

Présents

- Présidence : Winds of Hope (WoH).
- 25 Membres actifs : Association d'Entraide des Mutilés du Visage (AEMV), Antenna Technology, Avec Mali-Jura, Au Fil de la Vie, Aviation sans frontières, Bilifou-Bilifou, Ensemble pour Eux, Gegen Noma, Gesnoma, GIGIP, Hilfsaktion Noma, Hymne aux Enfants, Idées'elles, La Maison de Fati, Label Vert, La Voix du Paysan, Noma-Hilfe Schweiz, Non au Noma en RDC, Persis Burkina, Persis Valais, PhysioNoma, Project Harar, Sentinelles, Vaincre Noma, Winds of Hope.
- 1 Membre partenaire : La Chaîne de l'Espoir
- 2 Membres associés : Centre Nopoko, New Face

Invités

Organisation Mondiale de la Santé à Genève (OMS)
Médecins Sans Frontières (MSF)
Terre des Hommes (TDH)
Fondation Pierre Fabre
Zebunet
Kasnoma
Marianne Wanstall (traduction).

Excusés et représentés

4 Membres actifs : Enfants du Noma (représenté par Persis Burkina), Facing Africa (représenté par WoH), MAMA Project (représenté par WoH), Sir Peter Ustinov (représenté par WoH).

Excusés

- 1 Membre partenaire : Mercy Ships
- 1 Membre associé : Prométhée

Vendredi 23 septembre

La Table ronde est ouverte à 14h30 par la présidence de WoH avec l'ordre du jour suivant :

1. Adoption du PV	page 2
2. Point de situation par le Directeur de Winds of Hope	3
3. Point de situation sur les travaux de recherche de Gesnoma	6
4. Présentation de l'outil de Santé Mobile de Terre des Hommes	7
5. La prise en charge du noma chez Médecins sans Frontières	10
6. Les activités de Sentinelles au Niger	12
7. Une maternité Persis aux portes du Sahel	15
8. Evaluation de l'impact noma des tradipraticiens au Mali par AEMV - HUG	16
9. Présentation du Symposium international organisé par GIGIP	21
10. Présentation de l'affiche stades du noma par le groupe de travail Eric Comte	22
11. Mission de rééducation & formation de PhysioNoma à Ouagadougou	24
12. L'internat Hymne aux enfants à Ouagadougou	26
13. Activités de Hilfsaktion Noma	27
14. Communication d'Avec Mali - Jura	28
15. Présentation de l'association Zebunet	29
16. Présentation de l'association Kasnoma	30
17. Intervention de Jean Ziegler Comité Consultatif des droits de l'Homme	30
18. Film sur les activités de l'AEMV	31
19. Nouveau site internet NoNoma version beta et discussion	31
20. Divers et parole aux membres	32
21. Bilan de la rencontre et clôture	33

1. Adoption du PV de la 14^{ème} Table Ronde 2015

Philippe Rathle, WoH, rappelle que les PV sont disponibles en tout temps sur le site internet de Winds of Hope. Il effectue un bref rappel des éléments marquants de cette réunion :

1. Allocution du Président de Winds of Hope
2. Point de situation par le Directeur de Winds of Hope
3. Point de situation sur les travaux de recherche de Gesnoma
4. Mission chirurgicale d'Ensemble pour Eux à Ouahigouya
5. Les activités de Sentinelles au Burkina Faso
6. Physiothérapie post-opératoire à Ouahigouya par PhysioNoma
7. Une maternité Persis aux portes du Sahel
8. 20 ans d'actions Hilfsaktion noma pour le noma
9. Ferme et utilisation de la spiruline dans divers CRENIs par Bilifou-Bilifou
10. Evaluation de l'impact noma des tradipraticiens au Mali par AEMV - HUG
11. Campagne de prévention du Zèbre par La Voix du Paysan
12. Point de situation par le Centre Nopoko sur les maquis-bébés
13. MSF et le noma au Niger : l'expérience du Niger
14. Définition des stades du noma par le groupe de travail Eric Comte
15. Exposé sur les campagnes de collectes de fonds par Give Wisely
16. Site internet Fédération Internationale NoNoma par Winds of Hope
17. Aviation Sans Frontières « La voie des airs pour secourir la Terre »
18. Parole aux membres, bilan de la rencontre et clôture

Philippe ouvre la discussion sur le PV de la TR 2015.

La parole n'étant pas demandée, il déclare le PV de la 14^{ème} Table Ronde 2015 adopté.

2. Point de situation par le Directeur de Winds of Hope

2.1. Bilan des projets soutenus suite au Noma Day

Philippe projette à l'écran 3 tableaux faisant le bilan du Noma Day :

Total des recettes : 971 507 F

Engagement des partenaires :	255 000 F
Dons reçus suite au mailing d'information :	102 137 F
Recettes de la soirée de gala :	446 106 F
Vente aux enchères :	148 200 F
Divers :	20 064 F

Il rappelle que ces recettes ont été rendues possible grâce au précieux soutien des partenaires qui ont pris à leur charge la totalité des coûts de l'organisation de l'événement, soit 479 205 F.

Les fonds récoltés ont été affectés à 100% à des projets de lutte contre le noma sur le terrain. Les actions financées de 2009 à aujourd'hui atteignent un montant de 955 791 F. Il reste donc un solde de 15 716 F qui seront attribué ces prochains mois :

A Better Life Foundation	Rural Health progr. I/II, Land Cruiser, Juma	2009 - 2011	170 561
Association Idée'Elles	La santé au Village Formation accoucheuses	2009	90 000
Au Fil de la Vie	Sensibilisation et formation région Kayes / Ségou / Sikasso	2009 - 2015	173 739
Hilfsaktion Noma	Antenne Formation	2009	61 006
Ensemble pour Eux	Sensibilisation missions chirurgicales, Matériels sensibilisation	2009 - 2012	41 000
Sentinelles	Formation agents de santé - région centre ouest	2009	17 000
HAE - Label vert / Centre Nokopo	Prévention et sensibilisation à Kongoussi, Lait, Ferme, Maquis	2010 - 2013	72 998
Persis Burkina – La Voix du Paysan	Rencontre Noma I/II/III/IV, Lait, Maternité	2011 - 2015	179 136
Label vert	Prévention et nutrition à Nasséré	2011	23 612
Bilifou-Bilifou	Ferme de spiruline pour Persis	2011	20 000
Physionoma	Support vidéo de formation	2012	12 239
Non au Noma en RDC	Isuzu 4x4 pour opérations terrain	2012	32 500
Project Harar	Étude épidémiologique sur le noma	2012	5 000
Tombouctou 53j	Véhicule "Le Zèbre" pour sensibilisation noma	2014	7 000
AEMV	Projet de thèse du Dr Moussa Daou	2015	35 000
Hymne aux Enfants	Sensibilisation Internat	2015	15 000

Elisabeth Simon, Avec Mali – Jura, demande s'il ne serait pas utile de refaire une journée de ce genre.

Bertrand Piccard, WoH, approuve mais il faut trouver des volontaires pour prendre la responsabilité d'une telle organisation car WoH n'a plus la disponibilité pour le faire. La Fondation est actuellement en réflexion sur sa stratégie pour ces prochaines années.

Céline Lefèvre, PhysioNoma, demande comment WoH va soutenir leurs prochaines actions, étant donné que les fonds du Noma Day sont quasi-épuisés.

Philippe répond que WoH va continuer à soutenir un certain nombre d'associations, dont PhysioNoma fait partie, mais qu'effectivement le soutien à des projets type Noma Day ne sera plus possible.

Sylvie Pialoux, Au Fil de la Vie, mentionne qu'il doit être difficile de solliciter les mêmes donateurs pour Solar Impulse et pour WoH.

Bertrand précise que ce ne sont ni les mêmes donateurs ni les mêmes engagements qui soutiennent les deux organisations à l'exception de Victorinox. Puis il rappelle que WoH a donné l'impulsion de départ mais qu'une autre association pourrait très bien reprendre la présidence de la Fédération. Il incite les membres à réfléchir à une transition d'ici à la prochaine assemblée.

Sylvie craint que ce soit la fin de la Fédération car aucune association n'a les moyens d'offrir ce que WoH a apporté.

Bertrand suggère que les membres commencent par prendre en charge certaines activités et se mettent déjà à faire de la recherche de fonds ou à organiser une soirée de gala.

Sylvie relève que le carnet d'adresse est très important et que le noma est très mobilisé en Suisse, mais pas autant en France.

Ronan Grippay, Gegen Noma, intervient pour dire qu'à présent on parle beaucoup plus de noma en France grâce notamment à une campagne qu'ils ont lancée avec Samuel le Bihan. Bertrand pense que cela pourrait justement être le moment d'organiser une soirée de levée de fonds en France et d'en faire bénéficier à hauteur de 50% les membres de la Fédération. WoH veut susciter une prise de conscience et d'actions, elle attend plus d'initiatives de la part des membres.

Sylvie aimerait en savoir plus sur la campagne de Vaincre Noma.

Nadine Lemesle, Vaincre Noma, explique que cette campagne s'est appuyée sur leur parrain, S. le Bihan, acteur français, qui a totalement joué le jeu en profitant de parler du noma pendant la promotion de sa série télévisée. Un sondage préalable avait révélé que 88% des français ne connaissaient pas le noma. Des petits espaces Télé et radio ont été obtenus, également dans les cinémas, UGC. Sur le site, Facebook et Twitter l'écho a été fantastique. Les retombées sont énormes et inespérées : des millions de like, des dons, des propositions de bénévolat... Une vague de mobilisation encourageante et exceptionnelle.

Bertrand trouve fantastique que Vaincre Noma fasse une si bonne utilisation de moyens publicitaires modernes. Tout le monde devrait s'en inspirer.

Jennifer Navarro, La Chaîne de l'Espoir, confirme que la campagne a été pensée très intelligemment.

Ronan précise que le spot a subi beaucoup de contraintes de la commission de censure en raison des réactions violentes que suscitent les visages d'enfants défigurés et en raison des heures de diffusion du spot.

Bertrand trouve que c'est un comble d'avoir peur de faire peur à des enfants alors que cette maladie tue des enfants.

2.2. Point de situation sur les relations avec l'OMS/Afro et les pays

Philippe rappelle en quelques points les dernières étapes concernant ce dossier dont l'objectif est l'obtention du vote de l'OMS à l'AG de 2018 :

- En mai 2015, l'ensemble des pays de la zone Afrique ont déposé à l'Assemblée Générale de l'OMS Afro une résolution demandant l'inscription du Mycétome et du noma sur la liste des maladies tropicales négligées grâce notamment au travail de Jean Ziegler et de S.E.M. l'Ambassadeur Ehuzu.
- Un dossier complet sur le noma a été remis à l'Ambassadeur Ehuzu de l'Union Africaine, à l'Ambassadrice Sidikou du Niger, à l'Ambassadrice Ibouodo du Burkina Faso, au 1er secrétaire Dr Leo Karrer de la Mission permanente de la Suisse ainsi qu'à Madame Hausmann de l'Agence suisse pour le développement et la coopération.
- WoH, Jean Ziegler et le délégué OMS auprès des missions suisses et françaises se mobilisent pour obtenir l'appui de la zone occidentale.

Philippe explique qu'il n'a pas pu en raison de la fin du tour du monde de Solar Impulse garantir le suivi nécessaire à l'implication de toutes les parties. Grâce à sa plus grande présence il va pouvoir suivre de plus près ce dossier et le faire avancer. Il compte aussi sur le soutien de Léo Karrer.

2.3. Le dialogue politique au Burkina Faso

Le processus a été interrompu depuis le soulèvement au Burkina Faso ayant entraîné la chute de Compaoré. Philippe a rencontré au début de l'hiver l'ambassadeur du Burkina Faso en présence de Bernard Mivelaz et bien que la rencontre fût très positive elle n'a pas donné de suites malgré plusieurs relances.

3. Point de situation sur les travaux de recherche de Gesnoma

Dr Denise Baratti-Mayer, Gesnoma, présente un historique et un point de situation sur les différents travaux de recherche effectués par Gesnoma. Elle fait un bref récapitulatif des études menées à ce jour :

3.1. *Global Health 2013 « risk factors for noma disease: a 6-year, prospective, matched case-control study in Niger ».*

Résultats principaux :

- Pas d'association entre le noma et une bactérie spécifique
- Noma associé à un déséquilibre bactérien
- La malnutrition et une maladie fébrile récente sont les facteurs de risque majeurs
- Mise en évidence d'un risque «social»: grandes familles et en particulier grandes fratries avec grossesses fréquentes et rapprochées des mères

3.2. *Acute necrotizing gingivitis in young children from villages with or without noma in Niger and association with socio-demographic factors, nutritional status and oral hygiene practices. Results from a population-based survey*

Denise Baratti-Mayer, MD, DMD,^{1,2*} Angèle Gayet-Ageron, MD, PhD,^{1,3,4*} Norbert Cionca, DMD,⁵ Mahamadou Abdoulaye Mossi, med dent,⁶ Didier Pittet, MD, MS,^{1,4} Andrea Mombelli, DMD^{1,5}; for the Geneva Study Group on Noma (GESNOMA)

Résultats principaux:

- Prévalence de la GNA plus haute dans VN (7% versus 1%)
- Malnutrition plus marquée dans VN
- Familles plus nombreuses et plus grandes fratries dans VN
- Allaitement non exclusif ou de plus courte durée dans VN
- Méthodes d'hygiène dentaire différentes entre VN et VNN

VN = Villages avec noma, VNN = Villages non noma

Méthodes d'hygiène dentaire VN

- eau et sable
- eau et charbon

→ produits abrasifs → lésions gingivales? → GNA?

Conclusion

Les conditions de vie et comportements en hygiène dentaire VN ≠ VNN

→ “triggers” environnementaux (déclencheurs)

expliquant ainsi la différence d'incidence du noma en fonction des différentes aires géographiques dans la région de Zinder au Niger.

3.3. Conclusions sur les travaux de recherche

- Malnutrition chronique peut-être déjà avant la naissance
- Maladie fébrile dans les 3 mois précédant le noma
- Grossesses fréquentes et rapprochées → grandes fratries
- Allaitement non exclusif et de plus courte durée
- Familles plus pauvres
- Hygiène dentaire avec produits abrasifs
- GNA
- Déséquilibre bactérien au sein d'une flore buccale normale

80% consultent la médecine traditionnelle => d'où l'importance de mesurer les connaissances des tradipraticiens de la maladie du noma. La thèse du Dr Moussa Daou, New Face s'inscrit dans cette suite logique (voir point 8).

Denise conclut en disant que l'année écoulée a permis la rédaction d'articles scientifiques sur les résultats et une première analyse des travaux du Dr Moussa Daou, mais il n'a pas été possible de mener de nouvelles recherches.

Bertrand demande si la malnutrition de la mère est-elle toujours un facteur important.

Denise répond que c'est toujours un facteur déterminant, raison pour laquelle elle souhaiterait faire une étude sur la prévalence des bébés de bas poids et leur suivi pendant leur croissance pour établir un lien éventuel avec le noma.

Bernard Mivelaz, Persis Valais, demande si l'on ne devrait pas parler de déséquilibre alimentaire plus que de malnutrition chronique.

Elisabeth constate que l'état d'anémie des mères est sidérant quelque soit le stade de la grossesse considéré.

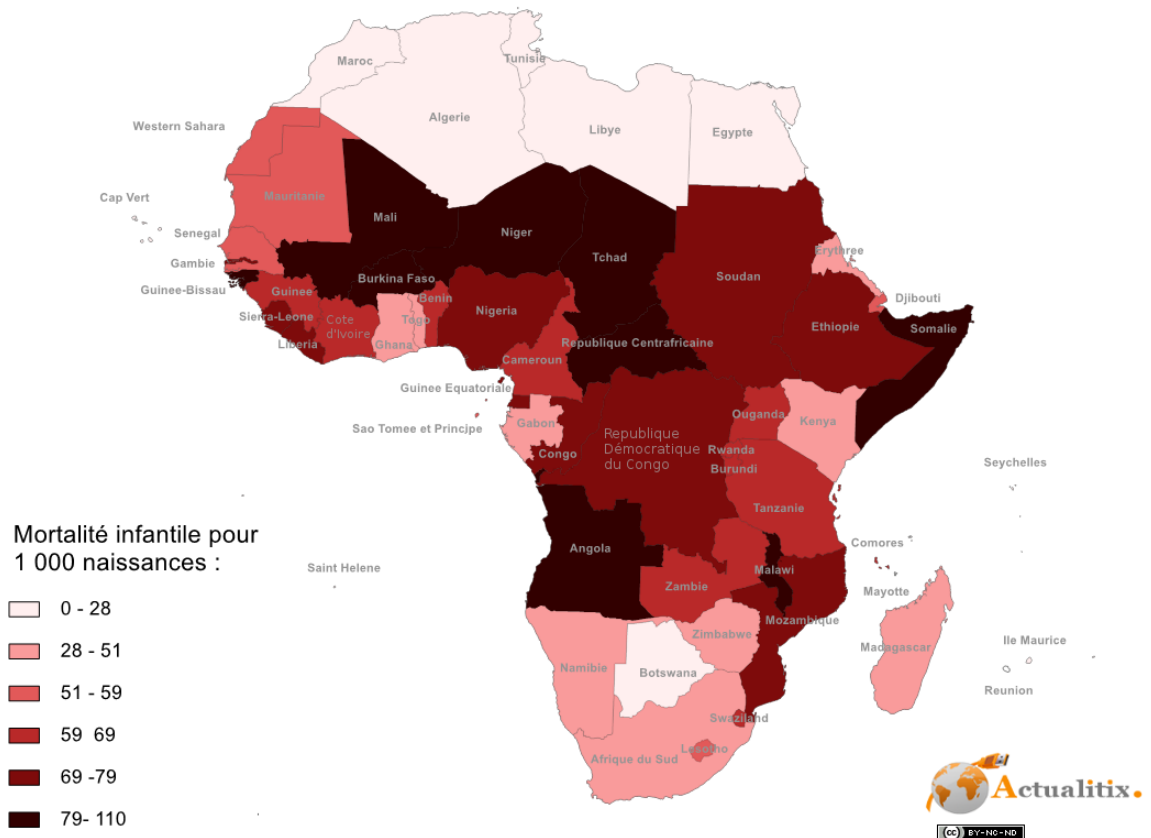
Denise confirme que l'anémie au cours de la grossesse est un facteur de risque certain, problème déjà évoqué avec la malnutrition pendant les grossesses.

4. Présentation de l'outil de Santé Mobile de Terre des Hommes

Thierry Agagliate, Terre des Hommes (TDH), responsable des programmes et en particulier du projet intitulé « Amélioration et la détection des maladies de l'enfance » présente à l'ensemble des membres le nouvel outil de Santé Mobile développé par Terre des Hommes en collaboration avec d'autres partenaires visant à améliorer la prise en charge des maladies de l'enfance dans les régions défavorisées.

4.1. Pourquoi développer outil

«Au Sahel, 1 enfant sur 10 meure avant l'âge de 5 ans de pathologies dont 70% des suites des pathologies / situations suivantes: diarrhée, paludisme, pneumonie, infections néonatales, accouchement prématuré ou manque d'oxygène à la naissance.



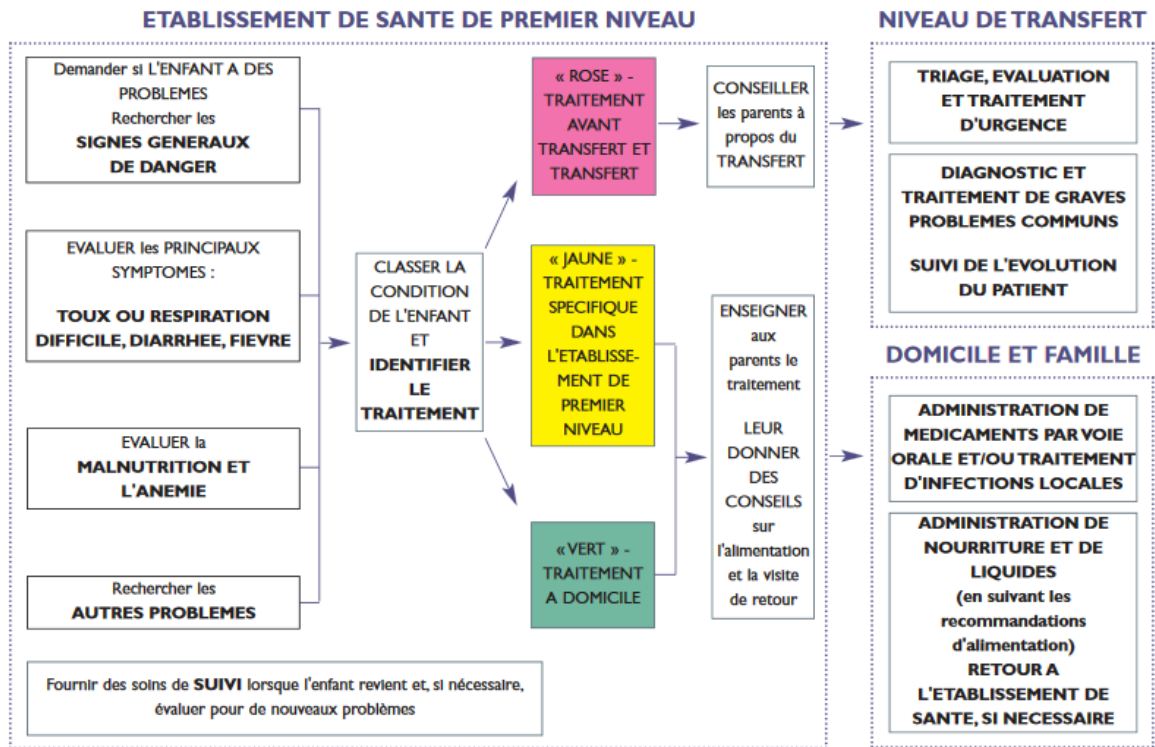
C'est la conséquence d'un manque d'accès à des soins de santé primaires de qualité : Un management inefficace couplé d'agents mal formés et d'une absence de données qualitatives conduisant à un service inefficace. Il en résulte que les enfants sont mal pris en charge.

TDH a donc développé un outil appelé « Integrated e-Diagnostic Approach» visant à améliorer la qualité de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans et permettre que :

- 75 % d'enfants soient bien diagnostiqués
- 75% d'enfants reçoivent le bon traitement
- 400 centres de santé, 3 régions sanitaires, 500,000 enfants bénéficiaires

4.2. Comment fonctionne cet outil et ce qu'il induit

Cet outil se base sur les directives du manuel de la PCIME (La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant) élaboré par l'UNICEF.



Project Components



Le Registre Electronique des Consultations

- ✓ Diagnostique et traitement automatisé basé sur la PCIME
- Statistiques et tableaux de bord
- Connectivité et synchronisation des données (2G)
- Cloud et partage de l'information



4 étapes grâce à une application installée sur tablette Samsung et remise aux agents de santé :

- Il fonctionne comme guide d'élaboration du diagnostic par une suite d'étapes à suivre. Le web flow va conduire l'agent à un diagnostic et une ordonnance adaptée.
- Toutes les données, visibles quasiment en temps réel, collectées par l'agent sont envoyées automatiquement au niveau du district pour analyse.
- Il permet un coaching et un accompagnement des agents de santé.
- Les modules de formation intégrés dans la tablette permettent de corriger les erreurs des agents de santé, avec des quizz de vérification.

4.3. Les résultats intermédiaires (Juin 2016, London School of Hygiene and Tropical Medicine)

- 80 % d'enfants pris en charge selon PCIME (+300,000 dans 270 centres de santé)
- 65,5 % de classifications correctes (control 43%)
- 69% de prescriptions cohérentes (control 42%)
- Les mamans exigent que leurs enfants soient pris en charge avec le REC (Realistic evaluation)
- Le ministère de la santé du Burkina commande une extension à une nouvelle région (Sahel)

4.4. Les Défis à relever :

- Techniques : limites de l'algorithme PCIME
- Technologiques : synchronisation et accessibilité des données
- Managériales : utilisation des données
- Institutionnels: l' intégration au système d' information sanitaire

4.5. Les Perspectives :

- De nouvelles pathologies /protocoles et un public cible élargi
- Un algorithme PCIME amélioré?
- De nouvelles coopérations techniques et opérationnelles pour de nouvelles fonctionnalités (EPFL, HUG etc)
- De nouveaux pays pour implémenter l'outil « Integrated e-Diagnostic approach» (Mali, Mauritanie etc)

Bertrand demande comment les infirmiers ont-ils le temps d'utiliser ce système.

Thierry répond qu'une consultation avec la tablette prend environ 12 minutes, d'où une bonne formation préalable des infirmiers. La tablette permet de mesurer le temps de la consultation. Très souvent les consultations sont terminées à midi, sauf en période de palu, ce qui laisse du temps aux infirmiers pour se former.

Bernard aimerait savoir comment sont sélectionnés les agents de santé et les infirmiers formés à travailler avec la tablette.

Thierry explique qu'il n'y a pas de sélection, tous les agents du district élu sont formés : en pratique l'infirmier, souvent unique, est fréquemment en formation, et ce sont les agents de santé qui consultent par conséquent ils sont tous formés.

Adama Sougouri, La Voix du Paysan, salue cette approche qui a convaincu le Ministère de la Santé et demande si la réduction de la mortalité infantile et maternelle est déjà probante et si le projet n'est pas trop budgétivore.

Thierry répond qu'une tablette coûte 350 CHF soit un prix abordable au même titre que les autres outils de travail du centre de santé. Les programmes de formation coûtent très chers et l'économie réalisée par la distribution des tablettes (qui proposent des modules de formation) est évidente. Pour le moment il y a des doublons avec les dossiers des enfants en raison de la mobilité des personnes. Ce n'est pas très grave mais c'est un problème sur lequel TDH est en train de travailler. A ce jour il y a 65% de consultations correctes, mais on ne peut pas en tirer des résultats sur la mortalité. D'autant que dans les mêmes régions il y a d'autres programmes en activité, d'où l'impossibilité de savoir à quoi attribuer les résultats positifs.

Dr Madibélé Kam, Hymne aux enfants Burkina, s'inscrit en faux contre les affirmations de TDH. Selon lui les agents de santé burkinabés sont bien formés et des données statistiques utilisables existent au niveau du Ministère. Ce que l'agent de santé burkinabé peut faire, le médecin français ne peut pas le faire. Il demande quelle est la garantie de pérennité du programme.

Thierry précise que les données remontées au niveau du Ministère existent mais ne sont pas de bonne qualité, et la formation des agents de santé reste insuffisante. Le programme est lancé depuis 2010 et déjà 270 centres de santé en sont équipés.

5. La Prise en charge du noma chez Médecins Sans Frontières (MSF)

Eric Comte présente le document intitulé « Expérience et Perspective MSF » préparé par Marie-Claude Bottineau (MSF Genève) : les actions entreprises pour mieux faire connaître le noma et améliorer sa prise en charge au sein de MSF, les possibles causes de la sous-détection du noma observée dans les résultats 2016 et enfin les perspectives possibles pour étendre la lutte contre le noma hors des frontières de MSF.

5.1. MSF face au noma:

MSF a implémenté des programmes de lutte contre la malnutrition au Niger, au Tchad, au Sud Soudan et au Nord Cameroun au travers des CRENI et des hospitalisations. Ils soignent environ 10 000 enfants au Niger.

Le problème du noma reste mal connu, mal pris en charge et a été négligé pendant longtemps. D'importants efforts ont été déployés au sein d' MSF pour faire mieux connaître le noma et améliorer sa prise en charge :

- Adaptation du protocole noma suite au travail de groupe avec Wind of hope, Gesnoma et Sentinelles
- Système de Télémédecine mis en place par Marie-Claude et Denise Baratti-Mayer (forum sécurisé sur internet ou elles répondent aux questions du personnel de santé)
- Intégration du noma dans le prochain guide pédiatrique
- Développement programmes de lutte contre la malnutrition avec autorités locales ou ONG locales (par ex : Sentinelles au Niger) en raison de la difficulté de travailler seul compte tenu de la complexité de la prise en charge
- Examen buccal systématique dans tous les programmes nutritionnels

5.2. Résultats en 2016 :

- 4 cas au Niger
- 2 cas au Sud Soudan, stades aigu œdémateux
- 1 cas au Nord Cameroun, stade nécrotique
- 3 gingivites hémorragiques traitées au Tchad

5.3. Explications pour la sous-détection

- Perception du noma comme rare
- Charge de travail rend difficile l'examen buccal
- Rotation du personnel local et expatrié
- Gingivite hémorragique négligée
- Manque de recueil et de suivi des cas dans une base des données

5.4. Plusieurs portes d'entrée pour le lobby

- Intégrer la formation dans la PCIME (Protocole standard de prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant UNICEF)
- Examen buccal dans les programmes de malnutrition (OMS, ACF) les sensibiliser aux problèmes rencontrés avec le noma et les mauvaises prises en charge
- Santé orale de l'OMS Afro
- Enregistrement des cas précoces et tardifs (OMS data)
- Maladies Tropicales Négligées?

6. Les activités de Sentinelles au Niger

Ali Adah, le responsable de terrain de Sentinelles au Niger, présente le programme « Noma au Niger ». Il rappelle quelques points clefs : le centre a démarré en 1992 et a pour mission la lutte contre le noma dans tout le Niger. La maison d'accueil se situe à Zinder, occupe 25 collaborateurs nigériens et couvre 3 volets : médical, social et la sensibilisation.

6.1. les soins :

Ils comprennent : les consultations gingivales, les soins médicaux gratuits, les missions chirurgicales à Niamey/Niger, le transfert des enfants et adultes en Suisse, la prise en charge fentes labio-maxillo palatines (malnutrition et sensibilisation).

6.2. le suivi social :

Il regroupe : le suivi médical et bucco-dentaire, des aides alimentaire et économiques en vue d'une autonomisation, le suivi et appui scolaire, les cours de vacances, la formation professionnelle et la réinsertion sociale.

6.3. la sensibilisation de masse :

Sentinelles est entré dans la 2^{ème} phase du projet de sensibilisation en 2010 dans la région de Zinder (Magaria, Matamey, Mirriah, Tanout, Gouré) avec pour objectif principal : prévention, détection précoce et prise en charge efficace dès les premiers signes du noma.

Objectifs spécifiques :

- Informer et sensibiliser les populations rurales sur la maladie du noma.
- Impliquer toutes les couches socioprofessionnelles: les tradipraticiens, matrones, imams, marabouts, enseignants, agents de santé et les « Ecoles de maris » dans la lutte contre le noma.
- Mise en place de relais communautaires afin de passer les messages et référer tout cas suspect de noma (Ecole des maris).
- Mettre à la disposition des villages les affiches présentant les signes et les différents stades du noma ainsi qu'un numéro de contact Sentinelles.
- Former les étudiants en dernière année d'école de santé de la région de Zinder.

Déroulement des activités de sensibilisation :

- Chaque semaine de lundi à jeudi un animateur et un chauffeur passent de village en village afin de sensibiliser les populations sur tous les aspects liés au noma.
- Les agents de santé et le chef du village sont nos premiers interlocuteurs, et ils organisent l'assemble générale par le biais d'un crieur publics.
- Discussions avec la population sur:
 - leurs connaissances et leur perception de la maladie du noma;
 - les causes, le diagnostic, les gestes et leur comportement pour traiter le noma;
 - Les facteurs de risque du noma (malnutrition, les tabous alimentaires, mauvaise hygiène buccale, corporelle et du milieu).

Impacts de la 2^{ème} phase :

- Les populations reconnaissent les premiers signes de la maladie et réagissent promptement en allant vers les structures santé.
- Les agents de santé réfèrent tout cas de noma suspecté vers Sentinelles.
- Le nombre croissant de cas de gingivite sont identifiés et traités.
- Le nombre d'enfants référés à Sentinelles présentant un noma en phase aiguë avancée diminue.
- Tout types de pathologies bucco-dentaires sont référées à Sentinelles.

6.4. Statistiques :

1. Evolution des consultations gingivite au centre d'accueil de Zinder :

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
328	252	264	295	216	165	53

*les 6 premiers mois

2. Moyenne d'admission noma par an selon les phases de sensibilisation :

Sans sens 2000-2003	Phase 1 2004-2009	Phase 2 2010-2015
39.5	33	48

3. Classement par régions du Niger des cas de noma admis à Sentinelles entre 2004 et 2016 :

Zinder	Tahoua	Maradi	Diffa	Dosso	Agadez	Niamey	Tillabéri
227	100	59	7	3	2	2	2

6.5. Perspectives futures pour le volet sensibilisation au Niger :

Observations :

- Suite aux séances de sensibilisation de masse et malgré la prise de conscience de la population qui réagit vite avec les premiers signes de la maladie, on constate souvent un échec de la prise en charge médicale au niveau des structures de santé.
- Le fort degré de changement d'affectation des agents de santé dans les cases de santé communautaires (CSC) a un impact sur la capacité des nouveaux agents en place à prendre en charge le noma par méconnaissance de la maladie.

Perspectives :

- A. Former systématiquement tous les étudiants d'école de santé (publiques et privées) au niveau national à la prévention, la détection et la prise en charge du noma. Les agents de santé diplômés arrivent sur le terrain déjà formés.
- B. Former les agents de santé déjà en activité sur le terrain lors des réunions périodiques organisées par les districts sanitaires. Ces formations permettront :
 - de toucher un plus grand nombre d'agents de santé lors des réunions.
 - d'avoir un impact immédiat car les agents de santé sont déjà en contact direct avec la population.
 - de diagnostiquer et prendre en charge systématiquement la maladie:
 - Détection précoce (examen buccal);
 - Diagnostic du noma parmi d'autres pathologies (tumeurs, cancers, abcès, etc.);
 - Premiers soins médicaux avant référence;
 - Référence à une structure compétente.

Philippe demande si les malades viennent aussi du Nigéria.

Ali répond que depuis qu'ils font de la sensibilisation au Niger c'est plus rare mais les cas de fentes venant du Nigéria restent fréquents.

Denise précise qu'il y a eu trois enfants du Nigéria dans le collectif des enfants étudiés.

Adama demande si la baisse des cas de gingivite découle de la sensibilisation et quel est le place accordée aux médias communautaires dans la sensibilisation.

Ali dit qu'il y a moins de cas de noma depuis la sensibilisation et ils sont en train de mettre en place une collaboration avec les radios pour les prochaines années à venir.

Madibélé demande quelle est la qualité des acteurs de santé et si la prise en charge du noma fait partie des cursus de formation.

Ali précise que dans une 1ère phase il y a eu une formation des agents de santé et des résultats ont été constatés sur la qualité de la prise en charge des cas de noma. Toutefois les parents continuent d'aller consulter les tradipraticiens d'où un retard dans les traitements qui n'est pas imputable aux agents de santé.

7. Une maternité aux portes du Sahel

Le Dr Lassara Zala, médecin responsable du Centre Médico-chirurgical Pédiatrique Persis (CMCPP) présente brièvement le projet en cours d'une construction d'une maternité au sein du centre. La décision de construire cette maternité s'est basée sur les raisons suivantes:

- elle répond à une demande de la population, le suivi des grossesses étant assuré au CCMPP mais pas le volet accouchement.
- la ville de Ouahigouya a grandi avec une population qui a fortement augmenté et seul le CHR est en mesure de faire des césariennes à Ouahigouya. En cas de difficultés au CHR, les patientes sont transférées à Ouagadougou à plus de 180km avec un risque vital important. Un 2ème bloc opératoire minimiserait ce risque et atténuerait bien des peines et angoisses.
- afin d'offrir une autre façon de prendre en charge les patientes car l'accueil est au cœur des préoccupations du centre dont la devise est « accueillir et soulager »



Le plan du CMCPP et quelques photos sont projetées afin de permettre aux membres de constater l'avancement des travaux de construction de la maternité.

Lassara termine sa présentation par la lecture de la lettre élogieuse que lui a adressé le gouverneur de la région du Nord faisant suite à sa visite en août dernier au Centre Médico-chirurgical Pédiatrique Persis. Hassane Sawadogo, Officier de l'Ordre National, le félicite ainsi que tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce merveilleux centre offrant une médecine hautement qualitative aux couches les plus défavorisées. Enfin, Lassara remercie et félicite le Dr Bernard MIVELAZ et son épouse pour leur soutien inconditionnel, sans lesquels rien de tout cela n'aurait pas été possible. Il salue leur contribution au développement des projets comme à la recherche des fonds auprès d'associations partenaires telles que Winds Of Hope, Noma Hilfe Schweiz, Fondation Peter Ustinov et de sponsors.

Un film tourné au Centre Persis intitulé « le noma : maladie de la pauvreté » réalisé par la télévision burkinabé en février 2015 est projeté. Il récapitule l'ensemble des actions menées par Persis Burkina et d'autres ONG actives dans la lutte contre le noma pour combattre ce fléau (soins, opérations chirurgicales, activités de sensibilisation en collaboration avec la Voix du Paysan et forum délibératif organisé par WoH en novembre 2014). Ce film est accessible sur le site de Winds of Hope et celui de NoNoma.

8. Impact des tradipraticiens dans la prise en charge du noma au Mali

Le Dr Moussa Daou présente les premiers résultats de son travail de thèse en cours :

8.1. Motivation de l'étude

- Selon l'OMS, 80% de la population rurale des pays en voie de développement est tributaire de la médecine traditionnelle pour les soins de santé primaires.
- Il existe peu ou quasiment pas d'informations concernant le rôle des tradipraticiens dans le diagnostic et la prise en charge de la maladie du noma;
- Contribuer à la lutte contre la maladie du noma en apportant quelques données sur les réalités concrètes collectées sur le terrain à ce sujet.

8.2. Hypothèses

- La majorité des patients présentant un noma aigu consultent un tradipraticien
- Manque de connaissances et de thérapies efficaces dans la formation des tradipraticiens pour prendre en charge le noma aigu et prévenir les séquelles
- L'absence de collaboration entre les 2 systèmes de santé (patients non adressés aux centres de soins ou établissement hospitaliers)

8.3. Objectifs principaux

- Evaluer leur degré de connaissance de la maladie du noma, leur ressenti et leur croyance
- Savoir s'ils sont confrontés ou pas au noma
- Connaître leurs approches thérapeutiques et les conseils prodigués
- Evaluer leur degré de collaboration avec la médecine moderne

8.4. Buts recherchés

- Diminuer les séquelles liées à la maladie du noma en impliquant les tradipraticiens à la prévention et la détection précoce à travers un système d'information, de sensibilisation et de formation
- Changer le regard fataliste à travers ces tradipraticiens par un système d'information
- Renforcer la collaboration entre les deux médecines parallèles dans la lutte contre la maladie du noma

8.5. méthode et matériel

- **Type d'étude** : Etude basée sur les données récoltées à l'aide d'un questionnaire standardisé
- **Période d'étude** : Mai 2015 - Janvier 2016
- **Population d'étude** : Les tradipraticiens de 3 régions au Mali avec l'accord préalable de leur fédération

Tableau récapitulatif avec les caractéristiques des 3 régions étudiées

Régions	Climat	Superficie (km ²)	Population (hab /2009)	Communes	CSCom	CSRef	Hôpitaux
Koulikoro	Soudano-sahélien	90'120	2'418'305	108	180	9	1
Kayes	Tropical sec	120'760	1'996'812	129	197	7	1
Sikasso	soudanais	71'790	2'625'919	147	206	10	1

8.6. Mode de recrutement

- Critères d'inclusion: Praticien reconnu par la fédération et sédentaire
- Critères d'exclusion: Praticien non reconnu par la fédération

8.7. Données investiguées

- Caractéristiques sociodémographiques
- Activités professionnelles
- Etat des connaissances sur le noma
- L'expérience dans la prise en charge du noma
- Relations avec la médecine moderne

8.8. Résultats observés

Des exemples des questionnaires remplis par les tradipraticiens sont montrés aux membres puis Moussa commente les divers tableaux de statistiques résultant de l'analyse des données des pratiques des tradipraticiens comparées entre les 3 régions enquêtées.

Résultats: nombres de tradipraticiens par régions

Régions	Nb de femmes (%)	Nb d'hommes (%)	Total
Koulikoro	37 (17,87)	170 (82,13)	207
Kayes	40 (20,10)	159 (79,90)	199
Sikasso	93 (28,53)	233 (71,47)	326
Total	170 (23,22)	562 (76,78)	732

Ci-dessous un tableau récapitulatant les résultats des 6 premières données investiguées portant sur l'âge moyen, la religion pratiquée, le niveau d'études, la spécialisation, l'éventuelle profession exercée en parallèle et la façon dont à été formé le tradipraticien. Il en résulte que les tradipraticiens ont un âge moyen compris entre 52 ans et 58 ans, ils sont majoritairement de confession musulmane, n'ont aucun niveau d'étude pour la plupart, ils exercent la spécialité d'herboriste et guérisseur et sont souvent cultivateurs, formés de pères en fils principalement.

Analyse des données

Pratiques des tradipraticiens comparées entre les 3 régions enquêtées

Variables	Sikasso (n=326)	Kayes (n=197)	Koulikoro (n=209)
Age moyen	52.5 (±14.3)	54.6 (±13.9)	57.6 (±13.1)
Religion musulmane	315 (96.6%)	195 (99%)	185 (88.5%)
Aucun niveau d'études	205 (64.5%)	132 (70.2%)	129 (65.5%)
Spécialité Herboriste & Guérisseur	219 (67.2%)	166 (84.3%)	162 (77.5%)
Autre profession cultivateur	106 (32.5%)	78 (39.6%)	98 (46.9%)
Formation transmise de père en fils	126 (38.7%)	111 (56.4%)	103 (49.3%)

Les trois derniers tableaux des données investiguées par Moussa font état des connaissances des tradipraticiens sur le noma et les gingivites, du nombre de cas de noma/gingivites nécrosantes observés par ces derniers par mois ainsi que du nombre de tradipraticiens collaborant avec les agents de santé moderne (quelque que soit le stade considéré de la maladie diagnostique, traitement et suivi confondus). Seul le tableau évaluant les connaissances est repris tel quel les deux derniers sont résumés en un seul tableau récapitulatif.

Analyse des données

Pratiques des tradipraticiens comparées entre les 3 régions enquêtées

Variables	Sikasso (n=326)	Kayes (n=197)	Koulikoro (n=209)	p-value
Connaissance sur le Noma:	13 (4.%)	3 (1.5%)	59 (28.4%)	<0.001
Connaissance sur les différents types de gingivites:	14 (4.3%)	3 (1.5%)	53 (25.5%)	<0.001
A participé à une formation sur le Noma:	1 (0.3%)	0	4 (1.9%)	0.045

Synthèse des deux derniers tableaux :

Analyse des données

Pratiques des tradipraticiens comparées entre les 3 régions enquêtées

Variables	Sikasso (n=326)	Kayes (n=197)	Koulikoro (n=209)
Nombre de patients avec GNA vus par mois			
Aucun	319 (97.9%)	193 (98%)	186 (89%)
<10	7 (2.1%)	4 (2.%)	23 (11%)
Nombre de patients Noma vus par mois			
Aucun	313 (96%)	194 (98.5%)	150 (71.8%)
1	11 (3.%)	3 (1.5%)	56 (26.8%)
2	2 (0.6%)	0	3 (1.4%)
Travail collaboratif avec les agents de santé moderne	88 (27%)	87 (44.2)	56 (27.1%)

8.9. Premières conclusions des enquêtes

- Satisfaction avec un taux de participation élevé dans les trois régions : Koulikoro 53,63%, Kayes 77,73% et 80,89% à Sikasso
- Demande de formation sur la maladie du noma à 100% des tradipraticiens.

- Bénéfices secondaires tels que : nouvelles demandes d'adhésions à la fédération des tradipraticiens, demande d'étendre l'enquête à d'autres régions, l'effet de sensibilisation qui était un des buts de l'étude et une liste représentative par région pour les autres programmes de la santé

Malgré l'effort fourni par les deux médecines, pour répondre au mieux aux problèmes de santé des populations, nous constatons à travers cette étude que:

- Le noma reste méconnu des tradipraticiens qui sont en 1^{ère} ligne dans la couverture sanitaire dans ces 3 régions : la proportion le connaissant étant de 4% à Sikasso, 1.5% à Kayes et 28.4% à Koulikoro
- Il existe un fort désir d'information de leur part avec un taux de participation élevé (taux moyen pour les 3 régions = 70.75%) et ils demandent un programme de formation
- Les tradipraticiens sont issus des communautés et ont toujours travaillé en leur sein. Ils doivent être associés à la conception et à l'exécution des programmes de sensibilisation des populations en matière de lutte contre les maladies dont le noma.
- Les deux médecines doivent collaborer dans un esprit de complémentarité et dans le respect mutuel, pour répondre au mieux aux problèmes de santé des populations, ce qui constitue leur objectif commun.

8.10. Perspectives futures

- Renforcer la connaissance de ces tradipraticiens sur la maladie du noma
- Possibilité d'étendre notre champ d'action sur tout le territoire Malien
- Partager cette expérience avec les autres pays de la sous région

Moussa conclut en disant que 80% de la population rurale est tributaire de la médecine traditionnelle au Mali et que la grande majorité des patients présentant un noma aigu ont consulté en première instance un tradipraticien. Il termine par remercier les donateurs ayant soutenu son travail de thèse : les Universités de Genève et Bamako, Winds of Hope et Noma Hilfe Schweiz.

Ali explique qu'au Niger en raison de l'emprise de la religion les populations consultent davantage les marabouts, il se demande si la même pratique est observée au Mali. Moussa précise qu'au sud du Mali ce sont surtout les tradipraticiens qui sont consultés tandis qu'au nord les populations ont davantage recours aux marabouts, car la sécheresse qui y règne conduit à un manque d'herbes soignantes. De ce fait très peu de tradipraticiens s'installent dans ces régions sèches.

Sylvie demande comment s'établit la qualité de tradipraticien. Moussa explique qu'au Ministère il y a un département de la santé traditionnelle. Puis dans chaque région il y a une fédération régionale composée des associations locales. Ce sont ces associations qui définissent qui est tradipraticien en se fondant sur la connaissance de l'individu et de sa famille, puis l'information est remontée au niveau du Ministère.

Sylvie souhaite savoir combien de cas de noma ont été repérés à ce jour. Moussa répond qu'il y a eu 28 cas repérés à ce jour par les tradipraticiens.

9. Présentation du Symposium International « Art 3 : Surgery in a childs Face »

Kurt Vinzenz, président et fondateur de l'association GIGIP présente en quelques slides la conférence internationale qu'il a organisé en novembre 2015 à Vienne sur la Chirurgie du visage des enfants. Il dit quelques mots sur les intervenants principaux dont le Professeur Denys Montandon, la Professeur Brigitte Pittet-Cuénod (AEMV) et la Dr Denise Baratti-Mayer Gesnoma. Il invite les membres intéressés à venir visionner l'intégralité des présentations du symposium sur le site <http://art3.gigip.org>.

10. Présentation affiches stades du noma par le groupe de travail MSF, Sentinelles, Gesnoma et Winds of Hope

Eric (MSF), Marie-Solène Adamou Pham (Sentinelles) et Denise (Gesnoma) présentent deux affiches, en fonction des deux cibles distinctes à qui elles s'adressent:

- aux services hospitaliers et centres de santé disposant d'un personnel médical formé

NOMA EXAMEN BUCCAL SYSTÉMATIQUE DE TOUS LES ENFANTS HOSPITALISÉS

<p>? Le Noma est une infection aiguë grave potentiellement responsable d'une destruction tissulaire massive affectant principalement la bouche et le visage.</p>	<p>👤 Le Noma survient principalement chez des enfants malnutris ou immunodéprimés ayant une mauvaise hygiène buccale.</p>	<p>👉 Sans traitement, la mortalité peut atteindre 100%.</p>	<p>🏥 En l'absence de traitement adéquat en phase aiguë, une chirurgie plastique complexe sera nécessaire pour la reconstruction faciale.</p>
BIEN CONNAÎTRE STADES ET PRISE EN CHARGE DU NOMA!!			
STADE 0	<p>👤 GINGIVITE SIMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Œdème et inflammation gingivale (bord rouge) • Douleur/raignement au toucher et au brossage • Parfois mauvaise odeur • Hyper-ostéite • Anorexie 	<p>🏥 PRISE EN CHARGE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bain de bouche à base buccale saline 4 à 6 x / j • Continuer les soins d'hygiène dentaire (brossage régulier + détartrage et application locale soignée de Chlorhexidine 4%) • Suivi (attention à la rapidité d'évolution de la maladie) • Multi-vitamines; Zinc; Vit A; Renutrition • Ne pas utiliser de brosses à dents ni de matériel de dentaire • Instaurer alimentation maternelle et suivi de dentif et persistance après 8 jours 	
STADE 1	<p>👤 GINGIVITE STOMATITE HÉMORRAGIQUE OU NÉCROSANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importante inflammation (rougeur + douleur) • Œdème gingival • Décollement spontané gingival • Ulcération et/ou nécrose gingivale diffuse ou localisée à 1 ou quelques dents • Halitose forte • Hyper-ostéite • Anorexie, fièvre 	<p>🏥 PRISE EN CHARGE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antalgiques & Détartrage + Bain de bouche avec antiseptique (Chlorhexidine 4%) 4 à 6 x / j • Co-Amoxiclav (ou Amoxicilline) + Métronidazole PO pendant 14 jours (si malnutrition) • Multi vitamines; Zinc; Vit A & Renutrition - Soins associés (soins parodontaux) • Suivi rapproché tous 2-3h (attention à la rapidité d'évolution de la maladie) 	
STADE 2	<p>👤 TUMÉFACTION – ŒDÈME (NOMA AIGU PRÉCOCE)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence des signes du stade 1 • Œdème de la face • Halitose forte • Douleur, anorexie, fièvre <p style="font-size: small; color: red;">⚠️ Attention: ne pas confondre avec un abcès</p>	<p>🏥 PRISE EN CHARGE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Co-Amoxiclav (ou Amoxicilline) + Métronidazole i.v. • Gentamicine IV pendant 14 jours • Multi-vitamines; Zinc; Vit A & Renutrition – Antalgiques majeurs & bain de bouche avec antiseptique (Chlorhexidine 4%) 4 à 6 x / j • Soins associés (soins parodontaux en particulier infection, détartrage & choc) • Surveillance en Soins Intensifs avec Constantes Vitales (glycémie, vitalité en jcu) • Soins de plaies mais PAS de geste chirurgical sur les tissus 	
STADE 3	<p>👤 NÉCROSE +/- PERTE DE SUBSTANCE (NOMA AIGU TARDIF)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parfois persistance de certains signes du stade 2 • Escarre (plaque de tissu nécrosé) délimitant la future perte de substance ou plaie +/- étendue dans à la chute de l'escarre • Parfois séquestra osseux visibles • Œdème forte • Douleur, anorexie, fièvre 	<p>🏥 PRISE EN CHARGE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Co-Amoxiclav (ou Amoxicilline) + Métronidazole i.v. • Gentamicine IV pendant 14 jours • Multi-vitamines; Zinc; Vit A & Renutrition – Antalgiques majeurs & bain de bouche avec antiseptique (Chlorhexidine 4%) 4 à 6 x / j • Soins associés (soins parodontaux en particulier infection, détartrage & choc) • Surveillance en Soins Intensifs avec Constantes Vitales (glycémie, vitalité en jcu) • Soins de plaies mais PAS de geste chirurgical sur les tissus 	
STADE 4	<p>👤 LESION SÉQUELLAIRE AVEC OU SANS PERTE DE SUBSTANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Très souvent perte de substance faciale • Malposition importante des dents (sans présence avant la maladie) • Parfois impossibilité d'ouvrir la bouche • Pas d'évolution depuis au moins 12 mois après la phase aiguë 	<p>🏥 PRISE EN CHARGE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène et soins de bouche + Sanitisation et brossage • Contact dès que possible avec une CHC assurant la reconstruction pour avis chirurgical (applications locales: immédiate: inhibition des séquestra osseux, des dents mobiles...) • Prévention des complications dentaires: Physio-dévoiture buccale intensive pour éviter contractures et récidives et protection du globe oculaire en cas de destruction de la paroi • Pas de geste chirurgical en urgence sauf nettoyage / ablation des séquestra et bilan labioral • Pas d'urgence pour envisager la reconstruction; délai minimal de 1 an après la phase aiguë 	
POUR TOUS LES STADES, PROPOSER SYSTÉMATIQUEMENT COUNSELING ET TEST VIH.			

- à un public plus large n'ayant pas nécessairement des connaissances médicales approfondies (ambulatoires, centres de santé externes, agents de santé etc).

EXAMEN BUCCAL SYSTÉMATIQUE DE TOUS LES ENFANTS VUS EN AMBULATOIRE

NOMA

STADES	SIGNES CLINIQUES	STRATÉGIE ET STRUCTURE DE PRISE EN CHARGE	PROTOCOLE MÉDICAL DE PRISE EN CHARGE SELON LA STRUCTURE PRÉCÉDÉE	MESSAGES DONNÉS À L'ENFANT ET SA FAMILLE
<p>Le Noma est une infection aiguë gérontale potentiellement responsable d'une destruction tissulaire massive affectant principalement la bouche et le visage.</p> <p>Le Noma survient principalement chez des enfants malnutris ou immunodéprimés ayant une mauvaise hygiène buccale.</p> <p>Sans traitement, la mortalité peut atteindre 90%.</p> <p>En l'absence de traitement adéquat en phase aiguë, une chirurgie plastique complexe sera nécessaire pour la reconstruction faciale.</p>				
BOUCHE SAIN	<ul style="list-style-type: none"> Gencive Noma Pas d'œdème Pas d'inflammation (bord rouge) de la gencive autour des dents Pas de saignement gingival Pas de mauvaises odeurs Pas de douleur 	<ul style="list-style-type: none"> Soins d'hygiène dans la communauté Conseil éducation en santé 	<ul style="list-style-type: none"> Traitement des pathologies associées et de la malnutrition et micronutrition Éducation thérapeutique du tuteur de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> Éducation nutritionnelle Éducation à l'hygiène bucco-dentaire Éducation à l'hygiène générale (corporelle et des vêtements)
STADE 0 GINGIVITE SIMPLE	<ul style="list-style-type: none"> Œdème de la gencive Inflammation de la gencive (bord rouge) Partiellement saignant Douleur au toucher et au brossage ou saignement de la gencive au toucher et au brossage des dents 	<ul style="list-style-type: none"> Soins d'hygiène dans la communauté Conseil éducation en santé 	<ul style="list-style-type: none"> Soins de bouche à l'eau bouillie ou à l'eau salée Soins d'hygiène dentaire Traitement des pathologies associées et de la malnutrition et micronutrition Éducation thérapeutique du tuteur de l'enfant Si les signes de gingivite persistent plus de 3 jours → S'ajoutent les soins d'hygiène dentaire et assurer la surveillance, renforcer l'éducation thérapeutique du tuteur 	<ul style="list-style-type: none"> Explication de la maladie Éducation nutritionnelle Éducation à l'hygiène bucco-dentaire Éducation à l'hygiène générale (corporelle et des vêtements) Si l'absence d'une amélioration après 3 jours → Ramener l'enfant à la case de santé pour vérification de l'évolution et renforcer, répéter les messages et explications mentionnés précédemment
STADE 1 GINGIVITE NECROSANTE AIGÛE	<ul style="list-style-type: none"> Mauvaises odeurs Douleurs gingivales Œdème de la gencive Inflammation de la gencive (importante rougeur) Saignement spontané de la gencive ou - nécrose des gencives (localisée à une ou quelques dents) Partiellement ou visible en dessous de la gencive 	<ul style="list-style-type: none"> Référence rapide vers la structure sanitaire pour une prise en charge médicale 	<ul style="list-style-type: none"> Si le patient vient par lui-même : <ul style="list-style-type: none"> Cher la mesure du possible d'identifier l'enfant à qui il est une personne capable de faire un diagnostic Soins d'hygiène dentaire et soins appropriés Antibiotiques oraux en fonction des stades de douleur Traitement des pathologies associées et suppléments nutritionnels et micronutrition Éducation thérapeutique du tuteur de l'enfant Si le patient est malade : <ul style="list-style-type: none"> Faire comme précédemment mais traiter la malnutrition et en plus antibiotiques oraux pendant 14 jours Soins de bouche avec antiseptique 	<ul style="list-style-type: none"> Explication de la maladie Éducation nutritionnelle Éducation à l'hygiène bucco-dentaire Éducation à l'hygiène générale (corporelle et des vêtements) Identification, dans l'entourage du patient, de la personne apte à la gencive en charge
STADE 2 NOMA STADE OEDÈME AIGÛE		À RÉFÉRER EN URGENCE EN HOSPITALISATION		
STADE 3 NOMA STADE NECROSE AIGÛE		À RÉFÉRER EN URGENCE EN HOSPITALISATION		
STADE 4 NOMA STADE SÉQUELLAIRE		À RÉFÉRER DÈS QUE POSSIBLE À UNE ONG COMPÉTENTE POUR LE NOMA OU EN HOSPITALISATION POUR NETTOYAGE / ABLATION DES SÉQUESTRES ET BILAN LÉSIONNEL		
POUR TOUS LES STADES, PROPOSER SYSTÉMATIQUEMENT COUNSELING ET TEST VIH.				



L'objectif a été de regrouper tous les messages à faire passer pour chaque stade et de les faire apparaître sur une page unique pour faciliter la vision d'ensemble. La complexité des messages délivrés varie en fonction du public cible. Ils peuvent aller d'un simple référencement à une posologie médicamenteuse précise. Le format de démonstration est en A4. Les affiches existent également en version anglaise. Elles seront diffusées en pdf téléchargeables afin que chacun puisse les utiliser selon ses besoins. Le format final en A3 semblerait l'idéal eu égard à la qualité des photos.

Denise précise que les photos doivent encore être changées car les droits de certaines ont déjà été cédées sur les affiches présentées. Le souhait serait à l'occasion de la prochaine AG d'avoir un feedback du terrain sur les affiches.

Céline Lefèvre, de PhysioNoma, regrette que cette affiche ait été faite par des médecins pour des médecins et ne prenne pas assez en compte le suivi après traitement. Elle suggère de rajouter à « bilan lésionnel » le « bilan fonctionnel » au stade 4.

Denise explique que le groupe de travail n'était pas composé que de médecins et précise que la physiothérapie est évoquée au stade 4 des deux versions.

Philippe précise que le travail commencé il y a 3 ans, n'est pas encore achevé.

Mathias Winkler, Hilfsaktion, évoque l'affiche préparée par l'OMS et demande s'il peut y avoir une convergence. La réponse est oui.

Reyna Robles, Antenna Technologies, demande où sont les causes du noma et la prévention.

Denise explique que ce n'était pas le but de l'affiche qui se veut un outil d'aide à la pose d'un diagnostic facilitant un discours commun.

Eric confirme qu'il y aura harmonisation avec le travail d'affiche fait en parallèle par l'OMS.

Caroline va envoyer en pdf les deux affiches à tous les membres qui sont invités à apporter leurs commentaires.



Samedi 24 septembre 2016

La Table ronde reprend à 9h00

11. Mission de rééducation et formation à Ouagadougou

Jean-Marie Hebling, de PhysioNoma présente la mission de rééducation et de formation organisée à Ouagadougou du 1er au 12 février 2016. Elle est la résultante d'une collaboration entre 5 associations membres de la Fédération : Sentinelles, Avec Mali, l'Association des Enfants Mutilés du Visage, New Face et PhysioNoma.

11.1. Objectifs de la mission

- Effectuer une rééducation en post-opératoire immédiat
- Sensibiliser les accompagnants des enfants en suivi rééducatif des patients atteints de noma et au suivi de ces enfants à leur retour en brousse
- Créer un cadre d'échanges d'expériences entre rééducateurs ainsi qu'avec les équipes locales

11.2. Mission 2016 : mission de rééducation et formation

- Mise en place d'un partenariat entre : Sentinelles, PhysioNoma et Béatrice Derra (kinésithérapeute)
- Etablissement d'un bilan noma pour chaque patient afin de : mesurer les résultats obtenus, définir les techniques à reproduire et le suivi à long terme (dates et durée à renouveler etc)
- Une équipe proportionnée en fonction du nombre de patients et des objectifs visés : 2 kinésithérapeutes formés + une en formation + Elisabeth Simon (Avec Mali-Jura). La présence d'Adrienne Fauser « sur le terrain » pendant la mission chirurgicale a grandement facilité le travail post-opératoire de Physionoma, Adrienne ayant déjà été formée (antérieurement par PhysioNoma) à ce type de pathologies et à leurs prises en charge.
- Formation d'Elisabeth Simon et des membres accompagnants et prise en en charge des patients opérés en soutien d'Adrienne.
- Timing d'intervention idéal: grâce à le présence d'Adrienne sur place avant l'arrivée de PhysioNoma, la prise en charge a pu démarrer dans les meilleurs délais sous les formes les plus adaptées
- Patients disponibles et facilement accessibles car résidant dans les locaux de Sentinelles
- Perfectionnement du bilan (partant du bilan de chirurgie cervico-maxillo-faciale) avec des items noma et des items orl, pour chaque patient sous forme de camembert permettant une lecture rapide de la situation du patient au fil de son évolution et une mise en évidence des urgences => pas définitif, PhysioNoma souhaite le voir évoluer

BILAN NOMA

NOM : ..Lissé..... Date de naissance :

Prénom : Fatoumata.....

Intervention : type

date

Chirurgien :

Examineur : Adrienne Faucher / Jm. Hubert.....

Fonction Psycho-Sociale

- 1 - douleur
- 2 - vécu handicap
- 3 - com. verbale
- 4 - com. écrite

Carrefour Aéro-Digestif

- 17 - dynamique de l'ATM
- 18 - langue
- 19 - mastication
- 20 - déglutition

Fonction Cutanée

- 5 - œdème
- 6 - fibrose
- 7 - vestibule
- 8 - sangle buccale

Fonction Masticatoire

- 13 - buccinateur
- 14 - orbiculaire des lèvres
- 15 - diductions
- 16 - ouverture buccale

Fonction CCS/Face

- 9 - équilibre/posture antalgique tête
- 10 - rachis cervical
- 11 - muscles peauciers (territoire moyen de la face)
- 12 - muscles peauciers (territoire cervico-facial)

DB 27mm

Dates
des bilans

02.02.2016

Jean-Marie conclut en disant que ce type de mission est idéal en raison de la concordance des facteurs : équipe conséquente en temps optimum et une disponibilité « idéale » des patients. Il remercie toutes les personnes et associations impliquées dans la mission ainsi que Winds of Hope pour son soutien financier.

Brigitte Pittet, AEMV, remercie PhysioNoma pour le travail énorme qu'ils fournissent et qui représente une assurance pour les chirurgiens de la rééducation des enfants. Pour elle, leur travail est indispensable et leur présence pendant et après la mission chirurgicale est fondamentale. Entre la 8^{ème} et la 10^{ème} année post-opératoire l'ouverture buccale continue à diminuer d'où l'indispensable nécessité de rééduquer. Sans les kinésithérapeutes, le travail des chirurgiens ne sert à rien.

Bernard Mivelaz, Persis Valais, demande comment sont formés les kinés sur place et comment sont évaluées leurs compétences et qualités.

Jean-Marie répond que sur le terrain ils ont souvent à faire à un/une seul(e) kiné à qui ils apprennent les gestes techniques et l'importance de leur implication. Il n'y a jamais de mauvais étudiants, uniquement des mauvais enseignants. C'est au formateur de se mettre à la portée de la personne formée et il ne peut y avoir d'évaluation à l'occidentale.

Valérie Elsig, Sentinelles, confirme que la présence d'une kiné formée restant sur place après les missions dans leur centre au Burkina Faso apporte une réelle plus-value car elle est garante d'un suivi sur plusieurs années. Sentinelles a toujours fait en sorte que leurs équipes soient formées, c'est un apport nécessaire.

12. Internat Hymne aux Enfants à Ouagadougou

Le Dr Madibélé Kam, pédiatre et médecin référent de la fondation Hymne aux Enfants au Burkina Faso effectue une rétrospective à ce jour et explore les perspectives de demain pour le suivi et l'accompagnement des enfants victimes du noma accueillis dans l'internat de la Fondation au Burkina Faso. La question se pose actuellement de comment réinsérer les enfants les plus anciens tout en prenant en charge les nouveaux enfants victimes du noma.

12.1. Historique

- Ouverture par la fondation Hymne aux Enfants d'un internat à Ouahigouya en 1998
- Placement des premiers enfants opérés du noma en Suisse par la fondation: Bakai, Fatoumata, Salimata, Razak
- Suivi médical, rééducation
- Scolarisation
- Transfert de l'internat à Ouagadougou et Saaba en 2009
- Ouverture de l'internat à d'autres pathologies
- Mise à disposition de places dans l'internat à d'autres ONG
- 38 enfants et jeunes en internat (19 cas de noma)
- Début des formations professionnelles pour les plus âgés

12.2. Situation actuelle

- Mobilisation en Suisse pour le financement de formations professionnelles
- 4 jeunes ont quitté l'internat et sont autonomes après avoir terminé une formation professionnelle en couture : Hama, Affoussata, Kadiiso, Alima
- 1 jeune termine des études de droit à Ouagadougou : Razak
- Dès octobre 2016 : 28 enfants et jeunes en internat
- 6 jeunes entament une formation professionnelle en 2016 : Abdina, Boukary, Souleymane, Issoufou, Jacouba, Bakai, (infirmier, enseignant, technicien de laboratoire, technicien d'agriculture, agent d'élevage)
- 2 en formation de métiers à Koudougou

12.3. Objectifs futurs

- Regrouper toutes les activités de la fondation sur un seul lieu
- Août 2016 : début des travaux de la 1^{ère} étape à savoir la construction de l'internat sur le terrain mis à disposition par le Ministère de la Santé. Le grand prix du Bazar international du Luxembourg et le triathlon Spicy 3 organisé en Belgique ont permis le financement de ces travaux.
- Pérenniser le financement de l'internat : parrainage belge, soutien de Winds of Hope, fond de soutien suisse pour la formation
- Développer l'ouverture de l'internat aux autres ONG
- Ouvrir une école pour tendre vers une autonomisation du financement de l'internat

Tous les membres sont invités à venir rendre visite aux enfants à l'internat.

13. Activités de Hilfsaktion Noma e.V

Mathis Winkler, nouveau directeur des projets chez Hilfsaktion Noma e.V commence par se présenter aux membres. Il est le fils de Ute Winkler-Stumpf qui a fondé l'association il y a de cela 22 ans. Depuis trois ans, il a quitté son métier de journalisme pour travailler avec elle et pérenniser son action.

Puis, il introduit son collaborateur, Mamoudou Adamou, qui l'accompagne à la Table Ronde. Mamoudou est le coordinateur d'Hilfsaktion Noma. Il est originaire du Niger, infirmier de formation et travaille depuis près de 20 ans pour eux.

Ils sont principalement actifs au Niger mais aussi en Guinée Bissau depuis 2008 où ils ont ouvert un hôpital. Ils collaborent avec l'OMS dans neuf autres pays d'Afrique de l'Ouest, et sont partenaires de Gegen Noma.

Mathis lance aux membres « Si vous recherchez un partenaire pour réaliser vos projets je serai ravi de discuter de toutes propositions. »

Ils ont actuellement 2 projets en cours:

- le manuel publié en collaboration avec l'OMS (sur la base d'un accord signé en 2010) sur la santé buccale, incluant le noma. Des explications sont fournies sur la manière dont a été élaboré le manuel (consensus entre experts noma, experts des ministères de la santé bucco-dentaires, revue finale de l'OMS etc) et les objectifs qu'il vise. Le manuel a été lancé cette année et est destiné à différents groupes de personnes : les dirigeants politiques, les personnels de santé, les enseignants, le tout public, etc. 5000 impressions distribuées dans 47 pays de la Région OMS. Actuellement téléchargeable sur internet en ANG <http://www.afro.who.int/en/oral-health/publications.html> ou en FR <http://www.afro.who.int/fr/sante-bucco-dentaire/publications.html>, il est prévu de le traduire en portugais ultérieurement.
- la construction d'une clinique de nutrition au Niger avec un programme de formation pour les mères dans les domaines de l'hygiène, de la nutrition et du planning familial. Il s'agit d'un projet pilote en collaboration avec le Ministère de la Santé du Niger qui doit fournir le personnel alors qu'il Hilfsaktion noma e.V finance la construction de la clinique et les coûts de fonctionnement. Selon le contrat de collaboration en cours de signature, au terme de 5 ans, si les objectifs sont atteints, Hilfsaktion Noma e.V remettra la clinique entre les mains du Ministère de la Santé.

14. Communication d'Avec Mali - Jura

Elisabeth Simon présente le travail et le projet d'un chirurgien malien, Aly Guindo, âgé de 34 ans, spécialiste en Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie, formé à Abidjan. Sa spécialisation n'existant pas à Mopti, l'hôpital régional ne dispose pas des plateaux techniques adéquats lui permettant d'exercer son métier. Il veut ouvrir une unité médico-chirurgicale pour la prise en charge des pathologies Maxillo-Faciales et Stomatologie dans la ville de Mopti. Elisabeth précise qu'elle souhaite l'introduire aux autres acteurs de la lutte contre le noma, notamment au Prof Brigitte Pittet et au Dr Daou mais qu'elle n'entend pas faire le plaidoyer de son projet d'unité chirurgicale.

Elle poursuit elle même un autre projet de construction d'un centre d'accueil plus modeste destiné à recevoir les malades du noma à Mopti.

Moussa Daou, New Face, confirme les qualités de ce chirurgien qu'il connaît bien et il encourage son projet.

Bernard propose que ce jeune chirurgien vienne travailler au Centre Persis à Ouahigouya. Il lui semble risqué d'envisager la construction d'un centre chirurgical dans une région aussi instable que Mopti. Il se demande s'il serait possible pour un médecin malien de venir travailler au Burkina Faso. Il lui est répondu que les accords de la CEDEAO devraient faciliter ce type de collaborations.

Moussa pense qu'il serait plus important de décentraliser et de répartir les médecins spécialistes dans les autres régions du Mali, plutôt que de les expatrier.

Philippe répond que ces jeunes médecins bien formés feraient mieux dans un premier temps d'exercer dans des endroits bien équipés, comme le Centre Persis, plutôt que de risquer de se décourager dans des hôpitaux manquant de plateaux techniques.

Béatrice Garette, Fondation Pierre Fabre, précise que c'est un moment opportun pour se faire connaître de leur fondation et pour leur transmettre les besoins car la France va s'impliquer dans l'appui aux hôpitaux du Nord-Mali. Béatrice, se propose de faire le lien avec ce chirurgien.

15. Présentation de l'association Zebunet

Ngoc Han Hà, présente l'association Zebunet qu'elle a fondé en 2001 et qu'elle préside. L'association est composée d'une salariée et de 15 bénévoles. Zebunet fait du micro-crédit pour l'élevage dans les pays du Sud. Le choix de favoriser l'élevage provient du fait que dans les pays du Sahel, où très peu de choses poussent, l'élevage est une ressource sûre pour les paysans : les animaux constituent un « capital sur patte » ! C'est de la situation des petits paysans surendettés, victimes d'une usurière, dans son village d'origine au Vietnam qu'est née l'idée de ce projet.

Le public est appelé, sur le site internet www.zebu.net, à financer un animal pour un paysan dans l'un des sept pays où travaille l'association. Un certificat d'investisseur garantit l'opération entre le financeur et le paysan. Le donateur devient le « prêteur » personnel d'un éleveur pour son projet d'élevage.

Avec le don, Zebunet finance l'animal, les premiers soins vétérinaires, une formation en début de projet, et le suivi du partenaire local. Un plan de remboursement, sur une durée de un à trois ans, est établi avec le paysan sur la base d'un taux d'intérêt annuel de 5 à 10%. Zebunet s'appuie sur un réseau de partenaires locaux qui gèrent les micro-crédits et encadrent les paysans tout au long du projet (conseil pour les débouchés de vente, suivi sanitaire etc.).

La difficulté majeure reste aujourd'hui de trouver des partenaires locaux fiables qui puissent encadrer les paysans, travail qui requiert beaucoup d'énergie. Toute aide en ce sens est la bienvenue.

En 15 ans d'existence, Zebunet a financé près de 15 000 animaux à plus de 5 000 agriculteurs vulnérables, ils ont 15 partenaires locaux dans 6 pays, 24 projets en cours et 1551 bénéficiaires de microcrédits en cours.

Philippe rappelle qu'on ne peut simplement renvoyer à la pauvreté un enfant pauvre qui a grandi à travers un long parcours médical. Pour sortir de la pauvreté, il doit pouvoir accéder à un projet professionnel et il faut aussi soutenir la famille qui l'entoure. Le microcrédit reste un important facteur clef de la réinsertion.

16. Présentation de l'association Kasnoma (RDC)

Carmen Faivre s'était rendue chez Winds of Hope en octobre 2015 pour évoquer son souhait de constituer une association de lutte contre le noma en République Démocratique du Congo suite à sa rencontre avec la Dr Marie Louise Nyarwaya, dentiste à Kinshasa. Quelques mois plus tard, elle crée l'association Kasnoma qu'elle préside aujourd'hui.

Le petit film projeté présente les membres de l'association, les collaborations entre le Dr Sady Kipasa et la Dr Marie-Louise Nyarwaya responsables du programme de lutte contre le noma en RDC ainsi que les actions entreprises par Kasnoma pour venir en aide aux enfants victimes du noma et à leurs mères se trouvant dans des situations de précarité extrême.

Résultats obtenus: Parcouru 8 centre de santé pendant 4 semaine, 57 enfants en état de malnutrition sévère, 16 cas de noma, 3 décès d'enfants dont 1 de noma et 7 prises en charges de mères et enfants en situation précaires (suivi nutritionnel, micro-crédit pour ouvrir un commerce, recherche de logement et formation professionnelle).

Carmen recherche de fonds pour construire à Kinshasa un petit centre pour accueillir les victimes du noma et leurs mères.

17. Intervention de Jean Ziegler Comité Consultatif des Droits de l'Homme

Jean Ziegler revient sur la problématique des Nations Unies en rappelant les deux fronts de lutte que sont l'inscription du noma sur la liste des maladies négligées et le combat mené par le Comité des droits de l'enfant qui est constitué de 18 membres contrôlant son application par les États membres. Il a été obtenu que la problématique suivante soit posée aux États: « Qu'avez-vous fait pour lutter contre le noma ? ». Tous les 5 ans sur la base d'un tournoi les états membres doivent rendre compte de cette question au Comité.

Par exemple : l'Ethiopie a signalé dans son rapport ne pas avoir de cas noma chez eux ... une association de chirurgiens s'est rendue en Ethiopie pour opérer des victimes du noma et a signalé la présence de cas de noma au Comité qui a ainsi pu refuser le rapport éthiopien. L'Ethiopie a été contrainte de présenter un nouveau rapport faisant apparaître une situation plus réaliste en regard du noma.

Jean Ziegler propose de transmettre à Philippe les rapports des états convoqués chaque année pour rendre compte de leur application de la convention afin qu'il puisse les mettre à disposition sur le site de la FINN. Il invite les membres à contrôler la véracité des réponses données en regard du noma par les gouvernements dans les pays où ils sont actifs et d'informer le Comité quand les réponses ne le sont pas. Jean explique que les gouvernements des pays en voie de développement n'aiment pas révéler l'existence de dysfonctionnements dans leurs systèmes de santé.

Sadi Kipasa, Non au Noma en RDC, salue cette communication qui apparaît comme un possible coup de fouet pour son travail en République Démocratique du Congo. Il espère que cela va pousser le Ministère de la Santé à leur demander des informations sur leurs actions.

Victoria Clare, Project Harar souligne qu'il pourrait y avoir un conflit d'intérêts quand une association collabore étroitement avec le gouvernement ce qui est le cas de Project Harar en Ethiopie. Elle se verrait mal dénoncer le rapport du gouvernement éthiopien.

Philippe propose que dans ce genre de situation l'information soit remontée chez Winds of Hope qui se charge de la transmettre au Comité de sorte à préserver l'anonymat de l'informateur mais Victoria reste sceptique.

18. Film sur les activités de l'AEMV

Présentation d'un film qui fait découvrir les enjeux, l'ambiance et les émotions d'une mission chirurgicale réalisée au Burkina Faso par l'Association des Enfants Mutilés du Visages en collaboration avec le Dr Daou, les infirmiers et animateurs d'Ensemble Pour Eux. Ce film tourné en 2015 dans les infrastructures du Centre de Persis Burkina, par Christian Lajoumard, a été réalisé à l'intention des donateurs mais aussi des partenaires et des membres de la Fédération ayant contribué à la mission. Il devrait être disponible prochainement sur le site de la Fédération.

Bernard, afin de ne pas oublier qui a fait sortir du sable ces bâtiments et permis leur maintenance, rappelle que Bilifou-Bilifou et Persis Valais sont à l'origine du financement du centre chirurgical et que Winds of Hope intervient dans l'exploitation de ces infrastructures.

19. Nouveau site internet NoNoma et discussion avec l'assemblée

Philippe et Caroline parcourent rapidement le site de la Fédération Internet NoNoma pour le présenter aux membres (plan du site, composition des pages, déroulement par accordéons etc.). Le site se veut avant tout un outil à la disposition de la Fédération. Les membres sont sollicités pour apporter leurs informations en particulier sous « actualités » faire vivre cette rubrique (news, témoignages, photos, proverbes etc.). Il serait intéressant aussi de rajouter de la documentation sur la maladie, les membres sont invités à fournir de la littérature. Les textes peuvent aussi être revus et amendés. L'agenda devrait être utilisé comme un outil de partage des activités des membres pour informer.

Sur la page qui regroupe l'ensemble des membres il y a la possibilité d'entrer sur la page personnelle de chaque membre. Les associations professionnelles ont leur propre site mais les petites associations, qui n'en ont pas tous, peuvent utiliser cette page internet comme une vitrine pour présenter leurs activités en y apportant régulièrement des modifications, toujours en passant par Caroline. Il n'y a pas d'accès direct possible sur le plan technique.

Une version anglaise du site est en préparation.

Philippe précise qu'à terme, toutes les présentations de la Table Ronde seront disponibles sur la page du membre concerné, ce qui simplifiera les procès-verbaux car de simple renvois aux documents en ligne pourront être faits.

Elisabeth a déjà proposé des témoignages d'enfants elle demande s'il en faut encore.

Philippe précise que cette page de témoignages existe sur le site de Winds of Hope mais pourrait aussi trouver sa place sur ce site de la Fédération et il est preneur.

Mathias félicite Caroline pour ce travail fantastique, car il trouve très utile d'avoir cet outil. Il aimerait relire la page d'Hiflsaktion Noma. Il souhaiterait une communication plus régulière au sein de la FINN, il propose de créer un groupe sur Facebook pour ce faire.

20. Paroles aux membres

André, Bilifou-Bilifou suggère d'organiser un nouveau Noma Day en 2018.

Philippe explique que WoH ne se relancera pas dans cette aventure et renvoie cette organisation à d'autres membres. Par contre il mettra à la disposition des nouveaux organisateurs toute l'expérience et la documentation du Noma Day 2008. Il précise qu'il faut 2 à 3 ans pour préparer un Noma Day et que l'horizon 2020 semble plus réaliste. Il faut aussi se poser la question de savoir si l'on veut un Noma Day ou Noma Night : la journée en 2008 a sensibilisé et coûté sans rien rapporter, tandis que la soirée a été l'occasion d'une levée de fonds importante ... Ce n'est pas le même objectif.

Bernard se tourne vers Gegen Noma et Vaincre le noma en les mandatant pour l'organisation d'un Noma Day en insistant sur l'importance d'une visibilité européenne et internationale.

Ariane, Label Vert, se fondant sur les propos de Bertrand de la veille revient sur la question de l'avenir de la FINN. Face à un certain essoufflement et les nouveaux projets de Bertrand, il devient urgent de réfléchir à la suite ... La FINN a 14 ans ce qui la fait entrer dans l'âge de l'adolescence et de l'accompagnement vers l'autonomisation. Il faut entendre le message de Bertrand ! Un vrai débat doit être préparé. Des propositions existent et il faut les trouver. Quelques membres ont été remplacés par leurs enfants, une nouvelle génération qui travaille avec des outils nouveaux (facebook) et qui ne manque pas de ressources ... Elle propose que la TR 2017 soit principalement consacrée à cette question et précédée de travaux par groupes géographiques qui apporteraient leurs réflexions et suggestions. Par le site et un éventuel groupe Facebook des informations pourraient circuler sur ces travaux.

Philippe la remercie pour cette intervention. Il rappelle que WoH ne veut pas lâcher la FINN mais souhaite cette autonomisation. Il propose dans un premier temps de garder la journée du samedi 2017 (jusqu'à 13h) consacrée à ce thème, ayant été précédée par des groupes de travail qui apporteraient des propositions.

Adama suggère de désigner ici avant de partir une équipe comme point focal.

André qui part pour six mois au Burkina Faso se propose de travailler avec le groupe des africains.

Sadi demande comment on peut organiser un travail en commission africaine ?

Philippe précise que la FINN est une agora qui réunit une fois par année des membres pour qu'ils travaillent ensemble.

Bernard pense qu'il ne faut pas changer quelque chose qui marche bien... Il s'interroge sur la pertinence d'avoir des groupes de travail qui réfléchiraient à changer quelque chose qui fonctionne.

Philippe explique qu'il y a un essoufflement chez Bertrand et lui parce que nous avons aussi d'autres objectifs. L'organisation d'un autre Noma Day est un investissement en temps que nous ne sommes pas en mesure d'assumer. WoH ne souhaite plus être l'unique responsable de la Fédération. Elle s'occupera toujours du noma mais elle doit avoir des réflexions sur ses axes d'actions à l'avenir.

21. Bilan de la rencontre et clôture

La parole n'étant pas demandée et avant de clore les débats, Philippe rend hommage à l'ensemble des participants pour la qualité et la richesse des débats qui ont rythmé ces deux journées. Il exprime aussi sa gratitude à notre fidèle et précieuse interprète bénévole, Marianne Wanstall, à notre secrétaire de séance, Ariane Vuagniaux ainsi qu'à Caroline Guye pour l'organisation parfaite de la Table ronde.

Les membres rendent hommage à Philippe et le remercient pour son engagement pour la Fédération et la lutte contre le noma.

Philippe souhaite à chacun un bon retour chez soi et donne rendez-vous à l'année prochaine.

La Table ronde est levée à 13h30



La Présidence :

Winds of Hope
Lausanne, le 25 octobre 2016