

**IDENTIFICATION OF PVO BEST PRACTICES
IN CHILD SURVIVAL PROGRAMS:
SENEGAL AND BURKINA FASO**

May 1997

Judi Aubel, PhD, MPH

BASICS Technical Directive: 000-FA-01-027
USAID Contract Number: HRN-6006-C-00-93-00031-00

A

TABLE OF CONTENTS

ACRONYMS

EXECUTIVE SUMMARY	1
I. PURPOSE OF THE CONSULTANCY	5
II. ACTIVITIES CARRIED OUT	5
A. Briefing/Discussion of the Assignment at BASICS/Arlington	6
B. Briefings with Yaya Drabo and Mamadou Sène	6
C. Identification of PVO Workshop Participants	6
D. In-depth Discussions with Each PVO to Collect Information on their Child Survival Activities	8
E. Development of the Workshop Methodology	8
F. Facilitation of the PVO Workshops in Burkina Faso (April 23-25) and in Senegal (April 28-30)	9
G. Identification of PVO Technical Assistance Needs	10
H. Preparation of the Syntheses of Best Practices from Senegal and from Burkina Faso	11
III. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS	11
A. Outcomes and Products of the Consultancy	11
B. NGO Workshop Results/Findings	12
C. Methodology Used to Identify Best Practices	13
D. PVO Technical Assistance Needs	14
E. Recommendations for Follow-up Activities in West Africa	16

APPENDIXES

APPENDIX A:	NGO Participants in BASICS Workshop
APPENDIX B:	Experiential Learning Cycle
APPENDIX C:	Senegal: Best Practices/Les Stratégies les plus Efficaces
APPENDIX D:	Burkina Faso: Les Stratégies de Promotion de Survie de l'Enfant les plus Efficaces des ONG (PVO Best Practices)
APPENDIX E:	Methodology for the Identification of PVO Child Survival "Best Practices"
APPENDIX F:	Atelier de Réflexion sur les Stratégies de Promotion de Survie de l'Enfant

ACRONYMS

ABEPE	Association Burkinabé de l'Enfant pour l'Enfant
AC	apprentissage continu
AME	allaitement maternel exclusif
APAIB	Association pour la Promotion de l'Alimentation Infantile Burkinabé
APSPCS	Association de Postes de Santé Privés Catholiques du Sénégal
ASBEF	Association Sénégalaise pour le Bien-Être Familial
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival (Projet de Promotion de la Survie de l'Enfant)
CS	child survival
EPE	Enfant pour l'Enfant
FDC	Fonds pour le Développement Communautaire (Save the Children/USA)
IEC	information, education et communication
IPPF	International Planned Parenthood Federation
MARP	méthodes accélérées de recherche participative
MOH	Ministry of Health
MWANGANZA	a training PVO involved in primary health care
NGO	nongovernmental organization
ONG	organisation non gouvernementale
PC	participation communautaire
PHC	primary health care
PPI	Planned Parenthood International
PVO	private voluntary organization
SANAS	Service de l'Alimentation et de la Nutrition Appliqué au Sénégal (Food and Applied Nutrition Service of Senegal)
SCF/Pays Bas	Save The Children/Holland
SE	survie de l'enfant
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
TA	technical assistance
TOSTAN	an American PVO involved in literacy/non-formal education
USAID	United States Agency for International Development

EXECUTIVE SUMMARY

The purpose of the consultancy was 1) to identify the best practices of PVOs involved in child survival programs, and 2) to identify the technical assistance needs of PVOs related to child survival (CS) programming. To accomplish both objectives, a participatory process was used to bring together, in a workshop setting, a number of PVOs in Senegal and Burkina Faso involved in CS to share, analyze and synthesize their experiences.

Following briefings with BASICS staff in Arlington, and in Dakar with Yaya Drabo, regional communication advisor and Mamadou Sene, BASICS advisor for Senegal, the consultant made contact in both countries with various PVOs working in child survival/health. Based on discussions with each organization and review of their project documents, seven PVOs were identified in Senegal and eight in Burkina Faso that are implementing CS strategies which appeared to be promising in terms of their coherency, innovativeness and/or effectiveness.

The PVOs identified in Senegal were World Vision, Plan International, Aide et Action, the Association of Private Catholic Health Centers, l'ASBEF, Vredeseilanden/Kolda, and TOSTAN. In Burkina Faso, the PVOs identified were Plan International, Femmes et Santé (Women and Health), Save the Children/USA, Save the Children/Holland, The Burkinabé Association for the Promotion of Infant Feeding (APAIB), AFRICARE, the Peace Corps and MWANGAZA.

In each country, these PVOs were invited to participate in a three-day workshop which was held in Burkina Faso in Koudougou from April 23-25 and in Senegal in Thies from April 28-30. Each PVO was asked to identify 2-4 PVO staff members and/or MOH collaborators, primarily field level staff, to participate in the workshop. All invited PVOs attended the workshop.

Initial contacts with the PVOs revealed that generally they do not document their activities and even less frequently do they critically analyze their work in order to synthesize their experiences and formulate lessons learned for the future. Based upon this observation, the workshop was designed to allow each PVO to follow a structured series of steps/questions in order to analyze their own work. The "experiential learning cycle" served as the basis for developing the workshop methodology which followed a three-step process: 1) description and analysis of strategies, 2) development of conclusions/generalizations, and 3) development of lessons learned. Based on the lessons learned a number of strategies (*les stratégies les plus efficaces*) were identified which may constitute best practices. While the workshop sought to identify "best practices," workshop participants repeatedly stated that their programs/strategies are evolving and that it is premature to try to identify "best practices."

Workshop outcomes

During the workshop there was considerable discussion of past CS strategies which have failed to elicit adequate community participation and ownership. There was a broad consensus that

future programs need to identify alternative strategies which elicit 1) substantive involvement of community actors and 2) substantive involvement of MOH technicians.

Related to these underlying concerns, three levels of PVO CS strategies were considered in the context of the workshop: 1) strategies to support community-level CS activities, 2) strategies to improve the quality of services at the health center level, and 3) strategies that support district-level MOH teams.

For each level of intervention, priority strategies were identified. These were categorized as 1) *strategies to be tested* in the future, 2) *promising practices* that are being used and appear to be effective; and 3) *best practices* that have been tried, tested and their effectiveness proven. Most of the priority strategies identified in the workshops are in categories 1 and 2. Few “best practices” were identified.

Community-level strategies: PVO activities are primarily targeted at the community level. Key community-level strategies which participants identified for promoting CS include developing CS activities in the context of integrated community development activities; involving various categories of community actors, including community leaders, men, older women, traditional healers etc., in addition to women with young children; reinforcing community organizations to enable them to develop and implement CS activities; training community actors and development technicians in community mobilization and problem-solving approaches; promoting participatory approaches to communication/health education; and involving teachers and students in promoting CS.

Health facility-level strategies: The CS strategies of the seven PVOs represented at the workshop give very little attention to health facility-level activities. In Senegal, two important strategies to improve CS activities at the service delivery level were identified in the workshop: 1) ensuring the quality of interpersonal communication (*l'accueil*) and of the general ambiance in health centers, specifically during consultations; and 2) promoting the use of weaning paps made with local foods.

Strategies targeted at district MOH teams: Workshop participants identified several key strategies targeted at the level of the district health team for promoting CS, particularly strengthening the skills of health workers in participatory approaches to working with communities and to promoting community health; and stimulating collaboration between health workers and development technicians from other sectors in CS efforts.

Conclusions regarding PVO technical assistance needs: Based on a written needs assessment, analysis of PVO program documents and discussions with PVO staff before and during the workshop, priority needs were identified related to the following CS programming areas/topics: participatory techniques for problem identification and analysis, participatory health education techniques, techniques for conducting qualitative studies on different CS topics, training modules for both community members and MOH technicians on community mobilization techniques,

participatory techniques of monitoring and evaluation, and adult education approaches to training based on problem-solving teaching methods.

Recommendations for follow-up activities in West Africa

Burkina Faso

1. Carry out a qualitative case study of Save the Children/Holland's approach to community capacity building and institutional capacity building (at the MOH level) in order to further define and analyze their approach and methods.
2. Discuss possible forms of collaboration with MWANGAZA related to development of participatory communication/health education/training modules, methods and tools.
3. Explore the possibility of Supporting Save the Children/USA in conducting a pilot operations research project on health education with grandmothers.

Senegal

1. Carry out a qualitative case study of World Vision's approach to community capacity building and institutional capacity building (at the MOH level) in order to further define their approach and methods.
2. In collaboration with the APSPCS develop a detailed description of their approach to ensuring good quality of care (*accueil*) in their health centers. Based on the accomplishment of this first task, explore the following possibilities for using and disseminating their approach by 1) developing indicators of quality of care (*bon accueil*) for use in supervision of service providers in the public sector, 2) develop a module on interpersonal communication/*accueil* for use in the health training schools and in-service training, 3) investigate the possibility of sending training school trainees to APSPCS health centers for their practicum (*stage*), 4) promote exchange visits/meetings between MOH and APSPCS health center staff to discuss priorities and constraints associated with providing good quality *accueil*.
3. Discuss possible forms of collaboration with TOSTAN related to development of participatory communication/health education methods and tools.
4. Explore the possibility of supporting World Vision in conducting a pilot operations research project on health education with grandmothers.

Recommendations for Burkina Faso and Senegal

1. Organize one-day seminars among PVO partners on 1) the use of community volunteers: potential and pitfalls, 2) participatory health education tools, 3) strategies for working with village health committees, and 4) monitoring and evaluation strategies.
2. Develop training and didactic tools for PVOs on participatory planning at the community level, participatory monitoring and evaluation, tools for qualitative and participatory community research on different child health topics, tools/techniques for developing community mobilization strategies, and approaches to developing and using participatory communication/health education methods.

I. PURPOSE OF THE CONSULTANCY

The consultancy was carried out between March 17 and May 11, 1997. The purpose of the consultancy was 1) to identify the “best practices” of PVOs in Senegal and in Burkina Faso who are involved in child survival (CS) programs and 2) to identify technical assistance needs of PVOs involved in CS programs.

In order to accomplish the first goal, it was decided that a participatory approach would be used in which a number of PVOs in each country would be involved. The consultant was expected to organize two workshops with PVOs, one in Senegal and one in Burkina Faso, during which their strategies and experiences would be shared and their best practices identified.

According to the terms of reference for the consultancy, BASICS was particularly interested in identifying PVO best practices related to four key areas: 1) achieving change/improvement in key caretaker behaviors in the home, 2) increasing access to basic health services, 3) improving the quality of community health services, and 4) monitoring and evaluation of the above.

The second goal of the consultancy, to identify technical assistance needs of PVOs involved in CS programs, was to be accomplished through contact with the PVOs both prior to and during the workshop.

II. ACTIVITIES CARRIED OUT

The following steps were followed in carrying out the consultancy:

- 1) briefing/discussion of the assignment at BASICS/Arlington
- 2) briefings with Yaya Drabo, regional communication advisor and Mamadou Sene, BASICS advisor for Senegal
- 3) identification of PVO workshop participants
- 4) in-depth discussions with each PVO regarding their child survival activities
- 5) development of the workshop methodology
- 6) facilitation of the PVO workshop in Burkina Faso (April 23-25) and in Senegal (April 28-30)
- 7) identification of PVO technical assistance needs
- 8) preparation of the syntheses of best practices from Senegal and from Burkina Faso

A. Briefing/Discussion of the Assignment at BASICS/Arlington

On March 17 and 18, the consultant met with BASICS staff in Arlington to discuss the objectives and organization of the consultancy. In those meetings it was agreed that the assessment should focus on the four key areas prioritized by BASICS staff, listed above.

During the Arlington meetings there was considerable discussion regarding the concept/definition of "best practices." The term seems to connote approaches which have been tried, tested and proven effective. In these discussions a consensus was not reached as to how the term should be defined in the context of this activity and whether, in fact, it would be possible to identify such practices at the conclusion of the PVO workshops.

The consultant felt that while the ultimate objective of the consultancy was to identify the most effective CS strategies being used by PVOs, it would not be advantageous, at the outset, to ask PVOs to present their "best practices." She proposed, rather, that the approach consist of asking the PVOs to critically analyze their own strategies/approaches to identify both successes/strengths and weaknesses/constraints in order to synthesize the lessons learned from their experience, which could potentially reveal certain best practices. From the outset, it was also felt that the PVO workshops might not be sufficient for noteworthy best practices to be identified and that some type of follow-up investigation/documentation might be necessary.

B. Briefings with Yaya Drabo and Mamadou Sène

The consultant held briefings with Yaya Drabo, BASICS regional communication advisor, and with Mamadou Sene, BASICS advisor for Senegal, at the outset of the consultancy. Both made suggestions regarding the PVOs to include in the workshops. The workshop methodology was discussed at length with Yaya Drabo and his suggestions in this regard were incorporated into the workshop design.

C. Identification of PVO Workshop Participants

The consultant's objective was to identify PVOs working in health/child survival which have "coherent," "innovative" and potentially "sustainable" approaches to working with communities and MOHs in child survival. This selection process was carried out based on a) information obtained through discussions with PVO staff and b) written documentation of PVO child survival strategies. Additional criteria for selection included both their ability to clearly explain their strategies/approach either verbally or in writing and their interest in attending the BASICS workshop.

While at the outset it was assumed that identification of the PVOs would be a rather straightforward process, it turned out to be quite the contrary. In most cases, the description and documentation of PVO activities which they provided was sketchy and poorly structured. In all

cases, written documentation was scarce. For these reasons, the PVO selection process proved to be convoluted and time-consuming.

The plan was to identify 2-3 people from each PVO who could attend the workshop as a team. The objective was to identify PVO staff and collaborators involved at the operational level of PVO CS activities, rather than upper-level managers.

Senegal: Based on the consultant's familiarity with the PVO community in Senegal and on additional suggestions from BASICS/Dakar staff, contacts were made with PVOs. Based on initial contacts with ENDA Tiers Monde, the Peace Corps and AFRICARE, these organizations did not meet the selection criteria. Seven PVOs were ultimately chosen and invited to participate in the workshop:

- World Vision
- Plan International
- L'Association de Postes de Santé Privés Catholiques du Sénégal
- Ile de Paix (A Belgian-supported PVO)
- ASBEF (IPPF affiliate)
- TOSTAN (an American PVO involved in literacy/non-formal education)
- Aide et Action (A French-supported PVO involved in child-to-child activities in the schools)

Burkina Faso: During an initial six-day trip to Ouagadougou, the consultant was able to meet with PVOs with whom she had had previous contacts and which were recommended either by Yaya Drabo or Papa Sene, assistant regional director for CLUSA, based in Ouagadougou.

Invaluable support and assistance was provided by Papa Sene/CLUSA in identifying and contacting key PVOs in Burkina as well as in making necessary logistical arrangement for the workshop.

During the six-day visit, and based on the criteria defined for selecting PVO workshop participants, the consultant was able to identify the following eight organizations:

- Association pour la Promotion de l'Alimentation Infantile Burkinabé (APAIB)
- Plan International
- Save the Children/Pays Bas (Holland)
- Save the Children/USA
- Femmes et Santé
- Peace Corps and counterpart health center MOH nurses
- MWANGAZA (a training PVO which has been involved in PHC)
- AFRICARE

D. In-depth Discussions with Each PVO to Collect Information on their Child Survival Activities

In both countries, as stated above, it proved to be very difficult to obtain written information on their activities/strategies, etc. In the case of one PVO, written documentation on the organization's programs was never obtained. The difficulty encountered in obtaining this information was not due, in most cases, to a lack of cooperativeness on the part of the PVOs but, rather, to the non-existence of such written information. This reflects a common shortcoming on the part of the PVOs who generally neither document nor evaluate their activities on an ongoing basis.

In no case was the information received sufficient to really understand the organization's philosophy/approach/methodology for working with communities and health workers. After reviewing the available documentation, the consultant met with the various PVO contact persons in order to further discuss their work and to try to get a clearer idea of their philosophy/approach.

In each case, 2-3 hours were spent with each PVO, and in many cases this was not sufficient to really understand their work. In the cases where project evaluations had been conducted (in the case of the USAID-funded child survival projects), more detailed information was available. However, even in those cases the evaluation reports tended to be much more quantitative than qualitative and to give relatively little attention to the methodologies and implementation processes followed—essential information in trying to determine best practices.

Given the multiplicity of activities carried out by each PVO and the lack of clarity regarding the methodologies used, it was decided that it would not be wise to give them too much latitude in presenting their work. Rather, for each organization one or more "potentially promising" strategies were identified, prior to the workshop, which would be presented during the workshop.

In order to identify these "key strategies", each PVO was asked to identify the most innovative and effective CS strategies that they have been using. Based on the responses to this question and on analysis of the written documentation it was possible to identify one or more *strategies* used by each PVO that appeared to be *innovative* and potentially *effective* in promoting child health. Each PVO was informed of the strategies that they would be asked to present during the workshop and was asked to bring to the workshop the documentation and other materials they have related to those several strategies.

E. Development of the Workshop Methodology

Based on discussions with each PVO and the available documentation, the design for the PVO workshop was developed. This was a challenging task insofar as the workshop was intended to elicit an open dialogue between the different PVOs, but at the same time ensure that the sharing of experiences be sufficiently structured so as to culminate, at the end of the workshop, in a coherent synthesis of their ideas.

In light of these concerns, the methodology adopted for the workshop was very participatory while at the same time quite structured. The workshop was designed around a three-step process: 1) analysis of one/more of the PVO's child survival strategies by each PVO team, 2) presentation/discussion of each PVO's strategies, and 3) formulation of lessons learned based on the strengths and weaknesses/constraints associated with each PVO's approach.

For each PVO and for each of the "key strategies" identified, a structured tool was developed consisting of a set of questions intended to help them describe, analyze and formulate conclusions about the approaches/methodologies they are using. The development of these questions was based on the steps in the "experiential learning cycle." (See Appendix B)

F. Facilitation of the PVO Workshops in Burkina Faso (April 23-25) and in Senegal (April 28-30)

Burkina Faso: The PVO workshop was held at the Centre UNITAS in Koudougou from April 23-25. It was co-facilitated by the consultant, Judi Aubel, and Télésphore Kaboré, coordinator of MWANGAZA, a local training PVO. There were 22 participants in the workshop from eight different PVOs. (See Appendix A: List of PVO Participants)

Senegal: The workshop was held at the Centre Forestier in Thies from April 28-30. Twenty-one participants from seven PVOs attended the workshop. While a co-facilitator was identified and scheduled to participate in the workshop, at the last moment he was unable to attend.

Workshop outcomes

The goal of the workshops was to identify PVO best practices which have been tried, tested and proven to be effective. This goal proved, however, to be overly ambitious given the time allotted for and nature of this activity.

What emerges from the workshop is a series of CS strategies on a continuum that includes "priority strategies to be tested", "promising strategies" which have been used and which appear to be effective, and "best practices" which are tried, tested and proven to be effective.

The strategies identified can be grouped according to levels of intervention: 1) strategies to support community-level CS activities, 2) strategies to improve the quality of services at the health center level,; and 3) strategies that support the district-level MOH team.

Community-level strategies: PVO activities are primarily targeted at the community level. Key community-level strategies which participants identified for promoting CS include developing CS activities in the context of integrated community development activities; involving various categories of community actors, including community leaders, men, old women, traditional healers etc., in addition to women with young children; reinforcing community organizations to enable them to develop and implement CS activities; training community actors and development

technicians in community mobilization and problem-solving approaches; promoting participatory approaches to communication/ health education; and involving teachers and students in promoting CS.

Health facility-level strategies: The CS strategies of the seven PVOs represented at the workshop give very little attention to health facility-level activities. In Senegal, two important strategies to improve CS activities at the service delivery level were identified in the workshop: 1) ensuring the quality of interpersonal communication (*l'accueil*) and of the general ambiance in health centers and specifically during consultations, and 2) promoting the use of weaning paps made with local foods.

Strategies targeted at district MOH teams: Workshop participants identified several key strategies targeted at the level of the district health team for promoting CS, including strengthening the skills of health workers in participatory approaches to working with communities and to promoting community health, and stimulating collaboration between health workers and development technicians from other sectors in CS efforts.

In all cases, before the “promising strategies” can be disseminated to other PVOs they will need to be more systematically documented and analyzed. Recommendations are made in this report for such follow-up investigations to be carried out in Senegal and in Burkina Faso.

G. Identification of PVO Technical Assistance Needs

The identification of technical assistance (TA) needs was based on

- a. the analysis of the project/program strategies found in the PVO's documentation and presentations during the workshop
- b. the results of a written needs assessment administered to each PVO at the conclusion of each workshop
- c. discussions with PVO staff prior to and during the workshop sessions

In the two countries the PVO CS programming strategies are evolving in similar ways and, likewise, their expressed and observed needs appear to be similar.

Priority TA needs related to the following topics and areas associated with implementing CS strategies were identified:

- participatory techniques for problem identification and analysis
- participatory health education techniques

- techniques for conducting qualitative studies on different CS topics
- training modules both for community members and MOH technicians on community mobilization techniques
- participatory techniques of monitoring and evaluation
- health education and community mobilization methods based on the adult education problem-solving approach

These are all topics and content areas in which technical assistance could help strengthen approaches currently being used by the NGOs. The possible modalities by which such TA could be delivered were not discussed in detail during the workshop, partly due to time constraints.

H. Preparation of the Syntheses of Best Practices from Senegal and from Burkina Faso

Based on the outcomes of the workshops in the two countries, two separate documents were prepared, in French, by the consultant which summarize the best practices of the Burkinabé and Senegalese NGOs. These should be edited and distributed to all of the PVO participants as soon as possible.

III. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

A. Outcomes and Products of the Consultancy

1. Workshops conducted in Senegal and in Burkina Faso

Two workshops were conducted in Senegal and Burkina Faso in which NGOs shared their experiences implementing CS strategies in collaboration with community and institutional-level (MOH) actors. In Burkina Faso, eight NGOs participated (22 participants) while in Senegal seven NGOs participated (21 participants).

2. Relationships established with PVO partners

The workshops constituted an important occasion for BASICS to become familiar with the key PVO actors involved in CS in the two countries and with the strengths and weaknesses of their respective programs. The contacts made and information collected provide a foundation upon which BASICS can develop a comprehensive strategy to support NGOs in West Africa.

3. Workshop reports of best practices

For each workshop, a summary of the workshop discussions and conclusions regarding best practices has been prepared, in French. These can be finalized and widely disseminated in West Africa.

4. Methodology for identification of best practices

An important objective of this consultancy was to develop a methodology for identifying NGO best practices. An additional product of this consultancy is a document which describes the participatory methodology developed for this purpose which was used/tested in the two countries. This methodology can potentially be used in other countries in West Africa and elsewhere.

B. NGO Workshop Results/Findings

1. Identification of best practices

While the goal of the workshops was to identify NGO best practices, this goal was overambitious and was, therefore, only partially achieved. What emerged from the workshop is a series of CS strategies on a continuum which includes *priority strategies to be tested, promising strategies*” which have been used and which appear to be effective, and *best practices* which are tried, tested and proven to be effective.

2. Levels of NGO intervention

NGO CS interventions are often thought of only in terms of “community-level” strategies. The workshop revealed that NGO strategies target three levels of intervention: 1) strategies to support community-level CS activities, 2) strategies to improve the quality of services at the health center level,; and 3) strategies which support the district-level MOH team. In the NGOs’ programs, community-level interventions predominate, however, examples of interventions that target the other two levels were presented and there was a consensus in both workshops that NGO activities targeting the other two levels should be strengthened.

Community-level strategies: Priority community-level strategies, already being used and to be strengthened include development of CS activities in the context of integrated community development activities; involving various categories of community actors/influentials in CS activities, in addition to women with young children; reinforcing community organizations to enable them to carry out their own CS activities; training community actors and development technicians in community mobilization and problem-solving approaches; promoting participatory approaches to communication/health education; and involving schools in promoting CS.

Health facility-level strategies: In the past, NGO strategies have focused very little at the health facility level. However, a noteworthy activity at this level is the work of the Association of Catholic Health Centers in Senegal. It appears that in these private health posts an exemplary quality of care/interpersonal communication (*l'accueil*) is being provided. This work should be further documented and disseminated.

Strategies targeted at district MOH teams: Workshop participants identified several key strategies targeted at the level of the district health team for promoting CS, including strengthening the skills of health workers in participatory approaches to working with communities and to promoting community health, and stimulating collaboration between health workers and development technicians from other sectors in CS efforts. At this level, the work of Save the Children/Holland in Burkina Faso, and of World Vision in Senegal is noteworthy. In both cases, the NGOs' strategy explicitly aims to increase the capacity of district-level MOH staff to implement their own community health programs. There was a broad consensus amongst participants that in order to ensure the sustainability of community health strategies, PVOs should seek to strengthen the skills of MOH staff and support their involvement in community health approaches.

3. Involving community leaders and grandmothers in CS programs

During the workshops there was considerable discussion of the limitations of CS strategies which focus exclusively on mothers of young children and of the various community "actors" and "influentials" who influence CS beliefs and practices at the family and community level. It was concluded that more focus needs to be given to involving community leaders, men and grandmothers in CS programs. In Burkina Faso there was a broad consensus that grandmothers are the "most influential" persons in CS at the family level and there was a strong interest expressed by several NGOs (particularly SCF/USA) in experimenting with ways to involve the older women/grandmothers in their programs. Based on the same logic, World Vision in Senegal is committed to developing a pilot experience with grandmothers.

C. Methodology Used to Identify Best Practices

1. The participatory workshop process

Given the difficulty of obtaining precise information on the CS strategies used by the NGOs, the three-day workshop proved to be useful in terms of eliciting and synthesizing information on NGO experiences in CS. The three-day workshop was not sufficient to collect comprehensive information on any of the NGO strategies/ practices. Further investigation/documentation of promising practices will be required before they can be usefully disseminated to others.

2. NGO response to the activity

From the outset, the NGOs contacted were interested in this activity and they participated actively in the workshop process. They all said that the workshop was beneficial in terms of allowing them to share their experiences, to learn about and from other NGOs; introducing them to a tool which they can use to periodically analyze their own strategies; and collectively developing some lessons/priorities for future CS programming.

3. Viability of workshop design

Based on use of the BASICS/NGO workshop design in the two countries, it appears to be quite effective. However, for future use it would be advisable to extend the length of the workshop to four days rather than three. It is strongly recommended that in future workshops two facilitators be involved for the entire duration of the workshop.

D. PVO Technical Assistance Needs

One of the objectives of the consultancy was to identify priority TA needs of the PVOs as a precursor to developing a PVO-support strategy.

1. Approach used to identify TA needs

Priority TA needs of the 15 NGOs involved in the BASICS workshops were identified through a) the analysis of the project/program strategies found in the NGO's documentation and presentations during the workshop, b) a needs assessment tool administered to each PVO at the conclusion of each workshop, and c) discussions with PVO staff prior to and during the workshop sessions.

2. Priority needs identified

The CS strategies and priorities perceived by the PVOs in the two countries are similar. Likewise, there are commonalities in their TA needs. Most of the needs of the PVOs, both articulated by them and observed by the consultant, relate to their desire to strengthen their use of participatory approaches both for working with communities and for helping health workers to do so.

Priority needs relate to the following topics and areas:

- a) participatory techniques for problem identification and analysis
- b) participatory health education techniques
- c) techniques for conducting qualitative studies on different CS topics

- d) training modules both for community members and MOH technicians on community mobilization techniques
 - e) participatory techniques of monitoring and evaluation
 - f) health education and community mobilization methods based on the adult education problem-solving approach
- 3. Need for basic concept/skill development in community development and adult education/non-formal education**

A weakness identified among most of these NGOs, similar to that observed in other forums in French-speaking African countries, is their lack of basic concepts and skills related to community development and adult education/non-formal education. These topical areas have not yet been integrated into health school training programs, and written documentation (in French) remains extremely limited. As a consequence, the exposure that NGO staff and partners have had to these important fields is limited. Almost all of the areas of PVO TA needs identified are, in fact, related to these fields.

4. Need for qualitative data collection tools

As regards the need for tools with which qualitative information can be collected on various CS topics, once again this need is particularly accentuated in the French-speaking countries. Whereas a number of such tools exist in English, very little of this nature is available in French.

5. PVO failure to systematically analyze program strategies

Discussions with the PVOs revealed that generally they do not document, analyze or evaluate the implementation strategies and approaches they use. This explains, in part, why it is extremely difficult to obtain precise information on the implementation strategies they are using in order to assess their relevance, effectiveness, etc. This observation supports their expressed need for simple tools to monitor and evaluate their program strategies on an ongoing basis.

6. Modalities for providing TA

The possible modalities by which BASICS can provide TA in response to PVO needs were discussed only superficially during the workshop, partly due to time constraints. Possible forms of TA could include written guidelines/manuals describing methods/approaches which can be used to develop and carry out various types of activities, training modules which could be used by PVOs on their own to train their own staff and collaborators, one-day workshop sessions in which key program areas could be analyzed and debated with PVO partners, and self-study materials which NGO staff and partners could use on an individual or small group basis.

E. Recommendations for Follow-up Activities in West Africa

Burkina Faso:

1. Carry out a qualitative case study of Save the Children/Holland's approach to community capacity building and institutional capacity building (at the MOH level) in order to further define and analyze their approach and methods.
2. Discuss possible forms of collaboration with MWANGAZA related to development of participatory communication/health education/training modules, methods and tools.
3. Explore the possibility of supporting Save the Children/USA in conducting a pilot operations research project on health education with grandmothers.

Senegal:

1. Carry out a qualitative case study of World Vision's approach to community capacity building and institutional capacity building (at the MOH level) in order to further define their approach and methods.
2. In collaboration with the APSPCS develop a detailed description of their approach to ensuring good quality of care (*accueil*) in their health centers. Based on the accomplishment of this first task, explore the following possibilities for using and disseminating their approach by
 - a) developing indicators of quality of care (*bon accueil*) for use in supervision of service providers in the public sector
 - b) develop a module on interpersonal communication/*accueil* for use in the health training schools and in service training
 - c) investigate the possibility of sending training school trainees to APSPCS health centers for their practicum (*stage*)
 - d) promote exchange visits/meetings between MOH and APSPCS health center staff to discuss priorities and constraints associated with providing good quality *accueil*
3. Discuss possible forms of collaboration with TOSTAN related to development of participatory communication/health education methods and tools.
4. Explore the possibility of supporting World Vision in conducting a pilot operations research project on health education with grandmothers.

Recommendations for Burkina Faso and Senegal

1. Organize one-day seminars among NGO partners on the use of community volunteers: potential and pitfalls, participatory health education tools, strategies for working with village health committees, and monitoring and evaluation strategies.
2. Develop training and didactic tools for NGOs on participatory planning at the community level, participatory monitoring and evaluation, tools for qualitative and participatory community research on different child health topics, tools/techniques for developing community mobilization strategies, and approaches to developing and using participatory communication/health education methods.

APPENDIXES

APPENDIX A
NGO Participants in BASICS Workshop

NGO Participants in BASICS Workshop

Senegal:

- World Vision (5 participants)
- Plan International (4 participants)
- L'Association de Postes de Santé Privés Catholiques du Sénégal (2 participants)
- Vredeseilanden/Kolda (3 participants)
- ASBEF (2 participants)
- TOSTAN (2 participants)
- Aide et Action (3 participants)

Burkina Faso:

- Association pour la Promotion de l'alimentation infantile burkinabé (2 participants)
- Plan International (4 participants)
- Save the Children/Pays Bas (3 participants)
- Save the Children/USA (3 participants)
- Femmes et Santé (2 participants)
- Le Corps de la Paix Américain + MOH counterparts (4 participants)
- AFRICARE (1 participant)
- MWANGAZA (3 participants)

LISTE DES PARTICIPANTS
Burkina Faso

N U M E R O	NOM ET PRENOM	ONG	TELEPHONE
1	OUBDA Alice	APAIB	31.41.09 30.10.82(Sce)
2	TRAORE Antoinette	APAIB	31.41.09 31.16.55/56
3	TIENDREBEOGO Pascal	AFRICARE	
4	JOHNSON Noëlle	Corps de la paix	31.83.24
5	STOVER Audrey	Corps de la paix	31.83.24/25
6	ZEBE Saïdou	CSPS de Dablo	45.70.44
7	NIKIEMA Mathias	FDC/SC/US	40.56.09
8	NIKIEMA Hélène	FDC/SC/US	40.56.09
9	MAIGA Fadima	FDC/Saponé	40.56.09
10	PALOGO Raphaël	D.S Koungoussi	45.71.58
11	IDOGO Halidou	D.S Koungoussi	45.71.58
12	LOMPO Basile	D.S Ziniaré	30.97.34/11
13	ZONGONABA Véronique	Femme et Santé Yako	
14	OUBA Clémentine	F.Santé Ouagadougou	365559/30.03.90 30.13.99
15	BASSOLE Georges	DPEBA/Réo	44.50.14
16	ZONGO Marcel	DPEBA/Koungoussi	45.73.23
17	OUEDRAOGO Alice	Mwangaza	36.33.85
18	COULIBALLY Abdoulaye	Mwangaza	36.33.85
19	KABORE Téléspore	Mwangaza	36.33.85
20	KABASINGA Médiatrice	Mwangaza	36.33.85
21	TANKOANO Franck	Plan inter	31.88.07
22	AUBEL Judi	Basics	

LISTES DES PARTICIPANTS
ATELIER BASICS/ONGs
THIÈS, SÉNÉGAL 28-30 AVRIL, 1997

PRENOMS ET NOMS	ORGANISATIONS	ADRESSES
Marie Faye Diallo Mamadou Lo Diagne Fatou Dime Cissé Babacar Diouf	Plan International	Kaolack - BP 196 Tél: 41-11-72 Dakar BP 15042 Tél: 25-88-67/24-60-60 Saint-Louis Tél: 61-16-49
Ramata Abdoulaye Dia Bilal N'Diaye	TOSTAN TOSTAN	Thiès-BP 326 tél: 51-10-51
Mamadoou Dieye	ASBEF	Guédiawaye/Dakar BP 19277 - Tél 37-59-94
Khady Wade N'Diaye Matilde Lopy	SANAS DHS/MSPAS	Dakar - Tél: 24-47-53
Lamine Diedhiou	Superviseur soins de Santé Primaires	Mékhé tél: 55-51-14
Kader N'Diaye	Superviseur Santé Aide & Action	Dakar -cité Filao villa No 5 Rufisque - Tel: 36-12-89 34-80-24
Aissatou Samb N'Diaye Mamadou Fall	Aide & Action	96, Rue Félix Faure Tél: 22-93-86/22/43/60
Samba Barry Seydou Wane Cathérine Weynants	Vredeseilanden/Kolda	Kolda BP 78 Tél: 96-12-73 Dakar: 32-20-73 BP 21078
Banda N'Diaye David Sy Proper Tine Ibrahima Touré	Vision Mondiale	Thiès: 51-24-70 BP 51 Mékhé - Tel: 55-51-04 Kébémér Tél: 69-10-35
Malaw Sow	ASBEF	Saint-Louis BP 97 Tél: 61-16-58

APPENDIX B
Experiential Learning Cycle

**FRAMEWORK FOR ORGANIZING
THE WORKSHOP PROCESS**

STEP 1

**experience
implementing
child survival
programs**

STEP 3

**development of
lessons learned/
recommendations
for future child
survival program**

STEP 2

**documentation &
analysis of child
survival program
strategies**

STEP 4

**formulation of
conclusions related to
different program
strategies**

THE EXPERIENTIAL LEARNING CYCLE

APPENDIX C:
Sénégal: Best Practices/Les Stratégies les Plus Efficaces

ABRÉVIATIONS-ANNEXE C

APSPCS	Association de Postes de Santé Privés Catholiques du Sénégal
ASBEF	Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial
CERP	centre expansive rural polyvalent
EPS	éducation pour la santé
IEC	information, éducation, et communication
MARP	méthodes accélérées de recherche participatives
MSP	Ministère de la Santé Publique
MSPAS	Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales
ONG	organisation non gouvernementale
PF	planification familiale
SANAS	Service de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée au Sénégal
SE	survie de l'enfant
SMI	santé maternelle et infantile
VE	Vredeseilanden/Kolda
VM	Vision Mondiale

SÉNÉGAL: BEST PRACTICES/LES STRATÉGIES LES PLUS EFFICACES

I. INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, beaucoup de ressources sont investies dans les programmes de survie de l'enfant (SE) qui ont comme but diminuer la morbidité et mortalité infantile. Dans certains cas ces programmes ont été évalués mais dans la plupart des cas le suivi et l'évaluation de ces exercices se sont limités aux analyses quantitatives des activités SE menées. Peu d'attention a été donnée à documenter et à analyser les méthodologies d'approche utilisées afin d'identifier les "stratégies les plus efficaces."

Beaucoup d'organisations non-gouvernementales sont impliquées dans les programmes de survie de l'enfant. Dans beaucoup de cas les approches qu'ils utilisent dans leur collaboration avec les agents du Ministère de la Santé et avec les communautés sont innovatrices. Toutefois, le plus souvent il n'existe pas d'information claire sur ces approches, ni sur leurs réussites/points forts ainsi que sur les contraintes rencontrées et les faiblesses dans ces approches. Permettre aux autres ONGs à bénéficier de ces expériences d'approche demande qu'elles soient documentées, analysées et que les enseignements soient tirés.

Le projet BASICS de promotion de la survie de l'enfant a jugé pertinent de regrouper un certain nombre d'ONGs qui oeuvrent dans le domaine de la santé/SE afin d'identifier, à travers leurs expériences, les "stratégies les plus efficaces" relatives à la promotion de la SE.

Dans ce but, un atelier de réflexion a eu lieu du 28-30 avril à Thies, au Sénégal. Cette rencontre a regroupé vingt-et-une personnes représentants et collaborateurs de sept ONGs, à savoir Vision Mondiale, Plan International, Aide et Action, Vredeseilanden/Kolda, TOSTAN, l'Association des Postes de Santé Privés Catholiques du Sénégal, et l'ASBEF. L'objectif de l'atelier a été de susciter le partage d'expérience et la réflexion entre les agents de développement qui sont directement impliqués tous les jours dans les activités de SE avec les communautés et/ou avec les services de santé. La majorité des participants à l'atelier étaient des personnes qui travaillent au niveau opérationnel des programmes de SE. Les participants à l'atelier ont également inclus deux représentants du SANAS/Ministère de la Santé. Leur implication avait comme but aider le MSP à apprendre des expériences des ONGs qui sont en permanence sur le terrain.

L'objectif de cet atelier était de permettre aux ONGs d'analyser les stratégies qu'elles utilisent dans la promotion de la survie de l'enfant, de partager leurs expériences avec les autres ONGs et ensemble d'identifier les "stratégies les plus efficaces."

Ce document contient une synthèse des thèmes de réflexion relatifs aux stratégies de SE débattues lors de l'atelier ainsi que des exemples qui relèvent des expériences des différentes ONGs dans la mise en oeuvre de ces différentes stratégies. Lors de l'atelier la réflexion portait sur trois catégories de stratégies: les stratégies d'appui aux communautés, les stratégies

d'amélioration de la qualité des services au niveau des structures de santé, et les stratégies d'appui aux districts de santé. La majorité des stratégies employées par les ONGs vise la première catégorie, à savoir le niveau communautaire.

Nous espérons que ce document sera utile aux ONGs oeuvrant dans la promotion de la survie de l'enfant ainsi qu'aux agents de développement travaillant avec le gouvernement sénégalais. Ce document présente les conclusions de la réflexion menée par les ONGs sur les "stratégies les plus efficaces" de promotion de la SE. Ces stratégies portent sur trois niveaux d'activité: 1) les stratégies de promotion de la santé au niveau communautaire, 2) les stratégies d'amélioration de la qualité de services au niveau des structures de santé, et 3) les stratégies d'appui aux districts de santé.

II LES STRATEGIES LES PLUS EFFICACES DE PROMOTION DE SURVIE DE L'ENFANT

Evolution dans les Stratégies d'Approche Employées par les ONGs

Les présentations et réflexions menées lors de l'atelier révèlent que la plupart des ONGs participantes à l'atelier sont impliqués dans un processus de redéfinition progressive de leur rôle et leurs stratégies à ces trois niveaux, relatif à leurs approches traditionnelles à la promotion de la santé. Dans les débats menés lors de l'atelier il y avait un consensus que dans le passé les stratégies de SE n'ont pas toujours donné suffisamment d'importance aux perspectives de pérennité de ces mêmes stratégies et que dorénavant l'accent doit être mis davantage sur cette considération. Les discussions ont beaucoup portées sur comment assurer la pérennité des stratégies développées au niveau communautaire et au niveau des structures et agents du MSPAS, pendant et au delà du retrait d'une ONG dans une zone.

A. Les Stratégies de Promotion de la Santé au Niveau Communautaire

Dans la recherche des stratégies communautaires de SE qui ont plus de possibilité d'être pérennisées, les ONGs identifient certaines faiblesses et contraintes associées à leurs approches traditionnelles caractérisées par des stratégies verticales visant l'amélioration de l'état de santé de façon isolée du développement globale de la communauté, un niveau insuffisant de participation et d'implication de la part des communautés, un rôle plutôt directif de la part des agents de développement et des ONGs vis-a-vis des communautés, l'utilisation des outils et techniques de communication et d'éducation qui proposent aux populations des solutions toutes faites à leur problèmes, et des stratégies qui ne sont pas intégrées de façon systématique au programme et aux activités des agents de santé du MSPAS.

A partir d'une analyse de ces faiblesses et contraintes il y avait un consensus au niveau des ONGs réunies à Thies que leurs stratégies doivent mettre davantage l'accent sur les approches basées sur

- l'amélioration de l'état de santé et du développement intégrée des communautés
- l'implication et la responsabilisation des communautés dans leur propre développement
- le rôle des agents de développement et des ONGs comme catalyseur ou facilitateur du développement
- l'utilisation des outils et techniques de communication et d'éducation qui impliquent les populations dans l'analyse et la résolution de leurs propres problèmes
- les stratégies qui cherchent à intégrer et à appuyer les agents de MSPAS dans les programmes de SE

Les interventions de SE au niveau communautaire appuyées par les ONGs portent sur la prévention et promotion de la santé des enfants et la prise en charge des maladies infantiles au sein de la famille et communauté. Les stratégies présentées et analysées lors de l'atelier portent, plus spécifiquement, sur

- l'approche intégrée au développement et santé des communautés
- études communautaires de base pour l'élaboration des activités de SE
- implication des différents acteurs communautaires
- renforcement aux organisations/structures communautaires/comités de santé
- l'utilisation des relais communautaires
- l'autopromotion et responsabilisation de la communauté
- approches participatives de communication/éducation pour la santé
- formation des acteurs communautaires axée sur la mobilisation sociale et la résolution de problèmes
- implication des enseignants et élèves dans la promotion de la survie de l'enfant
- mécanismes de concertation et de suivi continu

1. Approche intégrée au développement et à la santé des communautés

Il est très difficile de promouvoir la SE à partir des interventions verticales et en dehors du développement globale des communautés. Surtout dans les approches qui impliquent des

populations dans l'analyse des problèmes communautaires, il s'avère très difficile ne pas aborder les autres problèmes de développement qui sont connexes à la santé (i.e., l'eau, la sécurité alimentaire, l'amélioration des revenus).

Dans certaines cas les ONGs appuient directement des activités de développement intégré (VE, Vision Mondiale) dont la SE fait parti. Dans d'autres cas (TOSTAN, Plan International), l'ONG aide les communautés à développer des relations avec les agents de développement travaillant dans la zone.

Exemples:

VE/Kolda appuie les communautés dans leur développement socio-sanitaire et économique. Par exemple, ils ont aidé certaines communautés à mettre en place des infrastructures socio-économiques ainsi que les systèmes de gestion des micro-barrages, des périmètres irrigués, des moulins à céréales, des unités de fabrique de briques en terre et de tuiles, etc.

Vision Mondiale: Dans le programme d'appui au développement communautaire intégré de la VM, le point d'entrée aux communautés consiste à satisfaire leur besoin en eau. Par la suite, d'autres activités connexes à la santé sont appuyés telles que les périmètres maraîchers, les boutiques communautaires, les moulins à mil, les presses à l'huile et les batteuses de mil et l'alphabétisation.

2. Etudes communautaires comme base pour l'élaboration des activités de SE

Bien que les études de base ne sont pas systématiquement menées par toutes les ONGs, leur importance est reconnue par toutes. Au début des programmes il est important de recueillir des informations quantitatives aussi bien que qualitatives pour orienter ceux-ci. Ces études devraient inclure des méthodes participatives de collecte d'information dans lesquelles les membres de la communauté sont activement impliqués. Les résultats de telles études devraient être partagés et discutés avec les communautés, ce qui peut également constituer une étape dans le processus d'apprentissage de la part de la communauté.

Exemples:

Plan International: Depuis un certain temps Plan utilise les méthodes accélérées de recherche participatives (MARP) dans les villages qu'ils appuient, soit comme activité préalable à l'initiation d'une activité soit pour revoir les activités en cours. La technique de "l'arbre de problèmes" est souvent utilisée pour aider les communautés à analyser elles-mêmes les racines des problèmes et pour identifier les actions prioritaires à mener pour résoudre ces problèmes.

Vision Mondiale: De façon systématique les études quantitatives (KPC) sont menées dans les communautés impliquées dans le programme de SE. En fonction des résultats de ces études, des petites études qualitatives sont menées sur, par exemple, le planning familial, le palu, etc., dont

les résultats sont utilisés pour orienter les interventions. Aussi bien dans le cas des études quantitatives que qualitatives les résultats sont discutés en forum communautaire afin de dégager avec les agents de santé les stratégies de SE à adopter.

3. Implication des différents acteurs communautaires dans la promotion de la SE

Le plus souvent les programmes de SE visent en priorité, et dans beaucoup de cas exclusivement, les femmes avec de jeunes enfants. Les expériences des ONGs suggèrent qu'il ne suffit pas d'intervenir au niveau des femmes, dans la mesure où le plus souvent les femmes sont fortement influencées par d'autres personnes au sein de la famille et communauté. Les autres acteurs communautaires qui peuvent avoir de l'influence sur elles sont les hommes, les leaders communautaires, les femmes âgées, les enseignants, les élèves dans les écoles, et en cas de maladie les tradipraticiens. Il y avait un consensus entre les participants que de façon générale les leaders et les notables communautaires ont une grande influence dans leurs communauté et qu'il est important qu'ils soient informés et impliqués dans les stratégies de SE.

Concernant l'influence des femmes âgées sur les pratiques liées à la SE, plusieurs études menées récemment dans le pays, sur l'allaitement et la nutrition, suggèrent qu'elles exercent une influence importante sur les jeunes mères. Autour de ce thème, il y avait une vive discussion lors de l'atelier. Certains agents de terrain ont insisté que les femmes âgées et expérimentées jouent un rôle prépondérant dans le domaine de la SE tandis que la majorité des participants ont estimé que leur influence est minime.

Dans une perspective d'impliquer dans les stratégies de SE les différents acteurs communautaires, dans les études de base dans chaque zone il est important d'identifier les catégories d'acteurs communautaires qui ont une influence importante sur les pratiques des mères et d'autres membres des familles.

Exemples:

VE/Kolda: Dans toute activité communautaire les leaders communautaires, à savoir les notables, les chefs de villages, les leaders religieux, sont considérés comme les premiers interlocuteurs. Etant donné leur influence dans les villages, à chaque moment les agents du projet se réunissent avec eux pour demander leur avis et pour susciter leur appui.

Vision Mondiale: Au niveau communautaire les leaders communautaires sont systématiquement consultés et leur appui moral recherché pour toute action. Beaucoup d'attention a été donnée à l'implication des hommes/maris dans les activités de SE. Par exemple, des réunions ont été organisées avec eux pour les expliquer l'importance des consultations prénatales et d'autres activités de SMI. A travers ces activités les hommes se sont montrés très intéressés aux problèmes et réceptifs à donner leur appui.

Aide et Action: Dans le programme de l'Enfant pour l'Enfant, les ressources humaines disponibles au niveau des écoles, les enseignants et les élèves, sont formés et responsabilisés pour mener des actions de SE au niveau de la famille et de la communauté. Par exemple, une fois que les élèves ont appris l'importance de la vaccination et du respect du calendrier vaccinal, chaque élève "adopte" un enfant dans son quartier qu'il suit pour assurer qu'il reçoit la série de vaccins préconisés.

4. Renforcement des organisations locales pour pérenniser des actions de santé communautaire

Dans les perspectives d'impliquer et de responsabiliser les membres de la communauté dans la promotion de la SE de façon pérenne, il est impératif que des structures communautaires soient en place capable de gérer ces activités. L'expérience des ONGs montre que les communautés ne peuvent pas assumer, de façon pérenne, ces responsabilités s'il n'existent pas des organisations locales qui sont suffisamment structurées et capables de planifier, exécuter et évaluer les actions menées en faveur de la SE.

Exemples:

Plan International: Le pilier central dans la stratégie d'appui aux communautés sont les efforts à renforcer la capacité organisationnelle des associations et organisations communautaires. Cet appui consiste à les former et suivre dans la planification et exécution de leurs propres activités de développement. Pour les activités de SE les comités de santé sont appuyés/suivis de façon continue.

TOSTAN: Dans l'approche de TOSTAN la pièce maîtresse de toute action de développement communautaire est le "comité de gestion" qui est une manifestation concrète de la responsabilisation communautaire. Une condition préalable à l'engagement de TOSTAN à travailler avec une communauté est l'existence d'un comité de gestion qui est représentatif de la communauté et qui est formé dans l'analyse de problèmes et dans la planification et l'évaluation des actions communautaires.

5. L'utilisation des relais communautaires

Une stratégie qui est actuellement utilisée de façon très répandue au Sénégal, comme au niveau de la sous-région de l'Afrique de l'Ouest, consiste à utiliser des membres de la communauté comme "relais communautaires" pour transmettre certaines informations aux populations concernant les différents problèmes et programmes de santé. Bien que ces approches sont largement utilisées, y compris par plusieurs des ONGs participantes à l'atelier, la mise en exécution de cette stratégie s'avère plutôt problématique.

Les multiples problèmes liés à ces stratégies ont tendance à diminuer la motivation. Par la suite, le degrés d'implication de ces personnes dans les activités attendue d'eux porte sur la façon dans

laquelle ils/elles sont choisis; aux attentes des relais parfois trop onéreuses; à la formation qu'elles reçoivent, qui souvent porte beaucoup plus sur les contenus techniques que sur les techniques de mobilisation sociale et communication individuelle et de groupe; l'absence d'un système d'appui et de motivation qui relèvent de la communauté; l'absence des mécanismes de coordination entre les comités de santé et les relais; et le manque d'un suivi continu dont la communauté prend une responsabilité.

Beaucoup d'ONGs pensent que les problèmes de motivation des relais peuvent être largement résolus si des activités génératrices de revenus sont mises en place à leur égard. Le problème du manque de motivation dans les activités des relais est certainement complexe et il n'est pas évident que les projets génératrices de revenus peuvent le résoudre de façon pérenne.

Exemples:

ASBEF a un important programme de formation de relais communautaires qui sont chargés, par la suite, à mener des activités d'IEC sur une variété de thèmes de SMI/PF. Les problèmes qui se posent fréquemment sont liés à la démotivation des relais, à l'appui insuffisante qu'ils reçoivent des leaders communautaires et au suivi insuffisant de leurs activités.

PLAN International: Dans leur programme les relais communautaires sont beaucoup utilisés, notamment les leaders communautaires et religieux, les leaders des groupements de femmes et de jeunes pour promouvoir la santé. Généralement ces relais ont donné de bons résultats. Par ailleurs, les relais sont également utilisés pour promouvoir, par exemple, la létrinisement et la lutte contre le paludisme. Avec ces derniers, plusieurs problèmes se présentent liés à leur manque de motivation, au fait que les attentes d'eux dépassent leur capacités, et qu'ils ne sont pas toujours appuyés dans leurs responsabilités par leurs communautés.

6. L'autopromotion et la responsabilisation de la communauté

Les ONGs se rendent compte que l'implication insuffisante de la part des communautés dans la promotion de leur propre santé est dû, d'une part, aux approches trop directives adoptées par les agents de santé et les ONGs. Le but des projets de SE ne devrait pas se limiter à assurer "l'adhésion" des populations aux stratégies proposées par les agents de développement. Plutôt ils doivent chercher à développer un esprit "d'autopromotion" de la part des populations.

Il y avait un consensus parmi les ONGs que la pérennité de n'importe quelle stratégie de SE au niveau communautaire dépendra de la capacité de la communauté d'analyser les propres problèmes de santé, d'identifier ses propres solutions et de s'organiser pour mettre en place des stratégies.

Les stratégies de promotion de la santé de pratiquement toutes les ONGs visent "l'auto-promotion" et "la responsabilisation" des communautés (Vision Mondiale, Plan International,

VE/Kolda) ou des élèves (Aide et Action). Toutefois, avec l'exception de TOSTAN, les autres organisations n'ont pas encore systématisé ces stratégies.

Les stratégies qui visent l'autopromotion de la part des communautés demandent une réorientation des approches à la formation et aux activités de communication et éducation pour la santé relative aux stratégies conventionnelles. Les points sept et huit portent sur les stratégies alternatives de formation et de communication/éducation exigées par cette réorientation.

7. Formation des acteurs communautaires et agents de développement axée sur la mobilisation sociale et la résolution de problèmes

Dans le passé, la formation des acteurs communautaires et des agents de développement a porté surtout sur les éléments techniques de SE. Ce type de formation est pertinent dans une approche directive et "messagiste" de santé. Dans une approche de SE basée sur l'autopromotion de la santé par les communautés appuyées par les agents de développement, la formation reçue par ces deux catégories d'acteurs doit porter davantage sur les processus et techniques de mobilisation et de résolution de problèmes.

Exemples:

Aide et Action: La formation donnée aux enseignants portent sur les thèmes de santé de l'enfant et de l'environnement. Toutefois, dans cette formation beaucoup d'importance est mise sur les méthodes d'organisation et d'appui aux élèves qui, eux-mêmes, doivent prendre des responsabilités pour l'identification des problèmes à aborder et la mise en place des actions pour les résoudre.

TOSTAN: L'approche pédagogique développée par TOSTAN repose sur les principes d'une éducation active des adultes. Leur approche et techniques d'enseignement vise le renforcement des capacités de Réflexion, d'analyse, de prise de décision et d'action des populations.

8. Approches participatives de communication/éducation pour la santé

Dans l'approche classique à la communication et l'éducation pour la santé les causeries éducatives ou d'autres techniques directives sont utilisées pour "faire passer le message" des agents de développement envers les populations. Dans cette approche messagiste, caractérisée par la causerie classique, l'agent de développement décrit un problème et propose une solution. Cette approche ne demande pas aux populations de réfléchir de façon critique sur les problèmes et sur les solutions éventuelles.

Il est impératif d'utiliser d'autres types de techniques de communication et d'éducation pour la santé si l'objectif est de promouvoir l'autopromotion et la responsabilisation des populations. Les ONGs se rendent compte qu'il existe un déphasage entre l'orientation que leurs programmes prennent et les outils de communication dont ils disposent.

Exemples:

Aide et Action utilise des techniques de pédagogie active, aussi bien dans les écoles qu'au niveau communautaire, telles que les contes, les chansons et le théâtre pour impliquer les enfants et leurs parents dans la réflexion active sur les problèmes de santé. L'expérience de cette ONG montre que ces techniques, qui sont à la fois participatives et simples, peuvent être utilisées avec les enfants aussi bien qu'avec les adultes au sein de la communauté.

TOSTAN: Dans le cadre des activités d'EPS qui portent sur les différents thèmes de SMI, TOSTAN applique les techniques d'apprentissage qui demandent aux participants d'analyser des situations réelles, d'envisager des solutions et de s'organiser pour mener des actions. Ces techniques incluent les jeux de rôle, les histoires, les chansons et les jeux.

9. Implication des enseignants et élèves dans la promotion de la survie de l'enfant

Bien que les écoles existent dans beaucoup de communautés, les agents du MSPAS ne perçoivent pas toujours les enseignants et les élèves comme des ressources humaines qui peuvent être impliquées dans la promotion de la santé communautaire. Aide et Action appui le programme de l'Enfant pour l'Enfant dans les écoles qui a comme objectif responsabiliser les enfants dans la promotion de la santé infantile au niveau de l'école, la famille et la communauté.

Dans le programme de l'Enfant pour l'Enfant, l'approche utilisée consiste à activement impliquer les élèves dans un processus d'identification de problèmes de santé, de définition et de mise en oeuvre des actions visant à résoudre ces problèmes.

10. Mécanismes de suivi/évaluation et de concertation périodique avec la communauté

Généralement les ONGs donnent la priorité à l'exécution des activités et beaucoup moins d'attention est donnée au suivi/évaluation et à l'analyse des activités réalisées. Il y avait un consensus entre les ONGs qu'il est important d'organiser des rencontres périodiques de suivi/évaluation avec les populations pour avoir leur 'feedback' sur l'avancement des activités de SE. Toutefois, dans beaucoup d'ONGs des mécanismes de suivi et évaluation périodique de ce genre ne sont pas en place.

Exemples:

Vision Mondiale: Dans le cas de la VM une grande importance est mise sur cet aspect. Dans leur stratégie d'appui aux communautés, dans chaque village, tous les trois mois une réunion de feedback est organisée dans laquelle participent les agents de santé du MSPAS, les leaders et agents de santé communautaire, et le staff de la VM. Ces réunions permettent un échange de point de vue sur les activités menées et à programmer. Ces réunions représentent un des efforts

fait par l'ONG à renforcer le contact et le dialogue entre les agents du MSPAS et les membres de la communauté.

VE/Kolda: Les activités de suivi et d'évaluation ont une place importante dans le programme de VE/Kolda. A travers des contacts réguliers avec les communautés, leur feedback est systématiquement demandé sur les stratégies employées. Par ailleurs, à travers des réunions périodiques du staff de VE, les activités en cours sont analysées de façon continue et des ajustements dans les stratégies faits. En troisième lieu, de façon occasionnelle, les évaluations sont menées par les personnes extérieures à l'ONG qui peuvent donner un regard objectif aux succès et aux contraintes associés aux stratégies adoptées.

B. Les Stratégies D'amélioration de la Qualité de Services au Niveau des Structures de Santé

Les stratégies de SE des ONGs réunies à Thies visent surtout la promotion de la santé et la prise en charge des maladies infantiles au niveau communautaire. Peu de leurs stratégies visent l'amélioration dans la qualité de service au niveau des structures de santé. Par ailleurs, les stratégies de l'Association de Postes de Santé Privés Catholiques du Sénégal (APSPCS) visent surtout les services préventifs et curatifs de santé au niveau des structures.

I. Bon accueil au niveau des structures de santé

Les ONGs, comme les agents de santé de l'état, reconnaissent que la qualité de l'accueil au niveau des structures de santé est un facteur déterminant dans l'utilisation de ces services par les populations. A l'échelle nationale, les populations se plaignent souvent de la qualité de l'accueil fourni au niveau des structures de santé gérées par l'état. Bien que "l'accueil" est inclus dans la formation de toutes les catégories d'agent socio-sanitaire, souvent la pratique fait défaut.

Par ailleurs, des postes de santé gérées par les églises ont la réputation d'offrir une bonne qualité d'accueil. Dans la gestion des postes de santé qui font partie de l'APSPCS, une importance particulière est donnée à l'accueil. Plusieurs facteurs sont identifiés qui sous-tendent la stratégie d'accueil en vigueur dans ces structures de santé:

- a) L'accueil est défini dans un sens large pour inclure la propreté et la beauté des structures par la présence des fleurs, plantes, tableaux, etc.; le climat de discrétion, respect mutuel et de confiance entre les agents de santé et les clients; et la ponctualité des agents.
- b) Dans les activités de formation continue organisées pour le personnel des centres, l'accueil est systématiquement traité en rapport avec tout thème technique abordé.
- c) La qualité de l'accueil offert au niveau de chaque centre est un élément prioritaire de suivi et d'évaluation lors des rencontres de supervision et de concertation

menées au niveau de chaque centre (chaque semaine, tous les 15 jours, et mensuellement).

Les participants dans l'atelier ont suggéré plusieurs mécanismes pour divulguer la stratégie d'accueil des postes de santé.

2. Promotion des farines de sevrage à base des produits locaux

Dans le domaine de la nutrition infantile, autant que possible il est important de faire des propositions nutritionnelles aux populations qui sont basées sur les aliments disponibles localement. Une des stratégies développées par un certain nombre de postes de santé catholiques est la fabrication et promotion des farines de sevrage à base des produits locaux.

Huit farines différentes ont été développées avec l'appui de l'Institut de Technologie Alimentaire à Dakar. Ces farines sont faites avec du mil, du *niébé*, du riz, du maïs, des arachides, du *sanxal*, du sucre et du *kétja*.

A l'heure actuelle la fabrication des farines par les agents de santé est réalisée sur une petite échelle au niveau de plusieurs des postes de santé. L'APSPC souhaite étendre cette stratégie à un plus grand nombre de postes de santé et également développer une stratégie pour constituer des groupements de femmes qui peuvent fabriquer et vendre les farines. En plus du développement des stratégies qui permettraient d'accroître la production des farines de façon pérennisable, l'APSPC souhaite également développer une stratégie pour informer les populations sur l'utilité de ces farines.

Actuellement les stratégies de SE des ONGs participantes à l'atelier visent très peu l'amélioration de la qualité des soins au niveau des structures de santé. A partir des discussions menées lors de l'atelier plusieurs des ONGs envisagent de développer des stratégies dans ce sens.

C. Les Stratégies D'appui aux Districts de Santé

Depuis un certain nombre d'années et dans la plupart des cas, les stratégies d'intervention adoptées par les ONGs reposaient sur des interventions au niveau communautaire qui étaient menées de façon relativement autonome des structures du MSPAS. Lors de l'atelier les participants ont conclu que les ONGs devraient collaborer étroitement avec les équipes de district de santé du MSPAS afin de harmoniser les ressources et efforts, renforcer les compétences du personnel du MSPAS dans les approches de santé communautaire, et accroître les possibilités de pérenniser les stratégies de SE. A partir des expériences des ONGs présentes à l'atelier, plusieurs exemples des stratégies d'appui aux districts de santé ressortent comme stratégies prometteuses.

1. Renforcement des compétences des agents de santé dans les approches de santé communautaire

Jusqu'à présent, les approches de santé communautaire n'ont pas encore été systématiquement intégrées dans les programmes de formation dans les écoles de santé de base. Ces programmes de formation portent surtout sur les soins curatifs et sur les activités de prévention au niveau des structures de santé. Ceci peut expliquer le fait que beaucoup d'agents de santé de l'état travaillant dans les districts et régions du pays n'ont ni des connaissances ni des compétences dans les stratégies de santé communautaire. Les programmes d'appui des ONGs peuvent servir à la fois à renforcer les compétences des membres des communautés et des agents de santé dans l'approche de soins de santé primaires basée sur un partenariat entre ces deux types d'acteurs.

Exemples:

Les deux ONGs qui ont plus développé des stratégies d'appui au personnel de santé dans ce sens sont Vision Mondiale et Plan International.

Vision Mondiale: Dans le programme d'appui de la VM un objectif explicite vise le renforcement des compétences du personnel du MSPAS dans les approches communautaires de SE. A travers leur appui, l'ONG cherche à augmenter le contact et dialogue entre les agents de santé et les communauté, et à encourager les agents de santé à adopter des approches participatives dans la collaboration avec les membres des communautés basées sur le respect des opinions et priorités de ceux-ci. Un processus de réflexion et d'apprentissage continu est suscité par l'ONG à travers des fréquentes réunions de concertation dans lesquelles des expériences vécues avec les communautés sont analysées et des enseignements systématiquement tirés.

2. Collaboration avec les agents de développement des différents secteurs

Dans l'esprit des soins de santé primaires, la promotion de la santé doit se faire à travers une collaboration parmi les agents de santé, d'autres agents de développement travaillant dans les différents secteurs, les leaders locaux, etc. Les ONGs ont fortement souligné l'importance de la collaboration entre les agents du MSPAS et les agents d'autres secteurs, notamment de l'agriculture, l'éducation et de l'hydraulique rural, et avec d'autres ONGs travaillant dans la même zone.

Exemple:

Vision Mondiale: Dans l'optique d'impliquer les agents de développement des différents secteurs dans le développement global des communautés, la VM implique systématiquement les agents des centres expansives ruraux polyvalents (CERP).

Plan International: Dans certains bureaux de l'ONG dans les régions, ils ont commencé à collaborer avec les techniciens d'autres secteurs, notamment ceux qui dépendent du Ministère de

l'Intérieur (Développement à la Base) dans la réalisation de certaines activités au niveau communautaire. L'objectif de cette collaboration avec d'autres secteurs visent la pérennité des appuis aux communautés.

APPENDIX D
Burkina Faso: Les Stratégies de Promotion de Survie de l'Enfant
les plus Efficaces des ONGs (PVO Best Practices)

**LES STRATÉGIES DE PROMOTION DE SURVIE DE L'ENFANT LES PLUS
EFFICACES DES ONGS AU BURKINA FASO
(PVO BEST PRACTICES)**

BASICS/Dakar

mai 1997

Judi Aubel, PhD, MPH

ABRÉVIATIONS-ANNEXE D

ABEPE	Association Burkinabé de l'Enfant pour l'Enfant
AME	allaitement maternel exclusif
APAIB	Association Pour la Promotion de l'Alimentation Infantile Burkinabé
BASICS	Projet de Promotion de la Survie de l'Enfant
EPE	Enfant pour l'Enfant
FDC	Fonds pour le Développement Communautaire (Save the Children/USA)
IEC	Information, Education et Communication
ONG	Organisation non-gouvernementale
PPI	Planned Parenthood International
SCF/Pays Bas	Save The Children/Holland
SE	Survie de l'Enfant

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, beaucoup de ressources sont investies dans les programmes de survie de l'enfant (SE) qui ont comme but diminuer la morbidité et la mortalité infantile. Dans certains cas les évaluations de ces programmes ont été menées, cependant, dans la plupart des cas l'évaluation de ces exercices s'est limitée aux analyses quantitatives des activités menées. Peu d'attention a été donnée à documenter et à analyser les méthodologies d'approche utilisées afin d'identifier les "stratégies les plus efficaces."

Beaucoup d'organisations non-gouvernementales sont impliquées dans les programmes de survie de l'enfant. Dans beaucoup de cas ils utilisent des approches innovatrices dans leur collaboration avec les agents du Ministère de la Santé et avec les communautés. Toutefois, le plus souvent il n'existe pas d'information claire sur ces approches, ni sur leurs réussites/points forts ainsi que sur les contraintes rencontrées et les faiblesses dans ces approches. Permettre aux autres ONGs à bénéficier de ces expériences d'approche demande qu'elles soient documentées et analysées et que les enseignements soient tirés.

Le projet BASICS de promotion de la survie de l'enfant a jugé pertinent de regrouper un certain nombre d'ONGs qui oeuvrent dans le domaine de la santé/SE afin d'identifier, à travers leurs expériences, les "stratégies les plus efficaces" relatives à la promotion de la SE.

Dans ce but, un atelier de réflexion a eu lieu du 23-25 avril à Koudougou. Cette rencontre a regroupé vingt deux personnes représentants et collaborateurs de sept ONGs, à savoir: Plan International, l'Association pour la Promotion de l'Alimentation Infantile Burkinabé (APAIB), Save the Children/Pays Bas, Save the Children/USA, Femmes et Santé, les volontaires du Corps de la Paix Américain avec leurs homologues du Ministère de la Santé, AFRICARE, et MWANGAZA.

L'objectif de l'atelier a été de susciter le partage d'expérience et la réflexion entre les agents de développement qui sont directement impliqués tous les jours dans les activités de SE avec les communautés et avec les services de santé. La majorité des participants à l'atelier étaient des personnes qui travaillent au niveau opérationnel des programmes de SE. L'atelier avait comme objectif permettre aux ONGs d'analyser les stratégies qu'elles utilisent dans la promotion de la survie de l'enfant, de partager leurs expériences avec les autres ONGs et ensemble d'identifier les "stratégies les plus efficaces."

Ce document contient une synthèse des thèmes de réflexion relatifs aux stratégies de SE débattues lors de l'atelier ainsi que des exemples qui relèvent des expériences des différentes ONGs dans la mise en oeuvre de ces différentes stratégies. Lors de l'atelier la réflexion portait sur deux catégories de stratégies: les stratégies d'appui aux communautés, et les stratégies d'appui aux équipes de districts de santé. La majorité des stratégies employées par les ONGs vise la première catégorie, à savoir le niveau communautaire. Nous espérons que ce document sera utile aux ONGs oeuvrant dans la promotion de la survie de l'enfant ainsi qu'aux agents de développement travaillant avec le gouvernement burkinabé.

LES STRATÉGIES LES PLUS EFFICACES DE PROMOTION DE SURVIE DE L'ENFANT

Ce document présente les conclusions de la réflexion menée par les ONGs lors de l'atelier BASICS sur les "stratégies les plus efficaces" de promotion de la SE. Ces stratégies portent sur deux niveaux d'activité: 1) les stratégies de promotion de la santé au niveau communautaire, et 2) les stratégies d'appui aux districts de santé.

Les stratégies discutées lors de l'atelier sont regroupées comme "stratégies prometteuses", c'est-à-dire celles qui sont déjà utilisées par les ONGs et qui semblent être efficaces et qui doivent être documentées et analysées davantage avant de les disséminer; les "stratégies à renforcer," celle qui sont déjà utilisées mais qui doivent être fondamentalement repensées et réorientées; et les "stratégies à développer", celles qui étaient identifiées par les participants comme étant importantes à développer et expérimenter dans l'avenir. Pour illustrer chaque type de stratégie, quelques exemples sont cités à partir des expériences des ONGs présentes à l'atelier.

Evolution dans les stratégies d'approche employées par les ONGs

Les présentations et discussions menées lors de l'atelier révèlent que l'ensemble des ONGs est impliqué dans un processus de réflexion et de redéfinition progressive de leur rôle et leurs stratégies à ces deux niveaux, relatif à leurs approches traditionnelles à la promotion de la santé. Dans les débats menés lors de l'atelier il y avait un consensus que dans le passé les stratégies de SE n'ont pas toujours donné suffisamment d'importance aux perspectives de pérennité de ces mêmes stratégies et que dorénavant l'accent doit être mis davantage sur cette considération. Les discussions menées ont beaucoup portées sur comment assurer la pérennité des stratégies développées au niveau communautaire et au niveau des structures et agents du MSPAS, pendant et au delà du retrait d'une ONG.

I. LES STRATÉGIES D'APPUI AUX COMMUNAUTÉS

A. Implication des Différents Acteurs Communautaires: L'approche Systémique

Une première dimension clé des programmes et projets de SE débattue lors de l'atelier est celle des catégories de personnes ou groupes cibles qui doivent être impliquées dans ces programmes. Evidemment, celles-ci constituent des pierres maîtresses de n'importe quelle stratégie et elles doivent être judicieusement choisies.

Au Burkina Faso, comme dans d'autres pays, le plus souvent les stratégies de SE visent surtout les mères des jeunes enfants. A travers des discussions, les participants ont conclu que les attitudes et pratiques des mères sont fortement influencées par d'autres personnes dans le contexte familial et communautaire. Il y avait un consensus au niveau du groupe que dans les programmes de SE une approche "systémique" doit être adoptée dans laquelle les différents

acteurs communautaires qui influencent la survie des enfants sont identifiés et les stratégies qui cherchent à renforcer leur influence développées.

Dans cette perspective, les participants ont d'abord identifié les acteurs communautaires qu'ils impliquent déjà dans leurs stratégies de SE à savoir, les mères de jeunes enfants, les leaders communautaires, les hommes et les associations de femmes. Ils ont également identifiés d'autres acteurs communautaires importants qui, auparavant, n'ont pas été systématiquement impliqués dans ces stratégies, à savoir les *yaabas*, ou grand-mères, les tradipraticiens, et les enseignants et élèves dans les écoles.

A partir des discussions menées lors de l'atelier, l'influence de chacun de ces groupes sur la SE est décrite ainsi que les stratégies employées pour les impliquer. Les enseignements tirés relatifs aux stratégies avec chaque groupe, déjà expérimentées ou à développer, sont présentées.

1. Les leaders communautaires: une stratégie à renforcer

Toutes les ONGs reconnaissent l'autorité et l'influence des leaders communautaires auprès des populations burkinabés et toutes les impliquent d'une façon ou d'une autre dans leurs programmes de santé communautaire. Même si les leaders ne s'occupent pas directement des enfants au niveau familial, leur influence sur les mères et familles peut être importante relative aux attitudes et pratiques familiales liées à la SE. Les participants ont conclu, "Compte tenu de l'influence des leaders, ils doivent être informés et impliqués pour assurer une bonne mobilisation de la population."

Exemples:

AFRICARE: Dans l'évaluation de mi-parcours du projet de SE il était signalé que les leaders communautaires n'était pas impliqués dans les activités du projet de façon active. Dans la deuxième phase du projet, beaucoup plus d'accent a été mis sur des contacts individuels avec eux et sur des séances d'information et de concertation avec eux. La plupart des leaders se sont montré réceptifs à ces actions et ont commencé à prendre, par la suite, plus d'initiative pour appuyer des activités du projet.

SCF/PAYS BAS: Dans le cadre du programme de SSP appuyé par SCF/Pays Bas, les leaders sont les interlocuteurs officiels entre les populations et les techniciens du MSP. Ils constituent des partenaires privilégiés qui sont systématiquement informés et impliqués dans les différentes activités. Dans l'esprit d'autopromotion communautaire, les leaders assurent la mobilisation et l'engagement de la communauté aux activités planifiées conjointement avec elle ainsi que le suivi de ces activités.

Point de synthèse

Il y avait un consensus qu'il est impératif d'impliquer les leaders communautaires dans les programmes de SE pour avoir un plus grand impact dans le court terme au niveau de la communauté et pour assurer la pérennité des actions. Toutefois, elles ont conclu qu'il est nécessaire de renforcer les stratégies visant les leaders communautaires pour les fournir avec les informations et les compétences nécessaires pour pleinement jouer le rôle de catalyseur et coordinateur des actions communautaires de SE dans l'esprit des SSP.

2. Les hommes: une stratégie à renforcer

D'autres acteurs communautaires qui n'ont pas toujours étaient systématiquement impliqués dans les programmes de santé infantile sont les hommes. Toutefois, dans les analyses faites lors de l'atelier les participants ont conclu que les hommes jouent un rôle, parfois indirect, sur la santé et bien-être des enfants et qu'il est important de les informer et les mobiliser pour que leur rôle soit aussi positif que possible dans ce domaine.

Exemples:

AFRICARE: Dans le cadre du projet de SE les hommes ont été impliqués dans certaines activités d'éducation pour la santé. D'après le staff du projet, ces efforts ont eu un impact positif sur le comportement des hommes qui, par exemple, ont augmenté leurs contributions pour l'achat des aliments nécessaires pour la préparation des bouillies enrichies, qui participent maintenant à amener leurs enfants aux séances de vaccination, ou qui, pour la première fois, acceptent de s'occuper de leurs enfants quand leur femme est absente. L'intérêt que les hommes semblent porter est révélé par le fait que lors de l'évaluation finale du projet beaucoup d'hommes interviewés ont dit qu'ils auraient souhaités être encore plus impliqués dans les activités organisées dans le cadre du projet.

FEMMES ET SANTÉ: Dans le programme Femmes et Santé, les hommes constituent un des quatre groupes cibles dans la mesure où ils ont une influence sur les différents aspects de santé maternel et infantile. Dans les activités éducatives, on demande aux hommes d'analyser les problèmes de santé et de bien-être de la famille et de réfléchir aux solutions à ces problèmes en terme des rôles et responsabilités des différents membres de la famille. Les hommes se sont montrés réceptifs à ces activités.

Points de synthèse

Comme avec d'autres acteurs communautaires qui n'ont pas été systématiquement impliqués dans les programmes de santé dans le passé, les participants ont conclu que les stratégies de SE ont généralement négligé le rôle actuel et potentiel que les hommes peuvent jouer dans la promotion de la SE. Etant donné les pouvoirs économiques et de décision dont l'homme jouit, et la réceptivité des hommes décrite par certaines ONGs, cette stratégie est à renforcer.

3. Les *yaabas*: une stratégie à développer

De façon générale, dans la société burkinabé les personnes âgées sont respectées et leurs conseils sont écoutés. Ces personnes ont la responsabilité de transmettre des valeurs et pratiques prioritaires dans la société relatifs aux différents aspects de la vie à la prochaine génération. Dans le domaine de la santé, c'est surtout les femmes âgées, les *yaabas*, qui sont expérimentées et consultées par les plus jeunes femmes pour les questions de santé infantile.

Dans le passé, cependant, les *yaabas* ont rarement été impliquées dans les stratégies de SE. Parmi les participants, il y avait un large consensus que les *yaabas*, surtout en milieu rural, sont les personnes "qui ont le plus d'influence sur la survie des enfants" au niveau familial et communautaire. Cette influence relève de leur âge, de leur expérience dans le domaine des soins des enfants et de leur disponibilité pour s'occuper des enfants aux moments de bonne santé et de maladie.

Exemples:

APAIB/WINS/FDC-USA: En 1994, une étude a été menée par l'APAIB, FDC et WINS, dans la province de Bazega, sur les pratiques nutritionnelles liées à la mère et à l'enfant. L'étude a révélé que les *yaabas* ont une influence importante sur les pratiques associées à la nutrition à travers les conseils qu'elles donnent relatifs, par exemple, au colostrum, au moment propice pour l'introduction des aliments de sevrage, à l'alimentation de la femme enceinte, et aux soins des enfants en cas de diarrhée et de fièvre. L'étude a conclu qu'il serait judicieux d'impliquer les *yaabas* dans toute intervention visant la nutrition maternelle et infantile.

AFRICARE: Dans le cadre du Projet Survie de l'Enfant à Ganzourgou, les femmes âgées ont été impliquées dans la stratégie de promotion du colostrum. Les études CAP auprès des jeunes femmes ont montré l'attitude prédominante qu'il fallait jeter le colostrum. Par la suite, une étude qualitative a été menée auprès des vieilles et jeunes femmes pour comprendre davantage ces attitudes. Cette étude a révélé les attitudes négatives des femmes âgées relatives au colostrum et également leur influence dans ce domaine. A partir de ces résultats, le projet a décidé de mener des activités d'éducation pour la santé avec les femmes âgées. Les agents du projet pensent qu'il y a eu des changements d'attitude au niveau des *yaabas* comme conséquence de ces activités, et par la suite au niveau des jeunes femmes.

Point de synthèse

Au niveau de l'atelier, toutes les ONGs qui sont impliquées dans les interventions au niveau communautaire étaient de l'avis que les *yaabas* constituent des acteurs clés dans le domaine de la promotion de la SE qui devraient être prises en compte dans leurs stratégies dans l'avenir.

4. Les tradipraticiens: une stratégie à développer

Il y avait un consensus entre les participants que dans la société traditionnelle, et d'une large mesure dans la société actuelle, les tradipraticiens sont systématiquement consultés en cas de maladie. D'après eux, ces personnes ont toujours été considérées comme des personnes ressources pour les questions de santé, actives surtout en milieu rural mais également en milieu urbain. Par ailleurs, dans le passé, au niveau du pays, il y a eu peu de contact et de collaboration entre les tradipraticiens et les agents de santé du secteur formel de santé.

Exemples:

CORPS DE LA PAIX AMÉRICAIN avec LES AGENTS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ:
Dans l'aire sanitaire de Sawana, une équipe composée d'un volontaire américain et d'un chef de poste, a menée une étude communautaire qui a révélé qu'en cas de diarrhée la plupart des familles amène leurs enfants en premier lieu chez les tradipraticiens. Le traitement prescrit par les tradipraticiens repose sur les remèdes traditionnels et n'inclut pas la réhydratation de l'enfant. A partir de cette information, ils ont décidé d'essayer d'établir une collaboration avec les tradipraticiens afin de les encourager à promouvoir la réhydratation par voie orale. A Sawana, le chef de poste avait déjà établi des liens avec les tradipraticiens dans la zone, ce qui a beaucoup facilité le contact avec eux. Une session de formation a été organisée avec un groupe de tradipraticiens sur la diarrhée et la RVO. Les résultats préliminaires de cette stratégie sont positifs. Les tradipraticiens ont participé activement dans la formation, et ils commencent à conseiller aux mères d'utiliser la RVO et d'envoyer aux centres de santé les cas de déshydratation avancée. Vu la réceptivité des tradipraticiens, les possibilités de les former sur d'autres thèmes de santé, tel que la nutrition et le SIDA, sont en étude.

SAVE THE CHILDREN/Pays Bas: Dans les études du milieu menées dans le cadre du programme de SSP à Barsalogo, les tradipraticiens étaient définis comme un des groupes à cibler. Ces études ont révélé le rôle important joué par ces personnes dans le domaine de la santé communautaire. Des activités structurées et continues avec les tradipraticiens n'ont pas encore été développées.

Point de synthèse

Il y avait un consensus parmi les participants dans l'atelier qu'ils devraient chercher à établir des contacts et la collaboration avec les tradipraticiens. Le groupe a conclu, "Ils bénéficient de la confiance de la communauté et pour cette raison constituent des personnes ressources incontournables dans la promotion de la SE."

5. Les associations et groupements de femmes: une stratégie à renforcer

Dans les discussions lors de l'atelier concernant les différents acteurs communautaires à viser dans les stratégies de promotion de la SE, les femmes elles-mêmes ressortent toujours comme

des partenaires clés. Dans une perspective de pérenniser des stratégies de promotion de la SE, les efforts doivent être focalisés sur les groupements, les associations, les réseaux de femmes afin d'accroître leurs connaissances et compétences à s'auto-gérer. Toutefois, entre la théorie et la pratique, il faut reconnaître qu'il n'est pas facile d'assurer qu'à long terme les groupements vont avoir les compétences ou la motivation à s'organiser et à promouvoir des questions de santé au niveau communautaire.

Exemples:

FEMMES ET SANTÉ: Dans la stratégie de Femmes et Santé, les activités d'IEC sont menées en priorité avec les groupements et associations existantes de femmes. Au lieu de créer de nouveaux groupements, la stratégie consiste à travailler avec les groupements existants afin de renforcer leurs compétences dans l'analyse de problèmes et dans la recherche des solutions.

FDC/USA: Dans les stratégies de promotion de la SE dans la zone de Saponé, FDC identifie des groupements naturels de femmes et appuie les leaders de ces groupements à travers la formation et le suivi continu. Chaque groupement choisit ses propres leaders dont les rôles sont définis en collaboration avec eux. Ces femmes, issues du milieu, jouissent de la confiance des autres femmes et peuvent les influencer. Toutefois, à long terme le problème de motivation de ces leaders se posent souvent.

APAIB: Dans le cadre de la promotion de l'allaitement maternel exclusif (AME), l'APAIB a développé une stratégie qui consiste à créer des groupes de soutien pour l'AME. Cette stratégie est basée sur l'idée que les femmes qui ont réussi à faire de l'AME peuvent servir comme personnes ressources auprès d'autres femmes qui s'y intéressent. Dans ce cas les réseaux ou groupements sont créés, composés de femmes enceintes et allaitantes, parfois accompagnés de leurs maris. Cette stratégie les fournit avec un appui psychologique accompagné de la technique nécessaire pour qu'elles puissent réussir dans cette nouvelle démarche.

Point de synthèse

Pratiquement toutes les ONGs participantes impliquent les groupements, associations ou réseaux de femmes dans la promotion de la SE. Ces structures sont certainement des ressources communautaires intéressantes et constituent des exemples concrets de la participation communautaire dans la promotion de la santé. Toutefois, il y avait un consensus que le problème de motivation, à long terme, des leaders de tels groupements reste entier. L'efficacité et la motivation de ces leaders dépend de la façon dans laquelle ils sont choisis, du suivi fait et certainement d'autres facteurs. Comment assurer leur motivation reste problématique et devrait être analysé et débattu davantage dans l'avenir.

6. Les enseignants et les élèves: une stratégie à renforcer

Dans une analyse des ressources humaines au niveau communautaire qui peuvent être impliquées dans la promotion de la SE, les écoles apparaissent comme ressources potentielles. Dans l'esprit des SSP, les enseignants et les élèves sont indiqués comme partenaires éventuels des techniciens de la santé dans la promotion de la santé communautaire. Les écoles existent dans beaucoup de communautés mais jusqu'à présent cette ressource a été peu exploitée dans les programmes de SSP.

Exemple:

PPI & ABEPE (Plan Parenthood International et L'Association Burkinabé de l'Enfant pour l'Enfant): PPI donne son appui à l'ABEPE dans la mise en place et suivi du programme d'Enfant pour l'Enfant (EFE) dans les écoles. Cette approche se base sur l'idée que les enseignants et les élèves peuvent constituer des personnes ressources dans la promotion de la santé au sein de l'école et dans la communauté. L'approche cherche à capitaliser le rôle que la société assigne aux enseignants et de transformer les élèves en agents de changement au niveau de l'école, dans la famille et dans la communauté.

L'approche EFE implique les élèves dans l'analyse des problèmes de santé, et les responsabilise pour mener et suivre des actions de promotion de la santé à l'école, dans la famille et dans la communauté. Des actions au niveau de l'école portent, par exemple, sur l'administration des petits soins aux autres enfants, à la promotion de l'hygiène et l'assainissement ou à l'embellissement de l'école et ses alentours. Au niveau communautaire les élèves mènent des actions comme, par exemple, l'adoption d'un enfant voisin dans le but d'aider la mère de l'enfant à suivre son carnet vaccinale pour assurer la vaccination complète.

Point de synthèse

Il y avait un consensus parmi les participants que les écoles constituent une ressource qui devraient être mobilisée dans le cadre des stratégies communautaires de SE. L'approche utilisée par EPE sert d'exemple de comment les activités de promotion de la santé peuvent être intégrées dans les écoles.

B. L'utilisation des Volontaires Communautaires: une Stratégie à Renforcer

Dans le cadre des programmes de SSP, l'utilisation des volontaires communautaires, pour la réalisation de certaines tâches de promotion de la santé, est courante au Burkina comme dans les autres pays de la sous-région. Pratiquement toutes les ONGs participantes à l'atelier utilisent des volontaires communautaires d'une façon ou d'une autre. Cette stratégie repose sur l'idée que ce sont des ressources humaines disponibles qui peuvent aborder facilement d'autres membres de

leurs communautés. Toutefois, la fiabilité de ces stratégies n'est pas assurée à court terme et encore moins à long terme.

Les problèmes liés à l'utilisation des volontaires communautaires rencontrés par les différentes ONGs se ressemblent. Le problème principal est celui du manque de motivation de la part des volontaires à mi-terme et à long-terme. D'après les participants, ce problème est lié à plusieurs facteurs, à savoir 1) les critères de choix des volontaires ne sont pas toujours appropriés à la tâche qu'ils doivent réaliser; 2) parfois le choix des volontaires n'est pas fait réellement par la communauté, le groupement, etc., et comme conséquence le sens d'appropriation n'existe pas; 3) parfois le rôle des volontaires n'est pas défini à travers un dialogue avec la communauté ou groupement et peut ne pas correspondre à leurs besoins ou attentes; 4) la communauté ou groupement assure rarement un suivi continu de ces personnes; et 5) d'habitude la communauté ou groupement n'a pas un système cohérent et continu de motivation et/ou de rémunération des volontaires.

Point de synthèse

L'idée maîtresse exprimée par les participants concernant les différents facteurs qui ont tendance à diminuer la motivation des volontaires à "servir leur communauté" relève du fait que ces stratégies de volontariat sont imposées de l'extérieur par les programmes et projets et/ou trop de décisions sont prises par ces mêmes personnes de l'extérieur dans la mise en place de ces stratégies. Le groupe est arrivé à la conclusion qu'il est nécessaire de revoir ces stratégies afin d'adopter une approche où, à toutes les étapes d'élaboration, la mise en place et suivi et la prise de décision et de responsabilité relèvent des membres de la communauté ou groupement.

C. L'approche aux Communautés—la Responsabilisation et L'autopromotion: une Stratégie à Renforcer

Au niveau communautaire, une deuxième dimension clé des programmes et projets de SE porte sur l'approche utilisée avec les différents acteurs communautaires. Est-ce que c'est une approche directive où les priorités sont définies et les décisions et responsabilités sont prises par les agents techniques ou est-ce que c'est une approche qui vise la participation active des communautés dans la définition de leurs propres priorités et la prise de responsabilité par ces acteurs communautaires?

Dans une perspective d'un développement durable, les ONGs participantes à l'atelier ont fortement appuyé l'importance d'adopter la deuxième approche qui vise la responsabilisation de la communauté dans l'autopromotion de la santé. Il y avait un consensus entre les ONGs que la pérennité de n'importe quelle stratégie de SE au niveau communautaire dépendra de la capacité de la communauté d'analyser ses propres problèmes de santé, d'identifier ses propres solutions et de s'organiser pour mettre ces stratégies en place. Evidemment, opérationnaliser ces concepts est plus difficile que les énoncer. Les différentes ONGs sont aux stades différents d'évolution vers la réalisation de cet objectif.

Exemples:

SCF/PAYS BAS: Dans la stratégie d'appui au programme de SSP de SCF/Pays Bas, le concept d'autopromotion communautaire est défini comme "se prendre en charge." A toutes les étapes du processus, les acteurs communautaires sont impliqués dans l'analyse de problèmes et de solutions alternatives, ainsi que dans la prise de décision relative aux actions à prendre. Leur implication dans la planification au niveau local constitue "un engagement effectif de la population dans la résolution de leurs propres problèmes de santé."

Point de synthèse

Toutes les ONGs cherchent à promouvoir la pleine participation et responsabilisation des communautés dans les différentes phases d'élaboration et de mise en place des stratégies de santé communautaire. Par ailleurs, elles ont toutes exprimé le souhait de renforcer leur propres connaissances et compétences relatives aux techniques participatives d'analyse de problèmes, aux techniques participatives de communication/éducation pour la santé, à la formation des agents de santé et des acteurs communautaires en mobilisation communautaire basée sur la résolution de problèmes, et aux techniques participatives de suivi et évaluation.

D. La Formation des Acteurs Communautaires—Approche Directive Ou Participative?: une Stratégie Prometteuse

L'impact de n'importe quelle formation dépend beaucoup de l'approche pédagogique employée. Dans l'approche classique, directive, les participants apprennent à être passifs et à répéter les informations et idées présentées. Dans les programmes de SSP qui cherchent à développer un esprit d'autopromotion communautaire basée sur l'implication active des membres de la communauté, les approches traditionnelles ne sont pas appropriées. Plutôt, ceci demande des approches participatives de formation où les participants sont appelés à réfléchir eux-mêmes sur leur situation, problèmes, priorités et solutions, et de s'organiser en conséquence.

Exemple:

MWANGAZA: MWANGAZA est une ONG spécialisée dans la formation qui travaille beaucoup, avec d'autres ONGs et avec le gouvernement, en appui aux stratégies de mobilisation sociale dans le cadre du programme de SSP. L'approche pédagogique utilisée par MWANGAZA relève de l'éducation des adultes et l'apprentissage par expérience. Par rapport aux méthodes classiques de formation, les approches qu'ils utilisent demandent l'implication active des acteurs communautaires dans la définition de leur propres priorités et stratégies pour les atteindre. Dans leur approche, tous les acteurs communautaires sont impliqués dans la réflexion, la prise de décision et l'engagement de la communauté à suivre une orientation ou l'autre dans la promotion de sa propre santé. L'utilisation de cette approche prend du temps, mais les résultats observés suggèrent qu'elle contribue à la mobilisation et à l'engagement effectif des communautés à leur propre plan de développement.

Point de synthèse

Il y avait un consensus parmi les participants que l'approche classique, directive à la formation n'est pas adéquate pour promouvoir l'autopromotion communautaire, et qu'une approche participative basée sur l'éducation des adultes est nécessaire. Cette option demande que les agents des ONGs et le gouvernement aient de nouveaux outils et compétences pour les permettre d'utiliser cette approche de façon efficace.

E. Méthodes Participatives de Communication/éducation pour la Santé: une Stratégie Prometteuse

Dans l'approche classique à la communication et à l'éducation pour la santé les causeries éducatives, ou d'autres techniques directives, sont utilisées pour "faire passer le message" des agents de développement envers les populations. Dans cette approche l'agent de développement décrit des problèmes et propose des solutions. Cette approche ne demande pas aux populations de réfléchir de façon critique sur les problèmes et sur les solutions éventuelles.

Dans une perspective d'autopromotion communautaire, où les populations doivent analyser leur propres problèmes et rechercher leurs propres solutions, l'approche utilisée devraient demander la participation réelle des populations. Cette deuxième approche à la communication implique l'utilisation d'autres types d'activités et de matériel tels que les chansons, les contes, les sketches, les poèmes et les jeux.

Lors de l'atelier il y avait un consensus que le plus souvent les activités et matériel de communication utilisés relèvent de l'approche traditionnelle ou directive de communication. Les participants ont exprimé le sentiment qu'il est important d'explorer d'autres types d'activités et de matériel qui sont à la fois simples et participatifs.

Exemples:

FEMMES ET SANTÉ: Dans le cadre de ses activités d'IEC avec les groupements et associations communautaires, Femmes et Santé a expérimenté avec l'utilisation d'une variété de matériel éducatif qui peut être utilisé de façon participative, notamment les chansons, les poèmes et le théâtre-forum. Ce matériel est développé parfois par les formateurs et parfois par les membres des groupes cibles communautaires et les communautés sont très réceptives à ce type de matériel d'IEC. Le programme espère développer ce matériel davantage et le diffuser entre les provinces, et sur les médias locaux ou national.

ABEPE/PPI: Dans le cadre des activités d'éducation pour la santé dans les écoles, les méthodes participatives de communication sont beaucoup utilisées, notamment des chansons, des contes, des ballets, du théâtre et des sketches. Le plus souvent ce matériel est développé par les enseignants ou par les élèves eux-mêmes et par la suite, c'est également eux qui utilisent ce

matériel pour animer des séances d'éducation pour la santé à l'école comme au niveau de la communauté.

Points de synthèse

Les participants à l'atelier ont conclu que les approches participatives et simples de communication doivent être privilégiées dans l'avenir. Les chansons, les ballets, le théâtre et les poèmes sont des méthodes actives et culturellement appropriées de mobilisation et de sensibilisation qui peuvent être utilisées pour promouvoir des thèmes de SE. Ce type de matériel est relativement simple à développer et peut être facilement utilisé par les membres de la communauté eux-mêmes dans l'autopromotion de la santé.

F. Etudes Communautaires de Base pour L'élaboration des Activités de SE : une Stratégie Prometteuse

La collecte d'information de base au niveau des communautés devraient servir à connaître les réalités communautaires afin de mieux orienter les stratégies de santé mises en place. Ces informations peuvent servir plus tard pour évaluer l'avancement des actions et l'évolution dans les problèmes. Pour comprendre les attitudes, les croyances et les pratiques des communautés, les informations qualitatives sont plus indiquées. La collecte de n'importe quel type d'information demande certains connaissances et compétences techniques.

Exemples:

SCF/Pays Bas: Dans l'appui fourni par SCF/Pays Bas dans le cadre du programme de SSP dans les provinces du Bam, Namentenga et Sanmatenga, l'étude du milieu est une activité initiale importante dans les interventions communautaires. Dans cette étude toutes les catégories d'acteurs communautaires sont interviewés pour connaître leur points de vue sur le village et sur les problèmes prioritaires à résoudre. Une fois les informations recueillies, des réunions communautaires sont organisées pour discuter les résultats. Cette information sert comme base pour la planification des activités à réaliser.

AFRICARE: Dans le projet de SE d'AFRICARE, plusieurs types d'information étaient recueillies au début et lors de l'exécution du projet. Une étude CAP était menée, sur les différents volets de SE développés dans le projet, auprès des mères de jeunes enfants au début, au milieu et à la fin du projet. Celle-ci a permis à orienter le projet au départ et à évaluer à la fin. Au cours de l'exécution du projet, quelques études qualitatives, sur le colostrum et sur le planning familial, ont été menées dont les résultats ont permis à développer des stratégies d'éducation pour la santé.

54

Point de synthèse

Les ONGs participantes partageaient l'avis que l'élaboration des stratégies de SE devraient être basée sur la collecte préalable d'information de base sur la situation, les problèmes, les avis des différents acteurs communautaires, etc. L'utilité des informations qualitatives aussi bien que quantitatives est reconnue par tout le monde également. Toutefois, ces types d'information ne sont pas toujours recueillis. Les participants souhaiteraient avoir davantage d'outils de collecte d'information, surtout pour la collecte d'information qualitative, avec laquelle ils ont moins d'expérience.

G. L'évaluation Périodique des Activités et Stratégies: une Stratégie à Renforcer

Les participants étaient tous de l'avis que l'évaluation périodique des activités et des stratégies est importante aux différents niveaux du programme. Cependant, les activités d'évaluation ne sont pas systématiquement intégrées dans les programmes et projets appuyés par ces organisations. Toutefois, il y a des exemples intéressants d'activités évaluatives.

Exemples:

FDC/USA: Dans le projet de SE de cette ONG, des réunions annuelles de retro-information sont organisées au niveau communautaire. Cette activité regroupe les acteurs communautaires, les agents de développement des différents secteurs ainsi que les représentants de l'administration locale. Lors de ces réunions les données sur les différents volets du programme de SSP sont présentées pour que les tendances par rapport aux années précédentes peuvent être appréciées. Les réalisations, les insuffisances et contraintes sont discutées ainsi que les actions programmées pour renforcer les acquis. La population joue un rôle central dans cette activité et elle permet aux agents des différents secteurs de se mobiliser autour des mêmes objectifs. Toutefois, l'évaluation finale du projet FDC suggère que ce type de réunion soit organisée plus qu'une fois par an.

AFRICARE: Dans le projet de SE, deux évaluations globales du projet ont été menées, une à mi-parcours dans l'exécution du projet, et l'autre à la fin des trois ans du projet. Dans les deux évaluations une méthodologie participative a été employée qui a impliqué tous les niveaux d'acteurs du projet dans un exercice évaluatif qui a abouti à des "enseignements tirés." D'après l'évaluation finale, la méthodologie participative a été efficace dans la mesure où pratiquement toutes les 131 recommandations formulées dans l'évaluation de mi-parcours ont été mises en application par la suite. Ceci semble être dû au fait que ces recommandations ont émané des mêmes acteurs du projet qui devraient les mettre en pratique.

Points de synthèse

Toutes les ONGs apprécient l'importance de mener des activités d'évaluation de façon périodique et certaines activités de ce genre sont menées. Toutefois, les participants ont exprimé le

sentiment qu'ils ne possèdent pas tous les outils et compétences nécessaires pour mener à bien les évaluations comme ils le voudraient.

II. LES STRATÉGIES D'APPUI AUX DISTRICTS DE SANTÉ: UNE STRATÉGIE PROMETTEUSE

La tendance prédominante au niveau des ONGs qui ont participé dans l'atelier est d'orienter leurs stratégies d'appui pour la promotion de la survie de l'enfant au niveau communautaire. Dans ces stratégies peu d'attention est donné aux techniciens et aux services de santé de l'état qui ont la responsabilité à mener des activités curatives et préventives dans les zones où les ONGs travaillent. Dans une perspective de pérennité des efforts des ONGs, la question se pose quant à l'importance d'orienter leurs actions vers les techniciens et les services du Ministère de la Santé.

A. Renforcement des Compétences des Agents de Santé dans les Approches de Santé Communautaire: une Stratégie Prometteuse

Dans l'esprit des SSP, les communautés devraient apprendre à s'organiser pour participer activement dans l'autopromotion de leur propre santé. Au même temps, les services et agents de santé doivent apprendre à planifier, exécuter et évaluer des stratégies de SSP en concertation et collaboration avec les communautés. En ce qui concerne les agents de santé, ce sont des compétences dont beaucoup d'agents de santé ne disposent pas de part leur formation. Le renforcement de compétences institutionnels du MSP dans ce sens n'est pas souvent perçu comme une priorité pour les ONGs qui visent plutôt des objectifs plus immédiats au niveau communautaire.

Exemples:

SCF/Pays Bas: L'objectif explicite du projet d'appui aux SSP de SCF/Pays Bas est de renforcer les compétences institutionnels du MSP à planifier et gérer leur programme de SSP. Dans le cadre du projet, les partenaires privilégiés sont les techniciens du MSP, à savoir l'équipe du district ainsi que les chefs de poste et d'autres techniciens impliqués dans le programme de SSP. A travers leur appui l'ONG cherche à augmenter le contact et le dialogue entre les agents de santé et les communautés, et encourager les agents de santé à adopter des approches participatives qui permet à la communauté à s'impliquer à toutes les étapes d'analyse de problèmes, de planification et d'évaluation des activités de santé.

Points de synthèse

Au niveau de l'atelier, les ONGs ont exprimé le sentiment que dans une perspective de pérenniser des stratégies de promotion de SE il est important que les ONGs établissent des rapports de

collaboration plus étroites avec le MSP et qu'elles mettent plus d'accent sur le développement des compétences des agents de santé en méthodes d'approche participative.

APPENDIX E
Methodology for the Identification of PVO
Child Survival “Best Practices”

**METHODOLOGY FOR THE IDENTIFICATION OF PVO
CHILD SURVIVAL "BEST PRACTICES"**
Based on a BASICS consultancy in Senegal and Burkina Faso

June 1997

Judi Aubel, PhD, MPH

I. INTRODUCTION

This document describes the methodology used to identify the best practices of PVOs working in child survival programs in West Africa. The methodology was developed and tested with PVOs in Senegal and Burkina Faso. This methodology can potentially be used in other countries in West Africa and elsewhere.

Included here is a description of the steps followed to identify the best practices of the PVOs in the two countries. It also includes some suggestions and caveats regarding future use of the methodology.

Recent interest in 'best practices'

In an attempt to learn from many years and significant investment in development programs, there is currently considerable interest in trying to identify the "best practices," or most effective approaches, that have been used in different development sectors. While there is agreement that it is worthwhile to identify such practices, there is no consensus regarding what the concept of "best practice" connotes, nor how to go about identifying such practices.

From the outset of this assignment, various BASICS' staff members, in Arlington and in Dakar, had different notions of what a "best practice" is. In the context of this work with PVOs in West Africa, there was agreement that the exercise should lead to identification of innovative, culturally-appropriate and effective strategies which potentially have had or can have an impact on child survival.

Such a task could be pursued in a variety of ways. In this case, this was to be an essentially qualitative exercise, for a number of reasons including the relatively short time frame allotted for this work and the absence of comprehensive quantitative baseline and evaluation data on any of the PVO programs.

II. STEPS IN THE PVO BEST PRACTICES IDENTIFICATION METHODOLOGY

Step 1: Identify PVOs working in child survival and their best practices

The initial step consisted of identifying PVOs involved in health/child survival. While it was not difficult to identify such PVOs, identifying those which are employing innovative, culturally appropriate and effective strategies was much more difficult. At the outset it was thought that this would be a rather straight-forward process, but it turned out to be the contrary.

PVOs were contacted on an individual basis; during an initial visit to their offices, the documentation of their child survival/health activities was requested. It was assumed that such documentation would provide comprehensive insights into their strategies, activities, evaluation

findings etc. In most cases, the description and documentation of PVO activities which they provided was sketchy and poorly structured. In all cases, written documentation was scarce. For these reasons the PVO selection process proved to be not only time-consuming but also quite challenging.

The difficulties encountered in obtaining this information were not due to a lack of cooperativeness on the part of the PVOs but, rather, to the non-existence of such written information. This reflects a common shortcoming on the part of the PVOs who generally neither document nor evaluate their activities on an ongoing basis.

In no case was the information received sufficient to really understand the organization's philosophy/approach/methodology for working with communities and health workers. After reviewing the available documentation, the consultant met with the various PVO contact persons in order to further discuss their work and to try to get a clearer idea of their philosophy and program strategies.

In each case, 2-3 hours were spent with each organization, and in most cases even this was not sufficient to fully understand their work. In the cases where project evaluations had been conducted (in the case of the USAID-funded child survival projects) more detailed information was available. However, even in those cases, the evaluation reports tended to be much more quantitative than qualitative and to give relatively little attention to the methodologies and implementation processes followed—essential information in trying to determine best practices.

In Burkina Faso, one week was allotted for PVO identification. Given the consultant's familiarity with the PVO actors in Burkina, it was possible to complete the task within this time frame, by moving at a very fast pace. In Senegal, the task was more time-consuming and took about 10 days to complete. In the future it is recommended that at least eight days be scheduled for this initial task.

Development of the workshop methodology

Given the lack of clarity regarding the approaches/program strategies used by each PVO and the multiplicity of activities in which they are involved, it was decided that in the PVO workshop it would be necessary 1) to select one or more of their program strategies that appeared to be "innovative" and "effective" to be presented and 2) to provide considerable guidance to each organization to help them structure the presentation of their work.

In order to identify these "key strategies", each PVO was asked what they consider are their "most interesting CS strategies". Based on the responses to this question and on analysis of the written documentation, one or more "strategies" used by each PVO were chosen. Each organization was informed ahead of time of the strategies that they would be asked to present during the workshop. Each organization was also asked to bring to the workshop documentation and other materials related to those strategies.

While the ultimate objective of the workshop was to identify the most effective CS strategies being used by PVOs, it was decided that it would not be appropriate, at the outset, to ask PVOs to present their "best practices." Rather, each PVO was told that during the workshop they would be asked to critically analyze their own strategies/approaches in order to identify both successes/strengths and weaknesses/constraints; these experiences would provide the basis for developing lessons learned. In this same vein, the name for the workshop was carefully chosen. Rather than calling it a "best practices workshop" it was referred to as a "workshop for sharing experiences implementing child survival programs" (*atelier de réflexion sur les stratégies de promotion de survie de l'enfant*).

In light of these concerns, the methodology adopted for the workshop was very participatory while at the same time quite structured. The workshop was designed around a three-step process, based on a modified version of the "experiential learning cycle" involving

- 1) analysis of one/more of the PVO's child survival strategies by each PVO team
- 2) presentation/discussion of each PVO's strategies
- 3) formulation of lessons learned based on the strengths and weaknesses/constraints associated with each PVO's approach

For each PVO and for each of the "key strategies" identified, a set of questions was prepared to help them describe, analyze and formulate conclusions about the approaches they are using. The development of these questions was based on the steps in the "experiential learning cycle."

The choice of participants from each PVO

Each organization was asked to identify 2-3 people involved in their CS programs who could attend the workshop as a team. The objective was to identify PVO staff and collaborators involved at the operational level of PVO CS activities, rather than upper-level managers. Given the goal of this workshop, the focus on "field level" staff and collaborators was an important one. This concept was clearly communicated to the director of each PVO and in almost all cases those chosen to attend corresponded to this criteria.

In Senegal, workshop participants included 24 persons from seven different PVOs. In Burkina Faso, there were 21 participants from eight different PVOs. The PVO participant teams were made up of between two and four persons.

Step 2: Facilitation of the three-day best practices workshops

The goal of the BP workshop was to allow PVOs to analyze their own experiences implementing child survival strategies in order to share them with other PVOs and to develop lessons learned.

Overview of the workshop

The workshop was organized around 10 sessions which would progressively lead to the accomplishment of this goal. Sessions #1 through #4 were an introduction to the concept of the workshop, related to sharing and learning together, and to a systems approach to community interventions. The largest block of time was devoted to sessions #5 and #6, in which the PVO teams analyzed and presented their own CS strategies, and in which lessons were developed by the entire group of participants. The last four sessions involved various aspects of feedback and evaluation of the workshop, and discussion of PVO technical assistance needs.

Content of each workshop session

The content of each of the workshop sessions is summarized here. Complete workshop session plans are found in the following appendix.

Session #1: Creative thinking/unconventional solutions to problems

The “nine dots exercise” was used to stimulate discussion of unconventional ways of analyzing and solving problems. This was designed to “unfreeze” participants’ traditional concepts and approaches to promoting child survival/community health and to encourage creative thinking regarding these interventions.

Session #2: Different perspectives on the same situation/reality

The picture of the “old and young woman” served as a stimulus for discussion of the different perspectives on the same community situation or problem on the part of different categories of community members and also on the part of different PVO staff members and collaborators. The exercise was primarily intended to encourage openness to different perspectives during the workshop.

Session #3: The blueprint and process learning approaches (PLA) to the implementation of community health programs

Two contrasting approaches were presented: the blueprint approach which is a linear approach based on notions of scientific management in which progress towards quantifiable goals is monitored and measured to assess accomplishments; and the PLA in which the implementation process is analyzed on an ongoing basis to identify strengths and weaknesses and to develop lessons for improving future program implementation. Discussion of the PLA served as a foundation for the workshop which would focus on a critical process of analyzing program strategies in terms of strengths, weaknesses and lessons learned.

Session #4: The community context—a systems analysis

Several exercises were used to get participants to identify different factors at the community level which influence child health, and specifically to identify the categories of “community actors” who promote and manage health in families and communities. This session aimed to develop a systems perspective on child survival on the part of the participants. During the discussions of the various PVOs’ CS strategies, the appropriateness of the categories of community actors involved was repeatedly addressed.

Session #5: The experiential learning cycle (ELC) as a framework for the workshop process

The steps in the ELC were presented along with their application to the workshop process. It was explained that at the conclusion of the workshop, participants’ feedback would be sought regarding the usefulness of the framework in the context of this workshop and its potential usefulness in the monitoring and evaluation of their own programs.

Session #6: Analysis of PVO child survival strategies

Each PVO worked on its own to analyze one or more of its own CS strategies which focus either on the community, health facility and/or organizational (MOH) levels. The analysis was done using sets of questions, customized for each PVO, corresponding to Steps II and III in the ELC. In order to respond to the questions, each team had several hours to work in their small group to discuss their ideas regarding the rationale for various approaches used, their strengths, weaknesses, etc.

Session #7: Presentation of child survival strategy analyses and development of lessons learned

A day and a half of the workshop was devoted to the presentation of the PVO strategy analyses, discussion and development of lessons learned. The presentations were grouped according to the level of intervention (community, health facility and organizational levels) and according to the types of community and organizational actors involved.

At the conclusion of the discussion of each presentation, each PVO was asked to develop lessons a) for their own organization, and b) for CS programs in general. The lessons were grouped as follows: “best practices”, i.e., strategies which are tried, tested and proven to be effective; “promising strategies”, i.e., those which have been used, which appear to be effective and sustainable, but which should be further documented and analyzed; “strategies to be further developed”, i.e., those which have been used to some extent but which need to be strengthened or reoriented in order to be more appropriate; and “strategies to be tested”, i.e., those strategies which have not yet been widely used which appear to be relevant and important for experimentation.

Session #8: Feedback on the experiential learning cycle framework

This was a short session in which participant feedback on the usefulness of the ELC for the purposes of analyzing program strategies was elicited. A small group exercise was used to allow the PVO teams to formulate their observations in this regard before sharing them with the entire group of participants.

Session #9: Analysis of PVO technical assistance needs related to child survival programming

A written questionnaire was administered to each PVO team. They were asked to list and to prioritize the knowledge and skill areas in which they would like to have further inputs/assistance. Due to time constraints, there was not time to discuss these priorities in the large group.

Session #10: Participant workshop evaluation

Each participant completed a written evaluation of the workshop related to the content, methodology and logistics.

Session #11: Discussion of next steps

This session allowed for discussion among all of the workshop participants of possible activities that they could organize to follow up on the discussions/themes developed during the workshop. Both informal and more structured meetings are envisioned by the participants.

Step 3: Synthesizing workshop conclusions

Based on the outcomes of the workshops in the two countries, two separate documents were prepared which summarize the best practices of the Burkinabé and Senegalese PVOs. The documents are organized in terms of the three levels of child survival interventions (community, health facility and organizational). For each level, the most interesting strategies presented by the different PVOs are described and each type of strategy is illustrated with examples from specific PVO experiences.

III. CONCLUSIONS REGARDING THE PVO BEST PRACTICES IDENTIFICATION METHODOLOGY

I. Identification of PVOs using promising CS strategies

The initial step consisted of identifying PVOs involved in health/child survival and secondly, those employing innovative, culturally-appropriate and effective strategies. While it was thought that this would be a rather straight-forward process, it turned out to be not only time-consuming

but also quite challenging. The difficulty encountered in obtaining this information relates to a common shortcoming on the part of the PVOs which generally neither document nor evaluate their activities on an ongoing basis.

The iterative process involved in uncovering PVO strategies and approaches requires, on the one hand, broad experience with community-oriented CS programs and on the other hand, in-depth interviewing skills.

In the future, 8-10 days should be scheduled to identify the PVOs, to collect written documentation on their programs and to conduct substantive, in-depth meetings with each of them.

2. Identification of best practices through the workshop process

The goal of the workshops was to identify the best practices of the PVOs that attended. This goal proved, however, to be overly ambitious and was only partially achieved. What emerged from the workshops is a continuum of CS strategies which includes “strategies to be experimented with;” “strategies to be further developed;” “promising strategies” which have been used and which appear to be effective; and “best practices” which are tried, tested and shown to be effective.

The strategies identified can also be grouped according to levels of intervention: 1) strategies to support community-level CS activities; 2) strategies to improve the quality of services at the health facility level; and 3) strategies which support the district-level MOH team.

3. Conclusions regarding the participatory workshop process

Given the difficulty of obtaining precise information on the CS strategies used by the PVOs, the three-day workshop proved to be useful in terms of eliciting and synthesizing information on their experiences in CS. However, the three-day workshop was not sufficient to collect comprehensive information on their strategies/practices and further investigation/documentation is required to adequately analyze and synthesize their strategies before dissemination to others.

4. PVO response to the activity

Virtually all of the PVOs were interested in this process which allowed them to reflect on the strategies they are currently using and to share with others involved in similar activities. They all said that the workshop was beneficial in terms of allowing them to share their experiences; learning about and from other PVOs, introducing them to a tool which they can use to periodically analyze their own strategies, and developing some lessons/priorities for future CS programming.

5. Viability of workshop design and length

While the BASICS/PVO workshop design proved to be quite effective, based on its use in the two countries, it would be advisable in the future to extend the length of the workshop to four days rather than three. Following the three-day format, the sessions finished each day at between 19:00 and 20:00 in the evening. Participants were committed to the process and resisted the physical fatigue, but they strongly recommended that a future workshop be at least one day longer.

6. Workshop facilitation

It is strongly recommended that in future workshops two facilitators be involved for the entire duration of the workshop. Both should have considerable experience with community-oriented health programs, in addition to having strong group facilitation skills. This workshop requires experienced facilitators who can keep the discussions and overall process on-track.

7. Usefulness of the experiential learning cycle framework for PVO monitoring and evaluation activities

Feedback from the PVOs suggests that the experiential learning cycle is a useful tool for structuring analysis of program activities and strategies. Many commented that the analysis of their program, which they did during the workshop, was difficult but very useful. At the end of the workshop they concluded that the ELC framework can be used in the ongoing monitoring and evaluation of their activities with different levels of program actors. It would be useful for BASICS to develop more detailed guidelines and suggestions on the use of the ELC framework to help the PVOs use this tool in an ongoing basis in their programs.

APPENDIX F:
Atelier de Réflexion sur les Stratégies
de Promotion de Survie de l'Enfant

ATELIER DE RÉFLEXION SUR LES STRATÉGIES DE PROMOTION DE SURVIE DE L'ENFANT

28-30 avril, 1997

Thies, Sénégal

BUT DE L'ATELIER

Permettre aux ONGs d'analyser leurs propres expériences avec les stratégies de promotion de survie de l'enfant afin d'identifier les enseignements et de partager leurs expériences avec d'autres ONGs.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE L'ATELIER

1. connaître les étapes dans le cercle expérientiel d'apprentissage et évaluer son utilité comme outil pour l'analyse des stratégies de programme de SE.
2. évaluer l'adéquation entre le contexte communautaire et les interventions de survie de l'enfant.
3. permettre à chaque ONG d'analyser certaines de leurs stratégies afin d'élucider les approches adoptées, d'identifier les points forts, les points faibles, les avantages et les inconvénients de ces approches ainsi que les perspectives de pérennisation.
4. permettre l'échange d'expérience relative aux différentes stratégies de promotion de la survie de l'enfant et la formulation des enseignements tirés.

Révision: 27 avril

Déroulement de l'atelier ONGs/BASICS sur les *BEST PRACTICES*/Enseignements Tirés

Jour 1:

Introduction à l'atelier

- * présentation des antécédents et but de l'atelier (Judi)
(connaître les activités des ONGs, identifier et disséminer les *best practices*;
identifier les besoins en assistance technique)
- * présentation des participants (Michel)
- * attentes des participants (Michel)
- * objectifs spécifiques, emploi de temps et aspects administratifs (Judi)
- * normes de travail (Michel)

Thème: Ouverture des esprits dans la recherche de la créativité dans l'analyse de problèmes et dans l'identification des solutions 15 min. (Judi)

Objectif: reconnaître l'importance de chercher des solutions nouvelles à la réalisation des tâches

Activité: Exercice des 9 points

Instructions: C'est un exercice que vous devrez faire individuellement. Sur une feuille de papier, mettez 9 points dans cette configuration. La tâche consiste à joindre tous les points avec 4 lignes. Voyez comment tracer 4 lignes, sans soulever votre bic.

Questions:

1. Comment avez-vous trouvé cet exercice?
2. Qu'est-ce qui vous a empêché de trouver la solution?
3. Quel enseignement peut-on tirer de cet exercice?
4. Pourquoi pensez-vous que nous avons fait cet exercice dans le cadre de cet atelier/au démarrage de cet atelier?

(Si le temps permet) Assis par ONGs

Thème: L'importance d'apprécier les différents points de vues sur une même expérience/activité (Michel)

Objectif: reconnaître l'importance de prendre en considération les points de vue différents des différents membres de L'équipe de l'ONG

Activité: exercice des deux visages
* photocopie: La vieille femme et la jeune femme

Instructions: Asseyez vous en groupe par ONG. Regarder le dessin individuellement.

Questions:

1. Qu'est-ce que vous voyez dans la photo?
2. Qui voit une jeune femme?
3. Qui voit une vieille femme?
4. Est-ce qu'une façon d'interpréter le dessin est mieux que l'autre?
5. A partir de cet exercice, qu'est-ce qu'on peut tirer comme conclusion?
6. Pourquoi pensez-vous qu'on vous a donné cet exercice dans le cadre du travail de cet atelier?

Conclusion:

Les membres de votre groupe auront certainement des différentes idées/opinions sur les activités de santé dans lesquelles vous êtes impliqués. L'opinion de chacun est important pour avoir une analyse, une idée aussi compréhensive de telles activités. En organisant cet atelier, dans l'invitation des participants nous avons invité des personnes qui sont impliqués de façon différente et qui ont sûrement des idées/opinions différentes. C'est cette richesse d'idée et d'expérience que nous espérons faire ressortir lors de ces séances.

Thème: *Les deux approches à l'exécution des programmes de développement* 1 hr. (Judi)

Objectif: connaître la différence entre une approche d'exécution des projets de développement basée sur le plan directeur et basée sur l'apprentissage continu (AC)

Activité: exposé

Activité: discussion par ONG

1. Dans l'exécution des stratégies de SE quelles activités/ mécanismes avez-vous mis en place pour favoriser l'AC?
2. En vue d'assurer l'AC de tous les partenaires de vos programmes, comment évaluez-vous l'adéquation de ces mécanismes (quels sont leurs points forts et leurs insuffisances éventuelles?)

Thème: *Le contexte communautaire* 60 min. (Michel et Judi)

Objectif: identifier les différents facteurs qui relèvent du contexte communautaire qui ont une influence directe ou indirecte sur la santé/bien être des enfants

Activité: A partir du mural d'une communauté fait par les participants et affiché au mur, une discussion du contexte communautaire et des facteurs qui influencent la santé des enfants

Questions:

1. Qu'est-ce que vous voyez dans ce village?
2. Est-ce qu'il y a des choses qui manquent dans ce village qui sont présents dans la majorité de villages? Est-ce que toutes les catégories d'êtres humains sont représentées?
3. Dans le cadre de cet atelier, pourquoi pensez-vous que nous avons construit ce village sur le mur? Quelle peut être l'utilité de ce village dans le cadre des travaux que nous allons entamer?

4. Quels sont les éléments dans notre village qui ont une influence sur la santé/bien être des enfants? (Sur chaque élément cité, cochez avec une étoile rouge) Pour quelques éléments, demander pourquoi il y a une influence.

Point de synthèse

Nous disons toujours que nos stratégies et programmes sont à base communautaire, mais dans quelle mesure est-ce que ceci est vrai dans nos stratégies de SE? C'est une dimension qui va être importante dans nos réflexions, de voir si en effet nos stratégies sont basées sur la réalité/le contexte communautaire. Faisons une liste des différents acteurs communautaires. En paires, vous aller réfléchir sur l'influence éventuelle de ces différentes catégories d'acteurs communautaires sur la survie des enfants. A partir de cette liste: (QUESTION 5 SUR PAPIER FLIPCHART)

5. Quelles sont les 3 catégories d'acteurs communautaires qui ont plus d'influence sur la SE? Après avoir identifié les 3, mettez-les en ordre d'influence.
6. A partir de cette analyse, quelles conclusions peut-on tirer en ce qui concerne les influences sur la SE au sein de la communauté.
7. Quelle pertinence est-ce que cet enseignement peut-avoir pour nos réflexions lors de cet atelier?
8. Est-ce qu'il existe des liens entre ces différents acteurs dans leur influence sur la SE? (Joindre les catégories citées avec des lignes)
9. Quelle conclusion peut-on tirer à partir de ce schéma relative aux influences communautaires sur la SE?
10. Quelles sont les implications pour les programmes/stratégies de SE?

Point de synthèse

Pendant ces 3 jours, nous allons souvent nous poser la question, "Dans quelle mesure est-ce que nos stratégies prennent en compte ces différents acteurs et structures communautaires?"

(EN FONCTION DU TEMPS DISPONIBLE: PROBABLEMENT SERA SAUTE A THIES)

Thème: *Le concept de participation communautaire*

Objectif: connaître la différence entre les 4 niveaux de participation communautaire
* photocopie/les 4 niveaux

Activités: En fonction du temps disponible:
a) développer des définitions de la PC (individuellement, en paires et en groupes de 4 personnes)

- b) présenter les 4 niveaux de PC avec un exemple d'une intervention qui cherche à diminuer le problème de palu dans une communauté
- c) situer les définitions de PC par rapport aux 4 niveaux de PC
- d) montrer la deuxième échelle de participation relative à l'éducation pour la santé

L'après-midi:

Thème: Le cercle expérientiel d'apprentissage comme base pour l'analyse des expériences dans la promotion de la survie de l'enfant

Objectif: connaître les étapes dans le cercle expérientiel d'apprentissage

Activité: Exposé et discussion en plénière

1. Est-ce que vous pensez que généralement les gens apprennent de leur expérience?
* Prenons le cas d'un chef de poste qui est dans une région où il y a une grande stock des SRO au niveau de la direction régional de la santé. Toutefois, tous les 2-3 mois il tombe en rupture de stock. Est-ce qu'il a appris de ses ruptures de stock, de cette expérience, pour éviter ce problème?

Exposé

- a. Un des grands pédagogues nord-américains, David Kolb, à travers ces études sur l'apprentissage, a conclu que très souvent les gens n'apprennent pas de leurs expériences. Il a conclu que c'est seulement si une expérience est analysée, si l'individu réfléchit sur une expérience vécu et tire des enseignements que l'apprentissage a lieu.
- b. Comment est-ce que nous sommes arrivés à l'enseignement sur les femmes âgées dans l'exercice précédant sur l'influence des différents acteurs communautaires sur la survie de l'enfant?

Avez vous entendu parlé auparavant du cercle expérientiel d'apprentissage (CEA)? C'est quoi? A quoi sert-il?

C'est Kolb qui a élaboré le CEA comme outil pour faciliter, pour structurer l'analyse des expériences afin d'aboutir à des enseignements. Le travail d'analyse de vos expériences en matière de SE va se faire à base du CEA.

Thème: Analyse des stratégies des ONGs employées pour promouvoir la SE

Objectif: analyser une/deux stratégies employées par votre ONG dans la promotion de la SE afin d'élucider les approches adoptées, et d'identifier les points forts, les points faibles, les avantages et les inconvénients de ces approches ainsi que les perspectives de pérennisation

Activité: Travail de groupe par ONG

a) Explication de la tâche:

Expliquer qu'à partir des jeux de questions A et B qui correspondent à la deuxième étape dans le CEA (la description et l'analyse des expériences) et à la troisième étape (formulation des conclusions basées sur la deuxième étape) chaque ONG va mener une réflexion approfondie sur une ou deux de leurs stratégies de SE.

Suite aux travaux de groupe aujourd'hui, demain et après demain, chaque ONG va partager ses travaux d'analyse et de conclusions avec la plénière; ensuite les éventuels enseignements pour les stratégies de SE de l'avenir seront tirés ensemble.

b) Distribution des jeux de questions qui sont spécifiques à chaque ONG

Concrètement la tâche assignée à chaque groupe consiste à

- 1) répondre aux Questions A: la description/analyse de la stratégie adoptée
- 2) répondre aux Questions B: la formulation des conclusions relatives à la stratégie basée sur l'analyse faite
- 3) pour les présentations, préparer 2-3 papiers flipchart utilisant des mots clés plutôt que les phrases et paragraphes

Vous aurez le reste de la journée pour réaliser ces trois étapes et être prêt pour les présentations de demain.

Jour 2:

Thème: Partage des analyses d'expérience des ONGs

Activité: Présentation/discussion des expériences par thème et formulation des enseignements tirés (ET)

a) Présentation

- b) Discussion
 - Questions de clarification
 - Points forts de la stratégie présentée
 - Points faibles de la stratégie présentée
- c) Formulation des ET: à partir des discussions au niveau de chaque ONG deux types d'enseignements doivent être tirés:
 - 1. Des enseignements généraux pour les stratégies/programmes de SE
 - 2. Des enseignements spécifiques aux activités/stratégies de votre ONG

Jour 3:

Continuation des présentations

Dernières 2 heures 30 mins.

Thème: *Synthèse des travaux de l'atelier* 20 min. (Judi)

Activité: Un exposé de résumé des travaux de l'atelier
Les étapes suivies dans la réalisation des travaux de l'atelier pendant les 3 derniers jours et les résultats de chacune sont présentés. Une synthèse des enseignements tirés lors des séances est présentée.

Thème: *Réflexion sur l'utilité du cercle expérientiel d'apprentissage* 30 min. (Michel)

Objectif: évaluer l'utilité du cercle expérientiel d'apprentissage comme outil pour l'analyse des expériences de programme

Activité: Discussion par ONGs et en plénière

- 1. Comment est-ce que le cercle expérientiel d'apprentissage a été utilisé lors de cet atelier?
- 2. Dans quelle mesure est-ce que vous pensez qu'il a été utile pour structurer la réflexion et le partage d'expérience?

AU NIVEAU DE CHAQUE ONG:

- 3. Est-ce que vous voyez quelque utilité du cercle expérientiel d'apprentissage dans les activités de suivi et d'évaluation de votre ONG?

Discussion en plénière des réponses à la troisième question

Thème: Analyse des besoins des ONGs en assistance technique 20 min. (Judi)

Activité: A partir d'une fiche "Analyse de besoins", les membres de chaque ONG discutent et remplissent une fiche sur leurs besoins éventuels en assistance technique, documentation et formation.

Thème: Evaluation individuelle de l'atelier 15 min. (Judi)

Activité: Chaque participant remplit un questionnaire écrit d'évaluation de l'atelier.

Thème: Quelle suite à cette rencontre? 30 min. (Michel)

1. Est-ce qu'il devrait avoir quelque suite à cet atelier?

Thème: Exercice de clôture 15 min. (Michel)

Un exercice que permet à chaque participant à dire quelque chose de positive sur leurs expériences lors de l'atelier.