



## **Travailler avec les individus, les familles et communautés pour améliorer la santé materno-infantile.**

**Bangladesh, Burkina Faso, El Salvador, Guatemala et d'Haïti.**

### **1. Contexte**

En 2003, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié un cadre stratégique intitulé « Travailler avec les individus, les familles et communautés pour améliorer la santé materno-infantile » désigné dans ce document sous l'appellation d'approche IFC.

Cette approche s'appuie sur celle de la promotion de la Santé de la charte d'Ottawa (OMS, 1986), elle met l'accent sur le fait que travailler avec les individus, les familles et communautés est un vecteur indispensable pour assurer les soins continus recommandés pour les femmes et les nouveaux-nés lors de la grossesse, de la naissance et la période post-natale.

Le Secrétaire Général d'Enfants du Monde (EdM)<sup>1</sup>, Carlo Santarelli, a été mandaté par l'OMS pour l'élaboration de ce cadre de référence. EdM a, par la suite, adopté l'approche IFC comme ligne directrice de ses actions en appui à des projets de santé maternelle, des nouveaux-nés et des enfants.

#### **1.1. L'approche IFC**

Le cadre IFC est décrit par l'OMS comme étant une composante clé des stratégies d'amélioration de la santé materno-infantile dans les pays en développement. Ceci en effectuant le constat que ces programmes ne peuvent déboucher sur les réductions voulues de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales si les femmes et leur famille n'ont aucune opportunité d'être en santé, de prendre des décisions allant dans le sens d'une amélioration ou de la protection de leur santé et d'agir en conséquence.

Le cadre souligne le rôle actif et positif potentiel des groupes et individus pour améliorer la santé ainsi que l'importance de l'influence de différents paramètres : social, culturel, économique. Il est conçu de manière à être intégré aux stratégies nationales de santé materno-infantile comme complément des services de santé et des composantes politiques.

L'intégration de cette approche aux programmes nationaux de santé a deux objectifs principaux. Le premier étant le renforcement des capacités des hommes, femmes, familles et communautés afin d'améliorer et d'accroître leur contrôle sur la santé materno-infantile. Le renforcement des capacités est à la fois une fin et un moyen et intervient aussi bien au niveau individuel qu'au niveau collectif à travers un processus qui implique activement les individus dans l'analyse de leur situation et la formulation de solutions. Le deuxième étant celui d'accroître l'accès et l'utilisation de

---

<sup>1</sup> EdM est une ONG Suisse comptant des bureaux régionaux au Bangladesh, au Burkina Faso, au Guatemala et en Haïti.

services de santé de qualité, notamment ceux fournis par du personnel médical formé, au moment de la naissance.

Le cadre identifie des stratégies et interventions clés (à partir d'expertises et de retour d'expériences réalisées dans différents pays) visant à d'atteindre ces objectifs. Ces interventions sont présentées dans le tableau 1 ci-dessous.

Les interventions sont classées selon quatre domaines prioritaires:

- (1) **Développer des capacités** à rester en santé, prendre des décisions favorables à la santé et répondre aux urgences néonatales et obstétriques;
- (2) **Conscientisation** concernant les droits, les besoins et les problèmes potentiels liés à la santé materno-infantile;
- (3) **Resserrer les liens** de soutien social entre les femmes, les hommes, les familles, les communautés et avec le système de prestation de soins; et
- (4) **Améliorer la qualité des soins** dispensés par les services de santé et leurs interactions avec les femmes, les hommes, familles et communautés.

Les déterminants multiples de la santé materno-infantile et les objectifs proposés par la composante IFC nécessitent une approche intégrée incluant les quatre domaines prioritaires. Une approche intersectorielle est également indispensable, notamment en ce qui concerne la collaboration des secteurs éducatif, des transports, sanitaire, et des projets générateurs de revenus.

**Tableau 1: Interventions IFC dans les domaines prioritaires.**

<b>Domaines Prioritaires</b>	Développer des <b>CAPACITES</b> pour rester en santé, prendre des décisions favorables à la santé et répondre aux urgences néonatales et obstétriques.	<b>CONSCIENTISATION</b> concernant les droits, les besoins et les problèmes potentiels liés à la santé materno-infantile.	Resserrer les <b>LIENS</b> de soutien social entre les femmes, les hommes, les familles, les communautés et avec le système de soins des services de santé	Améliorer la <b>QUALITE</b> des soins dispensés par les services de santé et leurs interactions avec les femmes, les hommes, familles et communautés
<b>Interventions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins auto administrés/ soins au sein du foyer.</li> <li>• Comportements de recherche de soins.</li> <li>• Préparations à la naissance et aux urgences.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Droits de l'Homme et droits reproductifs.</li> <li>• Le rôle des hommes et les autres personnes influentes.</li> <li>• Surveillance épidémiologique communautaire et de la mortalité maternelle et périnatale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financement des communautés et gestion des moyens de transport.</li> <li>• Maternités d'attente.</li> <li>• Rôle des matrones au sein du système de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication des communautés dans la qualité des soins.</li> <li>• Soutien social à la naissance.</li> <li>• Compétences interpersonnelles et interculturelles des prestataires de soins.</li> </ul>

Source: OMS, 2003. WHO, 2003.

## **1.2. Expérience d'EdM en matière de mise en oeuvre de l'approche IFC**

EdM travaille avec des partenaires dans des pays qui connaissent des taux de mortalité maternelle et néonatale encore très importants, notamment le Bangladesh, le Burkina Faso, El Salvador, Guatemala et Haïti. Des premiers contacts ont été établis avec le Niger et le Rwanda.

Afin d'entamer le processus de mise en oeuvre de ce cadre dans chacun de ces pays, des discussions ont été menées avec différents partenaires dont le Ministère de la Santé, des ONG, l'OMS et d'autres organisations internationales. Un atelier introductif présentant l'approche aux partenaires, discutant sa pertinence et sa faisabilité dans le cadre du contexte et de la stratégie nationale, a été organisé et des modalités de mise en oeuvre définies pour chaque pays (cf. ci-après).

EdM reconnaît que pour obtenir un impact large et une certaine durabilité, il est important de s'assurer que ces programmes correspondent à des processus régionaux et nationaux plus larges, notamment avec le Ministère de la Santé. C'est pourquoi EdM encourage les partenaires locaux à engager le dialogue et des efforts pour insérer les programmes dans des stratégies nationales. EdM considère en effet que le meilleur moyen est l'élaboration de programmes communs à différents partenaires (dont le Ministère de la Santé, d'autres Ministères, des ONG locales et internationales, des agences internationales).

Un modèle général de mise en oeuvre de l'approche IFC, inspiré des expériences développées par l'OMS, l'Organisation Panaméricaine de la Santé (PAHO) et EdM est proposé dans les pays sélectionnés. (voir la Figure 1 de 2.4 Processus de mise en oeuvre).

Chaque pays a été encouragé à sélectionner, à partir de critères convenus, une ou deux municipalités dans lesquelles la mise en oeuvre serait entamée.

Les activités au niveau local ou municipal comprennent des activités préparatoires, une évaluation communautaire participative (ECP), un processus de planification conjointe, la mise en oeuvre des interventions IFC et enfin une évaluation.

La mise en oeuvre au niveau local est soutenue par les instances des districts et nationales, niveaux auxquels les activités en cours assurent l'insertion du cadre IFC au sein des processus habituels de planification pour la santé. (OMS, PAHO, EdM, 2007, en préparation)

### **Vue d'ensemble de la situation actuelle (octobre 2006) et perspectives**

<b>Pays</b>	<b>Préparation</b>	<b>ECP</b>	<b>Planification</b>	<b>Mise en oeuvre</b>	<b>Evaluation</b>
<b>El Salvador</b>	Effectuée	Comité National	Début 2007	2007-09	2009
<b>Guatemala</b>	Effectuée	Effectuée	Début 2007	2007-09	2009
<b>Haïti</b>	Atelier en octobre 2005	Demande d'un atelier d'orientation reçue.	2007	2007-09	2009
<b>Burkina Faso</b>	Atelier en Mars et Juin 2006	Accord national avec le Ministère de la Santé et Comité National organisé.	2007	2007-09	2009
<b>Bangladesh</b>	Effectuée	Effectuée	Fin 2006	2007-09	2009

## 2. Le Programme

Cette section vise à détailler les objectifs et stratégies, le processus de mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation et la situation de mise en oeuvre par pays dans 3 régions :

- a) **Amérique Latine et Caraïbes:** El Salvador, Guatemala, Haïti.
- b) **Afrique:** Burkina Faso, contacts initiaux établis avec le Niger et le Rwanda.
- c) **Asie du Sud:** Bangladesh.

Globalement, le programme a pour but de renforcer les capacités des ONG partenaires, du Ministère de la Santé et d'autres acteurs clés afin de mettre en oeuvre l'approche IFC.

### **2.1. Objectifs de la première phase communs à tous les pays**

- Examiner la faisabilité de la mise en oeuvre de l'approche IFC au sein des programmes nationaux de santé.
- Evaluer l'efficacité du cadre stratégique sur les indicateurs de développement social et en matière de santé dans le cadre d'une stratégie plus large de santé materno-infantile.
- Promouvoir l'adaptation de procédés et instruments génériques aux contextes nationaux et locaux.
- Encourager la mise en oeuvre progressive de la stratégie IFC tout en planifiant à long terme le passage à l'échelle nationale basé sur les leçons apprises.
- Promouvoir les échanges et des activités de réseau.

### **2.2. Résultats escomptés dans chaque pays**

- Comités techniques nationaux et locaux renforcés.
- Mécanismes de communication entre le niveau local et le niveau du district/national renforcés.
- Partage des leçons apprises.
- Une équipe formée à l'application des méthodes d'évaluation participative et à la planification.
- Evaluations communautaires participatives (ECP) finalisées dans les localités sélectionnées.
- Conception et mise en oeuvre d'un plan d'intervention pour les localités sélectionnées.
- Validation du cadre stratégique IFC d'ici 2009 basée sur les expériences locales et les évaluations.
- Extension de la composante IFC à d'autres districts d'ici 2009, incluant l'adaptation des procédés et instruments génériques.
- Capacités nationales de mise en oeuvre du cadre stratégique IFC renforcées.

### **2.3. Stratégies du programme**

Les principales stratégies adoptées dans le but d'atteindre les objectifs du programme sont les suivantes :

#### **Stratégies opérationnelles:**

- Soutien au processus d'éducation en santé.
- Soutien aux actions communautaires pour la santé qui portent sur l'implication des communautés dans l'identification des besoins, la sélection des priorités, la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation des activités.

#### **Stratégies institutionnelles:**

- Etablir une étroite collaboration entre les acteurs clés dont les services de santé, le secteur de l'éducation, d'autres secteurs, les ONG et d'autres groupes locaux et des organisations internationales aux niveaux national, régional et local.
- Renforcement institutionnel en termes de planification, de mise en oeuvre et d'évaluation et également en termes de compétences nécessaires pour le travail avec les communautés et pour la collaboration avec les services de santé communautaires.
- Créer un lien entre les différents programmes par pays pour offrir l'opportunité d'interactions entre les équipes nationales, promouvoir le dialogue, la collaboration et le partage des leçons apprises.
- Fournir une assistance technique et un soutien financier dans la mise en oeuvre du cadre stratégique et pour le développement de stratégies et d'intervention ; offrir des outils comme pour le processus de l'ECP.

### **2.4. Processus de mise en oeuvre**

Le processus ci-après est très largement inspiré des expériences développées par la PAHO, l'OMS et EdM au Salvador visant à entamer l'intégration de la composante IFC dans la stratégie de santé materno-infantile en place, afin de permettre aux participants nationaux d'acquérir de l'expérience en méthodes et approches participatives et d'assurer l'expansion à plus grande échelle des activités.

#### **Au niveau national.**

Tout d'abord, il est important d'obtenir l'engagement et l'implication du Ministère de la Santé national. Le ministère devrait idéalement être le partenaire principal afin d'assurer l'insertion dans les processus en cours de planification en matière de santé, en partenariat avec d'autres organisations et acteurs travaillant dans le secteur de la santé materno-infantile.

L'approche IFC a vocation à être mise en oeuvre en tant que partie intégrante d'une stratégie nationale de santé materno-infantile plus large : des actions au niveau des communautés doivent être engagées en adéquation avec les politiques et les actions de services de santé pour assurer un effet de synergie et pour que la demande ainsi créée puisse effectivement être satisfaite par les services de santé. Comme mentionné ci-dessus, un programme commun avec l'implication de tous les partenaires est la meilleure manière de faire progresser l'IFC au niveau national.

Afin de coordonner l'IFC au niveau national et de mener à bien le programme commun d'action, il est souhaitable de créer un **comité de coordination national**. Ce comité peut être un sous comité

d'un comité national de santé materno-infantile existant. La coordination du travail IFC implique la conception d'un programme de travail, la gestion de budgets nationaux et de ressources humaines, la sélection de sites de mise en œuvre, le soutien à des comités locaux, la documentation des leçons apprises, un suivi et une évaluation.

### Au niveau du district

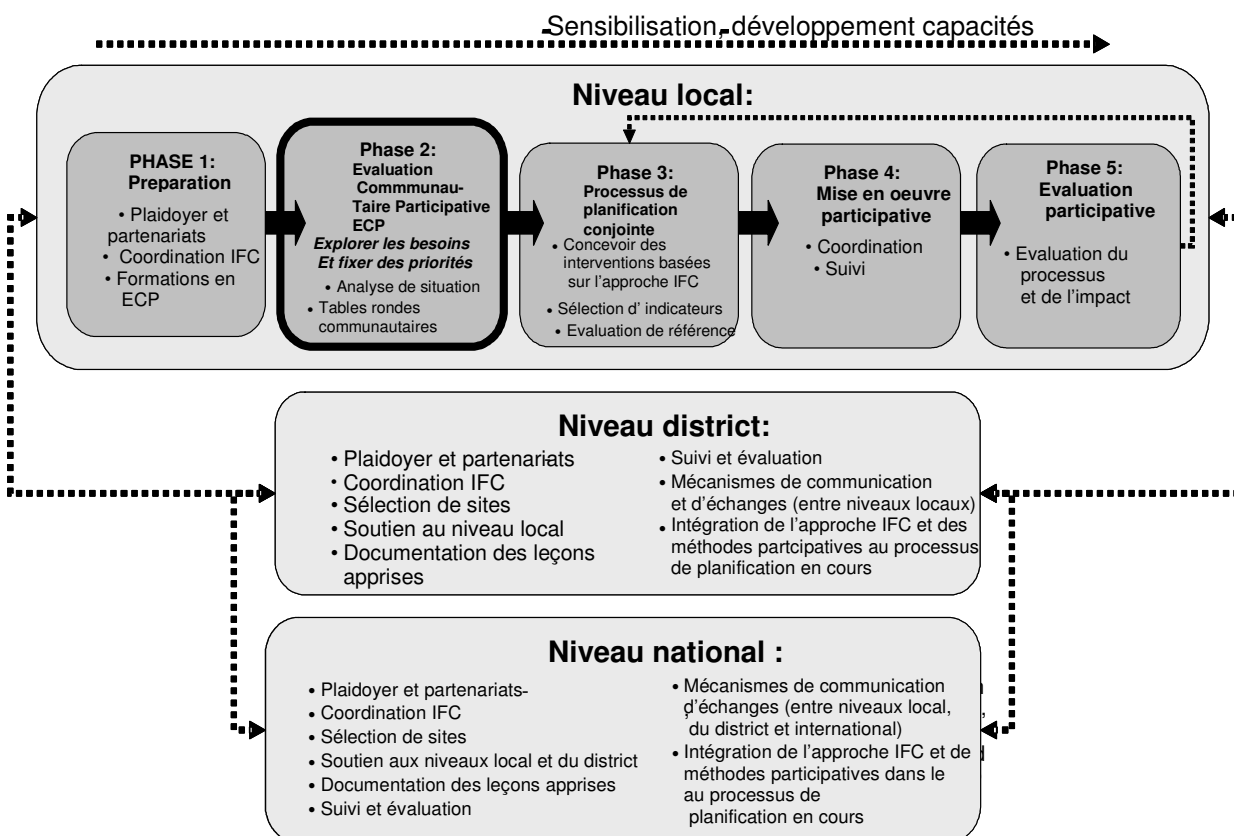
Un grand nombre d'activités au niveau national seront soutenues par des activités similaires au niveau du district. Selon la taille du pays et la configuration du système de santé, le niveau national sera plus ou moins impliqué dans les activités IFC. Concernant le niveau national, il est recommandé d'intégrer le travail IFC au sein des comités de santé materno-infantile existants et il peut être nécessaire de créer un sous comité responsable des activités IFC. Le Ministère de la Santé, au niveau du district, a la responsabilité de diriger le processus et d'assurer la coordination entre les acteurs.

Le district peut aussi être responsable de la sélection des sites en coordination avec le comité national. Il devrait normalement aussi être représenté au sein des comités locaux de la zone. Une réallocation des ressources devrait généralement être nécessaire, au sein du secteur de santé du district, en soutien au IFC, aussi bien au niveau local qu'au niveau du district, et il pourrait être important de nommer un coordinateur de district responsable de la composante IFC.

### Au niveau local.

La définition du niveau local dépendra de la géographie et des systèmes de santé des pays, généralement ce seront des petites villes, banlieues ou municipalités (idéalement 50'000 à 100'000 habitants). Les différentes phases d'un programme IFC au niveau local comptent: la préparation, l'évaluation communautaire participative, le processus de planification conjointe, la mise en œuvre et l'évaluation. Les ECP sont un premier pas pendant que les pays accumulent de l'expérience en matière de procédés de planification participative. Elles font partie d'un processus en cours. Les réseaux de services de santé et sociaux devraient régulièrement effectuer des contrôles, des procédures de planification et des évaluations.

Figure 1: Phases de mise en oeuvre de l'approche IFC



## **2.5. Suivi et évaluation**

Au niveau de chaque pays, une fois les interventions déterminées, les inputs, les procédés, les outputs et les indicateurs de résultats seront sélectionnés. La participation des communautés au suivi sera essentielle. 10 indicateurs prioritaires, tout au plus, doivent être sélectionnés (certains devraient être communs à tous les programmes nationaux), afin d'assurer que l'information est et sera disponible. Une fois les indicateurs choisis, le programme devra conduire une évaluation initiale de référence.

Des processus d'auto-évaluation seront conduits annuellement dans chaque programme et une évaluation externe aura lieu en 2009 pour tous les programmes. Les résultats de toutes les évaluations (de chaque programme-pays) seront présentés lors d'un atelier avec les représentations des partenaires nationaux et internationaux.

Le suivi des programmes est aussi assuré par les bureaux de coordination d'EdM (bureaux du Guatemala, d'Haïti, du Burkina Faso et du Bangladesh) et régulièrement par le siège à Genève. Chaque programme national aura une planification spécifique et un contrat de collaboration signé par les différents acteurs. Une firme locale d'audit révisera les rapports financiers.

## **2.6. Mise en œuvre par pays et régions**

### **a) Amérique Latine et Caraïbes (ALC)**

C'est l'une des premières régions à avoir entamé la mise en œuvre. Dans cette région, environ 23'000 femmes meurent chaque année de complications liées à la grossesse et à la naissance (PAHO, 2003) et 180'000 nouveaux-nés meurent pendant leur premier mois de vie (PAHO 2004). La majorité de ces décès peuvent être prévenus. Depuis la fin des années 1980, les pays ALC ont obtenu d'importantes améliorations de la santé materno-infantile, mais des défis de taille persistent, à la fois pour améliorer la qualité des services et leur accessibilité. La « Stratégie régionale pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle » (2002) de la PAHO est conçue pour aborder ces défis. Elle prône une approche de promotion de la santé et a identifié le développement des capacités des femmes, familles et communautés comme un parmi six domaines d'intervention prioritaires. Cette stratégie a été adoptée par les ministères nationaux de la santé en 2002.

Le Secrétaire Général d'EdM a participé (à travers des mandats) à trois réunions régionales de l'OMS et de la PAHO durant ces trois dernières années afin de présenter l'approche IFC et de collaborer à la mise en œuvre du programme régional de la PAHO pour l'IFC. EdM entretient une communication étroite avec la PAHO à Washington et avec l'OMS à Genève.

### **El Salvador**

Pendant la phase de préparation, fin 2005, le Ministère de la Santé a commencé à collaborer avec un réseau d'ONG locales, la « Concertation Educative de El Salvador » (CEES), un partenaire de longue date d'EdM, afin de mettre en œuvre la stratégie IFC, avec le soutien de l'OMS, de la PAHO et d'EdM. Un comité directeur national comprenant des représentants du Ministère de la Santé, du CEES et du bureau national de la PAHO et de l'OMS a été formé. Deux municipalités, Izalco et Nahuizalco du département de Sonsonate ont été sélectionnées comme site de mise en œuvre initiale. Des contacts avec les autorités départementales de santé, SIBASI, et avec les autorités locales ont été établis.

La première phase de mise en oeuvre, une ECP a été finalisée en juillet 2006. Un atelier de conception de la phase suivante du programme est planifié début février 2007. A partir de cette expérience, EdM participe avec la PAHO et l'OMS au développement d'un guide d'initiation à la mise en oeuvre de l'IFC et dans la conduite de l'ECP.

## **Le Guatemala**

Un partenaire local d'EdM, la Fondation Oecuménique Guatemaltèque (ESFRA), membre de l'Instance Nationale de la Santé (INS), un réseau d'ONG travaillant dans le domaine de la santé, a mené à bien une ECP dans deux districts au sud de Guatemala City, San Miguel Petapa et Villa Canales. Un atelier d'élaboration de prochaine phase du programme est prévu en février 2007.

L'ESFRA a régulièrement fourni des rapports de suivi au Ministère de la Santé et est également en contact avec le bureau du Guatemala de la PAHO. Des discussions sont en cours entre la PAHO et l'OMS afin d'entamer des discussions au niveau national sur la mise en oeuvre de l'IFC et l'expérience d'EdM servira de modèle.

## **Haïti**

EdM fournit un soutien à l'UCS<sup>2</sup> du district de l'Artibonite. Les différents partenaires de l'UCS, dont le Ministère de la Santé, le Service Oecuménique d'Entraide (SOE), l'Hôpital Albert Schweitzer (HAS), Médecins sans Frontières (MSF) ont exprimé un intérêt pour le renforcement de leur travail au niveau communautaire.

En octobre 2005, un atelier a été organisé par EdM pour discuter de l'approche IFC pour les UCS. Le Ministère (au niveau central et du district), La Banque Inter-Américaine de Développement (BID), et le bureau Haïti de la PAHO ont également participé. Les participants ont manifesté leur intérêt pour le développement de cette approche, toutefois les plans ont été interrompus en raison de la situation socio-économique et politique.

La BID soutient un programme du Ministère et a exprimé un intérêt marqué pour l'adaptation de l'approche IFC dans le cadre du soutien à la réorganisation du système de santé. Un deuxième atelier est prévu pour début 2007 pour présenter le processus de mise en oeuvre et en particulier la phase de l'ECP.

## **b) La region Afrique**

Le taux moyen de mortalité maternelle en Afrique sub-saharienne est estimé à 940/100 000 naissances vivantes. La plus grande part de ces décès survient dans les communautés défavorisées et rurales. Il est estimé qu'environ deux tiers des huit millions de décès d'enfants en bas âge, par an, résultent largement d'une hygiène et d'une santé maternelle médiocres, de soins inadaptés, d'une gestion inefficace des accouchements et d'un manque de soins essentiels aux nouveaux nés (OMS 1999). Bien que les raisons cliniques des morts maternelles soient connues, puissent être prévenues et traitées, le statut socio-économique défavorable des femmes qui engendre la vulnérabilité à la pauvreté et leur manque de participation aux prises de décisions au sein des communautés cause un délai dans la reconnaissance d'un besoin de soins, de recherche de soins et d'obtention de soins appropriés (OMS, 2002).

La résolution de ces problèmes implique l'amélioration des systèmes de santé et de consultation/dispatching mais également, d'aborder les déterminants socio-économiques, culturels et comportementaux ainsi que les thématiques de genre, y compris les rapports de force au sein

---

<sup>2</sup> Les UCS en Haïti sont des Unités Communales de Santé qui sont des unités administratives décentralisées responsables d'activités de santé avec la participation d'acteurs locaux dont la communauté, les ONG et le secteur privé.

du foyer et au niveau communautaire. Dans cet esprit, le renforcement des capacités des individus, des familles et des communautés pour améliorer la santé materno-infantile a été identifié comme un des deux objectifs de la feuille de route visant à atteindre les Objectifs du Millénaire liés à la santé materno-infantile en Afrique. Comme dans la région ALC, EdM maintient une collaboration et une communication avec le bureau régional de l'OMS et avec les bureaux de pays où des programmes sont soutenus. EdM a soutenu le bureau régional d'Afrique de l'OMS en présentant l'approche IFC lors de l'atelier Inter-pays pour le renforcement des soins aux nouveaux nés dans les programmes de santé maternelle et infantile, récemment organisé pour les pays francophones, au Burkina Faso.

### **Le Burkina Faso**

En mars et juin 2006, deux ateliers sur l'approche IFC ont été organisés par EdM, en collaboration avec le Ministère de la Santé, en particulier la Direction de la Santé Familiale. Les participants, représentant près de 30 différentes institutions y compris l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) ont identifié les programmes existants, les partenaires, les politiques nationales de soutien et les actions possibles.

Le Ministère a, par la suite, intégré l'approche IFC à la feuille de route du Burkina Faso pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et des Nouveaux Nés. Un comité interagences a été établi avec des représentants du Ministère, de l'OMS, du FNUAP et de Family Care International (FCI) pour mettre un plan d'intervention sur pied. Un guide est en cours d'élaboration pour étendre le processus au niveau national et du district. Un accord visant à la collaboration dans la mise en oeuvre du programme IFC et pour soutenir le processus au niveau du pays a été signé entre le Ministère et EdM.

### **Le Niger**

Le Ministère de la Santé a participé au premier atelier tenu en mars 2006 au Burkina Faso et a manifesté son intérêt à aller plus loin dans l'analyse de l'applicabilité et de la mise en oeuvre éventuelle. Les discussions et prochaines étapes avec le Ministère et l'OMS/AFRO sont en attente.

### **Le Rwanda**

Des contacts initiaux ont été pris avec l'Institut Tropical Suisse (ITS) et la Direction du développement et de la coopération (DDC) pour discuter de l'applicabilité de l'approche IFC dans le cadre d'un programme en cours concernant les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST). Des discussions ont eu lieu avec le Ministère de la Santé et l'OMS/AFRO et Rwanda à l'occasion de l'atelier AFRO de Ouagadougou mentionné ci-dessus. L'équipe du Rwanda a manifesté la volonté d'en apprendre davantage sur l'approche IFC et d'organiser un atelier introductif dans le pays.

## **c) La région d'Asie du Sud**

Dans la région de l'Asie du Sud-Est, les décès liés à des problèmes de grossesse constituent la première cause de mortalité des femmes en âge reproductif. Cette région compte, à elle seule, 40% des 500 000 morts maternelles annuelles à l'échelle de la planète. Des 38 millions de bébés nés chaque années en Asie du Sud-Est, 1,4 million décèdent pendant leur premier mois et un million sont mort-nés. (SEARO 2006).

Une grande proportion de femmes accouche chaque année sans l'aide de personnel médical formé et la majorité de mères et de nouveaux nés ne bénéficient d'aucun soin post-natal pendant les jours et semaines de plus grande vulnérabilité qui suivent la naissance. Les enfants nés de mères en mauvaise santé ont plus de risques d'être en sous poids et d'avoir du mal à lutter contre

les maladies. Ils sont confrontés à un environnement qui n'est pas apte à fournir des conditions nécessaires à une croissance et un développement sains.

Les Etats membres de la région d'Asie du Sud-Est de l'OMS ont exprimé leur préoccupation et ont adopté une résolution à la 53<sup>ème</sup> session du Comité Régional à New Delhi en Septembre 2000. La résolution met l'accent, entre autres, sur la nécessité d'incorporer la stratégie nationale de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle comme élément important de la réforme du secteur de la santé.

## **Le Bangladesh**

Un atelier initial a été organisé en octobre 2004 afin de présenter l'approche IFC aux ONG et aux représentants du Ministère de la Santé (niveau central). Un partenaire local d'EdM, PARI (Action Participative pour l'Action Rurale) a, depuis, travaillé étroitement avec les autorités de santé pour mettre sur pied un programme IFC dans le district de Netrokona.

Une analyse situationnelle a été menée à bien, avec le soutien d'EdM, en 2005, en utilisant des méthodes qualitatives pour explorer les perceptions et pratiques individuelles et communautaires, la disponibilité des services de santé et les perceptions des prestataires de services. Les résultats ont été transmis aux parties prenantes en janvier 2006, pendant un atelier de dissémination et de consultation. Sur la base de ces discussions, un cadre conceptuel a été élaboré par un consultant d'EdM, proposant une marche à suivre comprenant l'approche et une liste d'interventions clés et d'étapes pour la mise en œuvre. Ce document a été transmis aux autorités de santé et de planning familial locales en juillet 2006.

Un atelier a été organisé fin août 2006 pour concevoir un programme commun pour le district de Netrokona. A cette occasion, les partenaires ont établi l'ordre de priorité entre les interventions clés définies dans le cadre conceptuel. Un groupe de coordination a été proposé aux autorités locales de santé. PARI assumera le rôle de coordination et de mise en œuvre du programme, et organisera des réunions régulières pour la planification, le suivi et l'évaluation. Le programme IFC devrait commencer en 2007 et se poursuivra jusqu'en 2009. EdM continue à promouvoir les discussions sur le programme et sur l'approche IFC avec le Ministère de la Santé et d'autres partenaires au niveau national.

---

## **REFERENCES :**

- Enfants du Monde, Cadre d'orientations sectorielles, 2005.
- Promotion de la Santé, Charte d'Ottawa. Genève, OMS 1986. (WHO/HPR/HEP/95.1).
- Pan American Health Organization. *Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas*. Washington, DC, PAHO, 2002.
- Pan American Health Organization, World Health Organization and Enfants du Monde. *Participatory Community Assessments*. Geneva, WHO, 2007, in preparation
- SEARO, Making Pregnancy Safer and Child Health and Development, [http://www.searo.who.int/en/section13/section36/section129/section396\\_1451.htm](http://www.searo.who.int/en/section13/section36/section129/section396_1451.htm), and <http://www.searo.who.int/en/Section13/Section37/Section135.htm>
- accessed 6 December 2006.
- World Health Organization. *Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health*. Geneva, World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2003. (WHO/FCH/RHR/03.11)
- World Health Organisation. *Framework for the Promotion and implementation of Community Based interventions*. Brazzaville, World Health Organization, Making Pregnancy Safer, Regional Office for Africa, 2002.