NUTRITION MINIMUM PACKAGE ACTIVITIES IN BORGOU DEPARTMENT, BENIN

Situational Analysis and Recommendations

Dr. Serigne M. Diène
Dr. Tina G. Sanghvi
Prof. Leopold Fakambi

August 23-September 5, 1997

BASICS Technical Directive: 000 BN 010 17
USAID Contract Number: HRN-C-00-93-00031-00

TABLE OF CONTENTS

ACRONYMS v

SUMMARY 1

INTRODUCTION AND BACKGROUND 3

INFANT FEEDING PROBLEMS AND MICRONUTRIENT DEFICIENCIES IN BORGOU . . 5

PMA/N IN HEALTH SERVICES IN THE REGION 7
- Prenatal Care 8
- Delivery and Post-Partum 9
- Postnatal Care 9
- Immunization Activities (EPI program) 9
- Well-Child Follow-Up Through CPS (Program of Social Centers/CRS) 10
- Nutritional Components of Case Management 10

SUMMARY OF NEEDS IN PMA/N PROGRAM ACTIVITIES 11

RECOMMENDATIONS FOR STRENGTHENING PMA/N IN BORGOU 13
- Overall Strategy and Expected Results 13
- Cross-cutting Actions 19

TABLES AND FIGURES

Table 1. Overview of PMA/N Protocols in Health Services
Table 2. Child Health & Nutrition Indicators for Borgou, DHS 1996
Table 3. Health Personnel in Borgou Department
Table 4. List of Health Facilities Visited
Table 5. Current Situation and Gaps in PMA/N Components in Borgou
Table 6. Number Enrolled in the CPS Program in Borgou

Figure 1. Contribution of Malnutrition to Child Deaths in Benin
Figure 2. Prevalence of Malnutrition by Department
Figure 3. Malnutrition by Age in Benin
Figure 4. Diarrhea by Age
Figure 5. Target Contacts for Delivering Nutrition Interventions

APPENDIXES
- Appendix A Micronutrient Deficiencies in Benin
- Appendix B Current Estimates of Population by Districts, Communes & Villages (DDS)

Appendix C Findings and Recommendations on PMA/N Presented to the DDS/Borgou
Appendix D DDS/Sante Familiale Plan Of Action and Planned CPS Activities, Borgou
Appendix E National Directive on Vitamin A Supplements
Appendix F Iodized Salt Decree and Monitoring Forms
Appendix G Report of the Applied Nutrition Program/Ministry of Agriculture, Borgou
Appendix H List of NGOs and Their Activities in Health and Education in Borgou (MCDI)
Appendix I Bibliography

ACRONYMS

BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
BF	Breastfeeding
CCS	Centre Communal de Sante
CHD	Centre Hospitaliare Departmental
CSSP	Centre Sante de Sous Prefecture
COGEC	Comite de Gestion de la Comunautaire
COGES	Comite de Gestion de la Sous-Prefecture
DDS	Direction Departmental de la Sante
DDS/PF/CF-B	DDS' Division of Planification Familiale/Condition Femenine- Borgou
DED	German NGO
DHS	Demographic and Health Survey
DO	Delivery Order
EBF	Exclusive Breastfeeding
EPI	Expanded Program on Immunization
GTZ	German Aid Agency
IEC	Information, Education and Communication
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness
IU	International Units
LAM	Lactational Amenorrhea Method
MCDI	Medical Consultants Development Inc.
MCH	Maternal and Child Health
NGO	Non-Governmental Organization
NID	National Immunization Day
PEM	Protein Energy Malnutrition
PMA/N	Pacquet Minimum d'Activités/Nutrition (Nutrition Minimum Package Activities)
SIM	Health NGO
UNICEF	United Nations Children's Fund
VAD	Vitamin A Deficiency
WHO	World Health Organization

SUMMARY

Malnutrition is associated with an estimated 46 percent of all deaths among children under 5 years of age in Benin (DHS, 1996). Three-fourths of these are associated with mild and moderate forms of malnutrition (rather than severe malnutrition). Malnutrition results from an interaction of inadequate diets, infectious disease, and poor care of mothers and children. The objective of this mission was to conduct a situational assessment of nutrition activities in the Borgou Region, where a family health project is expected to be initiated later this year (Family Health Results Framework, USAID/Benin, April 1997). The objective of nutrition activities within the MCH component of the Family Health project is to achieve high coverage, quality and demand for a "minimum package" of nutrition interventions or PMA/N aimed mainly at bridging gaps in dietary intakes of mothers and children. They must be complemented with interventions aimed at disease control and improved maternal health. Nutrition interventions are at different stages of implementation in Borgou. The assessment identified main gaps and actions that can be taken in the short and medium terms to begin to address them.

The team recommended that resources already available in the region for nutrition activities be built upon. For example, through UNICEF assistance, a team of experienced trainers is working to improve maternity practices related to breastfeeding promotion (BFHI program). Vitamin A capsules, iron and folic acid supplements, and iodized salt are widely available in the region. However, a number of serious gaps and constraints still remain. These include: 1) cultural preferences and perceptions of the population that limits demand and participation in health and nutrition services; 2) lack of institutional capacity to work at community level and at health facilities level; and 3) insufficient preparation and support for health workers.

Based on the experience of senior staff of the DDS and the information collected from health facility visits during the assessment, an overall program approach to begin addressing key constraints at the household, community and facility levels for PMA/N was identified. The DDS and BASICS team developed recommendations for the near and medium terms. Technical resources needed to support these recommendations were identified with the assistance of UNICEF and the central Ministry of Health (Nutrition Section). Actions that can be taken in the next 12 months were defined for possible support under the USAID/BASICS delivery order. The activities proposed for the BASICS DO are:

1. Formative research in the Borgou area on the following topics: infant feeding practices (household trials methodology) including barriers to exclusive breastfeeding at community level, compliance with prenatal iron supplementation, and use of traditional media. This will permit development of effective IEC strategies and materials.

2. Baseline survey of health facilities on quality of services, including case management to track results under IR 3.1. Only the nutrition components are

specified in this report. They need to be incorporated within a broader, integrated survey that covers other priority areas as well.

3. Acceleration of the "Baby Friendly" (IHAB) program in collaboration with UNICEF to ensure that staff are adequately trained in breastfeeding counseling, and that conditions in maternities are supportive of breastfeeding. There appears to be adequate capacity and a track record in the Borgou Department in this area. However, ongoing quality monitoring and sustainability after facilities are certified as "Baby Friendly" will need to be addressed. A complementary community-level strategy is also needed to obtain support of elders and respected community members and provide timely counseling on breastfeeding problems. NOTE: Weak community-based health supports appear to be a system-wide gap that will likely undermine other interventions for nutrition as well as other emphasis behaviors.

4. Development and testing of training modules on infant feeding and micronutrients for two levels: community-based development agents (in collaboration with NGOs in Borgou, e.g. World Education), and for health center staff. An accompanying supervision system and provision of support materials (IEC/job aids) are important elements.

5. Design and testing of information systems in Borgou aimed at sustaining quality improvements in nutrition (and other priority) activities. This appears to be a generic or system-wide gap needing a comprehensive (several mechanisms such as surveys combined with analysis of routine data) and integrated approach (covering all key family health interventions not only nutrition). For example, problems were identified with population estimates and denominators needed to track coverage. Maternal and child health cards and booklets vary in specificity and are missing key nutrition interventions completely. A mechanism for systematic feedback from IHAB certified facilities (e.g. periodic exit interviews method called MADLAC developed for Honduras), and vitamin A supplementation coverage were identified as particular areas of weakness in PMA/N.

6. LAM training and IEC strategy developed for Borgou. While a general understanding of the importance of postpartum fertility suppression due to lactational amenorrhea exists among health staff, there is no well-defined strategy or module for use by family planning providers to integrate LAM as a method of choice.

Given the distance and communications between Cotonou and Borgou, it is important that a BASICS coordinator be located in Parakou. This is critical since USAID/BASICS assistance is likely to extend to a broader set of actions including the introduction of IMCI (and possibly

strengthening malaria control activities). Given the high level of demonstrated interest and participation of the Borgou DDS team, such a person could foster institutional strengthening by working as part of their child health team.

INTRODUCTION AND BACKGROUND

Malnutrition is associated with about 46 percent of all deaths among children under 5 years of age in Benin; three-fourths of these are associated with mild and moderate forms of malnutrition, rather than severe malnutrition (see Figure 1). The objective of this mission was to conduct a situational analysis of nutrition activities in the Borgou Region, where a family health project is expected to be initiated later this year (Family Health Results Framework, USAID/Benin, April 1997). The objective of nutrition activities within the MCH component of the Family Health project is to reach high coverage with a "minimum package" of nutrition interventions or PMA/N. The national health priorities in Benin are often expressed in terms of a *pacquet minimum d'activities* (PMA) within which nutrition is included but not specified clearly; the MOH (nutrition section) and UNICEF expressed interest in supporting the BASICS/USAID nutrition minimum package as the national nutrition component of PMA for Benin.

The "minimum package" consists of activities to support the following six priority behaviors identified on the basis of efficacy/impact, cost-effectiveness, feasibility and measurability:

1) Exclusive breastfeeding to about 6 months;

2) Appropriate complementary feeding and continued breastfeeding from about 6 to 24 months;

3) Nutrition components of case management;

4) Improved vitamin A intakes;

5) Prenatal iron/folate supplementation; and

6) Consumption of iodized salt.

Actions in each of these areas are at different stages of implementation in Benin, largely with UNICEF support. BASICS' "nutrition minimum package" approach emphasizes the integration of selected nutrition activities with delivery of other health services at health facilities and at the community level. According to our current understanding of malnutrition, a combined approach of disease control and improved feeding/micronutrient supplementation are needed to reduce the high levels of chronic and acute malnutrition. Therefore, it is important for the PMA/N interventions to be integrated with and be complementary to a broader set of maternal and child

health actions. Protocols and guidelines in the six PMA/N areas that were reviewed in each relevant component of health services are summarized in Table 1.

This department-level assessment builds on an earlier report prepared by BASICS/LINKAGES in March 1997 in which PMA/N related national policies and programs were identified and documented (Parlato, Diene, Kimbo and Fakambi, 1997). The remainder of this report focuses on the situation in the Borgou region.

Methodology

The team focused on the main components of the current health system where the priority nutrition interventions could be integrated and the extent to which they are being implemented already (see Table 1 for a summary of activities assessed). In addition, for each PMA/N emphasis behavior the following were reviewed: current policies and technical protocols, staff training, IEC materials, monitoring and supplies. A similar approach to the one followed by BASICS/Senegal was used (Cohen, Sanghvi, Diene et al, April 1997). The chief sources of data were interviews and observations at health facilities at the regional, *sous-prefecture* and commune levels, discussions with community leaders and international agencies working in nutrition, and review of documents. Health facilities were selected based on representativeness in terms of size, level and quality of services, and geographic location. The team could not visit the extreme north (e.g. Karimama and Malanville) due to time constraints. The potential for improving coverage and quality of nutrition activities was discussed at each facility and with the DDS' team. The information was then synthesized and priorities discussed. Criteria for prioritization included seriousness of deficit in coverage or quality, and potential for improvement.

In all, five hospitals/centers (CHD/Parakou, CSSP Bembereke, CSSP Kalale, CSSP Kandi and CSSP Nikki), and three CCSs (Sori, Ina and Tourou) were visited. A checklist of questions was administered to determine the current nature and level of activities in the six PMA/N areas at each facility. Maternity staff were interviewed and brief discussions were held with mothers in maternity wards to gather information on components of PMA/N in prenatal, delivery, postpartum and postnatal services. Records maintained by maternity staff were examined and supplies checked. For vitamin A activities, EPI staff were interviewed, and records and supplies were checked. *Medecin chefs* (CSSP) and *majeurs* (CCS) were interviewed for the remaining components. Dr. Doussou (head of pediatrics for the region) and Dr. Hossou provided information on activities at CHD/Parakou. Members of the COGEC at Ina CCS participated in a discussion with the team and the CCS staff on community perspectives on increasing coverage with PMA/N.

The data were collected by a joint BASICS and DDS/PS/CF-B (Departmental Health Directorate/Program Sociale/Condition of Women of Borgou) staff.

INFANT FEEDING PROBLEMS AND MICRONUTRIENT DEFICIENCIES IN BORGOU

Borgou Region has one of highest infant mortality and malnutrition rates in the country. Health and nutrition indicators for Borgou are summarized in Table 2 (also see Figure 2). Malnutrition begins early in infancy (Figure 3) and is closely associated with high incidence of diarrhea (Figure 4). This is not surprising given the widespread termination of exclusive breastfeeding within the first few weeks of life. Access to health services and health education is extremely limited. Within the region, the extreme northern districts (*sous-prefecture* of Karimama for example) are most severely affected with acute food shortages and inaccessible health and other social services resulting in very high levels of malnutrition. Throughout the Borgou region, some ethnic groups (Peul and Dendi) are particularly difficult to reach due to inaccessibility and cultural resistance. Transmigration of nomadic groups from Niger and Burkina Faso through Borgou, is a problem in certain areas. Largely because of cotton production and repatriation of profits to cotton cooperatives in the region, community funding of social services (infrastructure, staff, fee for health services) has been more successful here than in other parts of Benin. Technical direction and systematic organization are important limiting factors overall. Specific information that was collected on each priority nutrition intervention is summarized below

Exclusive Breastfeeding for About Six Months

Half of all infants in Borgou stop exclusive breastfeeding at about 15 days (DHS, 1996), as compared with current international recommendations of "about six months". Breastfeeding is started late (as compared to the WHO recommendation of initiation within one half hour after birth), with only 16 percent of mothers initiating breastfeeding within one hour and 38 percent within 24 hours after delivery. Older women in the community were reported to exert an important negative influence on EBF beyond the first few days. The national policy is reportedly EBF up to four months although education and training materials were found to vary (four , four to six , "after five months"). Many agencies and countries are moving in the direction of "about six months" of EBF as the recommended duration based on evidence on diarrheal disease, contraceptive effects, and displacement of breastmilk by other foods and fluids consumed. Evaluation data and intervention trials suggest that to increase the prevalence of EBF , mothers need at least three counseling sessions one each during pregnancy, at delivery and within the first two weeks postpartum. Information on BF counseling activities in Borgou is a summarized in the next chapter.

Appropriate Complementary Feeding and Continued BF Until 24 Months

Breastfeeding is continued for a median of 23 months (DHS, 1996). No descriptions of complementary feeding practices were found. Health staff report that infusions and water are given starting a few days after birth. Feeding of thin gruels is initiated at about three months (corn and millet-based) with a rapid transition to family foods. Infusions of plant roots are given for strength. The Peul start feeding animal milk within the first few weeks. Mothers feed the

youngest child from their own plate, older children eat together from a plate and adult men receive their own plate. Groundnuts, dried fish, red palm oil and eggs are available in the region but it is not known whether these are utilized for complementary feeding in this age group. Force-feeding (gavage) may be widespread in the very rural communities where health and social promotion staff have not been able to work extensively. According to current guidelines, infants must receive appropriate types and amounts of foods, given a certain number of feedings, and with encouragement to consume adequate amounts at each feed. Complementary feeding needs change significantly from 6-8 months, to 9-11 and 12-24 months, and about 6, 9 and 12 months of age constitute important milestones for assessment and counseling on feeding practices.

Childhood Illnesses and Nutrition

Very little information was found on feeding practices during illnesses.

Vitamin A Deficiency

Studies in Atacora region (contiguous with Borgou) found a significant problem of vitamin A deficiency. According to WHO, Benin is classified as having a clinical vitamin A deficiency problem of public health significance (WHO, MDIS Working Paper #2; see Appendix A). The presence of clinical signs indicates widespread subclinical deficiency may be present. The Borgou region is similar in ecology to northern Ghana where a 20 percent reduction in mortality was found to result from vitamin A supplementation every four months.

Iron Deficiency

Anemia is considered a significant problem in Benin, affecting over one-half of children 6-24 months of age and pregnant women. A deficit of absorbable iron and inhibitors of iron absorption in the diet, combined with intestinal parasites, are reportedly important causal factors. Malaria is thought to be an important factor in infant and childhood anemia.

Iodine Deficiency

In 1983, the national total goitre rate was estimated to be approximately 24 percent, with a higher concentration in the northern departments. UNICEF conducted goiter and urinary iodine surveys recently and found moderately severe IDD in Borgou (see Appendixes A and F). There was some improvement following the introduction of iodized salt in the region; however, the presence of goitrogens in the diet in some areas and low usage of iodized slat in others may contribute to continued presence of IDD in this region.

PMA/N IN HEALTH SERVICES IN THE REGION

The national policies of the MCH/Family Planning program of the Ministry of Public Health are implemented through a number of services and programs in the Borgou region. The national policy statements do not clearly articulate what emphasis nutrition behaviors are being targeted; rather, general activities such as IEC, measuring children's heights and weights, and improved feeding are mentioned (National Health Policies and Strategies 1997-2001). The present number of government health staff in Borgou are given in Table 3. The main programs through which nutrition services are delivered within Programme Sante Familiale are: maternity care (prenatal, delivery, postpartum, postnatal), family planning, EPI, and pediatrics (case management). In addition, the ministry has absorbed the program of food distribution and growth monitoring supported by CRS through Centres of Social Promotion (CPS). The maternities, CPSs and remainder of health activities (e.g. care of sick children) typically have separate buildings, staff, and supply cabinets and coordination takes special effort. The current estimated enrollment in CPS in Borgou is given in Table 6. There is a group of NGOs working in health and nutrition in Parakou, with the largest and best equipped being SIM. A number of small NGOs have recently been identified by MCDI as having the potential to participate in health education (see Appendix H). Coverage by these non-governmental organizations at the community level is unknown but appears to be extremely limited.

Health facilities at different levels were visited during the assessment (Table 4). The current situation and main gaps found during the assessment in PMA/N components of government health services in Borgou are summarized in Table 5. The information is largely qualitative since no surveys of PMA/N components has been done, nor do routine monitoring activities record information on these services, with the exception of iron/folate supplements distributed as part of prenatal care.

One component of the assessment included policies and technical guidelines. In general, it was found that national policies are consistent with international guidelines regarding the PMA/N components (also see the nutrition assessment by Parlato, Diene, Kimbo and Fakambi, BASICS/USAID 3/97). The only exception is the four-month limit placed by MSP/Benin on the duration of exclusive breastfeeding. This policy needs to be revised to support EBF duration to about six months in accordance with new research and international guidelines. This will permit the health organizations to capture the potential benefits from breastfeeding in reduced diarrheal deaths and improving family planning/reproductive health. These are priority areas where the government and donors are investing resources. (NOTE: There is no formal policy on HIV-AIDS and breastfeeding in Benin; however, health workers are instructed to counsel mothers and families of HIV-positive pregnant and postpartum mothers based on whether the family has the means to provide breastmilk substitutes). More detailed information on health and nutrition in Borgou is given in the appendixes.

A summary of PMA/N activities in each type of MCH health service is given below.

Prenatal Care

As indicated in Table 2, an estimated 61 percent of mothers in Borgou visit health workers at least once for prenatal care, according to DHS (1996). Given the current international recommendations, this contact is important for the delivery of iron/folate supplementation and counseling on exclusive breastfeeding. Iron/folate is distributed as part of the package of prenatal services with cost recovery through a charge for the services. The number of iron/folate was found to vary from 30 or 90 tablets given in the first visit. Some facilities gave iron and folate separately, and in one instance the iron was in fumarate (more expensive than sulfate) form. The fee charged for the iron supplements varies by facility. There was no systematic counseling on side effects, strategies to remind the pregnant women to take the tablets regularly, and not to stop until the end of pregnancy. The type of tablet is a light gray colored preparation that disintegrates and has an odor.

Chloroquine is routinely given as part of the package. In one of eight facilities visited, mbendazole was also included. The *carte maternelle* kept by the maternity staff has a specific space for recording the receipt of iron/folate. The team found no evidence of supply shortages for iron/folate. Compliance problems were reported by the majority of staff, with mothers often bringing back the full supply of tablets when she comes for delivery. Thus, while the majority of program components work well in terms of supply, cost recovery, distribution, and recording, the lack of a component on appropriate counseling, building demand, or education/promotion of the mothers and population in general may seriously undermine the effort. No information was found on women's experiences with iron/folate supplements and strategies for improving compliance. Qualitative research on this topic would be a useful next step. Women not reached through the health services can obtain iron tablets in the market although the quality of these preparations is questionable (there is an influx of medications from Nigeria). There is no evidence of public education/IEC or marketing of iron/folate.

Counseling on exclusive breastfeeding is conducted by staff of facilities in the "Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI)" program. These include the hospital CHD/Parakou, evangelical hospital in Boko, and the hospital in Bembereke. Since these facilities are only a small proportion of many opportunities for prenatal care, a small fraction of the possible coverage is being realized since the number of facilities included in BFHI is small. Training materials and trainers are present in the region, and availability of posters and instructional material is not considered a constraint. Health staff in the region recently attended a UNICEF-assisted training course on HIV-AIDS that discussed appropriate strategies for breastfeeding; the region adopted a strategy of supporting women to continue breastfeeding based on a consideration of local conditions. The lactational amenorrhea method (LAM) is not offered as a choice in the family planning program (lack of training, not incorporated in recording/monitoring systems, lack of materials, etc.), although staff have been given some orientation on the method.

Delivery and Post-Partum

As indicated in Table 2, only an estimated 39 percent of births in Borgou are assisted by a doctor. nurse or trained person (DHS 1996). Per current international recommendations, this contact is important for the delivery of the following PMA/N components: support and counseling on initiation of breastfeeding and management of common EBF problems, and providing postpartum vitamin A supplementation to mothers. As indicated above, only a handful of staff are trained in breastfeeding counseling and provide the required support. Some maternity staff noted the positive results of exclusive breastfeeding by mothers in terms of well-nourished infants with less diarrhea; however, women counseled in maternities were often discouraged by family members regarding exclusive breastfeeding when they returned home. There is no systematic strategy for breastfeeding counseling at the community level.

Vitamin A supplementation of postpartum women in widely practiced by health facilities staff. Supplies were available in all facilities visited (except the CHD maternity section). National policy guidelines specify postpartum supplementation up to four weeks postpartum (see Appendix E). Maternity staff were found to administer the vitamin A in postpartum wards at the facilities visited. The supply system for vitamin A capsules is not part of the regular system of drug procurement. UNICEF has provided 100,000 IU capsules free of charge to all facilities in the region and is expected to continue to replenish supplies. There is no specific space on the mother's health records (neither on the *carte maternelle* maintained by prenatal care staff nor the *carnet de sante* kept by the mother). The infant's *carte infantile* does have a space for recording vitamin A (and offers the possibility of recording the mother's postpartum dose) but staff are not trained in filling in any data on vitamin A dosing. There was no information on IEC or nutrition education for pregnant or postpartum women regarding food sources of vitamin A.

Postnatal Care

There are no data on health services utilization for postnatal checks. Health facilities staff report that very few women return during the postnatal period. Per current international recommendations, this contact, if it reached a significant proportion of the population, could be important for assessing and counseling on exclusive breastfeeding.

Immunization Activities (EPI program)

Immunization activities are conducted at fixed facilities starting with BCG given at all health center births. The regional policy is to make immunizations available on every day of the week. In addition the *strategie avance* provides an avenue for outreach activities. National Immunization Days were held in December 1996 and January 1997 for polio vaccination . No vitamin A was distributed. As indicated in Table 2, an estimated 52 percent of infants receive measles vaccination. Per current international recommendations, this contact is important for the delivery of the following PMA/N component: checking and completing vitamin A supplementation for postpartum mothers (at the time of BCG vaccination) and infants (starting at

6 months of age, at the time of measles immunization). This strategy for combining vitamin A distribution with immunization activities has been adopted throughout the Borgou region, and is noted in the national vitamin A directive (copy in Appendix F).

The issuing of national directives was not followed by training or orientation of staff, and the local implementation in each *sous-prefecture* and catchment area of each health facility in Borgou region is variable and not systematic. Health staff interviewed during this assessment reported dosage and frequency protocols that were not always consistent with international or national recommendations, thus raising questions about program quality. It is difficult to assess the coverage of vitamin supplementation or the problems faced by staff in completing the recommended protocols due to an absence of a recording and reporting system. Several facilities visited were maintaining notebooks with names of each recipient (and their date of birth and date of dosing) during their immunization activities; the use of these data is unknown. Supplies have not been a problem. UNICEF plans to conduct a training workshop in September 1997 to orient staff to protocols and expressed an interest in developing a monitoring system.

The forthcoming NIDs will include vitamin A supplement distribution at least in Borgou and Atacora departments (where VAD was confirmed through surveys). The assessment team recommended that nationwide supplementation be considered since indirect indicators (e.g. malnutrition levels, low measles immunization coverage) suggest the problem of VAD may be widespread. BASICS and WHO are developing a training module on vitamin A supplementation for mid-level managers of immunization programs that could be pre-tested in Benin if a French version could be prepared before November.

Well-Child Follow-Up Through CPS (Program of Social Centers/CRS)

There is no health program that systematically reaches a substantial proportion of this age group nationally or in Borgou. However, with the recent incorporation of the Ministry of Social Services with MSP, the health services have acquired the CPS program that provides food supplements and growth monitoring for children from birth to 24 months. Enrollment in this program is limited, as shown in Table 6. Based on international protocols, the appropriate components for this contact (if a larger proportion of infants could be reached) include checking and completing vitamin A supplementation of children 6 months of age and older, routine assessment and counseling on complementary feeding in addition to continued breastfeeding, and referral of sick/malnourished children. At present CPS does not implement any of these activities. IEC materials are virtually absent.

Nutritional Components of Case Management

There are no reliable data on health services utilization with reference to ill children. There is one referral hospital (CHD/Parakou), and a handful of other public and private hospitals that provide pediatric care in the region. According to a report in 1993 (Etude Demographique et Sociale du Borgou, Ministere du Plan et la Restructuration Economique, Cotonou) 38 percent of

infants under 1 year of age and 27.3 percent of children 1-4 years of age are covered by the health system. Pediatric staff reported that sick children often arrive too late and some ethnic groups do not use the services at all. At the regional hospital in Parakou, WHO's IMCI program has not been initiated and staff have not heard of this approach. The national "Ordinograms" on case management are expected to be used by CSSP and CCS staff and CHD/Parakou staff use their own case management protocols. Case management does not include systematic assessment and counseling on infant feeding. Vitamin A is administered to cases of measles and malnutrition at the CHD in Parakou, but dosage and frequency reportedly given are not consistent with international or national protocols. Palmar pallor is not routinely assessed.

There are no national guidelines or protocols for treatment of the severely malnourished children whose number is not insignificant in the region of Borgou, particularly in the extreme north. The regional hospital at Abomey (located to the south of Borgou) reportedly has devoted a considerable effort to develop suitable guidelines; these were not available for review and were not known to the staff in Borgou. A referral system for malnourished children from and to communities with accompanying protocols appropriate for each level of care was not identified at any site. Staff of the World Bank-assisted project in Borgou noted that health facilities staff are unmotivated and unprepared to deal with referrals from their community-based growth monitoring program.

Promotion of iodized salt by health workers is a small but important component of the nutrition "minimum package." This situational assessment did not find any promotion of iodized salt by health workers or checking salt supplies during outreach at community level, nor was support provided to community entities such as schools, health committees, etc., to monitor salt supplies. Discussions with COGEC (community committees established under Bamako Initiative) members suggests that COGES and COGEC may be interested in this activity.

In summary, the assessment identified a number of needs in the area of nutrition "minimum package" actions that could help alleviate several high priority problems in maternal and child health in the region. UNICEF has clearly played an important role until now in laying a good foundation for strengthening these components. Actions are needed both at the health facilities and community levels.

SUMMARY OF NEEDS IN PMA/N PROGRAM ACTIVITIES

Table 5 summarizes the gaps and constraints identified by the DDS/BASICS team following the situational assessment. These fall under three main categories:

1) Preparation of health staff at all levels to upgrade their "minimum package"-related activities (improved protocols, training, tools and supervision);

2) Improved management (in particular, information systems for detection and action on priority nutrition program components, and a referral system); and

3) Demand creation through IEC and linkages with community-based organizations to increase coverage.

Unlike many other areas where similar situational analyses of the "minimum package" have been conducted, supplies (e.g., of micronutrients) are not a constraint in Borgou at the present time. In part due to considerable community support and financing (e.g. infrastructure, additional staff at health centers), personnel at the peripheral level do not appear to be a serious constraint either.

There is a shortage of well-trained staff at the trainer level in specific technical content areas (e.g. vitamin A, BFHI), which is reflected in inadequate preparation of peripheral staff to implement the required protocols. Systematic supervision is absent. Some protocols need strengthening (e.g. severe malnutrition, assessment and counseling on infant feeding as part of preventive and curative care). Information is globally lacking on program coverage. Little is known about community/household/women's perceptions and motivations related to practicing the "minimum package" behaviors, and the variability in demand within the region that may exist (e.g. rapidly urbanizing communities versus remote rural communities, differences among ethnic groups). Related to a paucity of understanding of community perceptions and motivations, is the lack of suitable IEC interventions/strategies/materials.

It is important to recognize that accessibility is severely limited for a considerable proportion of the population, and the desired coverage of 75+ percent of each component of PMA/N is not likely to be achieved within the next five years. Community-based nutrition activities that were recommended to this team (e.g. PILSA project, NGOs) do not have a promising track record in Borgou region thus far. So the first line of action is to strengthen existing government health services. An important part of this strengthening should include development of guidelines to work systematically with other agencies, especially those with community-based agents in each catchment area.

The main gaps are not in lack of an entire component of PMA/N because each of the six interventions is being implemented in some way. Rather the gaps are in systematic organization and management. The need to focus and re-orientation (from implementing activities) to achieving results in terms of specific behaviors is critical. A new array of appropriate tools to facilitate this change will be needed (e.g. IEC, monitoring and evaluation, supervision checklists, counseling job aids).

RECOMMENDATIONS FOR STRENGTHENING PMA/N IN BORGOU

Overall Strategy and Expected Results

PMA/N needs to be integrated with other health interventions for mothers and children. The focus of PMA/N is pregnancy through the first year or two of life. UNICEF is an indispensable partner.

The operational strategy consists of an initial preparatory phase in the first 12 months to lay the foundation for scaling up actions in later years under the planned Family Health program in the Borgou region. A combined approach of systems support (e.g. information systems and supervision) and focus on certain interventions (breastfeeding promotion, micronutrients) is suggested.

The expected results for a multi-year program are:

1) At health facility level (IR 3.1 Improved management of key maternal and child health services): increased number of facilities following recommended protocols of PMA/N (e.g. maternities following *dix conditions* of IHAB; infants routinely assessed and mothers counseled on feeding practices; vitamin A and iron dosing according to specified guidelines; measles, diarrhea and PEM case management according to PMA/N guidelines).

2) At community level (IR 3.2. Health agents trained in select MCH services): increased number of communities with at least one agent (public, private, health/other sector) trained and equipped to provide PMA/N support (in breastfeeding counseling, iron/folate supplementation, promotion of vitamin A, referral of sick/malnourished children and iodized salt testing).

3) At household/population level (IR 3.3 Increased IEC for nutrition ...): increased number of mothers of children under 2 years of age, school children and community influentials who have received information on PMA/N, and who are practicing emphasis behaviors.

Each PMA/N component is discussed below. Indicators are specified for each with short-term and medium-term actions. Next steps are also indicated.

Breastfeeding Promotion

Indicators

Population Level

1) Percent of infants 0-4 months of age exclusively breastfed (current 14%, DHS 1996).
2) Percent women who received at least one breastfeeding counseling during pregnancy, at delivery and within two weeks postpartum for their youngest child.

Health Services Level

1) Percent maternities meeting IHAB specifications.
2) Percent communities with trained and supervised breastfeeding counselors.
3) Percent family planning clinics/providers with trained staff offering LAM as a choice.

Recommended Actions for the Short-Term

1) Identify an effective outreach strategy at the community level for reaching pregnant women (not coming for prenatal care and medically-assisted deliveries).
2) Extend and improve training of health staff in BF counseling.
3) Increase the number of trained community agents (ASC, matrons, support groups).
4) At the national level: Review scientific basis for current policy on duration of EBF (four months) and extend EBF duration to "about six months" (to permit health agents to counsel mothers based on individual needs).

Recommended Actions for the Medium-Term

1) Increase the number of community-based breastfeeding support groups that can work with older women to influence community perceptions regarding EBF.
2) Increase utilization of pre- and post-natal services by reorganizing health services to reduce waiting time for women at clinics.
3) Strengthen supervision and follow-up of staff trained in BF counseling, and IHAB facilities to ensure sustained quality.

Next Steps (within the next 12 months)

1) Accelerate the achievement of IHAB (BFHI) at public and private maternities in collaboration with UNICEF.

2) Technical assistance on IHAB sustainability and quality: a) to design a IHAB quality monitoring system and test them in Borgou; b) develop appropriate modules for medical and nursing/sages femme curricula at the national level; and c) review national policy recommendations on duration of EBF.
3) Technical assistance on training and IEC for LAM for family planning practitioners.
4) Develop modules for training of community-based workers to support breastfeeding activities, in collaboration with NGOs.
5) Consultative research (household trials methodology) to define specific messages, motivations and constraints for use in IEC.

Complementary Feeding

Indicators

Population Level

1) Percent of infants 6-11 months of age receiving adequate complementary feeding (specific, measurable behaviors to be defined after formative research with household trials).
2) Percent mothers/infants who received at least one assessment/counseling on complementary feeding at about 6, 9 and 12 months of age.

Health Services Level

1) Percent facilities where staff routinely assess and counsel mothers of children 6-24 months of age on complementary feeding.
2) Percent communities with at least one agent trained and supervised to assess and counsel on complementary feeding.

Recommended Actions for the Short-Term

1) Include appropriate complementary feeding modules (e.g. emphasis on practical assessment and counseling skills) within in-service training activities.
2) Identify and team up with community-agents to extend complementary feeding-related assessment and counseling to achieve greater coverage through community-based agents from other sectors (e.g. CARDER, NGOs , PILSA).
3) Adapt and improve the supply of appropriate IEC materials on complementary feeding.

Recommended Actions for the Medium Term

1) Strengthen complementary feeding components of health agent training.

2) Provide the means for supporting and motivating health and other community agents to actively follow-up children of 6-24 months of age.
3) Put into place a coordination mechanism for all nutrition/infant feeding/IEC activities at the *sous-préfecture* (district) level.

Next Steps

1) Conduct household trials in the Borgou region to develop adapted feeding recommendations for use in training and IEC.
2) Develop a module for training of community-based development workers to support appropriate complementary practices using IEC materials, in collaboration with NGOs such as MCDI, PILSA/DED and others.

Vitamin A

Indicators

1) Percent postpartum women, infants (6-11 months of age) and children (12-36 months of age) who received a vitamin A capsule according to the national vitamin A protocol.
2) Prevalence of VAD in the population (clinical or subclinical indicators)

Recommended Actions for the Short-Term

1) Train all health staff in vitamin A supplementation (and other micronutrient interventions including messages on vitamin A and iron-rich foods), including maternity and EPI staff.
2) Ensure adherence to appropriate supplementation protocols through supervision and monitoring.
3) Develop/strengthen a monitoring/information system for the vitamin A supplementation currently being implemented with immunizations.

Recommended Actions for the Medium-Term

1) Develop strategy for greater community involvement.
2) Explore the potential of promoting vitamin A rich foods that are available in the Borgou region (e.g. red palm oil).

Next Steps

1) At the national level: Extend vitamin A supplementation to all regions in Benin in the upcoming NIDs, since recent data worldwide indicates that VAD is far more widespread than was anticipated, and mortality/morbidity impacts are substantial (Ghana study).
2) Identify a practical monitoring system to track vitamin A supplementation coverage.
3) Training of EPI staff at all levels in vitamin A supplementation (including preparation for NIDs in December and January 1997). The vitamin A linkage with NIDs is viewed as strengthening the capacity of immunization managers to build a sustainable vitamin A supplementation capability rather than an ad hoc delivery of one dose that will not continue beyond the polio eradication initiative.

Prenatal Iron Supplementation

Indicators

1) Percent mothers who consumed at least 90 iron/folate tablets during their last pregnancy.
2) Prevalence of anemia among pregnant women and infants.

Recommended Actions for the Short-Term

1) Ensure that supplies of iron/folate tablets are a combined ferrous sulphate and folic acid preparation, of adequate quality and acceptability; provide orientation and training to health managers and agents.
2) Prepare IEC materials to include counseling on side-effects, compliance, and precautions.
3) Identify mechanisms to reach women during their first trimester of pregnancy with iron/folate, including community-based distribution, in collaboration with other sectors and NGOs.

Recommended Actions for the Medium-Term

1) Assess anemia prevalence and etiology in the Borgou region.
2) Remove barriers to women's utilization of prenatal health services through reduced waiting time at clinics, IEC, and working with other community development agents, women's groups, COGECs, school teachers and NGOs.

Next Steps

1) Formative research on women's compliance with protocols and how to improve it, including use of traditional media for IEC, and alternatives for community-based distribution.

Promotion of Iodized Salt

Indicators

1) Proportion of households consuming iodized salt.
2) Prevalence of IDD.

Recommended Actions for Short-Term

1) Strengthen community mechanisms for monitoring iodized salt availability.
2) Train health workers in IDD control and assessment.

Recommended Actions for the Medium-Term

1) Integrate micronutrient nutrition (including IDD) in pre- and in-service training of health staff and their community-based counterparts.

Next Steps

1) Development of curriculum for training community-based workers through NGOs in iodized salt testing in Borgou.
2) Provide testing kits for iodized salt to all CSSP, CCS and CPS in Borgou, and train them in its use and reporting, in collaboration with UNICEF.

Case Management

Recommended Actions for the Short-Term

1) Develop IEC material (based on household trials results) for systematic assessment and counseling on infant and child feeding for all sick children seen by health agents.
2) Train all first-line health workers who treat sick children and their supervisors to routinely administer two doses of vitamin A for measles.
3) Develop and test an appropriate case management system for severe PEM (that includes referral, protocols, recording and information system at each level).

Recommended Actions for the Medium-Term

1) Train and equip all facilities that see sick children to identify and treat/refer cases of severe PEM according to recommended guidelines.
2) Where community-based assessments are conducted routinely (e.g. PILSA and UNICEF community nutrition areas), develop a referral and follow-up system for malnourished children.

Next Steps

1) Translate the latest WHO guidelines on PEM treatment in French.

Cross-cutting Actions

1) Baseline and follow-up data on key indicators of results (health facilities and household surveys in a sample of facilities and communities).
2) Build IEC capacity (especially formative research, counseling skills, use of traditional media, and linkages with other sectors).
3) Strengthen information systems, supervision, and referral procedures. Integrate appropriate PMA/N elements within the SMI-PF information systems for better management, aimed particularly at maintaining adequate quality of services.

SUMMARY PLAN OF ACTION FOR PMA/N STRENGTHENING DURING 10/97-9/98

Activities	Implemented By	Collaborators	Key Counterpart
1. Formative research			
- child feeding	National team trained in Dakar, BASICS TA	Min. Ag.	DSF
- compliance with iron/folate	BASICS HQ & Natl. Consultant	Univ.	DDS, DSF
- traditional & other media	BASICS Regl. TA	MEPS	DDS
for child health & PMA/N IEC	Natl. Consultant		
2. Baseline of health facilities	BASICS HQ & Regional Consultants	DDS	DDS
3. a Acceleration of IHAB in Borgou	BASICS/UNICEF	National BF Com.	DDS-SF, DSF
3. b Strengthening of IHAB (BFHI):			
- quality monitoring system	BASICS consultant	Natl. BF Com.	DDS
- pre-service curriculum	Same	Same	Same
- review of national policies	Same	Same	Same
4. In-service training of DDS staff & community agents			
- infant feeding	BASICS Regl.	Natl. BF Com.	DDS
- micronutrients	OMNI/BASICS	GEPED	DDS
5. Development/strengthening of Infor. Systems	TBD	SNIGS	DDS
6. LAM Training and IEC Strategy	LINKAGES	Natl. FP Gp.	TBD

TABLES

Table 1: Overview of PMA/N Protocols in Health Services

Health Service	*PMA/N Action (Health Worker Behaviors)*	*Content/Protocol*
Prenatal Visits	Breastfeeding counseling	Planning for early initiation, EBF, check for problems (ref. IHAB)
	Iron/folate supplements & counseling	Supply of one daily tablet (60 mg iron) or at least 90 tablets per pregnancy with counseling on side-effects, precautions, compliance
Delivery and Postpartum	Breastfeeding assistance & counseling (maternity procedures should follow BFHI "10 steps")	Initiation of BF < 1 hr., check for position & latch-on, management of common problems, duration of EBF up to about 6 months (ref. IHAB)
	Vitamin A supplement for mothers	One dose of 200,000 IU administered after delivery
Postnatal Checks	Exclusive breastfeeding check	Assess and counsel on problems (ref. IHAB)
Immunizations	With BCG contact, check mother's vit. A supplement	One dose of 200,000 for women within 8 weeks postpartum
	With measles immunization contact, check infant's vit. A	One dose of 100,000 IU for infants 6-11 months every 4 to 6 months
	With NIDs and "strategie avance" check & complete mothers' & children's vit. A	Same as above plus one dose of 200,000 for children 12 to 36 months
Well-Baby Visits	Assess & counsel on EBF < 6 mo., complementary feeding > 6 mo.	EBF counseling based on IHAB; complementary feeding assessment & counseling based on results of household trials.
	Check & complete vit. A protocol	See immunizations above
	Screen & refer severe malnutrition, treat anemia	IMCI protocols for severe PEM and anemia
Sick Child Visits	Same as above	Same as above

Table 2: CHILD HEALTH & NUTRITION IN BORGOU REGION, DHS 1996

Indicator	Borgou Region	National
Infant Mortality	116.9 (38% neonatal)	103.5 (43% neonatal)
Malnutrition		
- Wt/age -2 SD	34.9	29.2
- Ht/age -2 SD	23.9	25.0
- Wt/Ht -2 SD	24.6	14.3
Breastfeeding Initiation		
- Within 1 hr. postpartum	16.2	23.9
- Within 24 hrs.	38.4	62.7
Duration of Exclusive BF		
- Median	0.5 months	0.5 months
- % 0-3 months EBF	NA	14.0
Duration of Any BF	22.9 months	22.6 months
Prevalence of Diarrhea	28.1	26.1
ORT use	35.3	32.6
Dec. feeding	63.6	49.0
Access to Health Services		
- Distance < 1 km	40.1	39.2
< 5 km	52.2	61.0
- Prenatal care (1+ visit)	61.3	81.4
- Assisted deliveries	39.4	64.0
Immunization Coverage	40.6 (52.2 measles)	55.6 (64.3 measles)
Access to Media:		
- No mass media	31.7	17.1
- Radio (sometimes)	51.0	65.8
- TV (sometimes)	26.8	41.7

TABLE 2. Point sur le personnel : Médecin, Sage-femme, Infirmier (e) et Aide-Soignant A.P.E du Département

Catégories Socio-professionnelles	Effectif	Ratio Pers/popul	Norme
Médecins	32	1/29 833 Hbts	1/10.000
Sages-Femmes	42	1/22730 Hbts	1/5000
Infirmiers (es) toutes Catégories	200	1/4 733 Hbts	1/5.000
Aides-Soignants (es)	60	—	—

Source : DDSPSCF - Borgou

N.B : - A.P.E = Agent Permanent de l'Etat
Hbts = Habitants

Direction Départementale de la Santé du Borgou
Le Médecin-Chef DDSF

Le chef Service Santé Familiale

Dr Aimé GBOHOUN ATTOL

Tableau 4. LISTE DES STRUCTURES VISITÉES ET PERSONNES RENCONTRÉES

Localités	Structures visitées	Personnes rencontrées
Cotonou	US-AID	- M. Tom Park, Chef de la mission - Mme Susan Wolf, HPN officer - Rudolph Ellen-Beck, Program Officer
	Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine	- Dr Hortense Ahoundjinou, Chef Service de la Nutrition
	Projet PILSA	- Mme Joyce Agbélégbé, Chef service nutrition
	Université Nationale du Bénin	- Pr Alihonou
	MCDI	- Lee Yellott, Représentant Résident - Evelyne Laurin, Educateur en Santé Publique
	DED/GTZ	- Dr Emmanuel Carlos Gbaguidi,
Parakou	DDSPSCF	- Dr Midou Ibrahima, Directeur - Dr Attolou Gbohoun Aimé, chef Service Départemental de la Santé Familiale - Aloukoutou Salomon Responsable IEC - Mme Amadou Téna Sylvie Chef div SMI/PF/NUTRITION - Mme Padonou Rachel, Assistante Sociale à DPS Borgou - Gnavo Gollar, Cellule d'appui à la gestion du financement communautaire
	Cellule Départemental de l'allaitement maternel	- Dr Victor Dossou, Coordonnateur
	World Education	- Allan T Miller
Bembérké	Centre de Promotion Sociale	Yacoubou Seidou Responsable
	Centre de santé de s/prefecture	Dr GBadamassi Olatoundji Medecin chef Mme Salifou Salamatou, Infirmière
	Maternité	-1Mme Kibissa Salamatou aide soignante - 2 mères

Kandi	Centre de santé	- Dr Koussihouédé Georges, Medecin chef
	Maternité	Mme Gnonlonfin Jeanne Maitresse sage-femme Mme Ayédégué Leokadie, sage-femme
Kalalé	Complexe Communal de santé	- Dagan Armand, Infirmier
	DED/PILSA	-Klaus Lobmann - Mme Talata Abibatan (PCN)
Niki	Centre de santé de s/préfecture	- Toko Ndouro yarou, Responsable PEV
	Maternité	- Goudjanou Ida, Sage femme
INA	Complexe Communal de santé	- Agboton Darius, Infirmier Major - Kpognon Reine Infimière - Ahonon Adrienne aide soignante - Mme Asifa Mémou Trésorière Coges - M. PC Andéri Secretaire - S. Sanni, Conseiller du Cogès
Sori	Centre Communale de santé	- Mme Pio Raliatou sage femme - Infirmier major
Tourou	Centre Communale de santé	- Bres Gaston, Infirmier Major - Amadou Boni Mariam
CHD Parakou	Direction	- Aristide Alovokpinhoun, Directeur
	Pédiatrie	- Dr Hossou Denagan Pediatre
	Maternité	Dr Nala Liamidi

Table 5. CURRENT STATUS OF PMA/N IN BORGOU (Based on field assessments during 8/25-9/2)

CONTACTS	COMPONENTS	CURRENT SITUATION	PROBLÈMS & CONSTRAINTS
Prenatal visits	Counseling on exclusive breastfeeding	- Three BFHI maternities and three additional identified as candidates - Low coverage and slow achievement of 100% BFHI planned	- Low coverage of women - Lack of outreach strategy & IEC - Community resistence to EBF - Irregular working of "groupes de soutien"
	Iron Supplementation	- Systematically implemented - Compliance appears to be v. low - Formulations of tablets vary	- No counseling given on iron/folate (on compliance & side effects) - Lack of feedback on effectiveness of this intervention (compliance and impact on women)
Delivery & Postpartum	BF Assistance	- Practiced systematically in BFHI maternities	- Lack of coverage of assisted births, need for community-based support - Reticence of women to give colostrum - Strong tendency of women to give water before 4 months - Community resistance to EBF, especially elderly women
	Suppl. vit A (mother)	- Practiced widely, not in recording system, coverage not monitored, not practices in CHD/Parakou	- Low coverage with assisted births
Postnatal	BF Counseling	- Extremely low proportion of women see in postpartum period	- Lack of organization of services and v. low utilization
Vaccinations	Suppl. vitA	- Policy, protocols and supplies adequate but practice is irregular, inconsistent across districts	- Lack of monitoring of coverage - Staff not trained
Well-Child visits	EBF Counseling < 6 mo.	- V. limited coverage and staff of CPS not trained	- Lack of community outreach, training/supervision /monitoring
	Complem. Fdg.+ Continue BF (6-24 mois)	- Integrated in activities of the CPS (the only program vehicle for this age group); quality of counseling inadequate - Assessment/counseling almost non-existent in facilities	- Insufficient quality and numbers of IEC materials - Limited capacity in counseling skills
	Suppl. vitA	Not included in CPS activities (Centres Promotion Sociale)	- Lack of coordination between CPS & health structures
Nutritional components of case management	Vit A for measles, maln, diarrh	- Protocols & supplies exist but practice is inconsistent - Coverage not monitored, lack of info. system	- Lack of training and supervision
	Systematic Assessment & Counseling on Fdg.	Not done	- Lack of assessment and counseling guidelines - Staff not trained, no support materials, supervision or monitoring
	Severe PEM	Weak protocols, inconsistent; no defined referral system	- Lack of screening, referral and treatment protocols - Training, materials, supervision and monitoring missing

TABLE 6. MOYENNE MENSUELLE DES ENFANTS SUIVIS

AU NIVEAU DES C.P.S DU BORGOU

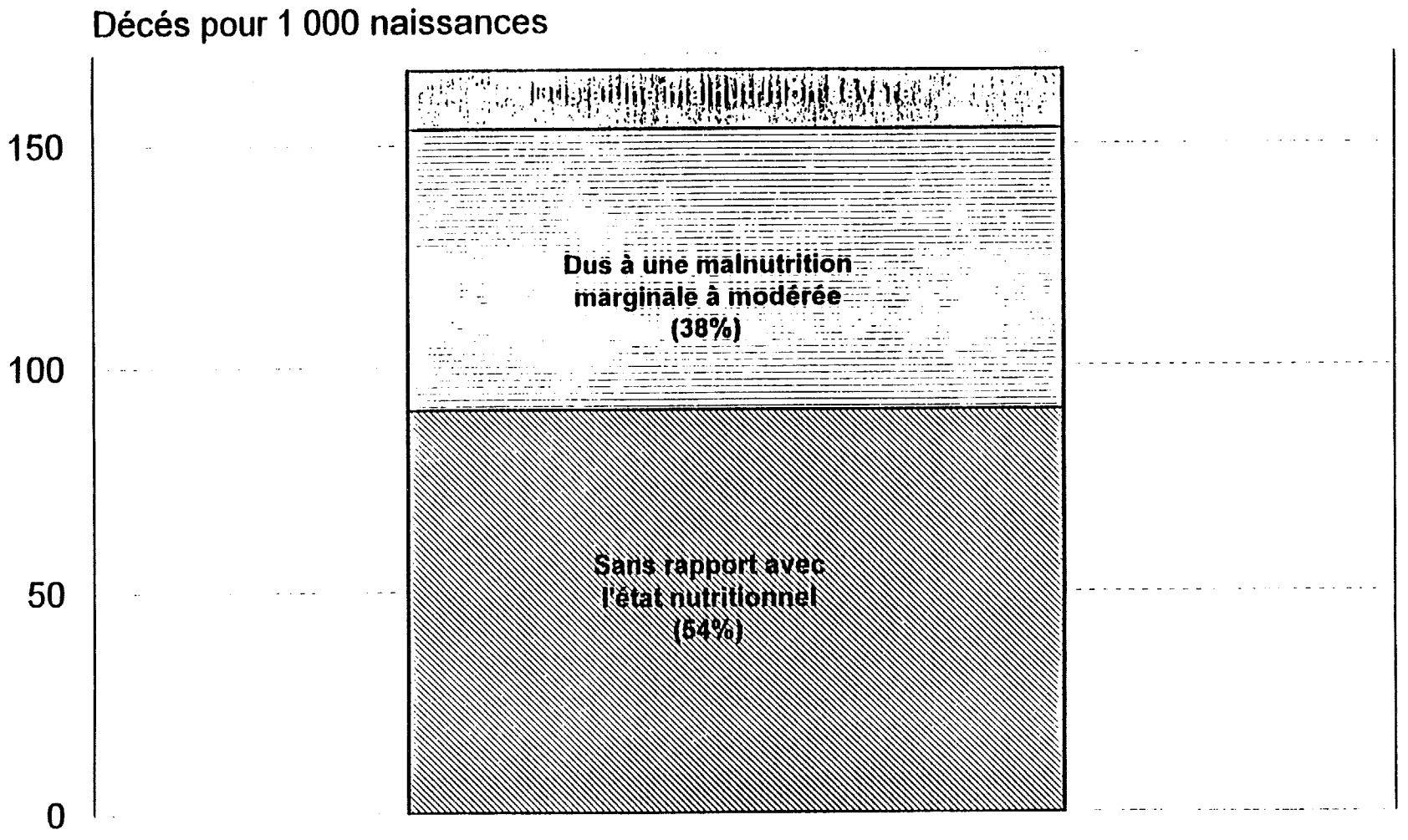
NOMBRE D'ENFANTS SUIVIS DANS LES C. P. S	TCHAOUROU	PARAKOU	N'DALI	NIKKI	KALALE	BEMBEREKE	KANDI	BANIKOARA	SEGBANA	MALANVILLE	TOTAL
	572	495	581	421	252	1263	1029	824	465	810	6.712

SOURCE : SIPS - B O R G O U

FIGURES

FIGURE 1

Contribution de la malnutrition à la mortalité infanto-juvénile, Bénin

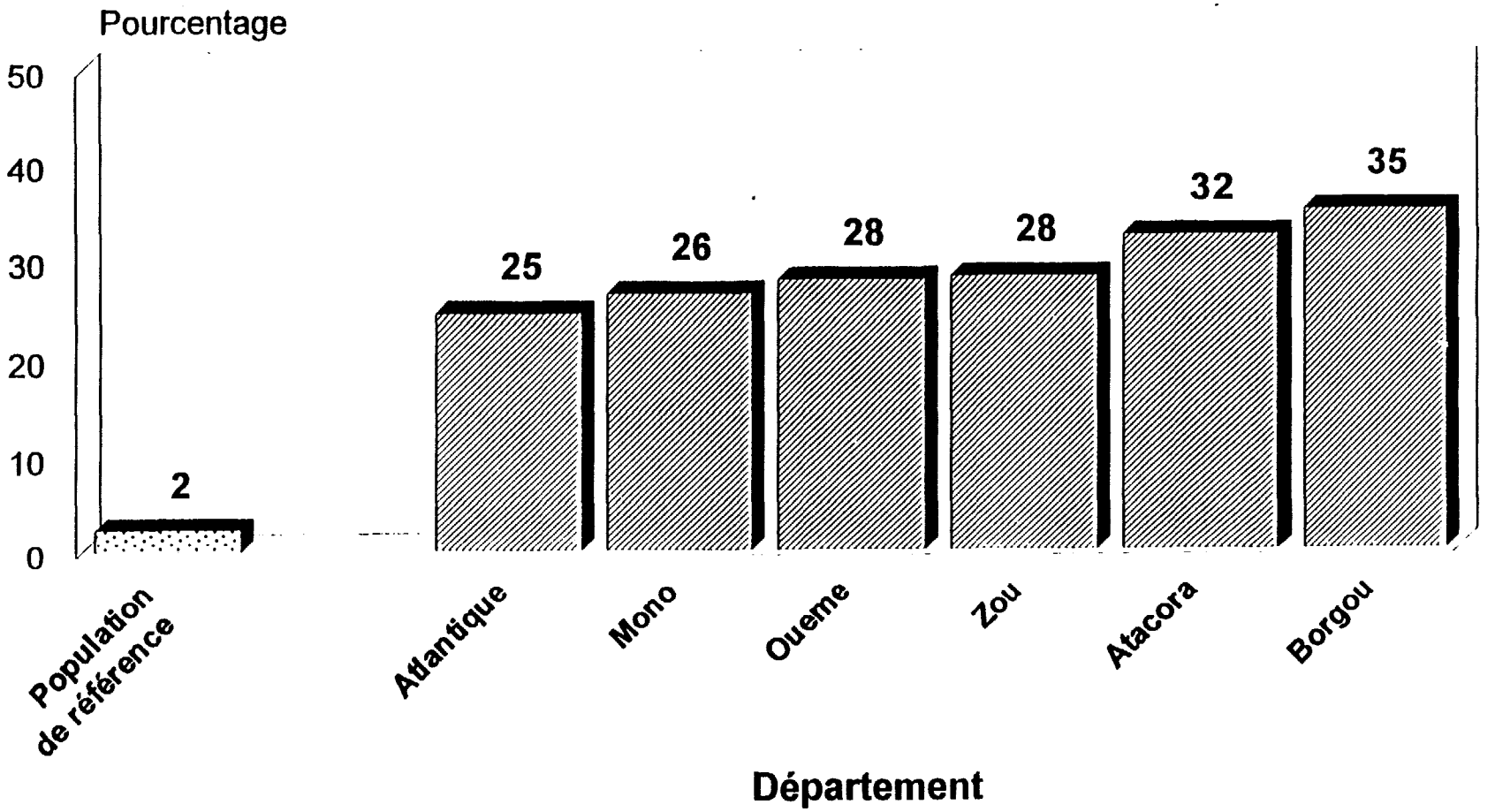


Note : Les calculs sont basés sur Pelletier et al., 1994.

Source : EDSB 1996

FIGURE 2

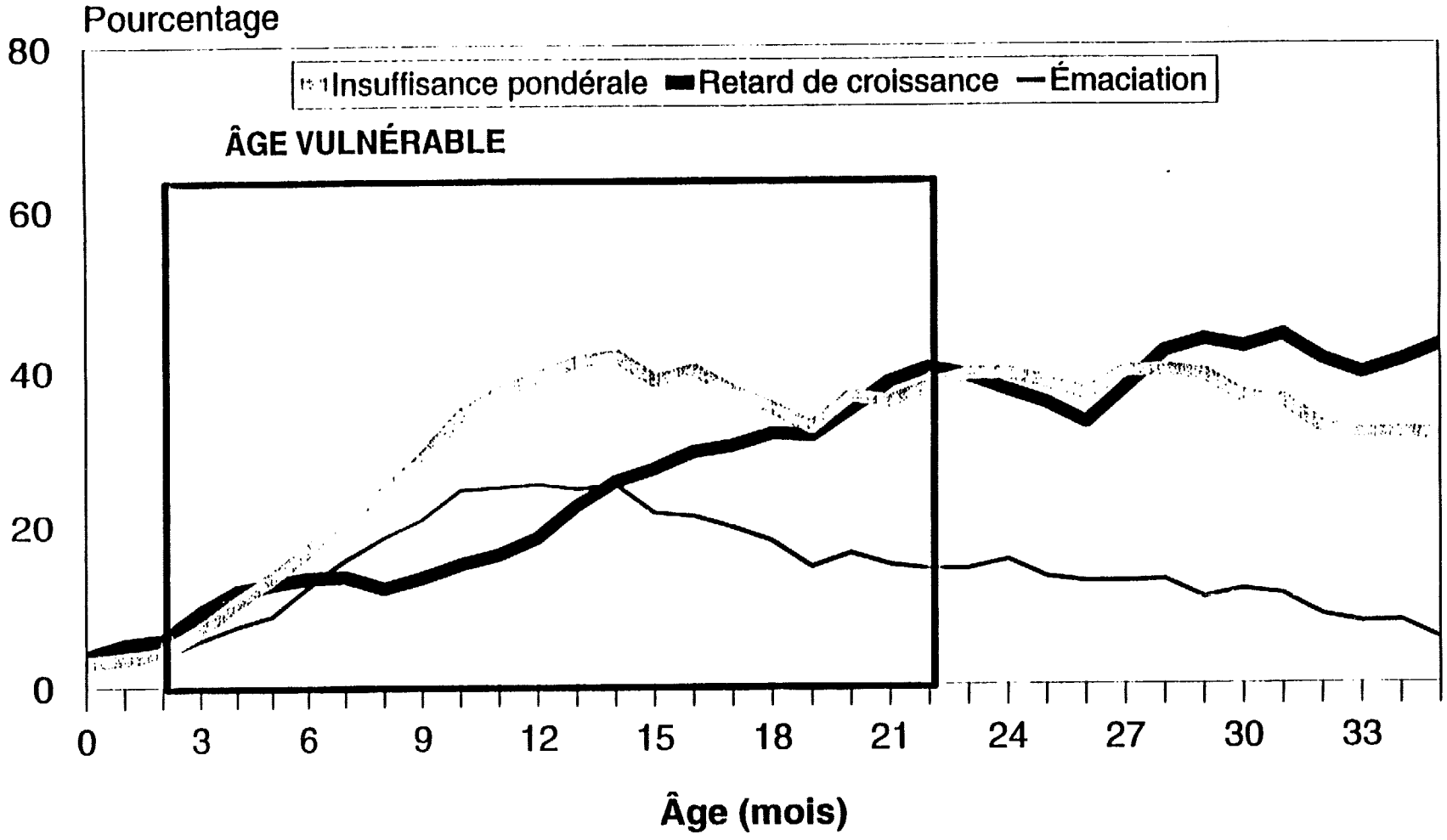
Insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 3 ans par département, Bénin



Note : L'insuffisance pondérale reflète la malnutrition

FIGURE 3

Retard de croissance, émaciation et insuffisance pondérale selon l'âge, Bénin

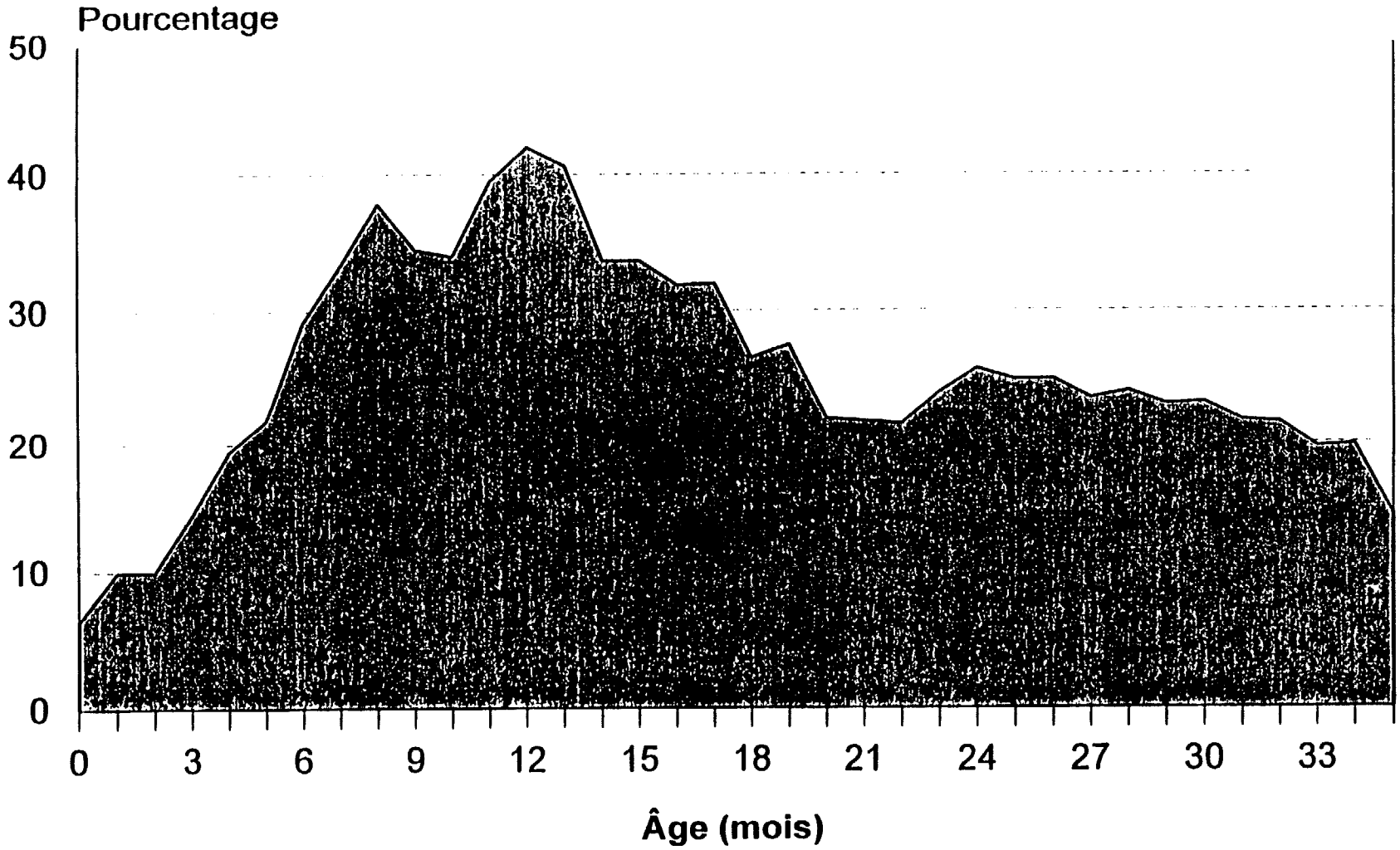


Note : Le *retard de croissance* reflète la malnutrition chronique; l'*émaciation* reflète la malnutrition aiguë; l'*insuffisance ponderale* reflète la malnutrition chronique, ou aiguë, ou une combinaison des deux.

Source : EDSB 1996

FIGURE 4

Diarrhée selon l'âge chez les enfants de moins de 3 ans, Bénin



Source : EDSB 1996

FIGURE 5

Target Contacts for Nutrition

Household/Community

Women's/BF Groups

TBA

Early Pre.	Assisted Delivery	<2 wks. Postpartum	6 mths	12 mths....24 mths

Health Facility-Based

Late Pre.	Assisted Delivery	BCG	DPT1 6 wk	DPT2 10 wk	DPT3 14 wk	Measles 9 mths

Maternity Services

Immunizations

Sick Child Visits

BASICS

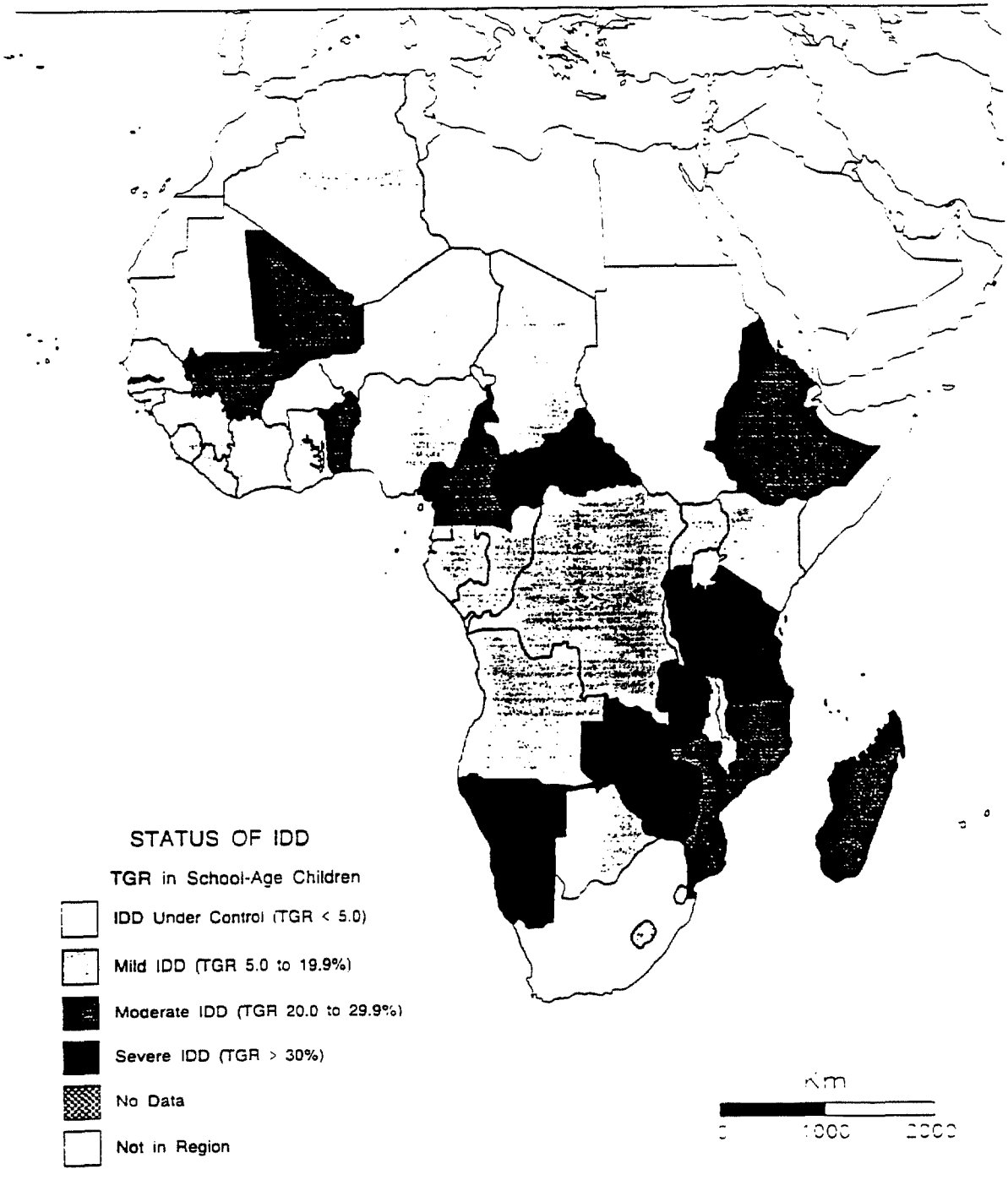
34

APPENDIXES

APPENDIX A
Micronutrient Deficiencies in Benin

PREVALENCE OF IODINE DEFICIENCY DISORDERS

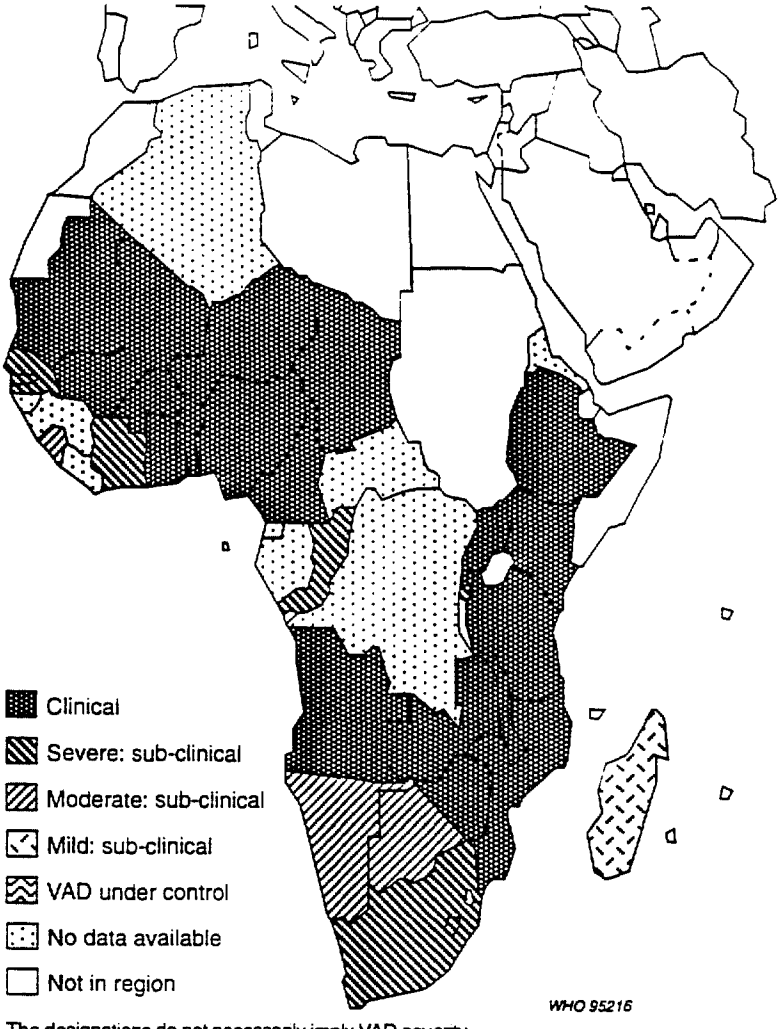
AFRICAN REGION



Prevalence of Vitamin A Deficiency

African Region

April 1995



The designations do not necessarily imply VAD severity is uniformly distributed throughout each country

APPENDIX B

Current Estimate of Population by Districts, Communes & Villages (DDS)

NOTE: (Estimates based on population growth rates applied to previous census. Please verify actual population figures if possible)

POPULATION PAR COMMUNES ET PAR VILLAGES

		1995	1996	1997
SOUS-PREFECTURE : BANIKOARA		115725	119963	124437
FOUNOUGO		**22270**	**23072**	**23925**
	BOFOUNOU PEUL	330	342	355
	FOUNOUGO A	4455	4615	4786
	FOUNOUGO B	3279	3397	3523
	FOUNOUGO PEULH	1650	1709	1773
	GNINGNIMPAGOU	463	480	497
	GOUGNIROU BARIBA	1640	1699	1762
	GOUGNIROU PEULH	1391	1441	1494
	IGRIGOU	4047	4193	4348
	KANDEROU	2627	2722	2822
	KPARO	1393	1443	1497
	SAMPETO	995	1031	1069
GOMPAROU		**9722**	**10072**	**10445**
	BOUHANROU	3086	3197	3315
	GOMPAROU A	5094	5277	5473
	GOMPAROU B	117	121	126
	KPESSANROU	1425	1476	1531
GOUMORI		**17057**	**17671**	**18325**
	DOMBOURE BARIBA	2997	3105	3220
	DOMBOURE PEULH	544	564	584
	GBANGBANGA	2256	2337	2424
	GBASSA	2897	3001	3112
	GOUMORI A	2798	2899	3006
	GOUMORI B	2081	2156	2236
	GOUMORI PEULH	1136	1177	1220
	MONDOUKORA	2348	2433	2523
KOKEY		**8316**	**8615**	**8934**
	KOKEY A	5195	5382	5581
	KOKEY B	2162	2240	2323
	NIMBERE PEULH	453	469	487
	FIGUIRE PEULH	506	524	544
KOKIBOUROU		**3001**	**3109**	**3224**
	KOKIBOUROU A	1528	1583	1642
	KOKIBOUROU PEULH	1039	1076	1116
	SIKIROU	434	450	466
OUNET		**8037**	**8326**	**8634**
	OUNET A	2745	2844	2949
	OUNET B	1705	1766	1832
	OUNET PEULH	153	159	164
	SONNOU BARIBA	2766	2866	2972
	SONNOU PEULH	668	692	718

	1995	1996	1997
SOMPEREKOU	**12817**	**13278**	**13770**
POTO	3503	3629	3763
SIMPEROU	1753	1816	1883
SIMPEROU PEULH	1082	1121	1162
SOMPEREKOU A	3901	4041	4191
SOMPEREKOU B	1616	1674	1736
SOMPEREKOU PEULH	962	997	1034
SOROKO	**7175**	**7433**	**7708**
GBENIKI	3088	3199	3318
SOROKO A	1407	1458	1512
SOROKO B	1896	1964	2037
SOROKO PEULH	784	812	842
TOURA	**9808**	**10161**	**10537**
ATABENOU	2941	3047	3160
TINTINNOU BARIBA	2716	2814	2918
TINTINNOU PEULH	665	689	714
TOURA A	1496	1550	1607
TOURA B	1820	1886	1955
TOURA PEULH	170	176	183
BANIKOARA	**17522**	**18153**	**18824**
ARBONGA	1724	1786	1852
BANIKOARA A	606	628	651
BANIKOARA B	2764	2864	2969
BANIKOARA C	2038	2111	2189
BANIKOARA D	1543	1599	1658
BANIKOARA E	1621	1679	1741
DERO-GAROU	1724	1786	1852
KOMMON	998	1034	1072
KORI-GUIGUIGI	1592	1649	1710
OUAGA	1690	1751	1816
TOKEY-BANTA	1222	1266	1313

41

POPULATION PAR COMMUNES ET PAR VILLAGES

		1995	1996	1997
SOUS-PREFECTURE : BEMBEREKE		66528	68964	71536
BEROUBOUAY		**7860**	**8143**	**8444**
	BEROUBOUAY EST	1997	2069	2145
	BEROUBOUAY OUEST	1584	1641	1702
	BEROUBOUAY PEULH	2054	2128	2207
	KABANOU	1032	1069	1109
	SOMBOUAN	1193	1236	1282
BOUANRI		**12516**	**12967**	**13446**
	BOUANRI MARO	548	568	589
	BOUANRI II GOUNOU	1248	1293	1341
	BOUANRI III SOUGOURA	1292	1339	1388
	GANDO-BOROU	1111	1151	1194
	GUERRAN'KALI (GBEKOU	4117	4265	4423
	GBEROU DABA	1356	1405	1457
	KASSAROU	394	408	423
	SISSIGOUROU	1176	1218	1263
	TEME	1274	1320	1369
GAMIA		**16471**	**17064**	**17695**
	BOUAY	2756	2855	2961
	BOURI	661	685	710
	BEREKE	1067	1105	1146
	GAMIA-EST	1780	1844	1912
	GAMIA-OUEST	2433	2521	2614
	GANRO	2002	2074	2151
	GUESSOU-NORD	1644	1703	1766
	KPEBERA	2223	2303	2388
	MANI-BOKE	908	941	975
	TINHOULE	997	1033	1071
INA		**12196**	**12635**	**13103**
	GANDO	171	177	184
	GOUA	1042	1080	1119
	GUESSOU-SUD	3730	3864	4007
	GUESSOU-SUD PEULH	438	454	471
	INA I	1749	1812	1879
	INA II	1978	2049	2125
	INA III	1843	1909	1980
	INA PEULH	763	790	820
	KONOU	482	499	518

42

	1995	1996	1997
BEMBEREKE	**17485**	**18114**	**18785**
BEMBEREKE EST	2163	2241	2324
BEMBEREKE OUEST	1376	1426	1478
BEMBEREKE PEULH	388	402	417
GANDO	3753	3888	4032
GUERE	952	986	1023
KOKABO	1661	1721	1784
KOSSOU	2156	2234	2316
PEDAROU	1515	1570	1628
SAORE	1063	1101	1142
WANRAROU	2458	2546	2641

POPULATION PAR COMMUNES ET PAR VILLAGES

		1995	1996	1997
SOUS-PREFECTURE :GOGOUNOU		**55667**	**57705**	**59858**
BAGOU		***14380***	***14898***	***15449***
	BADOU	2061	2135	2214
	BINIGOURE	1182	1225	1270
	BAGOU I	2376	2462	2553
	BAGOU II	1936	2006	2080
	BAGOU PEULH	1086	1125	1167
	DIADIA	782	810	840
	GANDOBOU	150	155	161
	KALI	989	1025	1063
	KEROU	2876	2980	3090
	NAFAROU	942	976	1012
GOUNAROU		***7410***	***7677***	***7961***
	BARO	1807	1872	1941
	BORODAROU	1052	1090	1130
	DIGUISSON	369	382	396
	GOUNAROU	4182	4333	4493
OUARA		***7275***	***7537***	***7816***
	LOUGON	1070	1109	1150
	SOUKAROU	1264	1310	1358
	OUARA	4039	4184	4339
	OUARA PEULH	902	934	969
SORI		***14895***	***15431***	***16002***
	GAMAGOU	3651	3782	3922
	KANTAPKARA	2426	2513	2606
	OUESSENE	1000	1036	1074
	OUESSENE PEULH	946	980	1016
	PIGOUROU	881	913	946
	SORI	4069	4215	4371
	SORI PEULH	962	997	1034
	TCHOUKOUNGA	960	995	1031
ZOUGOU-PANTROSSI		***4541***	***4704***	***4879***
	BINGA	1042	1080	1119
	DOUGOULAYE	526	545	565
	ZOUGOU-PANTROSSI	1997	2069	2145
	ZOUGOU-PANT PEULH	976	1011	1049

	1995	1996	1997
GOGOUNOU	***7166***	***7424***	***7699***
GOGOUNOU	4360	4517	4684
KOSSENIN	591	612	635
OUERE	1624	1682	1745
OUERE PEULH	591	612	635

45

POPULATION PAR COMMUNES ET PAR VILLAGES

		1995	1996	1997
SOUS-PREFECTURE :KALALE		**69860**	**72418**	**75120**
BASSO		***6349***	***6578***	***6821***
	BASSO	2279	2361	2448
	GAWEZI	934	968	1003
	GOROGAOU	429	444	461
	NEGANZI	2707	2804	2908
BOUKA		***20290***	***21020***	***21798***
	BOUKA	4487	4649	4821
	BOUKA GANDO	4203	4354	4515
	BOUKA PEULH	842	872	905
	GBASSI	673	697	723
	GBEROU-GBASSI	1103	1143	1185
	GBESSASSI	1321	1369	1419
	GNIMBOUKATOU	2517	2608	2704
	KOURELE	4104	4252	4409
	SEREGOUROU	1040	1077	1117
DERASSI		***9174***	***9504***	***9856***
	ALAFIAROU	517	536	555
	DERASSI	1248	1293	1341
	GUIRI-GANDO	953	987	1024
	GUIRI-PEULH	122	126	131
	KAKATENIN	2368	2453	2544
	MAREGUITA	2740	2839	2944
	MATCHORE	1226	1270	1317
DUNKASSA		***10930***	***11323***	***11742***
	ALAFIAROU	315	326	338
	GBESSAKPEROU	1209	1253	1299
	DANGOROU	1733	1795	1862
	DJEGA	1952	2022	2097
	DUNKASSA	3221	3337	3460
	DUNKASSA PEULH	228	236	245
	KIRIKOUBE	765	793	822
	OUENAGOUROU	1507	1561	1619
PEONGA		***8865***	***9184***	***9524***
	ANGARADEBOU	690	715	741
	BAGARIA	477	494	512
	BOA	2731	2829	2934
	BOA-GANDO	1602	1660	1721
	GANDO-BAKA	1145	1186	1230
	PEONGA	2220	2300	2385
			0	0

		1995	1996	1997
KALALE		***14252***	***14765***	***15311***
	BESSASSI	2044	2118	2196
	BESSASSI-GANDO	387	401	416
	DANGANZI	1359	1408	1460
	DJEKA II	849	880	912
	KALALE CENTRE	2743	2842	2947
	KALALE PEULH	1659	1719	1782
	KIDAROUPEROU	1647	1706	1769
	LOU	1396	1446	1500
	NASSIKONZI	1246	1291	1339
	ZAMBARA	922	955	991

41

POPULATION PAR COMMUNES ET PAR VILLAGES

		1995	1996	1997
SOUS-PREFECTURE : KANDI		**81354**	**84333**	**87479**
ANGARADEBOU		***12261***	***12702***	***13172***
	ALFAKOARA	2742	2841	2946
	ANGARADEBOU II	3914	4055	4205
	FAFA	796	825	855
	FOUY	858	889	922
	THUY	1423	1474	1529
	THYA	2528	2619	2716
BENSEKOU		***3208***	***3323***	***3446***
	BENSEKOU	1554	1610	1670
	GOGBEDE	736	762	791
	KOUTAKROUKOU	918	951	986
DONWARI		***8850***	***9169***	***9508***
	DONWARI	2489	2579	2674
	DONWARI-PEULH	486	503	522
	GAMBARE	1256	1301	1349
	GAMBARE-PEULH	379	393	407
	MONGA	1686	1747	1811
	MONGA-PEULH	372	385	400
	TISSAROU	2182	2261	2344
KASSAKOU		***6319***	***6546***	***6789***
	KASSAKOU	3317	3436	3564
	PADE	1726	1788	1854
	PEGOU	1276	1322	1371
SAAH		***4420***	***4579***	***4749***
	BANIKANI I	672	696	722
	FOURE	1440	1492	1547
	LALO	1207	1250	1297
	SAAH	1101	1141	1183
SAM		***7522***	***7793***	***8081***
	BODEFOU	1405	1456	1509
	GBINDAROU	191	198	205
	SAKATOUSA	1084	1123	1165
	SAM	2669	2765	2867
	TANKONGOU	2173	2251	2335

48

		1995	1996	1997
SONSORO		***9447***	***9787***	***10149***
	PEDIGUI	1693	1754	1819
	SINANWAGOUROU	2436	2524	2617
	SINANWANG PEULH	386	400	415
	SONSORO BARIBA	3792	3929	4074
	SONSORO PEULH	1140	1181	1225
KANDI I		***10507***	***10885***	***11288***
	DAMADI	2250	2331	2417
	GANDO-KOSSIKANA	999	1035	1073
	GANSOSSO	1346	1394	1446
	KEFERI	3011	3119	3235
	PEDE	2901	3005	3117
KANDI II		***11395***	***11805***	***12242***
	ALEKPKARE	1715	1777	1842
	BANIGOUDOU	4151	4300	4460
	KOSSAROU	5529	5728	5940
KANDI III		***7425***	***7692***	***7977***
	BAKPARA	2249	2330	2416
	HEBOUMEY	867	898	931
	KANDIFO	1212	1256	1302
	KANDIFO-PEULH	345	357	371
	ALAFIAROU III	813	842	873
	PODO	712	738	765
	SINIKOUSSOUBERI	1227	1271	1318

POPULATION PAR COMMUNES ET PAR VILLAGES

		1995	1996	1997
SOUS-PREFECTURE : KARIMAMA		**32337**	**33521**	**34771**
BIRNI-LAFIA		***7506***	***7776***	***8064***
	BIRNI-LAFIA	3427	3550	3682
	KARIGUI	2263	2344	2431
	TOUNDI-KOARIA	1816	1881	1951
BOGO-BOGO		***5638***	***5841***	***6057***
	BANIKANI II	1040	1077	1117
	BOGO-BOGO	1275	1321	1370
	MAMASSI-GOURMA	2369	2454	2545
	TORIO	954	988	1025
KOMPA		***6625***	***6864***	***7117***
	KOMPA	3858	3997	4145
	GARBEY-KOARA	1388	1438	1491
	KOMPANTI	1379	1429	1482
MONSEY		***6544***	***6780***	***7030***
	LOUMBOU-LOUMBO	1362	1411	1463
	MONSEY-DENDI	932	966	1001
	MONSEY-HAOUSSA	1369	1418	1471
	PETCHINGA	2881	2985	3095
KARIMAMA		***6023***	***6240***	***6471***
	GOROUBERI	1712	1774	1839
	KARIMAMA I	1782	1846	1914
	KARIMAMA II	1374	1423	1476
	MAMASSI-PEULH	1155	1197	1241

POPULATION PAR COMMUNES ET PAR VILLAGES

		1995	1996	1997
SOUS-PREFECTURE : MALANVILLE		**74957**	**77702**	**80600**
GAROU		***10232***	***10600***	***10993***
	GAROU I	2536	2627	2725
	GAROU II	2383	2469	2560
	GAROU-TEDJI	2777	2877	2983
	KAMBOYO-TOUNGA	900	932	967
	MOKASSA	1636	1695	1758
GUENE		***17408***	***18035***	***18702***
	BANITE I	601	623	646
	BANITE II	1013	1049	1088
	BOYFO	1138	1179	1223
	GOUN-GOUN	3378	3500	3629
	GUENE I	650	673	698
	GUENE II	3537	3664	3800
	ISSENE	1526	1581	1639
	KANTORO	2567	2659	2758
	KOARA-TEDJI	1958	2028	2104
	TORO-ZOUGOU	1040	1077	1117
MADEKALI		***9824***	***10178***	***10554***
	KASSA	2095	2170	2251
	KOARA-TEDJI II	1242	1287	1334
	MADEKALI	4455	4615	4786
	SENDE	2032	2105	2183
TOMBOUTOU		***8572***	***8881***	***9209***
	DEGUE-DEGUE	2048	2122	2200
	ILE-ILA	840	870	902
	MOLIA	1434	1486	1541
	SAKAWAN-TEDJI	649	672	697
	SAKAWAN-ZENON	979	1014	1052
	TOUMBOUTOU	2622	2716	2817
MALANVILLE		***28921***	***29962***	***31071***
	BODECALI	2996	3104	3219
	GALIEL	3794	3931	4076
	KOKI	1916	1985	2058
	TASSI-TEDJI	8230	8526	8842
	TASSI-ZENON	3523	3650	3785
	WOLLO	4809	4982	5166
	WOURO-HESSO	3653	3785	3925

POPULATION PAR COMMUNES ET PAR VILLAGES

		1995	1996	1997
SOUS-PREFECTURE : N'DALI		**50426**	**52273**	**54223**
BORI		***12240***	***12681***	***13150***
	BORI	2996	3104	3219
	MAREGOUROU	3282	3400	3526
	KORI	1677	1737	1802
	SONOUMON	2255	2336	2423
	TEME	2030	2103	2181
GBEGOUROU		***3929***	***4070***	***4221***
	ALAFIAROU II	650	673	698
	BINASSI	591	612	635
	DARNON	667	691	717
	DOUROUBE	673	697	723
	GBEGOUROU	1348	1397	1448
OUENOU		***9825***	***10179***	***10555***
	BOUYEROU	716	742	769
	OUENOU	3450	3574	3706
	OUENOU-PEULH	274	284	294
	TAMAROU	4640	4807	4985
	WEREKE	745	772	800
SIRAROU		***12646***	***13101***	***13586***
	BOKO	3552	3680	3816
	KOMIGUEA	2082	2157	2237
	SIRAROU	7012	7264	7533
N'DALI		***11786***	***12210***	***12662***
	BANHOUN	529	548	568
	N'DALI PEULH	560	580	602
	SAKAROU	952	986	1023
	SUANIN	3613	3743	3882
	WARI	309	320	332
	WOBAKAROU	5823	6033	6256

POPULATION PAR COMMUNES ET PAR VILLAGES

		1995	1996	1997
SOUS-PREFECTURE : NIKKI		**73596**	**76292**	**79137**
BIRO		***6972***	***7223***	***7490***
	BIRO	2727	2825	2930
	GNAHOUN	1597	1654	1716
	OURAROU	776	804	834
	SONSONRE	899	931	966
	TEBO	973	1008	1045
GNOKOUROKALI		***6514***	***6749***	***6998***
	GBARI	2217	2297	2382
	GNONKOUROKALI	1314	1361	1412
	GUINROU	512	530	550
	GUINROU-PEULH	524	543	563
	GUEMA	547	567	588
	SOUBO	1400	1450	1504
OUENOU		***8552***	***8860***	***9188***
	FOMBAWI	3156	3270	3391
	OUENOU	1151	1192	1237
	OUROUMON	1916	1985	2058
	OUROUMONSSI-PEULH	785	813	843
	TCHKANDOU	1544	1600	1659
SEREKALE		***7157***	***7415***	***7689***
	GANROU-BARIBA	416	431	447
	GANROU-PEULH	1795	1860	1928
	KPASSAKPERE	1479	1532	1589
	OUENRA-PEULH	703	728	755
	SEREKALE	2157	2235	2317
	SEREWONDIROU	607	629	652
SUYA		***4433***	***4593***	***4763***
	CHINDAROUKPARA	704	729	756
	DAROUKPARA	1015	1052	1090
	GANCHON	626	649	673
	SOUMAROU	492	510	529
	SUYA	1596	1653	1715

TASSO		***7657***	***7933***	***8226***
	CHEIN	939	973	1009
	DEMA	1088	1127	1169
	GBAGBIRE	1186	1229	1274
	GORE	1368	1417	1470
	KPEBOURABOU	974	1009	1046
	TANAKPE	757	784	813
	TASSO	1345	1393	1445
		1995	1996	1997
NIKKI		***32311***	***33474***	***34713***
	BOUASSI	1199	1242	1288
	BOUKAYERE	2465	2554	2648
	DANRI	2798	2899	3006
	GAH-MARO	3038	3147	3264
	GAH-MARO PEULH	461	478	495
	GORI	1061	1099	1140
	GOUROU	3940	4082	4233
	KALI	954	988	1025
	KPAWOULOU	1834	1900	1970
	MARO	2594	2687	2787
	MONNON	548	568	589
	NIKKI-GANDO	1220	1264	1311
	SAKABANSI	7022	7275	7544
	TAKOU	546	566	587
	TONTAROU	2052	2126	2205
	TONTAROU PEULH	579	600	622

POPULATION PAR COMMUNES ET PAR VILLAGES

	1995	1996	1997
SOUS-PREFECTURE : PARAKOU	**115212**	**119431**	**123886**
PREMIERE COMMUNE	***21465***	***22238***	***23061***
ALAGA	3062	3172	3290
ALBARIKA	6267	6493	6733
BOUNDAROU	2913	3018	3130
CAMP ADAGBE	2640	2735	2836
DEPOT	3547	3675	3811
KPEBIE	3036	3145	3262
DEUXIEME COMMUNE	***29059***	***30105***	***31219***
AMAOUIGNON-DOKPARO	2855	2958	3067
GAH-CENTRE	5066	5248	5443
GANOU	1764	1828	1895
GUEMA	2028	2101	2179
TRANZA	3693	3826	3968
WANSIROU	4775	4947	5130
WORE	939	973	1009
ZONGO-NORD	7939	8225	8529
TROISIEME COMMUNE	***7835***	***8117***	***8417***
TOUROU I	1885	1953	2025
TOUROU II	1503	1557	1615
TOUROU III DOUWEROU	349	362	375
TOUROU IV	990	1026	1064
TOUROU V THIAN	1996	2068	2144
TOUROU IV PEULH	1112	1152	1195
QUATRIEME COMMUNE	***35413***	***36688***	***38045***
AGBAGBA	2019	2092	2169
ASSAGBINE-BAKA	1862	1929	2000
BANIKANI III	14649	15176	15738
BAPARAPE	1498	1552	1609
GOROMOSSO	1503	1557	1615
KOROBOUROU	988	1024	1061
KOROBOUROU PEULH	714	740	767
LADJIFARANI	7876	8160	8461
LEMANDA	1661	1721	1784
ZONGO-ZENON	2643	2738	2839

55

	1995	1996	1997
CINQUIEME COMMUNE	***21440***	***22212***	***23034***
BAKINKOUROU	1923	1992	2066
BAPEROU	1071	1110	1151
BEROUYAROU	651	674	699
KASSASSIRA	1116	1156	1199
KADERA	1051	1089	1129
MADINA	3152	3265	3386
OUEZE	1940	2010	2084
SAWARAROU	500	518	537
SINAGOUROU	2525	2616	2713
TITIROU	5059	5241	5435
ZAZIRA	2452	2540	2634

POPULATION PAR COMMUNES ET PAR VILLAGES

	1995	1996	1997
SOUS-PREFECTURE : PERERE	**30183**	**31288**	**32456**
GNINSY	***6237***	***6462***	***6701***
BORO	1962	2033	2108
DIGUIDIROU	1218	1262	1309
DIGUIDIROU PEULH	794	823	853
GNINSY	1432	1484	1538
GNINSY-PEULH	207	214	222
GNINSY GANDO	316	327	339
SANDILO	308	319	331
GUINAGOUROU	***7940***	***8226***	***8530***
ALAFIAROU V	271	281	291
BOUGNAKOU	1345	1393	1445
GOMEY	523	542	562
GOUNKPAROU	1167	1209	1254
GUINAGOUROU	1542	1598	1657
GUINAGOUROU-PEULH	207	214	222
NASSY	1645	1704	1767
SONON	914	947	982
WONDOU	326	338	350
KPANE	***1316***	***1363***	***1414***
KPANE-BOUGNIROU	248	257	266
KPANE-GUEA	811	840	871
TABEROU	257	266	276
PEBIE	***2753***	***2852***	***2958***
GNINRO	256	265	275
PEBIE	1123	1163	1206
TCHORI	625	648	671
WON	749	776	805
SONTOU	***3698***	***3831***	***3973***
ALAFIAROU VI	701	726	753
BONROU	235	243	252
BANI-PEULH	514	533	552
BONROU-GANDO	389	403	418
SONTOU	1859	1926	1997
PERERE	***8239***	***8536***	***8851***
PERERE I BAWERA	2142	2219	2301
PERERE II NIMA-BERY	2537	2628	2726
OUAROU	949	983	1020
PEREGOUROU	917	950	985
SOUBADO	937	971	1007
WOROKPO	757	784	813

51

POPULATION PAR COMMUNES ET PAR VILLAGES

		1995	1996	1997
SOUS-PREFECTURE : SEGBANA		**35896**	**37211**	**38599**
LIBANTE		***6805***	***7050***	***7311***
	BOBENA	1120	1160	1203
	DIAPEOU	874	905	939
	KOUTE	1313	1360	1411
	LIBANTE	2617	2711	2812
	SAHONZI	881	913	946
LIBOUSSOU		***5617***	***5819***	***6035***
	GBESSAKA	964	999	1036
	KAMBARA	2055	2129	2208
	LETE	637	660	684
	LIBOUSSOU	1961	2032	2107
LOUGOU		***6115***	***6335***	***6570***
	BOUMOUSSOU	497	515	534
	GANDO-DUNKASSA	905	938	972
	GBASSE	302	313	324
	GBENKAKAROU	406	421	436
	GUENELAGA	715	741	768
	LOUGOU	1307	1354	1404
	LOUGOU NIAMBARA	505	523	543
	ZONSI	509	527	547
	ZINWAN	969	1004	1041
SOKOTINDJI		***5992***	***6208***	***6437***
	GBARANA	1197	1240	1286
	MOROU	1421	1472	1527
	POELA	612	634	657
	SEREBANI	1575	1632	1692
	SEREKIBE	815	844	876
	SOKOTINDJI	372	385	400
SEGBANA		***11367***	***11776***	***12212***
	GBESSARE PEULH	1356	1405	1457
	PIAMI	2464	2553	2647
	SANTIMBARA	1571	1628	1688
	SEGBANA I	3104	3216	3335
	SEGBANA II	2872	2975	3085

58

POPULATION PAR COMMUNES ET PAR VILLAGES

		1995	1996	1997
SOUS-PREFECTURE : SINENDE		**45349**	**47009**	**48763**
FÔ-BOURE		***7279***	***7541***	***7820***
	FÔ-BOUKA I	681	706	732
	FÔ-BOUKA II	478	495	514
	FÔ-BOURE	1880	1948	2020
	FÔ-BOURE PEULH	448	464	481
	SANKAROU	1057	1095	1136
	SENOU	939	973	1009
	SOKKA	1183	1226	1271
	TOUME	613	635	659
SEKERE		***11814***	***12239***	***12692***
	KPARO	1259	1304	1353
	SEKERE-GANDO	2461	2550	2644
	SEKERE-MARO	2868	2971	3081
	SEKOKPAROU	1439	1491	1546
	YARRA-BARIBA	674	698	724
	YARRA-GANDO	1687	1748	1812
	YARRA-KOURI	1047	1085	1125
	YARRA-PEULH	379	393	407
SIKKI		***8995***	***9319***	***9664***
	SIKKI I	1345	1393	1445
	SIKKI II	1069	1107	1148
	SIKKI GANDO	1312	1359	1410
	SIKKI PEULH I	1188	1231	1276
	SIKKI PEULH II	1346	1394	1446
	WARI	692	717	743
	WARI-GANDO	1082	1121	1162
	WARI-PEULH	961	996	1032
SINENDE		***17261***	***17882***	***18544***
	DIADIA II	788	816	847
	DIDI	572	593	615
	GNANRO-BARIBA	2852	2955	3064
	GNANRO-GANDO	1462	1515	1571
	GOUROU	2625	2720	2820
	GOUROU KPEROU	1510	1564	1622
	GUESSOU BANI	2830	2932	3040
	KOSSIA	1022	1059	1098
	LEMANOU	3012	3120	3236
	SINENDE-PEULH	588	609	632

59

POPULATION PAR COMMUNES ET PAR VILLAGES

		1995	1996	1997
SOUS-PREFECTURE : TCHAOUROU		**73839**	**76543**	**79398**
ALAFIAROU		***4462***	***4623***	***4794***
	AGBASSA	1437	1489	1544
	ALAFIAROU	1568	1624	1685
	KODA	841	871	904
	KOKO	616	638	662
BETEROU		***10215***	***10583***	***10974***
	BANIGRI	817	846	878
	BETEROU	3006	3114	3229
	KPESSOU	1720	1782	1848
	SINAHOU	1379		
	WARI-MARO	987	1023	1060
	YEBESSI	2306	2389	2477
GORO		***3965***	***4108***	***4260***
	GORI I	1457	1509	1565
	GORO II	1722	1784	1850
	GORO III	786	814	844
KIKA		***13570***	***14059***	***14579***
	KABO	2701	2798	2902
	KIKA I	2779	2879	2986
	KIKA II	1277	1323	1372
	KPARI	1094	1133	1175
	MONRAWONKOUROU	1338	1386	1437
	OKPARA	1579	1636	1696
	TANDOU	2802	2903	3010
SANSON		***7031***	***7284***	***7554***
	BAREROU	1165	1207	1252
	PASSATONA	2526	2617	2714
	SANSON	1856	1923	1994
	SEBOU	1484	1537	1594
TCHAOUROU		***18254***	***18911***	***19611***
	BADEKPAROU	1968	2039	2114
	GOKANNA	1572	1629	1689
	KINNOU-KPANNOU	2849	2952	3061
	KOUBOU	1191	1234	1280
	TCHATCHOU	8707	9020	9354
	TEKPAROU	1968	2039	2114

	1995	1996	1997
TCHAOUROU	***16341***	***16929***	***17556***
BORONE	1091	1130	1172
GUINIROU	3782	3918	4063
OKE-LAGBA	1281	1327	1376
PAPANE	2526	2617	2714
TCHAOUROU	4140	4289	4448
WOROGUI	3521	3648	3783

APPENDIX C
Findings and Recommendations on PMA/N Presented to the DDS/Borgou

RAPPORT PRÉLIMINAIRE PRÉSENTÉ À LA DIRECTION DÉPARTEMENTALE DE LA SANTÉ , DE LA PROTECTION SOCIALE ET DE LA CONDITION FÉMININE (DDSPSCF) DE BORGOU SUR LES INTERVENTIONS DU "PAQUET MINIMUM DES ACTIVITÉS"/ NUTRITION (PMA/N)

Par l'équipe conjointe BASICS et DDSPSCF/B

4 Septembre 1997

BASICS Technical Directive: 000 BN 01 017
USAID Contract Number: NRN-C-00-93-00031-00 (formerly HRN-6006-C-00-3031-00)

63

I. INTRODUCTION

Du 26 Août au 2 Septembre 1997 une mission du Projet BASICS composée des Drs Tina Sanghvi, Nutritionniste basée au siège du projet à Washington (Etats-Unis) et Serigne Mbaye Diène, Conseiller Régional en Nutrition du Bureau Régional pour l'Afrique francophone basé à Dakar, accompagné par le Pr Léopold Fakambi, Consultant, a séjourné dans le département de Borgou. A cette mission s'est jointe une équipe de cadre de la Direction Départementale de la Santé , de la Protection Sociale et de la Condition Féminine (DDSPSCF) de Borgou pour effectuer ensemble le travail de terrain.

II BUT ET OBJECTIFS

a) But

Le but de cette mission , financée par l'USAID était d'étudier avec les responsables départementaux de la Santé et leurs partenaires des propositions de renforcement des interventions en nutrition en particulier celles en relation avec les six composantes suivantes constituant ce qui est appelé le ***Paquet Minimum des Activités/Nutrition (PMA/N)*** pour le secteur santé :

- la Promotion de **l'allaitement maternel exclusif** jusqu'à environ 6 mois
- la promotion d'une **alimentation complémentaire adéquate** en plus de la continuation de l'allaitement maternel de 6 à 24 mois
- une **prise en charge nutritionnelle adéquate** (évaluation de l'alimentation et conseils nutritionnels appropriés) des maladies de l'enfant y compris l'application du protocole adapté pour les cas de **malnutrition sévère** et l'administration de **2 doses de vitamine A pour tous les cas de rougeole**
- Amélioration de la consommation de **Vitamine A des mères** qui viennent d'accoucher et **des enfants**
- la **supplémentation en fer des femmes enceintes**
- la Promotion de la consommation du **sel iodé**.

b) Objectifs

- Procéder à l'analyse de l'état d'exécution des composantes du PMA/N et d'identifier les contraintes
- Faire des recommandations pour le renforcement de ces composantes dans le court et le moyen terme.

III ORGANISATION ET MÉTHODOLOGIE DE LA VISITE DE TERRAIN

Dès son arrivée à Parakou, la mission BASICS a tenu une première séance de travail avec les cadres de la DDSPSCF, sous la présidence du Directeur Intérimaire. A l'issue de celle-ci, l'équipe conjointe BASICS/DDSPSCF a été mise sur pied et le calendrier des visites de terrain

établi. Le programme de visite comportait un déplacement dans les sous préfectures de Bemberéké, Kandi, Kalalé et Nikki et la Circonscription Urbaine de Parakou pour des entretiens avec les agents , les usagers et les membres comités de gestion, des structures socio-sanitaires notamment les hôpitaux , maternités, Centres de Promotion Sociale (voir liste des Structures visitées et personnes rencontrées). Pour effectuer la collecte des données, l'équipe s'est divisée en deux s/équipe de 3 personnes (s/ équipe 1: Mme Amadou Sylvie, Pr Léopold Fakambi, Dr Tina Sanghvi. S/équipe 2 : Dr Victor Dossou, Dr Serigne Mbaye Diène, M. Aloukoutou Salomon). M. Gnavo Gollar a participé aux entretiens avec le Cogès de Ina et le personnel du CCS de Tourou et Mme Padonou Rachel a participé à la visite au CHD. Un guide d'entretien a été utilisé pour réaliser le travail sur le terrain

IV RÉSULTATS DE LA VISITE DE TERRAIN

Les deux sous équipes se sont retrouvées le lundi 1 septembre 1997 pour procéder à l'analyse exhaustive des données et préparer des recommandations qui ont été soumises le lendemain, à l'appréciation du Dr Middou Ibrahima/DDSPSCF. Ce dernier, après avoir fait ses observations, a salué l'approche participative suivie durant tout le processus et son efficacité.
Les tableaux suivants rendent compte des résultats de l'analyse des données collectées et des recommandations pour le court et le moyen terme issu de ce processus. Un tableau synoptique de la situation sanitaire et nutritionnelle des enfants de Borgou est également annexé au document.

SITUATION DU PAQUET MINIMUM DES ACTIVITÉS/NUTRITION (PMA/N) DANS LE BORGOU: Analyse et synthèse des données recueillies auprès des agents lors de la visite de terrain

CONTACTS	COMPOSANTES	SITUATION ACTUELLE	PROBLÈMES ET CONTRAINTES
Visites prénatales	Conseils sur Allait. Matern. Exclusif	- font partie intégrante des activités IEC au moins depuis 95 - structures candidates *à la plaque* plus actives	- participation des femmes aux visites estimée *insuffisante par les agents* - absence de supports d'IEC - insuffisances dans la formation et le suivi - relâchement des groupes de soutien - *Résistance à l' acceptabilité de l'AME par les femmes*
	Supplément. Fer	- systématique	- non respect des prescriptions par omission ou par crainte des effets secondaires (vertiges vomissement) - manque de controle *sur la prise effective* du fer *par les femmes*
Accouchement et Postpart.	Conseils/soutien AME	- pratiquée systématiquement par les maternités	- Réticence des femmes à donner le colostrum - *Forte tendance des femmes à donner de l'eau et des tisanes avant 4 mois* - Action négative de l'environnement (pers. Agées)
	Suppl. vit A (mère)	- systématique avec constat de quelques relâchements	- relative prévalence d'accouchement non médicalement assistés
Visites Postnatales	Conseils/soutien AME	- faible pratique dans les structures sanitaires	- manque de personnel - *Insuffisance de l'organisation des services*
Vaccinations	Suppl. vitA	- pratique *irrégulière* et non uniforme	- Protocole non suivi
Suivi nutritionnel des enfants sains	Conseils/soutien AME (0-6 mois)	- peu développé dans les CPS qui assume l'essentiel du suivi des enfants sains	- Insuffisance de formation adéquate
	Aliment complém. + Continue Allait. Mater (6-24 mois)	- Intégrée dans les activités des CPS - quasi-inexistants dans les structures sanitaires	- Insuffisance en quantité comme en qualité du matériel d'IEC - Insuffisance de formation en technique IEC
	Suppl. vit. A	- non inclues dans les activités des CPS	- *manque de* coordination des activités entre CPS et structures sanitaires
Prise en charge enfant malade et *malnutris*	Vit A pour rougeole, maln, diarrh	- conscience de la nécessité, *mais* - pratique faible	- absence de supports de collecte de données - besoin d'un protocole spécifique - manque de formation adéquate

	Conseils sur allait. Maternel et alimen. Complem.	Idem	*- manque de formation adéquate*

SITUATION DU PAQUET MINIMUM DES ACTIVITÉS/NUTRITION (PMA/N) DANS LE BORGOU: Revue documentaire (EDS) et exploitation préliminaire des données

CONTACTS	COMPOSANTES	COUVERTURE	QUALITÉ
Visites prénatales	Conseils sur Allait. Matern. Exclusif	- 61,3 % des femmes vues aux CPN (EDS)	- insuffisance de formation du personnel - progrès lents dans la mise en oeuvre de IHAB - insuffisance de suivi des structures candidates et/ou élues - manque de support de données
	Supplément. Fer	- disponibilité sur le marché	- non respect des prescriptions (présentation des comprimés, effets secondaires éventuels)
Accouchement et Post-part.	Conseils/soutien AME	- 39,4 % accouchement assistés médicalement (EDS)	- progrès lents dans la mise en oeuvre de IHAB - manque de support de données
	Suppl. vit A (mère)	" " "	- Protocole non suivi
Visites Postnatales	Conseils/soutien AME	*- 18 à 19 % retour après accouchement (DDS)*	- insuffisance de la qualité des performances
Vaccinations	Suppl. vitA	- 52 % couverts rougeole (EDS) - vit A non exécutée systématiquement par tous les CCS	- protocole pas toujours suivi
Suivi nutritionnel des enfants sains	Conseils/soutien AME (0-6 mois)	- faible couverture vue le nombre limité de CPS et - non décentralisation de l'intervention	- *pas de* formation adéquate des agents des CPS
	Aliment complém. + Continue Allait. Mater (6-24mois)	" " "	- Messages inadaptés aux situations individuelles des mères (séances de groupes) - Supports IEC insuffisants et inadaptés (non mise à jour)
	Suppl. vit. A	- non inclues dans les activités des CPS	- faible coordination des activités entre CPS et structures sanitaires
Prise en charge enfant malade et malnutris	Vit A pour rougeole, maln, diarrh	- faible (48% vivant à plus de 5 kms d'une structure de santé) - taux de fréquentation des services (stat sanit. 91): **38,8 %** (-1 an) **27,3 %** (1 à 4 ans)	- absence de protocole spécifique (même dans l'ordinogramme) - niveau connaissance variable chez les agents
	Conseils sur allait. Maternel et alimen. Complem.	"	

SITUATION DU PAQUET MINIMUM DES ACTIVITÉS/NUTRITION (PMA/N) DANS LE BORGOU: Propositions de recommandations à court et moyen termes (corrigé à la suite de la restitution au DDSPSCF le 2 Septembre 1997)

CONTACTS	COMPOSANTES	court terme	Moyen terme
Visites prénatales	Conseils sur Allait. Matern. Exclusif	- Renforcer les activités IEC pour la consultation dès le premier trimestre de grossesse - Organiser des activités de prénatales en stratégie avancée - Organiser des visites à domicile - Renforcer la formation dans les structures socio-sanitaires - Renforcer les moyens pour assurer le suivi (1fois/trimestre) - Impliquer davantage les relais communautaires (scouts, ASC, matrones,)	- réorganiser les services pour rationaliser les activités et réduire le temps d'attente pour les femmes - développer des supports IEC adaptés au milieu - Etendre la formation et le suivi aux structures socio-sanitaires - Amélioration de la couverture soocio-économique
	Supplément. Fer	- Encourager la Centrale d'achat à s'approvisionner en comprimés enrobés de fer/acide folique pour faciliter l'acceptabilité	- Effectuer des controles indirects de la prise du fer par le dosage du taux d'hémoglobine à différents phases du programme
Accoucheme nt et Post-part.	Conseils/soutien AME	- Former des groupes de soutien constitués de personnes âgées - Elaborer des supports de données adaptés	
Visites Postnatales	Conseils/soutien AME	- Encourager l'implication des personnes issues de la communauté pour prendre en charge les activités de la prévention (pesée, éducation - Préparer l'intégration des activités par le travail préliminaire de description des postes	- recruter de nouveaux contractuels sur poste - Améliorer l'organisation des services par l'intégration des activités - Inclure l'intégration des activités dans les modules de formation des agents de santé - Améliorer l'accueil par la formation du personnel , l'amélioration du cadre de travail et la motivation des agents
Vaccinations	Suppl. vitA (enfant)	- Elaborer des protocoles de supplémentation en vitamine A et les mettre à la disposition des agents	- Formation et suivi des agents formés
Suivi nutritionnel des enfants sains	Conseils/soutien AME (0-6 mois)	- Mettre en place un dispositif de coordination des activités de nutrition au niveau opérationnel (sous préfecture)	
Prise en charge enfant malade et malnutris	Vit A pour rougeole, maln, diarrh		- Développer des protocoles appropriés, matériel IEC et module de formation - Assurer la formation des agents sur cette base - assurer le suivi de la formation

V. PROCHAINES ÉTAPES DE LA MISE EN OEUVRE DU PMA/NUTRITION DANS LE DÉPARTEMENT DE BORGOU : PROPOSITIONS POUR LES 12 PROCHAINS MOIS

A. ACTIONS COMMUNES À TOUTES LES COMPOSANTES

1. Réaliser les enquêtes de base (baseline) et de suivi des principaux indicateurs de résultats (tant au niveau des structures de santé qu'au niveau de la communauté)
2. Renforcer les compétences et capacités en IEC (en particulier dans les méthodes de recherche qualitative, les compétences en counseling et la coalition avec les autre secteurs)
3. Intégrer les composantes appropriées du PMA/Nutrition dans les systèmes d'information existants, notamment ceux de la SMI-PF
4. Identifier des mécanismes efficaces pour étendre la couverture des services.

B. PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

1. Accélérer le processus de mise en place de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) dans toutes les maternités (publiques et privées) en collaboration avec UNICEF

2. Fournir de l'assistance technique pour assurer la durabilité et la qualité de l'IHAB:
   a) par la mise en place d'un système de monitorage de la qualité des services,
   b) le développement de curriculum appropriés incluant la Méthode de l'Amménohrée par l'Allaitement Maternel (MAMA) pour les écoles médicales, paramédicales et sociales, et
   c) la révision éventuelle de la politique nationale sur la durée de l'AME.

3. Fournir de l'assistance technique pour la formation en IEC de la MAMA pour les responsables des activités du PF

4. Développer un module de formation des agents de développement opérant à la base et les agents communautaires pour le soutien et l'extension des activités de promotion de l'allaitement maternel.

C. L'ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE (BONNES PRATIQUES DE SEVRAGES)

1. Réaliser une recherche qualitative utilisant la méthode des Essais Pratiques Améliorés dans le département de Borgou pour développer des conseils alimentaires adaptés qui seront utilisés dans la formation des agents et l'IEC.

2. Développer un module de formation des agents de développement opérant à la base et les agents communautaires (suite à l'activité du point 1) pour la promotion et le soutien des bonnes pratiques d'alimentation complémentaire utilisant le matériel IEC en collaboration avec les ONG telles que MCDI, PILSA/DED etc.

D. VITAMINE A

1. Au niveau national, généraliser la supplémentation en vitamine A à toutes les régions du Bénin au cours des prochaines Journées Nationales de Vaccination (tenant en compte les données mondiales publiées récemment, indiquant que la Carence en vitamine A est beaucoup plus répandue qu'on ne s'y attendait et que son impact sur la mortalité et la morbidité est substantiel (comme l'a montré l'étude du Ghana)

2. Mettre en place un système pratique de monitorage pour le suivi de la couverture en vitamine A.

3. Former tous les agents vaccinateurs à tous les niveaux en supplémentation Vitamine A (y compris pour la préparation des JNV de Décembre et Janvier prochains)

E. LA SUPPLÉMENTATION EN FER DE LA FEMME ENCEINTE

Réaliser une recherche formative sur le respect des prescriptions de supplémentation en fer par les femmes enceintes et comment l'améliorer en utilisant par exemple les canaux traditionnels d'IEC

F. LA PROMOTION DE LA CONSOMMATION DU SEL IODÉ

1. Développer un curriculum de formation des agents communautaires à travers des ONG comme MCDI pour la promotion de la consommation du sel iodé et son controle par test effectué par les élèves du Borgou.

2. Fournir des kits de test pour le sel iodé à tous les CSSP, CCS et CPS dans le Borgou en les formant pour l'utilisation et le rapportage en collaboration avec UNICEF.

G. PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DES MALADIES DE L'ENFANT

Prochaines non encore identifiées.

PLAN D'ACTION PRÉLIMINAIRE COURT TERME POUR LA MISE EN OEUVRE DU PAQUET MINIMUM DE NUTRITION DANS LE DÉPARTEMENT DU BORGOU

Objectifs	Activités	Budget en fcfa	Source de financ.	Calendrier (mois)											
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0.- Définir la situation de base de la qualité des services dans les structures socio-sanitaires - Adapter conseils alimentaires et le matériel IEC	0.1- *Fournir l'assistance technique pour réaliser une étude d'analyse de la situation de base (Health Facitlity Quality Assessment)* 0.2 *Fournir l'assistance technique pour réaliser une recherche qualitative pour adapter les conseils alimentaires et le materiel IEC*	2 mo TA+ field costs $25,000 1mo TA+ field cost $20, 000	**BASICS**												
1. Former 100 % des agents socio-sanitaires des CS/sp de Tchaorou, Cs CU de Parakou, Hopital de Pa panékpébie en AME et 20 % des agents socio-sanitaires des autres s/préfecture	1. Organiser une session de formation de 4 jours pour environ 35 agents socio-sanitaires en Allaitement Maternel 2. Organiser 2 sessions de formation de 2 jours pour environ 50 agents socio-sanitaires 3. *Fournir l'assistance technique pour le développement d'un système monitorage de la qualité de l'IHAB* 4. *Fournir l'assistance technique pour la formation en IEC de la MAMA*	$ 2,500 $ 4,200 1mo TA + field costs $ 20,000 2 mo Stta +field cost 35,000	**USAID** **BASICS**			-					-				

2. Assurer le suivi de 100% des formations sanitaires détentrices de la plaque et de celles candidates	2. Réaliser 4 tournées de suivi	2000	"	-			-			-			-		-
3. Former en AME au moins 20 relais communautaires par structures socio-sanitaires	3.1 *Fournir l'assistance technique pour* le développement d'un module de formation des relais communautaires en AME 3.2 Organiser des visites de sensibilisation et de négociation pour identifier les relais communautaires 3.3 Organiser une session de formation en IEC pour les relais communautaires identifiés	1mo TA + field costs $ 20,000 $ 700	**BASICS** "			-		-							
4. 1 Faire appliquer à 100 % des formations sanitaires les protocoles appropriés pour la supplémentation en micronutriments	4.1 Elaborer les protocoles et les modules de formation pour la supplémentation en micronutriments 4. 2. Produire et mettre en place ces protocoles	$3,700	**BASICS**	-	-										

5. Assurer la coordination des activités de nutrition dans toutes sous prefectures	5. Mettre en place un dispositif de coordination des activités de nutrition au niveau opérationnel	---------		-											
6.Intégrer les composantes du PMA/N dans les supports du SNIG	*6.1. Tester à Borgou un système pratique de monitorage pour le suivi de la couverture en vitamine A* 6.1 Prendre contact avec les responsables du SNIG 6.2 Elaborer le draft du SNIG 6.2 Prendre les dispositions utiles pour son application	1mo TA + field costs $ 20,000 --------- ---------		- - -											
7. Assurer la disponibilité dans les structures socio-sanitaires du matériel IEC existant	7.1. Mutltiplier les supports IEC existants 7.2 Commander du matériel IEC sur la nutrition (cassettes vidéo et caméra)	$ 4,000 $ 2,000			- -										
8. Assurer la promotion de la consommation de sel iodé	*8.1.Développer un curriculum pour la promotion de la consommation de sel iodé et son controle par les élèves à travers les ONG comme MCDI*	1mo TA + field costs $ 20,000													
TOTAL*		**$ 154,600**													

APPENDIX D
DDS/Santé Familiale Plan of Action and Planned CPS Activities, Borgou

SERVICE DEPARTEMENTAL DE SANTE FAMILIALE

FICHE DE PROGRAMMATION DES ACTIVITES DU SERVICE : Service Départemental de Santé Familiale

DEPARTEMENT : BORGOU
RESPONSABLE : C/SDSF
RESULTAT ATTENDU : R1 L'utilisation des Services de Santé Reproductive est Améliorée

SOUS-RESULTATS ATTENDUS / INDICATEURS	ACTIVITES A MENER	BUDGET	Source Financière	CALENDRIER											
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1 - Les agents de santé sont mieux formés	1-1. 1 Organiser un atelier de mise à jour des prestations des services sur le concept SR/PF	PM	FNUAP	X											
	1.1.2 Participer à l'atelier de révision du document de politique 'normes/standards et procédures de services	PM	FNUAP		X	X									
	1.1.3 Participer à l'atelier de développement de la stratégie de formation	PM	FNUAP			X									
	1. 1.4 Former les relais communautaires sur la TRO	PM	UNICEF				X								
	1.1.5 Former/recycler les médecins et agents des maternités en SMI 1.1.6 Former/recycler les médecins et agents des maternités en nutrition	1 500 000	PMSBS										X		
	1.1.7 Former les agents communautaires dans les villages ciblés pour le SIBC	1 200 000	UNICEF					X							

FICHE DE PROGRAMMATION DES ACTIVITES DU SERVICE : **Service Départemental de Santé Familiale**

DEPARTEMENT : BORGOU
RESPONSABLE : C/SDSF
RESULTAT ATTENDU : R1 L'utilisation des Services de Santé Reproductive est Améliorée

SOUS-RESULTATS ATTENDUS / INDICATEURS	ACTIVITES A MENER	BUDGET	Source Financière	CALENDRIER											
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1 - Les agents de santé sont mieux formés	1.1.8 Former/recycler les médecins-chefs et agents de santé en PF	1 200 000	FNUAP									X	X		
	1.1.9 Former les accoucheuses traditionnelles du département	1 200 000	AUTRES PARTEN.					X							
	1.1.10 Effectuer des supervisions trimestrielles dans les maternités	1 500 000	PMSBS			X			X			X			X
	1.1.11 Mener une enquête CAP sur l'attitude des agents de santé face à la PF	800 000	FNUAP								X				
	1.1.12 Former les agents de santé des maternités sur la prise en charge des MST/VIH/SIDA	1 200 000	AUTRES PARTEN.												X
	1.1.13 Former les aides-soignantes en santé reproductive	1 200 000	PMSBS									X			

FICHE DE PROGRAMMATION DES ACTIVITES DU SERVICE : Service Départemental de Santé Familiale

DEPARTEMENT : BORGOU
RESPONSABLE : C/SDSF
RESULTAT ATTENDU : R1 L'utilisation des Services de Santé Reproductive est Améliorée

SOUS-RESULTATS ATTENDUS / INDICATEURS	ACTIVITES A MENER	BUDGET	Source Financière	CALENDRIER											
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1 - Les agents de santé sont mieux formés	1.1.14 Participer à une recherche sur les méthodes traditionnelles de régulation de naissance et de lutte contre la stérilité	PM	PBA/SSP							X					
	1.1.15 Faire le suivi des anciennes et nouvelles formations sanitaires candidates à la plaque IHAB	PM	UNICEF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	1.1.16 Participer à une enquête sur la séro-prévalence de l'infection VIH/MST dans le Borgou avec pour groupes cibles les femmes enceintes.	PM	PBA/SSP											X	

FICHE DE PROGRAMMATION DES ACTIVITES DU SERVICE : Service Départemental de Santé Familiale

DEPARTEMENT : BORGOU
RESPONSABLE : C/SDSF
RESULTAT ATTENDU : R1 L'utilisation des Services de Santé Reproductive est Améliorée

SOUS-RESULTATS ATTENDUS / INDICATEURS	ACTIVITES A MENER	BUDGET	Source Financière	CALENDRIER											
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
2 - Les services de santé reproductive se rapprochent des populations cibles	1.2.1 Créer un centre d'écoute-conseil pour adolescents à Parakou	PM	OMS										X		
	1.'2.2 Créer un poste de santé familiale au grand marché de Parakou	PM	FNUAP PMSBS										X		
	1.2. 3 Sensibiliser les agents socio-sanitaires : - pour un bon accueil - pour une meilleure prise en charge des primipares et des grossesses non désirées	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

FICHE DE PROGRAMMATION DES ACTIVITES DU SERVICE : **Service Départemental de Santé Familiale**

DEPARTEMENT : BORGOU
RESPONSABLE : C/SDSF
RESULTAT ATTENDU : R2 Les problèmes épidémiologiques prioritaires sont mieux maitrisés

SOUS-RESULTATS ATTENDUS / INDICATEURS	ACTIVITES A MENER	BUDGET	Source Financière	CALENDRIER											
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1 - Les taux de couverture en vaccination contre : - la polio - le tétanos néo-natal - la rougeole - la Fièvre jaune sont augmentés	2.1.1 - Former/recycler les agents de santé en : - maintenance de la chaine de froid - gestion des vaccins et du matériel de la chaine de froid	1 200 000	UNICEF					X							
	2.1. 2 Organiser la surveillance épidémiologique pour les maladies cibles du PEV (rispote)	1 500 000	UNICEF PASE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	2.1.3 Organiser des journées nationales de vaccination contre la polio	4 200 000	OMS ROTARY UNICEF												X
	2.1. 4 Poursuivre le plaidoyer au niveau du MSPSCF pour l'intégration du vaccin contre la fièvre jaune dans le PEV	-	UNICEF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	2.1.5 Appuyer des ratissages en vaccination contre la rougeole dans les FSS de Gogounou, Banikoara, Karimam et Parakou	6 000 000	FC PMSBS OMS UNICEF						X						

FICHE DE PROGRAMMATION DES ACTIVITES DU SERVICE : **Service Départemental de Santé Familiale**

DEPARTEMENT : BORGOU
RESPONSABLE : C/SDSF
RESULTAT ATTENDU : R2 Les problèmes épidémiologiques prioritaires sont mieux maîtrisés

SOUS-RESULTATS ATTENDUS / INDICATEURS	ACTIVITES A MENER	BUDGET	Source Financière	CALENDRIER											
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
2. Le taux d'incidence des goitres endémiques est bas	2 2 - 1 Appuyer les FSS en matériel de contrôle de sel de ménage dans le cadre de la lutte contre les goîtres endémiques	PM	UNICEF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

FICHE DE PROGRAMMATION DES ACTIVITES DU SERVICE : Service Départemental de Santé Familiale

DEPARTEMENT : BORGOU
RESPONSABLE : C/SDSF
RESULTAT ATTENDU : R 5 La gestion des formations socio-sanitaires est améliorée

SOUS-RESULTATS ATTENDUS / INDICATEURS	ACTIVITES A MENER	BUDGET	Source Financière	CALENDRIER											
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1. L'équipement des servicede Santé reproductive est renforcé	5.1 - 1 equiper le service départemental de la Santé Familiale en matériel didactique	PM	AUTRES PARTEN.						X						
	5.1- 2 Equiper les centres de santé retenus pour être intégrés	PM	FNUAP						X						
	5.1 - 3 Equiper les agents communautaires en matériel de pesée	PM	UNICEF						X						
	5.1- 4 Fournir des trousses d'accouchement aux accoucheuses traditionnelles formées	PM	UNICEF						X						
	5.1 - 5 Equiper en matériel audio-visuel 02 maternités : Parakou et Kandi pour IEC/SMI/PF/NUT	PM	PBA/SSP			X			X			X			X
2- Le personnel du SDSF est mieux formé	5.2 - 1 Assurer la formation du personnel du SDSF en informatique	PM	FNUAP			X									
	5.2 - 2 Inscrire le C/SDSF au cour de Santé Familiale de Dakar	1 500 000	PMSBS								X				

FICHE DE PROGRAMMATION DES ACTIVITES DU SERVICE : **Service Départemental de Santé Familiale**

DEPARTEMENT : BORGOU
RESPONSABLE : C/SDSF
RESULTAT ATTENDU : R 5 La gestion des formations socio-sanitaires est améliorée

SOUS-RESULTATS ATTENDUS / INDICATEURS	ACTIVITES A MENER	BUDGET	Source Financière	CALENDRIER											
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
3 . L'équipement des services nde Santé Reproductive est mieux géré	5.3 - 1 Inventorier le matériel PEV et SMI existant dans les FSS	900 000	AUTRES PARTEN.		X										
	5.3 - 2 Instaurer un cahier du matérierl au niveau départemental	-	-		X										
4. Le FSS disposent en permanence de vaccins, de produits contraceptifs et de capsules de VIT A	5. 4 - 1 Approvisionner les FSS : - en produits contraceptifs - en vaccins et capsules de VIT A	1 500 000	FNUAP UNICEF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

FICHE DE PROGRAMMATION DES ACTIVITES DU SERVICE : **Service Départemental de Santé Familiale**

DEPARTEMENT : BORGOU
RESPONSABLE : C/SDSF
RESULTAT ATTENDU : R 6 La communauté participe pleinement aux activités socio-sanitaires

SOUS-RESULTATS ATTENDUS / INDICATEURS	ACTIVITES A MENER	BUDGET	Source Financière	CALENDRIER											
				J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
La population est mieux sensibilisée sur les problèmes de la Santé Reproductive	6.1-1 Sensibiliser par des émissions et conférences/débats les populations sur : - les conséquences des avortements provoqués et grossesses précoces - les avantages des méthodes contraceptives, etc.	300 000	PMSBS			X			X			X			X

BEST AVAILABLE COPY

PLAN D'ACTION DU SERVICE DEPARTEMENTAL DE LA REDUCTION SOCIALE DU BORGOU ANNEE 1997

-*-*-*-*-*-*-*-*-*-

OBJECTIFS GENERAUX	OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ACTIVITES	MOYENS HUMAINS	MOYENS MATERIEL	MOYENS FINANCIER	SUIVI INDICATEURS	EVALUATION
I Améliorer l'état nutritionnel des enfants suivis par les Services Sociaux du Borgou.	1° Réduire de 4 % le taux de malnutrition des enfants de 0 à 24 mois suivis dans les CPS du Borgou de Janvier 1996 à Décembre 1997 2° Récupérer 60 % des enfants admis aux séance de RN de Janvier 96 à Déc 97. 3° Amener de Janvier 96 à Déc 97, 90 % des femmes vendeuses de mets dans les établissements scolaires à faire usage des aliments riches en protéines.	-Elaborer un programme d'IEC sur l'importance des 3 groupes d'aliments et sur l'hygiène. -Sensibiliser les mères sur le rapport entre les maladies nutritionnelles et l'alimentation des enfants. -Faire une mini formation en IEC (3 groupes d'aliments et hygiène alimentaire) aux femmes vendeuses de mets dans les établissements scolaire en début	*IEC 2fois/semaine * Séance de Récupération Nutritionnelle 1 fois/semaine *Déparasitage systématique des enfants de plus de 6 mois *Démonstration Diététique : 1 fois/mois. *Pesée : 1fois/mois. *Orientation des cas graves vers les formations sanitaires. *Visites à domicile. *Enquête sociale. *Visites dans les écoles	*Personnel Service Social. *Personnel Sanitaire; *Animatrice communautaire. *Mère d'enfants *Autres personnes ressources *CVA (conducteur de véhicule administratifs *Chef d'établissement scolaire	*Supports audio-visuels *Batterie de cuisine *Pèse-bébé *Réfrigérateurs *Motos *Carburant *Vermifuges *Compléments vitaminés *Fournitures de bureau *Véhicules (pour supervision)	*Montant nécessaire pour acquisition matériel cité (voir budget)	Degré de connaissance Mères enfants en IEC *Taux malnutrition.	Niveau périphérique 1/trimestre Niveau intermédiaire 1/semestre 1/semestre Déc 96 Juin 97 Déc 97 Janvier 97 Avril 97

II Promovoir la réadaptation et l'intégration sociale des personnes handicapées	* Appareiller 60 % nouveaux cas enfants handicapés moteurs de Janvier 1996 à Décembre 1997. * Contribuer à la formation dans les écoles spécialisées et ateliers, de 10 personnes handicapées par CPS de Janvier 1996 à Décembre 1997.	*Dépister les cas de handicap moteurs. *Etendre le programme de réadaptation aux Sous-Préfectures non couverts. *Sensibiliser les parents des personnes handicapées sur la nécessité de réadaptation et d'intégration sociale. *Rechercher l'appui financier d'une ONG pour la prise en charge des enfants handicapés moteurs.	*Tournée 1fois/trimestre par CAORF. *1fois/mois par les CPS. *Prise de contact avec les autorités des Sous-Préfectures d'extension du Programme (dernier trimestre 1996) *IEC *Démarches en direction d'une ONG pour financement. *Rééducation fonctionnelle. *Frais appareillage et d'opération *Installation et encadrement des handicapés formés.	*Personnel SS Parents des handicapés. *Personnes ressources *Agents de Santé *Educateurs spécialisés *CVA	-Véhicule -Motos *Carburant *Equipement pour la rééducation *Fournitures de bureau *Matériaux et matériels orthopédiques.	1.706.600 pour carburant Entretien véhicule plus perdiems	Nombres de nouveaux cas d'enfants handicapés moteurs appareillés Nombre de handicapés formés dans un centre spécialisé.	1er/semestre Décembre 1996 Juin 199 Décembre 1997.

BEST AVAILABLE COPY

III Renforcer l'assistance aux personnes en situation difficile.	1°)Soumettre pour étude 12 dossiers de secours divers par Service Social de Janvier 1996 à Décembre 1997. 2°) Contribuer à la mise en liberté provisoire de 75 % des mineurs détenus dans les prisons civiles de PARAKOU et de KANDI de Janvier 1996 à Décembre 1997. 3°)Contribuer à l'amélioration de l'état sanitaire de tous les détenus des maisons d'arrêt de Kandi et de Parakou de Janvier 1996 à Décembre 1997 4°)Aider à la réinsertion ou au placement dans un centre de récupération, 80 % des mineurs en situation difficile de Janvier 1996 à Décembre 1997.	Sensibiliser les usagers des services sociaux sur la possibilité d'une assistance matérielle ou financière au profit des personnes en situation difficile. Mener des démarches auprès des autorités judiciaires, les parents et les centres d'accueil au profit des enfants en situation difficile. Mener des démarches auprès du personnel de santé pour la prise en charge des détenus malades. Mener des démarches auprès des autorités judiciaires, les parents et les Responsables des centres d'Accueil.	*Permanence Sociale *Visites à domicile *Enquête Sociale *IEC *Démarches *Visites dans les maisons d'arrêt. *Visites dans les maisons d'arrêt. *Conseils sur l'hygiène corporel, vestimentaire et du milieu aux détenus.	*Personnel Service Social *Parents des personnes handicapées *Autres Agents de développement *Dactylographes *Personnel judiciaire *Personnes ressources *Autres agents de développement *C V A *Personnel Sanitaire.	*Motos *Véhicule *Carburant *Téléphone *Fournitures de bureau *Machine à écrire *Ordinateur	Pour mémoire	Nombre de dossiers constitués Nombre de mineurs mis en liberté provisoire % au nombre d'enfants détenus.	Décembre 96 Décembre 97 Décembre 96 Décembre 97 Décembre 9 Décembre 9 Décembre Décembre

BEST AVAILABLE COPY

BEST AVAILABLE COPY

IV	Assurer à l'auto-promotion des couches déshéritées.	*Amener 90 % des Animatrices Communautaires de chaque CPS à se constituer en groupement autour d'une activité génératrice de revenu de Janvier 1996 à Décembre 1997.	*Sensibiliser les Animatrices Communautaires. Aider à l'élaboration d'un micro-projet Rechercher le financement pour les micro-projets retenus.	*IEC de Septembre à Décembre 1996 *Rédaction micro-projet *Démarche en direction des ONG pour financement.	*Personnel CPS *Animatrices Communautaires *Dactylographes.	*Moyens audio-visuels *Motos *Carburant *Fournitures de bureau *Machine à écrire.	Pour Mémoire	*Constitution effective des groupements *Micro-projet *Financement obtenu.	Déc Juin Déc
V	Participer à la lutte contre les fléaux sociaux.	Sensibiliser 60 % des exiceuses sur le phénomène de l'excision.	Sensibiliser les populations sur les effets néfastes de la pratique de l'excision.	*IEC *Recensement des exciseuses *Entretiens avec exciseuses sur les effets néfaste de l'excision *Discussion sur les effets néfastes de l'excision avec les groupes de mères affilié	*Personnel du Service Social *Agent de développement *ONG *Autorités morales et religieuses *CVA.	*Moyens audio-visuels *Motos *Véhicule *Carburant *Fournitures de bureau.	Pour Mémoire		Déc 96 Déc 97

SERVICE	RESULTAT PLAN DIR	N°	ACTIVITE PROGRAMMATION DDSPSCF LORGOU 1997 Libellé	REQUETE PMSBS Axe	Obj	BUDGET 1997
SPS	R1	1.1.1	Former les animatrices communautaires des CPS sur les quatre volets du programme alimentaire Nutritionnel (PAN)	2	11	666.750
SPS	R1	1.1.2	Recycler les animatrices du Service Social sur les techniques d'IEC	2	44	320.250
SPS	R1	1.2.1	Recycler les techniciens Sociaux en matière de planification Familiale	2	11	525.000
SPS	R1	1.3.1	Faire une tournée d'inspection des groupements encadrés par les CPS	2	15	158.000
SPS	R1	1.3.2	Appuyer la formation en gestion des membres des groupements	[illegible]	11	666.750
SPS	R1	1.1.3	Superviser tous les trimestres les activités du niveau opérationnel		15	306.000
SPS	R4	4.2.4	Equiper le SDPS en matériel roulant (moto)		24	800.000
SPS	R3	3.1.2	Organiser des tournées trimestrielles dans les SPCU pour identifier et orienter les handicapés	2	15	600.000
SPS	R3	3.1.6	Organiser des tournées périodiques dans les sous-préfectures pour le suivi des handicapés formés	2	15	300.000

APPENDIX E
National Directive on Vitamin A Supplements

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA PROTECTION SOCIALE ET DE LA CONDITION FEMININE

LE CABINET

DIRECTION DE LA PLANIFICATION, DE LA COORDINATION ET DE L'EVALUATION

N° 650 /MSPSCF/DC/DPCE/SSDRO

Direction Départementale de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine du Borgou
PARAKOU
Arrivée le 12/03/97
Sous le N° 209

FEV. 1997

NOTE DE SERVICE

Vu 18/2/97
c/ SEPD : copie à tous chefs service tous Rédacteurs tous A/CPS tous A/SS

Il m'est revenu que diverses sources de données relatives à la population du Bénin sont utilisées dans le calcul des indicateurs de santé.

Dans le souci d'uniformiser l'élaboration desdits indicateurs et d'éviter à l'avenir une disparité dans les chiffres utilisés, la Direction de la Planification, de la Coordination et de l'Evaluation met à la disposition des différentes directions techniques du Ministère et autres structures concernées, les projections de population des années 1996 et 1997 ainsi que les différentes proportions et taux d'accroissement annuel par département. Ces projections faites par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) depuis le recensement de 1992 jusqu'à l'an 2027 et mises à notre disposition, constituent les seules références à utiliser dans les services du Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Feminine.

Pour toute autre préoccupation en matière de population et tranches d'âge spécifiques, bien vouloir se rapprocher du Service de Statistiques, de la Documentation et de la Recherche Opérationnelle (SSDRO) du Ministère.

Pour le MSPSCF et P.O.
Le Directeur de Cabinet

Léon KLOUVI

97

PROJECTIONS POPULATIONS ANNEES 1996-1997

Les différents chiffres(projections) qui figurent sur les pages suivantes ont été mis à notre disposition par l'Institut National des Statistiques et de l'Analyse Economique(INSAE) depuis la publication des résultats du recensement de 1992. Ces projections sont disponibles jusqu'en l'an 2027.

Les tableaux suivants nous présentent les populations cibles utilisées par le SNIGS et la Direction de la Santé Familiale (DSF) dans le calcul des différents indicateurs et taux de couverture.

- **Tableau n°1** : population globale du département 1996 et 1997

- **Tableau n°2** : populations cibles utilisées dans le SNIGS et pour la Santé Familiale
  - colonne n°2 : tranches d'âge et groupes spécifiques.
  - colonne n°3 : structure de la population cible en % (ou en ‰) de la population totale .
  - colonne n°4 : population cible 1996
  - colonne n°5 : population cible 1997

- **Tableau n° 3** : population des Sous-Préfectures pour les années 1996 et 1997

Pour dégager les populations cibles par sous-préfecture, il suffit d'appliquer les proportions de la colonne 3 du tableau n°2.

Exemple: Pop <1 - 4 ans > de Bassila en 1996 sera

52339 x 14.7 / 100 = 7694

NB : *Grossesses attendues = Naissances attendues + 15 % naissances attendues*

Populations cibles et structure de la Population ANNEES 1996 -1997

Département de l'ATACORA

Population Générale du Département en 1992 :	**649 308**
Population Générale du Département en 1996 :	**732 166**
Population Générale du Département en 1997	**755 292**

Populations cibles

SNIGS		Structure en %	Pop1996	Pop1997
	0 - 1 an	**4,2**	30 751	31 722
	1 - 4 ans	**14,7**	107 628	111 028
	5 - 14 ans	**31,4**	229 900	237 162
	> 15 ans	**49,7**	363 887	375 380
S F				
	12 - 36 mois	**11,9**	87 380	90 140
	Femmes 15 - 49 ans	**21,8**	159 612	164 654
	Naissances attendues	**45.4 ‰**	33 240	34 290
	Grossesses attendues	**52,21 ‰**	38 226	39 434

tx accroissement annuel en %
3,2

SP / CU	Bassila	Boukoumbé	Cobly	Copargo	Djougou	Kérou	Kouandé	Matéri	Natitingou
Pop 1996	**52 339**	**65 623**	**43 280**	**40 216**	**151 211**	**47 913**	**56 808**	**65 983**	**64 446**
Pop 1997	**53 992**	**67 695**	**44 647**	**41 486**	**155 987**	**49 427**	**58 602**	**68 067**	**66 482**

SP / CU	Ouaké	Péhonco	Tanguiéta	Toukountouna	Total
Pop 1996	**36 664**	**38 151**	**45 589**	**23 943**	**732 166**
Pop1997	**37 822**	**39 355**	**47 029**	**24 699**	**755 292**

Département de l'ATLANTIQUE

Population Générale du Département en 1992 :	**1 066 373**
Population Générale du Département en 1996 :	**1 214 174**
Population Générale du Département en 1997 :	**1 253 943**

Populations cibles

		Structure en %	Pop1996	Pop1997
SNIGS				
	0 - 1 an	**4,1**	49 781	51 412
	1 - 4 ans	**14,3**	173 627	179 314
	5 - 14 ans	**26,4**	320 542	331 041
	> 15 ans	**55,2**	670 224	692 177
S F				
	12 - 36 mois	**9,6**	116 626	120 446
	Femmes 15 - 49 ans	**24,8**	301 115	310 978
	Naissances attendues	**45.3 ‰**	55 002	56 929
	Grossesses attendues	**52,1 ‰**	63 258	65 330

tx accroissement annuel en %
3,3

SP / CU	Abomey-Calavi	Allada	Cotonou	Kpomassè	Ouidah	So-Ava	Toffo	Tori-Bossito
Pop 1996	**144 041**	**87 794**	**611 232**	**56 997**	**73 364**	**67 346**	**68 348**	**42 318**
Pop1997	**148 759**	**90 670**	**631 252**	**58 864**	**75 766**	**69 552**	**70587**	**43705**

SP / CU	Zè	Total
Pop 1996	**62 734**	**1 214 174**
Pop1997	**64 788**	**1 253 943**

Département du BORGOU

Population Générale du Département en 1992 :	**827 925**
Population Générale du Département en 1996 :	**954 653**
Population Générale du Département en 1997 :	**990 262**
1998	

Populations cibles

SNIGS		Structure en %	Pop 1996	Pop 1996
	0 - 1 an	**4,5**	42 959	44 562
	1 - 4 ans	**15,5**	147 971	153 491
	5 - 14 ans	**32**	305 489	316 884
	> 15 ans	**48**	458 233	475 326
S F				
	12 - 36 mois	**12,8**	122 463	127 031
	Femmes 15 - 49 ans	**21,2**	202 386	209 936
	Naissances attendues	**47,7 ‰**	45 537	47 235
	Grossesses attendues	**54,86 ‰**	52 372	54 326

tx accroissement annuel en %
3,7

SP / CU	Banikoara	Bembèrèkè	Gogounou	Kalalé	Kandi	Karimama	Malanville	N'Dali	Nikki
Pop 1996	**119 963**	**68 964**	**57 705**	**72 418**	**84 333**	**33 521**	**77 702**	**52 273**	**76 292**
Pop 1997	**124 437**	**71 536**	**59 858**	**75 120**	**87 479**	**34 771**	**80 600**	**54 223**	**79 137**

SP / CU	Parakou	Pèrèrè	Ségbana	Sinendé	Tchaourou	Total
Pop 1996	**119 431**	**31 288**	**37 211**	**47 009**	**76 543**	**954 653**
Pop 1997	**123 886**	**32 456**	**38 599**	**48 763**	**79 398**	**990 262**

96

Département du MONO

Population Générale du Département en 1992	**676 377**
Population Générale du Département en 1996 :	**767 854**
Population Générale du Département en 1997 :	**793 204**

Populations cibles

		Structure en %	Pop1996	Pop 1997
SNIGS				
	0 - 1 an	**4,5**	34 553	35 694
	1 - 4 ans	**14,3**	109 803	113 428
	5 - 14 ans	**33,1**	254 160	262 551
	> 15 ans	**48,1**	369 338	381 531
S F				
	12 - 36 mois	**12,3**	94 751	97 879
	Femmes 15 - 49 ans	**21,3**	163 553	168 952
	Naissances attendues	**46.4‰**	35 628	36 805
	Grossesses attendues	**53,36‰**	40 973	42 325

tx accroissement annuel en %
3,3

SP / CU	Aplahoué	Athiémé	Bopa	Comé	Djakotomey	Dogbo	Grand-Popo	Houéyogbé	Klouékanmey
Pop 1996	**87 971**	**37 457**	**69 604**	**47 944**	**81 172**	**72 340**	**37 553**	**65 126**	**78 860**
Pop 1997	**90 876**	**38 694**	**71 902**	**49 527**	**83 852**	**74 728**	**38 793**	**67 276**	**81 463**

SP / CU	Lalo	Lokossa	Toviklin	Total
Pop 1996	**70 552**	**61 598**	**57 676**	**767 854**
Pop 1997	**72 881**	**63 632**	**59 580**	**793 204**

Département de l'OUEME

Population Générale du Département en 1992 :	**876 574**
Population Générale du Département en 1996 :	**995 334**
Population Générale du Département en 1997 :	**1 027 829**

Populations cibles

		Structure en %	Pop 1996	Pop 1997
SNIGS				
	0 - 1 an	**4,3**	42 799	44 197
	1 - 4 ans	**14,7**	146 314	151 091
	5 - 14 ans	**29,3**	291 633	301 154
	> 15 ans	**51,7**	514 588	531 388
S F				
	12 - 36 mois	**10,9**	108 070	111 599
	Femmes 15 - 49 ans	**23,4**	232 908	240 512
	Naissances attendues	**45,4‰**	45 188	46 663
	Grossesses attendues	**52,21 ‰**	51 966	53 663

tx accroissement annuel en %
3,3

SP / CU	Adjarra	Adja-Ouèrè	Adjohoun	Aguégués	Akpo-Missérété	Avrankou	Bonou	Dangbo	Ifangni
Pop 1996	**52 717**	**67 449**	**58 251**	**24 223**	**60 050**	**77 784**	**28 084**	**67 632**	**76 101**
Pop1997	**54 438**	**69 651**	**60 153**	**25 014**	**62 010**	**80 323**	**29 001**	**69 840**	**78 586**

SP / CU	Kétou	Pobè	Porto-Novo	Sakété	Sèmè Kpodji	Total
Pop 1996	**71 625**	**61 522**	**203 408**	**72 664**	**73 824**	**995 334**
Pop1997	**73 963**	**63 530**	**210 049**	**75 036**	**76 235**	**1 027 829**

Département du ZOU

Population Générale du Département en 1992 :	**818 998**
Population Générale du Département en 1996 :	**929 056**
Population Générale du Département en 1997 :	**960 069**

Populations cibles

		Structure en %	Pop 1996	Pop 1997
SNIGS				
	0 - 1 an	**4,6**	42 737	44 163
	1 - 4 ans	**15,3**	142 146	146 891
	5 - 14 ans	**29,4**	273 142	282 260
	> 15 ans	**50,7**	471 031	486 755
S F				
	12 - 36 mois	**10,6**	98 477	101 764
	Femmes 15 - 49 ans	**23,0**	213 683	220 816
	Naissances attendues	**46.4‰**	43 108	44 547
	Grossesses attendues	**53,36 ‰**	49 574	51 229

tx accroissement annuel en %
3,3

SP / CU	Abomey	Agbangnizou	Bantè	Bohicon	Covè	Dassa-Zoumè	Djidja	Glazoué	Ouèssè
Pop 1996	**75 544**	**54 639**	**52 974**	**92 895**	**35 655**	**72 674**	**65 077**	**67 388**	**59 068**
Pop1997	**78 066**	**56 463**	**54 743**	**95 995**	**36 845**	**75 100**	**67 250**	**69 637**	**61 040**

SP / CU	Ouinhi	Savalou	Savè	Zagnanado	Za-Kpota	Zogbodomey	Total
Pop 1996	**34 072**	**82 403**	**51 504**	**38 981**	**79 663**	**66 519**	**929 056**
Pop1997	**35 210**	**85 153**	**53 224**	**40 282**	**82 322**	**68 739**	**960 069**

BENIN

Population Générale du Pays en 1992 :	**4 915 555**
Population Générale du Pays en 1996 :	**5 593 237**
Population Générale du Pays en 1997 :	**5 780 599**

Populations cibles

SNIGS		**Structure en %**	Pop1996	Pop1997
	0 - 1 an	**4,34**	243 581	250 965
	1 - 4 ans	**14,14**	827 489	817 325
	5 - 14 ans	**30,11**	1 674 866	1 740 463
	> 15 ans	**51,41**	2 847 301	2 971 846
S F				
	12 - 36 mois	**11,22**	627 767	648 859
	Femmes 15 - 49 ans	**22,80**	1 273 258	1 315 847
	Naissances attendues	**46.7‰**	257 704	266 470
	Grossesses attendues	**53,71 ‰**	296 371	306 308

tx accroissement annuel en %
3,3

Département du ZOU

Population Générale du Département en 1992 :	**818 998**
Population Générale du Département en 1996 :	**929 056**
Population Générale du Département en 1997 :	**960 069**

Populations cibles

		Structure en %	Pop 1996	Pop 1997
SNIGS				
	0 - 1 an	**4,6**	42 737	44 163
	1 - 4 ans	**15,3**	142 146	146 891
	5 - 14 ans	**29,4**	273 142	282 260
	> 15 ans	**50,7**	471 031	486 755
S F				
	12 - 36 mois	**10,6**	98 477	101 764
	Femmes 15 - 49 ans	**23,0**	213 683	220 816
	Naissances attendues	**46.4‰**	43 108	44 547
	Grossesses attendues	**53,36 ‰**	49 574	51 229

tx accroissement annuel en %
3,3

SP / CU	Abomey	Agbangnizou	Bantè	Bohicon	Covè	Dassa-Zoumè	Djidja	Glazoué	Ouèssè
Pop 1996	**75 544**	**54 639**	**52 974**	**92 895**	**35 655**	**72 674**	**65 077**	**67 388**	**59 068**
Pop1997	**78 066**	**56 463**	**54 743**	**95 995**	**36 845**	**75 100**	**67 250**	**69 637**	**61 040**

SP / CU	Ouinhi	Savalou	Savè	Zagnanado	Za-Kpota	Zogbodomey	Total
Pop 1996	**34 072**	**82 403**	**51 504**	**38 981**	**79 663**	**66 519**	**929 056**
Pop1997	**35 210**	**85 153**	**53 224**	**40 282**	**82 322**	**68 739**	**960 069**

101

BENIN

Population Générale du Pays en 1992 :	**4 915 555**
Population Générale du Pays en 1996 :	**5 593 237**
Population Générale du Pays en 1997 :	**5 780 599**

Populations cibles

SNIGS		Structure en %	Pop1996	Pop1997
	0 - 1 an	**4,34**	243 581	250 965
	1 - 4 ans	**14,14**	827 489	817 325
	5 - 14 ans	**30,11**	1 674 866	1 740 463
	> 15 ans	**51,41**	2 847 301	2 971 846
S F				
	12 - 36 mois	**11,22**	627 767	648 859
	Femmes 15 - 49 ans	**22,80**	1 273 258	1 315 847
	Naissances attendues	**46.7‰**	257 704	266 470
	Grossesses attendues	**53,71 ‰**	296 371	306 308

tx accroissement annuel en %
3,3

APPENDIX F
Iodized Salt Decree and Monitoring Forms

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DU DEVELOPPEMENT RURAL

DIRECTION DE L'ALIMENTATION ET DE LA NUTRITION APPLIQUEE

SERVICE QUALITE ANALYSES ET LEGISLATION ALIMENTAIRE

FICHE DE REVUE MENSUELLE DE RESULTATS (A L'USAGE DES C / SANA ET C / SQALA)

DEPARTEMENT : ATACORA

MOIS DE : Juillet 1995

Nombre total d'échantillons : 258

Nombre de points de contrôle : 20

Nombre de points ayant fonctionné : 15

Tableau 1 Récapitulatif de l'Echantillonnage

Zone / Niveau	Urbaine	Rurale
Marché et vente au détail	31	52
Magasin	12	00
Ménages	35	129

Tableau 2 : Présentation des Résultats chiffrés

Quantité d'iode / Niveau	< 25 ppm	< 50 ppm	< 75 ppm	>75 ppm
Marché - vente au détail	57	07	07	12
Magasin	02	00	02	08
Ménages	129	10	04	24

Tableau 3 : Conformité et non conformité par zone

Zone / Quantité	Urbaine	Rurale
< 25 ppm	26	16
< 50 ppm	00	17
< 75 ppm	11	02
> 75 ppm	23	21

Observations (Récapitulatif des observations FTC)

La plupart des échantillons contrôlés sont exposés en vrac au soleil ou à des endroits humides et souvent dans des emballages sans étiquettes. Les produits iodés portent en général l'inscription "Lot 01 SSS produit au Senegal". Environ 62 % des produits inspectés se sont avérés non conformes.

COMMENTAIRES

1 - Provenance des échantillons non conformes Inconnue ou non déclarée	4 - Difficultés de mise en oeuvre de la stratégie Aucune signalée encore.
2 - Provenance des échantillons conformes Sénégal - Marché de COTONOU ou du Togo ou de Kassoua (Ouaké - frontière Togo - Benin).	5 - Suggestions (surtout pour réduire le taux de non conformité et améliorer le taux de couverture) Il faudra augmenter le nombre d'agents de contrôle formés afin de fournir couvrir tout le département de l'Atacora (former d'autres).
3 - Etat général des lots Bon, mais mal entreposé	6 - Autres Certains agents ne semblent pas avoir bien compris le remplissage des FTC (surtout au verso) - Des explications leur seront données progressivement lors des tournées - D'autres n'ont pas du tout fait parvenir leur FTC, (Tobré, Ouaké ...).

Nom et Signature

Pour le C/SNVA et P.i L'ASRO

A. Jérémie ADELABOU

Transmis le Jeudi 17 Août 1995

- A l'étape de l'Importation (Cordon douanier, lieu d'Inspection avant embarquement des marchandises) : 84,3 à 135 mg d'Iodate de potassium soit 50 à 80 mg d'Iode par kilogramme de sel.

- Au point de vente (Magasin, Marché) : 50,5 à 84,3 mg d'Iodate de potassium soit 30 à 50 mg d'Iode par Kilogramme de sel.

Article 7.- Le Sel Iodé visé dans le présent Arrêté doit répondre aux spécifications d'hygiène et de qualité, conformément aux normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Conseil International pour la Lutte contre les Troubles dus aux Carences en Iode (ICCIDD).

CHAPITRE III - De l'Emballage, de l'Etiquetage et du Stockage

Article 8.- Le sel importé doit être conditionné sous un emballage garni d'une couche de polyéthylène et satisfaisant aux normes d'hygiène homologuées ou aux dispositions réglementaires en vigueur en matière d'emballage et d'étiquetage des produits à usage alimentaire.

Article 9.- L'emballage du Sel Importé doit porter les indications suivantes :

- Dénomination du produit : Sel Iodé (ou sel de cuisine iodé) ;
- Teneur en Iode ;
- Poids net ;
- Mode de Stockage ;
- Date de fabrication et numéro du lot ;
- Raison Sociale et adresse du fabricant.

Lorsque le produit subit dans un deuxième pays une transformation qui en modifie une qualité fondamentale, le pays où cette transformation s'est effectuée doit être considéré comme étant le pays d'origine aux fins de l'étiquetage.

Article 10.- L'entreposage et le stockage du Sel Iodé doivent se faire dans un endroit sec et à l'abri des rayons solaires.

.../...

106

CHAPITRE VI - Des Dispositions Transitoires et Diverses

Article 19.- La mise en consommation du sel alimentaire non Iodé est interdite en République du Bénin pour compter du 31 Décembre 1994.

Article 20.- Le Directeur du Commerce Extérieur, le Directeur du Commerce Intérieur, le Directeur de la Concurrence et des Prix, les Directeurs Départementaux du Commerce et du Tourisme, le Directeur Général des Douanes et Droits Indirects, le BIVAC, le Directeur National de la Protection Sanitaire, les Directeurs Départementaux de la Santé, le Directeur de l'Artisanat, le Directeur de l'Industrie et le Directeur de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent Arrêté qui entre en vigueur à compter de la date de sa signature et qui sera publié au Journal Officiel de la République du Bénin.

FAIT A COTONOU, le 21 SEPTEMBRE 1994

LE MINISTRE DE LA SANTE,

VERONIQUE LAWSON.-

LE MINISTRE DU COMMERCE ET DU TOURISME,

YACOUBOU A. FASSASSI.-

LE MINISTRE DES FINANCES,

PAUL DOSSOU.-

LE MINISTRE DE L'INDUSTRIE ET DES PETITES ET MOYENNES ENTREPRISES,

RIGOBERT O. LADIKPO.-

LE MINISTRE DU DEVELOPPEMENT RURAL,

MAMA ADAMOU NDIAYE -

AMPLIATIONS : PR 4 - AN 4 - SGG 4 - MCT 4 - MS 4 - MF 4 - MDR 4 - MIC 4 - AUTRES MINISTERES 15 - DCE 20 - CBCE 4 - DCP 4 - DCI 4 - DDCT 12 - CCIB 10 - DGDDI 10 - DANA 10 - DCCP 4 - DNPS 4 - DDS 12 - DA 4 - DIN 4 - CNPPI 1 - JORB 1 - UNB-FASJEP - ENA 3.

107

FAX FROM:

John T. Dunn, M.D.
Box 511, University of Virginia Health Sciences Center
Charlottesville, VA 22908, USA
Phone number: (804) 924-5929
FAX Number: (804) 296-9275
Electronic Mail: jtd@Virginia.EDU

TO: Dr. S. Diallo, UNICEF/Benin FAX Number: 229 300697

DATE: August 30, 1995 Total pages: 1

Dear Dr. Diallo:

We have completed analysis of the urine samples. The total number of samples was 903, fairly evenly distributed among the three regions. The summary data are as follows:

	Urinary I (µg/dl)	
Region	Mean ± SD	Median
1	4.8 ± 4.2	3.3
2	5.0 ± 4.4	4.0
3	5.9 ± 4.2	5.0

From these data, Benin appears to have moderate iodine deficiency. With region 1 being the most severe and region 3 the least severe. These data are a clear indication that the iodine deficiency needs prompt correction.

I would be interested if data are available on goiter surveys, for correlation. Also, I will be happy to offer further interpretation of these data if the government wishes.

I am sending the calculation sheets by mail, as you requested. They are too faint to send by fax. Each region is listed in a separate printout. The columns in the printouts are as follows: first column, region; second column, the village; third column, the person; and fourth column, the urinary iodine measurement as µg/dl. Asterisks in the second and third columns appear when the identifying number could not be deciphered. A blank in these columns indicates that no number was on the tube. A value of 0 means it was below detectable limits, of 0.1 µg/dl.

We ran a total of 903 samples, at $3.50 per sample, to give a total of $3,160.50. As I mentioned before, there may be an additional charge if we are billed for shipping from Miami to Charlottesville within the United States; if we are asked to pay that bill, it may be several hundred dollars.

I am sending Dr. Benmiloud a copy of this summary and this letter, and understand that by his agreement this analysis will be paid for by ICCIDD.

Please let me know if there are any questions or problems about this. If the printout does not fax adequately, we will send it by mail.

Thanks for allowing us to participate in this survey.

Best wishes.

Sincerely,

John T. Dunn

JTD:dch

108

REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DU DEVELOPPEMENT RURAL

DIRECTION DE L'ALIMENTATION ET DE LA NUTRITION APPLIQUEE (DANA)

UNICEF

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES T.D.C.I

IDENTIFICATION DES IMPORTATEURS ET VENDEURS DE SEL

ARRETE N°106/MCT/MS/MF/MIPME/CAB/DCF/SRE DU 21 - 11 - 1994 SUR LA COMMERCIALISATION DU SEL IMPORTE.

Agent : POTA Berlin
Date : 10 - 08 - 95

I - IDENTITE

NOM: Ehenon Epo Célestine
STATUT: Détaillante

Société	Individuel	Coopérative	Autres (préciser)
Importateur	Grossiste	1/2 grossiste	Détaillant

SITUATION ET ADRESSE : Vendeuse au marché Dantokpa - COTONOU

II - APPROVISIONNEMENT

SEL IMPORTE :

Provenance : Dakar
Fournisseur extérieur : -
Marché local : Dantokpa

Marque : SSS
Point Entrée : PAC
Chez qui ? ✓

SEL LOCAL:

Quantité moyenne par an : .....

Approvisionnement Régulier : /___/ OUI /___/ NON

Sinon : période rupture

* Sel importé
* sel local

Conditions vente : Vrac ..... ~~Sac~~ .....

Origine client Urbain ...ou... Rural .....

Liste clients (verso)

Préférence : ~~Cristaux~~ ..... Fin .....
Prix : ~~Constant~~ ..... Non .....
Période hausse ..... Période baisse .....

Connaissez-vous autre Importateur Vendeur (référence)

109

APPENDIX G

Report of the Applied Nutrition Program/Ministry of Agriculture, Borgou

CARDER BORGOU

D. V. A. O. P.

SERVICE ALIMENTATION ET NUTRITION APPLIQUEE

C. P. S. I.
Direction Prog.
Suivi Evaluation
Arrivée 09/7/97
S/N° 956

RAPPORT TRIMESTRIEL

Avril - Mai - Juin 1997

09/07/97

Parakou, le 4 Juillet 1997.

Le Chef Service Alimentation et Nutrition Appliquée,

M. KOROUKO.

SOMMAIRE

I - OBJECTIFS

II - REALISATIONS

1 - Education nutritionnelle et formations

2 - Maraîchage

3 - Foyers économiques

4 - Contrôle du sel iodé

III - AUTRES POINTS

1 - Ressources humaines

2 - Missions et formations

CONCLUSION

I- OBJECTIFS:

Les objectifs du Service Alimentation et Nutrition Appliquée au cours du 2e trimestre de l'année 1997 ont été les suivants:

- l'éducation nutritionnelle;
- l'hygiène alimentaire;
- le maraîchage;
- la vulgarisation des foyers économiques;
- le contrôle du sel iodé;
- le suivi des transformateurs des produits agricoles.

II- REALISATIONS:

3.1- Education nutritionnelle et formation

Thèmes développés	DUREE	Nbre de SEANCES	Nbre de participant	Bénéficiaires	Lieux	Responsables	OBS
Alimentation équilibrée suivi état nutritionnel des enfants les aliments de sevrage.	246h10	148	4.665	Mères d'enfants de 0 à 5 ans	CPS Centres de santé	C/PANA CARDER	
Hygiène des aliments, du matériel, de l'environnement et de l'habitat.	130h20	73	882	Hommes Femmes	abordures marchés Restaur.		
Technique de maraîchage	70h00	54	621	Hommes Femmes	Jardins		
Construction foyers économiques	65h20	36	447	population Ménages	Ménages		
Transformation produits agricoles	18h30	15	251	Ménages GF	Ménages		
Education sanitaire	44h45	47	986	Villages population	Villages		
Culture du soja	32h30	18	217	GF	Villages		
TOTAL:	607h35	391	8.069				

2.2- Maraîchage:

Au cours du second trimestre de l'année 1997, le suivi des producteurs maraîchers a touché 1.222 femmes et 130 hommes. Au total, 70 jardins couvrant une superficie de 31,34 ha ont bénéficié de l'appui technique des agents du Service de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée. Sont produits dans ces jardins aussi bien des légumes locaux qu'exotiques.

Les problèmes rencontrés sont surtout le manque d'eau et du matériel de jardinage au niveau des Groupements de Femmes.

2.3- Vulgarisation des foyers économiques:

Il a été construit au cours de ce trimestre 422 foyers économiques, ce qui correspond au nombre total de foyers construits pour la campagne 1997-1998.

2.4- Contrôle du sel iodé:

Durant le trimestre, 980 échantillons de sel ont été contrôlés en teneur en iode. Les résultats ont révélé que 29 échantillons ne contiennent pas du tout d'iode.

III- AUTRES POINTS:

3.1- Ressources humaines.

L'effectif du personnel du Service Alimentation et Nutrition Appliquée au cours du 2e trimestre de l'année 1997 a été de 24 agents toutes catégories confondues. Il se répartit comme suit:

- Le Chef Service Alimentation et Nutrition Appliquée.
- Deux Chargés: - Programmation et Promotion Alimentaire.
  - Education Nutritionnelle, Horticulture et Hygiène Alimentaire.
- 21 Chefs Poste Alimentation et Nutrition Appliquée (C/PANA)

Congé administratif.

Les C/PANA ont joui par vagues de leurs congés administratifs d'Avril à mi-Mai 1997.

La c/PANA de Malanville est mutée pour Sinendé.

3.2- Missions et formation:

- Les 09 et 10-04-97 : Mission d'évaluation des activités d'identification et suivi des zones à risque de malnutrition dans le Borgou.
- Du 27 au 29-04-97 : Enlèvement à Cotonou du matériel de maraîchage (UNICEF) alloué aux Groupements de Femmes du Borgou.
- Du 26 au 30-05-97 : Formation de mise à niveau des agents décentralisés de la DANA du CARDER BORGOU à ENI-BORGOU.
- Les 12-13 et 14-06-97 : Formation de 30 APV sur le contrôle du sel iodé à ENI-BORGOU.
- Du 17 au 20-06-97 : Mission SANA pour identification des périmètres maraîchers à visiter par le Directeur Général Adjoint de l'UNICEF.
- Le 24-06-97 : visite du site maraîcher du GF d'Alafiarou (Tchaourou) par le Directeur Général Adjoint de l'UNICEF.

CONCLUSION:

La mise à niveau des agents du Service Alimentation et Nutrition Appliquée Borgou a permis de mieux maîtriser la nouvelle approche de Communication Sociale en Nutrition. Toutefois l'acquisition du matériel de suivi des enfants de 0 à 5 ans les rendra plus efficaces dans l'exécution des activités d'éducation nutritionnelle.

BEST AVAILABLE COPY

APPENDIX H
List of NGOs and their activities in Health and Education in Borgou (MCDI)

POINT RECAPITULATIF DE L'EVALUATION DES ONG VISITEES DANS LE DEPARTEMENT DU BORGOU

ZONE	ONG	APPRECIATIONS GENERALES Forces/Faiblesses	PROJETS EN EXECUTION	PARTENAIRES AU BENIN	SELECTION : Non Modulé Oui
Kandi	ABA-BORI (Promotion of women)	■ Bonne Base communautaire ■ Organisation/fonctionnement non formalisés ■ Pas de personnel adéquat ni de structure de gestion fiable ■ Forte capacité de mobilisation ■ Expérience avec les APE	01 (crédit sur fonds de la CLCAM)	WEI Frères des Hommes (Italie) [illegible]	Oui
	CEREP	■ Bonne expérience avec les APE ■ Organisation/fonctionnement acceptables ■ Personnel existant ■ Base communautaire pas mise en évidence	03 C2 AGLPIB C1 (MR) PILSA	AGLPIB PILSA WEI	Oui
Karimana	CERABE	■ Organisation/fonctionnement efficaces ■ Existence de structure de gestion ■ Personnel disponible ■ Expérience avec les APE ■ Expérience en IEC santé ■ Base communautaire pas trop affirmée	04	AFRICARE (Borgou) WEI PILSA CREPA	Oui
	EDGA-MODE BEN	■ Groupes cibles existants ■ Pas de structure de gestion	0	Néant	Non
	OFEDE	■ Expérience avec les APE ■ Organisation/fonctionnement à peine moyens ■ Structures en formation	0	WEI EUMC SNV	Modulé
Banikoura 2nd	ALDIPE	■ Base communautaire à peine perceptible ■ Aucune structure fonctionnelle dans le département	01	Fonds propres	Modulé
	DERANA	■ Bonne base communautaire ■ Organisation/fonctionnement acceptables ■ Expérience avec les APE	03	WEI C3A (Suisse)	Oui
Malanville	SIAN'SON	■ Organisation/fonctionnement acceptables ■ Bonne base communautaire ■ Personnel adéquat disponible ■ Bonne expérience avec les APE	02 (1 sous fonds propres de l'ONG)	WEI EUMC (Canadian support)	Oui

ONG	APPRECIATIONS GENERALES Forces/Faiblesses	PROJETS EN EXECUTION	PARTENAIRES AU BENIN Pourquoi	SELECTION : Non Modulé Oui
GERED	■ Organisation/fonctionnement bons ■ Bonne base communautaire (RAIF) ■ Personnel adéquat et disponible RAIF/Borgou	02	WEI*, AGEPIB* C2, CFD*, UDP C3A, WEI*	Oui mais sortie d'ATAPI
GRADE	■ Expérience avec les APE ■ Faible base communautaire ■ Personnel insuffisant ■ Organisation/Fonctionnement insuffisants	01	WEI	Oui
ADBS	■ Structures inexistantes	-	-	non
CAPIDE Kandi voir EUMC	■ Expérience dans le domaine de l'assainissement ■ Expérience avec les APE ■ Organisation/Fonctionnement moyens ■ Bonne base communautaire ■ Personnel de qualité inexistant	02	WEI EUMC	Modulé
OMEP Antenne	■ Bonne expertise dans le domaine de promotion de l'enfance ■ Bonne expérience en IEC et mobilisation communautaire ■ Bonne base communautaire ■ Personnel moyen en qualité et en quantité	01	C3A UNICEF	Oui
FAP	■ Bonne expérience dans le domaine de l'assainissement ■ Personnel inexistant sur place ■ Organisation/Fonctionnement à peine moyens	03	AFRICARE SAD FFN GTZ	Oui
GBV	■ Jeune ONG qui se cherche encore ■ Pas de base communautaire ■ Pas de structures fonctionnelles	-	EUMC (formation)	Non
APEM Sinende	■ Bonne expérience en IEC ET AVEC LES APE ■ Bon organisation/Fonctionnement ■ Bonne base communautaire ■ Personnel de qualité existant	03	FFN WEI USAID via WEI,	Oui
GERAS	■ Organisation/Fonctionnement à peine moyens ■ Personnel réduit à deux individus ■ Pas de structure de gestion	-	-	Non
ASMA	■ Inexistence de structures fonctionnelles ■ Pas de base communautaire ■ Jeune ONG sans expérience	-	-	Non

ONG	APPRECIATIONS GENERALES Forces/Faiblesses	PROJETS EN EXECUTION	PARTENAIRES AU BENIN	SELECTION : Non Modulé Oui
GERECOP	■ Jeune ONG sans expérience ■ Aucune structure fonctionnelle ■ Pas de base communautaire	-	-	Non
GRD	■ Timide expérience avec les écoles ■ Pas de structures (personnel, bureau) ■ organisation/fonctionnement non satisfaisants	01	UNICEF	Non
AFDB	■ Antenne assez fonctionnelle ■ Bonne organisation/fonctionnement ■ Personnel adéquat existant ■ Bonne base et expérience avec APE	01	WEI PADEL/PNUD (bientôt)	OUI
NIMAN	■ Expérience en assainissement ■ Bonne base communautaire ■ Bonne organisation /fonctionnement	01	JVE CUP	Modulé si PARAKOU Oui
CEDEFOR	■ Pas de structures ni de siège ■ A part l'autorisation du MISAT, il n'y a que des idées ■ Inexistence de base communautaire	-	-	Non
CERIDAA	■ Antenne Borgou en pleine installation ■ Pas de base communautaire ■ Organisation et fonctionnement en léthargie ■ A la recherche de bailleur pour les activités du Borgou	-	-	Oui si nécessaire
CARD-JEUNES	■ Sans statut légal ■ Jeune organisation sans reconnaissance officielle	-	-	Non

2nd

2nd

APPENDIX I
Bibliography

Bibliography

1. DHS Benin, 1996
2. USAID Results Framework Family Health, 4/97
3. National health policies, Govt. Benin.
4. Dept. Borgou Plan of Action, DDS, 1997
5. World Education Annual Report, 1996
6. GTZ Operational Plan for Assistance in the Health Sector 1996-1999
7. Survey of Social Services and Food Security in Borgou, Govt. Benin 1992.
8. World Bank Appraisal Report, May 10, 1995
9. AFRICARE Project paper.
10. BASICS Nutrition Minimum Package. Draft document 9/97.
11. BASICS/LINKAGES Nutrition Report by Parlato, Diene, Kimbo and Fakambi 3/97
12. BASICS Report on Other Donor Activities, Carrie O'Neill 3/97.