Ministère de la Santé et de la Prévention

Community Health Project: USAID Health Program

ANNUAL ACTIVITIES REPORT

Year IV: October 2009 to September 2010

Prepared by Mamadou Diagne
For USAID Senegal
October 2010

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

Introduction:

The Community Health/PMI Project (PSC/PMI) is a component of the USAID Health Program coordinated by ChildFund Senegal (Formerly CCF). Its implementation period is October 2006 to September 2011. The objective of the Project is to improve community and family health in Senegal, in targeting areas and practices that have a crucial impact on populations' health: mother, newborn and child health; fight against malaria; malaria-focused community-based interventions; Information Education and Behavior Change for health enhancement…

The Community Health Project/PMI is implemented by a Consortium led by ChildFund Senegal and including Africare, Plan, World Vision, Counterpart International and Catholic Relief Services. It intervenes in 13 regions and 65 health districts in Senegal (districts division /order n° *01259/MSP/SG/BL from 12/02/2010 setting the jurisdiction and the list of health districts).* The total population covered is 2,494,506 people. Among them are children 0 – 5 years old (483,934), women of reproductive age (573,736), pregnant women (89,802). *Source: estimated coverage PSC/PMI, June 2008*. The project started its 5th year of implementation in October 2010.

The key planned activities achieved during the 4th quarter (July-August-Sept. 2010) are: service delivery in health huts and sites; organization of screenings for chronic coughers in all the health huts and sites supervised by the Project; continuation of the supervision for extended service delivery in the health huts and sites ; continuation of the implementation of activities planned in the pilot package and the specific package; achievement of activities planned in the service quality improvement package (community-based monitoring of Tuberculosis with Fhi and the health district (DS) of Thiadiaye, community-based management of childhood illnesses with URC and the health districts of Tivaouane and Mbour); participation in the assessment of indoor residual spraying (IRS) activities at the local level (health posts and districts); participation in the assessment of the universal coverage of MILDA at all levels; organization of the Project quarterly activity coordination meeting; evaluation of the Project 4th year action plan; development of the Project 5th year action plan; project coordination and overall management.

Activities previously achieved and documented in the 1st, 2nd and 3rd quarters are: organization of a meeting with the National Malaria Program (PNLP) to set and plan community-based malaria activities; expansion and integration of services in the PMI expansion areas; consolidation of the project basic activities (basic services package, specific services package, pilot studies; revision, validation and dissemination of IRS, monitoring & evaluation and training tools and media with the support of the Ministry Of Health (PNLP, SNEIPS, SNH), the other partners (RTI) and the pilot districts (Nioro, Vélingara, Richard Toll, Guinguinéo, Maleme Hoddar, Koumpentoum); organization of a workshop with PNT and Fhi to bring about synergies, and standardize community-based TB follow-up interventions; support to PNLP for the organization of a workshop to prepare the implementation of PECADOM (Home management of malaria) in the regions of Kolda and Sédhiou; continuation of the partnership with PRN to implement the community-based nutrition interventions; finalization of the partnership with UNICEF to implement activities planned in the partnership agreement (expansion of the services package and supply of more equipment in some health huts and sites); training of community actors (ASC/matrons, relays) in the expansion huts and supply of equipment, drugs, management and IEC tools; documentation of initial offer of pills by matrons in health huts and sites (IOP) and dissemination of results (national conference and regional dissemination workshops); support to the Badiene Gokh Program (PBG); support to ADEMAS for RH radio series group listening and promotion of Aquatabs at the community level.

The report further details the deferent activities implemented during the 4th quarter (July-Sept 2010) and consolidates the overall project results achieved during the 4th year (Oct 2009 –Sept. 2010). It includes also the activities carried out as part of the agreement with UNICEF. It comprises three parts: activities of the period under review (4th quarter and 4th year), administration and Finances; planned activities for the 1st quarter of the 5th year (Oct.-Nov.-Dec. 2010).

I. Activities of the period under review:

The activities listed below have to do with the implementation of the enrolment plan for new health huts, hut renovation, training of community actors in new huts and in expansion huts, huts/sites performances.

1.1- enrollment of new health huts:
All the new huts planned for the 4th year (70) were enrolled and community actors selected. Advocacy sessions, training and hut equipment activities were completed during the quarter under review.The only activity remaining is the training of actors 24 health huts in Podor (agreement with UNICEF). The delay is due to the procedures of signing contract with the NGO Terre Des Homme responsible for the supervision of health huts located in the district of Podor. Overall situation of new health huts enrolled during the 4th year is as follows: Gossas (1 hut : Unicef), Passy (10 huts Unicef), Sokone (9 huts : Unicef), Pout (7 huts : Unicef 1 and PSC 6), Tivaouane (3 huts : Unicef), Mékhé (20 huts : Unicef), Dagana (2 huts : Unicef), Podor (25 huts : Unicef), Matam (15 huts : Unicef), Kanel (8 huts : Unicef). The number of new huts enrolled brings the total number of huts/sites covered by the project to 2,016, representing 3.5% of the total number of huts and sites set up by the Program.

1.2- Hut renovation:
71 huts were to be renovated during the 4th year of project implementation. A total 116 huts were renovated during the year including 36 during the 4th quarter. Details of huts renovated during the 4th quarter are as follows: health district of Dioffior (16 huts); health district of Fatick (9 huts); health district of Nioro (5 huts); health district of Dahra (4 huts); health district of Louga (2 huts).

1.3- training activities:

The training activities achieved during the 4th quarter are: training or retraining of 3,089 CHWs, matrons and relays on the extended services package (M: 1,374; F: 1,715); 2,854 CHWs, matrons and relays on FP promotion and IOP (M: 1,302; F: 1,553). 3,306 CHWs, matrons and relays were also trained or retrained on malaria during the quarter (M: 1,675; F: 1,533) 1,220 of them were trained on ACT management of malaria (M: 848, F: 872). Details on training per area are as follows: Kaffrine-Nioro area: 1,068 CHW/matron ASC/ and relays (extended package, FP and malaria)

- Mbour area: 9 CHW, MATRON and relays (FP).
- Ziguinchor –Sédhiou area: 352 CHW, MATRON and relays (extended package, FP, malaria).
- Saint-Louis- Richard Toll area: 169 CHW, MATRON and relays (extended package, FP, malaria).
- Kaolack – Fatick area: 1,105 CHW, MATRON and relays (extended package, FP, malaria).
- Tambacounda – Bakel area: 292, MATRON and relays (extended package, FP, malaria).
- Louga area: 84 CHW, MATRON and relays (extended package, FP, malaria).
- Khombole area: 301 CHW, MATRON and relays (extended package, FP, malaria).
- Matam area: 45 CHW, MATRON and relays (malaria).

The total number of CHWs, MATRONs and relays trained during the 4th year of project implementation (Oct. 2009 – Sept. 2010) is 6,680 (M: 2.704, F : 3.976) is distributed as follows:

- Extended package: 5,960 (M: 2,258; F: 3,702);
- FP and IOP Promotion: 6,069 (M: 2,575 ; F: 3,495);
- Malaria Prevention and management/PMI : 6,680 (M: 2;704; F: 3,976) including 2,543 on ACT management of malaria (M: 1,394, F: 1,649);

1.4. Mapping of functional huts and sites during the 4th year:

Structures	planned	Number of functional huts and sites per quarter								Average	
		oct. - dec. 09		January – march 10		Appril – june 2010		Juillet – Sept. 2010			
		Nber	%	Nber	%	Nber	%	Nber	%	Nber	%
Huts	1,357	1,302	96	1,334	98,3	1,344	99	1,349	99,5	1,332	98.15
Sites	551	518	94	530	96,2	538	97.6	540	98	532	97
Total	1,908	1,820	95.4	1,864	97.7	1,882	98.6	1,888	99.0	1,864	97.7

The 4th year work plan made provision for 1,378 huts and 529 sites to be enrolled. Data updated in the 4th quarter to take account of the huts turned into health posts report a total number of 1,357 huts and 551 sites (see October-Dec 2009 quarterly report) enrolled. During the 4th quarter (July-September 2010) 1,349 huts (99.5%) and 540 sites (98%) provided services on a regular basis. On the average, 1,332 (98%) huts and 532 (97%) sites have continuously provided services during the year. The gaps reported in huts (2%) and sites (3%) performances are below the expectations (10%).
The causes for these gaps are generally the same from a quarter to the other: non availability of some community actors, insecurity linked to the conflict in Casamance… justifications for the gaps of the 4th quarter are the followings: 6 old huts had difficulties to deliver services because the actors were temporarily not available (Vélingara: 5, Ziguinchor: 1); 2 huts were turned into health posts (Couba and Médina Daffé in the Dioiuloulou district). 11 sites did not deliver services during the quarter because of the conflict in Casamance or the non availability of community actors: Ziguinchor (1), Goudomp (4), and Sédhiou (6). These different sites hardly did not provide services during the 4th year for still the same reasons and are planned to be disafiliated or replaced.
172 huts received support for equipment and additional training of community actors (expansion of services) within the framework of the agreement with UNICEF. During the 4th quarter equipments were supplied and training of community actors completed in 94 health huts. 46 new huts out of 70 enrolled under the agreement with UNICEF have started delivprovidingering services. The 24 other huts are located in the district of Podor and supervised by Terre Des Hommes.

1.5- services provided:

They include the basic package or integrated package, the specific package and the services provided as part of the pilot studies.

1.5.1- the basic package: the action plan of the 4th year provided for the delivery of the basic package or the integrated package in 1,293 huts and 551 sites distributed over 13 regions and 65 districts.
During the quarter under review, 1285 huts (99.4%) and 540 sites (98%) actually provided the basic package or the integrated package.
8 huts and 11 sites have not provided the basic services package or the integrated services package during the quarter because of specific constraints (non availability of community actors or unsafety in the area). 24 huts enrolled under the agreement with UNICEF have not started providing the services planned (Podor).

1.5.2- The specific package: the mapping of the specific package has gone upward during the quarter in comparison with the other quarters thanks to the training of community actors within the framework of the services package spreading in the PMI expansion areas.

- Perinatal and neonatal care: 977 huts out of 467 planned have provided services (209.2%),
- Pneumonia management with Cotrimoxazole: 1,206 out of 800 planned have provided services (150. 75%),
- Community-based management of tuberculosis: 1,217 huts/sites out of 623 planned (195.3%) have provided services.
- Offer of the Standard Days Method (FP): 197 huts out of 196 planned offered the service (100.5%).

1.5.3- WATSAN activities (water and sanitation): the following areas reported on this activity during the 4th quarter: Ziguinchor, Sédhiou, Kolda, Matam and Saint-Louis (Richard Toll).
In the Ziguinchor and Sédhiou areas, home visit was the main strategy used by community actors to promote hand washing, the use of aquatab tablets to purify drinking water, and to provide information on how to prevent diarrhea. 318 talks and 717 home visits were organized in the different districts. These activities allowed to reach 7,473 people. 93,230 Aquatab tablets have been sold by the community actors.
In Matam, the activities implemented during the rainy season were centered on the promotion of Aquatabs use to purify drinking water. Various educational activities were organized with 125 mothers of children attending the “cases des tout petits” (community-based kindergarten) and within households. Visits were also conducted to daaras (coranic schools) in Sinthiou Mogo, Fété Niébé and Sinthiou Bamambé, which allowed to reach 363 Talibés (students of coranic schools). Life experiences shared in the schools of Galayabé, Madina Torobé and Fourdou allowed to reach 967 schools. Activities carried out during these various occasions are: hand washing demonstration using water and soap and delivery of key messages on this topic. The Matam area distributed 125 liquid hand soaps in collaboration with the PPLM.
Activities carried out in the Vélingara area had to do with hygiene and sanitation. They were implemented by relays, CHWs and MATRONs. A total of 113 activities on promotion of aquatabs use, hygiene and hand washing were carried out during this quarter.
In Richard Toll, a workshop on Water – Hygiene and sanitation was held for project agents. 12 CDA/District Senior Team were oriented on the expansion of the strategy «Community Driven Water Sanitation and Hygiene» (CDWSH) for the building of cheap latrins in rural area and purification of water. The CDAs oriented trained 81 community actors on hygiene and sanitation using techniques based on the CDWSH approach and the promotion of Aquatabs use.

1.5.4- The pilot services package: the 6 project-specific pilot studies and 4 specific studies integrated in the course of the Project (RH group listening, Initiative Badiene Gokh, improvement of the quality of community-based services) are reported in this section.
a. Iron Supplementation/Flour fortification: during the 4th quarter, the members of the fortification monitoring committee were trained on how to make traditional bread fortified with iron-folic acid and zinc. These trainings focused on community actor capacity building on flour baking, coking, mixing and fermentation. The members of the monitoring committee achieved **3** Social mobilizations, **3** sketches, **02** radio programs and **16** home visits focussing on the benefits of consuming fortified flour and the dangers linked to anemia.
5. 33 kgs of concentrated premix made up of iron-folic acid and zinc were used in millers during the 4th quarter, making an annual cumul of **100** kgs. **55** kgs of premix were distributed to households in the project area of intervention during the 4th quarter, making an annual cumul of **112, 12** kgs. **610** households have used at least 1 fortified food during the 4th quarter. **2946** fortified bread were produced and sold in two traditional bakeries**. 17,030** mango trees were distributed to children aged 0-5 years during the 4th quarter.
The non availability of staple cereals had to be used by most families as main food had been a constraint during the report quarter which coincided with the lean season. To supply some

vulnerable groups like children and women, a partnership was established with the office Bati Décor for to set up 2 Economic Interest Groups (GIE) at 2 fortification units in order to increase cereal production during the lean period.

These GIEs are also in charge of activity supervision and fortification unit management at the community level. The production costs will eventually be reduced for direct bebneficiaries, to allow an adequate level of consumption during the lean seasons.
The pilot activities for iron supplementation/flour fortification planned for the 4th quarter were implemented as scheduled. Planned activities for the quarter Oct. – Dec. 2010 are: quantitative study of the levels of anemia by the laboratory of the Velingara district; finalization of GIEs establishment for local flour fortification; integrated joint supervision with the district, agriculture department and project teams; continuous monitoring of implementation.

b. D**evelopment of a strategy to prevent female genital cuting (FGC)**: 5 strategies are being implemented within the framework of the pilot study on girls holistic development (DHF) including fight against female genital cutting.
1). *Intergénérationnel Forums:* the 02 planned forums were held with 95 participants including 10 grandmothers, 10 elders, 10 women of reproductive age, 10 youths, 08 teachers, 08 journalists, 04 CHW/MATRON and 07 other partners (IDEN:district school inspection, Religious leaders, traditional communicators…).
2). *Participative Communication/Education with grandmothers and women of reproductive age:* activities achieved are: 14 sessions with Grandmothers (GM) and 10 sessions with women of reproductive age (FAR). 1633 people were reached (122 GM, 812 women of reproductive age, 12 CHW, MATRON and Relay). 11 storytelling nights and cultural events were organized. They allowed to reach 367 Grand mothers, 1829 women of reproductive age, 613 pregnant women and 21 CHW/MATRON and relay.
3). E*ducation of girls in traditional groups:* it replaces the Alternative Rites of Passage (RPA) which was formulated to focus on more sustainable and less expensive girl education initiatives. Activities achieved. Activities achieved in this context are: 23 community-based girl education sessions organized with grand mothers with the support of lacal monitoring committees in villages including 234 beneficiary girls; 4 community meetings held by the Alliance Cimmittee to exchange experiences (321 participants).
4). *Activities*: they are related to the use of moral lessons in the GM booklet to value local cultures and enhance intergenerational communication. Activities planned in this component slowed during the quarter due to the school holidays. 2 meetings with 45 teachers and partners from the IDEN were held to select tales to put in the tale booklet.
5). *Continous documentation and capitalization:* the activity is implemented with the technical support of the Grand Mother Project (GMP) and the participation of partners (schools and health services). 2 main continuous documentation activities were organized in conjunction with daily data collection and interviews conducted by field agents: continuous progress documentations (field reports, supervision); surveys in the first 12 villages enrolled to assess the impact of activities carried out for pregnancy and early marriage reduction.
The pilot study on the development of a global strategy to prevent female genital cutting has progressed during the 4th quarter. The Production activities in the methodological guidebook are slightly below the annual expectations. The lessons learned during the Project 4th year of implementation are related to social and health impact of the intergenerational activities carried out to promote intergenerational dialogue, value culture and involve elders and particularly grand mothers. These strategies seem to have influenced “the ideal age” for marriage (that has moved from 15 years when the baseline survey was conducted to 18-19 years during the surveys organized by the Grand Mother Projecr (GMP); the unwanted pregnancies have highly decreased in some villages or disappeared in others (Bantanto and Saré Coly Tening have not reported any case of unwantetd pregnancy since the beginning of

project implementation). There is also an increasing openness to substantive debate on the issue of female excision and a renewed interest for traditional games, especially in youth.
The planned activities for the quarter October – December 2011 are: support for the assessment of annual action plans of the local monitoring committee and of the quarterly action plan of the Alliance Committee; support for the development of the local monitoring committees action plans for the year 2011; organization of community-based sessions to disseminate the findings of the surveys on the impact of the FGC/DHF in the decrease of early marriage and pregnancies; issuance of honorary diplomas to project's strategic partners to encourage their involvement and the sustainability of achievements durind the last year of the project implementation; visits conducted to share the experience with the other NGOs of the Consortium in the FGC/holistic development of girls (DHF) area of intervention.

c. Community mobilization to prevent abortion (SAAC): the project is testing since 2007 a community-based strategy to prevent high-risk pregnancies and abortions, based on community-based action cycle developed in Bolivia. A first phase was used to adapt the Bolivian model to the socio-cultural and health context of Senegal. The adaptation phase was conducted in the districts of Mbour and Joal (Thiès region). A second implementation phase was conducted implemented in 2009-2010 to extend the strategy in 3 other regions (Kaolack, Kaffrine and Ziguinchor) and develop a 2nd cycle in the test areas of Mbour and Joal (Thiès region). 3 major objectives are included in the implementation: **1.** to initiate a community reflection on issues related to pregnancies and bleeding during the first term. **2**. To organize community mobilization to prevent unwanted pregnancies and complications generated by hemorrhage during the first term of pregnancy **3**. To assess impacts and draw lessons learned. The methodology uses a participative approach to raise populations' awareness on the 3 delays of maternal death due to abortion; it aims at empowering populations for self management of their problems. It is implemented through the community action cycle that comprises 5 steps: community organization; self-diagnosis; development of group and health post area action plans; implementation of action plans; participative monitoring and evaluation.
The activities achieved during the 4th year of project implementation (Oct. 2009 – Sept. 2010) are relate to the implementation of the methodology in expension sites (oct. 2009 – sept 2010) (Kaffrine, Nioro and Ziguinchor), the development of a 2nd cycle in the test sites (Mbour and Joal) and the cross-cuting support actions.
Implementation of the 1st cycle in the expansion sites: 33 groups were enrolled in 8 new sites. 21 of them representing 64% have signed partnership agreements with the health post agents and local governments. All groups received a financial support amounting to 1,780,000 FCFA that will allow them to implement the action plans. 651 members of 32 groups were trained (out of 640 planned: 101.71%). 16 groups (Kaffrine and Ziguinchor) have completed their self-diagnisis and action plan drafting. 04 groups of grand mothers and younger mothers (Ziguinchor) were trained on fruit and vegetable processing to help them develop income-generating activities. 32 group action plans were drafted. 25 action plans were achieved up to at least 80%. The average level of achievement of all action plans is 78%. The action plans that are not yet implementetd are those of Nioro (5 sites), Ziguinchor (1 site) and Nioro (1site). 5 health post action plans could not be achieved during the year (Kaffrine and Nioro). Monitoring of group and health post action plans was unsatisfactory (achievement rate between 6-8%). The participative evaluation was conducted by 8 groups out of 32. The 24 remaining sessions were scheduled for the next quarter. The outreach activities achieved by groups during the year within the framework of the implementation of their action plans are: 192 talks, meetings, discussions/pencc; 570 home visits (VAD) or negotiation meetings; 22 advocacy sessions; 13 social mobilizations (religious
Conferences, sketchs, thé-parties); making of popular songs; 25 heads of families oriented on FP with the district support; pending negotiation of an agreement to forbid early marriage

in 2 communities; organization of condom distribution campains in Ziguinchor by adolescents.

Implementation of the 2nd cycle: the 2nd cycle is developed in 4 sites in Mbour and Joal. 14 groups are ingaged in the methodology. 5 groups have completed self-diagnosis and sessions and drafted their action plans. 121 group members were trained on the themes of the 2nd cycle. All the rural and urban health post action plans (2) were validated by the municipal or rural council, the district and health post health authorities in the presence of other administrative authorities and community leaders. 128 group representatives (100%) were oriented on human rights, gender based violence, communication techniques and the use of animation tools. 13 group action plans out of 14 planned were developed by community groups. 11 group action plans (85%) and 1 health post action plan (50%) were implemented up to at least 80%. Rural areas have recorded higher achievement (58 to 100%) than urban areas (47 to 91.6%). Most of the activities that are not achieved are related to advocacy with local governments and health authorities. Activity monitoring with local governments is poor (17 out of 156 monthly group meetings); 2 out of 24 health post area monitoring meeting). The participative evaluation sessions have not been held yet. They are scheduled for the next quarter. The activities achieved by the groups during the 2nd quarter of the report year are: 90 talks, meetings, discussions; 225 home visits or negotiation meetings; 28 advocacy sessions with community leaders and decision makers and resource persons; 10 social mobilizations; 10 sociales mobilizations (religious conferences, play performance, tea-parties). The other actions achieved are: partnership with schools and high schools; orientation of 28 group leaders and 34 community actors on human rights and gender based violence; couple visits by group members; collaboration with religious leaders to solve domestic violence; organization of open days on RH by the health post (in progress).

Program-support activities: workshops and meetings were held with facilitators, members of expansion sites and members of the 2nd cycle to develop and validate support tools for group animations and finalize the monitoring-evaluation pilot study. A community-based approach for the management of adolescents need in terms of sexual and reproductive health (5910 approach) was developed and validated with the RHD. Its implementation began with a baseline analysis to identify the types of adapted and relevant information and services that communities will have to provide to adolescents through parents. Other tools for the training of parents on adolescent sexual and reproductive health (SSRA) are in progress. Other innovations the methodology has helped to achieved are currently being documented: mobilizing community resources to encourage early seeking of care (solidarity funds, pooling, purchasing ambulances for referral of emergency, contracting with taxi drivers, and settlement of a community information system for reference). Settlement of a device to improve access to quality RH services that are adapted to commnity needs (allocation of time slots to dolescent services in health facilities, phone directory list of phone numbers to send information to adolescents…).

Constraints : the constraints reported during the quarter under review are: uncomplete area reports; activities not fully carried out and inadequate documentation of qualitative changes; persistent reluctance of some providers (mainly hospital of Ziguinchor) some local authorities do not fulfill their commitments, the inadequate monitoring and supervision of certain facilities; instability of adolescents because of rural exodus and studies, scarcity or inadequacy of human right and gender-based violence services provided by existing structures.

Lessons learned in the implementation of the process during the 4th year of project implementation are: former groups are more committed and motivated than new groups; group activities contribute to strengthening and prevention activities initiated by health facilities; the establishment of a community-based reference management system is easier in rural area than urban; involvement and committement of districts / ICP is a factor that strengthens community mobilization and facilitates problems solving (especially those faced

in health facilities); A close monitoring/coaching by facilitators is necessary for community actor capacity building and the development of a partnership with other facilities (health, local governments …).

Planned activities for the next quarter are: organization of participative evaluation sessions for the groups implementing the 2nd cycle and the groups that have not yet completed the activities of the first cycle; development of the 3rd cycle tools in the sites of Mbour and Joal; preparation of the external assessment of the intervention.

d. Initial Offer of Pills by matrons in health huts (IOP/FP): activities implemented during the 4th quarter (October 09 - September 10) are: enrollment of new huts, documentation of IOP, dissemination of IOP results and consolidation of service delivery in new huts.

1- The IOP enrolment plan: 360 OIP huts (191 old and 169 new) were to be enrolled for the 4th year. In September 2010, 309 huts were providing services (85.8%). The gap (51huts) is due to the delays in making the administrative decision to scale up. The decision to scale up IOP was just made in August 2010 (special meeting of the national commission for the scaling of successful community-based experiments). The 118 new IOP huts have all been enrolled during the 4th. The OIP huts scheduled for the 4th year but not enrolled (51) will be taken into account during the 5th year. The distribution per region of huts enrolled during the project 4th year of implementation is as follows: Kaolack (44), Kaffrine (4), Fatick (16), Thiès (124), Louga (42), Kolda (41), Sédhiou, (14), Ziguinchor (24).

2- IOP Documentation: It was conducted over the period from January 25 to March 18, 2010 in partnership with FHI Progress/CEFOREP under the leadership of the IOP steering committee of the RDH. The documentation targeted 56 health huts for the quantitative study and 10 huts for the qualitative study. The objective was to analyze the experimentation process of scaling up activities. 222 new clients out of 280 planned were surveyed, representing 100 % of coverage rate, (no refusal cases were recorded). According to the results achieved, 2135 women were recieved for information on FP and 1170 (54.8%) of them have become users. The number of clients lost since the start of the IOP is relatively low (8.9%). A dropout rate of 6% was reported. Side effects were noted in 2.7% of cases. The study findings indicate the following: good quality of services, proper reception of clients; a excellent level of achievement of IOP set objectives ; acceptance of IOP by populations and community leaders; improvement of hut performance and proper use of services; high performance of matrons; poor involvement of districts in the supervision of matrons.

The main recommendations are: scaling of IOP in all the districts supervising health huts; leterate or educated matrons, CHWs and relays are eligible for capacity building and may offer pills; training and reporting materials will be adjusted to integrate illiterate matrons in IOP, CHWs ant relays; alternative IOP models will be tested in urban or suburban areas; the IOP steering committee will play its role of technical committee for IOP coordination and scaling up.

3- Dissemination of IOP results: It was conducted through a national conference and regional review of community-based RH initiatives. The national workshop on community-based reproductive health / family planning initiatives (IBC-SR/PF) was held at Hotel Radisson Blu Dakar on April 21 to 22, 2010. It brought together more than fifty (50) participants: national departments of the Ministry of Health, University of Dakar; Medical Regions, Health Districts, Associations of health professionals, parliamentarians, journalists, technical and financial partners ... The objectives were : to share the results of community-based RH/FP experiments initiated under the USAID Health Program/Community Health, and other partners from Reproductive Health Department (DSR); to discuss the scaling of successful experiences and to make recommendations for the expansion of successful community-based RH experiences in the area. The methodology was based on introductory lectures, discussions, group work and plenary dissemination sessions. The topics presented and discussed are: the initial offer of pill by matrons in health huts (documentation findings and opportunities for scaling) experiences in offering hormonal methods at community level

(community-based distribution of depo provera IM in Madagascar and introduction of plan subQ provera in Senegal); experience of community mobilization to prevent abortions using the Community Action Cycle (results and lessons learned in Senegal); prevention of post partum hemorrhage at the community level through the use of Misoprostol (results of the safety stage and discussions of next steps).

After the presentations, discussions, small group-works and plenary sessions, the conference validated the conclusions of the literary review and recommended scaling IOP up through the increase of the primary target (matrons of health huts) other community actors (CHWs, relays, other community workers). Next steps were identified and general recommendations made: the urgent need to scale up all these successful community initiatives in order to raise the standard indicators of maternal and child health; the urgency of promoting long-term methods to revive family planning, the need to invest the community level which contains the largest portion of the target.

4-Regional dissemination workshops : National Conference on IBC RH / FP has been decentralized to the regions to broaden the basis for discussion and decision making to local areas (medical regions, health districts, head nurses, midwives, community actors, local authorities, administrative authorities, regional councils, CBOs ...). The main points of the regional workshops agenda were: feedback and discussion of the OIP results, misoprostol and community-based PAC, community-based experiences of injectable use, the development of an OIP scaling plan for each region. Orientation on the Badien Gokh Program (PBG) has been integrated into the feedback workshops in Matam, Saint-Louis and Louga.

During the report year, 12 regional workshops (out of 13 scheduled) were organized in partnership with the DSR, DSSP, Medical Regions and FHI/Progress. The Regional workshop of Kaffrine will be held in November 2010. The richness of the exchanges is a proof of the great interest participants has shown. Important recommendations were made regarding each component to encourage community ownership of efficient interventions. The OIP expansion satrategy included in the region coverage plans (including Kaffrine) reports a need for 121 additional OIP huts.

5- Service delivery in IOP functional huts: service delivery continued in pilot IOP huts all over the year. The ata of the 4th quarter were related to 97 IOP huts. 6 area offices did not send their 4th quarter report at the consolidation period: Louga/Darou Mousty (Plan), Khombole (Plan), Thiès (ChildFund), Vélingara (World Vision), Kaffrine (World Vision). 31 health huts (Mbour: 29 and Dahra: 2) were declared non-functional during the quarter for reasons related to the unavailability of the marton.

1, 649 new clients were registered for the 4th quarter; 473 for pills representing 28% of new clients. 186 women (11%) have chosen the lactational method (MAMA). 97 (5.8%) clients were registered for the standard days method. 1164 clients have been resupplied. 1,118 of them were resupplied with pills (96%). 92 clients were referred for other methods including the injectables (98%). 7 clients reported side effects (did not have periods: 5, painful breasts: 1, Pain during sexual intercourse: 1). 21 clients using pills abandoned it. Just one case of stock shortage was reported during the quarter (area of Mbour). 75 clients using MAMA changed it for a modern ocntraceptive method (pill in general). 12,466 FP activities were achieved. These activities included talks, advocacy sessions, home visits, peer education sessions, grand mother strategies, pregnant women solidarity circles, social mobilization sessions… Counseling sessions on FP were conducted with 24950 people including 21, 318 women and 3,804 men.

5, 423 new clients have been enrolled during the 4th quarter (October 2009 – September 2010) 2003 for pills representing (44, 2%) of new clients. 775 women have chosen the Lactational Amenhorrea Method. 150 clients have used the Standard Days Method (3,3%). 5,665 have been resupplied including 5, 397 with pills. 328 clients were referred for other

methods : 269 for injectables (82%). 26 clients reported side effects (13 did not have their periods, 8 reported bleeding, 1 reported painful breasts and 1 pain during sexual intercourse). 14, 526 pill cycles, 333 Cycle-Beads, 67253 male condoms and 1,999 female condoms were distributed. 127, 815 counseling sesions were conducted and 395 sessions on innovative strategies (grandmother strategies, pregnant women solidarity circles, partnership with koranic teachers, W3 game, model couples). Most of these strategies were conducted during the 2nd quarter. 44, 004 other activities (talks, home visits, advocacies, individual talks, social mobilizations) were also carried out.

Data analysis for the 4th year of the project shows the following: the pill is the most used method at the health hut level (44% of new clients and clients resupplied at the health hut level) ; at the end of the lactational period, most of the clients choose pills ; 82% of clients reffered requested the injectable method which is not available at the healthhut level; the use of the LAM has highly increased compared to the other years (17% of new clients between October 2009 and September 2010; the use of the standard days method (MJF/Cycle Beads) is on the rise but is still very low (3,3% of clients); the dropout rate observed in health huts is generally low (1.1% for the pill).

Planned activities for the quarter October-December 2010 are: organization of the regional dissemination workshop of Kaffrine, orientation and training of trainers and MATRONs in new IOP huts (4th year courses in Year 5 reported), enrollment of new IOP huts planned for the 5th year, continuation of service delivery in functional huts, supervision and support for midwives in the service delivery, intensification of planning activity promotion at the community level, development and implementation of management tools to document information about active, inactive and abandonment.

The dropout rate observed at the health hut level is generally low (1% for pills).

e. Test of injectable contraceptive use at the health hut level: the activity is implemented in partnership with FHI/Progress, under the leadership of the RHD. Activities scheduled in the 4th year action plan were: to organize institutional advocacies (medical regions, districts, and other partners); to develop the study protocol; to select the test huts; to develop the training, IEC and monitoring&evaluation tools. To supply inputs; to start service delivery in the 20 test huts; to coach community actors in implementation monitoring; to ensure continuous documentation of the process.

Activities achieved during the 4th quarter have to do with the implementation of the institutional advocacies. These advocacies have been integrated into the agenda of the national IBC/RH (Dakar, Radisson Aprill 21 and 22, 2010) and into the IOP dissemination workshops held in 12 regions out of the 13 scheduled. The workshop scheduled for the Fatick region will be held in November 2010. The other activities are planned for the 1st and the 2nd quarters of the 5th year.

f) implementation of the community action cycle to promote FP: the activities planned for the 4th quarter are: the development of a strategy based on the use of the community action cycle (PAC) to promote FP; the training of community actors in test huts on the use of the strategy; the supply of management and IEC tools in the test huts and; the coaching of community actors in service delivery. Given the volume of activities implemented during the 4th year it was not possible to achieve the expectations. Activities will be renewed for the 5th year of preject implementation.

g. Cell phone use: as part of its interventions, the USAID Health Program/Community Health seeks to diversify its behaviour change communication strategies too improve the indicators. The study on cell phone use in IEC is in this perspective. The main objective of the study is to find to what extent a well organized use of the cell phone may contribute to increase knowledge about health and maternal and child nutrition, and the level of use of the health services and the reference system. The start of the study was delayed and the

implementation of the activity as scheduled has been difficult. Activity implementation started in July 2009 with the recruitment of a firm specializing in computerized management of messages from mobile (Intégral Technology).
The firm has planned to install a server in the different referral health centers in the areas where the study is conducted. (Louga et Khombole). The chief nurses in these areas must have computers to control the messages that would be sent to or received by users (CHWs, MATRONs, relays enrolled and having mobile phones). The comunity actors were charged to send messages reminding appointments. During the 4th quarter, the content of text and voice messages were defined and parameterized. After testing setup messages, only text-type messages could be sent according to the consultant. 2 types of messages were designed: a general type intended to all women and a personnalized type intended to specific targets: (for example a message reminding a pregnant woman the date for her PNC with the midwife). Community actors in all area were asked to approach uneducated women and help them read the messages.
The orientation sessions planned with health agents about messages and activity monitoring have not been achieved because of the strikes that have disrupted the health sector and the test districts. Technical constraints were faced regarding the installation of the servers in health facilities; finally, the servers were installed in the Project offices of Louga and Thiès (Plan). Another difficulty was the change of the phone numbers of women who accepted to participate in the study. Their phone numbers were parameterized in the server and the messages were to be regularly sent to them. The area of Khombole has also experienced a system dysfunction: the ICP was moved; the computer that sends and receives the messages was in his office so we had to wait until his substitute takes service to resume the activities.
The activities were resumed in the 4th quarter and general messages as well as personnalized messages are now regularily sent to women users and community actors. The dalay noted in the implementation of the strategy has motivated the establishment of a committee in charge of the management of the study. The committee is composed of the COP/Comunity Health Project, the IEC advisors/PCU, health program coordinators (Plan, World Vision, and Africare) and the National Health coordinator of Plan. The committee's mission is to ensure a close monitoring and systematic documentation of the workflows. During the 4th quarter, the committee held several work sessions. An operational action plan was developed, discussed, and validated to finalize the study. The action plan covers the period from August 2010 to June 2011 (see attachment).
Based on this, the consultant was contacted again; advocacy sessions with communities and districts resumed and were adjusted to the new context. The list of messages intended to targets has been reviewed and message setup into computers is finanlizing.
The next steps have to do with the following activities: conducting a census of the target, listing the phone numbers in the computer, classifying messages based on each target; organizing a quarterly follow-up visit to document the implementation. Documentation will take account of the reactions and effects on the improvement, the knowledge, the attitudes towards, and the use of health services.
The assessment of the pilot study is scheduled for June 2011.

h. Misoprostol use at the health hut level to prevent post partum bleeding: activities scheduled in the 4th year action plan have mainly to do with the dissemination of the safety stage findings, the implementation of the study coverage stage. Dissemination of results was done as part of the activities of the national conference on RH community-based interventions held in Dakar (Hôtel Radisson) on April 21 to 22, 2010. Recommendation was made during the conference to implement the coverage stage before scaling it in order to assess the level of mastery of product use by MATRONs. The steering committee of the reproductive health department (DSR) validated the recommendation of the national conference. The USAID Health Program/Community Health was to support activity

implementation at the health hut level. CEFOREP was selected to provide technical support. The DRS was to identify the ressources needed for activity supervision by CEFOREP. The project had contacted partners several times during the year and during the 4th quarter in vain. Decision was finaly made to postpone the coverage stage until the 5th year of project implementation.
Activities planned for the next quarter have to do with the meeting of the steering committee including CEFOREP in order to plan the coverage stage activities.

i. monitoring of reproductive health radio series: support provided to ADEMAS and Population Media Center (PMC) for the organization and monitoring of radio series group listening (PMC) involves 3 aspects: 1. monitoring of listening group; 2. Promotion of mass listening for public awareness raising on priority issues related to reproductive health and child survival. 3. Documention of group's reactions to enable a continuous review of the contents of episodes. Documentation of listening groups is achieved in the Kaffrine, Matam and Kaolack regions based on the monthly listeners' diary and the synthesis of information gathered from focus-groups.
The Wolof version of the series "Ngelawu Nawet" (68 episodes) is aired by RTS and its regional stations. These channels are relayed by some community radio stations for better accessibility. The series addresse important issues related to improvement of the health of the family and the reduction of maternal and child mortality: reproductive health, child survival, fight against HIV / AIDS and tuberculosis, hygiene and sanitation... The Pulaar version of the series, "Keele Conal" (58 episodes) seeks to increase the demand for reproductive health information and services in adolescents and youth
In adition to listening activities in the test areas, the project has also provided support for community organization to listen and discuss the serries in all the other regions in Senegal except Dakar. Various activities were carried out by the Project to promote listening and capitalization of information conveyed in the series: hosting of interactive programs, organization of competitions with prizes to candidates, IEC/BCC based on series discussion and analysis, organization of listening groups…
In addition to the listening activities carried out in the test areas, various other activities were also carried out to promote the listening and capitalization of information in the series: hosting of interactive programs, organization of competitions with prizes to candidates, IEC/BCC based on discussion and analysis of episodes, organizationof listening groups… given the positive impact of the series on the awareness at community level, the Project has firmly integrated listening sessions followed by discussions into the global IEC strategies. These different activities have all been carried out during the year and during the 4th report quarter.
The constraints noted in the organization of group listening are related to the mobilization and attendance of group members and the poor quality of reception in many parts of the country although the program was relayed by the RTS regional stations and community radio stations.

Within the framewoek of RH radio series evaluation, the Project began during the 4th quarter to provide support to ADEMAS/PMC in collecting data for the clinic monitoring of series listening at the health hut level. The objective was to measure the impact of the series on the population knowledge of the themes addressed and on their use of health services. The activity is implemented in 88 health huts and provides for the filling of 880 questionnaires by populations. Data collection is currently under progress at the health hut level and will be finalized during the next quarter.
Activities planned for the next quarter are: continuation of community mobilization and coaching of groups and community actors; continuous integration of series listening and discussion into IEC strategies; listening groups and filling of documentation media in pilot sites of Kaolack and Matam; data collection for the clinic monitoring of series at the healh hut level.

j. Promotion of Mother, Child and Newborn health (Badien Gokh Program): the Bajenu Gox Program (PBG) is based on a comunity-based approach based upon a functional sponsorship mechanism. Its objective is to increase women demand for RH care during pregnancy, delivery and pospartum and for children under 5 years.
During the report year, the project had, in various ways provided support to the DSR in charge of the coordination of the Badien Gokh Program (PBG).

- Participation in the 2nd National Health Show of Dakar (2nd SISDAK): the show took place in the "international center for foreign trade of Senegal" (CICES) from May 20 to 23, 2010. This was an opportunity to promote the Badien Gokh Program and provide related information with the community health device settled within the framework of the USAID Health Program/Community Health. An exhibition in a stand measuring 50 m^2 served to illustrate the integration of PBG in the community health system. More than 1000 visitors from Senegal and from different countries were registered. 60 contacts expressed needs for additional information concerning the training materials produced by the Project, the innovative strategies used and the community mobilization approach to prevent bleeding.
Écouter
Lire phonétiquement

Dictionnaire - Afficher le dictionnaire

More than twenty experts from the University, international organizations, regions and representatives of community-based associations have called for demonstrations or in-depth explanations on the strategies developped.

-**revision of strategic documents of the PBG**: the project provided support for a 2-day workshop (August 17 – 19, 2010) in Thiès to resize the basic support of the PBG which were considered "too heavy" compared to the profile of «Bajen Gox» (BG). The review focused on the strategic document for guidance on the program, the training tools, the management material and the monitoring and evaluation tools (indicators, supervision…). All these materials have been finalized during the 4th quarter and are currently serving as guidance document for the PBG.

-**Official ceremony to give diplomas to BG:** the ceremony was held in Tivaouane under the chairmanship of the Prime Minister of Senegal in presence of other ministers, the US enbassador and UN agences. 200 Bajen Gox symbolically recieved their diplomas and a mobile phone (Tivaouane: 100; Mbour: 30; other regions: 20). The project has provided a lot of support for the organization of the ceremony, social mobilization for the activity and the supervision of the BG recipients.

-**Orientation of medical regions on the PBG**: the project provided support during the 4th year for orientation on the PBG in the regions of Louga, Matam and Saint-Louis to finalize the settlement of the program throughout the country. The orientation workshops were integrated in the regional reviews on community-based reproductive health interventions organized in Louga, Matam and Saint-Louis.

-**Training of Bajen Gox (BG)**: during the 4th quarter, the project provided support for the training of 210 BG on technical and financial areas (Tivaouane: 150, Ziguinchor: 60). 200 BG in Kolda were appointed in their coommunities and are regularly supervised by project

agents. Within the global framework of the PBG managed by the DSR, 873 BG out of 1,501 planned were trained by disdtricts.

Planned activities for the next quarter are: to provide support for the training of BG in the regions of Matam, Fatick and Thiès; supervision of BG in service delivery; support to districts in data recovery.

K. Collaborative approach for quality improvement of services in community-based TB follow-up. (QI/TB): The activity is conducted in partnership with FHI in the district of Thiadiaye. It uses the "Quality Improvement (QI) methodology already tested by FHI in the district of Mbao for clinical and psychosocial management of tuberculosis. The same methodology is planned to be applied for the community-based monitoring of TB in Thiadiaye.
The purpose of the strategy is to improve the level of TB indicators in the district of Thiadiaye by enhancing the quality of community monitoring and clinical and psychosocial management of the illness. The health posts of Fissel and Ndiaganiao were selected as pilot sites. All health huts located in the area covered by the two tests health posts are targeted (23 health huts). During the quarter under review an orientation and activity planning workshop was held (August 17 to19, 2010) at the Health Centre of Thiadiaye, in collaboration with FHI, the National Quality Program of the Ministry of Health and PNT. The workshop was attended by teams from the medical region of Thies, Thiadiaye District, Project agents (and offices of the Mbour Tivaouane area), the association of non-specialized relays, the representatives of health committees and local government of the area. Activities were planned with the community actors in health huts and health posts of the interventions.
The processes diagrams have been developed. The implementation process has slowed at the end of the fourth quarter due to a busy schedule of district teams in Thiadiaye and strikes in the area. There will be a meeting to resume operations with FHI, the medical region of Thies, the National Quality Program and PNT in November 2010.Écouter
Lire phonétiquement

Dictionnaire - Afficher le dictionnaire

1. **nom**
    1. qualifications
    2. paper qualification

l. collaborative approach for quality improvement of services for the community-based management of childhood illnesses (QI/URC) : the project has signed in July 2010 an agreement with University Research Co. (URC) for the implementation of a quality improvement component in childhood illness management at the health hut level. The approach is based on the quality improvement collaborative model (Improvement Collaborative Approach). The intervention is planned in 30 huts and 26 health posts of the districts of Mbour and Tivaouane (Region of Thies). The objectives are to improve the quality of care of ARI, malaria and diarrhea among 0-5 year children at the health hut level; to systematize the services package related to the management of childhood illness at the health hut level, to select and disseminate good practices in all other health huts.Écouter
Lire phonétiquement

Dictionnaire - Afficher le dictionnaire

1. **nom**
    1. qualifications
    2. paper qualification

A first URC mission came to Senegal in February 2010 to discuss the terms of the intervention, to visit sites and meet the national departments of the Ministry of Health and partners: Department of Primary Health Care (DSSP), Department of Food, Nutrition and Child Survival (DANCE), National Quality Program (PNQ), National Malaria Program (PNLP), the National Nutrition Reinforcement Program (PRN), Family Health International (FHI), USAID ...
during the fourth quarter, basic information on the intervention sites were collected and systematized (see attachments: deliverable N° 3). T he orientation of the steering committee and technical group was made on September 13 to 15, 2010 in Thies. The workshop was facilitated by two consultants from URC. The purpose of the session was to build capacity of the members of the Technical Group on how to conduct a collaborative quality improvement. The workshop report is in attachment 4.8 (deliverable report N° 4). Following the workshop, a core team was established to contextualize the tools to be used and the organizational device. The core team included representatives from the medical region (RM Thies) health districts (Mbour and Tivaouane) and Project (Area Offices of Mbour and Tivaouane). Facilitation was provided by two consultants from URC. The tools developed by the Core Group are: the innovation packages, indicators for changes monitoring and the coordination mechanism, guidebooks for the community-based care for malaria, ARI and diarrhea, the timing of activities ... (See attachment 4.8: deliverable N°5).
A training plan that structures the learning sessions planned in the IQ methodology was finally developed. 4 learning sessions were planned. The objectives set have to do with community actor capacity building in the implementation of planned activities: collection of essential information, implementation of activities planned in the innovation packages; monitoring of implementation, performance assessment. Participants in the session are members of the quality improvement team (EAQ) established at each site (26) and coaches. Members of the technical support group will be responsible for facilitating meetings with the technical assistance of URC consultants (see attachment 4.8 deliverable n° 5: Training Plan)

Planned activities for the quarter October – December 2010 are: development of tools to collect additional data; collection of additional data; at the health hut and health post levels; data analysis and draft of the survey report with districts and community actors; organization of the first learning session (Mbour district: 1 session; Tivaouane district: 1 session).

m. Aquatabs: diarrhea is a major cause of morbidity and mortality in children aged 0 to 5 years in urban area as well as rural area in Senegal. The demographic and health survey (2005) has revealled that more than 1 child out of 5 (22%) have suffered from diarrhea within the fifteen days before the survey. Unfortunately access to drinkable water remains an unsolved issue in rural area because of questionable sources, transport, storage and handling of water… It is within this context that USAID Health Program / Community Health provided support for ADEMAS in its mission of social marketing of Aquatabs which is a broad spectrum disinfectant for drinking water. The project supported ADEMAS in the implementation of an awareness-raising program and the introduction of Aquatabs in areas covered by the community health huts and sites of its intervention areas (13 regions, 65 health districts, 1465 health huts and 551 urban and rural sites). The Project has also facilitated the supply of Aquatabs stocks in areas covered by Caritas / PMI and OMVS/Health.

ADEMAS provided the project with an initial stock of 594 000 non-refundable Aquatab tablets and a stockpile (10%) at the first replenishment; an orientation session was held for coordinators and program managers on the program and the product; lots of promotional materials were distributed to health huts to support the promotion of the product (t-shirts, caps, leaflets, user manuals for the product).

Coordonnators and program managers have provided guidance to community actors (CHW, MATRON, relay health committee members) on Aquatab use and social marketing. Community health workers and relays has held advocacy sessions with communit leaders and CBO representatives to sensitize populations on the benefits of Aquatabs, drinking water disinfection techniques and support strategies for an affective use of the product by populations. They have also integrated the promotion of Aquatabs in their Hygiene/Sanitation and diarrheal disease control activities. Huts and sites sell Aquatabs to the population at 20F CFA the tablet (200 FCFA the pack of 10 tablets). The profit made by the huts / sites is 780 francs per pack of 100 tablets. Profits were divided as follows: 230 F to support marketing and IEC activities at the heath hut/site level and 550 F given to community actors as motivation to be used as they wish (profits from the sale).
At the third quarter all areas had finished introducing the product that is now known and accepted by people. Awareness-raising activities on Aquatabs are integrated into topics related to diarrheal diseases control IEC. Of 590 960 tablets distributed to area offices, 450,000 tablets have been sold. 140,960 tablets are still in stock, especially in the OMVS huts and sites.
In the 4th quarter a second replenishment of 15,200 tablets was provided to the huts in Tambacounda and Thies with Ademas support, at a cost of 185,440 CFA.
Planned activities for the next quarter are: the continuation of public information on the benefits of using Aquatabs; continuation of ongoing distribution of Aquatabs in all sites and huts.

1.5.5. Partnership with UNICEF: In February 2010, the Project has signed an agreement with UNICEF to strengthen the integration of childhood illness management (ARI / pneumonia, diarrhea) and MNCH activities in the package of services provided in some PMI expansion areas.
. The partnership provides for the training of 172 CHWs/MATRONs and 344 relays in 172 health huts (70 new huts and 102 others for the expansion of the package) at the end of the 4th quarter all the community actors were trained and the additional equipment provided to health huts except for 24 huts supervised by the NGO Terre Des Hommes in Podor. Service delivery has started in 148 huts with cases management and IEC/BCC activities. A post training follow-up was conducted in some areas. Supervision/coaching of community actors and service delivery are effective in all functional health huts (148).
Planned activities for the next quarter (October November December 2010) are: training of health hut actors in Podor (Terre Des Hommes); supply of equipment to 24 huts in Podor; continuation of community actor post training follow-up; supervision/coaching of community actors; follow-up meetings in health posts, health districts and medical regions; follow-up meeting with DANSE and UNICEF; joint supervision with the National Programs of the Ministry Of Health.

1.6- Running of huts/sites:

1.6.1- Malaria control (PMI):
Activities listed below have to do with the management of simple malaria at the health hut level, the promotion of MILDA use at the community level, population information on malaria prevention and organization of IRS (IEC/BCC).

a- ACT management of Cases:

Cases	Nouber					%
	Quart1	Quart2	Quart3	Quart4	Total	
Number of fever cases seen	5,183	2,673	2,175	4,528	14,559	
Cases of TDR+malaria	4,198	1,990	1,360	1,690	9,238	63.5

Cases of severe malaria	293	68	249	27	637	4.4
Cases of malaria referred	293	74	257	39	663	4.5
Counter referred cases	11	10	46	7	74	11.2
Death due to fever/malaria	0	0	0	0	0	0

Summary table of malaria data

14,559 fever cases were seen at the health hut level during the year. 9,238 (63.5%) were considered as severe (4.4%) and referred. The other cases referred (26) include patients who have not shown improvement after 3 days of treatment, newborns aged less than 2 months, pregnant women and cases that have not been managed because of ACT stock shortage (delays in the new formula ACT delivery). Among the cases referred 74 (11.2%) were counter referred. no cases of death supposedly due to malaria or fever were reported during the year.

b- Long Lasting Action Insecticide treated Bed Net (MILDA): during the 4th quarter, the project has participated in the Universal Coverage implementation activities (CU) in the Kolda, Sédhiou, Kédougou and Tambacounda regions. The project agents have provided support for the implementation of activities planned at the operational levels (orientation of regions and districts, training of supervisors at region and district level, micro planning at the distric level, census, MILDA distribution, supervision, data collection and transmission). The Project Coordination Unit has also participated in the workshop for the dissemination of the CU/MILDA provisional results and the findings of routine distribution.

The project held a working session with NetWorks to didcuss the areas of synergies in the implementation of CU/MILDA. The project has regularly participated in the CU/MILDA monitoring activities (planning meeting, development of the methodology guidebook, design of tools and materials).

During the first quarter of the 4th year, the community health project / PMI provided support to the PNLP (October 9 to 12 2009) for the free MILDA distribution campaign in the districts of Mbao and Rufisque (support for the delivery of MILDAs to stock points and didstribution points, participation in supervision and evaluation at the district and medical region levels).

During the second quarter, the project took part in the distribution of 66 810 MILDA in the district of Vélingara within the framework of the Universal Coverage of MILDA. The KABODEN KADJOJE or (Xeex Sibbiru) campaign was conducted in partnership with Malaria No More Foundation, the American Peace Corps, Tostan and World Vision.

The project finally provided technical and human support to OMVS for free MILDA distribution to 0-5-year children in the areas they jointly supervise. 387,339 MILDA were distributed in the Louga (2 districts), Saint-Louis (5 districts), Matam (3 districts), Kédougou and Tambacounda (9 districts) regions.

c- MILDA use monitoring: during the 4th report quarter, 167,855 MILDA use monitoring visits were conducted. The annual cumul is 308, 131 visits against an objective of 456,000 (67.6%). The higher performance was achieved during the 4th quarter (54.5% of the annual performance). Significant efforts have been made over the last quarter to improve the indicator but were unsuficient to reach the objective given the gaps recorded during the previous quarters. MILDA use is monitored through visits conducted to households by CHWs, MATRONs and relays. Community actors use the “door to door” strategy to monitor MILDA use and provide further advice. Systematization of the activity in community actor daily practices has been slow. Efforts made to integrate MILDA use monitoring into all home visits conducted regardless the objective (monitoring of ill children, SNP…) have not bee operative until the 4th quarter.

d- Reimpregnation of mosquito nets: no area reported data on this activity during the quarter. These activities increasingly neglected due to the use of Long Lasting Action Mosquito nets that reduce the frequency of treatment. The annual cumulative of reimpregnated bed nets is 460 the areas between October 2009 and September 2010.

e- Intermittent Preventive Treatment (IPT): the number of advanced strategies reported by areas has decreased during the 4th year (2,694) compared to the 3rd year (3,380). Of the 2,694 outreach visits conducted to health huts between October 2009 and September 2010, 2,438 were done with ANC/IPT and 389 with MILDA vouchers. 11,133 pregnant women benefited from the outreach activities: 6,610 for TPI 1 and 4,483 for TPI 2. The average of outreach activities including ANC/IPT conducted per functional hut is 2 (2,438/1,332). The low level of score can be explained by the complexity of the set up system that involves many community actors at various levels (SMNI/FP component, community-based component)

f- Information-Education-Communication/Behaviour Change Communication IEC/BCC): During the 4th quarter, 537, 642 IEC/BCC activities were established to fight againt malaria. 1,373,605 people were reached by the messages spread through these outreach activities.
The techniques used are: talks; home visits; individual interviews; grand mother strategies; pregnant women solidarity circles; advocacy sessions; social mobilization; sanitation and environment cleanlliness activities. The targets are pregnant women, breastfeeding women, mothers of children under 5 years, men, community leaders, women support groups (GPF) and community based organizations (CBO). The number of activities per subject is as follows:

- Case treatment (55 668);
- IPT/ANC Promotion of (54 105);
- MILDA Promotion (210 747);
- Malaria Prevention (118 749);
- Early seeking of care and recognition of danger signs (98 471) ;
- Indoor Residual Sprayings (63 555).

The results achieved are beyond the expectations thanks to the numerous pecial events that have positively impacted the results (JMP (World Malaria Day), CU (Universal Coverage) increase in the number of districts…).

g- Indoor Residual Spraying (IRS) / IEC activities: the related activities carried out during the 4th quarter are: project participation in the IRS assessment activities held in the districts of Nioro, Richard Toll, Guinguinéo and Malème Hodar. Satisfaction areas are: an effective training of relays, effective implementation of outreach activities, population ownership, public support, and proper management of reluctance cases, good coordinationof the process by the district, commitment and support of community leaders.
The 4th year (Oct. 2009 – Sept. 2010) was marked y by the expansion of IRS activities to the districts of Koumpentoum, Guiguinéo and Malem Hodar, the organization of a 4th IRS round in the districts of Nioro and Vélingara and a 6th round in the district of Richard Toll. The main activities carried out to support the IRS/IEC activities are: revision of the IRS/IEC tools with partners (PNLP, SNH, RM, Districts, RTI, EPS); orientation and sharing of experience from previous IRS rounds with new districts; participation in the micro planning workshops held at districts level; production of revised IRS/IEC tools (trainer's guidebook; relay manual; leaflets in Oulof, Pulaar and French; posters) (1 475 relay training manuals, 475trainers guidebooks, 2 025 leaflets and 675 posters) in the 6 pilot districts (Nioro; Richard Toll, Vélingara, Guinguinèo, Maléme Hoddar and Koumpentoum). The project has also participated in the training of 2049 relays on the IEC component: Guinguinèo (350), Maléme Hoddar (200), Koumpentoum (300), Vélingara (340), Nioro (500) and Richard-Toll (359). The other activities achieved have to do with the implementation of communication strategies in the different pilot districts, the launching of the campaign in the district of Koumpentoum, activity monitoring

and supervision. The main recommendations are related to activity monitoring and supervision.
Various missions of the Project Coordination Unit have visited the pilot districts to monitor and supervise activities. The main recommendations made during home visits have to do with strengthening coaching of relays by project agents and population sensitization on the benefits of constant use of MILDA.
The area office agents have participated in all the IRS assessment workshops held in the districts. In the health district of Koumpentoum the project has helped to organize the days of presentation of the IRS outcomes to community leaders. Satisfaction surveys were conducted in some districts, and the findings in the district of Vélingara were acceptable: on the whole, people are satisfied with the 2010 IRS campaign; outreach activities (CIP, radio programs …) have allowed proper public information (effectiveness of the IEC: 91, 11%); thanks to sensitization activities, the IRS is progressively known and accepted by populations. Activities planned for the next quarter are related to the use of training and IEC media based on new products that will be used to implement IRS; the sharing of lessons learned from previous IRS campaigns; the organization of a workshop to standardize perdiems given to relays in all IRS districts; the assessment of needs and copying of IEC tools.

h. Home Management of Malaria (PECADOM): a planning workshop was organized with PNLP (National Malaria Program) during the 1st quarter of the 4th year. Activities planned for the 4th quarter are: support for the training of DSDOM (Home Care Providers) in the Tambacounda and Kolda regions; organization of regional workshops in Kolda; support to community-based malaria fighting networks; supply and running of mechanisms for ongoing coordination and consultations. After the meeting, an orientation workshop gathering 21 project agents (Project coordinators was held on PECADOM, was organized with the PNLP in Thiès. All the project areas have repeated the training with field agents (262) in their areas. The project has also provided support to hold the workshop for the orientation of district and Medical Region management teams in Sedhiou. Project agents have participated in other activities: selection and training of 186 DSDOMs in the Kolda (36), Sédhiou (30), Tamba (38), Kédougou (82) regions; placement and supervision of of DSDOMs. DSDOMs took part in some activities at hut and site levels: community-based dissemination (districts of Dioffior and Kaffrine); IRS/IEC (Malème Hoddar); survey on the management of childhood illnesses (Dioffior)...

i. support to the community based malaria networks: the nature of the support could not be systematized with PNLP despite all the requests made. The areas have negotiated directly with the local networks the kind of support that was more likely to suit them. In Vélingara, 25 members of networks have been trained on malaria management with the project support. On the world malaria day (JMP), social mobilizations were organized in collaboration with the community-based networks and some rural communities, under the coordination of districts. Most of the huts have marked the JMP for a week through activities co-organized with the networks (Dahra, Linguère, Pété, Saint-Louis Ndoffane, Koumpentoum, Oussouye, Thionck Essyl, Pout…). The collaboration between the the structures set up by the Project and the community-based malaria fighting has efficiently started during the 4th year and will be strengthened during the 5th year.

k. partnership with Malaria No More / Fondation Youssou Ndour (MNM/FYN): all the activities planned within the framework of the 4th year MNM/FYN were fully achieved. The partnership began at the third year at the community level with the use of the «xeex sibbiru». A working session was held between the consortium, Malaria No More and the Fondation Youssou Ndour on October 22 2009 in Dakar to operationalaize the areas of collaboration and strengthen the partenership in the fight against malaria: promotion of local songs dealing

with health, support for the organization of local artist shortlisting at the hut and site level, songs must deal with health, organization at the national level of a highly publicized competition organized by MNM/FYN with the participation of featured artists to select a winner who will make a production with Youssou Ndour. After this meeting, the project had been actively involved in organizing the song competition « Xeex Sibbiru » at the community level: information of candidates in villages and neighborhoods; distribution of census forms to candidates, help for form filling; distribution and display of promotional materials (posters, flyers…) in health huts, area offices and local radio stations; support to candidates for the design of the technical content of songs; organization and supervision of internship for selected artists at the community level; support for the organization or art competitions at the local level; use of the selected artists for community mobilization.

1.6.2- extended package:

Activities listed have to do with ARI/pneumonie treatment with cotrimoxazole, treatment of simple cases of diarrhea, community monitoring of MATRON, children growth monitoring, supplementation with vitamin A, de worming with Mebendazole, monitoring of pregnancy, delivery and care for new born.

a- Pneumonia/IRA treatment :

Cases	Nomber					%
	Quart1	Quart2	Quart3	Quart4	Total	
Cases of IRA seen	3,435	4,383	5,029	6,039	18,886	
Cases of Pneumonia treated traits	3,406	4,325	4,977	6,001	18,709	99
Cases of severe Pneumonia	7	55	17	23	102	0.5
Cases of Pneumonia referred	29	58	52	38	177	0.9
Counter referred Cases	23	22	7	9	61	34.5
Death due to Pneumonia	0	0	0	0	0	0

Tableau de synthèse des données sur les Infections Respiratoires Aiguës

18,886 cases of acute respiratory infection were seen in the health huts that have offered this service during the year. 18,709 (99%) of these cases were treated with cotrimoxazole. 177 (0.9%) were referred, 102 (0.9%) of which were classified severe. 61 counter referral cases (34.5%) were reported. No cases of death supposedly due to pneumonia were reported during the year. Over the 4th quarter, 6,001 pneumonia cases were treated with Cotrimoxazole out of the 6,039 cases of respiratory infection seen at the health hut level. 38 cases have been referred by community actors towards the 23 health facilities. 23 of these cases were classified severe. Among these referred cases, 9 (34.5%) were counter referred. No cases of death due to peneumonia were reported during the 4th quarter.

b- Diarrhea treatment:

Cases	Nomber					%
	Quart1	Quart2	Quart3	Quart4	Total	
Diarrhea cases seen	1,655	4,600	5,088	5,462	16,805	
Diarrhea cases treated	1,650	4,452	5,078	5,405	16,585	98.7
Cases of severe diarrhea	4	148	5	43	200	1.2
Diarrhea cases referred	5	151	25	57	238	1.4
Counter referred cases	0	22	10	21	53	22.3
Death caused by Diarrhea	0	0	0	0	0	0

Summary table on diarrhea management data

Between October 2009 and September 2010, 16 585 cases of diarrhea (98.7%) out of the 16,805 cases seen at the health hut level were managed with ORS. 238 cases or (1.4%) were referred. 5,701 cases or (34.4%) were treated with 0RS/Zinc. 200 cases or (1.2%) classified as severe were referred; 38 of them are newborns and patients that did not show improvement after treatment. 53 cases or (22.3%) counter referred by health providers were monitored at home by community actors. The repartition per quarter shows a very poor use of diarrhea management services offered at the health hut level, during the 1st quarter (1,655). The situation has significantly improved during the other quarters but is still far below the expectations. Data of the 4th quarter report 5,405 diarrhea cases treated with ORS out of the 5,462 cases seen at the health hut level. 57 cases including 43 classified as severe were referred towards health. 21 cases were counter referred. No cases of death were reported by areas.

c- TB monitoring at the community level:

Cases	Nombre				
	Quart1	Quart2	Quart3	Quart4	Total
Suspected cases referred	89	112	172	73	446
New cases detected	72	90	124	60	346
Monitored patients	114	204	328	388	388
Patients with irregular treatment patients with irregular treatment found and redirected	16	2	8	1	27

Summary table on community-based TBdata

During the 4th quarter, 73 suspected cases have been referred by community actors to health facilities. 60 (82.2%) of them were declared positive after appropriate tests. If we consider the annual cumulative, we can find that the screening has become more accurate in the 4th year (77.6%) compared to the 3rd year (55.6%). During the 3rd year, 309 suspected cases have been referred by community actors to health facilities for confirmation, and 172 (55.6%) of them were confirmed positive. During the 4th year, 446 suspected cases were referred to health facilities and 346 (77.6%) of them were confirmed positive. 346 new cases weremonitored during the 4th year. 406 people (237 women and 169 men) were trained on directly observed treatment (DOT) supervision. 20 TB patient support groups and associations to fight against TB have worked regularly throughout the year in the areas of Mbour, Kolda et Vélingara.

d- Growth promotion monitoring GPM:

Cases	Nomber					%
	Quart1	Quart2	Quart3	TQuart4	Total	
Children monitored	77.011	125.510	155.262	177.384	177.384	
Newly registered weighed	77.011	48.499	29.752	22.122	177.384	100
Adequate weight gain	75.779	34.822	130.420	174.900	174.900	98,6
Global Malnutrition	1.258	1.175	2.842	1.685	6.960	3,9
Moderate malnutrition	462	1.096	2.453	1561	5.572	3,1
Severe malnutrition	794	79	311	124	1.308	0,7
Malnutrition cases Recovered	294	1.343	2.924	1.703	6.264	-

Annual summary table of nutrition GPM data

Growth promotion monitoring activities are implemented in the project areas in close partnership with the Nutrition Reinforcement Program (PRN). 177, 384 children aged 0636 months have been regularly monitored during the 4th project year in 1,293 huts and 551 sites. All the newly registered children (100%) have been weighed at least once every quarter. 174,900 or 98.6% of monitored children have registered an adequate weigh gain. The global malnutrition rate (moderate and severe) is 3.9% (6,960 children). 5,572 moderate malnutrition cases (3.1%) were managed at the community level following to the standards and protocols set by the ministry of health (new standards for the management of SAM/MAM: Severe Acute Malnutrition/ Moderate Acute Malnutrition). 1,308 cases of severe malnutrition (0.7%) were referred to the health facilities. 6,264 malnutrition cases managed at the health hut level have recovered. The number of children monitored constantly increased during the different quarters following the number of new huts and sites enrolled.
The specific data of the 4th quarter report 22,122 new children registered and weighed at least once. Among the children monitored during the quarter, 174,900 (98.59%) recorded an adequate weight gain, 1,561 (0.9%) were considered as moderate malnutrition and 124 (0.06%) as severe malnutrition.

e- Vitamin A Supplementation and de-worming with mbendazole :

Cases	Nombre				
	Quart1	Quart2	Quart3	Quart4	Total
Supplementation with vitamin A	204,328	166,014	526,365	90	896,797
De-worming	185,755	155,649	393,760	169	735,333

Annual summary table of Supplementation and De-worming data

896, 797 children aged 6-59 months have been supplemented with vitamin A with the support of the project during the two phases of the Local Supplementation Days (JLS) organized during the project 4th year implementation. 735, 333 mebendazole tablets were given to children aged 1 to 5 years during the JLS. Data reported are not exhaustive and are related to some areas. The data from of Matam, Saint-Louis, Louga and Tambacounda regions have not been reported.

f- Monitoring of pregnancy, delivery and post delivery:

Cases	Nomber					%
	Quart1	Quar2	Quar3	Quart 4	Total	
Total births registered	3,007	3,316	3,580	4,040	13,943	
Assisted by a skilled matron	2,852	3,522	3,447	3,731	13,552	97.2
Referred to a health facility	285	209	133	309	936	6.72

Summary table of data on service delivery

13,943 births were reported during the 4th project year (Sept. 09 – Oct. 10). 97% of them were assisted by matrons in the health huts. Following the quarters, a progressive increase of deliveries assisted by skilled matrons was noticed despite all the measures constantly taken to encourage childbirth at the health facilities (intensification of educational activities for the promotion of deliveries in health facilities).
13,248 newborn have received basic health care at birth. 22,824 newborn have benefited from a post natal visit within the three days after birth.
During the 4th quarter the matrons have assisted 3,731 deliveries (119.28% of the quarterly objective), 6 447 have benefited from a visit within the three days after birth, and 3,729 newborns received the basic care.

g- IEC/BCC activities:

Activities	Number				
	Quart1	Quart2	Quart3	Quart4	Total
Educational talks	6,857	6,189	9,997	27,652	50,695
Advocacy sessions	56	200	4,197	423	4,876
Community meetings	897	385	500	2,714	4,496
Social mobilization	35	60	182	317	594
Home visits	31,150	21,297	91,803	236,903	381,153
Grandmother strategies	84	187	488	287	1,046
Individual interviews	57,849	39,733	112,908	137,978	348,468
Pregnant women solidarity circles	263	169	335	803	1,570
Activities with schools	52	103	272	176	603

Annual summary table of IEC/BCC data

The IEC activities carried out during the year are related to the following issues: TB and HIV/AIDS prevention; promotion of assisted delivery in health facilities; pregnant woman and child feeding; diarrhea and ARI prevention; promotion of family planning; fight against malaria; hygiene and sanitation; de-worming of children aged 12 to 59 months… the targets were mothers, community leaders, adolescents and men. The total number of activities carried out is 4,876 advocacy sessions; 4,496 community meetings; 594 social mobilizations; 50,695 educational talks; 381,153 home visits; 1,046 grand mother strategies; 1,570 pregnant women solidarity circles; 348,468 individual interviews; 603 activities targeting schools. Specific IEC activities have been also organized in some areas with a variable intensity: care groups, father-to-be solidariry circles, animation sessions with coranic teachers, animation session with community radio stations, cooking demonstrations, community outreach days.
The total number of people who assisted in the overall behavior change communication activities is specified per area in the attached indicator monitoring table.

1.6.3- USAID indicator monitoring (FY 08):

31 indicators have been assigned to the project for the Fiscal year 2010. 26 Indicators out of 31 (83.9%) were reached or surpassed. 5 indicators out of 31 (16.1%) were not reached. 9 indicators out of 31 (29) recorded scores between 90 and 110%. 12 indicators have exceeded objectives by over 10%.

a- Overall justification of gaps:

Most of the gaps are linked to the great number of health huts that have provided services during the year. The forecast for the year were made based on the 1, 849 huts and sites that offered the extended package services all over the year and the 108 huts that were to start delivering services from the end of third quarter of the 4th year, after the training of community actors. The agreement signed with UNICEF has allowed to enroll 70 new huts and train community actors on the extended package in 172 huts. Among the 70 new huts, 46 have delivered services during the year (24 huts assigned to Terre des Hommes have not delivered services). Special activities not taken into account in the identification of the objectives have also positively affected the outcomes and led to objective exceeding: expansion of IRS to 3 new districts, training of DSDOMs within the framework of home management of malaria (PECADOM), intensification of the support provided by the Project for the implementation of the Badien Gokh Program (training of Badiens), integration of training sessions conducted as part of pilot studies on female genital cutting and iron fortification of flour… The shortage of some products (Cotrimoxazole, SRO, Zinc…) has negatively affected some indicators. Delays in the systematization of integrated home visits

by relays (new activity) has made it difficult to reach the objectives related to MILDA use monitoring despite a vigorous resumption of activities from the 3rd quarter.

b- Detailed justifications of the gaps per indicator:

Tuberculosis:

- *Training of Community-based DOT*: it was planned in the objectives to train 1 person (relative, friend, CHW, matron or relays) for every new TB case detected. A total of 429 people (1 person per TB case) 406 peolpe (94.64%) have been trained on this basis. Other activities related to the training/retraining of relays, CHWs and matrons were carried out during the year and have integrated TDO of TB patients. The total number of actors trained within the framework of periodic retraining sessions is 3, 865. These are the figures provided in the quarterly activity reports of April – June 2010 (762) and July – September 2010 (3,103). To be consistent with the 2010 logic of objective setting, decision was finally made to just consider the actors trained on new TB cases management and not all the people trained/retrained on TB/DOT (3, 865).
- *Hut renovation*: it is planned to renovate the same number of huts as in year 3 (71). Due to rains, a greater number of huts (116) required renovations which were done by communities with project support.

Mother and Child Health:

- *3rd day visit*: the indicator was calculated based on the 1, 731 huts/sites (including 1,512 that were to provide service all over the year and 219 huts/sites from the 4th quarter). The actual number of huts/sites that have provided services all over the year is about 1,866 huts/sites with 13 axpected per year and per hut/site, representing a reviewed objective of 4,259 (13*1,866=24,259).
- *Training/retraining on mother and child health*: it was planned in the indicator to retrain 1 communiy health in each of the 1,207 huts and sites. The context requirements (change of some management standards and protocols, ineffective performance of some actors) have necessitated the retraining of all actors in all huts (about 4 per hut and 2 per site). Moreover, the agreement signed with UNICEF has helpled to increse the number of health huts (70) and to expand the service package to some PMI expansion areas (102) with additional training activities. Finally, training sessions conducted as part of pilot studies (community mobilization for PAC, fighting female genital cutting, and food fortification for pregnant women) were taken into account in calculating results.
- *Training/retraining on health-nutrition*: the same logic used to set the indicator 6 (training on mother and newborn health) was used to set the objective related to child survival.
- *ARI management with Cotrimoxazole*: some of the huts enrolled during the year were still not providing services at the beginning of the 4th year as it was planned in the indicator. In addition, 166 cases considered as pneumonia in the Vélingara area were removed from the data for non compliance after the quality audit conducted in the Kolda area.
- *Diarrhea management with ORS*: the poor level of achievement is linked to a "normalization of diarrhea at the community level, a non systematic seeking of care provided at the health hut level for diarrhea and a lack of project proactivity in managing the issue. The first strong actions to control the problem have only been made during the 3rd and 4th quarters (active screening and reference for care at the health hut level through home visits, integration of sensitization in growth monitoring activities …). The delays in the implementation of corrective measures made it impossible to have adequate control of the problem and reach the annual set objectives. A monitoring system was set up to avoid such a situation to happen again.

- *Diarrhea management with ORS/Zinc*: the National Pharmaceutical Supplier (PNA) had planned to have a Zinc stock available from March 2009. The indicator was set based on this assumption. In fact there had been no zinc available at the nation level during the fiscal year 2009/2010. Only the test huts (72) had zinc remaining from stocks provided by DANSE and UNICEF in 2008.

Family planning and reproductive health:

- *Distribution of the Standard Day Method (MJF)/Cycle-Beads*: the low achievement recorded is linked to the uncomfortable use of the cycle-bead (involvement of the partners/spouse: compulsory need to remember to push the pearls…). Intensive mobilization campaigns were conducted in all health huts but results are still as low as in the beginning of MJF use in test huts (2008).
- *Distribution of condoms*: the great number of informal or parallel distribution channels and the parental or social relationships between community actors and potential users of this method in huts and sites can justify the low achievement of the objective. The condom stock shortage (condoms are not managed by the project) may also have impacted condom availability (the condom availability rate during the year is 68%).
- *Training/retraining on FP*: the logic used to set the indicators on mother and Child health is the same used for this indicator. The indicator provided for the retraining of 1 actor in each of 1.207 huts and sites. Inadequacies in the level of performance of some actors have necessitated the retraining of all of them (about 4 per hut and 2 per site). With the increase in the number of huts (70) within the framework of the agreement signed with UNICEF, all the actors of new huts were trained on FP promotion. Those in PMI expansion huts in which the service package is provided (102) were also trained. Finally training sessions conducted within the framework of the pilot study on community mobilization around PAC were taken into account in calculating the results achieved.
- *FP Counseling*: delays of service delivery in expansion huts have slightly affected the performances recorded. The main issue related to reporting: many huts kept on providing information only about IOP counseling and not about all the activities related to individual interview on FP as specified in the indicator.
- *Sensitization on FP*: the annual objective was set based on 1, 731 huts and sites (including 219 in 3 months) at 160 people reached per hut/site (250, 680). About 1866 huts/sites provided the service during the year, representing a reviewed objective of 1,866*160=298560. Outreach activities carried out within areas to prepare IOP documentation and evaluation have also contributed to exceeding the objective.

Malaria :

- *Training/retraining on malaria prevention*: it was planned in the indicator to retrain 1 actor in each of the 1,207 huts and sites. Changes in malaria management standards and protocols (introduction of TDR and change in ACT formulation) have necessitated the retraining of all community actors (about 4 per hut and 2 per site). Moreover, the agreement signed with UNICEF has increased the number of health huts (70) and has necessitated the training of new CHWs, matrons and relays. Finally, the training done within the framework of IRS (2,049 sessions) and PECADOM (200) were taken into account in calculating the outcomes.
- *Training on ACT management of malaria*: it was planned in the indicator to retrain 1 community actor in each of the 1,207 huts and sites. Changes in malaria management standards and protocols (introduction of TDR and change in ACT formulation) have necessitated the retraining of all community actors (about 2 per site). Moreover, the

agreement signed with UNICEF has increased the number of huts and health huts (70) and has necessitated the training of new CHWs, matrons.

- *ACT management*: the exceeding of the target could be justified by the enrolment of new huts (70) within the framework of the agreement with UNICEF. If the new huts enrolled with UNICEF were removed, (172*cases/year/2= 516), the number of malaria cases treated would be 8, 722 representing 106%.
- *Malaria outreach activities*: the intensification of outreach activities during special vents (IRS, World Malaria Day: JMP) justifies the exceeding of the target (the IRS and JMP data were not taken into account in calculating the indicator and the reporting method used does not remove them from the current data .
- *Cases treatment*: the objective has been set based on the results achieved in 2009 with a progress of 10%. But the progress made was actually higher than the expected 10%. In addition, new huts have been enrolled under the agreement with UNICEF (70).
- *IPT/ANC promotion*: the objective has been set based on the results achieved in 2009 with a progress of 10%. But the progress made was actually higher than the expected 10%. In addition, new huts have been enrolled under the agreement with UNICEF (70)
- *MILDA promotion*: the objective has been set based on the results achieved in 2009 with a progress of 10%. But the progress made was actually higher than the expected 10%. In addition, new huts have been enrolled under the agreement with UNICEF (70)
- *Malaria prevention*: the objective has been set based on the results achieved in 2009 with a progress of 10%. But the progress made was actually higher than the expected 10%. In addition, new huts have been enrolled under the agreement with UNICEF (70). The expansion of IRS districts (Malème Hoddar, Koumpentoum and Guinguinéo) might also have affected the outcomes.
- *Early seeking of care/recognition of danger signs*: the objective has been set based on the results achieved in 2009 with a progress of 10%. But the progress made was actually higher than the expected 10%. In addition, new huts have been enrolled under the agreement with UNICEF (70)
- *Indoor Residual Spraying*: the indicator was set based on the implementation of the IRS/IEC component during project 3rd year (Nioro, Richard Toll and Vélingara) with a progress of 10% compared to the results achieved in 2009. During the 2010 fiscal year, 3 new districts have been enrolled (Malème Hoddar, Koumpentoum and Guinguinéo) ; the progress rate is also beyond the expectations (10%) due to the level of mastery of the IRS implementation process.

Home visit to monitor MILDA use: this indicator was added during the year. The actors have been slow to integrate it into their daily practice and continued to focus on awareness from other channels

- . Home monitoring did not start until the 3rd quarter. This delay made it impossible to reach the objective set.

c. Synthesis on USAID indicators: set objectives for the year are largely achieved and even sometimes exceeded except for indicators related to the management of pneumonia/Cotrimoxazole (18,709/20,907=89.5%); diarrhea management/SRO (16,585/75,078=22.1%); diarrhea management/zinc (5,701/49,356=11.6%);distribution of cycle-beads/MJF (333/2,352=14%); distribution of condoms (93.454/118.560=79%); FP counseling (164.423/193.080=85%); MILDA monitoring visits (308,131/456000=67.6%).

1.6.4- Supervision of huts/sites:

Hut/site supervision activities were conducted on a regular basis during the quarter. Some areas have carried out joint supervision activities with districts (Thiès/Mbacké, Nioro, Fatick, Kolda, Kaolack/Fatick, Ziguinchor/Sédhiou).

In Ziguinchor and Tambacounda, 499 hut and site supervision visits were achieved. Kolda recorded 197 supervision visits.
In Dahra 3 planned supervisions visits have been achieved. These supervision visits allowed to reach 30 health huts. In the Fatick –Bambèye area. 81 visits have been conducted to supervise community development agents. These supervision activities have allowed the project staff to assess the overall organization of activities at the health hut level, the quality of documentation and the level of involvement of community actors in the implementation of activities.
Apart from the ongoing supervision activities, crossed supervision visits focusing on data quality control, have been conducted during the 4th quarter. The following areas have organized visits : Tivaouane/Mbacké (ChildFund) – Khombole (Plan); Fatick (World Vision) – Mbour (ChildFund); Dahra/Linguère (Plan) – Louga/Darou Mousty (Plan) – Kébémer (World Vision); Tambacounda (Africare) – Kolda (ChildFund); Tambacounda (Africare) – Bakel (Catholic Relief Services); Saint – Louis (Plan) – Podor (Counterpart); Richard Toll (Plan) – Matam (Counterpart). The coordination team of Tamba has helped the team of Kolda to establish a care group in the village. In return, the Kolda/Childfund team provided a technical and methodological support to the CDAs of Africare for the implementation of the grandmother strategy. (the collaborative approach of grandmothers was developed by *Aubel/GMP and tested in Mbour with ChildFund*).
The crossed supervision visits were full of shared experiences and were interesting given the corrective measures they have helped to apply to problems reported.

1.6.5- Constraints and difficulties:
The difficulties and constraints noted in activity implementation during the report quarter area related to the following points:
The recurrent problem of the Tambacounda and Kédougou regions is the inaccessibility and length of some areas causing extensive use of financial means, human resources and time to reach a widely dispersed target;

- Populations and even community actors were often not available because of the rainy season and the initiation ceremonies in Diola setting. planned activities were constantly readjusted to manage specific issues;
- The delays in the start of advanced strategies in the Matam area;
- The non systematic integration of activities during advanced strategies;
- Non availability of ACT stock in many health huts due to scarcity of the product which is given free;
- Delays in making the administrative decision to scale up IOP.

II. Administration and finance:

2.1- Coordination:

2.1.1- Project coordination meeting: All the 4 project quarterly coordination meetings planned for the FY 2010 were regularly held**:** Toubacouta (March 2 to 4 2010); Thiès (May 18 to 20, 2010); Saint-Louis (July 27 to 30, 2010); Tambacounda (September 27 to 30, 2010). Issues included in the agenda were generally related to: activity reports of the Project Coordination Unit; evaluation of activities planned during the previous quarterly meeting: assessment of the annual indicators; analysis of objectives; planning of activities; evaluation of the progress status of pilot studies; evaluation of malaria control activities; monitoring of partnership activities; monitoring of area activities; site visit reports …
During these meetings, some specific issues have been discussed and analyzed to find solutions (progress status of the pilot study on cell phone use, transmission of IOP reports in the Louga area, community mobilization and service delivery in some areas of the St Louis region, quality of data, technical skills of community development agents, Community Health Educator, implementation of Project innovative strategies in the area covered by Plan…).

The coordination meeting hold during the quarter took place in Tambacounda (September 27 – 30, 2010). The issues included in the agenda are the followings : activity reports of the Coordination Unit since the quarterly coordination meeting held in Saint – Louis (August-September 2010); evaluation of activities set at the previous meeting in St Louis (July 27 to 30, 2010); evaluation of annual indicators (year 4); analysis of the year 5 objectives; overall evaluation of lessons learned in year 4; validation of the Year 5 action plan ; evaluation of the pilot study progress status ; annual evaluation of activities to fight against malaria (October 2009 to September 2010) and year 5 activies; monitoring of partnership activities; monitoring of area activities; monitoring of the agreement with UNICEF. ChildFund has informed the participants of a MOU (Memorandum Of Understanding) signed with Obel/GMP on the property right and the indications to in the use of the grandmother strategy. A site visit was conducted on Wednesday 29th of September 2010 in the health districts of Goudiry, Koumpentoum, Makacolibantan and Tambacounda.

2.1.2- Area meetings: the different internal coordination meetings were held in areas on a regular basis. The area offices have participated in the coordination meetings held by districts during the 4th year of project implementation. Participation in district monthly coordination meetings has allowed to regularly inform health authorities of the activity implementation and to more involve chief nurses in hut/site supervision.
In Kolda, 3 area coordination meetings including joint meetings with world vision were held to assess the level of achievement of activities, identify the satisfaction areas and areas for improvement, in the huts and sites, 237 self evaluation and planning meetings were organized (01 meeting per hut and per site).
In all the project areas, periodical consultation meetings were regularly conducted with the Nutrition Reinforcement Program (PRN) for growth monitoring. Kaffrine held a meeting with Micronutrient Initiative (MI) on adequate iodization of salt;
Within the framework of activity monitoring, the areas regularly held working sessions with IntraHealth's advisors based at the regional level.
The Peace Corps volunteers participated in 3 coordination meetings with the project staff in the Vélingara and Kolda districts. One of the meetings held in the district of Velingara was dealing with the revival of activities in the health huts that did not provide services during the last quarter. These meetings were greatly appreciated by the beneficiary communities and the project agents. In fact, the Peace Corps volunteers play an important role in heal promotion at the community level. In villages they provide support to community actors and help for the development of strategies enhancing populations' health. New volunteers were sent in the area of Kounkané (Kolda) in the course of this quarter. Meetings are planned with these latter for collaboration within the framework of activity implementation at the community level.

2.1.3- meetings and working groups: during the 4th quarter, the project has organized or helped for the organization of meeting with partners.

- Documentation of good practices and bottlenecks in the implementation of the CCM program in Senegal (Khombole and Mbour Districts: 1st and 2nd of July 2010) DANSE, MSHIP;
- Regional dissemination workshops on the community-based RH and FP (Kolda : 6 July 2010, Kédougou/Tambacounda : 12th 13th July 2010, Thiès : 19th and 20th July 2010, Kaolack : 11th and 12th August 2010, Diourbel : 17th September 2010, Fatick : September 24th 2010);
- Synergy meeting of the USAID-funded programs (USAID/Dakar : July 27, 2010);
- meeting of the communication officers of the USAID execution agencies (USAID/Dakar: August 3, 2010) ;
- Working session with DSR on Badien Gokh Program (DSR : August 5, 2010);

- Workshop to finalize the community-based tools to provide care to (DSR : August 5 and 6, 2010);
- Participation in the board of examiners for the oral defense of internship reports of the community health students of regional university (CUR) of Bambèye (Bambèye : August 10, 2010) ; meeting with CUR of Bambèye for the organization of internships for students in community health (Bambèye : August 9, 2010) and signing of an agreement;
- Workshop to review and validate the Reproductive Health/Family Planning standards and protocols (Saly : August 9 to 13, 2010);
- Meeting with the committee for the scaling up of successful community-based experiences (DSSP : August 17, 2010);
- Workshop for the review/adjustment of atrategic documents and implementation tools of the Badien Gokh Program (Thiès/UCP : August 17 to 19, 2010);
- Orientation and planning workshop for the implementation of the QI/TB in Thiadiaye (Thiadiaye: August 17–19, 2010);
- Supervision visit of UNICEF in the health huts of the Fatick region (Fatick : August 24 and 25, 2010);
- Quality audit of the Community Health Project data by a USAID/Senegal team (August 31, 2010);
- Inter agency meeting (Abt : July 7, August 4, September 1, 2010);
- Meeting with the medical region of Thies: preparation of CCM/URC activities (MR of Thiès :September 2, 2010);
- Regional dissemination workshop on the community-based Reproductive Health/FP initiatives and orientatin on the Badien Gokh Program (Matam: August 1, and September 31, 2010, Saint-Louis: September 20 and 21, 2010, Louga : September 6 and 7, 2010);
- Working session with ADEMAS on clinic monitoring of RH radio series (Thiès/UCP : september 6, 2010);
- Preparatory meeting of the national ceremony to issue certificates to « Bajenu Gox » (Tivaouane : September 7, 2010) ;
- Review of the community health project 5th year action plan (USAID/Dakar : September 8, 2010);
- Working sessions with the PMI officers of Senegal (PCU : September 9, 2010) ; visit of the site of Nioro and working session with the health facility of Kaolack (September 7 – 9, 2010);
- Orientation workshop on the Quality improvement collaborative for the management of management of childhood illnesses (Thiès : September 13 to 15, 2010);
- Workshop for the dissemination of the provisional findings of the CU/MILDA and reflexion on the routine distribution strategies (Dakar: September 15 and 16, 2010);
- National ceremony to issue certificates to Badien Gokh (Tivaouane : September 15, 2010);
- Dissemination workshop of provisional findings of the CU/MILDA and reflexion for the revival of routine distribution (Dakar : September 15 and 16, 2010);
- adaptation of QI/URC tools (Thiès/PCU : September 16 – 23, 2010);
- USAID debriefing on the QI/URC mission (USAID: September 24, 2010).

2.2- Program's financial status:

III. Planned activities for the quarter October – November – December 2010 :

1. Continued service delivery in the old huts and sites (integrated package, specific services),
2. Organization of consultations with Chief Nurses and districts to plan running of new huts providing nutrition services,
3. Plan and implement training of CHW, matron and relay in new nutrition huts and sites,
4. Supply equipment, drug, management and IEC tool in to new nutrition huts and sites,
5. Strengthening of ACT and TDR stock management at the health hut level,
6. Completion of IEC tools at the community level,
7. Organization of a workshop with PNLP to identify and plan needs for support,
8. Participate in the malaria reviews at all levels (national, regional and district),
9. Organize project participation in the selection, the training and supervision of DSDOM,
10. Continued implementation of activities planned in the quality improvement component for the community-based TB follow up with Fhi and the health district (DS) of Thiadiaye (QI/TB): organization of a workshop to revive activities,
11. Continues implementation of the activities planned in the quality improvement of service for the management of childhood illnesses (QI/URC) : additional baseline survey ; organization of the first learning sessions in the DS of Mbour and Tivaouane,
12. Organization of advanced strategy planning with the Chief nurses (ICP)
13. Provide support for the implementation of the operational device to control the implementation of advanced strategies by ICP/districts/regional offices/Intrah/Unicef,
14. Participate in the quarterly TB review at all levels (National, Regional and district),
15. Refer patients who have been coughing for more than 15 days to health facilities,
16. Ensure community actor supervision for service delivery in the huts and sites in 13 regions,
17. To ensure supervision of CHW/matrons for the implementation of community-based TB monitoring activities,
18. To ensure supervision of community agents in IOP service delivery and stock management in the health huts where the service is currently provided,
19. To organize selection of new huts eligible for IOP expansion on the basis of criteria set by the ministry of health and prevention (MSP),
20. To plan and implement training of CHWs/matrons in new IOP health huts,
21. Systematic documentation of all clients referred for FP methods not available at the health hut level,
22. To hold a meeting to set the protocol for injectable use at the community level with the core group,
23. To organize the regional workshop on IBC/SR in the Kaffrine region,
24. To organize the review of post abortion care (SAAC) tools to adapt them to FP promotion,
25. To ensure availability of IEC and management tool in new huts (155) and sites (152),
26. To organize of a workshop to plan the coverage stage on post partum bleeding prevention with misoprostol,
27. Organization of huts and sites eligible for misoprostol based on the criteria set by the MSP (coverage stage: 10 new huts),
28. Organize consultations with ICP and districts to plan implementation at the operational level (coverage stage: 10 new huts),
29. To provide support for continued documentation of the PBG and continued review of strategic tools,
30. To support the DSR in the selection, the training and coaching of Badien Gokh,

31. To organize planning meeting for the integration of early stimulation in the nutrition package,
32. To organize continued supply of huts with referral cards,
33. To strengthen community actor monitoring/supervision in case reference (use of referral cards),
34. To support communities in the development and the strengthening of community-based reference systems,
35. To ensure dynamic screening and early management of diarrhea cases at the health hut level,
36. To strengthen advocacy with the health staff for a systematized counter referral,
37. To reinforce community actor coaching for the home management of referred and counter referred cases,
38. To organize integration of active enlarged program of vaccination (PEV) screening and community-based monitoring of Acute Flaccid Paralysis Flasques Aigues (PFA) at the health hut and site level: meeting to identify new tasks for CHWs; integration of new assignments in the training materials,
39. Continued implementation of IEC strategies to inform populations on services available,
40. To inform populations on services available in new huts and sites,
41. To ensure community actor monitoring in the implementation of IEC strategies for population inform on services offered,
42. Continued information of population on services offered during advanced strategies,
43. To organize IEC outreach activities for the promotion of key behaviors in all the huts and sites (talks, home visits, community meetings…),
44. To produce radio programs and spots promoting key behaviors,
45. Continued monitoring of IEC innovative activities promoting key behaviors (GM strategies, pregnant women solidarity circles, care group…),
46. To organize the implementation of the IEC intervention package centered on the promotion of MILDA use in households,
47. To organize the integration of MILDA use monitoring in all the home visits and other routine activities carried out by community actors,
48. To organize and document quarterly MILDA use monitoring campaigns,
49. To organize use of mass media at the community level to promote MILDA use,
50. To regularly document MILDA use monitoring on a quarterly basis ,
51. To monitor and document the "ngélawu nawett" series listening in pilot regions,
52. To support social mobilization for public information on the "ngélawu nawett" series,
53. Continued planning and organization of IEC/BCC activities through RH radio series,
54. To implement IEC/BCC activities through RH radio series ,
55. To organize clinic monitoring surveys of RH series,
56. To organize IEC/BCC activities at least once in all huts to promote hand washing with soap and consumption of drinkable water,
57. To organize population information on the benefits of using Aquatab,
58. To organize continued distribution and renewal of Aquatab stocks in all huts and sites,
59. To organize social mobilization for the celebration of special events during the quarter (world hand washing day, National FP week…),
60. To organize a post training follow up of CHWs and CHW/matrons in the eligible huts ,
61. To organize biannual joint supervision with medical regions, districts and national programs
62. To organize a DHF/EGF Project in Vélingara,
63. To draft supervision reports and share them with areas, districts, medical regions and other components of the USAID health program,

64. To organize data collection, draft hut and site periodical activity reports and share them with medical regions, DS and health posts,
65. To draft area quarterly reports and send them to the PCU, DS/Medical Regions,
66. To draft project quarterly report and send it to main partners,
67. To organize a monthly coordination meeting in each area,
68. To organize a quarterly project activity coordination meeting with all area coordinators, Ngo national coordinators and the PCU including partners,
69. To organize the biannual meeting of the consortium steering committee (meeting of the National Directors of NGOs,
70. To organize the budget meeting of the National Directors of NGOs and the project RAF (administrative ad finance officer)
71. To organize a technical meeting between the PCU and the National coordinators of the Consortium,
72. To participate in the district coordination meetings,
73. To participate in the medical region coordination meetings,
74. To participate in the USAID/Health Program's implementing agencies' monthly coordination meetings,
75. To participate in the technical sectional meetings with the other implementing agencies,
76. To participate in the coordination meetings of the USAID health program's regional offices,
77. To participate in the technical meetings of the other components,
78. To continue activities initiated with IntraHealth within the framework of the Community Health Project / IntraHealth synergy committee,
79. To participate in the preparatory activities for the final evaluation of the project.

IV. Annexes

4.1. USAID Idicator table
4.2. Financial data
4.3. Justification of FY 10 gaps
4.4. FY 11 Indicators
4.5. List the name of renovated huts
4.6. Report of the quarterly coordination meeting
4.7. Draft action plan for the pilot study on cell phone use
4.8. QI/URC reports: delivrables 3, 4 and 5 (retrospective survey, training/orientation of technical teams, training plan)
4.9. Aquatabs reports

SUIVI TRIMESTRIEL DES INDICATEURS USAID
FY 2010 OPERATIONNAL PLAN
Résultats du trimestre: JUILLET - AOUT - SEPTEMBRE 2010
CONSORTIUM PROJET SANTE COMMUNAUTAIRE – CHILDFUND

TUBERCULOSE

Indicateurs	Objectif		Résultats obtenus				Ecart			
	Annuel	Trimestriel	Trimestre	%	Cumul période	%	Trimestriel	%	Annuel	%
4. Nbre d'ASC, relais, matrones, membres de comités de santé, parents/amis des malades formés dans la supervision au traitement (TDO) des malades tuberculeux.	**429**	**107**	**118**	110,28	406	94,64	11	10,28	-23	-5,36
Nbre de femmes ?			**78**		237					
Nbre d'hommes ?			**40**		169					
5. Nbre de cases/sites qui ont eu des travaux de réfection ou rénovation ou réhabilitation avec l'aide du projet (clôture, peinture, menuiserie, maçonnerie, toiture, réparations diverses) NB: cases qui font le suivi communautaire de la TB	**71**	**-**	**36**	-	116	112,67	-	-	9	12,67

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

Indicateurs	Objectif		Résultats obtenus				Ecart			
	Annuel	Trimestriel	Trimestre	%	Cumul période	%	Trimestriel	%	Annuel	%
6. Nbre de nouveau-nés visités par une matrone, relais ou ASC dans les 3 premiers jours de la naissance (chaque nouveau-né est décompté une seule fois même s'il a bénéficié de plusieurs visites) NB: chaque nouveau-né est décompté 1 fois dans l'année	**20368**	**5092**	**6447**	126,61	22824	112,06	1355	26,61	2456	12,06
7. Nbre d'accouchements effectués par une matrone formée (à domicile ou dans la case)	12513	**3128**	**3731**	119,28	13552	108,30	603	19,28	1039	8,30
8. Nbre d'ASC, relais et matrones formés ou recyclés en santé maternelle et néonatale (module de formation santé mère et santé enfant)	**1207**	**-**	**3089**	-	6038	500,25	-	-	4831	400,25
Nombre d'ASC, matrones et relais femmes?			**1715**		3674					
Nombre d'ASC et relais hommes?			**1374**		2364					
9. Nombre d'ASC, relais, matrones formés ou recyclés en santé/nutrition ou survie de l'enfant	**1208**	**-**	**3089**	-	5960	493,38	#VALEUR!	-	4752	393,38
Nbre d'ASC, relais et matrones femmes?			**1715**		3702					
Nbre d'ASC et relais hommes?			**1374**		2258					
10. Nbre de mères accouchées par une matrone formée et dont l'enfant a eu les soins suivants : - maintien de la température (nouveau-né bien séché, bien recouvert/enveloppé, bain différé d'au moins 6 h, contact peau à peau) - mise au sein précose dans l'heure qui suit la naissance - soins du cordon (cordon libre et sec)	12513	**3128**	**3729**	119,21	13248	105,87	601	19,21	735	5,87

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

Indicateurs	Objectif		Résultats obtenus				Ecart			
	Annuel	Trimestriel	Trimestre	%	Cumul période	%	Trimestriel	%	Annuel	%

11. Nbre d'enfants 0-3 ans nouveaux inscrits pesés au moins 1 fois dans le trimestre Nbre de fréres et sœurs 0-5 ans de chaque enfant nouveau inscrit qui vient avec la mère	**175392**	**43848**	**22122** **4128**	50,5	177384 20586	101,1	-21726	-49,5	1992	1,1
12. Nbre de cas de pneumonie traités dans les cases de santé avec du cotrimoxazole chez les enfants 0-5 ans.	**20907**	**5227**	**6001**	114,8	18709	89,5	774	14,8	-2198	-10,5
13. Nbre d'enfants 0-5 ans traités pour diarrhée dans les cases de santé **a)** avec SRO (ancienne ou nouvelle formule)	**75078**	**18770**	**5405**	29	16585	22,1	-13365	-71,2	-58493	-77,9
13. b) avec du zinc seul ou du SRO/Zinc	**49356**	**12339**	**1154**	9	5701	11,6	-11185	-90,6	-43655	-88,4
14. Nbre de cases/sites qui ont eu des travaux de réfection ou rénovation ou réhabilitation avec l'aide du projet (clôture, peinture, menuiserie, maçonnerie, toiture, réparations diverses) NB : cases qui offrent les SMNI	**71**	**-**	**36**	-	116	163,4	-	-	45	63,4

SANTE DE LA REPRODUCTION / PLANIFICATION FAMILIALE

Indicateurs	**Objectif**		**Résultats obtenus**				**Ecart**			
	Annuel	**Trimestriel**	**Trimestre**	**%**	**Cumul période**	**%**	**Trimestriel**	**%**	**Annuel**	**%**

15.1. Nbre de cycle de pilules (plaquette de 21 ou 28 pilules) distribuées dans le trimestre par les matrones dans chaque case de la zone qui pratique l'offre initiale de pilules	**14325**	**3581**	**3751**	105	14526	101	170	4,7	201	1,4
15.2. Nbre de colliers MJF distribués dans les cases qui pratiquent l'offre initiale de pilules (case-test)	**2352**	**588**	**164**	28	333	14	-424	-72,1	-2019	-85,8
15.3. Nbre de condoms distribués dans chaque case pendant le trimestre.	**118560**	**29640**	**26050**	88	93454	79	-3590	-12,1	-25106	-21,2
Nombre de condoms masculins ?			**25815**		90487					
Nombre de condoms féminins ?			**173**		2905					
16. Nbre d'ASC, matrones, relais formés ou recyclés dans le domaine de la PF.	**1005**	**-**	**2854**	-	6069	604	-	603,9	5064	503,9
Nbre d'ASC, relais et matrones femmes ?			**1552**		3494					
Nbre d'ASC, relais, et matrones hommes ?			**1302**		2575					
17. Nbre d'entretiens individuels (ou avec des couples) sur la PF (counselling)	**193080**	**48270**	**24950**	52	164423	85	-23320	-48,3	-28657	-14,8
Nombre de femmes ?			**21318**		129630					
Nombre d'hommes ?			**3804**		34965					
18. Nbre de personnes dans la population (femmes, hommes, ado, jeunes, personnes âgées …) qui ont été en contact avec un message sur la PF véhiculé par le projet ou avec son appui	**250680**	**62670**	**81309**	130	370039	148	18639	29,7	119359	47,6
Nombre de femmes ?			**67457**		303461					
Nombre d'hommes ?			**12765**		65491					

SANTE DE LA REPRODUCTION / PLANIFICATION FAMILIALE

Indicateurs	**Objectif**		**Résultats obtenus**				**Ecart**			
	Annuel	**Trimestriel**	**Trimestre**	**%**	**Cumul période**	**%**	**Trimestriel**	**%**	**Annuel**	**%**

19. Nbre de nouvelles stratégies de PF (approches, techniques, moyens, outils d'interventions communautaires, IEC/CCC. Renforcement des capacités …) produites avec succès dans la zone par le projet	**1**	**-**	**1**	-	1	-	-	-	-	-
20. Nbre de cases qui donnent des conseils sur la PF ou la SR ou la prévention du VIH	**1731**	**-**	**1046**	-	1046	60,4	-	-	-685	-39,6
21.1. Nbre de cases tests PF qui déclarent un jour de rupture de stock de pilules (lovrette ou lofemenal), de colliers ou de condoms dans l'année (1er oct 09 au 31 sept 10 pour l'an 4).	**48**	**-**	**11**	-	62	129,2	-	-	14	29,2
21.2. Nbre de cases qui déclarent un jour de rupture de stock de condoms dans l'année (1er oct 09 au 31 sept 10 pour l'an 4)	**198**	**-**	**262**	-	536	270,7	-	-	338	170,7
22. Nbre d'interventions à base communautaire visant à réduire ou à répondre à la violence faite aux femmes y compris l'excision (joindre fiche technique décrivant l'intervention)	**0**	**0**	**52**	-	52	-	0	-	0	-
23. nombre de cases/sites qui ont eu des travaux de réfection ou rénovation ou réhabilitation avec l'aide du projet (clôture, peinture, menuiserie, maçonnerie, toiture, réparations diverses	**71**	**-**	**36**	**-**	116	**163,4**	**-**	**-**	**45**	**63,4**

PALUDISME

Indicateurs	**Objectif**		**Résultats obtenus**				**Ecart**			
	Annuel	**Trimestriel**	**Trimestre**	**%**	**Cumul période**	**%**	**Trimestriel**	**%**	**Annuel**	**%**

24. Nbre d'ASC, matrones, relais formés dans la prévention et/ou le traitement du paludisme.	**3090**	**-**	**3306**	-	6680	216,18	-	-	3590	116,18
Nbre d'hommes ?			**1673**		2704					
Nbre de femmes ?			**1633**		3976					
25. Nbre d'ASC et de matrones formés dans la prise en charge du paludisme avec les ACT.	**1272**	**-**	**1220**	-	2543	199,92	-	-	1271	99,92
Nbre d'hommes			**638**		1184					
Nbre de femmes			**582**		1359					
26. Nbre de cas de palu chez les enfants 0-5 ans traités avec les ACT par les cases selon les normes et protocoles (TDR^{+}).	**8226**	**2057**	**1690**	82,16	9238	112,30	-367	-17,84	1012	12,30
27.1. Nbre de personnes dans la population (hommes, femmes, enfants, ado, personnes âgées …) touchées par une activité d'éducation et/ou de prévention du paludisme. NB : chaque personne est décomptée 1 fois dans l'année (systématise groupe IEC et constituer des groupes d'hommes, ado, GM	**949811**	**237453**	**359201**	151,27	1373605	144,62	121748	51,27	423794	44,62

PALUDISME

Indicateurs	Objectif		Résultats obtenus				Ecart			
	Annuel	Trimestriel	Trimestre	%	Cumul période	%	Trimestriel	%	Annuel	%
27.2. Nbre de visites de stratégies avancées vers les cases.	-	-	**596**	-	2694	-	-	-	-	-
a) avec CPN/TPI			**678**		2438					
b) avec coupons MILDA			**196**		389					

27.3. Nbre de femmes enceintes qui reçoivent le TPI. Lors des stratégies avancées.	-	-	**2137**	-	11133	-	-	-	-	-
a) TPI 1			**1316**		6610					
b) TP2 et plus			**781**		4483					
28.1. Nbre total d'activités IEC/CCC menées sur le paludisme (entretiens individuels, causeries, mobilisations sociales, visites à domicile…)	**326040**	**81510**	**150571**	184,7	537642	164,9	69061	84,7	211602	64,9
28.2. Nbre d'activités IEC/CCC menées pour chaque thème :										
Traitement des cas	**35981**	**8995**	**12433**	138,2	55668	154,7	3438	38,2	19687	54,7
Promotion TPI/CPN	**21161**	**5290**	**13236**	250,2	54105	255,7	7946	150,2	32944	155,7
Promotion MILDA	**54264**	**13566**	**80814**	595,7	210747	388,4	67248	495,7	156483	288,4
Prévention paludisme	**71861**	**17965**	**35265**	196,3	118749	165,2	17300	96,3	46888	65,2
Recherche précoce de soins et reconnaissance des signes de danger	**34128**	**8532**	**10579**	124,0	98471	288,5	2047	24,0	64343	188,5
Aspersion Intra domiciliaire	**16894**	**-**	**1092**	**-**	63555	376,2	**-**	**-**	46661	276,2
29. Autres activités avec des données quantitatives (Supplémentation, déparasitage, distribution MILDA, réimprégnation…)										
Supplémentation vitamine A enfants 6 - 59 mois	-	-	**90**	-	896797	-	-	-	-	-
Déparasitage enfants 12 - 59 mois	-	-	**169**	-	735333	-	-	-	-	-
Distribution gratuite MILDA	-	-	**407788**	-	537738	-	-	-	-	-
30. Nbre de cases qui déclarent au moins un jour de rupture de stock d'ACT au cours de l'année	**1371**	**-**	**144**	**-**	707	51,6	**-**	**-**	-664	-48,4
31. Nbre de cases qui déclarent au moins un jour de rupture de stock de TDR (Tests diagnostic Rapide du paludisme) dans l'année	**1372**	**-**	**72**	**-**	381	27,8	**-**	**-**	-991	-72,2
32. Nombre de visites à domicile de suivi réalisé	**456000**	**114000**	**167855**	147,2	308131	67,6	53855	47,2	-147869	-32,4

Indicateurs USAID FY10

1. Analyse

31 indicateurs ont été assignés au Projet pour l'année fiscale 2010. 26 Indicateurs sur 31 (83,9%) ont été atteints ou dépassés. 5 indicateurs sur 31 (16,1%) n'ont pas été atteints. 9 indicateurs sur 31 (29) enregistrent des scores compris entre 90 et 110%. 12 indicateurs enregistrent des dépassements de plus de 10%.

Les 5 indicateurs non atteints sont:

- nombre de cas de pneumonie/cotrimoxazole (18.709/20.907=89,5%);

- nombre de cas de diarrhée/SRO (16.585/75.078=22,1%); nombre de cas de diarrhée/zinc (5.701/49.356=11,6%);

- nombre de colliers/MJF distribués (333/2.352=14%); nombre de condoms distribués (93.454/118.560=79%);

- nombre de counseling PF (164.423/193.080=85%);

- nombre de visite de suivi MILDA (308.131/456000=67,6%).

Les indicateurs qui enregistrent des dépassements sont :

- nombre de cases/sites qui ont eu des travaux de réfection ou rénovation ou réhabilitation avec l'aide du projet (clôture, peinture, menuiserie, maçonnerie, toiture, réparations diverses)

- nombre de nouveau-nés visités par une matrone, relais ou ASC dans les 3 premiers jours de la naissance.

- nombre d'ASC, relais et matrones formés ou recyclés en santé maternelle et néonatale (module de formation santé mère et santé enfant).

- Nombre d'ASC, relais, matrones formés ou recyclés en santé/nutrition ou survie de l'enfant

- nombre d'ASC, matrones, relais formés ou recyclés dans le domaine de la PF.

- nombre de personnes dans la population (femmes, hommes, ado, jeunes, personnes âgées …) qui ont été en contact avec un message sur la PF véhiculé par le projet ou avec son appui.

- nombre d'ASC, matrones, relais formés dans la prévention et/ou le traitement du paludisme.

- nombre d'ASC et de matrones formés dans la prise en charge du paludisme avec les ACT.

- nombre de cas de paludisme chez les enfants de 0 – 5 ans traités avec les ACT par les cases selon les normes et protocoles.

- nombre de personnes dans la population (hommes, femmes, enfants, ado, personnes âgées …) touchées par une activité d'éducation et/ou de prévention du paludisme.

- nombre total d'activités IEC/CCC menées sur le paludisme (entretiens individuels, causeries, mobilisations sociales, visites à domicile…).

- nombre d'activités IEC/CCC menées pour chaque thème.

2. Justification globale des écarts:

Les dépassements sont pour la plupart liés au nombre de cases de santé qui ont fonctionné pendant l'année et qui sont supérieures au nombre planifié. Les prévisions de l'année étaient basées sur 1.849 cases et sites offrant les services du paquet élargi toute l'année et 108 cases qui devaient démarrer l'offre à partir de la fin du troisième trimestre de l'an 4 après les formations des acteurs. La convention signée avec UNICEF a permis l'enrôlement de 70 nouvelles cases et la formation des acteurs dans le paquet élargi au niveau de 172 cases. Parmi les 70 nouvelles cases, 46 ont fonctionné pendant l'année (24 cases affectées à Terre des Hommes n'ont pas fonctionné). Des événements spéciaux non pris en compte dans la détermination des objectifs ont également impacté positivement sur les résultats et entrainé des dépassements: extension de l'AID à 3 nouveaux districts, formation des DSDOM dans le cadre de la prise en charge à domicile du paludisme (PECADOM), intensification de l'appui du Projet à la mise en œuvre du Programme Badien Gokh (formation des Badien), prise en compte des formations réalisées dans le cadre des études pilotes sur l'excision génitale féminine et la fortification en fer des farines… Les ruptures de certains produits (Cotrimoxazole, SRO, Zinc…) ont influencé négativement certains indicateurs. Les lenteurs dans la systématisation par les relais des visites à domicile intégrées (activité nouvelle sous cette forme), n'a pas facilité l'atteinte des objectifs liés au suivi de l'utilisation des MILDA malgré une reprise énergique opérée à partir du 3ème trimestre.

3. Justifications détaillées des gaps par indicateur : voir tableau des indicateurs

PROGRAMME SANTE USAID – SANTE COMMUNAUTAIRE

INDICATEURS USAID : JUSTIFICATION DES GAPS POUR FY 10

TUBERCULOSE

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
4. Nombre d'ASC, relais, matrones, membres de comités de santé, parents/amis des malades formés dans la supervision au traitement (TDO) des malades tuberculeux.	429	406	94,64	Il était prévu dans les objectifs de former 1 personne (parent, ami, ASC, matrone ou relais) par nouveau cas TB dépisté, soit 429 au total (1 personne par case TB). 406 personnes (94,64%) ont été formées sur la base de cette logique. D'autres activités de formation/recyclage des ASC, matrones et relais ont été exécutées au cours de l'année et ont intégré le TDO des malades TB. Le nombre total d'acteurs qui ont été formés dans le cadre de ces recyclages périodiques est de 3865 : c'est le nombre qui a été rapporté dans les rapports trimestriels d'avril – juin 2010 (762) et juillet – septembre 2010 (3.103). Pour être conforme à la logique de définition des objectifs de 2010, il a été retenu finalement de ne considérer que les personnes formées pour prendre en charge de nouveaux cas de TB (406) et non toutes les personnes formées/recyclées dans le TDO/TB (3.865).

TUBERCULOSE

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
5. Nombre de cases/sites qui ont eu des travaux de réfection ou rénovation ou réhabilitation avec l'aide du projet (clôture, peinture, menuiserie, maçonnerie, toiture, réparations diverses). NB: cases qui font le suivi communautaire de la TB	71	116	112,67	Il était prévu de réfectionner le même nombre de cases que pour l'an 3 (71). Avec les pluies de l'hivernage, un nombre plus grand de cases (116) ont nécessité des travaux de réfection faits par les communautés avec l'appui du projet.

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
6. Nombre de nouveau-nés visités par une matrone, relais ou ASC dans les 3 premiers jours de la naissance (chaque nouveau-né est décompté une seule fois même s'il a bénéficié de plusieurs visites) NB: chaque nouveau-né est décompté 1 fois dans l'année	20.368	22.824	112,06	Le calcul de l'indicateur était basé sur 1.731 cases/sites (dont 1.512 qui devaient offrir le service toute l'année et 219 à partir du 4eme trimestre). Le nombre réel de cases/sites qui ont fonctionné toute l'année est en moyenne de 1.866 cases/sites avec 13 nouveau-nés attendus par année par case/site soit un objectif corrigé de 24.259 (13*1.866=24.259)
7. Nombre d'accouchements assistés par une matrone formée (à domicile ou dans la case)	12.513	13.552	108,3	-

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
8. Nombre d'ASC, relais et matrones formés ou recyclés en santé maternelle et néonatale (module de formation santé mère et santé enfant)	1.207	6.038	500,2	Il était prévu dans l'indicateur de recycler 1 acteur communautaire dans 1.207 cases et sites. Les exigences du contexte (changement de certaines normes et protocoles de prise en charge, déficiences de performances constatées au niveau de certains acteurs) ont rendu nécessaire le recyclage de l'ensemble des acteurs (en moyenne 4 par case et 2 par site) dans toutes les cases. Par ailleurs, la convention signée avec l'UNICEF a permis l'augmentation du nombre de cases de santé (70) et l'élargissement du paquet de services dans certaines zones d'extension du PMI (102) avec des activités de formation complémentaires. Enfin, les formations faites dans le cadre des études pilotes (mobilisation communautaire autour des SAA, lutte contre les excisions génitales féminines, fortification alimentaire chez les femmes enceintes) ont été prises en compte dans le calcul des résultats obtenus.

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
9. Nombre d'ASC, relais, matrones formés ou recyclés en santé/nutrition ou survie de l'enfant	1.208	5.960	493,4	La même logique utilisée pour l'indicateur 6 (formation en santé maternelle et néonatale) avait été utilisée pour la fixation de l'objectif en santé nutrition ou survie de l'enfant. Il était prévu dans l'indicateur de recycler 1 acteur communautaire dans 1.207 cases et sites enrôlés. Les exigences du contexte (changement de certaines normes et protocoles de prise en charge, déficiences de performances constatées au niveau de certains acteurs) ont rendu nécessaire le recyclage de l'ensemble des acteurs (en moyenne 4 par case et 2 par site). La convention signée avec l'UNICEF a permis également l'augmentation du nombre de cases de santé (70) et l'élargissement du paquet de services dans certaines zones d'extension du PMI (102) avec des activités de formation complémentaires. Enfin, les formations faites dans le cadre de l'étude pilote sur la fortification alimentaire en fer chez les enfants 0 – 5 ans ont été prises en compte dans le calcul des résultats obtenus.

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
10. Nombre de mères accouchées par une matrone formée et dont l'enfant a eu les soins suivants : - maintien de la température (nouveau-né bien séché, bien recouvert/enveloppé, bain différé d'au moins 6 h, contact peau à peau) - mise au sein précoce dans l'heure qui suit la naissance - soins du cordon (cordon libre et sec)	12.513	13.248	105,87	-
11. Nombre d'enfants 0-3 ans nouveaux inscrits pesés au moins 1 fois dans le trimestre	175.392	177.384	101,1	-
12. Nombre de cas de pneumonie traités dans les cases de santé avec du cotrimoxazole chez les enfants 0-5 ans.	20.907	18.709	89,5	Certaines nouvelles cases IRA enrôlées pendant l'année n'ont pas commencé l'offre de service au début du 4ème trimestre comme prévu dans l'indicateur. En outre 166 cas classés comme pneumonie dans la zone de Vélingara ont été retirés des données pour non-conformité après l'audit de la qualité faite dans la zone de Kolda.

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
13.a). Nombre d'enfants 0-5 ans traités pour diarrhée dans les cases de santé avec SRO (ancienne ou nouvelle formule)	75.078	16.593	22,1	La faiblesse des résultats est liée à une « banalisation » de la diarrhée au niveau communautaire, un non recours systématique aux soins de la case en cas de diarrhée et une pro activité insuffisante du projet dans la gestion du problème. Les premières actions énergiques pour le contrôle du problème n'ont été réalisées qu'au cours des 3ème et 4ème trimestre (dépistage actif et référence pour recherche de soins au niveau des cases par des visites à domicile, intégration de la sensibilisation dans les activités de pesée…). Le retard dans la mise en place des mesures correctrices n'a pas permis de réaliser un contrôle suffisant du problème pour atteindre les objectifs annuels fixés. Un système de suivi a été mis en place pour qu'une telle situation ne puisse se reproduire.

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
13. b) Nombre d'enfants 0-5 ans traités pour diarrhée dans les cases de santé avec du zinc seul ou du SRO/Zinc	49.356	5.701	11,6	La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) avait prévu une disponibilité de Zinc dans ses stocks à partir de mars 2009. Le calcul de l'indicateur était fondé sur cette assurance. En définitive, il n'y a pas eu au cours de l'année fiscale 2009/2010 de zinc au niveau du circuit d'approvisionnement national. Seules les cases tests (72) disposaient de stocks résiduels qui avaient été mis en place en 2008 avec l'appui de la DANSE et UNICEF.
14. Nombre de cases/sites qui ont eu des travaux de réfection ou rénovation ou réhabilitation avec l'aide du projet (clôture, peinture, menuiserie, maçonnerie, toiture, réparations diverses) NB : cases qui offrent les SMNI	71	116	112,67	Il était prévu de réfectionner le même nombre de cases que pour l'an 3 (71). Avec les pluies de l'hivernage, un nombre important de cases (116) ont nécessité des travaux de réfection fait par les communautés avec l'appui du projet.

SANTE DE LA REPRODUCTION / PLANIFICATION FAMILIALE

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
15.1 Nombre de cycle de pilules (plaquette de 21 ou 28 pilules) distribuées dans le trimestre par les matrones dans chaque case de la zone qui pratique l'offre initiale de pilules	14.325	14.526	101	-
15.2 Nombre de colliers MJF distribués dans les cases qui pratiquent l'offre initiale de pilules (case-test)	2.352	333	14	Le résultat faible enregistré s'explique par les contraintes liées à l'utilisation du collier (collaboration du partenaire/conjoint obligatoire, nécessité de se rappeler et pousser les perles…). Des campagnes de sensibilisation intensive ont été menées dans toutes les cases tests mais les résultats restent encore très faibles et ceci depuis le début de la mise en place de la MJF dans les cases tests (2008).

SANTE DE LA REPRODUCTION / PLANIFICATION FAMILIALE

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
15.3 Nombre de condoms distribués dans chaque case et site pendant le trimestre.	118.560	93.454	79	Le grand nombre de circuits de distribution informelle ou parallèle et certaines relations de parenté ou sociales entre les acteurs communautaires et les potentiels utilisateurs de cette méthode dans les cases et sites peuvent expliquer la non atteinte de l'objectif. Les ruptures de stocks de condoms (qui ne sont pas sous le contrôle du Projet) ont également pu jouer un rôle (le pourcentage de disponibilité de condom au cours de l'année est de 68%).

SANTE DE LA REPRODUCTION / PLANIFICATION FAMILIALE

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
16. Nombre d'ASC, matrones, relais formés ou recyclés dans le domaine de la PF.	1.005	6.069	604	La logique utilisée pour les indicateurs sur la santé maternelle et infantile est également valable pour cet indicateur. Il était prévu dans l'indicateur de recycler 1 acteur communautaire dans 1.207 cases et sites. Des déficiences de performances constatées au niveau de certains acteurs ont rendu nécessaire le recyclage de l'ensemble des acteurs (en moyenne 4 par case et 2 par site). Avec l'augmentation du nombre de cases (70) dans le cadre de la convention signée avec l'UNICEF, tous les acteurs de ces nouvelles cases ont été formés en promotion de la PF. Il en est de même des cases d'extension du PMI où le paquet de services avait été élargi (102). Enfin, les formations faites dans le cadre de l'étude pilote sur la mobilisation communautaire autour des SAA, ont été prises en compte dans le calcul des résultats obtenus.

SANTE DE LA REPRODUCTION / PLANIFICATION FAMILIALE

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
17. Nombre d'entretiens individuels (ou avec des couples) sur la PF (counseling)	193.080	164.423	85	Le démarrage tardif de l'offre de services dans les cases d'extension a un peu influencé les performances obtenues. Le problème majeur semble lié au reporting: beaucoup de cases continuent à ne renseigner que les activités de counseling concernant l'OIP et non toutes les activités d'entretien individuel sur la PF comme spécifié dans l'indicateur.
18. Nombre de personnes dans la population (femmes, hommes, ado, jeunes, personnes âgées …) qui ont été en contact avec un message sur la PF véhiculé par le projet ou avec son appui	250.680	370.039	148	L'objectif annuel était calculé sur la base de 1.731 cases et sites (dont 219 pour 3 mois) à raison de 160 personnes touchées par case/site (250.680). En moyenne 1866 cases/sites ont fonctionné durant l'année soit un objectif corrigé de 1.866*160=298560. Les sensibilisations faites dans les zones pour préparer la documentation et l'évaluation de l'OIP ont également contribué au dépassement de l'objectif..

SANTE DE LA REPRODUCTION / PLANIFICATION FAMILIALE

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
19. Nombre de nouvelles stratégies de PF (approches, techniques, moyens, outils d'interventions communautaires, IEC/CCC. Renforcement des capacités …) produites avec succès dans la zone par le projet	1	1	100	La stratégie retenue pour 2010était « Partenariat avec les maîtres coraniques pour la promotion de la PF » (zone de Tivaouane/Mbacké). La fiche documentaire est en voie de finalisation et sera annexée au rapport annuel.
20. Nbre de cases/sites qui donnent des conseils sur la PF ou la SR ou la prévention du VIH	1.731	1.866	107,79	-
21. 1. Nombre de cases tests PF qui ne déclarent aucun jour de rupture de stock de pilules (lovrette ou lofemenal), de colliers ou de condoms du 1er oct. 08 au 31 septembre 09	(191 – 48 = **143**)	(191 – 62 = **129**)	90%	L'indicateur était formulé en termes de « cases qui déclarent un jour de rupture de stock » (prévu: 48; réalisé: 62). Il a été reformulé pour prendre en compte les « cases qui ne déclarent aucun jour de rupture de stock » (prévu : 143 : réalisé : 129 = 90%).

SANTE DE LA REPRODUCTION / PLANIFICATION FAMILIALE

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
21.2 Nombre de cases non PF ou de sites qui ne déclarent aucun jour de rupture de stock de condoms du 1er oct. 09 au 31 septembre 10 (cases OIP exclues)	(988 – 198 = **790**)	(988 – 536 = **452**)	68%	Comme pour l'objectif 21.1, cet objectif a été reformulé en termes de « cases-sites qui ne déclarent aucun jour de rupture de stock ». Les districts ont connu à certains moments des ruptures de stock de condom ce qui a influencé la disponibilité des stocks au niveau des cases.
22. Nombre d'interventions à base communautaire visant à réduire ou à répondre à la violence faite aux femmes y compris l'excision (joindre fiche technique)	0	0	100	-
23. nombre de cases/sites qui ont eu des travaux de réfection ou rénovation ou réhabilitation avec l'aide du projet (clôture, peinture, menuiserie, maçonnerie, toiture, réparations diverses	71	116	112,67	Il était prévu de réfectionner le même nombre de cases que pour l'an 3 (71). Avec les pluies de l'hivernage, un nombre plus grand de cases (116) ont nécessité des travaux de réfection fait par les communautés avec l'appui du projet.

PALUDISME

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
24. Nbre d'ASC, matrones, relais formés dans la prévention et/ou le traitement du paludisme.	3.090	6.680	216,18	Il était prévu dans l'indicateur de recycler 1 acteur communautaire dans 1.207 cases et sites. Les changements dans les normes et protocoles de prise en charge du paludisme (introduction des TDR et changement dans la formulation des ACT) ont rendu nécessaire le recyclage de l'ensemble des acteurs (en moyenne 4 par case et 2 par site). Par ailleurs, la convention signée avec l'UNICEF a permis l'augmentation du nombre de cases de santé (70) et nécessité la formation de nouveaux ASC, matrones et relais. Enfin, les formations faites dans le cadre des AID (2.049) et PECADOM (200) ont été prises en compte dans le calcul des résultats obtenus.

PALUDISME

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
25. Nombre d'ASC et de matrones formés dans la prise en charge du paludisme avec les ACT.	1.272	2.543	199,92	Il était prévu dans l'indicateur de recycler 1 acteur communautaire dans 1.207 cases et sites. Les changements dans les normes et protocoles de prise en charge du paludisme (introduction des TDR et changement dans la formulation des ACT), ont rendu nécessaire le recyclage de l'ensemble des acteurs (en moyenne 2 par case). Par ailleurs, la convention signée avec l'UNICEF a permis l'augmentation du nombre de cases de santé (70) et nécessité la formation de nouveaux ASC et matrones.

PALUDISME

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
26. Nombre de cas de palu chez les enfants 0-5 ans traités avec les ACT par les cases selon les normes et protocoles.	8.226	9.238	112,3	Le dépassement de l'objectif pourrait s'expliquer par l'enrôlement de nouvelles cases (70) dans le cadre de la convention avec l'UNICEF. Si on enlève les nouvelles cases enrôlées avec UNICEF (172*6cas/an/2= 516), le nombre de cas de paludisme traités sera de 8.722 soit 106%.
27.1) Nombre de personnes dans la population (hommes, femmes, enfants, ado, personnes âgées …) touchées par une activité d'éducation et/ou de prévention du paludisme. NB : chaque personne est décomptée 1 fois dans l'année (systématise groupe IEC et constituer des groupes d'hommes, ado, GM	949.811	1.373.605	144,62	L'intensification des activités de sensibilisation lors des événements spéciaux (AID, JMP) explique le dépassement de l'objectif (les données des AID et JMP n'avaient pas été prises en compte dans le calcul de l'indicateur et la méthode de reporting utilisée ne permet pas de les extraire des données actuelles.

PALUDISME

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
28.1. Nombre total d'activités IEC/CCC menées sur le paludisme (entretiens individuels, causeries, mobilisations sociales, visites à domicile…)	326.040	537.642	164,9	L'intensification des activités de sensibilisation lors des événements spéciaux (AID, JMP) explique le dépassement de l'objectif (les données des AID et JMP n'avaient pas été prises en compte dans le calcul de l'indicateur et la méthode de reporting utilisée ne permet pas de les extraire des données actuelles.

PALUDISME

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
28.2. Nombre d'activités IEC/CCC menées pour chaque thème :				
- Traitement des cas	35.981	55.668	154,7	L'objectif avait été fixé sur la base des résultats de 2009 avec une progression de 10%. La progression a été plus forte que les 10%prévus. En outre, de nouvelles cases ont été enrôlées avec la convention UNICEF (70).
- Promotion TPI/CPN	21.161	54.105	255,7	L'objectif avait été fixé sur la base des résultats de 2009 avec une progression de 10%. La progression a été plus forte que les 10%prévus. En outre, de nouvelles cases ont été enrôlées avec la convention UNICEF (70).
- Promotion MILDA	54.264	210.747	388,4	L'objectif avait été fixé sur la base des résultats de 2009 avec une progression de 10%. La progression a été plus forte que les 10%prévus. En outre, de nouvelles cases ont été enrôlées avec la convention UNICEF (70).

PALUDISME

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
- Prévention paludisme	71.861	118.749	165,2	L'objectif avait été fixé sur la base des résultats de 2009 avec une progression de 10%. La progression a été plus forte que les 10%prévus. En outre, de nouvelles cases ont été enrôlées avec la convention UNICEF (70). L'extension des districts AID (Malème Hoddar, Koumpentoum et Guinguinéo) a dû également jouer.
- Recherche précoce de soins/Reconnaissance des signes de danger	34.128	98.471	288,5	L'objectif avait été fixé sur la base des résultats de 2009 avec une progression de 10%. La progression a été plus forte que les 10%prévus. En outre, de nouvelles cases ont été enrôlées avec la convention UNICEF (70).
- Aspersion Intra domiciliaire	16.894	63.555	376,2	Le calcul de l'indicateur était basé sur la mise en œuvre du volet IEC des AID dans les 3 districts enrôlés en an 3 (Nioro, Richard Toll et Vélingara) avec une progression de 10% sur les résultats obtenus en 2009. Pendant l'année fiscale 2010, 3 nouveaux districts ont été ajoutés (Malème Hoddar, Koumpentoum et Guinguinéo) ; le rythme de progression a également dépassé le rythme prévu (10%) à cause d'une meilleure maitrise du processus de mise en œuvre du volet IEC/AID.

PALUDISME

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
30. Nombre de cases qui déclarent au moins un jour de rupture de stock d'ACT au cours de l'année.	1.371	707	51,6	Avec le changement de molécule, la péremption des anciens stocks et les ruptures de stocks au niveau des postes de santé, toutes les cases de santé étaient théoriquement en situation de rupture de stock d'ACT quand le Projet établissait les indicateurs. C'est pour cela qu'l avait été retenu que « 1.371 cases déclareront au moins 1 jour de rupture de stock pendant l'année ». En réalité, 664 cases n'avaient pas de rupture de stock et ont maintenu la disponibilité de leur stock pendant toute l'année (soit 664 sur 1.371 = 48,5%).
31. Nombre de cases qui déclarent au moins un jour de rupture de stock de TDR (Tests diagnostic Rapide du paludisme) dans l'année.	1.372	381	27,8	Le même raisonnement pour les ACT s'applique aux TDR: 990 cases sur 1.371 n'ont connu aucun jour de rupture de stock de TDR au cours de l'année soit 72,2% alors qu'on s'attendait à ce que toutes les cases connaissent une rupture de stock de TDR.

PALUDISME

Indicateurs	FY 10			Justification des écarts
	Prévu	Réalisé	%	
32. Nombre de visites à domicile de suivi réalisé.	456.000	308.131	67,6	L'indicateur sous cette forme a été ajouté au cours de l'année. Les acteurs ont tardé à l'intégrer dans leur pratique quotidienne et continuaient à mettre l'accent sur la sensibilisation à partir d'autres canaux. Ce n'est qu'au 3ème trimestre que le suivi à domicile a réellement démarré. Le retard dans le démarrage effectif n'a pas permis l'atteinte de l'objectif.

ACTIVITES HYGIENE ET ASSAINISSEMENT

1) Nombre de personnes sensibilisées sur le lavage des mains et autres messages sur l'hygiène : 186.361 (seules les zones de Kaolack, Kolda, Mbour, Tivaouane/Mbacké, Ziguinchor et Vélingara ont rapporté sur ce volet)

2) le nombre de personnes formés sur l'hygiène et assainissement : 4.567 (454 agents du Projet et 4.113 acteurs communautaires orientés sur l'utilisation de l'Aquatabs)

DQA (Equipe USAID)

- Kolda (Juillet 2010)
- Ziguinchor (Juillet 2010)
- UCP Thiès (31 août 2010)

Indicateurs PSC/PMI
années fiscales 10, 11, 12

Octobre 2010

PROGRAMME SANTE USAID - SANTE COMMUNAUTAIRE
ChildFund – Africare – Plan - World Vision – Catholic Relief Services - Counterpart

Indicateurs PSSC/PMI années fiscales 10, 11, 12

Version révisée octobre 2010

TUBERCULOSE

Indicateur	Reformulation opérationnelle	Base d'estimation des objectifs de performance	Objectif 9/30/10		Objectif 9/30/11	Objectif 9/30/12
			Réalisé	Prévu		
4. Number of people (medical personnel, health workers, Community workers, etc.) trained in DOTS ***Femmes*** ***Hommes*** **4. Nombre d'individus (personnel médical, agents sanitaires, agents communautaires, etc.) formés pour le TDOs** **Hommes** **Femmes**	Nbre d'ASC, relais, matrones, membres de comités de santé, parents/amis des malades formés dans la supervision du traitement (TDO) des malades tuberculeux. (les professionnels de la santé sont exclus : infirmiers, sages-femmes …) Nbre de femmes ? Nbre d'hommes ?	**Obj. 2011**: Formation acteurs 155 nouvelles cases*2 (2 acteurs à former pour chaque nouvelle case) 2*155= 310 **Obj. 2012 :**	406	429	310	-
5. Number of health facilities rehabilitated 5. Nombre de structures sanitaires réhabilitées	Nbre de cases/sites TB qui ont eu des travaux de réfection, rénovation ou réhabilitation (clôture, peinture, menuiserie, maçonnerie, toiture, réparations diverses)	40% des nouvelles cases enrôlées seront éligibles à des travaux de rénovation (155*40%=62). **Obj 2011** : 62 cases réparties comme suit: zones ChildFund (14), Africare (13), World Vision (13), Plan (12), CPI (5), CRS (5). **Obj 2012** :	116	71	62	-

MCH : santé maternelle et infantile

Indicateur	Reformulation opérationnelle	Base d'estimation des objectifs de performance	Objectif 9/30/10		Objectif 9/30/11	Objectif 9/30/12
			Réalisé	Prévu		
6. Number of post-partum/newborn within 3 days of birth in USG-assisted programs 6. Nombre nouveau-nés vus en visite postnatale durant leurs trois premiers jours de vie dans les programmes financés par l'USAID	Nombre de nouveau-nés, visités par une matrone, relais ou ASC dans les 3 premiers jours de la naissance (chaque nouveau-né est décompté une seule fois même s'il a bénéficié de plusieurs visites) **NB** : chaque nouveau-né est décompté **1 fois dans l'année**	15 naissances/an dans 1 case/site. 90% des mères accouchées recevront 1 visite postnatale des 3 premiers jours Reporting sur 9 mois (oct. 10 à juin 11)= 12 nouveau-nés. 2016 cases/sites offriront le service 9 mois. 307 cases/sites offriront le service à partir de janvier 2011 **Obj. 2011:** 12*2016 cases/sites= 24.192 8*307= 2.456 Total= 24.192+2.456=26.648 **Obj 2012 :**	22.824	20.368	26.648	-
7. Number of deliveries with a skilled birth attendant (SBA) in USG-assisted programs **7. Nombre d'accouchements effectués par une accoucheuse qualifiée dans les programmes financés avec par l'USAID**	Nombre d'accouchements effectués par une matrone formée (à domicile ou dans la case)	15 naissances/an dans 1 aire de case 80% des accouchements faits dans les case de santé = 12 par an Reporting sur 9 mois (oct. 10 à juin 11)= 9 accouchements **Obj. 2011:** 1.620 cases fonctionnelles * 9 accouchements = 14.580 **Obj 2012 :**	13.552	12.513	14.580	-

MCH : santé maternelle et infantile

Indicateur	Reformulation opérationnelle	Base d'estimation des objectifs de performance	Objectif 9/30/10		Objectif 9/30/11	Objectif 9/30/12
			Réalisé	Prévu		
8.. Number of people trained in maternal/newborn health through USG-supported programs *Male* 8.. Nombre de personnes formées en santé maternelle et infantile à travers les programmes sanitaires financés par l'USAID Hommes Femmes	Nbre d'ASC, relais et matrones formés ou recyclés en santé maternelle et néonatale (module de formation santé mère et santé enfant) nombre d'ASC, matrones et relais femmes ? Nbre d'ASC et relais hommes ?	2 à 3 acteurs communautaires à former par case/site **<u>Obj. 2011</u>:** Formation OIP (2*40=80), acteurs nouvelles cases an 5 (2*155=310), nouveaux sites an 5 (3*152=456), formations reportées Ziguinchor (275 acteurs), Formations reportées Matam/Podor (130) Total= 80+310+456+275+130= 1.251	6.038	1.207	1.251	-
9. Number of people trained in child health and nutrition through USG-supported health area programs *Male* *Female* *9. Nombre de personnes formées sur la santé et la nutrition infantiles dans les programmes sanitaires financés par l'USAID*	Nombre d'ASC, relais, matrones formés ou recyclés en santé/nutrition ou survie de l'enfant Nbre d'ASC, relais et matrones femmes ? Nbre d'ASC et relais hommes ?	1 à 3 acteurs communautaires à former par case/site **<u>Obj 2011:</u>** acteurs nouvelles cases an 5 (2*155=310), nouveaux sites an 5 (3*152=456), formations reportées Ziguinchor (275 acteurs), Formations reportées Matam/Podor (130) Total= 310+456+275+130= 1.171 **<u>Obj 2012</u> :**	5.960	1.208	1.171	-

MCH : santé maternelle et infantile

Indicateur	Reformulation opérationnelle	Base d'estimation des objectifs de performance	Objectif 9/30/10		Objectif 9/30/11	Objectif 9/30/12
			Réalisé	Prévu		
10. ***Number of newborns receiving essential newborn care through USG-supported programs*** **10. Nombre de nouveau-nés recevant des soins post natals essentiels par le biais des programmes sanitaires financés par l'USAID**	Nbre de mères accouchées par une matrone formée et dont le nouveau-né a eu les soins suivants : - maintien de la température (nouveau-né bien séché, bien recouvert/enveloppé, bain différé d'au moins 6 h, contact peau à peau) - mise au sein précoce dans l'heure qui suit la naissance - soins du cordon (cordon libre et sec)	15 naissances/an dans 1 aire de case 80% des accouchements faits dans les casse de santé = 12 par an Reporting sur 9 mois (oct. 10 à juin 2011)= 9 accouchements **<u>Obj. 2011</u>:** 1620 cases fonctionnelles * 9 accouchements = 14.580 **<u>Obj 2012</u> :**	13.248	12.513	14.580	**-**
11. ***Number of children reached by USG-supported nutrition programs*** **11. Nombre d'enfants couverts par les programmes de nutrition appuyés par l'USAID**	Nbre d'enfants 0-3 ans nouveaux inscrits pesés au moins 1 fois dans le trimestre Décompter les frères et sœurs âgés de moins de 5 ans. **Cas particulier du 1er trimestre : compté nouveaux et anciens pour le trimestre 1 et seulement les nouveaux pour les trois autres trimestres.** Pour décompter les frères et sœurs âgés de moins de 5 ans, utiliser la colonne ''observations'' du registre/cahier SPC : inscrire pour chaque mère d'enfant pesé le nbre d'enfants 0-5 ans	1 case/site = 600 personnes en moyenne Nbre d'enfants 0-3 ans : 500 x 16% = 96/case ou site Taux de couverture : 90 % Nbre attendu = 87 par case/site Nbre de frères/sœurs 0-5 ans attendu : 87/3 = 29 87 +29= 116 Reporting sur 9 mois : 2016 anciennes cases/sites (oct. 10 à juin 11) Offre de services 307 nouvelles cases/sites à partir du 2ème trimestre **<u>Obj. 2011</u>**: 87 * 2.016 cases/sites= 175.392 58*307 cases/sites= 17.806 Total= 175.392+17.806= 193.198 **<u>Obj 2012</u> :**	177.384	175.392	193.198	**-**

MCH : santé maternelle et infantile

Indicateur	Reformulation opérationnelle	Base d'estimation des objectifs de performance	Objectif 9/30/10		Objectif 9/30/11	Objectif 9/30/12
			Réalisé	Prévu		
12. *Number of cases of child pneumonia treated with antibiotics by trained facility or community health workers in USG-supported programs* 12. Nombre de cas de pneumonie traités chez les enfants avec des antibiotiques par les structures spécialisées ou des agents communautaires des programmes financés par l'USAID	Nbre d'enfants 0-5 ans traités pour IRA dans les cases de santé avec du cotrimoxazole	nbre de cas d'IRA attendu par an par case : 36 Reporting sur 9 mois (oct. 10 à juin 2011) **Obj. 2011:** 27 * 955 cases IRA = 33.425 **Obj 2012 :**	18.709	20.907	25.785	-
13. a) *Number of cases of child diarrhea treated through USG-supported programs with:* *a) oral rehydration therapy (ORT)* 13. Nombre d'enfants atteints de diarrhée traités par a) Thérapie par réhydratation orale	Nbre d'enfants 0-5 ans traités pour diarrhée dans les cases de santé a) avec SRO (ancienne ou nouvelle formule)	nbre de cas de diarrhée attendu par an par case : 72 (6/mois) Reporting sur 9 mois (oct. 2010 à juin 2011) **Obj. 2011:** Réduction attendu du Nbre. de cas de diarrhée à cause utilisation Zinc (5%) : (1620 * 54) – 5% = 83.106 **Obj 2012 :**	16.593	75.078	83.106	-

MCH : santé maternelle et infantile

Indicateur	Reformulation opérationnelle	Base d'estimation des objectifs de performance	Objectif 9/30/10		Objectif 9/30/11	Objectif 9/30/12
			Réalisé	Prévu		
13.b) *Number of cases of child diarrhea treated through USG-supported programs with:* *b) zinc supplements* b) Supplémentation en zinc dans les programmes financés par l'USAID.	b) avec du zinc seul ou du SRO/Zinc	nombre de cas de diarrhée attendu par an par case : 72 (6/mois) Disponibilité zinc au niveau case en janvier 2011 Reporting jusqu'en juin 2011 **Obj 2011:** 1620*36= 58.320 **Obj 2012 :**	5.701	49.356	58.320	-
14.Number of health facilities rehabilitated 14. nombre de structures sanitaires réhabilitées.	Nbre de cases/sites qui ont eu des travaux de réfection, rénovation ou réhabilitation (clôture, peinture, menuiserie, maçonnerie, toiture, réparations diverses)	40% des nouvelles cases enrôlées seront éligibles à des travaux de rénovation (155*40%=62). **Obj 2011** : 62 cases réparties comme suit: zones ChildFund (14), Africare (13), World Vision (13), Plan (12), CPI (5), CRS (5). **Obj 2012 :**	116	71	62	-

PF/SR

Indicateur	Reformulation opérationnelle	Base d'estimation des objectifs de performance	Objectif 9/30/10		Objectif 9/30/11	Objectif 9/30/12
			Réalisé	Prévu		
15.1. *Couple-years of protection (CYP) in USG-supported programs* 15. de protection par deux ans (CYP) dans les programmes financés par l'USAID Pilules : nbre de plaquettes/15	Nbre de cycle de pilules (plaquette de 21 à 28 pilules) distribuées dans le trimestre par les cases de la zone qui pratique l'offre initiale de pilules	nbre d'utilisatrices attendu par an/case test = 5 nbre de plaquettes : 15x5=75. **<u>Obj. 2011</u>:** 300 cases offriront le service oct. 10 – juin 11 (300*56=16.800) 100 cases OIP offriront le service OIP à la fin du premier trimestre (75/2*100=3.750) Total= 16.800+3.750= 20.550 CYP=20.550 /15=1.370 **<u>Obj. 2012</u>:**	14.526 CYP = 968	14.325 CYP = 955	20.550 CYP= 1.370	-
15.2. Colliers MJF : nombre de colliers (C'est ce qu'il faut /femme/an qu'on appelle couple année protection) Nbre de colliers X 2 _____	Nombre de colliers MJF distribués dans les cases test fonctionnelles	Nbre d'utilisatrices attendu/an case test : 2 Cases offrant le service = 196 Nbre de colliers : 4x3 =12/case Reporting sur 9 mois = 12/4*3= 9 **<u>Obj. 2011</u>:** 9*196 cases= 1.764 CYP= 3.528 **<u>Obj. 2012</u>:**	333 CYP = 666	2.352 CYP = 4.702	1.764 CYP= 3.528	-

PF/SR

Indicateur	Reformulation opérationnelle	Base d'estimation des objectifs de performance	Objectif 9/30/10		Objectif 9/30/11	Objectif 9/30/12
			Réalisé	Prévu		
15.3. Condoms : nombre de condoms _____ 120	Nombre de condoms distribués dans les cases pendant le trimestre Nombre condoms masculins ? Nombre condoms féminins ?	Nombre d'utilisateurs/utilisatrices attendu : 1 Nombre de condoms : 120 x 1 = 120 Reporting sur 9 mois anciennes cases = 90 Reportind sur 6 mois nouvelles cases = 60 **Obj. 2011:** 1.465 anciennes cases*9 = 131.850 155 nouvelles cases*60 = 9.300 Total = 131.850+9.300 = 141.150 **Obj 2012:**	93.454 CYP = 779	118.560 CYP = 988	141.150 CYP=1.176	-
16. Number of people trained in FP/RH with USG funds *Femmes* *Hommes* 16. nombre de personnes formées sur le Planning Familial (PF) et la Santé Reproduction (SR) avec l' USG Funds Hommes Femmes	Nombre d'ASC, matrones, relais formés ou recyclés dans le domaine de la PF Nombre d'ASC, relais et matrones femmes ? Nombre d'ASC, relais, et matrones hommes ?	2 à 3 acteurs communautaires à former par case/site **Obj. 2011:** Formation OIP (2*40=80), acteurs nouvelles cases an 5 (2*155=310), nouveaux sites an 5 (3*152=456), formations reportées Ziguinchor (275 acteurs), Formations reportées Matam/Podor (130) Total= 80+310+456+275+130= 1.251 **Obj 2012 :**	6.069	1.005	1.251	-

PF/SR

Indicateur	Reformulation opérationnelle	Base d'estimation des objectifs de performance	Objectif 9/30/10		Objectif 9/30/11	Objectif 9/30/12
			Réalisé	Prévu		
17. Number of counselling visits for Family Planning/Reproductive Health as a result of USG assistance 17. Nombre de visites Counseling sur le PF et la SR effectuées avec l'appui de l'USAID	Nombre d'entretiens individuels (seul ou avec un couple) sur la PF NB : tous les entretiens individuels sur la PF sont décomptés même s'ils ont ciblé plusieurs fois la même personne	Nombre d'entretien/counseling par mois par case et site : 10 Reporting sur 9 mois pour anciennes cases (oct. 10 à juin 11) Début offre service nouvelles cases = 2ème trim **Obj. 2011:** 1.465 anc. Cases*10*9 = 131.850 155 nouvelles cases*10*6 = 9.300 Total = 131.850+9.300= 141.150 **Obj. 2012:**	164.423	193.080	141.150	-
18. Number of people that have seen or heard a specific USG-supported FP/RH message 18. nombre de personnes ayant vu ou entendu un message spécifique au programmes PF/SR financés par l'USAID	Nombre de personnes adultes dans la population (femmes, hommes, ado, jeunes, personnes âgées …) qui ont été en contact avec un message sur la PF véhiculé par le projet ou avec son appui (toutes activités de communication interpersonnelles)	Population adulte par case/site : 200 – 80% de couverture Nombre visé : 160 Reporting sur 9 mois (oct. 10 à juin 11) **Obj 2011:** 2.323 cases/sites * 160/12*9 = 278.760 **Obj 2012 :**	370.039	250.680	278.760	-

PF/SR

Indicateur	Reformulation opérationnelle	Base d'estimation des objectifs de performance	Objectif 9/30/10		Objectif 9/30/11	Objectif 9/30/12
			Réalisé	Prévu		
19. Number of new approaches (e.g. tools, technologies, operational procedures, information systems, etc.) successfully introduced 19. Nombre d'approches nouvelles (ex : outils, technologies, procédures opérationnelles, systèmes, d'information, etc.) intégrés avec succès.	Nbre de nouvelles stratégies sur la PF, (approches, techniques, moyens, outils d'interventions communautaires, IEC/CCC. Renforcement des capacités …) introduites avec succès dans la zone par le projet NB : joindre une fiche de description	**Obj; 2011:** 1 (cycle de l'action communautaire appliqué à la promotion de la PF) **Obj 2012 :**	1 (Partenariat avec les maîtres coraniques pour la promotion de la SR/PF)	1	1 (cycle de l'action communautaire appliqué à la promotion de la PF)	-

PF/SR

Indicateur	Reformulation opérationnelle	Base d'estimation des objectifs de performance	Objectif 9/30/10		Objectif 9/30/11	Objectif 9/30/12
			Réalisé	Prévu		
20. Number of USG-assisted service delivery points (excluding door-to-door CBD) providing FP counseling or services *Vertical FP/RH* *HIV, including PMTCT* *Pre-natal/post-natal or other MCH* *Sites offering long-acting and permanent methods (IUD, implants, voluntary sterilization)* *20. Nombre de points de prestations de services (porte à porte exclu) ayant pour objectif de donner des conseils sur le PF ou les services relatifs à la PF/SR, au HIV, y compris le PMTCT pré natal et post natal et les autres sites proposant des méthodes durables et permanents (DIU, implants, stérilisation Nombre de services (porte à porte exclu) ayant pour objectif de donner des conseils sur le PF ou les services relatifs à la PF/SR, au HIV, y compris le PMTCT pré natal et post natal et les autres sites proposant des méthodes durables et permanents (DIU, implants, stérilisation)*	Nbre de cases/sites qui donnent des conseils sur la PF ou la SR ou la prévention du VIH	Toutes les cases fonctionnelles **Obj. 2011:** 2323 **Obj 2012 :**	1.866	1.731	2323	-

PF/SR

Indicateur	Reformulation opérationnelle	Base d'estimation des objectifs de performance	Objectif 9/30/10		Objectif 9/30/11	Objectif 9/30/12
			Réalisé	Prévu		
21.1. Number of service delivery points reporting stock-outs of any contraceptive commodity offered by the SDP at any time during the reporting period *21. Nbre de points de prestations de services qui déclarent une rupture de stock pour le point de prestation de service* *N.B. Nbre total de cases éligibles - cases qui n'ont jamais déclaré de jours de rupture de stock = indicateur 21* *(les données collectées sont l'inverse de l'indicateur)*	Nbre de cases tests PF qui ne déclarent aucun jour de rupture de stock de pilules (ovrette ou lofemenal), de colliers ou de condoms dans l'année (1er octobre 19 au 30 juin 11 pour an 5)	90% des cases OIP ne déclareront aucun jour de rupture de stock de produit contraceptif. **Obj. 2011**: 400*90% cases OIP = 360 cases **Obj 2012 :**	(191 – 62 = 129)	(191 – 48 = 143)	360	-
21.2. Number of service delivery points reporting stock-outs of any contraceptive commodity offered by the SDP at any time during the reporting period *21. Nbre de points de prestations de services qui déclarent une rupture de stock pour le point de prestation de service* *N.B. Nbre total de cases éligibles - cases qui n'ont jamais déclaré de jours de rupture de stock = indicateur 21* *(les données collectées sont l'inverse de l'indicateur)*	Nbre de cases qui ne déclarent aucun jour de rupture de stock de condoms dans l'année (1er octobre 19 au 30 juin 11 pour an 5)	90% des cases ne déclareront aucun jour de rupture de stock pendant l'année (pour an 5 : oct. 10 à juin 11). **Obj. 2011:** 1.465*90% = 1.318 **Obj 2012 :**	(988 – 536 = 452)	(988 – 198 = 790)	1.318	-

PF/SR

Indicateur	Reformulation opérationnelle	Base d'estimation des objectifs de performance	Objectif 9/30/10		Objectif 9/30/11	Objectif 9/30/12
			Réalisé	Prévu		
22. . Number of interventions providing services, counseling, and/or community-based awareness activities intended to respond to and/or reduce rates of gender-based violence (note - this includes FGC) *22.* Nombre d'interventions destinées à l'offre de services, au counseling, et aux activités de sensibilisation à base communautaire en réponse à la violence faite aux femmes (dont l'excision et qui vise à la réduire)	Nbre d'interventions à base communautaire visant à réduire ou à répondre à la violence faite aux femmes y compris l'excision (joindre fiche technique décrivant l'intervention)	**Obj 2011: 0** **Obj 2012:**	0	0	0	-
23. Number of health facilities rehabilitated *23.* Nombre de structures sanitaires réhabilitées	Nbre de cases/sites qui ont eu des travaux de réfection, rénovation ou réhabilitation (clôture, peinture, menuiserie, maçonnerie, toiture, réparations diverses)	40% des nouvelles cases enrôlées seront éligibles à des travaux de rénovation (155*40%=62). **Obj 2011** : 62 cases réparties comme suit: zones ChildFund (14), Africare (13), World Vision (13), Plan (12), CPI (5), CRS (5). **Obj 2012 :**	116	71	62	-

MALARIA

Indicateur	Reformulation opérationnelle	Base d'estimation des objectifs de performance	Objectif 9/30/10		Objectif 9/30/11	Objectif 9/30/12
			Réalisé	Prévu		
24. Nbre de personnes formées pour le traitement et la prévention du paludisme avec l'USG Funds	Nbre d'ASC, matrones, relais formés dans la prévention et/ou le traitement du paludisme Nbre d'hommes ? Nbre de femmes ?	3 acteurs à former dans les nouvelles cases et sites 155 nouvelles cases et 152 nouveaux sites = 307 cases/sites **Obj. 2011:** 3 acteurs*307 cases/sites = 921 **Obj 2012 :**	6.680	3.090	921	-
25 nbre d'ASC formés dans le traitement du palu avec les ACT au niveau des cases de santé	Nbre d'ASC et de matrones formés dans la prise en charge du paludisme avec les ACT Nbres d'hommes ? Nbre de femmes ?	1 ASC à former dans les nouvelles cases **Obj. 2011:** 155 nouvelles cases*1 ASC = 155 **Obj 2012 :**	2.543	1.272	155	-

MALARIA

Indicateur	Reformulation opérationnelle	Base d'estimation des objectifs de performance	Objectif 9/30/10		Objectif 9/30/11	Objectif 9/30/12
			Réalisé	Prévu		
26. Nombre de cas de palu correctement traités avec les ACT dans les cases de santé	Nombre de cas de palu chez les enfants 0-5 ans traités avec les ACT par les cases selon les normes et protocoles.	Nombre de cas palu attendu/case : 72 85% pris en charge niveau case Nombre TDR positifs attendus=8,3% 72*taux positivité : (72 * 8,3)/ 100 = 6 cas TDR+/ACT attendus par an par case Reporting sur 9 mois (oct. 10 à juin 11) **Obj 2011:** 5*1465= 7.325 155 cases offriront le service à partir du deuxième trimestre= 155*3= 465 Total= 7.325+465= 7.790 **Obj 2012 :**	9.238	8.226	7.790	-
27. 1. *Nombre d'individus couverts par les activités d'éducation et de prévention relatives au paludisme*	Nombre de personnes dans la population (hommes, femmes, enfants, ado, personnes âgées …) touchées par une activité d'éducation et/ou de prévention du paludisme F ? M ? NB : chaque personne est décomptée 1 fois dans l'année (systématiser groupes IEC et constituer des groupes d'hommes, ado, GM	Nombre population éligible par case/site : 300 Nombre visé : 95% = 285 Cases/sites fonctionnelles 11= 2.323 **Obj 2011**: (2.323 cases/sites*285) + 2% (croissance démographique) = 675.296 **Obj 2012 :**	1.373.605	949.811	**675.296**	**-**

MALARIA

Indicateur	Reformulation opérationnelle	Base d'estimation des objectifs de performance	Objectif 9/30/10		Objectif 9/30/11	Objectif 9/30/12
			Réalisé	Prévu		
28.1. Nombre total d'activités IEC/CCC menées sur le paludisme	Nbre total d'activités IEC/CCC menées sur le paludisme (entretiens individuels, causeries, mobilisations sociales, visites à domicile…)	Nombre cases/sites fonc en 2011: 2.323 On considère une moyenne de 13 activités par case/site par mois sur la base des résultats de 10 = 156/case-site. **Obj 2011:** 156*2323 = 362.388 **Obj 2012 :**	537.642	326.040	362.388	-
	Nbre d'activités IEC/CCC menées pour chacun de ces Thèmes : - Traitement des cas…….... - Promotion TPI/CPN…… - Promotion MILDA…… - Prévention paludisme…… - Recherche précoce de soins et reconnaissance des signes de danger - Aspersion Intra domiciliaire……	**Obj 2011:** reconduction pour chaque thème des résultats 2010 **Obj 2012 :**	55668 54105 210747 118749 98471 63555	35981 21161 54264 71861 34128 16894	55668 54105 210747 118749 98471 63555	- - - - - -

MALARIA

Indicateur	Reformulation opérationnelle	Base d'estimation des objectifs de performance	Objectif 9/30/10		Objectif 9/30/11	Objectif 9/30/12
			Réalisé	Prévu		
30. Nombre de cases qui ont connu un jour de rupture de stock d'ACT au cours de l'année	Nombre de cases qui ne déclarent aucun jour de rupture de stock d'ACT au cours de l'année	Cases fonctionnelles an 2011= 1.620 **Obj 2011 : 90%** des cases ne déclarent aucun jour de rupture de stock d'ACT au cours de l'année: 1620*90%= 1.620*90%= 1.458 **Obj 2012 :**	734	1.371	1.458	-
31. Rupture de stock de TDR dans l'année	Nombre de cases qui ne déclarent aucun jour de rupture de stock de TDR (Tests Diagnostic Rapide du Paludisme) dans l'année	Cases fonctionnelles an 2011= 1.620 **Obj 2011 : 90%** des cases ne déclarent aucun jour de rupture de stock de TDR au cours de l'année : 1620*90%= 1.620*90%= 1.458 **Obj 2012 :**	1.060	1.371	1.458	-
32. Suivi utilisation MILDA	Nombre de Visites à Domicile de suivi réalisé	Chaque cases/site fera 20 visites à domicile de suivi par mois Reporting sur 9 mois (oct. 10 à juin 11) pour anciennes cases/sites Début offre service dans nouvelles cases/sites = 2ème trimestre **Obj 2011:** 20*9*2016 anciennes cases/sites = 362.880 20*6*307 nouvelles cases/sites = 36.840 Total = 362.800 + 36.840 = 399.720 **Obj 2012 :**	308.131	456.000	399.720	-

Liste nominative des cases réhabilitées

(Trimestre juillet – septembre 2010)

1. **District Sanitaire de Dioffior :**

Nom du Poste de Santé	Nom de la Case de Santé	Type de travaux
Loul	Sakho	Toiture.
	Ndiagamba	Clôture ;
	Pombane	Toiture.
	Ndiol Mangane	Dalle.
	Ndiol Khokhane	Plomberie.
Dispensaire privé Catholique de Djilasse	Soudiane Thièlème	Clôture et portail.
	Soudiane Bala	Toiture et fenêtre
	Soudiane Vélingara	Toiture
	Soudiane Ndiol	Dalle et toiture
	Rho	Fissures et toiture
Wassadou	Ndiedieng	Dalle
	Kobongye 1	Porte
	Kobongoye 2	Dalle et serrure
	Mbissel	Fenêtre et porte
	Yayéme	Toiture
	Samba Diallo	Dalle, fenêtre et toiture

2. **District Sanitaire de Fatick:**

Nom du Poste de Santé	Nom de la Case de Santé	Type de travaux
	Mbarra	Peinture

Sagne	Mbaffay	Dalle et fenêtre
	Mbouday	Peinture
Niakhar	Mboukhtour	Dalle et serrure
	Yinguéle	Toiture, peinture
Ndoss	Bibane	Peinture et dalle
	Sanguai	Fenêtre et porte
Tattaguine	Ndiosmone	Porte et fenêtre
	Mbédap	Dalle et serrure

3. **District Sanitaire de Louga:**

Nom du Poste de Santé	Nom de la Case de Santé	Type de travaux
Keur Momar Sarr	Brar	Toiture
Nguer Malal	Yaral Thiam	Clôture

4. **District Sanitaire de Nioro:**

Nom du Poste de Santé	Nom de la Case de Santé	Type de travaux
Médina Sabakh	Djiguimar	Réfection bâtiment et mûr de clôture
Nguenth Kaye	Faourou Sérére	Réfection bâtiment et mûr de clôture
Paoskoto	Derthady	Mûr de clôture
	Wenthièwy	Mûr de clôture et toilette
	Gapakh	Mûr de clôture et toilette

1. **District Sanitaire de Dahra:**

Nom du Poste de Santé	Nom de la Case de Santé	Type de travaux
Diack		

Programme Santé USAID - Projet Santé Communautaire
ChildFund - Africare – Plan – World Vision – CPI – CRS

Réunion de Coordination trimestrielle
Tambacounda, 27 au 30 septembre 2010

COMPTE – RENDU

La réunion trimestrielle du Projet Santé Communautaire du Programme Santé USAID s'est tenue lundi 27 au jeudi 30 septembre 2010 à la salle de réunion de la Sodefitex de Tambacounda.
La cérémonie d'ouverture a été présidée par l'adjoint au gouverneur de Tambacounda chargé du développement. Il a souhaité la bienvenue dans la région de Tambacounda aux différents participants et un excellent séjour. Il a également magnifié les efforts déployés par le Projet pour appuyer les districts de la région dans l'atteinte des objectifs de santé. Il a enfin rappelé que dans la région de Tambacounda tout est sur priorité. Les autres personnes qui ont pris la parole sont : la représentante du Président du conseil régional de Tambacounda, le maire de la commune de Tambacounda, le directeur de la Caritas diocésaine de Tambacounda, le représentant de l'USAID Sénégal, le représentant de UNICEF Sénégal.

Les points inscrits à l'ordre du jour de la réunion trimestrielle sont: le compte rendu des activités de l'Unité de Coordination du Projet depuis la réunion de coordination trimestrielle de Saint – Louis (août à septembre 2010); l'évaluation des tâches décidées à la dernière réunion trimestrielle de Saint-Louis (27 au 30 juillet 2010); l'évaluation des indicateurs annuels (an 4); l'analyse des objectifs an 5; l'évaluation globale an 4 et les leçons apprises; la validation plan d'action an 5; l'évaluation de l'état d'avancement des études pilotes; l'évaluation annuelle des activités de lutte contre le paludisme (octobre 2009 à septembre 2010) et activités an 5; le suivi des activités de partenariat; le suivi des activités des zones; le suivi de la convention de la convention avec UNICEF.
ChildFund a informé la réunion de la signature d'un MOU avec Obel/GMP portant sur les droits de propriété et les mentions à faire dans l'utilisation de la stratégie grand-mère.
Une visite de site a eu lieu le mercredi 29 septembre 2010 dans les districts sanitaires de Goudiry, Koumpentoum, Makacolibantan et Tambacounda.
Les points de décision arrêtés au terme de la réunion sont:

1. Suivi - Supervision:

- Renforcer l'encadrement des matrones pour obtenir une couverture de 100% en Soins Essentiels du Nouveau-né (SENN) pour les accouchements effectués par les matrones (Coordonnateurs);
- Intégrer le suivi utilisation des MILDA dans toutes les VAD organisées par les acteurs communautaires (Coordonnateurs),
- Mettre en place un système de contrôle trimestriel pour le suivi des indicateurs en rapport avec la prise en charge des maladies de l'enfant (diarrhée/SRO et SRO/zinc, IRA/Cotrimoxazole) et le suivi de l'utilisation des MILDA (UCP, Coordonnateurs),

- ➪ Intégrer dans le suivi communautaire des paralysies flasques aigües, le suivi actif de la cible du programme élargi de vaccination (Coordonnateurs de Zone - UCP),
- ➪ Réviser le Check list OIP pour la documentation des actives et des inactives pour les pilules; utiliser le check list comme fiche de suivi pour chaque cliente en procédant aux réaménagements nécessaires (UCP, Coordonnateurs de zone),
- ➪ Intégrer la donnée relative aux actives/inactives dans le support de rapport trimestriel OIP (UCP),
- ➪ Diligenter le recrutement des superviseurs pour les zones Plan (Coordonnateur National Santé Plan).

2. Reporting:

- ➪ Compléter les données de septembre 2010 et les communiquer à l'UCP au plus tard le 6 septembre 2010 (Coordonnateurs de zone).
- ➪ Négocier l'élaboration d'un manuel d'utilisation de la base de données à l'intention des agents du Projet (UCP),
- ➪ Démarrer la saisie des données dans la base à partir du mois d'octobre 2010 parallèlement à l'utilisation du système de documentation par le tableau des indicateurs (Coordonnateurs de zone),
- ➪ Documenter les difficultés rencontrées dans l'utilisation de la base pour prise en compte par le consultant (Coordonnateurs de zone),
- ➪ Renseigner dans le narratif du rapport trimestriel le nombre d'acteurs communautaires (ASC, ASC/matrone, matrones et relais) fonctionnels au cours du trimestre objet de la revue (Coordonnateurs de zone),
- ➪ Compléter les informations suivantes et les transmettre à l'UCP : plan d'enrôlement mis à jour des cases OIP ; activités de formations résiduelles de an 4 à transférer à an 5 ; plan d'enrôlement des nouvelles cases et nouveaux sites de nutrition (Coordonnateurs de Zone).

3. Appui à la lutte contre le paludisme:

- ➪ Elaborer une fiche/canevas pour renseigner la cartographie des réseaux et OCB (UCP),
- ➪ Renseigner la fiche/canevas pour permettre l'élaboration par l'UCP d'une cartographie des réseaux paludisme et des OCB santé dans les 13 régions (Coordonnateurs),
- ➪ Définir avec le PNLP le type d'appui à apporter aux réseaux et autres organisations communautaires de base dans le cadre de la lutte contre le paludisme (UCP)
- ➪ Faire la situation de la formation des DSDOM planifiés pour an 4 et préciser les formations transférées en an 5 (Coordonnateurs).

4. Cartographie des interventions:

- ➪ Réactualiser la cartographie des interventions en prenant en compte le nouveau redécoupage des districts (Coordonnateurs).

5. Equipement UNICEF:

- ➪ Prendre les dispositions pour enlever les vélos affectés aux zones de Tambacounda/Kédougou avant le 15 octobre: au-delà de cette date, les vélos seront redéployés dans les régions de Kolda et Ziguinchor (Coordonnateurs Tambacounda/Africare et Bakel/Catholic Relief Services),
- ➪ Faire parvenir à l'UCP les besoins complémentaires des cases en équipements UNICEF (Coordonnateurs zone).

6. Aquatabs:

- ➪ Recouvrer et transmettre à l'UCP le produit de vente des stocks d'Aquatabs pour permettre de faire une nouvelle commande globale (Coordonnateurs),
- ➪ Mettre en œuvre les enquêtes au niveau des cases de santé dans le cadre du monitoring clinique des séries radiophoniques sur la Santé de la Reproduction/ADEMAS-PMC (Coordonnateurs de zone 7 régions).

7. Programme Badién Gokh:

- ➪ Documenter systématiquement la formation des BG en considérant qu'une BG est déclarée formée seulement quand la formation est faite sur la base des manuels validés par la DSR et selon la durée moyenne définie par la DSR (Coordonnateurs).

8. Suivi des indicateurs:

- ➪ Faire le tableau final des résultats des indicateurs FY 10 par zone et le partager avec les zones pour une identification précise de leurs performances annuelles (Conseiller Suivi Evaluation PSC),
- ➪ Valider au début de chaque année par signature du COP les objectifs annuels assignés aux zones; scanner et partager avec les zones (UCP, Coordonnateurs nationaux ONG),
- ➪ Organiser les réunions périodiques des coordonnateurs nationaux des ONG : 1ère réunion (validation des indicateurs/ONG/zone); autres réunions (Préparation réunion trimestrielle, close out, niveau des indicateurs, activités ponctuelles…). (UCP).

9. <u>Calendrier an 5 réunions de coordination trimestrielles:</u>

- ➪ 4 – 7 janvier 2011 (Kolda),
- ➪ 11 – 14 avril 2011 (Louga ou Thiès),

- 7 – 10 juin 2011 (Matam),
- 2 – 5 août 2011 (Ziguinchor).

La **prochaine réunion trimestrielle de coordination** du Projet Santé Communautaire aura lieu à **Kolda du mardi 4 au vendredi 7 janvier 2011** et sera co-organisée par **ChildFund et World Vision**. Des visites de sites seront organisées dans les zones de ChildFund et World Vision.

Thiès, le 04 septembre 2010

LISTE DE PRESENCE

Ordre	Prénom (s) et Nom	Fonction	Provenance	Contact
1	Malamine Sarr	Coordonnateur Santé	Plan Sénégal	
2	Nicole Henriette Dossou Tendeng	Chargé de Projet	Plan Louga	77 512 92 58
3	Moussa Diouf	Chargé de Projet	Plan Nioro	77 554 93 75
4	Mamadou Ly	Chargé de Projet	Plan Dahra	77 635 04 18
5	Déguene Fall	Chargée de Projet	Plan Thiès	77 532 57 23
6	Dibcor Séné	Chargé de Projet	Plan Richard Toll	77 541 30 73
7	Agoustou Gomis	Coordonnateur Santé	World Vision	77 644 20 94
8	Léopold Charles Badiane	Coordonnateur Technique	World Vision Kaffrine	77 561 58 55
9	Babacar Ndour	Coordonnateur Technique	World Vision Vélingara	77 524 72 80
10	Ngor Ndour	Team Leader	World Vision Kébémer	77 655 37 21
11	Moussa Mbodji	Coordonnateur Technique	World Vision Fatick	77 613 26 29
12	Mamadou Diagne	COP	UCP/CCF/Thiès	33 951 44 64
13	Ndéye Wade Diop	Conseillère Paludisme	UCP/CCF/Thiès	77 643 69 73
14	Ibrahima Touré	Conseiller IEC	UCP/CCF/Thiès	77 507 42 43
15	Mamadou Souleymane SY	Assistant Suivi Evaluation	UCP/CCF/Thiès	77 656 07 07
16	Maïmouna Sow	Assistante SR	UCP/CCF/Thiès	77 635 79 24
17	Lazare Bouda	Resp. Admin et Financier	UCP/CCF/Thiès	77 225 65 28
18	Henriette Diatta Coly	Gest. Serv. Admin et Finance	UCP/CCF/Thiès	77 546 23 61
19	Dr Mor Ngom	Coordonnateur Projet	Africare	33 991 53 98
20	Ndiaga Sylla	Coordonnateur Zone	Africare Tambacounda	33 982 54 17
21	Boubou Niane	Responsable S&E	Africare Ziguinchor	33 991 53 98
22	Mor Talla Touré	Responsable S&E	Africare Tambacounda	33 982 54 17
23	Fatou Bintou Ndour Sané	Conseillère SR	Africare Ziguinchor	77 528 12 14
24	Gorgui Séne Diallo	Senior Program Officer	Africare Dakar	77 644 72 19
25	Rose Monteil	Coordinatrice PMI/Caritas	Caritas Sénégal	77 531 82 94
26	Alain Bruno Coly	Resp. Suivi Evaluation	Caritas/PMI	77 152 65 25
27	Salif Déme	PMI Officer	CPI Ndioum	77 668 51 73
28	Abdourahmane Traoré	PMI Officer	CPI Matam	77 614 24 24

29	Mamadou Mbaye	Coordonnateur Zone	ChildFund/Tivaouane	77 535 21 58
30	Diamé Séne	Chargé de Programme	ChildFund/Tivaouane	77 657 44 17
31	Mariétou Ndoye	Chargée de Programme	ChildFund/Tivaouane	77 634 11 83
32	Seynabou Ndiaye	Coordonnatrice Zone	ChildFund/Kaolack-Fatick	77 565 57 16
33	Mamadou Jacques Ndour	Chargé de Programme	ChildFund/Kaolack-Fatick	76 667 80 38
34	Baba Adama SY	Chargé de Programme	ChildFund/Kaolack-Fatick	33 942 17 09
35	Adji Mahé Faye Konaté	Coordonnatrice de Zone	ChildFund/Mbour	77 315 61 29
36	Mohamed Tandian	Chargé de Programme	ChildFund/Mbour	77 574 35 51
37	Germain Bakhourine	Assist. Admin et Financier	ChildFund/Mbour	33 957 29 56
38	El Hadji Alioune Séne	Coordonnateur de Zone	ChildFund/Kolda	33 996 25 25
39	Laurent Manga	Chargé de Programme	ChildFund/Ziguinchor	33 991 46 74
40	Amadou Dieng	Chargé de Programme	ChildFund/Kolda	33 996 25 25
41	Malick Ndome	Team leader for health/HIV	Catholic Relief Services	33 889 15 75/77 513 13 73
42	Philippe Corréa	Chargé de Projet	CRS	77 572 60 81
43	Dr El Hadji Amadou Baye Mbow	MNCH/FP	USAID Sénégal	-
44	Dr Mark Childerhose	Chargé de Programme	USAID Sénégal	-
45	Dr Diariatou Sow Sall	Spécialiste Santé Communautaire	UNICEF Dakar	33 889 03 00
46	Dr Xavier Crespin	UNICEF	UNICEF Dakar	33 889 03 00

QUELQUES PHOTOS DE LA REUNION TRIMESTRIELLE DE COORDINATION DU CONSORTIUM

Ouverture de la réunion avec le Gouverneur

La Conseillère palu du PSc et le Coordonnateur de Zone de Africare Tambacounda avec les Journalistes

Les participants suivants les exposés

Equipe embourbée dans la zone de Koart
Lors des visites de sites

PLAN D'ACTION SUR L'ETUDE PORTANT SUR LE TELEPHONE PORTABLE DU PROJET SANTE COMMUNAUTAIRE USAID

Plan Sénégal

L'étude portant sur le téléphone portable initié depuis 2009 par Plan Sénégal, dans le cadre du consortium santé communautaire avait pour objet l'utilisation des téléphones portables pour faciliter les références et l'éducation sanitaire. Une plate forme comprenant une base de données d'environ 150 mères et 600 enfants 0-59 mois est déjà disponible. Des messages généraux et spécifiques sont déjà répertoriés et envoyés aux mères d'enfants.

La rencontre avec le consultant et le responsable de l'informatique de Plan a permis de se fixer un certain nombre d'objectifs et des activités à mettre en ouvre d'ici juin 2010. Il ne sera pas nécessaire de mettre au niveau des districts de Louga et Khombole des serveurs.
Le présent plan d'action a pour objet de finaliser l'étude entamée en 2009.
Sa durée va de août 2010 au 30 juin 2011 et comprend 4 objectifs spécifiques.

Objectifs :

- finaliser la base de données portant sur les mères et les enfants 0-59 mois des villages de Mboss et Yabtil au 30 septembre 2010
- déterminer le volume et la fréquence des messages envoyés aux mères d'enfants d'ici au 30 mai 2011
- déterminer l'impact des messages reçus sur l'utilisation des services de santé tels que la vaccination et la consultation prénatale d'ici au 30 mai 2011
- Mettre à la disposition du consortium un rapport détaillé portant sur l'étude et des recommandations sur les possibilités de dissémination des résultats

Les activités ci-après ont été identifiées pour permettre de continuer l'étude et d'apprécier l'impact de l'utilisation du téléphone portable.

- Envoyer une lettre de demande de prise en charge de services d'envoi des message à la ''FONDATION SONATEL'' dès que le comité technique aura approuvé le redémarrage de l'étude
- Signer un contrat avec le consultant

- organiser dans chaque district sanitaire un atelier de recadrage sur les objectifs, les activités, le rôle attendu de chaque acteur.

- organiser dans chaque village retenu une réunion de plaidoyer pour reclarifier les objectifs, les activités, le rôle attendu des autorités de la collectivité locales, des leaders locaux (chef de village, chefs religieux ou coutumier, responsable OCB) des mères sélectionnées, des relais, superviseur, ICP

- Reprendre le recensement des femmes et des enfants dans les deux villages
- saisir les listes des mères et enfants recensés

- mettre un ordinateur portable à la disposition de chaque ICP

- former les deux chefs de postes, les SSP et ECS sur l'utilisation de la base de données

- envoyer les messages généraux et spécifiques aux mères sélectionnées

- Effectuer un suivi trimestriel du processus de l'étude
- Effectuer une évaluation finale de l'étude sur le téléphone portable

PLAN D'ACTION

Activités	**Cibles**	**Période**	**Lieu**	**Responsable**	**Résultats attendus**
organiser dans chaque district sanitaire un atelier de recadrage sur les objectifs, les activités, le rôle attendu de chaque acteur	ECD, ICP	6 au 10 septembre 2010	Louga Khombole	CNPSC	-Les objectifs et activités sont clarifiés -Les attentes et rôles de l'ECD des ICP, du consultant et de l'équipe du projet sont fixés
organiser dans chaque village retenu une réunion de plaidoyer pour reclarifier les objectifs, les activités, le rôle attendu des autorités de la collectivité locales, des leaders locaux (chef de village, chefs religieux ou coutumier, responsable OCB) des mères sélectionnées, des relais, superviseur, ICP	Autorités des collectivités locales, chefs de villages, autorités religieuses, responsables OCB, mères d'enfants, relais, ECS, ICP	6 au 10 septembre 2010	Mboss Yabtil	Chargées de projet Louga et Thiès	Les populations sont informées Les attentes et rôles sont fixés
Recenser les mères et leurs enfants 0-59mois	- Mères d'enfants 0-59mois -enfants 0-59 mois	10 au 15 septembre 2010	Mboss Yabtil	Chargé de projet Louga, Thiès	Liste complète des mères et de leurs enfants 0-59 mois
Saisir les données sur le recensement des mères et des enfants 0-59 mois des deux villages	- Mères d'enfants 0-59mois -enfants 0-59 mois - relais, ECS	15 au 20 septembre 2010	Dakar	Consultant	Base de données réactualisée
Doter les ICP d'ordinateurs et Clefs USB pour accès Internet	ICP	25 septembre 2010	Dakar	CNPSC	Ordinateurs portables et clefs USB disponibles un niveau des postes de santé de Ndiakhou et Mbédiène
Former les ICP, ECS et SSP sur l'utilisation de la base de données	ICP Mbédiène et Touba Toul, 2 ECS, 2 SSP	28 septembre 2010	Thiès	consultant	2 ICP, 2 SSP et 2 ECS formés

Envoyer des messages généraux et spécifiques	-mères d'enfants 0-59mois, relais, ECS, ICP	Du 30 septembre 2010 au 30 mai 2011	Mboss Yabtil Mbédiène Ndiakhou	Consultant	- Messages reçus parles mères, les relais, ECS, ICP - Les femmes enceintes respectent les RV CPN et les enfants la vaccination
Effectuer un suivi trimestriel du processus de l'étude	Base de données Registre poste santé Mères d'enfants 0-59mois, relais, ECS, ICP, ECD, autorités de la collectivité locale	2ème quinzaine décembre 2010 2ème quinzaine Mars 2010	Mboss Yabtil Mbédiène Ndiakhou	Chargé de projet/ Consultant	Rapports d'étape partagés et validé par le consortium
Effectuer une évaluation finale de l'étude en juin 2011	Base de données Registre poste santé Mères d'enfants 0-59mois, relais, ECS, ICP, ECD, autorités de la collectivité locale	1ère quinzaine juin 2011	Mboss Yabtil Mbédiène Ndiakhou	CNPSC	Rapport d'évaluation partagé et validé par le consortium

BUDGET POUR EMOLUMENTS CONSULTANTS ET CHARGE DE FONCTIONNEMENT DU SITE

Désignation	PU	Qté	Tva	Montant
Mission du 19 mai 2010 du consultant				
Présentation projet au consortium 19 mai 2010	250000	1	0	250000
Facturation SMS déjà envoyés	35	1714	0	59990
Renouvellement et hébergement du site				
Renouvellement nom du domaine et hébergement site web	50000	1	0	50000
Hébergement serveur messagerie	40000	1	0	40000
Missions de recadrage du consultant				
Atelier de recadrage avec les districts sanitaires pour la re-mobilisation des acteurs	200 000	2	0	400 000
Une journée de plaidoyer dans chaque village pour le recadrage du projet et la re-mobilisation des acteurs	200 000	2	0	400 000
Saisie des données recensées (base des femmes des deux villages et leurs enfants de 0 à 59 mois)	200 000	2	0	400 000
formation pour le personnel de chaque district	400 000	1	0	400 000
Mission de suivi du processus d'étude en décembre 2010				
Mission de terrain d'une journée par village	200 000	2	0	400 000
Rapport d'étape	200 000	1	0	200 000
Mission de suivi du processus d'étude en mars 2011				
Mission de suivi du processus d'étude sur le téléphone portable	200 000	2	0	400 000
Rapport d'étape	200 000	1	0	200 000
Evaluation finale juin 2011				
Rapport Final	250 000	2	0	500 000
Présentation du rapport	200 000	1	0	200 000
Paiement SMS octobre 2010 à septembre 2010	35	10 000	0	350 000
Total 1	**Total**			**4 249 990**

Ordinateurs portables	500000	2	0	1000000
Clef USB + abonnement	307000	2	0	614000
Total 2				**1614000**
Total général sans TVA				**5 863 990**

Annexe 8 : Table de revue de la prise en charge des cas de Diarrhée - Niveau Case de Santé

(Pour le calcul de l'indicateur sur l'adhésion aux normes de prise en charge)

District de……. Poste de santé de ……. Case de santé de……
Mois …… Année……..

Critères d'adhésion aux normes ***(voir table des normes pour apprécier: Evaluation, Classification, Traitement, Conseils)***	**# de l'enfant** *Noter* **O** *si le critère est respecté* **N** *si le critère n'est pas respecté et* **NA** *si le critère est non applicable*				
Evaluation	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Age ou poids enregistré					
Plaintes enregistrées					
Signes généraux de danger recherchés enregistrés					
Autres signes et symptômes enregistrés (fièvre, sang dans les selles, vomissements)					
1. Score Evaluation (total des O)					
Classification ***(noter la classification faite par l'ASC : DS, D Sang, DP)***					
Classification correcte					
2. Score Classification (total des O)					
Traitement :					
SRO (si indiqué) prescrit et noté					
Zinc (si indiqué) prescrit et noté					
Posologie correcte					
Durée totale du traitement appropriée					
Référence si indiqué					
3. Score Traitement (total des O)					
Conseils					
RDV de suivi notifié					
Conseils sur l'alimentation notifiés					
Conseils sur les signes de gravité					
Conseils sur la prévention de la diarrhée					
4. Score Conseils (total des O)					
a) Numérateur = total des Score obtenus aux **1, 2, 3,4**					
b) Dénominateur = Total des critères applicables (**O+N)**					
c) % d'Adhésion aux Normes par enfant = Somme des Numérateur **(a)** / somme des Dénominateurs **(b)* 100**					
d) % d'Adhésion aux Normes dans le site =Total des Numérateurs **(a)** des fiches analysées /Total des Dénominateurs **(b) * 100**	**……/……. =…….%**				

NB : le nombre de critères total par cas de Diarrhée analysé est de 14 sauf s'il y a des NA justifiés.

Annexe 9

Table de revue de la prise en charge des cas d'IRA - Niveau Case de Santé

(Pour le calcul de l'indicateur sur l'adhésion aux normes de prise en charge)

District de……. Poste de santé de ……. Case de santé de……
Mois …… Année……..

Critères d'adhésion aux normes ***(voir table des normes pour apprécier: Evaluation, Classification, Traitement, Conseils)***	**# de l'enfant** *Noter* **O** *si le critère est respecté* **N** *si le critère n'est pas respecté et* **NA** *si le critère est non applicable*				
Evaluation	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Age ou poids enregistré					
Plaintes enregistrées					
Mouvements respiratoires enregistrés					
Signes généraux de danger recherchés enregistrés					
1. Score Evaluation (total des O)					
Classification ***(noter la classification faite par l'ASC : T/R, PS, PG)***					
Classification correcte					
2. Score Classification (total des O)					
Traitement :					
Cotrimoxazole prescrit et noté					
Posologie correcte					
Durée totale du traitement appropriée					
Référence si indiqué					
3. Score Traitement (total des O)					
Conseils					
RDV de suivi notifié					
Conseils sur les signes de gravité notifiés					
Conseils sur l'alimentation notifiés					
4. Score Conseils (total des O)					
a) Numérateur = total des Score obtenus aux **1, 2, 3,4**					
b) Dénominateur = Total des critères applicables (**O+N)**					
c) % d'Adhésion aux Normes par enfant = Somme des Numérateur **(a)** / somme des Dénominateurs **(b)* 100**					
d) % d'Adhésion aux Normes dans le site =Total des Numérateurs **(a)** des fiches analysées /Total des Dénominateurs **(b) * 100**	**……/……. =…….%**				

NB : le nombre de critères total par cas d'IRA analysé est de 12 sauf s'il y a des NA justifiés.

Noter vos commentaires:
Noter vos commentaires:

organisations de femmes, les activités de causeries, les entretiens individuels, les visites à domicile et les mobilisations sociales.

Les stocks d'Aquatabs ont été mis en place au niveau de 22 bureaux et sous bureaux de zone répartis dans 13 régions (toutes les régions du Sénégal sauf Dakar). Les bureaux de zone ont organisé l'acheminement des intrants vers les cases et sites. Les cases et sites ont assuré la distribution au niveau communautaire. 594.000 comprimés d'Aquatabs ont été livrés par Ademas. 590960 comprimés ont servi de dotation initiale aux cases et sites. 3040 comprimés ont été gardés au niveau des bureaux de zones comme stock de réapprovisionnement pour les cases et sites. L'état des stocks au 30 juillet 2010 est de 366.858 comprimés. Le prix de cession du comprimé est de 20F. Les tableaux suivants renseignent sur la ventilation des stocks du bureau de l'UCP aux bureaux de zone d'une part et d'autre part sur les quantités vendues aux populations et celles restantes en stocks (dans les bureaux de zone et dans les cases et sites).

Zones	**Quantités reçues de l'UCP (comp)**	**Quantités distribuées au public (comp)**	**Quantités restantes en stock (comp)**
Ziguinchor	84700	64650	20046
Tambacounda(Africare)	12800	10655	2145
Kolda (Childfund)	17380	6602	10778
Mbour	70840	23581	47259
Kaolack	39800	6648	33152
Thiès/Mbacké	30400	18390	12010
Richard Toll	5400	3095	2305
Saint Louis	4800	1994	2806
Louga/Darou Mousty	11860	3814	7586
Dahra/Linguère	6600	4200	2400
Nioro	29000	20800	8200
Thiès/Khombole	13860	6618	7242
Kaffrine	27200	10365	19555
Kébémer	9020	9020	0
Vélingara	29700	10088	19612
Fatick/Bambèye	14740	3774	12003
Tambacounda (CRS)	11660	1000	10660
Diourbel	2200	500	1700
Matam	11000	10100	900
Ndioum	12100	3020	9160
Dakar (Caritas)	20900	5188	15712
OMVS/Childfund	125000	0	125000
Total	**590.960**	**224.102**	**366.858**

38% du stock total reçu de ADEMAS(dotation initiale et stock de réapprovisionnement) ont été distribués entre Mai et juillet 2010 soit une moyenne de 75.000 comprimés d'Aquatabs distribués par mois.

Programme Santé USAID/Santé Communautaire

Utilisation de l'Aquatabs au niveau cases de santé et sites communautaires

Rapport d'étape Avril-juillet 2010

1. Contexte

Au Sénégal, la diarrhée constitue une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins cinq ans. Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS4), plus d'un enfant sur cinq (22%) ont fait la diarrhée dans les quinze jours avant l'enquête. Par ailleurs, une enquête menée par UNICEF en 2002 a révélé que 40.000 décès d'enfants de moins de cinq ans sont imputables chaque année à la diarrhée. La prévalence de la diarrhée est presque comparable en zone rurale (21%) qu'en zone urbaine (22%), ainsi qu'entre les catégories sociales et les classes d'âges.

L'accès à l'eau potable reste un problème en milieu rural à cause des problèmes liés aux sources d'approvisionnement en eau, le transport, la conservation et la manipulation. En milieu urbain, l'hygiène de l'eau constitue également un problème surtout dans les quartiers périphériques à cause des mauvaises conditions de transport et de conservation. La consommation des eaux souterraines contaminées par endroits est un autre facteur aggravant la survenue des cas de diarrhées et du choléra à cause de la mauvaise élimination des excrétas, les inondations, les tas d'immondices et la stagnation d'eaux usées d'origine domestique et industrielle. Ces constats autorisent à aborder le problème de la diarrhée dans toute la population générale.

C'est pourquoi que USAID Sénégal, à travers ADEMAS, a appuyé les programmes du Ministère de la Santé et de la Prévention en mettant sur le marché un désinfectant de l'eau de boisson à large spectre appelé Aquatabs. Le Projet Santé Communautaire (PSC) accompagne ADEMAS dans la mise en œuvre du programme de sensibilisation et l'introduction de Aquatabs au niveau des cases de santé et sites communautaires dans les zones d'intervention du projet (13 régions, 57 districts sanitaires, 1465 cases de santé et 551 sites urbains et ruraux). Le PSC a facilité également la mise en place de Aquatabs dans les zones de Caritas/PMI et OMVS/Santé en collaboration avec les ONG qui encadrent ces 3 zones (Caritas/PMI et ChildFund/OMVS)

2. Activités menées (période Avril – juillet 2010)

Pour introduire l'Aquatabs au niveau communautaire, le Programme Santé USAID/Santé Communautaire a réalisé différentes activités de promotion et de distribution dans les cases de santé et sites communautaires depuis Avril 2010.

Les activités de sensibilisation et de formation développées dans les différentes zones du Projet (13 régions) concernent les sessions d'orientation des agents du projet et des acteurs communautaires, les sessions de plaidoyer avec les leaders communautaires et les

Programme Santé USAID/Santé Communautaire. Rue 7 Quartier Carrière, face Inspection d'Académie Thiès BP 1080 Thiès.
Tel : 221 33 951 44 64 / fax : 221 952 06 79

Synthèse et documentation des expériences acquises, leçons apprise et meilleures pratiques													x			Childfund

Annexe 11 : Plan de travail

Activiés	*J*	*A*	*S*	*O*	*N*	*D*	*J*	*F*	*M*	*A*	*M*	J	J	A	S	Responsables
Signature du PO	x	x	x	x												URC
Signature du sous- contrat ???																HQs
ChildFund Senegal – Préparation administrative, du personnel et des partenaires **(D1)**	x															Childfund
Identification des sites et des EAQ **(D2)**																Childfund
Première analyse situationnelle **(D3)**		x														Childfund
Conférences téléphoniques		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		URC/Childfund
Orientation Childfund/partenaires **(D4)**			x													URC/Childfund
Elaboration du paquet de changement			x	x												Childfund/URC
Elaboration du plan de formation **(D5)**			x	x												Childfund
Visites URC au Sénégal			x		x		x		x			x		x		URC
Elaboration des objectifs et le plan de monitoring des indicateurs			x	x												URC
Elaboration du protocole et outils de l'évaluation de base				x												Childfund
Orientation des ICP et ADC sur la collecte rétrospective				x												Childfund
Collecte rétrospective complémentaire des indicateurs				x												Childfund
Evaluation de base (comité restreint)				x												URC
Réunions du comité de pilotage																Childfund
Réunion du Groupe d'Appui Technique																Childfund
Sessions d'Apprentissage par District					x											Childfund
Réunion des EAQ						x	x	x	x	x	x	x	x			Childfund
Visites de Coaching					x	x	x	x	x	x	x	x	x			Childfund
Formation des coaches					x											URC
Réunions des coaches					x		x		x			x				Childfund
Sessions d'Apprentissage combinées							x		x			x		**x**		Childfund

Annexe 10

Table de revue de la prise en charge des cas de Paludisme - Niveau Case de Santé

(Pour le calcul de l'indicateur sur l'adhésion aux normes de prise en charge)

District de……. Poste de santé de ……. Case de santé de……
Mois …… Année……..

Critères d'adhésion aux normes ***(voir table des normes pour apprécier: Evaluation, Classification, Traitement, Conseils)***	**# de l'enfant** *Noter* **O** *si le critère est respecté* **N** *si le critère n'est pas respecté et* **NA** *si le critère est non applicable*				
Evaluation	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Age ou poids enregistré					
Plaintes enregistrées					
Fièvre ou température enregistrée					
Signes généraux de danger recherchés enregistrés					
Résultat du TDR enregistré					
1. Score Evaluation (total des O)					
Classification ***(noter la classification faite par l'ASC : PS, PG)***					
Classification correcte					
2. Score Classification (total des O)					
Traitement :					
ACT prescrit et noté					
Posologie de l'ACT correcte					
Durée totale du traitement appropriée					
Référence si indiqué					
3. Score Traitement (total des O)					
Conseils					
RDV de suivi notifié					
Conseils sur l'utilisation MII notifiés					
Conseils sur l'alimentation notifiés					
4. Score Conseils (total des O)					
a) Numérateur = total des Score obtenus aux **1, 2, 3,4**					
b) Dénominateur = Total des critères applicables (**O+N)**					
c) % d'Adhésion aux Normes par enfant = Somme des Numérateur **(a)** / somme des Dénominateurs **(b)* 100**					
d) % d'Adhésion aux Normes dans le site =Total des Numérateurs **(a)** des fiches analysées /Total des Dénominateurs **(b) * 100**	**……/……. =…….%**				

NB : le nombre de critères total par cas de Palu analysé est de 13 sauf s'il y a des NA justifiés.

Certaines zones comme Kébémer ont déjà épuisé leur stock. La zone de OMVS/Childfund n'a pas encore terminé la formation des relais communautaires et la mise en place des stocks dans les sites du bassin du fleuve Sénégal. La distribution n'a pas encore démarré dans les zones OMVS. Si on exclut l'OMVS du calcul des quantités distribuées, le pourcentage de distribution s'améliore notablement (60%). Il n'a pas été rapporté de problèmes ou difficultés particulières liés au prix de cession du produit (20 F le comprimé).

Avec les activités de sensibilisation des populations, la demande en Aquatabs est de plus en plus croissante. Au rythme actuel des ventes de comprimés sur le terrain, il est probable que les stocks restants dans les cases, sites et bureaux de zone vont rapidement s'épuiser. Les besoins en réapprovisionnement sont estimés pour le trimestre à venir à 200.000 comprimés.

Les montants d'argent disponibles au niveau des zones à partir du système de recouvrement des coûts et destinés à couvrir les coûts de réapprovisionnement sont estimés d'après les ventes effectuées à 4.482.000FCFA (montants à confirmer avec les zones)

Programme Santé USAID/Santé Communautaire. Rue 7 Quartier Carrière, face Inspection d'Académie Thiès BP 1080 Thiès.
Tel : 221 33 951 44 64 / fax : 221 952 06 79

Programme Santé USAID/Santé Communautaire

Utilisation de l'Aquatabs au niveau cases de santé et sites communautaires

Rapport d'étape Avril-juillet 2010

1. Contexte

Au Sénégal, la diarrhée constitue une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins cinq ans. Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS4), plus d'un enfant sur cinq (22%) ont fait la diarrhée dans les quinze jours avant l'enquête. Par ailleurs, une enquête menée par UNICEF en 2002 a révélé que 40.000 décès d'enfants de moins de cinq ans sont imputables chaque année à la diarrhée. La prévalence de la diarrhée est presque comparable en zone rurale (21%) qu'en zone urbaine (22%), ainsi qu'entre les catégories sociales et les classes d'âges.

L'accès à l'eau potable reste un problème en milieu rural à cause des problèmes liés aux sources d'approvisionnement en eau, le transport, la conservation et la manipulation. En milieu urbain, l'hygiène de l'eau constitue également un problème surtout dans les quartiers périphériques à cause des mauvaises conditions de transport et de conservation. La consommation des eaux souterraines contaminées par endroits est un autre facteur aggravant la survenue des cas de diarrhées et du choléra à cause de la mauvaise élimination des excrétas, les inondations, les tas d'immondices et la stagnation d'eaux usées d'origine domestique et industrielle. Ces constats autorisent à aborder le problème de la diarrhée dans toute la population générale.

C'est pourquoi que USAID Sénégal, à travers ADEMAS, a appuyé les programmes du Ministère de la Santé et de la Prévention en mettant sur le marché un désinfectant de l'eau de boisson à large spectre appelé Aquatabs. Le Projet Santé Communautaire (PSC) accompagne ADEMAS dans la mise en œuvre du programme de sensibilisation et l'introduction de Aquatabs au niveau des cases de santé et sites communautaires dans les zones d'intervention du projet (13 régions, 57 districts sanitaires, 1465 cases de santé et 551 sites urbains et ruraux). Le PSC a facilité également la mise en place de Aquatabs dans les zones de Caritas/PMI et OMVS/Santé en collaboration avec les ONG qui encadrent ces 3 zones (Caritas/PMI et ChildFund/OMVS)

2. Activités menées (période Avril – juillet 2010)

Pour introduire l'Aquatabs au niveau communautaire, le Programme Santé USAID/Santé Communautaire a réalisé différentes activités de promotion et de distribution dans les cases de santé et sites communautaires depuis Avril 2010.

Les activités de sensibilisation et de formation développées dans les différentes zones du Projet (13 régions) concernent les sessions d'orientation des agents du projet et des acteurs

Programme Santé USAID/Santé Communautaire. Rue 7 Quartier Carrière, face Inspection d'Académie Thiès BP 1080 Thiès.
Tel : 221 33 951 44 64 / fax : 221 952 06 79

communautaires, les sessions de plaidoyer avec les leaders communautaires et les organisations de femmes, les activités de causeries, les entretiens individuels, les visites à domicile et les mobilisations sociales.

Les stocks d'Aquatabs ont été mis en place au niveau de 22 bureaux et sous bureaux de zone répartis dans 13 régions (toutes les régions du Sénégal sauf Dakar). Les bureaux de zone ont organisé l'acheminement des intrants vers les cases et sites. Les cases et sites ont assuré la distribution au niveau communautaire. 594.000 comprimés d'Aquatabs ont été livrés par Ademas. 590960 comprimés ont servi de dotation initiale aux cases et sites. 3040 comprimés ont été gardés au niveau des bureaux de zones comme stock de réapprovisionnement pour les cases et sites. L'état des stocks au 30 juillet 2010 est de 366.858 comprimés. Le prix de cession du comprimé est de 20F. Les tableaux suivants renseignent sur la ventilation des stocks du bureau de l'UCP aux bureaux de zone d'une part et d'autre part sur les quantités vendues aux populations et celles restantes en stocks (dans les bureaux de zone et dans les cases et sites).

Zones	**Quantités reçues de l'UCP (comp)**	**Quantités distribuées au public (comp)**	**Quantités restantes en stock (comp)**
Ziguinchor	84700	64650	20046
Tambacounda(Africare)	12800	10655	2145
Kolda (Childfund)	17380	6602	10778
Mbour	70840	23581	47259
Kaolack	39800	6648	33152
Thiès/Mbacké	30400	18390	12010
Richard Toll	5400	3095	2305
Saint Louis	4800	1994	2806
Louga/Darou Mousty	11860	3814	7586
Dahra/Linguère	6600	4200	2400
Nioro	29000	20800	8200
Thiès/Khombole	13860	6618	7242
Kaffrine	27200	10365	19555
Kébémer	9020	9020	0
Vélingara	29700	10088	19612
Fatick/Bambèye	14740	3774	12003
Tambacounda (CRS)	11660	1000	10660
Diourbel	2200	500	1700
Matam	11000	10100	900
Ndioum	12100	3020	9160
Dakar (Caritas)	20900	5188	15712
OMVS/Childfund	125000	0	125000
Total	**590.960**	**224.102**	**366.858**

38% du stock total reçu de ADEMAS(dotation initiale et stock de réapprovisionnement) ont été distribués entre Mai et juillet 2010 soit une moyenne de 75.000 comprimés d'Aquatabs distribués par mois.

Certaines zones comme Kébémer ont déjà épuisé leur stock. La zone de OMVS/Childfund n'a pas encore terminé la formation des relais communautaires et la mise en place des stocks dans les sites du bassin du fleuve Sénégal. La distribution n'a pas encore démarré dans les zones OMVS. Si on exclut l'OMVS du calcul des quantités distribuées, le pourcentage de distribution s'améliore notablement (60%). Il n'a pas été rapporté de problèmes ou difficultés particulières liés au prix de cession du produit (20 F le comprimé).

Avec les activités de sensibilisation des populations, la demande en Aquatabs est de plus en plus croissante. Au rythme actuel des ventes de comprimés sur le terrain, il est probable que les stocks restants dans les cases, sites et bureaux de zone vont rapidement s'épuiser. Les besoins en réapprovisionnement sont estimés pour le trimestre à venir à 200.000 comprimés.

Les montants d'argent disponibles au niveau des zones à partir du système de recouvrement des coûts et destinés à couvrir les coûts de réapprovisionnement sont estimés d'après les ventes effectuées à 4.482.000FCFA (montants à confirmer avec les zones)

Programme Santé USAID/Santé Communautaire. Rue 7 Quartier Carrière, face Inspection d'Académie Thiès BP 1080 Thiès.
Tel : 221 33 951 44 64 / fax : 221 952 06 79