





**ATELIER TECHNIQUE SOUS-REGIONAL  
SUR LES ACTIVITÉS  
À BASE COMMUNAUTAIRE (ABC)  
RAPPORT FINAL  
TOME 1**

**(1er au 4 Novembre 1997, Nouakchott, Mauritanie)**



**Unicef BRAOC**  
**Bureau Régional pour L'Afrique de l'Ouest et du Centre**

**ATELIER TECHNIQUE SOUS REGIONAL  
SUR LA PROMOTION DES ACTIVITES DE  
SANTÉ, NUTRITION, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT  
A BASE COMMUNAUTAIRE (ABC).**

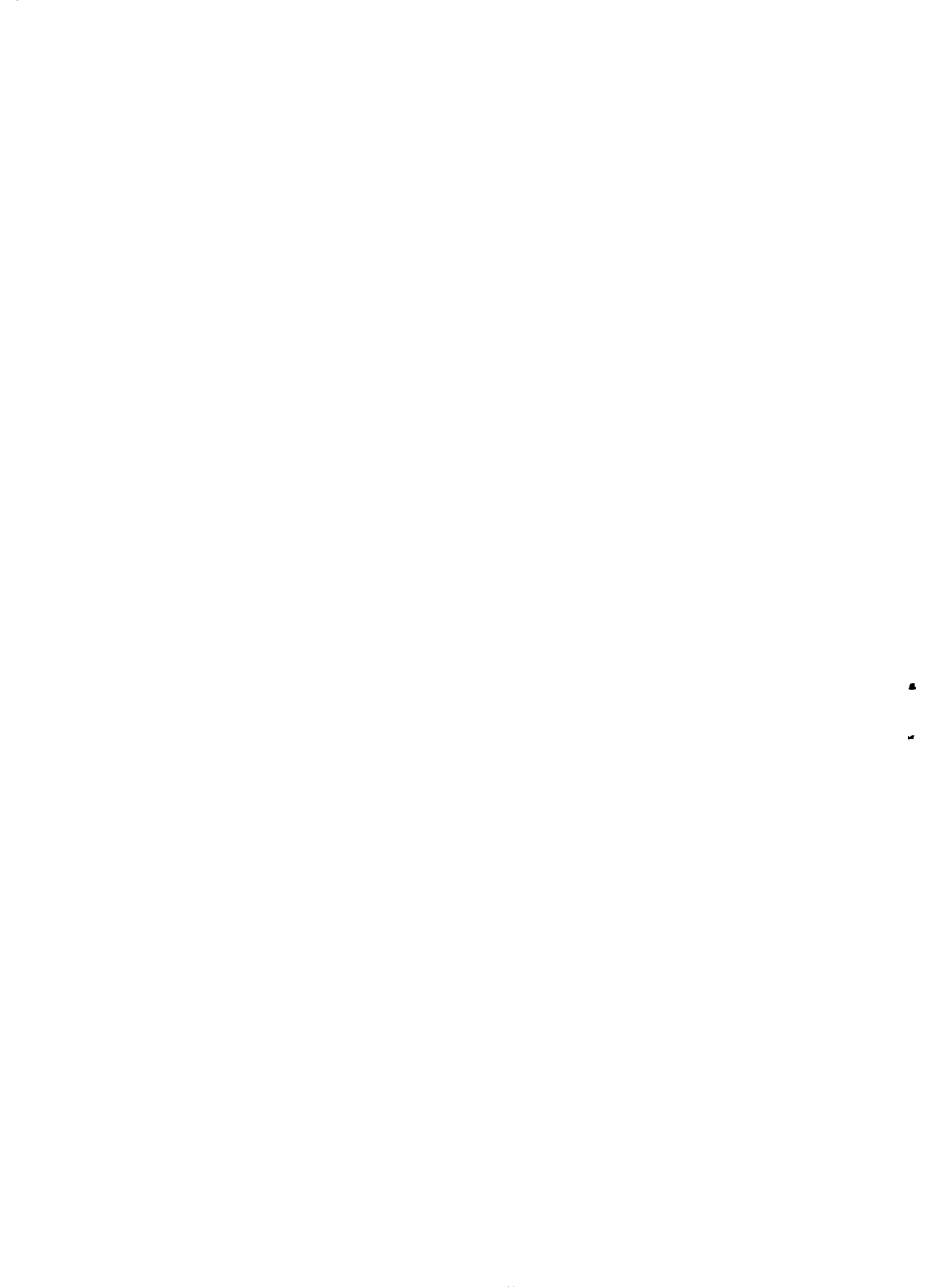
**Du 1 au 4 Novembre 1997**  
**à Nouakchott, République Islamique de Mauritanie**

**Tome 1**

***RAPPORT FINAL***

LIBRARY IRC  
PO Box 93190, 2509 AD THE HAGUE  
Tel.: +31 70 30 689 80  
Fax: +31 70 35 899 64  
BARCODE: 14656  
LO: 203.2 98AT

**Dr Jean Michel Ndiaye**  
**Dr Hervé Périès**  
**UNICEF BRAOC**



## **TABLE DES MATIERES**

<b>Table des matières</b>	<b>p3</b>
<b>Remerciements</b>	<b>p5</b>
<b>1. Justification et objectifs de l'atelier</b>	<b>p6</b>
1.1 Introduction de l'atelier	p6
1.2 Objectifs de l'atelier	p7
<b>2. Déroulement de l'atelier</b>	<b>p9</b>
2.1 Organisation, perception et participation communautaire	p10
2.2 L'analyse de situation communautaire participative	p11
2.3 Activités de nutrition au niveau communautaire	p12
2.4 Activités d'hygiène et d'assainissement à base communautaire	p13
2.5 Activités de santé à base communautaire	p15
2.6 Surveillance épidémiologique /Eradication des maladies	p15
2.7 Suivi, monitoring et évaluation des activités à base communautaire	p17
2.8 Améliorer la représentativité et favoriser l'implication des femmes	p19
2.9 Comment améliorer la participation des communautés dans l'IB	p21
2.10 Mobilisation des réseaux communautaires et intersectoralité	p23
<b>3- Problématique globale des Activités à Base Communautaire</b>	<b>p25</b>
3.1 Inadéquation de l'offre et de la demande	p25
3.2 Insuffisance du partenariat et de la négociation	p26
3.3 Pérénnisation	p27
3.4 Planification et programmation participative	p28
3.5 Intégration	p28
3.6 Décloisonnement sectoriel	p28
3.7 Monitoring	p29
3.8 Motivation	p29
3.9 Paquet minimum d'activités	p29
3.10 Activités à base communautaires	p29
3.11 Equité	p29
<b>4- Appui à la mise en oeuvre ou au renforcement d'un programme ABC au niveau district</b>	<b>p30</b>
4.1 Introduction	p30
4.2 Résultats des travaux de groupe	p30
4.3 Fiches d'intervention par pays	p31
4.4 Tableaux récapitulatifs des actions proposées par pays	p33





### Table des matières (suite)

<b>5- Synthèse de l'atelier</b>	<b>p36</b>
5.1 Revue des objectifs	p36
5.2 Revue de la situation des ABC dans les pays participants	p37
5.3 Problématique des ABC	p38
5.4 Suivi post-atelier	p40
Shéma 1: Articulation des besoins de la demande et de l'offre	p41
Shéma 2: Cadre conceptuel du partenariat	p42
 <b><u>ANNEXES</u></b>	 <b>p43</b>
Annexe 1: Liste des participants	p44
Annexe 2: Agenda de l'atelier	p51
Annexe 3: Présentation des travaux de groupe J1 Thème: Adéquation offre/demande	p56
Annexe 4: Présentation des travaux de groupe J2 Thème: Modalité de mise en oeuvre des programmes ABC	p61
Annexe 5: Evaluation de l'atelier	p67
Annexe 6: Présentation des fiches d'intervention par pays	p69
. Bénin	p69
. Burkina Faso	p71
. Cameroun	p74
. Côte d'Ivoire	p82
. Guinée	p84
. Mali	p85
. Mauritanie	p88
. Niger	p90
. Sénégal	p93
. Tchad	p95
. Togo	p96



## REMERCIEMENTS

Le bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et Centrale, et l'équipe d'organisation de l'atelier souhaite remercier chaleureusement en ces lignes:

- Le Gouvernement de la République Islamique de Mauritanie et particulièrement Monsieur le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales et son équipe pour leur accueil chaleureux, et le parrainage et l'assistance efficace qu'ils ont accordés à l'atelier.
- Tous les participants à l'atelier pour avoir accepté les conditions de travail intenses, surmonté les difficultés de logement et avoir travaillé sans relâche mais en harmonie afin de rendre l'atelier à la fois utile et agréable.
- Nos collègues et amis de BASICS, de ENDA-Graaf, de l'OMS, de IRC et de ACOPAM qui, en plus de leur participation active et éclairée ont accepté d'animer des sessions très importantes et participé efficacement au déroulement de l'atelier.
- Enfin et tout particulièrement, Mr le Représentant de l'UNICEF à Nouakchott, Olivier Théo De Greef et son équipe qui n'ont ménagé aucun effort tant au niveau technique, administratif, qu'humain pour préparer la tenue de cet atelier régional mais aussi accueillir, encadrer et divertir les participants.
- Des remerciements spéciaux sont adressés:
  - . au Dr Béchir El Aounen, à Mr Arsène Azoudossessi de l'UNICEF, au Dr Kane Ibrahima et au Dr Abderrahmane ould Jiddou du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales qui ont été à la fois des organisateurs et des facilitateurs précieux et omniprésents
  - . à nos collègues et amis Mrs/Mme Luc Barrière, Sérigne Mbaye Diene, Annick Wouters, Jacquet Mouhamed, Nkwate Charles Chi, Bah Saer Maty Marfa Aye, Abdel El Abassi et David Delienne, qui ont apporté un soutien très apprécié au Secrétariat.
  - . à Mmes Aminétou mint Kehel et Ami Bal secrétaires efficaces et souriantes de la réunion ainsi qu'aux chauffeurs qui n'ont ménagé aucun effort. Cette équipe affectée spécialement à l'atelier a fait montre chaque jour de disponibilité, de dévouement et de compétence, permettant ainsi à l'atelier d'évoluer dans les conditions les meilleures.



# 1. JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L'ATELIER

---

## *1.1 Introduction de l'atelier*

### **Justification**

Dans la plupart des pays de notre région, une proportion encore importante de la population rurale et péri-urbaine n'a pas encore d'accès satisfaisant aux services socio-sanitaires de base. Il est souvent nécessaire et souhaitable de développer des approches participatives à base communautaire pour améliorer et compléter l'offre des structures existantes et renforcer la pertinence et la qualité des prestations. L'implication directe et la représentation des communautés au sein des programmes se sont révélés dans de nombreux cas des éléments déterminants dans la réussite et la pérennisation des activités.

Dans ce contexte, il existe au niveau communautaire de nombreux individus, réseaux communautaires et associations susceptibles et désireux de s'investir dans le développement d'approches locales participatives afin de participer activement à l'amélioration des conditions de vie de leur communauté.

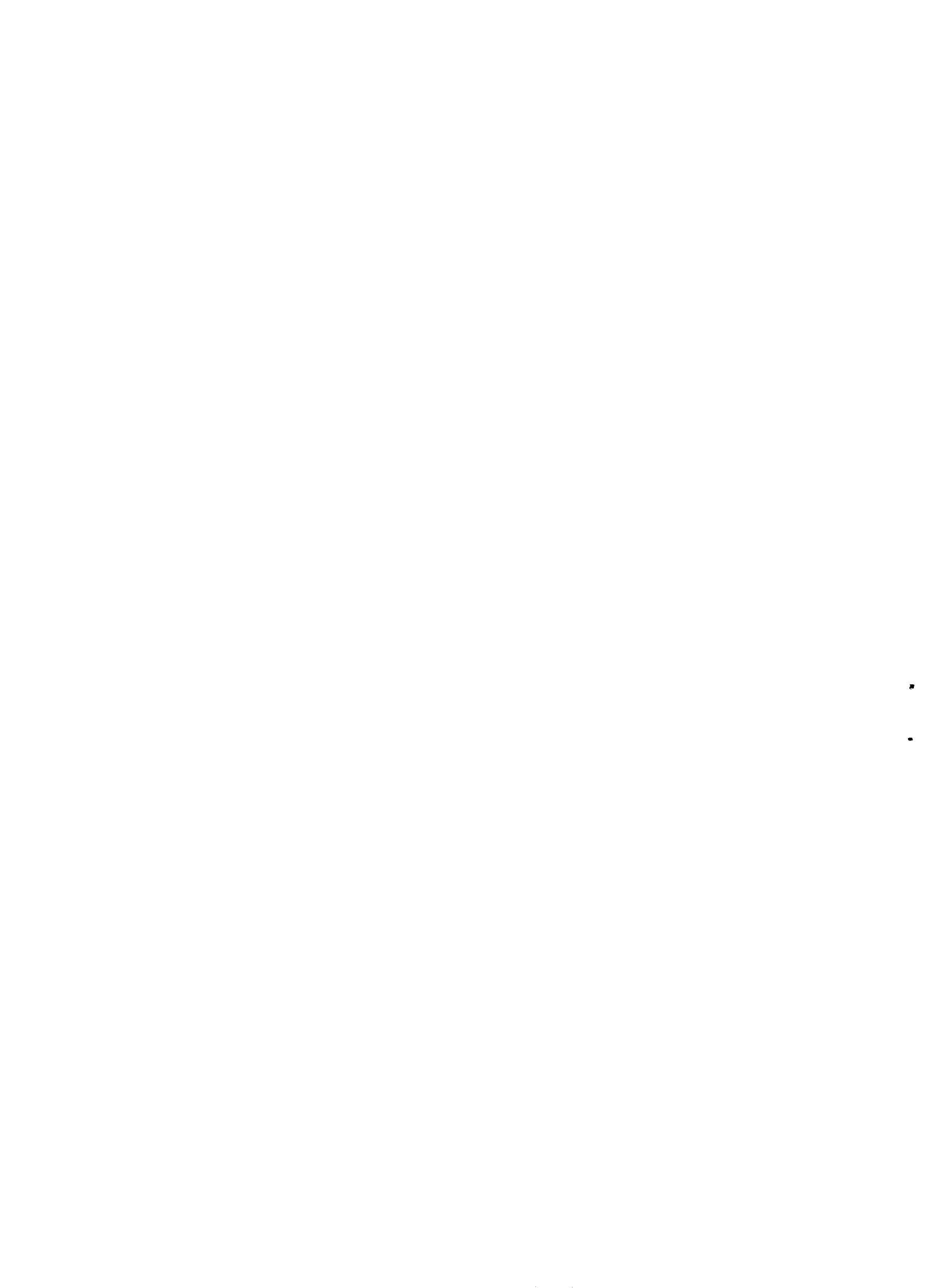
Plusieurs programmes de santé, de nutrition et d'hygiène-assainissement ont démontré leur capacité d'atteindre et de mobiliser les populations les plus vulnérables, d'identifier et de mieux répondre aux besoins prioritaires de ces populations, en favorisant notamment de telles approches communautaires participatives.

Certaines expériences ont mis en évidence, par exemple, que des activités à base communautaire (ABC) simples et peu coûteuses peuvent:

- (1) améliorer significativement les connaissances essentielles et favoriser les changements de comportements des populations en matière de santé, de nutrition, d'hygiène et d'assainissement,
- (2) compléter, renforcer et accélérer la revitalisation des systèmes de santé (IB),
- (3) améliorer l'accessibilité, la protection et l'utilisation des points d'eau potable,
- (4) renforcer les stratégies de lutte contre la mortalité maternelle et infantile en développant notamment des mécanismes communautaires de limitation des risques pour la mère et son enfant,
- (5) renforcer les chances de succès des processus d'éradication/élimination de certaines maladies en permettant notamment la mise en place de systèmes de surveillance épidémiologique à base communautaire.

De plus, dans le contexte actuel de concentration géographique et d'intersectoralité croissante des programmes de coopération entre l'UNICEF et les Gouvernements, les besoins accrus de rationaliser l'utilisation des ressources, nécessitent de renforcer les mécanismes de coordination et de favoriser le synergisme entre les nombreuses activités et programmes au niveau communautaire.

Comme de nombreux pays de notre Région renforcent simultanément leur engagement dans le développement de programmes à base communautaire, il a semblé opportun et souhaitable à ce stade du processus, d'organiser un atelier technique afin d'évaluer et de quantifier l'impact de ce type de programmes et de mesurer les opportunités existantes dans chacun des pays participants. On a essayé de répondre à certaines des nombreuses questions qui se posent lorsque l'on parle d'activités à base communautaire, notamment:



- ◆ **Quelle définition et compréhension du concept A.B.C ?** ( contenu, niveau d'intervention, limites géographiques, acteurs et intervenants,...)
- ◆ **Que peut-on conclure des nombreuses expériences passées en matière d'A.B.C ?**  
- Leçons apprises ? Impact? Réplicabilité ?
- ◆ **Quelles sont les besoins, les attentes, les perspectives et les devoirs de la communauté vis à vis de ces A.B.C?**
- ◆ **Comment supporter efficacement les communautés pour le développement de ces activités?**

Pour ce faire, on a privilégié durant cet atelier les échanges d'expériences et le transfert de compétences entre pays afin de permettre aux participants de:

- mieux participer à la réflexion nationale sur la promotion des activités à base communautaire
- faciliter la mise en place, le renforcement et le suivi de zones d'intervention délimitées où favoriser la mise en place, le suivi et l'évaluation d'approches ABC innovantes.
- alimenter la réflexion en cours pour la conceptualisation et le suivi d'une approche sous régionale de promotion des ABC

## *1.2 Objectifs de l'atelier*

### Objectif général:

**Grâce aux contributions des pays invités, définir les grandes lignes d'une approche régionale en matière de promotion des activités santé /nutrition /hygiène /assainissement à base communautaire et faciliter la mise en oeuvre et le renforcement de ces activités dans chacun des pays participants.**

### Objectifs spécifiques:

- a- **Mettre en évidence, sur la base des expériences santé-nutrition-hygiène-assainissement à base communautaire mises en oeuvre ou planifiées dans les pays participants, l'adéquation entre offre et demande; les opportunités et les contraintes liées au développement des activités.**
- b- **Déterminer le rôle potentiel et les avantages comparatifs des activités à base communautaires dans l'accélération de l'atteinte des objectifs prioritaires de l'UNICEF**
- c- **Identifier les liens, synergismes et mécanismes d'intégration existant au niveau communautaire entre les activités de Santé, de Nutrition et d'hygiène-assainissement, mais aussi avec les autres secteurs d'intervention traditionnels de l'UNICEF (Education primaire, Promotion des Femmes, Développement de la Jeunesse, Environnement....).**
- d- **Favoriser l'identification au niveau de chaque pays participant, d'une zone de concentration géographique des activités à base communautaire (District ou Province) qui permette:**





- (1) le test et/ou le développement de stratégies/activités communautaires participatives
- (2) le renforcement des mécanismes de coordination et d'intégration des activités sectorielles au niveau communautaire
- (3) la réalisation d'activités de recherche opérationnelle pouvant contribuer à la résolution des questions/problèmes clefs dans les domaines Santé/nutrition/ hygiène-assainissement au niveau communautaire
- (4) l'évaluation et la documentation de l'intérêt et de l'impact des interventions à base communautaire en vue de renforcer leur justification et favoriser leur promotion dans les exercices de programmation nationale et, plus spécifiquement, dans les programmes de coopération Gouvernement-UNICEF (CPE).

**e- Préparer des propositions-pays d'appui au développement des activités intégrées à base communautaire;**

**f-Faire des recommandations visant la mise en place d'un réseau technique de collaboration et d'échange inter-pays sur ce thème.**



## 2. DEROULEMENT DE L'ATELIER (Minutes et répertoire des communications)

---

Note Préliminaire: Vous trouverez dans cette partie, les principales informations relatives au déroulement de l'atelier ainsi que la localisation de la documentation de référence ou des principaux résultats liés aux thèmes traités. La plus grande partie de ces informations ont été compilées sur la base 1) du travail des rapporteurs journaliers des séances plénières et des travaux de groupe, 2) du contenu des exposés introductifs de chaque session.

La première journée a commencé avec l'inscription et la présentation des participants (Voir liste en Annexe 1).

Dr J.M. Ndiaye, (UNICEF WCARO) a ensuite introduit les travaux de l'atelier en ciblant son intervention sur la justification du thème, la présentation des objectifs et des résultats attendus (voir 1.) Il a soulevé le fait que plusieurs pays de la Région de l'Afrique de l'Ouest et Centrale sont en train de renforcer leur engagement dans le développement de programmes à base communautaire, notamment dans les domaines de la santé, de la nutrition et de l'hygiène-assainissement, et ce en vue d'améliorer l'accès des populations rurales et peri-urbaines aux services socio-sanitaires de base.

L'atelier devrait donc permettre à chacune des délégations-pays de se faire une idée plus précise sur les programmes en cours dans la région et d'apprécier les succès, les échecs et les potentialités d'échanges qui existent avec chacun des autres pays participants mais aussi de répondre à des questions opérationnelles telles que:

- . Quel paquet minimum d'activités proposer au niveau des communautés, comment le définir pour mieux répondre aux besoins exprimés par les bénéficiaires?
- . Quels sont les représentants de la communauté, les partenaires et les secteurs les plus appropriés pour identifier, mettre en oeuvre et évaluer ces activités ?
- . Comment rationaliser l'utilisation des ressources humaines et financières à ce niveau?

Afin de garantir un suivi des travaux de l'atelier et favoriser la mise en place d'applications pratiques dans chaque pays, le comité d'Organisation de l'atelier a insisté pour que un responsable de District sanitaire (qui soit déjà impliqué ou fortement intéressé par la mise en place et le développement de ces activités ABC dans sa zone de responsabilité) soit membre de chacune des délégations.

La lecture de l'agenda (Voir Annexe 2.) a permis de montrer que l'atelier se déroulerait en trois phases distinctes:

- 1) Une réflexion globale sur la problématique des Activités à Base Communautaire en accordant un intérêt particulier à l'analyse de l'adéquation entre l'offre et la demande et à l'évaluation du niveau et de la qualité de la participation communautaire.
- 2) Une revue et analyse critique de différentes expériences A.B.C dans la région à l'occasion de la présentation de thèmes spécifiques.
- 3) La présentation de méthodes et exercices susceptibles d'être utilisés et adapter par les délégation pour favoriser le développement d'activités ABC au niveau district et l'élaboration de plans d'action après leur retour dans leur pays.



La cérémonie d'ouverture officielle de l'atelier a été présidée par S.E monsieur le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales de la République Islamique de Mauritanie, S.E monsieur le Ministre de l'Hydraulique et de l'Energie et S.E madame le Secrétaire d'Etat à la Condition Féminine en présence des Représentants de l'UNICEF, de l'OMS, du FNUAP, et de la GTZ. Cette cérémonie a été animée successivement par les discours du Représentant de l'UNICEF et du Ministre de la Santé et des Affaires sociales.

Dans son discours, le Représentant de l'UNICEF a rappelé l'importance des principes de l'Initiative de Bamako et notamment celui de l'implication directe et effective des communautés pour améliorer de l'accessibilité des populations aux structures sanitaires et la qualité des services. Il a ensuite souhaité que cet atelier soit l'occasion d'échanger des expériences et des points de vue sur ce qui favorise ou limite la promotion des ABC en accordant un intérêt particulier à la composante participation des communautés. Il a enfin souhaité que les réflexions et les discussions permettent aussi d'aborder les problèmes liés aux changements de comportements qui sont essentiels à la réussite des principaux objectifs fixés .

Pour sa part, SE monsieur le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales, a soulevé l'importance capitale du thème de l'atelier et des bénéfices que chacun des pays participant pourrait en tirer. Il a ensuite rappelé l'évolution de la mise en oeuvre des Soins de Santé Primaires/Initiative de Bamako en Mauritanie notamment grâce à la volonté politique du gouvernement qui a fait de la santé une de ses priorités. Il a également exprimé la gratitude et l'honneur de la République Islamique de Mauritanie pour avoir été choisie pour abriter cet atelier. Après avoir remercié l'UNICEF pour l'organisation et le financement de cet atelier, il a terminé son allocution en souhaitant que cet atelier puisse porter un souffle nouveau à la dynamique africaine vers l'objectif commun de santé pour tous.

Après cette cérémonie d'ouverture et l'exposé introductif, les travaux ont démarré pour couvrir successivement les thèmes consignés dans l'agenda(Annexe 2):

## 2.1 Thème 1: Organisation, perception et participation communautaire

Un exposé introductif intitulé “ **Participation communautaire, Acteurs, Perception et Enjeux**” a été présenté par **Mr Mamadou Ndiaye - ENDA-GRAF Dakar [Voir Communication 1]**. Cet exposé a permis de décrire les mécanismes de participation communautaire, la perception des bénéficiaires et les enjeux de ce type d'approche dans le contexte de la mise en place d'un projet destiné à améliorer les conditions de vie des populations défavorisées de la banlieue de Dakar. La première phase du projet s'est efforcée d'offrir aux populations un certain nombre de prestations de service sans une étude approfondie des réalités sociologiques locales. Les résultats de l'évaluation de cette première phase ont révélé les déceptions des populations et des responsables du projet dues essentiellement à une différence importante d'interprétation de la même réalité. La deuxième phase, basée sur les leçons apprises a permis de rectifier l'approche non pas en fonction de la pression des donateurs mais en fonction des besoins des populations, de leur propre rythme et avec plus de respect des valeurs socio-culturelles des populations par les responsables du projet. Des questions d'éclaircissement ont suivi ce débat marqué par l'approbation de la plupart des intervenants sur l'analyse de la situation faite par les responsables de ENDA et sur la similitude de la situation dans leur pays . *La principale conclusion a été qu'il y existe encore peu de certitude et de démonstration que les modalités actuelles de mise en oeuvre des ABC servent vraiment les intérêts des populations.*



### Adéquation entre offre des services et demande communautaire

La présentation de Mr Mamadou Ndiaye a servi d'introduction aux **travaux de groupes sur la problématique de l'adéquation entre la demande communautaire et l'offre des programmes (Voir compte rendu des travaux de groupe en Annexe 3.)**. Deux groupes ont traité l'offre des services sociaux et deux autres la demande exprimée par les communautés bénéficiaires.

Une session V.I.P a permis d'analyser le degré d'adéquation entre demande et offre. L'exercice a montré que, si dans un nombre limité de cas, l'offre et la demande sont en adéquation, il existe une distorsion parfois très importante dans certains domaines. Malgré les biais potentiels de l'exercice dus au fait que la plupart des participants étaient des représentants des services sociaux et non de la communauté, la plénière a reconnu qu'il s'agit d'un constat réel. Le plus grave réside dans le constat que, bien que la majorité des acteurs du développement soient convaincus et informés de cette situation, l'on persiste dans une approche très peu efficace. Il a été aussi relevé que les programmes dépendent trop des donateurs et de leurs agenda/objectifs/priorités dans un domaine qui exige pourtant beaucoup de temps pour atteindre les objectifs fixés.

La phase suivante de l'atelier a été essentiellement consacré à la présentation des expériences sur les thèmes suivants :

#### **2.2- Thème 2: L'analyse de situation communautaire participative**

Ce sujet a été introduit par Mme Flora Sibanda (UNICEF WCARO) qui a présenté les motifs et les principaux types d'analyse participative existants (Une documentation de base sur ce thème a aussi été remis aux participants). Une attention particulière a été accordée à la présentation des avantages et inconvénients des méthodes suivantes :

##### SARAR

La méthode SARAR (Self-esteem, Associative strength, Resourcefulness, Action planning and Responsibility):

**Hypothèse:** les populations ont la capacité (et surtout la créativité) d'utiliser leurs propres ressources pour améliorer leur condition de vie, notamment sanitaire.

**Utilisateurs:** Agents de développement communautaire, puis les propres bénéficiaires du projet, les membres de la communauté et formateurs pour former les animateurs/trices.

##### MARP

La méthode MARP (Méthode Accélérée de Recherche Participative) est à la fois une méthode de recherche participative et un processus continu d'apprentissage pour une meilleure connaissance des conditions et problèmes des populations locales.

**Hypothèse:** Cette méthode est utilisée pour collecter l'information relative au problème de développement dans le respect du savoir traditionnel des communautés.

**Utilisateurs:** La méthode MARP est principalement utilisée par tous ceux qui ont comme tâche la collecte d'informations. L'équipe doit être multidisciplinaire.

##### ZOPP

La méthode ZOPP (Planification par objectifs) est une méthode conçue pour la planification d'un projet.





**Hypothèse:** en livrant toutes les informations, en clarifiant les données et en adoptant une vision commune que le projet contiendra les germes de succès. Il appartient aux différents acteurs/partenaires de se conformer aux différents étapes d'analyse dans un climat de partenariat et de confiance.

**Utilisateurs:** La méthode ZOPP est utilisée principalement par les planificateurs, les chefs de programme, les partenaires de projet de développement. Le travail en équipe, la méthode et la visualisation sont à la base du travail d'analyse nécessaire pour atteindre des résultats pouvant être exploités par les partenaires de projet, les autorités et les différents groupes d'intérêt.

Toutes ces méthodes visent l'implication des principaux acteurs concernés par le projet en leur offrant l'espace nécessaire pour s'exprimer en tant que partenaires. Elles s'inspirent et/ou complètent "L'approche triple A" : Appreciation - Analyse - Action.

Cette introduction a permis de rappeler certaines conditions nécessaires pour le succès des approches participatives :

- Perceptions et Compréhensions des problèmes
- Evaluation des besoins effectifs des communautés
- Capacités et Ressources disponibles pour la conduite des activités.

Le thème a été illustré par deux présentations-pays:

**TOGO: Renforcement des capacités communautaires (RCC)**

[----> Voir Communication No 2]

**MAURITANIE: Analyse participative de la situation de la jeunesse.**

[----> Voir Communication No 3]

### 2.3 Thème 3: Activités de nutrition au niveau communautaire

En guise d'introduction à ce sous-thème, Monsieur Serigne Mbaye Diène, BASICS Dakar a présenté un document intitulé:

**“Surveillance de la Croissance et Education Nutritionnelle au niveau communautaire - Une expérience de groupements de femmes dans le district sanitaire de Dioffor-Sénégal”**

[----> Voir Communication No 4]

Cette expérience a permis:

\* de mettre en évidence l'importance fondamentale:

- du recours à des organisations communautaires existantes pour plus de durabilité.
- de la responsabilisation des mères elles-mêmes dans le programme.
- du partenariat négocié entre système de santé et communauté.

\* de favoriser l'émergence d'un cadre conceptuel pour la recherche-action: Le modèle NPI/APO: Négociation-Participation-Intégration et Apprendre-en Pratiquant-tout en Observant.



Le thème a aussi été illustré par deux présentations pays:

**NIGER: Promotion de la croissance à assise communautaire (PCAC)**

[----> Voir Communication No5]

**GUINEE- Système d'Information à assise communautaire (SIAC)**

[----> Voir Communication No6]

## 2.4 Thème 4. Activités d'hygiène-assainissement à base communautaire

Ce thème a été introduit par Mr David Delienne (UNICEF Tchad) qui a présenté successivement les contextes nationaux dans le secteur, l'expérience de l'UNICEF et les tendances actuelles. Une attention particulière a aussi été accordée à l'aspect "Changement de comportement" qui est un élément clé de la dynamique du secteur.

### a- CONTEXTES NATIONAUX

✓ *Manque de Politiques Nationales*

- ❖ Priorité relative des Gouvernements
- ❖ Priorité H&A collectif VS individuel
- ❖ Déficit en cadres
- ❖ Manque de moyens sectoriels
- ❖ Manque d'orientations

✓ *Intérêt des bailleurs mitigé*

- ❖ Priorité à l'Approvisionnement en eau
- ❖ Visibilité de la composante Hygiène/Assainissement faible
- ❖ Complexité du secteur (requiert des changements de comportements)

✓ *Demande communautaire faible*

- ❖ Autres priorités
- ❖ Croyances et valeurs personnelles
- ❖ Inadéquation des solutions proposées

### b- Bilan rapide de 50 ANS D'ACTIVITE DE L'UNICEF

✓ **De nombreux acquis:**

- ⊗ Expertise reconnue dans le domaine de la communication/sensibilisation
- ⊗ Développement de technologies appropriées
- ⊗ Nombreuses Expériences H&A en milieu rural

✓ **Mais.....**

- ⊗ Analyse de situation de base insuffisante
- ⊗ Evaluation de l'impact quasi inexistante
- ⊗ Verticalité souvent excessive des approches
- ⊗ Besoin croissant d'intervenir en milieu urbain défavorisé

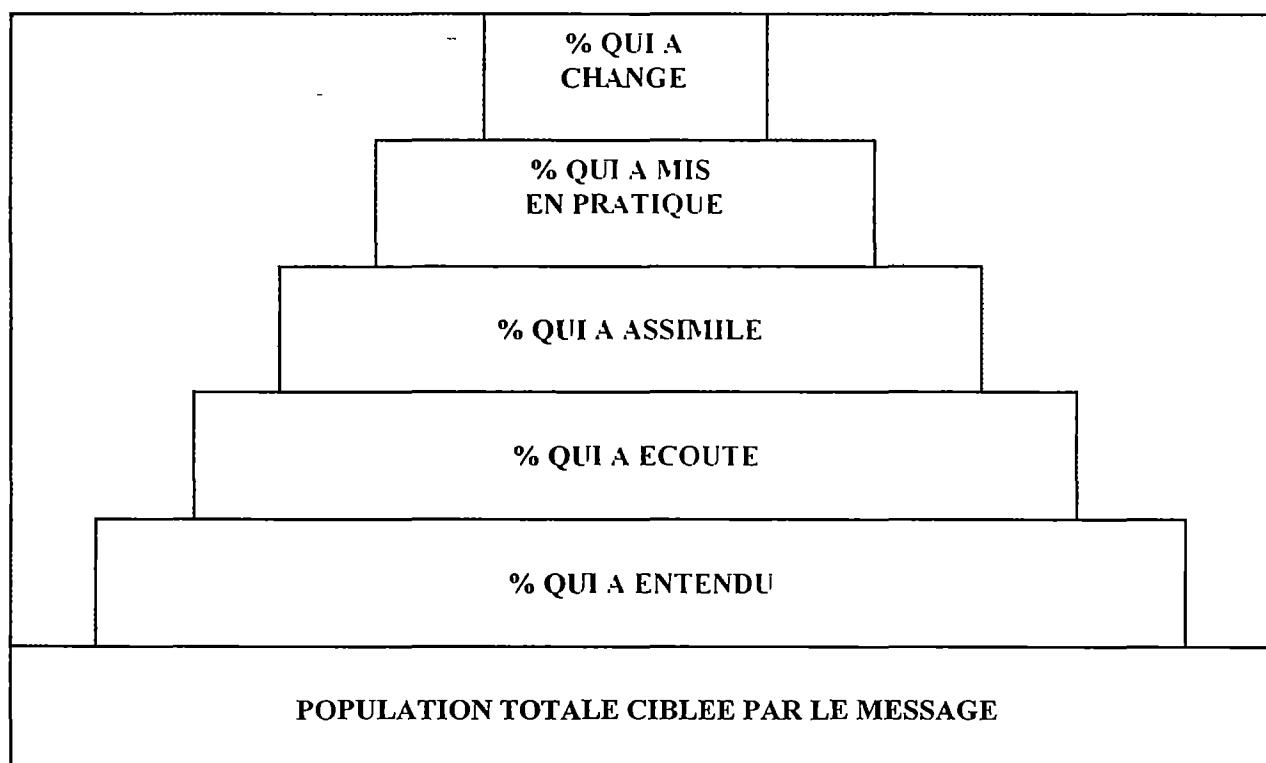


### c- TENDANCES ACTUELLES AU SEIN DES PROGRAMMES UNICEF:

(les phases qui doivent bénéficier d'une attention plus soutenue dans l'avenir sont matérialisées en caractères gras-italique)

- Identification des facteurs de risque
- ***Analyse de situation de base participative et multi-sectorielle***
- Détermination des objectifs de changement de comportement
- Développement des messages et activités
- ***Pré-test des messages et activités***
- Développement d'une stratégie de communication/mise en oeuvre cohérente
- ***Monitoring et évaluation de l'impact***

### PROBLEMATIQUE DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT



Le thème a aussi été illustré par deux présentations pays ciblant l'une les activités d'hygiène et d'assainissement en milieu péri-urbain défavorisé (Mauritanie) et l'autre les stratégies de communication susceptibles d'accélérer les changements de comportement des bénéficiaires.

#### **MAURITANIE: Pôle de développement intégré en milieu péri-urbain**

[----> Voir Communication No7]

#### **BURKINA FASO- Programme Sanya- "Communication en Santé Publique"**

[----> Voir Communication No8]



## 2.5 Thème 5: Activités de Santé à base communautaire

L'introduction de cette session a été faite par **Dr. El Hadi Benzerroug** ( Représentant résident de l' O.M.S. à Nouakchott)

Dans son exposé, le Dr Benzerroug a tout d'abord présenté les réalités nouvelles de la politique sanitaire en Afrique. Le document de référence "Pour une nouvelle stratégie de la Santé pour tous a été distribué et commenté. Le Représentant a beaucoup insisté sur les écarts entre les besoins de santé des populations et les offres de service disponibles. Il a ensuite mis l'accent sur l'impact potentiel des activités à base communautaire dans la lutte contre les maladies en prenant notamment l'exemple de la lutte contre le paludisme. Il a enfin terminé son exposé sur les priorités stratégiques liées à la promotion des ABC et notamment leur impact sur:

- la lutte contre la pauvreté
- l'amélioration de l'équité dans l'accès aux services de santé
- la participation effective des communautés à l'amélioration de leur situation

**Voir: "Note introductive sur les activités de Santé à base communautaire"**  
[----> **Communication No 09]**

La session a été aussi illustrée par deux communications complémentaires. La Mauritanie a présenté le rôle des unités de santé de base (agents villageois) dans la couverture sanitaire en milieu rural. Le Bénin a concentré son intervention sur le rôle des communautés dans le système de santé revitalisé (IB).

**MAURITANIE: "Les Unités de Santé de Base en Mauritanie-Contexte et Présentation des résultats"** [----> **Voir Communication No10]**

**BENIN: "Participation communautaire dans le cadre des systèmes de santé revitalisés(IB)"**  
[----> **Voir Communication No11]**

## 2.6 Thème 6: La surveillance épidémiologique à base communautaire / l'éradication des maladies

Le thème a été introduit par Dr Hervé Périès (UNICEF WCARO) en insistant sur les points suivants:

- Pourquoi mettre en place des systèmes de surveillance communautaire ?
- Problématique spécifique des processus d'éradication/élimination des maladies
- La notion de populations à haut risque
- Les défis à relever

### a- Pourquoi la surveillance communautaire?

✓ On observe une multiplication des initiatives d'éradication/élimination des maladies

- |               |   |
|---------------|---|
| ● Eradication | - Ver de Guinée, Polio, Rougeole (?)          |
| ● Elimination | - Tétanos néo-natal, Avitaminose A, Déf. iode |





- ✓ Il existe des réels besoins d'améliorer les mécanismes de détection rapide des épidémies (Méningite CS, Rougeole, Choléra, FJ,...) pour accélérer/améliorer la réponse (notion de systèmes d'alerte à base communautaire)
- ✓ La revitalisation des systèmes de santé dans la région généralise la notion d'aires de santé et impose de prendre en compte non seulement la structure sanitaire mais aussi les villages qui y sont rattachés.
- ✓ C'est un élément essentiel du processus de monitoring/évaluation de l'impact des programmes/activités de santé

#### **b- La problématique spécifique des processus d'éradication/élimination**

- ✓ La notification passive des cas insuffisante (seuls un nombre limité des cas existants sont notifiés si des mécanismes de recherche active ne sont pas installés)

. VDG # 5%, . PFA # 10%, . TNN # 2% . Rougeole # ? (estim. 1% au Bangladesh)

- ✓ Les Objectifs et Standards techniques d'un programme d'éradication/élimination sont élevés

##### ⊗ Pour l'éradication d'une maladie:

- Phase 1: - Obtenir une notification nationale de "Zéro cas"  
 Phase 2: - Maintenir un système de surveillance fiable trois ans après disparition du dernier cas (certification).

##### ⊗ Pour l'élimination d'une maladie:

- Phase 1: - Obtenir une notification nationale de "Zéro cas"  
 Phase 2: - Maintenir un niveau de surveillance et d'intervention élevé et permanent

- ✓ Besoin d'identifier précocement tous les cas pour déclencher une réponse adaptée

#### **c- La notion de zone/population à Haut Risque**

Ce sont principalement des zones de faible couverture sanitaire, dans lesquelles la situation épidémiologique est mal (ou pas) connue et qui posent un problème aux décideurs et planificateurs de santé:

- Zones à faible couverture sanitaire/vaccinale
- Pop. à faible couverture sanitaire/ vaccinale
- Populations utilisant peu les services de santé
- Zones pour lesquelles il n'existe aucune information (zones silencieuses)
- Zones où des cas surviennent
- Zones de troubles (guerres, pop.déplacées...)
- "Intime conviction" (la situation n'est pas connue mais on soupçonne le problème d'exister dans cette zone)



d- Les défis✓ **Démontrer/documenter l'intérêt de la surveillance à base communautaire:**

- . Appui indispensable au succès des processus d'éradication/élimination,
- . Amélioration de la qualité de la réponse aux épidémies
- . ↗ de la participation active des communautés
- . Meilleur suivi de l'impact des activités

✓ **Favoriser l'intégration/coordination des programmes nécessitant une surveillance au niveau communautaire:**

- . Préserver les acquis de chaque programme
- . ↘ les occasions manquées
- . ↗ Coût/efficacité

✓ **Intégrer les activités de surveillance mais en sélectionnant soigneusement ce qui doit être collecté.**✓ **Surveiller pour agir (réponse)**

L'introduction a été suivie par 3 communications-pays présentant les expériences de surveillance intégrées (Niger) et de surveillance du Ver de Guinée (Cameroun et Tchad). Les présentations des trois pays ont mis en évidence les réflexions en cours sur l'intérêt et les opportunités de mise en place d'approches ABC intégrées (y compris les systèmes de surveillance épidémiologique intégrée) sur la base des programmes verticaux existants .

**NIGER: "Surveillance épidémiologique intégrée au Niger**

[----> Voir Communication No12]

**CAMEROUN: "Eradication de la dracunculose et activités ABC dans la Province de L'Extrême Nord. [----> Voir Communication No13]****TCHAD: "Surveillance communautaire au niveau du District- Cas du Programme d'Eradication du Ver de Guinée. [----> Voir Communication No14]**

**2.7 Thème 7: Suivi / monitoring et évaluation des activités intégrées à base communautaire**

Le thème a été introduit par Dr Abdel El Abassi (UNICEF WCARO) qui a insisté sur:

- le pourquoi du monitoring
- les questions qui restent posées
- le besoin d'adaptation et de clarification



## 1. POURQUOI LE MONITORING?

- . Faciliter la prise de décision aux différents niveaux qui gèrent une activité
- . Promouvoir l'auto-évaluation aux différents niveaux impliqués dans une activité
- . Servir de support pour le dialogue et la négociation avec les partenaires
- . Améliorer la dynamique de solution des problèmes identifiés au cours de la mise en oeuvre des interventions

**Cette liste n'est pas exhaustive. En général il y a consensus sur les principes du monitoring, mais dans la pratique, la réalité est souvent discordante.**

## 2. CERTAINES QUESTIONS RESTENT POSEES:

Les présentations-pays et les discussions qui suivront contribueront certainement à clarifier les questions et les interpellations que les uns et les autres ressentent ou expriment; en voici cependant quelques unes pour lancer le débat et approfondir la réflexion:

- Tension et tiraillements ne sont-ils pas souvent présents/ressentis entre les acteurs de différents niveaux (village, aire de santé, district, région et central) ?
- Les outils et les méthodes utilisés sont-ils toujours cohérents avec les principes de participation et de responsabilisation de chaque niveau? Sont-ils adaptés au contexte spécifique des utilisateurs?
- La fonction de transfert de l'information au niveau supérieur ne prime-t-elle pas souvent sur l'autoévaluation et de la prise de décision locale?
- La forte technicité de certaines méthodes et supports n'exclut-elle pas parfois certains partenaires dont l'implication est pourtant recherchée?
- La charge de travail et les coûts induits par la gestion de l'information sont-ils acceptables et raisonnables?
- Les stratégies et méthodes utilisées ou envisagées renforcent-elles la décentralisation et l'autonomie ( fût-elle relative) de chaque niveau et en particulier du niveau local?
- La stratégie utilisée ou envisagée améliore-t-elle l'efficacité globale et en particulier locale du système?

## 3. BESOINS D'ADAPTATION ET DE CLARIFICATION

**Adapter la stratégie de gestion de l'information aux besoins spécifiques de chaque niveau sera de nature à en améliorer la fiabilité et l'efficacité;**

Pour évoluer dans cette perspective, il y a lieu de:

- Définir clairement les rôles de chaque niveau
- Envisager la négociation et la concertation comme des stratégies incontournables pour adapter les programmes de gestion de l'information sanitaire et nutritionnelle aux besoins spécifiques de chaque niveau
- Laisser, en particulier a l'intention du niveau local, la porte ouverte à la créativité et à la recherche si on a le souci de réellement promouvoir une interaction dynamique et responsabilisante entre services de bases et communautés.

Cette introduction a été complétée par 2 présentations-pays:



La présentation du Système d'Information à base communautaire -SIBC- (ciblé sur la nutrition) au Bénin et celle du système local d'information sanitaire utilisé dans les centres de santé communautaires au Mali ont été une occasion privilégiée pour aborder les questions précédentes.

**BENIN: “Système d'Information à base communautaire (SIBC)**

[----> Voir Communication No15]

**MALI: “Système d'Information Sanitaire de premier échelon (Niveau Centre de Santé)**

[----> Voir Communication No16]

## 2.8 Thème 8: Améliorer la représentativité et favoriser l'implication des femmes dans le développement des activités à base communautaire

L'introduction du thème a été assurée par Mme Kate Lifanda (UNICEF WCARO)

Sa présentation s'est focalisé sur le rôle de la notion de “genre” dans les programmes à base communautaire plus que sur l'implication des femmes comme cela a été proposé initialement dans le programme. Cet ajustement visait à mieux démontrer l'importance de l'analyse des mécanismes et rapports hommes/femmes pour la réussite des activités à base communautaire (ABC). Une telle approche permet d'éviter certains dangers souvent rencontrés et documentés dans les programmes en faveur des femmes (par exemple: favoriser des stratégies à priori pertinentes mais qui ont pour conséquence d'isoler les femmes en dehors des projets; nommer pour la forme les femmes dans les comités de gestion mais sans responsabilité effective,...). L'approche fondée sur le genre assure que les préoccupations des hommes et des femmes sont prises en considération et que les responsabilités en vue du succès et de la rentabilité du projet sont dévolues soit aux femmes, soit aux hommes, soit à communauté toute entière.

Avant d'aborder le sujet, les questions suivantes ont été posées et discutées:

- \* La notion de genre est-elle importante?
- \* Pourquoi est- il important de parler du genre dans les ABC ?

La plupart des activités de santé communautaire (ex: nutrition, santé pré et post natale, eau et assainissement, soins de santé primaires) concernent les femmes qui en sont souvent les principales actrices et bénéficiaires. A cause de cela on a tendance souvent à penser que les stratégies, et interventions menées dans ces domaines prennent en compte systématiquement les besoins et les préoccupations de femmes. Cependant l'analyse montre que l'accent est généralement mis sur les hommes pour tout ce qui concerne la prise de décision. De nombreuses expériences montrent que l'efficacité et l'impact d'un projet dépend de la collaboration et de la répartition des tâches et des responsabilités entre hommes et femmes c'est-à-dire du genre.

Cette question de genre est nouvelle, sensible, encore souvent théorique et difficile à comprendre. C'est la raison pour laquelle, cette introduction a été illustrée par une étude de cas:

**BURKINA FASO: “Les foyers de démonstration nutritionnelle “**

[----> Voir Communication No17].





**L'introduction et l'étude de cas ont permis de mettre en évidence les points-clé suivants:**

Il y a trois facteurs clés pour assurer la réussite des programmes de soins de santé visant les femmes et les enfants :

1. Comprendre et prendre en compte la réalité de l'environnement (culturel, traditionnel)
  - . Il ne faut jamais oublier que le statut des femmes reste encore très bas dans beaucoup de sociétés - souvent aussi bas que celui des enfants;
2. Reconnaître les contraintes économiques et sociales et les exploiter;
  - . Les femmes ne peuvent pas agir toutes seules dans beaucoup de sociétés traditionnelles. Elles doivent être soutenues par ceux qui sont écoutés et qui détiennent le pouvoir, comme les marabouts, les personnes âgées, leurs maris .
  - . Un programme réussi cible des preneurs de décision et les sources d'influence dans le village.
3. Assurer la continuité du programme:
  - . En encourageant la population à s'approprier du projet;
  - . En planifiant un programme qui ne nécessite pas des investissements importants en capital ou des frais de fonctionnement excessifs;
  - . En cherchant à obtenir des résultats tangibles à court terme qui peuvent justifier le soutien à l'activité et accroître la crédibilité de l'intervention visant un changement à moyen et à long terme;
  - . En assurant la promotion et en améliorant les capacités des femmes en matière d'alphabétisation, de formation, de gestion pour qu'elles puissent prendre en charge leur propre développement;
  - . En valorisant l'importance de la femme dans la famille et dans la communauté et en encourageant le respect des droits de la femme.
  - . En renforçant la capacité décisionnelle de la femme et en l'insérant dans toutes les activités où cela est possible.

Cette introduction a été suivie d'une communication de **Mme Jennifer Francis, IRC** qui a essentiellement présenté les rôles et réalités des hommes et des femmes dans la gestion des activités ABC en mettant en évidence la nécessité d'analyser les actions et le rôle du cadre socio-culturel dans leur détermination. Elle a très justement souligné le fait que - "si les projets ne tiennent pas compte des différences entre les hommes et les femmes, ceux-ci et celles-ci risquent de se voir empêchés d'agir dans leurs domaines de compétence et de pouvoir respectifs, quand bien même ils sont capables socialement, économiquement et politiquement de contribuer à la gestion intégrée des activités de santé, nutrition, hygiène et assainissement".

**IRC: Rôle et réalités des Hommes et des Femmes dans la gestion des activités à base communautaire. [----> Voir Communication No 18]**



## **2.9 Thème 9: Comment améliorer la participation des communautés dans les systèmes de santé revitalisés- Initiative de Bamako.**

Une discussion approfondie sur ce thème a été considérée comme essentielle compte tenu 1) de l'investissement en moyens humains, financiers, et matériel engagé durant ces dix dernières années dans la Région Afrique de l'Ouest et Centrale pour la promotion et la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako, 2) de l'importance d'une participation communautaire effective pour garantir le succès de l'Initiative de Bamako à long terme et 3) de la nécessité d'adapter les stratégies initiales pour prendre en compte l'évolution de la situation régionale.

La session a débuté avec la présentation de trois communications-pays (**Mali, Sénégal et Cameroun**) qui ont servi de base à une séance de **réflexion de groupe** (brainstorming) pour essayer de dégager les points saillants en matière d'analyse de situation, de contraintes et de perspectives de l'Initiative de Bamako.

### **A- Communications:**

**MALI: “Aires de Santé comme porte d'entrée pour le développement communautaire- cas du District sanitaire de Bla- Région de Ségou”**

[----> Voir Communication No19]

**SENEGAL: “Mise en place du Paquet minimum d'activités au Sénégal.”**

[----> Voir Communication No20]

**CAMEROUN: “Présentation de l'atelier d'imprégnation aux activités de santé et de nutrition à base communautaire dans le District de Santé de Mora- Province de L'Extrême Nord.**

[----> Voir Communication No21]

### **B- Principaux résultats du Brainstorming sur l'Initiative de Bamako.**

1. Il est nécessaire de renforcer le lien entre les villages et leur centre de santé de référence (mais aussi de renforcer les modalités de rétro-information vers la périphérie) notamment en mobilisant mieux les réseaux locaux de communication existants (représentants villageois au sein des COSA, volontaires villageois, groupements de femmes, associations de jeunes, ONG, leaders communautaires,...).

2. Il faut impliquer la communauté plus fortement et plus systématiquement dans les activités de micro planification (ex: détermination des priorités communautaires, planification des activités avancées, identification/priorisation des comportements à risque, évaluation des actions...)

3. Un problème crucial à résoudre reste la stabilisation des relais communautaires identifiés (problème de mobilité et de motivation). La motivation des volontaires communautaires est un problème constant dans la plupart des pays. Il est aussi nécessaire de planifier les coûts et les modalités de remplacement des relais com. que l'on perd (démission, décès,...) et de s'assurer de la qualité du transfert des compétences. ----> Une solution proposée: investir prioritairement dans les structures communautaires organisées qui prévoient/permettent le remplacement des personnes relais choisies et l'auto-formation interne.

4. Nécessité d'amener les groupes communautaires (élus locaux, autorités religieuses, groupements de jeunes, de femmes, couches aisées, ...) à s'impliquer à tous les niveaux des activités



(identification-planification-mise en oeuvre-évaluation) et non plus être seulement informés ou simple exécutants. C'est une clef pour un partenariat effectif dans l'ACTION ("habilitation", "appropriation").

5. Favoriser lorsque cela est nécessaire la concentration des interventions sur des zones circonscrites et sur des cibles spécifiques pour accroître la complémentarité et améliorer la coordination stratégique et opérationnelle (et non plus uniquement la complémentarité géographique).

6. Favoriser les analyses de situation communautaires participatives en combinant deux démarches complémentaires : (1) l'identification des priorités ressenties par la population (demande exprimée) et (2) la revue/discussion avec les populations des problèmes effectivement constatés au niveau des aires de santé.

7. Nécessite de s'assurer que les niveaux central, régional et district adhèrent aux principes de participation communautaire. Evaluer et prendre en compte (1) leurs intérêts/frustrations dans le processus ; (2) leurs besoins (formation, aménagements, motivation....).

8. La participation communautaire doit dépasser le simple niveau de co-gestion financière observé dans la plupart des pays. Il faut maintenant travailler sur (1) l'amélioration de la qualité des services, (2) l'utilisation rationnelle et négociée des bénéfiques communautaire et, (3) la couverture des zones/populations à hauts risques.

9. Le cloisonnement et la verticalité de certaines activités entraînent des blocages. Pour favoriser des approches mieux coordonnées/intégrées et plus efficaces, il est souhaitable d'assurer la coordination inter-sectorielle au niveau (le plus) opérationnel (notamment le niveau district).

10. Le problème de la qualité de la "sensibilisation/formation" des communautés a été soulevé: Ces formations sont elles suffisamment performantes, habilitantes et mobilisatrices pour d'une part faire adhérer les populations aux actions dans lesquelles elles sont impliquées et d'autre part leur permettre de les mener correctement ?.

11. Il faut accompagner la décentralisation en cours de la mise à disposition des moyens humains et financiers nécessaires pour sa mise en oeuvre.

12. Les ANC ("activités au niveau communautaire") menées dans la plupart des pays doivent devenir de véritables ABC ("activités à base communautaire"). Cela suppose une définition opérationnelle de la "communauté" et de la "participation communautaire".

13. Le cloisonnement encore trop souvent observé entre les secteurs, entre les programmes et même entre les bailleurs de fonds est souvent renforcé par leurs répondants au niveau gouvernemental (intérêt d'entretenir ces conflits d'intérêt).

14. Persistance d'un ancrage institutionnel insuffisant et d'une localisation restreinte des ABC. Le problème peut être résolu en favorisant le lien entre les centres de santé et les communautés. Dans une perspective de pérennisation, la dynamique villageoise doit trouver un ancrage dans toutes les structures en place (structures de santé, écoles, associations, mairies, ...)

15. Dans la phase initiale, la définition d'une politique nationale ABC n'est pas utile. Il est certainement préférable de favoriser les approches "test" (zones de concentration et de recherche-action) bien structurées, réalistes (réplicables) et les documenter soigneusement pour convaincre les différents acteurs (Gouvernements, bailleurs et partenaires).



16. Besoin de définir clairement le rôle des différents acteurs et de favoriser la compréhension de son rôle par chacun de ces acteurs. Une attention particulière doit être accordée à la communauté qui doit être informée et comprendre à quoi et pourquoi elle participe. Ses représentants doivent être informés et formés sur les activités et procédures dans lesquels ils sont impliqués (ex: le monitoring de la couverture du PMA, la recherche active des enfants à vacciner, le monitoring et la gestion..).

17. Il faut s'assurer que les animateurs sont formés en approche participative et capable de restituer leur connaissance de façon satisfaisante

18. Il est souhaitable d'explorer l'intérêt et l'importance potentiel que pourrait représenter la création d'un réseau d'appui pour le développement des ABC.

19. Une intervention spécifique peut servir de porte d'entrée initiale au développement d'une collaboration inter sectorielle (ex: Ver de Guinée, AEP, revitalisation du CS,...) .

20. Trop d'activités ou d'initiatives mises en oeuvre simultanément dans un même village expose au risque d'inefficacité, de saturation et finalement de décrochage de l'implication communautaire.

### Conclusion :

- Besoin et intérêt d'analyser les expériences en cours au niveau de chacun des pays participants pour renforcer l'IB, mais en tenant compte des contextes et spécificités propres à chaque pays/programme/zone/partenaires.

- Besoin d'équilibrer les interventions:

- en poursuivant les investissements déjà réalisés dans les aspects techniques (stratégies, activités, outils, méthodes, monitoring ...) notamment pour améliorer la qualité.
- en renforçant les mécanismes de collaboration au sein et entre les services, avec les partenaires et surtout avec la population .
- en renforçant les mécanismes d'évaluation et de documentation pour valider les stratégies et mobiliser les partenaires

- Compte tenu des expériences présentées- notamment celles du Niger, du Mali et du Bénin) et des discussions, il est clair que des principes essentiels en terme de transparence, d'échange d'information et de rétro-information doivent accompagner les efforts de renforcement de la participation communautaire.

## **2.10. Thème 10: Mobilisation des réseaux communautaires et intersectorialité**

Ce thème avait pour objectif de mettre en évidence les opportunités de collaboration existantes soit en diversifiant les relais communautaires traditionnellement mobilisés, soit en favorisant le développement de mécanismes de collaboration intersectorielle.

Pour ce faire, trois présentations ont été proposées ciblant respectivement:

- **la mobilisation des réseaux de femmes (Burkina Faso)**
- **l'environnement comme porte d'entrée d'une approche intégrée ABC (Sénégal)**
- **l'implication des ONG dans les activités ABC (Côte d'Ivoire)**

Il a été demandé aux pays assurant ces présentations d'insister sur:





- les mécanismes ayant favorisé l'implication effective des autres secteurs ou des réseaux communautaires;
- les étapes essentielles de la préparation/mise en oeuvre et suivi du programme
- les problèmes rencontrés, les solutions proposées et les perspectives.

**BURKINA FASO: “Les réseaux de femmes animatrices villageoise”**

[----> Voir Communication No22]

**SENEGAL: “Soins Primaires de l'environnement, porte d'entrée pour une approche ABC”**

[----> Voir Communication No23 - Film vidéo]

**COTE D'IVOIRE: “Partenariat avec le Corps de la paix dans le cadre des activités d'assainissement, d'approvisionnement en eau et de lutte pour l'éradication de la dracunculose”**. [----> Voir Communication No24]



### 3. PROBLEMATIQUE GLOBALE DES ACTIVITES A BASE COMMUNAUTAIRE - ABC.

---

Les travaux de l'atelier, et notamment les sessions de synthèse journalière ont permis de recenser les points essentiels tant en terme de contraintes que d'opportunités susceptibles d'influencer positivement ou négativement les efforts de promotion des activités à base communautaire. Globalement, 11 points essentiels ont été identifiés et discutés. Pour chacun de ces points, des questions spécifiques ont été soulevées dont les réponses devront être recherchées soit collectivement soit dans le contexte propre à chaque pays participant.

#### 3.1. Inadéquation de l'Offre et de la Demande:

*Idées forces:*

- Généralement les Offres ne correspondent pas toujours à la Demande. De nombreux services sont ainsi offerts aux communautés, sans que cela réponde à leurs attentes.
- Il existe très souvent une adéquation difficile entre les besoins de la communauté et les Offres des projets. Ceci peut venir d'une différence de perception des réalités entre les acteurs communautaires et les responsables des programmes. D'où la nécessité de mieux explorer cette Demande communautaire afin de plus tenir compte des besoins des populations et adapter l'Offre en conséquence.

→ Quelles sont les conditions essentielles pour améliorer l'adéquation entre l'Offre et la Demande: décentralisation?, partenariat?, négociation?, définition des facteurs de risque?, coordination inter- sectorielle? sélection des priorités (étude de la perception des besoins par la communauté et des éléments de motivation)?

Il est nécessaire de prendre en compte le caractère dynamique de la recherche menée en vue d'une plus grande adéquation entre l'Offre et la Demande. Les institutions partenaires doivent aussi faire preuve d'une plus grande lucidité/adaptabilité pour augmenter cette adéquation.

→ Comment s'assurer que l'Offre (Institutions) corresponde mieux aux besoins exprimés et que la demande communautaire exprime mieux sur les besoins réels/prioritaires?

→ Quel type de programmation faut-il mettre en place pour assurer cette plus grande adéquation?

→ L'étude des besoins exprimés et des facteurs de motivation avancés n'est pas toujours faite. Y-a-t-il prépondérance du prêt-à-porter dans la réponse?

→ Comment régler les conflits de priorité entre les prestataires de services et les communautés?

→ Comment combiner/réconcilier le temps minimum nécessaire pour une appropriation par la communauté (généralement long) et les exigences (souvent immédiate) des Gouvernements et partenaires pour "aller à l'échelle"?

→ Comment dépasser la tendance actuelle qui est souvent de planifier "à partir de notre perception de ce que la communauté veut". Faut-il établir des listes de priorités à négocier avec les communautés?

→ Qui doit être chargé des négociations? Qui initie et qui participe à ces négociations?

→ Comment limiter/gérer les frustrations des communautés liées aux (nombreux) besoins prioritaires exprimés que l'on ne peut pas satisfaire?



- Comment dépasser la tendance au partage des régions entre bailleurs pour aboutir à une stratégie commune? Coordination d'interventions complémentaires? Est-ce que les Programmes d'Investissement Sectoriels (SIP) sont une solution?
- Le partenariat doit-il intéresser particulièrement les professionnels de santé et la communauté?
- Quelles stratégies adopter pour sensibiliser les partenaires du Nord aux réalités du Sud, et inversement?
- Comment stimuler le Gouvernement pour qu'il soit plus actif dans son rôle de coordonnateur?
- Est-ce que la rigidité et les conditionalités imposées par les partenaires ne bloquent pas la participation des communautés?

### 3.3 Pérennisation: comment faire?

Idées forces:

- Prise en compte insuffisante des aspects économiques et financiers dans la conception des ABC. La pérennité est rarement planifiée/assurée à long terme.
- Les coûts des ABC sont souvent difficiles à maîtriser.
- On constate que la plupart des approches sont des Activités au Niveau Communautaire plutôt que des Activités à Base Communautaire, en raison du manque d'assise communautaire
- Il n'y a pas de stratégie standard pour la pérennité des ABC.
- Les activités ABC doivent être définies en ayant toujours à l'esprit la pérennité de ces activités.
- Les stratégies de pérennisation sont rarement élaborées dès la phase de planification.

- Comment aller au-delà de la simple Co-gestion financière du CS par les communautés et faciliter leur implication dans la prise en compte de l'ensemble des questions de santé de la population vivant dans l'aire de responsabilité?
- Comment s'assurer de la capacité et de la volonté des communautés à Co-financer/participer dans de multiples activités de développement?
- Comment assurer le financement des ABC? Fond de roulement, ressources locales, micro-crédits?
- comment s'assurer du coût/efficacité des ABC?
- Comment assurer un monitoring de qualité des ABC?
- Comment assurer l'encadrement et la supervision des agents villageois?
- Comment institutionnaliser les relations entre le village et les niveaux supérieurs?
- Quel doit être le degré d'implication des communautés dans l'élaboration du système de gestion et leur niveau d'information sur les activités menées?
- Quels devraient être les critères de recrutement des bénévoles et à partir de quel moment faut-il les motiver financièrement (paiement à la performance/couverture)?
- les activités sont-elles pérennisables avec des bénévoles? Quel système de motivation doit-on mettre en place?
- Comment développer et renforcer les ancrages des activités ABC avec les services de base?



- Quelles sont les raisons d'abandon des agents communautaires?
- Comment mettre en place un mécanisme d'appropriation par les communautés?
- Comment définir une politique ou un mécanisme de désengagement des partenaires?

### 3.4 Planification et de programmation participative: l'inscription des ABC dans la planification de district.

Idées forces:

- Importance de la négociation et de l'établissement d'un partenariat entre le Gouvernement et la Communauté. Il est essentiel d'éviter de parachuter des idées et des manières de faire "standardisées" dans la communauté.
- Une étude préalable des besoins et des motivations est nécessaire pour un diagnostic participatif (MARP ou autre). Intérêt de l'utilisation des principes d'analyse par le triple A.
- L'approche doit être multisectorielle et la planification participative.
- Le ciblage des interventions devrait alors s'orienter sur la famille et le groupe plutôt que sur les Femmes et les Enfants.
- Cette approche nécessite une réduction des interventions "verticales".

→ Comment définir des sites pilotes quand cela est nécessaire: critères de sélection? (zones IB ou zones hors IB, zones les + défavorisées, zones épidémiologiquement "pertinentes", renforcement d'un niveau dans la construction de la pyramide sanitaire...).

→ Définition d'une aire de couverture minimale pour les ABC.

→ Comment aller au-delà des contraintes institutionnelles pour la planification/ mise en œuvre des ABC?

→ Inscription des ABC dans les politiques sanitaires: quels sont les mécanismes, les outils nécessaires et les démarches pour circonvenir les contraintes?

→ Vérifier l'existence d'un cadre juridique adapté pour le partenariat Gouvernement-Société Civile et les différents acteurs.

→ Quelles sont les modalités de l'intégration de l'Offre inter sectorielle dans la planification de district pour assurer sa cohérence avec la Demande communautaire?

### 3.5 Intégration: comment faire?

- Quelles activités pourraient jouer un rôle de porte d'entrée ou de locomotive? Quelles autres activités initier?, Quand?
- A quel niveau? A quelles conditions peuvent-elles réussir? Comment vont-elles s'articuler?
- Quels sont les niveaux de planification et d'opérationnalisation les plus favorables pour faciliter l'intégration?

### 3.6 Décloisonnement sectoriel:

- Problème de la centralisation/sectoralité de l'Etat et du partenariat.
- Comment limiter le monopole de la santé (démédicalisation, conflit d'intérêt)?
- Quel est le rôle normatif de la santé?
- Comment s'établit le partage institutionnel des responsabilités?
- Influence du cloisonnement des programmes au sein même du Ministère de la Santé? Influence extérieure dans ce cloisonnement et la création de programmes verticaux





### 3.7 Monitoring des activités à base communautaire: comment faire?

- La forte technicité demandée pour le monitoring n'exclut-elle pas parfois l'implication de certains partenaires?
- La charge de travail est-elle acceptable pour les représentants de la communauté?
- La stratégie de monitoring retenue renforce-t-elle la décentralisation et l'autonomie (relative) de chaque niveau?
- La stratégie de monitoring améliore-t-elle l'efficacité globale et surtout locale du système?

### 3.8 Motivation:

- Comment motiver les bénévoles?
- Comment motiver les communautés à adopter des comportements motivants pour les volontaires?
- Quelles autres stratégies proposer à part celle de greffer les activités promotionnelles sur des Activités Génératrices de Revenus (AGR)?
- Est-il possible d'utiliser les bénéfices des AGR/IB pour financer les activités communautaires: si oui, dans quelles limites (respect de l'équité des villages)?

### 3.9 Paquet Minimum d'Activités:

- A quel niveau le mettre en place: niveau de base, 1er niveau de référence, 2ème niveau de référence?
- Est-il nécessaire d'avoir un PMA différencié pour chacun des différents niveaux?
- Quels critères de sélection des activités à chaque niveau? Quelles modalités de sélection de la porte d'entrée.
- Quelles doivent être les modalités pour greffer des activités supplémentaires motivantes afin d'assurer la pérennité des activités?
- Où commence la surcharge de travail du(des) V.V. générée par l'addition d'autres ABC? Comment la mesurer, la prévenir?
- Comment définir les interventions inter sectorielles qui sont des composantes indissociables d'une même action (approvisionnement en eau potable avec disponibilité et usage de latrines, hygiène du milieu).
- Comment procéder pour obtenir une bonne disponibilité des MEG et des autres produits essentiels (ex:tamis-filtre pour le VDG) disponibles au niveau communautaire (IB)?
- Nécessité d'avoir des outils de gestion pour la surveillance et l'information au niveau communautaire.
- Comment gérer/corriger la surcharge des ABC?

### 3.10 Activités à Base Communautaire:

- Définition?: contenu, activités, niveau, limites géographiques partenaires/acteurs impliqués.
- 2 alternatives stratégiques: soit limiter les ABC au niveau du village ou soit impliquer les communautés à quelque niveau que ce soit. Qui fait ce choix?
- Comment faire pour ne pas dupliquer les comités ou autres organes communautaires et en même temps ne pas les surcharger de travail?
- Analyser les différences entre les individus relais et les associations/réseaux et évaluer leur potentiel de mobilisation/extension.
- Existe-t-il des différences fondamentales entre les ABC rurales et urbaines?

### 3.11 Equité:

- Comment aborder cette notion au niveau du système? au niveau de la communauté?
- Relation entre équité et couverture?



## **4. APPUI A LA MISE EN OEUVRE ET/OU AU RENFORCEMENT D'UN PROGRAMME INTEGRE A BASE COMMUNAUTAIRE AU NIVEAU**

---

### **4.1 Introduction:**

L'un des principaux objectifs de l'atelier était de favoriser l'identification au niveau de chaque pays participant d'une zone de concentration géographique des activités à base communautaire (voir 1.2 Objectifs de l'atelier). A cette fin, il a été recommandé à chaque pays d'identifier des responsables du niveau district motivés par la promotion des ABC et de les inviter à participer à l'atelier. De plus, le caractère inter-sectoriel des délégations a permis de rassembler globalement au niveau de l'atelier des représentants des secteurs aussi diversifiés que la Santé, l'Eau-assainissement, la Nutrition, l'Agriculture, la Condition féminine, l'Action Sociale, l'Environnement et la Jeunesse. Cette option visait à démontrer le caractère intersectoriel et la diversité des ABC, à décloisonner l'approche ABC en favorisant les échanges d'expériences et la coordination entre ces secteurs, et enfin à favoriser une démedicalisation des activités de santé.

Sur cette base, les participants à l'atelier ont été invités à réfléchir sur les opportunités et modalités de mise en oeuvre de programmes ABC au niveau des districts pré-identifiés par les délégations. Pour ce faire, l'atelier a proposé deux phases:

- Une première phase en travaux en groupe a été mise à profit pour générer/confronter des idées dans un contexte inter-pays sur:

- \* les étapes préliminaires pour initier un programme ABC au niveau d'un district sanitaire
- \* le choix des activités prioritaires à mettre en oeuvre

- Une deuxième phase en travaux par délégation-pays a été mise à profit pour définir les grandes lignes d'une intervention potentielle au niveau des districts sélectionnés. Pour ce faire des propositions de fiches d'intervention par pays ont été élaborées par chaque délégation.

### **4.2 Résultats des Travaux de groupe (Voir Annexe 4.)**

Les résultats des travaux de groupe sont présentés **en annexe 4**. Ce qui nous semble important de préciser ici, avant que vous ne vous référiez à ces résultats est le fait que ces travaux de groupe ne visaient pas l'obtention d'un produit final directement applicable/utilisable pour des activités de programmation ou de mise en oeuvre des ABC. Ils visaient plutôt l'acquisition et la maîtrise par les participants d'une méthode et d'exercices participatifs simples et répliquables dans leur contexte national/district pour promouvoir les ABC. Lors de l'atelier, le travail était biaisé par le fait que les représentants des communautés, des partenaires et de certains secteurs n'étaient pas présents.

L'objectif premier était donc de donner aux participants, et notamment aux responsables des districts sanitaires, des outils susceptibles d'être utilisés dans leur zone de responsabilité pour

- 1) favoriser une réflexion locale sur la promotion des ABC,
- 2) identifier les activités prioritaires intéressantes à mettre en oeuvre en collaboration étroite avec les communautés et les partenaires, et
- 3) initier la programmation de ces activités en collaboration avec les intervenants et bénéficiaires potentiels.



Le second objectif, était, à travers la restitution des travaux en plénière, de favoriser l'échange entre les groupes afin que chaque délégation puisse s'imprégner des réflexions et options choisies par les autres avant de se concentrer sur le cas spécifique de leur pays (voir 4.3 ci dessous).

### **4.3 Fiches d'interventions par Pays (Voir Annexe 5.)**

La dernière journée de l'atelier a été consacrée à la préparation par chaque délégation d'une fiche d'intervention destinée à présenter à l'auditoire les prochaines étapes/activités proposées dans le cadre de la promotion des ABC.

Généralement, ces fiches d'intervention (disponibles en annexe 5) ciblent les activités proposées dans les districts pré-sélectionnés et dont les médecins-chefs participaient à l'atelier. Elles reflètent aussi la diversité des approches et de l'état d'avancement des activités dans les différents pays. Bien entendu, ces fiches sont indicatives et des travaux complémentaires seront réalisés par chaque délégation à leur retour et après restitution/concertation.

Toutefois, nous présenterons ici à titre informatif et de façon synoptique et comparative les interventions proposées par les pays-participants. Vous trouverez donc pages suivantes un tableau récapitulatif des fiches-pays dans lequel nous avons essayé de regrouper les principaux éléments d'orientation relatifs aux zones d'intervention, portes d'entrée, relais communautaires et activités pré-identifiées.

Vous remarquerez à la lecture de ces fiches que les pays sont à des degrés très divers du processus de promotion des ABC:

Pour certains, pays, la réflexion sur les ABC est en cours au niveau national et/ou local et généralement soutenue par la volonté de développer/évaluer la potentialité et l'impact de ces activités dans des zones expérimentales restreintes (Bénin, Guinée, Sénégal, Togo)

Pour d'autres, le défi consiste à réorienter des programmes au niveau communautaires déjà en place mais qui assurent la prise en charge d'activités très ciblées. Pour ces programmes, un des objectifs consiste à introduire plus largement la notion d'analyse de situation/planification participative (Burkina Faso, Mali, , Mauritanie, Niger) et à diversifier les structures/activités en place et les relais communautaires utilisés pour mieux répondre aux besoins communautaires exprimés.

Plusieurs pays ont inscrit le diagnostic communautaire participatif comme un élément clé de leurs futures activités (Bénin, Cameroun, Guinée Conakry, Sénégal, Togo).

Les portes d'entrée (programmes/projets) susceptibles de permettre une promotion des ABC telle que discutée durant l'atelier sont variées (de une à quatre/cinq simultanées en fonction des pays).

Compte tenu de la sur-représentativité de spécialistes santé/nutrition dans l'atelier, il est compréhensible que les portes d'entrée Santé/Dimension communautaire des systèmes revitalisés SSP/IB- (Cameroun, Mali, Mauritanie, Tchad, Togo) et Nutrition (Bénin, Burkina Faso, Guinée) dominant .

Cependant, on trouve aussi:

Porte d'entrée Hygiène/Assainissement (Bénin, Côte d'Ivoire)

Porte d'entrée Education fondamentale (Bénin, Togo)

Porte d'entrée Environnement (Sénégal)



Au niveau de Maradi, le Niger s'appuie résolument sur une porte d'entrée à vocation intégrée dès la conception du programme grâce aux expériences des projets PISBA et PIM

Compte tenu de l'importance de la surveillance épidémiologique à base communautaire dans les processus d'éradication (Ver de Guinée, Polio[PFA], Tétanos [Décès NN]) et de l'endémicité VDG de la plupart des pays invités, les Programmes d'éradication de la dracunculose qui imposent des activités très décentralisées au niveau village ont été aussi souvent identifiés comme des portes d'entrée pertinentes (Bénin, Côte d'Ivoire, Mauritanie, Niger, Tchad, Togo)



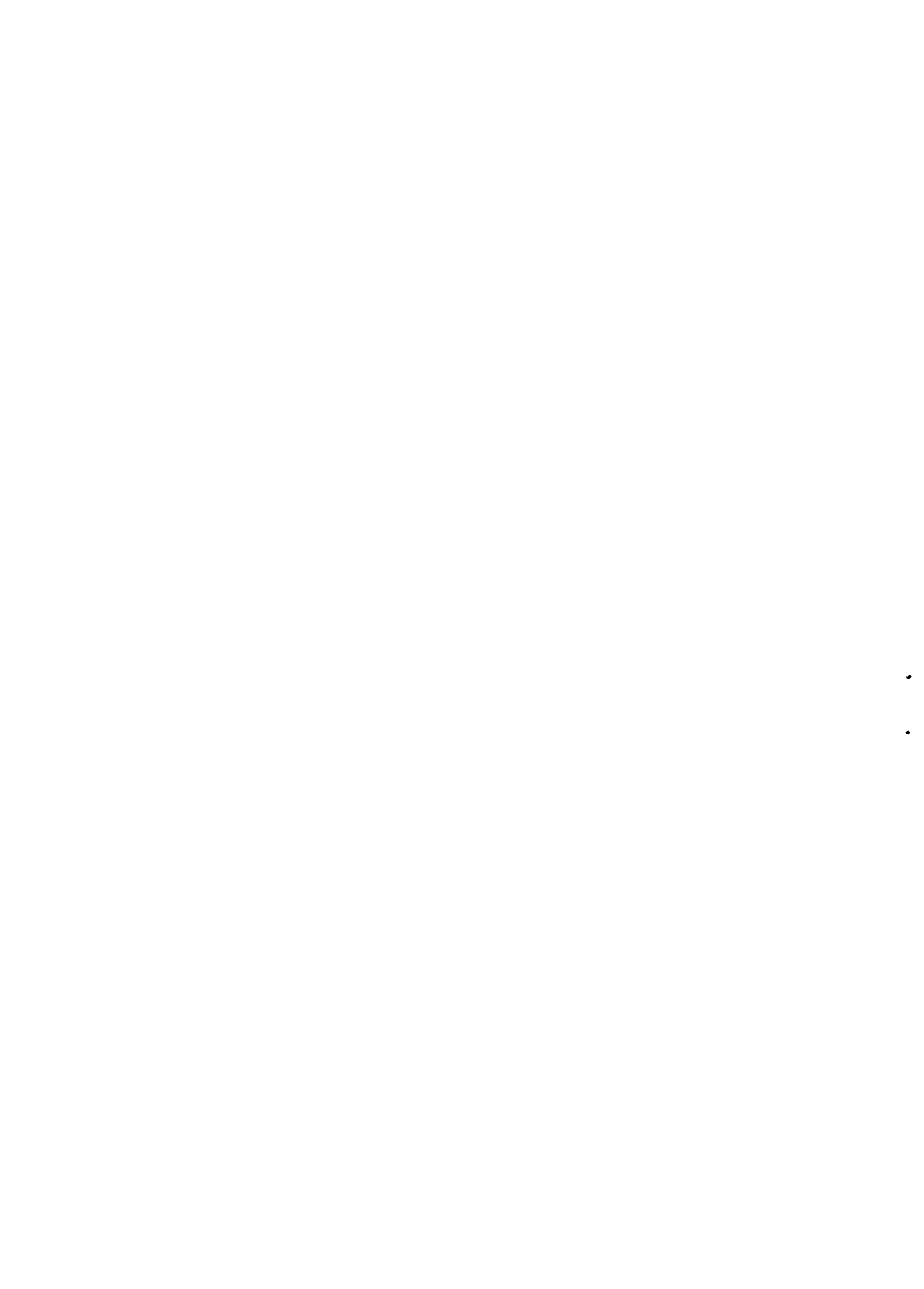


## 4. 4 TABLEAU RECAPITULATIF DES ACTIONS PROPOSEES PAR LES PAYS PARTICIPANTS A L'ATELIER

ZONE D'INTERVENTION CHOISIE	JUSTIFICATION	PORTES D'ENTREE	RELAIS COMMUNAUTAIRES	ACTIVITES PROPOSEES POUR PROMOUVOIR LES ABC.
<b>BENIN</b>				
Sous Préfecture de Djija 60.000 hab 2.025km <sup>2</sup> 73 villages- 12 communes 6 C Santé, 33 écoles	- Faibles indicateurs de développement Taux brut de scolarisation le + faible de tout le pays, Couverture DTC3 <50% 50% cas Ver de Guinée nationaux - Enclavement - Existence de groupements villageois et associations de développement - Interventions UNICEF en cours (Eau/VDG)	- EDUCOM - SIBC - Ver de Guinée	Village - Conseil local EDUCOM - Comité villageois de Dev (CVD) - Volontaires PNEVG - Groupements de femmes et de jeunes - CDSS Commune -COGEC	- Analyse de situation participative - Sélection des interventions - Contrats de partenariat - Renforcement capacités de gestion - Appui recherche financement et mise en oeuvre des activités
<b>BURKINA FASO</b>				
Provinces de Kourweogo, Sanmatenga, Ouahigouya, Ouhritenga et Gourma	- Forte prévalence en Avitaminose A - Existence de réseaux fonctionnels de femmes animatrices - Existence d'une structure sanitaire d'appui et de soutien - Collaboration intersectorielle Agriculture, Action Sociale, Santé	- Lutte contre Avitaminose A	- Réseaux de femmes animatrices	1ère étape - Supplémentation en Vit A - Education nutritionnelle 2ème étape - Exploration des possibilités de diversification/ réponse aux autres besoins com exprimés
<b>CAMEROUN</b>				
- Province Adamaoua. 590 000 hab, 74 000 km <sup>2</sup> 730 villages-73 aires de santé - District de Mora (Prov. Extrême Nord) 96 500 hab 30 villages, 10 aires de santé, 1 HD - Zones péri-urbaines Yaoundé et Douala	- Indices de pauvreté le plus élevé du pays Adam 40%, Extr Nord, 55% + zones péri-urbaines défavorisées - Promotion des ABC en cours (Extr.Nord) - Eradication VDG (Extrême Nord) - Intérêt des populations ++ - Nombreux programmes intervenant déjà au niveau communautaire - Opérationnalisation de la REO-SSP (I B) - Intégration santé/nut /Hyg Ass dans une seule direction du MSP	- Santé/Nut/Hyg. (PMACom préventif, curatif et promotionnel)	- Comités de Santé - Volontaires villageois (AVG, AT, ) - Groupements féminins - Comité de Développement local - Leaders traditionnels et religieux - Encadreurs ECD - ONG locales	- Information/sensibilisation (avec priorité aux les aires de santé à haut risque) - Diagnostic communautaire participatif - microplanification des activités - Formation au PMACom + équipement - Recherche opérationnelle (mutuelles) - Appui surveillance épidémio Intégrée et suivi PMA Com - Supervision intégrée - Appréciations rapides (RAP)
<b>COTE D'IVOIRE</b>				
- Département de Mankono (District sanitaire de Séguéla) 145.000 hab 202 villages- 12 CS 1 HD, 6 communes	- Existences d'activités ABC - Zone d'hyperendémie VDG - Distribution com Ivermectine (Oncho) - Faible couverture sanitaire - Enclavement +++ de certaines zones	- PNEVG - Oncho - Prog LMD	-Volontaires villageois (AVG, ASC, AT. .) - COGES - Groupements de femmes - Groupements associatifs (GIE, jeunes, ) - Comités point d'eau et artisans réparateurs - Volontaires Corps de la Paix	- Surveillance croissance et grossesse - Education nutritionnelle - AEP - Appui activités de vaccination - Education nutritionnelle - Ttt maladies courantes - Surveillance épidémio à base com - Gestion de l'environnement



ZONE D'INTERVENTION CHOISIE	JUSTIFICATION	PORTES D'ENTREE	RELAIS COMMUNAUTAIRES	ACTIVITES PROPOSEES POUR PROMOUVOIR LES ABC.
GUINEE CONAKRY				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- dans le District de Labé--&gt; zone d'intervention expérimentale</li> <li>13 500 hab</li> <li>36 villages, 6 districts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicateurs de santé --</li> <li>TMI 1360/00, MPE 27%</li> <li>Prev Anémie FE =60%, Goître= 68%</li> <li>- Accessibilité villages faible</li> <li>- Problèmes nutritionnels graves</li> <li>- Dynamique communautaire en place</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutrition (SIAC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agents communautaires (ASV)</li> <li>- Comité villageois de décision (CVD)</li> <li>- Chefs religieux</li> <li>- Groupements (hommes/femmes/jeunes)</li> <li>- Instituteurs</li> <li>- Vulgarisateurs agricoles</li> <li>- Comité de point d'eau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sur la base d'un diagnostic de situation participatif</li> <li>- auto-recensement/surv épidem</li> <li>- surveillance croissance</li> <li>- Educ nutritionnelle/distrib Capsules iode</li> <li>-Appui aux groupements</li> <li>- Latrinitisation</li> <li>- Prise en charge Paludisme et Diarrhées</li> </ul>
MALI				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Zones à hauts risques (en cours de recensement)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cercles où 50% de la population réside à plus de 15 km d'un CSCOM/CSAR</li> <li>- Existence d'une équipe complète (y compris un res TS et un TDC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Santé: Revitalisation des aires de santé/(Promotion du PMA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Communauté (relais en place)</li> <li>- ASACO</li> <li>- ONG</li> <li>- ICPM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation des activités en cours</li> <li>- Promotion approche intégrée dans 3 aires (Fani, Falo, Yangasso)</li> <li>- Formation/recyclage/Supervision des relais sociaux dans les AS</li> <li>- Réalisation/réhabilitation PEM</li> <li>- Réalisation d'ouvrages d'assainissement</li> <li>- Responsabilisation de la population (formation continue, échange expériences)</li> <li>- Développement des mécanismes locaux de solidarité</li> </ul>
MAURITANIE				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Département de Kankossa</li> <li>43 000 hab, 10.600 km2</li> <li>111 villages, 1 CS, 5 PS, 38 USB, 6- AVG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zone pilote IB avec nombreux agents communautaires</li> <li>- Accessibilité struct santé revitalisée faible</li> <li>- Besoin renforcer les liens CS-Volont Villag.</li> <li>- forte prévalence Palu, IRA, Diarrhées, MPC et VDG</li> <li>- Risques Epidém (MCS, Rougeole, Choléra)</li> <li>- Accessibilité eau potable faible</li> <li>- Nombreuses associations communautaires (ccop femmes, jeunes, comités gestion SSP, .) mais coordination insuffisante</li> <li>- Faible consom Produits maraichers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IB PMACom</li> <li>- PNEVG: Surveil épidémio à base com, lutte contre palu et MD, AEP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ASC, AT</li> <li>- AVG</li> <li>- Comités de santé</li> <li>- Groupements coopératifs femmes</li> <li>- Associations de jeunes (Scouts Assaba)</li> <li>- Chefs coutumiers et religieux</li> <li>- Volontaires Corps de la Paix</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Extension IB (PMA + Surveillance épidémio à base com )</li> <li>- Promotion moustiquaires imprégnées</li> <li>- Isolement des cas VDG + filtres</li> <li>- Prise en charge maladies courantes</li> <li>- Appui aux activités vaccination</li> <li>- AEP</li> <li>- Renforcement des capacités des associations (alphabétisation, gestion)</li> <li>- Promotion des loisirs pour la jeunesse (ville de Kankossa)</li> </ul>
NIGER				
<ul style="list-style-type: none"> <li>District sanitaire d'Agué (Dep Maradi)</li> <li>228 000 hab. 2 800 km2</li> <li>251 villages, 7 CSI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible couverture sanitaire (31% 0-5km)</li> <li>- Existence programmes SSP/IB, PNEVG, PISBA, FIDA, prog Lèpre, PIM, BAD</li> <li>- Beaucoup d'agents communautaires formés</li> <li>-Population consciente faible couverture sanitaire et motivée (part fin construction CS, .)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-SSP/IB</li> <li>- PNEVG</li> <li>- PISBA (Programme intégré des services de base)</li> <li>- PIM (Projet Intégré Maradi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité villageois de Dev (CVD)</li> <li>- Cellule villageoise d'animation CVA</li> <li>- Cellule féminine villageoise CFV</li> <li>- Secouristes/AT,</li> <li>- A C Ver de Guinée</li> <li>- VV nutrition</li> <li>- Comités de santé, comités de point d'eau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- appui au PEV</li> <li>- surveillance grossesse/accouchement</li> <li>- Traitement des maladies courantes</li> <li>- Réhabilitation et gestion des points d'eau</li> <li>- Promotion/surveillance de la croissance</li> <li>- Surveillance épidémiologique intégrée</li> <li>- Alphabétisation fonctionnelle</li> <li>- Promotion Hygiène/assainissement</li> </ul>



ZONE D'INTERVENTION CHOISIE	JUSTIFICATION	PORTES D'ENTREE	RELAIS COMMUNAUTAIRES	ACTIVITES PROPOSEES POUR PROMOUVOIR LES ABC.
SENEGAL				
Zones de démonstration à déterminer - District de Goudiry? À confirmer - autres?	Non précisé à ce stade de la réflexion	Non précisé à ce stade de la réflexion	Non précisé à ce stade de la réflexion	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunion de restitution et d'information des partenaires au développement + Information des autorités administratives et élus locaux</li> <li>- Atelier local d'imprégnation sur les ABC</li> <li>- Conception et élaboration des supports pédagogiques (part.com, diagnostic participatif, PMA, intersectorialité, partenariat)</li> <li>- Formation de l'équipe d'encadrement</li> <li>- Diagnostic communautaire</li> <li>- Détermination du PMA et planification communautaire</li> <li>- Renforcement de l'organisation communautaire</li> <li>- Mobilisation et formation des relais communautaires</li> <li>- Execution du PMA</li> <li>- Mise en place d'un système d'information et de suivi communautaire</li> <li>Supervision et validation par étapes</li> <li>- Evaluation externe</li> <li>- Atelier national de validation et de diffusion de l'expérience.</li> </ul>
TCHAD				
District de Fianga -152.700 hab 9 CS fonctionnels (dont 7 revitalisés) 1 Hopital de district 5 aires de santé non couvertes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accessibilité difficile en hivernage</li> <li>- Potentialités humaines (Existence de Comités de Développement très actifs, .) + Existence de projets ABC et opportunités de mieux coordonner les actions</li> <li>- Zone endémique VDG--&gt; nécessité de maintenir/renforcer la surveillance à base communautaire + Zone Oncho(Dis.com Ivermectine)</li> <li>- Faible notification des événements et cas (naissances/accouchements, PFA, TNN, )</li> <li>- 7 zones de santé revitalisées avec COSAN et COGES fonctionnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PNEVG</li> <li>- SSP/IB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agents ver de Guinée</li> <li>- Autres ASV</li> <li>- Autorités traditionnelles</li> <li>- Animateurs (femmes/hommes/jeunes)</li> <li>- COSAN/COGES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constitution/coordination des réseaux-relais communautaires</li> <li>- Promotion, renforcement et mise en oeuvre du PMA négocié (Vaccination, Hyg/Ass, )</li> <li>- Mise en place Système de surveillance épidémio, intégré à base com.</li> <li>- Monitoring et évaluation des ABC</li> </ul>
TOGO				
Préfecture de l'OTI (Zone Extrême Nord) Choix d'une zone expérimentale de 16 villages répartis dans 3 cantons	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enclavement et accessibilité difficile (hivernage surtout)</li> <li>- Faible disponibilité en eau potable</li> <li>- Prévalence élevé des maladies diarrhéiques</li> <li>- Zone d'endémie VDG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- LMD</li> <li>- PNEVG</li> <li>- Education (Scolarisation des filles)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Volontaires villageois (VDG, ASC, AT, .)</li> <li>- Organisations villageoises (comité des parents d'élèves, groupements de femmes, ..)</li> <li>- ONG locales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic communautaire, planification, négociation du PMA</li> <li>- Redynamisation des structures villageoises</li> <li>- Construction de points d'eau + Réalisation d'ouvrage d'assainissement à coût réduit (latrines, .)</li> <li>- Rencontres de réflexion avec les relais communautaires et communautés clientes</li> <li>- Révision/Amendement du PMA</li> </ul>



## 5. SYNTHÈSE DE L'ATELIER

---

### 5.1 Revue des objectifs

(se référer aux objectifs spécifiques de l'atelier en 1.2)

**\* Présentation d'expériences ABC existant dans la Région:** Suite à l'appel à communications qui a précédé l'organisation de l'atelier, tous les pays participants ont eu la possibilité de présenter les stratégies ou projets ABC qui leur semblaient les plus intéressants au niveau de leur pays. Au total 24 communications ont été présentées.

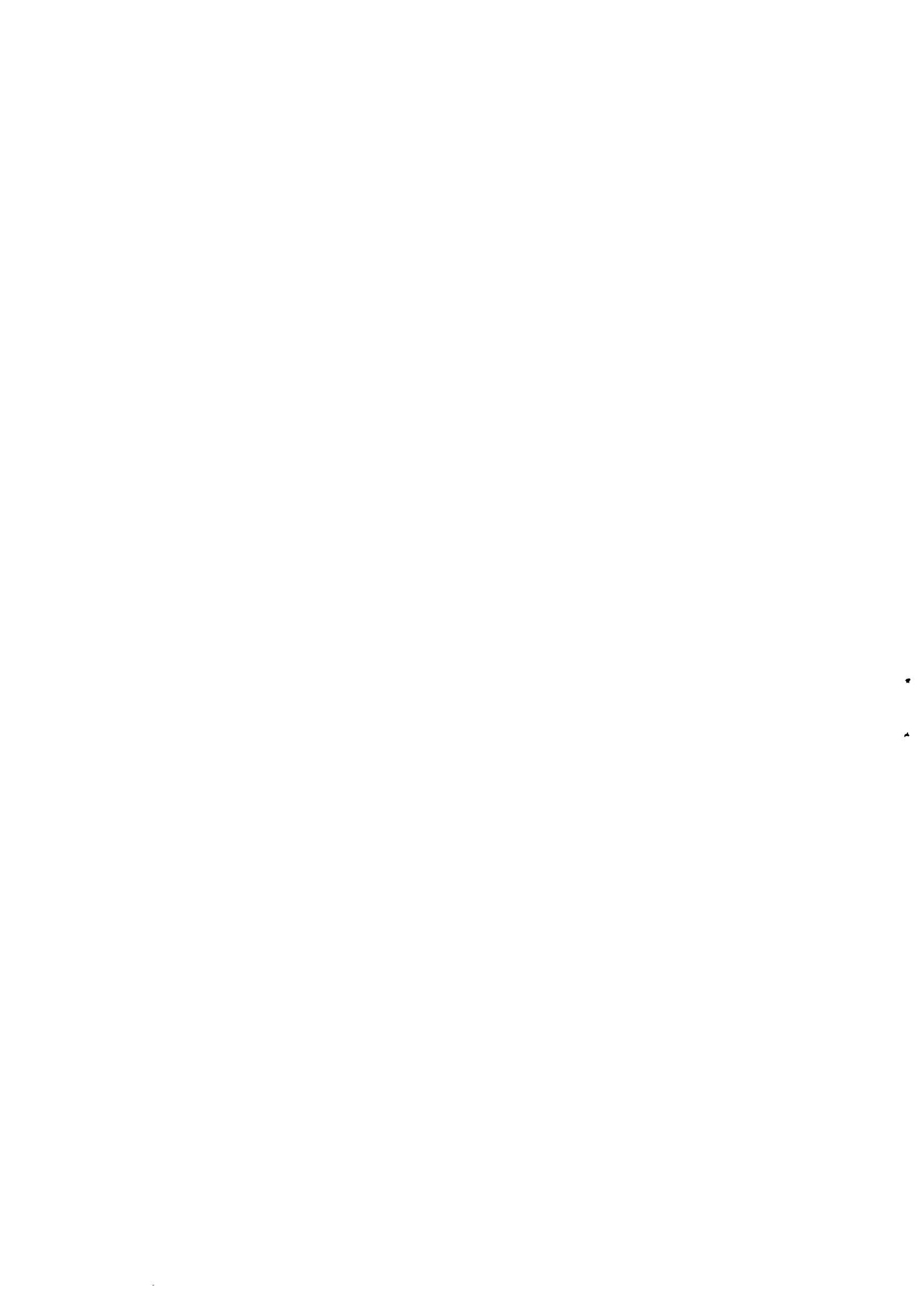
**\* Explorer l'importance des ABC pour l'atteinte des principaux objectifs de la décennie:** La dissociation par thème des différentes composantes Santé, Nutrition, Eau-Hygiène-Assainissement (et de leurs sous composantes) ont permis d'explorer l'impact et les opportunités liées aux ABC dans chaque secteur pour accélérer l'atteinte des objectifs. L'importance de la coordination et de l'intégration des activités pour créer un synergisme et améliorer le ratio coût/efficacité a été montrée. L'importance des activités au niveau communautaire pour le succès des processus d'éradication / élimination en cours (VDG, polio, TNN, AvitA., Déficit en iode) mais aussi pour la lutte contre les principales maladies tueuses d'enfants (Paludisme, diarrhées, maladies cibles du PEV) a été clairement démontrée. Enfin, les éléments essentiels que sont l'amélioration de l'adéquation entre l'offre et la demande et le renforcement de la participation effective des communautés dans l'analyse de situation, la programmation, la mise en oeuvre et l'évaluation des activités ont été rappelés comme des paramètres-clé de l'atteinte des objectifs.

**\* Identifier les liens et les mécanismes d'intégration des ABC:** L'identification des (très) nombreux programmes intervenant au niveau communautaire, la revue des problèmes auxquels ils sont confrontés et l'analyse des opportunités de collaboration et d'intégration entre ces programmes ont permis des échanges fructueux, passionnés et constructifs tout au long de l'atelier. Ces éléments concourent à valider la pertinence des efforts en vue de permettre une meilleure coordination des activités au niveau communautaire. Il a été cependant demandé d'être réaliste et prudent afin de ne surcharger/démotiver les bénéficiaires, de ne pas déstabiliser les programmes en place et de veiller à répartir au mieux les tâches et responsabilités entre les nombreux volontaires et réseaux communautaires existants. L'implication de la communauté dans la définition des activités à promouvoir (ou à renforcer) et dans la recherche des solutions à proposer a ici aussi été jugée cruciale.

**\* identifier une zone de démarrage de l'approche globale des ABC à échelle limitée dans chaque pays.** Cet objectif a été atteint pour la plupart des pays puisque des représentants du niveau district, motivés par la mise en oeuvre ou le renforcement des ABC de neuf (9) des onze (11) pays représentés ont participé activement à l'atelier.

**\* préparer des propositions-pays d'appui au développement des ABC:** L'atteinte de cet objectif se reflète dans les fiches d'intervention préparées par chaque pays (voir 4.3 et Annexe 5).

**\* Faire des recommandations visant la mise en place d'un réseau technique de collaboration et d'échanges inter-pays.** Cet objectif n'a pas été traité en tant que tel et ne ressort pas comme une recommandation formelle.





## **5.2 Revue de la situation des ABC dans les pays participants**

Les présentations de chaque délégation, les travaux de groupes et les débats enrichissants en plénière ont permis de constater que:

- De nombreux projets à base communautaire existent, généralement à petite échelle dans chacun des pays de la région. Ils sont cependant plus souvent construits comme des projets au niveau communautaire que comme des projets à base communautaire. La dimension participation effective des communautés à tous les niveaux du processus est souvent insuffisante.
- Les activités mises en oeuvre et les portes d'entrée sont très variables d'un pays à l'autre, ce qui démontre la flexibilité et l'adaptabilité de l'approche ABC mais rappelle aussi l'importance d'une bonne analyse de situation de base préalable, d'une planification réaliste et d'une coordination efficace des activités proposées.
- L'adéquation entre l'offre de services proposée et la demande communautaire exprimée reste faible dans la plupart des pays/programmes faute d'analyse de situation participative et de négociation suffisante avec les communautés. Les services sociaux-sanitaires (qui nous intéressent ici) proposent souvent des prestations qui ne sont pas prioritaires aux yeux des communautés. C'est un élément essentiel à prendre en compte dans la détermination des priorités futures mais aussi dans l'évaluation de la motivation des acteurs/bénéficiaires, et dans l'analyse et la réorientation de la répartition des ressources allouées.
- Les soucis de coût/efficacité et de pérennité des actions sont généralement négligés dans la phase initiale de mise en oeuvre des programmes ABC. Compte tenu de leur marginalité relative (pas de politique nationale claire, manque d'information sur l'impact potentiel, interventions désorganisées et peu contrôlées car très périphériques,...), les programmes ABC fonctionnent encore trop souvent selon l'adage "qui veut la fin justifie les moyens". Ils sont encore trop souvent motivés par des considérations socio-idéologiques (Objectif d'équité, de lutte contre la pauvreté, de réduction des inégalités, de charité) ou par des exigences conjoncturelles (objectifs d'éradication et d'élimination des maladies par exemple) mais encore pas assez par des considérations stratégiques sectorielles et intersectorielles objectives (moyen d'améliorer la situation socio-sanitaire des populations dans une optique d'efficacité, d'efficacité, de pérennité et de répliquabilité). Dans ce contexte, le problème de suivi/devenir des activités se pose donc très souvent de façon aigüe au moment du désengagement (généralement brutal) des partenaires. Les solutions proposées en dernière minute sont souvent peu réalistes et peu conformes aux souhaits des bénéficiaires (transfert excessif de responsabilité-notamment financières- vers les utilisateurs, rupture des activités d'approvisionnement et de supervision, abandon des volontaires villageois...). Il existe cependant des programmes qui ont planifié et maîtrisé la problématique du désengagement progressif.
- Le rôle, la visibilité, et le poids trop important des donateurs dans la détermination des priorités et l'exécution des activités ont déjà été soulignés. Cette situation favorise une dépendance extérieure excessive des ABC, augmente le risque d'une acceptation communautaire de la distorsion existante entre demande et offre, et retarde le processus d'appropriation des activités communautaires par les populations



- la participation communautaire est souvent plus apparente que réelle. De plus, la prise en compte des réalités sociologiques et culturelles, de la représentativité et des rapports de force internes au sein de la communauté sont encore insuffisants.

- La prise en compte de l'aspect "genre" (analyse et rééquilibrage des paramètres liés à la spécificité des groupes femmes et hommes) est encore souvent négligé au sein des programmes ABC. Les études (et la réalité sur le terrain) montre qu'un déséquilibre important du statut social entre hommes et femmes perdure -le plus souvent au profit des hommes (sur-représentation dans les structures de décision communautaire, exemption des corvées et déséquilibre des charges de travail journalier cumulées, rémunération supérieure et quasi-monopole de la gestion des ressources financière) . La nécessité de corriger progressivement ce déséquilibre (tout en tenant compte des réalités socio-culturelles et de la sensibilité du sujet), de reconnaître la spécificité de chacun deux groupes (femme et homme) ont été très souvent abordés lors de l'atelier. L'importance de regrouper l'ensemble de la communauté autour d'objectifs communautaires identifiés en tenant compte des spécificités de genre et en valorisant les avantages comparatifs des groupes femmes/hommes a été mis en exergue.

- Dans le contexte spécifique Santé/nutrition/hygiène-assainissement, l'atelier a montré que les perspectives liées à la généralisation en cours de l'Initiative de Bamako (IB) dans tous les pays représentés offre une opportunité de promouvoir une approche communautaire participative réelle et à grande échelle. Pour ce faire, la session de réflexion sur l'IB a souligné qu'il est souhaitable:

- \* de capitaliser et construire sur l'expérience de participation communautaire existante dans le cadre de l'IB mais en favorisant une plus grande implication des représentants de la communauté dans la définition des priorités et des stratégies, dans la mise en oeuvre et l'évaluation des activités, dans la gestion des ressources et dans l'orientation/utilisation des bénéfices communautaires (appropriation et habilitation)

- \* de créer des liens solides entre le centre de santé revitalisé et l'ensemble des villages composant l'aire de santé pour favoriser une réponse globale, coordonnée et de qualité aux problèmes de santé, de nutrition et d'hygiène-assainissement mais aussi pour accélérer l'atteinte des objectifs de la décennie.

- \* de "démédicaliser" l'approche IB en mobilisant l'ensemble des réseaux et volontaires communautaires existants, en cherchant à mieux répondre aux besoins exprimés par les communautés, et en impliquant tous les partenaires potentiels
- \* de tenir compte des critères d'équité et de protection des plus vulnérables dans la réflexion locale.

### 5.3 Problématique des ABC

L'intérêt, l'opportunité et les potentialités des activités à base communautaire ont été affirmés par l'ensemble des délégations-pays. En ce sens l'atelier répondait à une demande émergente mais forte dans le contexte actuel de décentralisation des services, de responsabilisation/habilitation des communautés, de lutte contre la pauvreté et de recherche d'équité. De plus, il n'existe pas encore dans la région, à l'inverse de certaines autres (Asie du Sud Est et Afrique de l'Est- notamment dans le contexte de la lutte contre le SIDA) une large expérience de programmes et activités mobilisant et impliquant effectivement et directement les communautés. Les responsables nationaux, les acteurs de terrain (au niveau district, communes, villages ...) et les partenaires manquent donc souvent de



repères, d'appui technique, de documentation, d'échanges d'expériences et d'orientations. Il reste un travail important à réaliser pour clarifier la notion d'ABC, soutenir et évaluer les initiatives et définir une "politique" ou plutôt une orientation régionale en la matière. Dans ce contexte, cet atelier n'avait pas la prétention de proposer une formule "prêt-à-porter" qui permette de résoudre l'ensemble des problèmes. Cependant il a été un moyen de mieux cerner la problématique des ABC dans la région.

Onze thèmes majeurs ont été abordés (voir 3.). Les réponses à ces thèmes se posent plutôt en terme de questions à clarifier (aux différentes étapes d'analyse et de mise en oeuvre des stratégies et des activités) que de solutions. En effet, il n'a pas été proposé de solutions miracle mais plutôt des "pistes" à explorer selon les spécificités de chaque pays, de chaque programme et selon les perceptions de chacun des acteurs et partenaires. Nous pouvons notamment retenir les points suivants:

**- Améliorer l'adéquation entre l'offre des services et la demande communautaire (voir schéma page 41).**

C'est un des points essentiels exprimé et débattu par les participants. Sans aucun doute les expériences en cours et leurs limites montrent qu'il faut une écoute et une disponibilité plus grande de la part des responsables des programmes (qui permette de favoriser l'expression par les populations de leurs besoins prioritaires). On doit notamment privilégier les exercices de programmation en collaboration directe avec la communauté. La négociation doit s'intensifier afin de permettre la réconciliation entre les attentes des bénéficiaires et les objectifs de leurs partenaires.

**- Etablir un véritable contrat moral entre les communautés, le Gouvernement et les partenaires et renforcer les mécanismes de partenariat et de négociation (voir schéma page 42).**

On retrouve ici encore l'idée-force de participation effective des communautés et de négociation avec celles-ci. Cette dernière notion permet de différencier un programme au niveau communautaire (une grande majorité de ceux développés actuellement) d'un programme à base communautaire (dans lequel la communauté n'est pas seulement une cible mais un acteur averti et un décideur). C'est aussi l'occasion de plaider en faveur de l'établissement d'un véritable contrat moral, d'un partenariat efficace entre le gouvernement, ses partenaires et les communautés qui permette à chacun de préserver ses intérêts dans l'action tout en tenant compte/respectant ceux des autres. Cette approche permettra aussi de renforcer la dynamique de responsabilisation et d'habilitation communautaire et par conséquent d'améliorer la qualité, la performance et la pérennité des actions menées.

**- Renforcer la pérennité des ABC et leur répliquabilité.**

Garantir autant que possible la pérennité des ABC doit être une préoccupation de tous. De nombreux paramètres entrent en jeu, notamment: une forte implication/motivation des communautés, une approche stratégique pertinente, une définition claire des rôles et des responsabilités de chaque acteur, et, une vision précoce de "l'après projet". De même une attention particulière doit être accordée à l'analyse de l'impact et des coûts du projet afin d'évaluer sa performance et sa répliquabilité. Le plus beau projet ABC du monde concentré dans 50 villages mais non répliquable et non transposable à d'autres réalités contextuelles et/ou sociales ne permettra pas d'atteindre les objectifs espérés à une échelle nationale.

**- Réduire la verticalité des programmes et améliorer la coordination entre les partenaires**

Un des principaux obstacles à la promotion des ABC demeure la verticalité excessive des initiatives au niveau communautaire (PEV, PNEVG, Construction de latrines, Distribution Vit A, AEP,...) qui entraîne souvent des coûts opérationnels excessifs pour un bénéfice limité et une pérennité aléatoire. La responsabilité en incombe souvent à part égale aux gouvernements (difficultés à réformer les structures existantes, intérêts liés à la verticalité, manque de coordination des activités au niveau communautaire...) et à leurs partenaires (poursuite d'objectifs très spécifiques, recherche de visibilité



et d'impact, compétition avec les autres agences/partenaires...). La situation change cependant sous l'effet conjugué 1) des efforts gouvernementaux de réformes et de coordination, 2) des exigences croissantes d'efficacité et de coordination des partenaires dans un contexte de raréfaction de l'aide et enfin et surtout, 3) d'une meilleure prise en compte de la demande communautaire (qui implique une réponse généralement multisectorielle et intégrée).

#### 5. 4 Suivi Post atelier

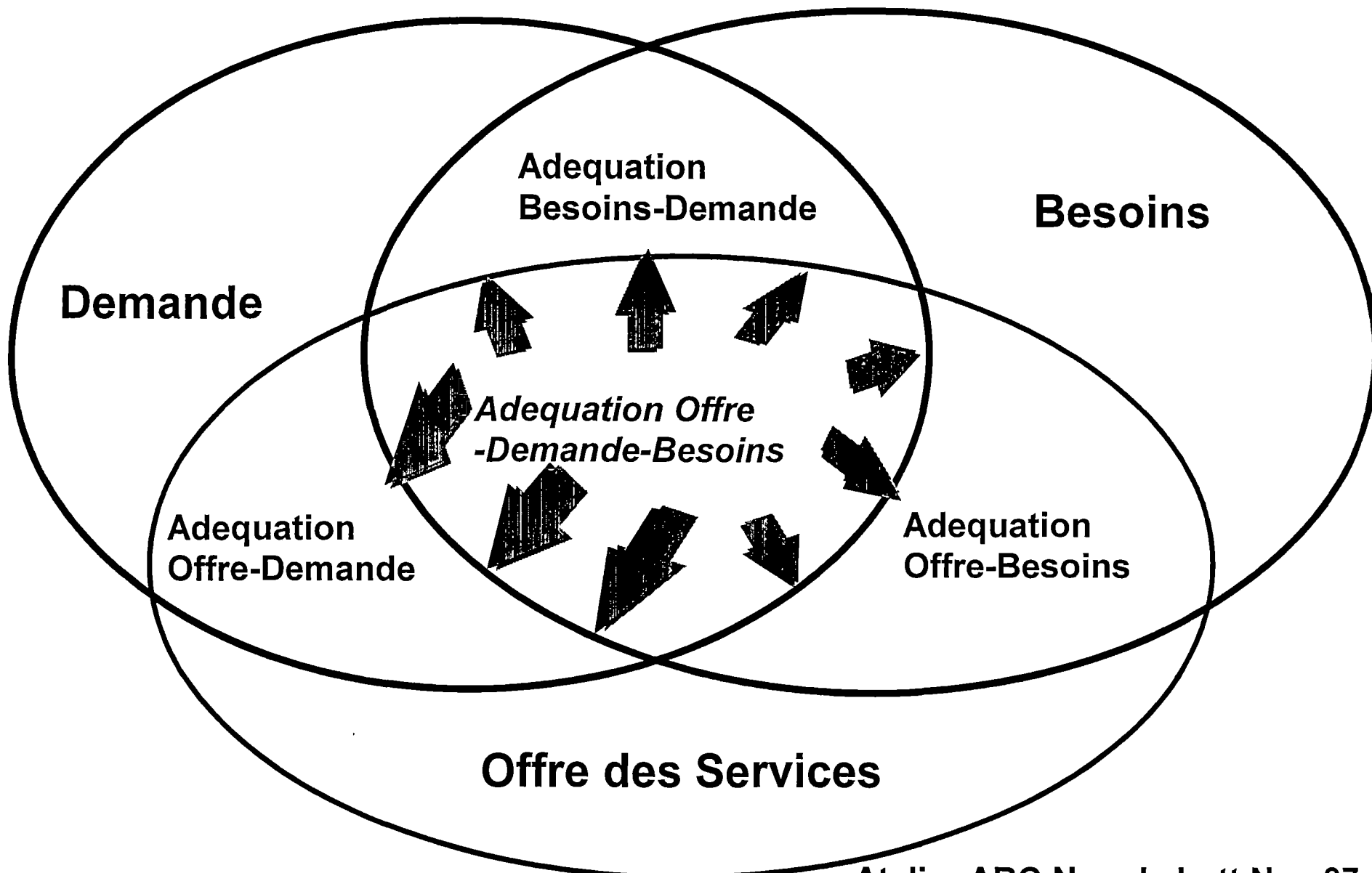
Les données de l'évaluation montrent que les attentes post-atelier des participants se résument comme suit:

- Mettre à la disposition des participants les documents de l'atelier.
- Collecter et partager la documentation sur les ABC dans la région.
- Organiser un atelier de suivi des progrès réalisés dans 2 ans.
- Apporter un appui technique à la mise en oeuvre des ABC dans la région
- Assister/participer à l'organisation d'ateliers nationaux sur les ABC
- Élaborer/partager des outils de suivi des ABC.



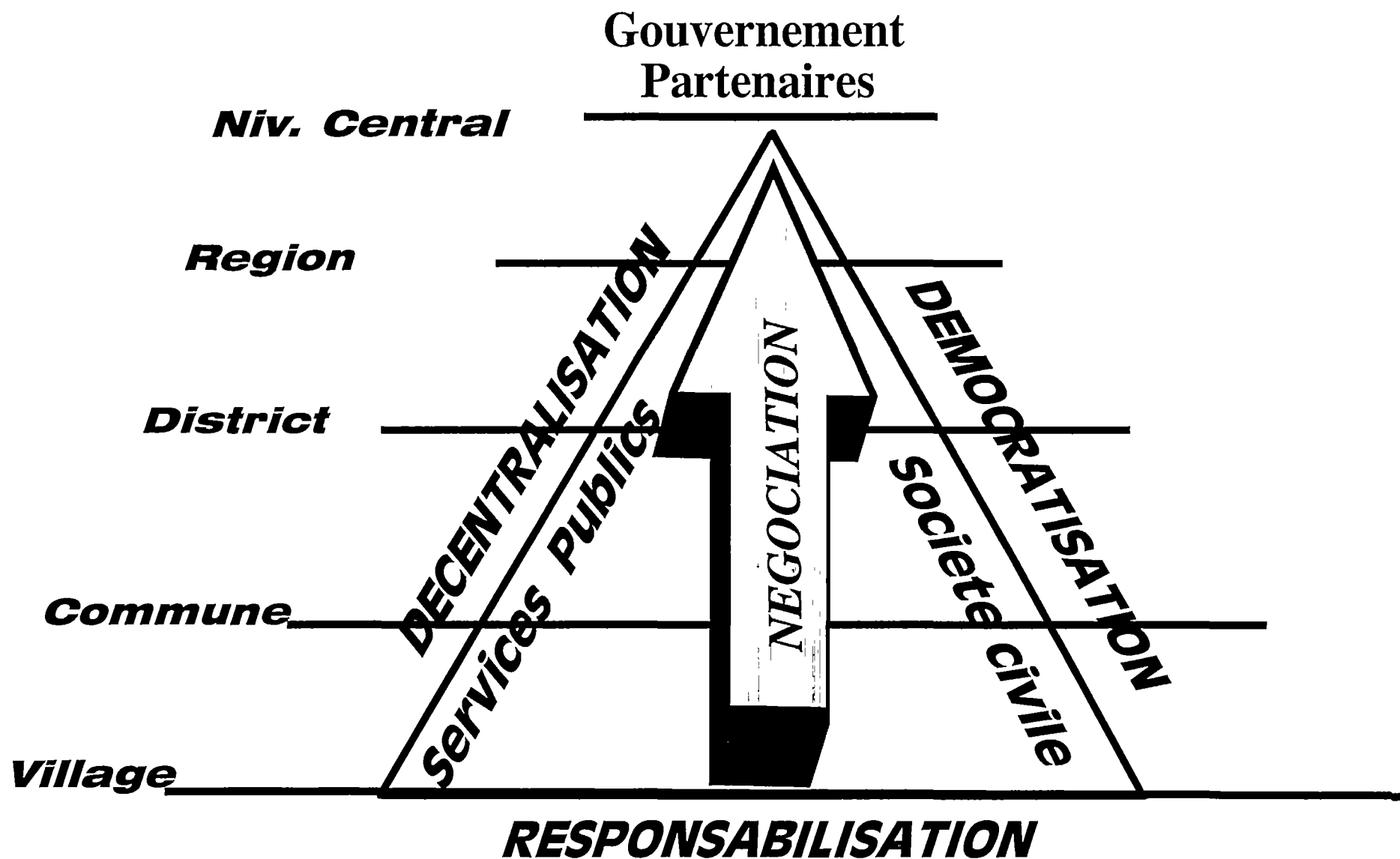


***RENFORCEMENT DE L'ADEQUATION ENTRE  
OFFRE, DEMANDE et BESOINS***





# CADRE CONCEPTUEL DU PARTENARIAT





# ANNEXES



## ANNEXE 1

**LISTE DES PARTICIPANTS**  
**ATELIER SOUS-REGIONAL**  
**ACTIVITES A BASE COMMUNAUTAIRE**  
**Nouakchott 01-04 Novembre 1997**

NOMS ET PRENOMS	ADRESSE COMPLETE
<b>DELEGATION DU BENIN</b>	
<b>Mme Laleyè Solange</b>	Technicienne Supérieure de l'Action Sociale Responsable du Centre de Promotion Sociale B.P. 40 Savalon Tél. (229)54-05-00 République du BENIN.
<b>Dr. Hortense Ahouandjinou</b>	Chef de Service Nutrition à la Direction de la Santé Familiale (MSPSCF) B.P. 882 Cotonou tél. (229)33-20-21 République du BENIN.
<b>Mr. Jacquet Mouhamed</b>	RISALD - ONG 01 B.P. 1510 Cotonou République du BENIN.
<b>Mr. Danvidé H. Bertin</b>	Administrateur Adjoint du Programme Santé UNICEF Cotonou B.P. 2289. République du BENIN.
<b>DELEGATION DU BURKINA FASO</b>	
<b>Mme Yoda Aminata Patricia</b>	Ministère de l'Agriculture D P C L R 01 BP 360 Ouagadougou BURKINA FASO
<b>Mr. Sanou Boureima Séraphin</b>	Ministère de l'Agriculture / D P C L R 01 BP 360 Ouagadougou BURKINA FASO
<b>Dr. Barrière Constantin Luc</b>	BP 3420 UNICEF Ouagadougou BURKINA FASO lbarrière@Unicef.org barcons@Fasonet.bf.
<b>DELEGATION DU CAMEROUN</b>	
<b>Dr. John Yiva Lebga</b>	UNICEF Cameroun BP 1181 Yaoundé Tél. (237)22-31-82 CCIPO 117 A01 CAMEROUN





<b>NOMS ET PRENOMS</b>	<b>ADRESSE COMPLETE</b>
<b>Dr. Nkwate Charles Chi</b>	<b>Ministère de la Santé Publique, DSC/SDHPA Yaoundé, Tél. 23-93-48 CAMEROUN</b>
<b>Dr. Dama Mana</b>	<b>Médecin Chef District de Mora BP 15 MORA Tél. 29-32-36 Fax 29-28-04 CAMEROUN</b>
<b>DELEGATION DE COTE D'IVOIRE</b>	
<b>Dr. Ndolli Kouakou</b>	<b>District Sanitaire de Séguéla BP 205 Séguéla Tél. 84-00-38 République de COTE d'IVOIRE</b>
<b>Dr. Angui Pierre</b>	<b>Médecin-Chef District Sanitaire de Bondoukou BP 36 Bondoukou Tél/Fax : 92-51-31 République de COTE d'IVOIRE</b>
<b>Mr. Souleymane Diabaté</b>	<b>Administrateur de Programme Asst/Eau/Env. t. 04 bp 443 Abidjan 04 UNICEF Côte d'Ivoire République de COTE d'IVOIRE</b>
<b>Dr. Henri Boualou</b>	<b>Coordonnateur du programme National d'Eradication du Ver de Guinée Ministère de la Santé Publique BP 416 Tél. 32-88-84 Fax. 32-18-12 Abidjan République de COTE d'IVOIRE.</b>
<b>DELEGATION GUINEE-CONAKRY</b>	
<b>Dr. Yattara Facinet</b>	<b>Administrateur Santé UNICEF-Conakry BP 222 Conakry GUINEE-CONAKRY</b>
<b>Mr. Macoura Oularé</b>	<b>Chef de Section Alimentation-Nutrition Ministère de la Santé BP 585 Tél. (224)41-20-10 Guinée GUINEE-CONAKRY</b>
<b>Dr. Mamadou Diouhé Barry</b>	<b>Directeur Préfectoral de la Santé de Labé BP 03 Tél. (224)51-01-27 GUINEE-CONAKRY</b>
<b>DELEGATION DU MALI</b>	
<b>Mme Victoria Wise</b>	<b>Administrateur UNICEF BP. 96 UNICEF Bamako MALI Tél. 23-13-83/84/85/86 email: Victoria-Wise @unicbko.unicef.ml</b>



NOMS ET PRENOMS	ADRESSE COMPLETE
<b>Dr. Diakité Sira Mama</b>	<b>Chef de Section Santé Communautaire- Division Santé Familiale et Communautaire BP E1149 - MALI</b>
<b>Dr. Alfani Shesoko Emile</b>	<b>Conseiller Technique UNICEF DRSP-Ségou BP. 82 Tél. 320.037 BP 82 MALI</b>
<b>Dr. Magassa Nama</b>	<b>Directeur Régional de la Santé - Ségou BP 82 MALI Tél. 320-037</b>
<b>Mr El Hadj Diouf</b>	<b>UNICEF Bamako Administrateur Programme Eau/Assainissement BP 96 Mali Tél.22-44-01</b>
<b>DELEGATION DE LA REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE</b>	
<b>Mme Aïdara Niang</b>	<b>Chef de Service Appui à l'auto-organisation au secrétariat d'Etat à la condition féminine BP.4397 - Tél. 53860/53105 - Nouakchott Rép. Islamique de MAURITANIE</b>
<b>Mme Lelneik Mint Soulé</b>	<b>Chef Division Politique de la Famille au Secrétariat d'Etat à la Condition Féminine BP 612 Tél. 53860/53104 Nouakchott MAURITANIE</b>
<b>Mr. Sall Aliou Mamadou</b>	<b>Chef Division de la Nutrition BP 169 MSAS Tél.51227 Nouakchott MAURITANIE</b>
<b>Dr. Kane Ibrahima</b>	<b>Directeur de la Protection Sanitaire BP 177 Nouakchott Tél. 222 (2) 51227 / 222 (2) 59055 B Fax. 222 (2) 53791 Rép. Islamique de MAURITANIE</b>
<b>Dr. Issa Coulibaly</b>	<b>Administrateur Programme Santé/VDG BP 620 UNICEF Nouakchott Rép. Islamique de MAURITANIE</b>
<b>Dr. Abderrahmane Jiddou</b>	<b>Directeur adjoint de la Protection Sanitaire BP 177 Nouakchott Tél. 222 (2) 52087 Fax 222 (2) 53791 Rép. Islamique de MAURITANIE</b>



NOMS ET PRENOMS	ADRESSE COMPLETE
Mr. Etaguib Sidi	Superviseur SSP- Ministère de la Santé s/cBureau UNICEF Nouakchott BP 620 Tél. 53760 Rép. Islamique de MAURITANIE
Mr. Mamadou Abdoul Djigo	Inspection Jeunesse Sport (Direction de la Jeunesse) BP 1579 Tél. 52716 Nouakchott Rép. Islamique de MAURITANIE
Dr. Béchir Aounen	P.O Santé UNICEF-Nouakchott BP. 620 Rép. Islamique de MAURITANIE
Mr. Azoudossessi Arsène	Chargé de Programme Eau/Assainisst. UNICEF Nouakchott Rép. Islamique de MAURITANIE
Dr. Niang Saidou	Directeur Régional de la Santé BRARNA M.S.A.S. BP 177 Nouakchott Rép. Islamique de MAURITANIE
Dr. Dehbi Sidi Mohamed	Médecin Chef Kankossa Ministère de la Santé Nouakchott Rép. Islamique de MAURITANIE
Mr. Mohamed Abdallahi Ould Cheick	Ingénieur C.N.H. BP 695 Nouakchott Rép. Islamique de MAURITANIE
Dr. Neuba	Superviseur MSAS - UNICEF/Nouakchott BP 620 Tél. 537-60 Rép. Islamique de MAURITANIE
Koné Bassirou	Superviseur MSAS - UNICEF/Nouakchott BP 620 Tél. 537-60 Rép. Islamique de MAURITANIE
Mr. Mohamed Kebet	Superviseur MSAS - UNICEF/Nouakchott BP 620 Tél. 537-60 Rép. Islamique de MAURITANIE
Mme Aminetou Kehel	Secrétaire Section Santé UNICEF Nouakchott BP 620 Tél. 537-60 Rép. Islamique de MAURITANIE
<b>DELEGATION DU NIGER</b>	
Mr. Bickel Samuel J.	UNICEF/Niamey BP 12481 Niamey ou par le courrier ONU. NIGER



<b>NOMS ET PRENOMS</b>	<b>ADRESSE COMPLETE</b>
<b>Dr. Ada Mahamane Idi</b>	<b>Médecin-Chef District Sanitaire d'Aguié NIGER</b>
<b>Mme Bintou Mamane</b>	<b>Division Nutrition, Direction de la Santé Familiale M.S.P. BP 623 Niamey NIGER</b>
<b>DELEGATION DU SENEGAL</b>	
<b>Mr. Idrissa Doucouré</b>	<b>UNICEF/Dakar 2, Rue Carnot &amp; Salva Tél : (221) 823-50-80 Dakar SENEGAL</b>
<b>Mme Ba Saer Maty</b>	<b>Chef du Service National de l'Education pour la Santé Ministère de la Santé Publique BP 15182 Dakar SENEGAL</b>
<b>DELEGATION DU TCHAD</b>	
<b>Dr. Malick Douga</b>	<b>Médecin-Chef de district BP 660 Ndjamena/Tchad ou MSF N'djamena/Tchad TCHAD</b>
<b>Dr. Gagde Hinn-Dandjé</b>	<b>Coordonnateur Programme National d'Eradication du Ver de Guinée BP 759 Ndjamena TCHAD</b>
<b>Mr. David Delienne</b>	<b>Chargé Programme Eau UNICEF/Ndjamena TCHAD</b>
<b>DELEGATION DU TOGO</b>	
<b>Mr. Marfa Ayc</b>	<b>Service Salubrité BP 336 Lomé TOGO</b>
<b>Mr. Sissoko Younoussa Malé</b>	<b>VNU UNICEF/Lomé BP 80 927 TOGO</b>
<b>INTERVENANTS EXTERIEURS INVITES</b>	
<b>ACOPAM</b>	
<b>Mr. Amadou Guisset</b>	<b>Coordonnateur Technique en Mauritanie ACOPAM-Nouakchott Rép. Islamique de MAURITANIE</b>





NOMS ET PRENOMS	ADRESSE COMPLETE
Mr. Pierre Coppola	Expert Suivi/Evaluation Siège ACOPAM Tél. (221) 24-58-84 / 24-57-38 Fax (221) 25-29-40 Email : acopam@telecom-plus.sn
<b>BASICS</b>	
Mr. Serigne Mbaye Diene	Conseiller Régional pour la Nutrition BASICS/Dakar Rue 2 x Bld. de l'Est - Point E - DAKAR E.mail : basics@sonatel.senet.net Tél. (221) 24.46.04 Fax. (221) 24.24.78 Fax. 24.24.78 BP 3746 Dakar SENEGAL
Mme Maty N'Diaye Sy	Formatrice indépendante associée aux activités de ORANA. Consultante BASICS BP 3671 - Dakar Tel: 221 (8) 32 13 48 Email: msy@enda.sn
<b>ENDA</b>	
Mr. Mamadou Ndiaye	Chargé de programme ENDA-GRAF BP 13069 Dakar Tél. (221) 827-20-25 Fax. (221) 827-32-15 SENEGAL
<b>IRC</b>	
Mme Jennifer Francis	Centre International Eau/Assainissement PO Box 93190, 2509AD the Hague, T NETHERLANDS
<b>OMS</b>	
Dr El Hadi Benzerroug	Représentant OMS BP 320 Nouakchott Mauritanie Tel (222) 2 524 02 Fax (222) 2 586 44



NOMS ET PRENOMS	ADRESSE COMPLETE
<b>DELEGATION BUREAU REGIONAL UNICEF</b>	
<b>Dr. Jean Michel Ndiaye</b>	<b>Conseiller Régional Santé            Bureau Régional AOC            UNICEF Abidjan            04 BP 443 Abidjan 04            Tél. (225) 21-31-31            COTE D'IVOIRE</b>
<b>Dr. Hervé Péries</b>	<b>Chargé de Projet Santé            Bureau Régional AOC            UNICEF Abidjan            04 BP 443 Abidjan 04            Tél. (225) 21-31-31            COTE D'IVOIRE</b>
<b>Dr. Abdel El Abassi</b>	<b>Conseiller Régional Santé            Bureau Régional AOC            UNICEF/Abidjan            04 BP 443 Abidjan 04            internet. a welbassi Unicef.org at internet.</b>
<b>Dr. Flora Sibanda Mulder</b>	<b>Conseiller Régional Santé, Nutrition            Bureau Régional AOC            UNICEF/Abidjan            04 BP 443 Abidjan 04            Tél. (225) 21-31-31            COTE D'IVOIRE</b>
<b>Mrs. Kate Lifanda</b>	<b>Regional Adviser WID            Bureau Régional AOC            UNICEF/Abidjan            04 BP 443 Abidjan 04            Tél. (225) 21-31-31            COTE D'IVOIRE</b>
<b>Ms. Annick Wouters</b>	<b>Regional Project Officer, AIDS            Bureau Régional AOC            UNICEF/Abidjan            04 BP 443 Abidjan 04            Tél. (225) 21-31-31            COTE D'IVOIRE</b>



ANNEXE 2:

**Agenda**  
**(Version finale révisée post-séminaire)**

***Jour 1: Samedi 1er Novembre***

Matinée

- 8h00-8h30: **Inscription des participants**
- 8h30-9h00: **Introduction de l'atelier et présentation des résultats attendus**  
 (J.M Ndiaye, UNICEF WCARO).  
 Revue de l'agenda
- 09h00-9h45: **Organisation, Perception et Participation communautaire**  
 Introduction: Mamadou Ndiaye - ENDA Dakar- (15 mn)  
 Discussion (15 mn)
- 10h00-10h45: **Séance d'ouverture officielle**
- 10h45-11h00: Pause
- 11h00-13h00: **Travaux de groupe: Revue de l'adéquation entre demande communautaire et offre des programmes** (H.Périès, UNICEF WCARO; M. Ndiaye, ENDA).  
 Groupe 1 et 2: Evaluation de la demande communautaire (besoins ressentis/exprimés)  
 Groupe 3 et 4: Recensement de l'offre disponible au niveau des programmes  
 Regroupement: Revue de l'adéquation besoins/demande.
- 13h00-14h30: Déjeuner
- Après-midi
- 14h30-15h00: **Synthèse des Travaux de Groupe**
- 15h00-16h00: **Analyse de situation communautaire participative**  
 Introduction: Flora Sibanda /UNICEF WCARO (5 mn)  
 Présentation pays: **Togo** - Renforc.capacités communautaires/RCC (15 mn)  
 Présentation pays: **Mauritanie**- Anal.Sit. jeunesse/enquête narrative (Scouts -15mn)  
 Discussion (25 mn)
- 16h00-16h15: Pause
- 16h15-17h15: **Activités de Nutrition au niveau communautaire**  
 Introduction: Serigne Mbaye Diene/BASICS- 10 mn présentation,  
 Présentation pays: **Niger** (15 mn)



Présentation pays: Guinée -SIAC(15mn)

Discussion (20 mn)

17h15-18h15: **Activités d'Hygiène et d'Assainissement au niveau communautaire**

Introduction: David Delienne UNICEF Tchad (5 mn)

Présentation: Mauritanie - Eau/assainissement Projet péri-urbain Nouakchott

(15mn)

Présentation: Burkina Faso- Hygiène-changement de comportement/proj. Bobo

(15mn).

Discussion (25mn)

***Jour 2: Dimanche 2 Novembre***

Matinée:

08h30-9h00 **Identification participative des points forts de la 1ère journée**

09h00-10h00: **Activités de Santé à base communautaire -**

Introduction: El Hadi Benzerroug, - (OMS Nouakchott) (10 mn)

Présentation pays: Mauritanie- Les Unités de Santé de base (15 mn)

Présentation pays: Bénin- Concept IB 2ème génération + volontaires villageois et coordinateurs de commune (15mn)

Discussion (20 mn)

10h00-11h00: **Surveillance à base communautaire/Eradication des maladies**

Introduction: H.Periès/UNICEF WCARO - (5 mn)

Présentation: Niger - Surveillance épidémiologique intégrée à base com (10 mn)

Présentation: Cameroun- Province Extrême Nord- Erad.VDG/intégration (10mn)

Présentation: Tchad- Surveillance communautaire au niveau District (10 mn)

Discussion: (15 mn)

11h00-11h15: Pause

11h15-12h15: **Suivi/monitoring et évaluation des Activités intégrées à base communautaire: Gestion des bases de données et utilisation du Système d'Information Géographique (SIG) .**

Introduction: A.El Abassi UNICEF/WCARO. (5 mn)

Présentation: Bénin- Système d'Information à Base Communautaire (15 mn)

Présentation: Mali- Système local - Information/centre de santé (15mn) -

Discussion: (25 mn)

12h15-13h15: **Améliorer la représentativité et favoriser l'implication des femmes dans le développement des activités à base communautaire.**

Introduction: Mme Kate Lifanda (10 mn)

Présentation: Mme Jennifer Francis (IRC). Principales conclusions de l'atelier Genre et Développement / Gender et Activités à base communautaire (20 mn)





Discussion (30 mn)

13h15-13h20: **Introduction des travaux de groupe**

13h20-14h45: Déjeuner

14h45-17h: **Travaux de groupe: Modalités pratiques de mise en oeuvre de programmes intégrés à assise communautaire** H.Périès UNICEF WCARO;  
4 groupes qui traiteront au choix les thèmes suivants) .

Groupes 1 et 2- Critères de choix des zones d'intervention; planification locale des interventions mobilisation et rôle des acteurs communautaires et partenaires potentiels  
- Groupes 3 et 4: Modalités de détermination du Paquet Minimum d'Activités communautaire. Brainstorming sur le contenu possible du PMAcom.

17h00- 18h15: **Présentation des résultats des travaux de groupe**

### ***Jour 3: Lundi 3 Novembre***

Matin:

08h30-10h30 **Comment améliorer la participation des communautés dans les systèmes de santé revitalisés-(Initiative de Bamako).**

Etudes de cas: **Mali: Les aires de santé, Porte d'entrée pour un développement communautaire- Cas du Cercle de Bla- (30 mn présentation),**

**Sénégal:** Participation communautaire et IB (15 mn présentation)

**Cameroun:** Présentation de l'atelier "Promotion des ABC"-Maroua-Août 1997. Objectifs, déroulement, principaux résultats (15 mn présentation)

**Discussion (Brainstorming)** sur les contraintes et perspectives de la participation communautaire dans l'IB (60 mn)

10h30-10h45 Pause

10h45-12h30 **Mobilisation des réseaux communautaires et intersectoralité**  
(15mn presentation/20 mn discussion) x 3

Il est demandé aux pays assurant ces présentations d'insister sur:

- les mécanismes ayant favorisé l'implication effective des autres secteurs ou des réseaux communautaires.
- les étapes essentielles de la préparation/mise en oeuvre/suivi du programme
- les problèmes rencontrés, les solutions proposées et les perspectives



**Burkina Faso: Appui aux réseaux de femmes pour favoriser le développement d'une approche intersectorielle de promotion des activités à base communautaire**  
(Agriculture/Santé/Affaires Sociales)

**Sénégal- Soins primaires de l'environnement, une porte d'entrée pour le développement d'une approche intégrée à base communautaire-** Cas du District de Goudiry.

**Côte d'Ivoire** : Mobilisation des partenaires dans les activités d'hygiène-assainissement.

12h30 Distribution du document "**Problématique des ABC**" (points des deux premières journées de travail) qui sera la base de la discussion de l'après-midi

12h35-14h30 : Déjeuner + lecture du document

Après-midi:

14h30 -16h00: **Discussion sur la problématique des ABC et les perspectives.**

Facilitateurs: J.M Ndiaye/Abdel El Abassi

16h00-16h05: **Introduction des travaux par délégation** (H.Périès/WCARO)

16h05-16h15: Pause

16h15-18h30: **Préparation de "fiches d'intervention ABC" par pays**

Pour chaque pays participant, préparer une fiche d'intervention ABC au niveau d'un district contenant les éléments suivants:

- Présentation de la zone d'intervention pré-identifiées pour les développement d'activités intégrées à base communautaire (+ Justification du choix de cette zone)
- Présenter sommairement les activités proposées, les portes d'entrées, les intervenants potentiels par niveau, les partenaires impliqués .

Si possible (pays les plus avancés)

- Préparer une ébauche de plan d'action pour la programmation, la mise en oeuvre et le suivi de ces activités durant la période 1998-1999
- Estimer les besoins techniques/financiers et les sources de financement potentiels.

### ***Jour 4: Mardi 4 Novembre***

Matin

8h30-10h30: **Présentation des fiches d'intervention** ( 10 minutes par pays + Discussions groupées-30mn/5 pays)

10h30-10h45: Pause



10h45-11h45: **Présentation des fiches d'intervention** (Suite)

11h45-13h00: **Synthèse de l'atelier, Elaboration de Mécanismes de suivi** (J.M Ndiaye, A.El Abassi).  
Evaluation de l'atelier

13h00 Clôture de l'atelier

Après-midi:

15h30-18h00: **Visite des projets à Eau-Hygiène-Assainissement à base communautaire et Réseaux de femmes en zone péri-urbaine de Nouakchott.**



## ANNEXE 3: Présentation des résultats des Travaux de groupe J1

### Revue de l'adéquation entre offre des programmes et demande communautaire.

4 Groupes de travail ont été invités à travailler sur la problématique de l'offre et de la demande communautaire. Pendant une heure, deux groupes ont cherché à lister l'offre proposée par les différents programmes tandis que les deux autres groupes cherchaient à identifier les principales demandes communautaire. Suite à ces exercices de groupe, on a procédé à un regroupement des différents groupes et la mise en commun des résultats grâce à une séance de travail VIP afin d'évaluer l'adéquation entre demande communautaire et offre des services. Les principaux résultats de ces travaux de groupes ont été reflétés dans l'exercice de synthèse des points forts qui a été organisé le lendemain matin (Voir rapport final).

### 1- Groupes 1 et 2 : OFFRE DES PROGRAMMES

**Sujet de réflexion:** Sur la base de la réalité de vos pays, recenser les interventions (12 au maximum) les plus fréquemment mises en oeuvre par les programmes au niveau communautaire dans les domaines Santé, Nutrition et Hygiène-Assainissement.

GROUPE 1	GROUPE 2
1- Surveillance de la croissance	1- Vaccination
2- Lutte contre les carences en micronutriments	2- Surveillance de la croissance
3- Activités génératrices de revenus	3- Prise en charge des accouchements
4- Formation/ sensibilisation/mobilisation des populations	4- Supplémentation en micronutriments
5- Traitement des maladies courantes	5- Construction de latrines
6- Hygiène et Assainissement	6- Allaitement maternel exclusif
7- Enfants en circonstances particulièrement difficile	7- Suivi prénatal
8- Sécurité alimentaire	8- Gestion des points d'eau
9- Prise en charge des accouchements	9- Eradication VDG
	10- Prise en charge maladies diarrhéiques

### 2- Groupes 3 et 4: DEMANDE COMMUNAUTAIRE

**Contexte:** Un village enclavé de 1.500 habitants à proximité d'un marigot et d'une grande zone de culture inondable; situé à 12 km du centre de santé revitalisé le plus proche [un représentant du village siège au Comité de santé de ce CS revitalisé] et à 35 km de l'Hôpital de district non revitalisé; possède 2 puits traditionnels dont 1 qui tarit régulièrement, 1 école primaire multi-grade avec 2





enseignants, une vieille Accoucheuse traditionnelle, un guérisseur traditionnel, un agent de santé communautaire polyvalent décédé l'année précédente, un agent Ver de Guinée en place, une association de femmes, une association de jeunes. Le village déplore de nombreux décès d'enfants de moins de 5 ans principalement dus à des fièvres, des accès palustres, des diarrhées et des toux ainsi que plusieurs décès de femmes lors de l'accouchement qui est pratiqué surtout à la maison et parfois à l'hôpital. Le village a été confronté à de sévères épidémies de rougeole et de choléra durant les deux années précédentes. Un pourcentage important d'enfant souffre de malnutrition et de nombreuses femmes présentent un goître.

**Sujet de réflexion:** Une enquête d'analyse de situation participative est menée dans ce village dans le cadre de la mise en place d'un programme d'amélioration des conditions sanitaires au niveau du district. Sur la base de vos expériences personnelles, votre groupe doit se substituer aux représentants de la communauté enquêtée et imaginer:

1- les principales demandes/besoins communautaires (12 au maximum) exprimés prioritairement par la communauté lors de cette analyse de situation.

GROUPE 3	GROUPE 4
1-Construction centre de santé	1- Accès aux soins de base/Médicaments essentiels
2-Disponibilité en médicaments	2- Protection contre les moustiques
3-Vaccination des enfants	3- Améliorer la sécurité alimentaire
4-Construction salle de classe + enseignant supplém.	4- Construction/réhabilitation de points d'eau
5-Améliorer la disponibilité en eau potable	5- Prévention des maladies et promotion de la santé
6- Création pistes rurales	6- Construc. salles de classe et alphabétisation des Adultes
7- Intrants de production agricole (engrais, semences,..)	7- Amélioration des transports
8- Production maraichère	8- Accès au crédit
9- Moyens d'allègement des travaux des femmes	9- Disponibilité des moyens d'évacuation
10- Mise en place d'un fonds de crédit	10- Mise en place d'activités génératrices de revenus
11- Débouchés pour la vente des produits agricoles	11- Appui aux activités culturelles et sportives
12-Vivres de subsistance	

### **3- Regroupement (VIPP): Adéquation Offre-Demande communautaire**

Commentaires: En matière de recensement de l'offre, on observe une grande variété/différence entre les groupes de travail ce qui témoigne de la diversité des actions proposées par les programmes au niveau communautaire. Par contre, en matière de demande, on observe une relative homogénéité voire un consensus des participants sur les besoins exprimés par les communautés. Cela semble vouloir dire que la demande communautaire est connue par les participants qui sont pour la plupart des intervenants en contact direct avec les communautés.



Essayons maintenant de voir dans le tableau suivant:

- Quelles sont les offres et les demandent qui se rencontrent (cela ne veut pas dire que la demande est parfaitement couverte) masi qu'il y a une tentative de réponse à un besoin exprimé. Le problème de la qualité de la réponse a été soulevé fréquemment durant le regroupement.
- Quelles sont les demandes communautaires mal/non couvertes
- Quelles sont les offres qui rencontrent une faible (ou aucune) demande communautaire.

Bien entendu, cet exercice est soumis à plusieurs biais qui ont sérieusement influencé l'exercice de restitution:

- la communauté n'était pas là pour exprimer ses besoins (nous avons ici l'expression de la vision de la demande communautaire par les prestataires de services).
- la composante santé/nutrition a été privilégiée compte tenu de la sur-représentation de ce secteur par rapport aux autres secteurs
- certaines demandes exprimées (routes, éducation, crédit,...) ne trouvaient pas de réponses, souvent faute de représentants de ces secteurs dans l'exercice. On observait donc une sous-estimation de la réponse par défaut.

Tous ces biais seraient réduits lors de la replication de l'exercice dans un contexte de district où les représentants de communautés et les représentants de l'ensemble des secteurs travaillant avec les communautés seraient représentés.

L'objectif de ce travail était d'ailleurs plutôt 1) de susciter une réflexion autour du thème choisi (exercice réussi puisque l'inadéquation entre offre et demande a été vraiment identifié comme un problème crucial lors de l'atelier) et 2) de partager une méthode d'exploration de l'offre et de la demande utilisable par les délégations au retour dans leur pays/district.



Revue de l'adéquation entre l'offre et la demande

DEMANDES	OFFRES	ADEQUATION OFFRE/DEMANDE
<b>1- QUAND LA DEMANDE ET L'OFFRE SE RENCONTRENT (besoin d'évaluer la pertinence et la qualité de la réponse)</b>		
Accès aux soins de base et médicaments essentiels Prévention des maladies et promotion de la santé Vaccination des enfants	Prise en charge des maladies diarrhéiques Suivi prénatal Traitement des maladies courantes Prévention des maladies Prise en charge des accouchements Vaccination des enfants Suppléments en micronutriments Surveillance de la croissance Allaitement maternel exclusif Dracunculose	Demande très importante et offres nombreuses mais souvent mal coordonnées et sans priorisation. Est-ce que l'offre répond efficacement à la demande? Besoin d'intégration/collaboration. Pb de la qualité de la réponse.
Approvisionnement en eau potable Construction réhabilitation points d'eau	Gestion des points d'eau Hygiène/Assainissement	Demande très importante. Offre existe mais coûteuse et soumise à des critères de faisabilité. Capacités de réponse au niveau des services santé/nut/HA faible et non adaptée (software). Besoin de renforcer la collaboration intersectorielle avec Hydraulique.
Sécurité alimentaire Production maraîchère Intrants de production agricole Débouchés pour la vente des produits agricoles	Sécurité alimentaire	Offre existe dans d'autres secteurs----> Collaboration intersectorielle. Mobilisation d'autres partenaires.
Activités génératrices de revenus	Activités génératrices de revenus	Demande et Réponse existe. Mais la demande est beaucoup plus importante que l'offre. Difficulté de mise en oeuvre des activités
<b>QUAND LA DEMANDE RENCONTRE DIFFICILEMENT L'OFFRE (vérifier si toute l'offre a été recensée)</b>		
Protection contre les moustiques		Fortes demandes mais faible réponse à ce jour. Offre en phase de croissance. Problèmes à résoudre. Coût des moustiquaires et gestion des insecticides en cours.



DEMANDES	OFFRES	ADEQUATION OFFRE/DEMANDE
Construction centre de santé Disponibilité de moyens d'évacuation sanitaire		Demande très forte mais parfois excessive (population, distance d'un autre centre,...). Besoin de vérifier la pertinence de la demande (CS ou ASC?) et optimiser l'utilisation de l'offre.
Construction salles de classe Alphabétisation des adultes		Forte demande. Offre existe dans d'autres secteurs---->Collaboration intersectorielle. Mobilisation d'autres partenaires
Allègement des travaux des femmes		Demande existe mais son expression est difficile Réponse en croissance. Offre existe dans d'autres secteurs-----> Collaboration.
Accès au crédit		Très forte demande. Offre existe dans d'autres secteurs-----> Collaboration intersectorielle. Mobilisation d'autres partenaires
Attribution de vivres de subsistance		Demande forte dans certains pays (notamment ceux confrontés à la sécheresse ces dernières décennies). Réponse liée à l'urgence.
Création de pistes rurales		Forte demande. Offre existe dans d'autres secteurs (mais insuffisante: Coût) ----> Collaboration intersectorielle. Mobilisation d'autres partenaires
Activités culturelles et sportives		Demande faible, mais réponse encore plus faible Cependant croissance de l'offre notamment avec porte d'entrée lutte contre le SIDA
<b>QUAND L'OFFRE RENCONTRE DIFFICILEMENT LA DEMANDE (Vérifier si la demande a été correctement explorée)</b>		
	Enfants en circonstances difficiles	Demande faible. Offre en croissance. Problématique urbaine pour l'instant.
	Construction de latrines	Demande faible. Offre en croissance compte tenu de l'impact sur TMI et développement de technologies appropriées.





## ANNEXE 4: Présentation des résultats des Travaux de groupe J2

### Modalités pratiques de mise en oeuvre de programmes intégrés à assise communautaire

#### Rappel des Termes de Référence:

#### Groupe 1 et 2: Etapes préliminaires pour initier un programme ABC au niveau d'un district sanitaire

1- Enumérer (en les classant si possible par ordre d'importance) les critères de sélection qui vous semblent importants à prendre en compte pour choisir une zone d'intervention favorable au développement des ABC.

2- Identifier les principales étapes de planification et coordination nécessaires avant la mise en place des activités sur le terrain.

3- Sur la base de vos expériences, lister les acteurs potentiels (au niveau de la communauté, des services publics, des partenaires) susceptibles d'intervenir dans la promotion et la mise en oeuvre des activités. Préciser leurs points forts et leurs points faibles.

#### Groupe 3 et 4 : Choix des activités prioritaires à mettre en oeuvre et par qui ?

1- Proposer un paquet minimum d'activités communautaires prioritaires (12 activités au maximum) qu'il vous semble nécessaire de promouvoir au niveau de chaque communauté bénéficiaire.

2- Sur la base de vos expériences, identifier pour chacune de ces activités:

\* l'intérêt des communautés pour chaque activité

\* les contraintes et les opportunités rencontrées lors de la mise en oeuvre de chaque activité

\* les "meilleurs" relais communautaires (volontaires villageois, associations, leaders ..) à mobiliser pour leur mise en oeuvre.

3- Après identification de l'ensemble des activités et des relais communautaires mobilisables, vérifier si la charge de travail globale de chacun des relais communautaires est acceptable et réaliste; si nécessaire, adapter le contenu du paquet d'activités ou la responsabilité de chaque relai en conséquence.

## I. LES ETAPES POUR INITIER UN PROGRAMME A.B.C

### RESTITUTION DU GROUPE 1

#### 1. DETERMINATION DES CRITERES DE SELECTION

- DEMANDE EXPRIMEE PAR LA COMMUNAUTE
- EXISTENCE D'UN PROBLEME DE SANTE OU DE DEVELOPPEMENT
- ENGAGEMENT ET DISPONIBILITE DE LA POPULATION A PARTICIPER AUX ACTIVITES DE DEVELOPPEMENT
- EXISTENCE DE STRUCTURES FONCTIONNELLES DE SOUTIEN DES ACTIVITES
- EXISTENCE D'UNE ACTIVITE QUI PEUT SERVIR D'UNE PORTE D'ENTREE
- ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE
- NIVEAU D'ALPHABETISATION FAVORABLE

#### 2 - ETAPES DE LA PLANIFICATION

##### ANALYSE DE LA SITUATION

- DIAGNOSTIC DES PROBLEMES
- HIERARCHISATION DES PROBLEMES
- ELABORATION DES OBJECTIFS ET DEFINITION DES STRATEGIES



- DEFINITION DES ACTIVITES
- EVALUATION DES RESSOURCES HUMAINES, MATERIELLES ET FINANCIERES
- DEFINITION DES MODALITES DE MISE EN OEUVRE DES ACTIONS IDENTIFIEES

### 3 - LES ACTEURS/ACTRICES POTENTIELS ET LEUR ROLE

- LES CHEFS RELIGIEUX
- LES LEADERS POLITIQUES
- LES CHEFS COUTUMIERS
- LES GROUPEMENTS FEMININS
- LES ASSOCIATIONS DE JEUNES
- LES ARTISTES
- LES CANAUX TRADITIONNELS DE COMMUNICATION

#### LES NIVEAUX

NIVEAU SERVICES TECHNIQUES : TOUT LE PERSONNEL DES SERVICES PUBLICS  
 AUTRES PARTENAIRES : PARTENAIRES, ONGS, PARTIS POLITIQUES, SYNDICATS.

## RESTITUTION DU GROUPE 2

### 1. CRITERES DE SELECTION

#### 1.1 - INDICATEURS

- FAIBLE COUVERTURE EN EAU POTABLE
- TAUX DE MALNUTRITION PROTEINO ENERGETIQUE ELEVE
- FAIBLE COUVERTURE VACCINALE
- FORTE PREVALENCE DES MALADIES COURANTES
- FAIBLE TAUX DE SCOLARISATION

#### 1.2 - ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE

#### 1.3 - NIVEAU D'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

- MOTIVATION DE LA COMMUNAUTE
- VOLONTE DE LA COMMUNAUTE
- EXISTENCE DE STRUCTURES COMMUNAUTAIRES

#### 1.4 - CADRES TECHNIQUES DISPONIBLES.

### 2 - ETAPES DE LA PLANIFICATION

#### 2.1 - ANALYSE DE LA SITUATION

- IDENTIFICATION DES PROBLEMES CONJOINTEMENT AVEC LES POPULATIONS
- EVALUATION DES BESOINS EXPRIMES
- POTENTIALITES (IDENTIFICATION DES RESSOURCES)
- APPRECIATION DU NIVEAU D'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

#### 2.2 - SELECTION DES INTERVENTIONS

- REVUE DE L'ADEQUATION DEMANDE/OFFRE
- PARTENARIAT
- COLLABORATION INTERSECTORIELLE

#### 2.3 - PLAN D'OPERATION

- QUI FAIT QUOI ? AVEC QUI?
- CALENDRIER D'EXECUTION
- BUDGETISATION
- MECANISME DE SUIVI



### 3 - LES ACTEURS/ACTRICES ET LEUR ROLE

#### 3.1 - NIVEAU COMMUNAUTAIRE

ACTEURS	ROLES
AGENTS COMMUNAUTAIRES	PRESTATIONS TECHNIQUES /MOBILISATION SOCIALE
COMITES VILLAGEOIS	PLANIFICATION/GESTION/ MOBILISATION SOCIALE
LEADERS D'OPINION	MOBILISATION SOCIALE
GROUPEMENTS ASSOCIATIFS	ANIMATION/MOBILISATION SOCIALE
PERSONNES ALPHABETISEES (CIBLER LES FEMMES)	GESTION

#### 3.2 - AU NIVEAU DES SERVICES PUBLIQUES

ACTEURS/ACTRICES	ROLES
AGENTS SANITAIRES ENSEIGNANTS AGENTS DEVELOPPEMENT RURAL AGENTS HYDRAULIQUES	PRESTATIONS DE SERVICES SUPERVISION FORMATION SUIVI/EVALUATION

#### 3.3 - NIVEAU PARTENAIRES

NIVEAUX	ROLES
CENTRAL	MOBILISATION DES RESSOURCES EVALUATION
REGIONAL/SOUS REGIONAL	APPUI TECHNIQUE AUX SERVICES PUBLICS SUIVI DE/APPUI A LA MISE EN OEUVRE

#### 3.4 - AUTRES

ACTEURS	ROLES
INSTITUTIONS DE COOPERATION BILATERALES ET MULTILATERALES	MOBILISATION DES RESSOURCES EVALUATION APPUI TECHNIQUE
ONGS	



## II. CHOIX DES ACTIVITES A METTRE EN OEUVRE

### RESTITUTION DU GROUPE 3

ACTIVITES PROPOSEES	INTERET*	CONTRAINTES	OPPORTUNITES	RELAIS COMMUNAUTAIRES
1-Vaccination	2	Résistances socio-culturelles (RSC) Insuffisance moyens logistique Manque de motivation Insuffisance personnel qualifié	PEV/SSP Revitalisation Intérêt des bailleurs pour éradication polio/TNN	Comités féminins Comités de santé (COSA), ASV Mouvements associatifs Autorités traditionnelles
2-Prise en charge des affections courantes (Palu, IRA, MD, VG)	3	Faible complémentarité entre médecine traditionnelle et occidentale Non disponibilité en Médic. Essentiels Automédication Insuffisance en personnel qualifié	Programme SSP/IB opérationnel	ASV, AC COGE/COSA Groupements féminins
3-Education de base: Scolarisation/alphabétisation	2	RSC Manque de motivation du personnel Surcharge des travaux ménagers	Intérêt des bailleurs pour l'éducation des filles	Groupements féminins
4-Surveillance de la grossesse	1	RSC Insuffisance personnel qualifié Insuffisance moyens financiers	Programme PMI/SMI	Groupements féminins
5-Surveillance de la croissance (0-36 mois)	1	Manque d'intérêt Surcharge des travaux ménagers	Programme SSP	Groupements féminins
6-Approvisionnement en eau potable	3	Investissements élevés Insuffisance technicité et maintenance RSC Contraintes hydrogéologiques	PNEVG Projets hydraulique villageoise	Comités d'eau Agents communautaires Groupements usagers eau
7- Gestion de l'Environnement	1	RSC Manque d'intérêt	Intérêt des bailleurs Multiplication des Programmes	Groupements féminins Comités d'eau
8- Planification familiale/ Espacement des naissances	1	RSC Manque d'intérêt	Intérêt des bailleurs Programmes SMI/PF	Groupements féminins





ACTIVITES PROPOSEES	INTERET*	CONTRAINTES	OPPORTUNITES	RELAIS COMMUNAUTAIRES
9-Production maraîchère	2	Manque d'eau, terres pauvres Manque de matériel agricole RSC	Projets hydrauliques Existence de Coopératives d'eau/barrages Disponibilité en terres	Groupements féminins
10-Activités génératrices de revenus (AGR)	3	Insuffisance des ressources Faible capacité de gestion	Existence de coopératives Existence de Projets	Groupements de femmes Agents de développement communautaire/Affaires sociales
11-Education nutritionnelle	1	RSC Disponibilité alimentaire	Projets lutte contre les carences en micronutriments	Animatrices villageoises
12-Gestion de l'information	1	Outils compliqués Taux d'analphabétisme élevé	ASV, AC, Comités de santé	

\* Cotation de 1 à 3 (par ordre de priorité croissante)



<b>RESTITUTION DU GROUPE 4</b>
--------------------------------

ACTIVITES PROPOSEES	INTERET*	CONTRAINTEs	OPPORTUNITES	RELAIS COMMUNAUTAIRES
1- Création de cases de santé Com. Fonctionnelles	5	Ressources humaines locales Supervision/suivi	Politique de revitalisation Intérêt des populations	ASV Matrones
2- Organisation du système de référence/contre référence	3	Absence de moyens d'évacuation Mauvais état des routes	Existence de structures sanitaires revitalisées	ASC, Transporteurs locaux Matrones
3-Mise en place de caisses d'épargne/crédit	4	Capacités de gestion locale Mobilisation de l'épargne Pesanteurs socio-culturelles	Intérêt de la population Existence de pratiques traditionnelles	Groupements féminins, ASV Associations de jeunes Groupements d'intérêt économique (GIE)
4-Renforcement/création Activités Génératrices de revenus	4	Manques d'expériences Expériences antérieures (si négatives)	Intérêt communautaire Expériences antérieures (si positives)	Groupements féminins Associations de jeunes GIE
5-Promotion des activités d'allègement des travaux des femmes	3	Besoin rarement exprimé mais ressenti par les femmes	Disponibilité de la technologie Expériences réussies Intérêt des partenaires	Groupements féminins Leaders communautaires Animatrices/animateurs Services d'encadrement
6- Approvisionnement en eau potable	5	Difficulté de mobilisation des ressources locales Capacités techniques/faisabilité Capacités de gestion/maintenance	Intérêt des populations Existence de structures techniques Technologies appropriées	Comité villageois de développement Leaders d'opinion Comités de point d'eau
7-Promotion des moustiquaires imprégnées	2	Coût élevé Comportements socio-culturel Disponibilité des produits	Intérêt des partenaires Acuité du problème Existence de technologies simples Centres de santé revitalisés	ASV Groupements féminins Comités de santé

\* Echelle de cotation 1 à 5 (par ordre d'intérêt croissant)



## ANNEXE 5: Evaluation de l'atelier

### I. ORGANISATION

	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon
Accueil/hospitalité	0	1	17	14
Hébergement	0	7	17	8
Secrétariat	0	5	22	8
Encadrement	0	3	26	7

### II. THEMES DE L'ATELIER

SESSIONS	UTILITE			QUALITE (PRESENTATIONS + COMMUNICATIONS)			
	Pas utile	Utile	Très utile	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon
Organisation/Perception/Part. comm.	0	13	19	0	4	21	8
TG: Adequation offre/demande	0	13	23	0	5	23	5
Analyse situation communautaire	0	17	18	1	13	19	2
Activités Nutrition à base com	1	18	12	0	9	19	2
Activités Hygiène/Assain. à base com	1	21	13	2	12	19	2
Activités Santé à base com.	1	17	16	1	11	20	3
Surveillance épidémio/éradication	1	23	11	1	13	18	2
Suivi/monitoring des ABC/GIS	1	20	15	3	13	18	2



SESSIONS	UTILITE			QUALITE (PRESENTATIONS + COMMUNICATIONS)			
	Pas utile	Utile	Très utile	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon
Implication des femmes (Genre)	0	20	15	0	12	16	6
TG: Modalités mise en oeuvre ABC	0	12	21	0	9	20	4
Participation Com. et Init. de Bamako	0	21	14	1	10	20	3
Réseaux Com. et intersectorialité	0	16	21	1	11	16	5
T.Pays: Fiches d'intervention pays	1	10	17	0	4	14	2

III. Votre perception globale sur le contenu de l'atelier dans son ensemble (entourer la réponse choisie)

Très mauvais	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon
0	0	4	28	4

III. Durée de l'atelier (Entourer la réponse choisie)

Trop long	Suffisant	Trop Court
0	19	17

IV. Est-ce que le Séminaire a contribué à améliorer votre connaissance de la problématique des ABC ?

Oui	Non
36	0





## ANNEXE 6:

### PRESENTATION DES FICHES D'INTERVENTION PAR PAYS

#### A6.1 BENIN

#### I ZONE CHOISIE : SOUS PREFECTURE DE DJIJA

##### 1.1 DESCRIPTION GENERALE

- \* Située à 160 km de Cotonou au centre du pays
- \* Superficie : 2025 km<sup>2</sup> avec une population de 69.000 hbts (recens. 92)
- \* Divisée en 73 villages et quartiers de ville dont la moitié sont enclavés pendant les saisons de pluie (à peu près 6 mois par an)

##### 1.2 INDICATEURS SOCIO-SANITAIRES ET ECONOMIQUES

- \* 50% du nombre total de cas de ver de Guinée recensés dans tout le pays regroupé dans la S/Pref.
- \* la couverture vaccinale DTCP3 est à moins de 50% (76% sur le plan national)
- \* le taux brut de scolarisation est l'un des plus faibles de tout le pays (34,42% contre 69% au plan national)
- \* Selon ECVR la sous préfecture se trouve dans la zone la plus pauvre du Bénin

##### 1.3 INFRASTRUCTURES

- \* 6 CCS sur 12 communes
- \* 33 écoles pour 73 villages
- \* faible couverture en eau potable et assainissement

#### II JUSTIFICATION

- \* faible indicateurs de développement (voir chiffres plus haut)
- \* l'enclavement des villages
- \* existence de groupements villageois et diverses associations de développement
- \* présence d'interventions appuyées par l'UNICEF ET LE JAPON
- \* existence de cadres techniques de conception au niveau de la sous préfecture

#### III ABC DANS 17 VILLAGES

##### 3.1 \* porte d'entrée : EDUCOM et SIBC

##### 3.2 Activités proposées

- \* analyse de la situation (avec une approche participative)
- \* sélection des interventions (selon une approche participative)
- \* élaboration et signature des contrats de partenariat
- \* renforcement des capacités de planification et de gestion
- \* appui à la recherche de financement et aux réalisations
- \* suivi



#### IV INTERVENANTS POTENTIELS

##### 4.1 Au niveau village

- \* conseil local (EDUCOM)
- \* CVD du SIBC
- \* VV ET CC du P.E.V.G
- \* leaders
- \* groupements villageois (de production de jeunes de femmes..)
- \* CDSS

##### Au niveau communal

- \* COGEC

##### 4.2 Au niveau sous-préfectoral

- \* comité sous-préfectoral
- \* médiatrices EDUCOM
- \* association de développement
- \* Union sous-préfectorale des producteurs
- \* ONG
- \* COGES

##### 4.3. Au niveau départemental

- \* DDSPSCF
- \* DDE
- \* CONSEIL CONSULTATIF

##### 4.4. Au niveau national

- \* cellule de suivi EDUCOM
- \* MTPT; MEHU; MPREPE; MEMH
- \* Partenaires bilatéraux et multilatéraux
- \* ONG

#### ABBREVIATIONS UTILISEES

ECVA	ENQUETE SUR LES CONDITIONS DE VIE EN MILIEU RURAL
CCS	COMPLEXE COMMUNAL DE SANTE
EDUCOM	PROJET EDUCATION ET COMMUNAUTE
SIBC	PROJET SYSTEME D'INFORMATION A BASE COMMUNAUTAIRE
CVD	COMITE VILLAGEOIS DE DECISION DU SIBC
VV	VOLONTAIRES VILLAGEOIS DU PEVG
CC	COORDINATEUR DE COMMUNE DU PEVG
PEVG	PROGRAMME D'ERADICATION DU VER DE GUINEE
CDSS	COMITE DE DEVELOPPEMENT SOCIO-SANITAIRE
COGEC	COMITE DE GESTION DE COMMUNE
COGES	COMITE DE GESTION DE SOUS - PREFECTURE
DDSPSCF	DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA SANTE DE LA PROTECTION SOCIALE ET DE LA CONDITION FEMININE
DDE	DIRECTION DEPARTEMENTALE DE L'EDUCATION
MTPT	MINISTERE DES TRAVAUX PUBLICS ET DES TRANSPORTS
MEHU	MINISTERE DE L'ENVIRONNEMENT DE L'HABITAT ET DE L'URBANISME
MPREPE	MINISTERE DU PLAN, DE LA RESTRUCTURATION ECONOMIQUE ET DE LA PROMOTION DE L'EMPLOI
MEMH	MINISTERE DE L'ENERGIE, DES MINES ET DE L'HYDRAULIQUE



## **A6.2 BURKINA FASO**

### ***DISTRIBUTION COMMUNAUTAIRE DE CAPSULES DE VIT A PAR L'INTERMEDIAIRE DES RESEAUX DE FEMMES ANIMATRICES.***

#### ***JUSTIFICATION.***

Existence d'une forte prévalence de la cécité nocturne.  
Faible accessibilité aux médicaments  
Faible production des aliments riches en Vit A dans le pays.  
Couverture sanitaire insuffisante; manque de personnel de santé.  
Opportunité des Réseaux de Femmes Animatrices pour assurer une large distribution au niveau des foyers.

#### ***CHOIX ET PRESENTATION DE LA ZONE D'INTERVENTION.***

Critères de choix:

- zone à forte prévalence en avitaminose A.
- existence de Réseaux fonctionnels de Femmes Animatrices.
- Existence d'une structure sanitaire d'appui et de soutien.

Les sites retenus feront partis des provinces suivantes: de Kourweogo, Sanmatenga, Ouahigouya, Oubritenga et le Gourma.

#### ***OBJECTIFS.***

##### ***Objectif général.***

Contribuer à la réduction de la prévalence de l'avitaminose A au sein des populations cibles dans les provinces retenues.

##### ***Objectifs Spécifiques.***

Assurer la distribution de capsules de Vit A à 70% des enfant de 6 mois à 10 ans dans les zones choisies d'ici à la fin de l'année 1998.

Assurer la distribution de capsules de Vit A à 100% des femmes allaitantes dans les zones choisies d'ici la fin de l'année 1998.

#### ***MODALITES D'INTERVENTION.***

##### ***Concertation avec les services techniques concernés.***

Elaboration et explication de la stratégie de distribution des capsules de Vit A avec les strucutres techniques des Ministères impliqués (Agriculture, Santé, Action Sociale) et les partenaires. Surtout au niveau central. Il reste encore certain problèmes à discuter avec ces structures: fournitures et paiement des capsules, intégration dans le recouvrement des coûts des CSPS (IB) notamment.

Sensibilisation des structures décentralisées de ces mêmes Ministères, surtout au niveau régional et du district.



### Processus de formation.

La phase préparatoire:

- ➔ choix des agents formateurs par ces services "décentralisés". Ce choix est en même temps celui des sites d'intervention puisque le couple d'agents formateurs est "à la tête" du réseau et devra donc être à proximité des Animatrices, des Superviseuses et des Femmes de Base.
- ➔ sensibilisation de la population dans les sites identifiés et recrutement des femmes à former

Les formations.

Elles obéissent à la logique des formations en cascade.

➔ La formation des agents formateurs: c'est un cadre de recyclage et de ré-actualisation des connaissances, de partage d'information et d'expériences conduite par l'équipe de formateurs de la Cellule Technique Nationale. A l'issue de cette formation de 5 jours, les agents formateurs se constitueront en "couple de formateurs" pour prendre en charge un groupe de Femmes Animatrices. Ce couple de formateurs sera obligatoirement constitué par un agent de la Santé ou Action Sociale pour les aspects techniques et un agent de l'Agriculture compte tenu de sa responsabilité dans le suivi/appui aux organisations communautaires d'où proviennent les femmes des réseaux. A cette formation assistent les membres de la Cellule Technique Provinciale. Les agents formateurs sont choisis en fonction de leur expérience, de leur responsabilité et de leur capacité. Ils devront résider dans la zone couverte par le réseau. L'agent de santé dont la structure sanitaire fait partie de l'aire du réseau (déterminée par la CTP) *est toujours* associé au groupe des formateurs. Le nombre des agents formateurs est donc fonction du nombre de réseaux à mettre en place.

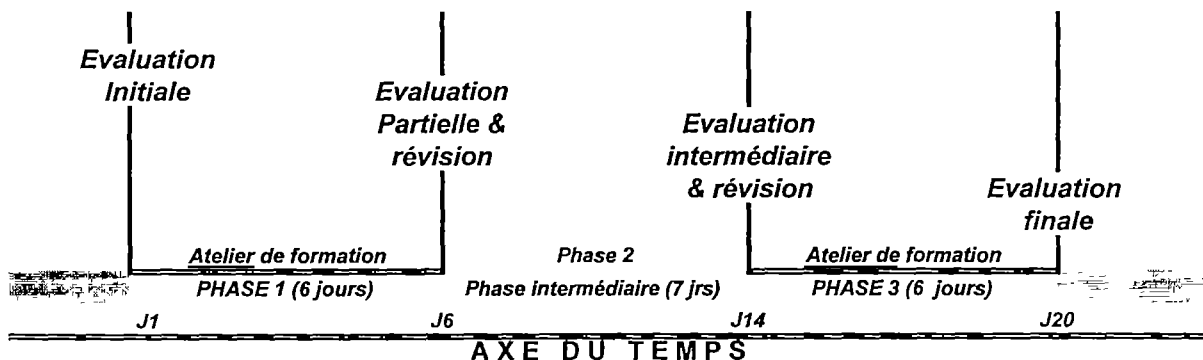
➔ La formation des Femmes Animatrices. *Le groupe des femmes animatrices est le cœur de l'approche.* L'expérience a montré qu'un groupe de 30 femmes animatrices constituait un nombre adéquat pour la formation par deux agents formateurs. La femme animatrice est le véhicule de la formation, le moyen principal pour éduquer les populations de base. Selon le Plan National d'Action pour la Nutrition, les services de santé existants et d'autres secteurs tel que l'Education et l'Agriculture de même que divers groupements et associations communautaires seront utilisés pour la distribution de micronutriments.

➔ La formation des Femmes de Base. Les femmes de base sont la cible ultime de l'approche. Les formations des Agents Formateurs et des Femmes Animatrices ne sont que des moyens pour atteindre celles-ci. Les Femmes de Base sont les femmes des foyers dans les villages et représentent les bénéficiaires pour lesquelles est organisée la formation.

Les étapes de la formation des Femmes Animatrices. Deux types de formation sont à considérer:

- ✓ la formation classique,
- ✓ la formation spécifique dans les zones endémiques (Ver de Guinée, avitaminose A).

La formation classique se déroule en trois étapes comme le montre le schéma 3 ci-dessous:



La phase 1 permet le traitement de 8 thèmes. Pendant la période intermédiaire, les Animatrices retrouvent leur milieu et doivent s'efforcer de mettre en pratique les connaissances acquises pendant la phase 1. Au cours de la phase 2, il est procédé à un ajustement des connaissances et à une consolidation des acquis; c'est également au cours de cette période que les





Animatrices reçoivent des notions de technique de communication afin de pouvoir transmettre les messages et pratiques clés aux Femmes de Base. Les Superviseuses sont formées au cours d'un jour supplémentaire.

Le suivi des activités.

Il est endogène Au sein du groupe de 30 femmes formées, 3 femmes Superviseuses sachant lire et écrire sont identifiées pour recevoir une formation complémentaire de 1 jour afin d'assurer le suivi des Animatrices

Les responsables des structures sanitaires devront participer à la formation/recyclage, à la supervision et au suivi pour la distribution des micronutriments au niveau communautaire.

Modalités de suivi: l'ingestion de capsules devra être notée par la femme superviseuse sur le carnet de santé de l'enfant ou la carte de vaccination afin d'éviter un nouvel apport lors d'une vaccination ou d'un traitement ultérieur. Dans le cas où les enfants ne disposeraient pas de ce carnet, la superviseuse doit avoir la possibilité d'en distribuer. Dans la mesure où la superviseuse aura fait un recensement de sa population cible et utilisera un cahier pour noter les suppléments effectués, elle sera en mesure de rapporter à l'agent de santé la couverture en suppléments dans sa zone. Ces rapports seront naturellement inclus dans les rapports finaux de distribution établis par l'agent sanitaire. Le suivi de la distribution auprès des femmes allaitantes ou dans le post-partum demandera une inscription des doses délivrées dans le carnet de suivi de la grossesse; cette distribution sera l'occasion de stimuler la participation des femmes de base et de leurs enfants aux consultations du nourrisson qui doivent se faire pendant les mois suivants la naissance. Les formateurs appuieront les superviseuses dans cette activité de distribution.

Principes de base de la distribution de capsules de Vit A..

Il s'agit donc d'atteindre une **population cible** constituée par:

- ◆ femmes allaitantes et dans le post-partum;
- ◆ enfants de 6 mois à 10 ans.

Pour les femmes allaitantes et dans le post-partum, la distribution se fera en continue: la supplémentation devant se faire dans le mois suivant l'accouchement, l'agent distributeur devra disposer en quasi permanence d'un petit stock afin de pourvoir au besoin des femmes n'accouchant pas dans une maternité. Les schémas de distribution seront identiques à ceux développés dans le programme du CNN.

Pour les enfants, la distribution des suppléments sous forme de capsules huileuse dosées à 200.000 UI devra se faire tous les 6 mois pendant une première phase (dite de mise en place). Bien qu'il soit recommandé d'opérer une telle supplémentation tous les 4 mois, nous pensons qu'il est nécessaire de s'assurer du fonctionnement du système avant d'accélérer la distribution.

#### **L'approvisionnement en capsules.**

Il devra se faire à travers le système de santé: dans les zones considérées, les CSPS et CMA seront approvisionnés selon le schéma établi par le Centre National de Nutrition et mis en œuvre par les directions régionales et les équipes cadres de district.

#### **Les agents distributeurs.**

Ce sont les femmes superviseuses dans un premier temps; les animatrices ne constituant alors qu'un relais de mobilisation des femmes de base. Ces dernières et leurs enfants constituent la cible de la distribution. Chaque femme superviseuse opérera uniquement dans le(s) village(s) dont elle a la responsabilité selon une répartition de l'aire géographique faite entre superviseuses. Elle s'approvisionnera dans la structure sanitaire couvrant les villages du réseau. Pour que cette coordination se fasse au mieux, un certain nombre de principes et conditions sont à mettre en place et à respecter:

- ☛ les agents de santé doivent être impliqués dans la formation des femmes animatrices, dans la mesure où des réseaux seront constitués dans leurs aires de santé;
- ☛ les femmes superviseuses devront se concerter pour se répartir les villages de leur zone d'intervention afin qu'il n'y ait pas de superposition de responsabilité; dans le cas de zone urbaine, cette répartition se fera par quartier ou par concession;



- ☛ les femmes superviseuses, en collaboration avec les femmes animatrices, devront recenser toutes les femmes et les enfants susceptibles de recevoir une supplémentation en Vit A dans leurs villages. Ce recensement sera fait dans un cahier (voir schéma en annexe) détenu par les superviseuses. Ceci est un préalable à la délivrance semestrielle des capsules par l'agent de santé;
- ☛ la distribution effectuée à travers les réseaux est uniquement de type préventif. L'agent de santé devra toujours veiller à supplémer des enfants présentant une pathologie pour laquelle l'apport en Vit A est recommandé (rougeole, diarrhée, malnutrition...).

Actuellement, les première et deuxième conditions sont opérationnelles. Cependant, le groupe de formateurs doit conserver un équilibre entre les agents du MAGRI, du MS et du MASF afin que cette approche reste totalement trans-sectorielle.

## **RESULTATS ATTENDUS.**

Distribution effective des capsules de vitamines A au niveau des communautés.

Couverture de 70% des enfants de 6 mois à 10 ans dans les zones considérées et de 100% des femmes allaitantes et dans le post-partum.

Soutien des Réseaux en matière de distribution de micronutriments auprès des formations sanitaires

## **BUDGET.**

A titre indicatif: avant élaboration d'un budget plus précis.

Table 1: prix de revient des capsules pour 1 réseau

<b>Rubrique</b>	<b>Taux unitaire</b>	<b>Nombre unités</b>	<b>Coût 1 réseau</b>
Villages		3	
Population totale	500	1,500	
Femmes de base		400	
Naissance attendues	4.71%	71	
Enfants 6m-10ans	35.70%	536	
Nbre Capsules/an	2	1,214	
Prix capsule (\$US)	0.029		<b>35</b>
Prix capsule (F CFA)	592		<b>20,892</b>

Un CSPS doit pouvoir couvrir une dizaine de Réseaux en moyenne, soit un coût annuel de 208,920 FCFA.

## **A6.3 CAMEROUN**

### **PROJET DE RENFORCEMENT DES ACTIVITÉS À BASE COMMUNAUTAIRE (ABC) PLAN D'ACTION 1998-1999**

#### **POURQUOI RENFORCER LES ABC?**

1. Besoin de diversifier les sources de diffusion des messages d'éducation sanitaire.
2. Nécessité de renforcer la couverture sanitaire des populations rurales et péri-urbaines.
3. Exigence de renforcer la surveillance épidémiologique en vue de:



- éradication des maladies (Ver de Guinée, Poliomyélite).
- élimination de certaines maladies (TNN, Lèpre, Carences en Vit A et en Iode).
- mise en place d'un système d'alerte pour la détection précoce des épidémies telles que la Rougéole, le Choléra, la Meningite.

### ZONE D'INTERVENTION

Le projet couvrira la Province de l'Adamaoua (74,050 Km<sup>2</sup> de superficie pour 590,620 habitants) et le District de Mora dans l'Extrême-Nord avec une population de 96,472 habitants soit au total 687,092 habitants, dont 27,484 enfants de 0 à 11 mois, 123 677 enfants de moins de 5 ans, et 34,355 femmes enceintes. La Province de l'Adamaoua compte au total cinq districts de santé, 73 Aires de santé, 61 Centres de Santé, 5 Hôpitaux de district, et environ 730 villages. Le DS de Mora compte 10 Aires de Santé, 7 CS, 1 HD et environ 30 villages.

Le développement des activités de santé, de nutrition, d'hygiène et d'assainissement à base communautaire comportera également un volet urbain dont bénéficieront les villes de Yaoundé et de Douala, ainsi que leurs ceintures de pauvreté.

#### 1. Province de l'Adamaoua

POPULATION TOTALE (est.1996)	:	590,870 Habitants dont:-
		· 23,635 enfants de moins de 0 -11 mois
		: 106,357 enfants de moins de 5 ans
		: 29,544 femmes enceintes
TOTAL DISTRICTS DE SANTÉ	:	5
TOTAL AIRES DE SANTÉ	:	73 dont 13 sans F.S
TOTAL FORMATIONS SANITAIRES	:	61 dont 56 publiques et 5 privées

District de Santé	Pop.	AS + FS	AS sans FS	FS responsables de l'AS		HD		Pop. dans un rayon de 5 km (%)
				Revit	Non Revit	Revit	Non Revit	
1.Ngaoundéré	219,990	20	5	16	0	1	0	131,944 (60.6%)
2.Meiganga	137,690	14	0	10	0	1	0	75,355 (62%)
3.Tignère	86,140	7	6	6	1	0	1	54,268 (63.7%)
4.Tibati	60,140	9	2	6	4	0	1	39,692 (66%)
5.Banyo	86,660	10	0	7	3	0	1	51,129 (59%)
<b>Total</b>	<b>590,620</b>	<b>60</b>	<b>13</b>	<b>48</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>352,438 (59.7%)</b>

#### Formations Sanitaires à revitaliser dans la Province de l'Adamaoua

FORMATIONS SANITAIRES			
	HD	CS	TOTAL
# à revitaliser	3	8	11
# à renforcer	2	48	50
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>56</b>	<b>61</b>



Au démarrage du projet, la province de l'Adamaoua comptera 66% d'aires de santé (AS) revitalisées, soit 48 sur un total de 73 AS. En effet, sur les 73 AS, 61 (dont 5 du secteur privé confessionnel) disposent d'un CS et 13 en sont dépourvus. Il s'agira donc de couvrir les 8 aires de santé restant à revitaliser pour atteindre 77% de couverture sanitaire en CS revitalisés pour l'Adamaoua. Etant donné que 13 aires de santé restent dépourvues de centre de santé, l'UNICEF entreprendra un plaidoyer auprès des décideurs politico-administratifs pour doter ces aires de structures sanitaires.

## 2. Province de l'Extrême-Nord (DS de MORA)

POP. TOTALE DE LA PROVINCE (1996) :	2,332,562 Hbts	:	104,965 enfants de 0 à 11 mois
		:	419,869 enfants de moins de 5 ans
		:	116,628 femmes enceintes
TOTAL DISTRICTS DE SANTÉ	: 23		
TOTAL AIRES DE SANTÉ	: 173		
TOTAL FORMATIONS SANITAIRES	: 164		
POPULATION DU DS DE MORA	96,472 Hbts	:	3,859 enfants de 0 à 11 mois
		:	17,365 enfants de moins de 5 ans
		:	4,824 femmes enceintes
TOTAL AIRES DE SANTÉ	: 10		
TOTAL FORMATIONS SANITAIRES	: 10 dont 8 publiques et 2 privées		

District de Santé	Population	AS + FS	AS sans FS	FS responsables de l'AS		HD	
				Revit	Non Revit	Revit	Non Revit
1. Mora + Waza Sud	96,472	10	2	6	4	0	1

## 3. Zone Urbaine: Villes de Yaoundé et de Douala

Villes	Districts de Santé	N° AS	N° AS + FS		N° AS sans FS
			Publiques	Privées	
YAOUNDE	Djoungolo	11	4	3	2
	Biyem Assi	10	9	2	6
	Nkoldongo	6	4	5	0
	Cité Verte	10	6	6	3
	Total	37	23	16	11
DOUALA	New Bell	10	3	0	7
	Nylon	7	4	4	0
	Bonassama	11	4	1	6
	Deido	12	3	0	9
	Cité des Palmiers	8	2	1	6
	Logbaba	7	2	1	4
	Total	55	18	7	32





## JUSTIFICATION DU CHOIX

Les provinces de l'Adamaoua et de l'Extrême-Nord ont été choisies à cause de l'indice de pauvreté qui se trouve le plus élevé du pays (40 et 55% respectivement). Au niveau de la province de l'Extrême-Nord, l'expérience réussie du Programme d'Éradication du Ver de Guinée a motivé le choix du District de Santé de Mora comme district pilote en vue de renforcer les acquis du PEVG. Le projet couvrira donc les 10 aires de santé dans le District de Mora. Quant à la Province de l'Adamaoua, toutes les 73 aires de santé seront touchées.

La priorité sera donnée aux populations à haut risque suivantes:

- villages hors d'atteinte des services de santé (enclavés et/ou dispersés)
- populations vivant au-delà de 5 km des CS revitalisés
- populations nomades
- ceintures de pauvreté des zones péri-urbaines.

## OPPORTUNITES

- la volonté des communautés de participer activement au développement local.
- l'existence de nombreux programmes/organisations intervenant déjà au niveau communautaire.
- l'élection des représentants locaux (maires, députés à l'Assemblée Nationale) avec le devoir/pouvoir de supporter les initiatives des collectivités et une obligation de résultats.
- l'opérationnalisation de la REOSSP.
- l'intégration des activités de santé, nutrition, hygiène & assainissement dans une seule direction au MSP.
- l'intérêt croissant des donateurs/partenaires du secteur de santé pour soutenir le niveau communautaire et leur volonté de coordonner/intégrer les interventions.
- l'habilitation des femmes (associations, coopératives) et le développement des ONG locales.
- la volonté du Gouvernement de lutter contre la pauvreté et contre l'exode rural.

## PARTENAIRES POTENTIELS

- l'intervention ciblée des partenaires de la Réorientation des Soins de Santé Primaires dans la province de l'Adamaoua: Coopération Japonaise, International Eye Foundation, Missions Confessionnelles et ONG locales,
- la collaboration avec Care International, Plan International, les Missions Confessionnelles et ONG locales, dans le District de Mora pour le développement des ABC en zones rurales.
- l'IEC sur la prévention des MST/SIDA en collaboration avec le programme ONUSIDA et les médias à tous les niveaux.
- et enfin, la complémentarité avec la Coopération Française, la Banque Mondiale, l'OMS, le FNUAP, l'UE, la GTZ, la Coopération Japonaise et les ONG locales, dans les villes de Yaoundé et Douala pour le développement des ABC en zones urbaines.

## PROCESSUS DU DEVELOPPEMENT DES ABC.

Le projet fournira un appui technique au développement des activités ci-après:

1. La mise en place du PMA/COM (Information/sensibilisation, diagnostic communautaire, formation, équipement PMA/COM)
2. Le développement de la surveillance épidémiologique.
3. L'Information, Education et Communication pour le changement du comportement
4. Recherche opérationnelle pour le développement des approches mutualistes d'assurance maladie.
5. Supervision, suivi & évaluation.
6. Les appréciations Rapides (RAP)

## DESCRIPTION DU CONTENU DU PMA D'ACTIVITÉS À BASE COMMUNAUTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ, NUTRITION, HYGIÈNE & ASSAINISSEMENT .



Activités	Description
<b>A. ACTIVITES PREVENTIVES</b>	
1. Vaccination	-Organisation des séances de vaccination dans les villages -Recherche active des enfants non-vaccinés
2. Prévention des maladies diarrhéiques	- Information sur l'hygiène de l'eau - Protection des sources d'eau - Construction des latrines - Promotion TRO
3. Prévention du paludisme	- Assainissement du milieu - Promotion des moustiquaires imprégnées - Chimio-prophylaxie pour les femmes enceintes
4. Education nutritionnelle	- Peser des enfants de moins de 5 ans - Allaitement maternel - Promotion des techniques de sevrage - Diversification des cultures marichères - Vulgarisation des techniques de conservation et de stockage des vivres
5. Prévention de l'Avitامose A	- Promotion de la production et de la consommation des aliments riches en vitamine A
6. Lutte contre les carences en iode	- Promotion de la consommation du sel iodé - Contrôle de qualité du sel
7. Surveillance prénatale/prophylaxie de l'anémie	- Recrutement des femmes enceintes pour la consultation prénatale - Détection des grossesses à problèmes (AT) - Conseils aux femmes enceintes - Assistance à l'accouchement (AT)
8. Espacement des naissances	- Information et sensibilisation(couples, adolescents, femmes)
Activités	Description
<b>B. ACTIVITES CURATIVES</b>	
1. Prise en charge des IRA à domicile	- Evaluation de la gravité - Application des gestes pour prévenir l'aggravation ou référence
2. Prise en charge des diarrhées à domicile	- Evaluation de la gravité - Promotion et administration du TRO - Référence si nécessaire - Conseils
3. Soins des plaies, brûlures et cas de Ver de Guinée	- Evaluation de la gravité - Nettoyage simple et protection et référence - Extraction traditionnelle de Ver de Guinée et isolement
<b>C. ACTIVITES PROMOTIONNELLES</b>	
Education Pour la Santé	Diffusion des messages clés contenus dans Savoir Pour Sauver: Hygiène & Assainissement, Vaccination, Nutrition, Espacement des naissances, MST/SIDA, Allaitement Maternel etc..



Activites	Description
<b>IV. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE</b>	
1. Ver de Guinée	- Recherche des cas - Notification immédiate
2. Poliomyélite	- Recherche active des cas de paralysie flasque aigue - Notification au responsable de CS
3 Tétanos Néonatal	- Notification immédiate
4. Rougeole	- Notification immédiate
5. Méningite	- Notification immédiate
6. Choléra	- Notification immédiate
7. Naissance	- Enregistrement des naissances - Rapports mensuels
8. Décès	- Enregistrement des décès - Rapports mensuels



**PLANIFICATION DES ACTIVITÉS À BASE COMMUNAUTAIRE DANS LES ZONES RURALES DE LA PROVINCE DE L'ADAMAOUA ET DU DISTRICT DE SANTÉ DE MORA (EXTRÊME-NORD).**

Activités	Intrants physiques	Intrants financiers (US \$)	Chronogramme	
			1998	1999
1. Information/Sensibilisation des SCD, autorités locales, COSA/COGE, et groupements féminins dans les aires de santé à haut risque, selon les critères préétablis.	<i>50 AS (40 AS Adamaoua + 10 Mayo Sava)</i> - Appui technique aux aires de santé - Kits IEC/Mobilisation sociale - Encadrement: - Equipe provinciale - Equipe cadre de district - Equipe centre de santé	Coût par AS = \$398.4  1ère Année: \$398.4 x 6 AS = 2,390.4  2ème Année: \$398.4 x 9AS = 3,585 6/	12% (6 AS)	18% (9AS)
2. Diagnostic communautaire/ micro planification des activités	- 4 encadreurs ECD - 4 COGE - 4 membres COSA - 2 représentants structures traditionnelles - 2 représentants autorités religieuses (musulmane/chrétienne) - 1 représentant groupements féminins - 1 représentant comité développement local	Coût par AS= \$191.25 soit:  1ère Année: \$191.25 x 6 = \$1,147.7  2ème Année: \$191.25 x 9 = \$1,721.25	12% (6 AS)	18% (9AS)
3. Formation	4 encadreurs ECD - 4 COGE/4 COSA - 2 représentants structures traditionnelles - 2 représentants autorités religieuses (musulmane/chrétienne) - 1 représentant groupements féminins - 1 représentant comité développement local - 1 kit didactique par AS - 1 kit de matériel IEC/Mobilisation Sociale	Coût/AS=\$ 1,458  1998 = \$1,458 x 6AS = \$8,748  1999 = \$1,458 x 9AS = \$13,122	12% (6 AS)	18% (9AS)
4. Equipement PMA/COM	liste PMA/COM	1ère Année. \$16,896 2ème Année:\$17,844	6AS	9AS
5. Recherche opérat. (développt mutuelles et assurance maladie)	- Appui technique - Consultant	3,000\$	+	-
6. Appui à la surveillance épidémiologique et au suivi du PMA/COM	- Appui technique à l'organisation du suivi - fiches de suivi communautaire et Tableaux noirs	PM PM	6AS	9AS
7. Supervision intégrée	- Supervision Aires de santé	PM	6AS	9AS
8. Appréciations Rapides (RAP)	- Equipes techniques participatives - données de supervision/suivi/focus groups	750\$ par RAP x 2 = 1,500\$	-	1 RAP





PLANIFICATION DES ACTIVITÉS À BASE COMMUNAUTAIRE DANS LES VILLES DE YAOUNDÉ ET DOUALA (SANTÉ URBAINE).

Activités	Intrants Physiques	Intrants Financiers (en US \$)	Chronogramme	
			1998	1999
1. Information/Sensibilisation des SCD, autorités locales, ONG locales et groupements féminins.	<i>AS de Yaoundé et Douala</i> - Appui technique - Kit IEC/Mobilisation sociale - Encadrement: Equipes provinciales =2 Equipes cadres de districts =2 Equipes centres de santé=2 2 représentants par ONG locale/Association féminine	Coût unitaire/AS = \$398.4 1ère Année: $398.4 \times 8 = \$ 3,187.2$  2ème Année: $398.4 \times 16 = \$ 6,374.4$	(8AS)	(16AS)
2. Diagnostic communautaire et micro planification des activités.	- 2 encadreur ECD - 2 COGE - 2 membres COSA - 2 représentants confessionnels - 1 représentant groupements féminins - 1 représentant ONG locale	Coût unitaire par AS= \$191.25 soit: 1ère Année: $\$ 191.25 \times 8 = \$ 1,530$ 2ème Année: $\$ 191.25 \times 16 = \$ 3,060$	(8 AS)	(16AS)
3. Formation des représentants de la communauté par AS sur les thèmes d'IEC précités	2 encadreur ECD/6 participants par AS - 1 membre de COGE - 1 membre de COSA - 2 représentants confessionnels - 1 représentant de groupements féminins - 1 représentant d'ONG locale	Coût unitaire = \$ 1,458  Total formation: 1ère Année: $\$ 1,458 \times 8 = \$ 11,664$ 2ème Année: $\$ 1,458 \times 16 AS = \$ 23,328$	(8 AS)	(16AS)
4. Recherche opérationnelle pour le développement des approches mutualistes d'assurance maladie(équité aux soins)	- Appui technique - Consultant voir ABC zones rurales	PM	-	-
5. Appréciations Rapides (RAP)	- Equipes techniques participatives - Données de supervision/suivi épidémiologique/focus groups.	PM	-	+



## A6.4 COTE D'IVOIRE

### I. ZONE D'INTERVENTION :

District Sanitaire de SEGUELA (Département : MANKONO)

#### ----> Description du Département de MANKONO

- . Situé dans région du WORODOUGOU (Centre-Nord)
- . Population : 145.000 Habitants (Population en majorité musulmane)
- . Situation administrative :
  - 6 sous préfectures
  - 6 Communes
  - 202 Villages
- . Infrastructures sanitaires :
  - 1 HG à MANKONO
  - 12 CS
- . Activités économiques :
  - Agriculture : coton + + +
  - Commerce (surtout pop. urbaine)

### II. JUSTIFICATION DU CHOIX

- Existence d'activités
- Hyperendémicité Ver de Guinée (47 Villages d'endémie)
- Distribution à base communautaire d'ivermectine
- Faible couverture sanitaire
- Enclavement de certains villages

### III. PORTE D'ENTREE/ OPPORTUNITES

Existence de programmes intervenant au niveau communautaire et susceptible de créer une base favorable au développement d'une approche intégrée ABC:

- Programme d'éradication du Ver de Guinée (PNEVG)
- Programme de lutte contre l'Onchocercose (ONCHO)
- Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD)



ACTIVITES	DISTRICT	COMMUNES	COMMUNAUTE	PARTENAIRES
Surveillance de la croissance du jeune enfant	ECD IDE/SF	Admt	AT Volontaires C.P. COGES	UNICEF, CORPS DE LA PAIX MINAGR
Education Nutritionnelle	ECD/SF	A.Rurales Admt	AT Volontaires C.P COGES	UNICEF, Corps de la Paix Minagri, Groupement associatifs OMS
Approvisionnement en eau potable	AA H.V	ADMT	COGES Groupement associatif comités de gestion des PEM. Artisans réparateurs	HV, UNICEF Leader d'opinion Communautaires
Prise en charge des cas de maladies courantes	ECD	IDEM	ASC, AT COGES	UNICEF/PSP DE PGM
Surveillance de la Grossesse	Coord. Format AT	ADMT	AT GOGES	DE BAD-SANTE UNICEF Groupement Femmes
Accouchements	IDEM	IDEM	AT COGES	IDEM
Appui aux activités de Vaccination	Coord PEV MCD	IDEM	ASC/AT Groupements Femmes\COGES	Leaders d'opinion Communauté
Gestion de l'information et surveillance épidémiologique	CSE MCD	Administratifs - Mairies - S/P	ASC/AT COGES	Groupements associatifs
Gestion de l'environnement	AA	SG Administratifs - Mairies	ASC/AT COGES	- Groupements associatifs - TP - HV - Corps de la Paix



## A6.5 GUINEE

### FICHE D'INTERVENTION ABC DISTRICT LABE - GUINEE

#### TITRE PROJET : SIAC - HAFIA

#### PRESENTATION ZONE INTERVENTION

- CARTE (6 districts - 36 villages)
- POPULATION TOTALE : 13.475
- ENFANTS 0 - 3 ANS : 1752
- T.M.I. : 136 ‰
- M.P.E. : 26,8 %
- ANEMIE (FEMME G.) 60 %
- GOITRE END. 68 %

#### JUSTIFICATION DU CHOIX

- Faible accessibilité Géographique des villages
- Pb. nutrition important (et pas d'activités nutritionnelles en place)
- Dynamique communautaire existe

#### ACTIVITES PROPOSEES

##### \* SUR BASE DIAGNOSTIC PARTICIPATIF

- Auto - recensement
- Surveillance croissance
- Education nutritionnelle.
- Distribution capsules iode
- Mise en oeuvre de mesures d'assainissement

- Activites appui aux groupements
- Latrinsation
- Prise en charge paludisme
- Prise en charge diarrhees

+ nutrition (Indicateur convergence 1.)

#### INTERVENANTS POTENTIELS / NIVEAU

##### ◆ COMMUNAUTAIRE

- Agent communautaire (ASV)
- Comité villageois décision (CVD)
- Chefs religieux
- Groupements (Hommes/femmes/Jeunes)





- Enseignement E.P.
- Vulgarisation Agricole
- Comité point eau

#### ◆ SOUS - PREFECTURE

- C.r.d. / Secrétaire communautaire
- Responsable Développement Rural
- Responsable Education (dpsp et apae)
- Responsable Santé (c.c.s. et c.g)
- Autorite sous préfectorales (sous - préfet)

#### ◆ PREFECTURE

- Préfet ou son représentant
- Direction Préfectorale de la Santé
- Promotion féminine
- Développement rural
- Direction Préfectorale de l' Education

#### ◆ NATIONAL

- MID / MS / MDR / MED

#### **PARTENAIRES IMPLIQUES**

- UNICEF
- SNAPE
- TERRE DES HOMMES
- G.V.C.
- P.S.I.
- P.S.N.
- FIDA - FAO

## **A6.6 MALI**

#### **CRITERES DE CHOIX**

- Cercle qui a au moins 50% de la population qui sont au moins 15 km d'un CSCOM/CSAR opérationnel
- Existence d'une équipe complète y compris un rès. TS et un TDC

Il existe plus de 200 aires de santé opérationnelles à ce jour et qui offrent un PMA qui est composé des activités suivantes :



**Curatives :**

- Prise en charge des maladies courantes
- Prise en charge des maladies chroniques (TBC, Lèpre, Dracunculose)

**Préventives :**

- CPN
- Vaccinations ( femmes et enfants)
- Accouchements
- Planification Familiale
- CPI
- Supplémentation en Vit A (enfants et femmes allaitantes).

**Promotionnelles :**

- Nutrition
- TRO
- Hygiène et Assainissement

Ces aires de santé sont encadrées techniquement par les équipes socio-sanitaires de cercle, parmi lesquelles certains ont déjà organisé un système de référence et d'évacuation avec la participation des communautés (partage des coûts).

ACTIVITE	ACTEURS	COUT	SOURCE DE FINANCEMENT
Evaluation des activités dans les 5 premières aires	DRSP/DRAS/ESSC Communautés	PM	UNICEF
Supervision des relais sociaux dans les aires de santé	DRASP/DRAS/ESSC ICPM ASACO	2610000	UNICEF
Approche intégré nutrition, santé hygiène et assainissement dans 3 nouvelles aires (Fani, Falo, Yangasso)	DRSP/DRAS/ESSC ICPM Communautés ASACO	1380000	UNICEF
Formation en CPI et promotion de la santé des infirmiers et matrones de 8 aires opérationnel du cercle	ESSC DRSP	829.000	UNICEF
Recyclage des relais sociaux	DRSP/DRAS/ESSC ICPM	500.000	UNICEF
Formation des relais sociaux de 3 nouvelles aires	DRSP/DRAS/ESSC ICPM	80000000	UNICEF



ACTIVITE	ACTEURS	COÛT	SOURCE DE FINANCEMENT
Réalisations ou réhabilitation de points d'eau (entretien et maintenance)	DRSP/DRAS/ESSC RELAIS ASACO ONG	17700000	UNICEF
Réalisation d'ouvrages d'assainissement	DHA DRSP/DRAS/ESSC Communautés ONG	40000000	UNICEF
Responsabilisation de la Population - Formation continue des ASACO - Echange d'expérience entre aires	DRSP/DRAS/ESSC ONG	23300000	UNICEF
Développer les mécanismes locaux de solidarité	DRSP/DRAS/ESSC ONG Communautés	2400000	UNICEF

CSCom	: Centre de Santé Communautaire
CPN	: Consultation prénatale
CPI	: Consultation Préventive Infantile
PF	: Planning Familial
TRO	: Thérapie par Réhydratation Orale
TBC	: Tuberculose
TS	: Technicien Sanitaire
TDC	: Technicien de développement Communautaire
CSA-R	: Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé
DRSP	: Direction Régionale de Santé Publique
DRAS	: Direction Régionale de l'Action Sociale
ESSC	: Equipe Socio-Sanitaire de Cercle
ICPM	: Infirmier Chef de Poste Médical
ASACO	: Association de Santé Communautaire
VIT.A	: Vitamine A
DNHE	: Direction Nationale de l'Hydraulique et de l'Energie
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
DHA	: Division de l'Hygiène et Assainissement
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance



## A6.7 MAURITANIE

### PLAN

- Présentation de la Moughataa (Département) de Kankossa
- Carte sanitaire
- Pourquoi le choix de Kankossa ?
- Activités
- Portes d'entrees
- Intervenants potentiels par niveau
- Partenaires impliqués

### MOUGHATAA KANKOSSA

- Superficie 10.600 km<sup>2</sup>
- Population = 43.000
- Située au sud-ouest mauritanie
- Activités agro-pastorales
- Climat sahelien
- 250 km de frontiere avec le mali
- 111 villages

### CARTE SANITAIRE

- Centre de santé type A
- 5 Postes de santé
- 38 USB
- 63 AVG (plus de 90% sont des femmes) [dont 10 Volontaires VDG/Palu]

### POURQUOI LE CHOIX DE KANKOSSA?

\* Zone pilote de L'Initiative de Bamako (depuis 1989)

\* Certains problèmes sont encore posés

- couverture sanitaire insuffisante (60%) malgré un réseau d'Unités sanitaires de base dense.
- zone à forte prévalence:
  - paludisme (1er cause mortalité)
  - IRA
  - diarrhées
  - MPC
  - Ver de guinée
- zone à fort risque d'épidémie (frontalière)
- persistance de foyers de Rougeole





- Accessibilité toujours faible à l'eau potable
- Absence de débouchés pour les produits agricoles (écoulement)
- Faible consommation des produits maraîchers par la communauté
- Déficience de coordination entre les différents secteurs communautaires (coopératives, jeunesses, comités de gestion sanitaires)
- Jeunesse faiblement organisée, desœuvrée (petite délinquance en progression), attirée vers l'exode notamment à l'étranger...

ACTIVITES	PORTES D'ENTREE	INTERVENANTS POSS. /NIVEAU	PARTENAIRES IMPLIQUES
1. Extension de l'IB - ouverture PS - création d'unités de santé de base (USB)	IB/SSP	-Central = MSAS/UNICEF  - Interm = DRASS	- UNICEF - WORLD VISION - VOLONTAIRES CORPS DE LA PAIX
2. Promotion des moustiquaires imprégnées	Idem	-Régional = .équipe départementale .Médecin Chef	
3. Prise en charge des maladies courantes	Idem	- Périphérique = * infirmier * ASC * AVG	
4. Distribution de filtres	PNLVG	* Commune * Coopératives féminines et jeunes	
5. Vaccination	IB/SSP Campagne de vaccination	*chefs coutumiers + religieux	
6. Approvisionnement en eau potable	PNLVG (30 forages)	- Central = PNLVG MIN. ( SANTE, HYDRAULIQUE)  - périphériques . équipe départ. . AISB . AVG	- UNICEF - Coopération Japonaise
7. Renforcement des capacités organisationnelles des associations (femmes et jeunes) - formation en gestion communautaire - alphabétisation - promotion des loisirs pour les jeunes (maison jeunes)	c a m p a g n e d'alphabétisation  journée jeunesse (sport)	Central = . Min. Aphabetisation . Condition Fémin. . Jeunesse  - Périphérique . Inspection jeunes. . Coop. Femin et jeunes	-UNICEF - Word Vision -Corps de la Paix (volontaires)



## A6. 8 NIGER

### LISTE ABREVIATIONS

PISBA	:	Programme intégré des services de base/Aguié
PIM	:	Projet Intégré Maradi
CVA	:	Cellule Villageoise d'animation
CFV	:	Celluls Féminine villageoise
CVD	:	Comité villageois de développement
AC/VG	:	Agent Communautaire Ver de Guinée
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
CSI	:	Centre de Santé intégré
GR	:	Génie rural
ESV	:	Equipe de santé villageoise
LO	:	Leader d'opinion
COGES	:	Comité de Gestion
COSAN	:	Comité de santé
CS	:	Case de santé

### FICHE D'INTERVENTION ABC AU NIVEAU DU DISTRICT D'AGUIE ( NIGER )

#### 1) Présentation du Distrcit Sanitaire

Superficie : 2800 KM2

Population totale : 227780 Habitants (1997)

Nbre de villages : 251

Nbre de CSI : 7

Couverture Sanitaire : 31% ( 0 - 5 Km)

Situation Sud-Est du département de

Le District d'Aguié fait frontière avec la république Fédérale du Nigéria au Sud

#### Justification du choix de cette zone :

. Faible couverture sanitaire

. Opportunités : Existence programme SSP/IB, PNEVG, PISBA, FIDA, programme Lèpre, PIM, BAD.

. Beaucoup d'acquis : AC formés (secouriste, CVA, CVD, Comité santé et comité Gestion SSP/IB, comité gestion point d'eau, AC pour la promotion croissance, AC du Ver de Guinée

. Population consciente de la faiblesse de la couverture sanitaire (participe dans la construction des cases santé)

Il y a donc nécessité et intérêt partagé pour l'accélération de l'intégration des activités ABC.



<b>ACTIVITES PROPOSEES (PMA)</b>	<b>PORTE D'ENTREE</b>	<b>INTERVENANTS POTENTIELS</b>	<b>PARTENAIRES IMPLIQUES</b>
1. PEV	SSP/IB	SANTE (CSI) UNICEF ; GOUVERN.	CVA, relais com. secouristes, matrones LO, COSAN, COGES
2. SURVEILLANCE ACCOUCHEMENT	SSP/IB	UNICEF, FNUAP SANTE (CSI)	Matrones AC promotion croissance
3. TRAITEMENT DES MALADIES COURANTES	SSP/IB	UNICEF SANTE HYDRAULIQUE PNEVG	ESV, AC/VG et promotion croissance
4. GESTION POINT D'EAU ET REABILITATION DES POINTS D'EAU	PNEVG	UNICEF, PNUD HYDRAULIQUE G.R., SUISSE A.	COGES point d'eau artisan réparateur association féminine CVD
5. PROMOTION CROISSANCE	Programme Nutrition sécurité alimentaire	PAM, SANTE FIDA, PLAN UNICEF, AGRICULTURE, ALPHABETISATIO N, EDUCATION	ESV, AC/PC CVD, CVA VILLAGEOIS
6. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE	SSP/IB GLOBAL (PNEVG)	GLOBAL 2000, SANTE UNICEF OMS, COLLECTIVITE	ESV, AC, LO, GUERISSEURS TRADITIONNELS, COMMUNAUTE, COSAN IB, CVA
7. ALPHABETISATION FONCTIONNELLE	PISBA FIBA	FIDA, UNICEF, GLOBAL 2000 EDUCATION / ALPHABETISATIO N SANTE	ENSEIGNANTS, CVA CFV, CVD
8. PROMOTION HYGIENE ET ASSAINISSEMENT	PNEVG SSP/IB	GLOBAL 2000, UNICEF SANTE, HYDRAULIQUE, GR, COLLECTIVITE	COMITE SALUBRITE COSAN, AC VG CVA....



## **PLAN D'ACTION 1998 - 1999 POUR LA MISE EN OEUVRE ET LE SUIVI DES ABC**

### **Objectif Général**

Améliorer l'état de santé de la mère et de l'enfant

### **Objectifs Spécifiques**

1. Revitaliser les ESV en rendant fonctionnel les CS selon principe SSP/IB
2. Augmenter la proportion des femmes enceintes ayant accès aux prestations des matrones qualifiées
3. Développer un système adéquat de surveillance de la croissance des enfants de 0-3 ans dans 100 villages d'ici l'an 2000
4. Eradiquer la dracunculose dans le district d'Aguié d'ici l'an 2000
5. Eradiquer la polio d'ici l'an 2000
6. Eliminer le Tétanos néonatal d'ici l'an 2000
7. Contrôler la rougeole d'ici l'an 2000
8. Assurer une alphabétisation fonctionnelle des femmes et jeunes filles de 15 à 35 ans dans le district
9. Renforcer les compétences des villageois (22 villages) en matière de gestion des ouvrages hydrauliques
10. Garantir un processus dynamique d'échange d'information pour la mise en place d'un système d'information et pour la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique intégrée au niveau de 100 villages d'ici fin 1999.





## A6.9 SENEGAL

### PROGRAMME D'ORIENTATION ET DE MISE EN OEUVRE DES ABC DE DEMONSTRATION AU SENEGAL

PHASES	EXTRANTS	RESPONSABLES	BUDGET (USD)	PERIODE D'EXECUTION
Réunion de restitution et d'information des départements ministériels et partenaires au Développement	1 réunion tenue	MSAS/UNICEF BASICS/ENDA	500	JANVIER 98
Information des autorités administratives et élus locaux	autorités informées	MSAS	-	JANVIER 98
Atelier au niveau local d'imprégnation sur les ABC	1 atelier organisé	MSAS/UNICEF BASICS/ENDA	1800	FEVRIER 1998
Conception et élaboration des supports pédagogiques (participation com. Diagnostic participatif, intersectorialité, partenariat, PMA...)	7 supports élaborés	MSAS/UNICEF BASICS/ENDA WCARO/CONSULT.	5500	MARS 1998
Sessions de formations de l'équipe d'encadrement	3 sessions	MSAS/UNICEF BASICS/ENDA	1400	AVRIL-MAI 1998
Diagnostic communautaire		EQUIPE LOCALE	1200	JUIN 1998
Détermination du PMA et planification communautaire		EQUIPE LOCALE	600	JUIN 1998
Renforcement de l'Organisation communautaire		EQUIPE LOCALE	600	JUILLET 1998
Mobilisation et formation des relais communautaires		EQUIPE LOCALE	900	AOÛT-OCTOBRE 1998



PHASES	EXTRANTS	RESPONSABLES	BUDGET (USD)	PERIODE D'EXECUTION
Exécution du PMA		- COMMUNAUTES - COLLECTIV. LOCALES - BAILLEURS	80000	OCTOBRE 98-DEC 99
Mise en place d'un système d'information et de suivi communautaire		- EQUIPE LOCALE - COMMUNAUTES	2000	OCTOBRE 1998
Supervision et validation par étape		- MSAS/UNICEF - BASICS/ENDA - EQP LOCALE - COMMUNAUTES	3000	OCTOBRE 98-DEC 99
Evaluation externe	1 évaluati	- UNICEF/WCARO	14000	OCTOBRE 99
Atelier national de validation et de diffusion de l'expérience	1 atelier	- MSAS/UNICEF - BASICS/ENDA	2500	NOVEMBRE 99

**TOTAL .....114.000 USD**



## A6.10 TCHAD

### ZONE D'INTERVENTION : DISTRICT DE FIANGA

Population totale	152.707
Enfants 0 - 11 mois	5.479
Femmes enceintes	6.088
Femmes en age de procreer	35.000

[SOURCE : RGP. 1993]

### INFRASTRUCTURES SANITAIRES:

- SYSTEME A 2 ECHELONS : HOPITAL DE DISTRICT et PCA ( CS)
- 9 CENTRES DE SANTE FONCTIONNELS DONT 7 REVITALISES = PMA
- 5 AIRES DE SANTE NON - COUVERTES mais existence de comité de développement très actif

### JUSTIFICATION DU CHOIX

- Zone endémique du VDG = Nécessité de Maintenir/Renforcer la Surveillance à base Communautaire
- 7 Zones de Santé revitalisées avec COSAN et COGES
- Existence de plusieurs projets à base Communautaire en place et opportunités de mieux coordonner leurs actions :
  - . Onchocerose (Distribution communautaire d'Ivermectine- Mectizan)
  - . Eradication du VDG
  - . PEV
  - . POLIO

- Difficultés d'accès en saison de Pluie
- Faible notification des cas/événements ( TNN, PFA, Accouchement, etc.)
- Fortes potentialités Humaines ( animateurs, Coordonateur VDG, Gestionnaire, ASV...)

### ACTIVITES

#### 1. Mise en place d'un système de Surveillance Intégrée au niveau communautaire

- Constitution du Réseau communautaire (Relais ASV)
- Formation des Agents à la Surveillance des : Accouchements, Décès de - De 1 mois, Polio, Rougeole, Coqueluche, VDG, CHOLERA
- Mise en oeuvre
- Monitoring/ Evaluation



## 2. Renforcement du PMA niveau Communautaire

- Vaccination,
- Hygiène/Assainissement
- Etc,....

## 3. Mise en place d'un Système d'Information Géographique (SIG)

- pour la programmation, le suivi et la visualisation des activités

**PORTE D'ENTREE : LE PNEVG**

**INTERVENANTS POTENTIELS :**

### \* niveau village

- Tous les ASV (VDG, Oncho, AT, ASC,...)
- Autorités traditionnelles
- animateurs
- Représentants villageois au sein des COSAN/COGES

### \* niveau Centre de Santé

- Infirmier chef de zone
- Coordonnateurs VDG/Oncho
- animateurs

### \* niveau District sanitaire

- Médecin Chef de District
- Superviseurs

### \* Partenaires impliqués

- MSP : coordination - orientation - suivi
- MSF : appui technique/ équipement/au fonctionnement/ financier
- OMS : appui technique et financier
- UNICEF: appui technique et financier
- Communautés : Organisation - mise en oeuvre-coordination et suivi

## A6.11 TOGO

### **ZONE RETENUE: Préfecture de l'OTI.**

La Préfecture de loti est située dans la région des savanes à l'extrême Nord de la République du TOGO. Elle est caractérisée par un habitat très dispersé avec des poches fortement enclavées, en particulier pendant la saison des pluies. A la lisière Sud Sahel, elle connaît de graves pénuries en eau, ce qui entraîne une fréquence des maladies diarrhéiques. Du fait de la contamination fréquente des sources existantes et de sa proximité avec des zones endémiques d'autres pays (GHANA), c'est une zone où sévit le Ver de Guinée.





Le projet couvre en 1998-1999, 16 villages de 3 cantons de la préfecture. Notons que chaque canton est doté d'une USP et d'écoles primaires dans la plupart des villages.

### PORTE D'ENTREE

→ PLMD (Fréquence des maladies diarrhéiques)

→ Prog. Scolarisation des filles (Taux de scolarisation des filles inférieure à 500 filles pour 1000 garçons)

→ PNEVG (Endémicité du Ver de Guinée).

ABC à mettre en oeuvre	Porte d'entrée	Intervenants par niveau	Partenaires
<ul style="list-style-type: none"> <li>- diagnostic communautaire planification, négociation du PMA</li> <li>- redynamisation des structures villageoises (CVD, groupes cibles), redynamisation / mise en place de comités de parents d'élèves,</li> <li>- mise en place d'ouvrages d'eau (puits à grd diamètre)</li> <li>- mise en place d'ouvrages d'assainissement à coût réduit (latrines familiales)</li> <li>- rencontres de réflexion avec les comités de santé, CVD, agent de santé com, groupes cibles sur le renforcement de l'interface com</li> <li>- rencontres de réflexion avec les communautés clientes des 3 USP (focus groupes),</li> <li>- amendement du PMA par les actions santé communautaire (pharmacie villageoise, case de santé, renforcement des activités vdg, mobilisation pour la vaccination, surveillance tx de couverture vaccinale, VDG, TRO, moustiquaires imprégnées etc),</li> <li>- mise en place des stratégies d'appui à la scolarisation des filles,</li> <li>- définition du PMA scol. fille</li> <li>- mise en place des actions d'accompagnement (allègement des tâches femmes, alphabétisation, latrinisation, garderies, etc)</li> <li>- formation des maîtres, des comités de parents d'élèves,</li> <li>- réaménagement PMA par l'introduction d'action d'hygiène à l'école avec soutien dans les familles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Santé, DC, Scolarisation des filles</li> <li> </li> <li>* Résultats du diagnostic com. participatif et négociation du PMA</li> <li> </li> <li>* Plan d'action + PMA</li> <li> </li> <li>* PMA, interface santé communautaire</li> <li> </li> <li>* Education, Santé, D communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* agents (état, ONGs), communautés (groupes)</li> <li>* agents, comités vil. (groupes)</li> <li> </li> <li>* organes de planification, structures privées spécialisées, agents, comités vil.</li> <li>* agents techniques, comités vil.</li> <li> </li> <li>“ ”</li> <li> </li> <li>* maîtres, agents techniques, parents, élèves</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* services techniques, ONGs, institutions et organisations spécialisées), organes de planification, organisations villageoises</li> <li> </li> <li>* structures, ONGs, organisations villageoises</li> <li> </li> <li>* services techniques spécialisés, bailleurs de fonds, organisations villageoises</li> <li> </li> <li>* services techniques, ONGs, organisations villageoises</li> <li> </li> <li>* organes de planification structures de l'éducation, comités de parents d'élèves, bailleurs de fonds, CVD etc...</li> </ul>

Vertical line on the right side of the page.

Small vertical text on the right edge.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100

**UNICEF**  
**BUREAU REGIONAL**  
**POUR L'AFRIQUE DE L'OUEST**  
**ET DU CENTRE**

**WEST & CENTRAL**  
**AFRICA REGIONAL OFFICE**

04 BP 443 Abidjan

Côte d'Ivoire

TEL: (225) 21 31 31

TELEX: 23340 -22899

FAX: (225) 22 76 07

INTERNET CONTACT:

WCARO @ UNICEF • ORG

Photos: PIROZZI / MURRAY-LEE  
Graphisme: KITA Création - Abidjan

**unicef** 