

ATELIER REGIONAL SUR LES APPROCHES COORDONNEES DE PREVENTION ET DE CONTROLE DE LA PNEUMONIE ET DE LA DIARRHEE

RAPPORT GENERAL



SALY (MBOUR), SENEGAL DU 24 AU 27 MAI 2011

Liste des abréviations

AFD :	Agence Française de Développement
AME :	Allaitement maternel exclusif
BMGF :	Bill and Melinda Gates Foundation
CAH :	Child and Adolescent Health
CCIA :	Comité de Coordination Inter Agence
CCM :	Community Case Management
GAPP:	Global Action Plan for the Prevention and Control of Pneumonia
HHA:	Health Harmonization for Africa
HQ:	Headquarter
IST:	Intercountry Support Team
IST/WA:	Intercountry Support Team for West Africa
MAPI :	Manifestations aiguës post immunisation
MCHIP:	Maternal and Child Health Integrated Programme
MILDA :	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide à longue Durée d’Action
NPO :	National Professional Officer
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant
PEV:	Programme Elargi de Vaccination
PMNCH:	Partnership for Maternal, Newborn and Child Health
RDC:	République Démocratique du Congo
SRO:	Soluté de Réhydratation Orale
UNFPA:	United Nations Fund for Population
UNICEF:	United Nations Children's Fund
USAID:	United States Agency for International Development
USD:	United States Dollar
WCARO:	West and Central Africa Regional Office

Résumé

1. Introduction

L'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) 4 (réduction de la mortalité des enfants), ne peut être atteint que par des efforts intensifiés concentrés sur les principales causes de décès d'enfants: pneumonie, diarrhée, malnutrition et problèmes néonataux.

Parmi les 8,8 millions de décès d'enfant de moins de 5 ans estimés dans le monde en 2008, 1,5 millions étaient dus à la pneumonie et 1,3 millions à la diarrhée. En dépit de la perte énorme en vie humaine et de la disponibilité d'outils sûrs et efficaces, relativement peu de ressources ont été employées dans les pays pauvres et au niveau mondial pour résoudre ces problèmes. La mortalité liée à la pneumonie et la diarrhée, est fortement liée à la malnutrition, à la pauvreté et à l'accès limité aux soins de santé. Chez les enfants, plus de 98% de décès occasionnés par la pneumonie et la diarrhée surviennent dans 68 pays (rapport 2010 du « compte à rebours d'ici 2015 »).

Pour soutenir et faciliter l'exécution de l'action coordonnée pour la lutte contre la pneumonie et la diarrhée parmi les enfants de moins de 5 ans vivant dans les pays en voie de développement, le Département Santé et Développement de l'Enfant et de l'Adolescent (CAH) de l'OMS, grâce à un financement de la Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF), a planifié d'organiser 4 ateliers régionaux en collaboration avec les Ministères de la Santé, l'UNICEF et les autres Partenaires. Ces ateliers ont pour but de faciliter, dans les pays où la mortalité due à la pneumonie et diarrhée est élevée, l'introduction ou le passage à l'échelle des interventions à haut impact et dont l'efficacité est avérée. Ces interventions seront mises en œuvre avec un accent particulier sur la coordination des actions au niveau national. Il est prévu trois ateliers en Afrique et un atelier en Asie du Sud Est.

Ces deux régions portent le fardeau le plus élevé de mortalité due la pneumonie et la diarrhée dans le monde mais la plupart de leurs pays, ne sont pas en voie d'atteindre l'OMD 4. L'atelier dont le présent document est le rapport est le deuxième atelier régional pour la région Africaine après celui tenu à Nairobi au Kenya du 25 au 28 janvier 2011.

L'atelier initialement prévu à Ouagadougou au Burkina Faso s'est tenu à Saly/Mbour au Sénégal du 24 au 27 mai 2011.

2. Objectifs

2.1 Objectif général :

L'objectif général de cet atelier était d'identifier et de mettre en œuvre des approches coordonnées de prévention et de lutte contre la pneumonie et la diarrhée dans le contexte des programmes de survie de l'enfant.

2.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques étaient de :

- Passer en revue et discuter les concepts et les principes pratiques du Plan d'Action Global pour la Prévention et la Lutte contre la Pneumonie (GAPP) et de la stratégie de lutte contre la diarrhée, les rapports entre les programmes existants, les

- Analyser les opportunités et les obstacles liés à la mise en œuvre, partager les leçons apprises/meilleures pratiques, identifier les solutions, y compris en matière de politiques de santé qui peuvent faciliter l'augmentation de la couverture des interventions de prévention et de lutte contre la pneumonie, la diarrhée à tous les niveaux.
- Préparer des actions spécifiques aux pays dans l'application pratique du GAPP et de la stratégie de lutte contre la diarrhée dans le but de renforcer les stratégies et programmes existants de survie des enfants (utiliser comme point d'entrée les programmes existants de survie de l'enfant).
- Définir les ressources et l'assistance technique nécessaires pour intensifier le soutien à la prévention et à la lutte contre la pneumonie et la diarrhée, et se mettre d'accord sur un nombre d'indicateurs clés de suivi et de reportage.
- Consolider la prise de conscience et renforcer les capacités pour le plaider au niveau national afin d'améliorer la mise en œuvre des actions de prévention et de lutte contre la pneumonie et la diarrhée, dans le contexte des programmes de survie de l'enfant.

3. Participants et Méthodes de travail

3.1 Participants :

Les participants à cet atelier étaient des Gestionnaires de Programme de santé de l'enfant et/ou de programmes relatifs à la santé des enfants, tels que programme de lutte contre le paludisme, PCIME, PEV et système de santé, venus de 7 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre et des sièges et bureaux régionaux et sous régionaux d'organisations des Nations Unies et autres organisations internationales. Ils étaient au nombre de 72, représentant les institutions suivantes :

- OMS : siège, bureau pays et régional et équipes interpays pour les sous région d'Afrique de l'Ouest et du Centre
- UNICEF : bureau pays du Bénin et du Sénégal et bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
- UNFPA
- USAID : siège et pays
- MCHIP : siège
- Ministères de la santé des pays : 7 pays ont été représentés à cet atelier, Bénin, Burkina Faso, République Démocratique du Congo (RDC), Mali, Niger, Sénégal et Tchad.

3.2 Méthodes et matériels de travail

- a) Les méthodes de travail étaient des présentations en plénière et des travaux de groupe suivis de discussion en plénière. Pour la plupart des sessions, les travaux de groupe se sont effectués par petits groupes comprenant les participants d'un même pays. La session communication a comporté un exercice pratique pour lequel les participants ont été répartis en 3 groupes (Groupe 1 : Mali, Niger et Sénégal ; Groupe 2 : RDC et Tchad ; Groupe 3 : Burkina Faso).

b) Le matériel de travail comportait principalement :

- Les documents sur le GAPP et la diarrhée : version française du plan d'actions mondial pour la prévention et la lutte contre la pneumonie et document en français sur la diarrhée intitulé « Diarrhée : pourquoi les enfants continuent-ils d'en mourir et que peut-on faire ? » .
- Les termes de référence et le guide des travaux de groupe.
- Les guides de préparation et de présentation de l'analyse de la situation des pays. Avant la tenue de l'atelier il a été demandé aux pays participants, de préparer une analyse de la situation de leur pays par rapport à la pneumonie et la diarrhée qui a été présentée le 1er jour de l'atelier. Les professionnels des bureaux pays OMS en charge de la santé de l'enfant et de la vaccination (NPOs CAH et PEV), ont assisté leurs collègues du ministère de la santé dans l'élaboration de cette analyse. Afin de guider les pays dans ce processus et d'aboutir à un modèle commun de présentation, un canevas de présentation Power Point a été fourni avec les explications nécessaires.
- Divers documents nationaux de politique et de stratégie, ainsi que les plans et autres documents sur la santé de l'enfant prenant en compte la prévention et la lutte contre la pneumonie et la diarrhée.

4. Déroulement de l'atelier

4.1 Cérémonie d'ouverture :

La cérémonie d'ouverture présidée par le Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé et de la Prévention du Sénégal a été marquée par cinq (5) interventions :

- a. La description du contexte de l'organisation de l'atelier faite par le Conseiller régional de l'OMS en santé de l'enfant et de l'adolescent a précisé que l'atelier de Saly, le deuxième du genre en Afrique au sud du Sahara après celui de Nairobi en janvier 2011, est consécutif à la publication de deux rapports en 2009 indiquant ce qu'il faut faire pour accélérer la lutte contre la pneumonie et la diarrhée ainsi qu'à la résolution de l'assemblée mondiale de la santé de 2010 relative à l'accélération de la lutte contre ces deux maladies ;
- b. Puis la Directrice du bureau santé de l'USAID et le Représentant de l'UNICEF ont souligné l'importance et l'intérêt du thème de l'atelier par rapport aux enjeux et défis que pose l'OMD 4 en 2015 pour les pays participants ;
- c. La représentante de l'OMS, à son tour, a d'abord remercié le Ministre de la Santé pour avoir accepté que le Sénégal abrite le présent atelier ; elle a poursuivi en souhaitant que l'atelier de Saly constitue une opportunité pour trouver des solutions innovantes pour atteindre l'OMD 4 par l'accélération des interventions de protection, de prévention et de traitement de la pneumonie et de la diarrhée ;
- d. Le Directeur de cabinet a pour sa part insisté sur les résultats probants obtenus dans la mise en œuvre de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et de la stratégie de survie de l'enfant ; il est aussi revenu sur l'identification et la mise en œuvre des approches coordonnées de prévention et de contrôle des deux maladies avant de déclarer ouvert l'atelier et souhaité plein succès aux travaux.

4.2 Session 1 : session introductive et de mise à jour des connaissances

L'introduction de l'atelier a permis aux participants de se présenter, puis de prendre connaissance des résultats attendus qui sont les suivants :

- Bien connaître la situation sanitaire des enfants dans chacun des sept pays ;
- Améliorer la capacité des participants à faire le plaidoyer et à communiquer en vue d'accélérer la prévention et le contrôle de la pneumonie et de la diarrhée dans leur pays respectifs ;
- Elaborer des plans d'actions prioritaires pour accélérer la prévention et le contrôle de la pneumonie et de la diarrhée dans les pays ;

a) Objectif :

L'objectif de cette session était de familiariser les participants aux concepts et principes du Plan d'Action Mondial pour prévenir et combattre la pneumonie (GAPP) et ceux de la stratégie de contrôle de la diarrhée.

b) Résumé :

Quatre (4) communications ont été faites et ont porté sur :

- une approche coordonnée de contrôle de la pneumonie et de la diarrhée ;
- une mise à jour technique de la prise en charge communautaire ;
- activités de communication et de changement de comportement et ;
- le renforcement de l'approvisionnement.

c) Points discutés :

Les principales contributions et commentaires étaient :

- l'importance d'ajouter la lutte contre le paludisme à celle de la pneumonie et la diarrhée ;
- le renforcement des mesures de protection de l'enfant y compris l'importance d'allouer pour la santé, au moins 17USD par enfant ;
- la recherche de synergie des programmes aux trois niveaux de la pyramide sanitaire ;
- l'importance de la coordination des activités pour plus d'efficacité et pour la réduction des coûts globaux ;
- le plaidoyer pour l'application des lois ou textes administratifs sur l'hygiène au niveau décentralisé ;
- la crainte que suscite le mot « intégration » en parlant de programme ;
- la suggestion de mise en place d'un système de surveillance au niveau communautaire à l'image du programme paludisme ;
- concernant la prise en charge communautaire, les contributions ont abordé les problèmes d'équité, les structures de coordination des intervenants comme le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) pour la vaccination, la surveillance communautaire et l'approche de financement basé sur la performance pour les relais communautaires ;
- le besoin de disposer d'une courte liste d'indicateurs que tous les pays pourraient utiliser pour présenter les rapports sur les progrès effectués ;
- il a été proposé de prendre en compte la multi-sectorialité dans la communication et la durabilité dans le système d'approvisionnement.

4.3 Session 2 : Analyse de la situation des pays

a) Objectif :

Analyser les opportunités et les obstacles à la mise en œuvre, partager les leçons apprises, identifier les solutions qui peuvent faciliter l'augmentation de couverture des interventions pour la prévention et le contrôle de la pneumonie et de la diarrhée dans le contexte des stratégies pour la survie de l'enfant relative à l'analyse de la situation dans les pays.

b) Résumé :

L'analyse de la situation des 7 pays a été présentée selon le canevas préétabli. Le Bénin, le Burkina Faso et le Sénégal ont présenté leur situation le premier jour de l'atelier et les 4 autres pays le jour suivant.

c) Principaux problèmes discutés :

- i. Pour le Bénin: nécessité d'utiliser les résultats d'enquête pour les couvertures vaccinales et revoir le positionnement de la cellule de communication dans l'organigramme du ministère
- ii. Pour le Burkina Faso :
 - pourquoi ne pas transformer l'atteinte de l'OMD 4 en défi alors que les ressources existent ?
 - les déterminants de la santé (comme la pauvreté, statut socio économique, etc.) constituent une vraie menace pour l'amélioration des indicateurs.
- iii. Pour le Sénégal :
 - multiplicité des structures de coordination
 - non fiabilité des indicateurs (rétention des données administratives depuis un an).
- iv. Pour le Mali et le Niger :
 - absence de plan stratégique de santé communautaire
 - absence de plan de communication
 - ressources insuffisantes (surtout ressources humaines, dépendance du financement extérieur)
 - insuffisance de coordination des programmes
- v. Pour la RDC :
 - le secteur privé joue un rôle important dans l'offre des services mais il est difficile à maîtriser
 - concernant la planification, l'approvisionnement en intrants, la coordination de la formation continue, il y a une décentralisation au niveau des provinces qui a permis de conscientiser les acteurs dans ces différents domaines.
- vi. Pour le Tchad :
 - quelle est la politique du Gouvernement en matière de traitement de la pneumonie, du paludisme et de la diarrhée au niveau de la communauté?
 - pas de coordination entre les Directions et les Programmes
 - quelles sont les ressources en communication pour la santé ?
- vii. En général :
 - faible fiabilité du système d'information sanitaire
 - nécessité de désagréger les données pour faire ressortir les disparités par région et les inégalités sociales

- mécanismes de supervision intégrée, suivi et évaluation insuffisants
- défis d'accélérer l'amélioration des indicateurs dans le court délai qui nous sépare de 2015
- problèmes d'appropriation des programmes par le Gouvernement.
- insuffisance de coordination des différents programmes.

4.4 Session 3 : Travaux de groupe par pays pour approfondir l'analyse de la situation

a) Objectifs

Les objectifs de ces travaux de groupe étaient les suivants :

- Identifier les interventions de prévention et de lutte contre la pneumonie et la diarrhée incluses dans les politiques/stratégies /plans existants ;
- Décrire les mécanismes existants de coordination et les liens entre les différentes stratégies, les politiques et les programmes de santé de l'enfant et ceux en rapport avec la santé de l'enfant ;
- Identifier les principaux problèmes rencontrés par la prévention et la lutte contre la pneumonie et la diarrhée ;
- Elaborer des solutions et recommandations pour une action coordonnée de mise à l'échelle des interventions de prévention et de lutte contre la pneumonie et la diarrhée.

b) Résumé

Les termes de référence des travaux de groupe ont été présentés par CAH/IST/WA. Ensuite les participants de chaque pays se sont regroupés pendant une partie de la matinée et tout l'après midi du deuxième jour de l'atelier pour accomplir les tâches ci-dessous :

- passer en revue la liste des principales interventions de prévention et de lutte contre la pneumonie et la diarrhée et décider si les interventions sont incluses dans les stratégies ou politiques ou plans de santé de l'enfant et celles ou ceux en rapport avec la santé de l'enfant ;
- remplir le tableau « *Identifier les principaux problèmes* » pour chaque domaine d'activité clé et récapituler cela comme problèmes les plus importants (3 ou 4 points dans chaque domaine d'activité clé). ;
- pour chaque problème d'un domaine d'activité, identifier les causes possibles et les solutions, faire des recommandations concrètes et définir les prochaines étapes ;
- récapituler les recommandations pour une action coordonnée de mise à échelle des interventions de prévention et de lutte contre la pneumonie et la diarrhée ;
- identifier les prochaines étapes en précisant les institutions ou agences responsables de la mise en œuvre ainsi que l'échéance de cette mise en œuvre.

4.5 Session 4 : Session Communication

La matinée du 3^e jour de l'atelier a été consacrée à une session sur le plaidoyer et la communication qui a été co-facilitée par trois spécialistes de la communication venant de l'équipe inter-pays de l'OMS pour l'Afrique de l'Ouest (IST/Ouagadougou), de PATH/France et du bureau OMS du Sénégal.

a) Objectif

L'objectif de la session était d'accroître la prise de conscience et les capacités des participants à élaborer des plans de communication et de plaidoyer efficaces pour améliorer la prévention, le traitement et le contrôle de la pneumonie et de la diarrhée chez l'enfant.

b) Résumé

La session s'est déroulée en 5 étapes :

- i. Présentation des objectifs de la session aux participants
- ii. Présentation de l'agenda de la session
- iii. Présentation de deux exemples concrets sur la démarche du plaidoyer.

Le premier exemple, présenté par un des facilitateurs, a porté sur la célébration de la Journée mondiale de la pneumonie 2010 dans plusieurs pays d'Afrique dont le Kenya et l'Ethiopie.

La présentation a été complétée par les représentants du Bénin et du Mali qui ont partagé des informations sur les activités organisées lors de la célébration de cette journée dans leurs pays respectifs.

Le deuxième exemple concret de plaidoyer a été présenté par le Professeur Sall (Centre Hospitalier Universitaire Le Dantec, Dakar). Il a porté sur la méthodologie et les résultats d'une action de plaidoyer menée auprès du ministre de la santé et de la prévention en faveur de la prise en charge de la pneumonie par les agents de santé communautaires.

- iv. Exercices pratiques

Des exercices pratiques ont été menés et ont porté sur la formulation d'un objectif général unique de communication et de trois messages clés en matière de plaidoyer. Pour cela, les participants ont été répartis en plusieurs groupes (Groupe 1 : Mali-Niger-Sénégal, Groupe 2 : RDC et Tchad, Groupe 3 : Burkina Faso). Les résultats des travaux de groupe ont été présentés en séance plénière suivis du recueil des commentaires et suggestions des autres participants et des facilitateurs.

- v. Evaluation de la session par les participants

Un questionnaire d'évaluation a été distribué à la fin de la session sur le plaidoyer et la communication. Quarante cinq (45) participants y ont répondu. Le dépouillement des réponses montre que la presque totalité des professionnels de santé ayant participé à l'atelier, et qui totalisent une moyenne de 15 années de service, n'avait jamais reçu de formation en communication. Ils ont jugé la session sur le plaidoyer et la communication utile et l'encadrement satisfaisant et ont souhaité que sa durée soit augmentée pour permettre aux facilitateurs d'aller au fond des sujets abordés et aux participants d'effectuer plus d'exercices pratiques.

c) Principaux problèmes discutés :

Les principaux points retenus à l'issue des discussions et commentaires étaient les suivants :

- La communication et le plaidoyer doivent être réellement intégrés au sein des programmes de santé pour espérer le changement de comportement requis mais aussi pour maintenir le contact entre gestionnaires de programmes, professionnels de santé, donateurs, décideurs politiques, et la communauté.
- Les activités de communication et de plaidoyer doivent être bien planifiées et budgétisées.
- Le personnel de santé est généralement formé pour être logique, complet et précis: il doit s'exercer à aller « directement à l'essentiel lorsqu'il communique ! »

- La nécessité d'utiliser Internet pour faire passer les messages de santé (Facebook, Twitter) au sein de la population jeune afin d'assurer la pérennité de l'information au fil des années doit être envisagée.

4.6 Session 5 : Développement des actions coordonnées

La dernière journée de l'atelier régional francophone sur les approches coordonnées de prévention et de lutte contre la pneumonie et la diarrhée a été consacrée à :

- la présentation par les pays des actions coordonnées identifiées lors des travaux de groupe pour accélérer la prévention et la lutte contre la pneumonie et la diarrhée ;
- une mise à jour des connaissances sur le monitoring de la mise en œuvre des politiques de santé et la recherche opérationnelle en matière de pneumonie et de diarrhée ;
- une discussion sur les opportunités de financement.

4.6.1 Actions coordonnées

a. Objectif

L'objectif de cette session était de préparer des actions spécifiques par pays dans le cadre de l'application pratique du GAPP et de la stratégie de lutte contre la diarrhée pour renforcer les stratégies et programmes existants de survie de l'enfant.

b. Résumé

Les pays présents à l'atelier ont présenté la synthèse du travail effectué en groupe pendant les deux jours précédents selon le canevas préétabli qui comportait 3 volets :

- Quelques messages clés (3 ou 4) : les messages ont été formulés en appliquant les compétences en communication acquises lors de l'atelier. Les principaux messages étaient :
 - o la mortalité des moins de 5ans est encore trop élevée, les causes en sont connues et les interventions pour y remédier disponibles ;
 - o tous les pays désirent accélérer l'accès aux interventions ;
- Les principaux problèmes qui nécessitent une action rapide : il s'agit surtout d'insuffisance de coordination des différents programmes, des systèmes d'information sanitaire et de communication peu performants, des problèmes de disponibilité des médicaments, de suivi/supervision inadéquat et de ressources humaines insuffisantes en quantité et en qualité et mal réparties ;
- Les actions recommandées pour la résolution des problèmes identifiés et le plan de leur mise en œuvre (action, responsable, temps).

c. Principaux problèmes discutés

- L'importance de veiller à ce que les politiques sur l'utilisation d'antibiotique dans la communauté précèdent l'élaboration du plan de mise en œuvre des actions de lutte contre la pneumonie.
- Lorsqu'on propose l'élaboration d'un plan de mise en œuvre des interventions de prévention et de lutte contre la pneumonie et la diarrhée, il faut veiller à ce que ce soit un plan pour toutes les interventions de survie, incluant celles de pneumonie et diarrhée.

- Comment arriver à faire collaborer sans conflit, le niveau communautaire et les formations sanitaires ? La solution serait d'améliorer la qualité des soins à chaque niveau.
- La difficulté de mise en œuvre des interventions planifiées pour résoudre le problème d'inaccessibilité aux soins dans les zones difficiles et de forte insécurité (Mali).
- L'inscription du zinc sur la liste des médicaments essentiels et génériques s'avère un facteur essentiel de facilitation du processus de mise en place du zinc dans les districts en vue de son utilisation pour traiter la diarrhée.
- La gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans reste encore un défi: elle n'est pas approuvée dans certains pays (RDC) par souci de pérennisation et lorsqu'elle est appliquée sans une étude approfondie du système de recouvrement, le remboursement se trouve retardé (Niger qui a partagé les détails de son expérience).
- L'importance du plaidoyer pour l'amélioration de la disponibilité en eau potable, de l'assainissement et de l'hygiène.
- L'importance de renforcer la surveillance des manifestations aiguës post immunisation (MAPI) dans le processus d'introduction de nouveaux vaccins.
- L'importance de renforcer le système de pharmacovigilance et la communication en période de crise lors de l'introduction de nouveau médicament dans la communauté.

4.6.2 Mise à jour des connaissances sur le monitoring de la mise en œuvre des politiques

a. Objectif

L'objectif de cette session était de s'accorder sur un nombre d'indicateurs clés de suivi et de reportage.

b. Résumé

Trois communications ont été faites et portaient sur les thèmes suivants :

- Le monitoring de la mise en œuvre des politiques de santé - Il a pour objectif d'améliorer la performance des programmes et de fournir les équipes cadre de district en informations qui permettent de résoudre les problèmes d'équité ;
- La recherche opérationnelle pour soutenir les interventions sur la pneumonie et la diarrhée ;
- La communication pour un changement de comportement.

c. Principaux points discutés

- L'importance d'analyser la performance des programmes en étudiant les goulots d'étranglement au niveau de l'offre et de la demande (se référer au diagramme de Tanahashi pour définir les indicateurs au niveau national).

4.6.3 Table ronde sur les opportunités de financement

a. Objectif

L'objectif de la session était de définir les ressources et l'assistance technique nécessaires pour intensifier le soutien à la prévention et la lutte contre la pneumonie, la diarrhée.

b. Résumé

La table ronde était animée par un représentant des 4 agences: OMS (HQ), UNICEF (WCARO), USAID (HQ) et MCHIP (HQ). Les principaux messages transmis par les divers animateurs de la table ronde étaient les suivants :

- Les mécanismes qu'utilise l'USAID pour financer les projets ont été décrits. Trois types de projets sont financés : projets centraux, projets basés au niveau des pays et les projets d'appui à la survie de l'enfant par les ONG. Les pays sont libres d'entrer en contact avec l'USAID pour soumettre un projet à financer.
- Les différents programmes de l'UNICEF qui œuvrent pour la survie de l'enfant se sont mis d'accord pour investir 50% de leur budget (santé de l'enfant, eau et assainissement, nutrition et communication pour le changement de comportement). Pour l'UNICEF : i) l'intégration entre les programmes est un facteur important de succès au même titre que l'équité ; ii) la composante communautaire est très importante et comporte les éléments qui incluent la prise en charge des cas (CCM) et les pratiques familiales clés.
- L'UNICEF est prêt à donner un appui dans le domaine de la planification et de la santé communautaire.
- Pour l'OMS la santé des enfants et des mères est une grande priorité. L'OMS n'est pas un fonds mais elle s'efforce à aider les pays à mobiliser des ressources pour la santé maternelle et infantile : exemple des financements du PMNCH (Fondation Bill et Melinda Gates), proposition H4, financement pour la lutte contre la pneumonie et la diarrhée y compris la communication, Global Fund, etc.

c. Principaux points discutés

- On ne fera une vraie différence que si les différents partenaires travaillent ensemble.
- Les partenaires (OMS) se positionnent comme étant la voix des pays : pour cela ils ont besoin de données fiables venant des pays. Ceci justifie en partie le fait qu'il est impératif de redynamiser les systèmes nationaux d'information sanitaire.
- Les financements de l'AFD (Agence Française de Développement) et de l'Union Européenne ont été mentionnés comme exemples d'engagement pour les actions accélérées vers l'atteinte des OMD.

5. Résultats de l'atelier

L'atelier a permis de :

- Discuter la situation des pays représentés, concernant la mise en œuvre des interventions de prévention, de protection et de lutte contre la pneumonie et la diarrhée.
- Passer en revue et discuter la performance des systèmes nationaux de santé.
- Souligner des points forts et des points à améliorer, d'une part dans la mise en œuvre des interventions ainsi que lors de la gestion de cette mise en œuvre, d'autre part en matière de coordination des différents programmes intervenant pour la santé de l'enfant et d'amélioration du système de santé.

- Renforcer les capacités des participants en communication et plaidoyer efficaces pour améliorer la prévention, le traitement et le contrôle de la pneumonie et de la diarrhée chez l'enfant.
- Identifier les actions coordonnées à incorporer dans les plans nationaux.
- Identifier les ressources nécessaires et l'assistance technique requise pour appuyer les actions coordonnées et les procédures.

Le tableau des actions recommandées identifiées pour chaque pays se trouve en annexe (voir Annexe 2).

6. Conclusions

- a. Les interventions de protections de prévention et de traitement de la pneumonie et de la diarrhée sont bien connues mais la gestion de leurs mises en œuvre nécessite d'être améliorée, notamment au niveau de :
 - la coordination et l'intégration aux niveaux stratégique et opérationnel du système de santé.
 - la supervision intégrée et du mécanisme de suivi/évaluation
- b. Un accent particulier doit être mis sur la communication pour un changement de comportement indispensable pour la mise en œuvre effective de la plupart interventions. Il est nécessaire de formuler des messages adaptés en fonction de l'audience cible. Les messages de santé publique sont difficiles à transmettre. Pour faciliter la transmission de ces messages, il est important de définir un *Objectif Général Unique de Communication* et de respecter les *7 règles d'or de la communication*. Ces règles sont les suivantes :
 - Attirer l'attention.
 - Avoir un message clair.
 - Communiquer un bénéfice attendu.
 - Veiller à la cohérence des données.
 - Capter le cœur et l'esprit.
 - Créer la confiance.
 - Appeler à l'action.
- c. La Communication et le Plaidoyer sont essentiels et devraient faire partie intégrante de la planification. Ils requièrent un budget et des ressources spécifiques
- d. Des actions coordonnées identifiées par les pays ont été traduites en plans à mettre en œuvre à court et moyen terme dans le but d'accélérer la prévention et la lutte contre la pneumonie et la diarrhée en particulier et la santé de l'enfant d'une façon générale. Les ressources nécessaires et l'assistance technique requise pour appuyer les actions coordonnées ainsi que les procédures ont été précisées. La mise en œuvre de ces plans nécessite un suivi étroit.

7. Recommandations

Au terme de l'atelier régional sur les approches coordonnées de prévention et de contrôle de la pneumonie et de la diarrhée tenu à Saly du 24 au 27 mai 2011, les recommandations suivantes ont été faites :

a. À l'endroit des pays

- Intensifier le plaidoyer pour la santé de l'enfant à tous les niveaux (décideurs de haut niveau, chefs de programme et PTF).
- Revoir ou améliorer les politiques et stratégies en matière de prise en charge des cas et en matière de communication.
- Renforcer la supervision intégrée et harmoniser les mécanismes de suivi/évaluation.
- Renforcer la collaboration multisectorielle.
- Utiliser les ressources de façon optimale en vue d'obtenir de meilleurs résultats.
- Développer la communication pour un changement de comportement afin d'améliorer la demande des services et promouvoir les interventions simples comme l'allaitement maternel exclusif, SRO + Zinc, lavage des mains et autres.
- Faire un plaidoyer pour obtenir la gratuité des soins aux enfants et pour l'utilisation des soins dans la communauté.
- S'engager à célébrer la journée mondiale de la pneumonie le 12 novembre et aussi la semaine mondiale de la vaccination.
- Mettre en oeuvre les principales activités identifiées par les représentants des pays durant l'atelier.

b. À l'endroit de l'OMS

- Développer des outils simples de collecte d'informations pour le suivi des interventions sur la pneumonie et la diarrhée à moyen et à long terme.
- Prévoir un cadre de partage du suivi de la mise en oeuvre des actions recommandées planifiées par les pays (dans 8 à 10 mois).
- Documenter les problèmes liés au goût des SRO.

c. À l'endroit des pays et des partenaires techniques et financiers

- Placer la santé de l'enfant dans les plus hautes instances stratégiques directives telles que CCIA, HHA et autres.
- Documenter l'utilisation de la téléphonie mobile comme outil pour faciliter la promptitude et la complétude de la collecte d'information sanitaire.

ANNEXES

- Annexe 1 : Agenda de l'atelier
- Annexe 2 : Tableau des actions recommandées par pays
- Annexe 3 : Liste des participants



Annexe1 : Agenda de l'atelier

**"Protéger, Prévenir, Traiter": Approches coordonnées pour la prévention et le contrôle de la Pneumonie et de la Diarrhée
Atelier Régional Afrique de l'Ouest - Sénégal, 24 -27 mai 2011**

JOUR	SESSIONS	Président de séance Rapporteurs:
Jour 1: Mardi 24 mai 2011 Habimana	SESSION 1	Président de séance: P. Rapporteurs: Alban/Olga
08:30 - 10:00	Introduction des participants et Présentation des objectifs de l'atelier Ouverture Officielle	Drs P. Habimana/S. Aboubaker
10:00 -10:30	Pause café	
10:30 – 11. 00	Une approche intégrée du contrôle de la pneumonie et de la diarrhée	Dr O. Fontaine/WHO
11: 00 - 13.00	Mise à jour technique sur la Prise en Charge des Maladies au niveau de la Communauté Activités de communication et changement de comportement Renforcement de l'approvisionnement	Dr Emmanuel Wansi/MCHIP Dr. Agbodjan- Prince OMS/AFRO Dr. Michel Othepe, Technical Officer Immunization, MCHIP/HQ
	SESSION 2	Président de séance: Dr Guy Clarisse Rapporteurs: Alban/Olga
14:00-17.30	Présentations des analyses de situation par pays: Sénégal, Burkina Faso, Benin	Pays

	Résumé de la 1 ^{ère} journée:	Dr P. Habimana
Jour 2: Mercredi 25 mai 2011		
SESSION 2 (suite)		
08:30-10:30	Présentations des analyses de situation par pays (suite): Groupe A: Mali, Niger, Sénégal Groupe B: République Démocratique du Congo, Tchad, Burkina, Bénin	Rapporteur Groupe A: René Facilitateurs: Olga/Olivier Rapporteur: Groupe B: Nehémie Facilitateurs: Emmanuel/Samira
10:30 – 11:00	Pause café	
11:00 – 11:30	Feedback sur la Présentation des analyses de situation Groupe A et B:	René et Nehémie
SESSION 3		
11:30 – 11.45	Introduction au travail de groupe par pays	Olga
11:45-17.30	Travaux de Groupe par Pays: Bénin Burkina Faso République Démocratique du Congo Mali Niger Sénégal Tchad	Alban/Charles Samira/Dayness Emmanuel/Nehémie Olga/Michel Phanuel/Jackson Olivier/René/Diaa/Pr Sall Guy /Pierre

17.30	Fin de la journée : Réunion des facilitateurs		
Jour 3: Jeudi 26 mai 2011		SESSION 4	Président de séance: Rodrigue Barry Rapporteurs: Silvia, Khalifa
08:30-09:00	Introduction à la session communication		Rodrigue Barry
9:00-9:30	Plaidoyer et communication pour la Journée Mondiale de la Pneumonie et de la Prévention et lutte contre la diarrhée Expériences du Sénégal		Silvia
9:30- 10:30	Communication et Plaidoyer - renforcement des capacités <ul style="list-style-type: none"> • Introduction/rappel -- défis et conseils de communication • OGIC (SOCO) (le concept de " Objectif Général Unique de Communication") • Outils/techniques pour l'analyse des parties prenantes • Quel est le message clé ? 		
10:30-11:00	<i>Pause Café</i>		
11:00-12:00	Travaux de Groupe sur la Communication		Facilitateurs des groupes de travail
	Groupe 1: Angola et Burkina Faso Group 2 : Bénin et RDC	Group 3: Mali et Niger Group 4: Sénégal et Tchad	
	Pratique des techniques de communication et application directement dans les plans nationaux. Il sera demandé aux participants de: <ul style="list-style-type: none"> • Définir leur OGIC (SOCO) • Faire une analyse rapide des parties prenantes • Identifier une audience principale (en étant aussi spécifique que possible) • Développer 3 messages clés pour atteindre les objectifs définis pour cette audience. 		

12:00-13:00	Présentation des Groupes de Travail en session plénière	
SESSION 5		
14:00-14:15	Développement des Actions Coordonnées: Introduction aux travaux de groupe	Olga
14:15-17:30	Développement des Actions Coordonnées : Travaux de Groupe par Pays	Facilitateurs session 3
Jour 4: Habimana		Président de séance: P.
Vendredi 27 mai 2011		Rapporteurs : Olivier et Olga
08:30-12:30	Présentation des délibérations des Groupes de Travail par Pays	
14.00-14:30	Mécanismes de monitoring de la mise en action des politiques de santé	Dr. Guy Clarisse/UNICEF/WCARO
14:30-15:00	Recherche Opérationnelle	O. Fontaine
15:00 – 15:30	Opportunités de financement	Dr. P. Habimana
15:30-16:30	Résumé et Clôture	S. Aboubaker

Notes pour les rapporteurs:

Titre de la Session:

- Objectifs de la session
- Brève description ou résumé de la session
- Principaux problèmes discutés
- Conclusions

- Principales Recommandations

Annexe 2 : Actions recommandées par pays

*Approches coordonnées pour la prévention et le contrôle de la Pneumonie et de la Diarrhée
Atelier Régional Afrique de l'Ouest, Mbour, Sénégal 24 - 27 May 2011*

Tableau des actions recommandées par les pays

Pays	Actions Recommandées	Responsable	Période
Bénin	Impliquer la DHAB dans la collaboration intrasectorielle	DSME	2011
	Utiliser les principaux canaux de mobilisation sociale pour faire la promotion du SRO + Zinc	DSME	2011 et 12
	Faire de plaidoyer auprès du GVT pour la célébration de la journée mondiale de la pneumonie (restitution, communication en conseil des ministres)	DSME	Septembre 12 Nov
	Rendre disponible le PIC survie prenant en compte la pneumonie et la diarrhée	DNSP	2011
	Promouvoir l'Approche de Financement basée sur la Performance pour les RC	DNSP	2012
	Mise en place du sous système de suivi & évaluation à la DSME	DSME	2012
	Mettre en œuvre la Supervision et le monitoring au niveau communautaire conformément aux directives nationales	DSME	
	Harmoniser la liste des indicateurs pour la prévention et la lutte contre la pneumonie et la diarrhée	DSME	2011
Burkina Faso	Elaborer le rapport de l'atelier et une note technique à l'attention du Ministre de la santé	participants	Au plus tard 03 Juin 2011
	Organiser une rencontre de restitution des recommandations du présent atelier	DSME	D'ici fin juin 2011
	Faire le plaidoyer auprès du SG/MS pour l'accélération de l'élaboration et l'adoption de la politique nationale de santé communautaire	DGSF	D'ici fin juillet 2011

	Mener le Plaidoyer auprès du DGSF pour la tenue régulière des rencontres internes de concertation	OMS/UNICEF	D'ici fin Juillet 2011
	Mener le Plaidoyer auprès du SG pour l'élargissement du cadre de la rencontre des partenaires de SR à l'ensemble des programmes de survie de l'enfant et sa tenue tous les 6 mois.	OMS/UNICEF	D'ici fin Juillet 2011
	Mener le Plaidoyer auprès du DGSF pour la subvention du Zinc	OMS/UNICEF	D'ici Août 2011
	Vulgariser le document de politique nationale en matière d'IEC (lors du CASEM 2011)	DHPES et Programmes de Survie de l'Enfant	D'ici fin 2011
	Elaborer un plan intégré de communication pour la lutte contre la diarrhée et la pneumonie	Programmes de Survie de l'Enfant	D'ici Mai 2012
	Faire le plaidoyer auprès du MS pour la célébration de la journée mondiale de lutte contre la pneumonie	OMS/UNICEF	D'ici Novembre 2011
RDC	Organiser un atelier pour revisiter le plan intégré avec la participation de tous les programmes impliqués	PNCPS	Avant fin Octobre 2011
	Organiser une réunion de mobilisation de ressources		Juillet 2011
	Élaborer des documents de plaidoyer auprès des gouverneurs des provinces et Organiser des réunions avec eux	Direction de la famille et Groupes spécifiques	Août 2011
	Désigner des personnes ressources de SMNE pour participer au processus de révision des curricula		Juin 2011
	Organiser une table ronde pour la mobilisation des ressources		Août 2011
	Élaborer un plan décentralisé de formation selon les besoins		Novembre 2011
	Publier un bulletin trimestriel de rétro information sur la SMNE		Coordination PCIME
	Suivre les actions entreprises dans le cadre du plaidoyer auprès du gouvernement	Direction de la santé de la famille et Groupes spéciaux	Août 2011
	Designier les points focaux pour le suivi de la mise en œuvre des recommandations de concertation sur la gestion des MEG		

	Poursuivre la mobilisation des ressources pour la contractualisation de la maintenance des matériels		Nov-11
	Élaborer un plan d'extension des sites de soins communautaires	Coordination PCIME	Août 2011
	Faire le plaidoyer pour la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans souffrant de la pneumonie, la fièvre et la diarrhée	Direction de la santé de la famille et Groupes spéciaux	Décembre 2012
	Diffuser les guides et directives et/ou Répliquer les expériences réussies dans le cadre de la mutualisation	Programme national des mutuelles de la santé	Décembre 2011
	Élaborer des supports intégrés de communication à l'intention des AC et des autres prestataires de communication	PNCPS	Juin - Août 2012
	Former les AC, des prestataires et professionnels des medias en technique de communication	PNCPS	Décembre 2012
	Organiser des réunions régulières de monitoring	Direction de la santé familiale et des groupes spécifiques	A partir de Juin 2011
	Élaborer les supports de collecte des données SMNE		Août 2011
	Diffuser les supports de collecte des données SMNE		Février 2012
	Programmer les supports pour la transmission des données par la téléphonie mobile		Août 2011
	Former les datas managers		
	Équiper les ECZ en matériels informatiques		Mai 2012
Mali	Restitution	Equipe pays	D'ici fin Juin 2011
	Mettre en place un cadre conjoint de planification, de concertation et de décision	DNS/DPNLP	D'ici fin Déc. 2011
	Fournir des réfrigérateurs RCW50EK et des motos aux structures qui n'en disposent pas	Chef SI	D'ici juin 2012
	Disséminer le guide SEC	DNS/DSR	D'ici fin Déc. 2011

	Introduire la PCIME dans les curricula des écoles de formation en santé	DNS/INFSS	D'ici fin déc. 2011
Niger	Organiser une réunion de concertation et coordination des différentes directions de la DGSP (DSME, DLM, DN et PNLP)	DSME	06/02/2011
	Faire un Plaidoyer pour la prise en compte des questions relatives à la survie de l'enfant (pneumonie- diarrhée) aux réunions du CCIA	DSME	15/06/2011
	Faire un plaidoyer pour la mise en œuvre effective du plan stratégique national d'approvisionnement en MEG et Vaccins	DSME/DLM/DN	30/06/2011
	Faire un plaidoyer pour le remboursement des fonds de la gratuité des soins aux structures sanitaires dans le délai requis	DSME/DOS	31/12/2011
	Elaborer un plan intégré de communication au niveau national.	DHP/EPS	31/10/2011
	Elaborer et soumettre un projet de financement pour la célébration de la journée mondiale de lutte contre la pneumonie au Niger en 2011.	DSME	31/08/2011
Sénégal	Organiser une réunion de restitution et de partage des recommandations de l'atelier avec le Cabinet du MSP	Conseiller Technique 3, chargé du suivi des OMD	30 Juin 2011
	Organiser une réunion avec le comité de pilotage de la survie de l'enfant pour partager les recommandations de l'atelier et mettre en place un mécanisme pour faciliter la concertation, la coordination et la planification des activités entre les différents programmes concernés et autres intervenants	Chef de la DANSE	30 Juin 2011
	Faire le partage des recommandations de l'atelier à la prochaine réunion HHA	Directeur de la Santé	Juin - Juillet 2011
	Organiser une réunion du groupe technique pour planifier le suivi de la mise en œuvre du POPAEN (Plan Opérationnel du Passage à l'échelle des Interventions à haut impact)	Conseiller Technique 3	30 juin 2011
	Organiser l'orientation des prestataires sur les nouvelles directives de prise en charge de la diarrhée	Chef de la DANSE	31 Juillet 2011
	Finaliser le plan de communication intégré pour la promotion de l'AME, de l'alimentation adéquate, de la SRO à faible osmolarité, du zinc et de l'utilisation des MILDA	SNEIPS / DANSE	31 Août 2011

	Faire le plaidoyer pour la célébration de la journée mondiale de la pneumonie au Sénégal le 12 novembre 2011	Chef de la DANSE	30 Juin 2011
	Elaborer des outils de suivi intégrés (maquette de collecte, grille de supervision,)	DANSE /SNIS	Juillet – Août 2011
	Planifier au moins une revue et une supervision conjointe avec tous les programmes concernés.	Directeur de la santé	Décembre 2011
Tchad	Elaborer un chronogramme pour la finalisation de la politique.	BCE et Equipe technique PCIME (Dr Fatchou)	Mi Juin
	Elargir les groupes thématiques en intégrant les autres directions techniques du ministère de la santé ainsi que les partenaires du ministère de la santé.		Fin Juin
	Produire un premier draft de la politique		Début Août
	Demander un appui technique (OMS, UNICEF) pour la finalisation de la politique	SG MSP	Septembre
	Adopter et valider la politique	SG MSP	Novembre
	Documenter les évidences sur la pneumonie disponibles au niveau du pays.	Equipe pays (Fatouma Koko)	Fin Juin
	Préparer un document de plaidoyer à partir des évidences réunies et les présenter aux autorités du pays.	Equipe pays (Fatouma Koko)	Mi Juillet
	Réviser et valider la politique nationale de prise en charge des IRA pour y intégrer la prise en charge communautaire.	LMD/IRA(Fatouma) et DSPLM	Fin Octobre
	Adopter la politique	SG/MSP	Décembre
	Organiser une réunion entre les différents programmes (PEV, PCIME, LMD IRA, Palu, CNNTA) pour discuter de la nécessité d'organiser des supervisions intégrées	Responsables des programmes concernées	Début Juillet
	Mettre en place un groupe de travail pour élaborer un plan de supervision intégrée.		Fin Juillet, Fin Août
	Réviser et mettre à jour les fiches de supervision intégrée		Septembre
	Commencer l'exécuter le plan de supervision intégrée		Novembre

Annexe 3 : Liste des participants

N°	Nom	Designation	Organisation / Pays	Telephone	E-mail
MOH nominees					
Bénin					
1.	Dr René Daraté	Directeur de la Santé de la Mère et de l'Enfant	Bénin	229 97 24 04 91	rdarate@yahoo.fr
2.	Dr Marcellin Ayi Megnanglo	Chef Service Santé Communautaire	Bénin	229 90 03 11 81	marceayi@yahoo.fr
3.	Dr Tokplonou Evariste	Chef Service Vaccination Division PEV	Bénin	229 96 00 25 35	tokev1@yahoo.fr
Burkina Faso					
4.	Dr Isabelle Sanou Bicaba	Médecin de Santé publique, Direction de la Santé de la Famille	Burkina Faso	226 70 02 60 06 83	bicabaisabelle@yahoo.fr
5.	Dr Georgette Sanou	Médecin de Santé publique, CADSS	Burkina Faso	226 70 679 516	georgettesanou@gmail.com
6.	Mr Jean Noel Sawadogo	Attaché de Santé, Direction de la Prévention par les Vaccinations	Burkina Faso	226 70 26 37 80	sawadogojeannoel@yahoo.fr
7.	Mrs Hélène Ouédraogo	Direction de la Nutrition	Burkina Faso	226 70 24 24 08	helenoued76@yahoo.fr
Chad					
8.	Dr Fatchou Gakaitangou	Medecin de Santé Publique, Chef de Division PCIME	Chad	235 66 29 75 07	gatchou@yahoo.fr
9.	Mme Fatouma Koko	Coordinatrice LMD/IRA	Chad	235 66 28 98 76	kokofatouma@yahoo.fr
DRC					

N°	Nom	Designation	Organisation / Pays	Telephone	E-mail
10.	Dr Jean Tony Bakukulu	Directeur PNLMD	RDC	243 99 811 54 90	jeantonbaku@yahoo.fr
11.	Dr Jean Fidèle Ilunga	Directeur PNIRA, Point focal PCIME	RDC	243 9999 7 053	jfilungap@yahoo.fr
12.	Dr Thomas Yamba Yamba	Direction de la Santé de la Famille	RDC	243 813 22 42 91	t.yambayamba@yahoo.com
13.	Dr Guillaume Muamba Ngoyi	PEV	RDC		-
14.	Dr Crispin KAZADI MUIN-A-NGOY	Chef de Service des nouveaux Vaccins	PEV/RDC	243 997 321 887	chrismuin@yahoo.fr
	Mali				-
15.	Dr Sidibé Aminata O. Touré	Point Focal PCIME/DSR/DNS	Mali	223 658 47 637	amintas210@yahoo.fr
16.	Dr Albouhary Toure	Chef de la Section Immunisation/DPLM/DNS	Mali	223 76 31 78 40	albouharytoure@gmail.com
17.	Dr Samake Raki Bah	Chef de la Division Nutrition	Mali	223 66 74 35 60	rbasamake@yahoo.fr
18.	Dr Aboubacrine Maiga	Cellule de Planification Santé	Mali	223 75 49 72 78	aboubacrinemaiga@hotmail.com
	Niger				-
19.	Dr Harakoye Aissata Ly	Chef de Division Santé de l'Enfant	Niger	227 96 98 98 79	aissaly@yahoo.fr
20.	Dr Zara Oumarou	Direction de la Nutrition	Niger	227 94 33 51 13	oumzaratou@yahoo.fr
21.	Mr Moustapha Maiga	Direction de l' Immunisation	Niger		taphamaiga@gmail.com ; taphamaiga@yahoo.fr
22.	Mme Issoufou Hamsatou Dioffo	Programme de Lutte contre le Paludisme	Niger	227 968 82 829	hdioffo@yahoo.fr
	Sénégal				-

N°	Nom	Designation	Organisation / Pays	Telephone	E-mail
23.	Dr Oumar Sarr	Division des Soins de Santé Primaires	Sénégal	221 99 869 42 42	oumsarr@gmail.com
24.	Dr El Hadj Mamadou Ndiaye	Division de la Prévention Médicale	Sénégal		mamamorphe@yahoo.fr
25.	Dr Mame Mbayame Dione	Division Alimentation Nutrition et Survie de l'Enfant	Sénégal	221 33 869 43 07	mamedioneba@yahoo.fr
26.	Dr Aissatou Diop	Division Alimentation Nutrition et Survie de l'Enfant	Sénégal	221 33 869 43 07	anbdiop@yahoo.fr
	USAID				
27.	Dr Diaa Hammamy	Senior Technical Officer, Maternal, Newborn and Child Health	USAID Washington	2 027 121 722	dhammamy@usaid.gov
28.	Dr Emmanuel Wansi	Senior Technical Advisor MCHIP	MCHIP/USAID USA		ewansi@mchip.net
29.	Dr Michel Othepa	Technical Officer, Immunization	MCHIP/USAID USA	202 835 31 55	michel.othepa@jsi.com
30.	Dr Lola Ochaileo Gandaho	Technical Child Health Advisor, USAID BASICS Project	BASICS Bénin	229 97 11 31 56	ogandaho@msh.org
31.	Dr Aboubacar Sadou	Health Unit	USAID Mali	223 66 75 19 75	asadou@usaid.org
32.	Dr Madina Sangaré	Health Unit	USAID Mali	223 763 609 16	msangare@usaid.gov
	UNICEF				
33.	Dr Guy Clarysse	Regional Advisor Health	UNICEF WCARO	221 77 569 05 42	gclarysse@unicef.org
34.	Mr Jonathan Shadid	Communication for Development	UNICEF WCARO	221 77 802 44 12	jdshadid@unicef.org
35.	Dr Yemdame Bangagne	Médecin Spécialiste Santé	UNICEF Burkina Faso	226 70 26 58 22	ybangagne@unicef.org

N°	Nom	Designation	Organisation / Pays	Telephone	E-mail
36.	Dr. Paulin Alban QUENUM	Chargé de la Santé Maternelle Néonatale et Infantile	UNICEF Bénin	229 97 92 68 67	aquenum@unicef.org
37.	Dr Mariam Sylla Diène	Spécialiste Santé Communautaire	UNICEF Sénégal	221 33 889 03 00	msdiene@unicef.org
38.	Dr Ahmat Outman Issa	Chargé de Santé/UNICEF, Ndjaména	UNICEF Chad	235 66 23 32 49	iaoutman@unicef.org
	Other agencies				-
39.	Dr Gilbert Andrianandrasana	Senior Technical Advisor, Integrated Health Project	Management Sciences for Health Kinshasa, DRC		gandrianandrasana@msh.org
40.	Ms Silvia Theodoridis	Global Advocacy Officer, Advocacy and Communications	PATH, France	33 672 74 51 07	stheodoridispath.org
41.	Mrs Danielle CHEKARAOU	Regional Director of Health WEST AFRICAN REGION (Nutrition/Infectious Diseases)	WORLD VISION	227 97 86 10 42	danielle_chekaraou@wvi.org
42.	Dr. Dyness KASUNGAMI	Team Leader, Child health	MCHIP	12 028 353 158	dkasungami@mchip.net
43.	Dr. Michel OTHEPA	Immunization Technicl Officer	MCHIP	2 028 353 155	michel-othepa@mchip.net
44.	Dr. M. Yves MONGBO	PO Santé de l'Enfant	OOAS Burkina	226 20 97 00 97	ymongbo@wahosas.org
45.	Pr. Guélaye SALL	Pédiatre Hôpital A. Le Dantec	UCAD Sénégal	221 76 664 91 24	mgsall@ucad.sn
46.	Mr Mousapha KANE	Service National de l'Hygiène	MSP Sénégal	221 77 616 42 72	mkndbkane@hotmail.com

N°	Nom	Designation	Organisation / Pays	Telephone	E-mail
47.	Mr. Cheikh TOURE	Service National de l'Education et de l'information pour la Santé	SNEIPS / SENEGAL	221 77 576 39 87	tkhech@gmail.com
	WHO HQ				-
48.	Dr Samira Aboubaker	Medical Officer, CAH	WHO/HQ	00 41 22 7912618	aboubakers@who.int
49.	Dr Olivier Fontaine	Medical Officer, CAH	WHO/HQ	00 41 22 791 2894	fontaineo@who.int
50.	Dr Carsten Mantel	Medical Officer, IVB	WHO/HQ	00 41 79 33 25 480	mantelc@who.int
	WHO AFRO				-
51.	Dr Phanuel Habimana	Programme Manager, CAH	WHO AFRO Brazzaville, Congo	47 241 39 407	habimanap@afro.who.int
52.	Dr Charles Sagoe-Moses	Medical Officer, CAH	WHO AFRO Brazzaville, Congo	47 241 39 760	sagoemosesc@afro.who.int
	WHO IST				-
53.	Dr Pierre Kandolo Wenye	Medical Officer, IVB, IST/Central Africa	WHO IST Libreville, Gabon	24 107 963 805	kandolop@ga.afro.who.int
54.	Dr Olga Agbodjan-Prince	Medical Officer, CAH, IST/West Africa	WHO Burkina	226 70 65 85 16	agbodjano@bf.afro.who.int
55.	Dr Nehémie Mbakuliyemo	IVD, IST/West Africa	WHO Burkina	226 71 813 788	mbakuliyemon@bf.afro.who.int
56.	Dr Mawuli René Adzodo	HPS/IST/West Africa	WHO Burkina	226 70 53 11 89	adzodom@bf.afro.who.int
57.	Mr Rodrigue Barry	IST/West Africa	WHO Burkina	226 70 21 43 12	barryr@bf.afro.who.int
58.	Dr Jackson Sillah	MAL/IST/West Africa	WHO Burkina	226 70 35 61 20	sillahj@bf.afro.who.int
	WHO Country offices				-

N°	Nom	Designation	Organisation / Pays	Telephone	E-mail
59.	Dr Dina Gbenou	NPO, FRH/MAL	WHO Bénin	229 97 29 02 53	gbenoud@bj.afro.who.int
60.	Dr Jean-Gabriel Ouango	NPO/FHP/CAH/NUT	WHO Burkina	226 50 30 65 09	ouangoj@bf.afro.who.int
61.	Dr Odile Nguetabe	NPO/FHP	WHO Chad	235 66 25 72 12	nguetao@td.afro.who.int
62.	Dr Brigitte Kini	NPO/CAH	WHO DRC	243 817 00 64 17	kinib@cd.afro.who.int
63.	Dr Attaher Toure	NPO/CAH/NUT	WHO Mali	223 66 96 46 72	tourea@ml.afro.who.int
64.	Dr Balkissa Adamou	FHP	WHO Niger	227 90 85 78 87	adamoub@ne.afro.who.int
65.	Dr. Innocent NZEYIMANA	Chargé de Programme EHA	WHO Niger	227 90 95 22 31	nzeyimanai@ne.afro.who.int
66.	Dr. Arstide Roch SOSSOU	NPO Rougeole	WHO Bénin		sossoua@bj.afro.who.int
67.	Mme Vuo MASEMBE Yolande	NPO Routine Immunization	WHO RDC	243 817 150 246	masembey@cd.afro.who.int
68.	Dr Chantal KAMBIRE	Chargé de Programme Rougeole et Paludisme	WHO Burkina Faso	226 50 30 65 09	kambirec@bf.afro.who.int
69.	Dr Fatim Tall Thiam	Conseillère Chargée de la Santé de la Reproduction	WHO Sénégal	221 33 869 59 36	thiamf@sn.afro.who.int
70.	Mme Marie Diouf	Assistante de Programme	WHO Sénégal	221 33 569 59 53	dioufm@sn.afro.who.int
71.	Mr Khalifa Mbengue	Chargé de la Promotion de la Santé	WHO Sénégal	221 33 869 59 44	mbenguek@sn.afro.who.int
72.	Dr. Mohamed Boss DIOP	Point Focal PEV	WHO Sénégal	221 33 869 59 51	diopm@sn.afro.who.int