Ministère de la Santé et de la Prévention

Community Health Project: USAID Health Program

ANNUAL ACTIVITIES REPORT

Year II: October 2007 to September 2008

Prepared by Mamadou Diagne
For USAID Senegal
October 2008

Cooperative Agreement
n° 685-A-00-06-0061-00

Introduction:

The USAID Community Health Program aims at improving family health in five (05) Regions: Kaolack, Kolda, Louga, Thies and Ziguinchor. The Project implementation period is 2006-2011 (5years). It covers 28 health districts. It is implemented by an NGO consortium led by Christian Children's Fund-Senegal (CCF) and including Africare, Plan and World Vision. The total population covered is estimated at 1,961,243 inhabitants, (61%) of the five (05) regions' total population. The direct beneficiaries are children 0 – 5 years (380,481), women of reproductive age (451,086), pregnant and breastfeeding women (16,239). Source: Estimated coverage PSSC, in June 2008. The project includes the community Presidential Malaria initiative (PMI). This component is implemented in all regions (11 regions) and health districts (58) of Senegal. The consortium NGO has also been extended to include Counterpart (CPI) and Catholic Relief Services (CRS). Total population currently covered is 4,014,829 people; among them, children 0 - 5 years (778,877) and pregnant women (33,243). Source: Estimated coverage PSSC, in June 2008.

The activities planned in the annual plan (Oct. 07 - Sept. 08) are: to continue implementing PMI extension activities; ongoing implementation and documentation of pilot studies; to complete the training of community actors, to finalize huts / sites equipment; service delivery in all huts / site; to supervise / support community actors; Project overall management. The activities already achieved and documented in the 1st, 2nd and 3rd quarterly reports were: to complete training of community actors (CHWs, relays, TBAs and committee health members); to equip huts / sites with materials and drugs; to set-up PMI extension activities; to continue implementing pilot studies; to consolidate service delivery in huts and sites monitored by the Project; to participate in technical meetings and workshops organized by partners; to continuously monitor activities, to bring technical and methodological support to zones; continuous supervision of activities at community level; overall coordination of Project activities.

The main activities planned for the 4th quarter (July, August and September 2007) were: to complete training of TBAs on the initial offer of contraceptive pill in health huts; to start offering family planning services in all pilot huts; to organize community actor post-training follow-up sessions, to participate in the implementation of the study on the use of misoprostol; to test a strategy to prevent female genital cutting (FGC) in Vélingara; to assess the 1st cycle of a community-based strategy to prevent abortion; to follow-up the use of Long Lasting Action Insecticide Treated Bed Nets (MILDA) in the areas; Diarrhea management with new formula ORS and Zinc in all pilot huts, systematic monitoring and documentation of interventions; implementation of the IRS/IEC component; Project overall management. This report describes activities carried out during the 4th quarter (July-Sept. 2007) and consolidates all the results the project achieved during its 2nd year of implementation (Oct. 06 - Sept. 07). It includes three parts: reported period activities (4th quarter and year 2), administration and finance, activities planned for the 1st quarter of the 3rd year project (Oct., Nov. and Dec. 08).

I- Reported period Activities (4th quarter and year 2):

The activities documented concern mapping of interventions, the progress of pilot studies, the level of performance of huts / sites, activities monitoring and training of community actors.

1.1-The interventions:

Activities planned in this area for the 2nd year are: the offer of a MIP service package in all functional huts in Senegal (all regions except Dakar), the availability of an extended service

package including maternal and child health in 5 regions (Kaolack, Kolda, Louga, Thies and Ziguinchor) and the implementation of a specific service package in huts covered by health facilities that meet the basic requirements to serve as a resort for these services (5 regions).
The MIP package: it includes 10 community malaria basic services: **1**. Treatment of simple cases of malaria with ACTs, **2**. Promotion of intermittent preventive treatment for pregnant women, **3**. Promotion of the use of ITNs, **4**. Support for the preparation of the distribution of MILDA (free distribution or targeted with vouchers), **5**.Populations education on prevention, 6.Populations education on early seeking of care, **7**.Populations education on early referral of serious cases, **8**.Populations organization and education to prepare IRS, **9**.Community mobilization, 10.Community advocacy. The 2nd year action plan was planned to enrol 1297 huts and 528 Sites. At the 4th quarter, all huts (1 297) and sites (528) identified were functional and offering services on a regular basis.
Basic package: it includes 20 services focused on mother and child health: **1.** management of malaria cases with ACTs, **2**. diarrhea management with ORS, **3**. Treatment of wounds and first aid care, **4**. Systematic de worming of children from 1 to 5 years with Mebendazole, **5**. children 0 to 3 years growth promotion monitoring; **6**. Promotion of consumption of iodized salt and high-iodine food, **7**. Recognition of danger signs in children and pregnant women, **8**. early seeking of care, **9**. Promotion of skilled services in advanced strategies (IPT, PNC, PoNC, FP, ATV and EIP), **10**. women Supplementation with iron and vitamin A, **11**.Promotion of assisted delivery, **12**.Promotion of the use of modern family planning methods and contraceptive re supplying, **13**.Prevention of STI / AIDS, **14**.Promotiong of healthy diet and nutrition practices for children and pregnant women, **15**.Social marketing of MILDAs (promotion, support for distribution and re impregnation), **16**.management of moderate malnutrition and referral of serious cases, **17**.mothers education on the prevention of ARI, malaria and diarrhea; **18**.children aged 6 months to 5 years supplementation with Vitamin A, **19**.populations Information about services available, **20**.Promotion of delivery plan, assisted delivery and unexpected delivery performed by skilled TBAs ("5 clean"). The basic package was offered during the 4th quarter in 831 huts and 523 sites, 100% achievement with reference to the 2nd year action plan.
The Specific package: it includes 5 services whose implementation requires the joint efforts of the several USAID implementing agencies and the Ministry of Health (initially equip of health facilities and training of staff). The status of the specific package implementation in eligible huts in the 4th quarter presents as follows: community-based management of ARI with Cotrimoxazole (90.5%), neonatal and perinatal care (100%), Community TB follow-up (84.6%), ORS / Zinc (100%), offer of Standard day Method (SDM) / collars by TBAs in health huts (34.3%). The gaps observed in comparison with the forecasts are related to the non availability of inputs (SDM) or health facilities lack of capacity (equipment and training of higher-level health staff Collars used for SDM are currently available in 239 test huts (100%) and effective service offering is expected for the next quarter.
2

1.2- The Pilot studies:

The pilot studies planned for the 2nd year are: the initial offer of contraceptive pills by TBAs in health huts, adaptation of the community-based action model to prevent the first-term haemorrhage, the use of misoprostol by TBAs in huts to prevent post-partum haemorrhage, to develop a strategy to prevent female genital cutting (FGC), supplementation and local flour fortification with iron, use of cell phone in IEC and referral management. All these studies were initiated between the 1st and 2nd quarter. Their progress is as follows:

1.2.1- Initial offer of pill by TBAs: 239 health huts are involved in 5 regions: Kaolack (31), Kolda (54), Louga (34), Thies (105) and Ziguinchor (15). The training sessions were completed during the 4th quarter in all areas except the districts of Louga and Darou Mousty (training of trainers completed, training of midwives scheduled for December. 08). The supplying of contraceptives is completed in all eligible huts. The post-training follow-up is started in some areas (Popenguine, Kaolack, and Mbour). The steering committee held its last meeting on September 24 in the Reproductive Health department. The issues highlighted are: the importance of an ongoing documentation of the intervention to prepare a potential scaling-up, the organization of a joint post-training follow-up with participation of all members of the steering committee; continuous information of the steering committee by submitting a quarterly interventions progress summary. Activities planned for the coming quarter are: a joint post-training follow-up with partners (17th –22nd Nov 08), the training of midwives in Louga and Darou Mousty (Dec. 08) and the strengthening of TBAs supervision / mentoring.

1.2.2 Community Mobilization around post-abortion care: The effective implementation began early in the second year and intensified during the third and fourth quarters. Adaptation and validation of tools, selection of tests sites (2 urban neighbourhoods in Mbour and 2 villages in the area of Nguéniène in Joal) and the training of trainers and of community groups' representatives had been completed in the 1st year. During the second year, the representatives (leaders) of 16 community groups (4 groups of grandmothers, teenagers, men, heads of families, young mothers) have trained the members of their groups, developed action plans and implemented the activities planned. These activities have been the subject of continuous monitoring and evaluation by communities. The evaluation of the strategy was carried out between 1st and 5th September 08 in the test sites. The results are very encouraging (see attachment to the annual report). A provisional cycle was also introduced pending the finalization of tools adapted. The next steps planned are: the finalization of methodological tools; the sharing of pilot phase results with partners, the organization and implementation of a 2nd cycle in the sites of Mbour and Joal; organization of strategy scaling-up in the regions of Kolda (2 sites), Ziguinchor (2 sites) and Louga (2 sites); ongoing monitoring and documentation of the process.

1.2.3-Use of misoprostol at Community level: The protocol was reviewed taking into account the consensus on the study's final guidelines developed with partners. The application for authorization has been completed and presented to the ethics committee. The ethics committee has examined the dossier and made comments. The additional information requested have been collected and submitted. The final decision of the committee could come up in the course of the 1st quarter of 3rd year. Activities planned for the next quarter are: selection of site, development of implementation tools (training modules, management tools...) and planning of implementation activities at the operational level.

1.2.4-Supplementation / flour fortification with iron: The baseline surveys were conducted at the end of the third quarter. The final report was presented during the 4th quarter. A memorandum of agreement is under discussion with Micronutrient Initiative (MI) for the training of project staff on pre-mixture dilution techniques. Under the promotion of diversified diet and consumption of micronutrients, 9000 fruit trees were acquired 3090 of them are placed within community area awaiting grafting. 5910 children benefited from fruit trees planted in households. The next steps concern training of staff and the start of the flour fortification with iron.

1.2.5-Development of a community based strategy to fight against female genital cutting (FGC): The FGC project tested in the district of Vélingara is scaled up. It takes into account girls' education in local culture context and populations sensitization on the consequences of female genital cutting. Several steps have been achieved during the year even if delays were recorded in the timing of activities. The review of the document was completed between the 2nd and 3rd quarters. Further qualitative study was conducted during the 4th quarter. The implementation of specific activities has also started during the 4th quarter. These activities are:

• Intergeneration community forums for the mobilization of community members to discuss their concerns about girls' education and define alternative strategies to promote the elimination of FGC and revitalization of good cultural practices.

• The development of tools for the training of community activity leaders: The tools include unsolved stories, tales and songs to be used with community groups and students. They must serve as supports for the animation of participatory learning sessions with groups of young mothers, grandmothers, heads of families / community leaders, religious leaders and youth. activities Planned for October to December 2008 are: **1**. sharing of results and orientation of the pilot project with partners, **2**. training of community-based activity leaders on facilitation techniques and participatory communication with community groups, **3**. organization of participatory learning sessions with community groups on FGC and girls holistic education, **4**. use of alternative rites of passage for adolescent girls (RPA) to promote their education and give raise to critical thinking on FGM, **5**. use of stories, songs and traditional stories in classrooms and in community activities involving grandmothers and young mothers in order to increase appreciation of local cultural values and traditions by children and women, **6**.Animation of activities with health workers in health facilities and in communities, **7**.Ongoing documentation.

1.2.6-use of cell phones for IEC and referral management: the referral terms of the study were presented, discussed and validated with consortium partners since the 1st quarter. In the 2nd quarter, the call for bids was launched for potential tenderers. In the 3rd quarter, only one technical and financial proposal was received. The process was started again in the 4th quarter and extended to potential actors. The next steps concern the receipt of proposals and the selection of an operator.

1.2.7- Diarrhea management with ORS-Zinc: It is not a pilot study but a specific activity monitoring, considering its innovative character in Senegal. The situation analysis initiated by the Ministry of Health and Prevention (DANSE) before the introduction of the new formula ORS (nf ORS) and zinc in the new diarrhea treatment protocol was completed during the third quarter (April - June 08). All pilot huts were provided with nf ORS and Zinc allocated by UNICEF during the third quarter (April - June 08). Effective service delivery was started in all targeted huts during the same quarter (April - June 08). Despite the delay in products availability, the objective set by the Project for the 2nd year was reached. The scaling-up was difficult due to delayed ordering of product by the National Supply Pharmacy (PNA). The next steps will focus on the ongoing documentation of the intervention and advocacy sessions for the availability of nf ORS / Zinc at national level.

2. Specific malaria control activities:

The main activities carried out during the year are: Community mentoring during free MILDA distribution campaigns, implementation of IRS/IEC component in the pilot districts, the target-based system monitoring and huts supplying with ACT. Other MIP activities are

described in the chapter on service delivery in huts (management with ACT, advanced strategies / IPT and malaria IEC/BCC).

2.1. Community organization for free MILDA distribution

The Project supervised MILDA distribution at Community level under the MIP, and supported the free distribution campaigns organized by the (PRN). A total number of 842,339 free MILDA were distributed during this year. They were divided as follows: PMI free distribution (678,556), PRN free distribution (101,676), Free MILDA offered by other backers (NGOs, tourists… :62,107).

A free MIP distribution: The free MILDA distribution campaigns coupled with local supplementation (JLS) and de-worming days was organized from June 24th to July 2nd 2008 in the regions of Diourbel, Fatick, Kaolack, Thies and Ziguinchor. The campaigns targeted children from 6 to 59 months. 750, 000 MILDA were distributed to the 31 health districts of the five regions involved. The communication plan was implemented on the basis of various community mobilization strategies: Advocating with leaders, radio spots aired on community radio stations, door to door information spread by town criers, public animation, talks, home visits... 7520 relay and volunteers were trained in the 5 regions. The official ceremony to launch activities was held in Diourbel on June 25th 2008.

The objectives set were achieved: of 748,000 MILDA received by districts, 678,556 were distributed. The distribution rate is of 90.7%; of 685,475 vouchers distributed, 678,556 were redeemed, representing an exchange rate of 99%. The free MILDA distribution has greatly increased populations' participation in Local Supplementation Days (JLS) and helped manage cases of reluctance and refusal noticed during JLS. Problems faced are generally related to short deadlines set for operational organization, non effective supervision and training of relays in certain areas (standards set for training sessions are not respected, irregular supervision…). After the national assessment workshop, districts having MILDAs left transmitted the restructuring plan to the (National Malaria Program (PNLP). Plans were validated except in the district of Mbour (4904MILDA). Campaigns called "have you tied your MILDA" are being organized in all the districts and will continue during the 3rd year.

B-free distribution in partnership with PRN: the PRN held a free MILDA distribution campaign targeting children aged 0 - 59 months on March 2008 in its areas of intervention. The Project supported the activities in the districts of Thies, Mbour, Kolda and Fatick. Populations outreach activities have been integrated in IEC / BCC routine activities of the areas' monthly action plans. These activities targeted pregnant and breastfeeding women, mothers of children under 5 years, men, community leaders, women-support groups, and community-based organizations. In total, 101 676 MILDA were distributed to children under 5 years with the assistance of the USAID Community Health Project (19 888 Mbour, 25 045 Thies, Kolda Fatick 23 150 and 33 593).

2.2-Decentralization of the MILDA targeted distribution (voucher system):

Since the 1st quarter, a steering committee including the PNLP, NetMark, the Community Health Project and IntraHealth was settled to coordinate activities to decentralize targeting program at health hut level. The committee designed a guidebook on decentralization of targeting programs, organized regional orientation-workshop and developed a memorandum of agreement between the huts and health post committees. The committee meets monthly to review decentralization of the targeting program. Significant progress is noted but organizational and logistical problems still exist: delays in the effective implementation of the targeting process in some huts, some chief post nurses (CPN) entrust ITNs to relays for

distribution to groups targeted; vouchers not available during advanced strategies, coordination problem between the field agents of different agencies (Consortium, NetMark, Intrahealth) ... Corrective measures have been taken by the different agencies to address these difficulties (participation of Netmark supervisors in the coordination meetings organized by the consortium's zone offices).

2.3-Implementation of the Indoor residual spraying (IRS) IEC component

During the year, the project has supported the implementation of the IRS/ IEC component in the districts of Richard Toll (2 stages), Nioro and Vélingara (1 stage). The IEC action plans included the following activities: Validation of the communication plan by the district, micro-planning with the district senior team (DST) and chief post nurses (CPN), selection of relays and accessibility of resources (finance, training and IEC tools), orientation of district senior team and of CPNs on the adjustments suggested by the national assessment workshop (management of rumours, care for side effects, readjustment of some messages in connection with products effectiveness...), training of relays and monitoring of the different sessions, implementation of IEC activities, evaluation of the IEC action plan. Lessons capitalized during the 2nd year are:
Strengths: community more involved and trained in accordance with the rules set; districts' obvious commitment, Gradual appropriation of IEC activities monitoring by nurses (CPNs); active support from local administrative and religious authorities, commitment of community leaders and CBOs in mobilizing community groups and problem solving, better public support to the activity, settlement of a functional steering committee in each district; faster management of cases of refusal; support from Peace Corps Volunteers in populations awareness raising, effective collaboration between partners (RTI, Consortium and districts); good use of community media with radio broadcasts and spots.
Areas to be Improved: delay in the payment of motivations for relays, non involvement of some CPN in IEC activities follow-up; persistence of cases of reluctance and refusal in Richard Toll despite the strategies to raise populations' awareness; period where the of IRS stages are implemented (rainy season made it difficult to have access to some areas and disrupted teams progress); "last minute" modifications in some teams progression plans, insufficient involvement of chiefs of village in solving problems related to moving stuffs (for IRS); management of rumours (ineffectiveness and toxicity, side effects ...).
The recommendations are: a survey to assess people's satisfaction in order to better understand the reasons for refusals; organize IRS activities before or after the rainy season; integrate an IEC component in the training of applicators to prepare them for interpersonal communication and negotiation with populations and other actors in the field; to give motivations to relays; to document rumours and reasons for refusals and integrate them into tools contents and in strategies.

2.4-supplying huts with ACT:

In the first quarter (October, November and December 2007) 672 huts received ACT supplies. The Community Health Project held a working session in February 2008 with the team of the PNLP for health huts' additional allocation of ACT. 20 other districts have been covered (districts whose huts had never received an ACT allocation before). During the 4th quarter, the Project has reviewed the overall statement of huts that have not yet received an ACT supply or are out of stock. Further negotiations have begun with the PNLP to get an additional ACT supply. 14,350 kits per presentation (25 kits per presentation and per hut) were allocated by the PNLP in September 2008 to cover the 574 huts involved. The Project facilitated the

transportation of ACT to huts. ACTs are available since the beginning of the 4th quarter in the 1297 health huts enrolled under the PMI.

3. Service delivery in health huts:

During the 4th quarter health huts continued implementing activities planned in the service packages: the fight against malaria (treatment of malaria with ACTs, advanced strategies / IPT, IEC / BCC), treatment of pneumonia with Cotrimoxazole, treatment of diarrhea with ORS or SRO / Zinc, illness management according to the standards and protocols (malaria, pneumonia, diarrhea), community TB, delivery and post childbirth monitoring, referral and referral follow-up, children 0-3 years growth promotion monitoring, vitamin A supplementation and de worming, IEC / BCC.

3.1-Fight against Malaria:

3.1.1-treatment of malaria / fever:

Summary chart of data on Malaria

Cases	Number					%
	Q1	Q2	Q3	Q4	Total	
Cases of Malaria seen	7,734	6,494	8,063	18,628	41,059	
Cases of Malaria treated	7,048	6,366	7,903	18,042	39,519	96.25
Serious cases of malaria	689	128	40	586	1,443	3. 51
Cases of Malaria referred	691	151	160	586	1,588	3.87
Cases referred	0	32	74	0	106	0.26
Deaths from malaria	0	3	0	0	3	0.01

The number of malaria cases managed with ACT constantly increased during the year up to a maximum of 18 000 cases in the 4th quarter, the reasons are mainly related to the availability of ACT which has varied during the Year. 39 519 malaria cases (96.25%) of 41 059 were treated with ACTs in the second year of the project. 1 443 cases were considered serious (3.51%) and were referred. Other cases referred (145) concerned patients who had not recorded improvements after three days of treatment, infants under 2 months and pregnant women. Among the cases referred, 106 (0.26%) have been counter referred. Three cases of death presumably due to malaria were reported during the year.

3.1.2-Advanced IPT-oriented Strategies: advanced strategies in health huts began in April 2008 with the support of IntraHealth. 2546 advanced strategy visits were carried out in health huts, of which, 2206 PNC / IPT, 285 with MILDA vouchers. 8773 pregnant women benefited from the activity: 5207 for TPI 1 and 3759 for the IPT 2. The launching of advanced strategy activities was delayed and the number of MILDA vouchers distributed seems small compared to the number of women who have benefited from the service at health hut level. The implementation of the activity is very low in some districts (Louga, Linguère, Kébémer ...). Monitoring and coordination Problems at operational level have been identified during activities implementation. A synergy meeting between the Project, IntraHealth and the USAID Health Program's regional offices is scheduled in Thies to strengthen activities in this area and in Reproductive Health (RH). A thematic workshop to develop a joint action plan (SR / Malaria) between the Project and IntraHealth is also planned for the period from 29 to

31 October 2008 with the participation of the USAID Health Program's regional coordination offices of Thies and Kolda.

3.1.3 Malaria IEC / CCC Activities: During the 2nd year, 160 269 IEC / CCC activities were carried out to fight against malaria. 746 106 people were reached by the sensitizing messages and activities. The techniques used are: counselling sessions; home visits, individual interviews, animation sessions with grandmothers; pregnant women solidarity circles; advocacy sessions, and social mobilization; environmental sanitation and cleanliness activities. The IEC activities focused on the treatment of cases (28,820), the promotion of intermittent preventive treatment during prenatal consultations (17,488), promotion of MILDA use (44,847), the Education in early seeking of care and recognition of danger signs (59,390), sensitization on IRS (28,205) and many other malaria-prevention unspecified activities (13,962). The people targeted by these activities are pregnant and breastfeeding women, mothers of children under 5 years, men, community leaders; women support groups (GPF) and community-based organizations (CBOs).

3.2-treatment of pneumonia:

Summary chart of data on acute respiratory infections

Case	Number					%
	Q1	Q2	Q3	Q4	Total	
Cases of pneumonia seen	1,252	1,827	3,273	4,713	11,065	
Cases of pneumonia treated	1,214	1,771	3,135	4,687	10,846	98.02
Serious cases of pneumonia	38	7	93	26	164	1.48
Cases of pneumonia referred	43	56	138	26	263	2.38
Cases counter-referred	0	12	22	0	34	0.31
Death of pneumonia	0	0	0	0	0	0

11 065 cases of pneumonia were seen in health huts providing this service (306) 10 846 (98.02%) of them were treated with Cotrimoxazole. 263 (2.38%) cases were referred; 164 (1.48%) for serious classification. Thirty four counter-referral cases (0.31%) were reported. No cases of death due to pneumonia have been reported during the year.

3.3-treatment of diarrhea:

Cases	Number					%
	Q1	Q2	Q3	Q4	Total	
Cases of diarrhea seen	1,247	1,971	3,869	7,389	14,476	
Cases of diarrhea treated	1,226	1,942	3,530	7,337	14,035	96.95
cases of Serious diarrhea	21	26	56	52	155	1.07
Cases of diarrhea referred	29	29	84	52	194	1.34
Cases of diarrhea counter-referred	14	9	19	0	42	0.29
Deaths due to diarrhea	0	0	0	0	0	0

Of the 14 476 diarrhea cases (96.95%) seen at health huts, 14 035 managed with ORS. 194 were referred (1.34%), 2 860 (20%) treated with ORS/ zinc (3rd and 4th quarters) .155 cases

referred (1.07%) were considered serious. Other referral cases (39) concerned infants and the cases who had not recorded improvement after treatment. The number of counter-referral cases has not been documented.

3.4-Quality of care:
Diseases involved are malaria, pneumonia and diarrhea. At all level, the management rate according to the standards and protocols exceeded 99%. Over 99% of patients were declared recovered according to data reported. For malaria, only 0.26% of the cases managed with ACT have not recorded improvements after three (3) days of treatment. 99.68% of cases of pneumonia were managed with Cotrimoxazole according to the standards and protocols set by the Ministry of Health.

3.5- Tuberculosis follow-up:

Summary chart of TB data at community level

Cases	Number				
	Q1	Q2	Q3	Q4	Total
Suspected cases referred	815	133	134	32	1114
New cases detected	77	55	65	30	227
Cases followed-up	757	745	736	70	2308
Continuation	435	403	389	47	1274
Patients under DOT	245	55	182	26	508
Cases cured	61	67	74	13	215
Children 0 to 5 years under chemoprophylaxis	481	150	87	5	723
Referral	16	12	6	0	34

During the 4th quarter, 32 suspected cases were referred to health facilities by the community actors. 30 were found positive after appropriate tests. In total 1 114 suspected cases were referred during the year to health facilities by the actors for confirmation and 227 (20.4%) were confirmed positive. All patients confirmed positive benefited from a counselling. The number of new cases followed during the first year is 2 308; 1 274 of them are under treatment continuation. Among patients under treatment, 215 recovered. Thirty-four (34) referral cases have been reported in areas consolidating his component. 723 children under five in contact with adults infected were placed under preventive chemo prophylaxis. 9 957 people were trained in the supervision of directly observed treatment (TDO). Only the district of Mbour has documented the number of anti tuberculosis cells and associations that are functional and active in the fight against TB at community level (16).

3.6 Delivery and post childbirths -monitoring:

Cases	Number					%
	Q1	Q2	Q3	Q4	Total	
Total deliveries recorded	1,750	2,899	3,370	3,855	11,874	
Assisted by TBAs	1652	2899	3119	3309	10979	92.46
Referred to health facilities	66	90	251	546	953	8,03
Post partum Vitamin A	798	1769	1034	867	4468	40.70
Post childbirth 1	264	307	631	421	1623	14.78
Post childbirth 2	175	249	429	209	1062	9.67
Tetanus neonatal	0	0	0	0	0	0.00

11 874 deliveries were reported during the second year of project implementation. 10 979 of them were assisted by a trained TBAs (92.46%). 10 147 newborns received the essential care at birth. 4 468 newly delivered women (40.70%) received vitamin A; 1 623 mothers (14.78%) had their first post-natal consultation in the first three days of delivery and 1 062 (09.67%) had their second post-natal consultation between the fourth and eighth days. 16 115 newborns have benefited from postnatal follow-up visit within three days of birth. The number of PoNC is still very low. Outreach campaigns will be organized to promote PoNC. No cases of neonatal tetanus have been reported by the zones.

3.7-Referral and referral follow-up:

The referral of serious cases (malaria, pneumonia and diarrhea) is effectively systematized in health huts. For the second reported year, 2 045 cases (3.08%) out of 66 460 cases (all diseases combined), have been referred. In the other hand, only 182 (8.90%) ARI, diarrhea and malaria referral cases have been reported. The counter referral has remained the weak link in the chain of the system since the beginning of the year.

3.8- Growth promotion monitoring:

Annual summary chart of nutrition data

Cases	Number					%
	Q1	Q2	Q3	Q4	Total	
Children monitored	31,789	61,398	121,077	182345	396,609	
Children weighed	27,248	29,609	59,679	66,483	183,019	46.15
Adequate weight gain	18,970	25,176	42,277	58,270	144,693	79.06
Global Malnutrition	3,181	126	12,402	8.,213	23,922	13.07
Moderate malnutrition	3090	113	12266	8062	23531	98.4
Serious malnutrition	91	13	136	151	391	1.6
Cases of Malnutrition recovered	1022	67	11086	1629	13804	57.7

396 609 children aged 0-36 months were regularly monitored during the second year of the program. 183 019 newly enrolled children (46.15%) were weighed. 144 693 representing 79.06% of children weighed recorded an adequate weight gain. The global malnutrition rate (moderate and serious) is 13.07% (23 922 children). 23 531 cases of moderate malnutrition (98.4%) were managed at health hut level according to the standards and protocols set by the Ministry of Health. Cases of serious malnutrition (1.6%) were referred to health facilities. 13 804 cases of malnutrition managed at health hut level recovered (57.70%).

3.9-Supplementation with vitamin A and de worming:

Annual summary chart of data on supplementation and de worming

Cases	Number					%
	Q1	Q2	Q3	Q4	Total	
Supplementation with vitamin A	176,669	164	703,496	390,117	703,496	99.8
De worming	170,848	102	637,927	346,849	637,927	99.9

703 496 children aged 6-59 months have been supplemented with vitamin A, representing a coverage of 99.8%. 637 927 children from 1 to 5 years were de wormed (99.9%) in the areas covered by the Community Health Program.

3.10-IEC activities:

Annual Summary chart of IEC / BCC data

Cases	Number				
	Q1	Q2	Q3	Q4	Total
Educational talks	5,936	7,702	12,297	11,973	37908
Advocacy sessions	249	415	778	538	1980
Community meetings	450	449	594	612	2105
Social mobilization	40	108	81	154	383
Radio broadcasts	36	5	20	23	84
Film showing	67	81	75	52	275
Home visits	24,887	19,788	38,464	42,884	126023
Animation with grandmothers	134	177	281	383	975
Individual interviews	45,460	40,897	85,713	88,370	260440
Pregnant women solidarity circles	154	150	230	362	896
Cooking demonstrations	210	367	0	209	786
Animations using plays	1	1	0	2	4
School activities	638	90	182	4	914
Cleanliness activities	24	356	979	548	1907

The IEC activities focused on prevention of TB and HIV / AIDS, assisted delivery, pregnant women and children diet, Community ARI, diarrhea, family planning, hygiene and sanitation, de worming of children aged 12 to 59 months, nutrition of children and pregnant women ...
The activities targeted mothers, community leaders, adolescents and men: 1 980 advocacy sessions, 2 105 community meetings, 383 social mobilization, 37 908 educational talks, 126 023 home visits, 975 animations with grandmothers, 786 cooking demonstrations, 896 pregnant women solidarity circle, 260 440 individual interviews, 4 animations using plays, 1 907 environmental cleanliness activities (Set-Setal) and 914 activities targeting school.
The number of people who attended these IEC/BCC activities in each area is specified in the indicators monitoring chart attached.

4. USAID indicators Analysis:

The indicators identified with USAID for the year 2007-2008 are divided into 4 components: HIV / AIDS, Tuberculosis, Mother and Child Health and Malaria. Objectives were set at the beginning of the year for each of these different components and are documented every quarter. The results are detailed and attached to this report. The annual summary related to these objectives is as follows:

HIV / AIDS: the annual objectives set were largely exceeded and some were even tripled. It is worth noting that the HIV / AIDS was removed from the project portfolio. The Project however continued documenting the corresponding indicators because related activities were still carried out

Tuberculosis: the objectives set for the second year were largely reached, with coverage rate sometimes increasing fourfold. Annual hut-rehabilitation objective was 4 huts. 74 were rehabilitated with the support of the Project at zone level.

Mother and child health: only the objective related to diarrhea management among children aged 0 to 5 years with the ORS was not reached. The gap is due to ORS stock shortage at the national level (PNA). The results for this indicator (60%) were achieved thanks to a support received from UNICEF. It is worth noting that this support from (UNICEF) allowed reaching the objectives set for zinc because the unavailability of the product at national level had been used to fix levels of performance.

Family Planning and Reproductive Health: only the objectives related to the offer of pills and collars (MJF) in health huts have not been reached. The delay in huts supplying with products and in obtaining authorization from the ethics committee made it impossible to reach the expected results in this area.

Malaria: indicators related to malaria were entirely covered with results far exceeding the objectives set.

Justification of gaps

- **Training**: The number of training sessions planned was largely exceeded. Area offices have trained all the community actors presented by communities in order to get a better level of coverage and a more sustained community-based interventions. Instead of one relay per hut, it was trained 1 relay for each hamlet polarized by the hut to reduce the range of movement of actors. The health committee members have all been trained in malaria prevention. Finally, new actors have been recruited and trained to replace those who were already trained but resigned.

- ***Rehabilitation of huts***: The over-achievement is due to additional repairs which were not included in the action plan but were done, given the state of some huts (eg: heavy rains that destroyed or damaged huts in Nioro ...). These additional repairs have been strongly supported financially by local governments. Populations and other partners have participated in making other huts be more attractive.

- ***children's growth Monitoring***: the gap seems to be related to the number of huts / sites that actually offered this service during the year (831) which is higher than the number target in the plan of action (655). The partnership with the NRP has also helped to exceed the expected results.

- ***Assistance in childbirth and postnatal monitoring***: it was planned that 50% of deliveries expected in huts would be assisted by skilled health care providers (health facilities) and that only unexpected deliveries (estimated at 50%) would be covered by the TBAs in huts. The rate of births covered by skilled providers was far lower, increasing the number of deliveries done at health hut level. This is a "pernicious effect" to be addressed by intensifying the promotion of delivery in health facilities as provided by standards and protocols set by Ministry of Health.

- ***IEC / BCC:*** the large number of actors trained, and of huts/sites made functional has influenced the number of people knowing the different components of the program. The

intensification of IEC activities during special events (World Malaria Day, IRS, AIDS day, exclusive Breastfeeding (AME)...) also contributed to exceeding the objectives se in terms of sensitization.

-Offer of family planning services: delay in obtaining the approval of the ethics committee has resulted in delays to the next level of training of midwives and the establishment of inputs (pills, SDM collars). The objectives have not been achieved.

- Diarrhea management with ORS / Zinc: the non-availability of ORS and Zinc at national level explains negative gaps recorded in this area. The results, although insufficient, were achieved thanks to an exceptional donation dance received from the UNICEF and which was transferred to the Project for cases management at health hut level.

Conclusion on USAID indicators*:* all objectives set for the year were largely achieved and even exceeded except for indicators related to the contraceptive methods (standard-days method and pills) and the ORS. The reasons for the non-achievement of these objectives are: delays in products supplying by the Ministry of Health (RHD), delays in the training of TBAs due to a late receipt of authorization from the ethics committee, non-availability of ORS at national level all over the year.

5. Supervision and training:

5.1-Supervision:

the supervision was regularly done during the 2nd year. During the fourth quarter, the community staff (relay, TBAs and CHWs) in health huts and community-based sites benefited from a much closer supervision from project agents. The supervision carried out was formative and focused on capacity building and quality services control. Huts' activities supervision by districts (CPN) was marginal all over the year despite advocacy sessions conducted at different levels (national steering committee, medical regions, districts, and health posts).

5.2 Training:

During the 4th quarter, 169 CHWs, matrons and relays have been trained on the extended package (Male: 41, Female: 128), 60 TBAs on family planning / initial offer of pills (FO / IOP), 348 CHW, TBAs and relay on the PMI components (Malaria). The division of training per area is as follows:
- Area of Kaffrine and Nioro: 231 CHW / TBAs and relays (IOP / FP: 18 FP, extended package 231).
- Area of Dahra and Louga: 8 TBAs on IOP / FP.
- Area of Thies, Diourbel and Khombole: 6 TBAs on IOP / FP.
- Area of Mbour and Kaolack: 13 TBAs on IOP / FP.
- Area of Ziguinchor and Sédhiou: 15 TBAs on IOP / FP.
- Area of Saint Louis and Podor: 18 CHWs / TBAs and relays on Malaria.
- Area of Bakel and Tambacounda: 72 CHWs / TBAs and relays on Malaria.
- Area of Fatick - Bambey: 27 CHWs / TBAs and relays on Malaria.

The total number of CHWs, TBAs and relays trained on the extended package during the second year of project implementation is 7 037 (male: 2 193, Female: 4 844) against 2 366 (297.4 %) expected. The total number of TBAs trained in family planning and initial offer of

pills is 271 against 333 (81.4%) expected. The gap is due to the delayed training sessions in Louga and Darou Mousty. 8 530 CHW, TBA and relays (male: 3 205, Female: 5 325) were trained during the year on PMI components (281.89%). 449 Project agents skilled on community intervention strategies, program's technical components, monitoring-evaluation system and on the Thiart amendment. Training on the Thiart amendment also concerned the 271 TBAs trained on FP and initial offer of pills. 710 district agents have been oriented on Project strategies and monitoring-evaluation system. 1 252 health hut committee members were trained on hut and activity management at community level.

II-Administration and Finance:

2.1-Organization:

Activities planned for the second year project have mainly to do with PMI areas of extension, recruitment and training of field staff, organization of zone offices, community and institutional advocacy sessions and assessment of huts' needs in terms of equipment materials and drugs... All these activities were completed since the 1st quarter. The project structure is as follows:
-A Project Coordination Unit (PCU) based in Thies led by a Chief of Project (COP) assisted by 6 advisers and assistants and an administrative and financial department (3 persons): They are responsible for Project overall coordination, the quality control, supervision, technical and methodological support to zone offices.
-14 zone offices responsible for the implementation of project activities at operational level: zone offices include a zone coordinator, one or 2 3 Program, managers (supervisors), Community development agents (CDA) and the support team (finance, logistics ...). The different zones are: 1 zone of Mbour / Kaolack / Fatick (CCF): districts of Mbour, Joal, Thiadiaye, Kaolack, Ndoffane, Gossas, Guinguinéo, Foundiougne, Passy and Sokone, 2. zone of Fatick (World Vision): Fatick, Dioffior and Bambey, **3**. zone of Nioro (Plan): The single district of Nioro, 4. zone of Kaffrine / Koungheul / Kébémer (World Vision): districts of Kaffrine, Koungheul and Kébémer, **5**. zone of Thies (CCF and Plan): Thies, Khombole, Pout, Popenguine, Tivaouane, Mékhé, Mbacké and Touba, **6**. zone of Diourbel (CRS): the single district of Diourbel, **7**. zone of Louga (Plan): districts of Louga and Darou Mousty, **8**. zone of Linguère (Plan): districts of Dahra and Linguère, **9**. zone of Ziguinchor (Africare): districts of Bignona, Diouloulou, Oussouye, Thionck Essyl, Ziguinchor, and Goudomp and Sédhiou, **10**. Zone of Kolda / Vélingara (CCF and World Vision): districts of Kolda and Vélingara, **11**. Zone of Tambacounda (Africare): districts of Tambacounda, Koumpentoum, and Makakolibantan Kédougou, **12**.Zone of Bakel (CRS): districts of Kidira, Goudiry, Bakel, Diankémakhan, Saraya; **13**.Zone of Saint Louis (Plan): districts of Saint Louis and Richard Toll); 14. Zone of Ndioum / Matam (Counterpart): districts of Podor, Dagana, Pete, Matam, and Ranérou Kanel.

2.2-Administration:

The project coordination was ensured through PCU quarterly meetings with zone coordinators, monthly internal meetings in area offices, the monthly meetings between area officers and CDAs and the programming and self-evaluation meetings held at the health hut level. All levels of coordination worked regularly during the 2nd year.

2.2.1-Internal meetings: all coordination meetings planned by the coordination unit with area coordinators and area officers have been held in a regular basis. At area office level, the

different internal meetings planned were also held. Zone offices have participated in all coordination meetings organized by the districts during the 2nd year project implementation. Participation in district monthly meetings allows Project agents' to regularly inform health authorities of activities implementation, it also allows districts CPN to coordinate activities at local level.

2.2.2-Meetings with partners: the project participated in all meetings planned with partners (USAID implementing agencies, Ministry of Health and Medical Prevention, PRN, UNICEF, WHO ...). At local level, the project representatives participated in all coordination meetings held by the USAID Health Program's regional offices (Kolda and Thies). The coordinators and zone officers participated in coordination meetings held by medical regions and districts in their areas of intervention they also participated in meetings organized by the administrative authorities and local government (CDC, LDC, steering committee...)

2.2.3-Task forces: The Project has regularly participated in meetings held by the working committees settled: the Steering Committee for the introduction of the new formula ORS and zinc in diarrhea management in children 0 to 5 years, the steering committee to decentralize MILDA target activities, follow-up meetings with the Peace Corps volunteers, meetings with the PRN, the steering committee for the initial offer of pills, the steering committee for the use of misoprostol at Community level, commission for the scaling up of successful interventions...

III-Activities planned for the 1st quarter of 3rd Year project (October, November and December 2008):

1. Organize the selection of huts to extend Project coverage.
2. Organize advocacy sessions at community and institutional levels for newly enrolled huts.
3. To select community actors for newly enrolled huts.
4. To prepare the organization of programming and self-evaluation meetings, the project activities in all huts and sites.
5. To monitor the implementation of project activities in huts and sites.
6. To organize the supervision of the initial offer of pill (IOP) by TBAs in health huts.
7. To organize TBA post-training follow-up in pilot huts within the framework of the initial offer of pills / family planning.
8. Share with partners the results of the pilot study for community mobilization on PAC.
9. To organize the implementation of a second cycle in the sites of Mbour and Joal (community mobilization around post-abortion care (PAC).
10. To spread the PAC model in the regions of Kolda, Ziguinchor and Louga.
11. To participate in the selection of huts to test the use of misoprostol.
12. To participate in the development of training and monitoring-evaluation tools to pilot test the use of misoprostol.
13. To participate in the steering committee's coordination activities on misoprostol.
14. Identify an operator for the implementation of the study on the use of cell phone.
15. To train activity leaders within the framework of a pilot strategy to eliminate FGM in Vélingara.
16. To continue implementing activities related to flour fortification with iron in the sites of Vélingara.
17. To mentor health committees in the management MILDA target system.
18. Organize huts continuous supplying with ACT.

19. To organize the implementation of the IEC strategies to inform people about services available.
20. To supervise and monitor the implementation of IEC strategies carried out by community actors.
21. Mentor and monitor the organization of advanced strategies carried out by community actors.
22. Supervision and support to community actors in the management of illnesses.
23. Coordinate activities with other partners.
24. Organize the internal data quality control.
25. Organize the development of a database.
26. Organize a monthly coordination meeting in each area.
27. Organize a project activities quarterly coordination meeting with all area coordinators, NGO national coordinators and the Project Coordination Unit.
28. Participate in coordination meetings held by districts and medical regions.
29. Participate in monthly coordination meetings held by the USAID / Health Program's execution agencies and the Health Program's regional offices.
30. Participate in sectional technical meetings with other executive agencies, the Ministry of Health and other project partners.
31. Organize a synergy meeting with Intrahealth on RH and Malaria interfaces;
32. Participate in a thematic workshop with Intrahealth to design a joint RH and Malaria action plan.
33. To evaluate areas' quarterly action plans.
34. Share evaluation-based results with districts and partners.
35. To draw the Project quarterly activities report.

ATTACHMENTS

B. USAID indicators monitoring chart (2007 - 2008)
C. List of huts rehabilitated during the 4th quarter (July - Sept 08)
D. List of huts rehabilitated during 2nd year project (Oct. 07 - Sept. 08)
E. community-based post-abortion care evaluation report.
F. IRS/IEC reviewed tools (trainer's guidebook; relay's manual; leaflets in French, Wolof and "wolofal" poster)
G: 6 success stories

Attachment B. USAID Indicators monitoring chart (2007 – 2008)

USAID QUARTERLY INDICATORS MONITORING
FY 08 OPERATIONNAL PLAN
October 2007 - September 2008
PROJET SANTE COMMUNAUTAIRE – PMI

VIH / SIDA

Indicators	Annual objective	Cumul quarter 1,2,3	Quarter 4	Total annual Cumul	Gaps		Observations
					Number	%	
1.Nber of CHWs, TBAs, relays, health committee members, WSG/CBO members, teachers, students trained **to encorage HIV/AIDS prevention through abstinence or being faithful**	**2366**	8767	273	9040	6674	282.1	
2. Number of CHWs, TBAS, relays, health committee members, WSG/CBO, students and teachers trained in social mobilization for the prevention and/or management of HIV/AIDS.	**2366**	8460	273	8733	6367	269.1	
3. 1 Number of adults (mothers, men, adolescents, young people, grand mothers/fathers…) reached by sensitization messages on HIV/AIDS prevention (promoting abstinence only).	**129600**	197668	107496	305164	6674	5.1	
Number of men		83436	35356	118792			
Number of women		114232	72140	186372			

3.2 Number of people (mothers, men, adolescents, youth grand parents…) reached through messages/activities to sensitize on HIV/AIDS prevention (means of prevention promoting abstinence or being faithful.	**129600**	204337	118997	323334	118792	91.7	
Number of men		86593	41326	127919			
Number of women?		117744	77671	195415			

TUBERCULOSE

Indicators	**Annual Objective**	**Cumul Quarter 1,2,3**	**Quarter 4**	**Total annual Cumul**	**Gap**		**Observations**
					Number	**%**	
4. Number of CHWs, relays, TBAs, committee health member, parents/ patients' friends trained on TB infected people supervision and treatment (DOT) .	**2366**	9457	500	9957	7591	321	
Female?		6435	275	6710			
Male?		3022	225	3247			

5. Number of huts/sites that have been renovated or rehabilitated with the Project support (Fencing, painting, masonry, carpentry, roofing, and various repairing) NB: Huts offering TB community-based follow-up	**4**	24	50	74	70	1750	

MATERNAL AND CHILD HEALTH

Indicators	**Annual Objective**	**Cumul quarter 1,2,3**	**Quarter 4**	**Total annual Cumul**	**Gap**		**Observations**
					Number	**%**	
6.number of newborns visited by a TBA a relay or a CHW within the 3 days of birth (every newborn is counted just once even if he were visited many times NB: every newborn is counted just once a year	**9828**	10557	5558	16115	6287	64.0	
. number of deliveries assisted by a skilled TBA (at home or hut level)	**4585**	7670	3309	10979	6394	139.5	
8. Number of CHW, TBA , and relays trained or retrained on maternal and neonatal health (mother and child health training module)	**2366**	6433	169	6602	4236	179.0	
Number of female CHW, relay and TBA?		4323	128	4451			

Number of male CHW and relays		2110	41	2151			
9. Number of CHWs, relays and TBAs trained or retrained on Health/Nutrition or child survival	**2366**	6868	169	7037	4671	197.4	
Number of female CHWs, relays and TBAs		4716	128	4844			
Number of male CHWs and relays		2152	41	2193			
10. Number of mothers delivered by a skilled TBA and whose baby received the following care : - the temperature kept (newborn is properly dried and covered, bath postponed to 6hours later, direct contact with mother) -early breastfeeding : within the hour after birth -care for the umbilical cord (bare and dry)	**4585**	6916	3231	10147	5562	121.3	

MATERNAL AND CHILD HEALTH

Indicators	**Objective Annual**	**Cumul quarters 1,2,3**	**Quarter 4**	**Total annual Cumul**	**Gap**		**Observations**
					Number	**%**	
11. Number of newly registered under 3 years children weighed at least once a quarter	**78624**	116536	66483	183019	104395	132.8	

Number of siblings for every child brought by his mother		14545	897	15442	15442		
12. Number of children under 5 years treated for pneumonia with Cotrimoxazole	**9972**	6159	4687	10846	874	8.8	
13. Number of children under 5 years treated for diarrhea in health huts with a-(old and new ORS formula)	**23580**	6698	7337	14035	-9545	-40.5	
13. b) Zinc only or ORS/Zinc	**1220**	254	2606	2860	1640	134.4	
14. Number of huts/sites rehabilitated or renovated with the support of project (fencing, painting, roofing, masonry, various repairing) NB : huts offering MNCC	**11**	24	50	74	63	572.7	

REPRODUCTIVE HEALTH/FAMILY PLANNING

Indicators	**Objective Annual**	**Cumul quarters 1,2,3**	**Quarter 4**	**Total annual Cumul**	**Gap**		**Observations**
					Number	**%**	
15.1 Number of cycles of pills (21 or 28-pill pack) distributed during the quarter by TBAs in each hut of the area implementing the initial offer of pills	**8843**	130	407	537	-8306	-93.9	

15.2 Number of SDMP collars distributed in the health huts implementing the initial offer of pills (test hut)	**1434**	0	33	33	-1401	-97.7	
15.3 Number of condoms distributed in each hut and site during the quarter	**4914**	25697	32454	58151	53237	1083.4	
Number condoms for men		25697	32090	57787			
Number condoms for women		0	364	364			
16. Number of CHWs, TBAs and relays trained or retrained on FP	**2366**	5646	82	5728	3362	142.1	
Number of female CHWs, relays and TBAs		3846	82	3928			
Number of male TBAs, relays and CHWs		1800	0	1800			
17.Number of individual (or couple interviews) on FP (counselling)	**65520**	72738	49885	122623	57103	87.2	
Number of women		56606	33082	89688			
Number of men		16132	16825	32957			
18. Number of people (women, men, adolescents, young people, old people) who have been in contact with a PF message spread by the project or with its support.	**275,676**	201234	173778	375012	245412	189.4	

REPRODUCTIVE HEALTH/FAMILY PLANNING

Indicators	**Objective Annual**	**Cumul quarters 1,2,3**	**Quarter 4**	**Total annual Cumul**	**Gap**		**Observations**
					Number	**%**	

19. Number of new FP strategies (community based intervention approaches, techniques, means and tools) IEC/BCC. (capacity building) successfully produced in the area by project	**1**	1	0	1	0	0.0	
20. Number of huts providing FP, RH or HIV prevention counselling	**655**	825	831	831	176	26.9	
21. 1. Number of FP test huts forecasting any day of pills stock shortage (lovrette or lofemenal), cycle beads or condoms stock shortage from October 1st 2007 to September 31st of year 2.	**N/A**	-	-	-	-	-	-
21.2 Number of huts or sites FP ones excluded forecasting any day of condom stock outage for the quarter.	**N/A**	-	-	-	-	-	-
22. Number of community-based interventions intended to decrease or respond to gender based violence excision included (attach specification sheet describing the intervention)	**1**	1	0	1	0	0.0	
23. Number of huts/sites that have been renovated or rehabilitated with project support (fencing, painting, masonry, carpentry, roofing, various repairing)	**11**	24	50	74	63	572.7	

MALARIA

Indicators	Objective Annual	Cumul quarters 1,2,3	Quarter 4	Total annual Cumul	Gap		Observations
					Number		
24. Number of CHWs, relays, TBAs trained on malaria prevention and/or treatment	**3026**	8182	348	8530	5504	181.9	
Number of men		3076	129	3205			
Number of women		5106	219	5325			
25. Number of relays, TBAs and CHWs trained on malaria management with ACTs	**1786**	3002	297	3299	1513	84.7	
Number of men		1182	120	1302			
Number of women		1820	177	1997			
26. Number of malaria huts in children under 5 years treated with ACTs at health huts level according to standards and protocols set by Ministry of health.	**38080**	21477	18042	39519	1439	3.8	
27. 1) Number of people (men, women, children, adolescents, old persons…) reached through a malaria educational and/or prevention activity NB: Every one is counted just once the year (to systematize IEC groups and form groups of men, adolescents, GM…)	**189720**	423901	322205	746106	556386	293.3	

MALARIA

Indicators	Indicators	Indicators	Indicators	Indicators	Gap		Observations
					Number	%	
27. 2) Number of advanced strategies visits to health huts.	**5713**	1228	1318	2546	-3167	-55.4	
a) With PNC/IPT		946	1260	2206			
b) With MILDA vouchers		177	108	285			
27.3 Number of pregnant women receiving IPT during advanced strategies.	**9520**	4317	4456	8773	-747	-7.8	
a) TPI 1		2759	2448	5207			
b) TP2 et plus		1754	2005	3759			
a) IPT 1	**As planned**	112890	47379	160269	-	-	-
b) IPT2 and more	**As planned**						
28. a) Total number of IEC/BCC activities implemented on malaria (individual interviews, counselling sessions, social mobilization, home visits…)		18700	10120	28820	-	-	
28. b) Number of IEC/BCC activities implemented for each theme - Individual interviews - Counselling sessions - Social mobilization - Home visits		4746	12742	17488	-	-	
a) IPT 1		29496	15351	44847	-	-	
b) IPT2 and more		39870	19520	59390	-	-	
Early seeking of care/ recognition		23003	5202	28205	-	-	

of danger signs							
- Indoor residual spraying		3769	10193	13962	-	-	
29. Other activities with quantitative data (supplementation, de worming, MILDA distribution, re impregnation…)	**As planned**						
Children supplementation with Vitamin A		710007	390117	1100124	-	-	
De worming		644034	346849	990883	-	-	
Free MILDA distribution		665517	176822	842339	-	-	

***** Correction in the 3rd quarter, some areas have reported IEC/CCC activities while their districts were not involved (Ziguinchor: 43; Fatick: 03) as recommended, during data quality control. Results quarter 3= 3145 in spite of 3191 and Cumul period 3769 in spite of 3815.

Annexe C. List of huts rehabilitated during 2nd year project (oct. 07 – sept. 08)

List of huts rehabilitated during the 4th quarter of year II (**july – september**)

Sanitary District of Kolda :

Health post	Health hut	Type of work
Ndorna	1. Sobouldé	construction du mur de la salle d'attente
Ndorna	2. Tankonfara	Construction hangar + Pose de porte
Ngoudourou	3. Saré délo	Clôture
Médina Yoro Foula	4. Sam Yéro Guéye	Construction de hutte
Médina Yoro Foula	5. Kibassa	Clôture + Peinture
Médina EL Hadji	6. Sare Kediang	Construction hangar et toiture
Médina EL Hadji	7. Koube	Reconstruction hangar

Sanitary District of Vélingara :

Health post	Health hut	Type of work
Bagadadji	1. Kampissa	reconstruction
Bagadadji	2. Salamata	Clôture
Salikénié	3. Mballocounda	Sanitaires
Salikénié	4. Témento	fenêtre
Dabo	5. Médio	Clôture
Dabo	6. Thiara	Toiture + Clôture
Coumbacara	7. Bambandinka	Bloc sanitaires
Guiré Yoro Bocar	8. Ili Yao	Toiture + Peinture
Mampatim	9. Thiéwlé	Construction
Anambé	10. Médina Chérif	Reconstruction
Anambé	11. Maoundé	Reconstruction

Sanitary District of Khombole :

Health Post	Health hut	Type of work
Thiènéba	1. Ndindy Hanne	Construction salle d'accouchement

Sanitary District of Thiès :

Health Post	Health hut	Type of work
Notto	1. Ndakhar Mbaye	Montage fenêtres

Sanitary District of Nioro

Health Post	Health Hut	Type of work
Wack Ngouna	1. Keur Ndiage Dialle	Clôture
Wack Ngouna	2. Keur Mady Yacine	Clôture
Wack Ngouna	3. Soucouta	Clôture
Wack Ngouna	4. Ndiago I	Clôture
Wack Ngouna	5. Pane Sader	Clôture
Saboya	6. Thiwallo	Clôture
Keur Madiabel	7. Missirah Dina	Clôture
Keur Madiabel	8. Ndiago II	Clôture
Keur Madiabel	9. Taïba Mbayéne	Clôture
Keur Madiabel	10. Keur Mandongo	Clôture
Keur Madiabel	11. Ndeme	Clôture
Ndramé Escale	12. Keur Birane Ndouppy	Clôture
Ndramé Escale	13. Keur Gaye	Clôture
Ndramé Escale	14. Ndienghene Mody	Clôture
Ndramé Escale	15. Bowe	Clôture
Ndramé Escale	16. Touba II	Clôture
Ndramé Escale	17. Keur Layine Sakho	Clôture
Keur Maba	18. Keur Massar Ba	Clôture
Keur Maba	19. Niassene Walo	Clôture
Keur Maba	20. Keur Serigne Ba	Clôture
Keur Maba	21. Keur Malick Ramata	Clôture

Keur Maba	22. VelingaraWalo	Clôture
Keur Maba	23. Keur Amath Seydou	Clôture
Keur Maba	24. Pane Abdoulaye Diop	Clôture
Porokhane	25. Keur Aly Samb	Clôture en dur
Porokhane	26. Porokhane Toucouleur	Clôture
Porokhane	27. Mbamby Toucouleur	Clôture
Porokhane	28. Pakala Samba Niang	Clôture
Porokhane	29. Darou Mouniaguene	Clôture
Keur Tapha	30. Keur Sarokhy	Construction

Annexe D. List of health huts rehabilitated since Octobre 2007 **(october 07 – september 08)**

Sanitary District of Kolda :

Health post	Health post	Type of work
Médina Yoro Foula	1. Wéllia Mbounka	Clôture et toiture
Médina Yoro Foula	2. Kanel	Clôture
Médina Yoro Foula	3. Sam Yéro Guéye	Construction de hutte
Médina Yoro Foula	4. Kibassa	Clôture + Peinture
Médina Yoro Foula	5. Touba Mboyène	Clôture
Ngoudourou	6. Sourouyel	Clôture
Ngoudourou	7. Saré délo	Clôture
Médina EL Hadji	8. Saré Koubé	Construction hangar
Médina EL Hadji	9. Sare Kediang	Construction hangar et toiture
Médina EL Hadji	10. Koube	Reconstruction hangar
Pata	11. Touba Fouladou	Construction
Ndorna	12. Médina Passy	Construction hutte
Ndorna	13. Fass Ndiéguene	Construction
Ndorna	14. Médina Sylli	Construction hutte
Ndorna	15. Sobouldé	Construction
Ndorna	16. Saré Coupé	Toiture
Ndorna	17. Sobouldé	Mur de la salle d'attente
Ndorna	18. Tankonfara	Hangar + Pose de porte
Ndorna	19. Koulinto	Clôture

Sanitary District of Nioro :

Health post	Health hut	Type of work
Kayemor	1. Keur Ayib	Construction
Paoskoto	2. Ndiéghéne Keur Aly dié	Mûr et toiture
Wack Ngouna	3. Keur Ndiage Dialle	Clôture

Wack Ngouna	4. Keur Mady Yacine	Clôture
Wack Ngouna	5. Soucouta	Clôture
Wack Ngouna	6. Ndiago I	Clôture
Wack Ngouna	7. Pane Sader	Clôture
Wack Ngouna	8. Keur Mamour Coumba	Construction
Saboya	9. Thiwallo	Clôture
Keur Madiabel	10. Missirah Dina	Clôture
Keur Madiabel	11. Ndiago II	Clôture
Keur Madiabel	12. Taïba Mbayéne	Clôture
Keur Madiabel	13. Keur Mandongo	Clôture
Keur Madiabel	14. Ndeme	Clôture
Ndramé Escale	15. Keur Birane Ndouppy	Clôture
Ndramé Escale	16. Keur Gaye	Clôture
Ndramé Escale	17. Ndienghene Mody	Clôture
Ndramé Escale	18. Bowe	Clôture
Ndramé Escale	19. Touba II	Clôture
Ndramé Escale	20. Keur Layine Sakho	Clôture
Ndramé Escale	21. Thioyène	Construction
Ndramé escale	22. Thiaréne Alassane	Construction
Ndramé Escale	23. Keur Momath Anta	Construction
Keur Maba	24. Keur Massar Ba	Clôture
Keur Maba	25. Niassene Walo	Clôture
Keur Maba	26. Keur Serigne Ba	Clôture
Keur Maba	27. Keur Malick Ramata	Clôture
Keur Maba	28. VelingaraWalo	Clôture
Keur Maba	29. Keur Amath Seydou	Clôture
Keur Maba	30. Pane Abdoulaye Diop	Clôture
Porokhane	31. Keur Aly Samb	Clôture en dur
Porokhane	32. Porokhane Toucouleur	Clôture
Porokhane	33. Mbamby Toucouleur	Clôture
Porokhane	34. Pakala Samba Niang	Clôture

Porokhane	35. Darou Mouniaguene	Clôture
Keur Tapha	36. Keur Sarokhy	Construction

Sanitary District of Louga :

Health post	Health hut	Type of work
Pété Ouarack	1. Keur Ngounta	Toiture
Pété Ouarack	2. Pété Peulh	Toiture
Gandé	3. Bisnabé Gandé	Toiture, plancher, peinture
Gandé	4. Bodédji Ouolof	Toiture, plancher, peinture
Gandé	5. Badji	Toiture, plancher et peinture

Sanitary District of Khombole :

Health Post	Health hut	Type of work
Hanen	1. Ndiokhane Sérére	Porte, fenêtres, toiture, peinture et carrellage
Thiènéba	2. Ndindy Hanne	Construction salle d'accouchement

Sanitary District of Thiès :

Health post	Health hut	Type of work
Notto	1. Ndakhar Mbaye	Montage fenêtres

Sanitary District of Vélingara :

Health post	Health hut	Type of work
Bagadadji	1. Kampissa	reconstruction
Bagadadji	2. Salamata	Clôture
Salikénié	3. Mballocounda	Sanitaires
Salikénié	4. Témento	fenêtre
Dabo	5. Médio	Clôture
Dabo	6. Thiara	Toiture + Clôture
Coumbacara	7. Bambandinka	Bloc sanitaires
Guiré Yoro Bocar	8. Ili Yao	Toiture + Peinture

Mampatim	9. Thiéwlé	Construction
Anambé	10. Médina Chérif	Reconstruction
Anambé	11. Maoundé	Reconstruction

Annexe E. Rapport d'évaluation des soins après avortement à base communautaires

Introduction

Le projet Santé Communautaire CCF - USAID teste une stratégie communautaire pour la prévention des avortements basée sur le modèle du cycle de l'action communautaire développé en Bolivie. L'expérimentation se mène en partenariat avec le Ministère de la Santé (DSR) depuis Janvier 2007. Le modèle est fondé sur la conscientisation des populations à partir d'une méthodologie participative dont le but est de réduire les obstacles liés aux retards qui causent la plupart des décès maternels (retard à reconnaître ou identifier le problème de santé ; retard à décider dans la famille ou la communauté à rechercher des soins appropriés ; retard à résoudre le problème au niveau de la structure de santé). La méthodologie est centrée sur le cycle de l'action communautaire qui comprend 5 étapes :
1. Organisation des communautés, 2. Identification des problèmes et priorisation des besoins, 3. Elaboration de plans d'action, 4. Mise en œuvre et suivi des plans d'action, 5. Evaluation participative. La mise en œuvre du cycle repose sur les principes clés suivants : 1. Les membres des groupes communautaires sont les acteurs principaux du processus, 2. La communauté est capacitée pour une autoprise en charge de ses problèmes de santé, 3. La communauté est accompagnée de façon dégressive par des facilitateurs (agents du projet) dans le processus, 4. Toutes les opinions de la communauté sont importantes et doivent être prises en compte par les facilitateurs. Les outils utilisés sont divers, variés et visent tous à susciter une participation optimale des groupes communautaires.
La mise en œuvre du modèle au Sénégal prévoit deux phases : Une phase test pour l'adaptation des outils de mise en œuvre et une phase d'extension dans 3 autres régions culturellement différentes.
Les activités de la première année ont consisté principalement à l'adaptation et la validation des outils, la sélection des sites tests (2 quartiers urbains à Mbour et 2 villages de la zone de Nguéniène à Joal) et la formation des formateurs et des représentants des groupes communautaires.
Au cours de la deuxième année, les représentants (leaders) des 16 groupes communautaires constitués (4 groupes de grands mères, adolescents, hommes, chefs famille, jeunes mères) ont formé les membres de leurs groupes, élaboré des plans d'action et mis en œuvre les activités prévues. Ces activités ont fait l'objet d'un suivi continu et d'une évaluation par les communautés. Un cycle intérimaire a été également introduit en attendant la finalisation des outils adaptés.
Le présent rapport rend compte des activités réalisées dans la cadre de la mise en œuvre entre Octobre 2007 et Septembre 2008. Il comprend 3 parties. La première partie rappelle les objectifs et l'approche stratégique de l'intervention. La deuxième partie présente les activités menées pendant la période. La 3e partie expose les résultats de l'évaluation d'étape. La 4e partie analyse les contraintes, tire les enseignements du processus et dégage les prochaines étapes.

I- Objectifs et stratégies de l'intervention

1.1 Objectifs

1) Développer la réflexion communautaire sur les problèmes liés aux grossesses dans la communauté
2) Organiser les populations à la mobilisation communautaire autour de la prévention des grossesses non désirées ou non planifiées et les hémorragies du premier trimestre de la grossesse.
3) Documenter le processus de mise en œuvre de l'intervention
4) Evaluer les effets et tirer les leçons apprises

1.2. Stratégies

L'approche est participative et se fonde sur les étapes du cycle de l'action communautaire. La démarche utilisée vise :

1. le développement d'une réflexion communautaire sur les problèmes liés aux grossesses non désirées/non planifiées et les hémorragies du 1er tiers de la grossesse
2. La conscientisation des membres de la communauté sur les problèmes liés aux 3 retards causes des décès maternels (reconnaissance, prise de décision, résolution du problème)
3. La capacitation des membres de la communauté à identifier leurs problèmes, à formuler des solutions et à agir pour les résoudre
4. La responsabilisation et l'accompagnement dans l'action des communautés vers l'autonomie

II- Activités réalisées

Les principales activités effectuées au cours de la deuxième année sont :

1- La mise en œuvre des activités du 1er cycle de l'action communautaire par les groupes communautaires dans les 4 sites tests

2- Le démarrage des activités d'un cycle intermédiaire par les groupes communautaires

3- L'évaluation de la phase de testing du programme

2.1 Mise en œuvre des activités du 1er cycle de l'action communautaire

Dans les quatre sites de testing, les groupes ont tenu successivement les sessions de formation de leurs membres sur l'autodiagnostic, la sélection des problèmes prioritaires et l'élaboration des plans d'action de groupe et de zone du poste de santé. Ils ont ensuite mis en œuvre les activités des plans d'action, assuré le suivi des plans et procédé à l'évaluation.

2.1.1 Sessions d'autodiagnostic des groupes communautaires

16 sessions ont été déroulées du 22 octobre 07 au 06 décembre 07 dans les 4 sites de testing. Chaque session comprend 6 séances journalières de 4 à 5 heures. Suivant la disponibilité des

groupes, elles se tenaient les matinées, les après midi ou la nuit (20h à 00 heures). 260 membres de groupes, 28 acteurs communautaires (ASC- matrone- relais) et 8 agents du projet (facilitateurs) ont participé à ces activités.
L'organisation pratique des sessions était sous la responsabilité des représentants de groupe. Le projet a assuré l'appui technique et logistique et octroyé à chaque groupe un forfait de 100000F CFA (US $ 220) pour prendre en charge les repas et pauses café pendant les sessions et soutenir les futures activités liées à la mise en œuvre des plans d'action (frais de transport pour les réunions, organisation des activités ….).
Ces sessions ont permis aux groupes d'identifier et d'analyser les causes des trois retards lies aux décès maternels et de sélectionner leurs problèmes prioritaires sur la base de l'ampleur et la gravité (en annexe ***tableau synthèse des problèmes prioritaires)***

2.1.2 Elaboration des plans d'action

Après avoir sélectionné les problèmes prioritaires, les 16 groupes communautaires ont chacun tenu entre novembre et décembre 07 une session d'élaboration du plans d'action du groupe. Chaque session s'est étalée en moyenne sur 2 jours à raison de 4 à 5 heures par jour. 16 plans d'action de groupe ont été élaborés.
Ensuite, les représentants de groupes domiciliés dans l'aire de chaque poste de santé se sont regroupés pendant une journée pour sélectionner les problèmes communs sur la base de leur niveau de priorité et élaborer un plan d'action de la zone du poste. Deux plans d'action ont été élaborés : un plan d'action pour la zone du poste de santé de Nguéniène en zone rurale (ZR) et un plan d'action pour le poste de santé de Darou Salam en zone urbaine (ZU) . Pour que les plans d'action de zone soient soutenus par les partenaires locaux, les représentants ont organisé une session de présentation et de validation avec les prestataires du poste, la collectivité locale, les autorités administratives et les autres organisations communautaires de base. Les agents du projet ont accompagné l'activité. Les plans d'action élaborés couvraient une période de 2 mois.

2.1.3. Mise en œuvre de plans d'action

Les groupes ont mis en œuvre les activités prévues dans les plans entre janvier et mars 2008. 2 types de plan d'action sont concernés: Le plan d'action des groupes et le plan d'action de la zone du poste de santé. Le plan d'action de groupe vise la communauté de référence du groupe et est mis en œuvre par les membres de chaque groupe; le 2^{éme} plan d'action cible la zone de responsabilité du poste de santé de référence et est mis en œuvre par le noyau des représentants des groupes communautaires de la zone. Chaque groupe était appuyé par un à deux acteurs communautaires et un agent du projet. Les activités mises en œuvre par les groupes pendant la période sont :

- 16 séances de plaidoyers avec les autorités communautaires (chefs de villages/quartiers, Imams, aumôniers), les collectivités locales et les autres partenaires (services décentralisés, écoles, ONG) ;
- 85 activités de sensibilisation : réunions communautaires, séances publiques d'information (« fourels », concours de lutte''mbapatt''..), visites à domicile, causeries. Les thèmes ciblés concernent : les saignements, la PF, les consultations prénatales, l'abstinence. Les participants à ces activités sont les hommes, les grands –mères, les jeunes mères et les adolescents (ado) ;
- 11 rencontres tenues avec les personnels des structures de santé (équipes de district, infirmiers chefs de poste, sages-femmes, comités de santé) sur la disponibilité et la qualité des services de santé reproductive (SR) offerts par les structures de référence

- 32 réunions de suivi des plans d’action (1 réunion tous les 15 jours) organisées par les représentants des groupes.

2.1.4 Sessions d'évaluation participative

Du 31 mars au 28 mai 2008, 16 sessions d'évaluation participative des plans d'action des groupes communautaires et 2 sessions concernant les plans d'action des zones de Poste de santé ont été tenues dans les 4 sites. Les différentes parties prenantes dans le processus ont participé à ces sessions : représentants des collectivités locales, prestataires, acteurs communautaires, membres de la communauté, agents du projet…Les sessions ont permis aux groupes de:

- Mesurer le niveau de réalisation des plans d'action de groupe et de poste de santé.
- Evaluer les performances de chaque acteur impliqué dans le plan d'action du groupe (représentants et membres des groupes, acteurs communautaires, agents du projet, autres personnes identifiées par le groupe)
- Analyser les capacités du groupe à résoudre de façon autonome ses problèmes de santé
- Identifier de nouveaux problèmes à adresser dans le second cycle de l'action communautaire.

2.2 Sessions d'élaboration des plans d'action intermédiaires

Après la réalisation du 1er cycle de l'action communautaire, les groupes ont décidé de continuer la mise en œuvre de leurs activités en attendant la finalisation des outils adaptés qui leur permettraient d'entamer un 2nd cycle. Des sessions de transition vers la mise en œuvre du 2nd cycle ont été organisées (sessions intermédiaires).
16 sessions d 'élaboration de plans d'action intermédiaires ont été tenues du 11 au 22 Août 08 dans les 4 sites de testing. Chaque session était répartie en deux séances de 4 à 5 heures. Ces sessions ciblaient les gaps identifiés sur les performances des acteurs, les CAP des membres du groupe, la résolution des problèmes inachevés du 1er cycle et la mise en œuvre des recommandations formulées pendant les sessions d'auto évaluation. Certains problèmes sélectionnés au 1er cycle et non complètement résolus ont été reconduits. Les plans d'action intermédiaires de groupe couvrent la période du 15 Août au 15octobre 08.

III- Evaluation

L'évaluation des outils et du processus de mise en œuvre a été effectuée entre Août et septembre 08. La collecte des données s'est déroulée du 1er au 5 Septembre 2008 dans les différents sites concernés. La méthodologie combinait : 1.des focus groupes avec les représentants et membres de groupes, les acteurs communautaires, les agents du projet et les leaders communautaires 2.des interviews individuelles avec les prestataires, 3. L'analyse du contenu des registres des structures de santé, 4. l'exploitation des résultats des études CAP réalisées pendant les formations.

3.1. Résultats

Les résultats sont structurés selon les effets notés sur les groupes communautaires spécifiques concernés par le processus, les autres membres de la communauté, les prestataires de santé, les structures de santé et les rapports entre les différents groupes impliqués (interactions dans les groupes, entre les groupes et entre communautés et structures de santé).

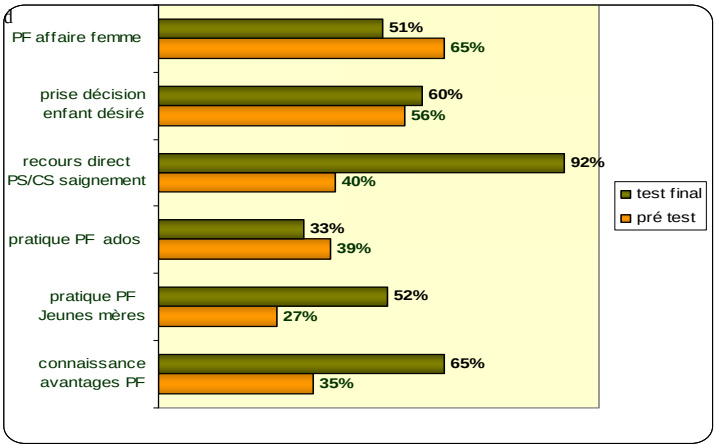
3.2.1 Effets sur les groupes communautaires

Les variables explorés concernent l'évolution des connaissances, attitudes et pratiques des représentants de groupe (CAP) et les inter actions entre les différents groupes communautaires.

a. Evolution dans les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des membres des groupes communautaires

Au cours de la mise en œuvre, 3 tests sur les CAP ont été administrés aux membres des groupes communautaires : un pré test (au début de la session d'autodiagnostic), un test intermédiaire (après l'élaboration de plan d'action du groupe) et un test final (après la mise en œuvre des activités des plans d'action). Le dépouillement concerne le test initial et le test final.

L'effet de la méthodologie sur les domaines analysés dans le cadre de l'administration des tests CAP n'est pas très indicatif de l'impact de l'intervention. Les questions posées sont insuffisantes pour donner une idée précise de l'évolution dans les CAP des groupes. Des réajustements seront apportés pour le 2e cycle. Par contre, les questions CAP ont beaucoup aidé comme outil de formation en permettant une meilleure animation des sessions et comme amorce à la discussion entre les groupes.



Les constats notés sont :

- **La connaissance des avantages et intérêts de la PF** est passée de 35% au pré test à 65% au test final. La connaissance des 8 signes de danger de la grossesse a également évolué comme le montre le tableau :

- **L'amélioration de la Pratique contraceptive** a plus que doublé entre le pré test et le test final en passant de 27% à 62% chez les jeunes mères. La progression est plus importante en zone rurale (+39%) qu'en zone urbaine (+19%). Chez les ados la pratique contraceptive a légèrement baissé en passant de 39 % à 33 % entre le pré test et le test final. La baisse concerne uniquement la zone urbaine. En zone rurale, le score a légèrement augmenté (26% à 32%). Les méthodes les plus utilisées sont la pilule et les injectables chez les jeunes mères et le préservatif chez les ados. La non utilisation d'une méthode contraceptive est expliquée par les raisons suivantes : ''manque d'information'' ; '' désir d'avoir un enfant '' '' pas de problème d'espacement des naissances''.

- **Le recours direct à la structure sanitaire** a évolué de 44% à 71%. En zone urbaine, il passe de 41% à 75% et pour la zone rurale de 46% à 70 %.

- **Les aspects liés au genre** dont Le pouvoir de décision sur le nombre d'enfant désiré a évolué timidement chez les jeunes mères entre le pré test (56%) et le test final (60%). L'évolution est plus nette en zone urbaine qu'en zone rurale. « La PF considérée comme une affaire de femme » a diminué de 65% à 51% pour tous les groupes. La régression concerne toutes les zones.

1. *Connaissance des signes de danger*

Signes de danger	Pré test (%)	Test final %
1 .Maux de tête intense	25 %	75%
2. Evanouissement/Convulsions ou crise	44%	69%
3. Forte fièvre	19%	78%
4. Pieds /mains enflés	31%	67%
6. Saignement ou hémorragie vaginal	12%	81%
7. Pertes d'eau	18%	72%
8. Bébé qui ne bouge plus	21%	60%

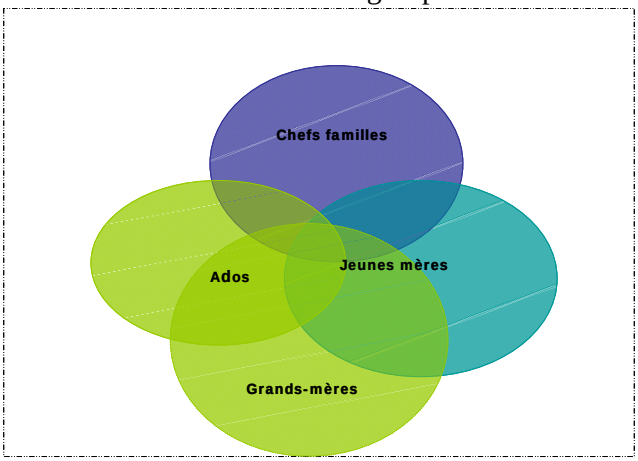
2. *Recherche de soins (1er recours)*

Premier recours	Zone urbaine		Zone rurale		Total zone	
	Pré	Final	Pré(%)	Final	Pré (%)	Final
1. je l'emmènerai immédiatement au CS	41%	75%	46%	70%	44%	71%
2. je l'emmènerai chez le guérisseur	34%	22%	25%	10%	28%	14%
3. Autres recours (matrone;)	25%	13%	21%	20%	28%	15%

b. Interactions entre les groupes

Des mouvements de rapprochement spontanés entre les groupes ont été notés au cours du processus de mise en œuvre sans que cela n'ait été planifié ou délibérément encouragé par la méthodologie ou les facilitateurs. Certains groupes ont « naturellement » contacté d'autres groupes pour nouer des relations de partenariat informel autour d'objectifs propres au groupe et qu'il pense que l'autre groupe peut aider à résoudre. Certains facteurs semblent guider la logique de ces rapprochements : leadership (jeunes mères), statut traditionnel du groupe (ados qui réalisent une jonction avec les chefs de famille pour que ceux-ci négocient avec leurs pairs une meilleure communication entre parents et ados)….

Ces interactions ont favorisé le partenariat entre les groupes, renforcé la communication et facilité une discussion ouverte des sujets tabous entre personnes d'âge et de genre différents. Les interactions notées concernent l'ensemble des groupes.



Les groupes des Jeunes Mères ont été plus dynamiques. Elles ont rencontré d'abord les ados pour aborder des sujets relatifs à l'abstinence ou à l'utilisation de méthodes PF. Elles se sont ensuite rapprochées des hommes pour négocier la pratique PF et le soutien psycho affectif aux mères pendant la grossesse. Enfin, elles ont fait une jonction avec le groupe des grands mères pour demander leur appui dans l'allégement des travaux domestiques, les CPN précoces et le recours immédiat à la structure de santé en cas de saignement.

Les Groupes des Grands Mères ont rencontré les autres grands-mères et les chefs de famille sur les problèmes de pratique PF, l'appui pendant la grossesse et en cas de saignements, la pratique des consultations post natales (CPON). Elles ont également rencontré les ados pour discuter de l'abstinence, la fidélité ou l'utilisation de préservatifs dans les cas de non abstinence. D'autres grands-mères continuent cependant à penser que ''parler de PF aux ados les mènent à la débauche''

Les Groupes des Chefs de Familles ont été sollicités et utilisés par le groupe des grands – mères et des ados pour négocier l'espacement des naissances et une ouverture de la communication entre parents et ados. Ils ont ensuite rencontré les jeunes mères pour discuter des sujets relatifs à l'abstinence des femmes non mariées et la fidélité dans le couple.

Les Groupe des Ados ont recherché l'appui des chefs de famille et leaders dans le cadre de l'organisation de conférences religieuses sur l'abstinence et la fidélité et l'instauration d'une communication ouverte au sein de la famille.

3.2.2 Effets sur la communauté

La méthodologie a rendu possible la réalisation d'un certain nombre d'activités en rapport avec la prévention des grossesses non désirées et avortement à risque ainsi que la gestion de la référence à base communautaire. L'impact précis ne peut encore être estimé mais les activités restent significatives dans le contexte de la prévention des avortements et de ses complications.

a) **Activités de prévention des grossesses non désirées et avortement à risque**

- 11 religieux (Imams et abbés) sollicités par les groupes ont tenu des conférences religieuses dans la communauté et des sermons dans les lieux de culte (mosquées, paroisses…).
- 1036 personnes ont été touchées par des messages sur la PF, les causes et conséquences des saignements, la CPON, l'abstinence, la fidélité et la communication entre parents et ados à travers des activités de sensibilisation organisées par les groupes
- 8 leaders de groupes ont été capacités sur l'éducation à la vie familiale (EVF) par le Centre Conseils Ados et 50 membres de groupes ont été orientés sur la Santé Reproductive des ados en zone urbaine
- 1 campagne d'affichage « carton rouge aux grossesses non désirées » a été menée et une chanson ''rap'' sur la prévention des grossesses non désirées a été conçue et popularisée par les ados
- Un système de Distribution Communautaire de condoms a été mis en place par les ados en zone rurale
- Un slogan « je refuse 5910 » : (**5** mn de plaisir, **9** mois de grossesse, **1** enfant, **0** papa) a été crée par les filles du collège en zone rurale et vulgarisé dans leur entourage

- Une décision d'interdiction de mariages précoces chez les filles de 16 ans a été proclamée par les leaders et chefs de famille en zone rurale
- L'éducation sexuelle a été intégrée dans les activités de l'école primaire et au collège en zone rurale
- Un financement de la formation des enseignants sur la SR ados a été négocié et obtenu de la communauté rurale après un plaidoyer des groupes d'adolescentes.

b. gestion de la référence au niveau communautaire

Les activités réalisées par les groupes concernent :

- La sensibilisation des femmes pour une information précoce aux maris en cas de saignement
- La mise en place d'une caisse de solidarité pour appuyer le transfert rapide des urgences obstétricales (groupes de jeunes mères et grands-mères en zone rurale)
- L'aménagement d'une aire de stationnement des taxis dans le village et négociation avec les chauffeurs pour faciliter le transport des urgences (zone rurale)
- L'organisation d'un répertoire téléphonique avec les chauffeurs dans les villages pour un contact diligent en cas d'urgence
- Des discussions engagées pour la mise en place d'une mutuelle de santé
- La conception d'un Projet d'activités génératrices de revenus (Projet de création d'un marché hebdomadaire : accord de la collectivité locale, Site identifié, négociation avec les commerçants ambulants en cours)

3.2.3. Effets sur les relations entre prestataires et communautés

Selon les entrevues individuelles et les focus groupes qui ont été menés, actuellement, prestataires et groupes se respectent mutuellement et estiment que leurs rapports se sont particulièrement améliorés grâce aux rencontres prévus dans la méthodologie. En zone rurale, les rapports entre partenaires et groupes communautaires sont restés sereins et mutuellement avantageux tout au long du processus. Par contre, en zone urbaine, les relations se sont nettement dégradés au début du processus en raison de la méthodologie qui instituait des rapports égalitaires entre les deux parties. Les prestataires ont trouvé que les communautés « outrepassaient leurs droits » en portant un œil critique sur leurs prestations et en leur disant « ce qu'ils doivent faire ». Le Projet a été également pris à partie par les prestataires qui lui reprochaient de les « mettre en mal avec les communautés ». Les activités du Projet ont connu un ralentissement notable pendant cette crise (1 mois environ). Différentes négociations ont été menées (entretiens individuels, discussions croisées…) qui ont finalement permis de normaliser les rapports. Aucun autre problème n'a été noté par la suite.

Les rencontres entre représentants et prestataires initiés dans le cadre de la stratégie ont permis :

- ***A la communauté*** d'avoir plus de courage pour affirmer et défendre ses droits sur l'accueil, l'offre et la qualité des services. Elle a une meilleure connaissance du fonctionnement des structures de santé et bénéficie de plus de respect de la part des agents de santé.
- ***Aux agents de santé*** : d'être plus ouverts au dialogue, d'avoir une meilleure connaissance des modes de fonctionnement des groupes communautaires et de satisfaire les besoins exprimés par la communauté. Le sentiment de frustration du début né de « l'invasion » des groupes dans le « domaine réservé » des professionnels de santé à disparu.

3.2.4. Effets sur le fonctionnement des structures sanitaires

Pendant la mise en œuvre, les groupes ont mené des négociations sur l'organisation, l'accès et la qualité des services auprès des autorités des structures de santé. Ces activités ont abouti aux résultats suivants :

- **Disponibilité :** Recrutement de prestataires (1 sage femme et 1 infirmier) par les comités de santé (district et poste) avec l'appui de la collectivité locale ; Intégration des services SR au poste de santé et en stratégie avancée ; Disponibilité de médicaments d'urgence (spécialités) pour les saignements dans les 2 postes de santé

- **Accès :** Prolongement des horaires des services SR et continuité pour les urgences, arrêt du renvoi des clientes pour « liste close » et des demandes d'argent en dehors du ticket ; Augmentation des fonds prévus pour les cas sociaux en zone rurale ; Adoption de stratégies pour l'accès des ado aux services SR (en milieu urbain les services sont intégrés à la consultation générale de l'ICP, en milieu rural ils sont planifiés les après midi).

- **Qualité des services :** A l'exception des ados, tous les groupes affirment que les conditions d'accueil se sont améliorées au niveau des structures de santé (case et poste) : réduction du temps 'attente ; Arrêt des réprimandes aux malades qui viennent en retard ; baisse des refus de recevoir en dehors des heures et jours ouvrables ; Référence plus rapide des cas de saignements : disponibilité d'un répertoire téléphonique pour les urgences de nuit, collaboration des chauffeurs locaux
- **Assistance qualifiée à l'accouchement :** un grand effort a été fait en zone urbaine pour améliorer l'assistance qualifiée pendant l'accouchement. En 2008, 96% des accouchements ont été assistés par du personnel qualifié. Ce nombre était seulement de 1,6% en 2007 (6 /96). Par contre en zone rurale, l'assistance qualifiée pendant l'accouchement a moins évolué (0% en 2007 et 5% en 2008).

- **Utilisation des services de services de SR :** Tous les prestataires et matrones interviewés ont constaté une nette amélioration dans l'utilisation des services : précocité dans les consultations prénatales et la consultation pour saignements, plus grande utilisation des méthodes modernes de PF et de la consultation post natale (entre le 3e et le 9e jour).

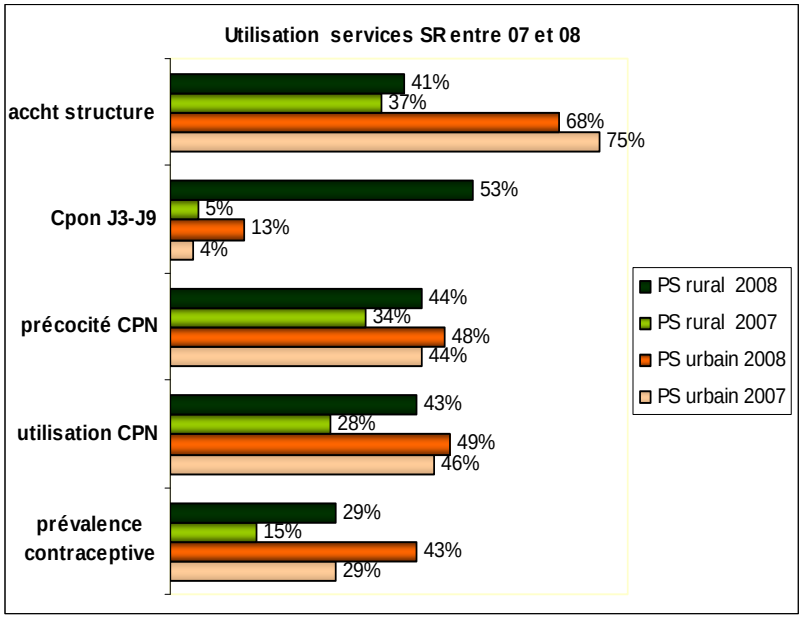
- **Données quantitatives sur l'utilisation des services :** les données quantitatives collectées à partir des registres de consultations et du fichier PF des postes de santé concernent les périodes de janvier 07 à Août 07 (avant l'intervention) et de janvier 08 à Août 08 (après la mise en œuvre de l'intervention). Le résultat de l'analyse donne les tendances suivantes :

  - La Prévalence contraceptive a peu augmenté entre 2007 et 2008 de (+11%).

  - L'utilisation de la CPN reste également relativement faible entre les 2 périodes avec de meilleures performances en zone rurale (63% à 42,85%).

  - La consultation prénatale précoce enregistre une légère augmentation en zone urbaine et en zone rurale

- Les cas de saignements reçus en 2008 (20) sont supérieurs à ceux reçu en 2007 (11) pour la zone urbaine. Les cas enregistrés en zone rurale sont rares (1 seul cas entre 2007 et 2008) dûs en partie à des faiblesses dans l'enregistrement des données. Il faut noter que lors des focus groupes, les participantes avaient avancé que certaines femmes préfèrent directement être consultées dans les centres de santé. Chez les adolescentes des zones urbaines, une baisse des cas a été notée (3 cas en 2007,1 cas en 2008).
- La proportion des accouchements réalisés dans les structures de santé n'a pas augmenté en milieu urbain entre 2007 (75%) et 2008 (64,74 %). Elle a légèrement augmenté en zone rurale (2007 : 36,84% et 2008 : 41%). Les efforts d'amélioration de la disponibilité réalisés dans les 2 zones par les groupes communautaires ne semblent pas avoir été opérants.
- Consultation post natale (CPON) J3-J9 : Les plaidoyers menés par les représentants de groupes auprès des agents de santé pour offrir la CPON à la demande tant au poste de santé qu'en stratégie avancée et la sensibilisation menée par les groupes des jeunes mères auprès des grands mères et chefs de famille ont permis d'impulser la pratique. Elle évolue moins en zone urbaine (4% en 2007 à 13% en 2008), qu'en zone rurale (5% en 2007 à 53% en 2008).



3.2.5 Contraintes

Les contraintes notées dans la mise en œuvre concernent les points suivants :

- **sessions d'autodiagnostic et d'élaboration des plans d'action :** Manque de temps des groupes en période hivernale ; analphabétisme ou faible niveau d'instruction des représentants de groupes, '' Timidité'' des adolescents au début des sessions d'autodiagnostic en présence de représentants plus âgés ; temps imparti aux activités pédagogiques insuffisant en raison du niveau des participants et du caractère contraignant de la méthodologie.
- **mise en œuvre des plans d'action de groupes :** difficulté de certains groupes d'ados à réaliser des activités avec les adultes / hommes ; indisponibilité de certains représentants des ados (études scolaires) et des chefs de famille en zone urbaine (journaliers) ; les jeunes

mères n'ont pas pu trouver de partenaires pour leur capacitation sur les droits humains en zone rurale ; insuffisance de supports IEC en PF ;

- **Structures de santé : «** traditions » de rapports inégalitaires entre groupes et prestataires en ZU non disponibilité de certains services de prise en charge des SAA (conseils PF, prise en charge complète des avortements….) ; inadaptation des structures pour l'accueil des ados ; manque de temps des prestataires pour répondre à certaines sollicitations des groupes en zone rurale (formation sur certaines thèmes).
- **Projet :** investissement de temps important pour accompagner les groupes dans le processus

IV. Leçons apprises

Les leçons provisoires tirées da la mise en œuvre sont :

- Une communauté bien organisée et préparée est capable d'influencer des changements pertinents dans l'accès et la qualité de services de Santé Reproductive offerts par les structures de santé ;
- La méthodologie permet d'instaurer un dialogue intergénérationnel et inter genre sur des problèmes de SR sensibles et d'influencer progressivement les normes et comportements des membres d'une communauté ;
- La méthodologie facilite une discussion de groupe fondée sur des questions ouvertes, le respect des points de vue individuels et collectifs et permet d'aborder des sujets sensibles à l'intérieur ' de groupes hétérogènes ;
- Pour une optimisation de la méthodologie, un accompagnement soutenu des groupes communautaires est nécessaire ;
- Les agents qui accompagnent les communautés (facilitateurs) doivent être neutres (ne pas s'impliquer ou orienter les réflexions, choix et décisions ; ne pas prendre partie pour les communautés ou pour les prestataires….) ;
- La préparation des prestataires à dialoguer sur une base égalitaire avec les communautés est une étape nécessaire pour faciliter le processus de mise en œuvre ;
- La méthodologie pourrait être une porte d'entrée efficace pour la résolution d'autres problèmes de SR et de survie de l'enfant ;

V Prochaines étapes

Les activités prévues pour la 3 e année du Projet (Octobre 2008 – Septembre 2009) sont les suivantes :

1. Finaliser les outils de la méthodologie adaptée
2. Partager avec les partenaires les résultats de la phase test et la méthodologie adaptée
3. Organiser la mise en œuvre d'un 2e cycle dans les sites de Mbour et Joal
4. Procéder à l'enrôlement de 4 nouveaux groupes communautaires dans les sites de Joal
5. Organiser l'extension de la stratégie dans les régions de Kolda (2 sites), Ziguinchor (2 sites) et Louga (2 sites)
6. Assurer le suivi et la documentation continue du processus dans l'ensemble des sites
7. Evaluer l'ensemble du processus et tirer les leçons apprises
8. Négocier avec le Ministère de la santé et les partenaires les modalités opérationnelles pour un passage à l'échelle.

Annexes :

1- Synthèse des problèmes prioritaires sélectionnés par les groupes
2- Recommandations des sessions d'évaluation participative
3- Plan de mise en œuvre pour l'extension et le 2e cycle dans les sites test

Annexe 1 : Besoins / problèmes prioritaires exprimés par les groupes

X : zone rurale X : zone urbaine

Problèmes identifiés	Types de groupe				Solutions préconisées
	ados	jeunes mères	grands-mères	chefs famille	
RECONNAITRE 1. Ignorance des méthodes de PF chez les ados, hommes, femmes	X X	XX XX	XXX	X XX	▪ Formation en PF des représentants de groupes par les agents de santé pour pouvoir sensibilisation leurs membres ▪ Activités de sensibilisation sur les avantages de la PF. des femmes, hommes et adolescents (sketchs, écoles ; évènements spéciaux et vacances)
2. Absence d'éducation / Manque de communication sur la sexualité au sein des familles entre parents et Ados	X		XX	X	▪ formation des représentants de groupes sur l'éducation sexuelle des ados ▪ Sensibilisation des parents sur la nécessité de faire l'éducation sexuelle et de communiquer à leurs enfants_ ados ▪ Susciter un débat sur la sexualité au sein des familles et de la communauté
3. Certaines femmes se cachent en cas de saignement par pudeur ou pour fuir les mauvais esprits en cas de saignement, ou mésentente avec la belle-mère ou coépouse	X X	XX XX	X		▪ Informer les femmes sur les conséquences des saignements ▪ Sensibiliser les femmes et grands-mères sur l'intérêt de l'amélioration des relations au sein de la famille ▪ Conscientiser les jeunes femmes à confier leurs problèmes à leurs époux
4. Non utilisation de la contraception par insuffisance d'accès des ados aux services de PF au niveau des structures	XX	X			▪ Sensibilisation les autorités sanitaires sur l'adaptation des services de PF offerts au niveau des structures sanitaires par la création d'espace ados. ▪ Disponibilité des méthodes de PF pour les ados au niveau des cases
5. Manque abstinence chez les ados et femmes non mariées	XX	XX	X	X	▪ Sensibiliser les adolescents sur l'importance de la virginité ▪ Informer les femmes mariées sur l'interdiction de l'infidélité par la religion ▪ Demander aux Imams chefs lieux et à l`association catholique d`inciter les fidèles/membres a l`abstinence
6. En cas de grossesse non désirée certains adolescents font des avortements ou tentatives d'avortement par peur de représailles des parents	XX	X	X	X	▪ Engager une discussion avec les notables pour conscientiser les parents à prendre la grossesse en charge et à faire de l'éducation sexuelle aux filles. ▪ Sensibiliser les Ados sur les conséquences de l'avortement
7. Le paludisme et les infections sont cause de saignements en cas de grossesse		XX		X	Faire la promotion des MI et informer les femmes sur les danger lies aux travaux pénibles pendant la grossesse
8. l'exode rural favorise les grossesses non désirées ou non planifiées chez les ados et femmes non mariées			XX	X	▪ Engager des discussions au sein de la communauté pour confier les filles en cas d'exode rural à des responsables une fois à la capitale ▪ Amener les filles à poursuivre leur scolarité

					▪ Engager des discussions avec la collectivité locale, pour rendre fonctionnelle le foyer des femmes
9. Surcharge de travail et durs travaux des femmes, favorisent les saignements dans le 1er tiers grosesse : eau, égrenage, pilage, bois morts		XXX			▪ Engager des discussions avec le PCR pour allègement des travaux de la femme avec dotation en moulin, égreneuse, batteuse ▪ Soutenir le projet d'adduction d'eau et de reboisement ▪ Informer les femmes sur les danger lies aux travaux pénibles pendant la grossesse
10. Il existe des cas de mariages précoces dans la communauté				X	▪ Sensibilisation des parents à ne pas donner en mariage leurs filles de 14 ans ▪ Promotion de l'éducation des filles à l'école ▪ Partenariat entre groupe de CF et l'école pour la promotion de l'éducation sexuelle ▪ Introduction du thème de mariage précoce dans toutes les activités
DECIDER **11. Absence d'organisation communautaire, mutuelle de santé ou d'assurance pour la prise en charge des cas d'urgence, grossesses et saignements**	X	X	X	XXX	Engager des discussions au sein de chaque OCB pour la PEC des urgences liées aux complications des grossesse et hémorragies
12. Violence verbale, réprimandes, moqueries de la part du personnel subit par certaines femmes en travail, femmes âgées enceintes, ados victimes de grossesses non planifiée ou complications	XX	XX X	X X	X	▪ Engager discussions avec SF / ICP - le comité de santé - la collectivité locale pour améliorer pour le respect des femmes et des patients ▪ Sensibiliser les femmes en grossesse d'aller précocement au PS pour les CPN et en cas d'hémorragie
13. Absence d'un service de garde au PS pour les soins d'urgence	X	XXXX		XX	Réunion entre comité de santé ICP et membres du groupe sur la mise en place d'un service de garde
14. Insuffisance des horaires de travail / heures d'ouverture tardive / non respect heures de garde	XXX	XX	X	X	Discuter avec le PCR, Comité de santé , chef village , ICP, MCD pour recruter une nouvelle SF à Nguén. et améliorer organisation heures travail
15. Manque de moyens financiers, d'AGR chez les femmes et certains hommes pour la PEC des urgences, hémorragies et les problèmes de grossesse	X	XX	X	X	▪ Engager des discussions avec le PCR pour la construction de bassin de rétention /barrage dans le village ▪ Créer des activités GR pour la mise sur place d'une caisse pour la PEC urgences
16. Absence d'un système / moyens de transport appropriés en cas d'hémorragies ou d'urgence		X	XX	X	▪ Engager des discussions avec les chauffeurs dans chaque quartier pour résoudre le transport des urgences surtout la nuit ▪ Construction d'une piste latéritique ▪ Demander aux autorités une charrette ambulance

17. Les coûts des tickets d'acchts et avortement sont chers au CS Joal et au PS Nguéniène,	X		X	X	Engager une discussion avec le Comité de santé , l'ICP et le MCD sur la réduction du prix des tickets dans la structure
18. **indiscrétion de certains agents de travail au PS par certains agents**		X			Engager une discussion auprès du personnel du PS et de sur l'amélioration de la qualité des soins au PS
19. Absence IEC, services counseling PF au poste de santé		XX			Discuter avec le personnel et le comité de santé du PS pour la mise en place d'un service de counseling au PS
20. Manque de connaissances des femmes sur les conséquences des hémorragies du 1er trim de la grossesse ;				X	Organiser des causeries sur les causes et conséquences des saignements
21. Manque de connaissance des signes de danger de la grossesse				X	Sensibiliser les chefs de famille sur les signes de danger de la grossesse ;
22. Manque de surveillance des malades hospitalisés au PS et CS		X	X		Discuter avec PCR, SF, l'ICP pour une surveillance correcte des malades
23. Insuffisance de la disponibilité des services de base : eau- électricité -		X		X	Engager des discussions avec les autorités locales pour soutenir le projet d'adduction d'eau potable
24. Fuite de responsabilité des ados en cas grossesse non désirée par manque de moyens financiers	XX				Engager des discussions avec les notables du village pour influencer / convaincre les parents des jeunes garçons à prendre en charge les grossesses
25. Il n' y a pas de pharmacie privée à Nguéniène pour l'achat de médicaments traitant les hémorragies et autres maladies				X	▪ Informer le chef de village et le conseiller du PCR du village ▪ Aller rencontrer le PCR, l'ICP et le comité de santé de NG. ▪ Négocier avec un pharmacien privé pour l'approvisionnement complet des médicaments nécessaires à Nguéniène ;
26. Insuffisance des salles d'accouchement et d'hospitalisation au PS	X				▪ Rencontrer les autorités municipales, administratives et comité de santé pour la construction de salles
RESOUDRE **27. Inexistence de relation entre structure de santé et OCB pour la PEC hémorragies ou urgence**	XX	XX X	XX	XX	▪ Engager des négociations avec le MCD –ICP pour créer un système de PEC des urgences entre OCB- structures santé ▪ Négocier- établir un partenariat entre les OCB reconnus et les mutuelles de santé existants ▪ Intégrer dans les activités des OCB la PEC des complications liées à la grossesse et aux saignements
28. Négligence de la part du personnel de la Maternité	X	XX	X	X	Rencontrer la sage femme pour qu'elle incite les agents de la maternité à avoir plus de considération pour les malades
29. Il y'a une prise en charge tardive par le personnel qualifié en cas d'urgences, de d'hémorragies au PS _ CS de Joal	X	X	X	XX	▪ Engager une discussion entre groupes - comité santé et prestataires sur la prise en charge précoce des cas d'urgences par le personnel qualifié

30. Insuffisance ou manque de mdcts au PS Nguén. pour la prise en charge des hémorragies	X	X	X	XX	▪ Discuter avec les autorités pour l'augmentation de la gamme des médicaments dans le PS- Approvisionnement correct du dépôt de médicament du PS
31. Manque de communication entre personnel santé et clients à la case Ndianda, au PS NG. et au CS de Joal		X	X	X	Engager une discussion avec le MCD pour une amélioration de la communication inter personnelle au niveau des structures
32. Les femmes n'ont pas le pouvoir de décision en cas d'hémorragies (elle est assurée par la belle-mère)	X	X	XX		▪ Engager des discussions au sein des GPF sur les droits des femmes ▪ Mise en installation d'une caisse de solidarité pour la PEC des hémorragies ▪ Discuter avec les mères et belles mères sur les conséquences des saignements
33. Non implication ou implication tardive des maris en cas d'hémorragie, car ils considèrent que '' c'est une affaire de femme '' manque de moyens financiers	X		X	X	▪ sensibiliser les maris sur les dangers liés aux hémorragies, à s'impliquer d'avantage en cas d'hémorragies, pour la création d'une caisse de solidarité pour la PEC des hémorragies
34. En cas d'hémorragies, le guérisseur constitue le 1er recours pour certaines belles-mères		X		XX	▪ Le groupe de Chefs de famille sensibilise les belles-mères à amener les jeunes femmes au PS **d'abord** en cas d'hémorragie ▪ Mettre en place un système de mutuelle dans le village
35. Il n'y a pas d'ambulance au niveau du PS de Nguéniène pour l'évacuation des urgences	X			X	Plaidoyer auprès des autorités sanitaires – collectivité locale et comité santé pour la recherche d'une ambulance pour le transport des urgences par le PS.
36. Il n'a pas de système de prise en charge de cas sociaux ou démunis au niveau du PS NG.	X			X	▪ Sensibiliser le PCR, le comité santé, l'ICP, pour l'identification et la prise en charge des démunis au niveau du PS de Nguéniène, ▪ Mettre en place une caisse de solidarité pour la PEC des démunis
37. interdits alimentaires aux femmes enceintes par les grands- mères pour éviter d'avoir gros enfant à acchts.			X		Sensibiliser les grands- mères pour leur expliquer les avantages d'une bonne alimentation de la femme enceinte et les dangers d'une alimentation déséquilibrée
38. Accès difficile aux condoms chez les ados et les hommes au niveau case	X			X	Faciliter l'approvisionnement en préservatifs des ados et hommes et Responsabiliser les ados et les hommes dans la distribution des préservatifs

Annexe 2 : Recommandations formulées par les groupes lors de l'évaluation

- **Communautaire**: Continuer l'accompagnement et la capacitation des groupes sur la PF, la SR des ados, les techniques de communication ; soutenir les groupes par des activités génératrices de revenus **;** doter les groupes de supports IEC/PF ; Clarifier dès le départ le rôles des acteurs communautaires et négocier avec eux les taches qu'ils doivent mener dans chaque étape ; Planifier les activités en dehors de la période hivernale ; Renforcer les initiatives communautaires de gestion de la référence ;
- **Structures sanitaires**: appuyer les groupes dans la formation (PF, SR ados) et les activités sensibilisation ; Continuer les réunions de concertation mensuelle avec les groupes; réorganiser le service counseling PF et l'accueil des ados ; améliorer la prise en charge des saignements ; Renforcer la coordination entre agenst u projet- prestataires et districts dans le suivi des activités intra communautaires ;
- **Collectivité locale** : appuyer financement activités des groupes et assurer le suivi actif dans la résolution des problèmes

Annexe 3 : **chronogramme des activités: CYCLE INTERMEDIAIRE - 2nd CYCLE sites de testing - PHASE EXTENSION** Août 08 – Juin 09

ACTIVITES	PERIODE												DATE	Observations
	Jan 08	**Fe** 08	**Ma** 08	**Av** 08	**Ma** 08	**Jn** 08	**Jl** 08	**At** 08	**Sp** 08	**Oc** 08	**Nv** 08	**Dec** 08		
cycle intermédiaire dans sites testing														
♦ **Sessions élaboration plan d'action groupes**								X					**11 -14 Aout**	
♦ **Mise en œuvre et suivi des activités des plans d'action des groupes communautaires**								X	X				**15 Aout- 15 sept**	
Evaluation de la phase de testing														
♦ Elaboration outils								X					**13 - 22 Aout**	
♦ Formation équipe/ collecte données									X				**01 - 18 Sept**	
♦ Saisie / analyse données									X				**22 – 30 Sept**	
♦ Résultats préliminaires										X			**avant 10 Oct**	
Correction des outils adaptés											X			
Elaboration rapport phase testing											X			
Atelier de partage des résultats de la phase testing											X			
Mise en œuvre 2nd cycle dans sites testing												X		
♦ Autodiagnostic														
	Jan 09	**Fe** 09	**Ma** 09	**Av** 09	**Ma** 09	**Jn** 09	**Jl** 09	**At**	**Sp**	**Oc**	**Nv**	**Dec**		
♦ Elaboration des plans d'action communautaires	X													
♦ Mise en œuvre et suivi des activités des plans d'action des groupes communautaires		X	X											
♦ Evaluation participative du cycle de l'action				X	X									

Extension 2 nouveaux sites /région : Louga- Kolda- Zig														
Orientations équipes 3 zones													**Dec 08**	
Identification et sélection des 6 nouveaux sites													**Dec 08**	
sélection et négociation avec les groupes	X													
Documentation communautaire de base	X													
Plaidoyers autorités et communautaires	X													
Formation des facilitateurs sites phase d'extension		X											**10 – 21 nov**	
Formation représentants de groupes et acteurs communautaires		X										X		
▪ **Sessions d'autodiagnostic**			X	X									**janv- fev- 09**	
▪ **Élaboration Plans d'action**				X	X								**mars- avril 09**	
▪ **Mise en œuvre et suivi**					X	X							**mai- juin 09**	
▪ **Evaluation participative**							X							
Phase d'extension 16 nouveaux groupes sites testing														
Sélection négociation avec groupes 16 nouveaux groupes d'extension												X		
Orientation des facilitateurs sur outils corrigés	X													
Formation représentants nouveaux groupes	X													
♦ Sessions d'autodiagnostic		X	X									X		
♦ Elaboration des plans d'action communautaires			X	X										
♦ Mise en œuvre et suivi des activités des plans d'action des groupes communautaires				X	X									
♦ Evaluation participative du cycle de l'action						X								
Suivi- supervision – documentation continue -coordination	X	X	X	X	X	X								
Elaboration du rapport final de l'intervention							X							

QU'EST-CE QU'IL FAUT FAIRE AVANT L'AID

.° Décrocher les affiches et libérer les murs

° Tenir disponible 1 seau d'eau

° Rassembler les meubles lourds au milieu de la pièce

QU'EST-CE QU'IL FAUT FAIRE PENDANT L'AID ?

- Rester hors des maisons pendant 2h après la pulvérisation
- Ne pas rentrer dans les pièces quelque soit le motif
- S'il pleut, s'abriter dans un endroit qui n'est pas pulvérisé
- Veiller à ce que personne, surtout les enfants, n'entrent les pièces

QU'EST-CE QU'IL FAUT FAIRE APRES L'AID ?

Un adulte rentre dans la maison 2 heures après la pulvérisation pour :

- aérer les pièces (ouvrir portes et fenêtre) ;
- nettoyer les restes de produit qui sont sur le plancher et dans la cour ;
- nettoyer les meubles qui étaient restés dans la pièce ;
- Eviter que les enfants et les animaux n'entrent dans les maisons avant que les restes de produit sur le plancher ne soient balayés ;
- Laver les meubles lourds qui étaient couverts ;

- Balayer régulièrement les insectes (cafards, mouches) qui meurent après avoir touché les surfaces traitées
- Jeter les insectes et les déchets de produits dans une latrine pour éviter que les animaux les mangent et tombent malades
- Ne pas plâtrer, peindre ou nettoyer les murs après que le domicile soit pulvérisé

Airer les pièces
(ouvrir portes et fenêtres)

Nettoyer

Balayer

Jeter dans une latrine

Ne pas peindre ni plâtrer

Programme santé

MINISTERE DE LA SANTE
ET
DE LA PREVENTION MEDICALE

Projet santé communautaire

ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE

UN PROGRAMME DE RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU SENEGAL

Mise en œuvre par

CCF

Africare

Plan

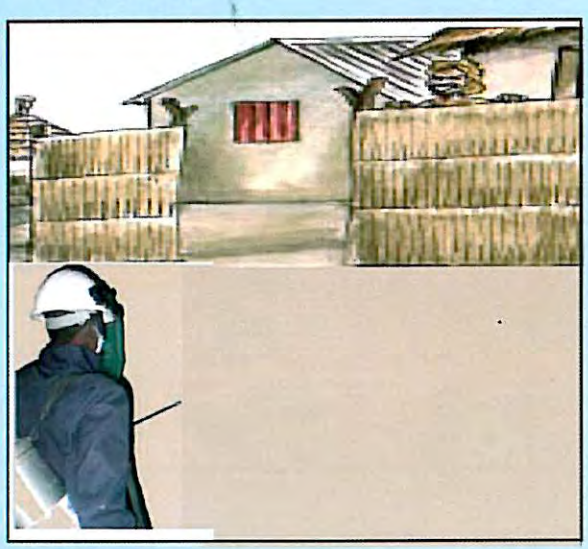
World Vision

CRS

CPI

QU'EST CE QUE L'ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE ?

• L'AID consiste à pulvériser l'intérieur des pièces des maisons avec un insecticide efficace pour lutter contre la prolifération des moustiques dans les habitations.



• Il faut continuer à utiliser la moustiquaire imprégnée pour que l'AID soit plus efficace

QUEL EST LE PRODUIT UTILISE ?

• Le produit utilisé pour l'AID est voisin de celui utilisé pour l'imprégnation des moustiquaires.

• Il est utilisé uniquement par des applicateurs certifiés c'est à dire des personnes formées à son utilisation.

• En plus des moustiques il est efficace contre les cafards, les tiques, les puces, les mouches, les larves de papillons…..

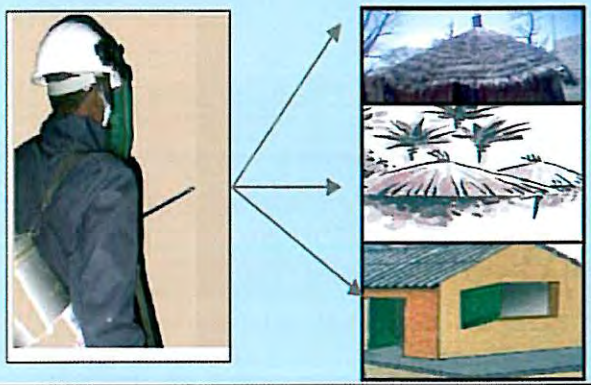
• Il a été utilisé avec succès en Angola, Ouganda, Zanzibar …Il a protégé des millions de personnes.

LE PRODUIT A-T-IL DES EFFETS SECONDAIRES ?

Le produit est peu toxique si l'on suit les conseils donnés. Il est dangereux s'il est avalé. Le contact du produit avec la peau peut aussi irriter les yeux ou donner des démangeaisons ou causer des brûlures. En cas d'effets secondaires, enlever les vêtements ou chaussures en contact avec le produit et laver largement et longuement la partie touchée. Si ça persiste aller au dispensaire.

QUELLES HABITATIONS SERONT PULVERISEES

♦ **Toutes les habitations** : maisons en dur, maisons en banco/argile, maisons en chaume, maisons en bois



QU'EST CE QU'IL FAUT FAIRE AVANT L'AID ?

♦ **Commencer à se préparer le matin :**

- Libérer les murs des chambres et les environs des murs pour faciliter un accès aisé ;
- Tenir prêt un seau d'eau à la disposition des pulvérisateurs
- Sortir hors des maisons tous les ustensiles, aliments et animaux ;
- Fermer les fenêtres ;
- **Rester hors des pièces pendant 2 heures après la pulvérisation**

LAN LANU WARA DEF BALA NUY WIS ?

.wace natal yi ci per yi

jegeleel benn siwo niy wis

Dajaleel bagaass yu diis yi ci dig nëk bi

LAN LANU WARA DEF JAMANOY POMPE BI ?

- Buleen dugg ci nëk yii diirub ñaari waxtu gannaw pompe bi
- Buleen dugg ci nëk yi ak lumu manti doon
- Su fekkee dafay taw, dugg leen ci bërëb buñu pompe wul
- Fexel ba kena baña dug ci nëk yi ñu pompe ba diruub ñaari waxtu, rawatina xale yi
- Sorelal mala yi ci n"k yi ñu wara pompe

LAN LA NU WARA DEF GANNAW POMPE BI ?

Bunu pompe ba noppi, na mag dugg ci kër gi :

- affal neeg yi (ubbi palanteer yi ak buntu yi) ;
- fompal tax taxum ndoxum tookemi ci nëk bi ak ëtt bi
- fompal ak morso buñu tooyal ak ndox bagass yi dessoon ci nëk bi
- fexel ba xale yi ak malayi baña dugg ci kër yi ca fomp nu taq-taq yi;

- Balel gunoor yi dee say yu nek (mboot yi ak weñ) ;
- Sannil gunoor yi dee yi ak mbalit mi ca duss ba walla nga gass soul ko ngir malayi bañ ko lekk ba jële ci feebar ;
- Raxassal say loxo ak sabou soo pare fomp
- Bul pentur, bul palatar, bul raxass miir yi ak ndox bude pompe nañu leen ba pare.

Ubil nëk y suñu leen
Pompe ba pare

Fompal

Bul pentur, bul palatarr

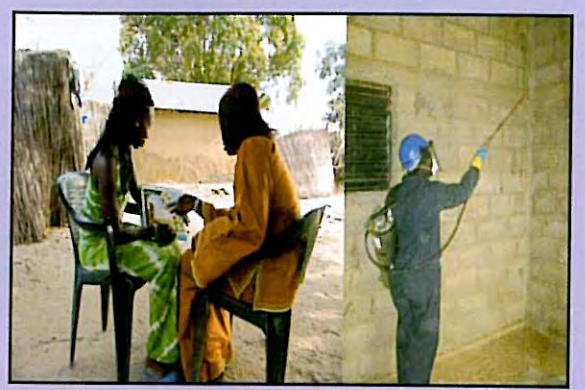
Balel

Programme Santé

République du Sénégal
Ministère de la Santé
et de la Prévention

Projet Santé Communautaire/
PMI

POMPE BIIR NËK YI AK NDOXUM TOOKE

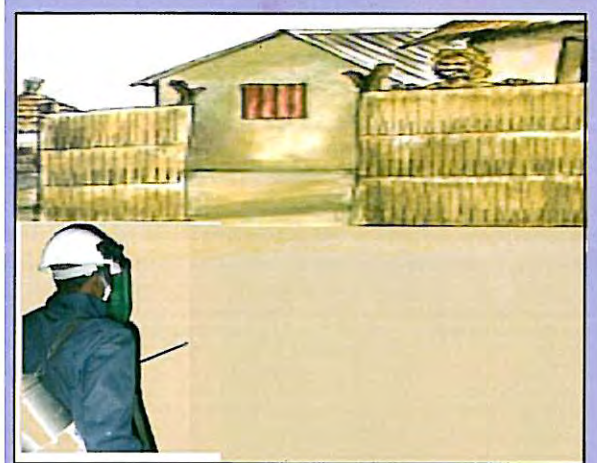


Doxalin buy dooleel xeex sibiru ci Senegal

Counterpart
International Senegal

LAN MOY POMPE BIIR NËK AK NDOXUM TOOKE ?

• POMPE BIIR NËK AK NDOXUM TOOKE moy wis ndoxum tooke ci biir nëk yii nit ñi di fanan ngir raye yoo yi joxe sibiru.



• POMPE BIIR NËK AK NDOXUM TOOKE ab pexee la buy yook doole xeexum sibiru. Con da ngay wéy di nelaw bis bu nek ci sanke bu ñu nandal ak tooke

BAN NDOXUM TOOKE LAÑUY JËFANDIKOO?

• Ndoxum tooke miñuy jëfandikoo, xeetoo ña ak biñuy nandale sankeyi.
• Nit ñu xareñ, te seen xel màcc ci mbir mi, ndax tagatt bi ñu leen defal, ñoo kay pompee ker yi.
• Mbir mi am na ndam ci rëw yi mu njëkee : Angolaa, Uganda, Tanzanie… aar na ay nit ñu barri.

• fi ci Senegal, jêfendiko nańu ko ak ndam dalé ko atum 2007 ci diwaanu Rissaa Toll, Welingara ak Ñiooro.

NDAX NDOX MI AM NA AY LORRRANGE ?

Ndox mi amul lorrange soo toope santaane ndawali ker doktor yi. Man na la loor sooko wannee,
Bu laale sa yaram wala say gët, man nala indil xassanu aki jamjam si gëtyi.
Su ndoxum tooke bi laale ba defla ay mandarga ci sa yaram, na nga summi say yëre ak say dalla, te raxas fi mu lal ak ndox mu bare. Bu demee ba nar la jaaxal nang, nga dem ci bêrêbu fajukaay bu la gënë jege.

YAN KËR MOO MATA POMPE?

♦ **Dëkkuwaay yii la:** këri simaŋ yi, këri ban yi, kêri ñax yi, këri denk yi.

LAN NGA WARA DEF BALA ÑUY POMPE SA KËR ?

♦ **Teela ko waajal ci suba ci :**

- Wacce lepp lu nekk ci miiru nëkyi ak lii jeege miir yi ngir yombal pompe bi
- Pareel benna siwo bu fees ak ndox
- Genneel ci nëk yi ndapp yi, ñam yi ak malayi
- Têjal palanteer yi

BALA WISBI

.° wàcce nataal yi ci per yi

° jegeleel benn siwo ndox ñiy wis

° génné mëbël yu diis yi

JAMONOY WIS BI

- Génn kër yi diirub ñaari waxtu gannaw wis bi
- Baña dugg ci kër yi numu mëna deme
- Su fekkee dafay taw, dugg leen ci bërëb buñu wisul
- Fexeleen ba kenn baña dugg ci biir nëg yii rawatina xale yi

GANNAW WISBI

Bunu wisé ndoxum tooke mi ba noppi, na mag dugg ci kërgi :

- affal néeg yi (ubbi palanteer yi) ;
- fomp taq-taq ndoxum tookemi ci dër bi ak ëtt bi ;
- fomp mëbël yi dessoon ci néeg bi ;
- féxé ba xale yi ak jurgi baña dugg ci kër yi ca fomp ñu taq-taq yi ;
- fóot muurukay yépp ;

- Di bale mbóot yi ak weñ yi ak gunóor yu dee yi laaloon béreb yiñu wis ak ndoxum tookemi
- Tonni gunóor yu dee yi ak mbalit mi sottileen ca gaanu-way ga ngir jurgi bañ ce lekk ba jële ci feebar
- buñu wise ndoxum tooke mi ci kër gi ba noppi, bul def palaatar, bul pentur, bul fomp

affal néeg yi (ubbi palanteer yi)

fomp taq-taq ndoxum tookemi

bul def palaatar, bul pentur, bul fomp per yi

Di bale mbóot yi ak weñ yi ak gunóor

USAID
NDIMBAL UI NGI JOGE CI ASKANU AMERIK

Programme santé

USAID
PRESIDENT'S MALARIA INITIATIVE
CDC

MINISTERE DE LA SANTE
ET
DE LA PREVENTION MEDICALE

Projet santé communautaire

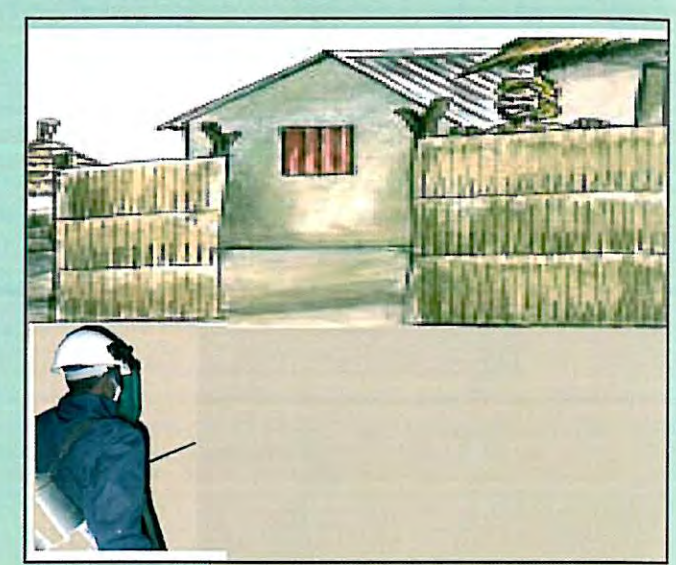
Wis ndoxum tooke ci bunt yi ak per yi (miir)

Doxalin biñuy dooleel ngir xeek sibbiru ci Senegal

CCF Africare Plan World Vision CRS CPI

LAN MOOY WIS NDOXUM TOOKE CI PER YI AK BUNTU YI ?

• Da ngay wis ndoxum tooke mi cibiir néeg yi ak cibiir këryi ngir xeex yoo yi



• Da ngay wéy di jëfàndikoo sànke biñu nàndal ngir pexe mi gën a am doole

BAN NDOXUM TOOKE LÀNU JËFANDIKOO ?

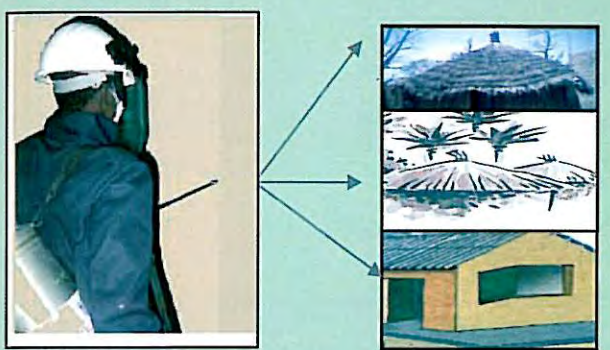
• ndoxum tooke miñu jëfàndikoo, xeetoo na ak biñu nàndale sànkeyi .
• nit ñu xereñ, ca seen xel màcc ci mbirmi lañu jël ngir ñu def ko
• yamul rekk ci yoo yi, aay na yit ci mboot, gunóor, fel, weñ ak liiru lëpaa – lëpp yi ....
• jëfàndikoo nañu ko ba am ca ndam caréew yii Angolaa, Ugandaa, Zanzibar... aarna ay milliyoŋ ciy nit.

NDAX NDOX MI AM NA AY LORRANGE ?

Ndox mi du bari tooke sooko defee niñu lako waxe. Baaxul ci sooko wanaasoo, ndoxmi bulaalee sa yaram, mën naa xasan say gët, ngay wokkatu jox la ay lakk-lakk. Su la jàppee, summil say yéré ak say dàll, ca raxas fimu laal lu yàgg. Su la jaaxalee, na nga seeti doktoor-ba

YAN DËKKU WAAY LAÑUY WISS AK NDOXUM TOOKE MI

♦ **Dëkkuwaay yépp** : këri simaŋ, këri ban, këri ñax, këri dénk



LAN NGA WARA DEF BALA NGAY WIS?

♦ **Jóg waajal ko balaa 7 waxtu ci suba :**

- Wàcce lépp lu nekk ci per yi ak li leen wër ngir yombal liggéey bi
- Jegeelal benn siwo ndox ñiy wis
- Génné kër yi jumtukaayu wañ yi, ñam yi ak jur yi
- Tëj palanteer yi ;
- Génn kër yi diirub ñaari waxtu gannaw wis bi

COMMUNITY HEALTH PROJECT

To fight against early pregnancy, community leaders of Aga Ndimag decided to ban early marriage in the village.
"We said no to early marriage for the well being of our girls."

10-08_Aga Ndimag, Mbour_ Communities leaders groups and members Photo CCF

Today, at Aga, a village in the rural community of Nguéniène (next to Joal in the south of Mbour), Fakane Sene, a young 16-year-old girl, can enjoy his youth and keep on going to school after her parents have twice refused to marry her. Like her, many other girls her age escaped from early marriage thanks to the decision made by the leaders of the village to prohibit the marriage of girls aged lees than 18. *"In the health huts, TBA generally referred all girls during delivery. Yet no link was made between this fact and their young age"* Said Cheikh Diouf, President of the health committee, as to say that early marriages were one of the causes of this situation. According to him, "*hardly had their breasts begun appearing* than they were given in marriage *"girls were usually married at the age of 14".* And for the chief of the village Yab Faye, the decision made by the community will benefit the entire village.

10-08_Aga Ndimag, Mbour_Sakane Faye 16 years old Photo CCF

This decision arose from the initiative of heads of families who are organized under the community action cycle on post abortion care. The strategy was implemented by the CCF-USAID Community Health Project to improve reproductive health within the family. Each community has identified its priority issues, defined its own solutions with the help of the Project and implemented these solutions. When talking about the benefits of this strategy, Demba Ndour, member of the group of heads of families in Aga said: *"We could not imagine that complications girls faced during delivery were related to their young age"*. To find a solution, "*we formed a committee that carried out home visits to all families of the four hamlets of the village to inform them and hear their views. A unanimous decision was made to set the age of marriage of girls at 18. To materialize the commitment of the entire community, we decided to write a charter and have it signed by all heads of family in the village, in the presence of the rural adviser*, "said the chief of village. He also added: *"we went further; to give more chance to our children, we established a protocol with the teachers for keeping girls in school until CM² (6th year)"*. Ndeye Ndiaye, representative of the group of mothers says: *"When we were questioned, we said yes for safeguarding the well being of our girls. Today, most of our girls are still in school.* "

COMMUNITY HEALTH PROJECT

AT Thies, pregnant women are discovering the ITN
"For An insecticide treated net, I would give a fortune".

03/08_Médina Fall, Thiès_Penda Ngom, sign in to recieve her mosquito

Penda Ngom is a young mother about thirty, living in the neighborhood of Medina Fall, Thiès. She recognizes the importance and the vital nature of the nets after the situations she experienced because of mosquitoes. She says: "Today, *thanks to the impregnated nets, I delivered my child without complications."*

During her pregnancy, Penda had many difficulties she attributes to malaria, and to the mosquitoes at first "*during my first pregnancy, I had malaria. This greatly weakened me physically, I did not feed myself, and I lost a lot of weight. I was too weak when I was having my baby, a caesarian was necessary to save my child and myself*". After these hardships, Penda was to face other misadventures with malaria. She tries to explain: "*being aware of the ravages of malaria, I did not want my other baby to suffer from it. I then used the smoke of eucalyptus leaves to ward off mosquitoes: I almost suffocated my baby. Afterwards I used other methods, such as bringing out mosquitoes with a cloth, or a fan I had to use all night long. Anyway, I did not sleep enough; I got nervous and was unable to adequately take care of my child".* According to Penda, this ordeal is now an old memory, thanks to the impregnated nets. "*When I was pregnant with my second child, I attended discussion sessions for pregnant women held by Project agents of CCF and Americans. This is where I heard other women talking about the benefits of ITN. I received a free mosquito net from USAID as my child Cheikhoul Khadim Faye* have had less than 5 years *Now, I feel relaxed since we've been offered this net".* As if to say: the sun is shining again after the rain.

03/08_Médina Fall, Thiès_Cheikhoul Khadim with her impregnated mosquito CCF

COMMUNITY HEALTH PROJECT

Let's sing, dance to change

At Foulamory to better educate communities on HIV AIDS, students in Sangharé created a drama company named the "Teddungal."

Foulamory, Vélingara_A drama company of Sangharéthe « Teddungal ».

"I fear people's behaviors of my village. I do think that a man died from HIV / AIDS, but it was impossible to do the screening. If one day I have means, I will raise their awareness through plays performed by the drama company. "These words are from Hamidou Baldé, President and member of the drama company "**Teddungal**" which counts 32 players who are students from primary and secondary schools of the rural community of Foulamory in Vélingara.
Created in February 2008, the drama company ***"responds to a need for information on issues related to early pregnancy, malaria, keeping girls in school, drugs and many others"*** recalls the president. He also says: "***not two months passed without our noticing the absence of a classmate because he has malaria, she is pregnant or married"***. With the support of a Peace Corps volunteer, Hamidou and the members of his drama company were able to be in contact with the NGO World Vision through the USAID Community Health Project, and achieve their dream: ***"to work throughout the rural community"***. So, the PSSC, under its IEC component, designed sensitizing programs on AIDS and STIs broadcast through "radio Dunya" Vélingara and hosted by the drama company, the Project also had a tour of sensitization throughout 4 villages in the community: Colly Saar Sallé, Saare Bojo, Saar Bouk, Saar Konko with the same company, the "**Teddungal**."

In total more than 250 people have been sensitized on AIDS and self-medication with antibiotics. What makes a member of the audience say: ***"We had never heard before of the dangers of antibiotics and unprotected sex". Now we have heard so much about that, we will go to the health huts to seek more information in order to better protect ourselves".*** Hamidou fulfils his dream, performing in his own village (Saar Konko) two plays on AIDS, attended by 80 people. He also says: ***"My parents have understood many things about STIs in general and AIDS in particular, and that the testing is voluntary and anonymous."***

COMMUNITY HEALTH PROJECT

Know-how and Power

Mr Daouda Mbodj, President of Wallah health committee gives a training certificate to traditional birth attendant Photo CPI

In northern Senegal, the Community Health Project USAID/PMI implemented by the NGO Counterpart managed to equip 55 health huts and train 230 health actors to fight against malaria. What makes communities in the region of Matam say: "Through the USAID funded program, we have been trained and had our health huts equipped. Now they run efficiently, for better management of malaria cases, improved quality services communities are also educated on malaria prevention and treatment".

On August 20th 2008, in Wallah, a village of farmers and fisherman, located on the banks of the Senegal River on the Morphile Island, an important ceremony took place to mark the support to health huts under the USAID funded Presidents Malaria Initiative. In presence of the head nurse of the local health post, government officials, health staff, community health workers and Counterpart staff, a medical equipment valued at over $80,000 USD was given to USAID/PMI health huts in the Health Districts of Podor, Pete, Dagana (Region of Saint Louis), Ranérou, Matam and Kanel (Region of Matam).

The Medical equipment provided through Counterpart's Humanitarian Assistance Program consisted of an assortment of items such as medical scissors, clamps, bandages, gloves and other standard items. These products will be used to equip the 55 health huts and improve the quality of service provided to beneficiaries. In addition, Counterpart provided management tools (registers for consultation, IEC registers for relays and report cards…) in order to facilitate the management of visits by health staff. During this ceremony six community actors trained in improved care and prevention of malaria received their training certificates.

Moreover, anxious to efficient use of this material, a total of 232 community actors, 15 district team members, 54 head nurses, 56 traditional birth attendants, 52 community health workers and 55 health committee members have received training courses focused on clinical signs of malaria and the proper techniques to treat and prevent it. The outcome of this activity is an increased competence of communities and functionality of health huts. The health staff has also noted more participation from health committee members in health hut management. So Cheikhou Oumar Gangué, inhabitant of the village of Halwar says: "Through the training we have received, community health workers have a better understanding of their role in the fight against malaria. Communities are regularly educated on preventive measures such as use of insecticide treated nets, healthy practices like environment cleanliness which reduced the number of malaria cases in my village". Mr. Daouda Mbodji, president of the Health Committee of the village said: *"This donation of medical equipment reassures us because when we go now to the health center, we know that the community staffs have the potential and equipment that will be used to better meet our needs when we are sick"*. The United States' Presidential Malaria Initiative (PMI) has helped in Senegal to equip 1297 health huts, train 8530 community actors (CHW, TBA and relay) on the prevention and management of malaria, distribute about 1, 000,000 free ITN for children 0-5 years in the regions of Dakar, Diourbel, Fatick, Kaolack, Thies and Ziguinchor.

Presentation of medical equipment provided to the health hut of Wallah Photo CPI

COMMUNITY HEALTH PROJECT

The first World Malaria Day with the women of Santhiaba

25-04-08_Santhiaba, Ziguinchor_Members of ''Jappo''around a sketch to sensitize in malaria. Photo Africare.

Santhiaba is one of the sixteen (16) neighborhoods of the commune of Ziguinchor, a town located in the south of Senegal with a high rainfall, sometimes exceeding one thousand (1000) millimeters the year. Santhiaba is located in shallows and most of the houses are surrounded by water during the rainy season thus becoming a bed of mosquitoes. Malaria is the first cause of consultation in health facilities, especially among women and their children. That is why women in Santhiaba joined in an association called "Jappo ("join hands to work together") to combat malaria.

"Jappo" benefits from the technical and financial support of the USAID-Community Health Program since October 2006. The association is composed of thirty women aged 25 to 50 years. All these women have received training in different areas of intervention of the community health program. Two members, called community relays lead the Information, Education and Behavior Change Communication activities such as pregnant women and grandmother strategies. The association thus carries out activities that can improve women and child health but also their economic situation with the implementation of income-generating activities (dyeing, poultry farming, etc.)...

In April 2008, the association, on its own initiative, decided to actively take part in the organization of the World Malaria Day, celebrated on April 25th. The women of "Jappo" decided to provide all the equipment needed to organize the day. With the support of the USAID-Community Health Project, they have held several preparatory meetings to define the role of each member of the association, which allowed them, according to President Khady Sagna, "*to sensitize other women associations in the surrounding neighborhoods which are also partners in the program."*

President Khady SAGNA confides: *"With the supervision of the program's team, we have learned to manage our health problems within the community. Last year, we impregnated a lot of mosquito nets thanks to the USAID. This year, the day is just the beginning; we will continue promoting key behaviors, strengthening pregnant women sponsorship and community solidarity to improve women and child health. We believe that by combating malaria, we will have more time to devote ourselves to our work and earn more money for a better life for the family»*

Santhiba,Ziguinchor_Khady Sagna president of ''Jappo''.Photo Africare

COMMUNITY HEALTH PROJECT

At Darou Diouf, the grandmother strategy changes behaviours.

"Our talks helped me a lot out of my beliefs.

09-08_Darou Diouf, Tivaouane_Sokhna Kéné and her grandson in the background Photo CCF

Sokhna Serigne Kene is a 58-year-old lady. She lives in Darou Diouf, a village located in the rural community of Darou Khoudoss, department of Tivaouane. This is her story: *"In our tradition, in order to have blessed children, a woman has to work hard even when pregnant. And I had all the family strictly adhere to this. There was not a question of my daughters-in-law do not work because they had a health problem. Nobody discussed my decisions because of my status as head of the family. But I later realized that I was in the dark, speaking and acting this way. Today, thanks to group discussions held by the USAID- CCF Project and the Americans, I have more accurate knowledge on health and many other life issues."*

Sokhna is one of those grandmothers who lead grand-mother strategies in her village. These strategies of the CCF-USAID Community Health Project help reduce the distance between participants, redefine grandmothers' knowledge and practices on health and encourage the dissemination and sharing of information in the community. It gives full meaning to the word of Sokhna:

"Our talks helped me a lot out of my outdated beliefs. They allowed me to understand that the exchange of experience can help solve personal, family and community problems. To understand and be understood, one must be a good listener. Health must be everyone's concern in the family. Today, I am more open and I listen to my daughters-in-law. We talk about their health problems. I more efficiently take care of my grandchildren and my daughters-in-law. Now I am the first to ban farm work for my daughters-in-law who are pregnant. This strategy is a gift from God. It must be spread throughout the country".

09-08_Grannd mother strategy at Darou Diouf, Tivaouane Photo CCF