

# **ATELIER REGIONAL DES ONG SUR LA PCIME COMMUNAUTAIRE**

**DU 8 AU 12 AVRIL 2002 A SALY, MBOUR, (SENEGAL)**

**« Faire Avancer la Santé de l'Enfant avec les  
Communautés en Afrique de l'Ouest »**



 **BASICS II**



## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>AME :</b>	Allaitement maternel exclusif
<b>ASACO :</b>	Association de santé communautaire
<b>ASC :</b>	Agent de santé communautaire
<b>BASICS :</b>	Basic Support for Institutionalizing child Survival
<b>CCC :</b>	Communication pour le changement de comportement
<b>CCF/CANAH:</b>	Christian children's Fund/Community Action for Nutrition and Health
<b>CCIA:</b>	Comité de coordination inter agences
<b>CEDEAO:</b>	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
<b>COGES:</b>	Comité de gestion
<b>CONGAD:</b>	Conseil des ONG d'Appui au Développement
<b>COPE:</b>	(Client Oriented, Provider Efficient = Services axés sur les Clients et des Prestataires Efficaces)
<b>CORE Group:</b>	The Child Survival Collaborations and Resources Group
<b>CPN:</b>	Consultation prénatale
<b>CSCOM:</b>	Centre de santé communautaire
<b>CVS:</b>	Comité villageois de santé
<b>DDSP:</b>	Direction Départementale de la santé publique
<b>DSF:</b>	Direction de la santé familiale
<b>ECD:</b>	Equipe cadre de district
<b>FARN:</b>	foyer d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle
<b>GP/SP:</b>	Groupe Pivot/Santé Population
<b>GPF:</b>	Groupement de promotion féminine
<b>IB:</b>	Initiative de Bamako
<b>ICPM:</b>	Infirmier chef de poste médical
<b>IEC:</b>	Information Education Communication
<b>MEG:</b>	Médicaments essentiels génériques
<b>MSP:</b>	Ministère de la santé publique
<b>MURIGA:</b>	Mutuelle pour les Risques associés à la grossesse et à l'accouchement
<b>OCB:</b>	Organisation communautaire de base
<b>OMS:</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONG:</b>	Organisation non gouvernementale
<b>OOAS:</b>	Organisation Ouest Africaine de Santé
<b>PAHO:</b>	(Pan American Health Organization = Organisation Pan Américaine de Santé)
<b>PAIN:</b>	Paquet d'activités intégrées de nutrition
<b>PATH:</b>	Program for Appropriate Technology in Health
<b>PCIME:</b>	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
<b>PCIME-C:</b>	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire
<b>PDEF:</b>	Programme pour le développement de l'enfant et de la famille
<b>PEV:</b>	Programme Elargie de Vaccination
<b>PIC:</b>	Plan intégré de Communication
<b>PNLP:</b>	Programme national de lutte contre le paludisme
<b>PNLS:</b>	Programme national de lutte contre le SIDA
<b>PROLIPO:</b>	Projet de Lutte Intégrée contre le Paludisme dans l'Ouémé
<b>RAC :</b>	Radio autonome de communication
<b>RDC:</b>	République démocratique du Congo
<b>RESSIP:</b>	Réseau Santé SIDA Population
<b>ROBS:</b>	Réseau des ONGs Béninoises en santé
<b>SARA:</b>	Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique

**SFPS :** (Projet) Santé Familiale et Prévention du SIDA  
**SRO :** Sels de réhydratation par voie orale  
**UNICEF :** Fonds des Nations-unies pour l'enfance  
**USAID :** Agence des Etats-Unis pour le Développement International  
**WV:** World Vision  
**ZS:** Zone de santé

# TABLE DES MATIERES

	<b>Pages</b>
Liste des abréviations	2
Résumé exécutif	6
1. Une Initiative Régionale pour Faire Avancer la mise en œuvre de la PCIME Communautaire en Afrique de l'Ouest	10
1.1 Justification de l'atelier	10
1.2 Le rôle des ONG dans la mise en œuvre des programmes de santé infantile au niveau communautaire	10
1.3 But, Objectifs, et Résultats attendus de l'atelier	11
2. La stratégie de PCIME : Histoire et Etat Actuel de mise en œuvre	14
2.1 Amélioration des compétences du personnel :	14
2.2 Amélioration du système de santé	14
2.3 Amélioration des pratiques familiales et communautaires	14
2.4 La PCIME Communautaire et ses liens avec les autres composantes	16
3. Le Cadre de mise en œuvre de la PCIME-C	17
3.1 Evolution historique du cadre de mise en œuvre de la PCIME-C	17
3.2 Les éléments de la PCIME-C	18
3.2.1 L'élément 1	18
3.2.2 L'élément 2	19
3.2.3 L'élément 3	20
3.2.4 La plate forme multisectorielle	21
4. Exemples de Partenariat entre les structures de santé et les communautés	22
4.1 Expérience de World Vision au Sénégal	22
4.1.1 Résultats des interventions	22
4.1.2 Les facteurs de succès des interventions :	23
4.2 Les échos du terrain à travers les expériences vécues	23
4.2.1 Les facteurs de succès identifiés	24
4.2.2 Les défis à relever	24
4.3 Etude de cas : visite des sites de Koulouk Mbada, Ndollor et Mbedap du Projet CANAH	24
4.3.1 Les facteurs de succès identifiés à travers la visite de terrain	25
4.3.2 Les défis pour renforcer le partenariat structures de santé/communautés	25
5. Exemples d'Amélioration des soins et des informations appropriées par le biais des agents communautaires	25
5.1 Expérience de Save the Children au Mali :	25
5.1.1 Les résultats obtenus	26
5.1.2 Les facteurs de succès	26
5.1.3 Les facteurs de pérennisation	26
5.2 Les échos du terrain à travers les expériences vécues	26
5.2.1 Stratégies utilisées par Save the Children Mali	27
5.2.2 Facteurs de succès	27
5.2.3 Facteurs de pérennisation	27
5.2.4 Les défis à relever	27

5.3	Etude de cas : visite des sites de Mbalakhat, Niomar et Saikom du Projet Canah	27
5.3.1	Les facteurs de succès pour l'élément 2 dans l'expérience de CCF/Canah	28
	Les défis à relever pour l'élément 2 dans l'expérience de CCF/Canah	28
6.	Exemples de Promotion intégrée des pratiques clés	29
6.1	Expérience de Africare en Guinée	29
6.1.1	Le processus de mise en œuvre d'un FARN	29
6.1.2	Les résultats obtenus sont les suivants :	30
6.1.3	Les facteurs de succès de l'intervention	30
6.2	Sénégal : Expérience de BASICS	31
6.3	Les échos de terrain à travers les expériences vécues	32
6.3.1	Les facteurs de succès	32
6.3.2	Les défis à relever	33
6.4	Une étude de cas : visite des sites de Aga Biram, Soussoung et Mboulouktène Koulouk du Projet CANAH	33
6.4.1	Les facteurs de réussite	33
6.4.2	Les défis à relever	33
7.	La plate forme multi sectorielle	34
7.1	Bénin : Expérience de Africare	34
7.1.1	Les principaux résultats de l'expérience	34
7.1.2	Les facteurs de succès de l'expérience	35
7.2	Les échos du terrain à travers les expériences vécues	35
7.2.1	Les facteurs de succès partenariat intersectoriel	35
7.2.2	Les défis à relever pour optimiser la plate forme multi sectorielle	36
7.3.1	Une étude de cas	36
8.	Le renforcement des partenariats	36
8.1	Quelques expériences de partenariats	37
8.1.1	RDC : Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) : un sous-comité pour la redynamisation du PEV	37
8.1.2	Mali : Groupe Pivot / Santé Population	37
8.1.3	Bénin : le Réseau des ONG Béninoises de Santé (ROBS)	38
8.1.4	Sénégal : Le Réseau Santé/SIDA Population (RESSIP)	39
8.1.5	USA: Groupe CORE (Child Survival Collaboration and Resources Group)	40
8.2	Recommandations pour renforcer les partenariats	41
8.2.1	Renforcer le partenariat Entre les ONG	41
8.2.2	Renforcer le partenariat Entre les ONG-MSP-les autres partenaires	41
8.2.3	Le rôle des ONG dans la mise en œuvre et l'expansion de la PCIME-C communautaire	42
9.	La planification des prochaines étapes	42
9.1	Prochaines étapes pour les pays	42
9.2	Prochaines étapes pour la Région	43
10	Recommandations Générales de l'atelier	44
11.	Le soutien des partenaires	45

## Résumé exécutif

En collaboration avec l’OMS/AFRO et le Groupe CORE et avec le soutien du Siège de BASICS, WARO/BASICS II a organisé du 8 au 12 Avril 2002 à Saly (Mbour), Sénégal un Atelier Régional pour les ONG sur la PCIME communautaire (PCIME-C).

Dr. Suzanne Prysor-Jones, Directrice du projet SARA a facilité cet atelier auquel ont pris part 107 participants, notamment :

- 9 pays, dont 5 où BASICS intervient (Bénin, Guinée, Mali, RD Congo, Sénégal) et 4 pays où intervient le Projet Santé Familiales et Prévention du SIDA (SFPS), un partenaire de BASICS (Burkina Faso, Côte d’Ivoire, Cameroun et Togo).
- Des représentants de 25 ONG nationales et internationales
- 3 réseaux d’ONG
- 20 représentants de Ministères de la Santé aux niveaux nationale, régionale et district.
- Des représentants d’organisations multi et bilatérales (WHO, UNICEF, USAID, WAHO, PATH)
- Des représentants de BASICS II Bénin, guinée, RD Congo et Sénégal
- Des représentants des Sièges de BASICS II, CORE Group, AFRICARE, et Save the Children USA.

En dépit des nombreuses ressources mobilisées depuis plusieurs décennies par les Gouvernements et les partenaires pour améliorer l’état sanitaire et nutritionnel des populations, les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans restent inacceptables. Plus de 10 millions d’enfants de cette tranche d’âge continuent à mourir chaque année. Les principales causes de mortalité de ces enfants sont attribuées aux 5 affections suivantes : diarrhée, infections respiratoires aiguës, paludisme, rougeole et malnutrition – et souvent à une association de plusieurs de ces facteurs. Beaucoup trop d’enfants dans les communautés sans avoir eu un contact avec les structures de santé. Cette situation, due à un faible accès et une utilisation insuffisante des services de santé, a conduit à des couvertures sanitaires ne dépassant guère 40% dans beaucoup de pays de la sous région.

Cet atelier a été ainsi organisé pour offrir une opportunité aux ONG, aux Ministères de la Santé et aux partenaires de travailler ensemble, de collaborer et d’échanger des expériences pour « Faire avancer la santé de l’enfant avec les communautés en Afrique de l’Ouest.

Des résultats immédiats et à court terme étaient attendus de l’atelier. Il s’agit de :

### Résultats immédiats :

- Un projet de document de Plaidoyer est élaboré qui décrit d’une part, l’importance des ONGs pour le développement de la PCIME Communautaire au niveau régional, et la revue de la mise en œuvre et de l’évaluation de la PCIME Communautaire au niveau des pays, et d’autre part, les mécanismes pour renforcer les partenariats nécessaires à l’expansion au niveau de chaque pays et de la région
- Des plans d’action des pays pour promouvoir la consolidation de la PCIME Communautaire sont développés.
- Un rapport de l’atelier incluant des exemples pour illustrer les approches et expériences utilisées dans la région pour la mise en œuvre de la PCIME-C est élaboré.

## Résultats à court terme

### *Pour les Pays :*

- Existence de stratégie nationale / régional/ district bâtie sur l'ensemble des interventions en cours et définie avec l'ensemble des partenaires.
- Les plans PCIME des pays ont tous une Composante Communautaire qui intègre les 3 éléments du cadre de mise en œuvre ainsi que l'adaptation de politiques, de mise en œuvre, de suivi et évaluation etc...
- Les pays ont identifié ou renforcé des mécanismes de coordination et échange d'information entre ONG et entre MSP- ONG – autres Partenaires
- Les projets communautaires de santé maternelle et infantile intègrent progressivement des volets/comportements additionnels de la PCIME-C
- Des ONG utilisent des outils ou approches développés par d'autres ONG ou partenaires
- Les réunions d'échange/concertation sur la PCIME-C entre ONG-MSP et autres partenaires sont organisées au niveau district/province ...
- Les pays définissent des politiques qui facilitent la disponibilité et l'utilisation des médicaments PCIME au niveau communautaire
- Les pays définissent des politiques qui identifient les agents communautaires et leurs rôles dans la prise en charge des maladies cibles de la PCIME

### *Pour la région :*

- Les ONG participent aux réunions régionales sur la PCIME-C
- Les partenaires s'unissent pour renforcer le plaidoyer pour la PCIME-C

! Pour réaliser ces résultats attendus, les étapes clés suivantes ont été proposées aux participants ;

- Une compréhension commune de la PCIME et une revue des maladies prioritaires de la PCIME à travers des présentations.
- Une compréhension commune du cadre de mise en œuvre de la PCIME-C à travers des présentations.
- Une présentation de l'état actuel de la santé maternelle et infantile au niveau communautaire dans le contexte du cadre de mise en œuvre de la PCIME-C, et aussi du rôle des ONG, à travers des travaux de groupe par pays
- Une réflexion sur les interventions communautaires en cours à la lumière du cadre de la PCIME-C, à travers des présentations.
- Une discussion et des recommandations sur des mécanismes efficaces pour le partenariat et la coordination aux niveaux des pays et de la région.
- Une compréhension des implications stratégiques de la PCIME-C aux différents niveaux et la place du cadre dans ces stratégies, à travers des travaux de groupes.
- L'analyse d'une intervention menée à la lumière du cadre de mise en œuvre de la PCIME-C, à travers l'organisation d'une visite de terrain.

- Le développement de plans par les pays pour les prochaines étapes.
- Un engagement des partenaires (Africare, Save the Children, WHO/AFRO, CORE Group, SARA, WAHO BASICS II) à promouvoir la santé maternelle et infantile au niveau communautaire dans la Région.
- Par rapport au mandat de WARO/BASICS, Cet atelier a été à plus d'un titre un évènement important qui a permis de :
  - Disséminer le cadre de la PCIME-C en Afrique de l'Ouest.
  - De créer une coalition autour de la PCIME-C, impliquant la communauté des ONGs de l'Afrique de l'Ouest en vue de préparer le terrain pour aller à l'échelle.
- Quelques thèmes/questions stratégiques clés pour une meilleure compréhension de la PCIME-C par les participants ont été soulevées durant les discussions et les travaux de groupes de l'atelier, et des réponses appropriées ont été données, notamment :
  - ***Le moment approprié pour introduire la PCIME-C (Doit-on attendre que la PCIME clinique soit mise en œuvre pour commencer la PCIME-C ?):***  
 La PCIME est un long processus qui peut s'étendre sur plusieurs années pour passer du concept à la réalité, et dans plusieurs pays, la mise en œuvre des composantes 1 et 2 seulement vient de commencer. En outre, la plupart des personnes à la recherche de soins ne vont pas dans les structures de santé, et beaucoup d'enfants continuent à mourir à domicile. Pour cela, la PCIME-C peut être mise en œuvre avant la PCIME clinique, pour réduire la mortalité infantile au niveau communautaire, et ceci pour les raisons suivantes :
    - La PCIME-C ne se présente pas comme un paquet de services, mais elle se définit comme la promotion de 16 pratiques familiales clés (allaitement maternel exclusif, lavage des mains, utilisation régulière de moustiquaires imprégnées, etc.) qui peuvent être appliquées au niveau communautaire (sans les agents de santé), en donnant des conseils aux mères et en diffusant des messages de santé et de nutrition pour un changement de comportements.
    - les pratiques à promouvoir dans la PCIME-C sont regroupées en 4 catégories, dont l'une consiste à encourager les populations à rechercher des soins en temps opportun auprès des agents de santé qualifiés pour que la vie de l'enfant soit sauvée. Mais pour un impact plus significatif, la recherche de soins pour les enfants sévèrement malades devrait être faite auprès des structures où les composantes 1 et 2 de la PCIME sont mises en œuvre.
  - ***La distribution de médicaments essentiels par les agents de santé communautaires (Les agents de santé communautaires doivent-ils distribuer des médicaments sans qualifications professionnelles?)***  
 Tous les médicaments ne sont pas distribués par les ASC. Dans l'expérience de Bougouni au Mali par exemple, des caisses pharmaceutiques sont mises en place dans les villages doté d'un Comité Villageois de Santé (CVS) fonctionnel, comprenant quelques médicaments essentiels: chloroquine, sels de réhydrations orale paracétamol, alcool, tétracycline. Le gérant reçoit une formation en matière de prescription des produits disponibles dans sa caisse, par exemple le dosage approprié de la chloroquine suivant l'âge, et comment en expliquer la posologie aux mères. Des supports lui sont également fournis pour lui servir d'aide-mémoire, et lorsqu'il est en présence de cas qui dépassent ses compétences, il les réfère à un niveau de soins supérieur.

- ***Le niveau auquel la PCIME-C doit être mise en oeuvre (niveau national, régional ou district) et le rôle du Ministère de la santé dans cette mise en oeuvre.***

La PCIME-C peut être mise en oeuvre à tous les niveaux et par différentes organisations, mais le Ministère de la santé joue un rôle clé dans la coordination, la mise en place d'un groupe de travail PCIME-C pour le développement d'un plan stratégique opérationnel.

- Les prochaines étapes pour le suivi de l'atelier ont été discutées. Ainsi :
- les pays ont identifié des actions /interventions pour les prochaines étapes, et
- les partenaires présents à l'atelier ont exprimé leur soutien aux pays pour l'application des recommandations issues de l'atelier

Le suivi de l'atelier prendra en considération ces différents éléments.

# **1. Une Initiative Régionale pour Faire Avancer la mise en œuvre de la PCIME Communautaire en Afrique de l'Ouest**

## **1.1 Justification de l'atelier**

L'atelier des ONG sur la PCIME-C s'inscrit dans le cadre des initiatives régionales de BASICS II dans lequel l'intégration des interventions techniques est un moyen de promouvoir l'adoption d'un paquet minimum d'interventions pour la santé de l'enfant dans la région africaine. Il s'agit de bâtir sur les acquis des programmes verticaux mis en œuvre dans tous les pays et d'encourager le développement et la mise en œuvre d'un paquet d'interventions adapté aux conditions locales. Cela permettra une plus grande chance de survie aux enfants des communautés rurales du fait de l'impact cumulé et d'une large couverture de ces interventions. Les leçons apprises des interventions en cours seront utilisées pour ré-orienter les systèmes existants afin d'assurer leur pérennisation.

A travers les initiatives régionales, BASICS II cherche à intégrer et à étendre les interventions techniques réussies selon le schéma suivant :

- Développement et optimisation des outils et approches pour l'amélioration de la santé de l'enfant ;
- Packaging des outils et approches pour une large dissémination au niveau de la région ;
- Développement de partenariat à travers le plaidoyer et le lobbying pour une large adoption des politiques de santé et des interventions basées sur l'utilisation d'outils et d'approches efficaces ;
- Sollicitation de soutien politique et financier pour l'adoption et le passage à l'échelle des interventions ;
- Identification des ressources et compétences nécessaires pour le passage à l'échelle des interventions ;
- L'assistance technique et le développement des capacités pour le passage à l'échelle des interventions.

Le présent atelier offre une opportunité pour disséminer, à l'échelle régionale, le cadre de mise en œuvre de la PCIME-C, pour initier un système d'échange d'information, pour enfin solliciter le soutien politique et financier des partenaires qui vont faciliter l'adoption et le passage à l'échelle des interventions efficaces pour la santé de l'enfant dans la région africaine.

## **1.2 Le rôle des ONG dans la mise en œuvre des programmes de santé infantile au niveau communautaire**

Dans les 15 dernières années, les interventions communautaires pour la santé des enfants ont été menées essentiellement par les ONG et les Organisations Bénévoles Privées. Les ministères sont encouragés à tirer le meilleur bénéfice de leurs expériences et de développer des stratégies compréhensives bâties sur ces interventions pour donner la chance de survie au plus grand nombre d'enfants.

La plupart des ONG travaillant dans le secteur de la santé mènent des activités à base communautaire avec des stratégies différentes d'une ONG à une autre et, d'un pays à un autre. Dans le cadre du suivi des activités en faveur de la santé et la nutrition de l'enfant, BASICS II /WARO avait entrepris en 2001 des enquêtes auprès des Ministères de la santé et de 28 ONG dans 6 pays de l'Afrique de l'Ouest (Bénin, Guinée, Mali, Sénégal, Ghana et Nigeria).

Les résultats de cette enquête montrent que les ONG ont tracé la voie qui mène à la PCIME-C. En effet les réponses recueillies révèlent ce qui suit :

### **Encadré 1 : Résultats de l'enquête auprès de 28 ONG**



#### **Interventions des ONG & le cadre de mise en œuvre de la PCIME-C**

- Partenariat entre les structures de santé et les communautés : 60%
- Amélioration de l'accès aux soins et aux informations appropriés par le biais des agents communautaires : 20%
- Promotion intégrée des pratiques clés pour la santé et nutrition de l'enfant : 80%

- La promotion des pratiques clés est plus orientée vers les services à base communautaire ayant une étroite relation avec le système de santé: la vaccination (82%), les pratiques d'alimentation et de nutrition (57%), la prise en charge à domicile (50%), la fréquentation des centres de santé (39%). En effet, 60% des ONG utilisent la structure de santé comme principale porte d'entrée pour initier les interventions à base communautaire. Bien que le paludisme soit un problème prioritaire de santé publique dans la plupart des pays, trop peu d'ONG sont engagées dans la promotion des moustiquaires imprégnées d'où la nécessité de renforcer la coordination et le partenariat au niveau local avec d'autres initiatives telles que RBM.

- Pour promouvoir les pratiques familiales clés, 80% des ONG ont développé et utilisent des stratégies intégrées de communication s'appuyant sur une diversité de canaux et de supports pour le plaidoyer (15%), la mobilisation sociale (19%) et l'IEC (28%).

- Les ONG enquêtées développent des partenariats avec le ministère de la santé (57%), avec les communautés (32%) et avec d'autres ONG (14%). En dépit des ressources mobilisées, les types d'impact mentionnés par les ONG concernent essentiellement la fréquentation des centres de santé (39%), la vaccination (36%), la connaissance des bonnes pratiques (11%). Ainsi, les partenariats entre les ONG d'une part et entre les ONG et les MSP doivent être renforcés et soutenus en perspective d'une coordination efficace et du passage à l'échelle qui vont conditionner un impact plus grand des interventions sur la santé des enfants.

- S'agissant du passage à l'échelle des leurs interventions, les ONG ont reconnu le suivi et l'impact du projet et le partenariat avec le gouvernement comme facteurs favorisant ; les principales barrières au passage à l'échelle sont l'insuffisance des ressources financières et la faible motivation des acteurs.

### **1.3 But, Objectifs, et Résultats attendus de l'atelier**

**But de l'atelier :** Fournir une opportunité de concertation et d'échange d'expérience aux institutions et organisations impliquées dans la promotion de la santé de l'enfant en Afrique de l'Ouest

**L'objectif général de l'atelier est de:** Promouvoir la participation effective des ONG dans le développement, la mise en œuvre et l'expansion de la composante communautaire de la PCIME.

### **Les Objectifs Spécifiques de l'atelier**

1. Développer une compréhension commune de l'histoire et de la situation actuelle de la PCIME ;
2. Développer une vision commune de la composante communautaire de la PCIME et les liens avec les stratégies globales de PCIME et avec les programmes/interventions en cours ;
3. Identifier les approches programmatiques de la composante communautaire de la PCIME à promouvoir dans la région africaine ;
4. Identifier les mécanismes efficaces pour renforcer :
  - a) les liens entre les ONG d'une part et
  - b) les liens entre les ONG, les Ministères de la santé et d'autres partenaires, afin d'améliorer la qualité et l'expansion de la mise en œuvre de la PCIME-C;
5. Identifier les modalités d'organisation et les processus par lesquels les ONG pourront être engagées dans les consultations régionales organisées en Afrique de l'Ouest sur la PCIME-C .

### **Les Résultats Attendus de l'atelier**

#### **A la fin de l'atelier**

- Les éléments d'un document de plaidoyer pour « Faire Avancer la Santé de l'Enfant en Afrique de l'Ouest »
- Le Plan des prochaines étapes développé par les pays pour consolider la PCIME-C
- Le rapport de l'atelier incluant des exemples pour illustrer les approches et les expériences utilisées dans la région pour mettre en œuvre la PCIME-C

#### **Les résultats à court terme**

##### **Pour les pays**

1. Les pays ont une stratégie pour la PCIME-C au niveau national / régional / district qui a été définie en collaboration avec les partenaires. Dans chaque pays, cette stratégie sera développée sur la base des interventions existantes pour la santé de l'enfant au niveau communautaire.
2. Tous les plans d'action PCIME développés dans les pays ont une composante communautaire qui intègre les trois éléments du cadre de mise en œuvre ainsi que l'adaptation de politiques, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation
3. Les pays ont mis en place ou renforcé les mécanismes de coordination et de concertation entre les ONG d'une part et d'autre part entre les ONG, les Ministères et les autres partenaires.

4. Les projets de Santé Maternelle et Infantile ont intégré progressivement des comportements additionnels de la PCIME-C
5. Les ONG utilisent des outils et des approches développés par d'autres ONG et partenaires.
6. Des réunions de concertation sur la PCIME-C sont organisées avec les ONG, les Ministères de la santé et autres partenaires au niveau district /régional.
7. Les pays ont défini des politiques qui facilitent la disponibilité et l'utilisation des médicaments de la PCIME au niveau communautaire.
8. Les pays ont défini des politiques qui identifient les acteurs communautaires et leur rôle dans la prise en charge des maladies cibles de la PCIME.

### **Pour la région**

9. Les ONG participent aux rencontres régionales sur la PCIME-C.
10. Les partenaires unissent leurs efforts pour renforcer le plaidoyer pour la PCIME-C.

### **1.4 Le cadre logique de l'atelier**

Pour atteindre les résultats énoncés, l'organisation de l'atelier a proposé le cadre logique qui suit et qui va guider les participants dans l'appréciation du contexte, l'analyse des informations et la formulation des recommandations pour les prochaines étapes :

1. Compréhension de la stratégie de PCIME et Revue des priorités de santé.
2. Compréhension du cadre de mise en œuvre de la PCIME-C.
3. Présentation de l'état actuel des programmes de santé maternelle et infantile dans le contexte du cadre et Rôle des ONG dans la mise en œuvre de ces interventions.
4. Réflexion sur les interventions communautaires en cours dans les pays à la lumière du cadre de mise en œuvre.
5. Discussion sur les partenariats et les mécanismes de coordination.
6. Compréhension de la nécessité de stratégies PCIME-C aux différents niveaux et la place du cadre de mise en œuvre dans ces stratégies.
7. Analyse des interventions communautaires (après la visite de terrain) à la lumière du cadre de mise en œuvre.
8. Plan des prochaines étapes par pays pour :
  - les concertations,
  - le développement / renforcement des stratégies / approches pour le passage à l'échelle,
  - le renforcement des partenariats,
  - le renforcement de la contribution des ONG,
  - le Plaidoyer.
9. Recommandations des prochaines étapes pour faire avancer la santé de l'enfant dans la région.

## 2. La stratégie de PCIME : Histoire et Etat Actuel de mise en oeuvre

La PCIME est une approche initiée par l'OMS et l'UNICEF pour contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. C'est une stratégie qui s'attaque systématiquement aux principaux problèmes qui affectent la qualité des soins fournis aux enfants malades dans les centres de santé, et qui résultent de la compétence des agents de santé, de l'organisation du système de santé, et des pratiques familiales et communautaires. La mise en oeuvre de la PCIME repose sur les 3 composantes ci-dessous :

### 2.1 Amélioration des compétences du personnel :

Cette première composante adresse la question de la qualité des soins fournis au niveau des points de prestation à travers :

- l'élaboration de directives cliniques standardisées pour la prise en charge des cas,
- la formation des agents de santé au niveau des points de prestation,
- le suivi après la formation dans un délai de 4-6 semaines.

### **Encadré 2 : Etat actuel de la mise en oeuvre de la composante 1 de la PCIME en Afrique**

#### **En Décembre 1999**

? 37 pays avaient révisé et remis à jour leurs politiques de santé, à la suite de l'introduction de la PCIME

#### **En Décembre 2001**

- ? Plus de 1200 agents de santé ont suivi la formation de 11 jours de la PCIME,
- ? 70% des agents formés ont été suivis au moins une fois après la formation,
- ? 24 pays ont adapté les directives PCIME,
- ? 21 pays ont effectué plus de 3 cours de formation pour les agents de santé en poste,
- ? Dans 3 pays au moins, la PCIME a été introduite dans la formation de base des professionnels de la santé,
- ? 10 pays au moins ont organisé un cours sur l'allaitement maternel.

Source : OMS/AFRO

Les interventions menées dans le cadre de la mise en oeuvre de la composante 1 de la PCIME montrent qu'en décembre 1999, plus de la moitié des pays d'Afrique (37) avaient révisé et mis à jour leur politique de santé, et que 2 ans plus tard (décembre 2001), 24 pays avaient adapté les directives PCIME. En ce qui concerne la formation en PCIME, jusqu'en décembre 2001, un cours de 11 jours a été dispensé à 1200 agents de santé, parmi lesquels 70% ont été suivis au moins une fois après la formation. Les bénéficiaires de cette formation ont été en grande partie les agents de santé en cours d'emploi : seuls 3 pays avaient introduit la PCIME dans la formation de base des professionnels de la santé.

### 2.2 Amélioration du système de santé

Les éléments essentiels pour l'amélioration du système de santé sont entre autres :

- ? la disponibilité de médicaments essentiels génériques (MEG),
- la réorganisation des services offerts dans les formations sanitaires,
- ? l'amélioration de la qualité de la supervision dans les formations sanitaires,
- ? l'amélioration du système de référence,
- l'introduction des données sur la PCIME dans le système d'information sanitaire.

### **Encadré 3 : Etat actuel de la mise en œuvre de la composante 2 de la PCIME en Afrique**

#### **En Décembre 1999**

- ? 17 pays avaient revu et réajusté la liste nationale des MEG destinés aux enfants
- ? 5 pays avaient introduit un mécanisme de recouvrement des coûts de médicaments de la PCIME au niveau du district

#### **En Décembre 2001**

- ? 5 Pays au moins ont mené des interventions pour améliorer les compétences des agents de santé au niveau des services de référence

Source : OMS/AFRO

Dans le cadre de la mise en œuvre d'interventions pour l'amélioration du système de santé, la liste des MEG destinés aux enfants avait été en Décembre 1999 revue et réajustée dans 17 pays, et un mécanisme de recouvrement des coûts de médicaments de la PCIME au niveau district introduit dans 5 pays. En outre, jusqu'en décembre 2001, des interventions visant à améliorer les compétences des agents de santé au niveau des services de référence ont été menées dans 5 pays.

### **2.3 Amélioration des pratiques familiales et communautaires**

La PCIME-C met l'accent sur la promotion de pratiques clés au niveau familial et communautaire pour améliorer la santé et la nutrition des enfants. La plupart des enfants meurent à domicile sans avoir eu un contact avec les structures de santé. C'est pourquoi l'implication des communautés dans la mise en œuvre des programmes de réduction de la mortalité revêt une importance capitale.

Dans le cadre de l'adaptation des matériels génériques de formation des agents de santé, des actions liées à la mise en œuvre de la composante 3 ont cependant été réalisées :

- ? Une carte mère est élaborée pour faciliter un meilleur counselling des mères par les agents de santé,
- ? Des recommandations alimentaires sont adaptées par certains pays en utilisant la méthode de recherche consultative « Essais de Pratiques Améliorées » (EPA),
- ? Des termes locaux sont adaptés pour faciliter l'évaluation de l'enfant et la communication entre l'agent de santé et la mère/ou la personne en charge de l'enfant.

### **Encadré 4 : Etat actuel de la mise en œuvre de la composante 3 de la PCIME en Afrique**

#### **En Décembre 2001**

- ? 12 pays ont des plans d'action qui prennent en compte au moins 3 des pratiques familiales clés
- ? 9 pays ont mis en œuvre des approches familiales et communautaires dans plus de 4 districts.

Source : OMS/AFRO

Concernant la composante 3 de la PCIME, 12 pays d'Afrique avaient en décembre 2001 des plans d'action prenant en compte au moins 3 pratiques familiales clés, et des approches familiales et communautaires étaient mises en œuvre dans 9 pays.

## **Encadré 5 : Etat actuel de la mise en œuvre de la PCIME en Afrique**

### **En Décembre 2001**

- ? 40 sur 46 pays sont à une phase ou à une autre de la mise en œuvre de la PCIME
- ? 8 de ces pays sont à la phase d'introduction,
- ? 20 pays sont à la phase de mise en œuvre,
- ? 12 sont à la phase d'expansion.

? Des enquêtes menées en Tanzanie, Zambie et Afrique du Sud ont montré une amélioration de la qualité des soins avec la PCIME. Le défi qui se présente est le passage à l'échelle, pour un plus grand impact de la PCIME sur la morbidité et la mortalité des enfants en Afrique

Source : OMS/AFRO

## **2.4 La PCIME Communautaire et ses liens avec les autres composantes**

Au niveau global et au niveau régional, un kit d'information/guide de planification a été développé par un groupe de travail inter agence, avec le soutien de l'OMS, de l'UNICEF, de BASICS et de SARA, pour le renforcement des capacités aux niveaux national et district dans la planification et la mise en œuvre de la PCIME-C. Ce kit d'information/guide de planification a été testé en février 2002 au Bénin, et est en cours de révision.

Des liens étroits existent entre la composante communautaire et les 2 premières composantes de la PCIME (améliorer les compétences des agents de santé, et améliorer le système de santé). Ces liens concernent :

- ? La gestion communautaire des structures de santé, avec la mise en place de comité de santé. Il s'agit là d'un partenariat entre les structures de santé et la communauté, qui vise :
  - une meilleure utilisation des services de santé,
  - une implication de la communauté dans la gestion des médicaments, avec l'existence de l'IB dans certains pays,
  - une implication de la communauté dans le suivi de la qualité des soins,
  - une implication du comité de santé dans l'identification des personnes à former pour contribuer à l'amélioration des soins.
- ? Les soins fournis par la communauté et par les structures de santé :
  - un bon système de référence devrait exister pour assurer la prise en charge des cas graves qui ne peuvent pas être pris en charge au niveau communautaire,
  - des algorithmes simplifiés pourraient être développés pour renforcer les compétences des praticiens communautaires et améliorer le traitement des enfants malades au niveau communautaire,
  - la promotion de pratiques préventives peut être menée aux 2 niveaux (communautaire et structure de santé).

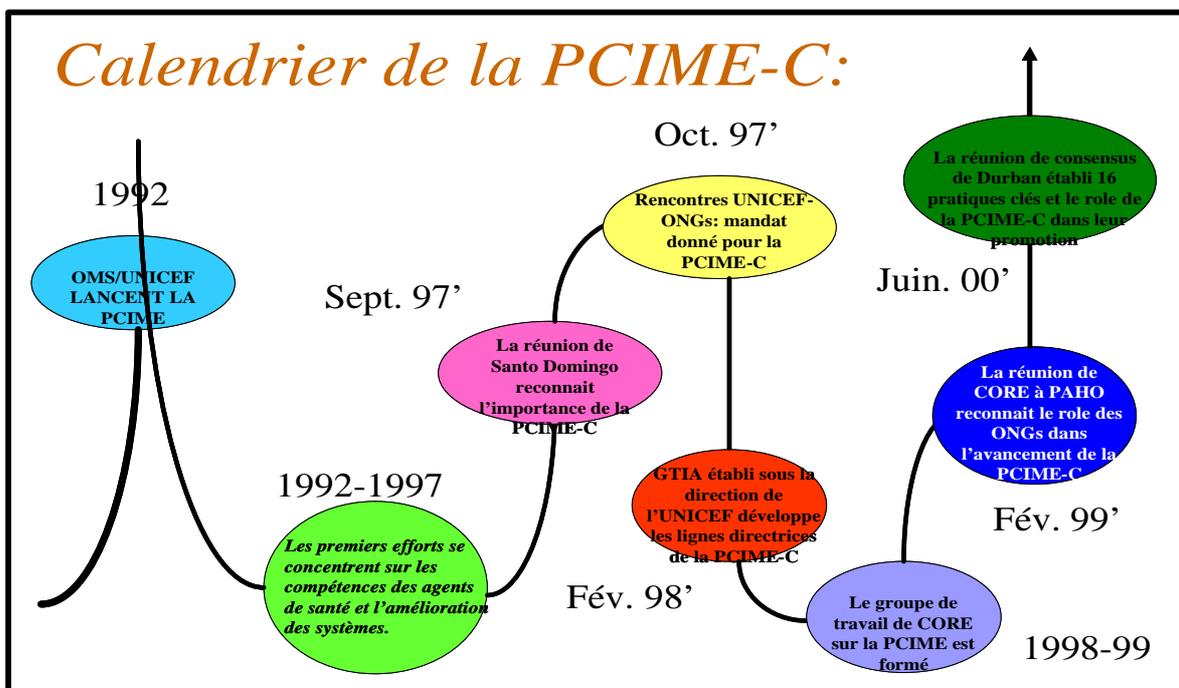
Ainsi, bien que la mise en œuvre des 2 premières composantes soit une importante contribution dans l'amélioration de la qualité des services, elle ne suffit pas pour améliorer la santé et la nutrition des enfants. Une implication de la communauté est indispensable à tous les niveaux.

### 3. Le Cadre de mise en œuvre de la PCIME-C

#### 3.1 Evolution historique du cadre de mise en œuvre de la PCIME-C

- ? Depuis le lancement en 1992 de la PCIME par l’OMS et l’UNICEF jusqu’en 1997, les premiers efforts pour la mise en œuvre de cette stratégie se sont concentrés sur les 2 premières composantes. Ce n’est qu’en Septembre 1997 que la Conférence de Revue Générale et de Coordination de la PCIME de Saint Domingue reconnaît l’importance de la PCIME-C.
- ? En Février 1998, un Groupe de Travail inter Agence mis en place sous la direction de l’UNICEF développe les lignes directrices de la PCIME-C.
- ? En Février 1999, la réunion de CORE à PAHO reconnaît le rôle des ONG dans la mise en œuvre de la PCIME.
- ? En Juin 2000, la réunion de consensus de Durban en Afrique du Sud établit 16 pratiques clés et le rôle de la PCIME-C dans leur promotion.
- ? En Janvier 2001, le concept de PCIME-C atteint un seuil de clarté avec la réunion de Baltimore organisée par CORE Group et BASICS II, intitulée : « Atteindre les Communautés pour la Santé de l’Enfant : Renforcement des Capacités Techniques et du Leadership des ONG en Matière de PCIME-C ». Au cours de cette réunion, un cadre opérationnel de mise en œuvre de la PCIME a été proposé et adopté.

**Encadré 6 : Evolution historique du cadre de mise en œuvre de la PCIME-C**



## 3.2 Les éléments de la PCIME-C

Le cadre de mise en œuvre de la PCIME-C reflète l'intégration des éléments clés basés sur les bonnes pratiques ayant démontré leur efficacité dans l'amélioration de la santé de l'enfant. Ces éléments, au nombre de 3 sont les suivants :

**Elément 1 :** développer des partenariats entre les structures de santé et les communautés qu'elles desservent,

**Elément 2 :** Améliorer la prestation de soins et l'apport d'informations qui soient à la fois accessibles et appropriés par le biais d'agents communautaires,

**Elément 3 :** Faire une promotion intégrée des pratiques familiales essentielles pour la santé et la nutrition de l'enfant.

Ces 3 éléments reposent sur une plateforme multisectorielle similaire à celle des Soins de Santé Primaires (Alma Ata) pour un partenariat avec des secteurs clés (Eau et Assainissement, Education, activités génératrices de revenus, développement institutionnel) qui favorisent l'adoption de comportements recommandés par la PCIME. Chaque élément s'adresse à une institution ou à un groupe de personnes qui ont chacun un rôle à jouer dans la promotion de la santé de l'enfant, la prévention des maladies, la reconnaissance des maladies, les soins à domicile et la recherche de soins.

Les 3 éléments du cadre sont étroitement liés et doivent être mis en œuvre tous les trois dans la communauté pour avoir le maximum d'impact sur la santé et la nutrition des enfants, car des interrelations existent entre eux et leurs différents niveaux d'exécution sont complémentaires.

*Eric Swedberg*

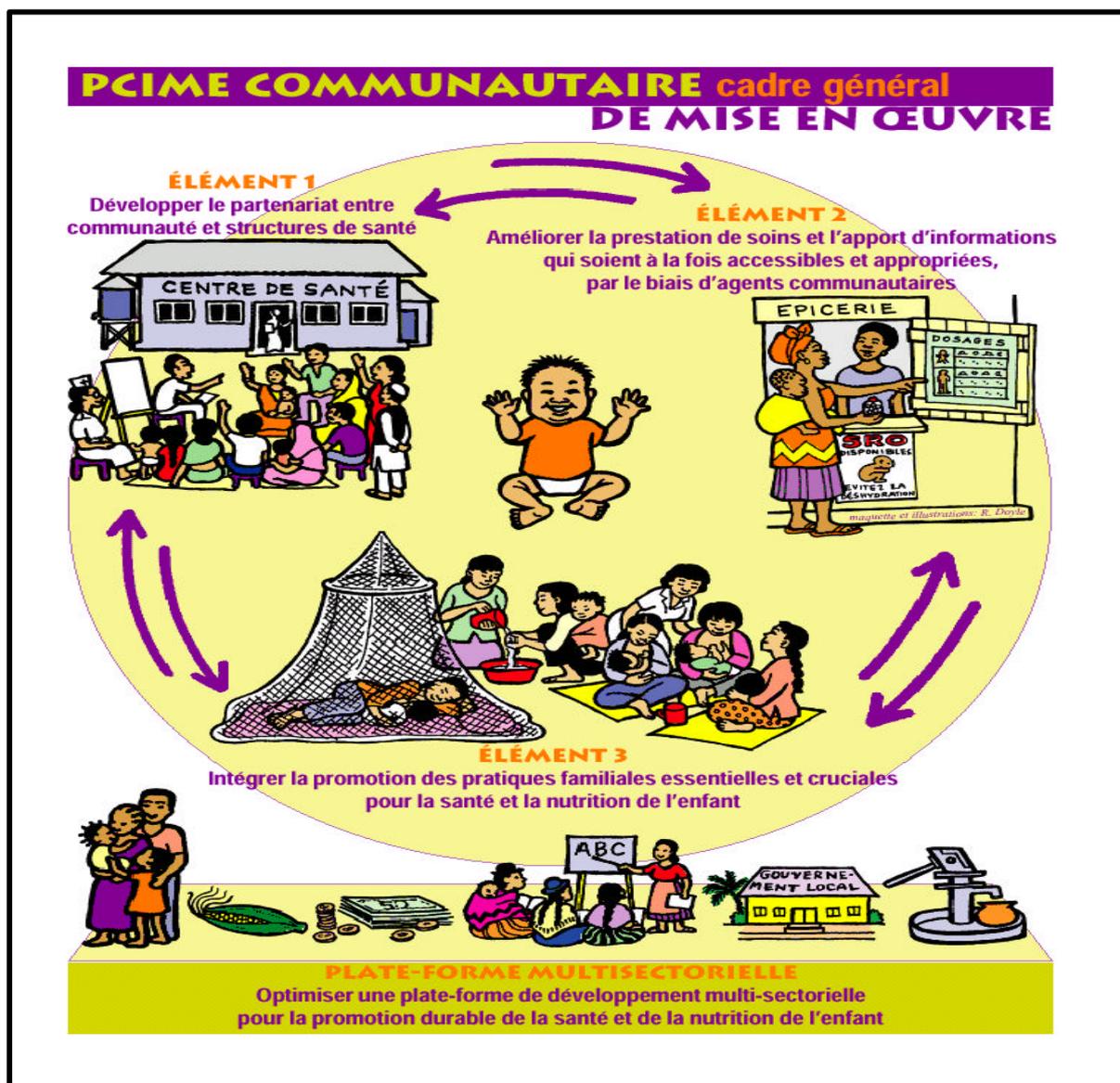
### 3.2.1 L'élément 1

Le premier élément du cadre de mise en œuvre de la PCIME-C vise à développer et renforcer un partenariat entre les structures de santé et les communautés, afin que les communautés utilisent davantage les services offerts (lorsqu'elles sont accessible géographiquement et économiquement), et que d'autre part elles s'impliquent dans la gestion de la qualité des services offerts et participent activement au financement du secteur de la santé.

Quelques exemples de ces types de partenariat ont été fournis par les participants et concernent :

- l'élaboration de directives et politiques sur les activités à base communautaire dans certains pays (Bénin, Burkina Faso et Sénégal),
- la mise en place de structures de co-gestion basée sur l'Initiative de Bamako (IB) aux appellations différentes selon les pays : COGEC, COGES, Comité de Santé, Comité Villageois de Santé, Comité Villageois de Développement Social, etc...
- la mise en place d'associations de santé communautaire (ASACO) au Mali,
- le renforcement des capacités des prestataires communautaires utilisés (relais communautaires, agents de santé communautaire, membres de groupement de promotion féminine) par la formation et la supervision,
- l'organisation de la vaccination en stratégie avancée

## Encadré 8 : Le cadre de mise en œuvre de la PCIME-C



### 3.2.2 L'élément 2

Le deuxième élément du cadre de mise en œuvre de la PCIME-C consiste à améliorer l'accès aux soins et aux informations appropriés par le biais des acteurs communautaires là où les communautés ont un accès géographique limité aux services de santé ou utilisent d'autres prestataires de soins que les agents de santé. Dans la plupart des pays de la sous région, on estime entre 70 à 80% les populations qui n'utilisent pas les services de santé. Des études successives montrent que beaucoup trop d'enfants meurent à domicile parce que :

- les moyens financiers sont limités pour faire face aux frais de transport-consultations-médicaments,
- les parents ne savent pas reconnaître les signes de danger, certaines maladies ne peuvent être traitées par la médecine traditionnelle (exemples : les convulsions, les anémies graves).
- Dans bien des cas, les médicaments sont disponibles dans la communauté mais les instructions quant à leur utilisation sont incorrectes.

L'élément 2 du cadre cherche à faire reconnaître le besoin d'équité vis à vis des soins de qualité et des informations appropriées pour une prise en charge communautaire adéquate des principaux problèmes de santé de l'enfant. Quelques exemples d'interventions ont été fournis par les participants et concernent :

- Des protocoles de prise en charge à domiciles sont développés au Sénégal.
- Une distribution à base communautaire est pratiquée pour certains médicaments de base (Chloroquine, SRO, paracétamol, etc...) au Bénin, Burkina Faso, Guinée et Mali
- Des structures de santé communautaires sont créées, avec des appellations différentes selon les pays : cliniques, centres de santé communautaire, cases de santé, etc...
- Des mutuelles de santé sont créées, telle que MURIGA en Guinée (Mutuelle pour la prise en charge des risques liés à la grossesse et à l'accouchement).
- Un système de référence et contre référence est organisé en Guinée en utilisant les relais et les MURIGA
- Les familles sont encadrées par les ASC formés pour la prise en charge, la recherche de soins et le suivi à domicile
- Des prestataires communautaires tels que les tradipraticiens sont organisés en association ou autre regroupement (Bénin, Burkina Faso et Sénégal)

### 3.2.3 L'élément 3

Le troisième élément du cadre de mise en œuvre de la PCIME-C vise à renforcer la communication avec les familles et les communautés pour promouvoir les pratiques essentielles pour la santé et la nutrition de l'enfant. La communication efficace pour le changement de comportement répond à un certain nombre de principes : elle repose sur une recherche de terrain en ce qui concerne l'auditoire, ainsi que sur quelques messages simples et standardisés. Elle s'inspire d'un plan global de façon à être parfaitement coordonnée avec l'ensemble du programme, et son plan est susceptible d'être modifié selon les besoins. Elle utilise plusieurs moyens de communication de façon intégrée (communication interpersonnelle, matériels imprimés, médias ou moyen de communication traditionnels), et encourage le dialogue entre les usagers, les prestataires de services et les responsables du programme.

Quelques exemples de stratégies de communication ont été fournis par les participants et concernent :

- Des groupes de soutien à l'allaitement maternel mis en place dans certains pays (Bénin, Burkina Faso)
- La communication pour le changement de comportement, avec la création de cellules d'animation communautaire (en RDC), des causeries de groupe, des visites à domicile, le développement de matériels éducatifs, et l'utilisation des moyens de communication de masse (radio communautaire ou locale, théâtre),
- La méthode de communication GRAAP, utilisée en Côte d'Ivoire,
- La mobilisation sociale, utilisée pour la promotion des moustiquaires imprégnées au Bénin ainsi que pour d'autres pratiques préventives dans d'autres pays.
- Le marketing social, effectué dans le cadre des maladies diarrhéiques au Bénin et au Togo.
- Un plaidoyer auprès des leaders communautaires, effectué au Sénégal pour la promotion de bonnes pratiques.
- Les « mamans lumières », utilisées pour la promotion de bonnes pratiques de santé, de nutrition et de soins dans les Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle (FARN) en Guinée.
- L'approche « l'enfant pour l'enfant », utilisée en Guinée pour promouvoir la vaccination.

### 3.2.4 La plate forme multisectorielle

La plate forme multi sectorielle est fondamentale pour la pérennisation des interventions en faveur de la santé et la nutrition de l'enfant au niveau communautaire. La multiplicité des facteurs susceptibles de contribuer à la santé et au bien être des populations en général et des enfants en particulier justifie l'importance de cette plate forme multi sectorielle. Aussi, il est important de considérer que les programmes et interventions menés dans d'autres secteurs de développement (agriculture, hydraulique, éducation etc..) peuvent constituer des portes d'entrées potentielles pour la PCIME-C.

De nombreuses interventions ont été citées en exemple par les participants pour démontrer l'importance et le rôle des autres secteurs dans la promotion de la santé au niveau communautaire:

- **Le développement rural** joue un rôle dans l'encadrement des groupements féminins, les activités génératrices de revenus, le diagnostic participatif communautaire
- **La promotion / action sociale** contribue à la promotion de l'Allaitement Maternel Exclusif
- Dans **le secteur de l'agriculture**: les agents de vulgarisation agricole sont utilisés pour la promotion de la santé (Mobilisation pour la vaccination et prévention du SIDA au Cameroun); le secteur de l'agriculture permet une amélioration de la nutrition, avec un encadrement de la communauté dans la pêche, l'élevage, les semences améliorées, et avec la promotion des céréales locales
- **Le secteur de la communication** permet de mener des activités promotionnelles avec la diffusion de messages de santé et de nutrition par les médias
- **Le secteur de l'éducation** permet d'utiliser l'approche « l'enfant pour l'enfant » avec l'éducation sanitaire des élèves à l'école, de collaborer avec les alphabétiseurs pour une plus grande diffusion des messages, la formation de pairs éducateurs en santé dans le cadre de la lutte contre la VIH/SIDA/MST
- **Le secteur de l'hydraulique** est lié à la promotion de l'hygiène et à l'assainissement
- **Le secteur de l'économie** est lié aux activités génératrices de revenus : des micro-projets générateurs de revenus et liés à des activités de promotion de la santé sont mis en place au Sénégal
- **Le secteur de l'environnement** est lié à l'organisation de travaux communautaires et à l'assainissement

#### Stratégies qui favorisent la pérennisation des interventions

- Renforcement des capacités des agents de santé dans les structures de santé et au niveau communautaire
- Développement des activités génératrices de revenus et des micro projets
- Intégration des activités des projets dans les plans d'action des districts
- Réduction progressive des ressources humaines et financières (stratégies de retrait)
- Mise en place d'organisations dynamiques à base communautaire.

Source : Enquête ONG, Août 2001

## 4. Exemples de Partenariat entre les structures de santé et les communautés

### 4.1 Expérience de World Vision au Sénégal

World Vision Sénégal (WV) intervient dans le domaine de la santé publique en général, avec un accent particulier sur la survie de l'enfant et la nutrition dans les zones rurales. Les objectifs stratégiques de WV Sénégal consistent entre autres à augmenter l'engagement et la motivation des acteurs sanitaires et des acteurs communautaires pour la mise en œuvre de programmes / interventions de santé et nutrition à base communautaire afin de satisfaire les besoins en santé de la communauté. Pour cela, WV utilise l'approche « empowerment », qui est basé sur : **le partenariat**, la **négociation**, le **dialogue** (réunions de feedback), le **compagnonnage** en vue du partage des responsabilités dans la gestion et la mise en œuvre des actions de santé.

Le processus de mise en œuvre de l'approche comprend les 7 étapes suivantes :

- ? **Plaidoyer pour un soutien du Médecin Chef de District et des autres membres de l'Equipe Cadre de district (ECD)** aux programmes de santé nutrition initié par l'ONG dans les district partenaires, pour obtenir l'engagement et la motivation des agents de santé pour la mise en œuvre des programmes de santé à base communautaire.
- ? **Plaidoyer auprès des leaders communautaires** pour obtenir le soutien et l'adhésion des détenteurs du pouvoir de décision au niveau de la communauté.
- ? **Négociation et clarification des rôles et responsabilités**, suivies de l'engagement public des différentes parties prenantes.
- ? **Formation des volontaires communautaires**, pour augmenter les compétences locales en matière de santé et nutrition.
- ? **Alphabétisation fonctionnelle des volontaires** pour renforcer leurs capacités de gestion.
- ? **Renforcement de la motivation des volontaires** de santé par une augmentation de leur niveau d'organisation et de leur engagement.
- ? **Monitoring et suivi communautaire** des actions entreprises de la mise en œuvre des activités de santé

#### 4.1.1 Résultats des interventions

WV Sénégal a utilisé l'approche « empowerment » ci-dessus décrite, pour mettre en œuvre dans *certain*s districts du pays le Projet MICAH, dont les objectifs sont d'une part la réduction de la prévalence des déficiences en micronutriment (vitamine A, fer et iode) chez les enfants de moins de 5 ans et les mères, et d'autre part le renforcement des capacités locales à prendre en charge les problèmes liés à la carence en micronutriments. Les résultats obtenus ont été les suivants:

- ? une réduction significative de la malnutrition (quelque soit l'indice nutritionnel utilisé) chez les enfants de moins de 5 ans entre Août 1997 et Septembre 2000, volontaires communautaires de l'essentiel des interventions,
- ? la mise en œuvre de l'essentiel des interventions pour la réduction de la malnutrition par les volontaires communautaires, avec les ressources locales et sous la supervision des agents de santé,

- ? une augmentation significative de la couverture vaccinale des enfants durant la période couverte.

#### **4.1.2 Les facteurs qui ont contribué au succès des interventions sont les suivants :**

- ? Le processus continu d'apprentissage mutuel,
- ? l'implication massive des femmes (malgré leur pouvoir faible),
- ? le renforcement de la démocratie et de la bonne gouvernance dans la gestion des programmes de santé,
- ? la pérennisation de la disponibilité des ressources,
- ? l'identification d'autres déterminants influençant le niveau de santé des populations,
- ? la responsabilité commune des résultats.

Cette expérience de WV Sénégal où des interventions en relation avec l'élément 1 du cadre de mise en oeuvre de la PCIME-C sont menées a permis de répondre à un certain nombre de questions sur la motivation des agents de santé, l'implication des communautés et le choix des femmes dans les comités de gestion, et le temps comme facteur de contrainte pour le projet:

- Concernant la *motivation des agents de santé* : WV ne donne pas de pertuisiers aux agents de santé. La démarche qu'elle utilise repose sur l'implication des partenaires – y compris les agents de santé – dans tout ce qui se fait par la concertation et le dialogue, ce qui a permis à ces derniers de s'approprier les activités.
- *Quant à l'implication des communautés* dans l'identification des besoins et l'élaboration des programmes, WV travaille avec un programme basé sur des objectifs, elle procède avec flexibilité. Toute enquête et analyse de résultats menées pour une évaluation des besoins sont suivies d'un partage de ces résultats avec la communauté, qui grâce à sa participation permet de remodeler ou de réaménager le programme en conséquence. En outre beaucoup de plaidoyer a été fait auprès des leaders communautaires.  
Pour accompagner le programme de santé, WV intervient dans d'autres domaines ayant un impact sur la santé, notamment l'hydraulique rurale, pour alléger les tâches des femmes afin que les enfants puissent être vaccinés par exemple.

#### **4.2 Les échos du terrain à travers les expériences vécues**

L'élément 1 du cadre de la PCIME-C été également illustré en travaux de groupes pendant l'atelier. Les participants ont pu identifier des stratégies de partenariat développées dans les pays entre les systèmes de santé et les communautés en général, et aussi dans le cas où ce partenariat est appliqué au PEV.

Les stratégies utilisées dans les pays sont en général la mise en place de comité de santé, de mutuelle de santé, d'équipe de résolution de problèmes avec l'utilisation d'approches comme Assurance de la Qualité ou COPE. D'autres stratégies identifiées sont la méthode du diagnostic participatif, le plaidoyer et la mobilisation sociale. Dans le cadre du partenariat pour le PEV, les stratégies identifiées sont: l'approche « Enfant pour l'enfant », l'utilisation de relais communautaires pour les activités en stratégie avancée, et la micro planification des activités avec les leaders communautaires.

Les facteurs de succès de ce partenariat et les défis à relever pour son renforcement sont les suivants :

#### **4.2.1 Les facteurs de succès identifiés dans le partenariat entre le système de santé et la communauté**

- ? La définition et le partage des rôles et responsabilités de chaque partie formalisée par un protocole signé.
- ? La reconnaissance des leaders communautaires.
- ? L'implication des organisations communautaires de base.
- ? La flexibilité des interventions.
- ? La confiance mutuelle.
- ? L'engagement de chaque partie.
- ? La gestion transparente.
- ? Le suivi/évaluation et la retroinformation.
- ? La concertation périodique.

#### **4.2.2 Les défis à relever pour renforcer le partenariat entre le système de santé et la communauté**

- ? Développer les compétences des agents de santé en matière de connaissance du milieu, de communication/négociation, de planification et gestion, par la formation/recyclage, la supervision et l'étude du milieu.
- ? Former les agents de santé en PCIME.
- ? Effectuer la supervision formative.
- ? Développer les compétences des membres de la communauté en matière de communication / négociation, de mobilisation et de gestion des ressources par la Formation/recyclage et l'organisation des communautés en structures.
- ? Mettre en œuvre des approches participatives impliquant les communautés

#### **4.3 Une étude de cas : visite des sites de Koulouk Mbada, Ndollor et Mbedap du Projet CANAH**

Le projet CANAH a mis en œuvre au Sénégal des activités à base communautaire dans le domaine de la survie de l'enfant en partenariat avec 2 districts sanitaires : Joal et Thiadiaye. Trois groupes de participants ont visité les sites de Koulouk Mbada, Ndollor et Mbedap pour analyser la mise en œuvre de l'intervention à la lumière du cadre général de la PCIME-C, en mettant l'accent sur le partenariat entre les structures de santé et la communauté.

Des résultats liés à l'élément 1 de la PCIME-C ont été notés, tels que l'existence de structures de santé communautaires fonctionnelles (cases de santé) utilisant des travailleurs communautaires formés (matrones, ASC, et relais) et offrant plusieurs services, notamment : surveillance nutritionnelle et pondérale, consultation prénatale, accouchements et premiers soins. Des supports de gestion sont utilisés pour l'enregistrement des données de la case qui sont intégrés au rapport du poste de santé. En outre, des comités de santé sont mis en place, avec une responsabilisation et une mobilisation des membres de la communauté, et un plaidoyer à tous les niveaux est fait pour implanter les activités. Enfin, certains membres de la communauté (les grands-mères) sont identifiés comme étant des partenaires des services de santé dans la promotion de l'allaitement maternel et des bonnes pratiques d'alimentation.

Les leçons apprises de cette visite nous enseignent sur les facteurs de succès et les défis à relever pour la mise en œuvre de l'élément 1.

### **4.3.1 Les facteurs de succès du partenariat entre les structures de santé et les communautés**

Des facteurs de succès de ce partenariat entre les services de santé et les communautés ont été identifiés, notamment la motivation du personnel de santé et des agents communautaires, une bonne répartition des tâches des ASC, la mise en place d'un comité de santé dynamique qui tient des réunions périodiquement, et l'organisation de la communauté en mutuelle de santé. En outre, d'autres facteurs qui ont contribué au succès de ce partenariat sont l'existence d'une radio communautaire avec une plage santé, l'utilisation de plusieurs canaux de communication (les élèves, les grands-mères, les relais, les agents de santé, la radio) pour la diffusion d'information sur des thèmes de santé maternelle et infantile, et enfin l'accès au soins favorisé par la couverture géographique du projet limitée ainsi que la décentralisation administrative.

### **4.3.2 Les défis pour renforcer le partenariat entre les structures de santé et les communautés**

L'observation des activités menées sur le terrain et l'entretien avec les populations a permis aux groupes de relever les défis suivants à surmonter, pour le renforcement du partenariat entre les structures de santé et les communautés :

- ? Alléger le travail des populations en général et des femmes en particulier, par l'amélioration de l'accès à l'eau et la disponibilité de moulins à mil
- ? Alphabétiser le personnel communautaire pour une amélioration de leur niveau d'apprentissage.
- ? Améliorer la représentativité des femmes dans les comités de santé
- ? Eviter les ruptures fréquentes de stocks de médicaments
- ? Faciliter le transport pour la référence des malades
- ? Améliorer la transparence dans la gestion financière
- ? Elargir le partenariat à d'autres structures de développement pour optimiser la plate forme multisectorielle

## **5. Exemples d'Amélioration des soins et des informations appropriées par le biais des agents communautaires**

### **5.1 Expérience de Save the Children au Mali :**

Save the Children a mis en œuvre au Mali, dans le cercle de Bougouni (Région de Sikasso) un projet de « Survie de l'Enfant / Santé de la Reproduction », qui a pour objectif de réduire de façon durable la mortalité et la morbidité infantile et maternelle à travers l'établissement de programmes communautaires basés sur les Comités Villageois de Santé et les Centres de Santé Communautaires. L'amélioration de l'accessibilité des médicaments au niveau communautaire est une composante de ce programme qui vise l'augmentation de la demande en MEG pour le paludisme et la diarrhée à travers les activités d'IEC.

Le programme « Amélioration de l'Accessibilité des Médicaments au niveau Communautaire » consiste à doter chaque village ayant un Comité Villageois de Santé (CVS) fonctionnel, d'une caisse pharmaceutique, avec un approvisionnement initial de 7 produits de première nécessité (sachets de réhydratation orale, chloroquine sirop et comprimé, paracétamol comprimé, alcool 90°, pommade ophthalmique, bande). Dans chaque village, la caisse

pharmaceutique est gérée par un membre du CVS (le gérant de la caisse), et les produits sont vendus à la communauté à faible coût.

Le processus de mise en oeuvre de ce programme comprend les 7 étapes suivantes : 1) l'alphabétisation des gérants et des comités de surveillance ; 2) la formation en gestion/suivi des gérants et du comité de surveillance ; 3) la confection des caisses et l'achat de médicaments ; 4) la subvention pour dotation initiale) ; 5) la supervision régulière rapprochée ; 6) la mise en place de supports d'IEC et de conseils ; 7) l'instauration d'un système de référence.

### **5.1.1 Les résultats obtenus**

Une enquête de ménage réalisée dans le cercle de Bougouni a montré que la mise en place de ces caisses pharmaceutiques est un moyen très efficace pour rendre les médicaments essentiels disponibles au niveau des villageois. Grâce aux informations fournies par les gérants :

- 73,7% des personnes qui s'occupent des enfants étaient informées sur les signes de danger du paludisme,
- 83,6% ont donné correctement le nombre de comprimés en fonction de la prescription, et
- 94,1% ont respecté le nombre de jours de traitement en fonction de la prescription.
- En outre, après 3 ans de fonctionnement, sur 118 caisses mises en place, 90% étaient estimés être fonctionnelles.

### **5.1.2 Les facteurs de succès**

Les facteurs qui ont contribué au succès de l'intervention sont les suivants :

- ? Implication des Services Socio Sanitaires à toutes les étapes de mise en oeuvre.
- ? Création de relation dynamique entre le CSCOM et les caisses à travers la formation et la supervision des gérants de caisses.
- Formation du gérant en matière de prescription des produits disponibles dans sa caisse.
- Des supports lui sont également fournis pour lui servir d'aide-mémoire, et lorsqu'il est en présence de cas qui dépassent ses compétences, il les réfère au CSCOM.
- ? Approvisionnement de tous les produits à partir des dépôts des CSCOM.

### **5.1.3 Les facteurs de pérennisation**

Pour démarrer les activités de vente de produits, une dotation initiale est fournie par Save the Children, et les caisses sont approvisionnées à partir du dépôt d'un CSCOM. L'argent provenant de la vente des médicaments est réparti comme suit :

- ? ? pour le réapprovisionnement de la caisse
- ? ? pour le gérant (en guise de motivation)
- ? ? est utilisé dans d'autres secteurs d'activités communautaires, par exemple le renouvellement des supports d'IEC, la javellisation etc...

## **5.2 Les échos du terrain à travers les expériences vécues**

Les stratégies de prise en charge des enfants souffrant d'IRA, de paludisme et de diarrhée et de malnutrition au niveau communautaire dans les pays participants, ainsi que les stratégies pour rendre disponible les médicaments pour ces affections ont été discutées en travaux de groupe. Les stratégies identifiées, les facteurs de succès et les défis à relever pour renforcer l'élément 2 de la PCIME-C sont les suivants :

## **5.2.2 Stratégies utilisées par Save the Children Mali**

### **5.2.2.1 Stratégies pour la prise en charge des maladies :**

- ? Formation des prestataires communautaires (relais, « mamans lumières »...)
- ? Promotion du paquet intégrée de nutrition de l'enfant au Sénégal et au Bénin (ex. le PAIN)
- ? Plaidoyer en direction des guérisseurs / religieux pour la référence des malades dans les formations sanitaires
- ? Formation des guérisseurs sur les signes de danger
- ? Intégration des guérisseurs (organisés en association) dans les structures sanitaires (Sénégal, Bénin)
- ? Amélioration de la référence, avec la mise en place de caisse de solidarité, de moyen de transport communautaire, et l'utilisation de radio autonome de communication (RAC)

### **5.2.2.2 Stratégies utilisées pour améliorer la disponibilité de médicaments :**

- ? Application de l'IB à travers les SSP et les MEG
- ? Distribution de farines de sevrage à travers les circuits de boutiques privées
- ? Distribution à base communautaire de SRO, de chloroquine,
- ? Mise en place de caisses à pharmacie villageoise

## **5.2.3 Facteurs de succès**

- ? L'engagement politique
- ? La mobilisation communautaire et La cohésion sociale
- ? Le partenariat avec les structures étatiques et la communauté
- ? La coordination et le suivi de toutes les activités
- ? L'implication de la communauté dans la gestion des médicaments,

## **5.2.4 Facteurs de pérennisation**

- ? La motivation du gérant vendeur,
- ? L'existence d'une politique pharmaceutique,
- ? La réalisation d'une marge bénéficiaire
- ? L'évaluation et l'utilisation des systèmes de distribution existants

## **5.2.5 Les défis à relever**

- ? Réduire l'inaccessibilité géographique des services de santé communautaire
- ? Susciter la motivation chez les agents communautaires
- ? Lutter contre l'analphabétisme des agents communautaires
- ? Augmenter les ressources humaines, matérielles et financières
- ? Améliorer la logistique
- ? Améliorer les capacités de gestion des stocks

## **5.3 Une étude de cas : visite des sites de Mbalakhat, Niomar et Saokom du Projet CANAH**

Les participants qui ont focalisé leurs observations sur l'élément 2 du cadre de la PCIME-C en visitant les sites de Mbalakhat, Niomar et Saokom du Projet CANAH ont noté

comme résultats que tous les agents communautaires ont été formés dans le cadre du projet (les matrones par exemple étaient des accoucheuses traditionnelles), et que des services sont offerts aussi bien au niveau de la case de santé (par les ASC et les matrones) qu'au niveau de la communauté (par les matrones et les relais). En outre, le paquet de service offert comprend des soins curatifs, préventifs et promotionnels pour la prise en charge des maladies constituant de la PCIME et pour l'accouchement, tandis que les cas graves sont référés au niveau du poste de référence, puis un suivi à domicile est effectué.

D'autre part, les médicaments essentiels sont disponibles au niveau de la case de santé et au niveau des relais (avec parfois la rupture de certains médicaments) et les soins sont devenus plus accessibles, avec la création des cases de santé. Une bonne connaissance des signes de danger chez les ASC, a été également signalée de même que l'amélioration des connaissances des mères en matière de prise en charge à domicile et d'hygiène grâce à leurs contacts avec les ASC, les relais, les grands-mères à l'occasion des counselling individuel, causeries éducatives, visites à domicile, et démonstration culinaires,...). Ainsi, selon les populations rencontrées, une diminution des cas référés ainsi que des décès liés au paludisme, à la diarrhée et aux IRA est notée chez les enfants de 0 à 5 ans.

### **5.3.1 Les facteurs de succès pour l'élément 2 dans l'expérience de CCF/CANAH**

Les facteurs qui ont contribué au succès de l'intervention sont les suivants :

- ? La disponibilité et l'engagement des ASC.
- ? L'adhésion des populations
- ? L'adéquation entre les services offerts et les besoins de la communauté.
- ? L'organisation de supervisions régulières (mensuelles)
- ? L'organisation de réunions régulières de concertation (mensuelles)
- ? L'utilisation d'outils de gestion et le partage des données communautaires présentées dans un graphique et affichées.
- ? L'expérimentation d'alternatives locales pour assurer le maintien de la mobilisation sociale.
- ? La collaboration avec d'autres secteurs de développement (l'éducation, avec l'intégration de la l'éducation sanitaire et nutritionnelle à l'école ).

### **5.3.2 Les défis à relever pour l'élément 2 dans l'expérience de CCF/CANAH**

Les défis à relever pour améliorer la prestation de soins et l'apport d'information qui soient à la fois accessible et appropriées par le biais d'agents communautaires sont les suivants :

- ? Amélioration les compétences des ASC en matière d'injection
- ? Améliorer le transport pour la référence des malades
- ? Assurer la pérennisation des interventions
- ? Lutter contre le faible poids à la naissance
- ? Améliorer la transparence dans la gestion financière
- ? Améliorer les compétences et les capacités organisationnelles des membres du Comité de santé

## **6. Exemples de Promotion intégrée des pratiques clés**

### **6.1 Expérience de Africare en Guinée**

L'approche « Foyer d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle » (FARN) a été initiée à Dabola en Guinée en 1998, dans le cadre d'un projet de survie de l'enfant (Initiative pour la Santé Maternelle et Infantile : ISMI), subventionné par l'USAID, et ayant pour but de réduire la mortalité maternelle et infantile dans la Préfecture de Dabola en Haute Guinée.

Le FARN est une approche à base communautaire, conçue pour la récupération nutritionnelle des enfants malnutris de 0 à 36 mois à travers le renforcement des pratiques et aptitudes en soins nutritionnels par l'utilisation de ressources et de produits locaux. Il vise 12 comportements clés pour la santé à travers les interventions intégrées, qui se rapportent à la croissance et au développement de l'enfant, à la prévention des maladies, aux soins à domicile, à la recherche de soins, et à la promotion de la santé maternelle.

#### **6.1.1 Le processus de mise en œuvre d'un FARN repose sur les 3 phases suivantes :**

##### **? La phase de préparation comprend :**

- la sélection des enfants de 0-36 mois pour le FARN enfant ayant un déficit de 20 à 40% selon les normes définies
- Le Rappel de 24 heures du régime alimentaire des enfants bien nourris pour découvrir de bonnes pratiques peu courantes
- Le Choix de la « maman lumière ».qui va abriter le FARN et assurer son animation avec le consentement de son mari
- L'enquête de marché avec la « maman lumière » et la détermination des recettes, riches en énergie et en protéines, et dont le coût est abordable.
- La négociation avec 5 à 10 mères ayant des enfants malnourris pour assurer leur participation au FARN pendant douze jours successifs en y apportant les produits locaux
- La formation de la « maman lumière » sur la communication interpersonnelle pour promouvoir les bonnes pratiques d'alimentation, d'hygiène, de prise en charge de la diarrhée et du paludisme à domicile.

##### **? La phase de déroulement**

Une session de réhabilitation dans un FARN dure 2 semaines consécutives, et les enfants sont pesés au début et à la fin d'un cycle de 12 jours. Les familles des enfants malnutris apportent une contribution en aliments locaux nécessaires à la confection des repas préparés pour les enfants comme supplément à leur alimentation quotidienne. Le déroulement journalier des activités d'un FARN est le suivant : l'accueil et l'installation des mères et de leurs enfants, suivis de la vérification de la quantité d'aliments locaux apportés par les femmes en fonction de la recette définie la veille. Les repas sont ensuite préparés, et des messages clés ainsi que des bonnes pratiques sont diffusés par la Maman Lumière, à l'intention des femmes participantes. Après cela les enfants sont alimentés, et pour terminer, des remerciements et encouragements sont adressés aux mères pour continuer à observer à domicile les pratiques alimentaires apprises au FARN.

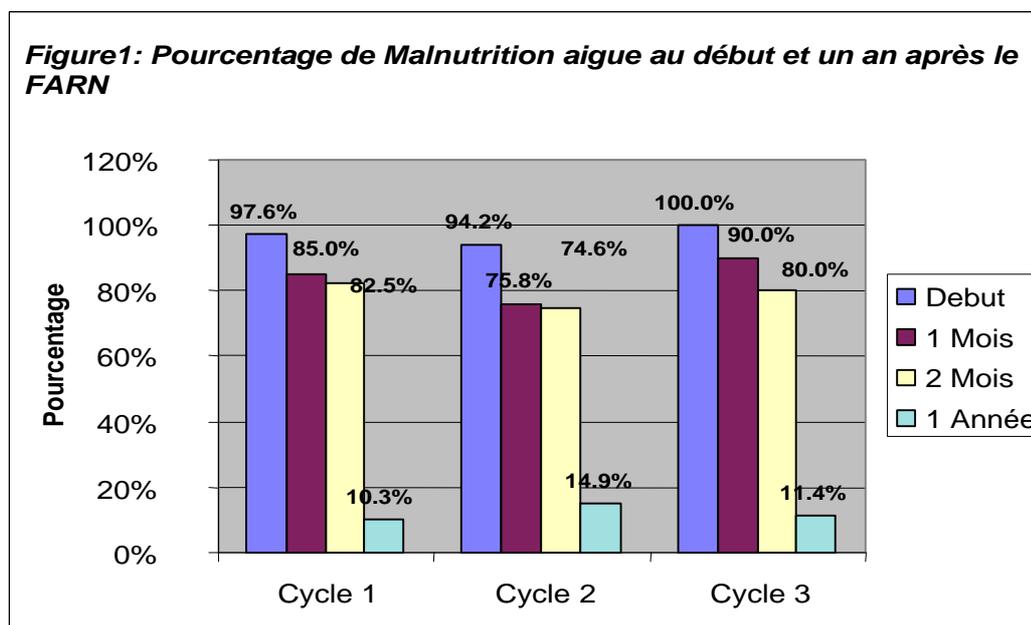
##### **? La phase de suivi après foyer**

Cette phase consiste à suivre les enfants à domicile après la session du FARN, en incitant les mères à toujours persévérer dans les pratiques nutritionnelles apprises pendant le

FARN. Les enfants sont évalués quatre semaines, huit semaines après le FARN et suivi pendant une année. Les paramètres de suivi sont le poids, la taille/ poids, et l'âge.

### 6.1.2 Les résultats obtenus sont les suivants :

- Des résultats immédiats et visibles : les enfants intégrés dans le FARN démontrent des changements spectaculaires sur le plan physique et psychologique pendant les premiers jours du cycle, changements qui se renforcent les jours suivants.
  - Des résultats intermédiaires, avec des enfants bien nourris, l'existence d'une maman ressource, la solidarité autour de la santé, et le développement de partenariat entre communauté et structure de santé.
- En outre le pourcentage de la malnutrition a considérablement baissé au bout d'un an d'intervention (cf. tableau ci-dessous)



### 6.1.3 Les facteurs qui ont contribué au succès de l'intervention sont les suivants

- ? La revalorisation et l'utilisation de ressources locales disponibles (« Mamans lumières », aliments locaux)
- ? La mobilisation effective autour d'un objectif commun
- ? L'apprentissage par la pratique, basé sur la négociation continue et réciproque
- ? L'engagement des pères et des leaders dans l'alimentation de l'enfant

Les discussions qui ont suivi la présentation ont permis de clarifier les points suivants :

- Critères de choix de la « Maman Lumière » : sa disponibilité, l'adhésion du mari, son dynamisme et ses capacités à tisser facilement des rapports sociaux.
- Motivation de la « Maman Lumière » : elle est reconnue comme personne ressource, elle acquiert des connaissances, elle est suivie pendant une année après sa formation.
- Motivation des Mères Participantes : le programme est flexible : il est fixé en fonction de la disponibilité des mères.

- Concernant l'implication de la communauté, la participation des mères est obtenue grâce à la sensibilisation et à la négociation menée par les agents communautaires et les comités villageois de développement/santé. Le projet travaille également avec les groupements féminins, les associations religieuses (imams), les jeunes, etc...

## 6.2 Sénégal : Expérience de BASICS

La promotion intégrée de pratiques clés pour la santé et la nutrition de l'enfant est liée à l'utilisation de stratégies intégrées de communication efficaces et du paquet d'activités qui facilitent la promotion et l'adoption des pratiques clés par les familles et la communauté.

Au Sénégal, le processus de développement d'un Plan de Intégrée Communication (PIC) est en cours d'exécution avec l'appui de BASICS, en collaboration avec le Ministère de la santé et tous les partenaires de la survie de l'enfant : ONG locales, organisations internationales (OMS, UNICEF, USAID), pour promouvoir un paquet minimum de comportements clés pour la survie de l'enfant. La synergie entre les 3 stratégies de communication que sont le plaidoyer, la mobilisation sociale (MS) et communication pour le changement de comportement (CCC) constitue le fondement de cette approche.

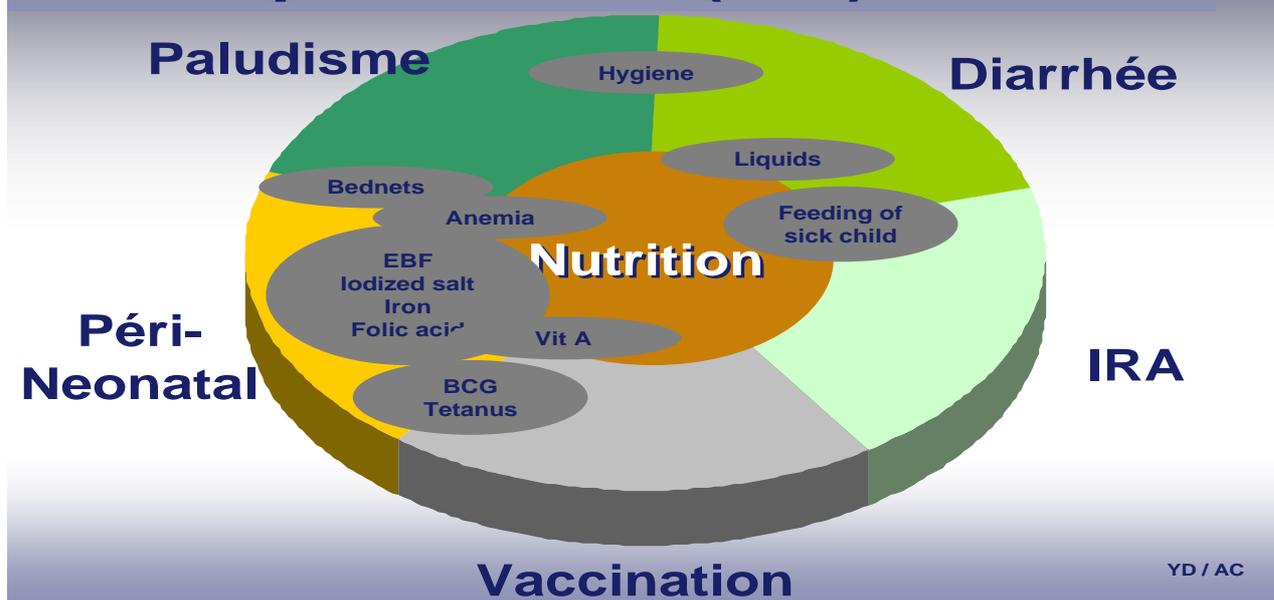
L'option pour une approche intégrée de communication a été choisie pour :

- ? harmoniser les approches en IEC/CCC/MS/Plaidoyer mises en œuvre par les différents intervenants qui s'adressent en fait aux mêmes cibles et travaillent avec les mêmes acteurs (ASC, relais, etc...).
- ? rationaliser les ressources (financières, humaines, matérielles) y inclus la gestion du temps consacré à la formation , et à l'utilisation /occupation des personnels.
- ? harmoniser les messages et avoir un meilleur impact.
- éviter les interventions verticales par domaine (nutrition, vaccination, PCIME, péri néonatal) en raison des interrelations qui existent entre les différents domaines techniques par rapport aux pratiques clés à promouvoir

Le PIC est un processus qui comprend 10 étapes, parmi lesquelles le Sénégal a mené les 3 premières :

- ? Le plaidoyer en direction des partenaires stratégiques, pour avoir une vision commune de l'approche et mettre sur pied un comité de suivi (Task force).
- ? Le consensus sur une liste de comportements clés sélectionnés par domaine technique au niveau district.
- ? L'adoption d'un paquet minimum de comportements clés, avec identification des cibles, des canaux et acteurs du changement de comportements, des stratégies de communication à utiliser, du matériel éducatif à produire, et de la formation à dispenser.
- ? L'élaboration des messages et production du matériel éducatif.
- ? Le renforcement des compétences des agents de santé et du personnel communautaire.
- ? la mise en œuvre du PIC dans quelques districts tests
- ? Le transfert d'expérience
- ? L'extension du PIC à d'autres districts
- ? La durabilité/pérennisation
- ? L'évaluation

# Paquet Intégré de Comportements (PIC)



Cette expérience de développement de plan de communication pour la promotion intégrée de pratiques clés a montré que le PIC est un processus participatif dans lequel les communautés sont impliquées aussi bien dans la phase d'identification des comportements que dans la conception des messages. Mais un des facteurs de succès du PIC réside dans le consensus entre les partenaires, et la nécessité d'avoir une vision commune pour les activités intégrées de communication pour éviter la verticalité en ce qui concerne le travail de terrain.

## 6.3 Les échos de terrain à travers les expériences vécues

Les stratégies de promotion et d'intégration des pratiques clés au niveau communautaire et les stratégies de surveillance nutritionnelle et pondérale au niveau communautaire ont été discutées en travaux de groupe pour illustrer l'élément 3 de la PCIME-C. Les stratégies identifiées, les facteurs de succès et les défis à relever pour assurer la promotion intégrée des pratiques familiales clés essentielles pour la santé et la nutrition des enfants sont les suivants :

### 6.3.1 Les facteurs de succès

- L'implication des communautés dans l'analyse de la situation et la sélection des comportements à promouvoir.
- ? L'implication de tous les acteurs.
- ? La prise en compte des besoins exprimés par la communauté.
- ? L'appui technique du Ministère de la santé et des autres ministères.
- ? Le suivi et l'évaluation des activités.
- ? La rétro information régulière.

### **6.3.2 Les défis à relever**

- ? Maintenir la motivation des acteurs communautaires.
- ? Améliorer les compétences en matière de plaidoyer, de CCC, de négociation et de mobilisation sociale.
- ? Améliorer les compétences en matière de conception et développement de matériels IEC.
- ? Elaborer des supports de formation adaptés aux besoins.
- ? Assurer la formation continue des acteurs.
- ? Assurer une supervision formative intégrée.

### **6.4 Une étude de cas : visite des sites de Aga Biram, Soussoung et Mboulouktène Koulouk du Projet CANAH**

Les participants qui ont mis l'accent sur l'élément 3 du cadre de mise en œuvre de la PCIME-C en visitant les sites de Aga Biram, Soussoung et Mboulouktène Koulouk du Projet CANAH ont noté comme résultats que des thèmes d'éducation sanitaire sont enseignés dans les écoles pour la promotion de bonnes pratiques chez les élèves et leur entourage, et que la formation est utilisée pour le développement des compétences.

Concernant les stratégies de communication, la mobilisation sociale est utilisée, ainsi que la stratégie « grands-mères », qui est une stratégie innovatrice de changement de comportement utilisant les femmes âgées pour influencer l'utilisation de bonnes pratiques en matière de santé/nutrition au niveau familial et communautaire. Des conseils sont également donnés pour la promotion de plusieurs pratiques clés (AME, alimentation complémentaire, donner plus de liquides aux enfants malades, CPN pour les femmes), et les mères sont sensibilisées sur les signes de danger pour leurs enfants.

#### **6.4.1 Les facteurs de réussite**

Les facteurs de réussite pour la mise en œuvre des activités liées à l'élément 3 dans les sites visités sont :

- ? L'utilisation de stratégie appropriée dans la communication et le changement de comportement (Les grands-mères).
- ? La prise en compte des valeurs culturelles.
- ? L'implication des notables (chefs de village, imam, catéchiste, responsables de groupements).

#### **6.4.2 Les défis à relever**

Les défis identifiés et à surmonter pour assurer la promotion intégrée de pratiques familiales clés sont les suivants :

- ? Le renforcement du partenariat avec certains secteurs de développement qui ont un impact sur la santé des populations (le secteur de l'hydraulique par exemple).
- ? L'amélioration du taux d'alphabétisation chez les filles

## **7. La plate forme multi sectorielle**

### **7.1 Bénin : Expérience de Africare**

Le Projet de Lutte Intégrée contre le Paludisme dans le département de l'Ouémé (PROLIPO) au Bénin est un projet de l'Initiative Intégrée pour la Lutte contre le Paludisme en Afrique (AIMI), un programme mis en œuvre dans trois autres pays africains: le Kenya, le Malawi et la Zambie.

Le projet est financé par l'USAID et est géré par l'ONG internationale Africare. La Direction Départementale de la Santé Publique (DDSP) de l'Ouémé est le partenaire opérationnel de ce projet dont le but est de réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Les stratégies de mise en œuvre retenues par le projet sont: 1) la PCIME avec ses 3 composantes; 2) le Roll Back Malaria (« Faire Reculer le Paludisme ») et 3) le Renforcement des compétences de agents des ministères de la santé, de la DDSP, du district et de la communauté.

Dans le domaine du partenariat multisectoriel pour l'amélioration de la prise en charge communautaire des enfants, le PROLIPO s'est fixé 3 principaux objectifs :

- ? Créer une synergie d'actions des intervenants en faveur de la santé des communautés.
- ? Favoriser un cadre de collaboration entre les secteurs de développement
- ? Renforcer les capacités des communautés en particulier des femmes

**L'approche méthodologique de mise en œuvre comprend les étapes suivantes :**

- ? L'évaluation des canaux communautaires de communication
- ? Le recensement des organisations communautaires de base
- ? L'identification et rapprochement des services et des secteurs ciblés
- ? L'identification de points focaux au sein des secteurs ciblés
- ? La concertation (informelle et formelle) avec les points focaux
- ? La concertation dans des groupes élargis.

**Quatre secteurs ont été ciblés dans ce partenariat à savoir :**

- ? La santé
- ? La protection sociale
- ? Le développement rural
- ? L'éducation primaire et secondaire

Les principaux résultats et les facteurs de succès de l'expérience de Africare Bénin sont les suivants :

#### **7.1.1 Les principaux résultats de l'expérience :**

- ? Le développement des capacités de plusieurs membres des structures féminines (2610 membres de GPF, 72 mères animatrices, 23 membres de groupes de soutien à l'AME).
- ? Le renforcement mutuel des agents des secteurs ciblés par la formation en diagnostic participatif communautaire, la formation sur les maladies de l'enfant,
- ? La réalisation d'activités de mobilisation sociale
- ? L'introduction de la PCIME Communautaire par l'élaboration de modules, la formation des agents socio sanitaires, la mise en œuvre d'expériences pilotes de DPC dans 2 communes et l'extension progressive dans 3 zones sanitaires.

### **7.1.2 Les facteurs de succès de l'expérience :**

- ? La bonne collaboration du projet avec le Programme National de Lutte contre le Paludisme dans la mise en œuvre des activités
- ? L'implication de la communauté dans les activités, notamment les relais, les organisations communautaires de base (OCB), les membres de structures féminines
- ? L'utilisation de divers canaux de communication (sketches, chansons, films éducatifs...
- ? Le travail en partenariat, qui facilite l'entrée dans la communauté et une plus rapide mise en œuvre des interventions.
- ? L'intervention répond aux besoins des populations : le paludisme est la maladie qui tue le plus dans ce département

Cette présentation de l'expérience du Bénin sur le partenariat multisectoriel pour l'amélioration de la prise en charge communautaire des enfants a suscité quelques interrogations auxquelles des réponses ont été apportées :

? Le monitoring des activités dans ce partenariat multisectoriel est faite par la cellule IEC du Département de l'Ouémé qui se réunit chaque mois pour évaluer ce qui a été fait et ce qui reste à faire

? L'importance de la cible mère dans ce projet s'explique par le fait que la mère est la principale pourvoyeuse de soins à domicile pour l'enfant malade âgés de 0 à 5 ans. Le choix des femmes dans le projet s'effectue à travers les nombreuses structures féminines qui existent dans le Département. Les femmes formées diffusent les messages à d'autres femmes.

? Le paludisme constitue une porte d'entrée au sein de la communauté pour mettre en œuvre la PCIME. C'est la maladie qui tue le plus dans le département de l'Ouémé, et partant donc de cette affection, d'autres maladies seront progressivement ciblées. La PCIME est une stratégie principale du PROLIPO pour réduire la morbidité et la mortalité infantile, et aujourd'hui, la PCIME clinique est une réalité dans ce département.

## **7.2 Les échos du terrain à travers les expériences vécues**

Les stratégies de partenariat avec les secteurs de développement autre que celui de la santé ont été discutés en travaux de groupe pour illustrer la plateforme multisectorielle de la PCIME-C. Les stratégies utilisées dans les pays sa mise en œuvre sont le développement de politiques/programmes engageant les différents secteurs, la mise en place de cadre de concertation multisectorielle, et le plaidoyer auprès des secteurs ciblés.

Les facteurs de succès identifiés et les défis à relever pour optimiser la plateforme multisectorielle sont les suivants :

### **7.2.1 Les facteurs qui contribuent au succès du partenariat intersectoriel sont :**

- ? La planification concertée.
- ? La volonté politique.

- ? L'engagement des acteurs
- ? La bonne gestion des programmes
- ? L'intérêt mutuel
- ? L'adhésion et l'implication communautaires
- ? L'existence de mécanismes de concertation.
- ? Le respect des engagements par le biais de protocole d'accord

### **7.2.2 Les défis à relever pour optimiser la plate forme multi sectorielle :**

- ? Le dépassement des conflits de leadership.
- ? L'allègement des lourdeurs administratives.
- ? Développement des partenariats avec des structures locales.
- ? Renforcement des capacités institutionnelles locales.
- ? Mobilisation/diversification des sources de financement.
- ? Amélioration des conditions socio-économiques par des activités génératrices de revenus.

### **7.3.2 Une étude de cas**

#### **Les réalisations du projet CCF-Canah**

Tous les groupes qui ont visité des sites du Projet CANAH ont pu constater que pour chaque élément (1, 2,3) de la PCIME-C, certaines activités en rapport avec ces éléments étaient menées sur le terrain. De la même manière, des activités en rapport avec la plate forme multisectorielle ont été identifiées, notamment :

- ? L'implication des enseignants (secteur de l'éducation) dans les activités d'éducation sanitaire à l'école.
- ? L'utilisation d'une plage santé dans une radio communautaire (secteur de la communication) pour renforcer la diffusion des messages de santé.
- ? La collaboration avec le Programme de Développement de l'Enfant et de la Famille: PDEF (secteur du développement social).
- ? La collaboration avec les différentes confessions religieuses de la place pour une meilleure diffusion des messages
- ? La réalisation d'activités génératrices de revenus avec les moustiquaires imprégnées.

#### **Les facteurs de succès identifiés sont les suivants :**

- ? L'engagement et la participation communautaires.
- ? La motivation des agents communautaires.
- ? La mise en place d'un cadre de concertation régulière.
- ? La prise de conscience de la nécessité de rechercher de solutions avec le désengagement du bailleur

## **Les défis à relever**

Le défi majeur identifié par les participants est d'élargir davantage la plateforme multisectorielle à d'autres secteurs, notamment le secteur de l'hydraulique.

## **8. Le renforcement des partenariats**

Différents types de partenariats sont établis par les ONG pour assurer la durabilité des interventions menées, la mobilisation communautaire et le passage à l'échelle, comme en attestent les expériences ci-dessous et à la suite desquelles les participants ont proposé des recommandations pour les renforcer.

### **8.1 Quelques expériences de partenariats**

#### **8.1.1 RDC : Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) : un sous comité pour la redynamisation du PEV**

La crise politique aiguë en RDC et la dégradation du système économique ont conduit à l'arrêt de la coopération et le retrait des principaux partenaires au développement. Dans le domaine de la santé ceci a entraîné la dégradation du système de santé dont la vaccination.

Devant cette situation d'urgence, les agences des Nations Unies, les Ambassades les ONG se sont organisées pour intervenir. C'est ainsi qu'un comité inter agence été créé, pour mobiliser des ressources, coordonner les interventions des partenaires, suivre de façon continue et évaluer les interventions et l'utilisation des ressources (appui des partenaires techniques locaux). De ce comité est né plusieurs sous-comités, dont un sous-comité de vaccination.

#### **Signature d'un mémorandum d'entente**

Les premières recommandations proposées à partir de 1996 par le sous-comité de vaccination ont été mises en œuvre mais elles n'ont pas été suffisantes pour redynamiser le PEV. En 1998, les différents partenaires se sont rencontrés pour signer pour la première fois un mémorandum d'entente, qui devenait alors un outil :

- ? du diagnostic de la situation du PEV,
- ? d'engagement des différents partenaires pour le soutien du PEV
- ? du suivi des recommandations formulées
- ? d'évaluation des objectifs du PEV
- ? d'élaboration de nouvelles recommandations

Le mémorandum est évalué tous les ans avant de signer un autre pour une période d'un an.

## **Résultats obtenus**

Des journées nationales de vaccination ont été organisées en 1998, 1999, 2000 et 2001, qui ont donné des résultats très encourageants, avec une augmentation progressive de la couverture vaccinale

### **Les facteurs de succès de cette expérience sont les suivants :**

- ? Le dynamisme du Ministre de la santé qui s'est personnellement impliqué dans la coordination des partenaires et des interventions et dans la mobilisation des ressources.
- ? La présence d'une Direction du PEV très compétente qui a assuré le suivi des recommandations et la coordination des activités techniques
- ? L'engagement des partenaires
- ? La transparence dans la gestion.
- ? La collaboration sincère entre les partenaires.

### **8.1.2 Mali : Groupe Pivot / Santé Population**

Le Groupe Pivot / Santé Population (GP/SP) est un réseau d'ONG du Mali créé en 1992 pour développer les capacités techniques et programmatiques des ONG membres travaillant dans le domaine de la santé, et pour promouvoir le partenariat entre les ONG nationales et les ONG internationales. Les objectifs du GP/SP sont les suivants :

- ? Définir le rôle des ONG dans le secteur de la santé.
- ? Renforcer et « professionnaliser » les initiatives des ONG.
- ? Promouvoir la collaboration entre le Ministère de la Santé et les ONG.
- ? Etablir une banque de données des ONG et Associations travaillant dans la santé.
- ? Fournir une assistance technique aux ONG et associations en développement, exécution, monitoring et évaluation.

Les organes du GP/SP sont l'assemblée générale, le Comité de Gestion et de Planification, la Direction Exécutive.

Les stratégies du GP/SP sont 1) l'exécution des programmes à travers des associations / ONG nationales et internationales sur toute l'étendue du territoire, 2) le plaidoyer, 3) le renforcement des capacités institutionnelles et techniques, 4) la promotion de la contractualisation entre le Ministère de la santé et les ONG.

### **Quelques résultats obtenus par le GP/SP sont les suivants :**

- ? Un Partenariat fort avec le Ministère de la Santé à travers :
  - La contractualisation, la participation des ONG à l'élaboration des politiques et programmes de santé, l'intégration des données des ONG dans le Système d'information sanitaire (SIS), l'organisation de concertations régionales entre les ONG et les services techniques.
- ? Un partenariat entre les organisations communautaires et le GP / SP, à travers :

- des formations en matière de gouvernance démocratique, de gestion et management, de leadership, de plaidoyer, des supervisions, un appui matériel et financier
- ? Un partenariat entre le GP/SP et les ONG membres à travers :
  - le renforcement des capacités, le financement de projets, le plaidoyer pour les ONG auprès de l'Etat, l'harmonisation des outils (guides de supervision, curriculum de formation...)

Le Groupe Pivot/Santé Population apparaît ainsi comme un modèle original de réseau d'ONG en santé. Il a évolué graduellement sur le long terme, et a permis de développer des capacités techniques, d'établir une capacité organisationnelle, et d'accroître sa capacité de mobilisation de financement. Il est reconnu localement, au plan régional et international. Son défi majeur est d'assurer la pérennité des activités et celles des ONG.

### **8.1.3 Bénin : le Réseau des ONG Béninoises de Santé (ROBS)**

Le Réseau des ONG Béninoises de Santé (ROBS) a été créé en 1997, avec pour mission d' « assurer des services de santé de proximité et de qualité aux communautés par la coordination des initiatives des ONG membres, le renforcement de leurs capacités et le plaidoyer ».

Les stratégies d'intervention du ROBS sont les suivantes :

- ? L'exécution de programme sur le terrain à travers les ONG membres.
- ? La promotion des services à base communautaire.
- ? Le développement des activités d'IEC/CCC.
- ? La mise en place de santé de santé pour les soins curatifs.
- ? Le renforcement des capacités institutionnelles et techniques des ONG membres.
- ? La coordination des activités des membres par le suivi et la supervision.
- ? Le développement de partenariat avec le MSP.

**Les types de partenariats développés par le ROBS sont les suivants :**

- ? Partenariat avec le MSP qui s'effectue à 2 niveaux :
  - Niveau ROBS/MSP, avec 1) la participation au Comité National d'Exécution Participation au CNEEP (Comité National d'Exécution et d'Evaluation des Programmes et projet du MSP) ; 2) Participation à l'élaboration de divers documents de politiques et programmes au niveau national ; 3) Supervision des ONG en collaboration avec les structures décentralisées du MSP ; 4) Intégration des données des ONG au SNIGS
  - Niveau ONG/MSP, avec 1) la signature de protocole d'accord entre les ONG et le MSP, qui décrit le cadre général de collaboration, et 2) des contrats de

prestation de service pour des activités ponctuelles dans le cadre de la mise en œuvre des activités des différents programmes nationaux (PNLP, PNLS..... )

- ? Partenariat avec les institutions de financement des ONG, notamment avec
  - L'USAID, à travers INTRAH PRIME pour la formation des prestataires cliniques, des relais communautaires, et l'élaboration de curriculum de formation et outils IEC.
  - POLICY PROJECT pour la formation en plaidoyer et activité de plaidoyer
  - CARE Bénin, pour un appui Institutionnel au ROBS et à ses ONG membres)
  - OMS, pour un appui technique et financier
  - BASICS, pour un appui logistique
  
- ? Partenariat avec les ONG membres, à travers :
  - Le renforcement des capacités des ONG par la formation, l'appui en matériel, les échanges d'expériences
  - Financement des projets/activités, avec la signature de protocole d'accord tripartite: ROBS, Bailleurs de fonds et l'ONG.Les principaux défis de ROBS consistent d'une part à établir un partenariat formel avec le MSP en vue d'une meilleure couverture des besoins des communautés à la base, et d'autre part à renforcer le système d'accréditation des ONG membres.

#### **8.1.4 Sénégal : Le Réseau Santé/SIDA Population (RESSIP)**

Le RESSIP a été créé en 1996 sous l'égide du Conseil des ONG d'Appui au Développement (CONGAD), et constitue la structure opérationnelle du consortium dans la domaine de la santé. Le réseau est animé par une coordination de 10 membres, dirigé par une coordinatrice. Il est représenté au niveau de chaque région du pays par une cellule régionale du CONGAD, élargie aux autres acteurs intervenant dans la santé via des points focaux.

Le RESSIP est un cadre de dialogue entre la cellule d'appui au Programme National de Développement Sanitaire (PDIS) du Sénégal, les partenaires au développement et les ONG et Associations oeuvrant dans le domaine de la santé. Les objectifs du RESSIP sont les suivants :

- ? Créer un cadre de concertation et d'action des différents acteurs en matière de SIDA, Santé, Population.
- ? Renforcer les capacités des membres à influencer la politique en matière de SIDA, Santé, Population.
- ? Défendre les intérêts des membres auprès des autorités compétentes et des partenaires au développement.
- ? Contribuer à la mise en place d'un fonds commun de financement.
- ? Faciliter les échanges et le partenariat.
- ? Partager et capitaliser les expériences en matière de SIDA, Santé Population.
- ? Promouvoir la recherche-action et la formation en matière de SIDA, Santé Population.

## **Types de partenariats développés par le RESSIP:**

Le RESSIP a pour mandat entre autres de développer des partenariats ONG/ONG, Etat/ONG, et partenaires au développement/ONG. Il s'agit notamment pour le réseau de:

- ? Promouvoir la concertation au niveau des membres afin de générer l'esprit de partenariat.
- ? Promouvoir les échanges et le partenariat Etat-ONG, ONG-Etat, Partenaire de Développement-ONG sur la dynamique de santé au Sénégal, et aussi
- ? Harmoniser les interventions de ses membres.

### **8.1.5 USA: Groupe CORE (Child Survival Collaboration and Resources Group)**

Le Groupe CORE est un réseau de 35 ONG ayant opéré ou opérant un projet de survie de l'enfant, et financées en majorité par l'USAID. Les ONG membres de CORE mènent des activités dans plus de 140 pays, et leurs services couvrent plus de 600 millions de bénéficiaires. Le Bureau du Groupe CORE se trouve à Washington.

Les partenaires et agences de collaboration du Groupe CORE sont : l'USAID, l'OMS, l'UNICEF, BASICS, et AED.

#### **Mécanismes de collaboration du Groupe CORE :**

La collaboration avec le Groupe CORE se fait à travers :

- ? Les groupes de travail de CORE, au nombre de 7 (PCIME, Nutrition, Malaria, Maternité sans Risque et Santé de la Reproduction, VIH/SIDA, Changement Social et comportement, suivi et évaluation)
- ? Le Bureau technique de CORE ;
- ? Les partenaires privés individuels et ONG
- ? Le partenariat avec d'autres Organisations (OMS, UNICEF, etc.).

#### **Les principales fonctions du Groupe CORE sont les suivantes :**

- ? Elaboration d'outils, de stratégies et de politiques
- ? Renforcement des capacités techniques
- ? Construction d'un partenariat au sein de l'organisation
- ? Echange d'information et formation
- ? Personnes ressource dans l'élaboration des politiques
- ? Création de liens avec les donateurs/ opportunités au niveau mondial

Le Groupe CORE a aidé au renforcement du rôle des ONG dans la PCIME, avec la représentation de ses membres ainsi que d'autres ONG dans les groupes de travail inter agence de la PCIME-C, la promotion de la participation des ONG dans les Task Force PCIME au niveau national et district. Le Groupe CORE a également aidé à la conceptualisation et à la mise en œuvre d'activités en rapport avec la composante communautaire de la PCIME. Il facilite la communication avec les bailleurs, et le travail avec une plus grande variété.

## 8.2 Recommandations pour renforcer les partenariats

### 8.2.1 Renforcer le partenariat Entre les ONG

#### Au niveau National

- Faire l'état des lieux sur les potentialités de partenariat (ONG intervenant dans la zone),
- Créer un cadre de concertation des ONG (échange d'information, d'expérience et d'outils)
- Définir les objectifs du partenariat,
- Elaborer un plan d'action
- Planifier et budgétiser les activités de mise en œuvre,
- Renforcer les capacités des ONG (formation, visite d'échanges, ...),
- Organiser des réunions périodiques de coordination.
- Organiser des rencontres nationales des ONG sur la PCIME-C,
- Développer la synergie entre les différents partenaires en tenant compte des spécificités des interventions menées.
- Etablir des éléments de consensus autour des mêmes intérêts,
- Mettre en place un comité de suivi-évaluation des activités.

#### Au niveau sous-régional

- ? Développer les mécanismes de coordination sous régional sur la base d'une analyse des interventions des ONG dans chaque pays.
- ? Créer un réseau de points focaux nationaux PCIME-C dans la sous région.
- ? Elaborer un plan sous régional à partir des plans Pays.
- ? Initier des rencontres régulières de concertation entre les ONG de la sous région
- ? Améliorer la diffusion des expériences a travers plusieurs canaux : ateliers, forums, sites Web, journaux, rencontres
- ? Renforcer la communication entre les différents réseaux des différents pays (internet, journaux, échange des rapports d'activités...)
- ? Identifier les sources de financement et le leadership pour une rencontre régionale des ONG
- ? Développer un consensus avec les différents partenaires sur les indicateurs de S/ E.
- ? Assurer le suivi et l'évaluation des interventions au niveau régional.
- ? Systématiser les forums d'échange entre ONG.
- ? Formaliser les visites d'échange
- ? Organiser des formations inter réseaux
- ? Assurer l'invitation des ONG aux rencontres régionales sur la PCIME, RBM ...
- ? Documenter et partager les expériences réussies, leurs facteurs de succès et les outils utilisés dans la mise en œuvre des interventions.
- ? Proposer un secrétariat régional des ONG pour mettre en œuvre les programmes des réseaux et faire le plaidoyer pour mobiliser les ressources

### **8.2.2 Renforcer le partenariat Entre les ONG-MSP-les autres partenaires**

- ? Faire une analyse situationnelle pour déterminer les besoins, les intervenants, les structures existantes et les ressources disponibles.
- ? Développer les TDR des comités et préciser les rôles et responsabilités des membres;
- ? Fournir une assistance technique en gestion aux comités (organisation administrative, planification, mobilisation de ressources...)
- ? Renforcer les compétences des ONG en PCIME-C
- ? Procéder à une planification intégrée des activités;
- ? Mettre en place un système de suivi/évaluation/rétro information

### **8.2.3 Le rôle des ONG dans la mise en œuvre et l'expansion de la PCIME-C communautaire**

Les participants à l'atelier régional des ONG sur la PCIME-C ont reconnu que les ONG jouent un rôle important dans la mise en œuvre des interventions à base communautaire pour la santé et la nutrition des enfants. La contribution des ONG s'inscrit notamment dans les domaines suivants :

- Appui à la définition de politiques, avec participation aux activités de planification des districts et aux différents cadres de concertation (national, régional et district),
- Promotion de bonnes pratiques de santé et de nutrition,
- Développement de stratégies novatrices,
- Appui à la formation des agents communautaires et des agents de santé,
- Appui financier, technique, institutionnel aux services étatiques, et aux groupements et associations communautaires,
- Encadrement des communautés,
- Développement d'outils / matériels IEC,
- Participation au processus de mise en œuvre de la PCIME,
- Plaidoyer auprès des bailleurs.

La contribution aux efforts conjoints pour accélérer la mise en œuvre de la PCIME-C serait autrement plus significative si les actions qui suivent étaient réalisées :

- Mieux structurer les ONG (révision textes)
- Renforcer les capacités techniques, financières, et institutionnelles des ONG
- Mettre en place des mécanismes de Suivi/Evaluation
- Assurer le contrôle de qualité des interventions des ONG nationales (renforcement capacités, crédibilité...)

## **9. La planification des prochaines étapes**

Les prochaines étapes ont été discutées en travaux de groupe qui ont conduit à la réalisation de plan d'action par pays. A l'issue de l'exercice de planification, les étapes décrites ci-dessous ont été recommandées par les participants pour les

différentes composantes du plan; elles serviront de base pour le suivi de l'atelier au niveau des pays et au niveau régional.

## **9.1 Prochaines étapes pour les pays**

### ***Partenariats au niveau pays***

- Evaluer les possibilités de partenariat au niveau du pays (ressources, acteurs, etc.)
- Organiser les ONG en réseau (cf. Groupe Pivot, ROBS, RESSIP)
- Définir clairement les objectifs du partenariat
- Formaliser les engagements des différentes parties (protocoles d'accord, mémorandum d'entente, etc.)
- Organiser les partenariats autour des initiatives spécifiques (FRP, PCIME..)
- Etablir des consensus autour des intérêts communs
- Fournir une assistance technique aux comités inter agence dans les pays (clarification des TDR, responsabilités et rôles des membres etc.)
- Assurer le partage d'information et le feedback aux communautés.

### ***Plaidoyer au niveau des pays***

- Faire le plaidoyer auprès des ONG pour leur implication dans la stratégie de PCIME-C
- Documenter et disséminer les approches communautaires réussies : résultats, facteurs de succès, indicateurs, outils
- Mobiliser les ressources locales pour accroître la pérennisation des interventions.

### ***Concertations au niveau des pays***

- Organiser des ateliers de concertation dans chaque pays pour renforcer le partenariat pour la PCIME-C
- Systématiser les forums des ONG

### ***Passage à l'échelle au niveau des pays***

- Faire une cartographie des interventions communautaires dans chaque pays (domaines d'intervention, localisation, etc.)
- Développer et disséminer le plan stratégique, identifier les acteurs, définir les approches et les outils
- Créer des mécanismes d'échange d'information, d'outils et approches en rapport avec la PCIME-C
- Harmoniser les interventions des ONG et rechercher la synergie entre elles
- Conduire des activités planifiées et budgétisées conjointement
- Mettre en place un comité national pour le suivi et l'évaluation des interventions
- Orienter les ONG sur la PCIME-C

### ***Accroître le rôle des ONG au niveau des pays***

- Améliorer la structure des interventions des ONG (révision du cadre légal)
- Renforcer les capacités techniques, financières et institutionnelles des ONG
- Mettre en place les mécanismes de suivi et Evaluation

- Assurer le contrôle de la qualité des interventions des ONG locales (capacités, crédibilité)

## **9.2 Prochaines étapes pour la Région**

### *Partenariats Régionaux*

- Développer les mécanismes de coordination basé sur l'analyse des interventions des ONG dans chaque pays
- Renforcer la communication entre les réseaux organisés dans les pays (Internet, revues, échanges, etc.)
- Réunir les réseaux d'ONG autour d'intérêts communs
- Inviter les ONG aux rencontres régionales sur la PCIME, FRP etc.
- Identifier les sources de financement pour les réunions des ONG au niveau régional
- Proposer un secrétariat régional des ONG pour mettre en œuvre les programmes développés par les réseaux et mobiliser les ressources
- Suivre et évaluer les interventions au niveau régional
- Organiser une formation inter-réseaux

### *Activités Régionales pour soutenir le passage à l'échelle*

- Développer un plan régional sur la base des plans pays
- Créer un réseau de points focaux pour la PCIME-C au niveau régional
- Obtenir un consensus avec les différents partenaires sur les indicateurs de Suivi & Evaluation
- Systématiser les forums d'échange avec les ONG
- Formaliser les visites d'échange d'expérience
- Documenter l'expérience des JNV dans les zones frontalières en situation de crise

### *Concertation et Plaidoyer au niveau régional*

- Créer un cadre de concertation régulière avec les ONG au niveau régional
- Faire le plaidoyer auprès des institutions régionales pour partager les pratiques prometteuses et les succès des ONG

## **10. Recommandations Générales de l'atelier**

### *Principes de Mise en Œuvre de la PCIME-C*

- L'atelier recommande que les 3 composantes de la PCIME soit mise en œuvre de façon coordonnée et que les efforts soient faits pour renforcer les liens qui existent entre elles

- Toutefois, ce principe ne doit pas limiter le développement des 3 éléments du cadre de mise en œuvre de la PCIME-C en bâtissant sur les interventions existantes d'une manière et à un rythme qui convient au contexte de chaque pays
- Les stratégies développées au niveau national, régional, district, doivent prendre en compte les éléments du cadre de mise en œuvre de la PCIME-C

### ***Recommandations Générales***

- Prenant en compte les résultats de l'enquête des ONG, renforcer le développement de la prise en charge communautaire des maladies de l'enfant (élément 2) pour obtenir un plus grand impact sur la santé de l'enfant
- Assurer que tous les 3 éléments complémentaires du cadre sont mises en œuvre
- Intégrer progressivement les comportements clés prioritaires dans les interventions existantes
- Adapter les politiques existantes de manière à améliorer la disponibilité et l'utilisation des médicaments au niveau communautaire
- Mettre en place un comité au niveau régional pour faire le suivi des recommandations de l'atelier .
- Des indicateurs reflétant les éléments du cadre doivent être définis et introduits dans la liste des indicateurs adoptés par le GTIA sur la PCIME-C

## **11. Le soutien des partenaires**

A la fin de l'atelier, les partenaires présents ont exprimé leur soutien dans l'application des recommandations issues de l'atelier au niveau des pays et au niveau de la région.

### **OMS/AFRO**

- ? Soutenir les pays dans l'organisation d'ateliers d'orientation sur la mise en œuvre de la PCIME-C
- ? Fournir aux pays qui en font la demande une assistance pour la mise en œuvre de la PCIME-C.
- ? Soutenir la création d'un Groupe de Travail Inter Agence sur la PCIME pour une meilleure coordination

### **AFRICARE**

- ? Utiliser le cadre de mise en œuvre de la PCIME-C pour de nouveaux programmes au Bénin, au Sénégal et en Ouganda.

## **OOAS/CEDEAO**

- ? Soutenir le partenariat au sein de la CEDEAO pour la mise en oeuvre de la PCIME-C.

## **Groupe CORE**

- ? Développer une banque de données sur les expériences des différentes organisations,
- ? Améliorer l'outil IEC ainsi que d'autres outils à utiliser pour la mise oeuvre des différents éléments de la PCIME-C, et les rendre disponible en français. Les expériences des pays seront incorporés dans les outils génériques.
- ? Soutenir le plaidoyer pour le cadre de mise en œuvre de la PCIME-C

## **SAVE THE CHILDREN**

- ? Soutenir les pays pour l'organisation d'ateliers d'orientation sur la PCIME-C.
- ? Soutenir les pays dans la mise en place de réseaux d'ONG (Guinée),
- ? S'engage à être membre d'un comité sous-régional de suivi de l'atelier.
- ? Soutenir la recherche et la documentation des expériences.

## **SARA**

- ? Soutenir le plaidoyer pour la santé néonatale, maternelle et communautaire (à travers des Groupes de Travail Inter Agences, etc...), le réseautage (à travers le renforcement des capacités des réseaux).
- ? Soutenir le partage d'informations et de documents,
- ? Soutenir les pays dans le développement de stratégies pour travailler avec le secteur privé.
- ? Soutenir les activités de changement de comportement, notamment la recherche qualitative, le développement d'approches/messages, etc...,
- ? Soutenir des activités sur le paludisme et la grossesse, la transmission mère enfant, le VIH et la nutrition.

## **BASICS II**

- ? Finaliser et disséminer le rapport de l'atelier
- ? Mettre le rapport dans le site WEB de BASICS II,
- ? Envoyer les outils et les documents disponibles aux Ministères et organisations partenaires qui en ont exprimé la demande.
- ? Rencontrer les partenaires au niveau régional (OMS, UNICEF, ONGs) pour discuter des initiatives de PCIME-C et coordonner leur mise en œuvre.
- ? Mettre sur pied un Groupe de Travail Inter Agence sur la PCIME-C en Afrique de l'Ouest en collaboration avec d'autres partenaires.
- ? Soutenir la mise en oeuvre des prochaines étapes de l'Atelier dans les pays où intervient BASICS, et en collaboration avec l'OMS, l'UNICEF, les ONGs et d'autres partenaires dans les pays où BASICS n'intervient pas.

# **ANNEXES**

# **ANNEXE 1**

## **AGENDA**

## AGENDA

<b>DIMANCHE 07 AVRIL</b>	
13 H – 19	ARRIVEE ET ENREGISTREMENT DES PARTICIPANTS
15 H 00	Réunion des facilitateurs à M'bour

<b>LUNDI 08 AVRIL</b>			
Heures	Activités	Intervenants	Facilitateur / Modérateurs
08 h 15 – 09 h 15	Mot de bienvenue, Brise glace	Adama/Colette/ Samb A.	Suzanne Prysor
09 h15 – 09 h45	Buts/Objectifs/Résultats de l Atelier	Colette	
09 h 45 – 10 h 15	Cérémonie d'ouverture Officielle	MSP Partenaires	M. Sène
<b>10 h 15 - 10 h 30 : Pause Café</b>			
10 h 30 – 10 h 45	Point sur la PCIME : Histoire et Etat actuel	Dr.T. Ketsela	Suzanne Prysor
10 h 45 – 11 h 00	Composante 1 : Algorithme et directives pour la PCIME	Colette	Suzanne Prysor
11 h00 – 11 h 15	Composante 2 : Appui au système de santé	Dr Y. Gamatié	
11h15 – 11h30	Composante 3 : Aperçu et Evolution de la PCIME-C ; le lien entre la PCIME-C et les composantes 1 & 2	Remi Sogunro	
11h30 – 12h45	Discussion – Panel		
12h45 – 13h00	Annonces	Coumba Daffé	
<b>13 h 00 – 14 h 00 : Pause DEJEUNER</b>			
14 h 00 – 15 h 00	Cadre de mise en œuvre de la PCIME-C par CORE : Présentation et Discussion	Eric Swedberg	Suzanne Prysor
15h00 – 15h30	Présentation Résultats Enquête	Colette	
15 h30 – 16 h 30	Travaux de Groupe Pays : Etat de la santé et nutrition de l'enfant au niveau Communautaire dans chaque pays		E. Wansi
<b>16 h 00 : Café</b>			
16 h 30 – 18 h 00	Présentation des pays		E. Wansi
18h00	Clôture de la journée		Suzanne Prysor, I. Thiam
18h15 – 19h15	Réunion des facilitateurs		

<b>I. MARDI 09 AVRIL</b>			
Heures	Activités	Intervenants	Facilitateur / Modérateurs
08 h 00 – 08 h 45	Mot de bienvenue, Programme de la journée		Suzanne Prysor / Colette
<b>08 h 45 – 10 h 45 PANEL (Présentation en 15 minutes et Questions/Réponses en 15 minutes)</b>			
8 h 45 – 09 h 15	<b>Elément 1</b> « Participation de la communauté à la gestion des structures de santé »	World Vision/Sénégal	Suzanne Prysor
9 h 15 – 09 h 45	<b>Elément 2</b> « Recouvrement des coûts des médicaments au niveau communautaire »	Save/Mali	
09 h 45 - 10 h 15	<b>Elément 3</b> « Les Mamans Lumières »	Aficare/Guinée	
10 h15 – 10 h 45	<b>Plate-forme multisectorielle</b> « Partenariat avec les autres secteurs pour soutenir la santé de l'enfant au niveau communautaire »	Aficare/Bénin	
10 h 45 - 11 h 00	Pause Café		

11h 00 - 11h30	Orientation des Travaux de groupes sur les éléments du cadre	Eric Swedberg	
11h30 – 13h00	Travaux de Groupe		
<b>13 h 00 – 14 h 00 : Pause DEJEUNER</b>			
14 h 00 – 15 h 00	Travaux de groupe (suite)		
	<b>15h30 - 15h 45 : Pause Café</b>		
15 h 00 – 16 h 30	Restitution des Travaux de Groupe		
16h30 – 17h30	Développement des stratégies de mise en œuvre des interventions de PCIME-C	Colette	
17h30	Clôture de la journée		Suzanne Prysor I. Thiam
	Réunion des facilitateurs		

<b>II. MERCREDI 10 AVRIL</b>			
<b>Heures</b>	<b>Activités</b>	<b>Intervenants</b>	<b>Facilitateur / Modérateurs</b>
08 h 00 – 08 h 45	Mot de bienvenue, programme de la journée		Suzanne Prysor A. Thiam
08 h 45 – 09 h 05	Groupe Pivot – Mali	Kassamara	Suzanne Prysor
09 h 05 – 09 h 25	CCI pour la Vaccination –RDC	Mutombo Wa Mutombo	
09 h 25 - 09 h 45	Partenariats du CORE Group	Armand Utshudi	
09H45 – 10H30	Discussion- Panel		
<b>10 h 30 – 10 h 45 : Pause Café</b>			
10 h 45 – 12 h 30	Travaux de Groupe sur le renforcement des partenariats	Mamadou Sène	
<b>12 h 30 - 13 h 30 : Pause DEJEUNER</b>			
13 h 30 – 14 h 30	Restitution des Travaux de Groupe		A. Thiam
14h30 – 15h30	Discussion sur les recommandations		
15h30 –15h45	Pause Café		
15 h 45 – 17 h 15	Exposition des Outils (Part I)	Aissatou Wade	
17 h 15 – 18 h 00	Préparation de la visite de terrain Répartition des groupes (9 groupes)	DS Joal DS Thiadiaye	Mamadou Diagne
18h00	Clôture de la journée		Suzanne Prysor Ismaila Thiam
18h15 – 19h15	Réunion des facilitateurs		

<b>III. JEUDI 11 AVRIL</b>			
<b>Heures</b>	<b>Activités</b>	<b>Intervenants</b>	<b>Facilitateur / Modérateurs</b>
08 h 00 – 08 h 30	Mot de bienvenue, programme de la journée		Suzanne Prysor Pr. Guelaye Sall
<b>08 h 30 : Départ vers les sites</b>			
9h30 – 13 h 00	Visite de terrain et synthèse préliminaire des sous groupes		
<b>13 h 00 - 14 h 30 : Pause DEJEUNER</b>			
14 h 30 – 16 h 00	Synthèse et préparation des présentations (3 rapports)	Rapporteurs & facilitateurs des groupes = 18	
14h 30 – 16h 00	Exposition des Outils		Aissatou Wade
<b>16h00 - 16h 15 : Pause Café</b>			
16 h 15 – 17 h 45	<b>Elément 1</b> Restitution et Discussions <b>Elément 2</b> Restitution et discussions <b>Elément 3</b> Restitution et Discussions	Rapporteurs des groupes	Pr. Guelaye Sall Dr. M. Diagne Dr. Idrissa Talla
17h45 – 18h00	<b>Cloture</b>		Suzanne Prysor Ismaila Thiam
18h15 – 19h15	<b>Réunion des facilitateurs</b>		

<b>VENDREDI 12 AVRIL</b>			
<b>Heures</b>	<b>Activités</b>	<b>Intervenants</b>	<b>Facilitateur / Modérateurs</b>
08 h 00 – 08 h 45	Mot de bienvenue, programme de la journée		Suzanne Prysor Mamadou Sène
<b>Travaux de groupes : Recommandations sur les prochaines étapes (08 h 45 – 10 h 15)</b>			
08 h 45 – 10 h 15	Travaux de Groupe sur les Prochaines Etapes par pays		Mamadou Sène
10h15 – 10h30	Pause Café		
10 h 30 – 11 h 30	Restitution des pays		Mamadou Sène
11 h 30 - 13 h 30	Recommandations sur les Prochaines Etapes pour Faire avancer la PCIME-C en Afrique de l'Ouest sur le plan régional		Suzanne Prysor Mamadou Sène
<b>13 h 30 – 15 h 00 : Pause DEJEUNER</b>			
15 h00 – 15 h 15	Synthèse		Suzanne Prysor Ismaila Thiam
15h15 – 15h45	Cérémonie de clôture	MSP Partenaires	Adama Koné
16H00 – 17H00	Réunion des facilitateurs		

## **ANNEXE 2**

### **PLANS DES PAYS POUR LES PROCHAINES ETAPES**

## 1. Prochaines étapes pour le Bénin

<b>Activités</b>	<b>Période</b>	<b>Responsable</b>
Restitution du présent atelier	Mai 2002	Points focaux
Revue du processus PCIME et élaboration Plan stratégique	Mai-Juin	DSF/MSP
Atelier d'orientation nationale sur la PCIME-C	Juillet	Points focaux
Revoir le Cadre de mise en oeuvre: comité pilotage, mise en oeuvre, suivi	Juillet	Comité de pilotage
Atelier d'orientation départementale PCIME.com	Aout-Septembre	DDSP
Finaliser les outils de mise en oeuvre	En cours	Groupe PCIME.com
Analyser la situation à tous les niveaux	En cours	DDSP
Former les acteurs communautaires	En cours	EEZ
Capitaliser toutes les expériences sur le terrain	En cours	Comité de pilotage
Documenter les pratiques clés	En cours	Africare
Elaboration des stratégies départementales		DDSP
Renforcer les stratégies et outils de CCC pour la PCIME.com	En cours	Groupe PCIME.com
Renforcer l'intégration de la PCIME.com dans les Plans d'Action des ZS	En cours	EEZ

## 2 Prochaines étapes pour le Burkina Faso

<b>Activités</b>	<b>Responsables</b>
Faire la cartographie des ONGs travaillant dans la santé communautaire maternelle et infantile par le Ministère de la Santé	Point focal PCIME, DEP
Faire l'état des lieux sur les potentialités de partenariat	Point focal/DRS
Mettre en place un cadre concertation pour le développement des activités communautaires par la DSF	ONG, MS, UNICEF, OMS, WAHO
Faciliter le réseautage des ONGs pour la santé communautaire maternelle et infantile	UNICEF/OMS
Présenter les expériences réussies des ONG en matière de santé communautaire maternelle et infantile	SCPB, Plan, MS
Finaliser les modules de formation sur la PCIME par le MS	DSF
Renforcer les capacités des ONG pour les activités de santé communautaire maternelle et infantile	Réseau des ONG
Faire le plaidoyer auprès des ONGs pour l'appropriation de la santé communautaire	
Utiliser les structures intervenant au niveau communautaire	RBM, PSI

## 3 Prochaines étapes pour le Cameroun

<b>Activités</b>	<b>Responsables</b>
Partager le cadre avec les superviseurs et les délégués provinciaux de la santé	Point Focal PCIME et Plan
Faire un plaidoyer auprès de l'UNICEF pour organiser : - la restitution à un cadre limité, - la dissémination à une grande audience notamment les organisations susceptibles de jouer un rôle dans la PCIME-C	Point Focal PCIME
Créer un sous groupe PCIME-C au sein du Groupe de Travail National PCIME qui va travailler sur la PCIME-C	Point Focal PCIME
Impliquer le réseau des ONGs travaillant dans la santé (ROSACAM) dans la restitution et l'inciter à s'impliquer d'avantage dans la mise en oeuvre de la PCIME-C	Point Focal PCIME et Plan
Incorporer les autres éléments du cadre dans les activités de santé communautaire mère enfant actuellement en cours d'exécution	Plan
Faire un plaidoyer auprès de PLAN Cameroun pour que l'équipe pays s'implique d'avantage dans la mise en oeuvre de la PCIME-C et particulièrement le point ci-dessous	Plan
Identifier dans le réseau des ONG celles qui interviennent dans la santé communautaire de la mère et de l'enfant et les inciter à organiser un cadre de concertation sur la PCIME-C	Plan

#### 4. Prochaines étapes pour la Côte d'Ivoire

Activités	Responsables
Restitution de l'atelier à deux niveaux : - au conseil de cabinet (plaidoyer). - au sous-groupe de travail PCIME-C élargie à la coordination PCIME et aux autres secteurs	Point focal PCIME
Faire un plaidoyer auprès des autres secteurs pour leur adhésion au sous-groupe de travail	Point Focal PCIME et coordination
Planification stratégique PCIME-C : - atelier regroupant le ministère de la santé, les ONG, les autres partenaires: - document de plaidoyer	Sous-groupe de travail DD, Programmes de santé, OMS, UNICEF, Coopérations bilatérales, les autres secteurs
Séminaires d'orientation au niveau des districts pilotes : Représentants des communautés (groupements, ONG, autres secteurs etc.), district.	Sous-groupe de travail
Au terme des séminaires d'orientation : constitution des groupes de travail au niveau des districts pilotes	
Analyse de la situation des activités à base communautaire au niveau des zones couvertes par les districts pilotes	Sous-groupes de travail des districts
Restitution	Groupes de travail des districts
Planification des activités	Sous-groupe de travail des districts
Mise en œuvre des activités PCIME-C.	
Suivi et évaluation à deux niveaux : - au niveau central - au niveau des districts	Sous-groupe Sous-groupes des districts

## 5. Les prochaines étapes pour la Guinée

Activités	Responsables
Restitution de l'atelier sur le PCIME-C au Ministère de la Santé Publique: <ul style="list-style-type: none"> <li>- compte rendu en réunion de cabinet</li> <li>- compte rendu au comité de pilotage et au Groupe technique de PCIME-C</li> <li>- adapter le rapport de l'atelier avec comme recommandation principale l'insertion de la PCIME-C dans la politique des SBC</li> </ul>	
Former un sous- groupe de PCIME-C dans le groupe technique actuel élargi aux ONG du pays	
Faire l'état des lieux : le recensement 1) des ONGs ; 2) des activités de santé communautaire ; 3) des Approches de mise en Oeuvre	Sous-Groupe Technique/PCIME-C
Faire la cartographie des interventions communautaires	Sous-Groupe Technique/PCIME-C
Faire une révision de la stratégie SBC, avec l'élaboration du document de politique SBC en y intégrant les différents éléments du cadre de la PCIME-C	Ministère de la Santé Publique
Faire une orientation et appuyer les ONG dans la mise en oeuvre du cadre de la PCIME-C	Ministère de la Santé Publique et Sous-groupe Technique/PCIME-C
Mise en place d'une structure/organe fonctionnelle de coordination des activités communautaires au MSP/DNSP <ul style="list-style-type: none"> <li>- formation des ONG en réseaux</li> <li>- réunion de concertation périodique</li> </ul>	MSP SG Technique
Contractualisation des accords avec les ONG locales pour la mise en oeuvre de la PCIME-C	
Formalisation des partenariats (contrats, accords, conventions, Mémos)	
Sous-traitance avec les ONGs Nationales et internationales ( Ex: Save the Children & AGBEF)	
Appui technique des ONGs dans la mise en oeuvre de la PCIME-C	
Mise en oeuvre directe de la PCIME-C	Save the Children, ADRA
Visites d'échange entre les intervenants (ONGs) au niveau national	
Mobilisation des ressources	
Appui au développement de PIC	
Appui au système d'information sanitaire	
Développement et diffusion d'une stratégie de plaidoyer	

## 6. Les prochaines étapes pour le Mali

Activités	Responsables
Faire une analyse des pratiques familiales et communautaires en faveur de la survie de l'enfant pour tout le pays en cours	Ministère de la Santé, OMS
L'atelier de restitution et de consensus sur les résultats de l'analyse situationnelle	Ministère de la Santé
Redynamisation et renforcement du groupe de travail PCIME	Ministère de la Santé
Créer un sous groupe PCIME-C	Ministère de la Santé
Faire la revue de la mise en oeuvre de la PCIME et élaboration du plan stratégique national	Ministère de la Santé OMS, UNICEF
Mise en place d'un cadre de concertation	MS, GP/SP
Elaboration des modules de formation des agents communautaires sur la PCIME-C	MS, OMS, UNICEF, ONG

## 7. Les prochaines étapes pour la RD Congo

Activités	Responsables
Restitution de l'atelier auprès du MSP	Entre: Réseaux des ONG, OMS, UNICEF, CNONG, USAID, BASICS, FAO, PAM, BDOM, SANRU.....
Réunion avec les programmes spécialisés et les directions centrales	
Contacts individuels avec les partenaires et agences	
Réunion d'orientation avec tous les partenaires	
Compléter dans les ZS pilotes la mise en oeuvre des trois composantes de la PCIME Renforcement des stratégies	
Adapter les activités communautaires actuelles au cadre général de la PCIME-C en tenant compte du contexte local	
Evaluer les activités de mise en oeuvre dans les ZS pilotes	
Planifier l'extension progressive aux autres ZS à l'échelle nationale	
Réunions de concertation pour le renforcement du partenariat	
Implication des ONG à toutes les étapes du processus	
Capitaliser l'expérience de coordination du PEV pour améliorer la communication et la complémentarité des partenaires	
Orienter les ONG dans la mise en oeuvre du plan stratégique	
Créer un cadre d'information des ONG sur toutes les activités de mise en oeuvre de la PCIME-C	
Intégrer les activités des ONG dans le SNIS à partir des différentes ZS où leurs activités sont exécutées	
Organiser avec les ONG le suivi évaluation des activités	
Elaborer le document de plaidoyer à l'intention des ONG sur le contenu de la PCIME, les besoins de financement, les résultats attendus...	
Documenter diffuser les expériences réussies (rapports d'activités) des ONG	
Partager le plan général d'activités avec toutes les ONG impliquées	

## 8 Les prochaines étapes pour le Sénégal

Activités	Responsables
Contact avec la Division du partenariat	DNAN, Avril
Orientation des décideurs (Elus locaux, Parlementaires, Directeurs d'ONG)	
Orientation des décideurs techniques (Ecoles de formation, chercheurs)	
Elargir le groupe de travail PCIME aux autres acteurs.	DNAN
Elaborer une cartographie des interventions communautaires	DNAN, Division du partenariat
Atelier d'orientation des ONG nationales pour le renforcement de la contribution des ONG	
Systématiser les rencontres entre ONG, le Ministère de la Santé et autres institutions Bi et multilatérales.	
Développer les capacités des ONG et autres intervenants communautaires pour la mise en oeuvre de la PCIME communautaire.	
Restructurer les réseaux existants par l'engagement et l'implication de toutes les ONG.	RESSIP;
Constituer une banque de données sur les personnes ressources nationales et sous-régionales; (chercheurs, formateurs ...)	
Valider et disséminer le plan stratégique de la PCIME et prendre en compte les 3 composantes de la PCIME.	
Documenter et disséminer les expériences novatrices conduites par les ONG dans la communauté	
Introduire la PCIME-C dans les districts engagés dans la composante 1 de la PCIME.	
Assurer l'appui technique nécessaire aux ONG.	OMS, UNICEF, BM, USAID, BASICS ...
S'assurer que les activités des ONG cadrent avec les normes et protocoles existants.	
Compléter les pratiques familiales clés promues par les ONG.	
Concentrer les ressources existantes pour maximiser l'impact des interventions.	
Développer les outils pour la mise en oeuvre de la PCIME communautaire.	

## 9 Prochaines étapes pour le Togo

Activités	Responsables
Faire la restitution de l'atelier des ONGs sur la PCIME C en impliquant toutes les personnes ressources.	Point focal PCIME /MSP
Organiser un atelier d'orientation et de plaidoyer sur la PCIME C a tous les niveaux : au niveau national et au niveau district et communautaire.	Point focal PCIME,DSSP
Créer un sous groupe PCIME C au niveau national et au niveau district	
Faire une analyse de situation	
Organiser un atelier de restitution des résultats	
Elaborer un plan stratégique sur la PCIME-C.	
Avoir un consensus sur les indicateurs de suivi des éléments du cadre de la PCIME-C .	
Elaborer un plan de monitoring des activités au niveau communautaire.	
Mobiliser les ressources matérielles et financières a tous les niveaux avec tous partenaires.	
Faire L'état des lieux sur la potentialité du partenariat (ONG locales et internationales existantes et autres acteurs...)	
Organiser les ONG existantes en réseaux.	
Formaliser les engagements.	
Travailler avec les ONG sur toutes les étapes de mise en oeuvre de la PCIME-C (suivi évaluation).	
Faire un plaidoyer auprès des ONG	
Faire un plaidoyer au niveau des autres acteurs.	
Mobiliser les ressources locales pour la pérennisation.	

## **ANNEXE 3**

### **LISTE DES PARTICIPANTS**

**LISTE DES PARTICIPANTS / ATELIER DES ONGs SUR LA PCIME COMMUNAUTAIRE  
08 – 12 AVRIL 2002, SALY – MBOUR.**

PAYS	NOMS PARTICIPANTS	TITRES	ADRESSES	E-MAIL	TELEPHONE
<b>BENIN</b>	. Dr Serafin Vissoh	Médecin Conseiller Santé- AFRICARE	03 BP.03.55 Cotonou	<a href="mailto:svisssoh@intnet.bj">svisssoh@intnet.bj</a>	T-(229)304378 T-(229)305312 F-(229)304379
	. Dr. Laura Hoemeke	Conseiller Santé Familiale USAID BENIN	BP.2012 Cotonou	lhoemeke @usaid.gov	T - (229) 30 05 00 F - (229) 30 12 60
	. Dr Marcel LAMA	Conseiller AFRICARE DDS PROLIPO, Ouémé	BP.139 Portonovo	<a href="mailto:lamarcel181158@yahoo.com">lamarcel181158@yahoo.com</a> <a href="mailto:proliipo@intnet.bj">proliipo@intnet.bj</a>	T - (229) 21 34 91 F - (229) 21 24 06
	. Mr. Joachim Ange Marie MEIZOU	Consultant Activités Communautaire au PROLIPO	BP.139 Portonovo – BENIN	<a href="mailto:mange@vva.org">mange@vva.org</a>	T - (229) 21 34 91 F - (229) 21 24 06
	. Mme Codjia Blandine	Coordinatrice du ROBS	02 BP.1340 Cotonou	<a href="mailto:robs@firstnet1.com">robs@firstnet1.com</a>	T - (229) 30 90 67 F - (229) 30 90 67
	. Mr. Tobou Abdoul Hamane	Coordonnateur National de l'ONG - ASMA	BP.741 – PARAKOU – BENIN	<a href="mailto:asma.org@ifrance.com">asma.org@ifrance.com</a>	C - (229) 91 32 74 T - (229) 010501
	. Dr. Esther Traoré	Pédiatre Médecin de Santé Publique - Direction de la Santé Familiale, Ministère de la Santé Publique, Point Focal PCIME	BP 882 Cotonou, Bénin	<a href="mailto:Lamarcel181158@yahoo.com">Lamarcel181158@yahoo.com</a>	T - (229)947275, (229) 332021 F - (229) 33 00 63
	. Mr Bodjrenou Augustin	Superviseur Program Alimentaire et Nutritionnel PAN	08 BP.0321 Cotonou Bénin	<a href="mailto:CPAN@bj.intnet">CPAN@bj.intnet</a>	T - (229) 30 32 95
	. Dr Victor Dossou	Conseiller Résident BASICS Bénin	BP.1149 – PARAKOU BENIN BP.03-1163 - Cotonou	<a href="mailto:basicsbn@borgou.net">basicsbn@borgou.net</a>	T-(229) 61 27 96 F - (229) 61 20 97
	. Mr Kaboré Telesphore	Community Mobilisation Spécialist - PROSAF	BP.441 Parakou – BENIN	<a href="mailto:aquima@prosaf.org">aquima@prosaf.org</a> <a href="mailto:telesphore@prosaf.org">telesphore@prosaf.org</a>	T - 229 61 29 90 F - 229 61 28 63
	. Mr Ibrahim Banigoro	Assistant Technique SBC PROSAF	BP.441 Parakou, Bénin	<a href="mailto:ibrahim@prosaf.org">ibrahim@prosaf.org</a>	T - (229) 61 29 90 F - (229) 61 28 63
	. Mr Olissan Lié Claude	Chargé de Recherche et Appui Mobilisation Sociale	BP.31 Zone Sanitaire Kandi Bénin		T-(229)630239 F-(229)630239
	. Dr. Gilbert Vissoh	Médecin Chef CSSP Kétou	07 BP.937, Cotonou, Bénin Zone sanitaire POBE (Bénin)	S/c UNICEF-Bénin	T - (229) 30 09 42 (229) 25 30 10 C - (229) 90 92 55

**LISTE DES PARTICIPANTS / ATELIER DES ONGs SUR LA PCIME COMMUNAUTAIRE  
08 – 12 AVRIL 2002, SALLY – MBOUR.**

<b>BURKINA</b>	. Dr. Comlan Comlanvi	Epidémiologiste OMS/PAYS Conseiller DPC	BP.918 OMS/Bénin Cotonou	<a href="mailto:omsdpc@intnet.bj">omsdpc@intnet.bj</a>	T - 229301907 – T – 229301753 F – 229304208
	. Dr Gainsi Epiphane	Médecin au CCSA	03 BP.0993 Cotonou – BENIN	<a href="mailto:pigainsi@cooperation.net">pigainsi@cooperation.net</a>	T – (229) 31 64 38 F – (229) 30 90 67
	. Dr. Bernabe Yameogo	Coordonnateur de Projet Survie de l'Enfant Plan International	BP.138 Koupéla – Burkina	<a href="mailto:yambernabe@yahoo.com">yambernabe@yahoo.com</a>	T-(226) 70 03 41 F-(226) 70 02 13
	. Dr Ghislaine Conombo	Directrice de la Santé de la Famille	Ministère de la Santé/DSF	<a href="mailto:dsf@fasonet.bf">dsf@fasonet.bf</a>	T-(226)307768 F-(226)307768
	. Dr. Yacouba Zina	Représentant Save the Children	03 BP.7247 Ouagadougou	<a href="mailto:scpb@fasonet.bf">scpb@fasonet.bf</a>	T - 226 36 41 25 F – 226 36 41 62
	. Dr. Stanislas Kambou	Directeur Recherche Info-Sanitaire – WAHO	06 BP.9292 Ouagadougou 06 Burkina Faso	<a href="mailto:zinayac@hotmail.com">zinayac@hotmail.com</a>	T-(226) 97 57 75 F-(226)975772
	. Dr. John Yap	Point Focal PCIME Cameroun	01 BP.153 Bobo 01, Bobo Dioulasso – Burkina Faso	<a href="mailto:wahooas@fasonet.bf">wahooas@fasonet.bf</a>	T – (237) 2219860 (237) 9985047
<b>CAMEROUN</b>	. Dr Christopher Mfonyam	Child Survival Project Coordinator - Plan International	BP .25236 Nlongkak Yaoundé		T-2372242291 F-2372215457
	. Mme Mady Annick	Responsable de Projet Santé	BP .585 Cidex Abidjan BP .1786 Abidjan 08 D	<a href="mailto:cosci@africaonline.co.ci">cosci@africaonline.co.ci</a>	T-(225)22475054 T-(225)07092273 F-(225)22475075
<b>COTE D'IVOIRE</b>	. Dr Colette Assamoi Badjo	Chef de Servie de lutte contre la maladie	06 BP.1050 – Abidjan 06	<a href="mailto:acolette@aviso.ci">acolette@aviso.ci</a>	T-(225)22414605 T-(225)05056098 T-(225)20220540 F-(225)20220540
	. Dr Mamadou Oury Diallo	Coordinateur Suivi-Evaluation	Save the Children/USA/Guinée	<a href="mailto:savegnea@sotelgui.net.gn">savegnea@sotelgui.net.gn</a> <a href="mailto:ourygniembe@yahoo.fr">ourygniembe@yahoo.fr</a>	T - (224) 71 07 25 F – (224) 71 07 25
	. Dr Soukeynatou Traoré	Médecin, Conseiller Résident	BASICS II – Guinée S/c USAID Conakry	<a href="mailto:traoresoukey@yahoo.fr">traoresoukey@yahoo.fr</a> <a href="mailto:straore@biasy.net">straore@biasy.net</a>	(224) 40 38 37 (224) 43 09 79
<b>GUINEE</b>	. Dr. Irene Ndombo	Chef du Projet ADRA	ADRA Guinée, Corniche Sud Madina, BP.1530 Conakry	<a href="mailto:pasmic@mirinet.net.gn">pasmic@mirinet.net.gn</a> <a href="mailto:ndomboirene@yahoo.fr">ndomboirene@yahoo.fr</a>	00 377 47 66 33 60

**LISTE DES PARTICIPANTS / ATELIER DES ONGs SUR LA PCIME COMMUNAUTAIRE  
08 – 12 AVRIL 2002, SALLY – MBOUR.**

	. Dr. Alseny Gouly CISSE	Consultant HKI / Guinée	HKI/Guinée-INSE BP.6030 – Conakry	<a href="mailto:gouly67@yahoo.fr">gouly67@yahoo.fr</a>	T- 66 35 78 F-(224) 66 35 78
	. Dr. Facely Camara	C.S.A.N., Ministère de la Santé Publique	BP.585 Conakry	<a href="mailto:dfacely@yahoo.fr">dfacely@yahoo.fr</a>	(224) 29 93 11
	. Dr. Antoinette Helal	Médecin Epidémiologiste	BP.17 Conakry – Guinée	<a href="mailto:antoinettehelal@hotmail.com">antoinettehelal@hotmail.com</a>	T -224 012 66 41 50 (224) 41 32 75
	. Mr. Damou Rahim Keita	Coordonnateur Projet Survie de l'Enfant 14 de Save the Children /USA/Guinée/Kankan	BP.328	<a href="mailto:savagnea@sotelgui.net.gn">savagnea@sotelgui.net.gn</a>	T-(224) 71 07 25 F- (224) 71 07 27
	. Mr. Daye DIARRA	Coordonnateur /AES (Agir Ensemble au Sahel)	BP.3487 Bamako, Mali	<a href="mailto:gpsp@afribone.net.ml">gpsp@afribone.net.ml</a>	T - (223) 29 14 40 (223) 35 20 14 F-(229) 29 30 98
	.MmeFatim Diakité KAMARA	Coordonnatrice du Volet Santé de la Reproduction/Survie de l'Enfant à l'AMAPROS		<a href="mailto:amapros@datatech.tooinet.ig">amapros@datatech.tooinet.ig</a>	T -(223)29 53 95 T – (223) 29 25 24 F – (223) 28 50 00
	. Dr. Koman KONATE	Coordonnateur de Projet de Santé de la Reproduction et Survie de l'Enfant	Association Malienne d'Initiatives et d'actions pour le Développement (AID-Mali) BP.3179-Bamako Mali	<a href="mailto:gpsp@afribone.net.ml">gpsp@afribone.net.ml</a>	(223) 29 81 58
	. Dr. Diahara Traoré	Médecin Division Santé, BP.232, Bamako Mali	Direction Nationale de la Santé BP.232	Direction Santé de la Reproduction	T-(223) 20 36 97 T – (223) 206497
	. Dr. Attaher Touré	NPO/PCIME/ Bureau de la Représentation de l'OMS au Mali	BP.99 Bamako, MALI	<a href="mailto:htatoure@hotmail.com">htatoure@hotmail.com</a> <a href="mailto:tourea@oms.org.ml">tourea@oms.org.ml</a>	T-(223) 22 37 14 F-(223) 22 23 35 D – (223)285122
	. Mr. Sita SIDIBE	Plan International	BP. 598		T –(223) 22 40 40 T – (223) 23 05 83 F – (223) 22 81 43
	. Mr. Zana DAOU	SCF	BP.84 Bougouni ou 3105 Bamako	<a href="mailto:savesahel@afribone.net.ml">savesahel@afribone.net.ml</a> <a href="mailto:savbgni@afribone.net.ml">savbgni@afribone.net.ml</a>	T-(223) 65 10 41 F – (223) 65 12 32
	. Dr. Issa Traoré	Médecin-Chef du District de Kita	BP.13-Service Socio Sanitaire Kita		T-(223) 57 30 15 F – (223)57 30 15
	. Mr. Souleymane Dolo	Groupe Pivot		<a href="mailto:gpsp@afribone.net.ml">gpsp@afribone.net.ml</a>	(223) 21 21 45

**MALI**

**LISTE DES PARTICIPANTS / ATELIER DES ONGs SUR LA PCIME COMMUNAUTAIRE  
08 – 12 AVRIL 2002, SALLY – MBOUR.**

<b>RDC</b>	. Dr. Emmanuel H. Mpanzu	SANRU III/DOR/ECC, Ave. De la Justice No.75/GOMBE, BP.4938 – Kini – RDCONGO. Point Focal PFA / POLIO	12, Avenue de l'Avenir, CBCO Kintambo / RDC Kinshasa	<a href="mailto:ehmpanzu@yahoo.fr">ehmpanzu@yahoo.fr</a>	(243) 98 20 11 45
	. Dr. Adolphine Nkwadiolandu	Médecin/MCZ Lemba Point Focal PCIME	BP.123 Kinshasa XI, département de Pédiatrie	<a href="mailto:minuku@afri.net.cd">minuku@afri.net.cd</a> <a href="mailto:ambunsarabedi@yahoo.fr">ambunsarabedi@yahoo.fr</a>	T-(243) 89 66 037
	. Dr. Brigitte Kini	MPO PCIME, OMS, RDC	Bureau de la Représentation de l'OMS à Kinshasa, Avenue Papa Iléo, Gombe, Kinshasa	<a href="mailto:Kini-brigitte@yahoo.fr">Kini-brigitte@yahoo.fr</a>	(243) 89 52 028
	. Dr. Willy Kabuya	Malaria Advisor - BASICS II RDC	Avenue Katakombé II, #25 Bis, Macampagne, Binza, Kinshasa-RDC	<a href="mailto:wkabuya@ic.cd">wkabuya@ic.cd</a>	T- (243) 880 38 59 F- (243) 992 2713
<b>SENEGAL</b>	. Mme Arlete DIOP	Chargée de Programme Santé Peace Corps	BP .2534 Dakar	<a href="mailto:adiop@sn.peacecorps.gov">adiop@sn.peacecorps.gov</a>	T-(221) 8237178/79 F – (221) 822 93 81
	. Mr. Moussa SARR	Coordonnateur de Projet Survie de l'Enfant - Plan Internat.	BP .A152, Plan International Thiès, Sénégal	<a href="mailto:mkasarsn@yahoo.fr">mkasarsn@yahoo.fr</a>	T-(221) 9511363 T-(221)9514076 F-(221)9512569
	. Mr. Banda NDIAYE	Health Coordinator WORLD VISION	BP.42 – Kaolack	<a href="mailto:banda_ndiaye@wvi.org">banda_ndiaye@wvi.org</a>	T – 685 99 20 F – 941 46 36
	. Dr. Ibrahima TOURE	Coordonnateur Formation IEC – CCF/CANAH	Projet Canah de Mbour – BP.554	<a href="mailto:ccfcannah@sentoo.sn">ccfcannah@sentoo.sn</a>	T – (221)957 29 56 F – (221) 957 34 02
	. Mr. Barthélemy BADIANE	Association Pr. Catholique	BP.2407 – Dakar	<a href="mailto:barthadiane@hotmail.com">barthadiane@hotmail.com</a>	T-(221)821 79 54 F-(221)822 52 62
	. Mr. Safietou Balde LOUM	Chercheur Environnementaliste RESSIP – CONGAD	SICAP Amitié I, Villa 3089 Bis BP. 41 09	<a href="mailto:congad@sentoo.sn">congad@sentoo.sn</a> <a href="mailto:safybalde@ibelgique.com">safybalde@ibelgique.com</a>	(221) 827 06 99 (221) 651 50 26
	. Dr. Mor NGOM	Africare	Kaolack BP.535	<a href="mailto:afrikik@sentoo.sn">afrikik@sentoo.sn</a>	941 43 13
	. Mr. Ibrahima MBODJ	Assistant Programme Communication - UNICEF	2, Rue Carnot x Salva BP.429 Dakar	<a href="mailto:imbojdj@unicef.org">imbojdj@unicef.org</a>	823 50 83 823 50 80
	. Dr. Georges GONZALES	Administrateur de Projet, Communication pour le Développement - UNICEF	2, Rue Carnot x Salva BP.429 Dakar	<a href="mailto:ggonzalez@unicef.org">ggonzalez@unicef.org</a>	(221) 823 50 83 (221)823 50 83
	. Dr. Fatoumata DIAWARA	UNICEF – Dakar	2, Rue Carnot x Salva BP.429 Dakar		(221)823 50 83 (221)823 50 83

**LISTE DES PARTICIPANTS / ATELIER DES ONGs SUR LA PCIME COMMUNAUTAIRE  
08 – 12 AVRIL 2002, SALLY – MBOUR.**

. Mr. Mamadou DIAGNE	Directeur Projet CCF/CANAH	Projet CCF CANAH BP.554, Mbour	<a href="mailto:ccfcannah@telecomplus.sn">ccfcannah@telecomplus.sn</a>	T-(229) 957 29 56 F-(221) 957 34 0D2
. Dr. Hadiatou LY - BARRY	Conseiller en PCIME BASICS II Sénégal	Allées Seydou Nourou Tall x Bld. de l'Est - BP.3746 Point E	<a href="mailto:hadiatou@basics.sn">hadiatou@basics.sn</a>	T-(221) 865 12 75 F-(221) 865 12 84
. Mr. Abdoulaye SAMBE	Chargé de Programme PCIME BASICS Sénégal	Allées Seydou Nourou Tall x Bld. de l'Est - BP.3746 Point E	<a href="mailto:asambe@basics.sn">asambe@basics.sn</a>	T-(221) 865 12 75 F-(221) 865 12 84
. Dr. Aboubacry THIAM	Conseiller Résident BASICS II	Allées Seydou Nourou Tall x Bld. de l'Est - BP.3746 Point E	<a href="mailto:aboutthiam@basics.sn">aboutthiam@basics.sn</a>	T-(221) 865 12 75 F-(221) 865 12 84
. Mr. Mamadou MBAYE	BASICS II Sénégal – Chargé de Programmes MS	BASICS Sénégal Allées Seydou Nourou Tall x Bld. de l'Est - BP.3746 Point E	<a href="mailto:narmbaye@yahoo.fr">narmbaye@yahoo.fr</a> mmmbaye@hotmail.com	T-(221) 865 12 75 F-(221)865 12 84
. Dr. Adama KONE	Directeur Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre - BASICS II WARO	VDN x Route du Front de Terre, BP.3746 Dakar	<a href="mailto:akone@basics.sn">akone@basics.sn</a>	T-(221)865 14 50 F-(221) 827 43 91 Cell.(221)637.64.33
. Dr. Serigne Mbaye DIENE	Conseiller Régional pour la Nutrition - BASICS II WARO	VDN x Route du Front de Terre, BP.3746 Dakar	<a href="mailto:smdiene@basics.sn">smdiene@basics.sn</a>	T-(221)865 14 50 F-(221) 827 43 91
. Dr. Ismaila THIAM	Adjoint du Conseiller Régional en Nutrition – BASICS II WARO	VDN x Route du Front de Terre, BP.3746 Dakar	<a href="mailto:ithiam@basics.sn">ithiam@basics.sn</a>	T-(221)865 14 50 F-(221) 827 43 91
. Dr. Yaya Karim DRABO	Conseiller Régional en IEC/CC/Communication –BASICS II WARO	VDN x Route du Front de Terre, BP.3746 Dakar	<a href="mailto:ydrabo@basics.sn">ydrabo@basics.sn</a>	T-(221)865 14 50 F-(221) 827 43 91
. Mr. Mamadou SENE	Conseiller Régional pour la Formation à BASICS II WARO	VDN x Route du Front de Terre, BP.3746 Dakar	<a href="mailto:msene@basics.sn">msene@basics.sn</a>	(T-(221)865 14 50 F-(221) 827 43 91
. Dr. Colette GESLIN	Conseiller Régional pour la PCIME/Malaria BASICS II WARO	VDN x Route du Front de Terre, BP.3746 Dakar	<a href="mailto:cgeslin@basics.sn">cgeslin@basics.sn</a> <a href="mailto:geslincolette@hotmail.com">geslincolette@hotmail.com</a>	T-(221)865 14 50 F-(221) 827 43 91
. Mme Niang Aissatou Wade	Conseiller Régional pour le Transfert Stratégique de l'Information (SET) BASICS II WARO	VDN x Route du Front de Terre, BP.3746 Dakar	<a href="mailto:awade@basics.sn">awade@basics.sn</a>	T-(221)865 14 50 F-(221) 827 43 91
. Mr. Amadou GUEYE	Région Médicale de Thiès			T-(221)951 36 79 F-(221) 951 53 74
. Dr. Aida TALL	Médecin Chef de District	District Sanitaire de Darou Mousty	<a href="mailto:aidatsall@hotmail.com">aidatsall@hotmail.com</a>	T - 969 81 04

**LISTE DES PARTICIPANTS / ATELIER DES ONGs SUR LA PCIME COMMUNAUTAIRE  
08 – 12 AVRIL 2002, SALLY – MBOUR.**

. Dr Amadou Touti Ndiaye	Médecin Chef District de Joal	Centre de Santé Joal, BP.15 Joal Fadiouth	<a href="mailto:touty@sentoo.sn">touty@sentoo.sn</a>	T-957 61 15 F- 957 61 88
. Dr Ibra Séne	DS Kafrine			946 10 04
. Dr Balla Mbacké Mboup	Médecin Chef District de Kébémér Superviseur Soins de Santé Primaire	BP.30 Sénégal	<a href="mailto:Ballambacke@hotmail.com">Ballambacke@hotmail.com</a>	T- 969 10 01 T - 634 01 76 F – 969 12 04
. Mr. Moussé Guèye	HPNO – USAID	District Sanitaire de Thiadiaye		
. Dr Matar Camara	USAID	Ngor	<a href="mailto:mcamara@usaid.gov">mcamara@usaid.gov</a>	869 61 00/823 66 80
. Dr Bradley BRAD	USAID	Ngor	<a href="mailto:bbradley@usaid.gov">bbradley@usaid.gov</a>	869 61 00/823 66 80
. Dr. . Mutombo Wa Mutombo	Conseiller en PEV – PATH	Rue 1 x Bld. De l'Est Point E – Dakar	<a href="mailto:mutombo@path.org">mutombo@path.org</a>	T-(221) 864 27 44 C- (221) 638 92 33
. Dr Isseu Touré	OMS/Sénégal	22 Blvd. Djily Mbaye Dakar	<a href="mailto:isseut@oms.sn">isseut@oms.sn</a>	637 86 53
. Mme Khady Wade Ndiaye	Technicienne Supérieure Santé – DNAN	Fenêtre Mermoz, Ancienne Piste – Dakar		860 31 98 (221) 648 38 73
. Pr. Guelaye Sall	Médecin Chef de DNAN	Fenêtre Mermoz, Ancienne Piste – Dakar	<a href="mailto:mgsall@hotmail.com">mgsall@hotmail.com</a> <a href="mailto:mgsall@ucad.sn">mgsall@ucad.sn</a>	T - 8603198 C- 6649124
. Mr. Amadou Sakhó	PANA / PRESSE	BP.4056 – Dakar	<a href="mailto:amadousakho@hotmail.com">amadousakho@hotmail.com</a>	T-(221)641 00 45 B-(221)8241410 D-(221)855 51 00
. Mme Khadiatou DIENG	PNR	BP.01 Dakar-Fann	<a href="mailto:diatou@sentoo.sn">diatou@sentoo.sn</a> <a href="mailto:jbriggs@msh.org">jbriggs@msh.org</a>	(221) 864 35 34 T - 703 5246575 F – 703 5247898
. Ms. Jane Briggs	Senior Program Associate RPM Plus – MSH	4301 North Fairfax Drive, Suite 400 Arlington, VA 22203 USA		
. Mr. Alfonso Contreras	BASICS/HQ	BASICS Washington, 1600 Wilson Bld, suite 300, Arlington VA-22209, USA	<a href="mailto:acontreras@basics.org">acontreras@basics.org</a>	
. Ms. Suzanne Prysor Jones	AED - Directrice SARA Project,	1825, Connecticut Avenue NW, Washington DC 20009	<a href="mailto:sprysor@aed.org">sprysor@aed.org</a>	T-(202)8848812 F-(202)8848447
. Dr. Emmanuel Wansi	Conseiller Technique PCIME-C BASICS /HQ	BASICS Washington, 1600 Wilson Bld, suite 300, Arlington VA-22209, USA	<a href="mailto:ewansi@basics.org">ewansi@basics.org</a>	T - 703 312 68 00 F – 703 312 69 00

**USA**

**LISTE DES PARTICIPANTS / ATELIER DES ONGs SUR LA PCIME COMMUNAUTAIRE  
08 – 12 AVRIL 2002, SALLY – MBOUR.**

	Dr. Armand Utshudi	Gérant des Programmes de Santé / Africare/HQ	14885 Ursula Court, Woodbridge, VA, USA	<a href="mailto:Autshudi@Africare.org">Autshudi@Africare.org</a> <a href="mailto:Autshudi@aol.com">Autshudi@aol.com</a>	F-202 387 1034 T-202 462 36 14
	Dr. Katherine Krasovec	Directeur Technique de la Nutrition - BASICS HQ	BASICS Washington, 1600 Wilson Bld, suite 300, Arlington VA-22209, USA	<a href="mailto:kkrasovec@basics.org">kkrasovec@basics.org</a>	T - 703 312 68 00 F – 703 312 69 00
	Ms. Waverly Rennie	Senior Technical Advisor	University Research Cooperation 7200 Wisconsin Ave, Suite 600 Bothesda, Maryland – 20814 USA	<a href="mailto:Waverlyr@hotmail.com">Waverlyr@hotmail.com</a> <a href="mailto:wrennie@urc-chs.com">wrennie@urc-chs.com</a>	T - (202)3207167 F-(301)9418427
	Dr. Eric Swedberg	Spécialiste en Survie de l'Enfant	54, Wilton Road, Westport, CT 06880	<a href="mailto:eswedber@savechildren.org">eswedber@savechildren.org</a>	T-203 221 4011 F-2032214056
	Ms. Boladji Fapohunda	Technical Officer	BASICS Washington, 1600 Wilson Bld, suite 300, Arlington VA-22209, USA	<a href="mailto:bfapohun@basics.org">bfapohun@basics.org</a>	T - 703 312 68 00 F – 703 312 69 00
	Dr. Remi Sogunro	Directeur Technique de la PCIME à BASICS Washington	BASICS Washington, 1600 Wilson Bld, suite 300, Arlington VA-22209, USA	<a href="mailto:rsogunro@basics.org">rsogunro@basics.org</a>	T - 703 312 68 00 F – 703 312 69 00
	Ms. Linette Walker	IMCI Coordinator, CORE Group	220 I St.Ne, Suite 270 Washington DC-20002	<a href="mailto:walker@worldvision.org">walker@worldvision.org</a>	202 608 1892
	Dr. Malick Diara	Directeur des Programmes Santé / AFRICARE	440, R. Street, NW Washington DC, 20001 USA	<a href="mailto:mdiaara@africare.org">mdiaara@africare.org</a>	T-(202) 328 5326 T - (202) 550 0222 F – (202) 4623614
	Pr Bakoé Bakonde	Professeur Agrégé de Pédiatrie Point Focal PCIME/Surveillance épidémiologique intégrée des maladies cibles du PEV	CHU Campus BP.30284 – Lomé – Togo	<a href="mailto:vbakond@tg.refer.org">vbakond@tg.refer.org</a>	228 2258248 - D 228 2254739 – S 228 9053909 – P
<b>TOGO</b>	Dr Koku Agbenowosi Assinyo	Médecin au CREDI	ONG CREDI – BP.80450 Lomé – Togo	<a href="mailto:assinyo@yahoo.fr">assinyo@yahoo.fr</a>	228 333 10 18 228 901 21 12
	Dr. Youssef Gamatié	Conseiller sous régional pour la PCIME – OMS Afrique de l'Ouest	BP.01 Abidjan 2494 Abidjan	<a href="mailto:gamatiy@yahoo.com">gamatiy@yahoo.com</a>	(225) 20 300456
<b>WHO AFRICA</b>	Dr Tigest Ketsela	Medical Officer, IMCI/WHO/AFRO	PO.BOX – 773, Belvedere Harare- Zimbabwe	<a href="mailto:ketselat@whoafr.org">ketselat@whoafr.org</a> <a href="mailto:tketsela@hotmail.com">tketsela@hotmail.com</a>	T - 263-4-706951, 70026 (cell phone – 091353767) F – 263-4 746127

**LISTE DES PARTICIPANTS / ATELIER DES ONGs SUR LA PCIME COMMUNAUTAIRE  
08 – 12 AVRIL 2002, SALY – MBOUR.**

<b>PERSONNE L DE SUPPORT BASICS II</b>	. Mme Coumba Diop Daffé	Regional Administration and Finance Manager BASICS II WARO	VDN x Route du Front de Terre, BP.3746 Dakar	<a href="mailto:cdaffe@basics.sn">cdaffe@basics.sn</a>	T-(221)865 14 50 F- (221) 827 43 91
	. Mlle Rokhaya Sembène	Office Manager BASICS II	VDN x Route du Front de Terre, BP.3746 Dakar	<a href="mailto:rokhaya@basics.sn">rokhaya@basics.sn</a>	T-(221)865 14 50 F- (221) 827 43 91
	. Mr. Mamadou Bâ	Regional Program Coordinator	VDN x Route du Front de Terre, BP.3746 Dakar	<a href="mailto:bamamadou@basics.sn">bamamadou@basics.sn</a>	T-(221)865 14 50 F- (221) 827 43 91
	. Mr. Emile Faye	Comptable à BASICS II WARO	VDN x Route du Front de Terre, BP.3746 Dakar	<a href="mailto:efaye@basics.sn">efaye@basics.sn</a>	T-(221)865 14 50 F- (221) 827 43 91
	. Mr. Serigne Diongue	Chauffeur – BASICS II WARO	VDN x Route du Front de Terre, BP.3746 Dakar		T-(221)865 14 50 F- (221) 827 43 91
	. Mr. Mamadou Ndiaye	Agent de Sécurité – BASICS II WARO	VDN x Route du Front de Terre, BP.3746 Dakar		
	. Mme Yilla Camara	Assistante Administrative	Allées Seydou Nourou Tall x Bld. de l'Est - BP.3746 Point E		
	. Mr. Soukalo Sanogo	Informaticien , Consultant à BASICS II WARO	VDN x Route du Front de Terre, BP.3746 Dakar		T – (221) 822 57 26 C – (221) 634 70 06
	. Mr. Ablaye Guéye	Chauffeur – BASICS II WARO	VDN x Route du Front de Terre, BP.3746 Dakar		T-(221)865 14 50 F- (221) 827 43 91
	. Mme Awa Bao Diop	Assistante Administrative Consultante à BASICS II WARO	VDN x Route du Front de Terre, BP.3746 Dakar	<a href="mailto:adiop@basics.sn">adiop@basics.sn</a>	T-(221)865 14 50 F- (221) 827 43 91
	. Mr. Hamady Tall	Head of Operations BASICS II WARO	VDN x Route du Front de Terre, BP.3746 Dakar	<a href="mailto:htall@basics.sn">htall@basics.sn</a>	T-(221)865 14 50 F- (221) 827 43 91
	. Mr. Alioune Fall	Rapporteur Général Consultant à BASICS II WARO	Villa 43 Fass Delorme		T – 649 84 80