accessible and easy to prepare. These included several examples of recipes that the participants use in their projects.

A general discussion of the methods to change behaviors was then conducted. Lessons learned for projects are also included in Appendix L.

### ***G. Health Information System***

For five consecutive hours, the issue of the Health Information System (HIS) was discussed. The topic was initiated with a presentation that addressed several issues related to the design, use, and implications of implementing a HIS in a project.

From this exercise the participants were able to identify the strong and weak points of the HIS. This was followed by an exercise in demonstrating how the HIS is the core of the decision making process. In group work, participants then identified what information should be collected in a HIS, and how to collect and use it.

### ***H. Field Visit***

Preparation for the field visit was conducted on Wednesday, October 16, 1991. The participants and organizing team were divided into two groups. One group visited the Save the Children CS project in Kolondiéba, focusing on the HIS, and the other group visited the World Vision CS project in Koutiala, focusing on nutrition interventions.

Each group developed objectives, specific areas to investigate, and a methodology for data collection and analysis. Focus questions included:

1. What did we learn during the visit?
2. How do we apply what we learned?
3. What suggestions should we give to the host project?

A detailed description of the visits' objectives and outcomes is in Appendix L.

### ***I. Vitamin A***

The session on Vitamin A focused on three major points:

1. Basic knowledge on Vitamin A programs, and its relation to child survival.
2. Community diagnosis of vitamin A deficiency problems.
3. Recommendations for future Vitamin A programming.

The recommendations included:

1. To encourage the consumption of Vitamin A rich food.
2. Vitamin A capsules distribution should only be used in areas of real need.
3. Integration of Vitamin A interventions in existing nutrition projects.
4. Teaching communities how to control vitamin A deficiency.

Detailed description of the session is in Appendix L.

### ***J. Future Challenges***

During this 2 and 1/4 hour session, the participants conducted a SWOT (Strengths, Weakness, Opportunities, and Threats) analysis of the PVOs. They also identified health problems that the PVOs will face during the next 5 to 10 years.

Key recommendations include:

1. Better use of available resources.
2. Focus on controlling the implication of AIDS.
3. Increased international PVO support to national PVOs.
4. International PVOs should manage projects related to social development.

A detailed description of the session is in Appendix L.

### ***K. AIDS***

The key points that were presented during this 2 and 1/2 hour session include:

1. There is an ever increasing number of people infected with AIDS around the world.
2. Education programs are currently the major intervention in the reduction of disease transmission.

A presentation on the transmission of the disease was then discussed. This was followed by group work on the role of the PVOs and their partners to curb the rate of transmission.

A detailed description of the session is in Appendix L.

### ***L. Networking***

The creation of PVO networks within each country was discussed during the lunch on Saturday, October 19, 1991. The focus of the discussion was centered on three main points:

1. Identifying existing collaborative efforts.
2. Determining if additional collaboration will be beneficial.
3. Identifying a format for collaboration and communication that is desirable and effective.

A detailed description of the discussions is in Appendix L.

### ***M. Closing ceremony***

Included in Appendix J are the keynote addresses of the closing ceremony. Expressions of appreciation were presented by El Hadji Mamadou, CARE/Niger, and Michelle Poulton, SC West Africa Subregional Director. The closing speech was presented by the representative of the Governor of the Third Region, Sikasso.

### ***N. Cultural Evening***

The cultural evening was enlivened by a theatrical group sponsored by the MOH. They presented a piece focusing on the benefits of immunization.

DEMOGRAPHIC AND STATISTICAL INFORMATION

	Africare Burkina Faso CS VI	SCF Burkina Faso CS V	CARE Mali CS VVR	PLAN Mali CS VVR	SCF Mali CS IV	WV Mali CS VIVR	CARE Niger CS III	WV Senegal CS VII	SC Cameroon	Africare Mali	WV Mali
Total USAID/CS funding for three years	\$815,000	\$1,000,000	\$700,000	\$385,297	\$679,884	\$375,000	\$700,000	\$250,000	\$0,000	No Response	
Total PVO funding (% \$ from USAID)	\$290,000	\$337,348	\$308,068	\$445,163	\$248,698	\$175,000	\$202,398 (29%)	\$184,509 (73%)	(100%)	\$245,398	\$435,739
Cost per beneficiary per year	NA	\$5.02	\$3.32	\$2.04	\$3.79	\$2.04	\$0.95	NA	NA	NA	NA
Is the Impact Area principally urban, rural or a combination?	Rural	Rural	Rural	Rural	Rural	Rural	Rural	Rural	Rural	Rural	Rural
Population of the geographic area served by the project	68,828	85,083	150,000	123,888	108,904	121,000	91,235	43,000	80,000	31,000	302,181
Number of children born per year in project area (% of total population)	No response	3,380 (04%)	7,200 (4.8%)	4,729 (3.8%)	3,600 (03%)	No response	5,540 (06%)	No response	3,440	1,426	No response
Number of children less than 12 months of age in the project area (% of the total population)	No response	4,253 (05%)	8,000 (04%)	4,805 (3.3%)	5,031 (4.5%)	4,500 (3.7%)	4,197 (4.6%)	2,084	3,300	1,200	12,175
Number of children 12 to 23 months of age in the project area (% of the total population)	5,500 (8%)	3,403 (04%)	7,000 (4.5%)	4,131 (3.3%)	No response	4,400 (3.6%)	3,832 (4.2%)	2,452	2,980	1,170	8,665
Number of children 12 to 60 months of age in the project area (% of the total population)	10,000 (15%)	9,407 (11%)	22,800 (15%)	18,892 (15%)	23,482 (21.5%)	22,200 (18%)	13,592 (15%)	No response	14,800	4,500	No response
Number of women of childbearing age in the project area	15,040 (23%)	19,394 (23%)	27,000 (18%)	29,899 (24%)	21,665 (20%)	25,600 (21%)	20,072 (22%)	9,633	18,400	6,900	62,945
Number of women 15 to 19 years in the high risk group	No response	No response	No response	No response	No response	No response	No response	No response	NA	No response	No response
Number of women 35 to 49 years in the high risk group	No response	No response	No response	No response	No response	No response	No response	No response	NA	No response	No response
Interventions	% Effort	% Effort	% Effort	% Effort	% Effort	% Effort	% Effort	% Effort	% Effort	% Effort	% Effort
Control of Diarrheal Disease	30%	30%	25%	35%	20%	25%	33%	No response	20%	30%	
Immunization	10%	20%	20%	35%	20%	05%		No response	30%	05%	
Nutrition:	35%		30%					No response	20%	30%	
Food											
Women's Nutrition			05%		05%	03%	10%				
Breastfeeding		08%	05%								
Other						27%					
Growth Monitoring/Promotion		04%			10%		10%				
Weaning Practices			10%								
Weaning Foods		04%									
Infant Nutrition					05%		47%				
Vitamin A		10%	05%			05%					
Prevention of High Risk Births	20%	15%	15%		05%	20%		No response	15%	05%	
Other								No response	15%	30%	
Monitoring and Evaluation of Project	05%										
Malaria		05%	15%		05%	05%					
Maternal Health		04%			15%						
Water and Sanitation Systems											
Income Generation						10%					

## **OUTCOMES**

### **SYNTHESIS OF THE WORK**

During the five days of the workshop, the participants were able to exchange (through technical presentations, group work, practical skills, field trips and plenary sessions) general ideas on the workshop sessions. With regard to the goals set, the participants summation of the results are as follows:

#### **1. Nutrition:**

a) Thanks to the slide shows and the follow-up discussions, talks were held on:

- \* the impact of nutritional programs on the rate of infant mortality
- \* interaction: period between births/nutritional status/and infant mortality
- \* interaction: infection/malnutrition
- \* the problems associated with the "healing" approach
- \* the start of the nutritional programs at the community level
- \* the golden rules to follow for breast-feeding, weaning and watching over the child's development

b) Vitamin A: After reviewing the different methods of deficiency detection, the participants recommended:

- \* to take into account the community know-how concerning the fight against vitamin A deficiency
- \* to integrate vitamin A programs with the nutritional programs
- \* to encourage the consumption of foods rich in vitamin A

#### **2. Sustainability:**

Participants have sorted out the different elements of sustainability, the strategies relating to these elements and the strengths and weakness of these strategies; the elements are:

- \* the viability/continuity of financial support
- \* transfer of knowledge and skills
- \* improvement of supplies and of the efficiency of the services
- \* community involvement

After sorting out activities that help the sustainability of the projects, they recommend, among other things:

- \* collaboration between existing facilities
- \* to take into account the local resources available and the elimination of illiteracy
- \* the financing of long-term programs
- \* the intensification of literacy programs
- \* respect for traditions/local customs
- \* organization of the community and integration of various candidates

### **3. *Field Trips:***

Participants were able to visit the nutrition facilities of World Vision/Koutiala and the health information systems of Save the Children/Kolondiéba. These field trips allowed the participants to sort out the lessons learned and to make suggestions; among them:

- \* to stress literacy and prevention
- \* to initiate new activities (F.P. and revenue generators)
- \* to clarify the information on nutrition

### **4. *Health Information Systems (HIS)***

Participants had to define the importance of and the role of health information systems in the undertaking of the projects. They are acknowledged as a powerful tool of information/evaluation/supervision and of social mobilization.

After identifying certain constraints, the participants noted that the undertaking and development of health information systems requires the effective participation of all involved (health/NGO/community).

### **5. *Resource Centers:***

Materials used or produced by NGOs have been shown and more than 100 samples have been displayed in the resource center, including:

- \* educational and survey materials
- \* diverse documents
- \* periodical reports, etc.

### **6. *Future Challenges:***

Participants had to identify the strong and weak points of the NGOs, as well as the challenges and opportunities. At the end of this analysis they formulated four strategic questions, which are:

How in the next 5 to 10 years should NGOs:

1. confront AIDS?
2. develop a way to use resources in a rational manner (expatriate/national)?
3. support the local NGOs?
4. tackle social problems?

Besides these questions, the participants also made the following recommendations:

- \* prevention, acceptance of financial liability of social cases related to AIDS, support of local health facilities and integration of facets of AIDS programs already in existence
- \* to make good use of the local resources
- \* support the local NGO in the field of training and finance (management, planning)

\* information/sensitization, creation of training centers and activities providing revenue, in order to respond to social problems

### **7. AIDS:**

Participants had to exchange their personal thoughts and experiences about AIDS.  
These discussions focused on:

- \* how AIDS is transmitted
- \* the educational resources used at the moment
- \* role the NGO must play, especially concerning changes in behavior
- \* interpretation of the statistics on AIDS

**WORKSHOP BUDGET**

1.	INTERNATIONAL TRAVEL	\$13,355
2.	PERDIEM	\$5,055
3.	CONSULTANT FEES	\$5,835
4.	SUPPLIES	\$2,000
5.	LOCAL TRANSPORTATION	\$3,000
6.	LOCAL HOUSING AND MEALS	\$9,030
7.	OTHER DIRECT COSTS	\$3,920
8.	INDIRECT COSTS	\$7,805
	<b>GRAND TOTAL</b>	<b>\$50,000</b>

## PARTICIPANTS EVALUATION

The following is an average score that the participants gave to the workshop. 1-2 = bad, 3-4 = fair, 5-6 = average, 7-8 = good, and 9-10 = excellent.

1.	Organization of the workshop	7.71
2.	Contents as it relates to the objectives	7.67
3.	Contents as it relates to special needs	7.33
4.	Presented documents were clearly explained	6.81
5.	Basic projects documents were useful	6.60
6.	Methods used to present the documents were helpful	7.05
7.	Participants were active in the training	8.95
8.	Resource people were receptive to participants' suggestions	7.20
9.	Resource people provided directions and control over the workshop	8.14
10.	Information provided to participants before the workshop was adequate	6.00
11.	Site of the workshop was convenient	9.00

### *What were the most useful issues presented in the workshop?*

Participants appreciated the mutual exchange of experiences, and stated that they gained a greater understanding of sustainability. The nutrition recommendations made by other PVOs, USAID, government and field visits were also cited, as were the working groups, particularly on HIS, AIDS and future challenges.

### *What were the least useful?*

Some participants thought that everything was useful. Others noted that several themes weren't discussed in depth, and that time limits prevented detailed discussion of good ideas; time allocated to Vitamin A, in particular, should be extended. HIS discussions were very theoretical, and there was a need for case studies. And finally, one participant thought that asking for participants ideas without discussing the ideas or reaching consensus on them was not useful.

### *Explain how you could improve the workshop?*

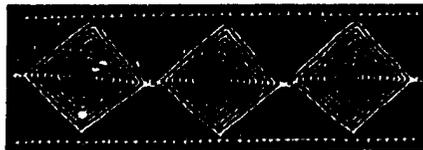
The following ideas were put forward:

Reduce the number of themes. Allow participants to express themselves. Increase time allotted for workshop. Identify participant expectations before writing objectives. Pay per diem to participants. Facilitators should summarize discussions and provide complementary information. There was no hot water at the workshop site. The facilitator group should include Africans, according to their skills. Facilitators must be fluent in French. Workshop should provide time for participants to present their own projects.

## COMMENTS AND RECOMMENDATIONS

1. There was not enough time to cover each topic in depth. Also, the two most difficult topics, sustainability and the health information system, were treated on the same day. Given their importance, the workshop could have been limited to an in depth discussion of sustainability and health information systems.
2. Participants did not have enough time to draw conclusions on the work of the groups, and exchange those conclusions during the plenary sessions. Group work was more effective than plenary sessions.
3. The schedules were respected as much as possible. Each day was well filled with activities; tiring but interesting.
4. Informal discussions were very fruitful.
5. It would have been better to recruit a mix of consultants (national and expatriates), and exploit local resources who are more familiar with West Africa.
6. Facilitators should be more flexible, and include suggested themes into the schedule.
7. The Resource Center has been well utilized by the facilitators; however, the number of copies of certain materials was very limited.
8. The large presence of host country government officials in the opening and closing ceremony provided a good image for PVOs.
9. Field trips were very useful. There was a change of pace in the workshop afterwards.
10. Save the Children/Mali's organization of the workshop was excellent.
11. Participants were open and active during the workshop.

# APPENDICES



**WEST AFRICA PVO CONFERENCE ORIENTATION MEETING  
WITH CYNTHIA CARTER, JOHNS HOPKINS UNIVERSITY  
MAY 16, 1991**

Cynthia worked with Ahmed and Karen and Peter Laugharn (for part of the time) to orient them to the process for developing the West Africa PVO conference. The "Workshop Lessons Learned, 1986-1990" and sample workshop reports and materials were used during the orientation. The following process was agreed to:

*Workshop Planning Committee*

A 3 day detailed workshop pre-planning meeting (a pre-requisite for conducting these workshops) was tentatively scheduled for July 22-24 in Westport. This is dependent on Michelle's confirmation. Michelle Poulton and Souleymane Kanté will be invited to attend, as well as Fodé Doumbia. Fodé's trip will be paid by the workshop budget. Cynthia felt it was essential that the CS Project Manager be actively involved in all stages of the workshop planning, implementation and evaluation. Ahmed Zayan and Karen LeBan will represent SC Health Unit. Peter is also welcome to join. Cynthia Carter will represent JHU. Someone from AID will possibly attend. A facilitator will be hired to facilitate both this meeting as well as the workshop.

The purpose of the meeting is to design and plan the workshop: theme, agenda, sessions, logistics, resource persons; and to establish roles, tasks and an action plan.

*Facilitator*

We can help identify a facilitator. I suggested Dick Wall might be appropriate but the decision would be with Michelle. Cynthia recommended Barbara Greig, an AID consultant, who has successfully facilitated several of these conferences in the past and would probably be available for this workshop if we give enough lead time. She's fluent in French.

*Site and Language*

Mali was chosen instead of Cameroon due to the almost doubled cost for international tickets needed to send 8 persons from Mali to Cameroon. Cynthia will verify the site with John McEnaney, and then SC will send an official letter to AID with a detailed budget. Sikasso was proposed as a possible site so that field visits could be made to SC and WV impact areas. Michelle will need to verify the site given the budget. The workshop will be conducted in French.

*Workshop Dates*

Based on Michelle's fax, the workshop will be held from October 7-11, 1991. The participants will need to arrive 10/5 or 10/6 before noon at the latest. All participants will drive together via bus (?) to Sikasso (?) on 10/6. Participants will drive back to Bamako on 10/12 and leave for their countries on 10/12 evening or 10/13. The organizing committee will meet on 10/14 to debrief and write up sections of the final report.

26

Ahmed and Cynthia will need to arrive one week earlier (Sunday, 9/29) to work with Souleymane and Fodé in setting up the final logistics, visiting key agencies (UNICEF, MOH, USAID, village chiefs, etc.) and assisting with last minute preparations.

### *Participants*

All participants must be approved by AID/W, including any local MOH participants. Since this is a regional workshop, not a Mali workshop, and since PVOs will discuss lessons learned referenced to their AID Child Survival projects, it was felt that the MOH should not be a main participant. It was suggested that the MOH might be invited to participate in a panel discussion or in a session and/or at the opening/closing ceremony, but that the group be kept limited.

PVOs to be invited include:

AFRICARE	Burkina Faso	2 persons
SC	Burkina Faso	2 persons
SC	Cameroon	1 person*
CARE	Mali	2 persons
PLAN	Mali	2 persons
SC	Mali	2 persons in addition to Souleymane and Fodé
WV	Mali	2 persons
WV	Mauritania	2 persons
CARE	Niger	2 persons
HKI	Niger	2 persons
<b>TOTAL</b>		<b>19 participants</b> 2 SC/Mali staff 1 HU staff 1 JHU staff 1 AID/W staff 1 facilitator 2 resource persons

\*SC/Cameroon is limited to one person since it is not a central CS country and due to budget limitations.

### *Resource Persons and Needs Assessment*

The Health Unit will send out a letter to all invited PVO headquarters ASAP informing them of the possibility of the workshop, asking them to nominate field staff, and asking them to identify three topic areas for the workshop. Once nominations are received, needs assessment questionnaires will be sent to all participants. We need to adapt the standard needs assessment form for Mali and submit it to Cynthia for approval before sending it out. Needs assessments will be used at the pre-planning workshop in July to set the agenda and, depending on the need, up to 2 resource persons can be identified to assist at the workshop. Ideally, the resource persons should be from Mali or West Africa.

***International Travel***

The Health Unit will purchase full fare tickets for all participants and mail the ticket to each of them with a letter of detailed instructions for the workshop soon after the pre-planning workshop.

***Budget***

Estimated costs and items are listed below. We need to verify if Mali has enough funds to cover all of the items. If not, we will need to scale back on the number of participants ASAP. The total figure is not negotiable.

**A. HEALTH UNIT HEADQUARTERS COSTS**

Indirect Costs (18.5%)	\$ 7,805
International Travel for all participants, AZ, and the facilitator including 1 pre- planning workshop ticket to the US for Fodé, and AZ's per diem in Bamako	\$16,200
Facilitator fee and per diem	\$ 7,000
Pre-planning workshop per diem (includes per diem for 4 days for Fodé, and 3 days for Michelle and Souleymane)	\$ 500
Phone, Mailings, Duplicating	\$ 3,000
Workshop supplies (bought by Health Unit, AZ suggests notebooks, pens, charts, etc. be purchased here)	
<b>SUBTOTAL HEADQUARTERS COSTS</b>	<b>\$36,605</b>
<b>B. SUBTOTAL MALI COSTS</b>	<b>\$13,495</b>
<b>C. TOTAL BUDGET</b>	<b>\$50,000</b>

**\* MALI COSTS WILL INCLUDE THE FOLLOWING:**

- Round trip transport from airport to hotel in/around Bamako for all participants
- Hotel in/around Bamako for 2 nights (before and after workshop) for most of 19 participants
- Local transport to/from site for everyone
- Cost of Conference Center for 5 days
- Room and Board at Conference Center for everyone
- Transport to field sites (if possible, one visit to SC impact area and one visit to WV area)
- Souvenirs for everyone (bags?, t-shirts, ???)
- Cultural night (entertainment cost?)
- Small, petty cash emergency fund
- Airport fee for all participants
- Basic commodities (soap, toilet paper, etc.) for everyone
- Secretary for workshop: fee plus per diem
- Recorder for workshop: fee plus per diem
- Honorarium for MOH guests, if applicable
- Supplies

MS

- Communications
- Other ?????

**\*\* Cynthia Carter and AID will pay for their own travel and per diem as well as costs of the resource persons.**

***Workshop Report***

**A detailed workshop report will be written in French and English. Cynthia will verify what part of the workshop report must be translated into English. The Health Unit will produce 10 copies for AID, one copy for each participant, 5 copies for JHU, and several copies for the home office.**

19

*Agenda for the Planning Meeting  
in Westport*

**APPENDIX B**

**6th Africa (francophone) Regional PVO Child Survival  
Implementation Workshop  
October 1991 - Mali  
Host: Save the Children**

**PRE-WORKSHOP PLANNING MEETING**

**July 22-24, 1991  
Save the Children/Westport, CT**

**DRAFT AGENDA**

**CORE PLANNING TEAM**

SCF/Mali - Peter Laugharn, Michelle Poulton  
SCF/Mali - Fodé Doumbia  
SCF/Mali - Souleymane Kanté  
SCF Health Unit - Karen LeBan  
SCF Health Unit - Ahmed Zayan  
PVO/CSSP - Cynthia Carter  
Facilitator - Dr. Barbara Greig

**DAY 1**

**Review/Revise DRAFT AGENDA**

**Background**

- a) Purpose & expectations of field-based, PVO CS Implementation Workshops
- b) Lessons learned from other workshops
- c) Roles of workshop core planning team
- d) Introduction

**Brief Review of Plans to Date**

- a) Participating projects: invited and proposed
- b) Collaborating agencies
- c) Timeline and location of sessions, field trips (SCF, World Vision)

**Needs Assessment**

- a) Set Objectives
- b) Set Expected Outcomes
- c) Structure of the Week
  - Arrival/Departure
  - Opening/Closing Ceremonies
  - Session/Field Visits
  - Cultural Evening

**DAY 2**

**Review Day 1 Activities**

**Training Week Flow: Review**

- a) Opening and/or closing ceremony
- b) Panel presentation by PVO field staff and discussion
- c) Small group work and feedback
- d) Large group, technical sessions
- e) Field site visits
- f) Unstructured time for special interest sessions

**Workshop Content**

- a) Possible technical areas to be discussed at training
- b) Other areas of focus for the training
- c) Possible topic areas for participant-led panel discussion
- d) Technical resources (persons and materials)

**Detailed plans for individual sessions**

- a) Topic
- b) Responsibility
- c) Objectives

**Detailed plans for field visits**

- a) Purpose and specific activity
- b) Objectives
- c) Logistics

**Identify in-country resource persons**

**DAY 3**

**Review Day 2 Activities**

**"For Action" items during the next 50 days**

(mail resource materials, information sheets to the participants, secure workshop supplies, banner, etc.)

**Review decisions made during workshop planning**

Needs Assessment Worksheet

APPENDIX C

FOR DISTRIBUTION TO PARTICIPANTS

Participant Name/Title: \_\_\_\_\_ PVO \_\_\_\_\_

COUNTRY COLLABORATION PVO CHILD SURVIVAL IN-SERVICE TRAINING; MALI, OCTOBER 1991. HOST: SAVE THE CHILDREN

PARTICIPANT NEEDS ASSESSMENT

1. Please check the category that best describes the implementation status of the following interventions so workshop sessions can be focused on areas of most need/interest.

INTERVENTION	NOT <u>STARTED</u>	EXPERIENCING <u>DIFFICULTLY</u>	GOOD <u>PROGRESS</u>
Immunization	_____	_____	_____
ORT/CDD	_____	_____	_____
Nutrition Ed.	_____	_____	_____
Vitamin A	_____	_____	_____
Infant/Child Feeding	_____	_____	_____
ARI Control	_____	_____	_____
Birth Spacing	_____	_____	_____
Prenatal Care	_____	_____	_____
Safe Delivery	_____	_____	_____
Malaria	_____	_____	_____
AIDS prevention & education	_____	_____	_____

2. Please check the category that best describes the status of the following strategies, implemented in order to reach project objectives:

INTERVENTION	NOT <u>STARTED</u>	EXPERIENCING <u>DIFFICULTLY</u>	GOOD <u>PROGRESS</u>
Pregnancy Identification	_____	_____	_____
Infant Tracking	_____	_____	_____
Follow-up for Immunization	_____	_____	_____
Growth Monitoring	_____	_____	_____
Follow-up for Growth	_____	_____	_____
Faltering	_____	_____	_____
Strong Cold Chain	_____	_____	_____
Survey of Health Needs/Practices	_____	_____	_____
Management Info. System	_____	_____	_____
Health Records	_____	_____	_____
Health Education Materials	_____	_____	_____
Referral/Backup	_____	_____	_____

3. Of the categories in #1 & #2, which can you say are success stories?

38

4. How do you define sustainability?
  
5. Please describe your project's strategy for sustainability.
  
6. What are the major health messages that your project sends to mothers and other family members?
  
7. What are the major lessons learned that your project can share in terms of implementation of child survival activities in Haiti?
  
8. What are your personal expectation of the workshop?
  
9. Here are some constraints project managers have said they face. Please circle the topics that you would most like to discuss with other PVOs about strategies they have tried in their projects.

LACK OF PROBLEM SOLVING SKILL AT THE COMMUNITY LEVEL  
TRANSPORT  
COMMUNICATION  
COORDINATION WITH GOVERNMENT  
COMMUNITY PARTICIPATION  
ATTRITION OF HEALTH WORKERS  
A.I.D. REPORTING  
CULTURAL TABOOS/TRADITIONAL BELIEFS  
POOR SUPERVISION  
ILLITERACY OF MOTHERS  
CIVIL UNREST  
SUSTAINABILITY  
OTHER: \_\_\_\_\_

## A DISTIBUER AUX PARTICIPANTS

Participant Nom/Titre: \_\_\_\_\_ ONG: \_\_\_\_\_

COLLABORATION NATIONALE, SURVIE DE L'ENFANT, FORMATION  
CONTINUE; MALI, OCTOBRE 1991. HOTE: SAVE THE CHILDRENDETERMINATION DES BESOINS DES PARTICIPANTS

1. Pour que les séances adressent les thèmes appropriés, vous êtes prié de marquer la catégorie qui explique le mieux l'étape d'exécution des programmes suivants:

PROGRAMME	PAS COMMENCÉ	RENCONTRE DES PROBLEMES	BON PROGRES
Vaccination	_____	_____	_____
RO/CMD	_____	_____	_____
Educ. nutritionnelle	_____	_____	_____
Vitamin A	_____	_____	_____
Nutrition infantile	_____	_____	_____
Contrôle de maladies infect. respiratoires	_____	_____	_____
Espacement des naissances	_____	_____	_____
Soins prénataux	_____	_____	_____
Accouchements sans risque	_____	_____	_____
Paludisme	_____	_____	_____
Education et prévention du SIDA	_____	_____	_____

2. Vous êtes prié de marquer la catégorie qui explique le mieux l'étape d'exécution des suivantes stratégies utilisées pour atteindre les objectifs du projet:

PROGRAMME	PAS COMMENCÉ	RENCONTRE DES PROBLEMES	BON PROGRES
Diagnostic de grossesse	_____	_____	_____
Suivi des enfants	_____	_____	_____
Suivi de vaccination	_____	_____	_____
Contrôle de croissance	_____	_____	_____
Suivi de croissance infantile	_____	_____	_____
Renforcement de la chaîne de froid	_____	_____	_____
Enquête des besoins et pratiques en santé	_____	_____	_____
Gestion des systèmes d'info.	_____	_____	_____
Matériel d'éducation en santé	_____	_____	_____
Registres de santé	_____	_____	_____
Soutiene/Envoi des patients aux autres niveaux de service	_____	_____	_____

3. Entre les catégories des questions #1 & #2, lesquelles peuvent être signalées comme des réussites?

4. Comment vous définissez-vous la continuité des programmes?

2,4

5. Décrivez les stratégies utilisées par votre projet pour assurer la continuité des programmes.

6. Quels sont les plus importants messages de santé que votre projet envoie aux mères et aux autres membres de la famille?

7. Quelles ont été les leçons les plus importantes que votre projet peut faire partager sur l'exécution des activités de surveillance de l'enfant en Haïti.

8. Quelles sont vos espérances personnelles pour cet atelier?

9. Voici quelques limitations qui se posent aux directeurs de projet. Veuillez souligner les sujets que vous aimeriez discuter avec d'autres ONG, pour connaître les stratégies qu'ils ont expérimentées dans leurs projets.

À UN NIVEAU COMMUNAUTAIRE, MANQUE DE CONNAISSANCES POUR RESOUDRE DES PROBLÈMES

TRANSPORT

COMMUNICATION

COORDINATION AVEC LE GOUVERNEMENT

PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

AGENTS DE SANTE QUI ABANDONNENT

RAPPORTS POUR A.I.D.

TABOUS CULTURELS/CROYANCES TRADITIONNELLES

MAUVAISE SURVEILLANCE

MÈRES ILLETTRÉES

AGITATION CIVILE

CONTINUITÉ DES PROGRAMMES

AUTRES: \_\_\_\_\_

PVO HEADQUARTERS NEEDS ASSESSMENT

Name of PVO: \_\_\_\_\_

Contact Person: \_\_\_\_\_ Tel. No.: \_\_\_\_\_

Please identify your preference for the three topic areas to be discussed at the 2nd PVO LAC Regional Implementation Support Workshop that will most greatly assist your Child Survival project's implementation.

1.

2.

3.

COMMENTS:

PLEASE RETURN BY JUNE 28, 1991. THANK YOU.

Karen LeBan  
Health Unit Manager  
Save the Children  
54 Wilton Road  
Westport, CT 06880

**AGENDA**

- 
- \* Qui fait quoi quand
  - \* Planification - Visite de Terrain
  - \* Theme de l'atelier
  - \* La semaine avant l'atelier
  - \* Horaire des arivees et logistique

**PARTICIPANTS**


---

Africare/Burkina Faso - 2  
 SC/Burkina Faso - 2  
 WV/Mali - 2  
 WV/Mali - 1  
 Africare/Mali -

CARE/Mali - 2  
 CARE/Niger - 2  
 SC/Cameroon - 1  
 WV/Senegal - 1  
 Africare/Niger - 1

**RESOURCES TECHNIQUES**  
Possibles

---

"Nutrition"  
 Ahmed  
 Lala Toure  
 "SIS"  
 Michele  
 Agnes  
 "Sustainability"  
 Fode  
 Soulo  
 Peter

Generales

## **POSSIBLES SUJETS DE DISCUSSIONS**

---

### *Nutrition*

Petits poids/suivie des enfant en bas age  
 Haut risque - definition et approche  
 Vitamine A/jardinage  
 Regimes alimentaires et diarrhees  
 Demostrations nutritionelle  
 Aide alimentaire et survie des enfants  
 Alimentation des enfants de bas age

### *"Sustainability"*

Coordination avec les gouvernements  
 Participation communautaire  
 Alphabétisation des meres  
 Agents de sante qui abandonnent  
 Activites generatrices des revenus

## **THEMES - PARTICIPANTS**

---

- \* Aide alimentaire et survie de l'enfant - comment les integrer
- \* "Sustainability"
- \* Alphabétisation des meres
- \* Communication
- \* Agents de sante qui abandonnent
- \* Coordination avec les gouvernements
- \* Systemes d'information en sante - suivie

## **THEME**

---

- \* La Survie, Le Developement et La Sante de L'Enfant Africain
- \* Pour La Survie, La Sante et Le Developement de L'Enfant Africain
- \* Vive L'Enfant Africain
- \* Vive L'Enfant et la Mere Africains
- \* Vive La Famille Africaine
- \* Vive Le Commaute Africaine
- \* La Sante avec, pour et par la communaute
- \* Promotion et Developement de La Famille Africaine
- \* Promotion et Developement:  
La Sante de la Famille Africaine
- \* Promotion, Developement, Sante de la Famille Africaine
- \* Developement Sante de la Communaute Africaine

## **A FAIRE**

---

(Cynthia)	<b>Materiel d'antecedents des Projets</b>
(Cynthia)	<b>Liaison avec AID</b>
(Cynthia)	<b>Developper l'Evaluation de l'Atelier</b>
(Ahmed)	<b>Invitations - lettres</b>
(Michelle)	<b>Fournitures</b>
(Cynthia)	<b>Consultants techniques</b>
(Michelle)	<b>Sacs ou quelchose pour participants</b>
(Fode)	<b>Tansport</b>
(Fode)	<b>Regler les visites de terrain - parler</b>
(Fode)	<b>Banderole</b>
(Fode)	<b>Photographie</b>

## **OBJECTIFS**

---

### ***"Sustainability"***

- \* Chacque participant identifier a les composants de la "sustainability"
- \* Les facteurs qui renforceront la "sustainability" de leur projets

### ***Resultat***

Plan d'action

## **"SUSTAINABILITY"**

---

1. Discussion (des activites des ONG "sustainability")
2. Petits groupes - projets actuels  
     Categories d'activites  
     des ONG - lacunes
3. Cadre Logique
4. Discussion - ce que ONG peuvent faire pour renforcer le sustainability des  
     projets
5. Definition - elements
6. Plan d'action (plus tar dans la semaine)

### ***Sustainability:***

Activites menees/et maintenues a l'absence de l'af  
 Questee que le projet doit faire pour renforcer la "sustainability"

### ***Questions:***

SIS

Sustainability

Participation communautaire

Focus Groups

    Femmes

    Comite de sante

    A.F.

Participants developpment leu questions

SIS

    Utilization des donnees au 3 niveauy

    Meres/femmes

    Comites de sante

    A.F.

Impact des SIS sur sante de la communaute

## **OBJECTIFS** **Systemes d'information**

---

Chaque participant doit définir l'importance et le rôle du système d'information dans la mise en œuvre de son projet.

### **SIS**

---

**Introduction:**

**Fishbowl - aquarium**

avec une chaise extra

questions polémiques

poisson principal très animé

3 poissons polémiques

Faut pas SIS

(Questions: Important? Utilization)

**Petits Groupes - 1h**

Discussion des questions soulevées

**Présentations des groupes**

### **SIS**

---

**Comment faites-vous pour intégrer les données à vos projets?**

**Intégrer la prise en charge à la séance**

**Petits groupes**

**Présentation - 15"**

Pourquoi SIS

Discussion en groupes

Présentation

Conclusions tirées par le facilitateur

**SIS**  
**Systemes d'Information en Sante**

---

**Question:**

Comment s'utilisent les donnees

1. Dans votre projet pour atteindre, vos objectifs?
2. Est-ce que les donnees son important?  
 Dan la communaute?  
 Pour la ministere de Sante?  
 Pour l'AID?  
 Pour l'organization?
3. Avez vous quelque fois change vos projets a la suite d'requisition des donnees?
4. Quelles sont les donnees les plus importantes?
5. Trop? ou trop peu?

**SIS**

---

Questions pour petits groupes:

2 or 3 questions pour discussion seulement

4. De quelle facon est le SIS important pour le "sustainability"? (pour presenter)

*Discussion en panel (pm)*

*Base theorique pour SIS*

*(2 ou 3 ONG) (ou 5)*

*Questions et reponses*

## **VISITE DE TERRAIN**

---

**Feedback a la communauté**

**L'effet de l'information sur la communauté**

**Discussion:**

**A quel point y a-t-il des initiatives/interet de la part des villageois**

**Utilization des données au niveau des villages**

*1 participant de chaque ONG va a Kolondleba et un a Koutiala*

**1. Communauté -> 2. Bureau Ordinateur**

**Que ferait la communauté si l'af est absent du village**

**Objectif: apprendre des villageois que les projets peuvent faire pour:  
augmenter la participation de b.c.  
renforcer les services**

**Chaque groupe**

**Discussions (focus group):**

- |                         |   |                        |
|-------------------------|---|------------------------|
| 1. Comite               | > | Qu'est qu'ils pensent? |
| 2. Femmes               |   |                        |
| 3. Agents de sante (af) |   |                        |

## **OBJECTIFS**

---

***Creation Des Reseaux D'ONG***

**Chaque participant établira une stratégie pour la création des réseaux d'ONG impliqués dans la santé dans son pays et en Afrique de l'Ouest.**

***Salle de ressources***

**Les participants partageront le matériel qu'ils utilisent ou produisent.**

## OBJECTIFS

### Nutrition

---

Les participants discuteront leur approche a l'egard de la promotion des et la suivie des regimes alimentaires en cas de diarrhees.

Les participants echangeront leurs experiences en ce qui concerne les programmes de Vitamine A.

## NUTRITION – VITAMIN A

---

Debat  
*Points de vu opposants*

Petits groups?

Discussion

---

Defis pour L'Avenir

Tables rondes

## NUTRITION

### Regimes Alimentaires - Diarrhees

---

Presentation  
*Petits*

Jeu de role    tres frappent (Acteurs de grand talent, Michele, Sale)  
sachets vs. solutions sale-sucre

*Pour distinguer differents aspets*  
Culturels

*Messages de sante*

Visuels

Suivie - jeu de role

Developper des messages

*Jeu de roles (30 sec.-1m.) pour presenter le message*  
*Differents moyens de faire passer le message*

## **OBJECTIFS**

### **Defis en Sante Pour Les ONG a L'Avenir**

---

**Les participants partageront leurs experiences et leurs idees sure les defis pour l'avenie, et formuleront des recommandations a differentes partenaires et aux differents participants concernant les domaines priontaires**

## **FUTURE CHALLENGES/OTHER TOPICS**

### **Defis du Futur - Autres themes**

---

**Paludism**

**Planification familiar**

**ORT - CMD - mise en oeuvre**

**PEV - abandons**

**SIDA**

**IRA**

**Soins prenataux**

**WORKSHOP FACT SHEET**

**"Vive L'Enfant Africain"  
6th Africa (francophone) Regional PVO Child Survival  
Implementation Workshop  
October 14-20, 1991 - Mali  
Host: Save the Children/Mali**

**I. *Workshop Goals***

- A. To share up-to-date information and materials among centrally-funded PVOs implementing Child Survival activities in West Africa.**
- B. To examine how PVO Child Survival field projects with unique constraints and resources work with families to achieve health behavior change in rural communities.**
- C. To increase awareness of different approaches to establishing sustainability in Child Survival projects.**
- D. To strengthen specific technical areas of each projects as identified in each detailed implementation plan.**
- E. To share lessons learned at the project level in order to improve in-service activities carried out by PVO Child Survival projects.**

**II. *Activities***

**Workshop activities will include sessions relating to sustainability, health information systems, communicating with mothers, and nutrition. Specific technical areas to be addressed include CDD and Vitamin A programming. Field activities include site visits to observe village data collection by the Save the Children and World Vision Child Survival projects. A Resource Center will display materials developed and used by the participating field projects.**

**Workshop format will include: panel discussion, individual presentations, small group discussion, debate and one-on-one interaction.**

**III. *Expected Outcomes***

**Participants will refine and present sustainability action plans for each project. In addition, PVO participants will make recommendations for strengthening the Child Survival Program and identify the next steps for PVO collaboration in each country represented at the workshop.**

**IV. Participants**

Workshop participants are PVO country national staff responsible for implementing 13 Child Survival projects in Cameroon, Burkina Faso, Mali, Mauritania, and Niger. The PVOs represented are Africare, CARE, Plan International, Save the Children, and World Vision.

October 14-20, 1991

Monday, 10/14:	Arrive at Sikasso, Mali training site.
Tuesday, 10/15:	Opening ceremony.
Wednesday, 10/16:	Workshops
Thursday, 10/17:	Field visit to SCF/Mali and WV/Mali impact areas.
Friday, 10/18:	Workshops
Saturday, 10/19:	Closing ceremony (evening).
Sunday, 10/20:	Return to Bamako, Mali.

**VI. Organizing Agency**

Workshop host is SCF/Mali, with logistics support from SCF home office, Westport, CT. Workshop organizational support from the PVO Child Survival Support Program, The Johns Hopkins University through its cooperative agreement with the Office of Private Voluntary Cooperation, Bureau for Food for Peace and Voluntary Assistance, Agency for International Development.

**VII. Contact Person**

Mali:	Ms. Michelle Poulton, Country Director/Project Manager, SCF, BP 3105, Niarela, Bamako, Mali Phone: (223) 22-61-34
USA:	Ms. Karen LeBan, Health Unit Manager, SCF, 54 Wilton Road, Westport, CT 06880 Phone: (203) 221-4095

*Letter of invitation to participants*

**APPENDIX F**

9 Septembre 1991

Participant  
Titre  
Organisation  
Adresse  
Pays

Référence: Atelier Survie de l'enfant au Mali

Cher Participant:

Save the Children est heureux de vous inviter à participer dans l'atelier de survie de l'enfant tenu à Sikasso, Mali de 14 à 20 Octobre 1991. Le thème de l'atelier est "Survie de l'Enfant - Vive L'Enfant Africain". Les sessions vont concentrer sur les besoins établis par les participants, y compris: Nutrition, Système d'Information Sanitaire, sustainability, et coordination avec les gouvernements. L'Atelier est supporté par un financement de l'USAID et organisé par Save the Children.

Les documents suivantes sont attachées à cette invitation:

- a. Billet d'avion, non remboursable, Aller-retour à Bamako, Mali.*
- b. Horaire Préliminaire.*
- c. Listes des matérielles à amener et des renseignements sur l'aéroport.*
- d. Liste des participants.*
- e. Renseignements sur l'Atelier.*

Les participants seront responsables pour obtenir les visas, si nécessaire. Save the Children va vous recevoir à l'aéroport International du Mali à Bamako et vous accompagnera à l'hôtel. Dès le matin de 14 Octobre, 1991, les participants voyageront ensemble par route de Bamako à Sikasso, le site de l'atelier.

Le Dimanche, 20 Octobre, 1991, vous retournera par route à l'hôtel à Bamako. Save the Children fournira le transport pour l'aéroport, le jour de votre départ du Mali. Pour profiter de votre séjour à Bamako, attendant le moment de votre départ, vous pouvez demander au bureau de votre organisation au Mali d'organiser des événements éducatifs, culturelles, ou de loisirs.

**Autres points importantes:**

- a. **Etudie le document "Renseignement de l'atelier" attentivement et examine les buttes et les objectives avant votre arrivèe. S'il vous plait soit pret à completement participer.**
- b. **La liste des materielles à amener est importante. Il y sera une soirèe culturelle ou les costumes locales seront utilisèes. Les documents de projet demandèes (même les brouillants fourniront une opportunitèe pour partager les experiences et ètudier de l'un à l'autre. Participants vont apprendre de vos idèes. Vous pouvez renforcer vos produits et vos efforts à travers les idèes dea autres. Aussi les "renseignements de l'aeroport" sont importants.**
- c. **Les depenses effectuèes avant votre arrivèe au Mali est la responsibilitèe de votre organisation. Save the Children n'a pas prèvue ces depense et ne la pas mis dans le budget.**

**Vous ètes une ressource valable pour les projets Survie de l'Enfant, et nous sommes trèe interessè de vous rencontrer et de vous entendre parler de votre experience. Si vous avez des questions concernant l'atelier, n'esitez pas de contacter Dr. Michelle Poulton, Save the Children, Mali, phone (223) 22-61-34, fax (223) 22-42-55 ou Karen LeBan/Ahmed Zayan, Save the Children, Westport, phone (203) 221-4095, fax (203) 222-9176.**

**Sincèrement,**

**Karen LeBan  
Manager de l'Unitè de Sante Health**

**Unit**

## **MATERIELLES A AMENER**

**Les materielles que vous êtes pris à amener à l'atelier sont les suivants::**

### ***Generale:***

- Serviettes
- Lampe corche
- Mosquito repellent
- Lunette à soleil, et un chapeau (si vous en utilisez un) pour le visite de terrain.
- Soulier en plastique, utile si la visite tombe dans un jour pluvieu.
- Costume national, Cassettes de musique traditionnelle, Histoire traditional pour la nuit culturelle.

**Tout les chambres de la Mission Catholique ont des salles de bains pour l'utilisation en groupe. Tout les chambres sont ventilées, pas de climatisation. L'électricité est disponible entre 6:00 et 1:00 heures.**

### ***Atelier:***

- Documents et materielles de votre projet.
- Check List de supervision.
- Materielles et instruments educatives.
- Listes de messages en santé et materielles de formation des mères.
- Materielles utilisées pour le system d'information y compris les formulaire de collecte des données et de suivi; Les courbe de surveillance de croissance, et les moyens d'identification des malnutris
- Liste à jour des buttes et des objectives de votre projet et les lessons appris.
- Materielles developées par votre projet que vous voulez partager avec les responsables des autres projets.
- Materielles developées par autre organisations que vous pensez seront valable et utile dans le centre des ressources

## **RENSEIGNEMENT SUR L'AEROPORT ET LE VOYAGE**

- Vous aurez besoin de votre Carte de Santé International mentrant une vaccination valable pour la Fièvre Jaune.
- Les visas sont la responsabilité des participants
- Les participant's seront reçus à l'aéroport de Bamako, aidés à passer par la formalité, Douane et Immigration. Observez la signe de Save the Children.

*Detailed list of workshop participants***APPENDIX G****LISTE DES PARTICIPANTS****Pour le 6<sup>e</sup> Atelier Régional de l'Afrique  
sur la Survie de l'Enfant**

<b>Noms</b>	<b>O.N.G./Organismes</b>	<b>Adresses complètes</b>
<b>Fatou Diaw</b>	<b>Care, Mali/Macina</b>	<b>Mme. Fatou Diaw Superviseur Projet Santé Care, Mali/Macina Région de Ségou</b>
<b>Maimouna Maiga</b>	<b>Care, Mali/Ké-Macina</b>	<b>Mlle. Maimouna Maiga Superviseur Projet Santé de Care, Mali basé à Ké-Macina Rég. Ségou</b>
<b>Rachel Singleton</b>	<b>Vision-Mondiale</b>	<b>(Adresse Postale) Mme. R.J. Singleton Menaka OASIS Projet B.P. 12.713 Niamey, Rep. du Niger (Fax 00-227-73-78-77)</b>
<b>Aissatou Traoré</b>	<b>SC/US, Burkina Faso</b>	<b>Mme. Traoré Aissatou Sage-femme F.D.C. Dori B.P. 3.105, Bamako, Mali</b>
<b>Kadiatou Traoré</b>	<b>Africare, Mali/Dioro</b>	<b>Superviseur/Infirmier Formateur Projet Survie de l'Enfant</b>
<b>El Hadji Mamadou</b>	<b>Care/Niger</b>	<b>Projet Santé Infantile B.P. 484, Zinder, Niger</b>
<b>Amadou Samba Anne</b>	<b>World Vision Sénégal</b>	<b>World Vision Sénégal Projet C.S.P., B.P. 325 Louga, Sénégal</b>
<b>Prosper Sapathy</b>	<b>World Vision/Mauritanie</b>	<b>World Vision/Mauritanie B.P. 335, Nouakchott Mauritanie Tél: 222-2-530-55</b>
<b>Roger Tonde</b>	<b>Africare/Burkina Faso</b>	<b>Africare, B.P. 608 Ouagadougou, Burkina Faso</b>

Noms	O.N.G./Organismes	Adresses complètes
Karim Traoré	Africare/Mali	B.P. 1.792, Bamako
Marie Berthé	S.C.F./USA Mali	Infirmière à S.C.F./USA B.P. 3.105, Bamako, Mali
David Coulibaly	Vision Mondiale	B.P. 113, Koutiala Tél. 64-00-74 Rép. du Mali
Fatoumata Cissé	Vision Mondiale Inter.	B.P. 47, GAO, Rép. Mali
Maimouna N'Diaye	Vision Mondiale/Koutiala	B.P. 113, Koutiala Tél. 64-00-74 Rép. du Mali
Nkodo Nkodo Emmanuel	Directeur S.C.F.	B.P. 523 Maroua, Cameroon Tél. (237) 29-28-59 Fax. (237) 29-28-59
Dr. Nouhoum Koita	PLAN/Mali/Banamba	Coordinateur Projet Santé et Survie de l'Enfant B.P. 1.598 Bamako, Mali
Clément Bouyain	F.D.C. (Fondation pour le Développement Communautaire)	B.P. 642, Ouagadougou, Burkina Faso Tél. 30-64-38

*Detailed list of Organizing Team/Resource Persons*

**APPENDIX II**

**LISTE DES ORGANIZATEURS**

**Pour le 6<sup>e</sup> ème Atelier Régional de l'Afrique sur la Survie de l'Enfant**

<b>Noms</b>	<b>O.N.G./Organismes</b>	<b>Adresses complètes</b>
<b>Fodé Doumbia</b>	<b>SCF/USA, Mali</b>	<b>Coordinateur en Santé à SCF/USA, Mali B.P. 3.105, Bamako, Mali</b>
<b>Sarah Simon</b>	<b>Consultante</b>	<b>S/C CARE B.P. 484, Zinder, Nige. Tel: 227-51-01-13</b>
<b>Fanta Macalou</b>	<b>USAID/Bamako</b>	<b>USAID/Bamako, Mali B.P. 34 Tél: 22-36-02</b>
<b>Helga M. Morrow</b>	<b>Consultante</b>	<b>1203 Hollins Lane Baltimore, MD 21209 Etats-Unis</b>
<b>Souleymane Kanté</b>	<b>S.C.F./USA Mali</b>	<b>Coordinateur de Projets S.C.F./USA Mali B.P. 3.105, Bamako</b>
<b>Peter Laugharn</b>	<b>S.C.F./USA Mali</b>	<b>S.C.F./USA Mali B.P. 3.105, Quinzambougou Bamako, Mali Tél. (223) 22-61-34</b>
<b>Michelle J. Poulton</b>	<b>S.C.F./USA Mali</b>	<b>S.C.F./USA Mali B.P. 3.105, Quinzambougou Bamako, Mali Tél. (223) 22-61-34</b>
<b>Issa Sidibé</b>	<b>S.C.F./USA Mali</b>	<b>S.C.F./USA Mali B.P. 3.105, Quinzambougou Bamako, Mali Tél. (223) 22-61-34</b>
<b>Gretchen Berggren</b>	<b>Consultante Université Harvard</b>	<b>2625 Park Ave. 5N Bridgeport, CT 06604, USA Tél. (203) 332-7972</b>

91

<b>Noms</b>	<b>O.N.G./Organismes</b>	<b>Adresses complètes</b>
<b>Barbara Greig</b>	<b>Consultante</b>	<b>2619 42nd St. N.W. #201, Washinton DC 20007 Tél. (202) 338-8627</b>
<b>Dr. Ahmed Zayan</b>	<b>S.C.F./USA</b>	<b>54 Wilton Rd. Westport, CT 06880</b>
<b>Cynthia Carter</b>	<b>Johns Hopkins Univ.</b>	<b>PVO Child Survival Support Project 103 East Mount Royal Ave. Baltimore, MD 21202, USA Tél. (307) 659-4100 Fax. (301) 659-4107</b>

S

*List of Materials displayed by the  
projects in the resource room*

**APPENDIX I**



**LISTE DES MATERIELS EXPOSES  
DANS LE CENTRE DE RESSOURCES**



**Fondation pour le Développement Communautaire (F.D.C.)  
Zone de DORI (Burkina Faso)**

1. Fiche d'enregistrement familial.
2. Registre des enfants (0-5 ans).
3. Registre des femmes (13-49 ans).
4. Fiche de naissances.
5. Fiche de décès.
6. Fiche de déclaration de migration (arrivée).
7. Fiche de déclaration de migration (départ).
8. Fiche de convocation aux vaccinations.
9. Fiche pour la liste des femmes enceintes.
10. Fiche de visite à domicile.
11. Fiche de participation au foyer de démonstration et d'éducation nutritionnelle (FODEN).
12. Programme des FODEN.
13. Rapport final de FODEN.
14. Rapport mensuel d'activités de l'animatrice.
15. Rapport des activités pré et post natales.
16. Rapport mensuel de supervision.
17. Fiche pour calendrier mensuel d'activités.
18. Fiche maternelle.
19. Fiche infantile.
20. Carte de vaccination.
21. Pochette GRAAP: "Améliorer la santé au village".

27

## **Projet de Santé de CARE - Macina/Mali**

1. **Matériels:**
  - \* Boîtes à images - l'alimentation d'Awa - Awa decouvre la solution
  - \* GRAAP
  
2. **Documents:**
  - \* Guides
    - Nutrition
    - Hygiène/Assainissement
    - Hygiène pour la grossesse et pour l'accouchement
    - Quelques notions sur la vaccination
    - Diarrhée
    - Activités Enfant pour Enfant
  - \* Fiches:
    - Fiche de nutrition
    - Carnet des enfants
    - Rapport mensuel des village
    - Fiche hygiène de la grossesse et de l'accouchement
    - Fiche d'indicateurs sanitaires
    - Fiche d'évaluation mensuelle
    - Calendrier
    - Plan d'animation
    - Fiche d'enquête démographique et fécondité des femmes
  - \* Documents:
    - Détection de la malnutrition - guide pour l'animateur
    - Programme d'éducation des enfants pour la santé villageoise

.....

**N.C.P.**

### **USAID/AED/PVO's Projet - Mali**

1. **Trois bulletins - m° 1, m° 2, m° 3**
2. **Deux poster (grand format)**
3. **Deux livret de post alphabétisation**
4. **Une cassette audio "Keneya ji"**
5. **Quelques images de communication**

### **World Vision - Louga, Senegal**

1. Programme de développement intégré de WV Louga
2. Module de formation sur la prévention du paludisme et posologie
3. Module de formation des animatrices et matrones (langue Oulof)
4. Guide pour l'éducation des mères en RVO et Affiches
5. Boîte à images de la RVO - jeu de cartes de situation sanitaire et préventive
6. Fiches de vaccination et croissance
7. Lettre d'exécution du projet
8. Fiche statistique des secouristes
9. Fiche statistique des matrones
10. Fiche statistique du comité de santé
11. Fiche statistique des promatrices de brousse
12. Guide de suivi (supervision) des promatrices de brousse
13. Objectifs de projet "Survie de l'Enfant"
14. Plan de formation des secouristes
15. Planification du programme de formation des promatrices
16. Methodologie et plan d'enquête
17. Plan d'évaluation des activités (23 au 27 Sept. 1991)
18. Enquête nutritionnelle et sanitaire (guide d'entretien)
19. Etat de fonctionnement des villages centres

.....

### **Plan International/Banamba, Mali**

1. Textes resumant le projet "Santé et Survie de l'Enfant (Versions Anglaise et Francaise)
2. Deux tableaux sur la RVO (Kènèya ji et préparation a domicile sel eau et sucre)
3. Support d'information du PEV pour la collecte des données (4 formulaires = tableaux)
4. Supports pour le suivi des enfants de 0-11 ans et pour le vaccination (texte + 3 tableaux)
5. Fiche de suivi de la croissance
6. Carnet de santé de l'enfant
7. Deux livret de formation pour les accoucheuses traditionnelles et aides soignantes
8. Balance Salter et culotte pour le pesée des enfants

**J.H.U. (Johns Hopkins University)**

1. **Family Health International, "Network-en Français"**  
Juillet 1991 (Volume 6, Numéro 2)  
Edition Speciale Sur Le SIDA
2. **Family Health International, "Network-en Français"**  
Automne 1987  
Edition Speciale Sur la Communication
3. **American Public Health Assoc., "Mexique: Promotion de l'Allaitement Maternel"**  
Article dans "Meres et Enfants"  
Vol. 7, No. 2, 1988
4. **Georgetown University, "Lignes Directrices Pour L'Allaitement Maternel Dans Les Programmes de Planification Familiale et de Survie De l'Enfant"**  
Janvier 1990
5. **PVO Child Survival Support Program/Johns Hopkins University, "ONG Survie de l'Enfant: Rapport Technique"**  
Vol. 1, No. 1 - Décembre 1989  
Vol. 1, No. 2 - Février 1990  
Vol. 2, No. 1 - Décembre 1990  
Vol. 2, No. 2 - Juillet 1991
6. **PVO Child Survival Support Program/Johns Hopkins University, "Field Guide for Adding Vitamin A Intervention to PVO Chld Survival Projects", 1988**
7. **A.I.D. VBV Tropical Disease Paper**  
No. 1 - Malaria  
No. 2 - Schistosomiasis  
No. 3 - Onchocerciasis  
No. 4 - Guinea Worm Disease

## CARE/Niger

1. Document du projet.
2. Programme d'étude pour le recyclage des secouristes et matrones sur la lutte contre les maladies diarrhéiques.
3. Fiche de contrôle pour la supervision d'un agent de santé villageois en vue de ses connaissances en matière de LMD.
4. Guide de formation en langue locale Haoussa).
5. - Fiche de consultation prénatale.  
- Fiche de consultation nourrisson.  
- Carnet de santé.
6. Programme d'étude pour le recyclage des secouristes et matrones sur l'éducation nutritionnelle.
7. Fiche de contrôle pour la supervision d'un agent de santé villageois en vue de ses connaissances en vue d'éducation nutritionnelle.
8. Questionnaire pour évaluer le niveau des connaissances de mère en matière d'éducation nutritionnelle.
9. Résultat mini-enquête sur les connaissances des mères en LMD et la nutrition dans la zone du PSI/Zinder.
10. Analyse des questions posées aux mères pour évaluer leur niveau de connaissances et pratiques en LMD et éducation nutritionnelle.
11. Protocole d'administration de la vitamine A stratégie de prévention et des traitement.

## **World Vision (7° Region, Mali)**

1. **Document d'implantation détaillée du projet.**
2. **Fiches de surveillance des croissances:**
  - **Fiche de croissance**
  - **Fiche maitresse**
3. **Des modules de formation des animateurs sur les thèmes tels:**
  - **Hygiène au village**
  - **Diarrhée**
  - **Maladies infantiles**
  - **Hygiène de la femme enciente- Vaccination**
  - **Planning familial**
4. **Buts et objectifs du projet.**

.....

## **Africare, Burkina Faso**

1. **Fiches d'enregistrement familial:**
  - **Fiche village**
  - **Fiche quartier**
  - **Fiche concession**
  - **Fiche femme cible**
  - **Fiche enfant**
2. **Fiche de consultation de planification familiale.**
3. **Fiche de surveillance des femmes en planification familiale.**
4. **Fiche de croissance.**
5. **Carte de vaccination.**
6. **Dépliant sur le paludisme.**
7. **Questionnaire de l'enquête de base (Mars/Avril 1991).**
8. **Carte du pays et localisation du site du projet.**

1.4

## **Save the Children/USA - Kolondieba, Mali**

- I. Au niveau des infirmières:**
  1. Images et flanelles pour IEC (Consultation prénatale).
  2. Cartes de visites (pour visites a domicile, reste au femmes).
  3. Fiches femmes/mères (pour consultation prénatale).
  4. Fiches SMJ (rapport mensuel).
  5. Fiche IEC (rapport mensuel).
  6. Fiche recapitulative des données IEC.
  7. Une boîte à images IEC sur PEV (infirmières et animateurs).
  8. Calendrier d'activités mensuelles (infirmières et animateurs).
  
- II. Au niveau des animateurs familiaux:**
  1. Carte de visite familiale.
  2. Tableau mensuel de décès infantile.
  3. Rapport d'activités mensuelles.
  4. Rapport de naissance (mensuelle).
  5. Rapport de décès (mensuel).
  6. Rapport de déménagement (mensuel).
  7. Carte de pesé.
  8. Fiches d'enregistrement familial.
  9. Registre des femmes (15-49 ans).
  10. Registre des enfants (0-6 ans).
  11. Carnet d'IEC (RVO) avec images.
  12. Cartes d'IEC (RVO) avec images.
  13. Rapports de mariage, de résidence (ou émigration/immigration).
  14. Calendrier mensuel d'activités (infirmières et animateurs).
  15. Rapport de résultat de grossesse.
  16. Tableau de répartition par sexe de la population du Cercle de Kolondieba.
  17. Nombre de villages informatisés dans le cercle de Kolondieba



**DISCOURS D'OUVERTURE  
DE L'ATELIER VIVE L'ENFANT AFRICAIN**



## **Allocution de Bienvenue**

**(Chef du projet Survie de l'Enfant  
Save the Children - Kolondiéba)**

- Monsieur le Gouverneur de la 3ème Région du Mali,
- Messieurs les Directeurs Régionaux
- Mesdames les Représentantes de l'Agence Internationale pour le Développement (AID-Washington) et Université Johns Hopkins - Etats Unis.
- Madame la Directrice de Save the children - Afrique de l'Ouest
- Chers Représentants des Organisations Non Gouvernementales, Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi, au nom de tous les participants au 6ème Atelier Régional de l'Afrique pour les Organisations non Gouvernementales à la "Mise en Oeuvre des Projets de Survie de L'Enfant", de vous souhaiter la bienvenue dans le Kénédeougou région reconnue pour son hospitalité par excellence.

C'est tout un grand honneur pour Save the Children d'organiser pour la première fois en zone Francophone un Atelier International sur la Survie de l'Enfant réunissant en ce jour Mardi 15 Octobre 1991 sept Etats:

- Burkina Faso
- Cameroun
- Etat-Unis d'Amérique
- Mali
- Mauritanie
- Niger
- Sénégal

et douze projets "Survie de l'Enfant".

Cet Atelier apportera, j'en suis certain, de nouvelles expériences sur le projet de Survie de l'Enfant.

Une fois encore, je vous souhaite la bienvenue et "Aw bisimila kénédeougou kono".

- VIVE L'ENFANT AFRICAIN -

Dr. Fodé Doumbia

105

## **Discours**

**(Madame la Directrice de Save the Children  
Afrique de l'Ouest)**

- **Monsieur le Directeur de Cabinet du Gouverneur**
- **Monsieur le Directeur Régional de la Santé Publique des  
Affaires Sociales et de la Promotion Féminine**
- **Madame la Représentante de l'USAID à Bamako**
- **Chers collègues dans la lutte pour la Survie de l'Enfant**

**C'est pour moi un grand honneur et un vrai plaisir en tant que responsable de l'organisation hôte de vous accueillir à Sikasso aujourd'hui. Nous sommes là pour le 6ème Atelier Régional pour les O.N.G. autour de la mise en oeuvre des projets de Survie de l'Enfant financés par USAID.**

**Nous trouvons rassemblés ici des représentants de 7 pays de 12 projets et de nombreuses années de vie professionnelle. Sous le titre "Vive l'Enfant Africain", cet atelier va se pencher sur les leçons déjà acquises de nos projets et par l'échange d'idées réfléchira aux moyens de renforcer davantage les stratégies et les activités. Un thème qui fera l'objet d'une attention particulière le long de cette semaine de travaux sera celui de la "Soutenabilité" (pour prendre l'expression récemment adoptée) ou de la "Sustainability" comme disent les Anglais.**

**Je n'essayerai pas ici de vous définir le terme car je pense qu'en fin de semaine nous serons d'avantage capable de cerner toute la Signification du mot. En plus de nos séances de travail à Sikasso deux sorties sur le terrain sont prévues: l'une au Projet Vision Mondiale de Koutiala, l'autre au Projet Save the Children à Kolondiéba.**

**Je reste convaincue que la semaine sera riche en débats en échanges d'expériences et que nous ferons un grand pas en avant dans notre lutte commune pour améliorer la Santé de l'enfant en Afrique.**

**Je ne saurai terminer sans profiter de la présence ici des autorités Régionales de la troisième Région pour les remercier très sincèrement du soutien et de l'intérêt à notre travail dont elles ont toujours fait preuve depuis le début de nos interventions.**

**Je vous remercie.**

**Michelle Poulton**

## **Discours**

**(Directeur Régional de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la Promotion Féminine)**

- **Monsieur le Gouverneur de la Région de Sikasso**
- **Messieurs les Responsables politiques et Administratifs de la Région**
- **Monsieur le Président de la Délégation spéciale de la Commune de Sikasso**
- **Madame la Coordinatrice du Programme Santé de l'USAID**
- **Madame la Directrice sous Régionale de Save the Children USA pour l'Afrique de l'Ouest et la Tunisie**
- **Chers Séminaristes, chers Collègues**
- **Mesdames et Messieurs**

Je me réjouis de l'honneur et de la marque de confiance que vous venez de placer au département de la Santé pour le choix de la Région de Sikasso pour abriter les travaux de votre séminaire. Ce geste est encore une fois le témoignage de la longue et fructueuse collaboration que vous entretenez avec les services socio-sanitaires pour la mise en oeuvre de leurs activités. Au nom de tout le personnel socio-sanitaire de la région, je vous dis Merci. La situation sanitaire de l'enfant dans notre Pays reste préoccupante à l'instar de beaucoup d'autres pays de la sous Région. Elle est tributaire du niveau de couverture de la population par les services socio-sanitaires et de l'insuffisance des ressources, combinée à un environnement hostile. Tous ces facteurs constituent des conditions favorables au développement des maladies infectieuses et parasitaires, situation aggravée encore par des conditions d'Hygiène assez précaire et un mauvais état nutritionnel surtout chez les enfants.

Pour illustrer ce tableau, voici quelques indicateurs très parlants:

- le taux de consultations prénatales est de 15%.
- le taux d'accouchements assistés par un médecin, une Sage-femme, un infirmier, ou une matrone est de 14% de nombre d'accouchements attendus.
- Les activités de consultations prénatales sont peu développées: 10,5%.
- La surveillance de la croissance des enfants Sains en tant que méthode de prévention est timidement menée dans le cadre de la lutte contre la malnutrition. Elle touche à peine 1%.
- Le taux de couverture vaccinale est de 22% pour les enfants de 12-23 mois et de 45% pour les enfants de 23-71 mois.
- etc.

Face à ce bilan sombre et triste, notre Pays vient d'élaborer en Septembre 1991 un plan d'action pour le survie, le développement et la protection de l'enfant dont les objectifs en matière de Santé de l'enfant sont:

- réduire la mortalité infantile de 125 à 100 pour 100 de 1991 - 1996.

- réduire le taux de mortalité infanto-Jeunesse de 250 à 200 pour 1000 de 1991 à 1996.
- réduire le taux de mortalité pédiatrique hospitalière de 19,24% à 5 pour 100 de 1992 à 1996.
- vacciner 855 des enfants de 0-2 ans contre les six maladies cibles du P.E.V. (Rougeole, diphtérie, coqueluche, poliomyélite, tétanos et tuberculose) de 1992-1994.
- réduire le taux de prévalence de la malnutrition protéino-énergétique et les carences spécifiques (avitaminose A et C, carence en Iode, fer et acide folique) de 1992 à 1996.
- atteindre le taux de 30% de fréquentation de la surveillance préventive des enfants de 0-3 ans avant 1996.
- prendre en charge 100% des enfants malnutris dépistés dans les formations socio-sanitaires.
- rendre disponible les S.R.O. dans toutes les formations sanitaires et au niveau des agents de Santé communautaire.

Pour atteindre tous ces objectifs, le concours de plusieurs partenaires s'impose avec le mécanisme de concertation et la décentralisation de la coordination des activités au niveau des responsables à tous les niveaux.

C'est ainsi que dans la mise en oeuvre de son plan quinquennal de développement socio-sanitaire 1990-1994, plan dans lequel le volet Santé maternelle et infantile occupe une place privilégiée, la Région a bénéficié de l'appui de partenaires au développement de la Santé notamment de deux projets pour la survie de l'enfant: Save the Children USA à Kolondjèba et Vision Mondiale Internationale pour:

- la gestion des services
- la formation du personnel
- l'Information, l'éducation et la Communication
- Dotation en équipements et matériels techniques, etc.

Leur appui a largement contribué à améliorer le niveau de vie de la population en générale, et des enfants en particulier car tout ce qui touche l'enfant, touche la famille et partant la communauté toute entière. Chers Seminaristes, chers Collègues, les résultats de vos travaux, fruits des échanges d'expériences entre partenaires venus de pays géographiquement et culturellement différents certes, mais qui ont en commun le même objectif à savoir "améliorer la survie de l'enfant" constitueront un creuset d'espoir qui permettra de réajuster et d'aménager certaines de nos activités. Soyez d'ores et déjà assurés du soutien indéfectible de nos autorités et de tout le personnel socio-sanitaire aux résultats que vous parviendrez. Je vous remercie.

**Le Directeur Régional de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la Promotion Féminine**

## **Discours d'Ouverture du Séminaire Atelier Régional Pour La Survie de l'Enfant du 15 au 19 Octobre 1991 à Sikasso**

(Monsieur le Directeur de Cabinet du Gouverneur)

- Monsieur le Président de la délégation spéciale de la Commune de Sikasso
- Monsieur le Coordinateur des Associations et Organisations Démocratiques
- Monsieur le Coordinateur de l'USAID au Mali
- Madame la Directrice sous Régionale pour l'Afrique et la Tunisie de Save the Children/USA
- Chers séminaristes
- Honorables invités
- Mesdames, messieurs

Permettez-moi d'abord au nom de tous les Responsables Politiques, Administratifs, de toute la population et à mon nom propre de souhaiter la bienvenue à Sikasso à nos illustres hôtes venue du Burkina-Faso, du Cameroun, du Niger, du Sénégal et de Certaines Régions du Mali.

Le choix de la capitale du KénéDougou pour abriter les assises du présent séminaire-Atelier nous honore et nous reconforte. Qu'ils trouvent ici l'expression de tous nos remerciements et de notre profonde reconnaissance.

L'importance du thème choisi pour ce séminaire "Vive l'enfant Africain" ne nous échappe guère.

Déjà en September 1990, notre pays le Mali, a coprésidé à New York la première session mondiale des chefs d'Etat pour adopter la convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies, convention qui stipule dans son article 6 alinéa 2 je cite: "Les Etats parties assurent dans toute la mesure du possible la Survie et le Développement de l'enfant" fin de citation.

C'est ainsi, que depuis plusieurs années, notre gouvernement bénéficie de l'appui des organisations d'aide bilatérale, multilatérale et non gouvernementales pour la mise en oeuvre des programmes en faveur de l'enfant: Immunisations, Nutrition, Lutte contre les maladies diarrhéiques et planification familiale pour ne citer que ceux-ci.

L'occasion est bonne pour moi de rappeler ici que l'enfant en milieu africain constitue un trésor inestimable et une source d'espoir intarissable pour la famille et pour toutes ces raisons il doit recevoir la protection et l'assistance dont il a besoin pour jouer pleinement son rôle dans la Communauté.

Chers, séminaristes, pendant cinq jours, les riches échanges d'expériences entre hommes de terrain, opérant dans différents pays de la Sous Région, vous permettent, j'en suis convaincu, de trouver des solutions encore plus efficaces pour lever les obstacles qui se dressent encore sur votre chemin, notre chemin. Ce forum vous permettra en outre de dégager les axes principaux dans le domaine de la nutrition, la surveillance des enfants, la collecte et traitement de l'information et surtout la méthodologie dans le transfert de vos compétences aux populations bénéficiaires des activités que vous menez.

68

**Je ne saurai terminer cette allocution sans adresser quelques mots de remerciements aux projets Survie de l'Enfant qui interviennent dans notre Région: Vision Mondiale Internationale et Save the Children/USA, et tout particulièrement à l'USAID pour son appui matériel et financier à l'organisation et à la tenue de ce séminaire.**

**Chers séminaristes, en souhaitant plein succès à vos travaux, je déclare ouvert le séminaire Atelier Régional pour le Survie de l'Enfant du 15 au 19 Octobre 1991 à Sikasso. - "Vive l'Enfant Africain"**

**Je vous remercie.**

**Le Gouverneur de la 3<sup>e</sup> Région**



**DISCOURS DE CLOTURE  
DE L'ATELIER VIVE L'ENANT AFRICAIN**



## **Allocution de Bienvenue**

**(Madame la Directrice de Save the Children  
Afrique de l'Ouest)**

- Monsieur le Gouverneur de la Troisième Région
- Messieurs les Directeurs Régionaux
- Madame La Représentante de L'USAID
- Chers Collègues et Séminaristes

Je voudrais d'abord vous remercier, Monsieur le Gouverneur, d'avoir bien voulu faire le déplacement pour assister aux derniers moments de cet 6ème Atelier Régional sur la Mise en Oeuvre des Projets de Survie de l'Enfant des ONG financées par l'USAID et sous le thème "Vive l'Enfant Africain". La semaine a été riche et fructueuse et les résultats concrets et positifs sont dûs en grande partie à l'acharnement et aux contributions actives des participants.

Plusieurs thèmes ont été abordés, y compris la nutrition et les systèmes d'informations sanitaires. Comme il a été dit à l'ouverture le sujet de la "soutenabilité" a eu une grande place dans l'ordre du jour. Ensemble, nous avons pu dégager les éléments qui constituent ce qui représente pour nous la "soutenabilité" et par nos expériences dans nos propres projets et par les deux sorties sur le terrain - à la Save the Children Kolondiba et Vision Mondiale Koutiala - nous avons essayé de définir les points forts et les points faibles de nos stratégies en "soutenabilité".

En fin de travaux, nous avons réfléchi ensemble aux défis pour l'avenir des ONG travaillant dans le domaine de la Santé en Afrique. Un des grands défis identifiés a été celui de SIDA.

En vous remerciant tous de votre participation au succès de cet atelier, j'ai le plaisir de passer la parole au rapporteur de l'atelier Monsieur Issa Sidibé, qui fera le résumé des débats de la semaine.

Merci à tous et Vive l'Enfant Africain!

Michelle Poulton

17

## **Allocution de Remerciements**

**(Représentant des participants)**

- **Monsieur le Gouverneur de la 3<sup>e</sup> Région du Mali**
- **Messieurs les Directeurs régionaux**
- **Mesdames les représentantes de l'Agence Internationale pour le Développement (AID**
  - **Washington et University Johns Hopkins - Etats-Unis)**
- **Madame la Directrice de Save the Children - Afrique de l'Ouest**
- **Chers représentants des Organisations non gouvernementales**
- **Mesdames et Messieurs**

**Permettez-moi, au nom de tous les participants au 6<sup>e</sup> Atelier Régional de l'Afrique pour les Organisations non Gouvernementales à la mise en oeuvre des Projets de Survie de l'Enfant, de vous présenter tous nos remerciements pour l'accueil si chaleureux et l'hospitalité dont nous avons été l'objet, une semaine durant.**

**Le souvenir de Sikasso restera longtemps gravé dans notre mémoire. Nos remerciements vont aussi à l'endroit des différents facilitateurs, qui nous ont permis d'échanger nos expériences au cours de cet atelier. Par ailleurs, je ne terminerai pas, sans adresser aussi nos vifs remerciements à l'équipe du centre de formation Charles Lwanga de Sikasso, qui ont bien voulu nous accepter dans leur si beau centre.**

**Je vous remercie,**

**El Hadji Mamadou  
Care/Niger**

**Discours de Mr. Le Gouverneur de la  
3<sup>o</sup> Région a la Clôture du Séminaire  
"Vive l'Enfant Africain"**

- Mesdames, Messieurs les responsables politiques et Administratifs de la 3<sup>o</sup> Région
- Madame la Représentante de l'US-AID
- Madame la Coordinatrice de Save the Children/USA
- Mesdames, Messieurs les Séminaristes
- Honorables invités

Après cinq jours de débats fructueux et d'échange d'idées, nous voilà au terme du VI<sup>ème</sup>. Séminaire Atelier des Organisations Non Gouvernementales Américaines évoluant dans les Pays Francophones d'Afrique Occidentale et Centrale placé sous le signe de "Vive l'Enfant Africain".

Ce Séminaire a abordé différents thèmes ayant une incidence certaine sur l'amélioration de la situation socio-sanitaire du groupe cible infanto-juvenile tout en formulant des recommandations sur les approches d'intervention que sur la gestion des différents Projets en cours et la pertinence des acquis par le biais d'une meilleure perception de la participation communautaire.

En effet, vos réflexions ont porté les thèmes aussi divers que la nutrition, la surveillance de la croissance de l'enfant, le système d'information, l'appropriation des Projets par les communautés et sur certains grands défis de l'avenir comme le SIDA, la Planification Familiale et le paludisme.

Au vu des recommandations pertinentes que vous venez de formuler, je ne doute un instant que votre Atelier a cerné tous les contours de ces différents thèmes. Les solutions préconisées permettront à chacun, une fois de retour dans son pays, voire dans son Projet, d'ajuster les différentes activités en cours et d'initier d'autres activités à partir des nouvelles idées développées pendant l'Atelier.

Mesdames, Messieurs, Les pays du Sud sont engagés pour la plupart dans des politiques d'ajustement structurel dont les coûts sociaux aggravent la situation déjà précaire de la Mère et de l'Enfant. Pour parer ce la il est plus que jamais nécessaire que toutes les bonnes volontés se donnent la main.

Compte tenu des maigres ressources dont disposent nos Etats, il est certain que le rôle des Organisations non Gouvernementales n'en sera que plus en plus important dans les années à venir pour la mise en oeuvre des différents programmes et Projets en faveur de l'Enfant. C'est pour cela que je profite de cette cérémonie pour remercier toutes les O.N.G. pour le travail déjà accompli et en cours et les exhorte à persévérer dans cette voie.

Pour ma part, je vous assure de ma disponibilité constante pour maintenir et renforcer la collaboration entre les structures Gouvernementales et non Gouvernementales dans la 3<sup>o</sup> Région.

Je suis convaincu d'avance au vu du travail de qualité accompli, qu'une telle volonté politique anime également les autorités des autres pays frères ici ligèrement représentés.

**En tout état de cause, ce nouveau type de partenariat me semble être une appropriée pour faire face aux nombreux défis qui menacent l'existence de l'Enfant Africain.**

**Je ne saurais terminer sans dire un mot sur la participation communautaire qui a été l'objet de discussions approfondies au cours du Séminaire. Cette participation communautaire constitue le gage essentiel pour la pérennité des différents Projets.**

**En effet, sans l'adhésion des populations aucun Projet ne peut atteindre ses objectifs même si son montage financier est parfait.**

**Aussi, je vous invite à impliquer davantage les communautés à gestion de vos programmes en assurant leur formation et leur sensibilisation autour de vos objectifs.**

**En réitérant encore une fois nos sincères remerciements à l'USAID, et aux organisateurs du Séminaire pour le choix de la capitale du Kéné Dougou pour ce Forum International et en vous souhaitant bon retour dans vos postes respectifs je déclare clos les travaux du VIème Atelier "Vive l'Enfant Africain".**

**Je vous remercie!**

**VIVE L'ENFANT AFRICAIN**

**6<sup>eme</sup> Atelier Regional de l'Afrique pour les ONGs: La Mise  
en Oeuvre des Projets de Survie de l'Enfant**

**Note: Save the Children/Mali Projet de Survie de l'Enfant**



**PROFIL DU PROJET**

**ET**

**INFORMATION DEMOGRAPHIQUE ET STATISTIQUE**



**Octobre 1991**

13

## TABLE DES MATIERES

- I. INTRODUCTION
- II. PROFIL DE PROJET, INFORMATION DEMOGRAPHIQUE ET STATISTIQUE
  - A. Financee au Niveau Central
    - AFRICARE, Burkina Faso - SEVI
    - Save the Children, Burkina Faso - SEV
  
    - CARE, Mali - SEVI/R
    - Foster Parents Plan, Mali - SEVI/R
    - Save the Children, Mali - SEIV
    - World Vision, Mali - CSVII/R
  
    - CARE, Niger - SEIII
  
    - World Vision, Senegal - SEVII
  - B. Financee au Niveau des "Missions"
    - Save the Children, Cameroon
  
    - AFRICARE, Mali
    - World Vision, Mali
- III. CHILD SURVIVAL PROJECT LIFELINE (english)
  - CSIII, CSIV, CSV, CSVI, CSVII (life of project 36 months)
- IV. CHART OF FVA/PVC FUNDED PVO CHILD SURVIVAL PROJECTS (english)
- V. CADRE D'EVALUATION ET DE MONITORING POUR LA SURVIE DE L'ENFANT

## INTRODUCTION



THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY  
SCHOOL OF HYGIENE AND PUBLIC HEALTH

INSTITUTE FOR INTERNATIONAL PROGRAMS

Octobre 1991

Cher (e) participant (e),

Vous trouverez ci-joint le profil des projets avec leurs données démographiques ainsi que celles relatives au coût pour chacun des projets à fonds centralisés qui seront représentés en Afrique de l'ouest pour l'atelier de survie de l'enfant ONG en cette année 1991. Les représentants des sept projets soutenus pécuniairement par AID/Washington pendant les cycles "CSIII, CSIV, CSV, CSVI, et CSVII" participeront à l'atelier. En plus, quatre projets qui travaillent à la survie de l'enfant en Afrique de l'ouest, mais soutenus par des fonds non-centralisés, seront représentés. Cela augure des réunions passionnantes au cours desquelles des informations importantes seront partagées entre les projets.

Les rapports annuels d'octobre 1990 qui ont été soumis à AID/Washington ont fourni les données relatives aux informations du projet ci-joint. Dans certains cas, nous nous sommes inspirés du plan de mise en oeuvre détaillée et des évaluations finales. Les renseignements relatifs aux projets à fonds non-centralisés ont été incorporés quand ceux-ci ont été fournis par les sièges américains.

Veillez lire ces rapports écrits au sujet de vos projets et faites-nous savoir si certaines données ont besoin d'être corrigées ou révisées. Nous accueillons toutes les suggestions destinées à améliorer le matériel de formation pour les ateliers à venir.

Je vous souhaite d'avoir un atelier productif, plein de succès et rempli de nouvelles connaissances. Veillez arriver à bon port, sur le lieu où se déroulera l'atelier. Les animateurs de l'atelier vous attendent avec impatience.

J'espère sincèrement que vous quitterez l'atelier avec une énergie renouvelée afin d'accomplir votre travail dédié à la survie de l'enfant.

Veillez agréer, l'expression de mes sentiments distingués.

Dory Storms, SCD  
Directrice  
PVO Child Survival Support Program  
The Johns Hopkins University  
Baltimore, Maryland, USA

**PROFIL DE PROJET, INFORMATION DEMOGRAPHIQUE ET STATISTIQUE**

**PROFIL DU PROJET: AFRICARE/BURKINA/FASO - CSVI**  
**SOURCE: PROPOSITION ET PLAN DE MISE EN OEUVRE DÉTAILLÉ**

**BUT:**

Un projet bénéficiant de fonds financiers sur une période de trois ans dans la province de Ganzougeu, au Burkina Faso. Le projet a pour but de réduire la mortalité infantile ainsi que sa fréquence pour cause de diarrhée ou de sous-alimentation et de réduire la mortalité maternelle causée par un manque d'accès aux soins prénatale et par le peu d'intervalle laissé entre les naissances. Dans la région ciblée, la population totale s'élève à 48.000 personnes, y compris 6000 femmes en âge de procréer et 5.700 enfants d'un à cinq ans.

**INTERVENTIONS CS:**

Contrôle des maladies entraînant la diarrhée	30%
Immunisation	10%
Alimentation	35%
Prévention des naissances à risque élevé	20%
Autres:	
Système d'information en matière de santé	5%
Malaria	%
	pas identifié.

**OBJECTIFS:**

**Contrôle des maladies entraînant la diarrhée**

- 1) 80% des mères devront savoir comment préparer et administrer l'ORT correctement.
- 2) 40% des mères se serviront de l'ORT pour traiter la diarrhée de leurs enfants.
- 3) 75% des mères signaleront une augmentation du nombre de prises alimentaires chez leurs enfants pendant le dernier épisode de diarrhée.
- 4) 80% des mères noteront qu'il est important qu'une mère se lave les mains avant de nourrir son enfant.
- 5) 60% des mères noteront qu'il est important de se laver les mains après avoir déféqué.

**Immunisation**

- 6) 50% des nourrissons seront vaccinés d'ici l'âge d'un an.
- 7) 80% des enfants seront vaccinés avant leur deuxième anniversaire.
- 8) 85% des femmes de 15 à 49 ans seront vaccinés avec 2 doses de tétanos toxoïde.

**Alimentation**

- 9) 75% des enfants de moins de 3 ans participeront trimestriellement au monitoring de croissance.
- 10) Le projet atteindra une réduction de 25% des cas de sous-alimentation aigüe chez les enfants de moins de 2 ans, en fonction de la ligne de base.
- 11) Il y aura une augmentation de 25% du nombre de femmes qui introduisent des aliments supplémentaires à l'âge de 6 mois.

**Prévention des naissances à risque élevé**

- 12) 75% des mères et pères seront capable de citer au moins une méthode moderne de contraception et un point de distribution où de telles méthodes peuvent être obtenues.

**Autre: Malaria**

- 13) Aucun objectif n'a été fourni pour la malaria.

**PLAN D'ACTION DE SUSTAINABILITÉ:****Viabilité financière**

- o Les mécanismes de recouvrement des coûts pour les paquets d'ORS, les cartes de vaccination, les tableaux de monitoring de croissance, les médicaments et les contraceptifs, sont en place.

**Capacité et transfert de connaissances**

- o Un élément important de ce projet met l'accent sur la formation des formateurs (le personnel MOH local qui supervise les CHW). Les promoteurs de la santé recevront une formation dans le domaine de la communication.

**Couverture des services**

- o Le projet est en collaboration étroite avec le département provincial de la santé, en ce qui concerne la planification des activités.

**Participation de la communauté**

- o Dès le début, on mettra l'accent sur une prise en charge du projet par la communauté, dans la mesure où les promoteurs de la santé travaillent avec les chefs des villages et les membres des comités. Le projet travaillera avec les comités de liaison des quartiers.

INFORMATION DEMOGRAPHIQUE ET STATISTIQUE: Afrique/Burkina Faso - CSVI  
Source: Proposition

Financement de SE d'A.I.D. pour trois ans		\$615.000
Financement provenant de l'ONG (% de \$ d'A.I.D.)		\$290.000 (47%)
Coût par bénéficiaire par an		NA
Est-ce que la zone de travail est principalement urbaine, rurale ou un mélange?		Rurale
Combien de personnes habitent la zone géographique servie par le projet?		66.828
Combien d'enfants naissent par an dans la zone du projet?		Sans réponse
Des gens qui habitent la zone du projet combien sont des enfants de moins de 12 mois?		Sans réponse
Parmi les enfants qui ont entre 12 et 59 mois, combien ont entre 12 et 23 mois? (% de la population totale)		5.500 (8%)
Combien d'enfants ont au moins 12 mois mais n'ont pas encore 60 mois?		10.000 (15%)
Entre les gens qui habitent la zone de travail combien sont des femmes en âge de procréer?		15.040 (23%)
Combien de femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 15-19 ans?		Sans réponse
Combien des femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 35-49 ans?		Sans réponse
Activités d'Intervention	% Effort	A.I.D. \$
Réhydratation Orale/Maladies Diarrhéiques	30%	\$184.500
Vaccination	10%	\$ 61.500
Nutrition	35%	\$215.250
Prévention de Naissances à Haut Risque	20%	\$123.000
Autre:		
Contrôle et Evaluation du Projet	5%	\$ 30.750

Efforts dans le recueil de données de niveau II: Projet nouveau. Il n'ya pas assez de renseignements disponibles.

**PROFIL DU PROJET: SCF/Burkina Faso - CSV**  
**SOURCE: PLAN DE MISE EN OEUVRE DETAILLE, PREMIER RAPPORT**  
**ANNUEL ET QUESTIONNAIRE CS&H POUR 1990**

**BUT:**

Un projet bénéficiant de fonds financiers sur une période de cinq ans, situé dans la province de Seno dans le Nord-Ouest du Burkina Faso. La population totale de la région est 85,063 personnes, dont 19,394 femmes pouvant donner naissance et 13,660 enfants de moins de cinq ans. Les buts principaux du projet sont: 1) de réduire la mortalité infantile ainsi que sa fréquence pour cause de diarrhée, de maladies évitables et de sous-alimentation, et 2) de faire baisser la mortalité maternelle ainsi que sa fréquence pour cause de trop bref intervalle séparant les naissances, d'un grand nombre d'enfants déjà nés ou d'un manque de soins prénataux.

**INTERVENTIONS CS:**

Contrôle des maladies provoquant la diarrhée:	30%
Immunisation:	20%
Alimentation:	26%
Prévention des naissances à risques élevés:	15%
Autres: Malaria	5%
Santé Maternelle	4%

**OBJECTIFS:**

Contrôle des maladies provoquant la diarrhée

- 1) Dans l'espace de 5 ans, 85% des familles devront faire preuve de leur compétence sur la façon de s'occuper des maladies provoquant la diarrhée et 60% des épisodes de diarrhée seront soignés convenablement.

Immunisation

- 2) 65% des enfants seront complètement vaccinés avant l'âge de 2 ans.
- 3) 40% des femmes en âge de procréer recevront une immunisation complète contre le tétanos avant le moment de l'accouchement.

### Alimentation

- 4) 60% des femmes ayant accouché recevront une capsule de vitamine A dans les deux mois suivant l'accouchement.
- 5) 60% des enfants de 4 à 5 ans recevront un supplément de vitamine A tous les 6 mois.
- 6) 85% des familles seront instruites sur la façon de donner de la nourriture convenable aux enfants, en fonction de leur âge, sur la façon de sevrer les enfants et l'adjonction au lait maternel.
- 7) 85% des enfants de 0 à 36 mois avec une sous-alimentation modérée recevront des visites à domicile pour le suivi des activités, après participation à un atelier pour l'éducation en matière d'alimentation.

### Prévention des naissances à risque élevé

- 8) 75% des familles (hommes et femmes) seront éduquées sur l'importance d'espacer les naissances et auront connaissance d'au moins une méthode moderne d'espacement des naissances et comment se la procurer.

### Autres: Malaria, Santé Maternelle

- 9) 70% des familles seront instruites en matière de prévention et de traitement de la malaria, et seront informées de la façon de se procurer du chloroquine.
- 10) 90% des femmes enceintes seront éduquées sur les avantages de bons soins pré- et postnatals, et sur les avantages à utiliser des suppléments en fer et en acide folique provenant du TBA.

## PLAN D'ACTION DE SUSTAINABILITE:

### Viabilité financière

- \* SCF met en oeuvre actuellement un système pilote pour le crédit au niveau de la communauté, à partir duquel un individu prête de l'argent à de petits entrepreneurs. Les comités s'occupant du crédit de la communauté gère un fonds automatiquement renouvelable grâce aux intérêts gagnés sur les prêts, ceux-ci pouvant être utilisés pour les projets des services sociaux à l'intérieur du village.
- \* VHWs gère un fonds tournant de stocks de médicaments y compris la chloroquine.

### Capacité et transfert des connaissances

- \* Le projet forme les VHW et fournit une éducation élémentaire en matière de santé aux familles, afin de créer des changements de comportement qui pourront être maintenus.

### Couverture du service

- \* SCF collabore avec SCF au Royaume-Uni, ainsi que l'UNICEF et le MOH.

### Participation de la communauté

- \* Les communautés identifient leurs besoins, conviennent d'apporter le matériel et la main d'oeuvre, et participent activement aux ateliers axés sur l'éducation.

Profil du projet SCF/Burkina Faso

**INFORMATION DEMOGRAPHIQUE ET STATISTIQUE: SCF/Burkina Faso - CSV**  
**Source: Plan Détaillé d'Exécution, Premier Rapport Annuel**  
**& Questionnaire SE&S 1990**

Financement de SE d'A.I.D. pour cinq ans		\$1.000.000
Financement provenant de l'ONG (% de \$ d'A.I.D.)		\$337.346 (34%)
Coût par bénéficiaire par an		\$5,02
Est-ce que la zone de travail est principalement urbaine, rurale ou un mélange?		Rurale
Combien de personnes habitent la zone géographique servie par le projet?		85.063
Combien d'enfants naissent par an dans la zone du projet? (% de la population totale)		3.380 (4%)
Des gens qui habitent la zone du projet combien sont des enfants de moins de 12 mois?		4.253 (5%)
Parmi les enfants qui ont entre 12 et 59 mois, combien ont entre 12 et 23 mois?		3.403 (4%)
Combien d'enfants ont au moins 12 mois mais n'ont pas encore 60 mois?		9.407 (11%)
Entre les gens qui habitent la zone de travail combien sont des femmes en âge de procréer? (15 à 49 ans)		19.394 (23%)
Combien de femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 15-19 ans?		Sans réponse
Combien des femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 35-49 ans?		Sans réponse
<b>Activités d'Intervention</b>	<b>% Effort</b>	<b>A.I.D. \$</b>
Réhydratation Orale/Maladies Diarrhéiques	30%	\$300.000
Vaccination	20%	\$200.000
Nutrition:		
Allaitement Maternel	8%	\$ 80.000
Contrôle de Croissance	4%	\$ 40.000
Nourriture de Sevrément	4%	\$ 40.000
Vitamine "A"	10%	\$100.000
Prévention de Naissances à Haut Risque	15%	\$150.000
Autre:		
Paludisme	5%	\$ 50.000
Santé Maternelle	4%	\$ 40.000

Efforts dans le recueil de données de niveau II: Enquête de base réalisée en janvier, 1991. Le recueil habituel de données consiste en immatriculations familiales dans les villages du projet.

**PROFIL DU PROJET: CARE/Mali - GBVI/R**  
**SOURCE: Proposition du projet et plan de réalisation**  
**détaillé**

**BUT:**

Ce projet CB III de nouveau soutenu par des fonds encourage les interventions pour la survie des enfants de cinq districts du Cercle Macina. Le projet a pour but de réduire le taux de mortalité infantile chez les enfants de moins de six ans grâce à des activités de survie de l'Enfant viables. CARE/Mali a élargi la population ciblée jusqu'à un total de 56,000 personnes dont 27,000 femmes en âge de procréer et 28,800 enfants de moins de 5 ans.

**INTERVENTIONS CB:**

Contrôle des maladies entraînant la diarrhée	25%
Immunisation	20%
Alimentation	25%
Prévention des naissances à risque élevé	15%
Autre:	
Malaria	15%

**OBJECTIFS:**

Contrôle des maladies entraînant la diarrhée

- 1) Augmenter de 80% dans 60 villages en "Phase I" et 60% dans les villages en "Phase II", le nombre de femmes faisant preuve de pratiques efficaces contre la diarrhée causée par une maladie, chez leurs enfants de moins de deux ans.

Immunisation

- 2) Augmenter et maintenir à 80% le nombre d'enfants de moins d'un an qui sont complètement immunisés dans des centres permanents et réguliers d'immunisation.
- 3) Augmenter et maintenir à 90% le nombre de femmes en âge de procréer qui ont reçu une couverture TT complète.

### Alimentation

- 4) Augmenter de 75% dans 60 villages en "Phase I" et 60% dans 30 villages en "Phase II", le nombre de femmes qui utilisent les ressources locales afin de mettre en pratique de bonnes habitudes alimentaires pour elles-mêmes et leurs enfants de moins de 2 ans.

### Prévention des naissances à risque élevé

- 5) Augmenter de 75% dans 60 villages en "Phase I" et 75% dans 30 villages en "Phase II", le nombre de femmes qui savent bien organiser leurs grossesses et qui utilisent des méthodes sûres pour les naissances.

### Autre: Malaria

- 6) Augmenter de 60% le nombre de familles pouvant exercer une gestion et une prévention de la malaria dans 90 villages faisant partie du projet.

## PLAN DE SUSTAINABILITE:

### Viabilité financière

- \* Des sommes modestes sont réunies afin de couvrir les coûts périodiques grâce à des amendes précises en cas de violation des règles d'utilisation des puits; il ya aussi des contributions individuelles apportées au projet.

### Capacité et transfert des connaissances

- \* CARE forme les VHW et donne une éducation élémentaire en matière de santé aux hommes, femmes et enfants.

### Couverture des services

- \* CARE travaille en relations étroites avec, à la fois, le service régional de la santé et le Centre local de la santé.

### Participation de la communauté

- \* Les comités locaux s'occupant de la santé du village auront la responsabilité d'une pharmacie pour celui-ci et d'une trousse de soins utilisée en cas de naissance, dans chaque village du projet.

**INFORMATION DEMOGRAPHIQUE ET STATISTIQUE: CARE/Mali CSVI/R**  
**Source: Plan Détaillé d'Exécution**

Financement de SE d'A.I.D. pour trois ans	\$700.000	
Financement provenant de l'ONG (% de \$ d'A.I.D.)	\$308.000	
Coût par bénéficiaire par an	\$3,32	
Est-ce que la zone de travail est principalement urbaine, rurale ou un mélange?	Rurale	
Combien de personnes habitent la zone géographique servie par le projet?	150.000	
Combien d'enfants naissent par an dans la zone du projet? (% de la population totale)	7.200 (4,8%)	
Des gens qui habitent la zone du projet combien sont des enfants de moins de 12 mois?	6.000 (4%)	
Parmi les enfants qui ont entre 12 et 59 mois, combien ont entre 12 et 23 mois?	7.000 (4,5%)	
Combien d'enfants ont au moins 12 mois mais n'ont pas encore 60 mois?	22.800 (15%)	
Entre les gens qui habitent la zone de travail combien sont des femmes en âge de procréer? (15 à 44 ans)	27.000 (18%)	
Combien de femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 15-19 ans?	Sans réponse	
Combien des femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 35-49 ans?	Sans réponse	
<b>Activités d'Intervention</b>	<b>% Effort</b>	<b>A.I.D. \$</b>
Réhydratation Orale/Maladies Diarrhéiques	25%	\$175.000
Vaccination	20%	\$140.000
Nutrition:		
Allaitement Maternel	5%	\$ 35.000
Coutumes de Sevrage	10%	\$ 70.000
Alimentation Maternelle	5%	\$ 35.000
Vitamine "A"	5%	\$ 35.000
Prévention de Naissances à Haut Risque	15%	\$105.000
Autre:		
Paludisme	15%	\$105.000

Efforts dans le recueil de données de niveau II: Des données de base existent sur la population cible précédente. Une enquête de base pour les villages nouveaux es prévue en avril, 1991. Des organisateurs de programmes de santé réalisent un recensement dans chaque village et les mettent à jour mensuellement.

**PROFIL DU PROJET: PLAN/Mali - CSVI/R**  
**SOURCE: Plan de Mise en Oeuvre Détaillé**

**BUT:**

Un développement soutenu par des fonds s'étalant sur une période de trois ans, qui permettra de parachever le travail commencé avec le projet CSII. PLAN ajoutera des interventions pour le contrôle des maladies provoquant la diarrhée et de l'information relative à l'alimentation au programme d'immunisation existant déjà. Le but du programme est la réduction de la mortalité chez les enfants et les mères, en employant certaines stratégies afin de faire baisser la fréquence et la gravité de la maladie chez les enfants de 0 à 5 ans, et les femmes de 15 à 44 ans. La population totale de la région d'intervention est de 123,886, dont 29,899 femmes en âge de procréer et 23,467 enfants de 0 à 5 ans.

**INTERVENTIONS CS:**

Contrôle des maladies provoquant la diarrhée	35%
Immunisation	35%
Alimentation	30%

**OBJECTIFS:**

Contrôle des maladies provoquant la diarrhée

- 1) S'assurer que 35% des personnes en charge auront recours à l'ORT dans les villages ciblés, ainsi qu'à de bonnes habitudes alimentaires pour les enfants (de 0 à 59 mois) en cas d'infection entraînant la diarrhée.

Immunisation

- 2) Travailler en collaboration avec le MOH afin d'immuniser 80% des enfants (de 0 à 11 mois) contre six maladies principales.
- 3) Soutenir le MOH dans la distribution de deux doses de tétanos toxoïde 80% de toutes les femmes de 15 à 44 ans.

### Alimentation

- 4) Mettre en oeuvre des projets de sevrage dans 30 villages grâce à la fourniture de renseignements sur l'allaitement au sein exclusif et de bonnes techniques de sevrage.
- 5) Initier l'installation de jardins dans 25% des villages

### PLAN D'ACTION DE SUSTAINABILITE:

#### Viabilité financière

- \* La pauvreté de la population locale ne permet pas d'envisager que le programme sera financé localement dans un proche avenir. Malgré cet obstacle, PLAN/Mali encouragera la formation de revenus et de fonds tournants pour les médicaments.

#### Capacité et transfert de connaissances

- \* PLAN formera les VHWS et fournira aux familles une éducation en matière de santé.

#### Couverture des services

- \* PLAN collabore avec le MOH et le Centre National d'Immunsation.

#### Participation de la communauté

- \* En accord avec l'initiative Bamako, PLAN est en faveur d'une communauté gérant et maintenant des soins de santé primaires décentralisés, se soutenant elle-même par un effort indépendant.

**INFORMATION DEMOGRAPHIQUE ET STATISTIQUE: PLAN/Mali - GSVI/R**  
**Source: Plan Détaillé d'Exécution**

Financement de SE d'A.I.D. pour trois ans		\$385.297
Financement provenant de l'ONG (% de \$ d'A.I.D.)		\$445.163 (115%)
Coût par bénéficiaire par an		\$2,04
Est-ce que la zone de travail est principalement urbaine, rurale ou un mélange?		Rurale
Combien de personnes habitent la zone géographique servie par le projet?		123.886
Combien d'enfants naissent par an dans la zone du projet? (% de la population)		4.729 (3,8%)
Des gens qui habitent la zone du projet combien sont des enfants de moins de 12 mois?		4.605 (3,7%)
Parmi les enfants qui ont entre 12 et 59 mois, combien ont entre 12 et 23 mois?		4.131 (3,3%)
Combien d'enfants ont au moins 12 mois mais n'ont pas encore 60 mois?		18.862 (15%)
Entre les gens qui habitent la zone de travail combien sont des femmes en âge de procréer? (15 à 44 ans)		29.899 (24%)
Combien de femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 15-19 ans?		Sans réponse
Combien des femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 35-49 ans?		Sans réponse
<b>Activités d'Intervention</b>	<b>% Effort</b>	<b>A.I.D. \$</b>
Réhydratation Orale/Maladies Diarrhéiques	35%	\$134.854
Vaccination	35%	\$134.854
Nutrition	30%	\$115.589

Efforts dans le recueil de données de niveau II: Enquête de base complétée en avril, 1989. Des enquêtes échantillon sont prévues trimestriellement et pour l'évaluation finale.

PROFIL DE PROJET: SCF/Mali - SEIV  
SOURCES: Premier Rapport Annuel, Plan  
d'Exécution Détaillé (DIP) et Questionnaire SE&S 1990

**BUT:**

Un projet de quatre ans dans quatre régions de Kolondieba. Le but du projet est d'améliorer la survie et santé des enfants et mères dans le cercle Kolondieba. La population bénéficiaire totale est de 108.904 personnes incluant 21.665 femmes en âge de procréer et 28.513 enfants de moins de 72 mois.

**INTERVENTIONS SE:**

Contrôle des maladies diarrhéiques:	20%
Vaccination:	20%
Nutrition:	20%
Prévention des naissances à haut risque:	5%
Autre: Santé maternelle	15%
Eau & Assainissement	15%
Paludisme	5%

**OBJECTIFS:**

Contrôle des Maladies Diarrhéiques

- 1) 75% des femmes utiliseront correctement les sachets de sels de réhydratation orale. Elles sauront comment alimenter les enfants malades.
- 2) 50% des femmes reconnaîtront les signes de la diarrhée sévère, et chercheront les soins appropriés.

Vaccination

- 3) 75% des femmes feront vacciner leurs enfants avant l'âge d'un an, et seront vaccinées elles-mêmes contre le tétanos avant leur prochain accouchement.

Nutrition

- 4) 50% des familles feront peser leurs enfants entre 12 et 36 mois, au moins trois fois par an.
- 5) 30% des femmes vont apprendre comment il faut alimenter les enfants selon leurs âges.

Prévention des naissances haut risque

- 6) 50% des femmes connaîtront au moins deux façons modernes d'éviter les grossesses.
- 7) 50% des femmes recevront deux doses de toxoïde tétanique.

Autre: Santé Maternelle, Eau & Assainissement, Paludisme

- 8) 75% de femmes apprendront à chercher les soins prénataux, au moins trois fois pendant la grossesse, et accoucheront avec l'aide d'une sage femme qualifiée.
- 9) 80% des femmes connaîtront l'importance d'avoir eau propre et comment l'utiliser correctement à la maison.
- 10) 75% des femmes apprendront des mesures préventives contre les piqûres de moustique, et auront des instructions précises concernant l'utilisation de chloroquine en cas de fièvre.

**PLAN D'ACTION POUR LE MAINTIEN A LONG TERME:**

Viabilité Financière

- o Le coût modestes des matériels nécessaires pour maintenir et appuyer des changements de comportement, seront complètement absorbés par la plus part des communautés en cinq ans.

Transfert des Techniques et Connaissances

- o SCF base sa stratégie de maintien à long terme sur les changements de comportement, achevé par l'éducation des populations cibles.

Maintien de Couverture

- o Sans réponse.

Participation Communautaire

- o L'équipe de SCF réalise les interventions Survie de l'Enfant avec les comités de développement villageois.

**INFORMATION DEMOGRAPHIQUE ET STATISTIQUE: SCF/Mali - CSIV**  
**Source: Plan Détaillé d'Exécution, Questionnaire SE&S 1990**

Financement de SE d'A.I.D. pour quatre ans		\$679.864
Financement provenant de l'ONG (% de \$ d'A.I.D.)		\$246.696 (36%)
Coût par bénéficiaire par an		\$3,79
Est-ce que la zone de travail est principalement urbaine, rurale ou un mélange?		Rurale
Combien de personnes habitent la zone géographique servie par le projet?		108.904
Combien d'enfants naissent par an dans la zone du projet? (% de la population totale)		3.600 (3%)
Des gens qui habitent la zone du projet combien sont des enfants de moins de 12 mois?		5.031 (4,5%)
Parmi les enfants qui ont entre 12 et 59 mois, combien ont entre 12 et 23 mois?		Sans réponse
Combien d'enfants ont au moins 12 mois mais n'ont pas encore 60 mois?		23.482 (21,5%)
Entre les gens qui habitent la zone de travail combien sont des femmes en âge de procréer? (15 à 45 ans)		21.665 (20%)
Combien de femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 15-19 ans?		Sans réponse
Combien des femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 35-49 ans?		Sans réponse
<b>Activités d'Intervention</b>	<b>% Effort</b>	<b>A.I.D. \$</b>
Contrôle de Maladies Diarrhéiques	20%	\$135.973
Vaccination	20%	\$135.973
Nutrition:		
Contrôle de Croissance/Education Alimentaire	10%	\$ 67.986
Nourriture Infantile Cible	5%	\$ 33.993
Alimentation des Femmes	5%	\$ 33.993
Prévention de Naissances à Haut Risque	5%	\$ 33.993
Autre:		
Santé Maternelle	15%	\$101.980
Eau et Systèmes Sanitaires	15%	\$101.980
Paludisme	5%	\$ 33.993

Efforts dans le recueil de données de niveau II: 100% de la population a été comprise pendant l'immatriculation initiale des familles.

PROFIL DE PROJET: Vision Mondial/Mali - SEVII (R)  
SOURCES: Proposition de Projet

BUT:

Un projet de trois ans qui est le prolongement d'un projet de SEIII. Vision Mondial a étendu ses activités à 37 villages additionnels (il y en a 71 au total). VM a aussi augmenter le nombre de ses interventions pour inclure vitamine A et génération de revenus. Le but du projet est de réduire la mortalité et morbidité des enfants de moins de six ans, et des femmes en âge de procréer. La population bénéficiaire est de 121.000 personnes et inclut 26.700 enfants de moins de 60 mois et 25.600 femmes en âge de procréer.

INTERVENTIONS SE:

Contrôle des maladies diarrhéiques:	25%
Vaccination:	5%
Nutrition:	35%
Prévention des naissances à haut risque:	20%
Autre: Paludisme	5%
Génération de revenus	10%

OBJECTIFS:

Contrôle des maladies diarrhéiques

- 1) 60% des enfants entre 0-3 ans qui ont la diarrhée seront traités par réhydratation orale.
- 2) 40% de mères sauront préparer et administrer la réhydratation orale.

Vaccination

- 3) 40% des enfants entre 0-11 mois seront vaccinés contre les six maladies du programme élargi de vaccination.
- 4) 80% des femmes en âge de procréer recevront 2 doses de toxoïde tétanique.

Nutrition

- 5) Réduire la proportion d'enfants sévèrement malnutris à 15%.
- 6) 65% des mères connaîtront des pratiques correctes de sevrage et d'alimentation des enfants en bas-âge.
- 7) 60% des enfants d'âge préscolaire recevront une dose prophylactique de vitamine A chaque 6 mois.
- 8) 60% des mères recevront une dose de vitamine A dans le mois qui suit l'accouchement.

Prévention des naissances à haut risque

- 9) 20% des couples utiliseront des méthodes de contraception modernes.

Autre: Paludisme, Génération de Revenus.

10) Sans objectif.

**PLAN D'ACTION POUR LE MAINTIEN A LONG TERME:**

Viabilité Financière

- o VM promouvra des activités de génération de revenus auprès des femmes. Des mécanismes de recouvrement des coûts ont déjà été mis en place; par exemple, les fiches de contrôle de croissance sont vendues à un prix modeste.

Transfert de Techniques et Connaissances

- o Des membres des associations villageoises, comités de santé et les agents de santé villageois, recevront une formation en techniques de gestion.

Maintien de Couverture

- o Le ministère de la santé et La Compagnie Malienne de Développement de Textiles continueront d'appuyer les activités de santé primaire dans l'avenir. Ils ont déjà montré leur volonté de collaborer avec VM pour améliorer le système de santé de la région.

Participation Communautaire

- o VM travaille avec la communauté depuis le début du projet, comptant sur les organisations communautaires et dialogant avec leurs représentants.

**INFORMATION DEMOGRAPHIQUE ET STATISTIQUE: WV/Mali - CSVII/R**  
**Source: Proposition**

Financement de SE d'A.I.D. pour trois ans	\$375.000	
Financement provenant de l'ONG (% de \$ d'A.I.D)	\$175.000	
Coût par bénéficiaire par an	\$2,04	
Est-ce que la zone de travail est principalement urbaine, rurale ou un mélange?	Rurale	
Combien de personnes habitent la zone géographique servie par le projet?	121.000	
Combien d'enfants naissent par an dans la zone du projet?	Sans réponse	
Des gens qui habitent la zone du projet combien sont des enfants de moins de 12 mois? (% de la population totale)	4.500 (3,7%)	
Parmi les enfants qui ont entre 12 et 59 mois, combien ont entre 12 et 23 mois?	4.400 (3,6%)	
Combien d'enfants ont au moins 12 mois mais n'ont pas encore 60 mois?	22.200 (18%)	
Entre les gens qui habitent la zone de travail combien sont des femmes en âge de procréer? (15 à 45 ans)	25,600 (21%)	
Combien de femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 15-19 ans?	Sans réponse	
Combien des femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 35-49 ans?	Sans réponse	
<b>Activités d'Intervention</b>	<b>% Effort</b>	<b>A.I.D. \$</b>
Réhydratation Orale/Maladies Diarrhéiques	25%	\$ 93.750
Vaccination	5%	\$ 18.750
Nutrition:		
Allaitement Maternel	3%	\$ 11.250
Autre	27%	\$101.250
Vitamin "A"	5%	\$ 18.750
Prévention de Naissances à Haut Risque	20%	\$ 75.000
Autre: Paludisme	5%	\$ 18.750
Production de Revenus	10%	\$ 37.500

Efforts dans le recueil de données de niveau II: Trois échantillonnages par grappe seront réalisés pour les Rapports Annuels et pour l'Evaluation Finale.

**BUT:**

Un projet soutenu par des fonds financiers sur une période de quatre ans, dans deux districts du Niger. Le projet se donne pour but de réduire le taux de mortalité infantile dans les districts de Magaria et de Matameye appartenant au département du Zinder. La totalité de la population ciblée comprend 91,235 personnes dont 20,072 femmes en âge de procréer et 17,791 enfants de moins de cinq ans.

**INTERVENTIONS CS:**

Contrôle des maladies entraînant la diarrhée	33%
Alimentation:	67%

**OBJECTIFS:**

Contrôle des maladies entraînant la diarrhée

- 1) Augmenter de 30% le nombre de femmes étant capables de montrer de meilleures pratiques contre la diarrhée chez leurs enfants de moins de cinq ans dans 49 villages ciblés.

Alimentaion

- 2) Augmenter de 30% le nombre de femmes étant capables d'améliorer l'alimentation de leurs enfants (0-3) en utilisant des ressources locales dans les 48 villages ciblés des districts de Magaria et Matameye.

**PLAN D'ACTION ET DE SUSTAINABILITE**

Viabilité financière

- \* Pas indiquée

Capacité et transfert des connaissances

- \* L'un des principaux objectifs des projets est d'améliorer la capacité du personnel du MOPH. Les travailleurs de la santé au sein du village sont aussi formés.

Couverture des services

- \* Il est indiqué que différents services du gouvernement Nigérien fourniraient aussi une assistance technique.

Participation de la communauté

- \* Les communautés locales ont participé au projet de construction de hangars en fournissant la main d'oeuvre. Quatre hangars ont été construits près des dispensaires sélectionnés.

**INFORMATION DEMOGRAPHIQUE ET STATISTIQUE: CARE/Niger - CSIII**  
**Source: Evaluation Trimestrielle, Questionnaire SE&S 1990**

Financement de SE d'A.I.D. pour quatre ans		\$700.000
Financement provenant de l'ONG (% de \$ d'A.I.D.)		\$202.398 (29%)
Coût par bénéficiaire par an		\$0,95
Est-ce que la zone de travail est principalement urbaine, rurale ou un mélange?		Rurale
Combien de personnes habitent la zone géographique servie par le projet?		91.235
Combien d'enfants naissent par an dans la zone du projet? (% de la population totale)		5.540 (6%)
Des gens qui habitent la zone du projet combien sont des enfants de moins de 12 mois?		4.197 (4,6%)
Parmi les enfants qui ont entre 12 et 59 mois, combien ont entre 12 et 23 mois?		3.832 (4,2%)
Combien d'enfants ont au moins 12 mois mais n'ont pas encore 60 mois?		13.592 (15%)
Entre les gens qui habitent la zone de travail combien sont des femmes en âge de procréer? (15 à 49 ans)		20.072 (22%)
Combien de femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 15-19 ans?		Sans réponse
Combien des femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 35-49 ans?		Sans réponse
<b>Activités d'Intervention</b>	<b>% Effort</b>	<b>A.I.D. \$</b>
Réhydratation Orale/Maladies Diarrhéiques	33%	\$231.000
Nutrition:		
Contrôle de Croissance	10%	\$ 70.000
Alimentation Infantile Cible	47%	\$329.000
Allaitement Maternel	10%	\$ 70.000

Efforts dans le recueil de données de niveau II: Aucun système de recueil de données n'a été développé. Le projet se base sur les chiffres fournis par le gouvernement du Niger.

## PROFIL DU PROJET: WV/PROJET DE SURVIE DE L'ENFANT DU SÉNÉGAL, SEVII

### BUT:

Réduire la mortalité infantile ainsi que sa fréquence chez les enfants de moins de cinq ans dans la circonscription du projet, en renforçant les soins de santé primaire pour les mères et leurs enfants, grâce à un soutien systématique des activités liées à la santé maternelle et infantile et grâce au développement des programmes de soins de santé primaire du "MOH" au niveau des villages sur une période de trois ans.

### OBJECTIF:

#### Contrôle des maladies entraînant la diarrhée

- o S'assurer que 60% des mères dans la circonscription du projet savent comment préparer et administrer correctement la solution faite à la maison, à base de sel et de sucre (SSS).

#### Immunisation

- o Réussir à atteindre un taux de vaccination complète de 90% chez les enfants de moins de deux ans dans la circonscription du projet, avec les vaccins normaux adoptés par le ministère de la santé du Sénégal, c'est à dire le BCG, le DTCP ( Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio), rougeole et fièvre jaune durant les premiers six mois du projet.
- o Augmenter jusqu'à 95% le taux de vaccination complète de tous les enfants de moins de deux ans d'ici la fin du projet.
- o Augmenter jusqu'à 75% la proportion d'enfants qui auront été vaccinés totalement avant d'atteindre leur premier anniversaire.

#### Alimentation

- o S'assurer que 75% des enfants, de 0 à 2 ans et 50% des enfants de 3 à 5 ans sont pesés régulièrement au moins une fois tous les trois mois.
- o S'assurer que tous les enfants ayant été identifiés comme étant à 80% en-deça des normes poids par taille ou poids par âge, sont pesés au moins une fois par mois.
- o Atteindre 50% de réduction du taux de sous-alimentation pendant la durée de vie du projet.
- o S'assurer que 50% des enfants de 0 à 5 ans recevront un vermifuge au moins une fois par an.

## Prévention des naissances à risque élevé

- o S'assurer que 75% des femmes enceintes recevront un "counseling" et un examen prénatal deux fois avant l'accouchement.
- o S'assurer que 50% des femmes enceintes recevront deux doses de tétanos toxioïde avant l'accouchement.
- o S'assurer que 80% des accouchements seront faits par une sage-femme correctement formée ou un professionnel de la santé.
- o S'assurer que 80% des mères recevront, dans les 30 jours qui suivent la naissance, un "counseling" et des soins postnatals, qui mettront l'accent sur les méthodes saines d'allaitement au sein, de soins apportés aux enfants, d'introduction de suppléments alimentaires, d'immunisation et d'espacement des naissances.

## PLAN D'ACTION DE SUSTAINABILITÉ

### Viabilité financière

Les CSP de Louga aideront les villages à établir des projets susceptibles de créer des revenus et dont le produit permettra le soutien des activités de santé. Le projet pourra être un effort collectif ou bien une aide apportée aux mères qui veulent apprendre certaines techniques afin de gagner plus d'argent, leur permettant ainsi de couvrir leur participation au programme de santé.

World Vision pour le Sénégal contribuera à mettre en lumière les alternatives et les choix offerts pour les projets source de revenus et recommandera la continuation de projet soutenu par des fonds financiers à une échelle moindre pendant les deux ans qui suivront la durée actuelle du projet.

### Capacité et transfert de connaissances

La formation sera la pierre angulaire des CSP de Louga, à tous les niveaux. Les éléments suivants font partie du plan de formation: restauration et équipement des centres de formation régionaux, présence aux conférences sur la survie de l'enfant en Afrique, cours d'anglais, et informatique.

L'amélioration des compétences des homologues gouvernementaux sera indiquée grâce à l'augmentation de leur participation et de leurs compétences au niveau de la planification, de l'organisation et de la mise en œuvre du projet.

### Couverture du service

Le personnel expatrié sera progressivement éliminé pendant la deuxième année du projet. Les CSP de Louga ont eu une bonne collaboration avec le personnel MOH au niveau local et national, sous la supervision duquel les activités de survie de l'enfant seront mises en oeuvre, supervisées, et développées. Il y a eu des négociations et des discussions continues entre eux et le personnel du projet en ce qui concerne le plan opérationnel du projet. Puisqu'au bout du compte le MOH assumera la responsabilité de la survie de l'enfant de Louga, le personnel du projet WV/Sénégal a essayé de s'assurer des éléments suivants: planification des exercices en commun, révision des interventions pour s'assurer qu'elles sont en conformité avec les stratégies régionales et finalement, l'identification des lacunes existant dans les stratégies sanitaires régionales. Les CSP de Louga ne comptent pas travailler en dehors de l'infrastructure MOH. Ceci afin de s'assurer que les activités continueront autant que possible même après les trois années du projet et afin de renforcer l'infrastructure sanitaire locale pour maintenir la supervision et le contact avec les CHW et les TBA. Plusieurs activités seront effectuées par les villageois et le personnel MOH d'ici la fin du projet.

### Participation de la communauté

La sensibilisation débutera dès le niveau préliminaire. Le personnel de WV/Sénégal a eu plusieurs discussions concernant la possibilité de regrouper des villages en un seul conglomérat. La communauté a participé à l'enquête de base. La sélection des candidats pour les CHW sera la responsabilité des villageois au sein de leurs communautés, après que les critères de sélections aient été fixés par le personnel régional du MOH.

Dans la phase de mise en oeuvre, leurs activités visiront principalement la mise en place d'associations féminines et de conseils de village. Pendant le déroulement des activités de survie de l'enfant, ils discuteront et négotieront avec les villageois sur le point de savoir quels aspects du programme ils aimeraient voir maintenus en tant que priorité.

Les indicateurs montrant au personnel du projet que les organisations communautaires sont prêtes à prendre en main les responsabilités du programme, sont les suivants:

1. Le niveau élevé de participation et d'intérêt tel qu'il est démontré par le nombre de mères assistant aux cours les concernant et par la régularité de leur présence.

2. Leur initiative démontrant une volonté d'assumer les coûts du programme.
3. Ils feront des suggestions afin d'améliorer la direction du projet au niveau du village.

Les activités contrôlés par le village sont les activités qui n'ont pas besoin d'aide extérieure et qui peuvent être exécutées et maintenues au niveau du village après que la formation, l'organisation, et les capacités de direction aient été mises en place. Les groupes responsables seront les associations féminines et les conseils du village. Ces activités contrôlés par le village peuvent être par exemple: l'ORT, la distribution de chloroquine, la présence de TBA pendant les accouchements et le "counseling" postnatal. Il y a des activités contrôlés par le village qui bénéficient d'aide extérieure continue de la part des ONG pour les fournitures. Cela comprend les préservatifs, la distribution de pilules et de vermifuges pour les enfants.

INFORMATION DEMOGRAPHIQUE ET STATISTIQUE: World Vision/Senegal, CSVII  
(Louga) Projet de Survie Infantile

Financement de SE d'A.I.D. pour trois ans	\$250.000	
Financement provenant de l'ONG (% de \$ d'A.I.D.)	\$184.509 (73%)	
Coût par bénéficiaire par an	NA	
Est-ce que la zone de travail est principalement urbaine, rurale ou un mélange?	Rurale	
Combien de personnes habitent la zone géographique servie par le projet?	43.000	
Combien d'enfants naissent par an dans la zone du projet?	Sans réponse	
Des gens qui habitent la zone du projet combien sont des enfants de moins de 12 mois?	2.064	
Parmi les enfants qui ont entre 12 et 59 mois, combien ont entre 12 et 23 mois?	2.452	
Combien d'enfants ont au moins 12 mois mais n'ont pas encore 60 mois?	Sans réponse	
Entre les gens qui habitent la zone de travail combien sont des femmes en âge de procréer?	9.633	
Combien de femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 15-19 ans?	Sans réponse	
Combien des femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 35-49 ans?	Sans réponse	
Activités d'Intervention	% Effort	A.I.D. \$
Réhydratation Orale/Maladies Diarrhéiques	Sans réponse	Sans réponse
Vaccination	" "	" "
Nutrition	" "	" "
Prévention de Naissances à Haut Risque	" "	" "
Autre:	" "	" "

Efforts dans le recueil de données de niveau II: Sans réponse.

Source des données ci-dessus: 1. UNICEF (1986) Campagne Nationale de Vaccination  
2. Enquête Nationale de Fertilité du Sénégal (1978)

## PROFILE DE PROJET

1. ONG Save the Children
2. PAYS Republique de Cameroon
3. PROJET Survie de l'Enfant - Financement Privée

### 4. RAISON DU PROJET

Le projet a trois interventions strategiques principales:

1. Promotion et maintien des pompes à eau et des puits
2. Promotion de l'éducation sanitaire dans les villages afin de réduire les taux de morbidités et mortalités infantiles
3. Promotion des programmes scolaires "école à école)

### 5. INTERVENTIONS SURVIE DE L'ENFANT

1. Controle des maladies diarrhéiques	20%
2. Vaccination	30%
3. Nutrition	20%
4. Prevention des naissances à haut risques	15%
5. Autres	15%

### 6. OBJECTIVES

1. Sensibilization d'au moins 100 villages dans les mesures de prévention en santé, y compris la vaccination, l'utilisation du RTO, besoin nutritionnelle des enfants, et l'éducation pour le SIDA
2. Augmentation des taux de vaccination des enfants de moins de cinq ans de 50% à 70%
3. Sensibilization de 5.000 femmes entre l'age de 15 à 49 ans à travers les réunions des villages afin de discuter le planning familial, spécialement l'espacement des naissances, et la santé des meres et des enfants.

### 7. PLAN DE SUSTAINABILITE

1. Le ministère de la santé sera responsable de la vaccination
2. La sensibilization est une forme de transfer des connaissances et des pratiques
3. Participation communitaires est actif.

### DONNEE DEMOGRAPHIQUE

1. ONG            Save the Children
2. PAYS         Republique de Cameroon
3. PROJET      Survie de l'Enfant - Financement Privée
4. SOURCE DES DONNEES    Bureau de SC à Doukoula

Nombre total des années financées par USAID	0
Contribution financière du ONG	100%
USAID \$ par bénéficiaire par ans	
Est-ce que la zone du projet, urbaine, rurale, autre?	Rurale
Population de la zone du projet	80.000
Combien de nouveaux nées par ans dans la zone du projet	3.440
Nombre d'enfants moins d'un ans	3.300
Des enfants agées de 15 à 59 mois, combien sont entre 12-23 mois? (% de la population totale)	2.960
Combien ont au moins 12 mois mais n'ont pas atteint 60 mois?	14.800
Dans la zone du projet, combien des femmes en age de procrées (15-49 ans)	18.400
Combien de ces femmes en age de procrées sont dans le haut risques groupes de 15-19 ans	N/A

Combien de ces femmes en age  
de procréer sont dans le haut  
risques groupes de 35-49 ans

N/A

---

Activités d'intervention	% effort	AID \$
1. Contrôle des maladies diarrhéiques	20%	0
2. Vaccination	30%	0
3. Nutrition	20%	0
4. Prévention des naissances à haut risques	15%	0
5. Autres	15%	0

---

Efforts pour collecter les données de tier 2

Systeme d'Information Sanitaire

## PROFIL DU PROJET: AFRICARE/MALI

Source: Plan Détaillé d'Execution

**BUT:** Renforcer le programme de soins préventifs dans le district de Dioro, en mettant l'accent sur les interventions en matière de survie de l'enfant (CS)

### INTERVENTIONS CS:

Contrôle des maladies entraînant la diarrhée:	30%
Immunisation	5%
Alimentation	30%
Prévention des naissances à risque élevé:	5%
Autre	30%

### OBJECTIFS:

#### Contrôle des maladies entraînant la diarrhée

75% des enfants de moins de cinq ans, dans les villages ciblés, qui ont eu la diarrhée pendant deux semaines consécutives, seront soignés avec de l'ORT.

40% des mères résidant dans les villages du projet, administreront elles-mêmes l'ORS, ou une préparation faite à la maison, afin de guérir la diarrhée de leurs enfants.

#### Immunisation

Augmenter de 50%, le pourcentage des enfants (12-13 mois), qui ont reçu, d'ici l'âge d'un an, les vaccins: (a) BCG; (b) DTP; (c) polio 3; et le vaccin contre la rougeole.

#### Alimentation

Réduire de 15% la fréquence des cas de sous-alimentation aiguë chez les enfants de moins de deux ans (le poids par âge est plus élevé que deux écarts normaux sous la moyenne).

#### Prévention des naissances à risque élevé

75% des accouchements seront effectués par un TBA.

80% des femmes enceintes recevront la visite à domicile d'un TBA, afin de leur donner au moins trois types de soins prénatals.

## PLAN D'ACTION DE SUSTAINABILITE:

### Viabilité financière

Les villages réunissent de l'argent afin de construire des puits d'eau potable qui sont sous la responsabilité du projet.

### Capacité et transfert des connaissances

Formation des travailleurs de la santé et du personnel au niveau du district et du village. Développement annuel de la formation du personnel, afin d'améliorer continuellement leurs techniques.

### Couverture du service

Soutien régulier, sous forme de surveillance, apporté aux travailleurs de la santé afin de renforcer les activités PHC. Les comités de santé au sein du village surveillent les activités des travailleurs de la santé.

### Participation de la communauté

Mise en place de réunions entre les villages, pour amener les chefs des villages à discuter de l'impact des activités actuelles pour la survie de l'enfant sur leurs communautés, et du développement de stratégies nécessaires à leur maintien.

**INFORMATION DEMOGRAPHIQUE ET STATISTIQUE: AFRICARE/Mali**  
**Source: Plan Détaillé d'Exécution**

Financement de SE d'A.I.D. pour trois ans	Sans réponse	
Financement provenant de l'ONG	\$245.396	
Coût par bénéficiaire par an	NA	
Est-ce que la zone de travail est principalement urbaine, rurale ou un mélange?	Rurale	
Combien de personnes habitent la zone géographique servie par le projet?	11.000	
Combien d'enfants naissent par an dans la zone du projet?	1.426	
Des gens qui habitent la zone du projet combien sont des enfants de moins de 12 mois?	1.200	
Parmi les enfants qui ont entre 12 et 59 mois, combien ont entre 12 et 23 mois?	1.170	
Combien d'enfants ont au moins 12 mois mais n'ont pas encore 60 mois?	4.500	
Entre les gens qui habitent la zone de travail combien sont des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans)	6.900	
Combien de femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 15-19 ans?	Sans réponse	
Combien des femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 35-49 ans?	Sans réponse	
<b>Activités d'Intervention</b>	<b>% Effort</b>	<b>A.I.D. \$</b>
Réhydratation Orale/Maladies Diarrhéiques	30%	\$296.100
Vaccination	5%	\$ 49.350
Nutrition	30%	\$296.100
Prévention de Naissances à Haut Risque	5%	\$ 49.000
Autre:	30%	\$296.000

Efforts dans le recueil de données de niveau II: Des indicateurs de niveau II sont en train d'être recueillis.

## PROFIL DU PROJET: WV/ PROJET DE SURVIE DE L'ENFANT DU MALI

### BUT:

Cette allocation couvre une période de trois ans du premier septembre 1989 au 30 septembre 1992. Le but de cette allocation est de diminuer le taux actuel de mortalité infantile qui est élevé ainsi que sa fréquence par la sous-alimentation dans la septième région du Mali.

### INTERVENTIONS CS:

Contrôle des maladies entraînant la diarrhée	15%
Immunsation	15%
Alimentation	40%
Vitamine A	15%
Prévention des naissances à risque élevé	15%

### OBJECTIFS:

#### Contrôle des maladies entraînant la diarrhée

- o Avoir inscrit, d'ici la fin de FY92, 20.000 enfants et leurs mères à une éducation régulière en matière d'ORT.
- o S'assurer que 100% des mères dans les crens (centres de récupération et d'éducation nutritionnelle) recevront une formation sur la façon de préparer et d'administrer correctement l'ORT, formation qui sera renforcée pendant les séances de formation mensuelles.
- o S'assurer que 100% des cas de diarrhée chez les enfants inscrits dans les CRENS seront traités par de la réhydratation orale comme cela est enseigné dans les CRENS.

#### Immunsation

- o S'assurer que tous les enfants (100%) qui s'inscrivent dans les CRENS soient immunisés au moment voulu et qu'aucun des enfants inscrits ne soient affectés par l'un quelconque des six vaccins faits à titre de prévention des maladies.

#### Alimentation

Objectif mesurable pas indiqué.

#### Vitamine A

- o Rendre les préparations en vitamine A disponible pour tous les enfants inscrits dans les CRENS. Les doses de vitamine A seront de 100.000 IU deux fois par an pour les enfants de moins d'un an et 200.000 IU deux fois par an, pour les enfants de plus d'un an.

## Prévention des naissances à risque élevé

Objectif mesurable pas indiqué.

## PLAN D'ACTION DE SUSTAINABILITÉ

### Viabilité Financière

Les fonds nécessaires pour combler le déficit budgétaire du projet proviendront de la communauté. Le projet demande que les participants aux CRENS venant de la communauté, fassent une contribution en espèces pour le coût de leur programme. Les services et les marchandises fournis par le projet, par participant et par mois, valent plus de 1.600 francs CFA (U.S. \$5,30), on attend des participants qu'ils contribuent au moins à 10 pour cent de la valeur des services de marchandises reçus. Le nombre des participants varie de 15.000 à 35.000 chaque mois. À 100 francs par participant par mois, les fonds recueillis par le projet varieront de 1,5 à 3,5 millions CFA par mois, l'équivalent de 5.000 - 12.000 dollars américains (1 dollar américain = 300 francs CFA). Cette somme devrait suffire à couvrir les coûts de service périodiques, y compris la rémunération du personnel, le coût des soins de santé fournis par chaque dispensaire, et dans une certaine mesure, les coûts administratifs et logistiques des suppléments alimentaires.

Il est prévu que les contributions des participants ne soient progressivement introduites que pendant la deuxième année du projet, seulement lorsque les opérations centrales fonctionnent bien et quand la qualité des soins fournis devient stable.

Des prêts faits à la communauté et des fonds soumis à crédit, ont été établis dans plusieurs secteurs grâce à des groupes de femmes participant aux programmes de santé.

### Capacité et transfert de connaissances

Le personnel du projet a été formé sur le plan de la remise des interventions en matière de santé, des technologies, et des activités du projet. Les cours introductifs de formation pour le nouveau personnel ainsi que les cours de remise à niveau pour ceux qui ont été formés auparavant seront fournis à un total de 88 génies secouristes (3 par CREN) pendant toute la vie du projet. Les travailleurs de la santé appartenant au village seront formés, de façon continue, pendant toute la durée du projet.

Un autre type de formation, les séminaires et les ateliers en matière de survie de l'enfant, avec d'autres soins de santé primaire, auxquels ont assisté et participé le personnel de direction du projet au plan national et World Vision

Le personnel des CRENS existants ont reçu une formation avancée en matière de monitoring de croissance, de pesée, d'enregistrement et de mise en tableau, d'éducation alimentaire et d'ORT grâce aux éducateurs de la santé.

### Couverture des services

Le projet est intégré dans les services de santé au niveau local et se sert du personnel s'occupant des unités de santé gouvernementales.

### Participation de la communauté

La présence de chaque ménage aux sessions éducationnelles et préventives du service de santé est un aspect de la participation qui en train de se développer. Il est demandé aux participants, dans la communauté, d'entreprendre des activités supplémentaires pouvant produire un revenu. La participation élevée au programme, dans les CRENS, se manifeste par une présence aux séances du programme.

La communauté a participé depuis le début du projet. Cela a eu pour résultat, un haut niveau de prise de conscience et de services de santé, créant ainsi une plus grande demande de services dans la communauté. Les directeurs de World Vision rencontreront la communauté chaque année afin de discuter les objectifs du projet, la méthodologie et l'organisation.

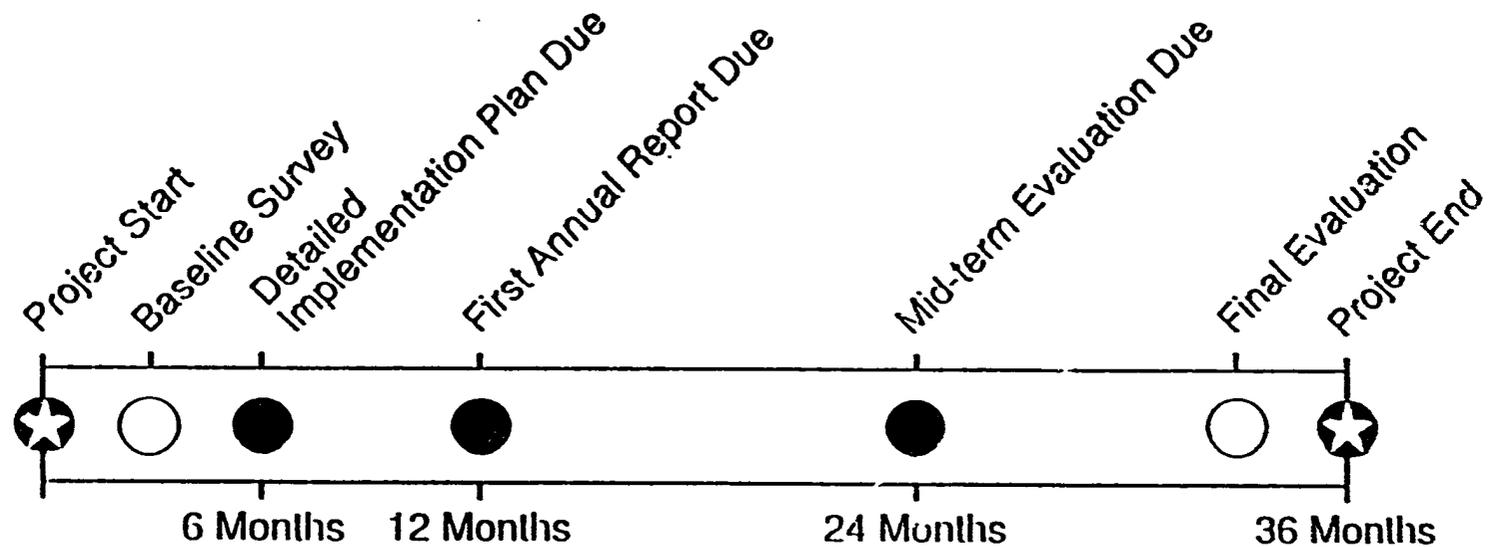
**INFORMATION DEMOGRAPHIQUE ET STATISTIQUE: Mali 7<sup>e</sup> Région, Survie Infantile**

Financement de SE d'A.I.D. pour trois ans		
Financement provenant de l'ONG		\$435.739
Coût par bénéficiaire par an		NA
Est-ce que la zone de travail est principalement urbaine, rurale ou un mélange?		Rurale
Combien de personnes habitent la zone géographique servie par le projet?		302.189
Combien d'enfants naissent par an dans la zone du projet?		Sans réponse
Des gens qui habitent la zone du projet combien sont des enfants de moins de 12 mois?		12.175
Parmi les enfants qui ont entre 12 et 59 mois, combien ont entre 12 et 23 mois? (% de la population totale)		8.663
Combien d'enfants ont au moins 12 mois mais n'ont pas encore 60 mois?		Sans réponse
Entre les gens qui habitent la zone de travail combien sont des femmes en âge de procréer?		62.945
Combien de femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 15-19 ans?		Sans réponse
Combien des femmes en âge de procréer appartiennent au groupe à haut risque 35-49 ans?		Sans réponse
Activités d'Intervention	% Effort	A.I.D. \$
Réhydratation Orale/Maladies Diarrhéiques	15%	
Vaccination	15%	
Nutrition	40%	
Prévention de Naissances à Haut Risque (espacement entre enfants)	15%	
Autre:		
Vitamine "A"	15%	

Efforts dans le recueil de données de niveau II: Sans réponse.  
**Sources des Données:** 1. Evaluation sanitaire de la région de Gouloma, Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Mali, 1986.  
 2. Politique de Santé Familiale au Mali, Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, 1987. 3. Atlas du Mali, de Jeune Afrique, 1980. 4. Analyse de la Situation des Services de SMI au Mali, UNICEF/Ministère de la Santé Publique (Bamako) et des Affaires Sociales, 1987.

CHILD SURVIVAL PROJECT LIFELINE (english)

# PVO Child & Family Project Lifeline 36 Month Grants



Project starts October 1 and ends September 30.

## 36 Month Grant

- CSIII: October 1, 1987 - September 30, 1990
- CSIV: October 1, 1988 - September 30, 1991
- CSV: October 1, 1989 - September 30, 1992
- CSVI: October 1, 1990 - September 30, 1993
- CSVII: October 1, 1991 - September 30, 1994

**CHART OF FVA/PVC FUNDED PVO CHILD SURVIVAL PROJECTS (english)**

## FVA/PVC SUMMARY OF PVO CHILD SURVIVAL PROJECTS – CURRENT PROJECTS (OCTOBER '91)

PVO	AFRICA													LATIN AMERICA							ASIAPACIFIC										TOTAL
	BF	CAM	KEN	MALA	MALI	MAUR	MOZ	NIGER	NIGERIA	SEN	SUDAN	UGA	ZIMB	BOLIVIA	DR	ECU	GUATE	HAITI	HON	NIC	BANG	INDI	INDO	NEP	PAK	PNG	SI	YAN			
AFRICA				90								91						85/86R		91			87/1R	90	87/8CR				ADRA	2	
AFRIC	90																												AFRIC	1	
AMREF			86/80R																						87/1R				AMREF	1	
AMHC														87/8CR															AMHC	1	
CARE					86/80R			87			86/8R																		CARE	1	
CRS																	89		90		91	87	85/8R						CRS	8	
ESPER														86/8R		88													ESPER	1	
FHM														89															FHM	1	
FSP																											91	89	FSP	2	
HQ	91*																												HQ	1	
HOPE				89/1R													89	85/8V/01*/1R		88/1R	91			90					HOPE	7	
REF				85/8R*/1R*																90*									REF	3	
MIRV			86/1R																	86/1R		86/1R							MIRV	2	
PATH																													PATH	1	
PCI														85/8R/1R			86/8V/1R						90						PCI	1	
PLAN					86/80R									86/80/80R	89		88							85/8V/1R		89			PLAN	8	
PSI	91																	90											PSI	6	
ROTARY																													ROTARY	1	
SCF	89			86/8R	88						86/8R		85/8R	85/8R/8*7								87#							SCF	2	
WIC																			87			85/86R		85/8R	87/1				WIC	12	
WV				89		87/1R	89*	89		89	91	89	91		91				87/1R			88/1R	89						WV	2	
TOTAL	3	1	2	5	4	1	1	1	2	1	2	2	8	2	2	7		3	8	3	4	3	7		2	3	1		1	13	
	BF	CAM	KEN	MALA	MALI	MAUR	MOZ	NIGER	NIGERIA	SEN	SUDAN	UGA	ZIMB	BOLIVIA	DR	ECU	GUATE	HAITI	HON	NIC	BANG	INDI	INDO	NEP	PAK	PNG	SI	YAN	TOTAL	81	

\* Vitamin A projects

# CSIII ROTARY Polio Plus programs

R Projects receiving renewal funding (i.e., CSI projects receiving 3 year CSV grants)

Note: Totals are derived by counting projects which receive additional funding or refunding as one project

Scope: 72 Child Survival Projects by 22 PVOs in 27 countries

6 Vitamin A projects by 4 PVOs in 5 countries

2 Polio Plus projects in 2 countries

1 Headquarters project (SCF)

Totals: 81 Projects by 23 PVOs in 28 Countries

AFR: 28 projects, 13 PVOs, 13 countries; ANE: 23 projects, 12 PVOs, 8 countries; LAC: 31 projects, 14 PVOs, 7 countries

Note: These numbers do not include SCF/HQ (CSV)

**CADRE D'EVALUATION ET DE MONITORING POUR LA SURVIE DE L'ENFANT**

## PVO CHILD SURVIVAL SUPPORT PROGRAM

### CADRE D'EVALUATION ET DE MONITORING POUR LA SURVIE DE L'ENFANT

A.I.D. a développé un cadre à trois niveaux pour le monitoring et l'évaluation des activités concernant la survie de l'enfant et qui sont financées par cette agence. Le système nécessite que toutes les activités rassemblent et fassent le compte-rendu des informations au niveau I et que toutes les activités de plus d'un million de dollars rassemblent et fassent le compte-rendu des activités des informations au niveau II. Les évaluations au niveau III sont réservées à quelques projets qui ont été sélectionnés. Les informations du niveau II peuvent-être réunies et compilées au niveau local, régional ou national en fonction de l'étendue particulière de l'activité soumise à compte-rendu. Il y a six indicateurs déterminant le rendement et qui seront utilisés pour l'évaluation et le monitoring du niveau II. Ce sont les suivants:

- 1) Pourcentage des enfants (de 12 à 23 mois) qui ont un poids pour age plus élevé que celui de deux écarts type sous la moyenne.
- 2) Pourcentage de nourrissons et d'enfants (de 0 à 59 mois) souffrant de diarrhée et qui, durant les deux dernières semaines, ont été traités avec l'ORT.
- 3) Pourcentage d'enfants (de 12 à 23 mois) qui ont été vaccinés à l'âge de 12 mois avec:
  - a) BCG
  - b) DPT 3
  - c) Polio 3
  - d) Vaccin contre la rougeole
- 4) Pourcentage de femmes de 15 à 49 ans ayant accouché durant les 12 derniers mois et qui ont reçu deux doses de tétanos toxoïde.
- 5) Pourcentage des nourrissons (de 0 à 11 mois) qui sont nourris au sein et qui ont reçu d'autres aliments à un âge convenable.
- 6) Pourcentage de femmes (de 15 à 49 ans) vivant en union et qui utilisent des moyens modernes de contraception.

**1. SOUTENABILITE**

**Objectifs:** identifier les composantes de la soutenabilité, les stratégies qui contribuent à la soutenabilité ainsi que les forces et les faiblesses de ces stratégies.

**A partir de dessins (matérialisant la soutenabilité) faits en groupes, les participants ont dégagé les composantes clés de la soutenabilité à savoir:**

- la viabilité/continuité financière
- le transfert des connaissances et des compétences
- l'amélioration de la fourniture et l'efficacité des services
- la participation communautaire
- les politiques gouvernementales (par ex. en matière de santé)

**Travaillant en 4 groupes, les participants ont développé des stratégies et des contraintes qui ont rapport à chacune des composantes indiquées.**

**Viabilité/Continuité financière:**

**Stratégies: réduction des coûts par:**

- utilisation de ressources localement disponibles
- projets peu coûteux au démarrage
- bonne connaissance du milieu local
- projet répondant aux besoins de la communauté
- projet intégrés à la politique nationale
- intégration intersectorielle
- co-financement (ONG/Gouvernement/Communauté)

**Contraintes: réduction de coûts limités par:**

- différentes politiques entre gouvernements et bailleurs
- zone d'impact très étendue (contraintes géographiques et écologiques)

**Transfer de connaissances et de compétences:**

**Stratégies:**

- Information, éducation, communication (très tôt)
- Formations (planification, évaluation, programmation, gestion, alphabétisation, développement communautaire)
- Intégration des communautés aux prises de décisions

123

**Contraintes:**

- temps
- disponibilité
- coutumes/habitudes
- discrimination sociale
- coût
- méthode d'approche

**Amélioration de la fourniture et efficacité des services:****Stratégies:**

- Formation
- IEC
- Collaboration soutenue (participation des partenaires)
- Suivi-supervision-évaluation participative
- Appui technique et financier

**Contraintes:**

- insuffisance pédagogique
- Manque de matériels appropriés
- Manque de motivation
- Manque de moyens logistiques
- Passivité

**Participation communautaire:****Stratégies:**

- Renforcement des institutions villageoises
- Mobilisation sociale
- Participation dans le recensement des besoins, la planification et la mise en oeuvre
- Contributions des villageois
- Responsabilisation
- Création des activités rémunératrices de revenus
- Education-Formation

**Contraintes:**

- Manque de ressources
- Croyances/tabous
- Indifférence
- Ignorance des priorités
- Conflits d'intérêts

Après avoir dégagé les stratégies et les contraintes relatives à chaque composante; les participants ont recommandé à l'endroit de l'USAID, JHU et les ONG, ce qui suit - pour une meilleure soutenabilité des projets/programmes

### **USAID/JHU:**

- utilisation des compétences locales au lieu et place des consultants étrangers  
motifs: coût élevé, manque d'imprégnation du context socio-culturel, manque d'utilisation des expériences locales
- financement de l'alphabétisation comme activités de soutien  
motifs: la manque d'alphabétisation handicape le transfert de compétences
- financement de programmes à plus long terme (5 ans et plus)  
motifs: les changements de comportements/attitudes ne peuvent intervenir à court terme
- assouplissement de la politique en intégrant le curatif au préventif  
motifs: frustration du demandeur de service
- promouvoir le financement direct des ONG locales  
motifs: ONG locales non préparées à assurer la relève des ONG internationales

### **ONG**

- impliquer les à la conception des projets  
motifs: les projets ne reflètent pas souvent les besoins des communautés
- meilleures définitions des stratégies de continuité entre les trois partenaires  
motifs: différents rôles non définis au départ
- éviter de perpétuer la dépendance des communautés  
motifs: instinct de survie des ONG
- meilleures implications des communautés et des agents locaux de l'ONG dans l'interprétation des données  
motifs: le SIS, c'est pour qui?
- motivation du personnel local des ONG  
motifs: faible niveau de formation et de salaires du dit personnel
- établir un réseau d'échanges entre les agents locaux et les ONG  
motifs: formation (continuité)
- intensification de l'alphabétisation au niveau de tous les secteurs d'activités des projets  
motifs: alphabétisation professionnelle
- intensifier la collaboration avec les structures existantes
- structurer les budgets en prenant en compte les ressources localement disponibles
- prendre en compte les préoccupations des femmes et des enfants
- initier des activités génératrices de revenus

125

**1. SUSTAINABILITY**

**Objectives:** To identify the elements of sustainability, the strategies which contribute to it, and the strengths and weakness of these strategies. From diagrams and graphics produced by the groups (illustrating sustainability), the participants identified the key elements of sustainability, which include:

- \* financial viability/continuity
- \* exchange of knowledge and skills
- \* improvement of supplies, infrastructure and the efficiency of services
- \* community involvement
- \* governmental policies (i.e., regarding health matters)

Working in four groups, the participants identified the strategies and limitations influencing each of the above-mentioned elements.

**Financial viability/continuity:**

**Strategies:** reduction of costs by:

- \* use of local resources available
- \* projects with low start-up costs
- \* good understanding of local sites
- \* projects corresponding to the needs of the community
- \* projects integrated into the national policy
- \* integration between sectors
- \* co-financing (NGO/government/community)

**Limits:** reduction of costs hampered by:

- \* policy differences between governments and sponsors
- \* large area (geographical and ecological limits)

**Transfer of knowledge and skills:**

**Strategies:**

- \* information, education, communication (very, soon)
- \* training (organization, evaluation, management, literacy, development of communities)
- \* inclusion of communities in the decision-making process

**Limits:**

- \* time
- \* availability
- \* customs/habits
- \* social discrimination
- \* cost
- \* method of approach

**Improvements in the furnishing and efficiency of services:****Strategies:**

- \* training
- \* IEC
- \* constant support (partners' participation)
- \* follow-up/supervision/evaluation
- \* financial and technical support

**Limits:**

- \* educational deficiencies, shortages
- \* lack of appropriate materials
- \* lack of motivation
- \* lack of logistics means
- \* passivity

**Community involvement:****Strategies:**

- \* strengthening of village institutions
- \* social mobilization
- \* involvement in the inventory of needs, planning and the start of the work.
- \* contributions of village people
- \* responsibility assignment
- \* creation of revenue-producing activities
- \* education/training

**Limits:**

- \* lack of resources
- \* beliefs/taboo
- \* lack of concern, indifference
- \* ignorance of priorities
- \* conflicts of interest

After identifying the strategies and limits concerning each element, the participants recommended, for better sustainability of the projects and programs, and in the specific environment of USAID, JHU and NGOs, the following:

USAID/IHU:

**Use of local experts on the subject instead of foreign consultants.**

**Reasons:** High cost, lack of understanding of the social/cultural context, under-utilization/non-utilization of the local experiences.

**Financing of literacy programs as support activities.**

**Reasons:** Lack of literacy prevents the transfer of skills.

**Financing of longer-term programs (5 years or more).**

**Reasons:** Changes in behavior/attitudes cannot happen in a short time.

**Easing of policy, mixing curative and preventive aspects.**

**Reasons:** Frustration of people seeking services.

**To promote direct financing of the local NGO.**

**Reasons:** Local NGOs are not prepared to take over from international NGOs.

NGO

**Include them in the creation of the projects.**

**Reasons:** Often projects do not reflect the needs of the communities.

**Improve definition of the continuation strategies between the 3 partners.**

**Reasons:** Different roles not established at the beginning.

**Avoid the perpetuation of community dependency .**

**Reasons:** Survival instinct of NGOs.

**More involvement of communities and local NGO people in the interpretation of the facts at hand.**

**Reasons:** The health information system, who is it for?

**Motivation of local NGO people.**

**Reasons:** Low level of training and low salary of these people.

**Establishment of an exchange network between local agents and the NGO.**

**Reasons:** Training (continuity).

**Increase literacy to every sector of projects.**

**Reasons:** Professional literacy.

**Increase collaboration with existing facilities.**

**Structure budgets, taking into account the local resources available.**

**Take into consideration the concerns of women and children.**

**Creation of revenue-generating activities.**

## 2. NUTRITION

### Nutrition

#### A. Introduction:

Les points suivants ont été couverts grâce à une série de projections de diapositives:

1. Comment les programmes avec la composante nutrition ont contribué à réduire les taux de mortalité infantile?
2. Les interactions entre espacement des naissances, l'état nutritionnel et la tendance des enfants à survivre.
3. L'interaction infection et malnutrition.
4. Une étude de cas de Haïti montrant:
  - Les problèmes liés à l'approche curative.
  - Les étapes de mise en oeuvre d'un programme de nutrition à base communautaire.
  - Enregistrement familial.
  - Motivation pour une participation au suivi de la croissance.
  - Visites à domicile.
  - Utilisation à domicile.
  - Etc.
  - Les foyers de démonstration nutritionnelle en Haïti - méthodes et résultats
5. Discussion.

#### B. "Savoir pour sauver" (réf. UNICEF)

Les échanges entre participants ont porté sur les thèmes suivants:

##### 1. L'allaitement maternel:

- le lait maternel est à lui seul la meilleure nourriture pour le bébé durant les 4-6 premiers mois de sa vie.
- l'enfant doit être mis au sein aussi dès sa naissance.

N.B. - Dans certains pays (en Afrique), on déconseille aux mères de donner le colostrum. Comment faire pour changer de telles attitudes, croyances ou comportements?

- Pour que la mère ait du lait en quantité suffisante, le bébé doit têter le plus souvent. "Si l'enfant a faim, plus il tète, plus sa mère aura du lait"

N.B. - En Afrique des traditions sont en faveur de telles idées - cas d'orphelins allaités par d'autres mères qui ne sont souvent pas allaitantes.

- L'allaitement artificiel peut provoquer des maladies graves et même entraîner la mort: lutte contre les biberons est devenue une nécessité surtout dans les villes de l'Afrique francophone.

- Le mère doit allaiter son enfant pendant au moins un an (et même au delà de l'âge de deux ans).

## 2. La Croissance

Pour chaque pays, il faut:

- s'informer des connaissances, croyances et attitudes relatives au sevrage.
- définir clairement le type de comportement qu'il s'agit d'encourager autour du sevrage.
- identifier les nouveaux comportements nécessaires et des compétences nouvelles.
- mettre au point et tester les méthodes de démonstrations nutritionnelles.

Les règles d'or à adapter sont:

- un enfant doit être pesé tout les mois ou tous les 1-3 mois entre la naissance et 3 ans, s'il n'a pas pris de poids pendant les deux mois de suite, cela signifie que quelque chose ne va pas.
- à partir de 4-6 mois, un enfant a besoin d'autres aliments en plus du lait maternel (plus son alimentation est variée, mieux l'enfant se porte).
- jusqu'à trois ans, un enfant à besoin de manger cinq à six fois par jour.
- il ne faudrait pas garder pendant des heures des aliments destinés aux enfants; car des microbes pouvant s'y développer et transmettre des maladies aux enfants.
- un enfant a besoin d'une alimentation plus riche que celle des adultes.
- après une maladie, un enfant a besoin de manger plus pour rattraper le retard de croissance occasionné par celle-ci.

La surveillance de la croissance: "MEMIA"

motiver (M)  
enregistrer (E)  
mesurer (M)  
interpréter (I)  
ager (A)

**C. Comment peser un enfant?  
(cf. figure ci-dessous)**



Weighing infant: illustrating some subtasks involved (Kigundu, 1986).  
(Note: recorder should be *directly facing* the dial of the scale.)

#### ***D. Principes pour la surveillance de la croissance***

- Couvrir tous les enfants de 0-3 ans.
- Peser régulièrement (à l'heure convenable pour la mère).
- Former les membres de l'équipe et les mères (ou les "leaders" des mères) doivent planifier les séances de surveillance de la croissance.
- Organiser la distribution des cartes.
- Peser au lieu convenable pour les mères, avec la participation communautaire.
- Motiver (attirer) les mères avec des actions d'accompagnement.

#### **Exemples:**

- \* distribution d'anti-helminthiques, de vitamine A, nivâquine pour femmes enceintes, sirop de fer pour enfants.
- \* vaccination.
- \* consultations préliminaires pour enfants malades.
- \* consultations pour la planification familiale.

#### ***E. Pièges à éviter pour la surveillance de la croissance***

- l'approche passive.
- l'horaire non fixée.
- groupe cible imprécis.
- mettre l'accent sur l'état nutritionnel au lieu de surveiller la courbe de poids de l'enfant.
- manque de "feedback" (pour la communauté et/ou la mère).
- manque d'attention individuelle.
- l'illusion que le suivi de la croissance est simple.
- manque de participation communautaire.
- accent sur la distribution des aliments.
- manque d'intervention curative pendant les séances - il y a de petites interventions possibles et appropriées.

#### ***F. Pour une alimentation riche, variée et facile à préparer***

La croissance d'un enfant (12-36 mois) dépend d'une alimentation riche et variée que la mère doit offrir à l'enfant 5 à 6 fois par jour.

Les mélanges conservés à sec (et déjà cuits) utilisés au moment voulu sont conseillés surtout pour les mères très occupées.

**Voici quelques recettes exemplaires:**

## ***F 1. Cars/Niger (El Hadji Alzouma)***

### **I. Une farine grillée et enrichie, conservée à sec et utilisée le moment voulu:**

- \* Farine de mil grillée ou de sorgho.....55 gm
- \* Tourteau d'arachide (Kouli-Kouli).....35 gm

Mélanger la farine grillée et le tourteau:

- ajouter soit.....huile.....10 gm
- ou sucre.....20 gm

Ajouter l'eau ou du lait pour faire une "bouillie" et donné à l'enfant. On peut aussi ajouter des fruits purés, ou jus de fruit.....Calories approximatives 35%

Il est nécessaire aussi d'expliquer aux mères comment préparer une bouillie spéciale pour l'enfant au moment de la préparation du repas familial. La mère doit conserver à part une portion pour l'enfant, avant d'ajouter les épices.

### **II. Les Melanges Bien Equilibres Pour L'Alimentation Pendant le Sevrage**

Les recettes de base: chacune peut fournir 350 calories supplémentaires. Dans le cas ou le mil peut être grillé, et pulvérisé en farine, on peut ajouter les arachides grillées aussi pour avoir un repas conservé à sec et utilisé au moment voulu.

- |    |          |       |
|----|----------|-------|
| 1. | Riz      | 65 gm |
|    | ou       |       |
|    | Haricots |       |
|    | ou       |       |
|    | arachide | 25 gm |

Légumes ou fruits purée de saison - Ajouter 10 gm d'huile ou 20 gm de sucre

- |    |   |        |
|----|---|--------|
| 2. | Mil ou mais   | 55 gm  |
|    | Haricots ou arachides   | 35 gm  |
|    | Légumes - fruits purée - Ajouter 10 gm de l'huile ou 20 gm de sucre     |        |
| 3. | Igname  | 165 gm |
|    | Haricots ou arachides   | 35 gm  |
|    | Légumes - fruits purée - Ajouter 10 gm de l'huile ou 20 gm de sucre     |        |
| 4. | Manioc  | 40 gm  |
|    | Haricots  | 55 gm  |
|    | Légumes ou fruits en salsa - Ajouter 10 gm de l'huile ou 20 gm de sucre |        |

**F 2. Vision Mondiale/Mali****I. Nourriture célestes:**

- farine de mil ..... 2 mesures
- farine de haricot ..... 1 mesure
- pâte d'arachide..... 1 mesure
- sucre..... 1 mesure
- huile..... 1/2 mesure (facultatif)
- lait..... -
- sel..... 2 pincées

Mettre dans la poêle la farine de mil et d'haricot. Griller pendant quelques instants, ajouter le sucre et après la pâte d'arachide. Remuer continuellement. Quand le mélange est bien fait on ajoute du lait ou de l'eau pour avoir une petite bougnée, puis ajouter l'huile, faire de petites boules.

**II. Lait arachide:**

Une poignée remplie d'arachides légèrement grillées, pilées et mises en solution dans un 1/2 litre d'eau. Ajouter un peu de jus de pain de singe.

**III. Purée de haricot (sec.)**

Faire bouillir une quantité importante d'haricot, sécher, piler tamiser. Mettre un peu de sel et conserve. A tout moment on peut faire une purée avec de feuilles comestibles séchées, en les mélangeant avec du lait.

**IV. Bouillie d'haricot et à d'arachide:**

- farine de mil, mais ou riz ..... 2 cuillérées à soupe
- farine de haricot ..... 1 cuillérées à soupe
- pâte d'arachide..... 1 cuillérées à soupe
- huile (facultative)..... 1 cuillérée à café
- sucre et sel
- pain de singe ou citron

Mélanger la farine de mil et de haricot, délayer dans un peu d'eau froide. Lorsqu'elle boue, ajouter la pâte d'arachide délayée aussi dans un peu d'eau froide, puis ajouter le pain de singe ou le citron, l'huile, le sucre et le sel. Laisser cuire pendant 20 minutes.

**V. Bouillie de mais au poisson frais et graines de courge (Dié Kissé)**

- 1 morceau de poisson frais..... 1 poignée
- poisson frais ou fumé

Faire une purée de haricot avec l'eau de cuisson du poisson, ajouter le poisson en fin de cuisson.

## **G. Les principes de Changement, de Comportement**

### **Leçons pour les Programmes**

- 1. Une large accessibilité des services et des produits est essentielle pour intensifier l'adoption d'un nouveau comportement, notamment en ce qui concerne les mesures sanitaires préventives.**
- 2. Les décideurs ont besoin d'informations exactes et de fréquentes expressions de l'opinion publique pour se rendre compte que le problème relève de leur responsabilité en tant que membres du gouvernement et peut se prêter techniquement à une solution et à une priorité élevée aux yeux de leurs mandants.**
- 3. Les programmes ont plus de chances de succès s'ils commencent modestement, s'ils font porter leurs efforts sur des réseaux ou des sous groupes ou existent une demande potentielle d'aide, et s'ils se fixent des objectifs réalistes.**
- 4. Les personnes qui fournissent des informations et apportent des services ont besoin d'une formation initiale, d'un encadrement régulier et de recyclage.**
- 5. Un suivi et des informations en retour sont indispensables à chaque étape.**
- 6. La façon dont les dispensateurs de soins de santé traitent leurs patients exerce un impact important sur l'empressement avec lequel ceux-ci suivent les conseils et reviennent lorsqu'ils ont des problèmes.**
- 7. On peut encourager l'adoption et la poursuite d'un nouveau comportement sexuel en accordant une attention particulière aux hommes.**
- 8. Des groupes de "paires" qui fournissent des informations, des services et un soutien, peuvent persuader qu'on va adopter un nouveau comportement et s'y tenir.**
- 9. Les médias peuvent jouer un rôle de premier plan non seulement en fournissant des informations et en intensifiant la sensibilisation, mais aussi en amenant la population à mieux s'informer et en légitimant la discussion publique de sujet tabous.**
- 10. Des spectacles, comme des séances de chansons et des pièces de théâtre, peuvent exercer une influence profonde puisque le public s'identifie souvent aux personnages et à leur comportement.**
- 11. L'information est le point de départ logique de tout effort visant à un changement de comportement.**
- 12. Les messages visant à susciter la peur n'ont qu'une utilité limitée en faveur d'un changement de comportement.**
- 13. On est plus enclin à essayer un comportement si on se sent capable de le pratiquer.**

14

14. Une personne a plus de chance de changer son comportement si on lui présente un éventail de solutions.

15. Les campagnes doivent créer un milieu qui incite à changer le comportement.

16. Un changement aura plus de chance de se produire s'il est adopté par des personnalités influentes au sein de la communauté.

17. La rechute est à prévoir.

126

### 3. SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE S.I.S.

#### Health Information System

En guise d'introduction à cette session, un scénario ("échanges sous l'arbre à palabres" du village) a été monté pour la circonstance. Il a consisté en un débat très houleux entre plusieurs agents travaillant dans le cadre du développement communautaire. Certains des acteurs étaient complètement acquis à la cause du SIS et d'autres étaient farouchement contre. Des deux côtés les arguments n'ont pas manqué pour faire valoir les points de vue.

#### A. Forces et faiblesses du SIS

A l'issue de ce débat introductif, les participants ont dégagé sur les aspects pour (forces) et contre (faiblesses) du SIS.

##### 1. Contre (faiblesses):

- le SIS semble chère (coûteux)
- les collecteurs peu motivés ne se servent pas de ces données
- le SIS est dans certains cas parallèle aux systèmes étatiques
- la soutenabilité du SIS est assez difficile
- le système semble compliqué et difficile à utiliser correctement
- la manque d'alphabétisation fait que les communautés sont peu impliquées dans la mise en oeuvre du SIS - notamment au niveau de l'analyse et l'interprétation des données
- les documents de collecte sont généralement en français
- les superviseurs ont un rôle relativement limité surtout au niveau de l'analyse et de l'interprétation

##### 2. Pour (forces):

Le SIS est un moyen

- d'information sur la population
- pour le suivi et la gestion
- d'évaluation
- de recueil d'information sur les naissances
- pour mesurer le progrès accompli
- de mobilisation sociale/amélioration des rapport ONG/services techniques
- pour soutenir l'intégration (services multiples) des activités

N.B. - la soutenabilité du SIS est bien possible; il faudrait la voir en terme de coût bénéfique et ne pas perdre de vue que le SIS pour être soutenable ne doit pas avoir une entité isolée (indépendante); mais doit se situer nécessairement dans un contexte de programme multi-sectorial.

137

**B. Prises de décisions - (le coeur et ses quatre besoins)**

<b>Etat général de santé population</b>	(1) Où sommes nous maintenant? ici	(2) Où devons nous aller? (là bas)	objectifs précis  <u>information</u>
<b>Ressources nécessaires</b>	(3) Comment aller d'ici jusque là bas	(4) Comment pouvons nous être sûrs de là où nous devrions être	suivi/évaluation  <u>information</u>
<u>information</u>			

La prise de decision se rapportant au SIS est à l'image d'un coeur avec ses quatre besoins:

1. Où sommes nous maintenant?  
Il s'agit là de l'analyse de l'état général de santé de la population; d'où le point de départ.
2. Où devons nous aller?  
Dégager des objectifs clairs et précis.
3. Comment aller d'ici jusque là bas?  
Développer des stratégies/activités et dégager les ressources appropriées.
4. Comment pouvons nous être sûrs que nous sommes là ou nous devrions être?  
Il s'agit du suivi/évaluation, de l'interprétation et de la restitution.

A la suite de cet exposé suivi de discussions, cinq ONG ont présenté leurs projets. Il s'agit de: Africare/Burkina Faso, Vision Mondiale/Koutiala, Projet Pop. Council/Cameroun, Plan International/Banamba, Vision Mondiale/Mauritanie. Les présentations ont mis en évidence la prise en compte des "quatre besoins du coeur" dans le cadre de l'évaluation de leurs projets.

### C. Prise de décisions basées sur le SIS

Au cours de cette séance il s'est agi:

- d'analyser ensemble des données sanitaires, (ici, vaccinales)
- suite à cette analyse, choisir une priorité sanitaire pour le village
- suggérer une stratégie simple pour faire face à cette priorité
- convaincre un décideur de l'importance de la priorité choisie et du bien fondé de la stratégie suggérée en utilisant les données sanitaires

En marge de ces séances relatives aux prises de décisions, des sujets de discussions et de réflexion ont été soulevés par des participants dont entre autres:

- A qui appartiennent les registres tenus par les animateurs? (ONG, communautés,)?
- Qui doit faire l'interprétation des données?
- Quelles sont les perspectives d'analyse/interprétation des données au niveau communautaire?
- Les documents (registres et autres) sont souvent en français; comment les rendre utilisables pour les communautés?
- Un plus grand rôle dans l'analyse/interprétation ne doit-il pas revenir aux superviseurs pour un feedback et en transfert approprié des connaissances aux villageois?

La mise en oeuvre et le développement du SIS doivent se faire dans le cadre d'un programme multisectoriel et nécessite une collaboration effective des différents partenaires (structures sanitaires, ONG, communautés). En l'absence d'un tel préalable, il est difficile que le SIS atteigne ses objectifs.

### D. Genre d'information Qu'on peut utiliser

#### Démographique:

Pour faire un profile d'une population, et des ses besoins par âge, sexe, lieu de domicile

#### Epidémiologique:

Pour montrer la tendance de morbidité et ses causes

#### Financière:

Pour déterminer les sources potentielles et les stratégies pour financer les projets

#### Coûts:

- Pour établir la soutenabilité financière du projet
- Pour permettre de faire les projections budgétaires
- Pour déterminer la praticabilité
- Pour analyser les coûts des enfants

#### Budgétaire:

- Pour planifier les dépenses projetées pour chaque composante du projet, ainsi que les besoins financiers totaux pour une période spécifique
- Pour comparer les dépenses réelles avec les dépenses budgétaires afin de vérifier que la planification des ressources est bien faite.

**Dépenses:**

Pour montrer d'où viennent les ressources et de quelle façon elles sont utilisées

**Coût-Bénéfice:**

Pour définir les coûts et les bénéfices liés avec ce projet, on les traduit en termes budgétaires et les comparer

**Utilisation des services de Santé:**

Pour tracer l'utilisation de tels services afin d'estimer la demande dans l'avenir

**Entrants du système de Santé:**

Pour lier les coûts opportunistiques des investissements dans un système de Santé tels que le personnel, équipements, facilités, organisations et structure du personnel

**Recouvrement des coûts:**

Pour analyser la capacité d'un individu de payer pour les services de Santé, le bénéfice financier d'un programme si le recouvrement des coûts fait partie du projet et le coût d'un tel recouvrement

**Equité:**

Pour mesurer la distribution des ressources nationales de la Santé et assurer que chaque couche économique de la population a accès au système

#### **4. Field Visit**

### **VISITES DE TERRAIN**

**Au cours de la journée du Jeudi 17/10/91, les participants (divisés en deux groupes) eu l'opportunité de visiter les projets de Nutrition de Vision Mondiale/Koutialea et du SIS de Save the Children/Kolondiéba. Les objectifs des programmes/assignes à ces deux visites sont:**

#### **Objectifs visite terrain Koutiala:**

- identifier la compétence des femmes dans la prévention et la prise en charge de la malnutrition de leurs enfants
- voir la stratégie du projet pour améliorer la compétence des femmes en matière de nutrition
- examiner l'aspect de continuité de ces deux premières points

#### **Objectifs visite terrain Kolondiéba:**

- présentation (familiarisation) du SIS au bureau SCF à Kolondiéba
- entretien avec les spécialistes sectoriels et discussion sur la soutenabilité
- démonstration: séance de RVO par le comité de santé
- consultation du registre des animateurs familiaux (A.F.)

**A l'issue des visites de terrain, chacun des deux groupes a répondu aux questions suivantes:**

1. Qu'est-ce qu'on a appris?
2. Comment appliquer ce qu'on a appris?
3. Quelles suggestions pour les projets hôtes (SC et WV)?

### **Visite de terrain de Kolondléba:**

#### **1. Leçons apprises:**

- L'alphabétisation joue un rôle prépondérant dans la soutenabilité du SIS
- L'approche intégrée est appréciable
- L'enregistrement familial marche bien; mais semble coûteux/chère (surtout le salaire des animateurs familiaux)
- Le Comité de Santé a plus de membres (9) que prévus
- Les animateurs familiaux ont un rôle essentiel de maillon

**N.B.** - Il est difficile de tirer des conclusions approfondies dans un laps de temps aussi limité

#### **2. Chacun des membres du groupe appliquera selon la stratégie existante et la politique de financement et d'opérationnalisation.**

#### **3. Suggestions:**

- Nécessité d'alphabétiser tous les membres du Comité de Santé
- Une plus grande implication des responsables sanitaires du gouvernement dans toutes les composantes du SIS
- Soumettre à l'USAID un amendement dans le cadre du volet alphabétisation
- Formation complémentaire à dispenser au Comité de Santé (ex.: comment détecter la malnutrition chez l'enfant)

### **Visite de terrain de Koutlala**

#### **1. Leçons apprises:**

- Le projet de nutrition est assez bien connu dans le village; nous l'ONG (Vision Mondiale) semble ne pas être connue par les villageois
- Les activités portent sur la nutrition, la vaccination, la TRO
- Le support du Comité de Santé villageois est essentiel pour la nécessité des activités
- On assiste à un changement de priorités de santé au niveau du village
- Il y a une bonne participation du village
- Les animatrices sont intéressées à la création des activités génératrices de revenus (fabrique de savon, moulin)
- Les femmes perçoivent le lien entre l'état nutritionnel et l'espacement des naissances
- Le support des maris dans la nutrition est indispensable - ils contribuent de façon très appréciable
- Le concept de malnutrition n'est pas bien perçu

#### **2. Suggestions:**

- Mettre l'accent sur la prévention
- Clarifier les messages sur la malnutrition
- Initier des activités de planification familiale
- Initier des activités génératrices de revenus
- poursuivre la formation (alphabétisation, démonstration)
- Prudence dans l'élaboration des messages éducatifs



**B. Dépistage de l'avitaminose A**

- Enquêtes de consommations et de disponibilités alimentaires
- Technique de la tâche de Bitot
- Recherche de Kéméralopie
- Dosage sanguin de vitamine A
- Test d'impression oculaire (T.I.O.)
- Enquête de morbidité
- Infections liées à la carence en vitamine A

De toutes ces techniques de dépistage c'est celle relative à la consommation et disponibilité alimentaire qui a été jugée comme la plus appropriée aux réalités du terrain.

**C. Recommandations:**

Après avoir fait des échanges sur leurs expériences en matière de lutte contre l'avitaminose A, les participants ont entre autres fait les recommandations suivantes:

1. Encourager la consommation en aliments riches en vitamine A.
2. N'encourager la consommation en C.V.A. (distribution) que si le besoin est réel - pénurie en aliments riches en vitamine A.
3. Intégrer dans la mesure du possible les projets de vitamine A aux projets de nutrition.
4. Prendre en compte le savoir et le savoir faire des communautés pour lutter contre l'avitaminose A.

## 6. DEFIS POUR L'AVENIR

Au cours de cette session, il s'agit pour les participants de dégager d'une part les points forts et les points faibles des ONG; et d'autre part les menaces et les opportunités auxquelles elles feront face dans le 5 ou 10 années à venir.

### A. *Les points forts des ONG: il s'agit entre autres*

- \* des liens directs avec les communautés
- \* des capacités d'innovation
- \* de l'approche intégrée
- \* de la disponibilité des ressources
- \* de la soutenabilité
- \* de l'accent mis sur la prévention
- \* de la prise en compte des besoins des communautés
- \* de la gestion rigoureuse des ressources
- \* de la réduction du chômage
- \* de la multiplicité et de la diversité des expériences
- \* de la capacité de transfert des compétences
- \* de la capacité d'accès aux ressources

### B. *Les points faibles des ONG: il s'agit entre autres*

- \* de la durée limitée des projets
- \* manque de racines locales (ONG internationales)
- \* interventions souvent ponctuelles où caractère touristique
- \* zones d'impact (espaces géographiques) limitées
- \* soutenabilités des interventions (parfois difficile)
- \* discrimination entre personnels (expatriés et nationaux)
- \* l'esprit d'assistance
- \* de multiples exigences des bailleurs de fonds

Quant aux menaces et aux opportunités, elles se resument comme suit:

### C. *Les menaces:*

- \* le SIDA
- \* l'instabilité politique dans les pays hôtes
- \* la diminution des apports financiers
- \* l'analphabétisme
- \* la récession économique
- \* l'ajustement structurel
- \* l'insécurité alimentaire
- \* le déboisement
- \* la croissance démographique
- \* le paludisme, la tuberculose et les maladies sexuels transmissibles
- \* la politisation des ONG

145

**D. Les opportunités**

- \* les programmes (au lieu de l'approche "projets")
- \* la planification familiale
- \* une coopération internationale favorable
- \* les gouvernements et les bailleurs de fond s'intéressent de plus en plus aux ONG
- \* l'émergence des ONG locales

A l'issue de cette analyse, les participants ont développé quatre questions stratégiques à savoir; dans les 5-10 années à venir comment les ONG doivent elles:

- \* faire face au SIDA?
- \* développer un mécanisme d'utilisation rationnelle des ressources (humaines et financières)
- \* appuyer les ONG locales?
- \* aborder les problèmes sociaux?

Les recommandations faites par les participants par rapport à ces questions sont:

**E. Dans les 5-10 années à venir comment les ONG doivent elles faire une utilisation rationnelle des ressources?**

**Ressources financières:**

- \* formation en gestion
- \* utilisation optimale des ressources locales
- \* non utilisation (ou utilisation limitée) des expatriés dans le cadre d'évaluation de programmes et organisation des séminaires/ateliers
- \* associer les nationaux dans la gestion en vue d'améliorer
- \* encourager les ONG à générer des fonds propres
- \* générer des financements locaux

**Ressources humaines:**

- \* établir une politique adéquate d'avancement professionnel
- \* encourager la formation pour une meilleure prestation de services

**Structure:**

- \* diversification des zones d'intervention
- \* intégration totale du gouvernement dans les interventions des ONG
- \* implantation d'une antenne dans la capitale du pays hôte
- \* installation d'un réseau de communication entre ONG

**F. Dans les 5-10 années à venir comment les ONG doivent elles faire face au SIDA?**

**Prévention:** Au niveau de la zone d'impact, il s'agira de procéder à:

- \* la sensibilisation
- \* l'IEC
- \* la distribution de condoms

**Appui aux structures sanitaires locales dan:**

- \* la formation du personnel du Ministère de la Santé (prévention et dépistage)
- \* l'équipement en matériels de prévention/dépistage (des séropositifs)

**Prise en charge des cas sociaux liés au SIDA:**

- \* Sensibilisation des familles des sidéens

**N.B.** - les participants ont insisté sur l'intégration du volet SIDA aux programmes existants.

**G.** *Dans les 5-10 années à venir, comment les ONG internationales doivent elles appuyer les ONG locales?*

- \* Impliquer les ONG locales dès le début de leurs interventions
- \* Appuyer les ONG locales dans le domaine de la formation (en gestion, planification, etc.)
- \* Appuyer financièrement les ONG locales
- \* Encourager la mise en place des ONG locales là où elles n'existent pas

**H.** *Dans les 5-10 années à venir, comment les ONG doivent elles aborder les problèmes sociaux (tels que la délinquance juvénile, la drogue, la prostitution, la mendicité)*

**Bases des problèmes:**

- \* pauvreté
- \* inadaptation sociale
- \* fuite des responsabilités des parents
- \* désorganisation sociale, perte des traditions
- \* influence extérieure non contrôlée

**Recommandations:**

- \* création des activités génératrices de revenus
- \* Sensibilisation des filles à la planification familiale
- \* Influencer les gouvernements en faveur d'une législation pour la planification familiale
- \* Construction des écoles/Appui à l'alphabétisation
- \* Sensibiliser les parents (liens forts avec les communautés)
- \* Centres de formation
- \* Aider les bénéficiaires de formation à s'installer à leur propre compte (accès aux crédits, formation pour la gestion, suivi, création des associations)

## 6. FUTURE CHALLENGES

During this session, the participants had to identify the strong and weak points of NGOs as well as the challenges and opportunities that they will face in the next 5 to 10 years.

### A. Among the strong points of the NGO are:

- \* direct links with the communities
- \* innovation capability
- \* integrated approach
- \* sustainability
- \* accent put on prevention
- \* taking into account the needs of the communities
- \* strict management of the resources
- \* reducing unemployment
- \* multiplicity and wide range of experiences
- \* ability to exchange skills
- \* ability to access resources

### B. Among the weak points of the NGO, we find:

- \* limited length of the projects
- \* lack of local roots (international NGOs)
- \* often prompt intervention, even of touristic nature
- \* impact zone often limited (geographical area)
- \* sustainability of the intervention (often difficult)
- \* discrimination among the staff (foreign and national)
- \* the helping spirit
- \* numerous demands of the sponsors

As for the challenges and opportunities, they can be summarized as:

### C. The threats:

- \* AIDS
- \* political instability in the host country
- \* reduction of financial support
- \* illiteracy
- \* economic recession
- \* structural adjustments
- \* lack of food
- \* deforestation
- \* increase in population
- \* malaria, tuberculosis and sexually transmissible diseases
- \* politicizing of the NGOs

### D. Opportunities:

- \* programs (instead of projects)
- \* family planning

- \* favorable international cooperation
- \* governments and sponsors are more and more interested in the NGOs
- \* emergence of local NGOs

At the end of this analysis, the participants formulated four strategic questions as to how, in the next 5 to 10 years, the NGOs must:

- \* cope with the AIDS epidemic
- \* develop a rational way to use the local resources (human and financial)
- \* give support to the local NGO
- \* approach social problems

Recommendations made by the participants relating to these questions were:

*E. In the next 5 to 10 years, how can the NGO make a rational use of the resources?*

**Financial resources:**

- \* management training
- \* optimal use of local resources
- \* no use or limited use only of foreign nationals in the evaluation of programs and organization of the workshops
- \* to include nationals in management
- \* to encourage the NGOs to generate their own funds
- \* initiate local funding

**Human resources:**

- \* to establish a suitable policy of professional promotion
- \* to encourage training for a better provision of services

**Structure:**

- \* diversification of the area of intervention
- \* total involvement of the government in the NGO activities
- \* setting an antenna in the host country
- \* setting a network of communication between NGOs

*F. In the next 5 to 10 years, how can the NGOs deal with the AIDS epidemic?*

**Prevention:** In the initial impact zones, it will be necessary to move towards:

- \* increased awareness
- \* IEC
- \* distribution of condoms

**Support of the local health facilities through:**

- \* training of the personnel from the health organization (prevention and detection)
- \* equipment with the materials necessary for the prevention and the detection of HIV+ individuals

**To take care of social cases related to AIDS:**

- \* awareness of the families with AIDS patients

**Note:** Participants insisted on including AIDS in the other existing programs.

**G. How should the international NGO support the local NGO in the next 5 to 10 years?**

- \* by including the local NGO in their projects from the start
- \* by offering support to the local NGO in the areas of training ( management, planning, etc.)
- \* by giving financial support to the local NGO
- \* by encouraging the opening of a local NGO where none exists

**H. In the next 5 to 10 years, how can the local NGO confront social problems such as juvenile delinquency, drug abuse, prostitution, begging?**

**Roots of the problems:**

- \* poverty
- \* social maladjustment
- \* lack of parental responsibilities
- \* social disintegration, loss of traditions
- \* non-controllable outside influences

**Recommendations:**

- \* creation of revenue-generating activities
- \* education of young women in the area of family planning
- \* putting pressure on the government to favor family planning
- \* building schools/supporting literacy efforts
- \* parental awareness (strong ties with the community)
- \* establishing training centers
- \* helping people with training to open their own practice (access to credits, training for management, follow-up, creation of associations)

## 7. AIDS

### SIDA

Les participants au cours de cette session ont eu à faire des réflexions personnelles et des échanges d'expériences sur le SIDA. Ces échanges ont porté sur:

A. Evolution des cas de SIDA à travers le monde:

	<u>1985</u>	<u>1990</u>
Amérique	85 %	31 %
Afrique	2 %	62 %
Europe	12 %	6 %
Autre	1 %	1 %
<b>TOTAL</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

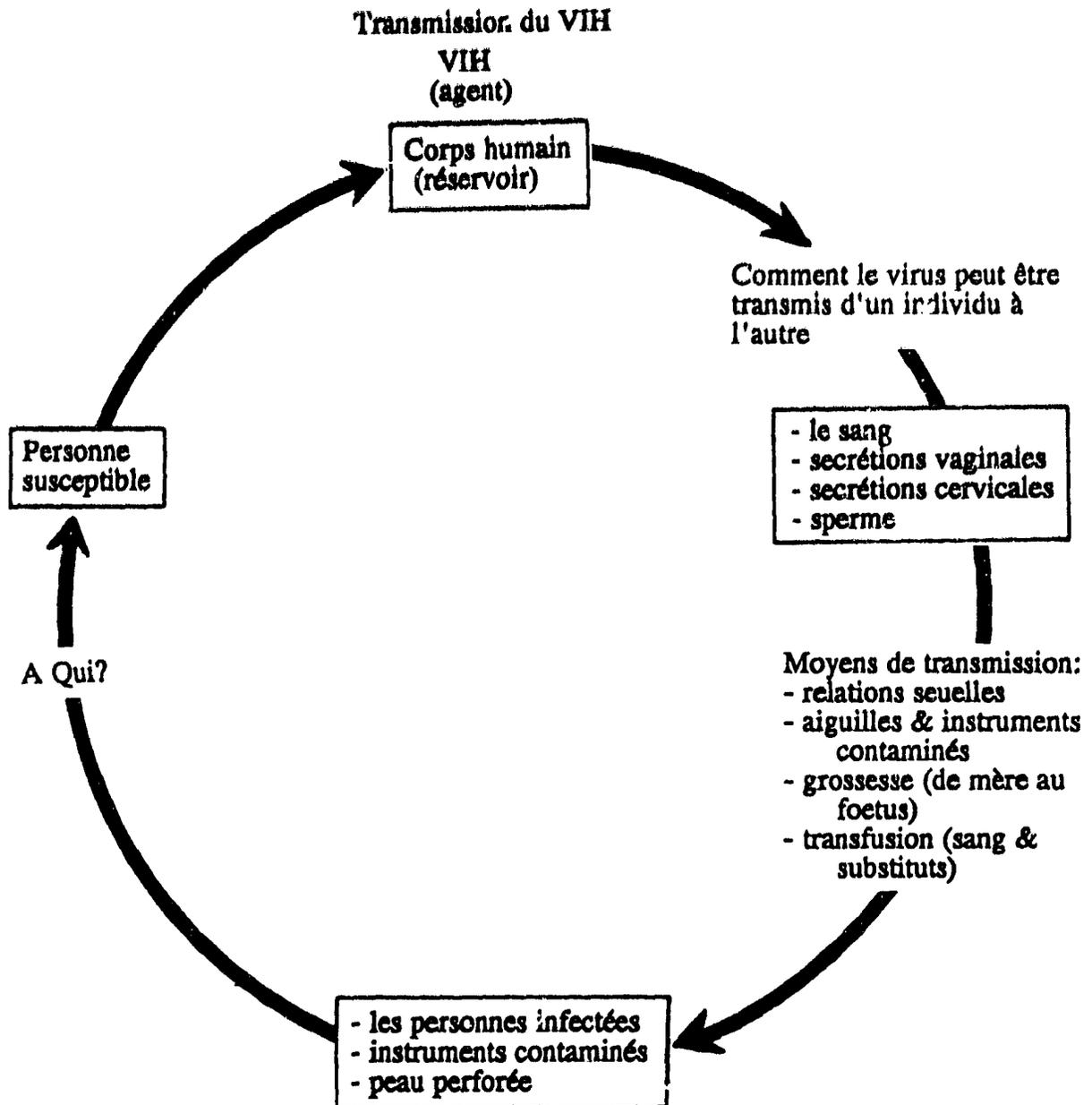
Le SIDA a certes été reconnu par les participants comme un défi qu'il faudrait relever à tout prix - surtout en Afrique. Mais ils estiment que ces statistiques doivent être interprétées avec prudence; compte tenu des moyens de dépistage actuellement disponibles qui naguère faisaient crucialement d'enfant.

B. Programmes d'éducation:

Qu'est ce que les programmes d'éducation en matière de SIDA peuvent espérer accomplir? Selon le public visé, les objectifs à atteindre peuvent être:

- la multiplication des discussions concernant le SIDA entre partenaires sexuels ou au sein des familles
- l'intensification des vérités et de l'emploi des condoms
- l'encouragement à la diminution de nombre des partenaires sexuels
- le retard des relations sexuelles entre jeunes
- la diminution des taux d'autres maladies sexuellement transmissibles
- l'abaissement de la prévalence du virus du SIDA

C. Modalités de transmission du SIDA:



D. Rôle des ONG

Les participants ont recommandé à ce que les ONG et leurs partenaires financiers (notamment l'USAID) accordent une importance tant particulière à la lutte contre SIDA. Compte tenu de leur approche à base communautaire pour les changements comportementaux; les ONG doivent jouer un rôle de premier plan. Ce rôle sera surtout axé sur la prévention, la prise en charge des cas sociaux, l'appui aux structures sanitaires locales et l'intégration du volet SIDA aux programmes déjà existants.

57

## 8. Networking

### DEJEUNER RESEAUX

**Au cours d'un déjeuner, il a été demandé aux participants de se pencher sur les points suivants:**

1. Identifier les efforts collaboratifs qui existent déjà.
2. Déterminer si une collaboration additionnelle serait bénéfique.
3. Identifier les formes de communication et de collaboration les plus désirables et efficaces.

**Les échanges entre les participants et pas rapport aux points sus indiqués ont donné comme résultats suivants:**

1. Dans la plus part des pays présents à l'atelier, des efforts ont été faits pour l'émergence et le développement des collectifs (coalition ou consortia) d'ONG.  
Exemples: CCA-ONG/Mali, CONGAD/Sénégal, SPONG/Burkina Faso, GAP/Niger. En plus de ces coalitions d'ONG, il y a:
  - des groupes de reflexion (ex. groupe PVD - pivot/Mali)
  - des visites d'échanges et d'expériences (Save/Vision, Save/Care, Africare/Care)
  - des reunions periodiques AID/ONG
2. Les participants ont souhaité un renforcement des formes de collaboration déjà existentes et insisté que les agents de terrain soient les premiers bénéficiaires.
3. Les formes de communication et de collaboration:
  - échanges des rapports périodiques (mensuels, trimestriels et annuels)
  - échanges des plans d'action pour une harmonisation des approches
  - développement et échanges de matériels de formation
  - organisation de séminaires/atelier
  - rencontres périodiques entre ONG du même pays e. entre ONG de différents

15/3