

ATELIER INTER PAYS

PROGRAMME REGIONAL DE LUTTE CONTRE LE NOMA

- PLANS D'ACTION 2012 -

*Rôle et responsabilités des agents de santé
communautaire dans la lutte contre le noma*



14, 15 ET 16 NOVEMBRE 2011, OUIDAH (BENIN)

RAPPORT FINAL

Avec le soutien de



Table des matières

1. Introduction

- 1.1 Objectifs et résultats attendus de l'atelier
- 1.2 Participants et personnes ressources
- 1.3 Déroulement des travaux

2. Cérémonie d'ouverture

3. Comptes-rendus des travaux

- 3.1 Notes introductives et méthode de travail – OMS AFRO
- 3.2 Bilan activités 2011
 - 3.2.1 Actions de la Fondation Winds of Hope
 - 3.2.2 Relance du Programme Régional Noma – OMS AFRO
 - 3.2.3 Bilan activités et leçons tirées des pays
 - Bénin
 - Sénégal
 - Burkina Faso
 - Mali
 - Togo
 - Niger
 - 3.2.4 Discussions / synthèse
- 3.3 Stratégies de monitoring et de supervision
 - 3.3.1 Rappel, enjeux et études de cas
 - 3.3.2 Plénière / discussions
- 3.4 Rôle et responsabilités des agents de santé communautaire
 - 3.4.1 Position du problème et méthode de travail
 - 3.4.2 Situation dans les pays
 - 3.4.3 Plénière / discussions - Position Technique Commune
- 3.5 Pré-projets Plans d'action 2012

4. Conclusions et recommandations

5. Annexes

1. Introduction

Organisé par l'OMS (AFRO et WCO Bénin) en collaboration avec le Ministère de la Santé de la République du Bénin et la Fondation Winds of Hope, l'atelier inter-pays du Programme régional de lutte contre le noma s'est tenu du 14 au 16 novembre 2011 à Ouidah (Bénin). Le thème principal de cette rencontre portait sur le rôle et les responsabilités des agents de santé communautaire dans la lutte contre le noma.

Cet atelier avait pour objectif général d'intensifier la relance des activités de lutte contre le noma dans les 6 pays concernés par le programme régional noma que sont : le Niger, le Burkina-Faso, le Mali, le Sénégal, le Togo et le Bénin. Il faisait suite à la rencontre sous régionale de relance du programme tenu à Niamey (Niger) en décembre 2010. L'annonce de l'atelier comprenant les termes de référence se trouve en *Annexe 1* du présent rapport.

1.1. Objectifs et résultats attendus de l'atelier

Les objectifs spécifiques étaient :

1. Etablir un bilan critique exhaustif des activités menées et des résultats obtenus en 2011 dans les 6 pays.
2. Affiner les stratégies de monitoring et de supervision à développer dans les plans d'action 2012.
3. Echanger sur les expériences sur le rôle et les responsabilités dévolus aux agents de santé communautaire dans la lutte contre le noma.

Les résultats attendus étaient :

1. Les participants à l'atelier seront informés des avancées et des contraintes rencontrées sur le terrain par chaque pays.
2. Les participants à l'atelier seront en mesure d'intégrer dans leur plan d'action 2012 des activités de suivi et de supervision.
3. Une position commune sera adoptée par les participants sur le rôle et les responsabilités dévolus aux agents de santé communautaire dans la lutte contre le noma.

1.2. Participants et personnes ressources

Plus d'une vingtaine de personnes venues de 8 pays (Bénin, Burkina Faso, Congo, Mali, Niger, Sénégal, Suisse et Togo) ont pris part à cette rencontre. Les participants étaient des coordonnateurs nationaux de programme ou points focaux noma, des responsables des Maladies Non Transmissibles des Ministères de la Santé, des DPC / points focaux noma des Bureaux OMS pays et des acteurs de la société civile du Bénin intervenant dans la lutte contre le noma.

L'atelier a été présidé par le représentant du Coordonnateur du Programme National de lutte contre les Maladies Non Transmissibles (MNT) du Bénin (Dr Judith Segnon), et animé conjointement par l'OMS/AFRO (Dr Benoit Varenne) et le Directeur de Winds of Hope (Mr Philippe Rathle). Le secrétariat était assuré par l'OMS/AFRO et le Bureau OMS du Bénin.

La liste des participants et facilitateurs se trouve en *Annexe 2*.

1.3. Déroulement des travaux

Les travaux de cet atelier se sont déroulés en plusieurs sessions plénières alternées par des travaux de groupes pour les présentations et les échanges sur les bilans d'activités 2011, les outils de suivi et de supervision et le rôle des agents de santé communautaire.

Les travaux ont été organisés autour de trois grandes thématiques: le bilan des activités menées en 2011, les stratégies de monitoring et de supervision à développer dans les plans d'action 2012 et enfin le rôle et responsabilités des agents de santé communautaire dans la lutte contre le noma. A la fin du 3^e jour, les premières orientations des projets de plans d'action 2012 des pays ont été partagées. L'agenda des trois jours de l'atelier se trouve en *Annexe 3*.

Au terme de l'atelier, chaque participant a reçu un CD-ROM contenant les présentations, les documents préparatoires et les rapports journaliers.

2. Cérémonie d'ouverture

La cérémonie d'ouverture a été marquée par trois allocutions présidée par le Directeur National de la Santé Publique du Bénin, Représentant le Ministre de la Santé.

La première allocution fut celle du conseiller chargé de la lutte contre les maladies de l'OMS Bénin, qui au nom du Représentant résident de l'OMS au Bénin, a souhaité la bienvenue aux participants et a appelé les uns et les autres à toujours plus de mobilisation pour la lutte contre le Noma en Afrique. Il a mis l'accent sur l'importance de l'intégration de l'approche communautaire dans la lutte contre le noma.

A sa suite, le Directeur de la Fondation Winds of Hope (<http://www.windsofhope.org>) basée à Lausanne en Suisse, a présenté les actions de la Fondation. Il a rappelé que Winds of Hope, intervenait et finançait des projets dans huit pays d'Afrique parmi lesquels les six pays présents à cet atelier plus la République Démocratique du Congo et la Guinée Bissau. Il a souligné que la Fondation avait pour mission de mobiliser des ressources pour le financement des plans d'actions nationaux de lutte contre le Noma des Ministères de la Santé via la coordination de l'OMS mais aussi des actions réalisées par des ONG dans les pays bénéficiaires. Le Directeur de la Fondation Winds of Hope a insisté sur la gouvernance de la Fondation qui consacre la totalité des fonds issus de donations individuelles aux interventions de terrain. Les budgets mobilisés auprès de partenaires institutionnels sont consacrés eux au coût de fonctionnement et à l'organisation annuelle d'une rencontre regroupant l'ensemble des organisations œuvrant pour la lutte contre le noma au sein de la Fédération No-noma (<http://www.nonoma.org>).

Le Directeur National de la Santé Publique du Bénin, Représentant le Ministre de la Santé, a procédé ensuite, au lancement officiel des travaux de l'atelier du Programme régional de lutte contre le noma sur le thème « Rôle et responsabilités de l'agent de santé communautaire ». Dans son allocution, il a rappelé les conséquences de la maladie et l'urgence des actions de prévention, et mis l'accent sur l'importance que le Gouvernement Béninois accordait à la santé orale en général et à la lutte contre le Noma en particulier.

Une photo de groupe a suivi cette cérémonie officielle (page de couverture).

3. Comptes-rendus des travaux

3.1. Notes introductives et méthode de travail

Après les informations administratives et sécuritaires annoncées par la Présidente de l'atelier, le point focal régional en Santé Orale OMS AFRO a présenté les lignes directrices, les objectifs, les résultats attendus, l'agenda et la méthode de travail (*Annexe 4*).

Le Dr Benoit Varenne a ensuite rappelé que la relance du Programme Régional noma devait se faire à partir d'approches innovantes, efficaces et intégrées. Les plans d'action nationaux techniques et financiers 2011 avaient été structurés en 5 composantes principales et reposaient sur une approche basée sur les résultats.

Les composantes des plans d'action 2011 étaient les suivantes :

1. Renforcement et développement des capacités
2. Détection précoce des cas et soins immédiats
3. Sensibilisation et mobilisation sociale
4. Développement de matériels de formation et d'éducation
5. Coordination et suivi évaluation

A noter dès à présent que les composantes seront légèrement réaménagées dans le canevas des plans d'action 2012. La composante 1 sera intitulée « *Renforcement et développement des capacités du personnel médical* ». Elle intégrera toutes les activités de renforcement des capacités (formation et de supervision) qui s'adressent au personnel de santé (Médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, sages-femmes, accoucheuse villageoise, personnel des CREN,...). La composante 2 sera intitulée « *Renforcement et développement des capacités au niveau communautaire* ». Elle comprend l'ensemble des activités de renforcement des capacités (formation et supervision) des personnes identifiées au niveau communautaire (Agents de santé communautaires, représentants du milieu associatif, chefs coutumiers,...). Les autres composantes restent inchangées.

Concernant les prochaines étapes, le Dr Varenne a poursuivi en présentant le plan de suivi de l'atelier. A court terme, il s'agira de compiler et diffuser le bilan des activités et résultats réalisés en 2011 (rapport de l'atelier), de valider puis de mettre en œuvre le plan d'action 2012 de chacun des pays. A moyen terme, il s'agira d'assurer le monitoring des plans d'action 2012 et le suivi/évaluation

des activités des pays sur le terrain. Enfin d'ici à une année, un nouvel atelier inter pays devrait être organisé.

L'agenda de l'atelier a été adopté à l'issue de cette première session. Le Bénin et le Mali ont été désigné rapporteur de J1, le Sénégal et le Niger de J2, le Burkina et le Togo de J3.

Le tour de table qui a suivi a permis à chaque participant de se présenter.

3.2. Bilan activités 2011

NB : Certaines présentations qui ont été faites pendant l'atelier se trouvent en *Annexe* du présent rapport.

3.2.1. Actions de la Fondation Winds of Hope

Mr Philippe Rathle, Directeur de la Fondation Winds of Hope, a pris la parole pour expliquer aux participants la contribution de Winds of Hope à la lutte contre le noma dans la Région Africaine (*Annexe 5*).

Il a d'abord fait un bref rappel de la création de la Fondation en 1999 à l'initiative de Bertrand Piccard et Brian Jones, puis son implication dans la lutte contre le noma.

Mr Rathle a saisi l'occasion pour rappeler les activités entreprises pour soutenir la lutte contre le noma en Afrique dans le cadre du partenariat signé avec l'OMS/AFRO en 2003. Depuis 2004, cet accord permet de financer en priorité des activités liées à la prévention et la formation des agents de santé dans six pays (Bénin, Burkina Faso, Mali, Niger, Sénégal, Togo). En 10 ans, 1 150 000 Euros ont été ainsi attribués à la lutte contre le noma dans la Région Africaine.

Mr Rathle a aussi évoqué l'organisation de la table ronde annuelle par la Fédération No Noma, la tenue du Noma Day en 2008 qui a permis de récolter 700 000 euros de dons, et l'appui de la Fondation aux ONG dans différents pays africains pour un montant total équivalant également à 1 150 000 Euros depuis 2001.

En terminant son intervention, il a réitéré le soutien de la fondation à la lutte contre le noma par le biais notamment du nouvel accord de partenariat qui a été signé avec l'OMS/AFRO le 1^{er} octobre 2010.

3.2.2. La relance du Programme Régional Noma – WHO AFRO

Le Dr Benoit Varenne a rappelé les grandes étapes de relance du programme régional noma depuis octobre 2010 : (*Annexe 5*)

- Décembre 2010 : Atelier inter pays de relance du programme
- Janvier – Avril 2011 : Finalisation et validation des plans d'action nationaux 2011
- Avril – Novembre 2011 : Suivi / monitoring de la mise en œuvre des activités dans les pays

Depuis la relance du programme régional en octobre 2010, le Dr Benoit Varenne s'est rendu dans les 6 pays impliqués avec pour objectifs principaux de réaliser un plaidoyer auprès des autorités et d'organiser des séances de travail avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre le noma.

Le tableau ci-dessous présente pour chaque pays les montants en Dollars US alloués aux pays (plan d'action et appui bureau OMS). L'avant dernière colonne de droite montre le % du budget alloué par rapport à la demande initiale des pays avant validation du plan. La dernière colonne de droite précise la date de mise à disposition des fonds par l'OMS/AFRO au pays.

	Budget alloué Plan d'Action	Budget alloué Bureaux Pays	TOTAL BUDGET 2011 (USD)	% BUDGET ACCORDÉ	DISPO FONDS
NIGER	\$ 105,000	\$ 5,250	\$ 110,250	77,9	11-avr-11
BENIN	\$ 85,000	\$ 4,200	\$ 89,200	72,7	11-avr-11
SENEGAL	\$ 59,300	\$ 3,000	\$ 62,300	59,3	11-avr-11
MALI	\$ 42,000	\$ 2,100	\$ 44,100	38,8	4-mai-11
TOGO	\$ 51,350	\$ 2,500	\$ 53,850	57,0	4-mai-11
BURKINA FASO	\$ 35,000	\$ 2,000	\$ 37,000	25,0	3-juin-11
TOTAL	\$ 377,650	\$ 19,050	\$ 396,700		

Le Dr Benoit Varenne a ensuite expliqué et ce malgré les contraintes relevées, que le taux de mise en œuvre moyen des plans d'action 2011 était acceptable à ce jour (mi novembre) et se situait entre 70 % et 75 %.

Il a ensuite rappelé que de nombreux défis attendent les pays, notamment dans les domaines ci-après: les délais dans la finalisation des Plans d'action, le nombre d'activités planifiées (souvent trop nombreuses), les lignes directrices peu suivies en particulier en terme de définitions d'indicateurs, les retards dans la disponibilité des fonds entre les bureaux OMS pays et les Ministères de la santé des pays liés à la mise en place d'un nouveau système de gestion. Les délais trop importants dans la transmission des rapports techniques et financiers a été aussi relevé comme un problème important.

En matière de perspectives, le Dr Benoit Varenne a voulu insister sur quelques points qui doivent contribuer à améliorer la qualité du travail en cours :

1. Renforcer le monitoring des plans d'action et la supervisions des activités
2. Travailler sur les contenus des programmes de formation et des messages de sensibilisation
3. Rechercher des stratégies pour développer la surveillance épidémiologique intégrée
4. Concrétiser les collaborations avec les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles et les programmes des maladies tropicales négligées
5. Progresser sur des stratégies efficaces et communes sur les 6 pays
6. Etendre le Programme à d'autres pays

7. Recherche de nouveaux partenaires techniques et financiers en appui au programme régional noma
8. Ajuster l'accord de partenariat OMS/AFRO – WoH pour les années à venir.

Il a conclu en évoquant l'étude préliminaire de Mr Jean Ziegler du Comité des Nations Unis pour les droits de l'homme et l'accès à la nourriture qui porte sur la relation qu'il existe entre les problèmes de nutrition et la survenue du noma. Elle analyse plus spécifiquement la relation qu'il existe entre malnutrition, le noma (en tant qu'exemple) et les droits humains des enfants. Cette étude a été réalisée par une équipe du Comité des Nations Unis pour les droits de l'homme et l'accès à la nourriture. Elle sera soumise aux votes des Nations Unis en mars 2012 avec pour but l'amélioration de la protection des enfants malnutris. Cette étude pourrait contribuer significativement à une meilleure reconnaissance du noma au niveau international.

3.2.3. Bilans d'activités 2011 et leçons tirées des pays

Les principales réalisations de chaque pays en matière de prévention et lutte contre le noma en 2011 sont résumées ci-dessous.

BENIN

Le Dr Armande Gandjeto a présenté le bilan d'activités suivant :

L'objectif général du programme est de réduire la morbidité et la mortalité dues au Noma en République du Bénin

Les Objectifs spécifiques :

1. Amener d'ici à 2015 au moins 50% des mères d'enfants de moins de 6 ans à assurer une hygiène bucco-dentaire adéquate à leurs enfants.
2. Amener d'ici à 2015 au moins 30% des mères d'enfants de moins de 6 ans à assurer une alimentation équilibrée à leurs enfants.
3. Assurer la prise en charge correcte de 50% des cas de Noma détectés, à partir de 2015

COMPOSANTE 1 / OBJECTIF SPECIFIQUE 1 : Renforcement et développement des capacités

Au cours des mois de mai à juillet 2011, des acteurs de la santé dans les départements du Borgou-Alibori, Atacora-Donga, Zou-Collines et du Mono-Couffo ont été formés sur la lutte contre le Noma. Au cours de la formation des plans de surveillance du Noma et d'IEC sur le dépistage, les manifestations et la prévention du Noma ont été élaborés. Une supervision conjointe a été organisée par le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT) du 24 octobre au 11 novembre 2011.

Les structures ci-après ont bénéficié de la visite de l'équipe de supervision :

- CHD du Mono-Couffo, CHD Goho
- Hôpitaux de zone: Papanè, Tanguieta et Covè

Elles concernent les zones sanitaires suivantes : Tchaourou, Parakou-N'Dali, Covè-Zangnanado-Ouinhi, Lokossa-Athiémé, Tanguieta-Cobly-Matéri et les Centres de santé de Sirarou, N'Dali et

Ouénou (Commune de N'Dali), de Zongo2, Kpébié, Bani kanni et Parakou centre (Parakou), de Bohicon, Lokossa

Centres de promotion sociale de Tchaourou, Parakou 1 et 2, Natitingou.

Au total, 200 agents paramédicaux, 120 relais communautaires, 60 Enseignants de l'école primaire, 80 médecins-chefs de centre de santé et coordonnateurs de zones sanitaires et 30 associations féminines ont été formés sur le dépistage et la prise en charge précoce du Noma dans huit départements du Bénin.

COMPOSANTE 2 / OBJECTIF SPECIFIQUE 2 : Détection précoce des cas et soins médicaux

Une tournée foraine de dépistage et de soins pour les cas de Noma et les affections bucco-dentaires a été organisée dans les départements cibles et 540 personnes ont été touchées. De même, les médicaments pour le PEC du Noma et des affections bucco-dentaires ont été mis à la disposition des équipes soignantes. Par contre les centres de récupération nutritionnelle du Bénin n'ont pas encore bénéficié des activités.

COMPOSANTE 3 / OBJECTIF SPECIFIQUE 3 : Sensibilisation et mobilisation sociale

Il est à noter qu'un spot de sensibilisation radiotélévisée sur le Noma a été réalisé. Deux émissions de sensibilisation sur les télévisions nationales et 8 émissions sur les radios de proximité sur le Noma vont être réalisées.

COMPOSANTE 4 / OBJECTIF SPECIFIQUE 4 : Elaboration de matériels de formation et d'éducation

En ce qui concerne cette composante, 1 000 livrets, 500 manuels de formation des paramédicaux, des médecins, 2 000 dépliants et 500 boîtes à images de sensibilisation sur le Noma ont ou sont en cours de reproduction. Des fournitures de bureau ont été achetées pour le bureau du point focal Noma.

COMPOSANTE 5 / OBJECTIF SPECIFIQUE 5 : Surveillance épidémiologique

Cette composante prévoit la collecte des données du Noma par les services dentaires à l'aide d'une fiche de collecte et envoyées au point focal mensuellement. Il vous relever que cette activité est partielle exécuté à ce jour.

COMPOSANTE 6 / OBJECTIF SPECIFIQUE 6 : Coordination du programme / des activités

Deux supervisions intégrées sont programmées par an dans les services dentaires publics, privés et confessionnels du pays. Pour réalisés cela, 4 outils ont été utilisés au cours de la supervision dont une grille d'évaluation des connaissances théoriques sur le Noma (tous les acteurs), un guide d'entretien sur la prévention et la prise en charge du Noma (agents de santé), une fiche d'évaluation du système de surveillance épidémiologique du Noma (Responsables de santé) et enfin un guide d'entretien pour les relais communautaires. Les données collectées dans ce cadre sont en cours d'analyse.

Pour conclure le bilan d'activités du Bénin, le Dr Gandjeto a évoqué les problèmes rencontrés, les défis à relever et les perspectives.

Les principaux problèmes observés au cours de l'année grâce aux supervisions ont été recensés :

- Insuffisance de maîtrise de la population cible et des manifestations précoces du Noma
- Pas de recherche systématique du Noma lors de l'examen physique de l'enfant
- Méconnaissance des mesures de prévention du Noma dans la communauté
- Non identification des structures de prise en charge du Noma
- Système de surveillance épidémiologique du Noma incomplet et non explicite à tous les acteurs

En ce qui concerne les défis qui restent à relever :

- Motivation des ASC
- Prise en charge des malades détectés (les soins)
- Prise en charge nutritionnelle
- Prise en charge psychologique
- Prise en charge des séquelles
- Réinsertion sociale

Il est aussi à noter que ces activités ont permis la détection précoce de plusieurs cas au stade 1,2 et 3.

En matière de perspectives, le Dr Gandjeto appelle à une implication plus forte des ONG dans la lutte contre le Noma, à une intensification des campagnes de sensibilisation et de mobilisation sociale, à une intensification de la détection précoce des cas et à la poursuite du renforcement des Capacités du Personnel de Santé et des ASC.

SENEGAL

Le Pr Daouda Faye a présenté le bilan d'activités suivant :

COMPOSANTE 1 / OBJECTIF SPECIFIQUE 1 : Renforcement et développement des capacités

Les activités qui ont été menées consistent à des conseils et sensibilisation sur le brossage, la bonne alimentation et une nutrition équilibrée et le rappel de vaccination. Elles font partie du paquet d'activités du personnel paramédical des régions de Louga et de Tambacounda. Dans ce cadre 90 infirmiers et 30 sages-femmes ont été formés en promotion et prévention sur noma.

La détection des ulcérations et gingivites nécrosantes est réalisée par le personnel communautaire et les tradipraticiens des régions de Louga et de Tambacounda. Dans ce cadre, 100 ASC et 20 tradipraticiens ont été formés. De plus, 20 chirurgiens dentistes ont été formés afin qu'ils assurent des soins médicamenteux et chirurgicaux dans el cadre du programme noma.

COMPOSANTE 2 / OBJECTIF SPECIFIQUE 2 : Détection précoce des cas et soins médicaux

La réduction des complications et de la mortalité liées au noma est un résultat attendu pour cette composante. Ces activités de détection précoce et de prise en charge doivent être assurées par le personnel paramédical et communautaire. Toutes ces activités sont en cours de réalisation.

COMPOSANTE 3 / OBJECTIF SPECIFIQUE 3 : Sensibilisation et mobilisation sociale

Un volet prévoit que la lutte contre le noma est prise en compte au niveau des écoles (curricula de formation) et des familles (contrôle de l'hygiène de l'alimentation et des rappels de vaccination des enfants). Les enseignants, maitres coraniques ayant intégré le noma comme sujet de sensibilisation, les mères de famille appliquant les mesures préventives de lutte contre le noma et les chirurgiens dentistes ayant utilisé une radio communautaire sont les cibles et à la fois les indicateurs qui permettront d'évaluer ces activités actuellement en cours de réalisation.

COMPOSANTE 4 / OBJECTIF SPECIFIQUE 4 : Elaboration de matériels de formation et d'éducation

Neuf sessions de sensibilisation réalisées grâce au matériel de sensibilisation développé et 9 séances de formation réalisées grâce au matériel de formation ont été réalisées à ce jour.

COMPOSANTE 5 / OBJECTIF SPECIFIQUE 5: Coordination du programme / des activités

Globalement, la coordination et le suivi évaluation ont été améliorés grâce à la promptitude et à la complétude des rapports d'activités. De même il faut noter une régularité dans les supervisions et les réunions de coordination

BURKINA FASO

Le Dr Jocelyne Garé a présenté le bilan d'activités suivant :

Elle a souhaité rappeler que le budget alloué au plan d'action du Burkina pour cette année 2011 était de seulement 16.000.000 FCFA.

COMPOSANTE 1 / OBJECTIF SPECIFIQUE 1 : Renforcement et développement des capacités

Suite à des dissensions intervenues concernant le rôle dévolu aux ASC entre la Fondation Winds of Hope et la coordination du programme noma au Burkina, le financement de la composante 1 du plan d'action avait été suspendu.

COMPOSANTE 2 / OBJECTIF SPECIFIQUE 2 : Détection précoce des cas et soins médicaux

La plupart des activités programmées dans cette composante sont en cours de réalisation. Parmi celles-ci notons :

- La prise en charge des cas de gingivites au niveau des CSPS de la région du centre ouest
- L'élaboration et la validation des algorithmes pour la prise en charge des gingivites
- la dotation des CSPS disposant d'un agent de santé formé en consommable et médicaments pour la prise en charge des gingivites dans la région du centre ouest

- La mise en place d'un fonds pour la prise en charge des gingivites et ulcérations buccales des enfants malnutris du centre ouest.

Le Dr Garé a expliqué que la prise en charge des cas de noma évolutif et séquellaire était assurée par les ONG. Ces dernières bénéficient d'un appui technique dans le cadre de la prise en charge médicale des cas de noma et l'organisation des missions chirurgicales.

L'organisation d'un atelier d'échanges d'expériences et de planification de la recherche active des cas de noma n'est pas encore réalisée.

COMPOSANTE 3 / OBJECTIF SPECIFIQUE 3 : Sensibilisation et mobilisation sociale

L'élaboration d'un plan intégré de communication de santé bucco-dentaire et de lutte contre le noma est en cours de réalisation. L'acquisition d'un ordinateur portable et d'un data show pour les activités de formation et de sensibilisation sur la santé bucco-dentaire et le noma est aussi en cours.

La traduction et l'adaptation des messages validés dans 3 langues nationales et la tenue d'une journée de plaidoyer des leaders politiques et religieux sur la santé bucco-dentaire et le noma ne sont pas encore réalisées.

COMPOSANTE 4 / OBJECTIF SPECIFIQUE 4 : Elaboration de matériels de formation et d'éducation

Les outils de formation, d'information, de gestion, et de supervision sur la santé bucco-dentaire et le noma pour les prestataires de soins et les ASC ont été élaborés grâce à la tenue d'un atelier de concertation pour la révision et le développement des supports de formation et des matériels IEC/CCC. Il reste maintenant à valider les supports de formation et d'information et à élaborer les directives et une grille de supervision des prestataires de soins et ASC formés.

COMPOSANTE 5 / OBJECTIF SPECIFIQUE 5 : Surveillance épidémiologique

Cette composante qui a pour finalité l'intégration des indicateurs essentiels de santé bucco-dentaire y compris le noma dans le SNIS est en cours de réalisation. Des supports de collecte de données essentiels sont actuellement en cours de finalisation dans le domaine.

COMPOSANTE 6 / OBJECTIF SPECIFIQUE 5 : Coordination du programme / des activités

Cette composante doit contribuer au renforcement de la collaboration et du partenariat avec les ONG et associations intervenant dans le domaine de la santé bucco-dentaire et le noma .

Deux réunions de concertation des partenaires impliqués dans la santé bucco-dentaire et le noma sont programmées mais non encore réalisées.

A ce jour un certain nombre de rapports d'évaluation et de supervision des activités liées au PNLN sont en cours de finalisation. Des supervisions sont programmées sur le terrain d'ici à la fin de l'année.

En conclusion le Dr garé a insisté sur les points suivants:

- Adoption tardive du plan d'action 2011
- Lourdeurs administratives des procédures de déblocage de fonds (octobre 2011)
- Insuffisance d'échange d'information avec certaines ONG
- Nécessité d'adopter les plans d'actions très tôt
- Nécessité de rencontres périodiques avec les ONG et les associations

En guise de conclusion et de perspectives :

- Finalisation, adoption et multiplication des nouveaux documents (formation, recyclage des agents de santé et sensibilisation des autres acteurs)
- l'utilisation rationnelle du personnel de santé et de toutes ressources humaines disponibles sur le terrain pour renforcer la sensibilisation (activités de proximité)
- L'intégration des activités aux autres programmes existants (MNT, MTN, PCIME, Nutrition, sante scolaire et jeunes...)
- Renforcement du programme dans le domaine de la surveillance épidémiologique intégrée
- Renforcement de la coordination et le suivi supervision des différents acteurs formés
- Renforcement de la coordination des interventions des différents partenaires (développement de partenariat pour de meilleurs résultats)

MALI

Le Dr Nazoum JP Diarra résume ainsi les activités menées en 2011 :

Le Budget alloué au plan d'action 2011 s'établit à 20.000.000 FCFA

COMPOSANTE 1 / OBJECTIF SPECIFIQUE 1 : Renforcement et développement des capacités

La formation des prestataires de 21 districts des 4 régions du nord (Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal) à la prise en charge des affections bucco-dentaires y compris le Noma est programmée pour la fin de l'année (Fin novembre et décembre 2011)

COMPOSANTE 5 / OBJECTIF SPECIFIQUE 5: Coordination du programme / des activités

Les activités suivantes sont toutes en cours de réalisations :

- Elaboration des directives de prise en charge des affections bucco-dentaires et noma
- Validation des directives de prise en charge des affections bucco-dentaires et noma

Trois réunions de coordination ont été réalisées courant 2011. Le bilan des activités 2003-2010 et le PO de 2011 ont été finalisés et diffusés. Enfin, en matière de suivi/évaluation, il faut noter l'élaboration d'un guide de supervision.

Les leçons tirées en 2011 par la délégation (Dr Nazoum et Dr Baba Diallo) du Mali se résument ainsi :

- Insuffisance de ressources financières
- Difficulté de mobilisation des ressources de l'état (procédures lourdes)
- Lenteur dans la nomination d'un coordinateur de programme

- La lourdeur administrative dans le déblocage des ressources allouées
- Insuffisance de ressources financières
- Difficulté de mobilisation des ressources de l'état (procédures lourdes)

Ils informent aussi qu'un document de politique nationale et plan stratégique 2012-2016 intégrant le plan Santé bucco-dentaire et noma est élaboré et sera soumis au gouvernement malien pour adoption dans les prochaines semaines.

En conclusion, le Dr nazoum met l'accent sur les points suivants :

- Poursuivre la formation du personnel, des guérisseurs et des relais
- Elaborer et mettre en œuvre le plan de communication
- Etendre l'enseignement des leçons modèles aux autres écoles
- Renforcer la collaboration entre les différents intervenants
- Aboutir à la nomination d'un coordinateur de programme santé bucco-dentaire et noma dans les prochaines semaines.

NIGER

Dr Oumarou Djibo a passé en revue les principales réalisations de son pays au cours de 2011. Sa présentation est en Annexe du présent rapport :

COMPOSANTE 1 / OBJECTIF SPECIFIQUE 1 : Renforcement et développement des capacités

Un tableau résume les principales activités réalisées à ce jour :

COMPOSANTES (1)	Activités prévues PAA 2011 (2)	Nbre activités réalisées 2011 (3)	Nbre activités en cours 2011 (4)	Nbre activités non réalisées 2011(5)	Taux brut de réalisation 2011 (6)=(3+4)/(2)
1. Renforcement et développement des capacités	8	6	1	1	87,5 %
2. Détection précoce des cas soins médicaux	6	2	2	2	66,66 %
3. Sensibilisation et mobilisation sociale	3	1	2	0	100 %
4. Elaboration de matériels de formation et d'éducation	3	1	2	0	100%
5. Surveillance épidémiologique	2	2	0	0	100 %
6. Coordination du programme / des activités	7	3	2	2	71,42 %
Total	27	13	9	5	81,48 %

Un total de 150 agents de santé a été formé pour les régions de MARADI ET TILLABERI. Des questionnaires / tests ont été testés puis appliqués au cours de ces formations. Des supervisions post formation se sont tenues et ont pu apporter des informations importantes pour améliorer les

résultats en matière de connaissances et de compétences des agents formés. Le récapitulatif des activités de formation des cadres de santé et de sensibilisation d'autres acteurs réalisées par le MS et les ONG est présenté dans le tableau suivant :

Activités Années	Nombre d'agents de santé formés	Nombre d'autres acteurs sensibilisés/ formés	Sources de financement	Observations(DRSP ET Districts Sanitaires concernés)
2011*	150	7995	OMS/WINDS OF HOPE/ONGs	MARADI, TAHOUA, TILLABERI ET ZINDER

COMPOSANTE 2 / OBJECTIF SPECIFIQUE 2 : Détection précoce des cas et soins médicaux

Activités Années	Nombre de cas de Noma recensés	Nombre d'enfants internés/ ONG	Nombre d'enfants opérés		Nombre d'enfants ayant bénéficié de la réinsertion sociale	Observations
			Au Niger*	A l'étranger		FINANCEMENT: ONGs OMS/AFRO (WINDS OF HOPES)
2011*	85	685	23	4	25	

COMPOSANTE 5 / OBJECTIF SPECIFIQUE 6: Coordination du programme / des activités

A noter qu'un ensemble d'activités a été mené dans le cadre de cette composante :

- Activités effectuées conjointement avec les ONG intervenant dans les régions concernées;
- Echange régulier de correspondances entre le PNLN et ses partenaires (OMS, Winds of Hope, ONG);
- Visites des centres d'accueil des ONG;
- Visites des malades lors des missions chirurgicales organisées par les ONG en collaboration avec d'autres partenaires;
- Participation du coordonnateur à l'AG et la 10^{ème} Table ronde de la Fédération Internationale NoNOMA à Ferney Voltaire en France en octobre 2011.

Le Dr Oumarou Djibo a ensuite évoqué les leçons tirées de cette période d'activités :

- L'appui financier indispensable de la Fondation WINDS OF HOPE
- La disponibilité et l'assistance technique de l'OMS (AFRO et Niger);
- Le partenariat avec les ONG : Sentinelles, Hilfsaktion Noma et Campaner,
- L'implication des responsables régionaux et départementaux de la santé ;
- La formation en deux (02) jours avec des tests avant et après la formation;
- L'organisation d'une supervision post formation des agents sur leurs lieux de travail quotidien;

- L'organisation des séances de dépistage des affections bucco-dentaires et le Noma dans les CRENI des Hôpitaux de Districts des Départements;

D'après lui de nombreuses difficultés et contraintes demeurent et en particulier :

- L'élaboration des PAA à tous les niveaux et leur évaluation(ONG)
- Le retard dans la mise à disponibilité des fonds au niveau du PNLN
- Un appui au fonctionnement du PNLN;
- Le parc auto du PNLN et son entretien (véhicule datant de 2001 souvent en panne);
- La disponibilité des affiches type OMS/AFRO pour la sensibilisation sur le Noma.

Pour conclure sa présentation le Dr Oumarou Djibo à lister les perspectives dans le cadre de la relance de ses activités et il compte orienter ses efforts vers:

- Le renforcement des compétences des agents de santé (formation et supervision) et les autres acteurs intervenant dans la lutte contre le Noma (matrones, femmes relais utilisées dans le cadre de la promotion des bonnes pratiques familiales, Tradipraticiens, les leaders religieux, les chefs coutumiers et/ou traditionnels...);
- L'intensification des activités de proximité envers les communautés rurales à travers la sensibilisation ;
- La disponibilité des supports de formation et de sensibilisation selon les groupes cibles ;
- La surveillance épidémiologique à travers la collecte et la centralisation des données ;
- La coordination des activités par le PNLN et le suivi /évaluation.

TOGO

Le Dr Pierre Jimongou a présenté les principales réalisations pour 2011.

Il a tout d'abord voulu rappeler que la finalisation et la validation du plan avait eu lieu fin avril 2011 et que les premiers fonds été parvenus à son service au début du 2ème semestre de l'année.

Le tableau suivant résume les activités réalisées :

Activités	Montant prévu	Montant dépensé	Date de réalisation	Observations
Manuels de formation mis à jour	1 650 850	1 650 850	25 juillet au 12 août	
Manuels de formation imprimés	900 000	900 000	29 août 2011	
100 émissions radio et 8 télévisées réalisées dans 30 districts sanitaires	2 960 000	2 960 000	24 juillet 2011	
Coordination du programme renforcée	1 295 000	1 360 500	18 Juillet 2011	L'augmentation du prix du carburant explique la différence
Total	6 782 850	6 827 050		

Le Dr Jimongou a estimé qu'avec le niveau actuel de mise en œuvre du plan d'action 2011, il n'y avait pas assez de recul pour apprécier les indicateurs. Il est intervenu ensuite sur les difficultés et les contraintes rencontrées et en particulier le démarrage tardif des activités (juillet 2011), l'insuffisance de ressources humaines à la coordination et les problèmes d'entretien du véhicule de coordination.

Il a ensuite relevé un ensemble de défis et de succès.

En matière de défis :

- Prise en charge des cas de noma évolutif
- Transport des malades du village d'origine au centre de santé,
- Problèmes de prise en charge psychologique des parents et des enfants dépistés
- Problèmes de prise en charge nutritionnelle des malades
- Problèmes de prise en charge des séquelles
- Problèmes de chirurgie réparatrice
- Problèmes de réinsertion sociale
- Problèmes de motivation des ASC

En matière de succès :

- Les activités de sensibilisation et de mobilisation sociale sont réalisées dans les districts sanitaires
- Les Supports de mobilisation sociale disponibles
- Des séances de sensibilisation sur le noma et ses conséquences sont organisées sur les radios de proximité et dans les formations sanitaires (dans les régions Savanes, Kara et Centrales)
- Les manuels de formation ont été mis à jour et sont disponibles
- Les écoles de formation du personnel de santé ont intégré le noma dans leur programme formation
- La formation de plus de 210 agents de santé des régions des Savanes, de la Kara et Centrale
- Des formateurs centraux et régionaux existent
- Les ASC des trois régions sont formés sur le noma et la recherche des cas
- Intégration du noma dans le plan stratégique de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) est un fait et l'intégration des maladies bucco-dentaires y compris le noma dans le plan stratégique de lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) aussi.

Pour conclure son intervention, le Dr Pierre Jimongou à évoquer les perspectives liées à son programme :

- Impliquer davantage les ONG/Associations locales dans la sensibilisation, l'accueil et la réinsertion sociale des cas
- Intensifier les campagnes de sensibilisation et de mobilisation sociale
- Intensifier la détection précoce des cas l'administration rapide des soins
- Poursuivre le renforcement des capacités du personnel de santé par:
 - des supervisions formatives des agents formés
 - La formation des agents nouvellement affectés
 - La formation des ASC
- L'organisation du plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires à la lutte contre le noma

- L'élaboration du plan d'action 2012

3.2.4 Discussions / synthèse

Il ressort de toutes ces présentations que des avancées remarquables ont été faites mais qu'en même temps de nombreuses difficultés subsistent. La finalisation et la mise à disposition tardive des fonds ont été souvent mis en avant. Un manque de volonté politique des états par endroit a été aussi souligné. Des débats constructifs ont suivi ces présentations. Les perspectives vont de la poursuite des actions pour certains à la consolidation des acquis pour d'autres tout ceci prenant appui sur le partage d'expériences. Il a été rappelé que les composantes qui constituent l'ossature des plans d'action sont identiques pour tous les pays.

Le Dr Benoit Varenne et Mr Philippe Rathle ont effectué une synthèse des bilans présentés durant cette première journée. Ces points peuvent se résumer comme suit :

Les pays ont montré d'importants progrès réalisés notamment dans la définition d'indicateurs de suivi et la collecte des informations. Il faut poursuivre dans cette voie. En matière de supervision, des lacunes importantes ont été relevées. C'est un volet à développer et qui sera abordé dans la seconde partie du programme de l'atelier.

Les difficultés rencontrées ont porté en grande partie sur les retards accusés dans la finalisation des plans et la mobilisation des ressources financières. Les pays doivent pouvoir s'engager et respecter un calendrier prévisionnel.

Il a par ailleurs été souligné :

- Sur la forme, la nécessité d'avoir un canevas pour harmoniser les présentations des pays afin de rendre plus facilement comparable les bilans. Le modèle de présentation du Niger et du Bénin ont été particulièrement apprécié alliant tableaux avec chiffres, photos illustrant les activités sur le terrain et mis en avant des points forts mais aussi des points faibles ;
- En matière de collecte et d'analyse de l'information. Il a été noté de grandes différences entre les pays dans la qualité des indicateurs de processus, de résultats et d'impacts. Nécessité d'harmoniser cela. L'importance à accorder à la cartographie dans l'analyse et l'interprétation des données collectées en particulier l'information sur le nombre de personnel formé et les régions ou département concernés par ces formations. Des contacts doivent être pris avec les services techniques des Ministères pour obtenir un appui dans ce domaine ;
- La nécessité d'obtenir une convergence dans les approches méthodologiques ;
- La nécessité de promouvoir des approches innovantes en s'appuyant sur les réalités locales. Ainsi l'approche communautaire a déjà souvent identifiée comme une approche prioritaire que se soit dans le domaine des médias que de la formation des ASC. Les formations en direction des ASC devront s'orienter sur les facteurs de risques tels la nutrition et l'hygiène. La formation de groupes tels les tradipraticiens peut s'avérer particulièrement pertinente dans certains contextes (ex du Niger). L'intégration d'un dépistage lors des JNV est aussi une approche à développer. Les journées de vaccination sont une occasion pour dépister et sensibiliser sur le noma (ex du Togo) ;

- L'importance de poursuivre la réflexion sur la prise en charge des cas de NOMA, qui pose encore des problèmes notamment, en termes de décentralisation et de référence des cas. Des réseaux de PEC doivent être mis en place dans tous les pays en lien avec les services des MS mais aussi avec les ONG présentes sur le terrain qui sont des relais très importants ;
- La nécessité de renforcer l'organisation des rencontres annuelles afin de consolider les liens entre les personnes impliquées dans la lutte contre le noma ;
- La nécessité de renforcer l'appui technique des membres des Bureaux OMS pays au profit de la lutte contre le NOMA. Les pays ayant développé une bonne collaboration entre le coordonnateur et le point focal ont été remarqué pour la qualité du travail réalisé ;
- La nécessité d'encourager le partage des informations en mettant à profit les NTIC ;
- La composante concernant la surveillance épidémiologique doit être renforcée. Nécessité d'une stratégie de collecte de données à élaborer. Elle doit se développer en partenariat avec d'autres programmes.
- L'importance de la reconnaissance politique des coordonnateurs nationaux est aussi un point à souligner et à renforcer.

3.3 Stratégies de monitoring et de supervision

3.3.1 Rappel, enjeux et études de cas

La Session 4 : «Stratégies de monitoring et de supervision » a été animé par le Dr P. Kaboré de WHO AFRO. Sa présentation qui contient de nombreuses informations importantes qui pourront servir aux coordonnateurs dans l'élaboration de leur outil de monitoring évaluation est en *Annexe 7* du présent rapport. Il a tout d'abord donné la définition du monitoring du suivi et de la supervision. Ensuite le Dr Kaboré a présenté les différents outils pour le suivi du plan d'action et la supervision des acteurs de la lutte contre le NOMA. Il a par ailleurs présenté les méthodes de collecte et d'analyse des données et les mécanismes de rétro-information. A l'aide d'un tableau les différences qu'ils existent entre le suivi, la supervision et l'évaluation ont été identifiées.

Les débats qui ont suivi la présentation du Dr Kaboré ont porté essentiellement sur :

- La nécessité d'avoir une définition opérationnelle du NOMA,
- L'élaboration d'une grille de supervision standard qui sera adaptée en fonction des réalités locales,
- Le partage des expériences des pays sur l'élaboration d'outils de suivi et de supervision.

Ensuite, les participants furent répartis en 3 groupes de travail :

- Groupe 1 : Sénégal/Niger
- Groupe 2 : Mali/Bénin
- Groupe 3 : Burkina Faso/Togo

Les 3 groupes ont travaillé sur les termes de références suivants. En partant des objectifs du programme, des attributions et responsabilités des différents acteurs, ils ont dû proposer :

1. des instruments pour la collecte des données

2. les modalités opérationnelles de collecte, transmission, traitement et analyse : intégration au système existant, périodicité de collecte et de transmission, outils de traitement et d'analyse
3. un plan pour le suivi de la mise en œuvre des plans d'action 2012
4. un outil pour l'appréciation des acquis suite aux sessions des formations des différents acteurs
5. des fiches guides pour la supervision des différents acteurs aux différents niveaux du système de santé.

3.3.2 Plénière / discussions « Monitoring et supervision »

Les débats qui ont suivi la présentation des différents groupes (voir résultats des différents groupes en *Annexe 7bis*) ont souligné la nécessité d'avoir des outils simples, pertinents et adaptés à chaque niveau. A partir des éléments présentés et discutés au cours de la plénière, les pays vont chacun à leur niveau poursuivre la finalisation des outils de monitoring/supervision indispensable au suivi de la mise en œuvre des plans d'action 2012. En parallèle l'OMS/ AFRO s'est engagé à travailler une proposition d'instruments et d'indicateurs qui pourraient à terme être adoptés par les pays. Cette proposition sera développée et envoyée aux pays au cours du 1^{er} trimestre 2012.

3.4 Rôle et responsabilités des agents de santé communautaire

3.4.1 Position du problème et méthode de travail

La session 5 sur : « Rôle et responsabilité des agents de santé communautaire dans la lutte contre le NOMA » a été introduite et animée par le Professeur Daouda FAYE. Ce dernier a présenté le contexte en s'inspirant de l'exemple du Sénégal. Il a ainsi montré l'importance des ASC dans le système de santé et a rappelé le concept d'approche communautaire dans le domaine de la santé, les différents types d'ASC qui existent, leur rôle potentiel et l'urgence qu'il y avait à définir un paquet minimum d'activité intégré à celui déjà existant en rapport avec la prévention du noma et la détection précoce des cas.

3.4.2 Situation dans les pays

Par la suite, les pays ont partagé leur expérience sur le thème des ASC en présentant les éléments suivants :

- La définition de l'ASC
- Le type d'ASC
- Les critères de choix des ASC
- Le système de motivation des ASC
- Le paquet minimum d'activité dont celles en relation à la lutte contre le NOMA (suivi du statut vaccinal, surveillance pondérale, IEC sur les facteurs de risque du NOMA, recherche et référence des cas suspects de NOMA, collecte des données et transmission de rapports...).

Pour exemple, on peut retrouver les présentations du Bénin et du Burkina Faso en *Annexe 8 et 9* du présent rapport.

Après quelques échanges sur les situations de chacun des pays, les participants ont été répartis en 3 groupes pour travailler sur des propositions selon les termes de référence suivants :

- 1) Identifier tous les rôles et responsabilités de l'ASC dans la lutte contre le NOMA
- 2) Quelles doivent être les connaissances et les compétences des ASC dans la lutte contre le NOMA
- 3) Enumérer toutes les activités des ASC dans le cadre du programme de lutte contre le NOMA

3.4.3 Plénière / discussions - Position Technique Commune

La présentation des productions par thème a été suivie de questions d'éclaircissement et de compréhension sur les propositions faites par les 3 groupes. La synthèse des discussions a été faite par le Pr Faye. Il a fait ressortir les points clés des différentes présentations à savoir l'importance de l'ouverture de la bouche de l'enfant pour une détection des cas, la référence des cas suspects de noma et la notification des cas. Enfin il a développé 3 idées forces qui sont :

- la nécessité que soit défini un PMA pour l'ASC de telle sorte que cela ne constitue pas un travail supplémentaire
- la nécessité de garantir la pérennité de ces nouvelles tâches qui seront définies ;
- la nécessité d'assurer une formation des ASC ; cette formation doit porter sur les facteurs de risque du noma ; il doit veiller au bon état nutritionnel des enfants, au respect du calendrier vaccinal, à l'hygiène buccale et corporelle, à l'assainissement du milieu, etc.

Ainsi devant tout enfant de moins de 6 ans malnutri, l'ASC doit apprécier l'état de la cavité buccale en recherchant :

- Une haleine fétide,
- Une sialorrhée,
- Un saignement gingival,
- Une gingivite ou des ulcérations buccales

L'ASC doit savoir que l'existence d'un des signes ci-dessus doit lui évoquer la présence d'un enfant à risque de développer le noma. Il devra immédiatement organiser la référence de l'enfant auprès du service de santé la plus proche et notifier le cas sur les supports (cahier/registre) disponible à cet effet.

Les participants se sont dits convaincus que le développement d'initiatives pour l'intégration d'activités « noma » auprès des ASC pourrait véritablement booster la lutte contre le noma au sein des communautés.

Après la présentation des résultats des travaux de groupe, les participants ont décidé de synthétiser leurs propositions sous la forme d'une position technique commune qui définit les fonctions essentielles de l'ASC et une liste d'attributions/activités qui lui sera dévolue. Il a été demandé que cette position commune devienne la position de chaque pays investi dans la lutte contre le noma en l'adaptant à la politique sanitaire du pays dès 2012.

**Position commune technique sur un
Paquet d'activités de l'Agent de Santé Communautaire**

FONCTIONS	ATTRIBUTIONS
Conseils & Contrôles de prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Visite à domicile, porte-à-porte - Conseils d'hygiène du milieu - Conseils de santé bucco-dentaire - Conseils nutritionnels - Contrôle de la croissance et du développement psychomoteur de l'enfant - Suivi statut vaccinal de l'enfant sur le carnet de vaccination de l'enfant et en interrogeant la maman
Sensibilisation sur le noma	<ul style="list-style-type: none"> - Animer des causeries éducatives sur le noma (définition reconnaissance des premiers signes, facteurs favorisants, méthodes de prévention) - N.B. : avec l'infirmier selon l'affluence - Diffusion des messages sur les facteurs de risque du noma à l'occasion des journées de vaccination, de surveillance pondérale, de distribution des micronutriments, etc.
Dépistage précoce Recherche active des cas	<ul style="list-style-type: none"> - Regarder systématiquement dans la bouche des enfants malnutris de moins de six ans (haleine, salivation, caries, ulcérations, inflammation, saignement, gingivite) lors des visites à domicile en utilisant l'abaisse-langue fourni. - Ouvrir la bouche, en utilisant si possible l'abaisse-langue, (haleine, salivation, caries, ulcérations, inflammation, saignement, gingivite) lors de tout contact avec les enfants, notamment à l'occasion des journées de santé (vaccination, surveillance pondérale, distribution des micronutriments, etc.). - Inciter les parents, surtout les mamans, à regarder dans la bouche des enfants - Convaincre les parents à amener les enfants au centre de santé le plus proche en cas de suspicion
Référence des cas	<ul style="list-style-type: none"> - Administrer à l'enfant un bain de bouche à l'eau salée tout en l'apprenant à la maman en cas de suspicion de noma avant de référer. - Référer les cas suspect d'affections bucco-dentaire - Référer rapidement tous les cas suspects de gingivite, d'œdème et de noma frais - Référer les cas de noma séquellaire - Référer en urgence les cas suspects de gingivite, d'œdème et de noma frais vers la structure de référence
Suivi des cas	<ul style="list-style-type: none"> - Aider les parents, surtout les mamans, à observer le traitement. - S'assurer qu'ils le font régulièrement - S'assurer de l'effectivité de la référence des cas suspects
Collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> - Notifier tous les cas suspects d'affections bucco-dentaire - Notifier rapidement tous les cas suspects de gingivite, d'œdème et de noma frais - Notifier les cas de noma séquellaire - Rapporter les activités réalisées

3.5. Pré-projets plans d'action 2012

Le point focal régional OMS/AFRO a donné un aperçu des canevas des plans d'action 2012 en insistant que dans l'ensemble le plan ne va pas changer mise à part pour les deux premières composantes. A noter que le budget total demandé pour le financement des activités devra se répartir selon les composantes comme précisé ci-après :

Les composantes des plans d'action 2012 :

1. Renforcement et développement des capacités du personnel médical (32,5%)
2. Renforcement et développement des capacités au niveau communautaire (32,5%)
3. Sensibilisation et mobilisation sociale (15%)
4. Développement de matériels de formation et d'éducation (7%)
5. Coordination et suivi évaluation (8%)

A noter que la somme des pourcentages présentée plus haut s'établit à 95 %. Les 5 % restant sont destinés à financer un appui logistique (déplacement et DSA) du point focal noma du bureau OMS pays afin qu'un suivi des activités sur le terrain est lieu tout au long de l'année 2012.

La composante 1 intégrera toutes les activités de renforcement des capacités (formation et de supervision) qui s'adressent au personnel de santé (Médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, sages-femmes, accoucheuse villageoise, personnel des CREN,...). La composante 2 comprend l'ensemble des activités de renforcement des capacités (formation et supervision) des personnes identifiées au niveau communautaire (Agents de santé communautaires, représentants du milieu associatif, chefs coutumiers,...). Les autres composantes restent inchangées.

Le Dr Benoit Varenne a insisté sur l'importance de s'engager sur des deadlines afin que le financement des activités puisse avoir lieu en début d'année.

Les participants ont ensuite été invités à se retrouver par pays pour l'élaboration de pré-projet respectif de plans d'action 2012 ; ceci, en tenant compte des indications suggérées ; chaque pays devra énoncer les grandes lignes des activités envisagées par composante en attendant les compléter par la suite. Des dispositions devraient être prises pour la transmission des plans d'action 2012 définitifs pour Noël 2011 à l'OMS AFRO.

Ces pré-projets bien qu'inachevés ont été présentés en plénière par pays pour permettre d'apprécier leur contenu. Chaque production a pu bénéficier de critiques et remarques pour une meilleure finalisation.

4. Conclusions et recommandations

Les activités de l'atelier ont pris fin par la cérémonie de clôture de l'atelier qui s'est déroulée comme suit:

- la présentation du rapport de synthèse de l'atelier par le président et modérateur de l'atelier
- la lecture des recommandations faites par les participants à l'atelier ;
- l'allocution de Monsieur le Directeur de Winds of Hope ;

- l'allocution de Dr Kohossi, DPC Bénin, représentant, Monsieur le Représentant résident de l'OMS au Bénin ;
- le discours de clôture de l'atelier prononcé par le Dr Orou Yorou BAGOU Représentant Madame le Ministre de la Santé du Bénin.

Au cours de l'atelier de trois jours, les présentations plénières, les travaux en groupes, et les discussions ont permis d'établir le bilan des activités de lutte contre le noma dans la Région Africaine de l'OMS et d'esquisser les grandes lignes des plans d'action nationaux de six pays (Bénin, Burkina Faso, Mali, Niger, Sénégal, Togo) pour l'année 2012.

Les différents discours prononcés à la clôture de cet atelier ont insisté sur la nécessité d'envisager une nouvelle approche pour la lutte contre le Noma. En l'occurrence, une approche communautaire basée sur la définition de lignes directrices, des rôles et des responsabilités des agents a été adoptée. C'est ainsi qu'au terme des travaux, les participants ont retenu d'ajouter le contenu du paquet spécifique de la lutte contre le noma au paquet minimum des activités des ASC.

Au nom de l'OMS/Bénin, le Dr Léon KOHOSSI, Conseiller DPC chargé de la lutte contre la maladie a réitéré la détermination de l'OMS à accompagner le Bénin dans sa croisade contre le Noma à travers un appui technique et financier conséquent.

En mettant fin aux travaux de l'atelier sur le Noma, le Dr Orou Yorou BAGOU, Directeur National de la Santé Publique (DNSP) a souligné au nom du Ministre de la Santé, la volonté du Gouvernement du Bénin d'offrir à chaque citoyen aussi bien des villes que de toutes les régions du pays, un environnement sain pour des comportements favorables à la santé.

Les participants ont adressé une série de recommandations aux pays participants, à l'OMS et à la Fondation Winds of Hope.

Aux pays :

1. Accorder une priorité à la lutte contre le Noma en l'élevant à un haut niveau dans la lutte contre la maladie ;
2. Améliorer la collaboration entre les acteurs de la lutte contre le Noma sous le leadership du Ministère de la Santé ;
3. Accélérer la finalisation des plans d'Actions 2012 ;
4. Eriger les programmes nationaux de lutte contre le Noma en Programmes Nationaux de Lutte contre les Maladies Bucco-dentaires y compris le Noma ;
5. Associer la lutte contre le Noma à des interventions à base communautaire à haut impact ;
6. Profiter des activités de masse comme les journées Nationales de vaccinations (JNV) ou les Journées Survie de l'enfant pour examiner la bouche des enfants ;
7. Développer un plan Noma avec les ONG et autres associations à but social et humanitaire ;
8. Prendre en compte des décisions communes issues des travaux de cet atelier ;
9. Intégrer la Lutte contre le Noma dans la PCIME pour les pays qui ne l'ont pas encore fait ;
10. Intégrer la communication interpersonnelle dans les actions communautaires.

A l’OMS:

1. Renforcer l’appui technique pour poursuivre la relance du programme régional de lutte contre le Noma
2. Contribuer à l’accélération de la finalisation des Plans d’Actions 2012 ;
3. Elaborer un guide générique standard que les pays pourraient adapter pour le suivi-évaluation et la supervision ;
4. Prévoir des ressources pour le financement de la recherche-action sur le Noma ;
5. Impliquer davantage les ONG dans la lutte contre le Noma au niveau communautaire ;
6. Mettre à profit les réunions annuelles pour renforcer les compétences des Coordonnateurs Noma sur le leadership et la mobilisation des ressources.

A la Fondation Winds of Hope:

1. Définir clairement les critères d’attributions des budgets aux pays.

Pour terminer, les participants ont adressé leurs vifs remerciements à l’Etat du Bénin, l’OMS/AFRO, et à la Fondation Winds of Hope.

5. ANNEXES

Annexe 1 – Annonce / Termes de référence de l’atelier

Annexe 2 – Liste des participants et des facilitateurs de l’atelier

Annexe 3 – Agenda de l’atelier

Annexe 4 – Introduction, Objectifs et Méthodes de travail - OMS AFRO

Annexe 5 – Fondation Winds of Hope et lutte contre le noma

Annexe 6 – La relance du programme régional noma - OMS AFRO

Annexe 7 – Monitoring / Supervision - OMS AFRO

Annexe 7bis – Monitoring / Supervision – Travaux de groupes

Annexe 8 – ASC Benin

Annexe 9 – ASC Burkina Faso



Groupe Organique Lutte Contre la Maladie (DPC)

ANNONCE

**ATELIER INTER PAYS
PROGRAMME REGIONAL
DE LUTTE CONTRE LE NOMA
- PLANS D'ACTION 2012 -**

*Rôle et responsabilités des agents de santé
communautaire dans la lutte contre le noma*

14, 15 ET 16 NOVEMBRE 2011, OUIDAH (BENIN)

ANNEXE 1

1. CONTEXTE

Le noma est une affection gangréneuse qui cause des destructions sévères au niveau de la face. Elle touche presque exclusivement des enfants en bas âge vivant dans les pays en développement et plus particulièrement en Afrique sub-saharienne. La mortalité estimée du noma est très élevée¹ (80 à 90 %) et les survivants présentent des séquelles très mutilantes qui les mettent au ban de la société. Les différents facteurs favorisant cette maladie sont la malnutrition, les maladies concomitantes entraînant une baisse des défenses immunitaires comme la rougeole ou le paludisme, et une mauvaise hygiène orale. Dans la plupart des cas, le noma se développe à partir d'une lésion de la muqueuse buccale, très souvent une gingivite nécrosante aiguë².

Depuis 2003, la Fondation Winds of Hope est un partenaire privilégié de l'OMS AFRO dans le cadre du Programme Régional de lutte contre le noma mené dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest. Le 1^{er} octobre 2010, l'OMS AFRO a signé un nouvel accord de coopération avec Winds of Hope pour une relance des activités du programme. Cet accord de coopération renouvelable annuellement prévoit un soutien financier de 600.000 Euros par an.

Suite à l'organisation de l'atelier sous-régional de relance du programme à Niamey (Niger) en décembre 2010, un bilan des activités de lutte contre le noma depuis 2003 a été dressé et des plans d'action 2011 de 6 pays (Niger, Burkina, Mali, Sénégal, Togo et Bénin) ont été élaborés. A ce jour, les 6 plans d'action sont en cours de mise en œuvre. Les efforts des pays portent essentiellement sur le renforcement des capacités des acteurs de terrain et le développement d'activités de sensibilisation et d'IEC à différents niveaux. Parallèlement, des stratégies de dépistage et de prise en charge immédiate des enfants atteints de noma sont appliquées en collaboration avec les services de santé et d'action sociale. L'ensemble des activités se déroulent en partenariat avec les ONG présentes sur le terrain.

Dans le cadre de ce nouvel accord, il est prévu l'organisation annuelle d'un atelier inter pays regroupant les pays bénéficiant d'un appui. Dans ce cadre, l'OMS (AFRO et WCO Bénin) en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé de la République du Bénin et la Fondation Winds of Hope se proposent d'organiser l'atelier inter pays 2011 du Programme Régional Noma au Bénin.

L'objectif général de l'atelier est d'intensifier la relance des activités de lutte contre le noma dans les 6 pays concernés par le programme régional. L'atelier se déroulera les 14, 15 et 16 novembre 2011 au Centre IRSP de Ouidah (Bénin) et regroupera des responsables de tous les pays.

¹ D.E.Barnes et al. The need for action against Noma. *Tropical Medicine and International Health*. Vol2, number 12, pp1111-1114, December 1997.

² Barratti-Mayer D, Pittet B, Montandon D et al. Noma an "infectious" disease of unknown aetiology. *Lancet Infect Dis* 2003; 3: 419-431.

ANNEXE 1

2. OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS

2.1 Objectif Général

Intensifier la relance des activités de lutte contre le noma dans 6 pays d'Afrique de l'Ouest

2.2 Objectifs Spécifiques

2.2.1. Etablir un bilan critique exhaustif des activités menés et des résultats obtenus en 2011 dans chacun des 6 pays.

2.2.2. Affiner les stratégies de monitoring et de supervision à développer dans les plans d'action 2012.

2.2.3. Echanger les expériences sur le rôle et les responsabilités dévolus aux agents de santé communautaire dans la lutte contre le noma.

2.3 Résultats attendus

2.3.1. Les participants à l'atelier seront informés des avancées et des contraintes rencontrées sur le terrain par chaque pays.

2.3.2. Les participants à l'atelier seront en mesure d'intégrer dans leur plan d'action 2012 des activités de supervision et de monitoring.

2.3.3. Une position commune sera adoptée par les participants sur le rôle et les responsabilités dévolus aux agents de santé communautaire dans la lutte contre le noma.

3. SUIVI

3.1 A court terme :

- Compilation et diffusion du bilan des activités menées et des résultats obtenus en 2011 ;
- Validation du plan d'action 2012 de chacun des pays ;
- Mise en œuvre du plan d'action 2012 dans chacun des pays.

3.2 A moyen terme :

- Monitoring des plans d'action 2012 dans chacun des pays ;
- Suivi/évaluation des activités menées dans chacun des pays ;
- Organisation d'un atelier inter pays en 2012.

4. METHODES DE TRAVAIL

Sessions plénières alternées par des travaux de groupes pour les présentations et les échanges sur les bilans d'activités 2011, les outils de suivi et de supervision et sur le rôle des agents de santé communautaire.

ANNEXE 1

5. DOCUMENTS

5.1 Documents de travail

5.1.1. Rapports d'activités 2011 des programmes nationaux de lutte contre le noma dans les 6 pays concernés.

5.1.2. Programme noma pour la Région Afrique. Outils de suivi et de supervision - Octobre 2011.

5.2 Documents de référence

5.2.1. OMS/AFRO. La santé bucco-dentaire dans la Région africaine : Stratégie régionale. 1999 – 2008.

5.2.2. OMS/AFRO. Mise en œuvre de la stratégie régionale de santé bucco-dentaire : Rapport du Directeur régional. Comité Régional de l'Afrique. 58^e session, Yaoundé, Cameroun 2008. AFR/RC58/9.

5.2.3. Le noma dans la Région Afrique de l'OMS – Une analyse de situation. Novembre 2011.

6. DATES ET LIEU

6.1 Dates : 14, 15 et 16 novembre 2011

6.2 Lieu : Ouidah, Bénin

7. LANGUE

Français

8. PARTICIPANTS

8.1 Participants pays

Bénin (3), Burkina Faso (3), Mali (3), Niger (3), Sénégal (3), Togo (3).

Pour chaque pays, sont invités à l'atelier :

- le Directeur / Responsable de la lutte contre les maladies non transmissibles
- le Coordonnateur national en santé orale chargé de la lutte contre le noma
- le Point focal santé orale / lutte contre le noma du bureau OMS pays.

8.2 Secrétariat / Facilitation

- Facilitateur National, Responsable des Maladies Non transmissibles, Ministère de la Santé, Cotonou (1)
- OMS AFRO, NPC/DPC, Brazzaville - Facilitateur (1)

ANNEXE 1

- Fondation Winds of Hope – Facilitateur (1)
- IST/ Coordinator, Burkina Faso (1)
- WCO / Secrétariat, Cotonou (1)

8.3 Partenaires / invités

- Les représentants d'ONG de lutte contre le noma au Bénin (3)
- Un expert en suivi et supervision (1)

Au total **27 personnes** sont attendues à l'atelier

9. PREPARATION DE L'ATELIER

Les représentants de chacun des pays devront présenter **un bilan des activités menées et des résultats obtenus en 2011 en matière de lutte contre le noma**. Ce bilan devra comprendre une présentation du **guide de supervision** développé et les données collectées au cours des supervisions des agents formés en 2011. Dans une seconde présentation, chacun des pays aura à exposer **le rôle et les responsabilités dévolus aux agents de santé communautaire dans la lutte contre le noma**. Enfin, les grandes lignes du **plan d'action 2012** seront présentées et discutées pour chaque pays. Des lignes directrices ainsi que des canevas de présentation seront transmis prochainement afin d'harmoniser les présentations.

10. BUDGET

Les frais de voyage et les perdiems seront couverts par l'OMS-AFRO.
Les réservations de voyage seront effectuées par l'OMS-AFRO.

Nous souhaiterions recevoir au plus tard **le 21 octobre 2011** les noms des participants sélectionnés.

Nous vous prions d'adresser toute correspondance relative à cet atelier à :

Dr Benoît VARENNE
Point Focal Régional Santé Orale
Groupe Organique Lutte Contre la Maladie (DPC)
Division des Maladies Non Transmissibles (NPC),
Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS /AFRO
BP : 06, Brazzaville, République du Congo
E-mail: varenneb@afro.who.int
Fax : + 47 241 39 315
Téléphone : + 47 241 39 494
Mobile : +242 057 226 429

ANNEXE 2

Liste des participants et des facilitateurs à l'Atelier Inter Pays du Programme Régional de Lutte contre le Noma 14-16 novembre, Ouidah, Bénin

N°	PAYS	NOM ET PRENOMS	FONCTIONS ET ADRESSES
1.	BENIN	Dr Armande Gandjeto	Coordonnateur National Adjointe PNL MNT BENIN Coordonnateur Santé Orale Noma gandjeto@yahoo.fr Tél.(00229) 97 82 69 41
2.		Dr Judith Segnon	Lutte Anti Tabac/contre les MNT judith2fr@yahoo.fr Tél. (00229) 97 77 26 93
3.		Joseph Mevognon	FONDATION JOSEPH THE WORKER, Bénin 01 BP 171 SEME-PODJI (00229) 21 19 60 76/97389631 fondationjosephtheworker@gmail.com www.fondationjosephtheworker.org
4.		Issiako Boukary	ONG/NON-DERABOU-DOKPIKINO, Bénin Président Dentiste Hôpital Banikoara
5.		Jerôme CHATIGRE	ONG/GRAFED, Bénin Directeur Exécutif grafed1@yahoo.fr Tél. (00229) 97 61 08 70
6.	BURKINA FASO	Dr Traoré Etienne	DPC/WHO/Burkina Faso traoree@bf.afro.who.int
7.		Dr Valian Adama	Chef service des MNT MoH/Burkina Faso mdval_adama@yahoo.fr Tél. (00226) 70 29 14 24
8.	BURKINA FASO	Dr Jocelyne Garé	Coordonnatrice du programme National de Santé Bucco-dentaire et de lutte contre NOMA jvgare@yahoo.fr Tél. (00226) 70 33 69 10
9.	MALI	Dr Baba Diallo	CHU d'odonto stomatologie BAMAKO babasidekiallo@yahoo.fr Tél. (00223) 74 56 54 28
10.		Dr Nazoum J.P. IARRA	Responsable des maladies non transmissibles (MNT) dnazoum@yahoo.fr Tél. (00223) 66 78 19 47/79 40 64 68

11.	NIGER	Dr Habî Gado	Point Focal, Noma, WHO/Niger habig@who.int Tél. (00227) 96 96 41 20
12.		Dr Oumarou Djibo	Coordonnateur du programme National de lutte contre le NOMA-Niger oumarou.Djibo@yahoo.fr Tél. (00227) 96 89 78 53
13.		Dr Yayé Youssouf	Responsable Maladies Non Transmissibles MSP/Niger YSYAYE@yahoo.fr
14.	SENEGAL	Dr Malang Coly	DPC/NPO/WHO/Sénégal colym@sn.afro.who.int Tél. (00221) 77 74 74 744
15.		Dr Boubacar Gueye	Coordonnateur National MNT MoH/Sénégal boubsan2000@yahoo.fr Tél. (00221) 77 63 79 267
16.		Prof Daouda Faye	Chef en Santé Bucco-dentaire, MoH/Sénégal Daouda_faye2004@yahoo.fr Tél. (00221) 77 63 83 408
17.	TOGO	Dr Agbekou Jerome	DPC/WHO/TOGO agbekouj@tg.afro.who.int Tél.(00228) 99 13 22 56
18.		Dr Agoudavi Kokou	Coordonnateur Programme National MNT, MoH/TOGO k_agoudavi@yahoo.fr Tél.(00228) 90 13 34 43
19.		Dr Pierre Jimongou	Coordonnateur Santé Orale Noma MoH/TOGO jimongou@yahoo.fr Tél.(00228) 22 20 08 25/90 04 74 28
20.	WHO	Dr Benoit Varenne	DOH/WHO varenneb@afro.who.int Tél. 0047 24 13 9 494
21.		Dr Patrick Kaboré	CAS/WHO kaborep@afro.who.int Tél. 0047 241 396 40
22.		Dr Léon G. Kohossi	DPC/WHO/Bénin kohossi@bj.afro.who.int Tél. (00229) 96 57 37 65
23.	WINDS OF HOPE	Philippe RATHLE	Directeur de la fondation WINDS OF HOPE Philippe.ratle@windsofhope.org Tél. 0041 79 202 07 03

AGENDA

Lundi 14 novembre 2011 – Rapporteurs : Bénin & Niger		
08:00 - 09:00	Accueil et enregistrement des Participants	Secrétariat
Session 1.	Cérémonie d'ouverture (Dr L. Kohossi / Dr J. Segnon)	
09:00 – 09:10	Mot de bienvenue de Mr le Représentant de l’OMS	Dr. A.R. Gbary
09:10 – 09:25	Allocution de Mr le Directeur Winds of Hope	Mr P. Rathle
09:25 – 09:35	Discours d’ouverture de Mme le Ministre de la Santé	Pr Kindé Akoko Gazard
09:35 – 09:45	Photo de groupe	
09:45 – 10:15	<i>Pause Santé / Fruit</i>	
Session 2.	Notes introductives et méthode de travail	
10:15 - 10:20	Information administrative et briefing sécurité	AO/AA
10:20 - 10:30	Tour de table / présentation des participants	Dr Judith Segnon
10:30 - 10:40	Lignes directrices, objectifs et résultats attendus	Dr B. Varenne
10:40 - 10:50	Adoption agenda et méthodes de travail / Discussions	Dr B. Varenne et Mr. P. Rathle
Session 3.	Bilan activités 2011	
10:50 – 11:05	Actions de Winds of Hope	Mr P. Rathle
11:05 – 11:20	La relance du Programme Régional Noma - Situation et perspectives	Dr B. Varenne
11:20 – 11:30	Discussions	Dr J. Segnon
11:30 – 11:50	Bilan activités et leçons tirées - Bénin	Drs A. Gandjeto/ L. Kohossi
11:50 – 12:00	Discussions	Dr J. Segnon
12 :00– 12:20	Bilan activités et leçons tirées - Sénégal	Pr D. Faye / Dr M. Coly
12:20 – 12:30	Discussions	Dr J. Segnon

12:30 – 13:30	<i>Pause repas / Buffet</i>	
13:30 – 13:50	Bilan activités et leçons tirées – Burkina Faso	Drs J. Garé/ E. Traoré
13:50 – 14:00	Discussions	Dr J. Segnon
14:00 – 14:20	Bilan activités et leçons tirées - Mali	Drs N. Diarra / Baba Diallo
14:20– 14:30	Discussions	Dr J. Segnon
14:30 - 14:50	Bilan activités et leçons tirées - Togo	Drs P. Jimongou/ J. Agbekou
14:50 – 15:00	Discussions	Dr J. Segnon
15:00 – 15:20	Bilan activités et leçons tirées - Niger	Drs O. Djibo/ H. Garbo
15:20 – 15:30	Discussions	Dr J. Segnon
15:30 – 16:00	<i>Pause santé / Fruit</i>	
16:00 – 17:00	Synthèse des bilans et leçons tirées	Dr B. Varenne et Mr. P. Rathle
17:00 – 17:30	Bilan journée	Dr J. Segnon
Mardi 15 novembre 2011 – Rapporteurs : Sénégal & Mali		
08:30 – 08:45	Compte rendu Jour 1	Rapporteurs J1
Session 4.	Stratégies de monitoring et de supervision à développer dans les plans d'action 2012	
08:45 – 09:30	Rappel, enjeux et études de cas	Dr P. Kaboré
09:30 – 10:00	Discussions	Dr J. Segnon
10:00 – 10:30	<i>Pause santé / fruit</i>	
10:30 – 13:00	Groupes de travail « Monitoring et supervision »	Drs P. Kaboré, B. Varenne et Mr. P. Rathle
13:00 – 14:00	<i>Pause repas / Buffet</i>	
14:00 – 15:15	Plénière / discussions « Monitoring et supervision »	Dr P. Kaboré
Session 5.	Rôle et responsabilités des agents de santé communautaire dans la lutte contre le noma	
15:15 – 15:30	Position du problème et méthode de travail	Pr. D. Faye

15:30 – 15:35	Situation au Bénin	Drs A. Gandjeto/ J. Seignon
15:35 – 15 :40	Situation au Mali	Drs N. Diarra / Baba Diallo
15:40 – 15:45	Situation au Sénégal	Pr. D. Faye/ Dr. B. Gueye
15:45 – 15 :50	Situation au Niger	Drs O. Djibo/ Y. Youssouf
15:50 – 15:55	Situation au Togo	Drs P. Jimongou/ H. Agoudavi
15:55 – 16 :00	Situation au Burkina Faso	Drs J. Garé / A. Valian
16:00 – 16:30	<i>Pause santé / fruit</i>	
16:30 – 18:00	Groupes de travail « Rôle et responsabilités des agents de santé communautaire. »	Pr. D. Faye, Dr B. Varenne et Mr. P. Rathle
18:00 – 18:15	Bilan journée 2	Dr J. Segnon
Mercredi 16 novembre 2011 - Rapporteurs : Togo et Burkina Faso		
08:30 – 08:45	Compte rendu Jour 2	Rapporteurs J2
08:45 – 10:15	Suite Groupes de travail « Rôle et responsabilités des agents de santé communautaire ».	Pr. D. Faye, Dr B. Varenne et Mr. P. Rathle
10:15 – 10:45	<i>Pause santé / fruit</i>	
10:45 – 12:00	Plénière / discussions « Agents de santé communautaire » - Position Commune	Pr. D. Faye
12:00 – 13:00	<i>Pause repas / Buffet</i>	
Session 6.	Pré-projet Plan d'action 2012	
13:00 – 13 :15	Enjeux, principes directeurs et calendrier prévisionnel	Dr B. Varenne et Mr. P. Rathle
13:15 – 15:15	Groupes de travail par pays « Pré-projet Plan d'action 2012 »	Tous les pays
15:15 – 16:15	Plénière / Discussions	Dr B. Varenne et Mr. P. Rathle
16:15 – 16:45	<i>Pause santé / fruit</i>	
16:45 – 17:15	Rapport de synthèse de l'atelier (Présidents et rapporteurs) et Recommandations	Dr J. Segnon
17:15 – 17:45	Cérémonie de clôture	Dr L. Kohossi / Dr J. Segnon
	Lecture des recommandations	

	Discours de clôture de Mme le Ministre de la Santé	
	Fin de l'atelier	



Organisation mondiale de la Santé

**ATELIER INTERPAYS
PROGRAMME REGIONAL
DE LUTTE CONTRE LE NOMA
- PLANS D'ACTION 2012 -**

Bénin - Burkina Faso - Mali - Niger - Sénégal - Togo

*Rôle et responsabilités des agents de santé
communautaire dans la lutte contre le noma*

14, 15 ET 16 NOVEMBRE 2011, OUIDAH (BENIN)



Avec le soutien de la Fondation Winds of Hope



Lignes directrices, objectifs et résultats attendus

Dr Benoit Varenne
Point Focal Régional
Santé Orale OMS/AFRO

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011




1. Lignes directrices

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011




1. Lignes directrices

La relance du Programme Régional noma en décembre 2010 dans 6 pays... approches innovantes, efficaces et intégrées

- Plan d'action national technique et financier annuel
- 5 composantes principales
- Approche basée sur les résultats
- Processus de validation et de suivi
- Atelier inter pays annuel

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Composante 1. Renforcement et développement des capacités



55 %

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Composante 1. Renforcement et développement des capacités

- ✓ Formations (prévention et prise en charge)
- ✓ Acteurs secteur public et société civile
- ✓ Régions isolées et plus exposées

- Justification des choix (indicateurs, critères)
- Développement d'outils de supervisions
- Insertion du Noma dans les curricula
- Intégration dans d'autres programmes

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Composante 2. Détection précoce des cas et soins immédiats



18 %

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Composante 2. Détection précoce des cas et soins immédiats

- ✓ Campagnes de dépistages, examens systématiques
- ✓ Traitement des lésions buccales initiales (CREN/ structures de santé)
- ✓ Rôle des agents de santé et des communautés

- Justification des choix (indicateurs, critères)
- Développement d'outils de supervisions
- Définition d'une liste de produits, consommables et MEG

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Composante 3. Sensibilisation et mobilisation sociale



12 %

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Composante 2. Sensibilisation et mobilisation sociale

- ✓ Améliorer les connaissances / démystifier
- ✓ Promouvoir changements comportements : alimentaire / d'hygiène / sanitaire
- ✓ Campagnes médiatiques (radio locale, presse, télévision, cinéma mobile,...), plaidoyers,...

- Délégation aux associations, ONGs, groupements
- Partenariat avec organismes spécialisés
- Intégration à d'autres programmes

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Composante 4. Développement de matériels de formation et d'éducation



6 %

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Composante 4. Développement de matériels de formation et d'éducation

- ✓ Supports éducatifs, livrets, boîtes à image, affiches et posters
- ✓ Films, sketches, spots TV ou Radio FM

- Orientations et choix stratégiques autres composantes
- Coûts de reproduction, travail inter pays d'harmonisation
- Partenariats avec des ONGs, spécialistes

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Composante 5. Coordination et suivi évaluation



7 %

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Composante 5. Coordination et suivi évaluation

- ✓ Outils de planification et monitoring
- ✓ Recherche intégration coûts fonctionnement
- ✓ Echanges d'expériences inter pays

• A terme, intégration lutte contre le noma dans plans stratégiques en santé orale et programmes nationaux lutte contre les MNT

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



2. Objectifs de l'atelier



Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



2. Objectifs

Objectif Général

Intensifier la relance des activités de lutte contre le noma dans les 6 pays concernés par le programme régional noma

Objectifs Spécifiques

1. Etablir un bilan critique exhaustif des activités et des résultats 2011 dans chacun des 6 pays.
2. Affiner les stratégies de monitoring et de supervision à développer dans les plans d'action 2012.
3. Echanger les expériences sur le rôle et les responsabilités dévolus aux ASC dans la lutte contre le noma.

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011





3. Résultats

1. Les participants à l'atelier seront informés des avancées et des contraintes rencontrées sur le terrain par chaque pays.
2. Les participants à l'atelier seront en mesure d'intégrer dans leur plan d'action 2012 des activités de supervision et de monitoring.
3. Une position commune sera adoptée sur le rôle et les responsabilités dévolus aux agents de santé communautaire dans la lutte contre le noma.

Niamey 7-9 Décembre 2010



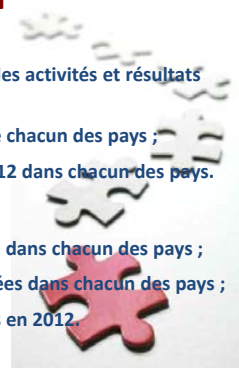
4. Suivi

A court terme

- ★ Compilation et diffusion du bilan des activités et résultats réalisés en 2011 ;
- ★ Validation du plan d'action 2012 de chacun des pays ;
- ★ Mise en œuvre du plan d'action 2012 dans chacun des pays.

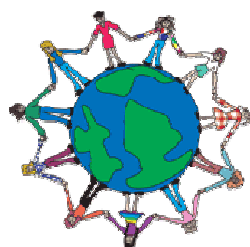
A moyen terme

- ★ Monitoring des plans d'action 2012 dans chacun des pays ;
- ★ Suivi/évaluation des activités menées dans chacun des pays ;
- ★ Organisation d'un atelier inter pays en 2012.



Niamey 7-9 Décembre 2010





Merci pour votre attention



**World Health
Organization**



Winds of Hope



Présentation d'ouverture : Atelier inter-pays à Ouidah – 14 novembre 2011

1 Salutations. Dr YOROU CHABI Orou Bagou, Directeur National de la Santé

2 Pour vous présenter la Fondation ... 4 parties ...

La fondation Winds of Hope et le noma

3 Le 21 mars 1999 à 6 heures GMT, Bertrand Piccard et Brian Jones atterrissent à bord du Breitling Orbiter 3 dans le désert égyptien. Après trois semaines d'une expédition désormais historique, **4** ils viennent d'accomplir l'un des exploits les plus marquants de cette fin de siècle, le premier tour de la terre en ballon sans escale et signaient, avec sept records du monde, le vol le plus long en distance et en durée de toute l'histoire de l'aviation.

5 Dans le livre de bord du Breitling Orbiter 3, ils ont écrit «Il est difficile de comprendre pourquoi nous, là-haut, avons tant de chance. Durant ces trois semaines de vol dans l'atmosphère feutrée de notre capsule, il n'y a eu aucune trêve dans la souffrance de beaucoup d'habitants de cette planète, que nous avons observée pourtant avec tant d'émerveillement. Nous pouvons certainement faire quelque chose pour soulager un peu de cette misère, et c'est à cela que devrait servir la notoriété vers laquelle nous nous dirigeons.»

6 A leur retour, ils réalisent leur promesse de dédier leur aventure aux enfants du monde et de consacrer les retombées de leur succès à la lutte contre des souffrances et des maladies oubliées. C'est ainsi que naît le 9.9.1999 la Fondation « Winds of Hope », les vents de l'espoir.



Winds of Hope



7 Une fois créée, la Fondation s'efforce d'identifier les causes susceptibles d'être soutenues. La rencontre de Bertrand Piccard avec une jeune malade du Noma soignée à Genève est déterminante. **8** Cette vision d'horreur convainc les co-fondateurs d'avoir trouvé la première cause qu'ils défendraient : le Noma, symbole des maladies méconnues qui peuvent être combattues efficacement avec peu de moyens.

Lire **9**

Le Noma est favorisé par une conjonction de plusieurs facteurs :

- **10** La pauvreté extrême : les difficultés de l'accès à l'eau potable, et aux soins de santé
- **11** la malnutrition, qui induit une baisse des défenses immunitaires, et les suites de maladies infectieuses comme la rougeole ou parasitaires comme le paludisme, qui affaiblissent l'organisme.
- **12** le manque d'hygiène, notamment bucco-dentaire
- **13** l'ignorance de la communauté et de la famille qui, faute de comprendre que le Noma peut être guéri, pensent avoir été frappées par une malédiction.

Lire **14**

15 Cela commence par des saignements et des lésions de gencives passés inaperçus. Un simple bain de bouche désinfectant et quelques vitamines auraient suffi à guérir ! Puis apparaît un œdème facial suivi d'un diagnostic manqué et d'un traitement inutile à base de tisanes.



Winds of Hope



16 De simples antibiotiques auraient permis une guérison. Après c'est beaucoup plus compliqué lorsque se forme une plaque gangreneuse suivi de la destruction irréversible des tissus mous et osseux de la bouche et du visage.

Lire **17** : la honte de n'avoir pas su plus tôt, l'horreur que cela soit encore possible au 21ème siècle, l'incompréhension que si peu d'organisations humanitaires s'en occupent. »

18 Le Noma, du grec « nomein » qui signifie « dévorer », est une gingivite nécrosante foudroyante qui se développe dans la bouche et ravage atrocement le visage. Il détruit à la fois les tissus mous et osseux de la face en touchant surtout les jeunes enfants jusqu'à 6 ans.

Le noma n'est pas transmissible et n'est associé à aucun virus ni bactérie ! Il peut frapper n'importe quelle communauté en présence d'une pauvreté et d'une malnutrition extrêmes. C'est la raison pour laquelle on l'appelle aussi « le visage de la pauvreté ».

19 Les recherches récentes de Gesnoma (Prof Denis Montandon et Drsse Denise Baratti-Mayer de l'Hôpital Universitaire de Genève) ont montré que le noma est causé par une forte baisse des défenses immunitaires dont l'origine se trouve dans l'état de malnutrition de la mère pendant sa grossesse et son état de fatigue en présence de grandes fratries.



Winds of Hope



20 Le noma est bien un problème de santé publique compte tenu de la gravité et de la vulnérabilité de la maladie. C'est une lutte contre la mortalité infantile..

De par l'ignorance et la fulgurance de cette maladie, seuls 7 à 8% des enfants victimes de cette infection gangréneuse atteignent les structures de santé. Tous les autres, soit plus de 90% meurent avant dans l'oubli le plus total.

21 Le noma est une maladie qui traverse des domaines aussi graves qu'importants comme la pauvreté extrême, la malnutrition, l'hygiène buccale, les maladies infectieuses, les maladies infantiles, l'ignorance, l'éducation, l'urgence des soins.

22 Malgré l'insuffisance des ressources humaines et financières des systèmes sanitaires et la nécessité d'intégration dans l'organisation de la santé, le noma doit absolument pouvoir disposer de ses propres stratégies, structures et ressources.

Si l'intégration signifie la dilution du noma dans le programme bucco-dentaire, Winds of Hope s'y opposera fermement.

23 Si l'intégration signifie des actions conjointes ou combinées du noma avec d'autres programmes dans un but d'efficacité, Winds of Hope soutiendra alors complètement la démarche.



Winds of Hope



24 Le partenariat avec l'OMS/Afro et les Ministères de la Santé dans la lutte contre le noma en Afrique subsaharienne.

Il a permis le lancement de programmes nationaux de lutte contre le Noma qui, faute de moyens, n'avaient jamais pu démarrer : il s'agit d'une première puisque personne n'avait, jusqu'alors, financé la mise en place de programmes de prévention en collaboration directe avec les autorités sanitaires.

25 Grâce au soutien de Winds of Hope, 6 pays ont pu bénéficier d'un programme national de lutte contre le Noma. **26** Historique et Objectif.

27 Formation des agents de santé communautaires, le but étant d'en avoir un dans chaque village

28 Sensibilisation et mobilisation sociale

29 Dépistages précoces

30 Traitement immédiats des lésions buccales dans les CSPS et réhabilitation nutritionnelle dans les CREN

31 Matériels d'information et de formation

32 Répartition des rôles - regarder la slide et la commenter

33 Un coordinateur régional et un pays qui bossent ...

34 Les défis du noma à relever - regarder la slide et la commenter

35 L'investissement de Winds of Hope dans le partenariat avec l'OMS - regarder la slide et la commenter **36.**



Winds of Hope



37 La Fédération internationale No-Noma

38 C'est aujourd'hui 30 ONGs représentées qui participent à une table ronde annuelle à laquelle, pour la première fois, un coordinateur pays, celui du Niger a été invité.

39 Historique et Objectif. Depuis sa création Winds of Hope en assure la Présidence et les coûts de son organisation.

40 Le 22 mai 2008 a eu lieu la première journée internationale du Noma qui s'est déroulée tout d'abord avec un Noma Day organisée par la Fédération No-Noma avec l'appui de l'OMS et de la FDI.

41 Cette première journée internationale du Noma s'est poursuivie ensuite avec la Soirée du Noma organisée par Winds of Hope dans le but de récolter des fonds pour la lutte contre le noma

42 Cette soirée du noma a permis de financer nombre de projets dans ces 5 pays depuis 2008 à ce jour.

43 Le soutien aux ONGs - regarder la slide et la commenter



Winds of Hope



44 Conclusions

45 Le succès de la lutte contre le noma ne se mesure pas aux nombres d'opérations chirurgicales ou à la qualité médicale de ces interventions !

Le succès de la lutte contre le noma se mesure aux nombres de cas que l'on a empêché de survenir. C'est notre mission principale de PRÉVENTION.

46 La Fondation : 100% des dons faits à Winds of Hope sont affectés en Afrique. Cela signifie que tous les frais de la Fondation et de la Fédération, y compris les missions de votre serviteur sont entièrement pris en charge par des partenaires que vous découvrez au bas de la projection. Grâce à eux quand un donateur nous donne 1 francs, il sait que sa totalité sera dépensée en Afrique dans la lutte contre le noma.

47 Les deux fondateurs ont lancé avec Winds of Hope une formidable aventure

48 N'hésitez pas à nous rejoindre et nous aider dans notre combat.

49 Ces enfants comptent sur vous.

50 Ils me chargent de vous dire merci de votre attention et de votre intérêt



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

1



Soutenir et Fédérer

- Winds of Hope et le noma
- Partenariat avec l'OMS/Afro
- Fédération internationale No-Noma
- Conclusions

14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

2



Winds of Hope et le noma l'origine



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

3



Winds of Hope et le noma l'origine



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

4



Winds of Hope et le noma l'origine



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

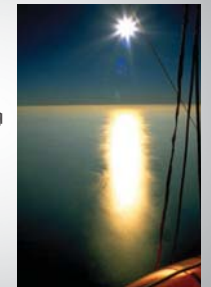
5



Winds of Hope et le noma l'origine



Il y a dix ans, le tour du monde
en ballon de Bertrand Piccard
et Brian Jones finissait
dans le désert égyptien
avec une promesse : celle
d'aller plus loin sur cette terre
et de combattre les souffrances
oubliées ou négligées.



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

6



*Winds of Hope et le noma
la rencontre*



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

7



*Winds of Hope et le noma
la rencontre*



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

8

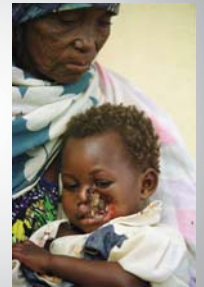


*Winds of Hope et le noma
la rencontre*



« Quand on entend son nom pour la première fois, on ne sait pas de quoi il s'agit. Quand on en entend la description, on n'arrive pas à croire. Et quand on le voit de ses propres yeux, on ne peut plus jamais l'oublier. »

Dr Bertrand Piccard



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

9



*Winds of Hope et le noma
la pauvreté*



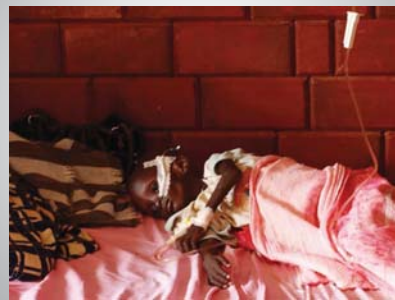
14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

10



*Winds of Hope et le noma
la malnutrition*



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

11



*Winds of Hope et le noma
le manque d'hygiène*



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

12



Winds of Hope et le noma l'ignorance



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

13



Winds of Hope et le noma l'indifférence



« Chaque année, dans l'indifférence générale, des milliers d'enfants en bas âge, vivant dans les régions les plus pauvres payent un tribut inacceptable à la malnutrition, au manque d'hygiène et à l'ignorance. »

Dr Bertrand Piccard



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

14



Winds of Hope et le noma le noma



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

15



Winds of Hope et le noma le noma



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

16



Winds of Hope et le noma le noma



« Le NOMA est une maladie qui ne laisse pas seulement des cicatrices indélébiles sur le visage de ses petites victimes, mais qui incruste aussi ses séquelles dans l'esprit de ceux qui la croisent. »

Dr Bertrand Piccard



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

17



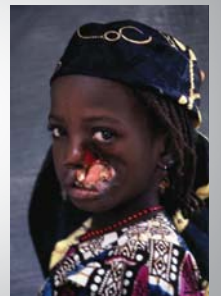
Winds of Hope et le noma le noma



Le NOMA signifie en grec DÉVORER. On l'appelle le visage de la pauvreté.

Le noma n'est pas transmissible et n'est associé à aucun virus ou bactérie.

Le noma est une gingivite nécrosante foudroyante qui ravage atrocement les tissus mous et durs de la bouche.



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

18



Winds of Hope et le noma le noma



Son origine se trouve dans le ventre d'une mère enceinte et malnutrie.
L'enfant naît d'un poids de 1.5-1.8 kg souvent au sein d'une grande fratrie.



Un contexte de pauvreté persistant, des défenses immunitaires fragiles, les conditions pour un noma sont là !

14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

19



Winds of Hope et le noma le noma



Le noma est un problème de santé publique compte tenu de la gravité et de la vulnérabilité de la maladie. C'est une lutte contre la mortalité infantile.



7 à 8% des enfants victimes de cette infection gangréneuse atteignent les structures de santé.

Tous les autres meurent avant ...

14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

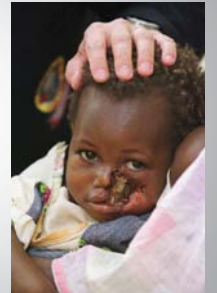
20



Winds of Hope et le noma le noma



Le noma est une maladie transversale qui touche la pauvreté extrême, la malnutrition, l'hygiène buccale, les maladies infectieuses, les maladies infantiles, l'ignorance, l'éducation, l'urgence de soins.



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

21



Winds of Hope et le noma le noma



Malgré l'insuffisance des ressources et la nécessité d'intégration dans le système de la santé, le noma doit absolument disposer de ses propres stratégies, structures et ressources.



Si intégration = dilution -> NON !

Si actions conjointes, combinées -> OUI !

14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

22



Winds of Hope et le noma le noma



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

23



Fédérer l'action sur le terrain pour plus d'efficacité

- Winds of Hope et le noma
- Partenariat avec l'OMS/Afro
- Fédération internationale No-Noma
- Conclusions

14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

24



Winds of Hope - OMS/Afro les PNLN



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

25



Winds of Hope - OMS/Afro les PNLN



Programmes Nationaux de Lutte contre le Noma

- 2000 Niger
- 2003 Benin – Burkina Faso – Mali
- 2006 Sénégal – Togo

Objectif : prévention, sensibilisation & détection précoce



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

26



Winds of Hope - OMS/Afro Formation des ASC



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

27



Winds of Hope - OMS/Afro la Sensibilisation



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

28



Winds of Hope - OMS/Afro le dépistage précoce



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

29



Winds of Hope - OMS/Afro les relais



Centre de Secours et de Prévention de la Santé

Centre de Réhabilitation et d'Éducation Nutritionnelle



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

30



Winds of Hope - OMS/Afro
l'information



Winds of Hope - OMS/Afro
les PNLN



- Mise en œuvre : Ministère de la Santé
 - Désignation d'un coordinateur national
 - Élaboration et mise en œuvre d'un plan annuel noma
- Encadrement : OMS-Afro
 - Désignation d'un coordinateur régional inter-pays
 - Appui technique et logistique aux plans annuels noma
 - Organisation d'un Atelier annuel inter-pays
- Supervision : Winds of Hope
 - Approbation des plans annuels et des budgets
 - Missions d'évaluation et de coordination



Winds of Hope - OMS/Afro
les PNLN



Winds of Hope - OMS/Afro
les défis à relever



- La motivation des ASC pour leur mission
- Le transport du village vers les structures de santé
- La prise en charge psychologique
- La prise en charge nutritionnelle
- La prise en charge des soins et de la chirurgie
- La réhabilitation des fonctions du visage
- La réinsertion sociale (famille, école, emploi)



Winds of Hope - OMS/Afro
le budget



- 2000 à 2009 :
- Winds of Hope a alloué à l'OMS/Afro 1'200'000 Euros
- 2011 à :
- Signature d'un nouveau contrat en octobre 2010
 - Budget 400'000 Euros par année
 - 23%, soit 92'000 € pour l'appui technique et logistique OMS
 - 6%, soit 24'000 € pour l'Atelier annuel inter-pays
 - 77%, soit 284'000 € pour la réalisation des PNLN des six pays



Winds of Hope - OMS/Afro
les PNLN





Fédérer l'action sur le terrain pour plus d'efficacité

- Winds of Hope et le noma
- Partenariat avec l'OMS/Afro
- Fédération internationale No-Noma
- Conclusions



Fédération No-Noma la table ronde



Fédération No-Noma la table ronde



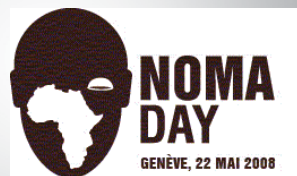
- 2002 Première Table Ronde avec 17 ONGs
- 2003 Création de la Fédération No-Noma
- 2011 10^e Table ronde et 9^e Assemblée générale



- Objectif : Agir ensemble dans la lutte contre le noma en
1. Présentant des actions communes et un interlocuteur représentatif aux autorités sanitaires et politiques
 2. Informer public et médias de la nécessité de notre lutte
 3. Offrir aux membres une plate forme de communication



Fédération No-Noma le Noma Day



Fédération No-Noma le Noma Day



22 mai 2008 : Journée internationale du Noma

une journée pour informer

Noma Day (Fédération – OMS – FDI)

Conférences scientifiques

Forum pédagogique et éducatif

Communication médias & politiques

Soirée du Noma (Winds of Hope)

Gala de charité

CHF 970'000 de dons récoltés



Fédération No-Noma Soutien aux ONGs





Fédération No-Noma
Soutien aux ONGs



- 2001 Niger (Sentinelles, Hilfsaktion Noma, Campaner)
 - 2002 Burkina Faso (Hymne aux Enfants)
 - 2008-2011 Projets financés par la Soirée Noma Day Burkina Faso (A Better Life, Persis, Sentinelles, Label Vert Ensemble Pour Eux, Centre Nopoko, Bilifou-Bilifou) Mali (Au Fil de la Vie, Idées Elles, Ensemble Pour Eux) Guinée Bissau (Hilfsaktion Noma)
 - 2009 Niger (Sentinelles)
 - 2010 Niger & Burkina Faso (Sentinelles, Persis)
 - 2011 Niger & Burkina (Sentinelles, Persis, EPE, PhysioNoma)
- Objectif : Prévention / Détection / Sensibilisation / Formation / Réhabilitation / Réinsertion



Fédérer l'action sur le terrain
pour plus d'efficacité

- Winds of Hope et le noma
- Partenariat avec l'OMS/Afro
- Fédération internationale No-Noma
- Conclusions



Winds of Hope et le noma
le noma



Winds of Hope et le noma
nos partenaires



www.windsofhope.org
www.nonoma.org



Fredy & Regula Lienhard-Stiftung | Teufen

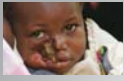


Winds of Hope et le noma
le noma



Winds of Hope et le noma
le noma





*Winds of Hope et le noma
le noma*



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

49



*Winds of Hope et le noma
le noma*



14 novembre 2011

Fondation Winds of Hope

50



Organisation mondiale de la Santé



**ATELIER INTERPAYS
PROGRAMME REGIONAL
DE LUTTE CONTRE LE NOMA
- PLANS D'ACTION 2012 -**

Bénin - Burkina Faso - Mali - Niger - Sénégal - Togo

*Rôle et responsabilités des agents de santé
communautaire dans la lutte contre le noma*

14, 15 ET 16 NOVEMBRE 2011, OUIDAH (BENIN)



Avec le soutien de la Fondation Winds of Hope



La relance du Programme Régional Noma

- Situation et perspectives


Dr Benoit Varenne
Point Focal Régional
Santé Orale OMS/AFRO

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



- **Rappel**
- **Enjeux**
- **Bilan**
- **Perspectives**


Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Rappel

- **But : Elimination du noma en Afrique**
- **Objectifs : concevoir, mettre en œuvre, superviser et évaluer les activités sur le terrain dans le domaine de la prévention, de la détection précoce, de la sensibilisation, de la formation, des soins de santé primaires et de la surveillance épidémiologique**

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Rappel (2)

- Programmes nationaux / Plan d'action annuel
- 6 pays d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Mali, Niger, Togo, Sénégal)
- Coordination technique et financière OMS/AFRO
- Accord de Coopération avec la Fondation Winds of Hope (1^{er} octobre 2010)

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Enjeux

1. Tirer les leçons du passé
2. Améliorer la performance
3. Rechercher une meilleure intégration
4. Développer le partenariat

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Activités

- Atelier inter pays de relance du programme
- Finalisation et validation des plans d'action nationaux 2011
- Suivi / évaluation de la mise en œuvre

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Activités (2)

- Atelier inter pays de relance du programme
- Finalisation et validation des plans d'action nationaux 2011
- Suivi / monitoring de la mise en œuvre

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Activités (2)

- Finalisation et validation des plans d'action nationaux 2011

	Budget alloué Plan d'Action	Budget alloué Bureaux OMS Pays	TOTAL BUDGET 2011 (USD)	% BUDGET ACCORDÉ	DISPO FONDS
NIGER	\$ 105,000	\$ 5,250	\$ 110,250	77,9	11-avr-11
BENIN	\$ 85,000	\$ 4,200	\$ 89,200	72,7	11-avr-11
SENEGAL	\$ 59,300	\$ 3,000	\$ 62,300	59,3	11-avr-11
MALI	\$ 42,000	\$ 2,100	\$ 44,100	38,8	4-mai-11
TOGO	\$ 51,350	\$ 2,500	\$ 53,850	57,0	4-mai-11
BURKINA FASO	\$ 35,000	\$ 2,000	\$ 37,000	25,0	3-juin-11
TOTAL	\$ 377,650	\$ 19,050	\$ 396,700		

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Activités (2)

- Atelier inter pays de relance du programme
- Finalisation et validation des plans d'action nationaux 2011
- Suivi / monitoring de la mise en œuvre

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Bilan

- 6 plans d'action finalisés et validés
- 5 composantes principales mise en œuvre
 - ✓ Renforcement des capacités
 - ✓ Dépistage cas et soins immédiats
 - ✓ Sensibilisation et mobilisation sociale
 - ✓ développement d'outils formation / sensibilisation
 - ✓ Monitoring / supervision
- Un taux de mise en œuvre acceptable

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Bilan

- Délais dans la finalisation des Plans d'action
- Activités trop nombreuses
- Lignes directrices peu suivies
- Bug dans la disponibilité des fonds – GSM
- Retard dans la transmission des rapports
- Taux de mise en œuvre acceptable

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Perspectives

- Bilan critique de cette année de relance (Ouidah 14 – 16 novembre 2011)
- Renforcer le monitoring des plans d'action et la supervisions des activités
- Travailler sur les contenus des programmes de formation et des messages de sensibilisation
- Progresser sur des approches communes efficaces sur les 6 pays

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Perspectives

- Finalisation et diffusion d'un rapport OMS AFRO « *Le noma dans la région africaine de l'OMS : une analyse de situation* »
- Relancer la surveillance épidémiologique
- Concrétiser les collaborations avec les programmes MTN et MTN
- Ajuster Accord de partenariat OMS/AFRO – WoH
- Etendre le Programme à d'autres pays
- Recherche de nouveaux partenaires

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



Perspectives

- Etude préliminaire de Jean Ziegler (Comité des NU pour les droits de l'homme et l'accès à la nourriture)
 - Analyse la relation qu'il existe entre malnutrition, le noma (en tant qu'exemple) et les droits humains des enfants
 - Cette étude qui sera soumis aux votes des Nations Unis en mars 2012 a pour but d'améliorer la protection – les droits humains des enfants malnutris
- => Reconnaissance du noma au niveau international

Ouidah, 14 – 16 novembre 2011



DEVELOPPEMENT DE STRATEGIES DE MONITORING ET DE SUPERVISION

Ouidah

14 – 16 November 2011

Dr Patrick Kaboré OMS/AFRO



World Health
Organization

PLAN DE PRESENTATION

- Rappel sur le monitoring
- Développement d'un plan de monitoring du programme et du plan d'action
- Rappel sur la supervision
- Elaboration d'un plan de supervision

2 |



World Health
Organization

LE MONITORING : DEFINITION

- Le Monitoring se définit comme la surveillance continue de l'exécution des activités d'un programme
- C'est une technique d'analyse des données recueillies en routine dans le but de s'assurer que:
 - les activités sont réalisées comme prévu
 - les ressources utilisées en conformité avec les stratégies choisies
 - le programme progresse conformément aux objectifs
- Le but premier est de détecter les problèmes à temps et d'y apporter les solutions correctrices nécessaires.
- Le monitoring requiert l'existence d'un programme ayant des objectifs prédéterminés et des protocoles standardisés.

3 |



World Health
Organization

LE MONITORING: CONDITIONS D'EFFICACITE

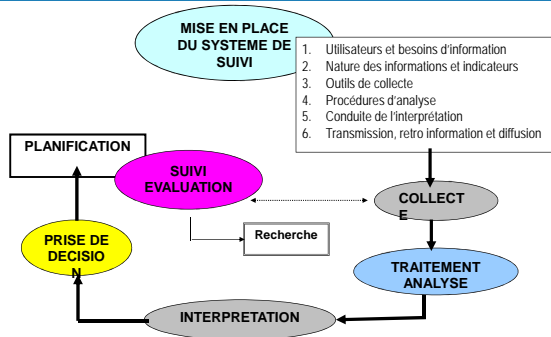
- la nature de l'information à collecter doit être clairement définie ainsi que son utilisation
- l'information doit être fournie dans les meilleurs délais : une information approximative venue à temps est préférable à une information précise arrivée tard
- elle doit être actualisée et fiable
- le système doit être souple , capable de s'adapter à toutes les circonstances ainsi qu'aux besoins nouveaux en fonction de l'évolution de la médecine et des progrès en matière de santé publique. (flexible et dynamique)
- Une rétro-information en direction des producteurs est indispensable
- Le plus simple possible (adhésion effective des acteurs)
- Intégré dans les systèmes existants

4 |



World Health
Organization

ETAPES DE MISE EN OEUVRE D'UN PLAN DE SUIVI



5 |

OUTILS DE SUIVI

- **Outils de collecte**
 - Définition de cas
 - Fiche individuelle de notification
 - Fiche de synthèse individuelle
 - Registres
 - Fiche de coche....
- **Outils de traitement et d'analyse**
 - Tableaux synoptique
 - Calcul des indicateurs
 - Graphiques
 - Systemes d'information géographique
- **Outils d'interprétation**
 - Normes, standards, objectifs
 - Moyennes regionales, nationales, internationales
 - Tendances seculaires

6 |

CATEGORIES D'INDICATEURS

INTRANT (INPUT)	→	Ressources financières et physiques : - Dépenses de santé primaire
PRODUITS (OUTPUT)	→	Biens et services produits : - Nombre d'infirmières - Disponibilité en médicaments
RESULTATS	→	Accès, utilisation et satisfaction : - nombre d'enfants vaccinés - % à moins de 5 kms d'un CSPS
IMPACT	→	Effet sur les conditions de vie : - mortalité infantile - incidence maladies spécifiques

7 |

CRITERES D'UN BON INDICATEUR

- Directs, mesure non ambiguë du progrès
- Lien direct avec les interventions
- Pertinent – valide
- Variant avec les groupes, les zones (discriminant)
- Variant au fil du temps
- Sensible aux interventions
- Facile à mesurer et à comprendre
- Fiable: précision de mesure traduisant la réalité des faits
- Désagrégé au niveau pertinent
- Disponibilité de l'information de base

8 |

MODALITES DE SUIVI DU PLAN D'ACTION (1)

- Les domaines du suivi correspondent généralement aux différents aspects de gestion programmatique. On peut distinguer les domaines suivants:
 - **Le suivi des activités:** état d'avancement par rapport au calendrier prévisionnel
 - **Le suivi financier:** suivi de l'utilisation des ressources et de la gestion financière, appréciation des différents niveaux de décaissement
 - **Le suivi des performances** s'occupe des progrès enregistrés vers l'atteinte des objectifs spécifiques
 - **Le suivi des effets** porte sur le suivi de l'impact des activités. Il met l'accent sur la contribution des actions sectorielles à l'atteinte des objectifs du programme et sur l'effet du programme sur le système de soins et de santé.
 - **Le suivi des facteurs externes** permet de réajuster le PA en fonction des opportunités et des contraintes externes.
 - **La supervision: évaluation des compétences des agents**
 - **Le contrôle** est un examen ponctuel de l'évolution de l'exécution des activités par une autorité administrative et peut entraîner une sanction.

9 |

MODALITES DE SUIVI DU PLAN D'ACTION (2)

DOMAINE	OUTILS ET INDICATEURS DE SUIVI
Le suivi des activités	<ul style="list-style-type: none"> ● Diagramme de GANTT ● Taux d'exécution physique des activités
Le suivi financier	<ul style="list-style-type: none"> ● Taux de mobilisation des ressources ● Taux d'exécution des dépenses ● Fiche de suivi budgétaire par rubrique ● Rapports de trésorerie ● Coût moyen par cas
Le suivi des performances	<ul style="list-style-type: none"> ● Disponibilité des intrants et des services ● Indicateurs de soins : graphiques de suivi mensuel de la performance du centre de santé ● Tableau synoptique trimestriel des principaux indicateurs
Le suivi des effets	<ul style="list-style-type: none"> ● Enquête de satisfaction des utilisateurs en fin d'année ● Impact du programme sur le système local de santé
Le suivi des facteurs externes	<ul style="list-style-type: none"> ● Opportunités ● Menaces
La supervision	<ul style="list-style-type: none"> ● Connaissances, aptitudes et pratiques des prestataires
Le contrôle	<ul style="list-style-type: none"> ● Respect des protocoles, des normes, standards et procédures

10 |

LA SUPERVISION (1)

- **DEFINITION:** Ensemble de mesures visant à s'assurer que le personnel réalise les activités avec efficacité et devient plus performant dans le travail.
- **BUT:** Aider le personnel à améliorer son travail, plus précisément l'aider à devenir plus compétent et plus performant.
- **OBJET:** apprécie
 - L'environnement de travail
 - Les performances
 - La motivation

11 |

LA SUPERVISION (2)

- **IMPLICATIONS:**
 1. **Mécanisme complexe de relations humaines** avec nécessité de CONTINUITE et une METHODOLOGIE stricte:
 - Gradient de compétence
 - Examen d'indices indirects
 - Capacité du supervisé à identifier ses zones d'incertitudes et à formuler des questions
 2. **Processus Continu:** construction d'une relation dans le temps
 3. **Crédibilité du superviseur**

12 |

LA SUPERVISION : OBJECTIFS (1)

1. Surveillance et contrôle de l'exécution des tâches

- S'assurer que tout se déroule comme prévu
- Identifier les problèmes
- Connaître les modalités d'exécution des tâches

2. Développer la motivation du personnel

- Connaissance des besoins des agents (sécurité, estime, réalisation de soi...)
- Connaissance des facteurs motivants, démotivants et les conditions de travail
- Adaptation du style de leadership aux attentes des exécutants, selon la nature du travail, la maturité des agents ainsi que le contexte socioculturel

13 |



LA SUPERVISION : OBJECTIFS (2)

3. Améliorer les compétences et les performances

- Soutien informationnel
 - Rappel des objectifs poursuivis
 - Accorder les approches entre direction, exécutants et bénéficiaires
 - Informations administratives ou techniques
- Appui Technique
 - Identification des difficultés
 - Amélioration du savoir, savoir-faire
 - Identification des besoins de formation
 - Identification des méthodes d'apprentissage appropriée
 - Rôle Model

14 |



METHODES ET TECHNIQUES

1. La méthode DIRECTE avec 2 techniques:

- L'observation du supervisé dans l'exécution de la tâche
- L'interview avec le personnel portant sur les connaissances des normes, des techniques ainsi que sur les causes possibles de difficultés

2. La méthode INDIRECTE qui utilise des techniques d'appoint:

- Étude et examen des registres, dossiers et rapports d'activités ou d'évaluation
- Le questionnaire
- Interview des bénéficiaires

15 |



LES OUTILS

Permettent l'organisation de la supervision

- Les rapports d'activités pour identifier les points faibles
- Les listes d'activités
- Les normes, les critères et les directives
- La description de poste

16 |



LES INSTRUMENTS

Utilisés pour l'exécution de la supervision

- La fiche ou le protocole de supervision
 - Informations administratives
 - Tâches à observer
 - Critères d'appréciation qualitative et quantitative
 - Constats, observations, recommandations
- La liste de supervision
 - Liste d'appréciation de la qualité d'exécution d'une tâche
 - Liste de contrôle des conditions de travail
- Fiches d'analyse:
 - Des résultats de la supervision
 - Analyse des déficiences : Connaissances, Pratiques, Attitudes

17 |



PLAN DE SUPERVISION

- **Approche Intégrée dans un plan de formation, suivi, contrôle et d'évaluation**

1. Identification des cibles
2. Identification des superviseurs
3. Choix des techniques et méthodes : supervision intégrée ou spécifique, directe ou indirecte
4. Identification des thématiques et des objectifs
5. Choix de la périodicité et élaboration du chronogramme
6. Choix des outils et instruments de supervision
7. Budgetisation

18 |



ELABORATION FICHE DE SUPERVISION (1)

- Tient compte:
 - Objectifs et stratégies du programme
 - Rôles et responsabilités des différents niveaux et des parties prenantes
 - Paquet minimum et complémentaire d'activités
 - Paquet de ressources
 - Descriptif de poste+++
- Fiche unique pour chaque agent
- Fiches multiples par agent:
 - Interview/Observation directe/observation indirecte
 - Compétence: connaissances, attitudes, pratiques

19 |



ELABORATION FICHE DE SUPERVISION (2)

Composante Objectif	Activités Tâches	Variables	Sous variables	Critères d'appréciation	Méthode d'appréciation
Détection précoce des cas et soins médicaux	Prise en charge des gingivites et ulcérations buccales des enfants malnutris	disponibilité médicaments		Pas de rupture=1 Rupture=0	Fiche de stock
		compétences des agents	*anamnèse nutritionnelle *diagnostic nutritionnelle *prescription d'antiseptiques	oui=1 non=0 oui=3 non=0 oui=1 non=0	Observation directe
		remplissage des supports	*Age, poids, taille		Examen des registres
		suivi des cas	*Nombre de suivi par mois	2 fois/mois = 2 1 fois par mois = 1 > 1 fois/ mois = 0	Examen des carnets individuels

20 |



MONITORING - SUPERVISION

	Monitoring	Supervision	Controle	Evaluation
CIBLE	Activités	Agent prestataire	Ressources	Objectifs
OBJECTIF	Suivi continu	Renforcement des compétences	Procedures	Atteinte des résultats
RESPONSABLE	Agent	Supérieur hierarch. Gradient compétence	Agent Supérieur	Expert
MOMENT	Continu	Arrêté de concert	Sans importance	annoncé
RESULTAT ISSUE	Etat d'avancement	Recommandations Formation Equipement	Sanction?	Arrêt ou reconduction

21 |



TRAVAUX DE GROUPE MONITORING - SUPERVISION

Ouïdah

14 – 16 November 2011



TDR TRAVAUX DE GROUPE

- Partant des objectifs du programme, des attributions et responsabilités des différents acteurs, proposer:
 1. des instruments pour la collecte des données
 2. les modalités opérationnelles de collecte, transmission, traitement et analyse : intégration au système existant, périodicité de collecte et de transmission, outils de traitement et d'analyse
 3. un plan pour le suivi de la mise en œuvre des plans d'action 2012
 4. un outil pour l'appréciation des acquis suite aux sessions des formations des différents acteurs
 5. des fiches guides pour la supervision des différents acteurs aux différents niveaux du système de santé

23 |



EXEMPLES D'OUTILS AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

- <H:\OUIDAH 2011\New Folder\IDEOGRAMME ASC.docx>
- <H:\OUIDAH 2011\New Folder\IDIOGRAMME AV.doc>
- <H:\OUIDAH 2011\New Folder\Guide supervision des ASC.doc>

24 |



« Stratégies de monitoring et de supervision
à développer dans les plans d'action 2012 »

Résultats des travaux de groupes

RAPPORTAGE DES TRAVAUX DE GROUPE 1

- Des modalités opérationnelles pour le suivi

niveau	Instrument (s) pour la collecte	Contenu (indicateurs)
communautaire	Cahiers/registres/fiches de collecte	Nombre d'activités IEC menées sur le noma Nombre d'enfants de moins de 6 ans vus Nombre de cas suspects de nomas Nombre de cas suspects de nomas réfères
ONG /association	Cahiers/registres/fiches de collecte Rapports d'activités	Nombre d'activités IEC menées sur le noma Nombre d'enfants de moins de 6 ans vus Nombre de cas suspects de noma Nombre de cas suspects de noma réfères Nombre de cas noma diagnostiques Nombre de cas noma pris en charge
Centre de santé de base	Cahiers/registres/fiches de collecte Rapports d'activités	Nombre d'activités IEC menées sur le noma Nombre d'enfants de moins de 6 ans vus Nombre de cas suspects de noma Nombre de cas suspects de noma réfères Nombre de cas noma diagnostiques Nombre de cas noma pris en charge
Niveau de référence	Cahiers/registres/fiches de collecte Rapports d'activités	Nombre d'activités IEC menées sur le noma Nombre d'enfants de moins de 6 ans vus Nombre de cas de noma examinés Nombre de cas de noma recus en référence Nombre de cas de nomas réfères Nombre de cas noma diagnostiques Nombre de cas noma pris en charge

1. intégration au système existant ?
 - nécessité d'intégration dans le système existant
 - modalités d'intégration à définir
 - élaboration d'une fiche de suivi intégrée
2. périodicité de collecte et de transmission ?
Périodicité continue, périodicité de la transmission se conforme b au système transmission des données du pays
3. outils de traitement et d'analyse ?
 - tableau de compilation
 - graphique, courbe, cartographie, etc.
 - logiciel d'analyse de données
4. mécanismes de retro-information et de diffusion ?
 - réunions périodiques
 - restitution des résultats du monitoring
 - bulletins épidémiologiques

- un instrument pour le suivi de la mise en œuvre des plans d'action

DOMAINE	OUTILS ET INDICATEURS DE SUIVI
Le suivi des activités	<ul style="list-style-type: none"> ● guide de suivi ● nombre d'ASC formés/nombre d'ASC prévu ● nombre de cas d'enfants avec des facteurs de risque de noma dépistés
Le suivi financier	<ul style="list-style-type: none"> ● guide de suivi ● taux de décaissement ● taux de mobilisation
Le suivi des performances	●
Le suivi des effets	●
Le suivi des facteurs externes	●
La supervision	●
Le contrôle	●

- Une fiche pour l'appréciation des acquis suite aux sessions des formations des différents acteurs
- Des fiches guides pour la supervision des différents acteurs aux différents niveaux du système de santé
- Plan de supervision

RAPPORTAGE DES TRAVAUX DE GROUPE 2

- Des modalités opérationnelles pour le suivi

niveau	Instrument (s) pour la collecte	Contenu (indicateurs)
communautaire	-Cahier d'IEC/CCC -Cahier de visite à domicile -Cahier de référence	-Nbre de séances d'IEC/CCC -Nbre de visite à domicile -Nbre de cas référés
ONG /association	-Fiche de collecte de données -Cahier d'IEC	-Nbre de mères d'enfants sensibilisés -Nbre d'écoliers sensibilisés
Centre de santé de base	Registres Rapports d'activités Cahier IEC Fiche de notification	Nbre de cas dépistés Nbre de cas référés Nbre de décès Nbre de cas reçus Nbre de retro informations données Nbre de jours de rupture des médicaments Nbre de séances de sensibilisation lors de la vaccination et de la CPN
Niveau de référence	Registres Rapports d'activités	Nbre de cas reçus Nbre de cas traités Nbre de cas évacués

1. intégration au système existant ? Oui + fiche de notification
2. périodicité de collecte et de transmission ?
Mensuelle/ Trimestrielle
3. outils de traitement et d'analyse ?

Calcul des indicateurs
Graphique
Système d'Information géographique
4. mécanismes de retro-information et de diffusion ?
Rapports annuels
Annuaire Statistiques
Bulletin d'Information

- un instrument pour le suivi de la mise en œuvre des plans d'action

DOMAINE	OUTILS ET INDICATEURS DE SUIVI
Le suivi des activités	Taux d'exécution physique des activités
Le suivi financier	Fiche de suivi budgétaire Taux de mobilisation des ressources Taux d'exécution des dépenses
Le suivi des performances	Disponibilité des intrants et des services Tableau trimestriel des principaux indicateurs
Le suivi des effets	Enquête de satisfaction des utilisateurs en fin d'année
Le suivi des facteurs externes	Opportunités Menaces
La supervision	Connaissances, aptitudes et pratiques des prestataires
Le contrôle	Respect des protocoles, standards et procédures

RAPPORTAGE DES TRAVAUX DE GROUPE III

- Des modalités opérationnelles pour le suivi

Niveau	Taches	Instrument (s) pour la collecte	Contenu (indicateurs)
Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensibilisation ● Visite à domicile ● Recherche active des cas ● Détection des cas et référence 	Cahier de collecte (Idiogramme) mensuel	Nombre de cas suspect référés au cours du mois Nombre de séances de sensibilisation (nutrition, PEV, Palu...) au cours du mois Nombre de visite à domicile au cours du mois
ONG /association	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensibilisation ● Recherche active des cas ● Détection des cas et référence ● Prise en charge nutritionnelle ● Prise en charge psycho- sociale ● Réinsertion 	<ul style="list-style-type: none"> – Idiogramme – Rapport mensuel 	Nombre de cas suspect référés au cours du mois Nombre de séances de sensibilisation (nutrition, PEV, Palu) au cours du mois Nombre de visite à domicile au cours du mois
Centre de santé de base	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensibilisation ● Prise en charge médicale ● Reference des cas 	<ul style="list-style-type: none"> – Fiche de rapport mensuel – Registre de consultation – Fiche de notification des cas 	Nombre de cas enregistrés au cours du mois Nombre de cas référés au cours du mois Nombre d'ASC supervisés dans le mois Nombre de cas de gingivites détectés et pris en charge Nombre de cas de malnutrition détectés
Niveau de référence: District		<ul style="list-style-type: none"> – Fiche de rapport mensuel – Registre de 	Nombre de cas enregistrés au cours du mois

		<ul style="list-style-type: none"> consultation – Fiche de notification des cas – Fiche de contre référence 	<p>Nombre de cas de gingivites détectés et pris en charge</p> <p>Nombre de cas reçus et référés au cours du mois</p> <p>Taux de guérison sans séquelles</p> <p>Taux de guérison avec séquelles</p>
Niveau de référence: Région		<ul style="list-style-type: none"> – Fiche de rapport mensuel – Registre de consultation – Fiche de notification des cas – Fiche de contre référence 	<p>Nombre de cas enregistrés au cours du mois</p> <p>Nombre de cas de gingivites détectés et pris en charge</p> <p>Nombre de cas reçus et référés au cours du mois</p> <p>Taux de guérison sans séquelles</p> <p>Taux de guérison avec séquelles</p>
Niveau de référence: National		<ul style="list-style-type: none"> – Fiche de rapport mensuel – Registre de consultation – Fiche de notification des cas – Fiche de contre référence 	<p>Nombre de cas enregistrés au cours du mois</p> <p>Nombre de cas de gingivites détectés et pris en charge</p> <p>Nombre de cas reçus et référés au cours du mois</p> <p>Taux de guérison sans séquelles</p> <p>Taux de guérison avec séquelles</p>

1. intégration au système existant ? OUI
2. périodicité de collecte et de transmission ? mensuel et trimestriel
3. outils de traitement et d'analyse ? par le programme et le niveau central Excel; EPI info
4. mécanismes de retro-information et de diffusion ? à renforcer (supervision, bulletin, rapport annuel, annuaire; publications, journées scientifiques

- un instrument pour le suivi de la mise en œuvre des plans d'action

DOMAINE	OUTILS ET INDICATEURS DE SUIVI
Le suivi des activités	<ul style="list-style-type: none"> ● rapport d'activités ● taux d'exécution des activités
Le suivi financier	<ul style="list-style-type: none"> ● taux de mobilisation des ressources ● taux d'absorption des ressources ● Fiche de suivi budgétaire
Le suivi des performances	<ul style="list-style-type: none"> ● Graphique de suivi mensuel ● Nombre de cas détectés précocement ● Rapport d'activités
Le suivi des effets	<ul style="list-style-type: none"> ● Guide d'évaluation ●
Le suivi des facteurs externes	<ul style="list-style-type: none"> ● Troubles politiques ● Catastrophes naturelles ● Crise économique ● Déclaration politique mondiale sur les MNT
La supervision	<ul style="list-style-type: none"> ● Guide de supervision ● Nombre de supervisions formatives réalisées sur le nombre de supervisions prévues
Le contrôle	<ul style="list-style-type: none"> ● Manuel SOP (procédures standard opérationnelles) ● Nombre d'agents formés à l'utilisation des SOP

- Une fiche pour l'appréciation des acquis suite aux sessions des formations des différents acteurs
- Des fiches guides pour la supervision des différents acteurs aux différents niveaux du système de santé
- Plan de supervision

cible	superviseurs	méthode	objectifs	périodicité
Relais communautaire	Agent de sante	Interview de l'agent interview Observation directe		
Agent de santé	ECD	Observation directe Examen des registres		

- Une fiche pour l'appréciation des acquis suite aux sessions des formations des différents acteurs
- Une fiche d'évaluation des agents sur terrain après la formation
+ rubrique : comment éviter le noma
- Des fiches guides pour la supervision des différents acteurs aux différents niveaux du système de santé

LUTTE CONTRE LE NOMA

RÔLES ET RESPONSABILITES DES RELAIS COMMUNAUTAIRES

Dr Armande GANDJETO, Médecin Stomatologue,
MPH, CNA/PNLMNT

Plan de présentation

- Introduction
- Définition opératoire du relais communautaire
- Caractéristiques du Noma
- Rôles et responsabilités des relais
- Performance des relais
- Soutien des relais
- Conclusion

Introduction

- Le Bénin a adopté en Décembre 2008 une politique nationale de promotion de la santé
- L'un des aspects fondamentaux de cette politique est l'implication des communautés.
- De même la Stratégie Accélérée pour la Survie et le Développement de l'Enfant (SASDE) adoptée par le Bénin accorde une importance capitale au volet communautaire.
- L'efficacité de la lutte contre le Noma se fonde sur les relais communautaires.

Définition opératoire du relais communautaire (1)

- Le relais communautaire est quelqu'un qui sert d'intermédiaire entre la communauté et les services de santé.
- L'intermédiation consiste à transmettre, à relayer à la communauté des informations sous forme de mesures et de comportements favorables à la santé.
- Il assure la continuation des prestations des services et programmes de santé.

Définition opératoire du relais communautaire (2)

- Le relais communautaire est:
 - une personne non salariée,
 - choisie/désignée par sa communauté selon les critères définis et validés par celle-ci,
 - pour la promotion de la santé au niveau de la population de sa localité ;
 - il participe à juste titre à l'amélioration des conditions socio-sanitaires des populations qui l'ont désigné.

Caractéristiques du Noma

- Les déterminants de la survenue du Noma sont pluriels et liés à la pauvreté, aux comportements défavorables à la santé buccodentaire et aux agents infectieux;
- Evolution rapide du cours de la maladie;
- Forte létalité du Noma;
- Séquelles handicapantes.

Rôles et responsabilités des RC (1)

N°	Interventions	Rôles et responsabilités des RC
1	Dépistage des cas de Noma	<p>Diffuser dans les ménages la définition de cas du Noma</p> <p>Suivre les cas de malnutrition ou d'enfants victimes de processus infectieux ou d'affections buccodentaires</p> <p>Etablir un circuit d'appel explicite dans la communauté</p>

Rôles et responsabilités des RC (2)

N°	Interventions	Rôles et responsabilités des RC
2	Notification des cas de Noma	<p>Prendre la photo du cas présumé de Noma</p> <p>Solliciter le chef poste pour confirmation du cas</p>

Rôles et responsabilités des RC (3)

N°	Interventions	Rôles et responsabilités des RC
3	Référence des cas de Noma	Orienter les cas de Noma au centre de santé ou sur le site de prise en charge

Rôles et responsabilités des RC (4)

N°	Interventions	Rôles et responsabilités des RC
4	Accompagnement des ménages dans le processus d'appropriation des mesures de prévention du Noma	<p>Suivre à domicile la nutrition et l'hygiène buccodentaire des enfants</p> <p>Assurer la vaccination complète des enfants</p> <p>Amener les ménages à éviter la promiscuité avec les animaux dans les habitations</p>

Rôles et responsabilités des RC (5)

N°	Interventions	Rôles et responsabilités des RC
5	Sensibilisation et suivi des comportements communautaires de prévention du Noma	<p>Identifier les enfants à haut risque</p> <p>Veiller au maintien des mesures qui assurent l'hygiène bucco-dentaire et corporelle</p> <p>Assurer un taux de couverture efficace de la vaccination des enfants dans la communauté</p>

Rôles et responsabilités des RC (6)

N°	Interventions	Rôles et responsabilités des RC
5	Sensibilisation et suivi des comportements communautaires de prévention du Noma	<p>Mettre à la disposition des familles les alternatives d'une alimentation équilibrée des enfants</p> <p>Indiquer à la communauté les pistes d'une autosuffisance alimentaire</p> <p>Soutenir la lutte contre les tabous alimentaires qui pénalisent les enfants</p>

Rôles et responsabilités des RC (7)

N°	Interventions	Rôles et responsabilités des RC
6	Rétro information à la communauté des issues des cas de Noma	<p>Organiser des échanges publics sur les issues des cas de Noma</p> <p>Rendre compte aux autorités locales sur les issues des cas de Noma</p> <p>Sensibiliser les guérisseurs sur les cas de Noma avec issue défavorable</p>

Performance des RC

- La performance des RC sera mesurée par le monitoring trimestriel.
- Les indicateurs ci-après serviront à mesurer la performance des RC:
 - Nombre cas de malnutrition pris en charge
 - Taux de couverture vaccinale
 - Proportion de cas de Noma confirmés
 - Proportion de cas de Noma référés au stade 1 ou 2

Soutien des relais

- La supervision des interventions du niveau communautaire a été pendant longtemps un maillon négligé du système de santé.
- Une efficacité de la lutte contre le Noma exige une supervision régulière des RC

Conclusion

- Le relais communautaire a existé sous différentes appellations avec des rôles et responsabilités changeants depuis les temps de la lutte contre les maladies au Bénin.
- Des victoires certaines avec leur implication dans l'éradication de l'onchocercose et du ver guinée.
- Mais une instruction généralisée de la population est le chemin avéré pour un contrôle efficace des maladies

Je vous remercie de votre
aimable attention

L'utilisation des agents des services à base communautaire (ASBC) dans le système de santé du Burkina Faso et en particulier dans la lutte contre le noma.

Ouidah, 15 Novembre 2011

Dr Adama VALIAN, MS
Dr Jocelyne GARE, MS
Dr Etienne TRAORE, OMS

Contexte et justification des Services à Base Communautaire

- Au Burkina Faso, des efforts considérables ont été fournis ces trente dernières années pour développer les services de santé, mais les résultats ne sont pas encore satisfaisants.
- Ce décalage entre les efforts fournis et les résultats obtenus s'expliquerait entre autres par l'insuffisance de coordination des interventions des programmes de santé au sein de la communauté.
- Dans un contexte de morbidité et de mortalité générale très élevées, de pénurie du personnel professionnel de santé et de formations sanitaires assurant les soins de santé pour couvrir les besoins de la population, le Ministère de la Santé s'est engagé à promouvoir les SBC (PNDS).

Définition du concept « Services à Base Communautaire ».

- Les SBC se définissent comme un ensemble de prestations intégrées, conçues, organisées et gérées avec, pour et par les communautés dans le but de satisfaire leurs besoins de santé.
- Les SBC sont une approche de prestation de services pour les rendre plus disponibles et plus accessibles aux membres d'une communauté, avec sa pleine participation.
- Les SBC visent à élargir l'accès aux soins de santé primaires. Leur intervention doit faire l'objet d'une mobilisation communautaire et de ce fait elle doit être planifiée avec les membres de la communauté afin d'obtenir leur adhésion.

Acteurs clés des SBC au Burkina Faso

- Selon le contexte, l'appellation « agent communautaire » peut varier :
 - les agents de Distribution à Base Communautaire (DBC),
 - les Agents de Santé Communautaire (ASC),
 - les accoucheuses de village (AV) formées,
 - les agents de santé de village (ASV),
 - les pairs éducateurs (PE),
 - les membres des comités de gestion (COGES),
 - les correspondants de vaccination (CV),
 - les relais communautaires (RC),
 - et tout autre acteur ou structure chargé des activités d'information, d'éducation et de communication en matière de santé au niveau communautaire.

Encadrement et coordination des acteurs chargés des SBC

- Le rôle et les tâches de ces agents font l'objet de document établi qui est « **la stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé** ».
- Le référentiel sert à déterminer les compétences des ASBC, à harmoniser la formation de ces ASBC afin de les rendre capables d'offrir des services de qualité à la population et de diffuser des messages adaptés et conformes à la politique sanitaire nationale.
- Le système national de santé prévoit que les activités SBC se mènent sous l'encadrement et la coordination de :
 - l'équipe de prestataires des services des formations sanitaires,
 - l'équipe cadre de district,
 - l'équipe de la direction régionale de la santé,
 - les partenaires techniques et financiers,
 - les associations / ONG comités villageois de développement (collectivités).

Leçons apprises de l'utilisation des ASBC au Burkina Faso(1/2)

- Les SBC sont un complément indispensable aux formations sanitaires pour l'accès plus grand et à moindre coût aux soins de santé primaires ;
- Les services à base communautaire (SBC) « sont très pertinents pour l'amélioration de l'état de santé des populations » au Burkina Faso ;
- SBC ont un rôle et une présence très importants dans le système de santé», même si officiellement le niveau communautaire ne fait pas partie de la pyramide sanitaire ;
- Les ASBC sans être des techniciens qualifiés sont capables de répondre efficacement aux besoins de santé des populations s'ils sont bien formés et encadrés ;

Leçons apprises de l'utilisation des ASBC au Burkina Faso (2/2)

- Les ASBC contribuent à une forte mobilisation des communautés pour la mise en œuvre des programmes de santé.
- Le degré de dynamisme des agents SBC est tributaire de l'efficacité de l'appui apporté par les agents de santé.
- Il y a une disparité de thèmes et de plans de formation des ASBC selon les partenaires qui appuient l'encadrement ; il en est de même pour leur motivation et leur équipement.
- La mise en œuvre des mécanismes de motivation des ASBC par les communautés a toujours été défailante.

Acquis résultant de l'utilisation des ASBC (1/2)

- Dans le cadre de la lutte contre le noma, l'importance du rôle des ASBC n'est plus à démontrer. Elle transparait à travers la multitude de domaines et programmes suscités qui visent à réduire la morbidité et la mortalité de l'enfant.
- Des démarches ont été faites pour l'intégration du noma dans les programmes de santé existant vers la Guinée, et la PCIME.
- Au Burkina Faso, ils jouent un rôle important dans la mobilisation sociale à travers l'IEC de la communauté sur la maladie et aussi la recherche active de cas de noma.

Acquis résultant de l'utilisation des ASBC (2/2)

- Au total , les financements antérieurs ont permis de former 637 ASC et tradipraticiens de santé respectivement dans les Régions sanitaires du Centre Sud (150), Boucle du Mouhoun (266), Est (100), Hauts Bassins (121).
- Le renforcement de leur compétence permettra d'améliorer la prévention du noma, la détection précoce des cas, le suivi de la prise en charge des cas de gingivites et autres lésions buccales et la notification des cas.
- Ils sont chargés de référer en cas de présomption de noma, afin que les patients puissent accéder aux services de santé et bénéficier rapidement de soins.

CONCLUSION

La Direction de la santé communautaire (DSC) vient d'être créée :

- Il relève de la DGPS ;
- un Directeur vient d'être nommé;
- cette direction va tenter de capitaliser les acquis et répondre aux préoccupations soulevées dans l'analyse de la santé communautaire au Burkina réalisée courant 2011.