Ministère de la Santé et de la Prévention

Community Health Project: USAID Health Program

ANNUAL ACTIVITIES REPORT

Year I: October 2006 to September 2007

Prepared by Mamadou Diagne
For USAID Senegal
October 2007

Cooperative Agreement
n° 685-A-00-06-00061-00

Introduction

The Community Health Component of the USAID/Senegal Health Program is aimed at improving family health in 5 regions (Kaolack, Kolda Louga, Thiès and Ziguinchor). It covers 28 health districts divided up into 8 operational zones. The project is implemented by an NGO consortium led by CCF and including Africare, Plan, and World Vision for a 5 year period (2006-2011). 2,731,724 inhabitants representing 61% of the 5 regions' population are covered by the project. The direct beneficiaries of the project are children under 5 years (529,954), pregnant and breastfeeding women (98,342), and women of reproductive age (628,297). Since July 2007, this project has integrated the Presidential Malaria Initiative (PMI). The activities cover all 11 regions of Senegal with 58 health districts, and 4,460,580 inhabitants, among them are 865,353 children under 5 years and 160,581 pregnant women. The NGO consortium has also been extended to include Counterpart (CPI) and Catholic Relief Services (CRS).

The activities included in the annual plan focused on the setting up of the project, implementation of baseline studies, mapping and harmonization of interventions, training of community actors, equipping health huts and sites, strengthening of service delivery in the existing and functional huts and sites, and initiating service delivery in new huts and sites. At the end of the 4 quarters, certain activities planned were not achieved as these activities proved to be more voluminous than expected (training of community actors and related activities).

The activities detailed in the reports of the 1st, 2nd and 3rd quarters (October 2006 to June 2007) focused on project implementation, community advocacy, harmonization of interventions, organization of the baseline studies, designing of project strategies and implementation tools, initiating service delivery in new huts and sites and strengthening service delivery in existing and functional huts and sites.

The 4th quarter plan (July, August and September 2007) focused around the following activities: dissemination of the results of the baseline studies at health district and community level, validation of the final version of the program implementation tools (printing; training of project staff, trainers, CHWs, Traditional Birth Attendants (TBAs) and health committee members); equipping huts and sites, coaching of community actors and ongoing supervision, mentoring of malaria specific activities (Long lasting ITNs free distribution campaigns, Information, Education and Communication (IEC)/Indoor Residual Spraying (IRS)); continuation of implementation of pilot studies (community mobilization for abortion prevention, initial offer of contraceptive pills by TBAs in the health huts, diarrhea treatment with ORS/Zinc, community based iron fortification of flour, strategies to prevent female genital cutting); organization of the launching of the Presidential Malaria Initiative (PMI) activities.
This present report focuses on the different activities carried out during the 4th quarter (July, August and September 2007), as well as on all interventions carried out during the first project year (October 2006 to September 2007).

I. Activities of period under review (4th quarter and 1st project year)

The activities carried out in the period under review include program implementation, the harmonization of the interventions and the initial offer of contraceptive pills in the health huts and sites covered by the project.

1. Setting up

The setting up of activities during the period under review included program structuring (settlement of the Project Coordination Unit (PCU), organization of area offices, recruitment and assignment of project staff), mapping of interventions (enrolment of huts and sites and identification of interventions to be implemented), and information of institutional and community partners (advocacy activities). These activities started in the 1st quarter, continued in the 2nd quarter and were finalized during the 3rd quarter. Adjustments were made during the 4th quarter to adapt the project structures to the new PMI activities (extension of the number of area offices, recruitment of additional staff).

1.1 Project structures

The project structures include project area offices and the PCU.

1.1.1 Area offices

To increase the impact of the interventions at the community level, the 28 health districts were divided into 8 operational zones, shared among the NGO consortium. With the integration of PMI activities, the areas were brought to a total number of 14. The staff assigned in these 14 areas include: 7 coordinators, 9 program managers, 23 supervisors and area managers, 137 community development agents (CDA)and mobilizers, and 4 financial and administrative assistants. The area offices are responsible for the implementation of project activities at the operational level (health huts and sites).

Each area office covers a certain number of districts:

- The area office for Mbour/Kaolack/Fatick (CCF) covers the health districts of Mbour, Joal, Thiadiaye, Kaolack, Ndoffane, Sokone Foundiougne, Gossas and Guinguinéo. The team includes 1 coordinator, 2 program managers, 8 supervisors and area managers, 41 mobilizers and community development agents (CDA), 1 financial and administrative assistant and 2 drivers.

- The area office of Fatick (World Vision) covers the district of Fatick, Dioffior and Bambey. The team includes 3 area managers and 3 facilitators (to be recruited).

- The area office of Nioro (Plan) covers the district of Nioro. The team includes 1 program manager and 8 community health team agents.

- The area office of Kaffrine/Koungheul (World Vision) covers the districts of Kaffrine and Koungheul. The team includes 1 coordinator, 3 area managers, 9 CDAs and 1 financial and administrative assistant.

- The area office of Thiès (CCF, Plan) covers the districts of Popenguine, Thiès, Pout, Tivaouane, Mékhé, Khombole, Touba and Mbacké. The team includes 1 coordinator, 3 program managers, 3 supervisors and area managers, 30 CDAs and mobilizers, 1 financial and administrative assistant and 2 drivers.

- The area office of Diourbel (CRS) covers the district of Diourbel and is located at Caritas Thiès. The team includes 1 program manager and 1 financial and administrative assistant.

- The area office of Louga (Plan, World Vision) covers the districts of Louga, Darou Mousty and Kébémer. The team includes 2 program managers, 1 area supervisor and 20 CDAs (facilitators, mobilizers).

- The area office of Dahra (Plan) covers the health districts of Dahra and Linguère. The team includes 1 program manager and 6 CDAs.

- The area office of Ziguinchor (Africare) covers the health districts of Ziguinchor, Oussouye, Bignona, Diouloulou, Thionck-Essyl, Goudomp and Sédhiou. The team includes 1 coordinator, 1 monitoring and evaluation assistant, 3 area supervisors, 9 CDAs and 1 financial and administrative assistant.

- The area office of Vélingara (CCF, World Vision) covers the districts of Vélingara and Kolda. The team includes 1 coordinator, 1 program manager, 2 area supervisors, 26 CDAs.

- The area office of Tambacounda (Africare) covers the districts of Tambacounda, Koumpentoum and Makakolibantan. The team includes 1 coordinator, 9 CDAs and 1 administrative assistant.

- The area office of Goudiry (CRS) covers the districts of Goudiry, Kidira, Bakel, Diankémakhan and Saraya and is located at Caritas Tambacounda. The team includes 1 coordinator, 4 program managers and 1 financial and administrative assistant.

- The area office of Saint Louis (Plan) covers the districts of Saint Louis and Richard Toll. The team includes 2 project managers (1 to be recruited) and 20 CDAs (8 to be recruited).

- The area office of Ndioum/Matam (Counterpart) covers the districts of Podor, Kanel, Dagana, Pété, Ranérou and Matam. The team includes 1 coordinator and 2 program managers.

1.1.2 Project Coordination Unit (PCU)

The Project Coordination Unit is settled in Thiès and covers the 5 regions of the Community Health Component of the USAID/Senegal Health Program and the extended 6 regions of the PMI. It is in charge of the overall program management, coordination of the activities, implementation and supervision and area offices' technical support. The PCU directly manages PMI activities in 4 periurban districts of Dakar (Guédiawaye, Pikine, Mbao and Rufisque).

The PCU team includes 1 Chief of Party, 5 technical advisors (Training, IEC, Monitoring and Evaluation (M&E), Reproductive Health (RH) and Malaria), 2 technical assistants (1 M&E/ malaria, 1 RH/Post Abortion Care (PAC)), 1 financial and administrative manager, 1 administrative and financial officer, 1 secretary, 1 translator and 2 drivers.

1.2. Mapping of interventions

The mapping of interventions was elaborated in the 1st quarter in collaboration with all partners. It includes the enrolment of huts and sites during the 1st year, implementation of interventions at the community level and the pilot studies.

1.2.1 Enrolment of huts and sites

The action plan for the 1st year planned to enroll 524 health huts and 346 sites. By the 4th quarter 489 huts and 182 sites were enrolled, with 445 huts and 182 sites starting to deliver services.
44 huts completed the negotiation process, community advocacy activities, selection of community actors (community health workers (CHWs), and community mobilizers), the setting up of management committees and assessment of equipment needs. These huts and sites still have to train community actors, install the equipment and launch the delivery of services. In summary, during the 1st year, 84% of the planned huts and sites were enrolled and are offering 75% of the activities provided in the basic packages. 283 health huts offer services for malaria treatment with ACTs, and 277 huts treat pneumonia with Cotrimoxazole. The services per district are listed in an attachment to this report.

1.2.2 The intervention packages

The planned service packages are divided into a basic package comprised of 20 services, and a specific package comprised of 7 services.

The basic package offered in the huts is: Malaria treatment with ACTs, Diarrhea treatment with ORS, care for topical wounds, first aid care, systematic de-worming of children under 5 years with Mebendazole, growth monitoring of children under 3 years, handling and care for malnourished children, recognition of danger signs of illnesses of children and pregnant women, early seeking of care, advanced strategy (IPT, PNC, FP (percentage of illness cases managed according MHPM standards and protocols), ATV, and EVP), iron and vitamin A supplementation, promotion of assisted delivery and of modern family planning methods, supplying of contraceptives, prevention of STI/HIV/AIDS, promotion of healthy diets for children

and pregnant women, and social marketing of insecticide treated bed nets (ITNs) (promotion, distribution and re impregnation). Starting with the 1st quarter, 75% of the activities provided in the basic packages were offered in 84% of the functional huts and 52% of the functional sites. The other health huts and sites do not implement the basic package yet, due to the delay of the training of community actors.

The specific package offered in the huts is: Peri-Neonatal Health, PAC, Management of ARIs with Cotrimoxazole at community level; Tuberculosis community monitoring and strategies to fight Female Genital Cutting (FGC).
The specific package or services offered during the first year were: Management of ARIs with Cotrimoxazole at community level (82.69%), Peri-Neonatal Health (32.49%), and Tuberculosis community monitoring (47.64%).
An extension of these activities could not be achieved due to the delay of training activities and the weakness of the districts' health facilities. The following activities were postponed as the pilot modules were not validated yet: PAC at community level, Initial offer of contraceptive pills by TBAs and Strategies to fight FGC.

1.3. Partners Information

During the first 2 quarters of the 1st project year, partners focused on launching project activities, guidance of districts and community advocacy activities.

Project staff from all Partnering organizations participated in the preparation and organization of the official ceremony to launch the USAID Health Program at the "Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion" in Dakar on 7th November 2006.
At the regional level, project staff attended the Regional Committee for Development (RCD) in Thiès on 21st November 2006, in Louga on 28th November 2006, in Kaolack on 22nd November 2006, in Kolda on 5th December 2006 and in Ziguinchor on 7th December 2006.
At the district level, the project teams and the senior health post nurses were briefed on main activities between November and December 2006.
Various information sessions were held with all administrative authorities and local governments (Presidents of Rural Community, Sub-Prefects, etc.).

Harmonization of implementation tools

Under the Community Health Component of the USAID/Senegal Health Program, planned activites included the harmonization of all implementation tools within the operational areas covered by the project. The harmonization process was conducted in collaboration with: Ministry of Health and Medical Prevention (SDR, DSSP, DANSE, PNLP, CAS/PNDS), USAID implementing agencies (Intrahealth, FHI, and ABT), Medical regions (Kaolack, Louga, Thiès, Ziguinchor, and Kolda), and other partners (WHO, UNICEF, PRN). The harmonization of implementation tools built on the results of the baseline studies and focused on the training tools, the intervention strategies, the pilot studies and the M&E system.

2.1 Baseline studies

The data collection for the baseline studies was planned for the 1st quarter, and started in the 2nd quarter. The results were available in the 3rd quarter (May 2007), and during the 4th quarter, the project finalized disseminating the results among institutional and community partners.

The presented results are based on: the KPC survey conducted in all project regions, the studies of quality services at health huts level, and the analysis of populations' perceptions concerning the main project components (socio-anthropological studies). The KPC survey targeted 3,122 mothers of children under 5 years living in all project regions. The conducted surveys of quality of care focused on 142 health huts. Focus groups targeting mothers, grand-mothers, leaders and adolescents were organized in each hut visited.

The delayed availability of the results of the baseline studies tremendously influenced the process of the development of implementation tools (training tools and M&E system).

2.2 Training tools

Two categories of tools are concerned: basic or standard guidebooks covering all project components and guidebooks addressing specific project components. The guidebook designing took place from March 2007 to September 2007 (workshops on harmonizing tools, validation workshops, and final review of tools).

Different partners participated in this development process: First Level Health Care Department (DSSP), Reproductive Health Department (DSR), National Malaria Control Program (PNLP), National Service for Health Education and Information (SNEIPS), the Medical Regions (Louga, Kaolack, Thiès, Kolda, and Ziguinchor) and the USAID implementing agencies (Intrahealth, FHI, Regional office of Thiès).
6 guidebooks have been compiled and validated: 1 project staff training manual addressing project intervention strategies, 3 trainers' manuals and 2 community actors' manuals. The trainers' guidebooks designed include: training guidebooks for CHWs/TBAs, training guidebook for community relays, and training guidebook for health committee staff. The manuals designed for community actors include: the CHW/TBA manual and the relay's manual. The other specific tools designed or extracted from generic manuals are: the trainers' guidebook on malaria and a manual for CHW/TBA on Malaria. The relay's manual and the trainer's guidebook on IRS as well as different IEC tools have been designed during the 3rd quarter. The manuals on Initial offer of contraceptive pills by TBAs in the health huts are in the process of finalization.

The training tools finalized include 6 modules: i) Care for illnesses and topical wounds, ii) Mother, children and newborn health, iii) Hygiene and sanitation, iv) Tuberculosis, STI/HIV/AIDS, v) Services available, and vi) Organization and management of health huts. The technical content of these manuals are in line with standards set by the Ministry of Health and Medical Prevention. They take into account the indicators targeted in the project and integrate lessons learned from the baseline studies. The different manuals are harmonized (the contents that are

not specific to one CHW category are intended to all the community actors). The modules are autonomous (they can be taught separately during the retraining sessions). All manuals are illustrated (trainer's guidebook and community actors' manuals). The community actors' manuals (CHWs / TBA and relays) are intended to community actors educated in French, and might have a command of both written and spoken Wolof. These manuals are multifunctional (reference tools where to find answers to issues of technical nature, and IEC tools with illustrations to be used during interviews and counseling sessions). With regards to efficiency, it was agreed that all the TBAs be polyvalent, by systematically training them as CHWs and relays in addition to their duties as TBAs. CHWs receive additional training used for relays.

2.3 Intervention strategies

The intervention strategies that were successfully tested by the consortium NGOs, were selected, documented and systematized into specification sheets to help use these strategies in the areas covered by the project. Altogether there are 26 specification sheets: 1. initiating service delivery in new huts and sites, 2. community capacity building process, 3. Grand Mothers strategy, 4. Pregnant Women Solidarity Circle, 5. Self evaluation and programming meeting, 6. Community advocacy activities, 7. Mother Support Groups, 8. Positive Deviance (FARNE), 9. Health huts withdrawal plan, 10. Selection of community actors, 11. Community actors' coordination meeting at health site level, 12. Results dissemination at community level, 13. Partnership with schools, 14. Focus groups registration, 15. Settlement of Community groups for activities implementation (IEC, growth monitoring, etc.), 16. Organization of weighing sessions, 17. Problem resolution at community level, 18. Focus group establishment and leadership, 19. Organization and hosting of educative counseling sessions, 20. Animation of a private interview, 21. Home visit organizing 22. Designing of Skits, 23. Designing of Role plays, 24. Use of "Taalif" (Wolof Poems) for educational purposes, 25.Use of proverbs for educational purposes, 26. Supplying Health hut/site with standard equipment.

During the 4th quarter, project staff was trained on how to use these strategies. Training courses will be completed in October 2007. The PCU will mentor program area offices in implementation of these strategies and support the Ministry of Health and Medical Prevention in the framework of scaling up successful interventions.

2.4 Standard equipment list

A standard list of basic material at the health hut and site level was compiled, taking into account past experience and the nature of the activities to be implemented in huts/or at the site level. The list was shared with different partners and will inform the ordering of equipment for the huts/sites: standard equipment list with a basic package, site equipment, equipment per specific package component, PMI hut equipment.

2.5 Pilot Studies

The pilot studies planned for the 1st year are: Initial offer of contraceptive pills, Diarrhea treatment with the new ORS formula (ORS Nf) and Zinc for children under 5 years, Iron supplementation for Adolescents and Community based flours fortification. All these studies were designed and conducted between the 1st and the 2nd quarter.

The status of the different pilot studies is reported as follows:

2.5.1 ORS Zinc

A series of meetings was held together with the different partners: DANSE, UNICEF, and IMCI board of management, Institute for Social Pediatrics, Population Health and Development Training Institute. A steering committee was set up and an action plan for the introduction introduced. The action plan defined plans to test ORS/Zinc in 72 health huts using existing stocks of ORS Nf and Zinc provided by UNICEF, until new stocks ordered by the National Supplying Drugstore (NSD) are delivered.

The 72 huts are situated as follows: 42 health huts in Kolda, 19 huts in Joal, and 11 huts (BASICS) in Fatick. The pilot study will be preceded by a situational analysis at the national level. Preliminary activities completed in the 4th quarter are: definition of the referral terms and of the situational analysis tools, ORS Nf and Zinc needs assessment for testing initial supplying of facilities (health huts and sites), designing of training module for trainers; designing of relays notebook and CHWs specification sheets; designing of communication tools, designing of orientation documents for district and regional teams, and designing of specification sheets for service providers.

2.5.2 Initial contraceptive pills offered by TBAs

The first year action plan was scheduled to study the feasibility of the Initial contraceptive pills offered by TBAs in health huts to improve the contraceptive prevalence in rural settings. The implementation protocol was finalized during the 3rd quarter and validated in collaboration with the steering committee: Reproductive Health Department (DSR), Research Department, Pharmacy Department, Chair of Gynecology and Obstetrics, Health and Development Institute, UNFPA, Intrahealth, ABT, Population Council and Senegalese Network for FP Repositioning.
The following implementation tools were discussed during the 4th quarter: the TBAs' manual on Family Planing (FP), the trainer's guidebook (in finalizing stage), the adapted WHO check list, illustrated notebook for specific-counseling, illustrated notebook for all counseling methods (in finalizing stage), management and IEC/FP tools. The implementation protocol has been submitted to the Ethics Committee of the Health Research National Council (CNRS) for authorization by the Reproductive Health Department.

2.5.3 Community Post Abortion Care (PAC)

The project is adapting a community based strategy to prevent abortion that is based on the "community action cycle" model. The strategy is focused on the three points of delays related to maternal deaths. The experimentation process was conducted in collaboration with the Ministry of Health and Intrahealth. The objective was to adapt the model developed by Pathfinder International and to test it in the health huts and sites in the project regions. Two main phases were planned as follows: a pilot phase to adapt implementation tools and an extension phase. The main activities carried out during the 1st year included: A study tour to Bolivia, where the activities had been successfully implemented; Designing of project documents; Analysis, adaptation and validation of implementation tools; Implementation of the first stages of the methodology in the test sites.

The health districts of Mbour and Joal were selected: two urban areas of Darou Salam health site in Mbour and two health huts of Nguéniène health site in Joal (Agadimag and Ndianda). The adapted tools include: i) self diagnostic and planning tools, ii) facilitator's guidebook for training courses, and iii) practical details for use. Improvements brought to the original model include: i) the design of an illustrated tip-sheet for participants (community actors and team leaders), ii) the specification of a methodology for ongoing assessment tools, iii) the reviewing of all documents integrating pregnancy and delivery complications, iv) the elaboration of a draft partnership agreement between the community groups and other partners to formalize relationship between the different implementation actors, and v) the elaboration of a group discussion guidebook to facilitate exchanges between participants on topics considered to be sensitive. The concept of prevention of bleeding in the 1st term of pregnancy has been agreed on to replace the concept of abortion reduction.

The activities, related to orientation and advocacy, were completed in the 3rd quarter. Community groups were identified, listed and selected. Representatives for each group were selected by their peers or respective communities. Training of trainers took place during the 4th quarter (17th to 20th July 2007 in Mbour). 18 participants attended: the DSR representatives, the 2 Reproductive Health coordinators of Thiès district and Thiès region, health post teams from testing areas, project agents and monitoring committee members (Intrahealth, SWAA). Groups and community actors representatives' training was also held during the 4th quarter. 64 participants (51 women and 13 men) attended: 32 group representatives and 28 community actors (CHW, TBAs and relays).

Activities planned for the 2nd year focused on: i) decentralized training for community subgroup members (400 mothers, grand-mothers, adolescent girls, and head of families), ii) implementation of action plans (per community) for each group, area and health site, iii) monitoring of the implementation, iv) documentation of the ongoing process, and v) evaluation and dissemination of results.

2.5.4 Use of Misoprostol at community level

The project participated in a working group on Active Handling of the 3rd Stage of Delivery (GATPA) at the community level (pilot study on prevention of post partum bleeding using Misoprostol by TBAs in the health huts). At the beginning, there were some misunderstandings linked to the orientation of the study and the role of CCF in the implementation. These challenges are being resolved. The objectives of the study are clearer and the focus is on health huts. The roles and responsibilities of the Community Health Component of the USAID/Senegal Health Program were discussed and clarified during the 4th quarter. It was agreed that the project would: 1) participate in the selection of sites, 2) participate in the development of tools for training and M&E, and testing of these tools, 3) participate in training of trainers, 4) organize community actors training, 5) organize IEC and community mobilizing and advocacy activities, 6) lead monitoring of field activities, 7) ensure data collection, 8) participate in data analysis, 9) participate in project M&E activities, and 10) participate in dissemination workshops.

2.5.5 Flour fortification with iron

The study is implemented in 32 villages in the Vélingara district. It focuses on a community based method of flour fortification with iron. The project received additional funding from World Vision Canada. The activities carried out in the 3rd quarter were: recruitment of a program manager, the selection of activities, and the choice of target villages. No specific activity was initiated during the 4th quarter for delay in the availability of the respective budget.

2.5.6 Adolescents supplementation with Vitamin A

Vitamin A supplementation was planned for the 1st year. It was related to the flour fortification with iron and targeted adolescent girls in schools in the Vélingara district. It was not initiated due to the delay in the availability of the respective budget.

2.5.7 Development of a community based strategy to fight against Female Genital Cutting (FGC)

During the 3rd quarter, the NGO "Grand Mother Project" was subcontracted to support Vélingara's area team in elaborating a strategy to promote abandoning Female Genital Cutting practices, and a community based action plan was designed. Further activities were postponed to the 2nd year due to the delay in the availability of the respective budget.

2.6 Monitoring & Evaluation tools

The development of M&E tools followed the same process as the development of other tools (working sessions with partners, validation workshops, local tests, review and final version).
The tools developed by each level are:

- **Area coordinator:** Coordinator supervision guidebook; tip-sheets for area managers and CDA supervision; Huts/site supervision card; quarterly report templates and a CHW supervision card.
- **Area manager:** CHWs supervision card; huts/site supervision card; a quarterly report summary file.
- **Community Development Agent:** Tip-sheets for CHWs/TBAs/relays; Hut/site supervision card; CHWs monthly report.
- **Health hut CHW/TBA:** General consultation register; Maternity and SPNN register, Growth monitoring/SNP (Growth and Nutrition Monitoring), ITN management book, Relay's book (TB/DOTS, IEC activities), Stock record card for each medicine, IEC activity monthly work plan, RH and PAC notebook in the testing areas, supervision book, referral and counter referral card.
- **Relays working in sites:** Growth promotion monitoring/SNP register, ITN management record, Relay's book: TB/DOTS follow-up, IEC book, Monthly hut IEC activity plan, specific notebook in testing areas (FP, contraceptive pills, PAC), supervision book (filled out by supervisors visiting the site), referral and counter referral card.

3 Huts/sites activities

The activities carried out during the 1st project year were related to the new and existing huts supervised by consortium NGOs.

3.1 Activities implemented in the new huts

The activities implemented in the new huts during the 1st project year focused on advocacy sessions, selection of community actors (CHW, TBAs and relays), community mobilization for election of health committees and assessment of equipment needs of huts/sites.

3.2 Strengthening service delivery in existing and functional huts

During the 4th quarter, the health huts continued offering services provided in the service packages: FP, Malaria treatment, Mother Health and preparedness to delivery, SPNN, ARI fighting activities, STI/AIDS prevention, TB fighting, Nutrition and micronutrients, Actions against diarrhea illnesses, Immunization and Actions against FGC. In addition, IEC activities following the community staff work plan.

3.2.1 Malaria/Fever treatment

Cases	Number					%
	Q1	Q2	Q3	Q4	Total	
No of malaria Cases checked	10292	3665	2334	12298	28589	
No of malaria Cases treated	10124	3628	2238	11509	27509	96,22
No of serious cases	168	78	96	279	621	2,17
No of cases referred	168	78	96	319	661	2,31
No of counter referred cases	0	0	0	63	63	9,53

Malaria-caused deaths	0	4	0	0	0	0,01

Malaria data Synthesis chart

27,509 malaria cases out of 28,589 were treated with ACT during the 1st project year. 621 cases (2.17%) have been declared serious and were referred. 40 cases (6.05%) did not feel better after 3 days of treatment. The total number of cases who were referred is 661 (2.31%). 63 cases (9.53%) of referred cases were counter referred in the areas of Mbour and Kaffrine. 4 cases of death related to malaria had been reported during the 1st project year.

3.2.2 Treatment of Pneumonia

Cases	Number					%
	Quarter1	Quarter2	Quarter3	Quarter4	Total	
No of cases of pneumonia checked	2426	820	835	1109	5190	
No of cases of Pneumonia treated	2372	801	783	822	4778	92,06
No of serious cases of Pneumonia	54	28	52	33	167	3,22
No of cases of pneumonia referred	54	28	52	45	179	3,45
No of cases of pneumonia counter referred	0	0	0	6	6	3,35
No of Pneumonia-caused deaths	0	2	0	1	3	0,04

ARIs data Synthesis chart

5,190 cases of pneumonia were identified, with 4,778 (92.06%) of them treated at the health hut level with Cotrimoxazole. 179 (3.45%) cases were referred, with 167 (3.22%) cases classified as serious and 12 (6.70%) cases after treatment at health hut level have not improved. 6 counter referral cases were reported by CHWs in Mbour.

3.2.3 Diarrhea treatment

Cases	Number					%
	Q1	Q2	Q3	Q4	Total	
No of cases of diarrhea checked	782	674	4246	1123	6825	
No of cases of diarrhea treated	780	652	4209	1067	6708	98,29
No of serious cases of diarrhea	2	40	37	56	135	1,98
No of cases of diarrhea referred	2	40	37	56	135	1,98
No of cases of diarrhea counter referred	0	0	0	0	0	0,00
No of diarrhea-caused deaths	0	2	0	1	3	0,04

Diarrhea management data synthesis chart

Out of 6,825 diarrhea cases identified at the health hut level, 6,708 (98.29%) cases were treated with ORS. 135 (1.98%) of them were referred as they were classified as serious. All cases reported had experienced improvement after treatment during the 1st project year. The number of counter referred cases was not documented either. One case of death was reported.

3.2.4 Quality of care

In all zones, the illness management rate following the standards and protocols set, is higher than 90%. According to the data reported, more than 99% of patients who were treated, recovered. For malaria, only 0.15% of cases treated with ACT did not show improvement after 3 days. 99.75% of pneumonia cases were treated with Cotrimoxazole following the standards and protocols set by the Ministry of Health.

3.2.5 Tuberculosis Monitoring

Cases	Numbers					
Patients referred to Health centers under suspicion	27	196	524	654	1401	
Newly detected cases	8	44	88	80	220	15,7%
Patients followed up	202	257	271	283	283	
Continuation	153	-	361	525	1039	
Patients under DOT	53	108	207	236	604	
Recovered cases	40	8	42	47	137	
Children under 5 years undergoing Chemoprophylaxis	0	21	297	382	700	
Persons moved and referred to new Health centers within the area of Mbour	7	1	3	5	16	

Tuberculosis data synthesis chart at community level

Among the areas where this component is being implemented, only the areas of Mbour and Ziguinchor provided information for the 1st project year. In the course of the 4th quarter, a total of 1,401 suspected cases were referred to health centers by the community actors for confirmation. 13 cases benefited from counseling. 283 new cases were followed up during the 1st year, 80 of them were detected during the 4th quarter and 1,039 cases are in continuation phase. 137 of the patients undergoing treatment recovered. 16 referral cases between Health centers were reported in the area of Mbour. 700 children in contact with TB infected adults are under chemoprophylaxis in the Mbour area. 604 persons were trained in DOT supervision. 47 TB committees to support patients and 2 associations fighting against Tuberculosis are functional and active at the community level in the district of Mbour.

3.2.6 Care for topical wounds

Cases	Number					%
	Q1	Q2	Q3	Q4	Total	
No of cases seen	854		855	3227	4936	
No of cases treated	854		812	3107	4773	96,70
No of serious Cases	0		43	20	63	1,28
No of cases referred	0		43	20	63	100%
No of cases counter referred	0		0	0	0	00
No of deaths	0		0	3	3	0,06

Synthesis chart of data collected on other illnesses

4,936 cases were reported by area managers during the 1st project year (wounds, dermatitis, and conjunctivitis). Most of these cases were treated. 63 (1.28%) cases were considered serious and referred to the health facilities for intensive care. 3 cases of death were reported.

3.2.7 Delivery and Pregnancy follow up

Cases	Number					%
	Q1	Q2	Q3	Q4	Total	
Total deliveries registered	-	758	884	956	2598	
Assisted by a skilled TBA	-	736	678	716	2130	82,99
Referred to a health facility	-	22	204	226	452	17,40
Vitamin A intake after delivery	-	743	694	809	2246	86,45
Post natal 1	-	699	-	376	1075	41,38
Post natal 2	-	380	-	275	655	25,21
Neonatal tetanus	-	1	-	0	1	0,04

Data on delivery annual synthesis chart

2,598 deliveries were reported during the 4th quarter, 2,130 (82.99%) of them were assisted by trained TBAs. 2,246 post partum women received Vitamin A, with 1,075 (41.38%) women receiving a first post natal consultation within the first three days after delivery. 655 (25.21%) women received a second post natal consultation between day four and day eight after delivery. 2,145 newborns received standard basic care at birth. 2,191 newborns benefited from a post natal follow up visit within three days of birth. 5 cases of miscarriage, 3 cases of stillbirths and 1 case of maternal death were reported by area managers.

3.2.8 Referral and referral monitoring

The referral of serious cases (malaria, pneumonia and diarrhea) is well systematized in the areas. For the 1st project year under review, 2,891(45.84%) out of 49,539 of all cases of illness were referred. However, only 69 (2.39%) counter referral cases regarding Malaria and ARI were reported. Those cases were largely reported in the areas of Mbour and Kaffrine, where harmonized tools for referral and monitoring of referred cases were used.

3.2.9 Growth Promotion Monitoring

Cases	Number					%
	Q1	Q2	Q3	Q4	Total	
Children Followed-up	-	54187	56807	74052	185046	
Children growth monitored	-	45149	50176	29577	124902	67,50
Adequate weight gain	-	41086	39690	22661	103437	82,81
Global Malnutrition	-	4668	5398	4436	14502	11,61
moderate Malnutrition	-	4575	-	4024	8599	59,30
Serious Malnutrition	-	93	-	412	505	3,48
Nutritional recovery	-	1235	-	415	1650	19,19

Growth Promotion Monitoring data synthesis chart

185,046 children under 36 months were regularly monitored during the 1st project year. 103,437 growth monitored children (82.81%) had adequate weight gain. The global malnutrition rate (moderate and serious) is 11.61% (14,502 children). 8,599 (59.30%) cases of moderate malnutrition were managed at the health hut level, following the standards and protocols set by the Ministry of Health. Cases of severe malnutrition (3.48%) were referred to health facilities. 1,650 (19.19%) malnutrition cases have been treated at the health hut level and have recovered.

3.2.10 Vitamin A supplementation and de-worming

Cases	Number					%
	Q1	Q2	Q3	Q4	Total	
Vitamin A supplementation	29351	-	149205	124	178680	37%
De-worming	20069	-	124057	150	144276	33%

Vitamin A supplementation and de-worming data synthesis chart

178,680 children from 6 to 59 months were supplemented with Vitamin A (coverage of 37%). 144,276 (33%) children from 1 to 5 years were de- wormed in the health huts in the Mbour area. Data on supplementation and de-worming were not reported in most of the areas, this explains the low coverage rates.

3.2.11 Mosquito bed net distribution and re impregnation

During the first 2 quarters, 97,200 bed nets were re impregnated with KO Tab long lasting kits. 2,839 long lasting impregnated bed nets (ITNs) were distributed as part of the project (801 pregnant women, 2,038 children under 5 years).

3.2.12 IEC activities

Cases	Number				
	Q1	Q2	Q3	Q4	Total
Educational counseling sessions	11292	7313	6171	2089	26865
Advocacy sessions	75	418	309	143	945
Community meetings	476	301	313	170	1260
Social Mobilization	38	2	51	5	96
Radio broadcasting	13	18	63	1	95
Film screenings	153	6	-	0	159
Home visits	31214	25502	21946	9453	88115
Animations with grand-mothers	281	279	179	861	1600
Individual interviews	-	28580	36648	78751	143979
Pregnant women solidarity circles	-	282	140	112	534
Cooking demonstrations	-	107	28	89	224
Animation using plays	-	5	1	0	6
Activities involving schools	-	114	99	0	213
Environmental cleaning (set-setal)	-	359	12	0	371
Activities with WPG	-		20	0	20
No of people reached	-	35173	186667	265026	486866
No of women reached	-	2014	47002	58560	379290
No of men reached	-	33159	139665	206466	107576
No of peer educators trained on AIDS	-	-	-	1 316	1 316
No of football team members trained on AIDS	-	-	-	828	828
No of People and WPG sensitized on AIDS	-	-	-	2 144	2 144

IEC data annual synthesized chart

IEC activities carried out targeting mothers, community leaders, adolescents and men: 945 advocacy sessions, 1260 community meetings, 96 social mobilizations, 26,865 educational counseling sessions, 88,115 home visits, 1,600 animations with grand mothers, 224 cooking demonstrations, 534 solidarity circle sessions of pregnant women, 6 animations using theatre, 20 activities with women promotion groups, 371 activities for environmental hygiene and sanitation (Set-Setal = Wolof for "be clean and keep clean), 213 activities targeting schools.

The activities addressed the following issues:

i) Tuberculosis and HIV/AIDS prevention,
ii) Assisted delivery,
iii) Nutrition for pregnant woman and children,
iv) Community based activities fighting ARI,
v) Malaria,
vi) Diarrhea,
vii) FP,
viii) Hygiene and sanitation related activities, and
ix) De worming of children from 12 to 59 months.

Information session on malaria in Ziguinchor

A total number of 486,866 persons participated in IEC and BCC activities, with 379,290 women (77.90%), and 107,576 men (22.10%). Men were mostly involved in activities like community meetings, advocacy and counselling sessions.

3.3 Specific Malaria prevention activities

Two activities were carried out during the 1st project year under the framework of PMI: 1) community mentoring for free distribution of mosquito bed nets in Dakar and 2) implementation of the indoor residual spraying IEC components in 3 pilot districts.

3.3.1 Free Long Lasting Impregnated Mosquito Bed Nets (MILDA) distribution

The districts of Pikine, Mbao, Guediawaye and Rufisque received 200,000 free MILDAs. The strategy used was to integrate the free distribution of MILDAs into the National Micronutrients Days (NMD). The activities took place during 29th May to 1st June 2007.
The objectives were: 1) To increase the availability of MILDAs in the households of the targeted districts, to increase the utilisation rate of MILDAs for children under five years and pregnant women.

The project set up a community based system for MILDA distribution. The social mobilization and information tools used during the campaign were: the display of banners, T-shirts, flyers, leaflets and poster distribution. The communication system was based on various community mobilization strategies and it built on

different mediums: advocacy with opinion formers, broadcasting of radio spots through community radio stations, door-to-door distribution of flyers to mothers, information dissemination by public criers, organization of public plays, counseling sessions, and home visits. In the district of Mbao, 287 counseling sessions were held on MILDA distribution and the importance of bed net use. 5,880 mothers were reached through these activities. In Rufisque, an awareness campaign used a car with a sound system offering messages on the importance of bednets going around the villages.

The 4 target districts were provided with 199,100 MILDAs. 194,007 MILDA were distributed to mothers of children from 6 to 59 months. The free distribution of MILDAs was consolidated by the participation of populations in the NMD. The free distribution of MILDAs helped make populations less reticent than they are usually during NMD. Challenges were generally related to the very short periods of time for organization

3.3.2 Implementation of Indoor Residual Spraying (IRS) IEC component

The project supported the health districts of Vélingara, Nioro and Richard Toll in implementing the IRS/IEC component. A communication strategy was designed together with each district. The strategy designing was preceded by focus groups in order to help analyze the populations' perceptions of IRS. The other activities carried out were: discussion and validation of the communication strategy, orientation guidance of team members and ICPs in the strategy and the IRS campaign management process, operational planning of activities per area/health center, training of trainers, relays training, information of administrative and local authorities (Prefect, Sub-Prefect, Mayors, Rural Community Presidents), community advocacy activities with local authorities and community leaders (village and neighborhood leaders, religious leaders, CBOs), organization of counseling sessions, social mobilization in each quarter and each village, radio spots through local radio stations, launching days in each district, home visits before and after sprayings, teacher and pupil guidance, relay activity supervision, and coordination between ICP and sprayers supervisors.

The Project supported the districts in funding IEC activities, designing and reproducing different IRS tools (4,000 posters, 3,000 leaflets in French and 1,500 leaflets in Wolof and Arabic, and 1,500 manuals for relays and 90 guidebooks for relays' training), orientation guidance for district teams and ICPs, training of 1,355 community relays. 184 information sessions and public plays were organized reaching 119,318 people. Further activities were: 15 radio spots; guidance of teachers and students in approx. 300 schools; 57,966 home visits (with 3 visits per household), informing 215,000 people.

The main challenges were related to: the period planned for IRS was late in the 1st project year and collided with the rainy season, also with frequent movement of some nomadic populations (in Richard Toll and Vélingara), long distances between some health sites and target villages (Richard Toll and Vélingara), difficulties to get in contact with some of the village relays, the lack of availability of ICP, the lack of experience of some relays selected by the ICPs, community actors' deeply rooted use to financial motivations (incentives) in some districts.

The main lessons learned are: 1. for effectiveness of the action, planning and supplying of resources has to start at least 5 months before the actual IRS activities begin, 2. operational coordination mechanisms must be available to facilitate communication between the district, the teams performing IRS and the partners responsible for the IEC components, 3. IRS activities must avoid the rainy season or National Vaccination Days (JNV), 4. Instructions related to removing belongings (before first IRS) should be made more flexible, 5. Intensive information of population must be kept over 2 months after the spraying activities to control or stop rumors.

3.4 USAID Indicator analysis

USAID's selected indicators can be divided into 4 components: HIV/AIDS, TB, Maternal and Child health, and Malaria. Objectives were set for each component at the end of the 1st quarter.

HIV/AIDS: The results achieved are acceptable in general. For some indicators, it was not feasible to achieve the expected results, as the data collection was not completed and the training of community actors was delayed.

Tuberculosis: The gaps noticed are related to the delay in training of community actors and the missing extension of intervention areas for tuberculosis community monitoring.

Mother and child health: The weakness of some indicators can be explained by the the lack of data collected—some of this information was incomplete. The absence of enrolment of new districts as part of community ARI management, the stock-out of some drugs (especially ORS) at the regional level also contributed to the non achievement of the objective set for this component. The activities to promote growth monitoring considerably exceeded our expectations (182%).

Family planning and reproductive health: Data were not reported; delays in training and in availability of equipment and materials; due to incomplete data collection, the objectives set under this objective were not fully achievable.

Malaria: during this 1st project year, outreach activities on malaria prevention at the community level increased considerably exceeding the expected results (150%). Malaria management activities with ACT were also satisfactory even though delays in training prevented a scaling up of all project activities.

3.5 Gaps analysis

The gaps identified between project expectations and achievements are linked to the lack of availability of training and M&E tools during the 1st project year.

Availability of training tools: For the first year, the project planned to develop, test, validate, reproduce and use a series of tools for the training of CHWs, TBAs and relays:
i) a CHW training guidebook, ii) a TBA training guidebook, iii) a health committee training guidebook, iv) an tip-sheet for TBAs, v) tip-sheet for relays, and vi) tip-

sheets for health committees. These different tools also should have integrated the IEC tools for the sensitization of the population. The existing tools (manuals, guidebooks, cards), should serve as a basis for the development of new updated tools, harmonized at the level of the project areas and be sufficiently consensual to be used on a national scale (reference tools for the Ministry of Health). In order to become relevant tools, the data used for the manuals should reflect the baseline surveys. As the availability of baseline survey data was delayed by presidential elections, this had an impact on the deadline of development of the training tools. However, the baseline study data showed huge gaps in most of the intervention areas of the project, and the necessity of a readaptation of the existing tools in order to readjust the gaps. The time originally scheduled for the development of tools, on which the late availability of the results of the baseline study weighed heavily, seems to be altogether insufficient in comparison with required tasks. Thus, the 1st project year was devoted to development of tools, validation and testing; and training of project agents in the use of the developed tools. Some indicators, for which the realization is linked to the training course, were not achieved. Health hut equipment/rehabilitation also depends on training, as this goes together with the assignment of community actors.

M&E tools: The USAID indicators were finalized together with the mission toward the end of the calendar year 2006. Following that, the development of M&E tools were initiated to allow a systematic collection of information related to set indicators. These tools were discussed, tested and validated by June 2007. During this period, (Oct. 06 - June 07), data was collected in huts and sites by each NGO, without being harmonized at project level and not directly focusing on the set USAID indicators. Thus, most activities achieved were not systematically reported in the project areas, as they were not in line with the existing tools (ineffective harmonization of M&E tools).

The other contextual factors that inhibited a complete implementation of the activities scheduled in the action plan were:
1. FP studies: the delays were due to different organizational structure of the consortium partners (steering committee), authorization by the Ethical Committee of the Health Research National Council's (CNRS) (still pending), unavailability of training tools and contraceptive pills, (SDM bracelets, contraceptive pills).
2. For ORS and Zinc: Low Osmolarity ORS (replacing the standard ORS) as well as Zinc are not yet available in Senegal.
3. Activities not planned but implemented: the project implemented emergency activities which were not previously planned in the action plan and were time consuming (free distribution of MILDAs in the 4 districts of Dakar, implementation of the IRS/IEC component in the districts of Nioro, Richard Toll and Vélingara).

3.6 Training supervision

The supervision was conducted regularly during the entire 1st project year. In the course of the 4th quarter, the community staff (relays, TBAs and CHWs) benefited from a closer coaching by the project workers in the health huts and community intervention areas. The supervision activities carried out were formative and focused on capacity building and the control of the quality of services. These supervision activities also focused on the strengthening of activities developed and implemented in the health huts, community organization and information on services provided. Project managers visited all enrolled huts and sites together with the area managers in order to supervise the implementation of planned activities and the fulfillment of different commitments by each partner (health committees, district teams, local governments, community actors).

II Administration and Finance

1 Administration

The coordination of the project is ensured through quarterly meetings between the PCU and area managers, monthly internal meetings in area offices, monthly meetings between area managers and CDAs, planning and self-evaluation meetings at the level of sites and huts. The coordination meetings were held regularly at all levels during the first year.

2 Internal meetings

All coordination meetings planned by the PCU with area coordinators and program managers were regularly held. At area level, all internal meetings were also held. Area offices participated in all the coordination meetings organized by districts during the first year of implementation of the project. The participation in the districts' monthly coordination meetings helped project agents to regularly inform health authorities about the course of activities and better involve ICPs in the supervision of huts/sites.

3 Meetings with partners

The project participated in all meetings planned with partners: USAID implementing agencies, Ministry of Health and Medical Prevention. At local level, the project representatives participated in all the coordination meetings of Kolda and Thiès regional offices. Coordinators, area managers, community development agents, supervisors, and facilitators in areas participated in the coordination meetings of the medical regions and districts in their intervention areas, and in the meetings (RDC, DDC, LDC) organized by the administrative authorities.

4 Working groups

The Community Health Component of the USAID/Senegal Health Program regularly participated in meetings of working committees. Steering committees were set up for:

i) Introduction of new ORS formula and Zinc, ii) Treatment of Diarrhea among children aged 0-5 years, iii) Active Handling of the 3rd Stage of Delivery (GATPA) at community level, and iv) Working commissions for the scaling up of best practices. These committees represent a framework for joint actions by the project and the Nutrition Improvement Program, focusing on identifying synergies, as the intervention areas for both programs are identical.

5 Finance

The total budget of the Fiscal Year that ended on 30th of September 2007 amounts to US$ 4,627,223 including the PMI budget that amounts to US$ 1,824,726. The total of expenditures (including PMI, US$ 50,656) amounts to US$ 2,864,640 which represents 62% of the annual budget spent. The PMI expenditures which are taken into account are those made by CCF. The annual expenditures for all the other partners (Africare, Plan and WV) amount to US$ 1,220,343, which represents 66% of the annual budget. The analysis of variance shows that the amount of budget spent every year is mainly related to equipment, contractual services (baseline studies), field missions (supervision and support), running costs and other activities of the program (training of field agents, training of trainers, IRS /IEC, free distribution of MILDA.

III Activities planned for the first quarter of project 2nd year (October- November-December 2007):

1. To complete the training of trainers on project implementation tools (training of community actors, monitoring-evaluation, strategies)
2. To train CDAs, relays, and traditional birth attendants in the huts and sites of the project area
3. To order and put equipment, materials and drugs in huts/sites.
4. To organize activities to inform populations about IRS in the Health district of Richard Toll (2nd spraying)
5. To participate in the implementation of the pilot study on GATPA
6. To start the initial provision of contraceptive pills in test huts.
7. To carry out the monitoring and the systematic documentation of FP activities
8. To continue the implementation of the strategy to prevent bleeding in the 1st term of pregnancy: training of community group members, implementation of community action plans, supervision, monitoring and evaluation.
9. To continue the development of strategies to fight female genital cutting in the areas of Kolda and Ziguinchor.
10. To carry on the experience of local flour fortification with iron.
11. To ensure the supervision and monitoring of community actors in the implementation of these strategies
12. Facilitate the use of mass media to promote best practices.

13. To ensure the control of the quality of children's care and of other services provided.
14. To write supervision reports and share them with areas, districts, medical regions and the other components of the USAID health program.
15. To draft the quarterly reports of the project and submit them to USAID and to the main partners.
16. To draft the quarterly action plan of the Project Coordination Unit.
17. To assess the quarterly action plans of areas.
18. To organize a quarterly coordination meeting on the project activities with all area coordinators, national coordinators of the consortium NGO partners and the PCU.
19. To organize the quarterly meeting of the steering committee (meeting of national directors of the consortium and project managers)
20. To organize the budgeting meeting of the Finance Directors of the consortium NGO partners.
21. To participate in the monthly coordination meetings of the implementing agency of USAID health program.
22. To participate in sectoral technical meetings with other implementing agencies.
23. To participate in regional meetings with the regional representatives of other implementing agencies.
24. To participate in meetings with the Ministry of Health, USAID and other partners.
25. To participate in monthly meetings of USAID implementing agencies.
26. To participate in meetings and activities of the regional offices of the health program.
27. To participate in technical meetings with the other program components.
28. To ensure the continuous collection and sharing of information about the evolution of indicators.
29. To do a periodical analysis of results achieved.
30. To ensure monitoring of the implementation of activities at community level (documentation, supervision, joint supervision).

ATTACHMENTS

A. Community Health Component of the USAID/Senegal Health Program annual financial status
B. Indicators chart
   B.1 CCF indicators for FY 07 operational plan
   B.2 Community Health Component of the USAID/Senegal Health Program Indicators
C. Year1 mapping evaluation
D. Interventions mapping for year2
E. Pilot study protocol on initial offer on contraceptive pills by traditional birth attendants
F. Pilot study protocol on third trimester bleeding prevention at community level (PAC)
G. Report on free distribution of MILDAs in the districts of Dakar
H. Project monitoring evaluation system
I. Project implementation strategies harmonization
J. Project's training manuals
   J1. Project agents training manual on intervention strategies
   J2. ASC/ traditional birth attendant training guidebook
   J3. Community relays training guidebook
   J4. Health committees training guidebook on intervention strategies
   J5. Manual for ASC/Traditional Birth Attendant
   J6. Manual for the community relay
K. Success stories (French and English versions)
   K1. When children promote mosquito bed nets re impregnation (Ziguinchor)
   K2. At Sopa village, counseling sessions have changed traditional beliefs on malaria: Fatou Diouf's testimony.
   K3. Poor but of a high birth. Counseling session as a child development factor.

B- INDICATORS CHART

B.1. CCF indicators for FY07 Operational Plan (data collected by Community Health Component of the USAID/Senegal Health Program)

Items		indicators	Performance Objective 2007	year 2007 Achievement	% achieve-ments	Justification of gaps
HIV/AIDS	1	Number of individuals trained to provide HIV/AIDS prevention programs that promote abstinence and/or being faithful (note – general population)	2,096	2,144	102%	Delay in the training of community actors (CHWs, Relays TBAs) 1,316 peer educators and 828 soccer team members (districts of Kaffrine, Vélingara and Kolda) trained in AIDS prevention and information of adolescents on HIV/AIDS
	2	Number of individuals trained in HIV-related community mobilization for prevention care and/or treatment	2,096	2,144	102%	Delay in the training of community actors (CHWs, TBAs and relays) 1,316 peer educators and 828 soccer team members (districts of Kaffrine, Vélingara and Kolda) trained in AIDS prevention and information of adolescents on HIV/AIDS
	3	Number of individuals reached through community outreach that promotes HIV/AIDS prevention through abstinence and/or being faithful (F=female, M= male, T= total)	T= 174.000 F= 116.000 M= 58.000	T= 138.796 F= 118.483 M= 20.313	79%	Data incompletely collected (only Mbour, Nioro and Kaffrine reported on this indicator in the 2nd, 3rd and 4th quarters). 35000 trained in the WPG in Kolda and Vélingara (4 quarters)
	4	Number of individuals reached through community outreach that promotes HIV/AIDS prevention through abstinence	T= 174.000 F= 116.000 M= 58.000	T= 138.796 F= 118.483 M= 20.313	79%	Data incompletely collected (only Mbour, Nioro and Kaffrine reported on this indicator in the 2nd, 3rd and 4th quarters). 35,000 trained in the WPG in Kolda and Vélingara (4 quarters)

TB	5	Number of people (medical personnel, health workers, community workers, etc…) trained in DOTS	T=1,780	604	33%	Delay in the training Non extension of TB community monitoring areas. All patients eligible for DOT (intensive phase: 604) were covered with the training by a « DOT adviser »
	6	Number of health facilities rehabilitated	40	29	72%	gap due to delays in the training, and in the equipment of huts/sites
MCH	7	Number of post-partum/newborn within 3 days of birth in USG-assisted programs	T= 21,750	2,191	10%	Delay in training. Data incompletely collected (collected in Mbour, Vélingara et Louga over three quarters)
	8	Number of deliveries with a skilled birth attendant (SBA) in USG-assisted programs	5,240	3,535	67%	Data reported (data concerning Mbour and Nioro) Delay in training
	9	Number of people trained in maternal/newborn health through USG-supported programs	T= 2,096 F= 1,383 M= 713	T= 1,423 F= 1,120 M= 303	67%	Delay in the training of community actors (Ziguinchor has retrained 309 relays and Mbour 76 relays), Louga, Nioro and Khombole : 1,038 CHWs/relays
	10	Number of people trained in child health and nutrition through USG-supported health area programs	T= 2,096 F= 1,383 M= 713	T= 1,423 F= 1,120 M= 303	67%	Delays in the training of community actors (Ziguinchor has retrained 309 relays and Mbour 76 relays) Louga, Nioro and Khombole : 1,038 CHWs/relays
	11	Number of newborns receiving essential newborn care through USG-supported programs	5,240	2,145	40%	Data incompletely reported (only Mbour reported) Delay in training
	12	Number of children reached by USG-supported nutrition programs	101,268	185,046	182%	The number of children regularly followed up (1 monthly weighing session) is 124902
	13	Number of cases of child pneumonia treated facility or	13,440	4,778	35%	Delay in training No new district enrolled

		community health workers in USG-supported programs				Community based activities to fight ARI (Intrahealth) Data reported over three quarters by functional huts providing ARI services
	14a	Number of cases of child diarrhea treated through USG-supported programs with: oral re-hydration therapy (ORT)	78,308	6,708	8%	Data incompletely reported Delay in training Delays in drugs supply ORS out of stock at district level
	14b	Zinc supplements	28,920	0	0%	Unavailability of Zinc at national level
FP/RH	15	Couple-years of protection (CYP) in USG-supported programs	2,175	-	-	Data not reported Delay in training Delays in products supply
	16	Number of people trained in FP/RH with USG fund	2,096	385	18%	Delay in training : retraining of 309 relays in Ziguinchor and 76 relays in Mbour
	17	Number of counseling visits for family planning/reproductive Health as a result of USG assistance	T= 13,862 F= 9,149 M= 4,728	-0	-	Data not reported
	18	Number of people that have seen or heard a specific USG-supported FP/RH message	250,520	22,755	9%	Data incompletely reported
	19	Number of new approaches (e.g. tools, technologies, operational procedures, information systems, etc.) successfully introduced	02	02	100%	Grand-mother strategy extended to FP and FGC Pregnant women solidarity circles extended to FP
	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 Sit	870	640	73%	Delays in training and in the equipment of new huts
	21	Number of service delivery points	0	0	100%	Non availability of bracelets and pills

		reporting stock-outs of any contraceptive commodity offered by the SDP at any time during the reporting period				
	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)	870 (normally: 64)	56	87%	Delay in training Areas involved : Mbour (PAC) = 4 ; Vélingara (MGF) = 25 ; Kolda (FGC) = 27 Objective over estimated: based on total number of huts enrolled in year 1 (870) whereas all of them are not eligible (number of huts/sites eligible in year 1 : 64)
MALARIA	23	Number of persons trained in malaria treatment and prevention with USG Funds	2,096	1,038	49%	Delay in training (retraining of 1038 relays and CHWs in the areas of Louga, Nioro and Khombole (Plan)
	24	Number of individuals covered by educational and preventive activities related to malaria	101,268	156,225	154%	Reinforcement of malaria control activities with the introduction of PMI
		Number of malaria cases properly treated with ACTs in health huts	Not reported	27,509	-	96.22% of cases examined were treated with ACTs. The other cases were referred (number of cases examined: 28580)
		Number of CHWs trained in malaria treatment with ACTs at health huts level	Not reported	170	-	Delay in training CHWs trained : Louga, Nioro and Khombole

B.2. Community Health Component of the USAID/Senegal Health Program Indicators

Indicators		Q1	Q2	Q3	Q4	Total	Year of intervention Performance objective (expected results for project year1) (b)	Achieve-ment (a)/(b)
1. Percentage of health huts provided with standard equipment		284	284	284	286	286	524	54,58%
2. Percentage of huts offering basic service package de base *(offer 75% of the service package: 15 services /20)		640*	640	640	640	640	870	73,56%
3. Percentage of health/huts offering the specific package	Number offering the 5 types of services	0	0	0	0	0	237	0%
	SPNN	32	32	32	32	32	237	13,50%
	ARI	244	277	277	277	277	280	98,92%
	TB	363	363	363	363	363	445	81,57%
	FGC	55	0	0	0	52	64	81,25%
	FP	0	0	0	0	0	239	0%
	ORS-Zinc	0	0	0	0	0	241	0%
4. Percentage of CHWs- TBA trained and able to provide curative and preventive services according to basic service package and the specific service package		-	-	-	66	66	1 048	6,29%
5. Percentage of health committee members able to properly manage a health hut including financially		-	-	-	66	66	1,048	6,29%
6. Percentage of health huts with committees meeting monthly to talk about hut's management and financial status		-	-	-	33	33	524	6,29%
7 percentage of health huts with at least 2 members knowing standard basic services offered in the hut		-	-	-	33	33	524	6,29%

8. Percentage of cases requiring a transfer and transferred by ASCs and traditional birth attendants.	-	3%	-	100 %	100%	90%	100%
9. percentage of referred cases having received recommended reference services	-	-	-	-	-	70%	Data not reported
10 percentage of counter referral checked by ASC Traditional birth attendants or relays in the health huts	-	-	-	-	-	75%	Data not reported
11. Percentage of women knowing at least 5 types of community health services.	-	-	-	-	-	+ 50 points	Data not collected
12. percentage of women knowing how to obtain community health services	-	-	-	-	-	+ 50 points	Data not collected
13. Percentage of women knowing where to community health services	-	-	-	-	-	+ 50 points	Data not collected
14. percentage of women knowing at least 5 key health strengthening behaviours	-	-	-	-	-	+ 50 points	Data not collected
15. percentage of women practicing at least 5 key health strengthening behaviours	-	-	-	-	-	+ 50 points	Data not collected
16. percentage of ASCs trained in illness management according to the MHMP protocols	-	-	-	-	33	524	6,29%
17. percentage of illness cases managed according MHPM standards and protocols	-	90%	99,17%	99,85%	99,85 %	+ 50 points	99,85%

Community Health Component of the USAID/Senegal Health Program indicators synthesis chart for project year 1

USA D - Programme Santé / Santé Communautaire - CCF

CCF – Africare – Plan – World Vision

Santé Communautaire : Evaluation Cartographie des Interventions an I

Région	Districts	ONG Coordonnatrice	Paquet de base						Paquet spécifique															Etudes pilotes											
			Cases			Sites			SPNN			SAA			IRA			TB com.			MGF			PF			SRO Zinc			Supplémentation Fer Ado			Fortification farines en fer		
			Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%
Kaolack (5)	Kaolack +	CCF	10	10	**100**	10	0	**0**	5	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	10	4	**40**	-	-	-	5	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Kaffrine +	WV	64	37	**57.8**	-	-	-	5	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	5	5	**100**	-	-	-	8	0	**0**	25	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Koungheul	WV	20	20	**100**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Ndoffane	CCF	10	10	**100**	10	0	**0**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Nioro +	Plan	27	27	**100**	-	-	-	27	0	**0**	7	0	**0**	26	26	**100**	27	27	**100**	-	-	-	13	0	**0**	13	0	**0**	-	-	-	-	-	-
Kolda (4)	Kolda	CCF-WV	42	42	**100**	30	30	**100**	42	6	**14.29**	25	0	**0**	25	25	**100**	27	27	**100**	32	27	**84.38**	14	0	**0**	10	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Sédhiou	Africare	8	8	**100**	5	0	**0**	-	-	-	5	0	**0**	8	8	**100**	5	0	**0**	4	0	**0.00**	2	0	**0**	-	-	-	1	1	**100**	1	1	**100**
	Goudomp	Africare	6	6	**100**	8	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	6	6	**100**	8	0	**0**	3	0	**0.00**	3	0	**0**	3	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Vélingara	WV	45	45	**100**	-	-	-	45	6	**13.33**	45	0	**0**	35	35	**100**	-	-	-	25	25	**100.00**	35	0	**0**	25	0	**0**						
Louga (5)	Louga +	Plan	10	10	**100**	-	-	-	10	0	**0**	10	0	**0**	10	10	**100**	10	0	**0**	-	-	-	5	0	**0**	10	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Linguère +	Plan	3	3	**100**	-	-	-	3	0	**0**	3	0	**0**	-	-	-	3	0	**0**	-	-	-	2	0	**0**	3	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Dahra	Plan	3	3	**100**	-	-	-	-	-	-	3	0	**0**	-	-	-	3	0	**0**	-	-	-	2	0	**0**	3	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Kébémer +	WV	23	23	**100**	-	-	-	23	0	**0**	23	0	**0**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	0	**0**	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Darou Mousty	Plan	4	4	**100**	-	-	-	4	0	**0**	4	0	**0**	-	-	-	4	0	**0**	-	-	-	2	0	**0**	4	0	**0**	-	-	-	-	-	-
Thiès (9)	Thiès +	CCF – Plan	33	25	**75.8**	37	37	**100**	13	0	**0**	18	0	**0**	13	10	**76.92**	23	0	**0**	-	-	-	16	0	**0**	23	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Pout +	CCF	10	10	**100**	-	-	-	5	0	**0**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Khombole	Plan	10	10	**100**	5	0	**0**	10	0	**0**	10	0	**0**	10	10	**100**	10	0	**0**	-	-	-	5	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Tivaouane	CCF	10	10	**100**	8	0	**0**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**#REF!**	-	-	-	10	0	**0**	10	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Mékhé	CCF	10	10	**100**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	0	**0**	-	-	-	5	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Mbour +	CCF	21	21	**100**	35	35	**100**	5	5	**100**	10	2	**20**	15	15	**100**	46	46	**100**	-	-	-	11	0	**0**	11	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Joal Fadhiouth +	CCF	19	19	**100.0**	30	30	**100**	5	5	**100**	5	2	**40**	17	17	**100**	49	49	**100**	-	-	-	10	0	**0**	10	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Popenguine +	CCF	18	18	**100**	5	5	**100**	5	5	**100**	5	0	**0**	23	23	**100**	18	18	**100**	-	-	-	9	0	**0**	9	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Thiadiaye +	CCF	68	68	**100.0**	20	20	**100**	5	5	**100**	20	0	**0**	42	42	**100**	88	88	**100**	-	-	-	34	0	**0**	34	0	**0**	-	-	-	-	-	-
Ziguinchor (5)	Ziguinchor +	Africare	1	1	**100**	52	25	**48.08**	1	0	**0**	10	0	**0**	1	1	**100**	53	53	**100**	-	-	-	1	0	**0**	1	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Oussouye +	Africare	9	9	**100**	25	0	**0**	2	0	**0**	-	-	-	9	9	**100**	10	10	**100**	-	-	-	2	0	**0**	2	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Bignona +	Africare	25	25	**100**	34	0	**0**	9	0	**0**	-	-	-	25	25	**100**	15	15	**100**	-	-	-	5	0	**0**	2	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Diouloulou +	Africare	10	10	**100**	17	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	10	10	**100**	10	10	**100**	-	-	-	4	0	**0**	7	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Thionk Essyl +	Africare	5	5	**100**	15	0	**0**	3	0	**0**	-	-	-	5	5	**100**	11	11	**100**	-	-	-	3	0	**0**	1	0	**0**	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**28 Districts**	**4 ONG**	**524**	**489**	**93.32**	**346**	**182**	**52.6**	**237**	**32**	**427.6**	**213**	**4**	**1.878**	**280**	**277**	**1677**	**445**	**363**	**81.573**	**64**	**52**	**81.25**	**239**	**0**	**0**	**241**	**0**	**0**	**1**	**1**	**100**	**1**	**1**	**100**

\+ Appui supervision Intrah

USAID - Programme Santé / Santé Communautaire - CCF

CCF – Africare – Plan – World Vision

Santé Communautaire : Evaluation Cartographie des Interventions an I

Région	Districts	ONG Coordonnatrice	Paquet de base						Paquet spécifique														
			Cases			Sites			SPNN			SAA			IRA			TB com.			MGF		
			Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%
Kaolack (5)	Kaolack +	CCF	10	10	**100**	10	0	**0**	5	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	10	4	**40**	-	-	-
	Kaffrine +	WV	64	37	**57.8**	-	-	-	5	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	5	5	**100**	-	-	-
	Koungheul	WV	20	20	**100**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ndoffane	CCF	10	10	**100**	10	0	**0**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Nioro +	Plan	27	27	**100**	-	-	-	27	0	**0**	7	0	**0**	26	26	**100**	27	27	**100**	-	-	-
Kolda (4)	Kolda	CCF-WV	42	42	**100**	30	30	**100**	42	6	**14.3**	25	0	**0**	25	25	**100**	27	27	**100**	32	27	**84.4**
	Sédhiou	Africare	8	8	**100**	5	0	**0**	-	-	-	5	0	**0**	8	8	**100**	5	0	**0**	4	0	**0.00**
	Goudomp	Africare	6	6	**100**	8	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	6	6	**100**	8	0	**0**	3	0	**0.00**
	Vélingara	WV	45	45	**100**	-	-	-	45	6	**13.3**	45	0	**0**	35	35	**100**	-	-	-	25	25	**100**
Louga (5)	Louga +	Plan	10	10	**100**	-	-	-	10	0	**0**	10	0	**0**	10	10	**100**	10	0	**0**	-	-	-
	Linguère +	Plan	3	3	**100**	-	-	-	3	0	**0**	3	0	**0**	-	-	-	3	0	**0**	-	-	-
	Dahra	Plan	3	3	**100**	-	-	-	-	-	-	3	0	**0**	-	-	-	3	0	**0**	-	-	-
	Kébémer +	WV	23	23	**100**	-	-	-	23	0	**0**	23	0	**0**	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Darou Mousty	Plan	4	4	**100**	-	-	-	4	0	**0**	4	0	**0**	-	-	-	4	0	**0**	-	-	-
Thiès (9)	Thiès +	CCF – Plan	33	25	**75.8**	37	37	**100**	13	0	**0**	18	0	**0**	13	10	**76.9**	23	0	**0**	-	-	-
	Pout +	CCF	10	10	**100**	-	-	-	5	0	**0**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Khombole	Plan	10	10	**100**	5	0	**0**	10	0	**0**	10	0	**0**	10	10	**100**	10	0	**0**	-	-	-
	Tivaouane	CCF	10	10	**100**	8	0	**0**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mékhé	CCF	10	10	**100**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	0	**0**	-	-	-
	Mbour +	CCF	21	21	**100**	35	35	**100**	5	5	**100**	10	2	**20**	15	15	**100**	46	46	**100**	-	-	-
	Joal Fadhiouth +	CCF	19	19	**100.0**	30	30	**100**	5	5	**100**	5	2	**40**	17	17	**100**	49	49	**100**	-	-	-
	Popenguine +	CCF	18	18	**100**	5	5	**100**	5	5	**100**	5	0	**0**	23	23	**100**	18	18	**100**	-	-	-
	Thiadiaye +	CCF	68	68	**100.0**	20	20	**100**	5	5	**100**	20	0	**0**	42	42	**100**	88	88	**100**	-	-	-
Ziguinchor (5)	Ziguinchor +	Africare	1	1	**100**	52	25	**48.1**	1	0	**0**	10	0	**0**	1	1	**100**	53	53	**100**	-	-	-
	Oussouye +	Africare	9	9	**100**	25	0	**0**	2	0	**0**	-	-	-	9	9	**100**	10	10	**100**	-	-	-
	Bignona +	Africare	25	25	**100**	34	0	**0**	9	0	**0**	-	-	-	25	25	**100**	15	15	**100**	-	-	-
	Diouloulou +	Africare	10	10	**100**	17	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	10	10	**100**	10	10	**100**	-	-	-
	Thionk Essyl +	Africare	5	5	**100**	15	0	**0**	3	0	**0**	-	-	-	5	5	**100**	11	11	**100**	-	-	-
	28 Districts	**4 ONG**	**524**	**489**	**93.3**	**346**	**182**	**52.6**	**237**	**32**	**13.5**	**213**	**4**	**1.88**	**280**	**277**	**98.9**	**445**	**363**	**81.6**	**64**	**52**	**81.3**

USAID - Programme Santé / Santé Communautaire - CCF

CCF – Africare – Plan – World Vision

Santé Communautaire : Evaluation Cartographie des Interventions an I

Région	Districts	ONG Coordonnatrice	Etudes pilotes											
			PF			SRO Zinc			Supplémentation Fer Ado			Fortification farines en fer		
			Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%
Kaolack (5)	Kaolack +	CCF	5	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Kaffrine +	WV	8	0	**0**	25	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Koungheul	WV	-	-	-	10	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Ndoffane	CCF	5	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Nioro +	Plan	13	0	**0**	13	0	**0**	-	-	-	-	-	-
Kolda (4)	Kolda	CCF-WV	14	0	**0**	10	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Sédhiou	Africare	2	0	**0**	-	-	-	1	1	**100**	1	1	**100**
	Goudomp	Africare	3	0	**0**	3	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Vélingara	WV	35	0	**0**	25	0	**0**						
Louga (5)	Louga +	Plan	5	0	**0**	10	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Linguère +	Plan	2	0	**0**	3	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Dahra	Plan	2	0	**0**	3	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Kébémer +	WV	23	0	**0**	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Darou Mousty	Plan	2	0	**0**	4	0	**0**	-	-	-	-	-	-
Thiès (9)	Thiès +	CCF – Plan	16	0	**0**	23	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Pout +	CCF	5	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Khombole	Plan	5	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Tivaouane	CCF	10	0	**0**	10	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Mékhé	CCF	5	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Mbour +	CCF	11	0	**0**	11	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Joal Fadhiouth +	CCF	10	0	**0**	10	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Popenguine +	CCF	9	0	**0**	9	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Thiadiaye +	CCF	34	0	**0**	34	0	**0**	-	-	-	-	-	-
Ziguinchor (5)	Ziguinchor +	Africare	1	0	**0**	1	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Oussouye +	Africare	2	0	**0**	2	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Bignona +	Africare	5	0	**0**	2	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Diouloulou +	Africare	4	0	**0**	7	0	**0**	-	-	-	-	-	-
	Thionk Essyl +	Africare	3	0	**0**	1	0	**0**	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**28 Districts**	**4 ONG**	**239**	**0**	**0**	**241**	**0**	**0**	**1**	**1**	**100**	**1**	**1**	**100**

USAID - Programme Santé / Santé Communautaire - CCF

CCF – Africare – Plan – World Vision

Santé Communautaire : Evaluation Cartographie des Interventions an I

Région	Districts	ONG Coordonnatrice	Paquet de base					
			Cases			Sites		
			Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%
Kaolack (5)	Kaolack +	CCF	10	10	**100**	10	0	**0**
	Kaffrine +	WV	64	37	**57.8**	-	-	-
	Koungheul	WV	20	20	**100**	-	-	-
	Ndoffane	CCF	10	10	**100**	10	0	**0**
	Nioro +	Plan	27	27	**100**	-	-	-
Kolda (4)	Kolda	CCF-WV	42	42	**100**	30	30	**100**
	Sédhiou	Africare	8	8	**100**	5	0	**0**
	Goudomp	Africare	6	6	**100**	8	0	**0**
	Vélingara	WV	45	45	**100**	-	-	-
Louga (5)	Louga +	Plan	10	10	**100**	-	-	-
	Linguère +	Plan	3	3	**100**	-	-	-
	Dahra	Plan	3	3	**100**	-	-	-
	Kébémer +	WV	23	23	**100**	-	-	-
	Darou Mousty	Plan	4	4	**100**	-	-	-
Thiès (9)	Thiès +	CCF – Plan	33	25	**75.8**	37	37	**100**
	Pout +	CCF	10	14	**140**	-	-	-
	Khombole	Plan	10	11	**110**	5	0	**0**
	Tivaouane	CCF	10	22	**220**	8	0	**0**
	Mékhé	CCF	10	28	**280**	-	-	-
	Mbour +	CCF	21	21	**100**	35	35	**100**
	Joal Fadhiouth +	CCF	19	20	**105.3**	30	30	**100**
	Popenguine +	CCF	18	18	**100**	5	5	**100**
	Thiadiaye +	CCF	68	69	**101.5**	20	20	**100**
Ziguinchor (5)	Ziguinchor +	Africare	1	1	**100**	52	25	**48.08**
	Oussouye +	Africare	9	9	**100**	25	0	**0**
	Bignona +	Africare	25	25	**100**	34	0	**0**
	Diouloulou +	Africare	10	10	**100**	17	0	**0**
	Thionk Essyl +	Africare	5	5	**100**	15	0	**0**
TOTAL	**28 Districts**	**4 ONG**	**524**	**526**	**100.38**	**346**	**182**	**52.60**

USAID - Programme Santé / Santé Communautaire - CCF

CCF – Africare – Plan – World Vision

Santé Communautaire : Evaluation Cartographie des Interventions an I

Région	Districts	ONG Coordonnatrice	Paquet spécifique														
			SPNN			SAA			IRA			TB com.			MGF		
			Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%	Prévu	Réalisé	%
Kaolack (5)	Kaolack +	CCF	5	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	10	4	**40**	-	-	-
	Kaffrine +	WV	5	0	**0**	5	0	**0**	-	-	-	5	5	**100**	-	-	-
	Koungheul	WV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ndoffane	CCF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Nioro +	Plan	27	0	**0**	7	0	**0**	26	26	**100**	27	27	**100**	-	-	-
Kolda (4)	Kolda	CCF-WV	42	6	**14.29**	25	0	**0**	25	25	**100**	27	27	**100**	32	27	**84.38**
	Sédhiou	Africare	-	-	-	5	0	**0**	8	8	**100**	5	0	**0**	4	0	**0.00**
	Goudomp	Africare	5	0	**0**	-	-	-	6	6	**100**	8	0	**0**	3	0	**0.00**
	Vélingara	WV	45	6	**13.33**	45	0	**0**	35	35	**100**	-	-	-	25	25	**100.00**
Louga (5)	Louga +	Plan	10	0	**0**	10	0	**0**	10	10	**100**	10	0	**0**	-	-	-
	Linguère +	Plan	3	0	**0**	3	0	**0**	-	-	-	3	0	**0**	-	-	-
	Dahra	Plan	-	-	-	3	0	**0**	-	-	-	3	0	**0**	-	-	-
	Kébémer +	WV	23	0	**0**	23	0	**0**	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Darou Mousty	Plan	4	0	**0**	4	0	**0**	-	-	-	4	0	**0**	-	-	-
Thiès (9)	Thiès +	CCF – Plan	13	0	**0**	18	0	**0**	13	10	**76.92**	23	0	**0**	-	-	-
	Pout +	CCF	5	0	**0**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Khombole	Plan	10	0	**0**	10	0	**0**	10	10	**100**	10	0	**0**	-	-	-
	Tivaouane	CCF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mékhé	CCF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	0	**0**	-	-	-
	Mbour +	CCF	5	5	**100**	10	2	**20**	15	15	**100**	46	46	**100**	-	-	-
	Joal Fadhiouth +	CCF	5	5	**100**	5	2	**40**	17	17	**100**	49	49	**100**	-	-	-
	Popenguine +	CCF	5	5	**100**	5	0	**0**	23	23	**100**	18	18	**100**	-	-	-
	Thiadiaye +	CCF	5	5	**100**	20	0	**0**	42	42	**100**	88	88	**100**	-	-	-
Ziguinchor (5)	Ziguinchor +	Africare	1	0	**0**	10	0	**0**	1	1	**100**	53	53	**100**	-	-	-
	Oussouye +	Africare	2	0	**0**	-	-	-	9	9	**100**	10	10	**100**	-	-	-
	Bignona +	Africare	9	0	**0**	-	-	-	25	25	**100**	15	15	**100**	-	-	-
	Diouloulou +	Africare	5	0	**0**	-	-	-	10	10	**100**	10	10	**100**	-	-	-
	Thionk Essyl +	Africare	3	0	**0**	-	-	-	5	5	**100**	11	11	**100**	-	-	-
TOTAL	**28 Districts**	**4 ONG**	**237**	**32**	**13.50**	**213**	**4**	**1.88**	**280**	**277**	**98.93**	**445**	**363**	**81.57**	**64**	**52**	**81.25**

USAID - Programme Santé / Santé Communautaire - CCF
CCF – Africare – Plan – World Vision

Santé Communautaire : Cartographie des Interventions an II

Région	Districts	ONG Coordonnatrice	Paquet de base		Paquet spécifique					Etudes pilotes			
			Cases	Sites	SPNN	SAA	IRA	TB com	MGF	PF	SRO Zinc	Supplémentation Fer Ado	Fortification farines en fer
Kaolack (5)	Kaolack +	CCF	10		5	5		10		5			
	Kaffrine +	WV	**60**		5	5		5		8			
	Koungheul	WV	25										
	Ndoffane	CCF	10							5			
	Nioro +	Plan	80		27	7	26	27		13			
Kolda (4)	Kolda	CCF-WV	45	30	42	25	25	27	32	14	42		
	Sédhiou	Africare	29			5	8	5	4	2			
	Goudomp	Africare	25		5	0	6	8	3	3			
	Vélingara	WV	45		45	45	35		25	35			
Louga (5)	Louga +	Plan	26		10	10	10	10		5			
	Linguère +	Plan	15		3	3		3		2			
	Dahra	Plan	14			3		3		2			
	Kébémer +	WV	33		23	23				23			
	Darou Mousty	Plan	20		4	4		4		2			
Thiès (9)	Thiès +	CCF – Plan	25	37	13	18	13	23		16			
	Pout +	CCF	14		5					5			
	Khombole	Plan	11		10	10	10	10		5			
	Tivaouane	CCF	22							10			
	Mékhé	CCF	10					10		5			
	Mbour +	CCF	21	35	5	10	15	46		11			
	Joal Fadhiouth +	CCF	20	30	5	5	17	49		10	19		
	Popenguine +	CCF	18	5	5	5	23	18		9			
	Thiadiaye +	CCF	69	20	5	20	42	88		34			
Ziguinchor (5)	Ziguinchor +	Africare	6	25	1	10	1	53		1			
	Oussouye +	Africare	11		2		9	10		2			
	Bignona +	Africare	36		9		25	15		5			
	Diouloulou +	Africare	21		5		10	10		4			
	Thionk Essyl +	Africare	7		3		5	11		3			
	28 Districts	**4 ONG**	**728**	**182**	**237**	**213**	**280**	**445**	**64**	**239**	**61**	**0**	**0**

+ : Appui supervision Intrah

Ministère de le Sante et de
la Prévention Médicale.
DSR

PROGRAMME SANTE / SANTE COMMUNAUTAIRE

E. PROJET D'ETUDE PILOTE SUR
LA PLANIFICATION FAMILIALE EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

OFFRE INITIALE DE PILULES CONTRACEPTIVES ORALES PAR LES MATRONES DES CASES DE SANTE

Mise en œuvre par CCF, Africare, Plan et World Vision

Juillet 07

TABLE DES MATIERES

Introduction…….p5
Liste des abréviations…….p6
I Contexte et justification…….p8
II Hypothèse…….p9
III But et objectifs….. …….. ..p10
A. But…….....p10
B. Objectifs……...p10
IV Zones d'intervention…….p11
A. zones d'intervention…….p11
B. Echantillonnage…….....p11
C. Cibles de l'intervention…….p12
.....
V Description détaillée de l'intervention…….....p11
5.1 offre initiale de pilules par les matrones……....p11
a) description de l'offre…… ..p11
b) counselling……...p12
c) choix des pilules contraceptives à utiliser……...p13
d) stratégie de réduction des barrières socioculturelles……p14
VI Ethique …….....p15
1.L'information éclairée…….....p15
2. Le respect des valeurs religieuses et des coutumes.....p16
3. La sélection volontaire des personnes p16
4. La promotion des droits des femmes à l'accès des services de PF de qualité au niveau décentralisée .....…p16
5. Le respect rigoureux des PNP du MSPM et des directives de l'OMS……P17
6. Le partage des résultats …..…….p17

VII Renforcement de compétence…….p18
7.1 Elaboration des manuels et support de formation……...p18
a) le contenu de la formation…….p18
b) les outils de formation…….p18

7.2 Mise en œuvre de la formation……..p19
a) formation des formateurs……..p19
b) formation des matrones aux méthodes contraceptives……p19
c) formation des relais, ASC et membres des comités de cases ……...p20
7.3 Gestion de la logistique PF……p21
VIII Cadre de mise en œuvre……..p21
8.1 Cadre institutionnel……...p21
a) création du comité de pilotage……..p21
b) création du comité technique……p22
8.2 Acteurs de l'intervention……..P23
8.3 Mise en œuvre……..p24
8.3.1 Plan de mise en œuvre……p25
IX Gestion Coordination……p26
X Suivi/Evaluation……p26
1. Suivi post formation……p26
2. Suivi/supervision……p26
3. Evaluation……p27
Annexe……p28
Annexe 1 : détails zones d'interventions……p29
Annexe 2 : ……..p30
Annexe 3 : indicateurs du plan de monitoring (PF)……...p32
Annexe 4 : listes de vérification pour offre de contraceptifs……p35
Annexe 5 : indicateurs du plan de suivi……..p36
Annexe 6 : plan de monitorage des activités……p38
Annexe7 : plan de communication de la mise en œuvre de la PF au niveau communautaire……p44

LISTE DES ABREVIATIONS

ASC : agent de santé communautaire

ADC : agent de développement sanitaire

ICP : Infirmier chef de poste

SFE : sage-femme d'Etat

SR : santé de la reproduction

FAR : Femme en age de reproduction

GPF : groupement de promotion féminine

PF : planification familiale

IEC : Information Education Communication

CCC : communication pour le changement de comportement

MSPM : Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

VADI : Visite à Domicile intégrée

CIP : communication interpersonnelle

PSSC : Programme Santé /Santé Communautaire

CCF : Christian Children Fund

PP : Pilule progestative

COC : Contraceptif oraux combines

CO : contraceptive oraux

RZ : responsable de zone

CS : case de santé

RM : région médicale

UCAD : Université Cheikh Anta Diop

ISED : initiative de santé et développement

SMI : Santé maternelle et infantile

SMNI : santé maternelle néonatale et infantile

ABT Associate

UNFPA: United Nation Population Funds

Intra Health International

FHI: Family Health International

MAMA : méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

SSP : soins de santé primaire

MJF : méthode des jours fixes

DSR : division santé de la reproduction

INTRODUCTION

Il est admis que l'espacement des naissances, contribue à la lutte contre la Mortalité Maternelle dans des proportions de 17-35%. Il réduit les grossesses trop (précoces, tardives, multiples, rapprochées). L'espacement des naissances pendant 24 mois entraînerait également une diminution de la mortalité infantile de 20-30%. Malheureusement, au Sénégal le taux de prévalence contraceptive reste encore faible (10 %chez les femmes en union pour les méthodes modernes) Paradoxalement une femme en union sur trois (32 %) exprime le besoin d'espacer la naissance de son prochain enfant. La satisfaction de ces besoins entraînerait une augmentation de la prévalence contraceptive des femmes en union de 43 %, c'est-à-dire près de quatre fois plus que le niveau actuel. . Un autre facteur qui pourrait entraver l'accès à la contraception moderne concerne l'organisation de l'offre de services de PF dans le système de santé. En effet, l'approche actuelle est ciblée et circonscrite au niveau des structures de santé alors que 80% de la population vit dans des villages éloignés de ces structures. Des interventions fondées sur la Distribution à base Communautaire menées dans des pays de la sous région ont permis une augmentation significative du taux de prévalence contraceptive.

Pour améliorer la disponibilité et l'utilisation de la contraception moderne, le MSPM en partenariat avec l'USAID se propose de mener une intervention pilote d'offre initiale de pilules contraceptives par les matrones en milieu communautaire. Le projet vise à tester l'efficacité d'une stratégie de distribution initiale à base communautaire de contraceptifs oraux. Le projet est financé par l'USAID à partir du Programme de Santé/ Santé Communautaire CCF. Il est coordonné par la Division de la Santé de la Reproduction du MSPM. L'accompagnement technique est assuré par le Comité de Pilotage mis en place par le MSPM et est chargé de valider le contenu technique de la stratégie, de contrôler sa mise en œuvre et son évaluation. L'étude sera menée dans 239 cases de santé réparties dans 27 districts sanitaires implantées dans les régions de Kaolack, Louga, Thiès, Kolda et Ziguinchor. La période de mise en œuvre est prévue du mois d'octobre 2007au mois d'Avril 2009

I - CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La prévalence contraceptive moderne reste encore très faible au Sénégal. EDS IV estime le recours à la contraception moderne à 10% avec des disparités criardes entre le milieu rural et urbain (3,4 fois plus élevée en milieu urbain), et d'une région à une autre. L'EDS IV fait état d'une prévalence contraceptive en pilules particulièrement basse dans les régions de Kaolack (1,4%), Kolda (0,6%), Ziguinchor (1,9%), Thiès (6,1%) Louga (0,2) %. L'enquête de base commanditée par le PSSC du mois de Janvier 2007 révèle un taux de prévalence de 7,7% dans les 5 régions d'intervention du projet (Kaolack, Louga, Thiès, Kolda et Ziguinchor). Il existe également des disproportions manifestes entre les femmes en union en milieu urbain (2O,3%) et leurs homologues des zones rurales (6,3%). Cependant, bien que l'utilisation continue de méthodes contraceptives soit faible, une forte proportion de femmes en âge de reproduction (39%) ont une intention affirmée de retarder la naissance de leur prochain enfant. Déjà en 1999, EDS III indiquait que dans 27% des cas de naissances survenues, les mères les auraient souhaité plus tardives et 7% n'étaient pas du tout désirées. Par contre le niveau de connaissance des méthodes de PF est très élevé parmi les FAR (92% des femmes connaissent au moins une méthode de contraception). Ainsi il existe un net écart entre le besoin de planifier les naissances et l'utilisation effective de méthodes contraceptives efficaces.(33% de be*soins en PF non satisfaits).*

Les déterminants de cette situation sont multiples. Ils sont en rapport avec des facteurs socio culturels dominés par une interprétation de la religion souvent erronée et des croyances issues de la culture traditionnelle. Par ailleurs le système matrimonial favorise une polarisation des décisions du couple sur le mari. La femme n'a pas toujours la capacité de décider du nombre d'enfants qu'elle veut ou d'espacer ses grossesses sans le consentement du mari. Un autre facteur pesant est celui lié à l'organisation de l'offre de services de PF dans le système de santé. En effet, l'approche actuelle est surtout circonscrite au niveau des structures de santé alors que 80% de la population vit dans des villages éloignés de ces structures. Selon les statistiques CRP/GREFELS, 92% des femmes en milieu urbain peuvent

trouver une structure de santé où la PF est offerte contre 53 % de leurs soeurs en milieu rural se trouvant à 5 km d'une structure et 11% habitant dans un rayon de 15 à 29km.

Depuis 1996, on assiste à une redynamisation de la mise en œuvre des SSP donnant naissance à un vaste réseau de structures de santé et acteurs communautaires. Dans tous les districts du pays, il existe un réseau d'agents de santé communautaire, de matrones et de relais qui appuient le système de santé en menant des activités de promotion de la santé. Ce réseau d'acteurs communautaires offre une grande opportunité pour booster la prévalence contraceptive, mais il est timidement utilisé à cette fin.

Les services offerts au niveau communautaire avec l'aide des relais et matrones se sont toujours limités aux méthodes naturelles (MAMA, MJF), aux méthodes de barrières (condoms, spermicides, mousse et gelée) et au réapprovisionnement en contraceptifs selon les normes et protocoles en vigueur au Sénégal. L'offre de services d'une méthode moderne de contraception comme la pilule par les matrones pourrait constituer une stratégie d'aide et de réponse à la demande potentielle non satisfaite surtout en milieu rural.

L'objet de ce présent projet est de tester la faisabilité d'une telle approche et de vérifier sa capacité à améliorer l'accès à la contraception moderne au niveau communautaire pour réduire le gap des besoins non satisfaits en PF.

II. HYPOTHESES

Diverses expériences semblables ont montré la preuve de leur efficacité dans l'augmentation de l'utilisation des contraceptifs modernes et dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. L'expérience du Bangladesh (projet Matlab) a porté sur une étude comparative entre un groupe bénéficiaire de services de planification familiale à travers un système de distribution à base communautaire et un groupe témoin qui avait accès aux mêmes services à travers les programmes de santé gouvernementaux. Les résultats de l'étude menée entre 1977 et 1989 révèlent que le taux d'utilisation de contraceptifs est passé de 8% à 56% dans la

zone d'intervention alors qu'il est resté inférieur à 20% dans la zone témoin (Network, Family Health International, vol7 n°3, les hommes et la PF).

Une expérience semblable menée au Maroc a permis d'atteindre 90% de prévalence contraceptive dont plus de 60% d'utilisatrices de pilule.

La distribution à base communautaire (DBC) de pilule contraceptive réalisée au Mali a montré également des résultats très satisfaisants. L'étude a été menée dans les régions de Koulikoro et SIKASSO pour une durée de 3 ans et a donné les résultats suivants ; la DBC pilule est une technique faisable et culturellement acceptable. Elle a contribué de façon significative à l'augmentation du niveau de connaissance et du taux d'utilisation des méthodes modernes de PF au niveau de la population cible. (la prévalence contraceptive est passée de 11 à 32% en 6 mois) (rapport de l'étude sur la DBC au Mali)

L'analyse de ces différentes expériences a servi de base aux hypothèses proposées pour la présente intervention

1. Une matrone de case de santé instruite ou alphabétisée formée et supervisée est capable de fournir l'offre initiale de pilule contraceptive au niveau de la case de santé.
2. L'offre initiale de pilule contraceptive par les matrones des cases permet d'augmenter de manière significative la prévalence contraceptive au niveau des zones rurales

III — BUT ET OBJECTIFS

A- But

Améliorer la prévalence contraceptive en milieu rural

B- Objectifs

1- Tester une stratégie d'offre initiale de pilules contraceptives par les matrones dans les cases

2- Procéder à la documentation systématique et continue du processus

3- Analyser les conditions / critères d'utilisation de la stratégie dans la perspective de sa reproduction et de son extension (passage à l'échelle)

4- Analyser l'influence de la stratégie sur la prévalence contraceptive.

IV. CIBLES DE L'INTERVENTION

a) zones d'intervention :

L'offre de pilules à base communautaire couvrira 239 cases de santé dans neuf (9) districts des 5 régions d'intervention du PSSC : Kaolack (31), Kolda (54), Louga (50), Thiès (106), Ziguinchor (15), (Annexe 1 liste des cases par district)

b) Echantillonnage : L'échantillonnage comprend les cases de santé et les matrones.

L'échantillonnage des cases a été établi de façon raisonnée sur la base des critères d'inclusion suivants :

- La case de santé doit être fonctionnelle (ASC et matrones formés, offre de service curatifs et préventifs de base ; disponibilité d'un local, existence d'un comité de santé)
- La case doit être enrôlée dans le cadre du PSSC,
- La population polarisée par la case de santé doit etre d'au moins 400 personnes.
- Le poste de santé de référence de la case doit offrir la gamme des contraceptifs admise par les normes et protocoles pour le niveau poste de santé avec un ICP/SF formé en planning familial

Le choix des matrones se fera sur la base des critères suivants : être âgée d'au moins 25 ans, être capable de lire et écrire en français ou en langue nationale**,** avoir reçu une formation de matrone, exercer comme matrone dans une case de santé qui remplit les conditions d'éligibilité retenues**.**

C Les cibles de l'intervention :

L'intervention ciblera en priorité les femmes en age de reproduction(FAR) et les chefs de famille. Tous les groupes communautaires qui exercent une influence sociale sur la PF ou interfèrent sur les décisions des femmes seront également ciblés : leaders communautaires, chefs religieux, guérisseurs, et grands mères,…

Les Femmes en âge de Reproduction (FAR) et leur conjoint constitueront les cibles primaires de l'intervention. Les cibles secondaires sont les adolescents, les grands mères et chefs communautaires. Ils seront concernés dans le plaidoyer, l'information sur la PF et l'offre de condom. Ils constituent des leviers potentiels influents pour la mobilisation communautaire et la pratique de la PF par les bénéficiaires directs

V. DESCRIPTION DETAILLEE DE L'INTERVENTION

L'intervention est centrée sur l'offre initiale de pilules par les matrones des cases formées en technologie contraceptive spécifiquement sur la contraception hormonale orale. La mise en œuvre de cette intervention sera fortement appuyée par un volet IEC/CCC et de plaidoyer

5.1. Offre initiale de pilules par les matrones

Il s'agit d'une stratégie d'intervention qui consiste à offrir la pilule au niveau de la case de santé. Elle se fonde sur le postulat qu'une matrone formée à l'administration d'une méthode simple de contraception (offre initiale de pilule) et suivie régulièrement peut considérablement augmenter l'offre et l'accès des services PF en milieu rural. L'introduction de la pilule au niveau case de santé et sa distribution par les matrones permet l'intégration progressive des méthodes moderne d'espacement de naissance dans les normes communautaires rurales et cherche à améliorer ainsi :

- l'accessibilité des méthodes contraceptives,

- la réduction des besoins non couvert en PF (34%)

a. Description de l'offre

L'intervention d'offre initiale de pilule par les matrones au niveau communautaire renforcera le paquet de services PF actuellement offert dans les cases par les relais et matrones. Les types de pilules retenus seront intégrés dans la liste des médicaments dans les cases tests. Dans le but de garantir une pérennisation de l'activité, nous avons introduit le recouvrement d'une partie du prix des produits. Ainsi, les pilules seront offertes à des prix abordables définis d'accord partie par les comités de gestion des cases et les groupes de mères et OCB. Les cases de santé seront appuyées pour la mise en place de conditions garantissant la sécurité des prestations (source d'eau, produits antiseptiques, matériel pour la décontamination et l'élimination des déchets...).

Il s'agit pour la matrone de recevoir au niveau de la case de santé les clientes/clients qui désirent être informé(e)s sur les méthodes d'espacement des naissances et de fournir à la cliente désireuse de pilule, la méthode. Elle aura en charge :

- le counseling initial sur toutes les méthodes et sur les lieux ou les clients (es) peuvent obtenir ces méthodes pour un choix libre et éclairé d'une méthode
- le counseling spécifique en cas de choix de pilule
- la fourniture de la pilule
- le suivi des femmes sous pilule et la gestion des effets secondaires
- la référence des clientes ayant choisi une méthode non disponible à la case de santé.

b. COUNSELING

L'accent sera également mis aussi sur la façon d'informer de façon éclairée les clientes et le respect rigoureux du choix de la cliente par rapport à la méthode. Le counseling sera mené de façon à préserver l'intimité et la confidentialité de la cliente et garantira les exigences définies dans le règlement de Mexico. Des améliorations seront apportées au niveau de l'accueil, l'attente des clients et les délais de rendez-vous. Les clientes recevront une information de qualité sur le mode d'administration des produits et la gestion des effets secondaires.

Deux types de counseling seront utilisés : Le counseling initial qui donne à la cliente une vision d'ensemble de toutes les méthodes et lui permet de faire un choix et le counseling spécifique qui devra aborder dans les détails la méthode choisie par la cliente en utilisant la technique du BERCER étape par étape. Il utilisera différents supports dont ceux développés par le Programme National (présentations de méthodes de contraception, dépliants, boites à images, cassettes audio et vidéo)

c. CHOIX DES PILULES CONTRACEPTIVES A UTILISER :

Les pilules contraceptives sont des méthodes hormonales qui empêchent la survenue d'une grossesse. Il en existe deux types : les combinés oraux (CO) avec deux hormones (oestrogène et progestatif) et les contraceptifs à progestatif seul. Le choix des pilules à utiliser pourrait se baser sur la flexibilité du maniement (facilité d'utilisation), l'innocuité et la simplicité d'utilisation (capacité des matrones à exécuter les procédures et les conseils spécifiques sur la méthode).

L'analyse du tableau en annexe 2 tiré du manuel de technologie contraceptive de l'université John's Hopkins montre qu'il n'existe pas de différence dans les critères de sélection entre les deux méthodes. Cela permet de penser qu'aussi bien les pilules combinées faiblement dosées que les pilules progestatives pourraient être fournies par les matrones.

Aussi la liste de contrôle des clientes souhaitant commencer l'usage de contraceptifs oraux combinés (COC) de FHI/ OMS (cf annexe) a été étudié et révèle les mêmes constats.

Les interventions similaires effectuées dans les mêmes contextes révèlent qu'il n'existe aucune différence entre l'offre des deux types de pilules fournit par les prestataires et les matrones

Le comité technique du comité de pilotage de l'intervention recommande pour cette présente étude d'évaluer l'offre des COC et des PP par les matrones des cases. Ainsi donc dans cette intervention, il sera mis à la disposition des matrones les pilules progestatives (PP) et les pilules combinées (COC)

- **IEC / CCC**

L'individu subit l'emprise des normes sociales et structurelles qui doivent être pris en compte si l'on doit créer un environnement propice au changement de comportements. C'est dans ce sens que l'intervention se focalise sur l'élévation du niveau des connaissances et la modification des comportements. Ainsi il sera privilégié, pour la communication pour le changement de comportement des stratégies novatrices d'IEC /CCC.

Le volet IEC/CCC vise à susciter une augmentation de la demande en services de PF des populations par la réduction des barrières socioculturelles en rapport avec l'espacement des naissances par l'utilisation de méthodes contraceptives modernes et l'information éclairée des populations sur l'espacement des naissances par l'utilisation de méthodes contraceptives modernes.

Plusieurs stratégies seront déployées en fonction des mécanismes de communication qui existent dans chaque localité et qui cibleront tous les sous groupes communautaires constitués des jeunes, des hommes adultes, des femmes et les grands-mères. Différentes techniques d'IEC de proximité (causeries, entretiens individuels, VAD, réunions communautaires, sketches, chansons, taalifs,...), de communication de masse (radio crochets, émissions radiophoniques, spots radio, caravanes de sensibilisations,...) seront fortement utilisées dans le cadre de la stratégie. Des supports spécifiques seront développées notamment à l'intention des grands-mères afin d'en faire des relais privilégiés pour la modification des comportements des jeunes mères et maris (histoires « sans résolution », focus groupes…). Enfin, les « cercles de solidarité entre femmes enceintes » et les « care group » seront adaptés au contexte de la contraception pour servir de forum d'information.

d. Stratégies de réduction des barrières socioculturelles

Les stratégies de réduction des barrières socioculturelles mises en œuvre dans le cadre du PSSC seront réorientées plus spécifiquement vers les problèmes de PF. Elles cibleront les principaux dépositaires des valeurs communautaires : guérisseurs, chefs religieux et grand-mères… Des techniques alternatives de communication

seront utilisées pour renforcer les idées et pratiques positives ou désamorcer les perceptions négatives sur la PF liées à la culture et à la religion. Les débats se feront sous forme de focus groupes sur une base d'échange, de négociation et de réflexion critique.

- **Plaidoyer**

C'est un volet très important en vue de l'adhésion et de l'engagement des prestataires de santé et des leaders communautaires.

a. Le Plaidoyer en direction des autorités administratives et locales (préfets, sous préfets, chefs de CADEL) se fera sous forme de séances d'orientation sur la méthodologie et les éléments de la mise en oeuvre de la stratégie. Il visera à obtenir leur adhésion et leur implication effective aux différentes étapes de la stratégie. Il sera basé sur le modèle REDUCE de lutte contre la mortalité maternelle et sur les stratégies de repositionnement de la PF.

b. Le plaidoyer en direction des prestataires de services de santé visera tous les prestataires de services de PF à travers des journées d'orientation sur les objectifs et le contenu de l'intervention..

Le Plaidoyer en direction des acteurs communautaires : Il concernera les leaders communautaires (chefs de village, notables, chefs religieux) les tradipraticiens, les belles mères, les chefs de familles, les responsables de GPF, les enseignants…… Il se fera à travers des réunions communautaires et négociera les actions, les modalités de mises en œuvre et les rôles et responsabilités de chaque acteur

VI. Ethique

L'étude cherchera à préserver les principes et valeurs qui sou tendent les réalités sociales dans les différentes zones de l'intervention notamment la confidentialité de l'information. Elle sera garantie aux clientes par le respect strict des décisions prises par le client, la discrétion et le secret. Les matrones seront formées à la technique du counseling pour assurer un service de qualité à tous les clients en respectant le principe de la confidentialité et l'information éclairé de la cliente ou du client.

- **L'information éclairée** : Dans certains programmes les FAR sont souvent les seules cibles de l'information. Cette pratique a été déterminante dans l'augmentation des préjugés et le rejet de la PF par les groupes communautaires en général les hommes en particulier. Dans la mise en œuvre de cette intervention toute la population sera informée sur les avantages et les méthodes de PF. Une discussion large et ouverte sera instaurée dans toutes les communautés pour promouvoir dans la population une réflexion critique autour de la PF. Les décisions qui seront prises seront des décisions personnelles. Le projet jouera un rôle de facilitateur et n'influera pas sur le choix des personnes ou des familles.
- **Le respect des valeurs religieuses et coutumes en vigueur dans les zones cibles de l'intervention** : Cet aspect sera particulièrement adressé pendant l'intervention sous forme de plaidoyer communautaire auprès des chefs religieux musulmans et chrétiens. Dans les zones ou l'animisme est assez répandu les personnes dépositaires de ces cultes seront systématiquement impliquées pour la prise en compte des us et coutumes spécifiques à chaque groupe. Les agents du projet seront également orientés dans ces stratégies communautaires qui leur permettront de les intégrer dans leurs activités.
- **La sélection volontaire des personnes :** La sélection des matrones sera faite par les membres de leurs communautés en fonction des critères qu'il auront librement définis et qui peuvent être fondés sur les valeurs et qualités humaines prisées dans ces contextes : (disponibilité, discrétion, politesse … .
- **La promotion du droit des femmes à l'accès à des service de PF de qualité au niveau décentralisé** : La stratégie vise l'accès de la PF jusqu'au niveau communautaire. Cela sera rendu possible par la disponibilité de stock renouvelable de pilules au niveau de chaque case sélectionnée. La pilule sera ajoutée aux méthodes déjà disponibles à la case pour l'élargissement de la gamme de méthodes à ce niveau. Les femmes ayant choisi une méthode non disponible à la case bénéficieront d'informations sur la méthode choisie et seront orientées vers les lieux où elles sont offertes
- **Le respect rigoureux des Politiques Normes et Protocoles du MSPM et des directives de l'OMS** : l'introduction de la PF au niveau communautaire respectera dans sa mise en oeuvre les directives officielles en matière d'offre de

PF pour minimiser les effets indésirables. L'offre de services par les matrones sera supervisée par les ICP/ SF et les agents du projet pour le contrôle de la qualité et la documentation

Le partage des résultats : Les résultats issus de l'étude feront l'objet d'un large partage avec le Ministère de la santé, les districts et les communautés pour tirer les leçons apprises et décider de la poursuite, de l'extension ou de l'arrêt de l'expérimentation.

VII. RENFORCEMENT DE COMPETENCE

6.1. Elaboration des manuels et supports de formation

a) Le contenu de la formation : Il est orienté vers la Planification familiale, l'espacement des naissances, la contraception, les méthodes hormonales orales (mode d'administration, avantages, gestion des effets indésirables), le suivi d'une cliente sous pilule, le counseling et l'IEC/PF.

b) Les outils de formation

- **Manuels** : Il est prévu de concevoir trois supports de formation : manuel technique de formation SR/ PF des matrones, guide de formation IEC des ASC/ relais/ matrones SR/PF, aide mémoire illustrés des acteurs communautaires
- **Fiches techniques** : Elles précisent le processus de mise en œuvre des différentes stratégies prévues dans le cadre du volet IEC ; stratégies grand-mère, déviance positive, care group (groupe de soutien), counseling, check list ou liste de vérification pour une cliente qui désire la pilule
- **Supports IEC** : Trois supports seront développés ou adaptés ; Présentatoire de toutes les méthodes de contraception, le jeu W3, chevalets, cartes conseil
- **Grille de supervision PF :** pour le suivi post formation et la supervision il sera confectionné des grilles d'utilisation aisée. Ces outils seront élaborés à partir des supports existants en PF et renforcés ou réadaptés selon la spécificité de l'intervention

- **Supports de collecte de l'information et de gestion des contraceptifs** il s'agira de confectionner des supports adaptés à la cible (cahiers PF de la case. Support de collecte mensuel en PF fiches de stock PF cartes pictographiques… La gestion pratique des contraceptifs sera bien détaillée ainsi que la gestion de l'information et la gestion des rumeurs.

6.2. Mise en œuvre de la formation

a) Formation des formateurs

Les agents de santé des districts et les agents qui appuient la mise en œuvre de la composante santé communautaire seront orientés dans la méthodologie de formation retenue, clinique PF, gestion de la logistique, IEC / counseling et supervision de l'offre de méthodes contraceptives hormonales orales au niveau communautaire. Ils seront chargés de former les acteurs communautaires et de superviser leurs activités sur le terrain.

b) Formation des matrones aux méthodes contraceptives

Des matrones choisies sur la base des critères définis pour l'intervention seront formées à l'offre de service de PF particulièrement dans la fourniture de pilules telle que décrite dans le protocole et les manuels de formation. Le contenu de cette formation sera axé sur : l'anatomie /physiologie de la reproduction, le cycle menstruel, la planification, la contraception, l'espacement des naissances, les méthodes de PF, la contraception hormonale orale, le counseling, la communication en PF, les supports d'IEC, la logistique contraceptive, la gestion de l'information à base communautaire en PF. Le Programme de formation comprendra un volet technique et un volet pratique. Il intégrera également un module sur l'IEC / PF centré sur la réduction des barrières socioculturelles

.

b) Formation des relais, ASC et membres des comités de cases

Elle concernera l'IEC/PF et la réduction des barrières socioculturelles. Les relais communautaires seront formés ou recyclés sur la stratégie Grand-mère, les groupes de solidarité et le W3 (jeu structuré qui combine les connaissances modernes avec les valeurs traditionnelles). Le but est d'amener les hommes, les femmes et les enfants à parler sans émotion négative des sujets de PF.

Les agents de santé des districts seront orientés dans la méthodologie de formation retenue, clinique PF, gestion de la logistique, IEC / counseling et supervision de l'offre de méthodes contraceptives hormonales orales au niveau communautaire. Il seront chargés d'assurer la formation des acteurs communautaires (matrones, ASC, relais) la supervision des activités sur le terrain.

6.3. Gestion de la logistique PF

Dans un souci de continuité des services, il sera conçu et mis en place au niveau de toutes les cases un système de gestion des contraceptifs pour un approvisionnement et réapprovisionnement minimisant les ruptures de stock qui pourraient décourager les clientes. Chaque case sera dotée d'un stock de produits retenus pour le niveau communautaire (pilules, condoms, spermicides, colliers…). Des supports de gestion (registre PF, fiches de stock, cahier de gestion financière et cahier d'IEC) seront mis en place. Le renouvellement des stocks se fera sur la base d'un système de recouvrement des coûts.

VIII. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

8.1. Cadre institutionnel

Le cadre institutionnel mis en place se justifie par la nécessité d'une approche multisectorielle et le respect des aspects éthiques en raison de la spécificité de l'intervention. L'intervention est placée sous la tutelle du Ministère de la santé avec la pleine participation de tous les acteurs du système de santé et des partenaires au développement.

L'intervention sera cordonnée par la division de la santé de la reproduction sous l'égide de la Direction de la Santé. La DSR est appuyée dans ces taches par un comité de pilotage nommé par arrêté du Ministre de la santé et composé comme suit

- Conseiller technique Santé de la mère et de l'enfant
- Chef de la division de la santé de la reproduction
- 1 Représentant de la division de la recherche du MSPM
- Un représentant de la DPM
- Le chef de la Chaire de gynécologie et d'obstétrique,
- Un représentant de l'ISED
- 1 Représentant UNFPA
- Le responsable du volet SMNI/PF de Intra health
- Un représentant de Abt
- Pop Council
- Un représentant du réseau Sénégalais pour le repositionnement de la PF

La DSR est chargée de la coordination des activités et de l'appui technique et administratif.

Le comité de pilotage a pour mission de : guider l'élaboration du protocole de recherche, déterminer le type de contraceptif oral à mettre au niveau communautaire, valider les différentes phases de mise en œuvre, contrôler l'ensemble du processus de l'expérimentation, appuyer le Suivi Supervision des activités et la documentation continue, évaluer la mise en œuvre et les résultats…..).

Le PSSC assurera le secrétariat permanent du comité de pilotage et facilitera la mise en œuvre au niveau du terrain. Il sera appuyé par un comité technique composé comme suit

La conseillère SR, la DSR, deux assistants, deux représentants dans chaque région Un membre d'ONG et un membre de l'équipe régionale. Le Médecin de région, la coordinatrice régionale SR, les Médecins chefs de district, un représentant du développement communautaire participeront aux activités de planification et de supervision et veilleront au suivi des indicateurs, à l'évaluation de la mise en œuvre.

8.2. Acteurs de l'intervention

Les taches sont réparties ainsi qu'il suit entres les différents acteurs de la mise en œuvre ;

Les prestataires assurent la formation des acteurs communautaires, la supervision et participent à la documentation continue de l'intervention, Ils assurent l'offre de méthodes pour les cas référés et/ou vus en stratégie avancée et la prise en charge des effets secondaires référés par la matrone. Ils participent à l'évaluation des résultats de l'intervention.

Les agents du projet appuient les districts dans la mise en œuvre de cette Intervention. Ils facilitent l'implantation et les réunions communautaires de feed back et de planification des activités. Ils apportent un appui continu aux acteurs communautaires, sur les plans techniques et logistiques et aident à la collecte mensuelle des données.

Les acteurs communautaires :

La matrone est chargée d'offrir les services de PF notamment, l'IEC et le counseling sur toutes les méthodes, l'offre de pilule et la référence pour les méthodes non disponibles. Elle veille au respect des droits des clients. Elle assure le remplissage correct des outils de collecte et de gestion de la logistique PF. Elle veille au suivi de la contre référence des femmes sous méthodes.

La sélection des matrones se fera sur la base de critères de sélection préétablis : être une femme âgée d'au moins 25 ans, instruite avec au moins le niveau du CM2, avoir une expérience professionnelle d'au moins un an en qualité de matrone, être volontaire, disponible, être choisie par la communauté (probité reconnue par ses pairs, confiance des leaders et des groupes organisés de sa communauté……), résider dans la communauté avec son mari.

Motivation des matrones : La stratégie de motivation utilisée est variable selon les zones. La motivation de la matrone repose sur différents facteurs extrinsèques et intrinsèques. La motivation extrinsèque concerne, le partage des bénéfices issus de la vente des médicaments et des prestations de soins. Le facteur extrinsèque sur lequel le projet compte s'appuyer pour encourager les matrones consiste à amener la communauté à valoriser leur travail. Cela se fera par une accréditation communautaire ; la dotation de badge, l'octroi d'attestation après la formation,… Avec les districts il sera négocié de les dispenser du ticket de consultation au poste

de santé et centre de santé. Leurs enfants sont aussi dispensés du ticket de consultation à la case de santé. Un autre facteur de motivation concerne la formation, la supervision et compagnonnage régulier pour renforcer la confiance que la population a envers elles.

L'ASC et le relais organisent des activités de sensibilisation de la population à travers des activités de proximité comme les causeries, les VAD…, Ils interviendront auprès des organisations communautaires de base et des personnes influentes pour intégrer dans leurs activités traditionnelles le thème de la planification familiale et renforcer ainsi l'action menée par ces derniers. Ils organisent des réunions d'orientation et d'information avec les OCB et personnes influentes

3. Mise en œuvre

3.1 Assurance qualité : Lors de la formation et la supervision sur les compétences des ASC et matrones un accent sera mis sur le respect des protocoles d'assurance de la sécurité et de la qualité lors de la distribution des produits contraceptifs. Les éléments pris en compte sont : type de produits contraceptifs à tester et les normes et procédures applicables, les modalités d'approvisionnement, de distribution et de conservation, capacitation de tous les acteurs communautaires y compris les relais et les grands-mères à l'utilisation de techniques et méthodes visant à réduire les barrières socioculturelles en PF, développement d'un partenariat avec tous les acteurs et leur implication à tous les niveaux du processus, documentation continue de l'intervention. Ces actions seront renforcées par un suivi supervision rapproché et un accompagnement soutenu. Une revue à mi parcours sera prévue pour réorienter la stratégie ou apporter les correctifs nécessaires.

3.2 Plan de mise en œuvre

L'intervention se déroulera en trois grandes étapes que sont :

Activités préparatoires ; activités de documentation, élaboration de protocole, développement d'outils de mise en oeuvre

Activités d'implantation : Plan de mise en œuvre de l'intervention

Phase de mise en œuvre ; Elle est prévue pour une durée de dix huit (18) mois.

Le détail du contenu de ces étapes est en annexe 6

IX. GESTION/COORDINATION

Elle se fera à travers différents mécanismes :

• Réunion de coordination avec les districts : elle a lieu tous les 2 mois et regroupe l'ensemble des Equipes cadres de district et de l'intervention. Son objet est de suivre le niveau d'exécution de l'activité d'offre de pilule par les matrones, planifier les nouvelles étapes à mettre en oeuvre et procéder au choix des solutions pour résoudre les problèmes constatés.

• Réunion de coordination au niveau Poste de santé : elle a lieu tous les 2 mois et regroupe autour de l'ICP tous les acteurs de la zone de responsabilité du Poste de santé. Elle a pour objet de présenter les activités réalisées, évaluer les actions de la période antérieure, planifier les actions à mener

• Réunion de programmation et d'auto évaluation au niveau de la case de santé ou du site : elle se tient tous les mois et concerne l'ensemble des ASC, relais, matrones et membres du Comité de gestion d'une case ou d'un site. Elle fournit à la communauté l'opportunité de procéder à l'évaluation de la mise en oeuvre et à valider les activités planifiées

• Réunion du comité de pilotage : elle auront lieu tous les six mois et sur des bases ponctuelles. Elle contrôle le respect du protocole, apprécie le niveau d'exécution de l'intervention et les obstacles éventuelles à des fin de prise décision

X.SUIVI/EVALUATION

1. Suivi post formation

C'est une étape fondamentale dans l'évaluation des connaissances des matrones en counseling et offre de services. En général, il est rare de trouver dans la case une matrone entrain de fournir les services de PF en situation d'offre de service lors des visites de supervision. Les suivi post formation sont une occasion de réunir les matrones au niveau des centres de PF où il y'a plus de chance de trouver de nouvelles acceptantes mais aussi des femmes actives, de les mettre en situation de fournir les services PF depuis le counseling initial jusqu'à l'offre de la méthode en passant par le counseling spécifique et le remplissage des supports, la consignation des informations. Aussi il pourrait le cas contraire se rendre chez la dernière cliente

vu et demander à la matrone de reprendre la procédure. L'observation de l'activité pourrait aussi se faire en jeu de role. Un feed back à chaud sera fait sur l'ensemble des prestations. Ces suivis seront également l'occasion de faire la revue des outils du système d'information, plus précisément le remplissage, la complétude des rapports.

Un suivi post formation sera organisé mensuellement les trois premiers mois de l'étude au niveau de chaque district Puis tous les trois mois jusqu'à six mois. La supervision continuera jusqu'à la fin de l'intervention.

2. Suivi/Supervision

La collecte mensuelle des données issues de l'exécution des activités dans les cases de santé sera systématisée. Ces données sont compilées par les prestataires cliniques et les agents du projet. La phase d'analyse sera élargie aux équipes cadres de district et du Projet et aux représentants des communautés.

La supervision des activités sera formative. Les acteurs communautaires seront supervisés de façon continue par les agents de développement communautaire du projet (ADC) et les Responsables de zone (RZ). La supervision par les ADC et RZ sera hebdomadaire. Ces derniers appuient les prestataires de la zone ICP/SFE qui assureront des supervisions bimensuelles les trois premiers mois puis une supervision mensuelle des activités de l'offre de pilules. Une supervision trimestrielle sera réalisée par l'équipe cadre du projet avec l'appui de la Coordonnatrice SR de chaque district concerné, la sage femme et l'ICP. Un guide de supervision formative sera élaboré à cet effet.

3. Evaluation

Il sera procédé à 3 évaluations : évaluation initiale ou de base, revue à mi parcours et une évaluation finale. Les objectifs, procédures et indicateurs de ces évaluations seront définis en détail dans la méthodologie. L'évaluation de base portera sur les connaissances, attitudes et pratiques de PF des mères, femmes en age de reproduction, pères de familles, grands-mères, leaders et guérisseurs. Une analyse situationnelle annuelle aura pour objet de suivre l'évolution dans la mise en oeuvre

des interventions et mesurer les résultats obtenus par rapport aux objectifs visés. Elle sera effectuée par le projet en collaboration avec les agents de santé du niveau national, régional et district. Les communautés de base y participeront également. Des séances de restitutions des résultats seront organisées au niveau national (revue annuelle) et au niveau des districts et des communautés pour partager largement les résultats et tirer les enseignements. Les revues annuelles permettront également de décider de la poursuite ou non de l'expérience, son extension dans d'autres zones ou son dimensionnement compte tenu des résultats et des leçons apprises

ANNEXES

I. Liste détaillée des zones d'intervention

II. Importance des modalités pour offre de PF université Johns Hopkins

III. Liste des indicateurs

IV. Liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer des contraceptifs oraux de FHI / OMS

V. Fiche d'évaluation pour le counseling spécifique aux contraceptifs oraux combines

VI. Messages sur la promotion de l'espacement des naissances

VII. Plan de mise en œuvre

VIII. Indicateurs de suivi

IX. Plan de, communication

X. BIBLIOGRAPHIE

Annexe I : Détail zones d'intervention

Région	**Districts**	**Nombre de cases**
Kaolack	Kaolack	05
	Kaffrine	05
	Nioro	13
	N'Dofane	08
	Total Kaolack	**31**
Louga	Louga	05
	Linguère	02
	Dahra	02
	Kébémer	23
	Dahra Mousty	02
	Total Louga	**34**
Kolda	Kolda	14
	Sédhiou	02
	Goudomp	03
	Vélingara	35
	Total Kolda	**54**
Ziguinchor		
	Ziguinchor	01
	Oussouye	02
	Bignona	05
	Diouloulou	04
	ThionkEssyl	03
	Total Ziguinchor	**15**
Thiès	Thiès	16

	Pout	05
	Khombole	05
	Tivaouane	10
	Mékhé	05
	M'Bour	11
	Joal	10
	Popoinguine	09
	Thiadaye	34
	Total	**75**

Annexe 2 : Importance des modalités pour offre de PF université Johns Hopkins

Méthode Critères	**COC (faiblement dosés)**	**PP**
Efficacité	99,9%	99,5%
Innocuité	Sécurité avérée en toute circonstance d'utilisation Retour rapide à la fécondité S'assurer de l'absence de contre indication liées à l'utilisation des oestrogènes	Sécurité avérée Retour rapide à la fécondité Pas de contre indications liées à l'utilisation des oestrogènes
Facilité d'utilisation	Ne nécessite pas l'intervention d'un prestataire	Ne nécessite pas l'intervention d'un prestataire
Besoin d'examen spécifique	Utilisation de la liste de pointage de l'OMS Pas de nécessité de bilan	Utilisation de la liste de pointage de l'OMS Pas de nécessité de bilan

Annexe 3 : Indicateurs du plan de monitoring (pf)

1. Pourcentage de cases-sites qui offrent les services de PF Com inscrits dans le Paquet de services de base

2. Pourcentage de FAR qui ont recours à au moins 1 méthode moderne de PF au niveau Com

3. Pourcentage de FAR qui ont été référés par les Matrones vers une structure de santé pour un service de PF

4. Pourcentage de FAR référés par les matrones vers une structure de santé et ayant obtenu le service de PF recommandé

5. Pourcentage d'individus (hommes et Femmes) qui connaissent où, quand et comment obtenir un service de PF

6. Pourcentage d'individus (hommes et femmes) qui ont entendu parler d'au moins une (1) méthode moderne de PF inscrits dans le paquet de services de base

7. Pourcentage de bénéficiaires (hommes et de Femmes) qui pratiquent au moins une (1) méthode moderne de PF

8. Pourcentage de Matrones formés à fournir des services de PF selon les normes et protocoles du Ministère de la Santé

9. Pourcentage de Matrones formés capables de fournir des services de PF selon les normes et protocoles du Ministère de la Santé

Extrait des Indicateurs de l'USAID sur la PF

10. Nombre d'années couple sous protection d'une méthode moderne de PF

11. Nombre de bénéficiaires (hommes et femmes) ayant suivi une séance de councelling pour une méthode moderne de PF

12. Nombre de cases-sites qui ont eu une rupture de stock de plus de 1 jours dans l'année

13. Nombre d'activités IEC (Mobilisation sociale, Causeries, VAD) organisés durant la période mettant le focus sur l'offre de services de PF.

NB : Nous n'avons pas inclus les indicateurs de processus tels que le nombre de sessions d'orientation, de visites de supervision, de sessions de formation etc. Il me semble que cela relève beaucoup plus de Intrahealth et du Ministère

Annexe 4 : Liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage des contraceptifs oraux combinés (COC).

Afin de déterminer si les COC sont médicalement sans danger pour la cliente, posez-lui les questions 1 à 9. Dés que la cliente répond **OUI** à ***une question***, arrêtez-vous et suivez les instructions ci-après.

NON	1. Allaitez-vous actuellement un bébé de moins de 6 mois ?	**OUI**
NON	2. Fumez-vous ***et*** avez-vous plus de 35 ans ?	**UI**
NON	3. Avez- vous des maux de tête intenses et répétés	**OUI**
NON	4. Avez-vous une grave maladie du foie ou la jaunisse (les yeux ou la peau jaune) ?	**OUI**
NON	5. Avez-vous déjà eu grave maladie du cœur, du cerveau, un renflement douloureux de la jambe	**OUI**
NON	6. Suivez-vous actuellement un traitement contre la maladie de la mauvaise toux (tuberculose) ou les crises d'épilepsie ?	**OUI**
NON	7. Vous a-t-on dit que vous avez une boule au sein (un cancer du sein) ?	**OUI**
NON	8. Vous a-t-on dit que vous avez une maladie de la tension qui monte (artérielle élevée)?	**OUI**
NON	9. Vous a-t-on dit que vous avez la maladie du sucre (diabète)	**OUI**

Si la cliente répond **NON** à ***toutes les questions 1 à 9***, elle peut utiliser les COC. Passez aux questions 10 à 15

Si la cliente répond **OUI** à ***l'une des questions 1 à 7***, les COC ne lui conviennent pas.
Informez la cliente sur les autres méthodes disponibles ou orienter la cliente au poste de santé

Posez ***les questions 10 à 15*** afin d'être raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte. Dés que la cliente répond **OUI** à une question, arrêtez-vous et suivez **aller directement à la première case en dessous de la colonne OUI.**

OUI	10. Vos dernières règles ont-elles commencé au cours des 7 derniers jours ?	**NON**
OUI	11. Avez-vous accouché il y a moins de 6 mois, allaitez-vous exclusivement ou presque et est-il exact que vous n'avez pas eu vos règles depuis l'accouchement ?	**NON**
OUI	12. Vous êtes vous abstenue de rapports sexuels depuis vos dernières règles ou depuis que vous avez accouché ?	**NON**
OUI	13. Avez-vous accouché au cours des 4 dernières semaines ?	**NON**
OUI	14. Avez-vous fait une fausse couche ou subi un avortement au cours des 7 derniers jours ?	**NON**
OUI	15. Utilisez-vous une méthode contraceptive sure et correctement ?	**NON**

Si la cliente répond OUI à l'une des questions 10 à 15 et qu'elle ne présente aucun signe ou symptôme de grossesse, vous pouvez être raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte. La cliente peut se mettre à prendre les COC immédiatement.

Si les dernières règles ont commencé au cours des 5 derniers jours, la cliente peut commencer à prendre les COC immédiatement..

Si la cliente répond NON à toutes les questions 10 à 15, on ne peut pas écarter la possibilité d'une grossesse.

La cliente devra etre orienter au poste de santé..

Donnez-lui des préservatifs à utiliser entre temps.

Annexe 5:.Fiche d'évaluation pour le counseling spécifique aux contraceptifs oraux combines

District :
Poste de santé :…… Case des santé …….
Nom/fonction du superviseur :……
Participant :…… Date du stage……..

Noter chaque tâche/activité observée et attribuer une cotation à l'aide de l'échelle suivante :

1. Doit s'améliorer : Tâche mal effectuée ou non effectuée et/ou pas dans la bonne séquence ; avec des omissions
2. Capable : Tâche réalisée correctement et dans la bonne séquence mais le participant ne progresse pas efficacement d'une étape à l'autre.
3. Compétence : Etape réalisée correctement et dans la bonne séquence et de manière précise sans hésitation ou sans avoir besoin d'aide.

N/O Non observé : Etape non exécutée par le participant pendant l'observation.
NA : Non applicable

TACHE/ACTIVITE	CAS				
	1	**2**	**3**	**N O**	**N A**
1 Accueille cordialement le client/ couple et les met à l'aise 2 Se présente à la cliente (s'il y'a lieu					
3. Interroge la cliente sur ses intentions en matière de la reproduction : • nombre d'enfants désirés • écart entre les naissances désirées • connaissance en matière de méthodes de contraception • méthodes connues, utilisées actuellement. • Si utilise méthode, problèmes rencontrés et ou degrés de satisfaction					
4. Recueille les antécédents médicaux et obstétricaux : • âge • Nombre de grossesses • Nombre d'accouchements • nombre d'enfants vivants • les méthodes contraceptives déjà connues : durée d'utilisation, motif d'arrêt, problèmes rencontrés					

•contraception employée actuellement.					
5. Informations sur toutes les méthodes de PF: • Efficacité, mode d'action, avantages, effets secondaires, • Demande à la cliente de faire son choix si elle le désire • L'informe sur le lieu où elle peut disposer de la méthode si la méthode n'est pas disponible à la case					
6. si la pilule est choisie, la matrone applique la liste de vérification FHI /OMS					
7 Interroge la cliente sur ses connaissances sur les COC/PP. corrige les idées erronées					

8. Informe la cliente sur : •L'efficacité COC/PP •le mode d'action des COC/PP •le mode d'emploi des COC /PP •les avantages des COC/PP •les inconvénients des COC/PP •les effets secondaires •les signes d'alarme					
9. Informe sur la possibilité d'arrêter la méthode à tout moment s'il le désire					
10. Offre la pilule à la cliente en expliquant encore le mode d'utilisation,					
11. Donne des instructions à la cliente sur la pilule choisie: •son mode d'emploi •les effets secondaires et quoi faire •les complications ou problèmes qui demandent une consultation immédiate au poste de santé •que faire lorsqu'on oublie de prendre une pilule.					
12. Demande à la cliente de reprendre les informations pour s'assurer qu'elle a bien compris					
13. Demande à la cliente si elle a des questions à poser et répond à ses préoccupations					
14. Convient d'une nouvelle date de rendez-vous et des consultations futures.					
15. Insiste sur la possibilité de revenir en cas de doute ou de difficulté quelconque					
16. Salue la cliente en l'invitant à revenir plus tard					

OBSERVATIONS :

Annexe 6 : Messages pour la promotion de l'espacement des naissance et les moments propices

A qui	QUAND	QUOI
Femmes accouchée	**Après une naissance vivante :**	* Les couples peuvent utiliser une méthode de planification familiale (PF) efficace de leur choix pendant au moins deux ans . * Les couples qui le désirent peuvent utiliser d'utiliser une méthode de longue durée.
Femme ayant avorté	**Après une fausse couche ou un avortement** - **Pendant les soins post avortement**	* Les couples peuvent utiliser une méthode PF pendant au moins 6mois après une fausse couche ou l'avortement avant de tenter à nouveau de concevoir. * Parler de l'espacement des naissances aux femmes venues recevoir des soins après avortement et des méthodes PF, et leur fournir une aide psychologique. * Leur parler du retour rapide de la fertilité après l'avortement (provoqué ou non) et les encourager à utiliser la méthode PF de leur choix pendant au moins 6 mois avant de tenter à nouveau de concevoir.
Adolescents âge inf à 18ans		* Les adolescents devraient utiliser une méthode de PF efficace de leur choix et continuellement jusqu'à l'age de 18 avant de tenter de concevoir
ASC / matrones/ relais/ agents de développement communautaire	**Durant la session de counseling causeries, VADI**	* Livrer les messages d'espacement des naissances aux patientes de façon claire et dans une langue qu'elles comprennent * Expliquer que pour planifier et espacer les grossesses, le couple peut utiliser une méthode PF efficace de leur choix. * Mentionner toutes les méthodes PF disponibles y compris celles basées sur la fertilité. *Expliquer comment trouver et comment utiliser es méthodes PF * Insister sur les avantages en

		matière de santé d'économie et sociaux retirés de la pratique de l'espacement des naissances. * Rappeler aux patients que l'espacement des naissances bénéficie à toute la famille et à la communauté entière. * Encourager les patientes à demander plus d'informations et de les partager après avec leurs partenaires, les membres de leurs familles et leurs amis.
Femmes enceintes	**Durant les soins prénataux (les visites avant l'accouchement**)	*Insister sur l'importance de l'allaitement maternel qui bénéficie autant à la maman qu'à son enfant. *Expliquer l'importance de l'espacement effective de la grossesse pour l'enfant à naître *Discuter des méthodes de planification familiales à utiliser après l'accouchement, y celle de la MAMA
Femmes accouchées	**Durant les soins post-partum (les visites après l'accouchement)**	*Discuter des avantages qu'il y a à retarder la prochaine maternité d'au moins deux ans. *Discuter des méthodes de planification familiale *Parler des avantages de l'allaitement maternel et expliquer qu'il peut empêcher la mère de tomber de nouveau en état si l'enfant est exclusivement nourri au sein. *Expliquer que la Méthode de la MAMA, allaitement exclusif au sein utilisé comme une méthode PF temporaire, peut préserver la femme d'une grossesse pendant 6 mois.
Suivi promotion de la croissance (S.N.P.B.C Vaccination	**Lors des visites de suivi du bien être de bébé et de l'enfant de moins de cinq ans :**	*Renforcer le message sur l'espacement de naissance en rappelant aux mamans et à leurs accompagnants que la pratique de l'espacement des naissances aide au bon développement du nouveau

		né et de tout autre enfant.
Population générale	**Durant les services de planning famlial**	*Conseiller les hommes et les femmes venant aux services de planification familiale sur les avantages retirés de la pratique de l'espacement des naissances. *Parmi ceux qui pourraient être intéressés par l'espacement des naissances, on compte les groupes suivants : Les couples mariés, fiancés, nouveaux mariés, femmes séropositives qui désirent concevoir, jeunes femmes Femmes ayant déjà fait une fausse couche ou un avortement
Clients de consultation d'IST	**Pendant le traitement d'Infections Sexuellement Transmises (ISTs) HIV/SIDA**	*Inclure l'espacement des naissances dans les conseils donnés sur les ISTs et l'HIV. *Parler des avantages de l'espacement des naissances aux femmes séropositives qui désirent avoir des enfants
Adolescents/ jeunes	**Dans les services offerts aux jeunes**	*Offrir aux jeunes l'opportunité de faire de connaître les méthodes d'EN et de prendre des décisions éclairées concernant la planification et l'espacement de naissances afin de les aider à mieux gérer leur vie. *Intégrer les messages sur l'espacement des naissances dans les services destinés à la santé à l'éducation et la vie sociale des jeunes. EVF
Hommes adultes	**Lors des consultations médicales des hommes**	*Intégrer des discussions sur l'espacement des naissances dans les activités sanitaires des hommes *Expliquer comment l'espacement des naissances bénéficie aux hommes, aux femmes et à leurs

		enfants. *Apprendre aux hommes comment soutenir leurs partenaires dans l'utilisation d'une méthode PF (y compris les méthodes basées sur la fertilité)
Relais, acteurs communautaires	**Durant les activités de sensibilisation de la communauté**	*Travailler avec les relais communautaires pour porter les informations directement aux familles et aux communautés. *Intégrer des messages sur l'Espacement des Naissances dans les activités de sensibilisation des communautés aussi bien dans les structures sanitaires que non sanitaires. *Les messages EN peuvent être intégrés dans les activités et programmes suivants :

Annexe 7 : Indicateurs du plan de suivi :

OBJECTIFS	ELEMENTS DE SUIVI	INDICATEURS	SOURCES
Rendre accessibles les services de PF au niveau communautaire	Disponibilité et diversité des services de PF au niveau communautaire	Pourcentage de cases sites qui offrent les services de PF Com inscrits dans le Paquet de services de base Pourcentage de FAR qui ont recours à au moins 1 méthode moderne de PF au niveau Com Pourcentage de FAR qui ont été référés par les Matrones vers une structure de santé pour un service de PF	Cahiers de PF Communautaire Fiches de stock
Accroître la prévalence contraception	Accroître la prévalence contraception	Nombre d'années couple sous protection d'une méthode moderne de PF Pourcentage de bénéficiaires (hommes et de Femmes) qui pratiquent au moins une (1) méthode moderne de PF	Registre de l'ICP
Promouvoir le lien entre les structures de santé et la case	Nombre de femmes référées pour des services de PF	Pourcentage de FAR qui ont été référés par les Matrones vers une structure de santé pour un service de PF • Pourcentage de FAR référés par les matrones vers une structure de santé et ayant obtenu le service de PF recommandé	Cahiers de référence

Renforcer les connaissances des populations en PF	Nombre de séances d'IEC, de causeries et de mobilisations sociales sur la PF	Nombre de bénéficiaires (hommes et femmes) ayant suivi une séance de councelling pour une méthode moderne de PF Nombre d'activités IEC (Mobilisation sociale, Causeries, VAD) organisés durant la période mettant le focus sur l'offre de services de PF.	Rapports d'activités
Renforcer les compétences des acteurs communautaires	Nombre de sessions de formation, de suivi/supervision	Pourcentage de Matrones formés capables de fournir des services de PF selon les normes et protocoles du Ministère de la Santé	Rapport de formation suivi/supervision
Augmenter le paquet de service de PF au niveau case	Nombre de personnes ayant consulté les services de PF à la case	Pourcentage d'individus (hommes et Femmes) qui connaissent où, quand et comment obtenir un service de PF	Cahiers de PF Communautaire

Annexe 8 : Plan de monitorage des activités

ACTIVITES	N	D	J	F	M	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**	**J**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
Effectuer la documentation de l'étude l'élaboration du protocole	X	X	X																							
Proposer un comité de pilotage				X																						
Définir les termes de référence du CP				X																						
Définir le plan de travail du CP				X																						
Valider et finaliser le protocole				**X**	**X**																					
Etudes de base				**X**																						
Développer les outils de formation / IEC				**X**	**X**																					

Développer les outils de plaidoyer				**X**	**X**																					
Développer les outils de supervision / suivi/ évaluation				**X**	**X**																					
Tester et corriger les outils					**X**	**X**																				
Mettre en œuvre les activités de terrain					**X**																					
Plaidoyer avec restitution des études de bases (autorités administratives, sanitaires, locales et communautaires						X																				

Sélection des acteurs						X																				
Formation des formateurs (agents du projet et partenaires du district)						X	X																			
Formation des acteurs communautaires						X	X																			
Mise en place des équipes						X	X																			
Orientation membres comité de santé et comités de mobilisation communautaire						X	X																			
Planification des activités communautaires							X																			

avec les acteurs communautaires, comités de santé et comité de mobilisation communautaire																										
Equipement des cases (matériel IEC,produits contraceptifs et logistiques PF)							X																			
Réunions mensuelles d'auto évaluation et de planification des activités					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Supervisions hebdomadaires des acteurs communautaires					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			

/compagnonnage																										
Documentation continue	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Suivi/ évaluation trimestriel des activités				X			X			X			X			X			X			X			X	
Supervision des activités tous les 6 mois par le comité des pilotages						X						X						X						X		
Réunions de feed back comité de pilotage tous les 6 mois				X						X						X						X			X	
Evaluation finale																									X	
Rapport final																									X	
Restitution de l'étude																									X	
Passage à l'échelle																										X

Annexe 9 : Plan de communication de la mise en œuvre de la PF au niveau communautaire

OBJECTIF GENERAL :

- Promouvoir un comportement favorable à l'utilisation de la PF au niveau communautaire
- Informer les groupes communautaires sur la PF et les méthodes contraceptives

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Augmenter les connaissances des femmes, des hommes et des grands-mères sur les avantages de la PF et les méthodes contraceptives
- Renforcer le niveau de connaissance de femmes et des hommes de la communauté sur les lieux et heures de dispensation des services de PF
- Fournir une information éclairée débouchant sur un libre choix à X les femmes de la communauté éligibles à la PF
- Amener les leaders communautaires influents (notables, chefs religieux, grands, mères guérisseurs, responsables GPF à appuyer la promotion de la PF au niveau communautaires activités
- Instaurer le dialogue communautaire sur la PF en vue de réduire les barrières socio culturelles

STRATEGIES

- Négociation du partenariat avec la communauté pour promouvoir la PF
- Renforcement de capacités des acteurs communautaire sur la PF
- communication interpersonnelle
- Communication de masse
- Mobilisation communautaire

Annexe 10 : Plan de communication de mise en oeuvre de la PF au niveau communautaire

OBJECTIFS	STRATEGIE	ACTIVITES	CIBLES	ACTEURS	% DE REALISATIONS	% DE PERFORMENCE
Augmenter les connaissances des femmes, des hommes et des grands-mères sur les avantages de la PF et les méthodes contraceptives	CIP	Une causerie mensuelle par village et quartier sur avantages PF et méthodes contraceptives	FAR Grand mères Hommes	ICP/ SAGE Femmes ADC ASC, Matrones Relais	Nbre de causeries réalisées par groupe et mois sur le nbre attendu Nbre de FAR et d'hommes touchés par mois sur le nbre attendu	Nbre de femmes et nbre hommes touchés par mois sur nombre attendu
	-	Un entretien individuel ciblé par FAR dans chaque village quartier tous les trois mois	FAR Hommes	ICP/ SAGE Femmes ADC ASC, Matrones Relais	Nbre d'EI réalisées par groupe et mois sur le nbre attendu par village et par mois Nbre de FAR et d'hommes touchés par	10 EI/ FAR/ Homme par mois et par village

					mois sur le nbre attendu	
		Un counseling initial à chaque FAR /homme utilisateur des services de la case	FAR Hommes Grands-mères	ADC ASC, Matrones Relais	Nbre de counseling initial PF FAR/ homme réalisées tous les trois mois sur le nbre d'utilisateur de la case	10 FAR / hommes ont subi le counseling initial chaque mois
		une émission radio tous les trois par radio communautaire fonctionnelle et par zone	FAR Hommes Grands-mères	ICP/ SAGE Femmes ADC relais	Nbre d'émissions réalisées sur nbre planifié	1 émission de radio par station et par zone
		organiser un radio crochet sur la PF dans chaque quartier/ village une fois tous les trois mois	FAR Hommes adolescent	ADC ASC, Matrones Relais	nbre de radios crochet réalisées sur notre prévu	1radio crochet par an par village par quartier

Renforcer le niveau de connaissance de femmes et des hommes de la communauté sur les lieux et heures de dispensation des services de PF	**CIP**	Une réunion communautaire avec les hommes tous les trois mois sur la PF dans chaque case/ site	hommes FAR	ADC ASC, Matrones Relais	nbre de réunions communautaires avec les hommes réalisées dans le trimestre par zone sur le nbre prévu	1 réunion communautaire par village quartier sur la Pf tous les trois mois
		Une réunion communautaire avec les GPF tous les trois mois sur la PF	fAR	ADC ASC, Matrones Relais	nbre de réunions communautaires avec les GPF réalisées dans le trimestre par zone sur le nbre prévues	1 réunion communautaire par zone
	communication de masse	1. Affichage public indiquant le lieu, les heures et les services	FAR homme adolescents	ADC ASC, Matrones Relais	nbre d'affiches prévues par village/ quartier sur le nombre fixé	5 affiches par quartier village au niveau des lieux prévus à cet effet

		dispensés sur la pf au niveau de chaque case et lieu public 2. Dresser un panneau d'identification des services offerts y compris la PF au niveau de chaque case	FAR hommes adolescents membres comités de santé	Comité de santé	un panneau dressé par case	1panneau par case avec le lieu, les horaires et service PF dispensés
		réaliser une émission radio sur la connaissance des lieux de dispensation des services de PF une fois par trimestre	ASC, Matrones Relais	ASC, Matrones Relais	nbre d'émissions radio effectuées sur nbre planifié	1 émission radio par trimestre par case / site
		Spot radio sur heure lieu et disponibilité des	ASC, Matrones Relais	ADC ASC, Matrones	nbre de spots diffusé sur nbre prévu	1diffusion d'un spots radio une fois par mois

		services 1fois par mois		Relais		
Amener les leaders communautaires influents (notables, chefs religieux, grands, mères guérisseurs, responsables GPF à appuyer la promotion de la PF au niveau communautaires activités	**PLAIDOYER**	une visite d'information auprès des autorités administratives et locales sur la PF, les avantages des méthodes contraceptives et les disponibilités des services par catégorie de leader communautaire et par trimestre	notables chefs de religieux grands-mères guérisseurs	ICP/SF ADC/ASC Relais matrones paires éducatrices	nombre de catégorie de leader communautaire visité sur le nombre planifié	1visite de d'information par catégorie de leader communautaire
		Organiser une visite de	notables chefs de	ICP/SF ADC/ASC	nbre de visites de plaidoyer réalisé sur nbre	1 visite de plaidoyer avec les leaders

		plaidoyer avec les leaders communautaires une fois par ans	religieux grands-mères guérisseurs	Relais	prévu	communautaire une fois par an
		organiser un forum communautaire PF avec les groupes influents dans chaque village /quartier/ tous les six mois pour les informer et négocier leur rôle et leur implication dans la promotion de PF	Groupes influents	ICP/SF ADC/ASC Relais	nbre de forums communautaires par village et quartiers sur nombre prévu	1 forum communautaire par groupe influent par quartier une fois tous les six mois

		organiser un forum d'orientation et de négociation des chefs religieux musulmans et chrétiens de la PF dans chaque village /quartier/ par an pour les informer sur la PF et les méthodes contraceptive	chefs religieux : musulmans et chrétiens	ICP/SF ADC/ASC Relais	nbre de forums d'orientation par village et quartiers sur nombre prévu	1 forum d'orientation par groupe influent par quartier une fois tous les six mois
	CIP	Effectuer VAD/ entretien individuel pour informer les personnes ressources et les impliquer	Chef de village Notables, enseignants	ICP/SF ADC/ASC Relais	Nbre de VAD : entretiens individuels effectués sur le nbre planifié	% de personnes ressources touchées

		dans les activités de promotion de la PF				
		Identifier les paires éducatrices et négocier leur implication dans les activités de PF	Paires éducatrices	ICP/SF ADC/ASC Relais	Nbre de paires éducateurs identifiés et impliqués dans la promotion de la PF	
		Organiser des sessions d'orienter des pairs éducateurs sur la PF	Pairs éducateurs	ICP/SF ADC/ASC Relais	Nbre de sessions d'orientation des pairs éducateurs réalisées sur le nbre de sessions planifiées	1 session d'orientation par groupe de pairs éducateurs par village/quartier
	Mobilisation sociale	Réaliser une séance d'animation éducative par mois village quartier avec	Grands mères	ICP/SF ADC/ASC Relais	Nbre de séances éducatives réalisées sur le nombre prévu	une séance d'animation éducative par mois village quartier avec les grands mères

		les grands mères sur les avantages de la PF				sur les avantages de la PF
		faire une sortie trimestrielle sur la religion et l'espacement des naissances par village et par quartiers chrétien et musulman	FAR Hommes Personnes in fluentes	chefs religieux (chrétiens et musulmans) ADC relais ASC/matrones	Nbre de sorties sur nbre planifiés	Une sortie par trimestre et par quartier/ village
		faire une causerie éducative avec paires éducatrices tous les trois mois avec chaque GPF	GPF	ADC/ASC Relais		1 causerie éducative par trimestre par GPF
Instaurer le dialogue communautaire sur la PF en	CIP	organiser des visites de prise de contact avec les guérisseurs	guérisseurs	ADC/ASC Relais	Nbre de visites de contact effectives sur le nbre prévu	1 visite de contact avec les guérisseurs par

vue de réduire les barrières socio culturelles		pour information et négociation d'un partenariat				an
		organiser un forum des guérisseurs dans chaque poste de santé pour orientation et négociation d'un partenariat sur la PF	Guérisseurs	ICP/SF ADC/ASC Relais	Nbre de PS ayant réalisé un forum des guérisseurs sur le nbre total de PS planifiés	1forum des guérisseurs par poste de santé
		intégrer les guérisseurs dans les réunions d'auto évaluation et de programmation des activité de chaque case/ site	guérisseurs	ICP/SF ADC/ASC Relais	Nbre de réunion d'auto évaluation ou les guérisseurs sont intégrés	% de guérisseurs qui participent aux réunions d'auto évaluation
		organiser chaque trois mois une	Natables guérisseurs acteurs	ICP/SF ADC/ASC Relais	Nbre de réunions communautaire	1 réunion communautaire par mois avec la

		réunion communautaire entre notables guérisseurs et les acteurs communautaire sur les perceptions et pratique de la PF au niveau communautaire	communautaire		s effectuées sur le nbre prévu	cible
		organiser avec les grands-mères de chaque village quartier un focus groupe tous les trois mois sur les perceptions et pratiques de la PF au niveau communautaire	Grands mères	ICP/SF ADC/ASC Relais	Nbre de focus réalisés avec les grands-mères sur le nombre planifié	1focus groupe sur les perceptions et pratique en groupe ciblé une fois par trimestre
		organiser une fois tous les trois mois un	grands-mères leaders femmes	ADC/ RELAIS	Nbre de focus réalisés avec les groupes	1focus groupe sur les perceptions et

		focus groupe sur les perceptions et pratiques de la PF avec les grands-mères leaders et les femmes leaders responsables des OCB dans chaque village quartier	leaders		cibles sur le nombre planifié	pratique en PF par groupe ciblé une fois par trimestre
		Elaborer des histoires sans résolution portant sur les perceptions et pratiques en PF	Grands-mères Religieux Adolescents FAR	Conseillers SR/IEC ICP/SF ADC/ASC Relais	Nbre d'histoires élaborées sur le nombre prévu	2 histoires sans résolution par cible

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

CHRISTIAN CHILDREN'S FUND

PROGRAMME SANTE SANTE COMMUNAUTAIRE

Annexe F

MOBILISATION COMMUNAUTAIRE POUR LA PREVENTION DES HEMORRAGIES DU PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE

Guide du facilitateur du 1er cyle

Draft 1

Juin 2007

Mis en œuvre par CCF, Africare, Plan & World Vision

logos

Sommaire

Liste des acronymes .....

Introduction 3

Généralités sur la méthodologie 4

Sous module I : Orientation sur le cycle de l'action communautaire et organisation communautaire 6
Session 1 : Le cycle de l'action communautaire 7
Session 2 : Organisation communautaire..... 10

Sous module II : Autodiagnostic communautaire : identification et définition des besoins prioritaires 12
Session 1: Reconnaître 13
Session 2 : Décider..... 19
Session 3 : Résoudre 22
Session 4 : Synthèse des problèmes et des besoins prioritaires 25

Sous module III : Elaboration de plans d'action 27
Session 1 : plan d'action de groupe 28
Session 2 : plan d'action de poste de santé 31

Sous module IV : Mise en œuvre et suivi des plans d'action 35

Sous module V : Evaluation participative du cycle 36

Annexes : .....
Accord de partenariat..... ***39***
Test CAP..... ***41***
Fiche de discussions .....
Matrice de présentation et d'analyse de l'histoire de vie.....
Matrice de présentation et d'analyse du chemin parcouru .....
Matrice du pont des possibilités de ''reconnaître''.....
Cartographie .....
Guide d'entretien clients structures et autres sites de traitement.....
Matrice d'analyse de cartographie et entrevues dans les structures .....
Matrice pont des possibilités de ''décider'' .....
Matrice d'analyse du sociodrame .....
Matrice de définition des priorités et pont des possibilités de ''décider et résoudre'' .....
Matrice de définition finale des besoins prioritaires '' reconnaître, décider et résoudre'' .....
Matrice de plan d'action et de suivi du groupe communautaire .....
Matrice de plan d'action et de suivi du poste de santé .....
Matrices des supports d'évaluation .....
Evaluation des représentants de groupe .....
Evaluation des groupes communautaires .....
Evaluation des agents de santé .....
Evaluation du projet .....

Agenda de formation des représentants de groupes.....
Agenda de formation des formateurs.....
Bibliographie .....

Liste des abréviations

ADC	Agent de Développement communautaire
ASC	Agent de santé communautaire
ASC	Association Sportive et culturelle
CAP	Connaissance Attitude et Pratique
CS	Centre de Santé
CIPD	Conférence Internationale Population et le Développement
DSR	Division de la Santé de la Reproduction
EDS	Enquête démographique et de santé
GIE	Groupement d'intérêt économique
GM	Grand-mère
ICP	Infirmier chef poste
IEC	Information Education communication
MOE	Mise en œuvre
OCB	Organisation communautaire de Base
OMS	Organisation mondiale de la santé
PEC	Prise En Charge
PF	Planification Familiale
PS	Poste de santé
RZ	Responsable de Zone
SAA	Soins après avortement
SF	Sage-femme
SR	Santé de la Reproduction

Introduction

INTRODUCTION

Dans le monde, 20 millions de cas d'avortements sont recensés chaque année selon l'OMS. Un décès maternel sur huit serait dû à l'avortement Au Sénégal, le taux de décès imputable aux avortements est de 4% mais ce chiffre ne concerne que les structures sanitaires (EDS IV 2005). Les causes de décès maternels sont principalement rattachées à trois retards : le retard à la reconnaissance du problème, le retard à la prise de décision pour rechercher des soins précoces et appropriés et le retard à la résolution du problème au niveau de la structure sanitaire.
En 2001, l ' initiative globale des SAA avait recommandé, à la lumière des engagements des pays vis à vis de la CIPD (1994) et sur la base des résultats de l' évaluation de l'USAID sur la prise en charge des avortements, un modèle à trois composantes: (1).Traitement d'urgence, (2) offre de services de la planification familiale et la référence vers les services de SR (3) le partenariat entre la communauté et les prestataires de services. Cette troisième composante vise à: I) prévenir les grossesses non désirées et avortements à risque ; II) mobiliser les ressources pour aider les femmes présentant des complications obstétricales y compris celles liées à l'avortement à recevoir des soins précoces et appropriés ; III) Assurer des services de santé qui répondent aux attentes et besoins de la communauté.
En 2004, Pathfinder International / Catalyst et Prosalud / USAID ont développé et implanté en Bolivie un modèle essentiellement centré sur la composante communautaire des SAA. Le modèle communautaire des SAA vise la résolution des trois retards liés aux décès maternel et néonatal grâce à une conscientisation des communautés. Ce modèle utilise une méthodologie basée sur le cycle de l'action communautaire qui se déroule en cinq étapes : 1) organisation de la communauté pour l'action ; 2) identification et priorisation des problèmes et besoins ; 3) élaboration d'un plan d'action ; 4) mise en œuvre et suivi du plan d'action ; 5) évaluation participative.
Le Projet Santé -Santé Communautaire en partenariat avec le Ministère de la Santé (DSR), se propose d'adapter ce modèle au contexte sénégalais et de tester son application sur une petite échelle avant d'envisager son extension. La phase test aura lieu dans les districts sanitaires de Joal et Mbour (2 sites d'un poste de santé urbain à Mbour et deux cases d'un poste de santé rural dans le district de Joal). L'extension concernera 5 régions : 3 sites urbains (Mbour, Ziguinchor, Kaffrine) et 213 cases de santé [Louga 5, Kaolack 3, Kolda 3, Thiès 6 et Ziguinchor 1].

PRESENTATION DU GUIDE

Ce présent document est le **GUIDE DU FACILITATEUR** pour la mise en œuvre du processus.
Il est destiné aux personnels de santé des districts (ICP, Sages-femmes, Coordonatrices SR) et aux agents du Projet (Agents de Développement Communautaire, chargés de programme et Responsables de Zone).
Il sert de document de référence pour la mise en œuvre du cycle de l'action communautaire : organisation des Communautés, formation des acteurs communautaires (relais,matrones,ASC; groupes communautaires) encadreurs et accompagnement des groupes communautaires.
Il pour objet d'aider les facilitateurs de la méthodologie dans l'animation des sessions de formation et dans les activités d'encadrement et d'accompagnement des groupes communautaires.
Il comprend cinq modules subdivisés en sessions chaque module correspond à une étape du cycle de l'action communautaire.

Généralités sur la méthodologie

Les participants à la méthodologie de mobilisation communautaire sur la prévention des grossesses non désirées et complications du premier tiers de la grossesse sont les membres des groupes communautaires organisés des zones d'intervention.
Les facilitateurs de la méthodologie sont subdivisés par les ADC, les RZ et les chargés de programme du programme du projet. L'équipe de facilitateurs de la méthodologie travaille dans chaque communauté avec 4 groupes communautaires avec (adolescents, femmes et hommes et grands-mères) sur la base du soutien offert par les autorités et les résidents de la communauté. Chaque groupe communautaire est encadré par un relais et ADC avec le soutien et du superviseur de la zone. L 'ICP et ou la SF du poste de santé ainsi qu'un membre du bureau de zone du projet sont chargés d'appuyer les acteurs dans la mise en œuvre du processus. Ils doivent enregistrer, observer et soutenir la participation des membres de la communauté pour atteindre les objectifs fixés
Au niveau de chaque case et site, les groupes communautaires impliqués dans la méthodologie sont sélectionnés sur la base de critères liés à leur niveau d'organisation et à leur nature. Chaque groupe élit deux représentants qui forment un groupe des représentants au niveau case et au niveau poste de santé. Ils ont comme rôle de soutenir, de faciliter la méthodologie, et d'organiser les informations.
Les représentants de groupes sont formés sur la méthodologie qui comporte deux étapes préparatoire et d'extension et les 5 étapes du Cycle de l'Action pour l'Autonomisation de la Communauté :1- L'Organisation de la Communauté, 2. L'Identification et la définition des Besoins prioritaires, 3. L'Elaboration du Plan d'Action de la Communauté, 4. La Mise en œuvre et le Suivi du Plan d'Action et 5. L'Evaluation Participative.

La première étape : **Organisation de la communauté** (sous- module I) concerne la préparation des groupes communautaires à la mise en œuvre des différentes phases du cycle.

La deuxième étape **: identification et la définition des Besoins prioritaires en matière de prévention des complications du premiers tiers de la grossesse (**sous- module II) commence pour les groupes communautaires avec un premier atelier comprenant 4 sessions : analyse des causes et des conséquences des complications de la grossesse, la grossesse précoce, grossesse non planifiée ou non désirée et problèmes spécifiques aux avortements. Les participants s'inspirent des cas réels dans la communauté.
Le processus d'analyse des besoins prioritaires de la communauté est centré sur les trois retards liés au décès maternel: 1- retard dans l'identification du problème, 2- retard dans la prise de décision au niveau familiale et communautaires 3- retard dans la résolution du problème dans les structures de santé. Les différents besoins cités par les groupes de participants lors des trois sessions sont progressivement mis par ordre de priorité, avant de faire une définition finale des besoins et des problèmes prioritaires.

La troisième étape (sous module III) traite des activités **d'élaboration de plan d'action** communautaire participatif.

La quatrième étape (sous module IV) commence avec la **mise en oeuvre du plan** qui relève de la responsabilité des représentants de groupe et de la communauté elle même. Différentes activités incluses dans le plan sont menées, notamment la formation, le plaidoyer au niveau des structures de santé et des collectivités locales, les activités éducatives qui ciblent les communautés……Le premier **suivi des activités** est menée en général 20 jours après l'élaboration du plan, le second et troisième, peuvent être menés mensuellement. La méthodologie prévoit un minimum de trois opérations de suivi au cours du Plan d'Action Communautaire.

La cinquième étape (sous module V) est **l'évaluation participative**. Elle permet aux communautés elle-même de déterminer si les activités planifiées dans les différents plans d'action ont été menées et si des changements se sont produits dans la communauté.

Après l'évaluation participative, les groupes entament un nouveau Cycle de l'Action Communautaire pour consolider les actions du 1er cycle ou adresser de nouveaux problèmes. Le but est d'atteindre le renforcement de la communauté une fois que les mêmes groupes ont élaboré au moins 3 Cycles de l'Action. Selon la méthodologie, les niveaux d'Autonomisation sont atteints à travers la mise en oeuvre des différents Cycles de l'Action chaque cycle fait évoluer la communauté vers un niveau d'autonomisation supérieur. Les améliorations progressives apportées sur les outils et la méthodologie permettent d'affiner et de finaliser les supports de mise en œuvre et de préparer le passage à l'échelle au niveau des autres zones géographiques.
Il est important de "ne pas changer" les informations collectées au niveau de la communauté dans chaque activité, même si nous avons la perception qu'elles ne sont pas justes. Il faut se rappeler que c'est le résultat du travail de la communauté elle-même ; avec ses points forts et ses limites.

Sous module I : Orientation sur le cycle de l'action Organisation communautaire

OBJECTIFS :

1. Constituer des groupes communautaires pour la mise en œuvre des activités de prévention des grossesses non désirées et des complications de la grossesse.
2. Former les représentants des groupes communautaires sur la méthodologie.

RÉSULTATS ATTENDUS

1. Les objectifs et la méthodologie sont partagés par les acteurs communautaires
2. Quatre groupes communautaires sont constitués par sites / zones de cases:Chefs de famille Grands-mères ; Adolescents; Mères
3. Un contrat de partenariat est signé avec chaque groupe
4. Un plan de mise en œuvre est négocié avec chaque groupe

SESSIONS

Session 1	Orientation sur le cycle
Session 2	Première étape du cycle : organisation communautaire

DURÉE :

Session 1 : Orientation sur la méthodologie du cycle de l'action communautaire

Objectifs :

1- Partager les objectifs du modèle communautaire de prévention des hémorragies du premier tiers de la grossesse.
2- Comprendre le processus global du cycle de l'action communautaire
3- Décrire le contenu de chacune des étapes du cycle.

Matériel :

- Flip chart
- Marqueurs
- Affiche schéma du cycle de l'action communautaire
- Fiche pédagogique

Durée : 2h 45 mn

Déroulement :

Présentation des participants : toile d'araignée : 45 mn

Le facilitateur demande aux participants de se mettre debout en ordre un peu dispersé. Il lance la boule de laine (en forme de ballon) et demande à un participant de dire : son nom et prénom, profession/ occupation, situation de famille, ce qu'il aime le plus et pourquoi, ce qu'il déteste le plus et pourquoi ; ensuite il expose ses attentes avant d'enrouler la boule de laine de la passer à un autre ; tout le groupe y passe.
Au fur et à mesure que les présentations sont faites, un autre facilitateur recueille sur le tableau flip charte les attentes . A la fin, on leur demande ce qu'ils pensent de cette technique.
Cette activité permet stimuler l'esprit d'équipe.
Ou : Diviser le groupe en équipes de deux membres. Demander à chacun de se présenter à l'autre : nom, résidence, profession/ occupation, situation de famille, ce qu'il aime le plus et pourquoi, ce qu'il déteste le plus et pourquoi. En plénière, chacun présente son camarade, dit ce qui l'a le plus impressionné chez lui et pourquoi. Cette méthode aide à faire parler tous les membres du groupe et à apprendre quelque chose sur chacun.

1. **Administration du test initial : 60 mn**

OBJECTIF : Appliquer l'enquête CAP avec les participants pour la première fois, pour établir le niveau de connaissance des participants avec lequel la méthodologie commence.

Termes de référence

le facilitateur

a. Donne à chaque participant un formulaire d'enquête. (voir annexe 2).
b. Demande aux participants de remplir tout le formulaire s'ils sont instruits.
c. Aide à remplir le questionnaire en l'administrant sous forme d'entrevue et en écrivant les réponses s'ils ne sont pas instruits ; il prend soin de ne pas changer les propos.
d. S'assure que les formulaires ont été remplis en les recevant.

Le participant

a. Met un signe distinctif qu'il doit garder à l'esprit pour le reconduire lors des tests ultérieurs
b. Remplit tout le questionnaire
c. Remets le questionnaire au facilitateur.

2. **Exposé sur la méthodologie du cycle de l'action communautaire (CAC) : 60mn**

L'animateur introduit le problème des hémorragies du premier tiers de la grossesse et son impact sur la morbidité et la mortalité maternelle : un décès maternel sur huit est imputable aux avortements dans le monde

selon l'OMS. Il s'y ajoute beaucoup d'autres complications dont la plupart ne peuvent être évitées que par des actions au niveau communautaire.
Puis, l'animateur explique la prise en charge des avortements au niveau communautaire nécessite trois actions :
1- Prévention des grossesses non désirées ou non planifiées
2- Mobilisation des ressources communautaires (politique, financières, transport ect..) pour soins précoces et appropriés aux mères
3- Offre de services de qualité qui répondent aux besoins de communauté par les structures de santé

Ensuite, l'animateur dit que ces trois actions constituent les objectifs du modèle communautaire de prévention des hémorragies du premier trimestre de la grossesse. Il présente les objectifs :

1. **Renforcer la mobilisation communautaire autour de la prévention des hémorragies du premier tiers de la grossesse ;**
2. **Développer la réflexion communautaire sur les problèmes liés aux grossesses dans la communauté**.

Aussi, l'animateur explique pour atteindre ses objectifs, le modèle utilise une démarche :
- Elle constitue une réponse à la résolution des problèmes liés aux hémorragies du premier tiers de la grossesse au niveau communautaire. c'est une méthode participative qui vise à renforcer la mobilisation des communautés, à développer une réflexion et prise de conscience sur les problèmes liés à la prévention des grossesses non désirées et complications du premiers tiers de la grossesse
- Le cycle est basé sur la réduction des 3 retards liés au décès maternel **: 1- retard à la reconnaissance des problèmes ; 2. retard à la prise de décision ; 3. retard à la résolution du problème**.

Enfin, l'animateur explique que l'application du Cycle Action Communautaire nécessite certains principes :
1. Les principaux acteurs sont les membres de la communauté qui sont affectés ou ont une influence sur les problèmes liés aux complications du 1er tiers de la grossesse : mère, adolescent, homme et grand-mère.
2. Ils doivent être soutenus par les autorités sanitaires, les collectivités locales et résidents de la communauté.
3. Les facilitateurs sont les représentants des groupes ; ils sont encadrés par les relais – ASC matrone de la zone; ils sont accompagnés par les ADC et ICP/SF du Poste de santé qui les supervise.
4. La communauté acquiert son autonomie par un renforcement de ses capacités à travers la mise en œuvre du cycle de l'action communautaire.

Ce modèle a été appliqué dans certains pays avec beaucoup de succès. Au Sénégal, la DSR en partenariat avec PSSC- USAID propose de le mettre en œuvre dans une phase de testing à Mbour et Joal avant l'extension dans 5 régions USAID.

3. L'animateur cite les étapes du cycle.

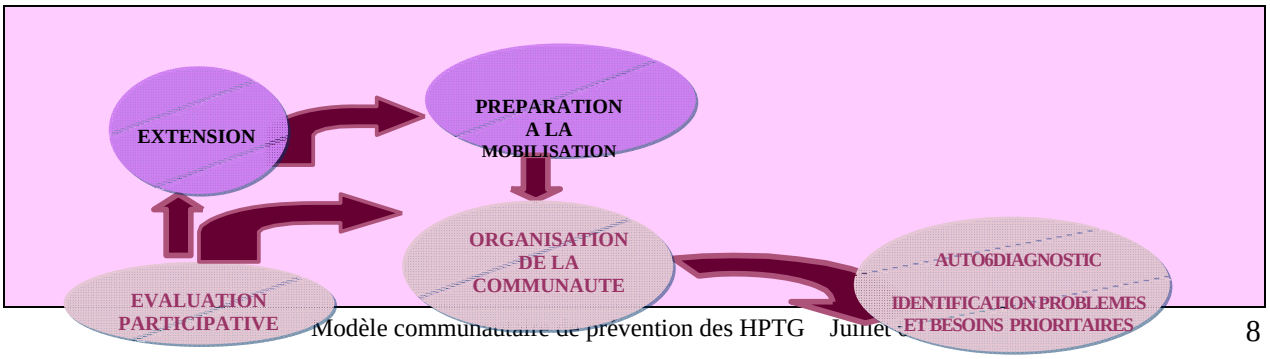
La méthodologie du cycle de l'action pour l'autonomie communautaire comporte cinq étapes :
1. Organisation de la communauté, 2. Autodiagnostic communautaire, 3. Elaboration des plans d'action de groupe ; 4. Mise en œuvre et suivi ; 5. Evaluation.

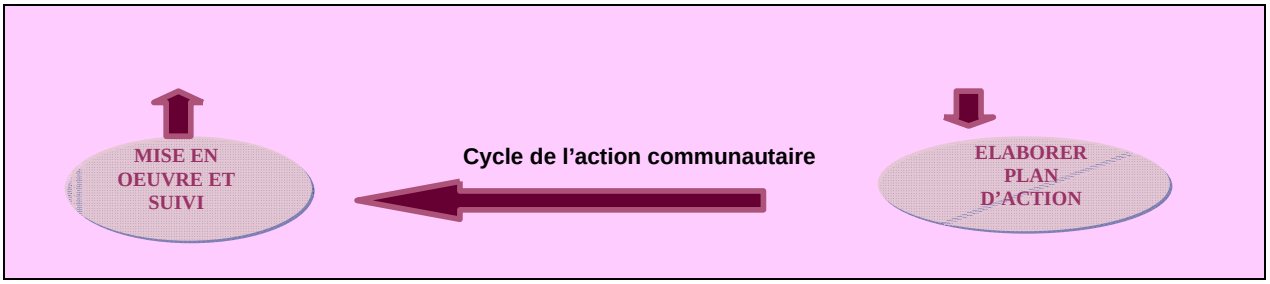
Des outils adaptés au niveau communautaire sont proposés à chaque étape pour faciliter le déroulement de la méthodologie. Il montre l'affiche déjà préparée du schéma du CAC.

4. L'animateur discute avec les participants du contenu global de chaque étape du cycle

Pour chaque étape du cycle à discuter, l'animateur colle sur l'affiche l'étape correspondante

SCHEMA CYCLE DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE





4.1 Organisation de la communauté :

Cette étape est précédée par une étape préparatoire constituée par des sessions de plaidoyer auprès des autorités communautaires et sanitaires. L'organisation de la communauté se fait comme suit :
Dans chaque zone de case – site, les groupes communautaires organisés sont identifiés et sélectionnés. Les représentants des groupes désignés par les membres du groupe de référence sont formés pour appuyer le groupe dans la mise en œuvre des activités de prévention des grossesses non désirées et des complications de la grossesse au niveau de l'aire de la case ou du site. L'ensemble des groupes communautaires sélectionnés dans les zones de cases/sites fédèrent au niveau de leur poste de santé de référence pour former le groupe des représentants. Le groupe des Représentants composé de deux représentants par groupe communautaire est chargé de la planification, de la mise en œuvre et du suivi des activités au niveau du Poste de santé.

4.2 Autodiagnostic communautaire :

Chaque groupe procède à l'identification, à l'analyse et la priorisation de ses problèmes et besoins liés à la prévention et au suivi des grossesses non désirées et des complications de la grossesse.

4.3 Elaboration des plans d'action de groupe :

Chaque groupe définit des actions à mener pour résoudre les problèmes prioritaires identifiés. Ces actions s'inscrivent dans un Plan d'Action qui précise la nature des activités à mener, l'échéancier, les ressources à mobiliser et des indicateurs simples pour le suivi et l'évaluation.

4.4 Mise en œuvre et suivi

Après l'élaboration du Plan d'Action, chaque groupe procède à l'exécution et au suivi des activités planifiées.

4.5 Evaluation

Elle termine le cycle. Chaque groupe procède à l'évaluation de son plan d'action. Le groupe vérifie si les actions planifiées ont permis de résoudre les problèmes identifiés. S'il y'a des problèmes nouveaux ou de nouvelles actions à initier, un nouveau cycle commence.

5. L'animateur vérifie la compréhension.

Il demande à un participant de reprendre les phases. Les autres complètent.

6. L'animateur explique le déroulement du processus au niveau Poste de santé :

Au niveau du PS, un processus parallèle se déroule : après chaque étape du cycle, les représentants des groupes se réunissent autour de l'ICP ; les problèmes recensés au niveau communautaire sont synthétisés et les priorités dégagées. Ensuite, les représentants élaborent un plan d'action pour la zone du Poste. Ils le mettent en œuvre. Ils procèdent au suivi. Ils évaluent les activités du cycle.

7. Synthèse des activités des étapes du cycle au niveau case et poste

L'animateur demande aux participants de résumer les activités de chaque étape du cycle aux niveau case- site et poste ; Un participant reprend l'organisation communautaire, un autre la phase d'autodiagnostic, un autre le Plan d'Action, … ils font la même chose pour le niveau Poste de santé**.**

Tableau de synthèse des activités de chaque étape du cycle par niveau

Etapes	Principales Activités	
	Case / site	Poste de santé

Organisation communautaire	Constitution des groupes : • Grand-mères • Adolescents • Mères • Chefs de famille Choix de 2 représentants par groupe	Constitution du groupe des représentants de case/site : • 2 représentants de GM • 2 représentants des adolescents • 2 représentants de mères • 2 représentants de chefs de famille
Auto diagnostic	• Identification des problèmes • Priorisation des besoins • Identification de solutions préconisées	• Synthèse des problèmes • Priorisation des besoins • Identification de solutions préconisées
Plan d'action	Plan d'action pour chaque groupe	Plan d'action de la zone du PS
Mise en œuvre et suivi	• Exécution par chaque groupe des activités du plan d'action • Suivi de la mise en œuvre	• Exécution par les représentants des activités du plan d'action du PS • Suivi de la mise en œuvre
Evaluation	• Evaluation par chaque groupe des actions menées • Décision de reprendre un nouveau cycle : auto diagnostic, plan d'action, MOE, évaluation.	• Evaluation par les représentants de groupes des activités du plan d'action du PS • Décision de reprendre un nouveau cycle : : auto diagnostic, plan d'action, MOE, évaluation

Session 2 : Organisation de la communauté

ETAPE I

Objectif:
Constituer des groupes communautaires pour la mise en œuvre des activités de prévention des hémorragies du premier tiers de la grossesse.

Matériel
- Fiches de recensement des groupes organisés
- Fiche d'accord de partenariat
- Schéma cycle
- Cahier pour prise de notes
- Ruban adhésif
- Fiche pédagogique

Durée :30 mn

Déroulement :

1. **L'animateur introduit la séance sur l'organisation communautaire**

Dans les communautés, il existe plusieurs sous groupes communautaires (mères, grands-mères, hommes, ...). Certains groupes ont une organisation formelle (GIE, ASC, mbotaay, dahiras, ...) d'autres sont des regroupements informels (grands-mères, groupes de grand-place, peenc, ...).
La 1e phase de la méthodologie se fonde sur le renforcement de l'organisation communautaire de base et cible les membres de la communauté qui sont affectés ou qui influencent la problématique des grossesses en particulier des hémorragies du 1er tiers.
L'animateur situe l'étape d'organisation de la communauté dans le cycle de l'action communautaire. Il partage les résultats attendus du module négocie et avec les participants les objectifs de la session.

2. **Discussion sur le processus de mise en place et d'organisation des groupes**

L'animateur demande aux participants de discuter du processus ; ils leur demande de rappeler les activités auxquelles ils ont participé avant cette présente session. Il synthétise avec les participants les activités de la première étape du CAC.

1. L'ADC tient une réunion d'orientation des relais et des membres des bureaux de comités dans chaque aire géographique de la case ; le but de cette réunion est de discuter des objectifs du modèle, des étapes de mise en œuvre et de négocier l'accord de partenariat

2. Les relais encadrés par l'ADC de la zone de case/site vont mener le plaidoyer communautaire auprès des chefs de village / quartier, élus locaux et autres personnes influentes pour partager avec eux les objectifs du modèle, recueillir leurs attentes ; ils négocient avec eux les termes de l'accord de partenariat avec la collectivité locale.

3. Les relais et ADC avec l'aide du comité de santé identifient les groupes communautaires dans l'aire de la case. Ils choisissent un groupe de mères, un groupe de grand-mères, un groupe de chef de famille et un groupe d'adolescents. Les critères de choix de ces groupes sont :
   - Niveau d'organisation : en priorité les groupes organisés (GIE, ASC, mbotaay, dahiras, etc..).
   - Taille du groupe : idéalement entre 15 à 20 personnes; deux groupes peuvent être fédérés en un scindé en deux pour avoir la taille requise ; dans tous les cas , les groupes doivent être homogènes et partager des intérêts communs.
   - En l'absence, de groupes organisés (exemple grand-mère), les relais aidés par les ADC constituent un groupe sur la base des affinités, de l'âge, de la proximité ou d'activités communes.

4. Le groupe choisit deux représentants de préférence sachant lire, disponible, volontaire et accepté par le groupe. Ces deux leaders représenteront leur groupe au niveau de la case et du PS. Ils seront formés par le projet pour faciliter la MEO du processus au niveau du groupe et collecter les informations. Ils sont donc les facilitateurs de la méthodologie dans leur groupe respectifs. Un ou deux relais – Asc matrones encadreurs qui les seconderont dans ce processus.

5. Les relais avec l'ADC organisent avec chaque groupe une réunion d'information pour négocier un partenariat, discuter d'un plan de mise en œuvre de la méthodologie :
   - Chronogramme pour la MEO des activités (horaire, lieu des réunions, modalités de fonctionnement, etc.) ; chaque représentant de groupe peut rappeler les ce qui a été retenu avec son groupe.
   - Formalisation de l'accord de partenariat : les rôles et responsabilités de chaque partie devra être partagés et négociés avec chaque partie avant la séance de signature. Cet accord sera signé par les représentants des différentes parties : Président du comité de santé de la case pour le compte des relais encadreurs , le président du groupement pour celui du groupe ; le PCR pour le compte de la collectivité locale, l'ICP pour le poste de santé/ district et l'ADC pour celui du projet PSSC.

3. L'animateur discute avec les participants du système d'accompagnement des groupes communautaires :

- Les leaders choisis au niveau de chaque groupe recevront une formation sur la méthodologie.
- Tous les relais ASC et matrones de la case seront formés sur la méthodologie et recevront une capacitation sur le volet clinique des soins après avortement.
- Chaque relais /ASC / matrone sera affecté à un groupe. Il aura en charge **l'encadrement** des deux représentants dans **l'accompagnement** de leur groupe de référence.
- L'ADC appuie les relais et les représentants, coordonne l'ensemble des activités dans sa zone de responsabilité, contrôle la bonne exécution des activités planifiées, collecte et analyse les informations de base, rédige et communique les rapports d'étape au responsable de zone.

4. Séance de discussions sur les CAP : 2 H 00 mn

Objectif : permet d'ouvrir un débat communautaire autour de certains aspects sensibles de la santé de la reproduction.

Termes de référence du facilitateur

Le facilitateur anime la séance de discussion sur les connaissances, attitudes et pratiques des communautés en utilisant le canevas de la fiche pédagogique sur les CAP (annexe 3).

- IL explique auparavant aux participants qu'il est nécessaire qu'ils comprennent que ce sera une conversation et non un exposé comme d'habitude **(nous n'allons pas leur enseigner, mais nous allons apprendre d'eux)**.
- Il insiste sur le fait que leurs opinions sont importantes, et qu'ils devraient se sentir libres de dire ce qu'ils pensent (rien de ce qu'ils vont dire ne sera bon ou mauvais, tout est important car c'est le moyen qui puisse nous permettre de savoir davantage), et que cela permettra à tous de reconnaître les problèmes.
- Il rappelle aussi que leurs idées seront respectées.
- Il pose les questions de la partie gauche du document, discute les réponses des participants en référence à la partie droite de la fiche.

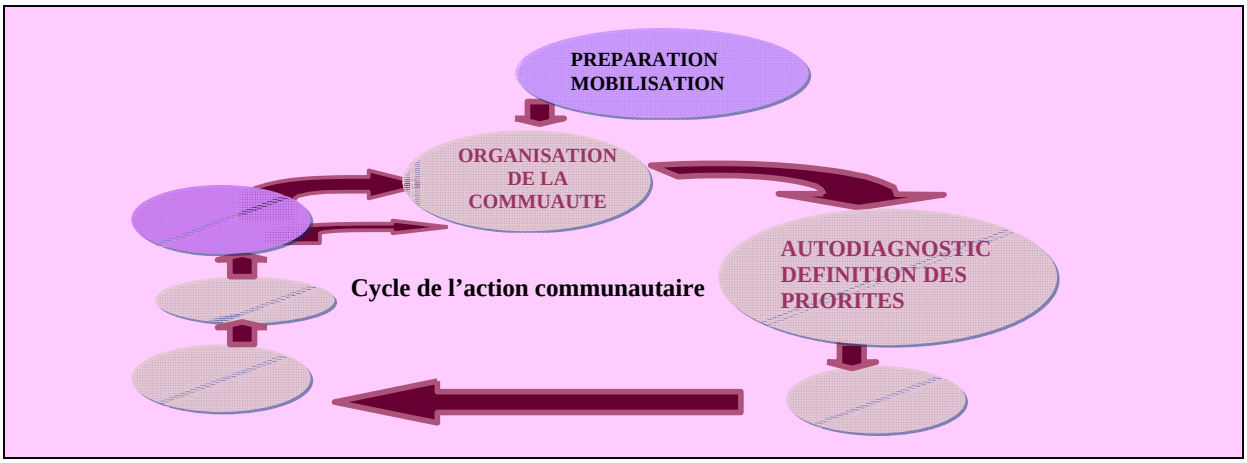
5. Evaluation de la session : 20 mn

Le facilitateur distribue la fiche d'évaluation de la session aux participants et discute des résultats. Ou écrit les questions sur le flip shart S'ils sont analphabètes pour la majorité, il évalue en posant les questions contenues dans la matrice d'évaluation (Mettre sur l'affiche le nom et/ou le dessin des différentes activités) . Les trois visages représentent les trois types de réponses des participants : ''content'', ''indifférent ''et ''triste''. Mettre sur l'affiche le nom et/ou le dessin des différentes activités, le nombre de réponses reçues sera matérialisé par le nombre de croix pour chaque item évalué

	☺	😐	☹
Comment était la participation du groupe ?			
Quelles activités avez –vous aimé le plus ou comment avez-vous apprécié les activités ? Pourquoi? ***Lister et montrer les images des différentes activités de la journée***			
Quelles étaient les activités les plus difficiles à réaliser ? Pourquoi ? *Lister et montrer les images des différentes activités de la journée*			
Quelles activités supplémentaires souhaitez-vous qu'on ajoute ?			
Que voulez-vous d'autres ?			

Sous module II : Autodiagnostic communautaire

ETAPE 2



OBJECTIFS :

Les groupes communautaires seront capables de :

1. Procéder à l'identification, l'analyse et la définition des besoins prioritaires liés à la prévention des grossesses non désirées et complications du premier tiers de la grossesse.
2. Etablir la liste finale des besoins prioritaires

RÉSULTATS ATTENDUS

Chaque groupe communautaire retient par consensus trois problèmes / besoins prioritaires liés à chacun des trois retards :

a. Trois problèmes /besoins liés au retard dans la reconnaissance du problème de santé qui se pose,
b. trois problèmes / besoins liés au retard dans la prise de décision d'aller chercher précocement des soins appropriés,
c. trois problèmes / besoins liés au retard dans la résolution du problème au niveau de la structure de santé.

SESSIONS

Session 1	Reconnaissance
Session 2	Décider
Session 3	Résoudre
Session 4	Synthèse des problèmes et définition finale des besoins prioritaires

DURÉE

Session 1 : Reconnaître les problèmes

Objectifs :

1. Identifier les expériences des membres de groupes communautaires sur les problèmes liés aux grossesses non désirées / non planifiées et complications du premiers tiers de la grossesse.
2. Placer par ordre de priorité les besoins identifiés relatifs à la reconnaissance des problèmes

Matériel :

- Affiche illustrée du schéma du cycle de l'action
- Questionnaire CAP
- Fiche pédagogique
- Fiche de discussions
- Exercice individuel
- Fiches cartonnées bleues
- Affiches des matrices de présentation et d'analyse de l'histoire de vie et de chemin parcouru.
- Feuille flip charte et marqueurs
- Drapeau tricolore

Durée : 5h 25 mn

Déroulement :

Les représentants du groupe communautaire réunissent leurs membres de groupe selon le calendrier retenu dans la phase de négociation. L'endroit peut être la case ou le poste de santé, le siège du groupe, le domicile du chef de village ou de quartier ; dans tous les cas l'endroit doit être calme et isolé pour leur permettre de dérouler les sessions.

Mise en train : 10 mn

Les participants se lancent une balle ou un autre objet, en criant le nom ou petit nom d'un camarade. Celui qui fait une faute sur le nom ou qui ne sait pas à qui passer l'objet est éliminé. Cette activité physique et amusante permet de se rappeler les noms.

1. **Introduction du module d'autodiagnostic:** 5 mn

- Le facilitateur introduit comme suit: chaque individu vit de façon particulière ses problèmes de santé. Cette étape nous donne l'occasion de dialoguer sur qui nous sommes, comment nous nous sentons, nos préoccupations ou problèmes concernant notre vie sexuelle et reproductive en particulier, les grossesses non désirées et les complications du premiers tiers de la grossesse. Ainsi, chaque groupe avec ses préoccupations et besoins spécifiques liés à la santé, peut apporter une réponse singulière à la résolution des problèmes de santé de la communauté. Les contributions cumulées de l'ensemble des groupes permettent d'avoir une plus grande efficacité dans les interventions
- Il insiste sur l'importance des opinions de tous les participants qui doivent se sentir libres de s'exprimer sur tous les thèmes. Il n'y a pas de jugement de valeur et tout est important ; ceci n'est pas évalué ni noté. Toutes les idées seront respectées et ont une égale valeur.
- Il partage les résultats attendus du module II négocie avec les participants les objectifs de la session

2. **Rappel du cycle : 5 mn**

Le facilitateur affiche le schéma du cycle de l'Action communautaire et demande aux participants d'indiquer l'étape réalisée dans le cycle et celles qui restent. Il présente les objectifs du module, le nombre de session et situe la place de la présente session. Il explique les activités prévues dans cette étape. Cette session est la première d'une série de 4 sessions qui doit se tenir avec chaque groupe communautaire.

3. **Réflexion sur les expériences de vie des groupes communautaires / histoire de vie**

3.1. **Travaux de groupe** : 30 mn

OBJECTIF : Identifier les principaux problèmes qui caractérisent la femme, l'homme ou l'adolescent dans la communauté, en rapport avec la vie sociale, familiale et reproductive en particulier ceux liés à la grossesse.

TERMES DE REFERENCE :

Le facilitateur :

a. Répartit les participants en deux groupes. I et II

b. Demande à chaque groupe de relater ou raconter l'histoire vécue d'une personne de la communauté. (changer le nom du village, les personnes impliquées) en se rapportant aux problèmes les plus courants actuellement, elle e devrait être inspirée par le vécu. L'histoire est focalisée sur les points suivants de sa vie :

- Naissance: l'assistance à la naissance
- Enfance: le cadre familial
- Adolescence/Jeunesse: la vie sexuelle et reproductrice (Exemple : que s'est-il passé avec son premier petit ami /petite amie, promis /promise, mari ou épouse ? Les rapports sexuels? La première grossesse?
- Age adulte: la vie sexuelle et reproductrice ; Exemple: y'a t-il eu une grossesse non planifiée ou une grossesse planifiée, désirée ; comment s'est –elle passée, quel est le contexte familial social, psychologique, physique, y'a-t-il eu des problèmes familiaux, sociaux ou physiques?.....

c. Veille à ce que l'histoire de vie de l'homme soit centrée sur la vie réelle d'un homme et non celle de sa femme ; naissance, enfance, l'adolescence, ''case de l'homme'', premières expériences sexuelles, découverte de sa virilité, relations avec les filles et les femmes, relations avec sa femme enceinte, expérience de sa paternité…

d. Présente et demande aux participants de présenter selon la matrice de présentation de l'histoire de vie sur le tableau flip charte

e. Explique que le narratif de l'histoire est illustré par un dessin qui symbolise pour le groupe une étape de la vie ou le groupe peut choisir des figurines pour illustrer son histoire.

f. Encadre les participants dans les travaux de groupe, mais veille à ne pas trop intervenir dans les débats ni influencer les idées des participants.

Les participants :

- Groupe I : relate l'histoire de la vie d'une femme avec l'expérience de la première maternité.
- Groupe II : relate l' histoire de vie d'un homme.
- Chaque groupe désigne un président pour distribuer la parole et un rapporteur qui présente en plénière le travail du groupe

Matrice de présentation de l'histoire de vie

ETAPES DE LA VIE	POINTS CLEFS DE L'HISTOIRE		COMMENTAIRES
	Narratif	Dessin ***	
Naissance			
Enfance			
Adolescence			
Âge adulte			

*** le dessin pourrait être remplacé par un symbole, un taalif, un proverbe, une chanson (qcq chose qui pourrait les aider à se rappeler de l'évènement)

5.1.2 Alternative : Si les groupes n'arrivent à élaborer une histoire de vie tirée de leur vécu réel, un facilitateur raconte à un groupe '' l'histoire de Modou '' (en annexe) ; un autre facilitateur raconte à l'autre

groupe '' l'histoire d'Astou ''(en annexe). L'animateur anime la discussion pour remplir la matrice de présentation pour chaque groupe. Cette alternative ne devra être envisagée que s'il y'a un réel blocage qui n'a pu être surmonté malgré les efforts répétés des facilitateurs.

3.2 Présentation en plénière : 30 mn

Le représentant de groupe présente les résultats des travaux sur l'histoire de vie de son groupe en séance plénière.

3.3. Analyse de l'histoire de vie : 60 mn

L'animateur guide ensuite l'analyse et stimule une discussion en comparant les réponses de chaque groupe selon la série de questions proposées dans la matrice d'analyse ci-dessous : il écrit chaque opinion sur l'affiche et oriente les participants vers le sujet de la grossesse à chaque étape ;
Il ne doit laisser personne monopoliser la réunion ; quand un participant pose une question sur le sujet, il est conseillé de ne rien dire, ou de donner une information générale, car cela peut biaiser l'information tirée du groupe. Laisser faire les clarifications nécessaires.

Matrice d'analyse de l'histoire de vie

Questions	HISTOIRE DE LA FEMME	HISTOIRE DE L'HOMME
Que se passe-t-il réellement dans la première grossesse qu'elle soit planifiée ou non concernant les problèmes personnels, sociaux et familiaux ?		
Quelle est la différence entre une grossesse planifiée et non planifiée concernant les problèmes physiques de la femme, de famille et de la société ?		
S'il n'a pas de commentaire au sujet de l'implication de l'homme dans la grossesse, posez la question suivante:	Que pense la femme de la participation et de l'implication du mari quand elle est confrontée à une grossesse ? (Comment réagit -il ; que fait –il ?)	Que pense l'homme ou le mari de son implication ou de sa participation à la grossesse? (comment réagit-il , quie fait-il)
Les participants veulent-ils dire quelque chose d'autres ? (avis du groupe, clarification sur des choses qu'ils n'ont pas comprises. Quelques avis sur des points pour lesquels il y avait un désaccord		

Animation : 5 mn
Demander à un participant de raconter une histoire drôle.
Ou on demande au groupe de former une ligne droite et on trace une ligne imaginaire entre le fleuve et la rive. D'un côté, il y'a des lions ; de l'autre des crocodiles ; le facilitateur joue le rôle d'un sage ou d'un patriarche qui peut voir les dangers. Il lance des cris au groupe pour dire quand il faut sauter sur la rive ou sur le fleuve. Il crie de plus en plus ''sur le fleuve, sur le fleuve ; sur la rive sur le fleuve etc.) Quiconque saute du mauvais côté ou ne saute pas est disqualifié**.**

4. **Chemin parcouru**

4.1. Travaux de groupe : 15 mn

Le facilitateur répartit en deux groupes les participants après avoir engagé une discussion avec eux sur la définition du concept de chemin parcouru.
Termes de référence:

Le facilitateur

a. Répartit les participants en deux groupes. I et II

b. Demande à chaque groupe de relater le chemin parcouru d'un cas face aux problèmes de grossesse, en mettant l'accent sur les 3 retards :

Reconnaître le problème
Décider comment il faut résoudre le problème et comment arriver au site où il devra être résolu
Résoudre le problème dans une structure de santé

c. Présente et demande aux participants de présenter sur le tableau flip charte selon la matrice de présentation du chemin parcouru

d. Explique que le narratif du chemin parcouru peut être illustré par un dessin qui symbolise pour le groupe les points éléments importants du chemin

e. Guide chaque groupe pour qu'il se focalisent sur un cas spécifique en s'inspirant d'un cas réel survenu dans la communauté tout en gardant l'anonymat

Les participants

- Groupe I : relate le chemin parcouru par une femme qui a grossesse non planifiée / non désirée;
- Groupe II : relate le chemin parcouru par une femme qui à un saignement survenu dans le 1er tiers de la grossesse

Chaque groupe

a. Désigne un président pour distribuer la parole et un rapporteur qui présente en plénière le travail du groupe

b. Illustre par un dessin qui symbolise pour le groupe tous les moyens d'action adoptés dans le cas ou choisit des figurines.

c. Présente les travaux sur la base du canevas de présentation ci –après.

Matrice de présentation du chemin parcouru

Items	POINTS DE L'HISTOIRE	DESSIN	COMMENTAIRES
Profil de la personne affectée Age? Statut matrimonial ? Nombre de la grossesse? (dont celle décrite ici)			
L'identification du problème quel moment reconnaît-elle qu'il y a un problème?			
Prise de décision Qu'est ce qu'elle décide de faire une fois confrontée au problème? Comment est- elle arrivée à décider de ce qui à faire une fois confronté au problème? ou pourquoi a- t –elle décidé ainsi ? Qui l'a aidé à décider de ce qui à faire une fois confrontées au problème? Quel moyen de transport a-t- elle utilisé ?			
Résolution du problème où et comment a-t – elle résolu le problème? (centre de santé, guérisseur traditionnel ou une autre solution)			
Alternative Comment ce problème ou cette situation aurait –il pu être évité? Pourquoi n'a-t-elle pas agi de cette façon ? Est-ce la personne aurait pu procéder autrement Quelles sont les causes de ce problème Quelles sont les conséquences de cette situation pour la santé ? Comment la personne serait-elle affectée dans l'avenir si elle ne trouve pas une solution?			
Quelles autres personnes étaient impliquées à ce problème?			

6.2. Présentation en plénière et analyse : 25 mn

Chaque représentant de groupe présente les travaux de son groupe ; et ensuite ;
L'animateur analyse avec les participants le chemin parcouru. Il anime la discussion en utilisant les mêmes questions mais avec une comparaison entre les deux chemins parcourus ; ils étudient les similitudes ou différences entre les deux chemins comme tels que proposés dans la matrice d'analyse.

Matrice d'analyse du chemin parcouru

	SIMILITUDES (pourquoi?)	DIFFERENCES (pourquoi?)
Profil de la personne affectée Age ? Statut matrimonial ? Nombre de grossesses ? (dont celle décrite ici)		
L'identification du problème quel moment reconnaît-elle qu'il y a un problème?		
Prise de décision Qu'est ce qu'elle décide de faire une fois confrontée au problème? Comment est- elle arrivée à décider de ce qui à faire une fois confronté au problème? ou pourquoi a- t –elle décidé ainsi ? Qui l'a aidé à décider de ce qui à faire une fois confrontées au problème? Quel moyen de transport a-t- elle utilisé ?		
La résolution du problème Comment ce problème ou cette situation aurait –il pu être évité? Pourquoi n'a-t-elle pas agi de cette façon ? Est-ce la personne aurait pu procéder autrement Quelles sont les causes de ce problème Quelles sont les conséquences de cette situation pour la santé ? Comment la personne serait-elle affectée dans l'avenir si elle ne trouve pas une solution?		

5. Exercice sur le Pont des possibilités : 20 mn

L'exercice peut être réalisé en séance plénière ou travaux de groupe suivi de plénière. Il vise à énoncer les problèmes/ besoins et pour chaque besoin identifié, les participants doivent proposer deux ou trois solutions.

- Au début du pont, sont placées les fiches décrivant les besoins identifiés par les participants en fonction de la ''réalité dans la communauté''
- A la fin du pont, sont placées les fiches se rapportant décrivant aux solutions préconisées '' Ce que nous pourrions faire''.

5.1. Synthèse des problèmes et énoncé des besoins

L'animateur demande aux participants de rappeler les problèmes identifiés au niveau de ''l'histoire de vie'' et du ''chemin parcouru '' en rapportant aux questions posées dans la matrice.
Chaque problème ou besoin « réalité dans la communauté » identifié est écrit sur une fiche de couleur verte ou au tableau avec un marqueur de couleur verte.
L'animateur doit veiller à ce que chaque problème soit bien défini : **note un seul problème à la fois, désigne la personne que le problème affecte, et précise les informations qui concerne le problème**. Exemple de problème : « il n' y a pas d'informations sur la planification familiale pour les adolescents de la communauté ».
.

5.2. Recherche de solutions

Pour chaque problème identifié « qui est une réalité dans la communauté », les participants proposent une solution « ce que nous pourrons faire » pour régler le problème. Les participants répondent aux questions posées dans la matrice du Pont des possibilités pour déterminer les problèmes et leurs solutions. Chaque solution préconisée est notifiée sur une fiche de couleur verte.

En plénière, le facilitateur demande aux participants pour chaque problème énoncé de proposer deux ou trois solutions pour le résoudre
Ou Une autre option consiste à diviser le groupe en fonction du nombre de problèmes. Ainsi chaque groupe recevra des fiches et devra chercher deux ou trios solutions au problème. Une fois que ces fiches sont remplies, elles sont présentées au groupe dans une session plénière, et les fiches sont mises sur la matrice du Rapprochement des Possibilités. Elle prend plus de temps.

Il est important que les fiches soient bien, clairement, et complètement écrites, puisqu'elles seront utilisées pour élaborer le Plan d'Action Communautaire. Se rappeler que les fiches concernant "Ce que nous pourrions faire" devront être étudiées dans le Plan d'Action Communautaire

Matrice du pont des possibilités « Reconnaître le Problème »

QUESTIONS	REALITE DANS LA COMMUNAUTE (besoins identifiés)	CE QUE NOUS POURRIONS FAIRE (solutions préconisées)
Que se passe t-il en cas de grossesse non planifiée / non désirées dans notre communauté?		
Qui sont plus affectés ? Pourquoi ces grossesses surviennent –elles ?		
Y 'a-t-il des conséquences ?		
Que se passe-t-il en cas de saignements du 1er tiers de la grossesse ? Qui sont plus affectées?		
Pourquoi ce type de saignement survient -il ? Y 'a-t-il des conséquences ?		
Disposent-elles de ressources pour résoudre ce genre de problème		
Où vont-elles quand elles ont ce genre de problème ? Pourquoi ?		

8.1 Exercice à faire

L'exercice est notifié aux participants à la fin de la séance du jour pour qu'ils puissent le faire une fois de retour à la maison.
L'animateur explique qu'il est important d'avoir aussi l'opinion des autres membres de la communauté sur les problèmes de santé ; il demande aux participants quand ils rentreront chez eux de poser les questions contenues dans le formulaire de l'exercice individuel (en annexe). Il lit les questions, vérifie la compréhension des participants et leur distribue les formulaires. Les réponses obtenues après l'enquête seront intégrées au pont des possibilités de reconnaître.
Chaque participant fera l'entrevue au moins à une personne. les résultats de l'enquête doivent être apportés à la prochaine séance

8.2. Analyse des résultats de l'exercice: 20 mn

Le facilitateur demande à 3 ou 5 participants de présenter les informations collectées dans l'exercice individuel. Les participants analysent ensemble les réponses et vérifient s'il y'a des opinions similaires ou si de nouveaux besoins sont apparus. Les nouveaux besoins qui apparaissent doivent être inscrits sur les fiches vertes et intégrées au pont des possibilités.

6. Résumé des activités de la journée J1

Passer en revue les activités de la journée précédente.
Présentation des travaux effectués par les participants

7. Mise en ordre de priorités des besoins liés à ‘’reconnaître’’: 2h

Objectif : Placer par ordre de priorité les besoins identifiés sur le pont du rapprochement des Possibilités dans la session précédente, avec les nouveaux besoins identifiés à l’achèvement du travail

9.1. L’animateur explique aux participants que les besoins sont très nombreux et qu’il est nécessaire de sélectionner ceux qui sont prioritaires et sur lesquels on va agir. Pour définir les priorités, deux critères peuvent être suggérés : l’ampleur (nombre de personnes affectées) et la gravité (délai requis pour le résoudre) ; tous les deux ont la même valeur.
9.2. Il leur demande de discuter des critères et de privilégier le consensus pour établir les priorités.
Sinon ; pour chaque problème, les participants procèdent à un vote pour décider de son ordre de priorité.

Chaque problème est classé dans la case correspondante à son ordre d’importance en fonction du score obtenu dans les deux critères après le vote des participants. Les trois besoins qui ont obtenus le plus grand nombre de voix sont classés dans la catégorie ‘’plus grande importance’’, ceux qui suivent dans la catégorie ‘’importance moyenne’’ et le reste dans la catégorie ‘’moindre importance.’’ Le classement se fait selon le barème ci –après :

1. **Plus grande importance**
   - Ampleur : affecte **beaucoup de personnes** dans la communauté
   - Gravité: grave danger sur la santé de la communauté, demande une solution à court terme
2. **Importance moyenne**
   - Ampleur : affecte **quelques personnes** dans la zone
   - Gravité: demande une solution à moyen terme
3. **Moindre importance**
   - Ampleur : affecte **peu de personnes** dans la zone
   - Gravité : demande une solution à long terme

	Plus grande importance	**Importance moyenne**	**Moindre importance**
Gravité			
Ampleur			

- Les trois catégories de classement des besoins sont symbolisées par trois couleurs : le rouge indique que le danger est là présent, il représente la catégorie ‘’plus grande importance’’, le jaune signifie que le danger est en cours de route ; il représente la catégorie ‘’importance moyenne’’ ; le vert fait référence à un danger assez éloigné et représente la catégorie ‘’ moindre importance’’.

9.2 Après le vote, les participants mettent par ordre de priorités les besoins identifiés à la session,’’reconnaître’’ en utilisant la classification ci-dessous.
Le facilitateur peut utiliser un tissu avec ces trois couleurs ou des marqueurs ou des craies de couleur;

	RECONNAITRE (besoins identifiés)
Plus grande importance	
Importance moyenne	
Moindre importance	

Les fiches vertes retenues dans la catégorie ‘’plus grande importance ‘’ doivent être gardées pour la 4e session de la définition finale des besoins et solutions.

10. Evaluation de la session : 20 mn

Le facilitateur distribue la fiche d’évaluation de la session aux participants et discute des résultats. Ou écrit les questions sur le flip shart S’ils sont analphabètes pour la majorité, il évalue en posant les questions contenues dans la matrice d’évaluation (Mettre sur l’affiche le nom et/ou le dessin des différentes activités) . Les trois visages représentent les trois types de réponses des participants : ‘’content’’, ‘’indifférent ‘’et ‘’triste’’. Mettre sur l’affiche le nom et/ou le dessin des différentes activités, le nombre de réponses reçues sera matérialisé par le nombre de croix pour chaque item évalué

Items	☺	😐	☹
Comment était la participation du groupe ?			
Quelles activités avez –vous aimé le plus ou comment avez-vous apprécié les activités ? Pourquoi? ***Lister et montrer les images des différentes activités de la journée***			
Quelles étaient les activités les plus difficiles à réaliser ? Pourquoi ? *Lister et montrer les images des différentes activités de la journée*			
Quelles activités supplémentaires souhaitez-vous qu’on ajoute ?			
Que voulez-vous d’autres ?			

.

Session 2 : Décider de comment résoudre le problème et arriver à l’endroit où il peut être résolu

Les participants vont faire l’inventaire et l’analyse des services et ressources disponibles

Objectifs :

1. Evaluer l'accès aux ressources de la communauté pour la prise en charge des problèmes liés à la prévention des grossesses non désirées et des complications du 1er tiers de la grossesse.
2. Evaluer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services offerts au niveau du poste de santé et dans les autres sites communautaires de prise en charge de la grossesse.
3. Placer par ordre de priorité les besoins identifiés relatifs à la prise de décision pour résoudre le problème et arriver à l'endroit où il peut être résolu

Durée : 5h 25 mn

Matériel

- Fiche pédagogique
- Carte de la zone
- Fiches cartonnées vert
- Affiches des matrices d'analyse de cartographie
- Questionnaire d'enquête au niveau structures
- Questionnaire d'entrevue avec les clients.
- Feuille flip shart, marqueurs, ruban adhésif

Déroulement :

Mise en train : 5 mn
Le groupe se met en cercle et claque des mains ; après trois claquements, le facilitateur cite la première étape du cycle de l'action; après trois claquements, le participant qui suit cite l'étape suivante et tout le groupe y passe ; Si une personne ne peut citer l'étape suivante, elle est éliminée ;

1. Elaboration de la cartographie des services et ressources disponibles : 60 mn

L'animateur demande aux participants de dessiner avec l'aide des autres participants la carte de leur zone en mentionnant les services et ressources disponibles.

1.1. **Travaux de groupes** : 30 mn

OBJECTIF : Dessiner une carte des ressources en santé de sa zone (quartier, site) pour identifier les différents établissements sanitaires et les ressources en santé de la communauté.

Termes de référence

Le facilitateur :

- Divise en groupes les participants selon le quartier ou la zone où ils habitent pour dessiner le carte
  → Si les participants n'habitent pas tous dans le même village / quartier ; les répartir selon le lieu de résidence. Chaque groupe dessine la carte de sa zone avec l'aide de la matrice sur la cartographie.
  → Si les participants habitent tous la même zone (village / quartier) ; demander un ou deux volontaire de dessiner la carte au tableau.

- Donne à chaque groupe une affiche et des marqueurs.
- Guide les participants en proposant de mettre en exergue d'abord le lieu de l'activité ;

Les participants

- Chaque groupe, dessine une carte géographique de son quartier ou de sa zone qui devra mentionner tout ce qui est trouvé dans la zone les maisons , les structures de santé et tout autre service où une femme peut trouver de l'aide quand elle est confrontée à un problème de santé en se référant à la matrice de la cartographie
  - Établissements sanitaires (hôpitaux, centres de santé, postes de santé, pharmacies, cliniques, cabinets de consultation privés)
  - guérisseurs, tradipraticiens, herboristes, marchés, décharges d'ordures

- Radio (si nous avons une radio, quels programmes radio écoutons nous ?), Télévision (si nous avons une télévision, Quels programmes télévisés suivons nous ?)
- Electricité (quelles les maisons ont de l'électricité?)
- Eau (quelles maisons ont de l'eau potable?).

- Chaque groupe présente **en plénière** la carte de sa zone. : 30 mn

CARTE DES SERVICES ET DES RESSOURCES EN SANTE

Le MILIEU

Qu'est ce qu'il y'a dans mon voisinage, ma communauté, ou mon quartier?

La carte "touristique" devrait montrer tout qui est trouvé dans la zone de la résidence, et ce qui suit:

rues, ponts, rivières

Établissements sanitaires: hôpitaux, centres de santé, postes de santé, pharmacies, cliniques, cabinets de consultation privés, etc. (services, personnel et heures d'ouverture).

Les autres ressources: sur la carte toutes les ressources en santé connues devraient être inscrites: promoteurs, sages-femmes, guérisseurs indigènes, guérisseurs spirituels, vendeurs de plantes médicinales, personnel qui fait les injections, etc…

Places publiques, terrains de football, marchés, décharges d'ordures

Les maisons, bâtiments (chaque participant doit dessiner sa propre maison).

Les boutiques, écoles, églises, mairies, entreprises.

COMMUNICATION ET TRANSPORT

Radio: si nous avons une radio, quels programmes radio écoutons nous?

Télévision: si nous avons une télévision, Quels programmes télévisés suivons nous?

Téléphone

Informatique: Est ce qu'il y'a une connexion Internet dans le quartier?

transport. ''horaire du village''

SERVICES DE BASE

Electricité: toutes les maisons sont-elles électrifiées ?

Eau: est ce que toutes les maisons ont de l'eau potable?

Canalisations /Egouts : Est-ce que la communauté a un système d'égouts, d'évacuation des ordures ?

2. Analyse de la cartographie : 60 mn

Après l'exercice de la cartographie en groupe ou en plénière, le facilitateur suscite la discussion avec les participants pour l'analyse des informations**:**

Facilité/ difficulté d'accès aux ressources disponibles de la communauté

- Que savons-nous des établissements? (le nom de chaque centre de santé doit être précisé).
- Où se trouvent-elles, Comment y aller? (Taxi, minibus ou bus, autres noms – préciser)
- Quels repères avons-nous pour trouver le lieu? (rues, places publiques, boutiques, terrains de sports, marchés ou autres)
- Quelles autres ressources avons-nous: sages-femmes, guérisseurs indigènes, etc.?

Comment décider où il faut aller ?

- Comment décidons-nous où il faut aller lorsque nous avons des problèmes liés à la grossesse ? Pourquoi ?
- Comment décidons-nous où aller si une hémorragie du premier tiers de la grossesse survient? Pourquoi ?

Les besoins identifiés sont notés sur des fiches de couleur bleue.

3. Exercice du Pont des possibilités : 30 mn

1.1. Synthèse des problèmes :

L'animateur demande aux participants de rappeler les problèmes identifiés à l'analyse des résultats de la cartographie. Chaque problème **et** besoin identifié est écrit sur une fiche de couleur bleue pour représenter le problème lié au retard '' décider''.

1.2. Solutions préconisées :

Les participants répondent aux questions posées dans la matrice du Pont des possibilités pour déterminer les besoins et préconiser des solutions. Chaque solution est notifiée sur une fiche de couleur bleue.

Pont des possibilités « Décider de comment résoudre le problème … »

Questions	Ce qui existe dans la communauté (besoins identifiés)	Ce que nous pourrions faire (solutions préconisées)
		Qu'est ce que nous pouvons faire Qu'est ce que nous devons faire
Quelles ressources avons-nous ?		
Que savons nous de nos structures de santé ?		
Comment décider où il faut aller ?		
Comment décidons-nous où il faut aller lorsque nous avons des problèmes liés à la grossesse ? Pourquoi ?		
Est-ce que les problèmes de la grossesse sont couverts par une assurance ou une mutuelle de santé ?		
Comment décidons-nous où aller si une hémorragie du premier tiers de la grossesse survient? Pourquoi ?		
Est ce que l'hémorragie du premier tiers de la grossesse est couverte par l'assurance ou la mutuelle?		

Les besoins identifiés sont notés sur des fiches de couleur bleue.

4. Enquête au niveau des structures (entrevues dans les groupes) : 2h 30 mn

Objectifs :

1. Analyser les différents services offerts au niveau des structures qui offrent des services à la communauté
2. Définir les besoins prioritaires identifiés sur le «rapprochement des possibilités» de la cartographie avec les nouveaux besoins qui ressortent des travaux de recherche (fiches **bleu clair**).

Les termes de références

Le facilitateur :

- S'occupe auparavant de tous les arrangements nécessaires pour l'organisation du transport des participants vers le poste de santé et prévoir les ressources nécessaires pour le transport.
- Présente le contenu les deux questionnaires : le guide interview des agents de santé et le guide d'interview du client.
- Vérifie la compréhension des participants, s'ils préfèrent utiliser la langue nationale, s'entendre avec eux sur les termes traduits.
- Répartit les participants en groupe selon les structures à visiter :poste ou le centre de santé, pharmacie, tradi praticiens
- Distribue les questionnaire aux participants

Les participants

Chaque groupe

- discute des modalités d'application et d'organisation de l'activité
- Désigne ceux qui vont administrer les questionnaires pour le compte du groupe.
- Demande à d'autres personnes leurs expériences et leurs opinions concernant les ressources en santé dans la communauté. Ne pas oublier : l'âge, le genre, et leur relation avec les personnes interrogées.
- S 'enquérir de l'expérience des hommes aussi par rapport à ces questions
- Note les réponses sur les fiches, s'ils certains ne prennent pas note ils devront se souvenir des opinions.

4.1. Entrevue avec les agents de santé :

Elle cible le prestataire (ICP ou Sage-femme) du poste de santé de référence. Chaque groupe désigne celui qui va poser les questions et celui qui va noter les réponses.

4.2. Entrevue avec les clients du poste et des autres sites de traitement

Les entrevues avec les clients ciblent les bénéficiaires qui utilisent les services du poste de santé et autres sites de prise en charge des problèmes de la grossesse dans la communauté : une officine, un guérisseur, un cabinet privé.

5. Présentation et analyse des résultats des entrevues : 45 mn

5.1. Le facilitateur demande à chaque groupe de présenter le résultat du travail en plénière.

Enquête au niveau des autres sites de pec :

- Invite un participant à partager les informations collectées dans son entretien.
- Prends au moins 2 ou 3 exemples.
- Et puis demander à tous les participants s'ils ont trouvé des opinions similaires.
- Collecter les fiches ou les formulaires de tous les participants qui ont terminé le travail.

Enquête au niveau structure : Le groupe chargé du travaille présente ses conclusions sur les **ressources en santé**.

- Premièrement: Expliquer pourquoi comment vous avez fait le travail, comment vous vous êtes organisés, etc.
- Deuxièmement: Qu'avez-vous découvert?

5.2. Le facilitateur analyse et synthétise les réponses selon le tableau ci-après en tenant compte de la question suivante: Est ce que les conclusions coïncident, ou si leurs contributions apportent de nouvelles informations? Pourquoi?
5.3. Il inscrira chaque nouveau besoin sur une fiche *(une fiche bleue claire pour mettre le " Rapprochement des possibilités" de la session précédente).*

MATRICE D'ANALYSE ENQUETE AU NIVEAU STRUCTURES

Questions	Besoins identifiés
Problèmes liés à la disponibilité	
Que savons –nous des heures d'ouverture, le personnel, quels services offrent-elles?	
Quels sont les services essentiels qui ne sont pas offerts par la structure ?	
Quels sont les supports IEC qui ne sont pas disponibles dans la structure ?	
L'équipement et le matériel disponibles permettent-ils de PEC: La grossesse, L'accouchement ; L'avortement ; la PF ; La référence ?	
Les médicaments essentiels disponibles permettent-ils de PEC les cas de grossesse, d'avortement, d'accouchement, et de PF ?	
Problèmes liés à l'accessibilité	
Les coûts des services sont-ils accessibles à la communauté ?	
L'accès à la structure de santé est-il facile (distance, moyens de transport, praticabilité terrain, barrières socio culturelles	
La structure dispose t-elle de moyen pour le transfert des urgences	
Problèmes liés à la qualité	
Les prestataires de santé sont-ils formés pour PEC les cas de cas de grossesse, d'avortement, d'accouchement, et de PF ?	
Les clients sont-ils satisfaits des services offerts au niveau de la structure? pourquoi ? Au niveau des autres sites pourquoi	
Les cas référés au PS sont-ils contre référés et suivis au niveau de la case de santé	

QUELLES SONT VOS OPINIONS ET EXPERIENCES

7.Après l'analyse des résultats de l'enquête dans les structures , les nouveaux problèmes identifiés sont inscrits sur les cartes bleues et placés dans le pont des possibilités pour la recherche de solutions .

Session 3: Résoudre le problème de santé au niveau de la structure

Objectifs :

1. Identifier les perceptions et expériences des membres de la communauté face à la prise en charge des problèmes liés aux complications du premiers tiers de la grossesse par les structures de santé et organisation communautaire de base.
2. Mettre par ordre de priorité les besoins identifiés relatifs à la résolution du problème au niveau des structures de santé.

Matériel :

- Fiche pédagogique
- Affiche schéma cycle de l'action communautaire
- Fiches cartonnées blanches
- Feuilles flip shard, marqueurs, ruban adhésif

Durée : 1h 40 mn

Déroulement :

1. **Sociodrame : 60 mn**

Objectifs : décrire les types de relations plus courantes dans leur communauté quand survient une hémorragie du premier tiers de la grossesse.

Termes de référence :
Le facilitateur :
Explique aux participants qu'ils vont faire un jeu de rôles pour analyser le soutien familial et communautaire ainsi que la qualité des soins offerts au niveau des structures de santé face à une urgence.
Répartit les participants en deux groupes : un fait un jeu de rôle et l'autre observe et analyse la situation

Les participants :
Groupe I :

- Crée et présente un scénario sur la prise en charge d'une femme présentant une hémorragie du premier tiers de la grossesse par la famille , les OCB de la localité et les structures de santé en se focalisant sur les 3 retards : de la reconnaissance du problème, à la prise de décision jusqu' à la pec au niveau de la structure de santé ;
- Distribuent les rôles au sien du groupe : les membres s'identifient à des personnages de la communauté, des structures de santé, des organisations communautaires de base et des familles.
- Peuvent demander de l'aide pour préparer le décor**.**

Groupe II :

- bien observer les acteurs
- Analyser la situation à la lumière des trois retards liés au décès maternel suivant les deux matrices d'analyse du sociodrame

Si le groupe n'arrive pas à inventer un scénario, l'exemple en dessous peut leur être proposé.

Exemple de scénario: Astou a des saignements pendant la grossesse.
Les personnages sont : Astou, la belle mère de Astou, le Mari de Astou, la belle sœur de Astou, la sage-femme, le guérisseur ; les rôles sont distribués selon le scénario suivant :
Astou a des saignements, s'inquiète et informe sa belle mère ; la belle sœur va emprunter de l'argent auprès de la trésorière du groupement et le mari cherche un moyen de transport pour l'amener chez le guérisseur d'abord. Les saignements persistent et la famille décide de l'amener au dispensaire. Arrivée au dispensaire vers 19 heures : mauvais accueil par la matrone, la sage-femme est déjà chez elle et tarde à sortir pour recevoir Astou. Elle lui prescrit des médicaments mais le dépositaire est entrain de prendre son repas du soir. Il finit par venir mais après vérification, les médicaments ne sont pas disponibles. Il faut aller à la pharmacie. Le mari retrouve difficilement l'endroit et revient tardivement avec les médicaments.

Présentation et analyse du sociodrame en plénière : 40 mn

Les participants déterminent après les présentations, les types de relations qui doivent exister en situation idéale, en répondant aux questions posées par le facilitateur. Cf matrice d'analyse

- Quels sont les différents problèmes/relations relevés au niveau de la famille, de la communauté et de la structure de santé.
- Que devrait être les relations idéales ou améliorées entre les personnes de la famille et la communauté, en cas d'hémorragie pendant la grossesse.
- Que devraient être les relations idéales entre les membres de la famille, la communauté et les structures de santé.
- Qu'est ce qui devrait se passer une fois qu'elle arrive à la structure de santé.
- Quelles solutions devraient être trouvées pour arriver à la situation idéale ?

Pour chaque question, l'animateur explore également les défis et les possibilités qui se présentent dans la communauté.

2. Exercice du Pont des possibilités : 15 mn

Synthèse des problèmes liés au retard de ''résoudre le problème au niveau de la structure'' et recherche de solutions.

2.1 Synthèse des problèmes :

L'animateur demande aux participants de rappeler les problèmes identifiés avec le sociodrame.
Chaque problème et besoin identifié est écrit sur une fiche de couleur blanche ou rose (cette couleur représentera le problème et le besoin de résoudre le problème au niveau de la structure).

2.2 Solutions préconisées : Pont des possibilités « Résoudre le problème »

Les participants répondent aux questions posées dans la matrice du Pont des possibilités pour déterminer les besoins et préconiser leurs solutions applicables par la communauté

QUESTIONS	REALITE DANS LA COMMUNAUTE (problèmes identifiés)	CE QUE NOUS POURRIONS FAIRE (solutions préconisées)
Sur les relations famille/structure de santé		
Comment la famille et la communauté réagissent-elles face au problème de l'hémorragie de la grossesse ? Pourquoi ? est-ce la réalité		
Que se passe-t-il quand ils se rendent à la structure sanitaire ? Pourquoi en est-il ainsi ?		
Comment les soins devraient-ils être administrés au niveau de la structure sanitaire ? est-t-il possible que cela se passe ainsi? Comment pouvons-nous faire pour y parvenir ?		
Comment présentent-ils les relations et le soutien de la famille et de la communauté face à ce problème ? est-il possible que cela se passe ainsi? Comment pouvons-nous faire pour y parvenir ?		
Sur les relations OCB/structure de santé		
Comment sont les relations entre les organisations communautaires de base et les structures de santé concernant les hémorragies de la grossesse ? pourquoi ?		
Est ce que les relations entre les organisations communautaires de base et les structures sanitaires sont		

réellement ainsi? Pourquoi?		
Comment présentent-ils les relations entre les OCB et les structures sanitaires en situation idéale ? Pourquoi ? Est-il possible d'instaurer ce type de relations ? comment?		

3. Définir les besoins prioritaires relatifs aux sessions de ''décider et résoudre'' : 30mn

- Le facilitateur demande aux participants de former des paires.(groupe de 2 participants).
- Il leur distribue les fiches bleues claires et blanches (une ou deux pour chaque paire) sur lesquelles sont inscrites les problèmes / besoins relatifs à ''décider'' et ''résoudre''.
- Chaque groupe de 2 participants doit définir l'ordre d'importance avec les mêmes critères de gravité et d'ampleur
- Ils classent les fiches selon la catégorie correspondante (grande importance, moyenne et moindre importance) sur le drapeau.
- Chaque paire ou groupe de 2 participants doit déclarer pour chaque besoin l'étape à laquelle elle est liée :
  Prise de décisions
  Résoudre les problèmes lorsqu'il se présente dans la structure.
- De manière collective, les participants doivent avoir dans la catégorie '' plus grande importance'' 3 problèmes / besoins relatifs à la Prise de décisions, et 3 problèmes/ besoins relatifs à la Résolution des problèmes.

IMPORTANCE	BESOINS IDENTIFIES
Plus grande	**Décider**
	Résoudre
Moyenne importante	**Décider**
	Résoudre
Moindre importance	**Décider**
	Résoudre

Session 4 : Définition finale des besoins prioritaires et solutions préconisées

Objectifs :

Faire une définition finale des besoins prioritaires relatifs aux trois retards de décès maternels : ''reconnaître le problème'','' prendre la décision '' et '' résoudre le problème au niveau structure''.

Matériels pédagogiques :

- Fiches identifiant les problèmes : vertes, bleues, et roses
- Drapeau tricolore vert, jaune, rouge.
- Feuilles flip shard, marqueurs, ruban adhésif

Durée : 1h 25 mn

Déroulement

1. **Mise en ordre de priorité des besoins identifiés :** 5 mn

L'animateur rappelle aux participants la nécessité de définir le niveau de priorité des différents besoins identifiés. Il leur propose d'appliquer le même principe que celui de la 1ere session relative à ''reconnaître'.

- Deux critères de définition des priorités :l'ampleur (nombre de personnes affectées) et la gravité (délai requis pour le résoudre)
- Méthode de classification : chaque problème est classé dans la case correspondante à son ordre d'importance selon le score obtenu aux deux critères par le vote des participants. Les trois problèmes / besoins qui ont totalisé plus de voix seront classés dans la catégorie ''plus grande importance'', ceux qui suivent dans la catégorie ''importance moyenne'' et le reste dans la catégorie ''moindre importance.''

	Plus grande importance	Importance moyenne	Moindre importance
Gravité			
Ampleur			

2. **Travaux de groupe :** 15 mn

L'animateur répartit les participants en trois groupes, leur distribue les fiches d'identification des problèmes (vert pour reconnaître, bleu pour décider et blanc pour résoudre). Chaque groupe évaluera de nouveau l'ordre de priorité et décidera s'il est d'accord ou pas sur l'ordre de priorité accordé aux besoins. les consignes sont donnés pour chaque groupe.

- 1er groupe : classer par ordre de priorité les problèmes relatifs à l'étape ''reconnaître'' et retenir besoins trois dans la catégorie **Plus Grande Importance**,
- 2e groupe : classer par ordre de priorité les problèmes relatifs à l'étape ''décider'' et retenir trois besoins dans la catégorie **Plus Grande Importance**,
- 3e groupe : classer par ordre de priorité les problèmes relatifs à l'étape ''résoudre'' et retenir trois besoins dans la catégorie **Plus Grande Importance**.

Si des participants du groupe ne sont pas d'accord, ils seront invités à donner leurs opinions sur la façon dont ils voudraient que le besoin identifié soit libellé. Dans tous les cas, ils doivent arriver à un consensus.

3. **Présentation des travaux en plénière :** 30 mn

Chaque groupe présente en plénière l'ordre de priorité des besoins identifiés.
L'animateur vérifie avec tous les participants s'ils sont d'accord sur l'ordre d'importance attribué aux besoins. Si certains ne sont pas d'accord, ils sont invités à proposer une reformulation du ou des besoins. (Toujours demander "Pourquoi" pour définir la place exacte de la fiche) Cette procédure est poursuivie jusqu'à l'obtention d'un consensus. Le but final de l'exercice est d'obtenir 3 problèmes prioritaires de la ''plus grande importance'' relatifs à ''reconnaître'', 3 relatifs à ''décider ''et 3 relatifs ''à résoudre''.

	RECONNAITRE	DECIDER	RESOUDRE

Plus grande importance 3 problèmes			
Importance moyenne 3 problèmes			
Moindre importance 3 problèmes			

4. Recherche de solutions : 15 mn

L'animateur affiche le pont du "Rapprochement des possibilités".
- Il place les fiches pour lesquelles la priorité "Plus Grande Importance" a été attribuée pour chaque étape (reconnaissance, prise de décision, résolution des problèmes) sous la rubrique ''Réalité dans la Communauté''.
- il rappelle aux participants les solutions préconisées (fiches de solutions collées derrière la fiche notifiant le besoin identifié) relatives à ''Ce que Nous Pourrions Faire'' en regroupant les suggestions dans un maximum 4 thèmes principaux.

Pont des possibilités

RÉALITÉ DANS LA COMMUNAUTÉ	CE QUE NOUS POURRIONS FAIRE
Reconnaitre des problèmes liés à la grossesse	Synthèse de 3 ou 4 solutions principales)
Décider de chercher un recours	Synthèse de 3 ou 4 solutions principales
Résoudre le problème	Synthèse de 3 ou 4 solutions principales

Il faut garder les fiches sélectionnées avec les solutions préconisées pour la prochaine session relative d'élaboration des plans d'action de groupe.

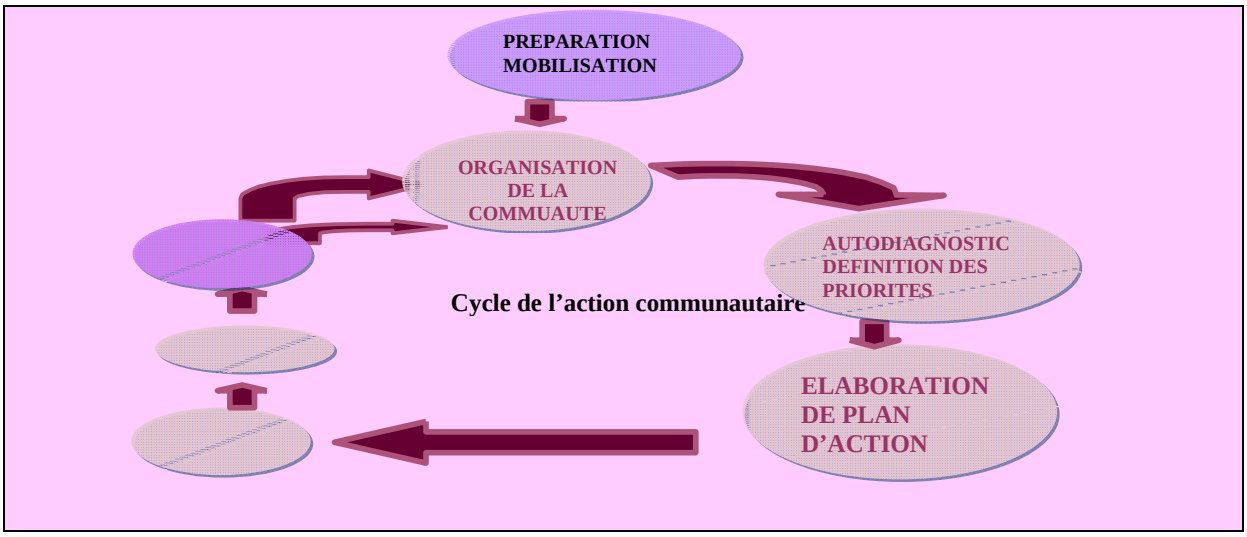
5. Evaluation de la session : 20 mn

Le facilitateur distribue la fiche d'évaluation de la session aux participants et discute des résultats. S'ils sont analphabètes pour la majorité, il évalue en posant les questions contenues dans la matrice d'évaluation. Les trois visages représentent les trois types de réponses des participants : ''content'', ''indifférent ''et ''triste''. Le nombre de réponses reçues sera matérialisé par le nombre de croix pour chaque item évalué.

	☺	😐	☹
Comment était la participation du groupe ?			
Quelles activités avez –vous aimé le plus ou comment avez-vous apprécié les activités ? Pourquoi? ***Lister et montrer les images des différentes activités de la journée***			
Quelles étaient les activités les plus difficiles à réaliser ? Pourquoi ? *Lister et montrer les images des différentes activités de la journée*			
Quelles activités supplémentaires souhaitez-vous qu'on ajoute ?			
Que voulez-vous d'autres ?			

Sous module III : Elaboration du Plan d'Action

ETAPE 3



OBJECTIF

1- Prendre les groupes communautaires capables d'élaborer leur plan d'action de groupe pour la prévention des grossesses non désirée et complications obstétricales y compris avortements
2- Rendre les représentants de groupes communautaires capables d'élaborer le plan d'action du poste de santé en fusionnant les besoins identifiés au niveau de leurs communautés respectives.

RÉSULTATS ATTENDUS

1. Un document de plan d'action est élaboré par chaque groupe communautaire
2**.** Un document de plan d'action de chaque zone de PS est élaboré par les représentants de groupes communautaires

SESSIONS

Session1	Elaboration du plan d 'action de groupe
Session 2	Elaboration du plan d'action de poste

DUREE

Session 1 : Elaboration du plan d'action de groupe

Objectifs :

1. Préciser les trois problèmes prioritaires relatifs à la Reconnaissance, la Décision et la Résolution
2. Elaborer un plan communautaire participatif sur la base des résultats issus de l'autodiagnostic communautaire et centré sur la prévention des grossesses non désirées et des complications du premier tiers de la grossesse.

Matériel

- Affiche, marqueurs, fiches, ruban adhésif
- Schéma du cycle de l'Action Communautaire
- Le but et les objectifs du programme.
- Fiches retenues à la définition finale des besoins prioritaires avec leurs solutions correspondants
- Matrice du Plan d'Action de groupe
- Questionnaire CAP.

Durée : 3 h

Déroulement :

Mise en train : train en mouvement : 10 mn
L'animateur demande à un participant de se mettre devant, à un 2e de placer ses mains sur l'épaule du premier, le 3e mettra ses mains sur les épaules du 2e et ainsi de suite ; jusqu'à ce que tous les participants forment un '' train en marche ''. Au signal , les participants,(le train) doivent s'arrêter ou continuer de marcher. Il leur demande de dire ce qu'ils observent : ''le train s'arrêtent ou déraille. ''
Question à méditer dans le cadre de l'esprit d'équipe

1. Introduction : 5 mn

L'animateur rappelle le processus de définition des besoins prioritaires par chaque groupe communautaire. il explique que ce processus doit aboutir à l'élaboration d'un plan d'action. Plus tard (une semaine) les

représentants de groupe devront également aboutir élaborer un plan d'action du PS de référence en suivant la même démarche en synthétisant l'ensemble des besoins identifiés au niveau de la zone de leurs cases de santé.
Il demande aux participants de situer l'étape d'élaboration du plan dans le cycle de l'action communautaire.
Il partage les résultats attendus du module et. négocie avec les participants les objectifs de la session

2. **Rappel du processus de définition des besoins prioritaires : 15 mn**

L'animateur demande aux participants de rappeler les 3 sessions relatives au processus de définition des besoins prioritaires**.**
Il demande aux participants de reprendre la liste des neuf problèmes prioritaires classés *« plus grande importance »* à chacun des trois retards (3 reconnaître, 3 décider, 3 résoudre) et les solutions préconisées.

3. **Travaux de groupes : 3 H**

- L'animateur demande aux participants de se répartir en trois groupes de travail.
- Il présente la matrice du plan d'action et distribue un exemplaire à chaque groupe.
- Il explique au groupe que les solutions préconisées à la phase de priorisation des problèmes doivent être traduites en activités précises, réalisables et cohérentes pour répondre aux besoins identifiés. Pour déterminer l'activité, il faut pour chaque problème identifié, déterminer les personnes qui sont affectées par le problème, la cause du problème, les solutions préconisées pour le résoudre, l'indicateur de suivi (comment le groupe saura que le problème identifié a été résolu) et enfin les activités précises et concrètes à mener pour résoudre le problème.
- Pour chaque activité, le groupe doit discuter et retenir par consensus : **a-** la cible (avec qui) **b-** le lieu (où les activités seront exécutées) **c-** la période ou la périodicité (quand) ; **d-** les ressources nécessaires (avec quoi) ; **e-** les responsables (qui sont chargés de la réalisation)
- Le facilitateur conseillera aux groupes, après avoir mis les problèmes sur la matrice, de commencer par les indicateurs qui permettront de savoir si le problème a été résolu. Les activités correspondantes ne seront définies qu'après avoir identifié les indicateurs.
- Il est important que les participants s'accordent au moins sur la première date du suivi et décident du nombre d'activités de suivi qu'ils vont mener. Les activités de suivi peuvent se faire toutes les 3 semaines, avec un total de 3 pour une période de 2 mois

L'animateur illustre par un exemple le remplissage de la matrice du plan d'action.

Matrice du plan d'action du groupe

Problèmes identifiés	Qui est affecté				Cause du problème	Solutions	Indicateur	Activités	Cible Avec qui	Où	Quand	ressources	Responsables (Deux)
	I	F	C	E									

I= Individu F= famille C= communauté E= état

4. **Restitution des résultats des travaux en plénière :** 40 mn (10 mn/ groupe)

Le facilitateur invite les représentants de chaque groupe à présenter les plans qu'ils ont élaborés pour résoudre les problèmes / besoins identifiés. Il invite tous les autres à donner leurs observations, opinions et suggestions pour améliorer le plan d'action.
Le facilitateur devra être préparé à gérer les différences d'opinions et les désaccords ou conflits qui surviennent lors de l'élaboration du Plan. Il est important de promouvoir les principes du bon dialogue (écoute active, expressions non agressives, etc.)

5. **Post –test CAP intermédiaire : 60 mn**

L'équipe de facilitateurs administre une 2e fois le même questionnaire CAP individuel aux participants ; s'ils ne sont pas instruits, ils les aideront pour le remplissage.

Session 2 : Elaboration du plan d'action du poste de santé

Objectifs :

1. Sélectionner douze problèmes prioritaires relatifs à la Reconnaissance, la Décision et la Résolution
2. Elaborer un plan d'action du poste de santé consolidé issu des résultats de l'autodiagnostic communautaire des quatre groupes communautaires de chaque case –site.

Matériel

- Affiche, marqueurs, fiches, ruban adhésif
- Schéma du cycle de l'Action Communautaire
- Le but et les objectifs du programme.
- Fiches retenues à la définition finale des besoins prioritaires avec leurs solutions correspondants
- Matrice du Plan d'Action du poste de santé

Durée : 3 h

Déroulement :

1. **Introduction : 15 mn**

L'animateur explique que le processus de définition des besoins prioritaires de chaque groupe communautaire avait abouti à l'élaboration d'un plan d'action. Maintenant qu'ils ont terminé, Les représentants de groupe de la zone de responsabilité du poste de santé doivent à leur tour élaborer un plan d'action du PS de référence autour de l'ICP pour consolider leurs plans d'action de groupe. Ils utiliseront la même méthodologie que celle utilisée dans les groupes communautaires. L'ICP de la zone est présent et dirige la réunion. Ensuite l'animateur demande aux participants de rappeler les objectifs et étapes du cycle et de situer l'étape d'élaboration du plan dans le cycle de l'action communautaire.
Il négocie avec les participants les objectifs de la session et partage les résultats attendus du module.

2. **Sélection des besoins prioritaires : 30 mn**

L'animateur rappelle aux représentants le contenu 3 sessions relatives au processus de définition des besoins prioritaires**.** Il demande aux participants de redéfinir 12 problèmes prioritaires (4 relatifs à Reconnaître, 4 à Décider et 4 à Résoudre) de les classer *« plus grande importance »* selon les trois retards et de proposer des solutions sur la base des propositions formulées pour leurs groupes de référence.

Mise en train : TRAIN EN MOUVEMENT
L'animateur demande à un participant de se mettre devant, un 2e de placer ses mains sur l'épaule du premier, le 3e mettre les mains sur les épaules du 2e et ainsi de suite ; jusqu'à ce que tous les participants forment un '' train en marche ''. On donne le signal. Les participants doivent s'arrêter ou sortir du train, il leur demande de dire ce qu'ils observent : ''le train s'arrêtent ou déraille. ''
Question à méditer dans le cadre de l'esprit d'équipe.

3. **Travaux de groupe** : 60 mn

L'animateur demande aux participants de se répartir en 3 groupes de sorte à avoir au moins un représentant de chaque type de groupe : un représentant de mère, un représentant d'adolescent, chef de famille et un représentant de grand-mère. Chaque groupe travaille sur chacun des 3 retards.
Il présente la matrice du plan d'action et distribue un exemplaire à chaque groupe.

Consigne pour chaque groupe :

- Classer tous les problèmes identifiés par les 4 types de groupe relatif ''au retard '', définir l'ordre de priorité et sélectionner 4 problèmes ou besoins prioritaires.
- Elaborer les indicateurs qui permettront de savoir si le problème a été résolu. Les activités correspondantes ne seront définies qu'après avoir élaboré les indicateurs.
- Déterminer les activités : les solutions préconisées à la phase de priorisation des problèmes doivent être traduites en activités précises, réalisables et cohérentes pour répondre aux besoins identifiés. Pour chaque problème identifié, déterminer ceux qui sont affectés, la cause, les solutions préconisées pour le résoudre, l'indicateur et les activités à mener.
- Pour chaque activité, le groupe doit discuter et retenir par consensus : **a-** la cible (avec qui) **b-** le lieu (où les activités seront exécutées **d-** les ressources nécessaires; **e-** les responsables (qui sont chargés de la réalisation) la période sera définie plus tard pour éviter le conflit de date.

Il est important de promouvoir les principes du bon dialogue (écoute active, expressions non agressives, etc.)

Matrice du plan d'action du poste de santé

Problèmes identifiés	**Qui est affecté**			**Cause du problème**	**Solutions**	**Indicateur**	**Activités**	**Cible Avec qui**	**Où**	**Quand**	**ressources**	**Responsables (Deux)**
	I	**F**	**C**									

3. **Restitution des résultats des travaux en plénière : 30 mn**

Le facilitateur invite les représentants de chaque groupe à présenter les plans qu'ils ont élaborés pour résoudre les problèmes / besoins identifiés. Il invite tous les autres à donner leurs observations, opinions, et

suggestions afin d'arriver au meilleur plan d'action. Les suggestions et observations sont prises en compte en fonction du consensus du groupe.

Le facilitateur devrait être préparé à gérer les différences d'opinions et les désaccords ou conflits qui surviennent lors de l'élaboration du Plan.

- Chaque groupe présente pour chaque problème, les indicateurs et les activités proposés.
- Par consensus les participants s'accordent sur les dates pour éviter un conflit de date. Ils s'accordent également sur la date du premier suivi. Il est proposé que les activités de suivi se fassent toutes les 3 semaines, avec un total de 3 suivis une période de 2 mois
- Chaque leader doit signer l'affiche du plan d 'action, pour exprimer l'engagement de son groupe au **Plan Participatif Communautaire**

4. **Fixer les Etapes à suivre :** 15 mn

Les facilitateurs mettent une affiche qui consigne les étapes décidées : Qu'allons-nous faire? Comment? Quand? Responsable

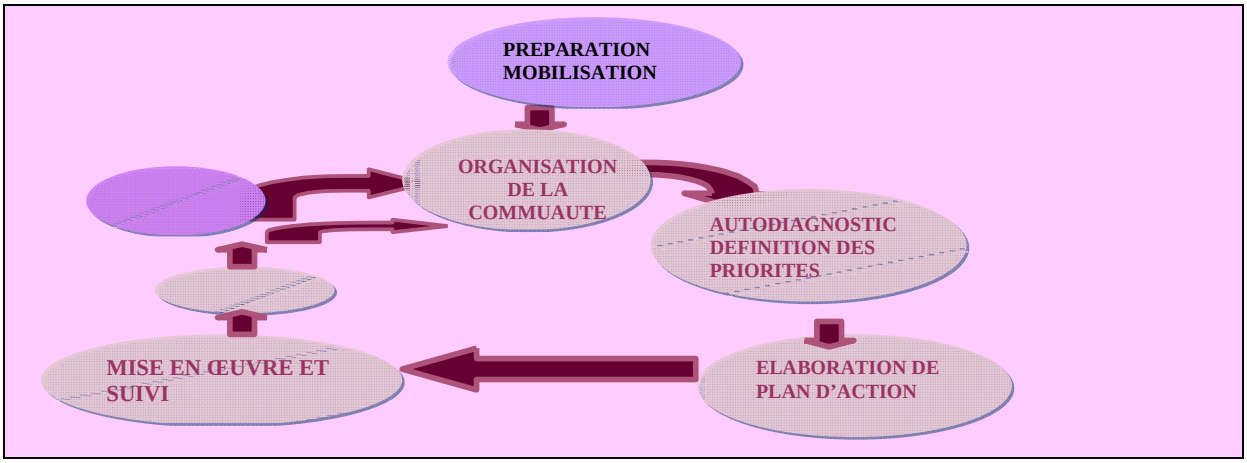
Les participants discutent des actions immédiates à mener :

- Etablir un programme de présentation du Plan Participatif Communautaire aux autorités locales
- Former une commission d'environ trois personnes pour aller discuter avec le MCD avec les comités de quartier, les autorités et les autres établissements ; Décider des responsabilités par rapport à la Présentation (invitations, service goûter…) ; proposer des dates pour coordonner la rencontre.

Sous module IV : Mise en œuvre et Suivi

Pendant cette étape, les activités prévues dans le plan d'action sont exécutées ; les activités planifiées sont évaluées lors des réunions de suivi qui sont organisées au moins tous les 15 à 21 jours selon la planification du groupe.

ETAPE 4



OBJECTIFS

Exécuter les activités des plans d'action
Assurer le suivi des activités prévues dans le plan d'action du groupe

RÉSULTATS ATTENDUS

Au moins 80% des activités planifiées au niveau du groupe et du poste de santé ont été réalisées.

SESSION

Session 1 : Mise en œuvre et suivi des activités

DUREE :

Session: Activités de mise en œuvre et de suivi

Objectifs

1. Exécuter les activités des différents plans d'action de groupe et de poste de santé
2. Assurer le suivi régulier des différents plans d'action
3. Développer un partenariat entre les groupes communautaires et les agents de santé des structures de santé (poste et centre de santé)

Matériel

- Flip shard
- Marqueurs
- Affiche schéma du cycle
- Matrice de suivi du plan d'action

Durée :

Déroulement

L'animateur en introduisant la séance explique que les activités de MOE sont celles prévues par le groupe dans le cadre du plan d'action et les représentants de groupe pour le plan d'action du Poste de santé. Elles doivent être suivies. Ensuite, il demande aux participants de rappeler les objectifs et étapes du cycle et de situer l'étape de mise en œuvre et suivi dans le cycle de l'action communautaire.
Il partage avec les participants les objectifs de la session et partage les résultats attendus du module.

1. Discussions sur les activités de mise en œuvre

Il invite les participants à discuter de la mise en œuvre des activités dans leurs plans d'action. Ils doivent planifier les dates de présentation des plans d'action aux autorités sanitaires et communautaires. Ils peuvent mettre en place une petite commission qui se chargera d'organiser cette première activité importante ; (lieu de la rencontre, les invitations orales ou écrites, le service du goûter, la présentation du plan). Ils peuvent également décider de la prochaine date de rencontre.

1. Les représentants de chaque groupe partagent les plans d'action du poste de santé avec leurs groupes, les autorités sanitaires, les collectivités locales et les autres personnes ressources identifiées.
2. Le plan est exécuté par les membres des groupes et le groupe des représentants au niveau du poste de santé; ces plans sont consolidés en fonction de chaque zone de poste de santé.

Les représentants de groupes et les relais encadreurs sont chargés d'accompagner les groupes communautaires et d'assister à toutes les réunions de suivi. Ils doivent apporter davantage d'appui surtout si aucune activité n'est réalisée.
Les ADC et le superviseur de zone sont chargés d'accompagner les représentants de groupe. Ils doivent avec l'ICP et les représentants de la collectivité locale assister aux réunions de suivi. Ces représentants de groupe se rencontrent au niveau du poste de santé ;

2. Discussions sur les activités de suivi

L'animateur explique que les activités du plan d'action doivent être suivies pour évaluer le niveau de réalisation, anticiper sur la survenue d'éventuel problèmes et trouver des solutions correctrices.
Il est important que les participants rédigent un plan de suivi, s'accordent au moins sur la première date du suivi et décider du nombre d'activités de suivi qu'ils vont mener. Les activités de suivi peuvent se faire toutes les 3 semaines, avec un total de 3 pour une période de 2 mois.
En fonction de la nature des activités, un suivi plus rapproché pourrait être envisagé.

2.1 Plan de suivi : 30 mn

Ce suivi peut être effectué à l'aide de la matrice de suivi du plan d'action ci-dessous; L'animateur présent aux participants la matrice de suivi du plan d'action.

Matrice de suivi

Activités	1er Suivi							2 e Suivi						
	Niveau réalisation			Contraintes	Solutions préconisées	Délais	Responsables	Niveau réalisation			contraintes	Solutions préconisées	Délais	responsables
	Réalisées	En cours	Non Réalisées					réalisé	En cours	Non réalisé				

Lorsque les activités sont réalisées à 90 %, envisager une évaluation participative. Organiser le test CAP final avant l'évaluation participative

2.2 Organisation de réunion de suivi :

Les représentants de groupe sont chargés de convoquer leurs membres et de veiller à ce que les personnes responsables soient présentes à la réunion de suivi; ils se rencontrent dans leur lieu de réunion habituel.

Déroulement de la réunion
Le groupe se réunit au niveau case ou du siège ; partage les taches, définit un calendrier de mise en œuvre et exécute les activités .Il assure avec le soutien des encadreurs (relais, représentant de groupe) un suivi régulier des activités prévues.

- Situer l'étape de mise en œuvre et de suivi des plans dans le cycle de l'action communautaire.
- Désigner les personnes chargées de la facilitation de la réunion et celle qui collectera les informations et remplir la matrice de suivi
- Passer en revue et justifier les réalisations
- Noter les progrès et les difficultés
- Décider de la date de la prochaine réunion de suivi

3. Administration test final CAP

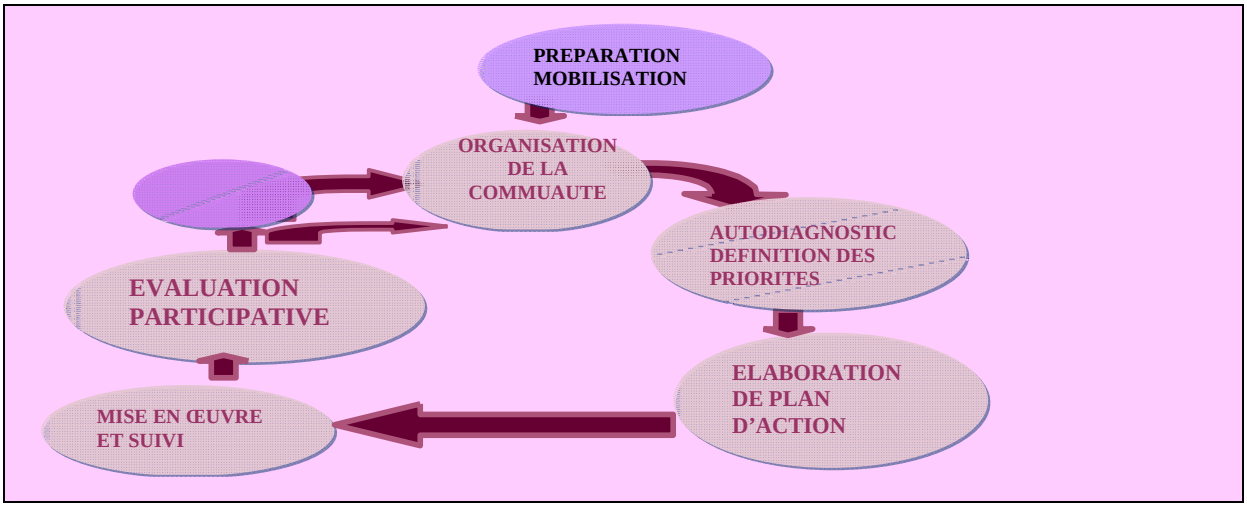
L'animateur explique que le test final est administré aux groupes communautaires pour la troisième fois pour évaluer leur degré d'évolution après avoir participé aux activités de mise en œuvre (séances de sensibilisation, entretien individuel sur différents thèmes du programme ect…). Il est important de tenir une réunion avec la communauté après trois activités de suivi afin de permettre le renforcement de la méthodologie.

L'animateur administre individuellement le pré test initial aux participants.(voir annexe 2). Le questionnaire doit être remplie par les participants instruits. Pour les participants qui ne sont pas instruits, le facilitateur l'administre sous forme d'entrevue et écrit les réponses en prenant soin de ne rien changer.

Sous module V : Evaluation participative

Après l'achèvement de la mise en œuvre du plan d'action de chaque groupe et du poste de santé, les groupes communautaires procèdent à l'évaluation participative des différents plans de groupe et du poste de santé. L ' évaluation est participative parce qu'elle est menée par les membres des groupes eux-mêmes et implique toutes les personnes qui étaient concernées dans la mise en œuvre et les autres leaders de la communauté.

ETAPE 5



OBJECTIF

Accompagner les groupes communautaires dans l'évaluation de tout le processus : analyse des problèmes, priorisation, choix des solutions, mise en œuvre des activités, impact des activités sur le problème.
.

RÉSULTATS ATTENDUS

Les éléments d'information disponibles permettent de décider s'il faut entamer un 2e cycle dans le site ou s'orienter vers un autre site d'extension.

DUREE : 30 MN

Session1 : Organisation de l'évaluation participative

Objectifs

- Evaluer le niveau de réalisation des plans d'action
- Appuyer les communautés dans l'évaluation participative des plans d'action.
- Identifier de nouveaux éléments pour dérouler un nouveau cycle de l'action communautaire
- Déterminer la capacité d'autonomie de la communauté à résoudre ses problèmes de santé

Matériel

- Flip shart
- Marqueurs
- Affiche schéma du cycle
- Matrices d'évaluation
- Supports d'analyse des résultats des 3 tests CAP

Durée :

Déroulement

Le facilitateur est un processus systématique qui permet de mesurer les acquis et les réalisations.
1-Chaque groupe communautaire tient une réunion d'évaluation pour :discuter des objectifs de l'évaluation ;Vérifier si les problèmes identifiés ont été résolus par les activités mises en œuvre ; Elaborer une méthodologie simple pour l'évaluation (exple: mener des entrevues, des observations) ; Analyser les résultats ; Décider des orientations à donner au 2e cycle

2- Les représentants de tous les groupes communautaires de la zone de responsabilité du PS (deux représentants / groupe) tiennent le même type de réunion d'évaluation autour de l'ICP

1. Préparation de l'évaluation

- Les représentants des groupes adressent les invitations au personnel du PS, de la collectivité locale et aux autres personnes ressources.
- Les relais et représentants de groupe doivent s'assurer de la présence des personnes suivantes:
  - Pour le groupe : les membres de chaque groupe ; les agents du projet, relais
  - Pour le poste : Agents de santé (deux par poste) Personnel du projet : ADC, RZ, membres de la collectivité locale, chef de quartier/village.
  - Toutes les personnes qui étaient concernées dans la mise en œuvre doivent être impliquées.

2. Organisation de l'évaluation

Il est important de créer une ambiance propice pour l'évaluation avant d'utiliser les outils.
L'animateur explique :

1. L'objectif de l'évaluation est de vérifier si les problèmes identifiés ont été résolus par les activités mises en œuvre

2. Cibles de l'évaluation : tous les acteurs de la méthodologie (personnes concernées dans la partenariat désignées au début, les représentants de groupes, le personnel communautaire, représentants de la collectivité locale)
3. La méthodologie
   - Collecte des informations sous forme d'entrevues
   - Compilation des données des 3 tests CAP (initial, intermédiaire et final)
   - Analyse des résultats de l'évaluation : niveau de réalisation des plans, pertinence des activités menées (ont-elles permis de résoudre les problèmes identifiées), processus de mise en œuvre (appui des partenaires, participation des acteurs de mise en œuvre, niveau de capacitation des représentants de groupe) ;
   - Méthode d'évaluation dite des ''faces'' peut être utilisée pour obtenir des informations concernant l'impact obtenu à travers la mise en œuvre des activités.
   - Identification de nouveaux besoins pour dérouler un nouveau cycle ;

4. Outils : matrice de suivi des plans, matrice d'évaluation des leaders de groupe, des agents de santé, des groupes communautaires et des animateurs.

D'autres outils peuvent être élaborés par les groupes pour évaluer des aspects particuliers du processus, des résultats ou de l'impact de la méthodologie sur les problèmes / besoins.

ANNEXES

Annexe 1

ACCORD DE PARTENARIAT

Les complications des hémorragies du premier trimestre de la grossesse constituent le huitième 1/8 de la mortalité maternelle ; c'est pourquoi il est important que les communautés se mobilisent pour leur prévention. Le Projet de Santé Santé Communautaire CCF-USAID en partenariat avec les districts et les communautés veulent initier un e solution à ce problème ; c'est l'objet du modèle de mobilisation communautaire de Prévention des Hémorragies du Premier Trimestre de la Grossesse (PHPTG) qui est mis en œuvre dans les cases et sites de Darou Salam (quartier de la commune de Mbour) , Aga dimag et Ndianda. (Communauté Rurale de Nguéniène)
Cet accord permet à tous les intervenants de démontrer l'engagement des institutions ou groupe qu'ils représentent.

Entre les soussignés,

Le Groupe communautaire dénommé …….., représenté par
…… Représentant du groupe,

Le Comité de santé de la case / du poste santé ……..……..……, représenté par
……..…… Président dudit Comité,

Le Projet Santé Communautaire, représenté par ……..…… …….ADC / mobilisateur du PSSC zone de …….

Le District Sanitaire de ……..représenté par
……...……ICP du Poste de santé de ……

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Le Groupe, en partenariat avec le Comité de Santé, le Poste de Santé et le PSSC mettra en œuvre, au sein de la communauté, des activités de prévention des hémorragies du premier trimestre de la grossesse.

1. **RESPONSABILITES DU GROUPE**

Le groupe s'engage à :

- Participer activement aux activités prévues ;
- Mettre en œuvre les activités prévention des complications du premiers tiers de la grossesse
- Procéder à leur suivi ;
- Participer à l'évaluation des activités.

2. **RESPONSABILITES DES RELAIS**

Le Comité de Santé, représenté par les Relais Communautaires, ASC/Matrones accompagnera le Groupe dans :

- La formation
- La planification
- La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de mise en oeuvre.

3. **RESPONSABILITES DES AGENTS DU POSTE DE SANTE**

Le district sanitaire de …….représenté par ……...ICP du poste de santé de ……..appuiera les groupes communautaires dans :

- La planification
- La mise en œuvre
- Le suivi
- L'évaluation des activités de préventions des complications du premiers tiers de la grossesse.

L'équipe du poste facilitera et soutiendra les sollicitations des groupes communautaires.

4. RESPONSABILITES DU PROJET- PSSC

Le Projet :

- Assurera la formation des Relais, ASC / Matrones et Représentants des Groupes pour la mise en œuvre du processus au niveau communautaire ;
- Accompagnera les relais et les représentants de groupes communautaires dans la formation, la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités.

L'ADC du Projet appuiera les relais, ASC/Matrones et les représentants de groupes :

- Coordonnera l'ensemble des activités dans sa zone de responsabilité
- Contrôlera la bonne exécution des activités planifiées
- Collectera et analysera les informations de base
- Rédigera et communiquera les rapports d'étape au Responsable de Zone.

5. RESPONSABILITES DE LA COLLECTIVITE LOCALE

La collectivité locale de ……..représentée par ……..le Maire / Président de la Collectivité Locale soutiendra l'action des groupes communautaires de sa collectivité et leur apportera l'appui nécessaire dans la planification ; la mise en œuvre , le suivi et l'évaluation des activités de mise en œuvre .

Fait à ……..……, le…….

Pour le Groupe Communautaire **Pour le Comité de Santé**

Le représentant…… **Le Président……..**

Pour le Poste de Santé / District **Pour le Projet**

L'ICP …… **L'ADC/ le Mobilisateur …….**

Pour la Collectivité Locale

Le Maire/ PCR ……

Annexe 2 :

TEST C.A.P.

Mettre un signe distinctif

Date	Groupe	Code
1. Date de naissance ? jour : ……. Mois ……. Année…….		
2. Age ……. Sexe : Féminin □ Masculin □		

3. Quelle est votre situation matrimoniale ?

- ☐ 1. Marié
- ☐ 2. Union libre
- ☐ 2. Célibataire
- ☐ 3. Divorcé ou en séparation de corps
- ☐ 4. Veuve/veuf
- ☐ 0. Ne sait pas/ ne veut pas répondre

4. Pouvez-vous décider du nombre d'enfants que vous désirez avoir ?

- ☐ 1. oui
- ☐ 2. non
- ☐ 0.. ne sais pas/ ne répond pas

5. Dans les deux dernières semaines, avez-vous parlé avec votre partenaire ou quelqu'un que vous connaissez a-t-il parlé avec son (sa) partenaire des questions relatives à la grossesse ou aux relations sexuelles ? (cocher une seule réponse)

- ☐ 1. Oui
- ☐ 2. Non
- ☐ 3. NSP
- ☐ 0. ne sais pas/ ne répond pas

6. Cette phrase est -elle vraie ou fausse : les méthodes contraceptives sont utilisées pour retarder ou prévenir la grossesse ?

- ☐ 1. Vrai
- ☐ 2. Faux
- ☐ 0. ne sais pas/ne répond pas

7. L'utilisation des méthodes contraceptives ou du planning familial est une affaire de femme (cocher une seule réponse)

- ☐ 1. Oui
- ☐ 2. Non
- ☐ 0. ne sais pas/je ne veux pas répondre

8. Que pouvez-vous faire pour prévenir une grossesse non planifiée ?

- ☐ 1. Prendre un bain aussitôt après le rapport sexuel
- ☐ 2. utiliser une méthode contraceptive moderne
- ☐ 3. boire des infusions de thé _ herbe .
- ☐ 4.autres (préciser)_____
- ☐ .0. Ne sais pas/ne veux pas répondre

9. Utilisez-vous/ votre partenaire actuellement une méthode contraceptive pour éviter une grossesse

1. Oui ☐ 2.Non ☐ 3. Ne répond pas/ne sait pas ☐

Si oui quelle méthode ?_____

Si non pourquoi ? _____

10. Quelle est la méthode contraceptive qui vous protége contre les Infections Sexuellement Transmissibles (cocher une seule réponse)

- ☐ 1. DIU (Copper T)/ Appareil
- ☐ 2. Depo-Provera (Injection)
- ☐ 3. condom
- ☐ 4. méthode du calendrier ou des jours fixes
- ☐ 5. Autres (préciser) _____
- ☐ 0. . Ne sais pas/ne répond pas

11. Quelle est la durée minimum recommandée à une accouchée récente avant d'avoir une nouvelle grossesse ? (cocher une seule réponse).

- ☐ . 3 mois
- ☐ . 6 mois
- ☐ . 1 an
- ☐ . 2 ans

☐ . autres (préciser) : _____ ☐ 0. ne sais pas/ne répond pas
12. Lorsqu'une femme est enceinte où va-t-elle le plus souvent pour confirmer sa grossesse ? ☐ Guérisseur traditionnel ? ☐ Médecin ☐ Sage femme ☐ Infirmier ☐ Matrone ☐ autres (préciser) : ……..
13.Où fait-elle le plus souvent ses premières visites prénatales ☐ Guérisseur traditionnel ? ☐ Médecin ☐ Sage femme ☐ Infirmier ☐ Matrone ☐ autres (préciser) ……. ☐ Elle ne doit pas faire des visites prénatales ☐ Ne sait pas/ne répond pas
14. Que doit faire une femme enceinte pour avoir une grossesse saine (cocher plusieurs réponses) ☐ Bien manger ☐ Boire des infusions de thé ☐ Se rendre dans les centres de santé / Voir un agent de santé pour des visites prénatales ☐ Voir un guérisseur traditionnel pour des visites prénatales ☐ Cesser de faire des travaux durs ☐ autres (préciser) :……. ☐ Ne sait pas /ne répond pas
15. En cas de grossesse non planifiée qu'auriez-vous fait (indiquer les 2 choses les plus importantes) : ☐ 1…… ☐ 2…….
16. En famille quels sont vos droits ? (lisez et cocher les réponses) ☐ 1. droit à la nourriture ☐ 2. droit de gérer le budget de la famille ☐ 3. droit au respect de mes opinions ☐ 4. droit de répondre à la violence par la violence ☐ 5. droit d'accepter tous les propos de son partenaire sans dire un mot (se taire) ☐ 6. droit de prendre ses décisions toute seules ☐ 7. droit de recevoir des soins de qualités au niveau des structures de santé ☐ 0. ne sais pas/ne répond pas
17. la violence faite aux femmes est illégale, punie ou réprimée au Sénégal ? (cocher une seule réponse) ☐ 1. oui ☐ 2. non ☐ 0. ne sais pas/ne répond pas
18. en cas de violence de la part de votre partenaire (physique,psychologique ou sexuelle)que feriez vous ? (cocher une seule réponse) ☐ 1. en parler à d'autres personnes ☐ 2. répondre par la violence de la même manière ☐ 3. le dénoncer aux autorités, aux comités du voisinage ou à des institutions spécialisées ☐ 4. autres (préciser) : ☐ 0.Ne sais pas/ne réponds pas
19. En cas de situation de violence dans votre voisinage pensez-vous que les gens doivent intervenir ? (cocher une seule réponse) ☐ 1. oui ☐ 2. non ☐ 0. ne sais pas/ne répond pas
20. est-il possible de prévenir les complications de la grossesse ? (cocher une seule réponse) ☐ 1. oui ☐ 2 non

☐ 0. ne sais pas/ne répond pas
21 pouvez-vous me dire quels sont les signes de danger d'une grossesse ? (cocher plusieurs réponses) ☐ 1. maux de tête sévères ☐ 2. évanouissement ☐ 3. forte fièvre ☐ 4. renflement des pieds et des mains ☐ 5. convulsions ou crise ☐ 6. saignement ou hémorragie vaginal ☐ 7. pertes d'eau ☐ 8. le Bébé ne bouge plus ☐ 9. autres (préciser) : ☐ 0 ne sait pas/ne répond pas
22. Est-ce qu'une mortalité maternelle peut être évitée pendant la grossesse par la connaissance des signes de dangers ou d'alarmes ? (cocher une seule réponse) : ☐ 1. oui ☐ 2. non ☐ 0. ne sais pas/ne répond pas
23 qu'est-ce que vous croyez être la cause la plus fréquente de mortalité maternelle pendant la grossesse ? (cocher une seule réponse) ☐ 1. une grossesse précoce ☐ 2. une femme malnutri ☐ 3. violence contre une femme enceinte ☐ 4. hémorragie de la grossesse ☐ 5.autres (préciser) : _____ ☐ 0. Ne sait pas/ne répond pas
24. une femme enceinte qui a des saignement ou une hémorragie devrait être conduite en premier lieu chez qui ? ***(encercler la bonne réponse pour les réponses avec /):*** ☐ 1. Médecin ☐ 2 sage femme ☐ 3 infirmier ☐ 4 matrone ☐ 5. guérisseur traditionnel ☐ 6. nulle part/ attendre que ça lui passe ☐ 7. autres (préciser) ☐ 8. Ne sais pas/ne répond pas
25. Si une femme de votre communauté présente un saignement ou une hémorragie que faites-vous : ***(cocher une seule réponse) :*** ☐ 1. je lui demande d'attendre l'arrivée de son mari pour qu'il puisse l'aider ☐ 2. je ne lui apporterai pas mon aide pour ne pas me créer des problèmes ☐ 3. je l'emmènerai chez la sage femme ou le guérisseur traditionnel ☐ 4. je l'emmènerai immédiatement au centre de santé ☐ 5. ne sais pas/ne répond pas
26. Quel service de santé offre des traitements d'urgence à la femme enceinte qui a des complications en particulier une hémorragie pendant les trois premiers mois de la grossesse ? ***(cocher plusieurs)*** ☐ 1. hôpital ☐ 2. maternité ☐ centre de santé ☐ 3 poste de santé. ☐ 4.case de santé ☐ 5. guérisseur traditionnel ☐ 6.autres (préciser) : _____ ☐ 7. ne sais pas/ne répond pas
27. Comment s'est passée la dernière visite que vous avez effectuée à la structure de santé ? ☐ ils m'ont fait attendre pendant longtemps ☐ ils m'ont expliqué le problème de santé que j'ai ☐ 3. ils m'ont éclairés sur le problème de santé que j'ai ☐ 4. ils m'ont facturé très cher pour le traitement ☐ 5. ils m'ont parlé avec respect ☐ 6. ils ont résolu le problème de santé que j'avais ☐ 7. rien des points ci-dessus

☐ 8. ne sais pas/ne répond pas
28. Existe-t-il dans votre communauté un système d'aide/de soutien pour la prise en charge des enfants de 0-5 ans et des femmes enceinte jusqu'à 6 mois après la grossesse ? ☐ 1. frais de médicament ☐ 2. frais de transport d'urgence ☐ 3. aucun des points ci-dessus ☐ 4. ne sais pas/ne réponds pas.
29. en cas de survenu de complications, vous-même ou les membres de votre famille (cocher plusieurs réponses) ☐ 1. se rendre rapidement au poste de santé/ case de la localité ☐ 2. se faire traiter à la maison ☐ 3.. ne rien faire ☐ 4. autres (préciser) ☐ 5.. ne sais pas/ne répond pas

Annexe 3 :

AGENDA DE LA FORMATION DES REPRESENTANTS DE GROUPE ET ENCADREURS COMMUNAUTAIRES (relais, matrones- ASC)

Jour /Horaire	Activités	Responsable
J1		
9h00- 9h30	Ouverture de l'atelier Modalités administratives	
9h30- 10h15	Présentation des participants Attentes et normes de l'atelier	
10h15- 11h15	Test CAP initial	
11h15- 11h30	Présentation des objectifs de la formation et agenda Importance des sessions d'évaluation du matériel	
11h30-11h45	***Pause –santé***	
11h45-12h45	Présentation de la méthodologie du cycle de l'action com. Présentation de l'aide mémoire du facilitateur	
12h-45-13h30	Rappel du processus d'organisation de la communauté	
13h30-14h30	***Pause –déjeuner***	
14h30-16h30	Discussions sur les CAP	
16h30-17h30	Résumé activités de J1 Evaluation de la journée Fin de la journée	
J2		
9h00-9h30	Révision des objectifs du programme, étapes du cycle et Révision des activités de J1	
9h30- 9h40	Introduction Autodiagnostic/ identification des problèmes et besoins prioritaires / rappel étape CAC	
9h40-10h45	Travaux de groupes sur l'histoire de vie Présentation en plénière	

10h45-11h00	***Pause –santé***	
11h00-12h00	Analyse de l'histoire de vie	
12h00-12h05	Mise en train	
12h05-13h00	Travaux de groupes sur le chemin parcouru Présentation en plénière	
13h30-14h30	***Pause –déjeuner***	
14h30-15h30	Analyse du chemin parcouru	
15h30-16h30	Synthèse des problèmes et recherche de solutions avec le pont des possibilités	
16h30-17h30	Ordre de priorité des besoins identifiées relatifs à ' 'reconnaître ' '	
17h30-18h00	Consignes sur l'exercice individuel Résumé activités de J2 Evaluation J2 et du matériel Fin de la journée	
J3 9h00-9h30	Révision des objectifs du programme, étapes du cycle et rappel des activités de J2 ;	
9h30-9h40	Introduction de la session de ''décider''/ rappel étape CAC	
9h 40-10h40	Exercice de la cartographie Présentation en plénière	
11h30-11h45	***Pause- santé***	
11h45-12h45	Analyse de la cartographie	
12h45-13h30	Identification des besoins prioritaires relatifs à ''décider '' Recherche de solutions avec le pont des Possibilités	
13h30- 14h30	***Pause –déjeuner***	
14h30-15h10	Préparation de l'enquête sur les services offerts au niveau du poste de santé et répartition des équipes	
15h10-15h20	Introduction de la session de résoudre / rappel étape CAC	
15h20- 16h10	Travaux de groupes sur le Sociodrame	
16h10- 17h00	Présentation et analyse de ''résoudre'' en plénière	
17h00-17h40	Recherche de solutions avec le pont des Possibilités	
17h40-18h00	Résumé activités de J3 Evaluation de la journée J3 et du matériel Fin de la journée	
J 4 9h00-9h30	Révision des objectifs du programme, étapes du cycle et rappel des activités de J3 ;	
9h45- 11h00	Enquête au niveau du poste de santé et autres sites de traitement de la communauté	
11h00-11h15	**Pause –santé**	
11h15-12h45	Présentation des résultats des enquêtes au niveau du poste de santé et des autres sites de pec de la zone	

12h45-14h00	Analyse des résultats des enquêtes et identification de nouveaux besoins de ‘’décider’’ Mise en train Synthèse des problèmes et classification des besoins identification par ordre de priorité des besoins relatifs à ‘’décider ’’ et résoudre ’’	
14h00- 15h00	***Pause –déjeuner***	
15h00-16h30 16h30-17h00 17h00-18h00	Définition finale des besoins prioritaires relatifs à ‘’reconnaître’’, ‘’décider’’ et ‘’résoudre’’ Introduction sur l’élaboration des plans d’action – La mise en œuvre et suivi / rappel étape CAC Test CAP intermédiaire Résumé de la journée de J4 Evaluation de la journée J4 et du matériel Fin de la journée	
J5 9h00-9h30 9h30-12h30 12h30-13h30	Révision des objectifs du programme, étapes du cycle et rappel de la liste des besoins prioritaires Elaboration de plan d’action de groupe Présentation en plénière	
13h30 -14h30	***Pause- déjeuner***	
14h30-15h30 15h30-16h30 16h30-17h00	Elaboration chronogramme des activités Présentation en plénière Recommandations générales Clôture de l’atelier Evaluation des outils avec les facilitateurs	

Annexe 4 :

FICHE DE DISCUSSIONS

Ce guide des questions est préparé pour aider le facilitateur à animer les discussions sur les thèmes relatifs à la prévention des grossesses non désirées et hémorragies de la grossesse. Il a pour objet d’ouvrir un débat communautaire autour de certains aspects ‘’sensibles ‘’ de la santé reproductive.

QUESTIONS A POSER / THEME	BASES DE DISCUSSIONS
GROSSESSE NON PLANIFIEE / NON DESIREE	
1. Dans votre communauté, qui décide du nombre d'enfants que le couple désire avoir ? a. la femme ? b. le mari ? c. la belle famille ?	Faire discuter les participants autour du concept de décision concertée ou même du principe d'une discussion préalable entre époux ou en famille
2. Pourquoi les femmes tombent en état de grossesse lorsqu'elles ne l'ont pas désirée ?	Susciter la discussion autour des points suivants : ▪ Elles ne prennent pas de méthode de PF ▪ Elles ne connaissent pas les méthodes de PF ▪ Elles n'ont pas l'autorisation du mari ▪ Elles ont mal utilisé une méthode ▪ Elles ont utilisé une méthode inefficace
3. Que font les femmes pour prévenir une grossesse non désirée ? a. Prendre un bain aussitôt après le rapport sexuel b. utiliser une méthode contraceptive moderne c. utiliser une méthode traditionnelle/ naturelle	▪ Elles peuvent utiliser une méthode contraceptive moderne ▪ Elles peuvent s'abstenir (surtout les adolescentes) ▪ Faire discuter les participants du concept de grossesse non désirée, grossesse non planifiée, grossesse précoce, …
4. Est-il aisé de parler avec le conjoint (e) des questions relatives à la grossesse et/ou aux relations sexuelles ? Pourquoi ?	Discuter des expériences des participants sur la question.
PLANIFICATION FAMILIALE	
5. Connaissez-vous des moyens ou méthodes qui peuvent prévenir une grossesse non désirée ou planifiée ?	Vérifier les informations des participants sur les méthodes contraceptives.
6. Dans votre communauté, qui décide de l'utilisation de méthodes de planning familial dans le couple ? le mari ? ou la femme ?	La PF est une affaire du couple. Discuter les conditions / circonstances de choix / utilisation d'une méthode moderne.
GENRE	
7. Quelle est la différence de rôles entre la femme et l'homme ?	▪ Faire ressortir les points de vue des participants. ▪ Ne pas émettre de jugement de valeur. Ne pas énoncer un point de vue personnel. ▪ Susciter les échanges entre les participants et faciliter le partage d'expérience.
8. Comment cette différence au niveau des rôles affecte –t –elle la façon dont la grossesse est perçue ? Comment devrait-on la percevoir ?	Idem
9. Dans la communauté, existe – t – il des violences faites aux femmes ? (verbale , physique, psychologique ou sexuelle)	Idem
10. Les violences faites aux femmes sont elles	Idem

illégales, punies ou réprimées au Sénégal ?	
11. En cas de violence (physique, psychologique ou sexuelle) de la part votre partenaire (le mari ou la femme que feriez vous ? a. en parler à d'autres personnes b. répondre par la violence de la même manière c. le dénoncer aux autorités, aux comités du voisinage ou à des institutions spécialisées	Idem.
12. En cas de situation de violence dans le voisinage pensez-vous que les gens doivent intervenir ?	Idem
13. Les femmes de votre communauté ont-elles des droits ? si oui, lesquels ? a. droit à l'entretien b. droit à espacer ses naissances c. droit à négocier sa sexualité d. droit à l'éducation e. droit de prendre sa décision toute seule f. droit de recevoir des soins de qualités au niveau des structures de santé	▪ Discuter des droits actuels des femmes : au plan culturel, psychologique, économique ▪ Discuter des aspirations en termes de droits. ▪ Discuter des moyens d'y parvenir. …
PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE	
14. Est-il possible de prévenir les complications de la grossesse ?	▪ Un suivi régulier de la grossesse ▪ Identification précoce des signes de complications et recherche précoce et approprié de soins, ▪ Administration de soins de qualité par la structure de santé
15. Selon vous, quelle est l'importance de connaître les signes de dangers de la grossesse ? 1. rechercher précocement des soins 2. éviter des complications 3. se traiter à la maison	1. rechercher précocement des soins 2. éviter des complications
GROSSESSE PRECOCE	
16. Généralement à quel âge les filles sont données en mariage dans votre localité? 1. 10 – 15 ans 2. 18 ans	▪ Discuter les concepts de mariage précoce / grossesse précoce. ▪ Qu'en pensent les participants ?
QUALITE DES SERVICES	
17. Pensez- vous que le votre poste de santé peut prendre en charge une femme qui présente des signes de danger ?	Discuter le point de vue des participants.
ORGANISATION COMMUNAUTAIRE	
18. Existe – il dans votre communauté un système d'aide/ de soutien pour la prise en charge des enfants de 0 à 5 ans et des femmes enceintes ? 1. prise en charge du traitement 2. achat des médicaments 3. prise en charge de transport d'urgence aucun système de prise en charge	Qu'est-ce qui se passe quand quelqu'un est malade dans la communauté et ne peut pas prendre en charge ses soins ?

Annexe 5 :

FICHE D' EVALUATION JOURNALIERE

ITEMS	☺	😐	☹
Comment était la participation du groupe ?			
Quelles activités avez –vous aimé le plus ou comment avez-vous apprécié les activités ? Pourquoi? ***Lister et montrer les images des différentes activités de la journée***			
Quelles étaient les activités les plus difficiles à réaliser ? Pourquoi ? ***Lister et montrer les images des différentes activités de la journée***			
Quelles activités supplémentaires souhaitez-vous qu'on ajoute ?			
Que voulez-vous d'autres ?			

Annexe 6 :

QUESTIONS POUR LA REVISION

La révision permet aux facilitateurs d'évaluer et d'améliorer le niveau de connaissance des participants.

FICHE PEDAGOGIQUE 1 : Reconnaître le problème

	Objectifs	**Contenu**	**Activité / Technique**	**Matériel**	**Personne responsable**	**Horaire**
Etape 1 Introduction						
Etape 2 Histoire de vie						
Etape 3 Chemin parcouru						
Etape 4 Pont des						

possibilités						
Travail à faire						

Annexe 7:

MATRICE DE PRESENTATION HISTOIRE DE LA VIE

☐ Groupe Femme ☐ Groupe homme	Nom du Facilitateur Nom représentant du groupe :		…… ……	Nom du groupe code du groupe:
	Date:	/ /	Session #	

ETAPES DE LA VIE	POINTS CLEFS DE L'HISTOIRE		COMMENTAIRES
	Narratif	Dessin ou Figurines	
Naissance			
Enfance			
Adolescence			
Âge adulte			

Annexe 8 :

HISTOIRE DE ASTOU

Je m'appelle Astou. Je suis âgée de 17 ans. Je suis mariée depuis deux ans avec et j'ai une fille.
A ma naissance, comme elle n'avait pas de lait pendant au moins trois jours, j'étais nourrie au lait de chèvre ; j'étais si petite que tout l'entourage de ma mère me surnommait « le chaton ». Plusieurs mois durant ma mère était obligée d'aller régulièrement au dispensaire des sœurs de Thiadiaye pour recevoir des soins. Par la grâce de Dieu et avec l'aide des religieuses, je grandis malgré les difficultés de mes parents. Tout le monde au village et surtout ma grand-mère m'appelaient affectueusement « poussin » à cause de mon petit corps et mes membres frêles. Lorsque j'eus mes treize ans, j'ai commencé à remarquer mes seins pousser et les hanches s'alourdir. Quelques mois plus tard, je constate mes premières règles. Prise de peur, je m'étais confiée à grand-mère qui me tranquillisait à chaque fois. Elle ne manquait jamais l'occasion de me conseiller d'avoir une bonne hygiène du corps et d'éviter les sorties incontrôlées avec les garçons.
A quinze ans, comme cela est de tradition dans la culture peule, j'ai été donnée en mariage au fils de mon oncle. Mon mari s'appelle Galop Malick. Ce mariage fit le bonheur de nos parents et des voisins. D'ailleurs ils n'ont ménagé aucun effort et aucune ressource pour que la fête soit très belle. Je rejoignis mon mari dans sa famille à l'autre bout du village, aussitôt après le rituel du mariage. Dans cette demeure, vivaient aussi ma coépouse, trois enfants et les deux parents de mon mari. Ma coépouse et moi étions chargées quotidiennement des travaux ménagers et de la vente du lait des vaches au marché.
Deux mois plus tard, je ressentais des douleurs au bas ventre avec des nausées et vomissements. J'en parlai à ma mère qui me conduisit au dispensaire. Les infirmières religieuses confirmèrent la grossesse. Cette grossesse fut une épreuve que je ne peux plus oublier car ma vie a failli s'arrêter là. Non seulement, je souffrais tout le temps de douleurs, de fièvre et de vomissements, mais je n'arrivais pas du tout à manger. Puis un jour, je sentie du liquide qui coulait, je courus vite dans les toilettes et constata que c'était du sang. Comme j'étais inquiète, j'informai ma belle mère ; la belle sœur va emprunter de l'argent auprès de la trésorière du groupement et Gallo est parti chercher un moyen de transport pour m'amener chez le guérisseur d'abord. Les saignements persistèrent et la famille décide de m'amener au dispensaire. Arrivée au dispensaire vers 19 heures : Djodjo la matrone nous a mal reçus. La sage-femme est déjà chez elle et tarde à sortir pour me recevoir. Elle prescrit des médicaments mais le dépositaire est entrain de prendre son repas du soir. Il finit par venir mais après vérification, les médicaments ne sont pas disponibles. Il faut aller à la pharmacie. Le mari retrouve difficilement l'endroit et revient tardivement avec les médicaments. Je fus hospitalisée à trois reprises au centre de santé. Malheureusement, je perdis l'enfant au troisième mois. Je rends grâce à Dieu que m'a sauvée.

Quelque un an après, je fus à nouveau enceinte et suivie par le médecin. Je fus aussi amenée plusieurs fois chez des guérisseurs pour protéger la grossesse des mauvais esprits. Les guérisseurs me prescrivaient des sacrifices. Mon mari et mes parents ont dépensé beaucoup d'argent entre le médecin, la sage-femme et les marabouts. Cette grossesse fut pénible mais elle se termina bien. L'accouchement s'est effectué au centre de santé et fut suivi par la sage-femme. Ma mère et ma grand-mère m'ont beaucoup aidée aussi. Comme je ne souffrais pas beaucoup et que l'enfant se portait bien, les sages-femmes m'autorisèrent à sortir dès le lendemain matin.
A présent Dieu merci, tout va bien mais j'ai peur de prendre une autre grossesse à cause de tout ce que j'ai enduré.

Annexe 9 :

MATRICE D'ANALYSE DE L'HISTOIRE DE LA VIE

Ne pas diviser les hommes et les femmes en sous groupes. Laisser les groupes comme tels et poser à chaque groupe les questions le concernant.

Groupe Femme	Nom du facilitateur ……	Nom du groupe … ……Code du Groupe……
Groupe Homme	Nom représentant du groupe :	Date: / /

Questions	HISTOIRE DE LA FEMME	HISTOIRE DE L'HOMME
Que se passe-t-il réellement dans la première grossesse qu'elle soit planifiée ou non concernant les problèmes personnels, sociaux et familiaux ?		
Quelle est la différence entre une grossesse planifiée et non planifiée concernant les problèmes physiques de la femme, de famille et de la société ?		
S'il n'a pas de commentaire au sujet de l'implication de l'homme dans la grossesse, posez la question suivante:	Que pense la femme de la participation et de l'implication du mari quand elle est confrontée à une grossesse ? (Comment réagit -il ; que fait –il ?)	Que pense l'homme ou le mari de son implication ou de sa participation à la grossesse? (comment réagit-il , quie fait-il)
Les participants veulent-ils dire quelque chose d'autres ? (avis du groupe, clarification sur des choses qu'ils n'ont pas comprises. Quelques avis sur des points pour lesquels il y avait un désaccord		

Annexe 10:

MATRICE DE PRESENTATION DU CHEMIN PARCOURU

Grossesse non planifiée Saignement dans les 3 premiers mois de la grossesse	Nom du facilitateur : Nom leader du groupe	…… ……	Nom du groupe : Code du groupe : Date…… /……/

	POINTS DE L'HISTOIRE	DESSIN ou FIGURINES	COMMENTAIRES
Profil de la personne affectée Age ? Statut matrimonial ? Nombre de grossesses ? (dont celle décrite ici)			
L'identification du problème A quel moment reconnaît-elle qu'il y a un problème ?			

Prise de décision Qu'est ce qu'elle décide de faire une fois confrontée au problème ? Comment est-elle arrivée à décider de ce qui est à faire une fois confronté au problème? ou pourquoi a-t-elle décidé ainsi ? Qui l' aide à décider de ce qui est à faire une fois confrontée au problème ? Quel moyen de tra nsport a-t-elle utilisé ?			
Résolution du problème où et comment a-t-elle résolu le problème ? (centre de santé, guérisseur traditionnel ou une autre solution)			
Alternatives Comment ce problème ou cette situation aurait–il pu être évité ? Pourquoi n'a-t-elle pas agi de cette façon ? Quel est le niveau de danger de cette situation pour la santé ? Comment la personne sera t-elle affectée dans l'avenir si elle ne trouve pas une solution ?			
Quelles autres personnes étaient impliquées à ce problème?			

Annexe 11:

MATRICE D'ANALYSE DES CHEMINS PARCOURUS

☐ grossesse non planifiée ☐ Saignement dans les 3 premiers mois de la grossesse		Nom du facilitateur : Nom leader du groupe	…… ……	Code et Nom du groupe : Date…… /……/	

Cette colonne est uniquement utilisée pour mieux organiser les informations.	SIMILITUDES (pourquoi?)	DIFFERENCES (pourquoi?)
Profil de la personne affectée Age ? Statut matrimonial ? Nombre de grossesses ? (dont celle décrite ici)		
L'identification du problème A quel moment reconnaît-elle qu'il y a un problème ?		
Prise de décision Qu'est ce qu'elle décide de faire une fois confrontée au problème ? Comment est-elle arrivée à décider de ce qui est à faire une fois confronté au problème? ou pourquoi a-t-elle décidé ainsi ? Qui l' aide à décider de ce qui est à faire une fois confrontée au problème ? Quel moyen de transport a-t-elle utilisé ?		
Résolution du problème où et comment a-t-elle résolu le problème ? (centre de santé, guérisseur traditionnel ou une autre solution)		
Alternatives Comment ce problème ou cette situation aurait–il pu être évité ? Pourquoi n'a-t-elle pas agi de cette façon ? Quel est le niveau de danger de cette situation pour la santé ? Comment la personne sera t-elle affectée dans l'avenir si elle ne trouve pas une solution ?		

ANALYSE DU CHEMIN PARCOURU A PROPOS DE L'HEMORRAGIE:

	SIMILITUDES	DIFFERENCES
Profil		
Reconnaissance		
Decision		

Resolution		

Annexe 12 :

Matrice du pont des possibilités « Reconnaître le Problème »

QUESTIONS	REALITE DANS LA COMMUNAUTE (besoins identifiés)	CE QUE NOUS POURRIONS FAIRE (solutions préconisées)
Que se passe t-il en cas de grossesse non planifiée / non désirées dans notre communauté?		
Qui sont plus affectés ? Pourquoi ces grossesses surviennent –elles ?		
Y 'a-t-il des conséquences ?		
Que se passe-t-il en cas de saignements du 1er tiers de la grossesse ? Qui sont plus affectées?		
Pourquoi ce type de saignement survient -il ? Y 'a-t-il des conséquences ?		
Disposent-elles de ressources pour résoudre ce genre de problème		
Où vont-elles quand elles ont ce genre de problème ? Pourquoi ?		

Annexe 13:

EXERCICE - GUIDE ENTRETIEN INDIVIDUEL 1

INTERVIEW SUJET Nº		Group/Code		SESSION Nº 1
	Sexe	Le sujet d'interviewé est-il votre parent, ami, voisin, etc ?.?		Métier
QUESTIONS :				
1.- Que se passe-t- il en cas **de grossesse non désirée / planifiée** dans la communauté?				
Pourquoi ces grossesses se produisent-elles?				
Quelles sont leurs conséquences?				

2 .- Que se passe-t-il dans les cas **de saignements survenant les premiers mois de la grossesse** ? ----------
Pourquoi ces cas saignements se produisent –ils ?
Quelles sont ses conséquences?
Qu'arrive-t-il à une femme qui a ce problème?

Annexe 14 :

FICHE PEDAGOGIQUE 2 : décider

	Objectifs	Contenu	Activité / Technique	Matériel	Personne responsable	Horaire
Etape 1 Introduction						
Etape 2 Carte des ressources et services disponibles						
Etape 4 Pont des possibilités						
Enquête des structures et autres sites de PEC						

Annexe 15 :

CARTE DES SERVICES ET DES RESSOURCES EN SANTE

Le MILIEU

Qu'est ce qu'il y'a dans mon voisinage, ma communauté, ou mon quartier?

La carte "touristique" devrait montrer tout qui est trouvé dans la zone de la résidence, et ce qui suit:

rues, ponts, rivières

Établissements sanitaires: hôpitaux, centres de santé, postes de santé, pharmacies, cliniques, cabinets de consultation privés, etc. (services, personnel et heures d'ouverture).

Les autres ressources: sur la carte toutes les ressources en santé connues devraient être inscrites: promoteurs, sages-femmes, guérisseurs indigènes, guérisseurs spirituels, vendeurs de plantes médicinales, personnel qui fait les injections, etc…

Places publiques, terrains de football, marchés, décharges d'ordures

Les maisons, bâtiments (chaque participant doit dessiner sa propre maison).

Les boutiques, écoles, églises, mairies, entreprises.

COMMUNICATION ET TRANSPORT

Radio: si nous avons une radio, quels programmes radio écoutons nous?

Télévision: si nous avons une télévision, Quels programmes télévisés suivons nous?

Téléphone

Informatique: Est ce qu'il y'a une connexion Internet dans le quartier?

transport.

SERVICES DE BASE

Electricité: toutes les maisons sont –elles électrifiées ?

Eau: est ce que toutes les maisons ont de l'eau potable?

Canalisations /Egouts : Est-ce que la communauté a un système d'égouts , d'évacuation des ordures ?

Ne pas oublier l'importance de l'identification des services de santé, des ressources sanitaires (notamment les ressources en santé de la communauté), et du transport.

Annexe 16 :

MATRICE D'ANALYSE DE CARTOGRAPHIE ET ENTREVUES DES STRUCTURES UTILISEES

Nome du Facilitateur: Nome leader du groupe:	…… ……	Code/Nom du Groupe:	
Date: / /			

	BESOINS IDENTIFIES
Facilité/ Difficulté d'accès aux ressources disponibles	
Quels sont les services de bases qui sont disponibles dans votre voisinage ou zone ? (eau, électricité, système d'égouts) Existe- - t il un système de Communication et transport	
Que savons –nous de nos structures sanitaires ? (horaires d'ouverture, personnel, quels services offrent-ils ?) (le nom de la structure sanitaire doit être spécifié)	
Où se trouve la structure de santé ? comment y accède –t on ? (taxi, minibus, autre) Quels sont les repères que nous avons pour accéder à la structure sanitaire ? (rue, place publique, école, terrain de football, marché et autres)	
Quels autres ressources en santé avons-nous ? (exple. sage-femme, guérisseur traditionnel , etc.)	
Comment décider où il faut aller ?	
Comment décidons-nous où il faut aller lorsque nous avons des problèmes liés à la grossesse ? Pourquoi ?	
Est-ce que les problèmes de la grossesse sont couverts par une assurance ou une mutuelle de santé ?	
Comment décidons-nous où aller si une hémorragie du premier tiers de la grossesse survient? Pourquoi ?	
Est ce que l'hémorragie du premier tiers de la grossesse est couverte par l'assurance ou la mutuelle?	

Annexe 17 :

GUIDE INTERVIEW AVEC L' AGENT DE SANTÉ

Date	Groupe	Code

1. IDENTIFICATION

Nom de la structure …… Niveau primaire ……

Type de structure
Secteur public ……
Secteur privé ……

heure d'ouverture ……
heure de fermeture .... ……
services de garde .... ……

2. PERSONNEL

1. Prestataires	**Nombre total**	**Nombre disponible**
Personnel de santé	……... …….....	.....
Personnel de santé reproductive	……... …….....	.....
Personnel communautaire	. ……	. ……..

3. SERVICES DE PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

1- Services offerts	**oui**	**non**
- Chirurgie	……	……
- Pédiatrie	……	……
- Accouchement	……	……
- Consultation pré-natale	……	……
- Consultation post natale	……	……
- Avortement	……	……
- Gynécologie	……	……
- Planning familiale	……	……
- Laboratoire	……	……
- Dépôt Pharmacie	……	……
- Urgences	……	……

2- Coût du ticket

- Accouchement …… ……
- Consultation pré-natale …… ……
- Consultation post natale …… ……
- Avortement …… ……
- Gynécologie ……
- Planning familial ……
- Urgences …… ……
- Counseling SAA/ PF

……

3- Les médicaments essentiels la prise en charge des complications de la grossesse en particulier du 1er tiers sont-ils disponibles ? (cocher une seule réponse)

☐ Oui Non

4- Existe-t-il des supports IEC pour les consultations prénatales, post natales et l'accouchement

☐ Oui Non

4- SERVICES SOINS APRES AVORTEMENT

1- Disponibilité des services	Oui	Non
- Le traitement des femmes qui ont des complications du 1er tiers de la grossesse ?	……	……
- Le service de Counseling / orientation PF est-il offert	……	…….
- Counseling SAA est –il offert ?	……..	……..
- Le service de counseling PF est-il offert	……..	…….

2- Quel est le coût du traitement …….

3- Existe-t-il une salle de counseling dans le PS /case oui ☐ non ☐

4- Existe-t-il des supports IEC pour les soins après avortements et la PF oui ☐ non ☐

5- Y'a-t-il des horaires fixes pour ce service, si oui, quand est ce qu'il est ouvert ? oui ☐ non ☐

6- Le personnel a-t-il été formé pour	Oui	Non
Le traitement d'urgence des complications du 1er tiers de la grossesse	……	…….
Le counseling SAA	...…....	……
Le counseling PF	…….	…...

7- Le personnel spécifiquement indiqué pour le service de counseling ? oui ☐ non ☐

8- Le matériel et de l'équipement disponibles sont-ils suffisants et appropriés pour la prise en charge de la grossesse en particulier du 1er tiers et l'accouchement ?

oui ☐ non ☐

9- Quelles sont les méthodes contraceptives qui sont offertes par la structure ?
a) DIU (Copper T)/ Appareil b) Depo-Provera (Injection) c) pilules
d) condom e) méthode du calendrier ou des jours fixes f) ligature des trompes g) vasectomie

10- La structure a différencié les services pour les soins des adolescents ?

oui ☐ non ☐

SYSTEMES DE REFERENCE ET CONTRE REFERENCE
(complications dans les trois premiers de la grossesse)

1. Ils ont un système pour la référence et la contre -référence oui ☐ non ☐

2. A quelles structures sont référées les complications de la grossesse, des avortements?
centre de santé .....Hôpital

3. Ils reçoivent la contre référence pour le suivi des clients. oui ☐ non ☐

MOYENS DE TRANSPORT

4. La structure de santé a des moyens de transport d'urgences oui ☐ non ☐

5. Par quel moyen de transport des patients sont-ils référées vers une autre structure de santé ?
…….....
6. La communauté a –t-elle des moyens de transport des urgences ? oui ☐ non ☐

7. Quelle est la distance entre le poste de santé et le quartier ou village le plus loin où il offre des services?
……..
8- Quel moyen de transport les clients utilisent–ils pour atteindre la structure de santé ?
.....

Annexe 18 :

MATRICE D'ANALYSE DU GUIDE INTERVIEW DE L'AGENT DE SANTE

Nome du Facilitateur: Nome leader du groupe:			…… ……	Code/Nom du Groupe:
Date:	/	/	Session #	

OPINIONS ET EXPERIENCES

Annexe 19 :

ENTRETIEN AVEC LES CLIENTS DE LA STRCTURE SANITAIRE ET AUTRES SITES DE TRAITEMENT :

CLIENT Nº 1

1. Type de service visité pour rechercher des soins liés à la grossesse ?

☐ Poste de santé ☐ Cabinet Privé ☐ Guérisseur ☐ Pharmacie ☐ autres

2. Pourquoi avez-vous choisi ce service?

---

3. Comment sont les soins?

---

4. Avez-vous un système d'entraide pour la prise en charge des urgences liées aux complications de la grossesse et de l'accouchement ?

Annexe 20 :

ANALYSE DU GUIDE D'INTERVIEW CLIENT

Nome du Facilitateur: Nome leader du groupe:			…… ……	Code/Nom du Groupe:	
Date:	/	/	Session #		
Age Sexe Relations avec l'interview ver (ami, voisin ect ..) …… Profession……Adresse……..				**EXPERIENCES ET OPINIONS**	

Annexe 21:

FICHE PEDAGOGIQUE 3 : sociodrame

	Objectifs	Contenu	Activité /	Matériel	Personne	Time

			Technique		responsable	
Etape 1 Introduction						
Etape 2 Sociodrame						
Etape 3 Définition des priorité s de décider et résoudre						
Etape 4 Définition finale des priorités						

Annexe 22 :

MATRICE D'ANALYSE SOCIODRAME :

Theme 1 : Relations famille structure de santé

Nome du Facilitateur: Nome leader du groupe:	…… ……			Code/Nom du Groupe:	
Date:	/	/		Page # de	

REALITE	Comment la famille et la communauté réagissent face au problème de l'hémorragie de la grossesse ? Pourquoi ? est ce la réalité ?	Que se passé-t-il quand ils se rendent à la structure sanitaire ? Pourquoi cela se passe-t-il ainsi ?
IDEAL (plénière)	Comment présentent –ils les relations et le soutien de la famille et de la communauté face à ce problème ? est-t-il possible que cela se passe ainsi? Comment pouvons nous faire pour y parvenir ?	Comment présentent-ils les soins administrés au niveau de la structure sanitaire ? est-t-il possible que cela se passe ainsi? Comment pouvons nous faire pour y parvenir ?

Thème 2 : Relations entre organisations communautaires de base et structures sanitaires

Nome du Facilitateur: Nome leader du groupe:	…… ……			Code/Nom du Groupe:	
Date:	/	/		Page # de	

	Comment sont les relations entre les organisatiosn communautaires de base et les structures de santé concernant les hémorragies de la grossesse?	Est ce que les relations entre les organisations communautaires de base et les strcutures saniatires sont réellement ainsi? Pourquoi ?

	pourquoi ?	
REALITE		
IDEAL(plénière)	Comment présentent-ils les relations entre les OCB et les structures sanitaires ? Pourquoi ?	Est-il possible d'instaurer ce type de relations ? comment ?

Annexe 23 :

Matrice du pont des possibilités « Résoudre le problème au niveau de la structure sanitaire »

QUESTIONS	REALITE DANS LA COMMUNAUTE (problèmes identifiés)	CE QUE NOUS POURRIONS FAIRE (solutions préconisées)
Sur les relations famille/structure de santé		
Comment la famille et la communauté réagissent-elles face au problème de l'hémorragie de la grossesse ? Pourquoi ? est-ce la réalité		
Que se passe-t-il quand ils se rendent à la structure sanitaire ? Pourquoi en est-il ainsi ?		
Comment les soins devraient-ils être administrés au niveau de la structure sanitaire ? est-t-il possible que cela se passe ainsi? Comment pouvons-nous faire pour y parvenir ?		
Comment présentent-ils les relations et le soutien de la famille et de la communauté face à ce problème ? est-il possible que cela se passe ainsi? Comment pouvons-nous faire pour y parvenir ?		
Sur les relations OCB/structure de santé		
Comment sont les relations entre les organisations communautaires de base et les structures de santé concernant les hémorragies de la grossesse ? pourquoi ?		
Est ce que les relations entre les organisations communautaires de base et les strcutures sanitaires sont réellement ainsi? Pourquoi		
Comment présentent-ils les relations entre les OCB et les structures sanitaires ? Pourquoi ? Est-il possible d'instaurer ce type de relations ? comment		

Annexe 24 :

MATRICE DES PRIORITES DE '' décider et résoudre''

IMPORTANCE	BESOINS IDENTIFIES
Plus grande	Décider
	Résoudre
Moyenne importante	Décider
	Résoudre
Moindre importance	Décider
	Résoudre

Annexe 25 :

DEFINITION FINALE DES PRIORITES DE : reconnaître, décider, résoudre

	RECONNAITRE	DECIDER	RESOUDRE
Plus grande importance 3 problèmes			
Importance moyenne 3 problèmes			
Moindre importance 3 problèmes			

Matrice du pont des possibilités de :'' reconnaître, décider, résoudre''

RÉALITÉ DANS LA COMMUNAUTÉ	CE QUE NOUS POURRIONS FAIRE
Reconnaitre des problèmes liés à la grossesse	Synthèse de 3 ou 4 solutions principales)
Décider de chercher un recours	Synthèse de 3 ou 4 solutions principales

Résoudre le problème	Synthèse de 3 ou 4 solutions principales

FICHE PEDAGOGIQUE 4 : sociodrame

Objectifs	Contenu	Activité / Technique	Matériel	Personne responsable	Time
Etape 1 Introduction					
Etape 2 Elaboration du plan d'action de groupe					
Etape 3 Prochaines étapes					

Annexe 26 :

Matrice plan d'action groupe

Nom / Code groupe : **Date :**

Nom leader groupe :

Session N : **Heure :**

Problèmes identifiés	**Qui est affecté**			**Cause du problème**	**Solutions**	**Indicateur**	**Activités**	**Cible Avec qui**	**Où**	**Quand**	**ressources**	**Responsables (Deux)**
	I	**F**	**C**									

Annexe 27 :

MATRICE DE SUIVI DU PLAN D'ACTION DE GROUPE

Nom / Code groupe : **Date :**

Nom représentant groupe :

Session N : **Heure :**

Activités	1er Suivi							2 e Suivi						
	Niveau de réalisation			Contraintes	Solutions préconisées	Délais	Responsables	Niveau réalisation			contraintes	Solutions préconisées	Délais	responsables
	Réalisées	En cours	Non Réalisées					réalisé	En cours	Non réalisé				

Annexe 28 :

Matrice plan d'action du poste de Santé

Poste de Santé :

Date	Jour	Mois	Année

Nom / code groupe :

Problèmes identifiés	Qui est affecté			Cause du problème	Solutions	Indicateur	Activités	Cible Avec qui	Où	Quand	ressources	Responsables (Deux)
	I	F	C									

Signatures de chaque représentant de groupes

Annexe 29 :

Matrice de suivi du plan d'action de groupe

Date :

Session N : **Heure :**

Activités	1er Suivi							2 e Suivi						
	Niveau de réalisation			Contraintes	Solutions préconisées	Délais	Responsables	Niveau réalisation			contraintes	Solutions préconisées	Délais	responsables
	Réalisées	En cours	Non Réalisées					réalisé	En cours	Non réalisé				

Signatures des représentants de groupes

Annexe 30 :

SUPPORTS D'EVALUATION

Instructions de remplissage des supports d'évaluation

Utiliser les questions indicatives dans chaque colonne, les points obtenus de chaque groupe sont inscrits en couleur sous forme de barres à la partie supérieure du graphique, afin de donner une qualité visuelle aux points obtenus et par conséquent à l'évaluation.

"Lire, analyser et répondre à chaque question, tout en tenant compte de sa catégorie. Puis, reporter les points sur le graphique, en fonction des réponses. Marquer ou remplir les points de 0 à 5

Laisser de l'espace pour les réponses à chaque questions, tout en gardant séparés le graphique sur une page et les questions sur l'autre.

(Satifaisant ,très, peu …. Ou les notes permettant la représentation graphique des scores)

EVALUATION DES LEADERS DE GROUPES

Poste de santé:
Groupe N°:
Acteurs de l'Evaluation:

Date :

Scores Performances / Critères	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas Satisfaisant
GESTION ET SOUTIEN DE LA METHODOLOGIE Le sujet interrogé a-t-il aidé à remplir les matrices? Est-il au courant du Cycle de l'Action? Citer les 5 étapes du Cycle de l'Action Facilite-t-il ou soutient-il les sessions d'autodiagnostic? Comment? Le fait-il en inscrivant les notes sur les diagrammes muraux, les matrices ou les cartes ?				
CAPACITE DE MOBILISATION Soutien t-il les communautés ou les invites à planifier des activités ? Les personnes qu'ils invitent participent-elles aux activités ?				
RELATION AVEC LE POSTE DE SANTE Connaît-il le personnel du centre de santé ? et les services qu'ils offrent ? Participe t il aux réunions entre les agents sanitaires et la communauté ? Est-ce qu'il coordonne les activités de mise en œuvre du plan d'action de la communauté ? Est il au courant des problèmes que rencontre le centre de santé et l'aide à trouver des solutions ?				
RELATION AVEC LES OCB Connaît – il les organisations de base de sa communauté ou des communautés voisines ? Coordonne –t- il les activités avec elles ? Leur fait-il part du plan d'action ?				

NOTES ATTRIBUEES AUX SCORES DE PERFORMANCES
Très Satisfaisant = 5 Satisfaisant = 3 à 4 Peu Satisfaisant = 1 Pas Satisfaisant = 0

REPRESENTATION GRAPHIQUE DE L'EVALUATION

	Gestion et soutien à la méthodologie	Capacité de mobilisation et de participation	Relations avec le poste de santé	Relations avec OCB
+ 5				
+ 4				
+ 3				
+ 2				
+ 1				
0				

Poste de santé:
Groupe N°:
Acteurs de l'Evaluation:
Date :

EVALUATION DES AGENTS DE SANTE

Critères Scores Performances	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas Satisfaisant
CONNAISSANCE DES ACTIVITES DE L'INTERVENTION Le sujet interrogé connaît-il les objectifs du PAC communautaire/programme de mobilisation communautaire ? Connaît-il les problèmes ou les besoins prioritaires de la communauté et qui étaient inclus dans le plan d'action communautaire? Connaît-il les solutions éventuelles aux problèmes énumérés dans le plan d'action?				
COORDINATION AVEC LES DIRIGEANTS COMMUNAUTAIRES DANS LA MISE EN OEUVRE Le sujet interrogé coordonne-t-il les activités de mise en oeuvre du plan d'action avec les dirigeants communautaires? Lesquelles? Apporte-t-il son appui à la mise en œuvre du plan d'action communautaire? (réunion, sessions de formation) Les agents sanitaires coordonnent-ils des activités de mise en oeuvre en collaboration avec les dirigeants communautaires? Quelles sont ces activités?				
RELATIONS ENTRE LA STRUCTURE DE SANTE , LA COMMUNAUTE ET LES ORGANISATIONS DE BASE La communauté et les organisations de base prennent-elles part aux réunions mensuelles d'évaluation et de planification ? Le sujet interrogé participe-t-il aux rencontres entre le Centre de Santé et la communauté? Programme-t-il et coordonne-t-il les activités impliquant la communauté, les organisations de base et la structure de santé?				
LE PLAN D'ACTION COMMUNAUTAIRE EST PRIS EN COMPTE DANS LES PLANS OPERATIONNELS COLLECTIVITE LOCALE / (POCL) ET DU DISTRICT Les agents sanitaires participent-ils à la mise en œuvre et à l'évaluation du plan d'action ? Existe-t-il des activités du plan d'action dont la prise en compte a été encouragée au niveau du POCL de la collectivité et ou du district ?				

NOTES ATTRIBUEES AUX SCORES DE PERFORMANCES
Très Satisfaisant = 5 Satisfaisant = 3 Peu Satisfaisant = 1 Pas Satisfaisant = 0

Poste de santé:
Groupe N°:
Acteurs de l'Evaluation:
Date :

EVALUATION DES GROUPES COMMUNAUTAIRES

Critères / Scores Performances	Très Satisfaisant	Satisfaisant	Peu Satisfaisant	Pas Satisfaisant
CONNAISSANCE DE LA METHODOLOGIE ET DES 3 RETARDS LIES AU DECES MATERNEL Le sujet interrogé connaît-il le Cycle de l'Action? (ses étapes et son contenu): les nommer Connaît-il les 3 retards ? Les nommer A-t-il pris part à toutes les sessions du Cycle de l'Action?				
PARTICIPATION ACTIVE AU DEROULEMENT DES SESSSIONS Le sujet interrogé fait-il des suggestions et donne-t-il des opinions lors des sessions? Proposent-ils des solutions pour résoudre les problèmes au niveau de leur plan d'action? Participe-t-il de façon active à la mise en œuvre du plan d'action? (Organisation, participation aux sessions de formation, foires sur la santé ou autres activités du plan)				
RELATIONS AVEC LE POSTE DE SANTE Le sujet interrogé connaît-il le personnel du Centre de Santé et les services fournis ? Participe-t-il aux rencontres entre la communauté et les agents de santé? Coordonne-t-il les activités de mise en œuvre du plan d'action communautaire? Connaît-il les difficultés que rencontre le Centre santé et collabore-t-il dans leur résolution? L'aide t-il à trouver des solutions?				
RELATIONS AVEC LES ORGANISATIONS DE BASE Le sujet interrogé connaît-il les organisations de base de sa localité ou des communautés voisines ? Participe-t-il aux rencontres des organisations communautaires de base? Connaît-il le rôle des organisations communautaires de base ?				

NOTES ATTRIBUEES AUX SCORES DE PERFORMANCES
Très Satisfaisant = 5 satisfaisant = 3 Peu Satisfaisant = 1 pas Satisfaisant = 0

Poste de santé:
Groupe N°:
Acteurs de l'Evaluation:
Date :

EVALUATION DE L'EQUIPE DES FACILITATEURS

Critères / Scores Performances			
GESTION DE LA METHODOLOGIE Le staff du projet distingue –t-il les 3 retards liés au décès maternel ? Connaît-il le Cycle de l'Action et contribue-t-il à sa mise en œuvre? Apporte-t-il son appui à amélioration de la méthodologie / orientation méthodologique? A-t-il connaissance de cas d'hémorragie du premier tiers de la grossesse? Accepte-t-il les critiques constructives allant dans le sens du renforcement de la gestion de la méthodologie?			
APPUI AUX REPRESENTANTS DANS LA FACILITATION ET LES PRISES DE NOTES Le staff du projet interrogé facilite-t-il et apporte-t-il son soutien dans les sessions d'autodiagnostic? Inscrit-il les notes dans les diagrammes muraux, les matrices et les fiches?			
REMPLIR LES INFORMATIONS En fin de session, poursuit-il en notifiant les informations? Les prises de notes lors des sessions sont-elles précises et complètes? Les informations recueillies / notées sont-elles livrées à temps?			
CYCLES DE L'ACTION Combien de groupes et de membres ont-ils achevé le premier Cycle de l'Action? Combien achevé le deuxième Cycle de l'Action? Selon lui quel est le degré / niveau d'autonomisation atteint au premier Cycle de l'Action? Pourquoi? Selon lui quel est le niveau d'autonomisation atteint au deuxième Cycle de l'Action? Pourquoi?			
EXTENSION A D'AUTRES ZONES Dès que le Cycle de l'Action a démarré dans une zone particulière, d'autres zones sont sélectionnées pour démarrer le processus.			

NOTES ATTRIBUEES AUX SCORES DE PERFORMANCES
Très Satisfaisant = 5 Satisfaisant = 3 Peu Satisfaisant = 1 Pas Satisfaisant = 0

GUIDE POUR UNE BONNE PRISE DE NOTES PENDANT LES SESSIONS

1. Noter l'heure et l'activité pour indiquer combien de temps à été consacrée à l'activité.

2. Les notes devraient être écrit de telle sorte que les informations détaillées issues d'une session soient documentées au lieu de les perdre.

3. Il est important de noter deux points pendant la session:
   Que disent-ils?
   Comment le disent-ils?

4. Tenir compte de la clarté et de la cohérence quand vous prenez note:
Utiliser une forme standard quand vous prenez note, afin que quiconque les lit puisse les comprendre, et afin qu'elle puissant avoir le même style.

Points essentiels	Verbal	Non verbal
Grossesse	"Ma voisine a quatre enfants et elle est déjà [semble triste] enceinte encore "	(à voix basse)

Citations directes: "Quand ma soeur à perdu une grossesse elle est allée chez la sage-femme ".
Quelque chose a été omis dans une citation: "Quand ma soeur …….. elle est allée chez la sage-femme ".
Utiliser des abréviations qui seront compréhensibles.
Mettre les commentaires non verbaux entre parenthèses, exemple : (avec un sourire)
Mettre les interprétations entre crochés carrés, exemple : [semble triste]

5. Essayer de capter les citations directes. Ecouter les phrases ou les expressions remarquables qui sont particulièrement bien exprimées, ou qui reflètent un point de vue pertinent.

6. Noter les autres éléments qui peuvent aider dans l'analyse, comme les commentaires qui sont très passionnés, expression du corps, ou l'activité non verbale (par exemple: Faire signe de la tête, et l'existence ou l'absence de contact visuel entre les participants, ou d'autres indicateurs qui montrent le degré d'accord ou de désaccord).

7. Accorder une attention à ce que disent les facilitateurs, pour s'assurer que:
Qu'ils posent correctement les questions par rapport à l'Autodiagnostic.
Vous notez correctement les réponses aux questions.
Les participants interprètent correctement les questions.

Répartition outils par acteurs

Etapes	**objectifs**	**Résultats attendus**	**Activités**	**Acteurs**
1-Organisation de la communauté	Constituer des groupes communautaires pour la mise en œuvre des activités de prévention des grossesses non désirées et des complications de la grossesse	1- 4 groupes communautaires sont constitués par sites / zones de cases: Chefs de famille Grands-mères Adolescents Mères 2- Un contrat de partenariat est signé avec chaque groupe 3-Un plan de mise en œuvre est négocié avec chaque groupe	1. Tenir une réunion d'orientation des relais pour discuter des objectifs du projet et des étapes de mise en œuvre 2. faire le plaidoyer communautaire : chef de village / quartier pour information sur les objectifs et orientation du projet 3. Identifier les groupes organisés 4. Réunion avec chaque groupe organisé 5. Négocier un partenariat avec chaque groupes avec objectifs visé : Choix des représentants, chronogramme pour la mise en œuvre des activités (lieu et horaires des réunions)	ADC Relais ADC Relais ADC Relais ADC

			6. Elaborer et signer un contrat entre le projet et le groupe précisant les rôles et responsabilités de chaque partie	
2- Identification des problèmes et besoins prioritaires	Capa citer les groupes communautaires à procéder à l'identification, l'analyse et mettre par ordre de priorité les besoins liés à la prévention des grossesses non désirées et complications de la grossesse y compris l'avortement et au suivi des avortements	Chaque groupe communautaire a retenu par consensus 3 problèmes / besoins prioritaires liés à la reconnaissance, trois liés à la décision, et trois liés la résolution	1. Discuter des CAP des communautés dans la prévention des grossesses non désirée et complications de la grossesse y compris les avortements (comment sont-ils reconnus, comment la décision est prise, comment sont-ils résolus)	Relais ADC Gp com.
			2. Inventorier et analyser les services et les ressources disponibles pour la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées et complications des grossesses y compris des avortements	
			3. Identifier les problèmes prioritaires et les solutions applicables par la communauté	
3- Elaboration des plans d'action	1- Capa citer les membres des groupes communautaires à élaborer un plan d'action pour la prévention des grossesses non désirée et complications obstétricales y compris avortements	1.- Un document de plan d'action est élaboré par chacun des 4 groupes com	1. Reprendre la liste des neufs problèmes prioritaires sélectionnés (3 reconnaissance, 3 décider, résoudre	ADC Relais Membres groupes
			2. Pour chaque problème, discuter et retenir par consensus les activités à mener pour le résoudre	
			3. Discuter et retenir par consensus, où les activités seront exécutées, avec qui (cible) quand (période et périodicité) avec quelles ressources et qui est chargé de les réaliser	
			4. Décrire comment le groupe saura que le problème identifié a été résolu (indicateur)	
	2- Accompagner les représentants de groupes communautaires à élaborer le plan d'action du poste de santé	2- Un document de plan d'action de chaque PS est élaboré par les représentants de groupes comunt.	1. Réunir autour de l'ICP les représentants de tous les groupes communautaires de la zone de responsabilité du PS (deux représentants de groupe com) 2. Chaque groupe présente les neuf problèmes prioritaires et comment il a procédé pour les sélectionner 3. Les représentants analysent	ICP ADC Deux représentan par groupe

			l'ensemble des problèmes prioritaires de tous les groupes et les classent par ordre de priorité 4. Les groupes retiennent 4 problèmes pour reconnaître, 4 problèmes pour décider et 4 problèmes pour résoudre. 5. Pour chacun des problèmes retenus, les représentants identifient, discutent et retiennent par consensus les activités à mener pour le résoudre. 6. Les représentants discutent et retiennent par consensus, où les activités seront exécutées, avec qui (cible) quand (période et périodicité) avec quelles ressources et qui est chargé de les réaliser. 7. Ils décrivent comment ils sauront que le problème identifié a été résolu (indicateur)	
4- Mise en œuvre et Suivi	Réaliser et procéder au suivi des activités du plan d'action du groupe Participer à la réalisation et au suivi des activités du plan d'action du PS	Au moins 80% des activités planifiées ont été réalisées (plan d'action de groupe et de PS)	Accompagner les groupes dans la mise en œuvre des activités du plan d'action du groupe Tenir des réunions de suivi des activités des plans d'action de groupe Accompagner les représentants de groupes dans la mise en œuvre des activités du plan d'action du PS Tenir des réunions de suivi des activités des plans d'action du PS	ADC Relais Membres groupes Représenta de groupes ADC- RZ ICP :SF
5- Evaluation participative	Accompagner les groupes communautaires dans l'évaluation de tout le processus : analyse des problèmes, priorisation, choix des solutions, mise en œuvre des activités, impact des activités sur le problème	Les éléments d'information disponibles permettent de décider s'il faut entamer un 2e cycle ou orienter vers un autre site d'extension	1-Chaque groupe communautaire tient une réunion d'évaluation La réunion d'évaluation : ♦ Discute des objectifs de l'évaluation : vérifie si les problèmes identifiés ont été résolus par les activités mises en œuvre ♦ Elabore une méthodologie simple pour l'évaluation (exple: mener des entrevues, des observations) ♦ Analyse les résultats ♦ Procède à la restitution des	Membres d groupes Relais ADC

			résultats lors d'une réunion élargie aux leaders ; comités de santé etc. ♦ Décide des orientations à donner au 2e cycle	
			2- Les représentants de tous les groupes communautaires de la zone de responsabilité du PS (deux représentants de groupe com) tiennent une réunion d'évaluation autour de l'ICP La réunion d'évaluation : ♦ Discute des objectifs de l'évaluation : vérifie si les problèmes identifiés ont été résolus par les activités mises en œuvre ♦ Elabore une méthodologie simple pour l'évaluation (exple: mener des entrevues, des observations) ♦ Analyse les résultats ♦ Procède à la restitution des résultats lors d'une réunion élargie aux chefs de quartiers/ villages, élus locaux etc… ♦ Décide des orientations à donner au 2e cycle	Représenta de groupes ADC- RZ ICP :SF

DISTRIBUTION GRATUITE DE MOUSTIQUAIRES

COUPLEE AUX JOURNEES LOCALES DE SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A ET DEPARASITAGE

Dakar : du 29 mai au 1er juin 2007

Rapport final Août 2007

Introduction :

Le paludisme constitue toujours une préoccupation pour le Sénégal. Il occupe la première place dans les motifs de consultation des services de santé (32,5%). Malgré les progrès observés ces dernières années dans la lutte contre le paludisme, certains indicateurs demeurent encore faibles. Selon le rapport final de l'évaluation du plan stratégique 2001-2005 (novembre 2005), seules 39% des femmes enceintes et 18% des enfants de moins de cinq ans ont dormi sous moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête. Le rapport de l'évaluation de la première année d'exécution du Fonds Mondial fait état d'une disponibilité en moustiquaires imprégnées de 60% dans les ménages visités, avec un taux de 45,6% pour les enfants de moins de cinq (05) ans et de 32,6% pour les femmes enceintes. Ces résultats cachent d'importantes disparités régionales. La région de Dakar enregistre les plus faibles taux de disponibilité (50%) et d'utilisation (30,4%) pour les enfants de moins de cinq ans. C'est pourquoi l'USAID a centré sur cette région les premiers efforts de mise en œuvre du PMI pour améliorer les taux de couverture en moustiquaires imprégnées. Cet effort s'est matérialisé par la mise à disposition, pour les enfants de moins de 5 ans, d'un stock de 200 000 Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA).

Les districts sanitaires de Pikine, MBao, Guédiawaye et Rufisque ont été ciblés dans cette première opération. La stratégie utilisée a consisté à intégrer la distribution gratuite de MILDA à l'intérieur des journées nationales de micronutriments (JNM). Les Journées nationales de micronutriments permettaient une intégration aisée de la distribution gratuite de MILDA du fait de l'identité des cibles et de l'envergure de l'activité. Certaines Agences d'exécution de l'USAID (CCF, IntraHealth et NetMark) ont été chargées d'appuyer la Région Médicale de Dakar et les districts sanitaires pour l'organisation de la distribution gratuite de MILDA. L'activité s'est déroulée du 29 mai au 1er juin 2007 dans les quatre districts périurbains de Dakar (Pikine, MBao, Guédiawaye et Rufisque). Le présent rapport rend compte du déroulement de l'activité. Il met particulièrement l'accent sur les éléments en rapport avec l'organisation de la distribution au niveau communautaire.

I- But et objectifs:

But : Améliorer la couverture en moustiquaires imprégnées chez les enfants 0 - 5 ans de la région de Dakar.

Objectifs :

1. Fournir gratuitement à 200000 mères d'enfants de 6 à 59 mois des districts sub-urbains de Dakar une moustiquaire imprégnée à longue durée d'action ;

2. Augmenter le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action chez les enfants de moins de cinq ans ;

3. Sensibiliser les mères sur la prévention du paludisme et particulièrement sur l'intérêt de l'utilisation des MILDA par les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

II- Stratégies :

La distribution gratuite de MILDA a été couplée aux journées locales de micronutriments dans les districts sanitaires de Pikine, MBao, Guédiawaye et Rufisque. Une sélection des Agences d'Exécution Communautaires (AEC) intervenant dans les districts ciblés a été effectuée par CCF pour apporter un appui à l'organisation de l'activité au niveau communautaire. L'opération a été coordonnée par le MSPM à travers la DANSE, le PNLP, la Région médicale de Dakar en collaboration avec les Agences d'exécution de l'USAID (CCF, Intrahealth, Netmark). Au niveau opérationnel les districts sanitaires ont été chargés de la mise en œuvre de l'opération avec l'appui des partenaires (AEC, autorités, locales, comités de santé …). La cible éligible à la distribution gratuite des MILDA est composée des mères d'enfants de 6-59 mois. Elles représentent 79% des enfants 0-5 ans. Chaque mère concernée avait droit à une seule moustiquaire.

III- Déroulement :

Le déroulement des activités est rapporté sur deux périodes : une phase préparatoire et une phase qui correspond à la campagne de distribution proprement dite.

A. Phase préparatoire :

a.1. Concertation entre les Agences d'exécution de l'USAID : Différentes séances de travail ont été tenues entre les Agences d'exécution concernées (CCF, Intrahealth, Netmark) pour discuter des modalités pratiques de mise en œuvre et définir les rôles et responsabilités des différentes Agences. Les missions suivantes ont été assignées aux Agences :

CCF : Mettre en place un dispositif communautaire pour la distribution des moustiquaires ; sélectionner, orienter et organiser les Agences d'Exécution Communautaire (AEC) ; appuyer la mobilisation communautaire de proximité ; organiser le transport des MILDA vers les points de distribution ; assurer l'encadrement et le suivi de la distribution.

Intrahealth : Mobiliser les prestataires de santé des districts ; appuyer les ateliers de planification au niveau national, régional et district ; organiser la collecte et la transmission des données au niveau des structures en relation avec les équipes cadre de district ; assurer la confection et la reproduction des supports de gestion à utiliser pour la campagne.

Netmark : Commander et mettre en place les MILDA au niveau des centres de stockage des districts ; commander et mettre en place les coupons de gratuité au niveau des districts ; assurer la communication et la mobilisation sociale de masse.

a.2. Sélection des Agences d'Exécution Communautaire (AEC) : Le Projet Santé Communautaire USAID-CCF n'intervenait pas encore dans la Région de Dakar et ne disposait pas dans la région d'un dispositif communautaire susceptible de permettre une prise en charge autonome de l'activité. Pour suppléer à cette lacune, CCF a identifié les Organisations de la Société civile qui avaient un ancrage dans les districts ciblés et pouvaient l'aider à assurer la distribution gratuite. Des critères ont été définis

et appliqués pour la sélection d'Agences d'exécution communautaires : Interventions dans les districts ciblés, existence d'un dispositif communautaire susceptible d'encadrer la distribution communautaire, expérience dans l'approche communautaire. Les AEC qui ont été retenues sur cette base sont : Plan/PRN (district Mbao et Pikine), Projet de Développement de l'Enfant et de la Famille (PDEF) de Dalifort (DS Pikine), PDEF du Centre Sauvegarde (DS Guédiaway), Enda Graf Sahel (DS Mbao), PDEF Sébikotane et Enda Graf 3D (DS Rufisque). Trois des AEC retenues sont affiliées à CCF (PDEF) et les trois autres au PRN (Plan, Enda Graf Sahel et Enda Graf 3D). Des réunions de concertation ont été tenues avec les différentes AEC retenues pour négocier leur participation à l'activité et définir les modalités pratiques de leur implication. Un protocole d'accord a été établi entre CCF et chaque AEC à l'exclusion de Plan /Mbao – Pikine qui a néanmoins participé activement à la campagne. Plusieurs séances sectorielles ont ensuite été tenues avec les AEC pour affiner les modalités d'organisation au niveau de chaque zone, les règles du partenariat avec le district, les détails de la planification opérationnelle, les rôles et responsabilités des différents acteurs. Ces activités ont permis de définir une proposition cohérente pour l'encadrement de la distribution communautaire. La proposition a fait l'objet d'une première validation avec l'USAID et les Agences partenaires de l'USAID (Intrah et Netmark) et, plus tard le Ministère de la Santé et ses structures de district.

a.3. Réunion de planification stratégique avec le MSPM : Le 2 avril 2007 une réunion a été tenue à la Direction de la Santé avec la DANSE, le PNLP, CCF, Intrah, Netmark et les autres partenaires du MSPM qui appuient les JNM (PRN, Micronutriments Initiative, HKI…). Cette rencontre avait pour objet de discuter des modalités pratiques d'intégration de la distribution gratuite des MILDA aux JLM (organisation des ateliers de microplanification, dispositif communautaire pour la distribution, supervision et suivi des activités). Plusieurs autres séances de travail ont été organisées pour parachever l'organisation. Au terme du processus, le guide d'orientation, les outils de gestion des données et les supports IEC de la distribution gratuite ont été validées avec le comité de pilotage, la Région Médicale (RM) de Dakar et le SNEIPS. Deux équipes ont été constituées avec les personnels de la DANSE, la Région Médicale et les Agences d'exécution de l'USAID pour appuyer les ateliers de microplanification des districts.

a.4. Réunion de coordination régionale : Une rencontre a été organisée le 27 avril 2007 à la Région Médicale de Dakar avec la participation de la DANSE, l'équipe de la RM, les districts et les Agences d'exécution de l'USAID. La réunion avait pour objet de valider avec les districts et la Région le dispositif pour l'organisation intégrée JLM/MILDA au niveau opérationnel et planifier ensemble les ateliers de microplanification. Des dates ont été proposées pour chaque district. Les deux équipes constituées ont été chargées de faciliter les ateliers de Microplanification et orientation organisés au niveau des districts.

a.5. Microplanification et orientation au niveau des districts : Une réunion de Microplanification et d'orientation a été tenue au niveau de chaque district. Ces réunions ont regroupé l'équipe cadre du district, les Infirmiers Chef de Poste, les Sages-femmes, l'Equipe Cadre de Région, les Agences d'exécution de l'USAID (CCF, IntraHealth, NetMark) et les Agences d'Exécution Communautaire en sous contrat avec CCF (ENDA Graf 3 D, ENDA Graf Sahel, les PDEF de Dalifort,

Sébikotane et Guédiawaye). Ces ateliers avaient pour objet de : 1.Présenter et valider les micros plans des districts ; 2.Partager les outils de gestion de la campagne (MILDA, Vit A et Mébendazole) ; 3.Clarifier les responsabilités des différents partenaires ; 4.Planifier les sessions d'orientation des volontaires au niveau des postes de santé. Ces rencontres ont permis de préciser les cibles éligibles à la distribution gratuite des MILDA (mères d'enfants 6 à 59 mois) et définir les lieux de stockage et de distribution des MILDA au niveau de chaque district. Les critères retenus pour la sélection des centres de stockage sont la sécurité des lieux et leur accessibilité pour les mères bénéficiaires. Chaque district a enfin planifié les périodes pour les sessions d'orientation des volontaires.

a.6. Planification opérationnelle au niveau des postes de santé : Des réunions préparatoires ont été tenues au niveau des centres et postes de santé afin de définir pour chaque aire de poste et centre de santé l'organisation pratique de la distribution des MILDA (dispositif mis en place, nombre de relais à mobiliser, organisation des équipes, système de collecte des données, supervision et suivi de la mise en œuvre). Ces réunions ont permis de mettre en place les équipes d'appui, de déterminer les axes de supervision et d'impliquer les autorités locales et leaders communautaires (élus locaux, autorités administratives, chefs village, délégués de quartier…).

a.7. Orientation des superviseurs et volontaires :Des sessions distinctes ont été organisées pour l'orientation des superviseurs et ensuite des relais. Les sessions ont été organisées par les districts sanitaires durant la période du 21 au 25 mai 2007 au niveau des postes de santé. Des équipes d'appui composées des agents de CCF, des AEC et des districts ont été constituées pour appuyer les ICP pendant les sessions de formation. Des problèmes ont été constatés liés à l'indisponibilité des supports de collecte des données. Dans certains postes de santé de Guédiaway, Rufisque et Mbao les outils manquants ont été aussitôt reprographiés et mis à la disposition des participants. Ces sessions ont permis aux participants de se familiariser avec les outils retenus pour documenter la distribution gratuite des moustiquaires discuter du découpage de chaque zone de poste et définir la progression des équipes de supplémentation et de distribution des MILDA. Pendant l'orientation des superviseurs, certaines insuffisances notées lors des premières sessions d'orientation décentralisées ont amené les équipes de soutien, en collaboration avec le Médecin-chef du district de Pikine, à élaborer un aide mémoire qui clarifie certains points qui suscitaient beaucoup de discussion (rôles et tâches du superviseur dans la supplémentation, le déparasitage, la distribution des coupons et l'échange contre des MILDA…).

a.8. Mise en place des Intrants : Avant la mise en place des intrants, les AEC et l'équipe de Netmark ont procédé à une visite de terrain au niveau de chaque district pour vérifier la fonctionnalité des locaux prévus pour le stockage des MILDA, la capacité de stockage et la sécurité des locaux. Netmark avait établi un planning de distribution des moustiquaires par district en collaboration avec les AEC et équipes de district. Cent quatre vingt dix neuf mille (199 000) MILDA ont été mises en place au niveau des quatre districts. Un stock de réserve de 400 moustiquaires a été aménagé pour pallier à d'éventuelles ruptures (voir annexe). 100 MILDA constituent un litige entre Netmark, le district de Pikine et le PDEF de Dalifort.
La mise en place des intrants au niveau des points de prestation s'est fait de façon graduelle avec l'implication de tous les acteurs (équipes cadres de district, Infirmiers

chefs de poste de santé, Agences d'Exécution Communautaires, collectivités locales…). Les moustiquaires ont été acheminées directement au niveau des lieux de stockage par le convoyeur de NetMark et la réception a été faite par le MCD ou le responsable de l'AEC évoluant dans la zone de responsabilité du district. Au niveau des postes de santé, les ICP ont assuré la réception des MILDA. Les supports IEC (banderoles, dépliants, posters, flyers, tee-shirts) ont été réceptionnés par les responsables des AEC et transmis aux gestionnaires des districts. Chaque district a reçu sa dotation en coupons (le district sanitaire de Rufisque a reçu un complément de 298 coupons durant la campagne). Les supports IEC et les blocs de coupons de MILDA ont été conditionnés et mis à la disposition des postes de santé trois jours avant le démarrage des journées. Le district de Pikine a procédé lui-même à la reprographie de ses supports de gestion. Un appui pour la reprographie des outils a été apporté par CCF aux districts sanitaires de Guédiaway et Rufisque et au district de Mbao par Enda Graf Sahel. Il faut signaler qu'au niveau de certaines zones un déficit en outils de gestion a été noté au troisième jour de la campagne. Les dispositions nécessaires ont été prises immédiatement pour résoudre le problème.

B- Pendant la campagne :

b.1. Lancement de la campagne :Le lancement a été effectué par l'Ambassadrice des Etat-Unis d'Amérique, au niveau du quartier Issa Mbengue de Guinaw rail Sud (Pikine), le mardi 29 mai 2007 à 15 heures en présence des autorités administratives et locales (préfet, maire, élus locaux, délégués de quartier…). Le Ministre de la Santé et de la Prévention Médicale a été représenté par le chef de Division de l'Alimentation de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (DANSE), le Médecin-chef de la Région Médicale de Dakar et le Médecin-chef du district sanitaire de Pikine. La couverture de l'évènement a été assurée par la presse internationale, nationale et locale.

b.2. Mobilisation Sociale : Les supports de mobilisation sociale et d'information qui ont été utilisés durant la campagne sont les banderoles, Tee-shirts, flyers, dépliants et posters. Ils ont été conçus et mis en place par Netmark au niveau de chaque district (tableau en annexe). CCF était chargé du volet relatif à la sensibilisation de proximité. Le dispositif de communication mis en place par CCF et Netmark était basé sur diverses stratégies de mobilisation communautaire et s'appuyait sur des médiums variés:

- plaidoyer auprès des leaders d'opinion (élus locaux, délégués de quartier, chefs religieux…),
- diffusion de spots au niveau des stations de radios communautaires (Oxygène, sud banlieue, Rail bi FM, Waar Wi FM, Dioko FM…),
- animation de road show par l'artiste Rama Thiam et son groupe à travers les quatre districts (Gouye Mouride à Rufisque, Thiaroye/Mer, Fass Mbao, Keur Mbaye Fall, Wakhinane et Guinaw rail Sud).
- diffusion de l'information par les crieurs publics
- information à travers la télévision locale (Aynoumady sotrac dans le district de Pikine),
- communication de proximité (porte à porte avec distribution de flyers aux mères d'enfants),
- affichage et déploiement de banderoles au niveau des structures de santé et certains points de distribution,
- information des mères sur les conditions d'utilisation des MILDA au niveau des points de distribution.

Les activités de routine telles que les causeries et les visites à domicile ont permis aussi d'informer les mères d'enfants sur la distribution des MILDA. Dans le district de Mbao 287 causeries sur la distribution et l'importance des MILDA ont été organisées et 5880 mères ont été touchées. A Rufisque un véhicule avec sonorisation a fait le tour des villages du district pour sensibiliser les populations. Les hauts parleurs des mosquées ont diffusé, tout au long de la campagne, des messages demandant aux mères détentrices de coupons d'aller les échanger rapidement au niveau des points de distribution. L'utilisation diversifiées de tous ces canaux a permis l'adhésion, l'engagement et une forte implication des communautés.

b.3. Organisation de la distribution : Le système mis en place était fondé sur la remise d'un coupon gratuit à chaque mère d'enfants 6-59 mois qui avait été supplémenté en vitamine A et déparasité au mebendazole. Les coupons gratuits étaient échangés contre une MI au niveau des points de distribution. Un point de distribution fixe des moustiquaires a été implanté au niveau de chaque formation sanitaire (centre de santé, poste de santé, maternité, case de santé) et aux domiciles de certains délégués de quartier. Pour la distribution des coupons, la stratégie « porte à porte » a été adoptée. Chaque structure sanitaire avait déployé un nombre variable d'équipes de relais mobiles (2 à 5). Chaque équipe comprenait 3 relais. 2 relais étaient chargés de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage des enfants. 1 relais était spécialement affecté à la distribution de coupons gratuits aux mères dont les enfants ont été supplémentés et déparasités. Le procédé utilisé était le suivant : chaque jour, l'ICP remet les coupons MILDA aux équipes mobiles. Les coupons sont détenus par le relais chargé de la distribution. Après la supplémentation / déparasitage, le relais remplit le coupon et la souche (identité de la maman et de l'enfant) avant de remettre le coupon à la mère. Le relais garde la souche. Il oriente la mère vers le point de distribution de sa localité pour échanger son coupon. Au niveau des points de distribution, les distributeurs chargés d'échanger les coupons contre les MILDA vérifient avec la mère la conformité des informations mentionnées sur le coupon et les complètent si nécessaire. Le distributeur informe la mère sur les conditions d'utilisation de la MILDA, altère l'emballage de la moustiquaire (pour éviter la revente) et remet la MILDA à la mère contre le coupon. Toutes les mères ayant échangé leur coupon contre une MILDA sont enregistrées par le distributeur grâce à un outil conçu pour le recensement des mères.

Archivage des coupons échangés : Le système d'archivage des coupons s'effectue à trois niveaux, à l'échelle du poste et sous la responsabilité de l'ICP: **a-** Le distributeur de MILDA remettait en fin de journée à l'ICP tous les coupons échangés et refusés ;**b-** Le relais distributeur de coupons remet à l'ICP, à la fin de l'opération, les souches des coupons distribués pendant la campagne ; **c-** Les coupons échangés sont collectés, empaquetés en lots de 50 et gardés au niveau des postes de santé pour servir de pièces justificatives et permettre l'estimation du nombre de MILDA distribuées durant la campagne.

b.4. Collecte des données : Les supports de gestion des données étaient composés des fiches de pointage (vitamine A, Mebendazole, MILDA), les coupons, les fiches de recensement des mères et les fiches de synthèse (voir annexe). De nombreuses insuffisances ont été notées dans le remplissage des outils durant la première journée (remplissage partiel de la souche). Ces déficiences sont la conséquence de la non

disponibilité de certains outils durant la formation de telle sorte que certains relais étaient insuffisamment préparés à leur remplissage. La supervision et les réunions de débriefing ont permis de corriger ces manquements. Pour la gestion des données, les superviseurs faisaient la compilation des informations fournies par les équipes mobiles et les distributeurs de MILDA à la fin de chaque journée. Les fiches de synthèse étaient par la suite transmises par les superviseurs au chef de poste qui faisait la synthèse journalière de sa zone de responsabilité. En fin de journée, les ICP communiquaient par téléphone les résultats de leurs zones respectives au district. Au niveau du district l'équipe de coordination du district (composée de l'ECD, des équipes de CCF et des agents des AEC) fait la synthèse des données journalières des différents postes. Ces données sont enfin consolidées par poste par l'équipe de coordination pour permettre d'évaluer la progression des activités au niveau des différentes zones de responsabilité. Un feed back était enfin fourni à chaque ICP sur son niveau de progression et les résultats partiels de sa zone pour lui permettre d'apporter les correctifs nécessaires. Les résultats étaient transmis à la région médicale par les MCD.

b.5. Supervision de la distribution : Deux niveaux de supervision ont été établis : la supervision au niveau poste de santé et la supervision au niveau district. Au niveau des postes de santé, les superviseurs ont été répartis selon les équipes et points de distribution. Les agents des AEC ont intégré le dispositif des postes de santé. Au niveau district, les équipes de supervision étaient constituées des membres de l'ECD, l'équipe de CCF et les agents des AEC. Dans chaque district, les circuits de supervision ont été définis et affectés à des équipes. La mission des équipes de supervision était de :

- S'entretenir avec l'ICP sur le déroulement des activités (circuits définis et affichés, répartition des équipes, gestion des intrants, stratégies particulières adoptées surtout pour les préscolaires…) ;
- Collecter les données sur les MILDA (à partir de la 2ème journée)
- Contrôler les points fixes de distribution ;
- Vérifier la procédure de distribution et la disponibilité des outils de gestion ;
- Renforcer l'information sur l'utilisation des moustiquaires ;
- Accompagner les relais au niveau des visites à domicile pour s'assurer du respect des dispositions arrêtées ;
- Appuyer les relais dans la gestion des problèmes rencontrés.

La première journée de supervision a permis de déceler plusieurs problèmes liés au non affichage dans certains postes de santé des circuits empruntés par les équipes mobiles (cartographie), au non respect par certaines équipes mobiles de la stratégie du porte à porte, au remplissage incomplet des souches, coupons et outils de gestion. Une information insuffisante sur l'importance des moustiquaires et des micronutriments et les conditions d'utilisation des MILDA a également été notée. L'accompagnement des équipes mobiles par les superviseurs était aussi insatisfaisant par endroit. Les correctifs nécessaires ont été apportés sur place par les équipes de supervision des districts.

b.6. Coordination des activités : CCF a transféré de ses zones de Thiès une équipe de 14 Responsables de zone pour appuyer les districts et les AEC dans la supervision de l'opération. Les agents ont été mobilisés durant tout le processus de la campagne (21 mai - 2 juin 2007). Ils étaient encadrés par trois Conseillers du PSSC et disposaient d'une logistique de 5 motos et 3 véhicules. Le dispositif global de coordination mis en place avec les partenaires du Ministère de la Santé couvrait les différents niveaux :

Au niveau central : L' équipe mise en place pour la coordination des activités était composée de la DANSE, le PNLP, la région médicale de Dakar, un représentant de l'USAID, CCF, IntraHealth, NetMark, MSH, UNICEF, OMS et les partenaires des JNM à Dakar. Cette équipe était chargée de la coordination des activités au niveau national.

Au niveau district : Un comité de pilotage a été mis en place regroupant les techniciens de santé, les représentants de la communauté et les partenaires. Ce comité avait pour mission d'assurer la mise en place des ressources nécessaires à tous les niveaux, de veiller au bon déroulement des activités sur le terrain et procéder au suivi régulier de la mise en oeuvre.

Au niveau des postes de santé : Le comité de coordination mis en place comprend l'ICP, la Sage Femme, les représentants des communautés et du développement communautaire. Des dispositions particulières ont été prises au niveau de la zone opérationnelle du poste de santé : 1. La stratégie du porte à porte a été adoptée pour la supplémentation en Vitamine A des enfants 6 – 59 mois, le déparasitage des enfants 12 – 59 mois et la remise de coupons MILDA aux mères d'enfants 6 – 59 mois par les volontaires ; 2 .Le quadrillage des quartiers polarisés par le poste de santé a été effectué dans certaines zones pour faciliter le déplacement des équipes ; 3.Des critères ont été définis pour le choix des volontaires et sont basés sur l'engagement et les expériences antérieures ; 4.La mission des différents acteurs a été bien définie : les superviseurs des équipes sont chargés d'apporter un appui aux équipes sur le terrain en les aidant à l'identification des cibles et surtout à bien remplir les outils de gestion ; les équipes de supplémentation et de déparasitage sont chargées aussi de la distribution des coupons de MILDA ; les points fixes de distribution de MILDA mis en place dans les structures de santé et quartiers ont été gérés par des volontaires chargés d'échanger les coupons présentés par les mères ou gardiennes d'enfants âgés de 6 à 59 mois contre des MILDA.

Réunion de débriefing : Des réunions de débriefing se tenaient tous les soirs au niveau des postes de santé et du centre de santé. Au niveau poste de santé, la réunion est dirigée par l'ICP en présence des superviseurs. Elle permet de partager les résultats, relever les manquements du jour, faire des recommandations et prendre les dispositions pratiques pour le lendemain. Elle est parfois élargie aux membres des équipes mobiles, distributeurs de MILDA et membres de l'équipe de pilotage. Au centre de santé, la réunion de débriefing se tenait le plus souvent tous les matins avant le départ des équipes de supervision. Un membre de chaque équipe faisait le point sur les problèmes identifiés et les solutions apportées. Le MCD identifie les zones prioritaires, définit les termes de référence de la supervision du jour et affecte les circuits aux équipes.

IV. Evaluation

L'évaluation a porté sur les résultats, les ressources mobilisées et les dispositions pour le suivi de l'utilisation des MILDA distribuées.

4.1. Résultats obtenus :

Sur un total de 200000 MILDA achetées, 199100 moustiquaires ont été livrées au quatre districts selon les besoins de la cible dont 194007 ont été échangées, soit un taux de rédemption de 97%, variant entre 91% à 99% selon les districts.

Les MILDA restantes ont été récupérées et livrées à l'USAID.

4.2. Ressources mobilisées :

Le tableau ci – dessous présente le premier bilan des ressources financières mobilisées par le Projet Santé Communautaire CCF-USAID dans le cadre de la mise en œuvre de la campagne MILDA. Il est à noter que :

- Intrah a appuyé l'organisation des ateliers de microplanification et d'orientation des équipes de district ;
-NetMark a contribué à l'acheminement des MILDA au niveau des centres de stockage, à la conception des coupons et à la mobilisation sociale (supports IEC, Road Show) ;
- MSH a accompagné tout le processus ;
- Les comités de santé et certaines autorités locales ont apporté aussi leur contribution à la réussite de l'activité.

Contribution financière des partenaires par district

District Sanitaire	Répartition par source de financement							Total
	PSSC	***PLAN***	***PDEF Dalifort 1186***	***PDEF Sébikotane 1367***	***PDEF Centre Saugarde 1177***	***ENDA Graf Sahel***	***ENDA Graf 3 D***	
Pikine	7058100	495 000	173900					7727000
Guédiawaye	488 500				292 500			781000
MBao	1047500					106250		1153750
Rufisque	1332000			160000			100350	1592350
PEC Equipe d'appui PSSC	4184650							4184650
Total	**14110750**	**495 000**	**173 900**	**160 000**	**292 500**	**106250**	**100350**	**15.438.750**

4.3. Suivi de la campagne :

Une réunion de débriefing de la campagne a été tenue le 20 juillet 2007 au bureau du PSSC à Thiès avec les Agences d'Exécution Communautaire sous contractant de CCF, l'équipe de CCF qui était chargée d'appuyer les districts durant tout le processus et le représentant de Netmark à Thiès. Cette rencontre avait pour objet de tirer les leçons apprises de la mise en œuvre de la campagne, de discuter le suivi du processus et planifier les actions concrètes à mener dans le cadre du suivi de l'utilisation des MILDA pour les mères bénéficiaires. Les AEC ont commencé le travail de suivi au niveau de leurs zones traditionnelles. Pour les zones non couvertes par les AEC, le problème sera posé lors des réunions de coordination des districts. Des plans de suivi raisonnables pour couvrir les zones d'extension ont été proposés à CCF. Les agents des AEC se sont engagés à faire des plaidoyers lors des activités de routine et événements spéciaux en collaboration avec les acteurs communautaires, pour une bonne utilisation des MILDA par les femmes enceintes et les enfants. Des plans de suivi sont déjà mis en œuvre par certains AEC (PDEF Dalifort et Enda Graf Sahel). Cette rencontre a enfin permis de tirer les leçons apprises de l'expérience.

V. Enseignements tirés :

La distribution gratuite des MILDA a très fortement renforcé la participation des populations aux JLM. Les moustiquaires ont constitué une importante source de motivation pour les mères d'enfants qui sont allées au devant des équipes pour faire

supplémenter / déparasiter leur enfant afin de recevoir une MILDA. La distribution gratuite de MILDA a aidé à surmonter les cas de refus et les réticences constatés d'habitude durant les JNM. Les problèmes rencontrés sont généralement liés aux délais d'organisation qui étaient courts. Les partenaires de mise en œuvre ont recommandé de « s'y prendre à temps » pour une bonne préparation de la campagne.

5.1. Leçons apprises :

- Le couplage JNM/MILDA réduit considérablement les coûts individuels des deux activités et augmente l'efficacité de chacune des interventions ;
- La distribution gratuite de MILDA intégrée aux JNM peut permettre d'augmenter jusqu'à 30% le pourcentage d'enfants supplémentés et déparasités ;
- Le couplage JNM/MILDA permet de réduire les refus et réticences des familles à la supplémentation / déparasitage des enfants ;
- La distribution gratuite de MILDA permet d'assurer une meilleure promotion de la MILDA ;
- L'intégration des deux activités (MILDA/JNM) permet une plus grande mobilisation des Communautés et une plus grande implication des Collectivités locales et des différents partenaires locaux ;
- Pour une meilleure efficacité des interventions dans le couplage JNM/MILDA, les préparatifs doivent démarrer idéalement 5 mois avant la date prévue pour les JNM et insister sur les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes (Ministère, Districts, AEC, Collectivités Locales, Agences d'exécution qui financent l'activité…) ;
- Les supports à utiliser pour documenter l'intervention doivent être simples, d'utilisation facile pour les relais et en quantité raisonnable ;
- Le système de supervision pour être efficace doit couvrir tous les niveaux du système avec un focus particulier au niveau de l'encadrement des relais ;
- Une logistique appropriée doit être disponible pour la supervision ;
- Un appui financier aux Districts et Régions médicales doit être prévu pour la prise en charge des activités de supplémentation, déparasitage et distribution gratuite de MILDA ;
- Les Agences d'Exécution Communautaire ont joué un rôle clé dans l'Encadrement de la distribution gratuite des MILDA ;
- La répartition des quotas de MILDA pour les zones de poste de santé doit être flexible et intégrée au schéma de redéploiement dans d'autres zones selon les besoins réels ;
- Les supports de formation pour les relais et les outils de gestion doivent être formalisés et faire l'objet d'un prétest avant le démarrage de la campagne ;
- La durée optimale pour la campagne de distribution de MILDA peut être évaluée à 5 jours (3 jours de JNM et 2 jours après les JNM) ;
- Le suivi de l'utilisation des MILDA distribuées pendant la campagne doit être planifié rigoureusement dans le processus global des JNM/MILDA et faire l'objet d'une négociation préalable avec le Ministère de la Santé, les Régions médicales, les Districts et les AEC.

5.2. Recommandations:

Pour le District :

- Asseoir une bonne coordination entre les différents partenaires au niveau opérationnel dès le début du processus
- Rendre pratique la formation des volontaires à travers des exercices pratiques avec les outils de gestion
- Veiller au respect des critères de sélection des superviseurs et volontaires et renforcer les équipes
- Augmenter le nombre de personnes au niveau des Points Fixes de Distribution (au moins deux personne par PFD)
- Exiger auprès de chaque acteur (superviseur, distributeur, volontaire) le respect de ses termes de référence
- Améliorer le système de supervision au niveau des postes de santé afin d'améliorer le déroulement des activités sur le terrain
- Privilégier la sensibilisation de proximité lors de la phase préparatoire et mettre l'accent sur les messages clés à délivrer
- Veiller davantage à la distribution des intrants au niveau des différentes zones pour éviter les dysfonctionnements
- Mettre en place un système de suivi de l'utilisation des MILDA dans les ménages en collaboration avec les AEC et autres partenaires au niveau opérationnel
- Renforcer la sensibilisation de proximité lors des activités de routine (causeries, VAD, pesée, vaccination, PCIME, CPN…) pour une bonne utilisation des MILDA par les femmes enceintes et les enfants.

Pour les Partenaires :

- Clarifier davantage les rôles et responsabilités de chaque Agence d'Exécution pour faciliter le travail
- Tester tous les outils élaborés avant de les administrer
- Prévoir un outil de supervision adapté
- Réduire le nombre de supports
- Renforcer les supports IEC (tee-shirts, banderolles)
- Mettre en place à temps les supports d'IEC pour faciliter les activités de sensibilisation
- Améliorer le conditionnement des blocs de coupons
- Augmenter le nombre de jours pour la durée de la campagne (au moins 5jours) ;
- Etudier un système d'identification des volontaires lors des prochaines activités (badges, tee shirts…)
- Appuyer la mise en place un système de suivi de l'utilisation des MILDA
- Partager les enseignements tirés de la campagne avec les districts et les autres partenaires.

Conclusion

Le choix des districts périurbains de Dakar (Pikine, Mbao, Guédiaway, Rufisque) qui ont été victimes des inondations a été un choix très éclairé. Les JLM couplées à la distribution gratuite de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action ont connu

un réel succès dans les quatre districts sanitaires ciblés. Les objectifs liés à la couverture des cibles ont été atteints grâce à l'engagement de la région médicale de Dakar, des districts et à l'appui des acteurs communautaires et des partenaires. Un taux de distribution de MILDA de 97% a été enregistré. Ce résultat obtenu grâce à une synergie des actions des différents acteurs pourrait permettre de renforcer sensiblement la prévention du paludisme chez les cibles vulnérables (enfants de moins de 5ans et les femmes enceintes) dans les districts de Pikine, Mbao, Guédiaway et Rufisque. Pour la prochaine campagne de distribution de MILDA à grande échelle, certains acteurs suggèrent de cibler tous les enfants de 6 à 59 mois pour donner la chance à chaque enfant de dormir sous une moustiquaire. Les prestataires ont proposé d'élargir l'opération à d'autres activités de routine comme la PCIME, les consultations pré - natales, la vaccination ou les séances de pesée. L'engouement des populations noté pendant la campagne pourrait contribuer à l'amélioration des taux de couverture de ces différentes activités.

Le couplage de la distribution gratuite de MILDA avec les JNM est une stratégie efficiente et efficace tant pour la lutte contre le palu que pour la survie de l'enfant. La stratégie a néanmoins besoin d'être systématisée pour un rendement maximum. Le processus et les outils à utiliser doivent être normalisés et les préparatifs en vue de sa mise en œuvre doivent démarrer au moins 4 mois avant la date prévue pour l'activité.

ANNEXES

- Document d'orientation JNM/MILDA
- Outils de gestion
- Protocole d'accord avec les AEC
- Plan de mise en place des MILDA
- Répartition des MILDA et supports de communication
- Canevas de discussion pour les leçons apprises
- Compte rendu de la situation des moustiquaires (19 juin 2007)

ANNEXE 1

GUIDE D'ORIENTATION DE LA DISTRIBUTION GRATUITE DE MOUSTIQUAIRES LORS DES JOURNEES LOCALES DE SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A COUPLEES AU DEPARASITAGE

Version du 4 mai 2007

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE
PRESIDENT'S MALARIA INITIATIVE
CDC

MSPM
DANSE - PNLP

PLAN

I. Contexte justification

II. But

III. Objectif de la campagne

IV. Résultats attendus

V. Stratégies

- Approvisionnement
- Couplage de distribution avec les JNM
- Suivi et collecte des données.
- Communication et mobilisation

VI. Processus de mise en œuvre de la campagne

- Au niveau national

- Au niveau région et districts

VII. Rôles et responsabilités des différents acteurs

VIII. Annexe : les outils de gestion

ABREVIATIONS

MILDA : Moustiquaires imprégnées de longues durée d'actions

PNLP : Programme National de lutte contre le paludisme

DANSE : Division de l'alimentation de la Nutrition et survie de l'enfant.

RM : Région médicale

EDS : Enquête démographique et de santé

ONG : Organisation non gouvernementale.

JLM : Journées Locale de Micronutriments

JNM : Journées Nationale de Micronutriments

PMI : President's Malaria Initiative

AEC : Agence d'exécution communautaire

ECD : Equipe cadre de district

I. Contexte justification

Le paludisme constitue au Sénégal un problème de santé publique majeur. En effet, il sévit de façon quasi permanente avec une recrudescence saisonnière pendant la saison des pluies. Le paludisme représente le premier motif de consultation des services de santé avec près de 35% et la première cause de mortalité dans les services de santé.

C'est pourquoi, le Sénégal à l'instar de la plupart des pays de la Sous Région Africaine, a adhéré dés 1999 au mouvement « Faire Reculer le Paludisme », et s'est doté d'un cadre stratégique depuis 2001 pour atteindre les objectifs d'Abuja, dont une des cibles était de couvrir 60% les groupes vulnérables en moustiquaires et matériaux imprégnés d'insecticides dés 2005.

Le pays a également été choisi depuis 2005 pour bénéficier de la subvention du 4ème round du fonds mondial afin d'accélérer les interventions de lutte contre le paludisme.

Dans ce cadre, le Sénégal s'est engagé à rendre la moustiquaire imprégnée disponible et accessible à tous les niveaux surtout pour les groupes vulnérables. C'est ainsi que d'importantes actions ont été menées depuis 2002, par le PNLP et les partenaires stratégiques de Roll Back Malaria. Il s'agit essentiellement de:

- La suppression des taxes et droits de douanes sur les MI et leurs intrants.
- La participation des partenaires (fonds Mondial, USAID, Banque Mondial, UNICEF, OMS, JICA et ONG) dans l'approvisionnement et la distribution des Moustiquaires imprégnées.
- La promotion et la vente de MI dans le secteur privé.

Aujourd'hui la moustiquaire imprégnée est mieux connue mais son utilisation effective par les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans est encore faible.

Selon, l'EDS IV de 2005 la couverture en moustiquaires est de 7% chez l'enfant de moins de cinq et 14 % chez la femme enceinte.

Le rapport final de l'évaluation du plan stratégique du plan stratégique montre que, seules 39% des femmes enceintes et 18% des enfants des enfants de moins de cinq ans ont dormi sous moustiquaires imprégnées la nuit précédent l'enquête.

Le rapport de l'évaluation de la première année d'exécution du Fonds Mondial note des progrès importants dans cette couverture : Avec une disponibilité des MILD de 60% dans les ménages visités, l'utilisation des moustiquaires imprégnées tourne autour de 45,6% chez les enfants de moins de 5 ans et de 32,6% chez les femmes enceintes

Toutefois, ces bons résultats ne sont pas encore à la dimension des attentes du pays et surtout, ils cachent d'importantes disparités nationales. En effet, la région de Dakar est l'une des régions avec les plus faibles taux de disponibilité (50%) et d'utilisation des MII par les enfants de moins de cinq ans (30,4%).

C'est dans ce contexte que l'USAID intervient à travers le PMI pour combler ce gap et renforcer l'utilisation des MII chez les enfants. Les journées locales de micronutriments qui consistent à supplémenter en vitamine A et à déparasiter les enfants de 6 à 59 mois, offrent une bonne opportunité de coupler la distribution gratuite de moustiquaires à cette cible vulnérable. Il serait bon d'étayer un peu cette stratégie

Nous rappelons que les JLM sont une initiative de la DANSE qui, face au faible taux de couverture enregistré avec la supplémentation de routine a jugé nécessaire de mettre en place une stratégie d'intensification biannuelle, organisée localement au niveau de chaque district à travers des campagnes de masse, en attendant l'effectivité de la routine. Voilà quelques dates importantes qui marquent cette activité :

- **Décembre 1999:** Démarrage de la SVA couplée aux JNV (avec un objectif de 80%)
- **Année 2000 :** 1ères JNM, deuxième dose vitamine A, 6 mois après les JNV (Plus de 80% de couverture)

- **Année 2003-2004** : arrêt, chute du taux de moitié (40%)
- **Fin 2004 :** reprise avec le couplage lors des JNV *(*plus de 90% des enfants de 6-59 mois touchés)
- **Juin 2005 :** lancement des Journées Survie de l'Enfant (JSE) avec intégration de l'imprégnation des moustiquaires, le rattrapage de la vaccination contre la rougeole
- **Décembre 2005** : couplage SVA aux JNV contre la poliomyélite, avec introduction du déparasitage (couverture SVA : 103% ; Déparasitage : 101%)
- **Juin 2006** : JLM, SVA/Déparasitage (couverture respectivement : 98% et 97%)
- **Novembre 2006** : couplage supplémentation en Vitamine A et déparasitage aux JNV contre la rougeole (taux de couverture de 97 et 96 %)

Cette intervention se fera à travers ses agences d'exécution (NetMark, CCF et IntraHealth), qui vont assister la DANSE et le PNLP dans l'organisation de la campagne

Ce guide se propose de décrire le processus de planification et de mise en œuvre de cette campagne dans quatre districts de la région de Dakar, considérée comme zone pilote, dans une perspective d'un passage à l'échelle.

II. But

Saisir l'opportunité des JLM, pour contribuer à l'amélioration de la prévention et de la prise en charge du paludisme dans la région médicale de Dakar à la veille de la saison des pluies.

III. Objectifs de la campagne

L'objectif général de la campagne est de saisir l'occasion des JLM pour fournir gratuitement aux mères d'enfants de 6 à 59 mois des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action afin de renforcer la prévention du

paludisme dans les districts ciblés de la région de Dakar pendant la période de haute transmission du paludisme**.**
De façon plus spécifique, il s'agira de :

- Augmenter la disponibilité des MII dans les ménages des districts ciblés par la distribution de 200000 MILDA aux mères d'enfants de 6 à 59 mois lors des J LM ;
- Accroître le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action par les enfants de moins de cinq ans ;
- Sensibiliser les prestataires et les communautés sur la prévention du paludisme

IV. Résultats attendus

A l'issue de la campagne de distribution de masse des MILDA, les résultas attendus sont les suivants :

- Le taux de disponibilité des MILDA dans les ménages à Dakar a augmenté par la distribution de 200.000 MILDA (On pourrait peut-être quantifier cet objectif, en vérifiant le taux de disponibilité actuel en MILDA/district dans les ménages à Dakar)
- Au moins 80% des enfants de moins de cinq ans dorment sous MILDA dans les districts ciblés
- Les communautés sont informées sur les stratégies de prévention du paludisme en particulier sur l'utilisation des MILDA par les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes

V. Stratégies

1. Approvisionnement

Les Moustiquaires seront commandées et mises en place dans les districts ciblés au niveau des points de stockage ciblés à cet effet; elles seront ensuite redéployées au niveau des points fixes de distribution communautaires lors des JLM.

Il s'agira de Moustiquaires imprégnées de longue durée d'action dont les emballages seront différents de ceux qui sont vendus dans le commerce.

Des coupons de gratuité seront aussi confectionnés et mis à la disposition des relais.

Chaque équipe recevra une quantité de MILDA et de coupons proportionnelle à la cible JLM (bien clarifier cette cible)

2. Couplage de distribution avec les JNM

La principale stratégie d'intervention de la campagne de distribution des MILDA est **le couplage avec les journées locales de** supplémentation en Vitamine A et de déparasitage, organisées par la DANSE dans la période du 15 au 30 mai 2007.

La stratégie porte à porte sera utilisée pour la distribution des coupons par un volontaire JLM à toutes les mères d'enfants de 6 à 59 mois. Les mères seront enregistrées sur la base d'une fiche de recensement conçue à cet effet.

Par rapport à la distribution des coupons, nous pensons qu'il est important de voir la possibilité d'utiliser les relais qui supplémentent et déparasitent les enfants. Cela aurait un intérêt à plusieurs titres : économie de ressources, incitation des mères à venir faire supplémenter leurs enfants, facilitation et fiabilité de la collecte des données sur les coupons, réduction des pertes et refus de coupons.

Pour la récupération des MILDA par les mères ou tuteur d'enfants détenteurs de coupons, il sera créé au niveau communautaire des points

fixes de distribution tenus par des volontaires. Ces points de distribution devraient être le plus près possible des ménages visités.
Les bénéficiaires de coupons pourront récupérer leurs moustiquaires gratuites au niveau des points de distribution pendant toute la période des JLM, ou au magasin de stockage dans les 3 jours suivant la campagne.

Pendant l'échange, le relais doit procéder à l'identification du bénéficiaire sur la base du coupon, altérer à l'aide de ciseaux l'emballage de la moustiquaire en l'ouvrant , remettre la moustiquaire à la mère de l'enfant, et archiver les coupons de gratuité.

3. Suivi et collecte des données.

Toutes les activités se dérouleront sous la supervision des ECD et du personnel des AEC avec l'appui du comité national de suivi.

Une fiche de vérification de la qualité du déroulement de l'opération et une fiche de collecte des données sur les coupons seront confectionnées.
Les données collectées sur les moustiquaires suivront le circuit des données sur la Vitamine A.

Egalement, à ce niveau, il est important d'intégrer dès maintenant les outils qui existent.

4. Communication et mobilisation

La mobilisation des prestataires se fera à travers les réunions d'orientation au niveau des districts, la confection et la mise à disposition de flyers.

La mobilisation des communautés se fera à travers une communication de masse à travers les mass média (Radios communautaires) et l'organisation d'un road show dans chaque district. De même des réunions communautaires seront organisées avec l'appui des comités de santé, collectivités locales, associations communautaires et Ongs locales.

Habituellement, les régions et les districts développent des plans de communication pour les JLM. Ces derniers doivent prendre en compte les activités de communication ci-dessus citées.

VI. Processus de mise en œuvre de la campagne

1. Au niveau national : Mise en place d'une équipe d'organisation

Il sera mis en place une équipe nationale pour appuyer l'organisation de la distribution de MILDA couplée aux JLM. Cette équipe devra comprendre la DANSE, le PNLP, La région médicale de Dakar, un représentant de l'USAID, NetMark, CCF, IntraHealth, MSH/CHO, UNICEF, OMS et les partenaires des JLM à Dakar, …

Ici, nous pensons que les nouveaux partenaires devront tout simplement intégrer l'équipe nationale chargée de la coordination des JLM, pour éviter qu'il y ait deux équipes parallèles.

Cette équipe sera chargée d'effectuer la coordination des activités de la campagne en particulier la micro planification des activités de la campagne à savoir :

- l'identification des districts ciblés
- la Commande et la mise en place des moustiquaires
- la conception des supports de communication pour la mobilisation sociale
- la conception des outils de collecte des données, de suivi et d'évaluation de la campagne.
- l'appui technique à la région et aux districts pour la planification et la mise en œuvre de la campagne
- la conception du guide d'organisation de la campagne.
- L'organisation de réunions préparatoires pour faciliter la mise en œuvre de la campagne.
- l'élaboration d'un chronogramme pour la mise en œuvre de la campagne
- Le suivi et l'évaluation de la campagne de distribution gratuite.

2. Au niveau région et districts

2.1. Réunion préparatoire au niveau de la région médicale

Au niveau opérationnel, il sera procédé d'abord à une réunion au niveau RM pour :

- retenir et valider la date des JLM dans les districts choisis ;
- partager et faire le consensus sur la stratégie d'intervention avec les acteurs clés ;
- collecter toutes les données utiles et supports existants sur les districts ciblés, s'accorder sur le type de supports à produire y compris les messages clés et le processus pour y parvenir et
- retenir les dates pour la tenue des réunions de districts.

2.2. Réunion de micro planification au niveau district

Il sera organisé une réunion de micro planification dans chacun des 4 districts ciblés (Guédiawaye, Pikine, Mbao et Rufisque).
Cette réunion va cibler les équipes cadres de districts, les AEC présents dans les districts, les représentants de la communauté et les ICP concernés avec l'appui de la région médicale et l'équipe du niveau central.

Elle permettra de valider les sites de distribution des moustiquaires et d'effectuer la micro planification de la campagne. Il s'agira en fait d'identifier le nombre de volontaires qui seront engagés, le nombre de superviseurs à engager, l'orientation des volontaires, de valider les circuits de progression des équipes de supplémentation et de supervision, des activités de communication, d'identifier les besoins en ressources et intrants, de s'accorder sur les mécanismes d'évaluation de la campagne.
Cette réunion sera aussi mise à profit pour définir les rôles et responsabilités de toutes les parties engagées dans l'organisation de la campagne (prestataires, équipes cadres, volontaires de supplémentation, volontaires de distribution, superviseurs, comités de santé, collectivités locales, AEC…)

2.3. Mise en œuvre des activités planifiées au niveau des districts

Avant campagne

Mobilisation sociale au niveau local

Organisation et mise en place des intrants (MILDA, Vit.A, Mébendozole)

Orientation des volontaires

Pendant la campagne

Supplémentation/déparasitage

Distribution des MILDA

Supervision des activités

Collecte des données

Réunion de feed back des superviseurs

Après la campagne

Evaluation technique de la campagne /réunions

Evaluation financière de la campagne

Elaboration du rapport de l'activité

Leçons apprises

VII. Rôles et responsabilités des différents acteurs

Acteurs	Domaine d'intervention
DANSE/ PNLP	- Organisation des réunions de coordination du comité de suivi - Mise en œuvre, suivi et l'évaluation des JLM couplées à la distribution gratuite
CCF	- Mise en place d'un dispositif communautaire pour la distribution des moustiquaires Mobilisation communautaire de proximité, - Sélection, orientation et organisation des AEC, - Encadrement et suivi de la distribution, - Organiser le transport des MILDA vers les points de distribution
NetMark	- Commande et mise en place des MILDA au niveau des centres de stockage des districts - Commande et mise en place des coupons de gratuite au niveau des districts - Communication de masse/Mobilisation sociale
IntraHealth	- Mobilisation des prestataires de santé des districts - Financement des ateliers de planification, - organisation de la collecte et transmission des données au niveau des structures en relation avec les équipes cadre de district, - confection et reproduction des supports de gestion à utiliser pour la campagne. .
Comité de suivi National	- Organisation des réunions préparatoires de la campagne - Appui aux réunions de planification - Suivi des activités au niveau opérationnel - Elaboration des supports techniques de la campagne - Elaboration du rapport d'activités - Evaluation finale de la campagne
District Sanitaire et région médicale	- Organisation de la réunion de planification du district en collaboration avec le comite de suivi national - Appuyer les équipes communautaires dans la mise en place des supports de collecte, des coupons et des moustiquaires au niveau communautaire. - Coordonner et superviser les activités communautaires. - Elaborer le rapport de synthèse journalier de zone - Organiser la campagne de sensibilisation en relation avec CCF, NetMark et les relais communautaires.
Relais communautaire	- Distribution des coupons - Distribution des moustiquaires imprégnées. - Archivages des coupons - Remplissage des outils de gestion - Transmission des outils au district. -

En résumé, nous trouvons que l’initiative est salutaire, vue l’impact que cette campagne peut avoir à court ou moyen terme sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme chez les enfants cibles, mais aussi et surtout l’effet d’entraînement qu’elle peut produire, en améliorant la couverture de la supplémentation en vit. A et du déparasitage chez la même cible pendant les JLM. Le lien évoqué cependant est sujet à une bonne intégration, c’est pourquoi, notre souci y est particulièrement attaché. Pas seulement pour ce lien, mais également, pour une meilleure pérennisation du genre d’intégration.

Par rapport aux outils, des propositions vous seront certainement faites lors de la prochaine réunion.

ANNEXE 2 : OUTILS DE GESTION

République du Sénégal **Fiche N° 1**

Ministère de la Santé et de la Prévention

Région Médicale de Dakar

Campagne de distribution de moustiquaires couplée aux JLM

FICHE DE POINTAGE DES MERES D'ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AYANT RECU UN COUPON

District Sanitaire----------Localité (1) ----------

Equipe N°…….

Formation Sanitaire (2) ---------- Date de la campagne /------/-----/------/

Approvisionnement	NOMBRE DE COUPONS
Reçus	
Utilisés	
Retournés	

NOMBRE DE COUPONS DISTRIBUES AUX MERES D'ENFANTS DE 6 A 59 MOIS

OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO	OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO	OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO	**Total 1** =----------
OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO	OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO	OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO OOOOO	**Total 2** =----------

Grand Total = (Total 1 + Total 2) =

(1) : là où a eu lieu la distribution des coupons : au Centre de santé, au PS, au Village de

(2) : l'Hôpital, le Centre de santé, ou le Poste de santé

NB : 1 rond coché = 1 coupon distribué à une mère d'enfants de 6 à 59 mois

République du Sénégal **Fiche N° 2**
Ministère de la Santé et de la Prévention
Région Médicale de Dakar

Campagne de distribution de moustiquaires couplée aux JLM

FICHE DE SYNTHESE DE LA DISTRIBUTION DES COUPONS
Poste / Centre de Santé de : _____

Nombre de coupons distribués par les volontaires	J 1	J2	J3	J4	J5	Total
Equipe 1						
Equipe 2						
Equipe 3						
Equipe 4						
Equipe 5						
Equipe 6						
Equipe 7						
Equipe 9						
Equipe 10						
Equipe 11						
Total journalier						
(A) Total cumulé de mères d'enfants ayant reçu un coupon						
(B) Nombre de coupons utilisés						
Taux de perte = (B-A)/B						

République du Sénégal **Fiche N° 3**

Ministère de la Santé et de la Prévention

Région Médicale de Dakar

Campagne de distribution de moustiquaires couplée aux JLM

FICHE DE SYNTHESE DES RESULTATS DE LA DISTRIBUTION DES COUPONS

Niveau district (Centre de santé et poste de santé) :

Nombre de coupons distribuées aux mères d'enfants	**J 1**	**J2**	**J3**	**J4**	**J5**	**Total**
Centre de santé						
Poste de santé de						
Poste de santé de						
Poste de santé de						
Poste de santé de						
Poste de santé de						
Poste de santé de						
Poste de santé de						
Poste de santé de						
Poste de santé de						
Poste de santé de						
Poste de santé de						
Poste de santé de						
Poste de santé de						
TOTAL JOURNALIER						
(a) total cumule des mères d'enfants ayant reçu un coupon						
(b) nombre de coupons utilises						
Taux de perte = (b-a)/b						

République du Sénégal **Fiche N° 4**
Ministère de la Santé et de la Prévention
Région Médicale de Dakar

Campagne de distribution de moustiquaires couplée aux JLM

FICHE DE GESTION DES COUPONS

Poste / Centre de Santé de : _____

Distribution des coupons de moustiquaires		J 1	J2	J3	J4	J5	**Total**
Equipe 1	Reçus						
	Utilisés						
	Restants						
Equipe 2	Reçus						
	Utilisés						
	Restants						
Equipe 3	Reçus						
	Utilisés						
	Restants						
Equipe 4	Reçus						
	Utilisés						
	Restants						
Equipe 5	Reçus						
	Utilisés						
	Restants						
Equipe 6	Reçus						
	Utilisés						
	Restants						

Equipe 7	Reçus						
	Utilisés						
	Restants						
Equipe 8	Reçus						
	Utilisés						
	Restants						
Equipe 9	Reçus						
	Utilisés						
	Restants						
Equipe 10	Reçus						
	Utilisés						
	Restants						
Equipe 11	Reçus						
	Utilisés						
	Restants						
Equipe 12	Reçus						
	Utilisés						
	Restants						
TOTAL	Reçus						
	Utilisés						
	Restants						

Remplissage :
Reçus = Mentionner dans la case le nombre de coupons reçus du 1er au 5ème Jour des superviseurs
Utilisés = Mentionner dans la case le nombre de coupons distribués du 1er au 5ème Jour aux mères d'enfants
Restants = Mentionner le nombre de coupons non distribués qui ont été restitués aux superviseurs du 1er au 5ème jour

Ajouter autant de Fiches que nécessaire

République du Sénégal **Fiche N° 5**

Ministère de la Santé et de la Prévention
Région Médicale de Dakar

Campagne de distribution de moustiquaires couplée aux JLM

FICHE DE GESTION : Synthèse au Niveau DISTRICT

District de : _____ Nom du MCD : _____

Nombre de Postes de Santé ayant répondu : _____

Distribution des coupons		**J 1**	**J2**	**J3**	**J4**	**J5**	**Total**
Cumul des coupons distribués	Reçus						
	Distribués						
	Restants						

République du Sénégal **Fiche N° 6**
Ministère de la Santé et de la Prévention
Région Médicale de Dakar

Campagne de distribution de moustiquaires couplée aux JLM

FICHE DE POINTAGE DES MERES D'ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AYANT ECHANGE LEURS COUPONS CONTRE UNE MILDA

District Sanitaire----------Localité (1) ----------Point fixe de distribution N°…….

Formation Sanitaire (2) ---------- Date de la campagne /------/------/------/

Distribution	NOMBRE DE COUPONS	Approvisionnement en MILDA	NOMBRE DE MILDA
Reçus		Reçus	
Echangés contre une MILDA		Distribués	
Refusés		Restants	

NOMBRE DE COUPONS ECHANGES AU POINT FIXE DE DISTRIBUTION DE MILDA

Nombre de coupons reçus par le point fixe de distribution	Nombre de mères ayant reçu une MILDA au point de distribution
OOOOO OOOOO	OOOOO OOOOO
OOOOO OOOOO	OOOOO OOOOO
Total 1=	**Total 2 =**

Taux de récupération de MILDA = Total 2/ Total 2 x 100 =

1. là où a eu lieu la distribution des coupons : au Centre de santé, au PS, au Village de …
2. l'Hôpital, le Centre de santé, ou le Poste de santé
NB : 1 rond coché = 1 coupon reçu par le point fixe (colonne de gauche), un coupon échangé avec une MILDA (colonne de droite)

République du Sénégal **Fiche N° 7**

Ministère de la Santé et de la Prévention

Région Médicale de Dakar

Campagne de distribution de moustiquaires couplée aux JLM

FICHE RECAPITULATIVE DES COUPONS ECHANGES PAR STRUCTURE

Poste / Centre de Santé de : _____

Echange des coupons contre une MILDA		J 1	J2	J3	J4	J5	**Total**
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						

Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
TOTAL	Coupons reçus par les PFD						
	Coupons échangés contre une MILDA						
	Coupons refusés						

Remplissage :
Coupons reçus par les PFD = Mentionner dans la case le nombre de coupons reçus par le PFD du 1er au 5ème Jour des mères
Coupons échangés contre une MILDA = Mentionner dans la case le nombre de coupons reçus qui ont été échangés contre une MILDA du 1er au 5ème Jour par le point de distribution
Coupons refusés = Mentionner le nombre de coupons reçus par le point de distribution, et non échangés contre une MILDA du 1er au 5ème jour

Ajouter autant de Fiches que nécessaire

République du Sénégal **Fiche N° 8**

Ministère de la Santé et de la Prévention

Région Médicale de Dakar

Campagne de distribution de moustiquaires couplée aux JLM

FICHE DE SYNTHESE DE L' ECHANGE DES COUPONS CONTRE UNE MILDA PAR LES POINTS DE DISTRIBUTION

Niveau district (Centre de santé et poste de santé) :

Poste / Centre de Santé de : _____

Echange des coupons contre une MILDA		J 1	J2	J3	J4	J5	**Total**
Centre de santé	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Poste de santé de	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Poste de santé de	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Poste de santé de	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Poste de santé de	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Poste de santé de	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Poste de santé de	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Poste de santé de	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Point fixe de distribution N°	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						

Poste de santé de	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Poste de santé de	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Poste de santé de	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Poste de santé de	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Poste de santé de	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
Poste de santé de	Nombre de coupons reçus par le PFD						
	Echanges contre une MILDA						
	Coupons refusés						
TOTAL	Coupons reçus par les PFD						
	Coupons échangés contre une MILDA						
	Coupons refusés						

Remplissage :
Coupons reçus par les PFD = Mentionner dans la case le nombre de coupons reçus par le PFD du 1er au 5ème Jour des mères
Coupons échangés contre une MILDA = Mentionner dans la case le nombre de coupons reçus qui ont été échangés contre une MILDA du 1er au 5ème Jour par le point de distribution
Coupons refusés = Mentionner le nombre de coupons reçus par le point de distribution, et non échangés contre une MILDA du 1er au 5ème jour

République du Sénégal **Fiche N° 9**

Ministère de la Santé et de la Prévention

Région Médicale de Dakar

Campagne de distribution de moustiquaires couplée aux JLM

FICHE DE RECENSEMENT DES MERES D'ENFANTS DE 6 A 59 MOIS AU NIEAU DU POINT FIXE DE DISTRIBUTION DES MOUSTIQUAIRES

(A utiliser par le distributeur de MILDA)

N°	Prénoms et Nom des mères d'enfants de 6 à 59 mois recensées dans le ménage	Prénoms et Nom enfant de 6 à 59 mois	Age de l'enfant		A reçu une moustiquaire	Observations
			6-11 mois	12-59 mois		

République du Sénégal

Fiche N° 10

Ministère de la Santé
Direction de la Santé

FICHE DE SYNTHESE DES RESULTATS DE LA DISTRIBUTION GRATUITE DE MILDA

Structure (1)	**Nombre ménages visités** (2)	**Nombre de mères enfants recensées** (3)	**Nombre enfants 6 - 59 mois**		**Mères d'enfants ayant reçu un coupon** (6)	**Mères d'enfants ayant échangé leurs coupons contre une MILDA au niveau des points de distribution** (7)	**Mères d'enfant n'ayant pas échangé leurs coupons contre une MILDA** (8)	**Taux de rédemption** (9)	**Mères n'ayant pas bénéficié de coupons** (10)
			6-11 (4)	12-59 (5)					

NB : Noms de la formation sanitaire (1), Nombre de ménages visités (2) , Nombre de mères recensées (3), Nombre d'enfants de 6 à 59 mois (4,5), Nombre total de mères ayant reçu un coupon de gratuité (6), Nombre de mères ayant échangé leur coupon contre une MILDA (7), Nombre de mères détentrices de coupons qui ne l'ont pas échangé contre une MILDA (8), Taux de rédemption (9), ***se calcule selon la formule (7)/(6) x 100***, Mères n'ayant pas pu bénéficier de coupons d'enfants dans les ménages(10) = ***se calcule selon la formule (3) – (6)***

République du Sénégal

Fiche N° 11

Ministère de la Santé
Direction de la Santé

MODELE DE COUPON DE GRATUITE

République du Sénégal

Fiche N° 12

Ministère de la Santé
Direction de la Santé

CAMPAGNE DE DISTRIBUTION GRATUITE DES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES

District de ----------

Lieu de stockage de----------

Responsable du lieu de stockage----------

FICHE DE STOCK

DATE	**ENTREE**	**SORTIE**	**DESTINATION** (Responsable point de distribution communautaire)	**DISPONIBLE**

Le responsable du lieu de stockage

ANNEXE 3

- CHRISTIAN CHILDREN'S FUND (CCF SENEGAL)
  PROGRAMME SANTE - SANTE COMMUNAUTAIRE

PROTOCOLE D'ACCORD

Entre les soussignés :

Christian Children's Fund (CCF Sénégal), représenté par Monsieur Mamadou Diagne, Chef de Projet du Programme Santé - Santé Communautaire, d'une part, et

L'AEC ……., représenté par……., Coordonnateur/Directeur, d'autre part,

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

1. L'AEC s'engage à coordonner l'organisation de la distribution gratuite des moustiquaires / JNM du 07 mai au 05 juin 2007 dans le district sanitaire de sa zone d'intervention (jointe en annexe).
2. L'AEC exécutera les tâches relatives à sa mission en partenariat avec le district sanitaire.
3. L'AEC accompagnera toutes les activités liées à la distribution gratuite des moustiquaires imprégnées à l'intérieur des JNM. Ces activités se dérouleront avant, pendant et après les JNM.
4. Le responsable de l'AEC, en collaboration avec CCF et Netmark proposera les lieux de stockage de moustiquaires imprégnées.
5. Netmark assurera la mise en place des MI dans les lieux de stockage retenus.
6. Le responsable de l'AEC signera le bordereau de livraison des moustiquaires imprégnées et prendra les dispositions utiles pour la sécurité du stock et son transfert aux points de distribution.
7. CCF prendra en charge les coûts raisonnables liés au transfert des MI aux lieux de distribution.
8. Le responsable de l'AEC ou son représentant accompagnera le convoyeur Netmark dans les points de stockage / distribution.
9. Le responsable de l'AEC informera le Médecin Chef de District de l'arrivée des moustiquaires imprégnées et des lieux de stockage.

10. Le Le responsable de l'AEC communiquera à CCF les pièces justificatives concernant la gestion des MI au plus tard une semaine après la fin des JNM.
11. Le responsable de l'AEC mettra en place, en collaboration avec CCF et le District, un dispositif opérationnel de distribution des coupons gratuits et des MI aux mères d'enfants 6 – 59 mois ayant reçu de la vitamine A.
12. L'AEC procèdera, après la fin des JNM (pendant 2 jours) à un ratissage pour les mères en possession de coupon et n'ayant pas récupéré leur MI.
13. L'AEC déposera auprès de CCF, au plus tard une semaine après la fin des JNM, un rapport détaillé sur tout le processus de distribution gratuite de MI dans sa zone.
14. La contribution financière de CCF est de ……(……CFA).

Fait à Thiès, le .. ….

Pour l'AEC .. …….	**Pour CCF Sénégal**
……	**Mamadou Diagne**
……	**COP PSSC**

ANNEXE 4

Plan de mise en place des MILDA

PSSSC / USAID

Objet : Mise en place des MILDA / JNM 15 – 30 mai 2007

Je suggère que l'on procède ainsi :

1. Netmark appelle chaque personne contact des AEC / PDEF (voir liste ci-dessous) pour informer de la date de passage, heure, nombre de moustiquaires et s'entendre sur un lieu de rendez – vous ;
2. La personne contact responsable de l'AEC/PDEF informe le Médecin de district et prend les dispositions nécessaires pour les lieux de stockage ;
3. A la date retenue, le convoyeur Netmark se rend au lieu de rendez-vous. La personne contact AEC/PDEF ou son représentant l'accompagne dans les points de stockage / distribution ;
4. La personne contact des AEC/PDEF a la responsabilité de signer la décharge du nombre de MI reçu ;
5. Netmark paiera les frais pour la décharge des MI (manœuvres) ;
6. Netmark et CCF discuteront de leurs contributions respectives pour appuyer les AEC/PDEF dans l'acheminement des moustiquaires au niveau des points de distribution 48heures avant le début des JNM (la mise en place anticipée des MI au niveau des districts a des implications financières sur le premier programme adopté ; certains budgets mis en place au niveau des AEC/PDEF ne prévoyaient pas le transport des MI jusqu'aux points de distribution qui était confié à Netmark) ;
7. Les AEC/PDEF communiqueront à CCF les pièces justificatives concernant la gestion des MI au plus tard une semaine après la fin des JNV. CCF transmettra à Netmark ;
8. Les lieux de stockage et le nombre de MI par AEC/PDEF sont précisés dans le plan de distribution que vous avez reçu. La liste et les coordonnées des personnes contacts des AEC/PDEF se présente comme suit :

DS Rufisque :
- Moundiaye Cissé, Coordonateur Enda Graf 3D Rufisque (569 78 77) prés de la maison de M. Mbaye Jacques Diop
- Elimane Kane, Directeur PDEF 1367 Sébikotane**,** près de l'école élémentaire quartier Sébi Fass, tél : 549-11- 79, 836 18 54

DS Mbao : Abdou Diouf, Coordonateur Enda Graf sahel Sicap Mbao (563 44 57, 853 06 63)

DS Pikine: Ndéné Ndong Directeur PDEF 1186 Dalifort près du terrain de foot ball (419 86 80)

DS Guédiaway : Thierno Ndiaye, Directeur PDEF 1177 Centre Sauvegarde guédiaway (633 62 92, 837 07 86)

Mamadou Diagne

ANNEXE 5

Répartition des MILDA et supports de communication par district

Districts	MILDA	Banderoles	T-Shirts	Flyers	Dépliants	Posters
Pikine	80 300	10	600	4 000	2 000	200
Guédiawaye	40 600	6	150	2 500	1 000	100
MBao	43 900	5	350	2 000	1 000	100
Rufisque	34 200	9	250	2 500	1 000	100
Total	**199 000**	**30**	**1350**	**11 000**	**5 000**	**500**
CCF	400		50			

ANNEXE 6

Canevas de discussion pour les leçons apprises de la campagne de distribution gratuite de MILDA couplée aux JLM dans les quatre districts cibles de Dakar

CCF / PSSC / THIES, le 20 juillet 2007 (10 h – 13 h)

Objectifs :

1- Tirer les leçons apprises de la mise en œuvre de la campagne de distribution gratuite de MILDA.
2- Discuter / planifier le suivi du processus.

Axes a explorer / questions a débattre :

a- Evaluation globale du processus ?
b- Difficultés vécues ? A quelles étapes ? Solutions appropriées ?
c- Evaluation de l'aide apportée par le PSSC ? Recommandations pour améliorer à l'avenir l'aide du PSSC ?
d- Evaluation de l'aide apportée par Netmark ? Recommandations pour améliorer à l'avenir l'aide de Netmark ?
e- Evaluation de l'aide apportée par IntraHealth ? Recommandations pour améliorer à l'avenir l'aide de IntraHealth ?
f- Erreurs constatées dans les actions des AEC / PDEF au cours du processus ? Mesures correctrices pour l'avenir ?
g- Points forts des AEC / PDEF ? Comment les maintenir à l'avenir ?
h- Erreurs constatées dans les actions du PSSC au cours du processus ? Mesures correctrices pour l'avenir ?
i- Points forts du PSSC? Comment les maintenir à l'avenir ?
j- Erreurs constatées dans les actions de Netmark au cours du processus ? Mesures correctrices pour l'avenir ?
k- Points forts de Netmark ? Comment les maintenir à l'avenir ?
l- Erreurs constatées dans les actions des districts au cours du processus ? Mesures correctrices pour l'avenir ?
m- Points forts des districts ? Comment les maintenir à l'avenir ?
n- Rapports avec les districts sanitaires (DS) ? Recommandations pour améliorer les rapports avec les DS ?
o- Autres partenaires qui ont aidé ? Autres partenaires qui auraient pu aider ?
p- Enseignements tirés du processus ?
q- Discuter de l'intégration de la distribution gratuite de MILDA lors des JLM : Bonne chose ? Pas bonne chose ? Comment on aurait pu faire autrement ? Autres mécanismes / processus de distribution gratuite de MILDA au niveau communautaire ?
r- Autres questions ?
s- Actions à mener pour renforcer l'utilisation des MILDA par les ménages ?

ANNEXE 7

Compte rendu de la situation des moustiquaires au 19 juin 2007

La situation actuelle se présente comme suit :

DS Pikine : Le rapport du MCD en date du 9 juin 2007 reçu le 19 juin 2007 fait état d'un solde réel de 320 moustiquaires disponibles au centre de santé de Dominique.

DS Mbao : Il devrait rester 1276 MI. 131 moustiquaires ont été échangées pendant les JNM / MILDA pour des mères d'enfants 6 – 59 mois venant du district de Pikine frontalier de Mbao. Le solde actuel est de 1145 MI disponibles au niveau des structures sanitaires. CCF a saisi le MCD pour une date pour la récupération. Le MCD a demandé qu'on lui laisse le temps de coordonner avec l'Agence d'Exécution Communautaire (Enda Graf Sahel).

DS Rufisque : Le solde réel est de 32 MI à la date du 19 juin 2007 dont 23 MI au niveau du centre de santé du district et 9 MI au magasin du PDEF de Sébikotane. Comme la quantité est faible CCF procèdera à la récupération des moustiquaires restantes et les fera parvenir à l'USAID.

DS Guédiaway : Il reste normalement 3621 moustiquaires. 1501 MI sont actuellement disponibles au niveau du PDEF du Centre Sauvegarde de pikine (district Guédiaway). Il reste 2120 MI au niveau des structures. Le MCD refuse de les rendre sans une lettre expresse du MCR. CCF a déjà saisi le MCR. Le MCR a demandé qu'on lui laisse le temps de faire la situation avec les MCD.

Stock de réserve : Les 400 MI détenues par CCF ont été déposées au bureau de l'USAID le 19 juin 2007. Les coupons sont disponibles au bureau du Projet Santé Communautaire à Thiès.

Coupons : L'état des coupons ne peut être rigoureusement établi : certains blocs de coupons mis en place contenaient plus de 50 coupons ainsi, certaines zones semblent avoir distribué plus de coupons que de MI reçues.

PROGRAMME SANTE
SANTE COMMUNAUTAIRE
MIS EN ŒUVRE PAR CCF, AFRICARE, PLAN & WORLD VISION

SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION

Juin 2007

PLAN

I- CONTEXTE/JUSTIFICATIONS

II- RAPPEL DES OBJECTIFS ET INTERVENTIONS DU PROJET

III- LE SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION

1. But et objectifs du système de collecte
2. Le cadre conceptuel du projet
3. Les indicateurs du projet

IV- METHODES DE SUIVI-EVALUATION ET D'ASSURANCE QUALITE

1. Méthodes
2. Techniques
3. Assurance qualité
4. Outils de gestion
5. Dispositif du Projet : Rôles et responsabilités dans le suivi-évaluation

V- LA COORDINATION DES ACTIVITES

V- LA SUPERVISION DES ACTIVITES

1. Les niveaux de supervision
2. Les fréquences de supervision
3. Les activités ciblées par niveau
4. Principes méthodologiques de la supervision

VII- LA GESTION DE LA REFERENCE ET DE LA CONTREREFENCE

1. L'analyse de la situation
2. Cas nécessitant une référence
3. Le suivi des cas référés
4. enregistrement de la référence /contreréférence

ANNEXES OUTILS DE GESTION ET SUPPORTS DE COLLECTE

- Registres et cahier de gestion des activités des cases
- Rapport mensuel des activités de la case
- Grille de supervision de la case
- Fiche de référence et de contreréférence

I- CONTEXTE/JUSTIFICATIONS

La mise en œuvre conjointe des interventions du Programme de Santé/Santé Communautaire de l'USAID nécessite d'harmoniser les procédures et supports de collecte de données. Plusieurs raisons militent en faveur de cette action :

- Le paquet de service classique de la case de santé et du site communautaire a été élargi à 20 composantes de base et 8 composantes spécifiques

- Le nouveau paquet élargi a introduit de nouveaux indicateurs notamment ceux permettant de mesurer les services spécifiques que sont la SAA, l'offre initiale de pilules par les matrones, la SPNN…

- L'élargissement du paquet nécessite un suivi plus rapproché des acteurs communautaires afin de renforcer leurs performances et la documentation continue des stratégies mises en œuvre.

- Des stratégies d'intervention spécifiques ont été documentées, classées et seront mises en œuvre dans toutes les zones opérationnelles ; les ONG partenaires du Consortium qui utilisaient des supports liés à leurs besoins spécifiques auront besoin d'outils harmonisés bâtis sur les nouveaux indicateurs

Un certain nombre de questions devront être adressées et résolus par le système de suivi-évaluation :

- Est-ce que les activités du programme contribuent à la réalisation des objectifs dans les délais spécifiés ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
- Quels sont les ajustements qui permettraient de redresser le programme afin d'atteindre les objectifs ? Dans quelle mesure ces ajustements sont-ils faisables ?
- Le programme est-il géré de manière efficace ? Quel est le soutien supplémentaire nécessaire pour assurer que le programme est réalisé et géré aussi efficacement que possible ?
- Quels sont les changements induits par le Programme au plan qualitatif et quantitatif?

Le découpage en 8 zones opérationnelles du Projet et le recrutement de personnel d'encadrement (Coordonnateurs et Agents de Développement Communautaire) qualifié permettent d'asseoir une structure de base pour assurer un système de collecte à temps et assurer la remontée des données rapidement au niveau de l'UCP. L'encadrement des cases de santé par les Agents de Développement Communautaire devrait permettre une supervision formative de proximité et un feed-back continu pour rendre efficaces les interventions et la qualité de la mise en œuvre.

Les outils à élaborer devront considérer différents niveaux : sites/cases, Zones et projet ; chaque niveau correspond à un échelon du système de santé. Les outils proposés concernent actuellement le niveau projet. D'autres supports plus simples seront élaborés ultérieurement pour compléter les autres niveaux.

II- RAPPEL DES OBJECTIFS ET INTERVENTIONS DU PROJET

2.1 Les Objectifs

Objectifs 1 : un ensemble élargi de services de santé de base standard14 sera offert à toutes les cases de santé (100%)

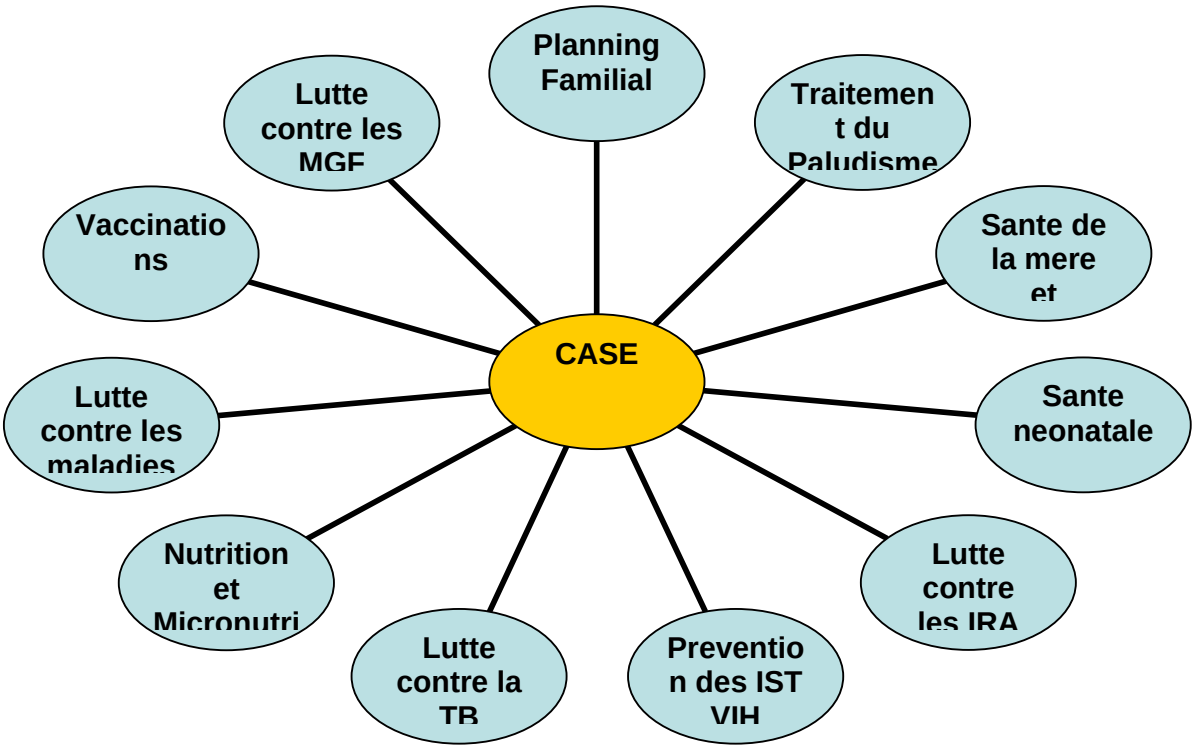
Objectif 2 : Les références régulières et adéquates et un suivi des cas nécessitant une référence sont augmentés d'un pourcentage d'au moins 70 % au dessus de la base actuelle

Objectif 3 : La connaissance des principaux services de santé offerts au niveau de la case par la communauté est augmenté d'au moins 50 points au dessus de l'étude de base

Objectif 4 : Le pourcentage de ceux qui adoptent des comportements de renforcement sanitaire augmente de 50 points de pourcentage.

Objectif 5 : Le respect des normes et protocoles du Ministère de la Santé pour le traitement des maladies est augmenté de 60 points de pourcentage

2.2 Les interventions



NB : pour plus de détails se reporter à la description du paquet par composante [Narratif du PA)

III- LE SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION

3.1 BUT

Le système a pour but de renseigner sur **le niveau de réalisation des activités** mis en œuvre dans les zones d'intervention et sur les **niveaux de performances** en matière de couverture et de **prendre des décisions** permettant le renforcement des performances du programme et les **réajustements nécessaires** pour assurer la qualité de la mise en œuvre des activités

3. 2. OBJECTIFS

1. Décrire les rôles et responsabilités de chaque niveau dans la collecte et la transmission des données

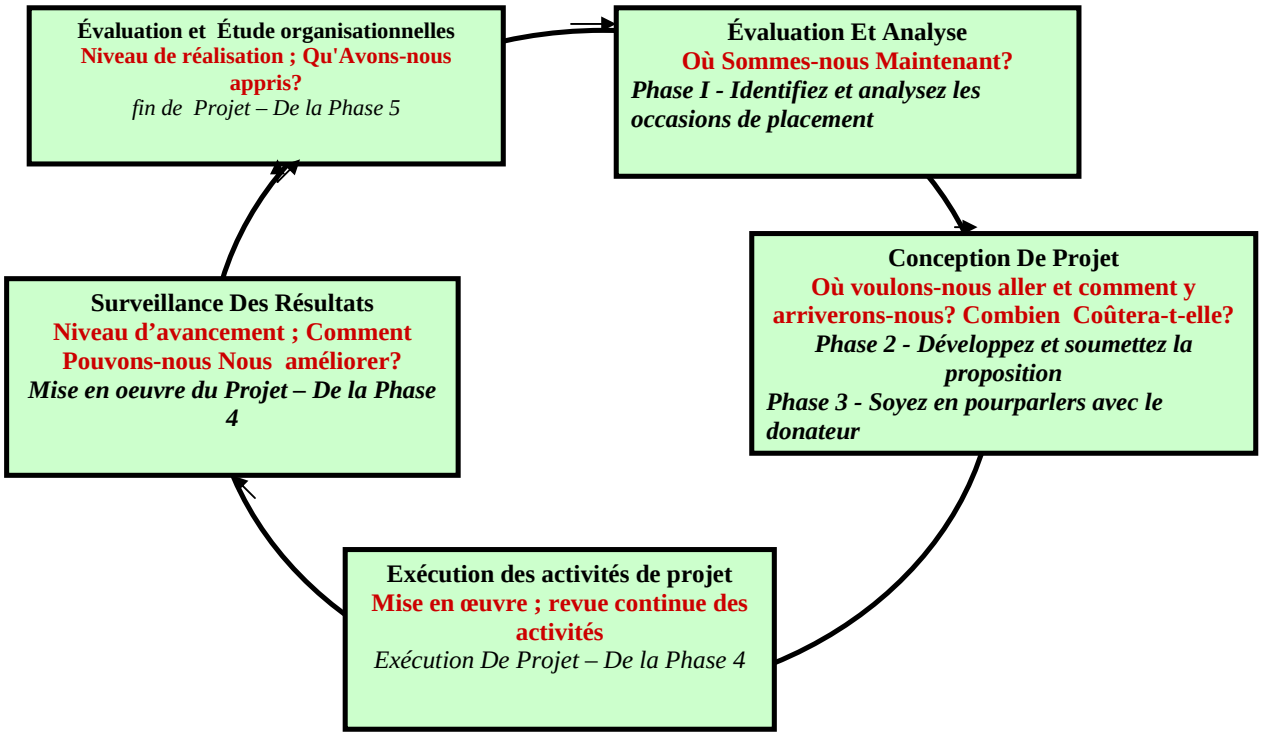
2. Fournir au personnel du projet des supports de collecte harmonisés qui prennent en compte les préoccupations du Ministère et les objectifs assignés au PSSC

3. Disposer périodiquement de données de routine sur toutes les composantes du paquet de base et du paquet spécifique mis en œuvre dans les cases et sites selon le calendrier de suivi des activités

4. Assurer le suivi/supervision périodique des activités du Programme dans les huit zones opérationnelles du PSSC

5. Fournir un feed-back au personnel communautaire, au district et au personnel du projet pour réajuster éventuellement les interventions du Programme

3.3 LE CADRE CONCEPTUEL DU PROJET



Cycle de gestion du projet

3.4 LES INDICATEURS DU PROJET

Une liste de 17 indicateurs a été retenue par le Projet pour le suivi du programme et une liste de 22 indicateurs proposés par l'USAID pour l'évaluation du Programme Santé

4.1 Indicateurs de suivi du Projet

Objectifs	**Indicateurs**
Objectifs 1 : un ensemble élargi de services de santé de base standard14 sera offert à toutes les cases de santé (100%)	Pourcentage de cases de santé dotées d'un équipement standard14
	Pourcentage de cases-sites qui offrent le paquet de base
	Pourcentage de cases-sites qui offrent le paquet spécifique
	Pourcentage d'ASC-Matrones formés capables de fournir des services préventifs et curatifs selon le paquet de services de base et le paquet de services spécifiques
	Pourcentage de membres de comites de santé formes capables de gérer correctement une case de santé y compris la gestion financière
	Pourcentage de cases de santé dont les comites se réunissent mensuellement concernant la gestion et les finances de la case de santé
	Pourcentage de comites de santé dont au moins 2 membres connaissent les services de base standard offerts par la case de santé
Objectif 2 : Les références régulières et adéquates et un suivi des cas nécessitant une référence sont augmentés d'un pourcentage d'au moins 70 % au dessus de la base actuelle	Pourcentage des cas exigeant une référence qui sont constamment référés par les ASC et Matrones
	(2)Pourcentage des cas référés ayant obtenu des services de référence recommandés
	(3)Pourcentage de contre référence vus par un ASC Matrone ou Relais au niveau de la case de santé

Objectif 3 : La connaissance des principaux services de santé offerts au niveau de la case par la communauté est augmenté d'au moins 50 points au dessus de l'étude de base	Pourcentage de femmes qui connaissent au moins 5 catégories de services de santé communautaire
	Pourcentage de femmes qui savent comment obtenir des services de santé communautaire
	Pourcentage de femmes qui savent où obtenir des services de santé communautaire
Objectif 4 : Le pourcentage de ceux qui adoptent des comportements de renforcement sanitaire augmente de 50 points de pourcentage.	Pourcentage de femmes qui connaisssent au moins 5 comportements clés de renforcement sanitaire
	Pourcentage de femmes qui pratiquent au moins 5 comportement clé de renforcement sanitaire
OJECTIFS 5 : Respect of Ministry of Health protocols for treatment of illness increased by at least 60 percentage point	Pourcentage des ASC formés à la prise en charge des maladies selon les Protocoles du MSPM
	Pourcentage de femmes qui pratiquent au moins 5 comportement clé de renforcement sanitaire

COMMENTAIRE

L'objectif 1 réfère aux composantes du Paquet de base comprenant 20 services et au paquet spécifique comprenant 8 composantes dont 3 tests pilotes ; 100 % du paquet doit être introduit durant la première année dans 873 cases et sites

L'Objectif 2 documente la référence, la contre référence et le suivi de la référence; il s'agit d'un aspect insuffisamment pris en compte dans le système de santé et notamment en survie de l'enfant et en Santé de la Reproduction ; objectif à atteindre : 70 points au-dessus des données de l'étude de base

L'objectif 3 réfère à la connaissance par la communauté des services offerts par les cases de santé ; notons que le paquet est élargi à ce niveau ; les communautés devront donc être informés des lieux, horaires et des procédures d'obtention des services au niveau des cases-sites et au niveau des postes et centres de santé pour les services spécifiques qui le requièrent

L'objectif 4 réfère aux 16 comportements clés prévus dans la liste du Ministère de la Santé (PCIME_c)

L'objectif 5 réfère au respect des normes et protocoles du Ministère de la santé dans la prise en charge des services spécifiques (normes de SR, Normes de survie de l'enfant, normes du PNLP, Normes du PNT…)

4.2 Indicateurs du Programme Santé

La liste des 22 indicateurs ci-dessous réfère à des préoccupations de l'USAID pour l'évaluation de différents aspects du Programme Santé. Ils explorent en valeur absolue les domaines de la Santé maternelle et infantile, la planification familiale, le VIH/SIDA et ses interactions avec la tuberculose .Pour éviter les duplications dans la collecte de l'information, chaque Agence d'exécution est chargée du reportage d'un niveau spécifique indiqué en 4éme colonne (dans le tableau ci-dessous)

Composantes	N°	**Indicator**	**CAs**
	1	Number of individuals trained to provide HIV/AIDS prevention programs that promote abstinence and/or being faithful (note – general population)	CCF
VIH / SIDA	2	Number of individuals trained in HIV-related community mobilization for prevention care and/or treatment	FHI, CCF
	3	Number of individuals reached through community outreach that promotes HIV/AIDS prevention through abstinence and/or being faithful Female Male	CCF
	4	Number of individuals reached through community outreach that promotes HIV/AIDS prevention through abstinence Female Male	CCF
	5	Number of people (medical personnel, health workers, community workers, etc.) trained in DOTS Femmes Hommes	FHI and CCF
	6	Number of health facilities rehabilitated	
	7	Number of post-partum/newborn within 3 days of birth in USG-assisted programs	Intra and CCF
MCH	8	Number of deliveries with a skilled birth attendant (SBA) in USG-assisted programs.	Intra and CCF

	9	Number of people trained in maternal/newborn health through USG-supported programs Femmes Hommes	Intra and CCF
	10	Number of people trained in child health and nutrition through USG-supported health area programs Femmes Hommes	Intra and CCF
	11	Number of newborns receiving essential newborn care through USG-supported programs	Intra and CCF
	12	Number of children reached by USG-supported nutrition programs	CCF
	13	Number of cases of child pneumonia treated with antibiotics by trained facility or community health workers in USG-supported programs	CCF
	14a)	Number of cases of child diarrhea treated through USG-supported programs with: a) oral rehydration therapy (ORT)	CCF-ORT
	14b)	b) zinc supplements	ZINC
PF	15	Couple-years of protection (CYP) in USG-supported programs	Intra CCF and ADEMAS
	16	Number of people trained in FP/RH with USG funds Femmes Hommes	Intra and CCF
	17	Number of counseling visits for Family Planning/Reproductive Health as a result of USG assistance Femmes Hommes	Intra and CCF
	18	Number of people that have seen or heard a specific USG-supported FP/RH message	Intra CCF AND ADEMAS
	19	Number of new approaches (e.g. tools, technologies, operational procedures, information systems, etc.) successfully introduced	Intra and CCF

	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)	Intra and CCF
	21	Number of service delivery points reporting stock-outs of any contraceptive commodity offered by the SDP at any time during the reporting period	Intra, CCF
	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)	Intra and CCF

IV- METHODES DE SUIVI-EVALUATION ET D'ASSURANCE QUALITE

4.1 Les méthodes :

- **Le Monitoring des activités à partir des** supports de case par les Acteurs Communautaires et Agents de Développement Communautaire

- **La supervision** effectuée par les Agents de Développement Communautaire (ADC), les Responsables de Zone (RZ) et/ou les Chargés de Programme, Coordinateurs de Zone (CZ) et l'UCP

- **L'évaluation des programmes** (mi-parcours ou finale)
  - Evaluation de base (KPC, Qualité des services et socio-anthropologique)
  - Evaluation rapide des connaissances, pratiques et couverture (dans l'aire de la case) utilisant un support de collecte de données
  - Revue à mi-parcours du programme notamment pour les projets pilotes ; elle interviendra à la fin de la deuxième année de mise en œuvre. Des recommandations seront formulées et discutées avec les parties prenantes locales et des plans d'action seront élaborés pour l'ajustement ou la réorientation du programme si nécessaire.
  - Evaluation finale Elle sera conduite à la fin de la Cinquième année du PSSC

4.3 L'assurance Qualité des données : les mécanismes d'assurance qualité dans le cadre du Projet intègre la visite de terrain, la supervision, la triangulation ; les critères retenus sont ceux de l'Annexe 4 du Document de l'USAID, Chapitre « Soumission des Rapports »:

- **la validité des données**
  - Exactitude : est-ce que les chiffres finals rapportés sont exacts ? par exemple, est-ce qu'un chiffre rapporté comme total est la somme exact des différents éléments ? A-t-on évité les « doublement ou duplication» dans la collecte d l'information ?
  - La complétude : est-ce que les données sont complètes ; tous les enregistrements dans le Registre de consultation par exemple ont été remplies ?)

- **La fiabilité** = Cohérence : est-ce qu'un processus cohérent (mêmes outils, même méthode..) de collecte de données a été utilisé dans le temps, dans l'espace ou si les données proviennent de sources différentes ? Existe-t-il,une procédure pour s'assurer que les données ne sont pas entachées d'erreurs significatives et de biais ?

- **Actualité** : quelles sont les mesures prises pour assurer une disponibilité à temps des données ? La date de collecte est-elle clairement spécifiée dans les rapports et supports ?

- **Intégrité** : Les données sont-elles correctement stockées et facilement accessibles ? accessibilité du lieu de stockage et du gestionnaire des bases de données.

NB : Le critère de Précision est ajouté si la source de donnée est une Enquête

4.4 Les outils de gestion / supports de collecte

4.4.1 Les Outils de gestion

a) la Case de santé :

- le Registre unique de consultation générale (support rempli par de l'ASC)
- le Registre de Maternité et SPNN (Support rempli par la Matrone)
- le Registre de Suivi Promotion de la Croissance/SNP (Support rempli par l'ASC, la Matrone et les Relais lettrés lors des séances mensuelles ou bihebdomadaires de pesées)
- Le cahier de Planning familial rempli par la matrone formée dans les zones pilotes
- le Cahier de gestion des MII (Support rempli par l'ASC et un membre de Comité lettré ou Relais en charge de la gestion du dépôt de MII)
- Le Cahier de suivi de la TB/DOTS (dépistage et suivi passif des cas de tuberculose)
- Le Cahier IEC-CCC avec le plan d'action mensuel des activités IEC (support rempli par tous les acteurs et qui restent à la case ; le cahier sert d'archivage et le plan d'action est placardé caque mois)
- La fiche de stock pour chaque médicament y compris les produits PF
- Le Cahier de SAA (dans les zones pilote)
- Le cahier de supervision (rempli par les superviseurs de passage à la case)
- La fiche de référence et de contre référence de niveau communautaire : elle est unique. Elle sert à référer autant les malades de tous ages que les personnes saines demandeuses d'un service spécifiques (comme la PF). Il comprend 2 parties : identification de la personne et motif de la référence, prise en charge et recommandations de la contreréférence

b) le site de santé

- le Registre de Suivi Promotion de la Croissance/SNP
- le Cahier de gestion des MII
- Le Cahier de suivi de la TB/DOTS (dépistage et suivi passif des cas de tuberculose)
- Le Cahier IEC-CCC avec le plan d'action mensuel des activités IEC (support rempli par tous les acteurs et qui restent à la case ; le cahier sert d'archivage et le plan d'action est placardé caque mois)
- Le cahier de supervision
- fiche de référence et de contre référence de niveau communautaire

4.4.2. Les supports de collecte

Les rapports

- Le Rapport mensuel de l'ASC (rempli par l'ASC et la matrone puis transmis à l'ICP pour insertion dans son rapport de zone)
- Le Rapport mensuel de l'Agent de Développement Communautaire (rempli par l'ADC chaque mois ; ADC = ancienne appellation de « Motivateur », « Educateur communautaire de santé », « Facilitateur », « Superviseur des intervention à base communautaire »)

- Le Rapport de synthèse de zone (rempli par les superviseurs des ADC). Ce rapport fait la synthèse par poste de santé des activités des cases de santé ; ce support est rempli par le superviseur ou Chargés de programme selon les zones. Ce même support est utilisé par le Coordonnateur de zone pour faire sa synthèse par district de sa zone. Les deux documents sont transmis par courrier électronique à l'UCP pour stockage et suivi de la qualité des données
- Le Rapport trimestriel du Coordonnateur de Zone à l'Unité de Coordination du Projet

- **NB** : Des supports occasionnels ont été élaborés ou pourront l'être selon les besoins en information. Par exemple, une fiche d'identification des acteurs communautaire a été élaborée pour connaître les caractéristiques des acteurs et assurer leur suivi afin de documenter les départs et motifs de départ et d'abandon possibles. Une fiche d'identification des cases et site enrôlés en an 1, 2 et 3 a également été élaborée afin d'aider à parfaire la cartographie <u>en liant les cases, les acteurs et les données recueillies mensuellement</u>. Enfin , des rapports d'activités diverses sont transmis à la fin de chaque activités par le Coordonnateur ; ces rapports sont versés dans le suivi évaluation et exploités pour la mesure des indicateurs de processus (par exemple, la formation, la supervision et la suivi post formation des ASC, matrones et relais)

Les guides

- Le guide de supervision de la case. Ce support est utilisé par l'ADC ou l'ICP mais aussi par chaque superviseur quelque soit le niveau (SZ, RZ, Coordonnateur, UCP, ECD, ECR …). Le guide sert à évaluer chaque moment le fonctionnement de la case. Il est ainsi structuré : affichage de la case, revue des outils de gestion des activités, évaluation rapide de la qualité des enregistrements des malades, évaluation de la qualité de la prise en charge, évaluation des activités IEC, gestion des moustiquaires, gestion du matériel et des médicaments, visite à domicile)
- L'aide-mémoire pour la supervision des cases et sites par l'ADC. Au regard de la périodicité de supervision des cases par l'ADC (hebdomadaire), il s'avère plus pratique d'élaborer un guide de vérification des activités de la case et d'évaluation de la performance des acteurs communautaires. En réalité, cet aide-mémoire ne sera pas utile dés que l'ADC aura bien maîtrisé son « job description ». L'objectif est de cet aide-mémoire est formatif. Les guides d'évaluation technique élaborés ultérieurement dans les manuels de formation serviront de base à l'évaluation des performances des ASC, matrones et relais
- Le guide supervision des ADC par le Superviseur de zone ou le chargé de programme
- L'aide-mémoire de supervision des responsable de zone et ADC par le Coordonnateur : la périodicité de supervision d'un échantillon de case peut être trimestrielle et effectuée par le Coordonnateur ou un membre de l'UCP ; celle-ci utilisera alors l'aide-mémoire qui lui permettra de vérifier le travail des responsables de zone, le travail des ADC et passer en revue le « screening rapide » d'une case à l'aide du guide de supervision des cases de santé

4.4.3 Création et gestion d'une base de données

Les outils validés seront proposés pour la création d'une base de données informatisée à partir des maquettes d'outils ; la base sera régulièrement mise à jour et les données sécurisées (sauvegarde de la base). Après validation, elle sera déployée dans les zones opérationnelles pour assurer la collecte, le traitement, l'analyse, la diffusion et le stockage des données) ; les CZ et RZ seront formés à l'utilisation de la base (Saisie d données, analyse des données sur EXCEL, DEV INFO et EPIINFO)

4.5 Dispositif du projet /rôles et responsabilités des acteurs dans le suivi-évaluation

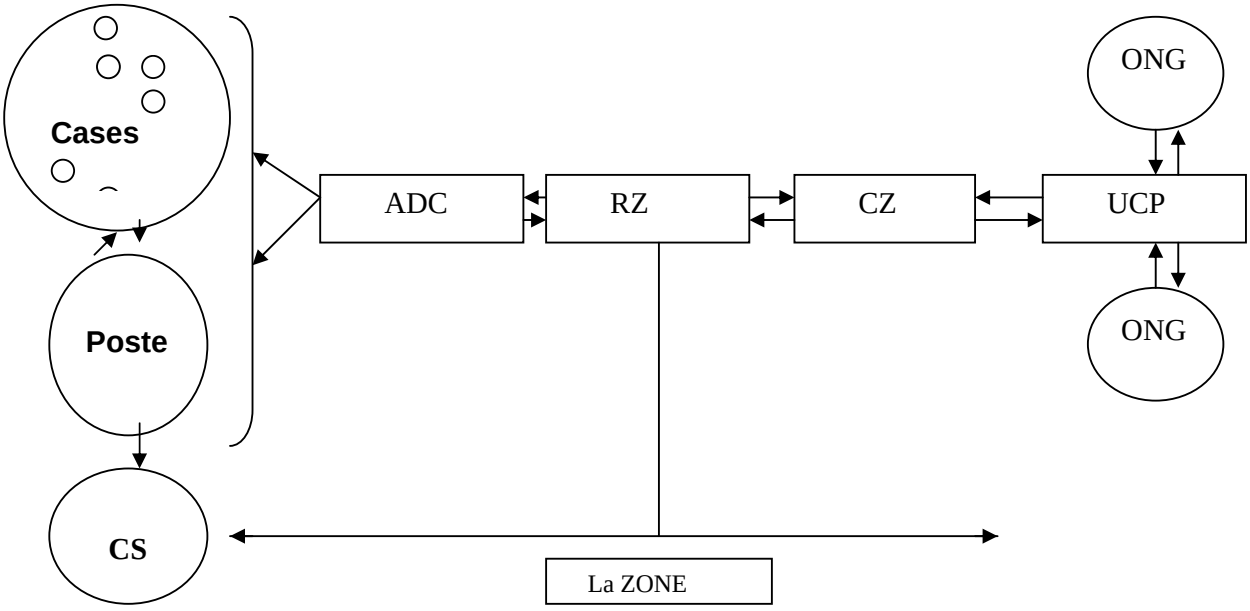
4.5.1. Les zones opérationnelles

Le Projet est découpé en 8 zones opérationnelles couvrant l'ensemble des 29 districts des régions de Ziguinchor, Kolda, Kaolack,Thiès et Louga :

1. Zone de Mbour,/Kaolack, couvrant les districts sanitaires de Mbour, Joal, Popenguine, Thiadiaye, Kaolack et Ndoffane
2. Zone de Thiès couvrant les districts de Thiès, Pout, Tivaouane, Mékhé et Khombole
3. Zone de Ziguinchor couvrant les districts de Ziguinchor, Oussouye, Bignona, Diouloulou, Thionck-Essyl, Goudomp et Sédhiou
4. Zone de Louga comprenant les districts de Louga, Darou Mousty, Kébémer
5. Zone de Dahra couvrant les districts de Dahra et Linguére
6. Zone de Nioro avec le seul district de Nioro
7. Zone de Kaffrine/Koungheul couvrant les districts de Kaffrine et Koungheul
8. Zone de Vélingara avec les districts de Vélingara et Kolda

4.5.2 Le Personnel de Zone

Chaque zone est dirigée par un Coordonnateur de Zone recruté par l'ONG partenaire ; Il a sous sa responsabilité technique des chargés de Programme, Responsables de zone (RZ) et Agents de Développement Communautaire. Les Zones opérationnelles sont rattachées à l'ONG de référence et appuyé sur le plan technique par Unité de Coordination du Projet basé à Thiès. L'UCP est chargée de la gestion administrative et technique du PSSC. Elle est dirigée par un Chef de Projet (COP) assisté de 5 conseillers chargé respectivement du Suivi-Evaluation, de la Formation, IEC/CCC, Santé de la Reproduction et Paludisme/TB.



4.5.3 Rôles et responsabilités du personnel de zone

a) Les Acteurs Communautaires (ASC, Matrones, Relais et Membres de Comité de case)

Les Acteurs communautaires participent activement à la collecte des données ; ils travaillent avec l'ADC dans l'extraction des données à partir des Registres, cahiers spécifiques et au remplissage du **Rapport mensuel de la Case ;** L'ASC remplit un **formulaire simple de rapport mensuel** destiné à l'ICP du district qui devra l'intégrer dans son rapport de zone destiné au District ; *ce formulaire de rapport simple sera finalisé avec la collaboration du District* ; l'ADC aidera l'ASC à maîtriser ce processus de gestion de données en vue de préparer le retrait du Projet

a) L'Agent de Développement Communautaire (ADC)

- Il accompagne les Acteurs communautaires (ASC, Matrones, Relais et Membres de comités de Santé) dans la collecte, la transmission et l'analyse des informations au niveau d'une case et site. Il encadre également les acteurs communautaires dans l'organisation et l'animation des restitutions communautaires (1 fois par trimestre), appuie les acteurs communautaires pour le transport des informations vers le Projet et les postes de santé

- Il fait un feed back aux acteurs communautaires (ASC, Matrones, Relais et Membres de comités de Santé) et aux leaders représentants les communautés pour réajuster la mise en œuvre des activités et renforcer les acquis.

- Il appuie les Acteurs Communautaires dans la compilation mensuelle des rapports de case-site de sa zone de responsabilité et informe l'ICP des résultats obtenus ; Il rédige un **rapport mensuel** déposé auprès du Responsable de Zone ; il utilise comme support le f**ormat de Rapport de l'ADC** (voir les composantes du rapport et inventaire des indicateurs de chaque tableau avec dénominateur)

- Il est dans l'obligation de tenir un dossier par case ou site de santé pour classer les Rapports mensuels, les rapports de supervision formative, les PV de réunion d'auto-évaluation et autres notes sur le personnel et/ou le déroulement des activités communautaires. Avant toute descente sur le terrain, Il est tenu de revoir les derniers rapports de récapitulation, synthèses et ainsi que le dernier rapport de supervision afin de déterminer les points sur lesquels s'appesantir et mesurer les progrès par rapport aux dernières observations/recommandations.

- Il collecte ses données en présence de tous les acteurs notamment la collaboration active de l'ASC et de la Matrone afin d'accompagner ces derniers à utiliser le temps venu un support de rapport simple destiné à l'ICP

b) Le Responsable de Zone (RZ)

Il vérifie l'effectivité de l'introduction du paquet élargi dans les cases et de s'assurer de l'encadrement effectif des Acteurs communautaires par les ADC

- Il s'assure de la qualité de la mise des activités dans les cases-sites par une supervision régulière des ADC et des acteurs communautaires dans les cases de

santé ; il utilise le **Guide de Supervision du RZ** et le **guide de supervision de la case de santé**

- Il collecte chaque mois les **synthèses des rapports mensuels des ADC** et les traite sous la direction du coordonnateur de zone. Selon certaines zones ou il n'est pas prévu de superviseur de zone (par exemple Nioro, Louga et Dahra), le Coordonnateur est chargé de faire le travail directement avec les ADC

4.4. 3 Le Coordonnateur de Zone (CZ)

- Il est chargé de veiller au respect de la mise en oeuvre des activités dans sa zone selon le plan d'action trimestriel ; Il supervise régulièrement les RZ et les ADC selon un calendrier de supervision qui prennent en compte la visite de toutes les sous-zones une fois par trimestre. Le coordonnateur est tenu une fois par trimestre d'évaluer de manière formelle des échantillons de case dans sa zone de responsabilité en collaboration avec les partenaires locaux; il utilise **le guide de supervision de la case** ; Le Coordonnateur de zone peut effectuer des visites focalisées dans les « cases à problème ». Pendant ses visites de terrain, il vérifie l'effectivité de l'introduction du paquet de services élargi dans toutes les cases selon le rythme donné par les plans d'action trimestriel, il se renseigne sur la connaissance par les populations des services offerts et de la responsabilisation des comités de gestion de case, il rédige un rapport de supervision qu'il transmet aux COP du PSSC avec copie aux Responsables Santé des ONG partenaires ;

- Le Coordonnateur est tenu de rédiger un rapport à la fin de chaque trimestre; il utilise le **format de rapport de l'USAID** après les derniers réglages sur le format et les tableaux d'indicateurs avec le Conseiller en Suivi-Evaluation du PSSC; les tableaux d'indicateurs sont à remplir à partir des niveaux de réalisation du dernier trimestre. Le f**ormat de synthèse des Rapports de Zone** est rempli chaque mois pour faciliter le reporting des résultats par indicateur dans les tableaux d'indicateurs du Format trimestriel

4. L'Unité de Coordination du Projet (UCP)

Les Conseillers mènent des supervisions périodiques ou des supervisions trimestrielles. Les rapports de supervisions des Coordonnateurs et des Conseillers sont transmis au COP pour décisions de réajustement au besoin et suivi des recommandations par les Conseillers et coordonnateurs

Calendrier de fréquence du suivi

- Collecte des données de case : chaque mois
- Supervision des AC par l'ADC : hebdomadaire
- Rapport de l'ADC : Chaque mois
- Rapport du RZ : chaque mois
- Rapport du CZ : chaque trimestre
- Rapport de l'UCP : chaque trimestre

V- LA COORDINATION DES ACTIVITES

La gestion générale du Projet décrite dans le document de Projet inclut :

- **Les réunions biannuelles de Management.** Le Chef de Groupe convoquera une réunion biannuelle avec les directeurs des membres du consortium pour discuter de la gestion générale, des finances et des problèmes d'administration.
- **Les réunions techniques trimestrielles.** Le Chef de Groupe convoquera des réunions trimestrielles avec les Représentants Techniques de Programmes sur le terrain pour chaque membre du consortium (ex. le coordinateur au niveau du terrain responsable de la mise en œuvre du programme pour chaque agence partenaire), et le conseiller technique en chef de chaque agence.
- **Les réunions biannuelles des Parties Prenantes.** L'Equipe de Coordination convoquera des réunions biannuelles régulières impliquant les membres des trois autres composantes et le MS.
- **Réunions régulières avec l'USAID.** Le Chef de Groupe sera le point de contact clé avec l'USAID, et tiendra des réunions régulières avec l'agent pour reconnaissance technique (CTO) de l'USAID pour rapporter les progrès du programme et d'informer le CTO de tous les problèmes.
- **Visites de suivi de terrain régulières.** Le Chef de Groupe fera des visites régulières dans chaque site pour contrôler la mise en œuvre du programme et régler tout autre problème.

La coordination au niveau du terrain inclut :

1. **La réunion d'auto-évaluation et de programmation des activités** ; le processus de gestion des activités par les communautés aide à trouver des solutions et ressources dans la communauté pour gérer les programmes ; ces réunions sont appuyées par l'ADC

2. **La réunion de coordination mensuelle dans chaque zone** et de la réunion de coordination trimestrielle de l'UCP ; des réunions techniques ponctuelles peuvent être organisées en cas de besoin ; ces réunions sont centrés sur le niveau d'avancement des plans d'action trimestrielles, des activités programmées dans le mois et du niveau d'introduction de l'offre de service dans les cases sites. Les contraintes et défis observés ou analysés lors des supervisions devront être traitées à ce niveau. Les ADC sont conviés à la réunion de zone et apportent les informations relevées dans leurs sones respectives

3. **La participation aux réunions trimestrielles de coordination** de la Région Médicale, les réunions mensuelles de coordination des districts. Ces instances sont l'occasion d'échanges sur l'état d'avancement du Projet et de prise de décisions sur l'appui du Ministère en faveur des activités dans les zones d'intervention du Projet. Le CZ et le RZ participe à ces réunions

VI- SUPERVISION DES ACTIVITES

Les niveaux de supervision

Il y'a **4** niveaux de supervision :

1. La supervision ADC vers la case/site (supervision formative des ASC, Matrones, Relais))
2. La supervision RZ vers ADC et au moins une case- site
3. La supervision CZ vers RZ et ADC et au moins une case-site
4. La supervision UCP vers CZ et au besoin visite d'au moins une case-site

Les fréquences de supervision

1. **Niveau ADC-Case/Site** : 1 fois par semaine ; la supervision est formative, elle est centrée sur les taches techniques des Acteurs communautaires et leur « compagnonnage » dans la mise en œuvre des activités

2. **Niveau RZ-ADC** : elle a lieu au moins 1 fois par 2 mois ; le RZ supervisera chaque ADC sous sa responsabilité en l'accompagnant dans un échantillon de case sous la responsabilité de l'ADC , un autre axe sera choisi le mois suivant ;

3. **Niveau CZ-RZ** : elle a lieu au moins 1 fois par 2 mois ; Le CZ supervisera les RZ et l'accompagne dans au moins une case sous la responsabilité de chaque ADC

4. **Niveau UCP-CZ-RZ-ADC** : Chaque zone sera supervisée au moins une fois par trimestre par un membre de l'UCP (Conseillers). Les cases/sites peuvent être visitées par l'Equipe de Supervision sur une base raisonnée ou aléatoire

Les activités ciblées par niveau

- **Niveau ADC-Case** : la supervision mettra le Focus sur les performances des ASC dans l'offre des différentes services (paquet de base et paquet spécifique). Après leur formation, les ASC, matrones et relais sont accompagnés par les ADC très étroitement durant les 3 premiers mois (avec la collaboration active de l'ICP) ; La supervision de l'ADC considérera également cibler l'es membres des comités de case/Site dans le cadre de l'organisation et la gestion : réunions d'auto-évaluation et de programmation, la gestion de la référence et de la contreréférence…L'ADC appuiera les ADC dans la bonne tenue des outils de gestion, l'enregistrement des informations dans les registres et cahiers, la mise en œuvre globale des activités, la gestion des problèmes et conflits, la gestion du matériel et des médicaments et les réajustements nécessaires ; <u>NB : les outils de supervision formative seront élaborés avec les Manuels de base</u>

- **Niveau RZ-ADC-Case** : Elle met le Focus sur le travail des ADC, le contrôle de l'exécution de leurs activités de formation, de supervision, d'encadrement des communautés, de collecte des données dans les délais requis. Le RZ veille à la régularité des supervisons de la case par l'ADC ; il passe en revue les outils de l'ADC notamment les dossiers de case (Archivage des PV de réunions d'auto-évaluation et de programmation, les rapports mensuels de case remplies, les

observations des dernières supervisions, les documents techniques de formation validés…) ; il vérifie l'état du matériel détenu par l'ADC (Moto, relevé de carburant etc.). Le RZ qui est membre de l'Equipe de Zone informe le Coordonnateur de zone et contrôle la bonne application des instructions en direction des ADC et des cases. il est la courroie de transmission entre le CZ et le niveau ADC-Case ; il utilise comme support la **Grille de supervision des RZ**

- **Niveau CZ-RZ-ADC-Case** : Le Coordonnateur et les Chargés de Programme supervisent les RZ; il vérifie le que les ADC font le travail demandé ; il fait des supervisions annoncées dans des échantillons de cases pour contrôler le travail des RZ et des ADC ; Il rend visite à l'ECD et aux ICP pour évaluer le niveau de partenariat et d'appui que leur apporte les ADC et RZ dans les taches de suivi et de supervision formative, de collecte et d'échange de données ; Au niveau de la case, il peut être accompagné de l'ICP si celui-ci est disponible. Il s'informe auprès des membres de comité de case, des chefs de village, des personnes ressources et des acteurs communautaires de l'appui des ADC. Il utilise **une grille de supervision de la case de santé**.

- **Niveau UCP-CZ-RZ-ADC** : Elle se fait sous la forme d'un appui technique ou conseil pour contrôler le niveau d'exécution des activités planifiées ; elle peut concerner différentes activités selon les moments : stratégies d'intervention, suivi post formation, suivi et évaluation des activités, suivi des tests et projets pilotes, documentation des interventions. Elle fait toujours l'objet d'un rapport partagé avec la zone avec mention partagée des points de faiblesse et de force et des mesures correctives conseillées. Le Département des Finances de l'UCP visitera également au moins 1 fois par semestre l'ensemble des zones pour vérifier le respect des procédures de gestion financière. Il se rendra 1 fois par trimestre au niveau des Départements des finances des ONG parties prenantes dans le PSSC pour vérifier le contrôle financier

5.1 Principes méthodologiques de la supervision par le RZ et l'Equipe de zone

La supervision commence par une revue dans la case ou site de santé et se poursuit par des visites à domicile d'accouchements récents, de cas de malnutrition, paludisme et IRA reçus à la case de santé ou référés par les ASC/Matrone. Un accent spécial sera mis sur les cas référés. Le superviseur sélectionne de manière aléatoire à partir des registres de la case (Registre de Maternité, Registre de consultation générale…) les noms et adresses de proximité des cas.

L'Equipe évalue la fonctionnalité de la case-site de santé, passe en revue tous les outils de gestion des activités, évalue le niveau d'introduction des services offerts, évalue la performance des ASC/Matrones sur tous les aspects de ses fonctions selon la fiche conçue à cet effet. L'équipe exécute également certaines taches avec les ASC. L' Equipe remplit une fiche par case ou site de santé.

Les observations et décisions sont enregistrées dans le Guide et transférées dans le cahier de Supervision de la Case-site. Les données servent à améliorer les performances et documenter les activités. L'ADC est tenu de créer un dossier par case ou site de santé pour classer les Rapports mensuels, les rapports de supervision formative, les PV de réunion d'auto-évaluation et autres notes sur le personnel et/ou le déroulement des

activités communautaires. Avant toute descente sur le terrain, Il est tenu de revoir les derniers rapports de récapitulation, synthèses et ainsi que le dernier rapport de supervision afin de déterminer les points sur lesquels s'appesantir et mesurer les progrès par rapport aux dernières observations/recommandations.

La revue des rapports de l'ADC par l'Equipe de Coordination devrait montrer s'il remplit toutes les taches requises pendant les visites de supervision. L'Equipe devra, avant et après la supervision rendre visite à l'ICP et échanger avec lui des observations faites sur la gestion de la case et de la performance des ASC et Matrones. L'ICP doit accompagner la visite de supervision. Il devra donc être informé du calendrier de supervision et participer à son élaboration

5.2 But

Documenter périodiquement l'état d'avancement de la mise en œuvre des activités des cases-sites dans chaque zone du PSSC

5. 3. Objectifs

1. Renforcer les capacités des Agents de Développement Communautaire dans le suivi des Acteurs communautaires et l'organisation communautaire dans les zones d'intervention du Projet

2. Renforcer les capacités des Acteurs communautaires (Agents de Santé Communautaire, Matrones, Relais, Membre du Comité de Santé) à prendre en charge correctement les composantes du Programme

3. Apprécier la qualité de la gestion du Programme (gestion des cas, gestion du matériel et des médicaments, gestion des outils de gestion, suivi des activités de la case par le personnel du Projet

5.4. Activités de la Supervision

1. Vérifier la disponibilité Acteurs communautaires (Agents de Santé Communautaire, Matrones, Relais, Membre du Comité de Santé) et apprécier leur engagement à faire le travail dans les cases-sites

2. Apprécier la fonctionnalité de la case site

3. Passez en revue les outils de gestion des cases et sites

4. Identifier les problèmes et contraintes qui se posent à la mise en œuvre /

5. Recueillir les avis et suggestions des ASC et des comités de case.

6. Evaluer le niveau de connaissance des membres du Comité sur les services offerts

5.5 Méthodes

1. Passer en revue tous les outils de gestion de la case-site (Registre de Maternité, Registre de Consultations générales, Régistre IEC, Cahier de gestion des MII, Cahier du Relais, fiche de stock…)

2. Vérifier la disponibilité et l'état De fonctionnement du matériel de prise en charge des cas

3. Effectuer le décompte physique des médicaments traceurs indiqués et le reporter au décompte théorique sur la fiche de stock ;
4. Evaluer les connaissances théoriques des ASC

5. Discuter avec les acteurs (ASC, matrone, Relais, ICP, Comité de case, Elus locaux) sur les points forts et les points faibles et les solutions préconisées

6. Résumer sur la fiche de Supervision et sur le cahier de supervision de l'ASC les points forts, les points faibles et les recommandations

7. Faire le Feed-back à l' ADC et consigner dans ses archives les recommandations pour l'amélioration de la qualité de du Programme dans sa zone de responsabilité

VII- LA GESTION DE LA REFERENCE ET DE LA CONTEREFERENCE

7.1 L'analyse de la situation

L'analyse de la situation au niveau des structures de santé montre que la référence et la contre référence constitue un maillon les plus faible du système de santé. Si la documentation des expériences réussies sur le traitement du paludisme et des IRA communautaire a permis de référer 80% des enfants présentant des signes de danger, un peu moins de la moitié (43%) de ces enfants seulement avaient été contre référés et suivis. Nous n'avons aucune idée des 60% restant et de leur devenir. Plusieurs facteurs contribuent à entretenir cette situation : le manque de formation, le manque de supervision et de motivation, l'inadéquation et l'irrégularité des références par les ASC au niveaux secondaire (postes de santé) et tertiaire (centres de santé et hôpitaux régionaux). Même quand la référence est prescrite, les patients choisissent souvent de ne pas y aller ou ne sont pas en mesure d'atteindre la structure de référence. Peu d'ASCs/Matrone font le suivi pour s'assurer que leurs patients ont reçu les soins dont ils avaient besoin au niveau de la structure de référence. Le manque de moyens de transport ou de fonds nécessaires pour organiser le transport vers le poste de santé est également un obstacle pour une référence efficace. Cependant, l'expérience du consortium montre que lorsque les acteurs communautaires (ASC, Matrone, Relais) sont bien formées et supervisées, ils référent les malades de façon appropriée et sur une base régulière. Le Projet prévoie d'adresser les problèmes de la formation et de la supervision des ASC et de travailler avec les communautés pour les aider à s'organiser et développer des stratégies locales pour le transport des cas qui nécessitent une référence. Il prévoie également de mettre en place un système pour la contreréférence et le suivi de la référence au niveau communautaire par les ASC, relais et matrone. L'objectif prévu dans le projet pour la référence est :

Objectif N° 2 : Les références régulières et adéquates et un suivi des cas nécessitant une référence sont augmentés d'un pourcentage d'au moins 70 % au dessus de la base actuelle ; Les indicateurs retenus sont :

1) Pourcentage des cas exigeant une référence qui sont constamment référés par les ASC et Matrones
2) Pourcentage des cas référés ayant obtenu des services de référence recommandés
3) Pourcentage de contre référence vus par un ASC Matrone ou Relais au niveau de la case de santé

Il s'agira, pour cette section, de mettre en place des outils et supports qui facilitent le suivi et la documentation de la Référence et de la contre référence des cas graves survenus dans la communauté

7.2 Cas nécessitant une référence

7.2.1 La Santé de la Reproduction

a) Femmes en grossesse

- Toute femme enceinte qui présente un signe de danger
- Toute femme en travail dystocique difficile
- Toute femme dans le post partum qui présente un signe de danger

b) Néonatologie

- Toute asphyxie à la naissance (référence après Sois d'urgence)
- Tout nouveau-né présentant un signe de danger

c) Planification Familiale

- Toute Femme sous méthode PF qui présente des effets secondaires

d)- Les Soins Après Avortement

- **au moment de la survenue de l'avortement : t**oute femme enceinte qui présente les signes de danger ou facteurs morbides suivants : Douleurs et saignement Fièvre

- **après l'avortement** : toute femme avortée récent et qui, après soins, présente des douleurs persistantes ou une odeur fétide

e-) La survie de l'Enfant

- Tout cas de fièvre élevée (> 30°5, avec signes de danger (paludisme grave..) diagnostiqué selon les normes et protocoles
- Tout cas de pneumonie grave ou maladie très grave selon les normes et protocoles
- Tout cas de Diarrhée grave selon les normes et protocoles
- Tout cas de malnutrition sévère selon les normes et protocoles
- Tout autre cas présentant une fièvre persistante ou des signe de gravité (rougeole…)

7.3 Le suivi des cas référés

a) Principe général : Pour tout cas référé (enfant malade ou FE ou Femme sous SAA), vérifier si la référence a été exécutée vers la structure de référence (poste de santé/Maternité, CS). L'ASC doit s'informer du devenir de la personne qu'il a référé (ou qui s'est auto-référée) dans les 24 heures.

b) Démarche méthodologique
Dans les 24 heures, l'ASC/Matrone ou le Relais doit :

a) vérifier si la mère a conduit l'enfant à la structure de référence sanitaire. Si oui, il s'informe du devenir de l'enfant (es-t-il hospitalisé ou est-il pris en charge et revenu à la maison) ; si l'enfant est de retour, l'ASC récupère le coupon de contre référence et exécute les recommandations de l'ICP concernant la visite de suivi à domicile

b) Dans le cas contraire, l'ASC doit encourager la mère à y aller et y aller avec elle. Elle recherchera avec l'aide de la communauté suivant le plan de transport la raison de ne pas y aller et les moyens d'y aller

c) Les fiches de contre référence sont gardées par les ASC/Matrones et remises aux personnel du Projet

Les Relais communautaires participe dans leur villages respectifs au suivi des cas référés par l'ASC ou auto-référés à partir de leur conseils ou accompagnement

7.4 L'enregistrement de la référence/Contreréférence
Pour alléger le nombre d'outils dans les cases, le Projet ne prévoit pas de mettre un registre ou cahier de référence. Les cas référés sont directement enregistrés dans les Registres disponible :

- Les cas d'accouchement difficile sont gérés dans le Registre de Maternité
- Les cas d'enfants malades sont gérés dans le Registre de consultation générale
- Les cas de SAA sont gérés dans le cahier de SAA

Principe général : *Les cas référés* (il y'en a pas peu dans le mois) sont enregistrés dans le Registre à la colonne TRAITEMENT/CAT; ils sont systématiquement soulignés ou écrits au ROUGE pour faciliter le repérage pour le suivi. ***Les cas contre référés*** sont enregistrés systématiquement dans le même Registre à la colonne OBSERVATIONS, souligné ou écrit au ROUGE. Une seule fiche de référence sera utilisée pour la référence : elle comporte 2 parties : **la partie REFERENCE** porte sur l'identification du cas, le motif de la référence, le traitement reçu (s'il y'en a), la signature de la personne qui réfère **; la partie CONTRE REFERENCE** porte sur l'identification du cas, le diagnostic posé par l'Agent de Santé qualifié, le traitement prescrit, les recommandations à l'ASC/Matrone

Nb / La mise en œuvre du système sera évalué au cours de la 2éme année et les réajustements nécessaires y seront apportées

Annexe I

Harmonisation des stratégies d'intervention communautaires

A. Objet

Les stratégies d'interventions prometteuses initiées et développées par les différents partenaires consortium sont récapitulées et réorganisées sous forme de fiches techniques.

Ces fiches techniques serviront de support à l'élaboration de modules de formation sur ces stratégies et de guide à la mise en œuvre des interventions à base communautaire.

B. But des stratégies d'intervention communautaire du PSSC

Amener graduellement les agents du projet à améliorer leurs interventions au niveau communautaire. A terme la stratégie vise non seulement à harmoniser les stratégies de mise en œuvre, l'adoption de bonnes pratiques individuelles et collectives mais encore et surtout le renforcement des capacités locales de gestion et de promotion de ces pratiques.

C. Approche globale de développement des interventions

Elle repose essentiellement sur trois grandes orientations

1. Promotion des changements dans les normes communautaires

En milieu communautaire les attitudes et les pratiques des individus sont considérablement influencées par les normes du groupe qui sont définies, communiquées et renforcées par les membres influents de la communauté et des familles. Le PSSC identifiera et impliquera systématiquement toutes personnes dépositaires de la tradition et des valeurs communautaires dans une perspective de partenariat qui permettra de réaliser une symbiose des idées et pratiques traditionnelles avec celles dites modernes. Si les activités du projet sont réussies en matière de promotion de changements dans les normes communautaires, cela devrait contribuer à des changements pérennes dans les pratiques individuelles des femmes et des familles.

2. Renforcement de la capacité des communautés à analyser les problèmes et mettre en œuvre des actions pour les résoudre

Il consiste à organiser les groupes communautaires pour les amener progressivement à analyser de façon active et critique les problèmes de santé communautaire, à identifier les stratégies locales alternatives aux problèmes et à prendre des initiatives concrètes pour les améliorer. L'objectif poursuivi est de renforcer les capacités des groupes et des leaders communautaires à exécuter eux-mêmes les activités en leur donnant les connaissances et les compétences nécessaires.

3. Renforcement de la collaboration entre les acteurs de la communauté et les agents de santé du district

Les acquis en termes changements de comportement et de continuité des interventions ne sont préservés que lorsqu'il existe une communication et une collaboration loyales et efficaces entre agents des services de santé et acteurs communautaires; cela implique le développement de compétences des agents de santé à utiliser les approches participatives de renforcement de capacités pour leur faciliter le travail avec ces communautés.

C. Communication pour le renforcement de capacités des communautés

L'approche de communication du PSSC met beaucoup plus l'accent sur les stratégies de résolution de problèmes et de promotion des pratiques prioritaires de santé par l'ensemble des groupes communautaires. Dès lors, elle est basée sur une approche de « communication pour le renforcement des capacités » qui œuvre pour une mobilisation des communautés pour les amener à résoudre les problèmes en prenant des actions collectives. La stratégie d'éducation pour la santé est bâtie sur un processus participatif qui met l'accent sur l'échange d'idées et d'expériences, la négociation et la réflexion critique.

D. Plan de présentation

Les stratégies sont structurées sous forme de fiches techniques de la façon suivante : définition, justifications, principes méthodologiques, supports utilisés, mise en œuvre ou technique d'animation, difficultés ou contraintes rencontrées dans la mise en œuvre, et enfin les résultats obtenus.

Les différentes stratégies et activités développées : étapes de mise en fonction d'une case de santé, étapes principales de renforcement des capacités des communautés par accompagnement, stratégie grand- mères, cercle de solidarité des femmes enceintes, réunion d'autoévaluation/programmation des activités, plaidoyer communautaire, groupes de soutien maternel (care group), déviance positive/farne, plan de retrait anticipé des cases de santé, Sélection des acteurs communautaires, réunion de coordination des acteurs communautaires avec le poste de santé, restitution communautaire des résultats de suivi et d'évaluation des activités, partenariat avec les écoles, recensement des groupes cibles des programmes, organisation des groupes communautaires de pesée/IEC, organisation d'une séance de pesée, résolution de problème de santé communautaire, le focus groupe, la causerie éducative, l'entretien individuel, la visite à domicile, le sketch, le jeu de rôle, le taalif, les proverbes, équipement type case de santé et site.

Après discussion et validation de ces stratégies en ateliers avec l'ensemble des ONG membres du consortium et d'autres partenaires (UNICEF,SNEPS, Ministère de la santé, Régions Médicales,…), il revient à chacune d'elles de les mettre en œuvre dans leurs zones respectives avec l'implication des agents des structures de santé locales.

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Programme Santé

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA
PREVENTION MEDICALE

PROJET SANTE COMMUNAUTAIRE

ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE
(AID)

MANUEL DU RELAIS COMMUNAUTAIRE

Mars 2007

CCF

Africare

Plan

World Vision

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Programme Santé

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA
PREVENTION MEDICALE

PROJET SANTE COMMUNAUTAIRE

ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE
(AID)

MANUEL DU RELAIS COMMUNAUTAIRE

Mars 2007

CCF

Africare

Plan

World Vision

RAPPEL SUR LE PALUDISME

1 AMPLEUR ET GRAVITE DU PALUDISME

- Au Sénégal, Le paludisme est la maladie de l'enfant la plus fréquente. De toutes les maladies, elle est celle qui tue le plus grand nombre d'enfants de moins de 5 ans.

- Le paludisme associé à la grossesse est très dangereux. Il fait courir de graves risques à la mère et à l'enfant qu'elle porte.

- Le paludisme est très dangereux pour les personnes qui viennent des pays ou le paludisme n'existe pas.

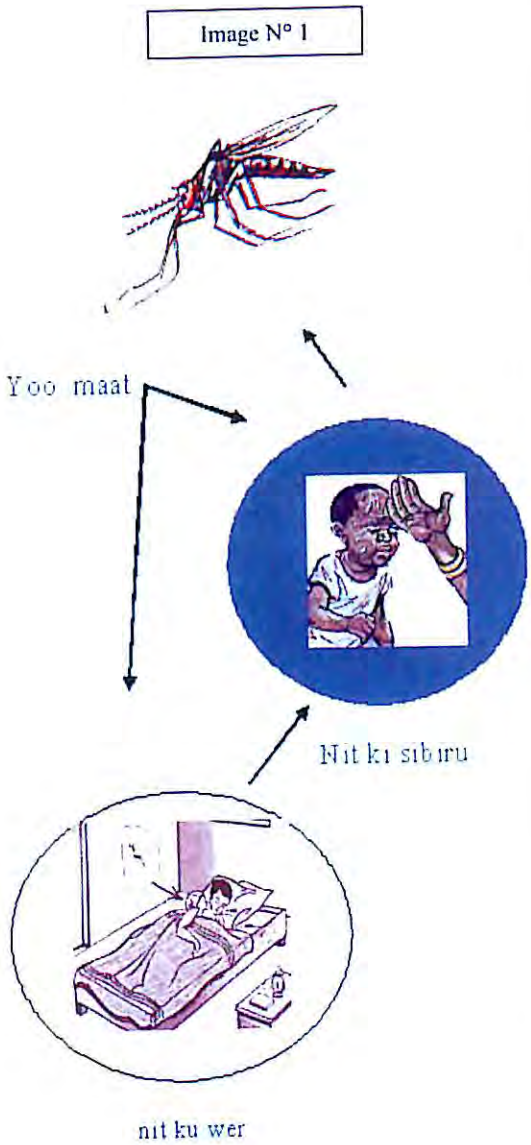
- Les cas de paludisme sont plus nombreux pendant l'hivernage et la période des récoltes. Le Paludisme diminue le rendement des travailleurs et réduit ainsi les moyens d'existence des familles et l'économie du pays.

2. CAUSE ET MODE DE TRANSMISSION DU PALUDISME

- Le germe ou « la semence » responsable du paludisme vit dans le sang d'un homme malade ou dans l'organisme de la femelle d'un moustique appelé anophèle qui a déjà piqué un homme malade.

- L'anophèle transporte le parasite (la semence) du paludisme en piquant un homme malade et en allant ensuite piquer un homme sain. Le germe semé va se multiplier au fil des jours et donner la maladie. Le corps chaud est un signe principal du paludisme.

Image N° 1



3. METHODES DE PREVENTION DU PALUDISME :

- Les moyens de prévention actuellement utilisés reposent sur l'utilisation de la Moustiquaire Imprégnée (MI), le Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte et le traitement précoce des cas avec les ACT au niveau des cases de santé et des structures sanitaires.

- Il existe une autre méthode de prévention du paludisme qui n'avait pas encore été utilisée au Sénégal. C'est l'**Aspersion Intra Domiciliaire**. L'USAID va appuyer le Ministère de la Santé pour faire bénéficier aux populations de ce moyen efficace.

Aspersion Intra Domiciliaire

Image N° 6

Moustiquaire imprégnée

Image N° 2

Traitement précoce des cas de fièvre

Image N° 3

Traitement Intermittent Préventif

Image N° 4

"Set sétal"

Image N° 5

INFORMATIONS DE BASE SUR L'AID

1 C'EST QUOI L'AID ?

- L'AID consiste à pulvériser l'intérieur des pièces des maisons avec un insecticide efficace pour lutter contre la prolifération des moustiques dans les habitations.
- Il faut la participation de 80% de la communauté pour que l'AID soit efficace.

2 QUEL EST LE PRODUIT UTILISE

- Le produit utilisé pour l'AID est voisin de celui utilisé pour l'imprégnation des moustiquaires.
- Il est généralement utilisé pour la désinsectisation, particulièrement contre les moustiques.
- Il est utilisé uniquement par des applicateurs certifiés c'est à dire des personnes formées à son utilisation.
- En plus des moustiques il est efficace contre les cafards, les tiques, les puces, les mouches et les larves de papillons.
- Il a été utilisé avec succès en Angola, Ouganda, Zanzibar ...Il a protégé des millions de personnes.

3. EFFETS SECONDAIRES

Le produit est peu dangereux si on suit les conseils donnés. Il est dangereux s'il est avalé. Le contact du produit avec la peau peut aussi causer :

- Une irritation des yeux
- des démangeaisons
- des brûlures
- un engourdissement temporaire

2. AID et utilisation de la MI

- La MI doit continuer à être utilisée.
- L'AID tue les moustiques qui se posent sur les murs.
- La moustiquaire empêche les moustiques qui rentrent directement dans la chambre de piquer la personne qui dort sous MI.

Aspersion Intra Domiciliaire

Image N° 5

Image N° 7

Image N° 8

L'AID tue les moustiques qui se posent sur le mur

La MI empêche les mopustiques qui entrent directement de piquer

MISE EN ŒUVRE DE L'AID

1. QUELS SONT LES ACTEURS DE L'AID ?

- L'aspersion intradomiciliaire sera exécutée par RTI avec l'appui de CCF sous la coordination du PNLP. Les ONG membres du projet santé communautaire de l'USAID que sont CCF, Africare, Plan et World vision assurent la mise en oeuvre des activités d'information, de sensibilisation et de suivi.
- Des personnes seront choisies et formées pour faire la pulvérisation dans les maisons.
- Ces personnes seront encadrées par les agents du service d'hygiène.
- Elles seront reconnaissables par leur tenue (bottes, masques, pompes à pulvériser).

2. OÙ ET QUAND SE FERA L'AID ?

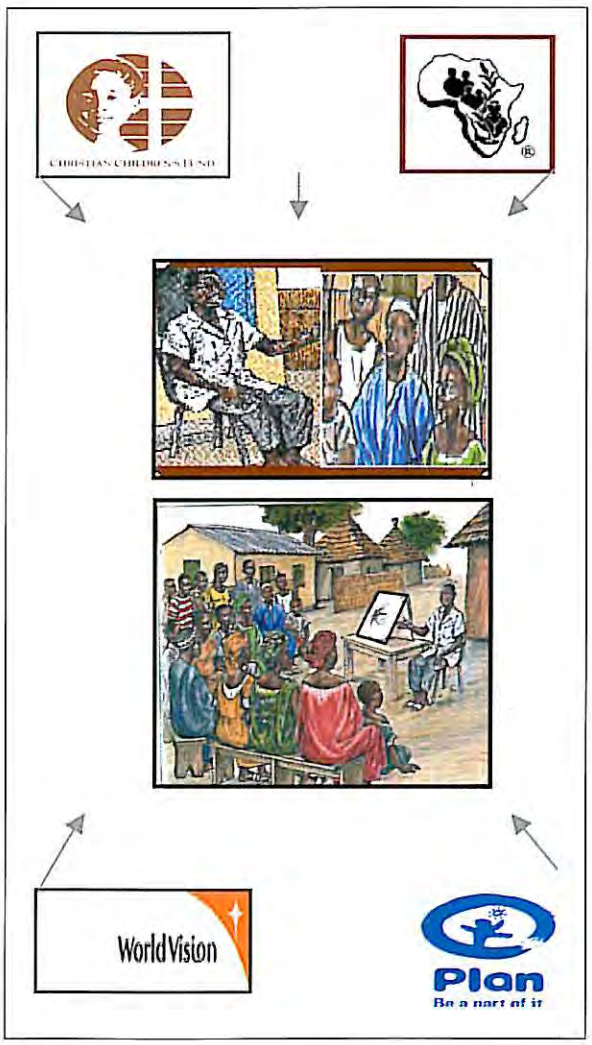
- L'aspersion intra domiciliaire sera exécutée cette année ci dans les districts sanitaires de Vélingara, Nioro et Richard Toll
- L'AID se déroulera dans la période de mai à juillet 2007.
- Chacun des districts sanitaires concernés élaborera un calendrier de tournée dans tous les villages et quartiers.
- Le calendrier précisera les jours de passage dans chaque village et quartier. Les populations seront informées du calendrier de l'AID par les antennes radios, affiches, Relais, agents de santé, services d'hygiène, crieurs pubilcs…

♦ COMBIEN COUTE L'AID ?

- Les AID sont financées par l'USAID pour le Gouvernement du Sénégal. Elles sont gratuites pour les populations.

Image N° 9

Image N° 10



ELIGIBILITE DES HABITATIONS ET SURFACES

1. HABITATIONS ELIGIBLES

Toutes les habitations sont éligibles qu'elles soient :

- des maisons en dur,
- des maisons en banco/argile,
- des maisons en chaume,
- des maisons en bois.

2 QUELLES SONT LES MAISONS QUI NE SERONT PAS PULVERISEES ?

Les maisons qui ne seront pas pulvérisées sont :

- Les maisons dont le propriétaire refuse l'AID,
- Les maisons dans lesquelles vivent des malades ou des personnes qui pour une raison ou une autre ne peuvent pas se déplacer et sortir hors de la maison pendant 2 heures.

3. SURFACES QUI NE PEUVENT PAS ETRE PULVERISEES

Les surfaces qui ne peuvent pas être pulvérisées sont :

- les surfaces en zinc,
- les surfaces en fer,
- les surfaces en plastique.

- Ces types de surface ne sont pas pulvérisés parce qu'elles ne peuvent pas garder le produit.
- Dans une même maison les surfaces aptes seront pulvérisées, tandis que les surfaces en zinc, fer ou plastique ne seront pas pulvérisées.

HABITATIONS ELIGIBLES : Groupe d'images N° 11

Maison en dur

Maison en chaume

Maison en banco

HABITATIONS NON ELIGIBLES : Groupe d'images N° 12

Surface en zinc

Surface en plastic

Surface en fer

DISPOSITIONS A PRENDRE

Avant le démarrage des pulvérisations les familles doivent être informées pour qu'elles puissent prendre les5 catégories de dispositions suivantes : Faciliter l'AID, prévenir les effets secondaires, vigilance le jour de l'AID, savoir ce qu'il faut faire en cas de contact avec le produit et Appliquer les dispositions nécessaires après l'AID.

1. POUR FACILITER L'AID,

- Libérer les murs des chambres et les environs des murs pour faciliter un accès aisé ;
- Sortir hors de la maison les meubles lourds
- Tenir prêt un seau d'eau à mettre à la disposition des pulvérisateurs le jour de l'AID.

AVANT L'AID

2. POUR PREVENIR LES EFFETS SECONDAIRES

- Sortir hors des maisons tous les ustensiles, aliments et animaux ;
- Recouvrir les meubles lourds qui ne peuvent pas sortir ;
- Mieux vaut sortir les meubles lourds que de les couvrir.
- S'il faut couvrir les meubles, ne pas le faire avec des draps ou des pagnes ;
- Fermer les fenêtres ;
- Rester hors des maisons pendant 2 heures après la pulvérisation ;
- Laver les meubles lourds qui étaient couverts ;
- Laver tout ce qui avait servi à couvrir les meubles et autres objets ;

3. VIGILANCE LE JOUR DE L'AID.

- Toutes les dispositions pour faciliter les pulvérisations et pour éviter les effets secondaires doivent être prises au plus tard à 7heures 30 du matin ;
- veiller à ce que personne, surtout les enfants n'entrent dans les maisons au cours des 2 heures qui suivent la pulvérisation
- S'il pleut s'abriter dans un lieu qui n'est pas encore pulvérisé.

DISPOSITIONS POUR FACILITER L'AID Groupe N° 13

Décrocher les affiches et libérer les murs

Tenir disponible 1 seau d'eau

Sortir les meubles lourds

DISPOSITIONS POUR PREVENIR LES EFFETS SECONDAIRES

Groupe N° 14

Sortir hors de la maison les ustensiles et aliments

Recouvrir les meubles lourds qui ne peuvent pas être sortis

Rester hors des maisons pendant 2 heures

Laver les meubles qui avaient été couverts et tout ce qui avait servi à couvrir les meubles et autres objets

4. CE QU'IL FAUT FAIRE EN CAS DE CONTACT DU PRODUIT AVEC LA PEAU.

- Enlever immédiatement les habits et les chaussures touchés
- Se laver immédiatement avec beaucoup d'eau
- Si l'irritation persiste, aller au poste de santé ou au centre de santé

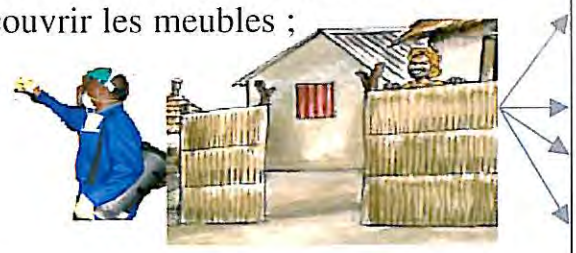
5. CE QU'IL FAUT FAIRE EN CAS DE CONTACT DU PRODUIT AVEC LES YEUX

- Se rincer immédiatement les yeux et les sourcils avec beaucoup d'eau pendant 15 minutes environ.

6. LES DISPOSITIONS NECESSAIRES APRES L'AID ?

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

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

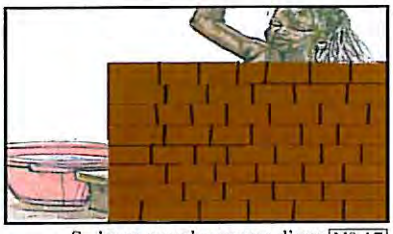


- Balayer régulièrement les insectes (cafards, mouches...) qui meurent après avoir touché les surfaces traitées
  - Jeter les insectes et les déchets de produits dans une latrine : c'est pour éviter que les animaux les mangent et tombent malades ;
- Ne pas plâtrer, peindre ou nettoyer les murs après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

EN CAS DE CONTACT AVEC LE PRODUIT

Enlever les habits N° 15

Enlever les chaussures N° 16



Se laver avec beaucoup d'eau N° 17

N° 18

Se rincer les yeux et les sourcils pendant 15 minutes

N° 19

Aller au centre de santé

DISPOSITIONS APRES L'AID

Groupe d'images N° 20

Aérer les pièces (ouvrir portes et fenêtres)

Nettoyer les restes de produit qui sont sur le plancher et dans la cour

Ne pas plâtrer, peindre ou nettoyer les murs

Balayer régulièrement les insectes et jeter dans une latrine

TACHES DU RELAIS AVANT L'AID

Avant le démarrage de l'AID les Relais et volontaires ont 5 Taches à exécuter : organiser des plaidoyers, effectuer des causeries, effectuer une 1e visite à domicile et effectuer une 2e visite à domicile.

1. ORGANISER DES PLAIDOYERS

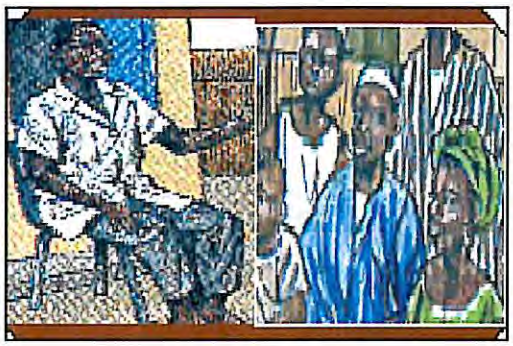
- Les séances de plaidoyer et les manifestations visent à sensibiliser les chefs de village/ quartier, les chefs de famille et les notables pour obtenir leur collaboration et leur appui ;
- Les séances de plaidoyer et les manifestations seront effectuées par les Relais et Volontaires 1 mois avant le début de la pulvérisation ;
- Les séances de plaidoyer et les manifestations seront effectuées au niveau de chaque village et quartier

2. EFFECTUER DES CAUSERIES

- Les séances de causeries et les émissions radiophoniques seront effectuées par les Relais et Volontaires. Elles visent à informer les familles sur:
  - les avantages de l'AID ;
  - le produit utilisé ;
  - les modalités d'accés à l'AID ;
  - les habitations éligibles,
  - les surfaces non éligibles ;
  - pourquoi une habitation peut ne pas être pulvérisée ;
  - les dispositions à prendre avant, pendant et après l'AID
  - Ce qu'il faut faire en cas de contact avec le produit.
- Les causeries et les émissions radiophoniques seront faites immédiatement après les plaidoyers.
- Les causeries se feront dans chaque village et quartier et les émissions seront faites avec les animateurs des radios locales.

ORGANISER DES SEANCES DE PLAIDOYERS

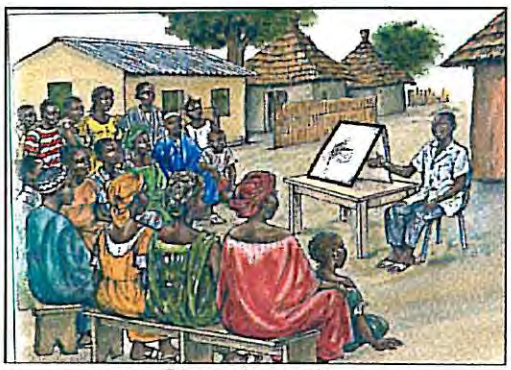
Groupe d'images N° 21



Séances de plaidoyers

ORGANISER DES CAUSERIES

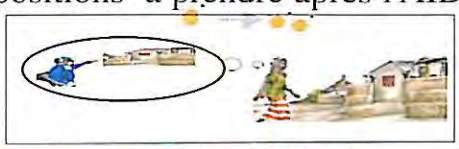
Groupe d'images N° 22



Séances de causeries

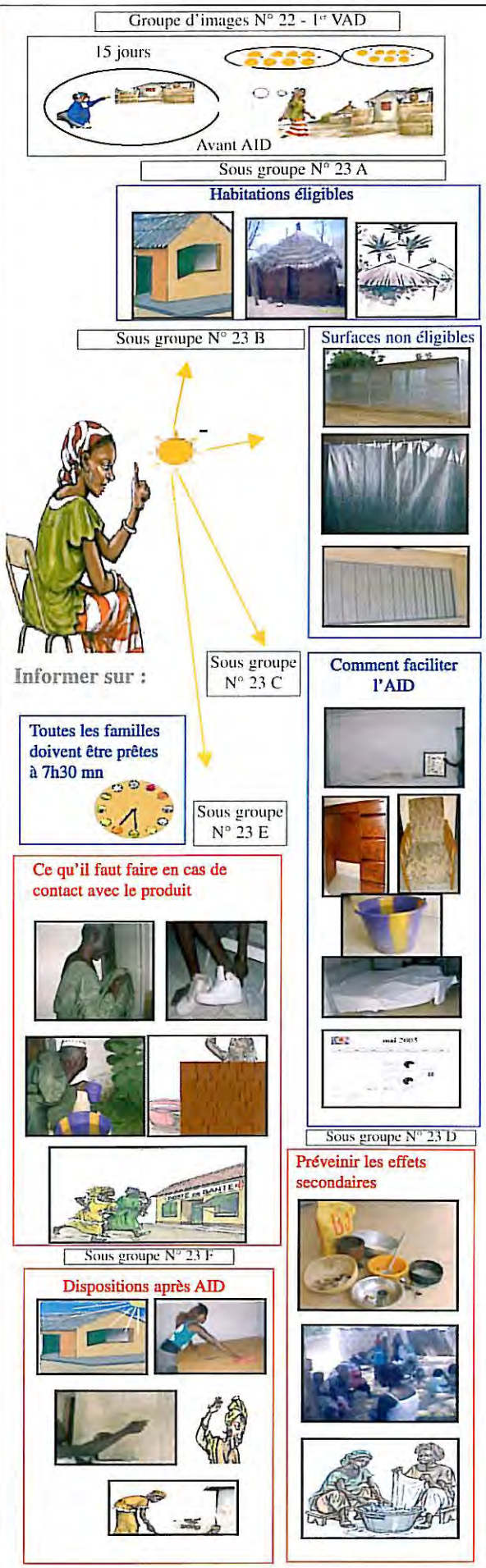
3. EFFECTUER UNE PREMIERE VISITE A DOMICILE

- La première visite à domicile sera effectuée 1 semaine à 15 jours avant la date prévue de la pulvérisation
- Toutes les maisons de tous les quartiers et villages doivent être visitées et informées.
- La première visite vise à informer les familles sur :
  - les avantages de l'AID ;
  - les modalités d'accés à l'AID ;
  - les habitations éligibles,
  - les surfaces non éligibles ;
  - pourquoi une habitation éligible peut ne pas être pulvérisée
  - la date et l'heure de passage des équipes chargées de faire la pulvérisation
  - les dispositions à prendre avant, pendant et après L'AID.
- Elle vise aussi à aider les familles à prendre les dispositions en discutant des éléments suivants :
  - Où mettre les meubles,
  - Qu'est ce qu'il faut sortir dans la cour,
  - Avec quoi recouvrir les meubles lourds,
  - Qui va aider à sortir certains matériels,
  - Qui va superviser le respect des dispositions à prendre après l'AID.



4. EFFECTUER UNE 2e VISITE A DOMICILE

- Elle sera effectuée 24 à 48 heures avant le début des pulvérisations.
- Elle vise à compléter, préciser ou corriger les informations données au cours de la première visite.
- Elle cible toutes les maisons des villages et quartiers qui sont éligibles.



ROLES ET TACHES DU RELAIS APRES L'AID

Après l'AID les Relais et volontaires ont 2 taches à exécuter : une VAD dans chaque maison et des séances de sensibilisation.

1. LES VISITES À DOMICILE APRES AID

Une visite à domicile après AID se fera dans toutes les maisons qui ont été pulvérisées .Elle vise à :

- discuter avec les familles des problèmes rencontrés ;
- rappeler les dispositions à prendre pour que l'AID reste efficace (ne pas plâtrer, peindre ou nettoyer les murs) et pour prévenir les effets secondaires.

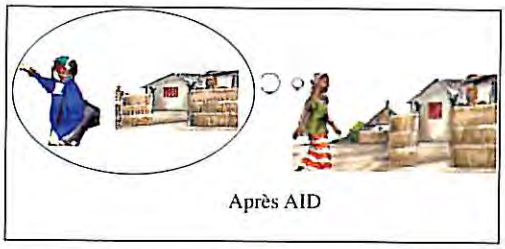
2. LES SEANCES DE SENSIBILISATION APRES AID

- La sensibilisation après AID se fera dans tous les villages et quartiers
- Le Relais devra organiser des causeries dans chaque village et quartier et animer des émissions radiophoniques
- La sensibilisation portera sur les moyens de prévention du paludisme. Il s'agit d'expliquer que :

Sensibilisation

- la Moustiquaire Imprégnée doit être utilisée parce qu'elle renforce l'efficacité de l'AID ;
- le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte doit être poursuivi,
- le traitement précoce des cas simples au niveau de la case doit être poursuivi,
- la reconnaissance des signes de gravité pour une recherche de soins appropriés doit être poursuivie,
- la mobilisation des communautés pour de activités d'hygiène et assainissement du milieu doit se poursuivre.

Groupe N° 24 — VAD APRES AID

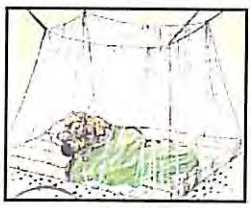

Après AID

Sous groupe N° 24 A — Dispositions après AID

Rappeler

Sous groupe N° 24 B — **Stratégies de prévention du palu**

1 - L'utilisation de la MI



2 - Le TPI

3 - La prise en charge précoce des cas de fièvre

4 - Le "sét sétal"

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION MÉDICALE

Programme santé

PROJET SANTÉ COMMUNAUTAIRE

FORMATION SUR LE PALUDISME

GUIDE DU FORMATEUR DE L'ASC/MATRONE

Septembre 2007

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

EN PARTENARIAT AVEC

CCF Africare Plan World vision Counterpart CRS

INTRODUCTION

Au Sénégal, le paludisme constitue toujours une préoccupation majeure de santé publique. Le paludisme occupe la première place dans les motifs de consultation des services de santé (32,5%). Malgré les progrès observés ces dernières années dans la lutte contre le paludisme, certains indicateurs demeurent encore faibles. Selon le rapport final de l'évaluation du plan stratégique 2001-2005 (novembre 2005), seuls 39% des femmes enceintes et 18% des enfants de moins de cinq ans ont dormi sous moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête. Le rapport de l'évaluation de la première année d'exécution du Fonds Mondial fait état d'une disponibilité en moustiquaires imprégnées de 60% dans les ménages visités, avec un taux de 45,6% pour les enfants de moins de cinq (05) ans et de 32,6% pour les femmes enceintes. Des efforts ont été faits mais le paludisme continue d'être un lourd fardeau tant au plan de la morbi-mortalité des groupes vulnérables (femmes enceintes, enfants) qu'au plan économique.

Le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale du Sénégal (MSPM), en collaboration avec les différents partenaires, a mis en place un nouveau dispositif de lutte adapté aux changements récents enregistrés sur le plan épidémiologique. Il s'agit de l'utilisation des ACT pour la prise en charge des cas simples, la référence rapide des cas graves, la prise en charge systématique des cas graves avec les sels de quinine dans les structures de santé, le traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes avec la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP), l'utilisation de Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA), l'application de mesures d'hygiène et d'assainissement de base qui visent la destruction des gîtes larvaires, l'Aspersion Intra Domiciliaire (AID) qui est actuellement en phase test dans trois districts sanitaires (Vélingara, Nioro et Richard Toll), les Tests de Diagnostic Rapide (TDR) et la surveillance épidémiologique. Les Interventions à Base Communautaire (IBC) ont été renforcées avec l'appui des ONG et elles occupent une place importante dans ce dispositif. L'accent a été mis surtout dans le renforcement des capacités des acteurs communautaires (ASC, matrones, relais, Organisations Communautaires de Base...)

Avec l'appui de l'USAID, le Consortium d'ONG composé de CCF, Africare, Plan, World Vision, Counterpart et Catholic Relief Services, en collaboration avec le MSPM à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a élaboré 4 manuels de formation pour renforcer davantage et de façon harmonisée les capacités des acteurs communautaires sur la lutte contre le paludisme. Deux des manuels sont des guides du formateur (un pour la formation de l'ASC/Matrone, un pour la formation du Relais). Ils sont destinés aux équipes cadres de districts, ICP, sages femmes et agents des ONG. Les deux autres manuels sont des aides mémoires. Ils sont destinés l'un à l'ASC/Matrone et l'autre au relais. Ces manuels sont élaborés sur la base d'une approche par compétences. Il comprend 3 sous modules : paludisme, gestion des médicaments, gestion des ressources financières et matérielles de la case. Le premier module prend en compte les aspects suivants concernant le paludisme: Ampleur et gravité, Causes et modes de transmission, signes généraux et signes de danger, prise en charge au niveau communautaire, stratégies de prévention et gestion des médicaments et moustiquaires au niveau de la case. Le deuxième sous module porte sur les différentes tâches en rapport avec l'utilisation des ACT et la documentation des effets secondaires. Le 3e module concerne la gestion globale de la case de santé.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

Introduction:.....2
Table des matières:.....3
Liste des abréviations et acronymes.....4
Signification des images et symboles 5
Agenda de la formation des ASC/Matrones:.....8
Grille d'évaluation du stage de l'ASC/matrone.....9

Sous Module I: INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE PALUDISME 10
1.Ampleur et gravité.....10
2.Causes et modes de transmission.....11
3.Signes du paludisme simple 11
4.Signes du paludisme grave 11
5. Le corps chaud:.....12

Sous Module II: PRISE EN CHARGE DU PALUDISME SIMPLE AVEC LES ACT.....13
1. Cas à référer:.....13
2. Médicaments à utiliser:.....13
3. Administration des ACT:.....14
4. Effets indésirables des ACT:.....15
5. Administration du paracétamol.....15

Sous Module III: STRATÉGIES DE PRÉVENTION DU PALUDISME.....16
1. Les différentes stratégies de prévention:.....16
2. Traitement précoce des cas.....16
3. Mobilisation des communautés.....17
4. Prévention du paludisme chez la femme enceinte.....18
5. Moustiquaire imprégnée 19
6. Aspersion Intra domiciliaire 23

Sous Module IV: GESTION DES ACT 25
1.Tâches de l'ASC/Matrone.....25
2. Acquisition des ACT et autres médicaments.....25
Inventaire physique:.....25
Commande des ACT et autres médicaments.....29
3. Stockage et conservation des ACT et autres médicaments.....26
Tâches.....29
Fiche de stock.....29
Remplissage de la fiche de stock.....29
Lieu et méthodes de stockage.....29

Sous module V: DISPENSATION DES ACT.....30
1. Conditions.....30
2. Tâches de l'ASC/Matrone.....30
Collecter des ACT et autres médicaments.....30
Compter les ACT et autres médicaments.....30
Emballer les ACT et autres médicaments.....31
Expliquer.....31
Surveiller les effets secondaires.....31

Sous Module VI: GESTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET MATÉRIELLES 32
1. Origines des ressources.....32
2 Tâches 32
3 Tarification.....32
Tarification des prestations.....32
Tarification des médicaments.....32
4. Contrôle de la gestion financière.....33
Méthodes et moyens de contrôle.....33
Suivi journalier des recettes.....33
Rapport financier.....33
Réunion mensuelle de planification.....34
Cahier de gestion des MI.....35

ABRÉVIATIONS

AC :	Acteurs Communautaires (ASC, matrones, relais, membres des comités de santé)
ACT :	Artemisinine Combined Treatment
ADC :	Agent de développement communautaire (personnel de terrain du projet santé communautaire)
AID :	Aspersion intra domiciliaire
ASC	Agent de santé communautaire (bénévole)
Cp :	Comprimé
C.C :	Cuillérée à café
FE :	Femme enceinte
GM :	Grand-mère
ICP :	Infirmier Chef de Poste
MCD :	Médecin Chef de District
MSPM :	Ministère de la santé et de la Prévention Médicale
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue durée d'action
MI :	Moustiquaire Imprégnée
ONG :	Organisation Non gouvernementale
PS :	Poste de Santé
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
SF :	Sage-femme
SP	Sulfadoxine Pyrimethamine
TDR	Test de diagnostic Rapide pour le paludisme
TPI:	Traitement Préventif Intermittent (femme enceinte)

SIGNIFICATION DES IMAGES ET SYMBOLES

Image	Description	Signification
	Un couple avec un enfant descendu d'une voiture ou d'une charrette qui court vers un poste de santé.	**Référence**
	Une main posée sur le front d'un enfant	**Fièvre**
	Des yeux jaunes	**Yeux jaunes (Ictère)**
	Un enfant qui boit et l'eau dégouline de sa bouche.	**Refus de boire ou de manger**
	Un enfant qui urine, les urines sont jaunes	**Urines foncées**
	Enfant couché, les 4 membres écartés	**léthargie**
	Un enfant couché, une bave sort de sa bouche	**Convulsions**
	Main ouverte qui tourne	**demander**
	Deux palissades circulaires (haies)	**Protection (se protéger de quelque chose ou protéger quelqu'un ...)**
	Main posée sur un front + Une main qui porte un comprimé à la bouche	**Traitement précoce des cas de fièvre**
	Femme enceinte couchée sur une table de consultation	**Consultation prénatale**
	Un groupe de personnes qui écoute un animateur assis à côté d' une boite à images	**Causerie**

Image	Description	Signification
	Une femme qui parle activement à une autre femme	**Entrevue / entretien**
	Un ou plusieurs soleils au dessus d'une image	**Un soleil = 1 jour**
	Une femme qui trempe une moustiquaire dans une bassine de liquide.	**Imprégnation/ré imprégnation de moustiquaire**
	Une main qui reçoit d'une autre main de l'argent + une main qui reçoit d'une autre main un paquet.	**Acheter (transaction commerciale) Coût de.....**
	Un homme habillé d'une blouse de protection, un masque au visage qui asperge un mur d'un produit au moyen d'une pompe qu'il porte sur le dos.	**Aspersion intra domiciliaire (AID)**
	Une femme assise qui pointe un doigt au dessus duquel brille un soleil avec des rayons qui pointent sur des éléments.	**Clarifier un sujet ou éclairer une personne ou un groupe sur un sujet (IEC/CCC)**
	Groupe de personnes qui débroussaillent et ratissent des herbes.	**Hygiène du milieu "set sétal "**

AGENDA

DATE/JOUR	HORAIRE	THÈME	FACILITATEUR/ FORMATEUR
J1	9h 30 à 10h 30	**Ouverture** **Présentation des participants** **Aspects organisationnels**	
	10h30 à 10 h 45	**Présentation de l'agenda**	
	10h 45 à 11h 45	**Informations générales sur le paludisme** - Ampleur et gravité - Mode de transmission - Signes du paludisme simple - Signes de gravité du paludisme	
	11h 45 à 12h 00	Pause santé	
	12h 30 à 13h	**Prise en charge du paludisme avec des ACT:** - Cas à référer au poste de santé et cas à traiter à la case - Formes et présentation de l'ACT - Effets secondaires de l'ACT	
	13 h à 14 h	**Administration de l'ACT**	
	14h à 15h	Pause Repas	
	15 h à 17 h	**Stratégies de prévention du paludisme :** - les différentes stratégies - Informations pour le traitement précoce des cas - TPI - MI - AID	
J2	9h 30 à 12h 30	**Gestion des ACT à la case**	
	12 h 30 à 12h 45	Pause santé	
	12 h 45 à 14h	**Gestion des ressources financières et matérielles de la case:** - Origine des ressources - Tâches de gestion - Tarification	
	14h à 15h	Pause Repas	
	15 h 16 h 30	**Gestion des ressources financières et matérielles de la case (suite):** - Contrôle de la gestion	
	16h 30 à 17 h	**Évaluation** **Clôture**	

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE

Programme santé

PROGRAMME SANTE COMMUNAUTAIRE

Mise en ouvre par :

CCF

Aficare

---------o--------

FICHE D'EVALUATION DU STAGE DE L'ASC/MATRONE

I- INTRODUCTION:

L'étape de stage est une phase déterminante dans le processus de formation des ASC/matrones. Elle consolide, opérationnalise et renforce les notions et pratiques acquises au cours de la formation théorique. Le stage cible des compétences qui doivent être renforcées à travers des activités bien définies.

La présente grille d'évaluation est articulée aux objectifs du stage. Les informations notées sur ce support constituent la base sur laquelle sera fondé le suivi post formation. Elles devraient permettre, dans le cadre de l'accompagnement et de la supervision qualitative, de cibler en priorité, pour chaque acteur communautaire, le ou les domaines dans lesquels il est le moins performant .Pour toutes ces raisons, il est important de bien remplir ce support.

La grille d'évaluation devrait toujours être à portée de main de l'encadreur qui doit l'exploiter régulièrement (au jour le jour) pour évaluer, suivre les progrès de chaque stagiaire et orienter ses activités afin qu'elles soient adaptées aux objectifs. La grille d'évaluation peut être utilisée pour encadrer le stage de l'ASC/Matrone ou pour le suivi post formation et la supervision

II- REMPLISSAGE DE LA GRILLE D'EVALUATION :

Analysez bien les situations d'apprentissage pour chaque activité menée par chaque stagiaire, avant de remplir la grille. Ceci permettrait de formuler une conclusion pertinente sur laquelle pourrait se fonder objectivement un accompagnement ou une supervision.

Le remplissage de la grille se fait par situation. Pour chaque activité ciblée par la grille d'évaluation, le stagiaire doit être évalué dans 3 situations. Chaque situation est évaluée comme suit :

1 = Pas du tout satisfaisant
2 = Satisfaisant
3 = Très satisfaisant

II- IDENTIFICATION

Lieu de stage:.....

1.2 Personne responsable de l'encadrement :

Nom et prénom..... Fonction :.....

1.3. Stagiaire :

Nom et prénom..... Sexe.....âge..... Niveau d'instruction .....

Marié ◻ Célibataire ◻ Divorcé ◻ Nombre d'enfants.....Adresse.....

Case de santé :.....Poste de santé de référence : .....Période du stage :.....

III- EVALUATION

PRISE EN CHARGE DU PALUDISME

Critères d'évaluation :	Niveau de performance									Observations
	Mise en situation N°1			Mise en situation N°2			Mise en situation N°3			
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
1. A examiné au moins 10 enfants qui ont une fièvre										
2. Recherche bien les signes de danger										
3. Propose une prise en charge correcte										
4. Explique bien la Posologie de l'ACT										
5. Explique bien les éléments de suivi d'un enfant qui a une fièvre										
6. Reporte bien sur le registre les informations concernant le paludisme										

Conclusion : Le stagiaire est :

1. ☐ **Capable** de prendre en charge de manière autonome un cas de paludisme et de reporter les informations
2. ☐ **A besoin d'être accompagné** sur les aspects suivants :.....

.....

3. ☐ **A besoin d'un accompagnement intensif et rapproché**

SUIVI SUPERVISION

Dates	Observations

Sous Module I : INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE PALUDISME

Objectifs	Méthodes	Matériel et Supports	Durée
1. Informer les populations sur l'ampleur, la gravité, le mode de transmission et les méthodes de prévention du paludisme.	- Brainstorming - Démonstration - Simulation - Discussions	- Guide du formateur; - Guide du participant; - Flipchart et marqueurs.	Total: **1heure**

DEROULEMENT

1 : AMPLEUR ET GRAVITE DU PALUDISME

Quelles sont les maladies les plus fréquentes dans nos communautés?
Faire ressortir l'importance du paludisme parmi les maladies citées
Quel est le groupe d'âge le plus atteint par cette maladie ?
Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes
Le paludisme a-t-il des répercussions sur les moyens de subsistance des familles et les richesses d'un pays ? Justifier ?
Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

- Au Sénégal, le paludisme est la maladie de l'enfant la plus fréquente. De toutes les maladies, elle est celle qui tue le plus grand nombre d'enfants de moins de 5 ans.
- Le paludisme associé à la grossesse est très dangereux. Il fait courir de graves risques à la mère et à l'enfant.
- Le paludisme est très dangereux pour les personnes qui viennent des pays où le paludisme n'existe pas.
- Les cas de paludisme sont plus nombreux pendant l'hivernage et la période des récoltes. Il diminue le rendement des travailleurs et réduit ainsi les moyens de subsistance des familles et l'économie du pays.

Pour évaluer, demander:

- Le paludisme est-il une maladie grave?
- Quel est le groupe d'âge le plus atteint par le paludisme?
- Le paludisme a-t-il des répercussions sur les moyens de subsistance?
- Quelles sont les répercussions du paludisme sur les moyens de subsistance?

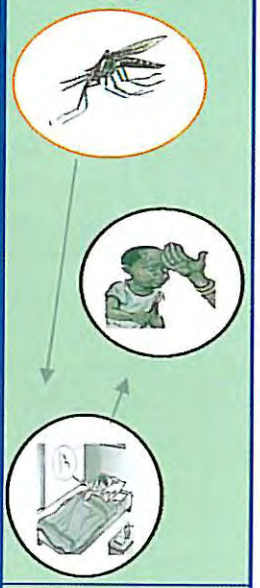
2 : CAUSE ET MODE DE TRANSMISSION DU PALUDISME :

Qu'est ce qui cause le paludisme ?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Demander à un participant d'expliquer et interpréter le schéma N°1
Demander aux autres participants de compléter les explications données.

N° 1



Synthèse

- Le parasite ou « la semence » responsable du paludisme vit dans le sang d'un homme malade ou dans l'organisme de la femelle d'un moustique appelé anophèle qui a déjà piqué un homme malade.
- L'anophèle transporte le parasite (la semence) du paludisme en piquant un homme malade et en allant ensuite piquer un homme sain. Le parasite semé va se multiplier au fil des jours et donner la maladie. Le corps chaud est un signe principal du paludisme.

Pour évaluer, demander : Comment se transmet le paludisme ?

3. SIGNES DU PALUDISME SIMPLE:

Comment reconnaît-on une personne qui est malade du paludisme ?

Noter toutes les réponses

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

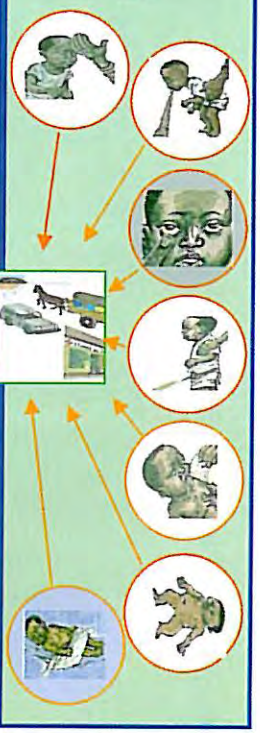
- Il existe deux formes de paludisme : le paludisme simple et le paludisme grave.
- **Le paludisme simple se manifeste au début par** :
  - Le corps chaud plus marqué le soir;
  - des frissons et des sueurs;
  - des maux de tête;
  - des douleurs au dos et aux articulations;
- **Le paludisme simple peut être soigné à la case de santé.**

4. SIGNES DE GRAVITÉ DU PALUDISME:

De mander à 1 participant d'interpréter les images N° 2
Demander aux autres participants de compléter les explications données.

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

N°2



Les signes qui montrent qu'un paludisme est devenu grave sont :

- le corps très chaud (39°5 ou plus);
- les vomissements répétés;
- les yeux jaunes;
- les urines rares, concentrées ou absentes;
- L'incapacité de téter, de boire ou de manger;
- la léthargie;
- les convulsions récentes;.
- **La présence d'un seul de ces signes signifie que le paludisme est grave. Une personne qui présente un seul de ces signes de gravité doit être immédiatement référée au Poste de santé.**

Demander à 2 participants d'énumérer les signes de gravité du paludisme en se référant aux illustrations

Pour évaluer, demander: Quels sont les signes du paludisme? Quels sont les signes qui montrent que le paludisme est devenu grave ?

♦ **Le corps chaud :**

Qu'est ce qui explique le corps chaud ?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

- Le corps chaud (fièvre) traduit souvent la présence dans l'organisme de l'homme d'un germe, « la semence » d'une maladie.
- Le corps chaud traduit la conséquence de la bagarre entre les soldats du corps (globules blancs) qui sont dans le sang et les parasites responsables de la maladie. Plus la bataille est intense, plus le corps est chaud et les chances des soldats du corps de gagner la bataille diminuent.

Comment reconnaître un corps chaud ?

Renforcer les bonnes réponses

Corriger avec tact les réponses incorrectes

Demander à un participant d'interpréter les images N° 3 et N° 4

Synthèse

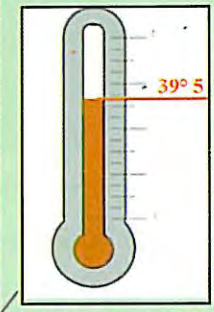
Pour savoir si le corps d'une personne est chaud, il faut appliquer l'une des méthodes suivantes :

- Prendre la température, à l'aide d'un thermomètre de préférence;
- Demander si le corps est chaud
- Toucher le front du malade avec le dos de la main.
- Si la température est inférieure à 39° 5 sans signe de gravité, traiter à la case;
- Si la température est supérieure ou égale à 39° 5, sans signe de gravité référer.

N° 3

Techniques de recherche de la fièvre

N° 4



Référence des cas de fièvre à 39°5 ou +

Pour évaluer, demander:

- Qu'est ce qui explique le corps chaud?
- Quelles sont les trois méthodes qui sont utilisées pour identifier un corps chaud?
- A partir de quelle température une personne doit être référée?
- A partir de quelle température le corps chaud est référé?

Jeu de rôle: causerie sur les causes, modes de transmission et signes du paludisme:

- Un participant joue le rôle d'ASC/Matrone ou Relais
- Cinq participants jouent le rôle de membres de la communauté
- L'ASC/matrone ou le Relais doit informer le groupe sur les causes du Paludisme, ses modes de transmission, les signes d'un paludisme simple et les signes de gravité du paludisme.
- A la fin de la simulation les autres participants donnent leurs avis sur le contenu et la manière dont la causerie à été conduite.

Sous Module II : PRISE EN CHARGE DU PALUDISME AVEC DE L'ACT

Objectifs	Méthodes	Matériel et Supports	Durée
1. Prendre en charge les différentes formes de paludisme dans le respect des normes et protocoles du MSP.	- Brainstorming - Demonstration - Simulation - Travaux de groupes - Discussions	- Guide du formateur; - Guide du participant; - Flipchart et marqueurs. - Boites d'ACT (différentes formes et présentations) - Thermomètre	Total: **1h 30**

DÉROULEMENT

1. CAS À RÉFÉRER ET CAS À TRAITER À LA CASE :

Est-ce que tous les cas de paludisme peuvent être traités à la case par vous les ASC/matrones?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

- Les cas graves, (c.-à-d., les cas avec au moins un seul signe de gravité) doivent être référés très vite au poste de santé.
- Seuls les cas simples de paludisme peuvent être soignés à la case.
- Les enfants de moins de 2 mois et les femmes enceintes doivent être tous référés même s'il ne présentent pas un signe de gravité.

2. MÉDICAMENTS À UTILISER POUR LE TRAITEMENT DE PALUDISME SIMPLE :

Avec quel médicament peut-on soigner un cas simple de paludisme à la case ?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

- La chloroquine n'est plus efficace contre le paludisme dans notre pays.
- Maintenant, le paludisme de l'enfant et de l'adulte se soignent avec un médicament qui s'appelle ACT. L'ACT est une combinaison de 2 médicaments : Artésunate + Amodiaquine. Cette combinaison est plus efficace et protège contre les résistances.

♦ Forme et Présentation de l'ACT(le nouveau médicament contre le paludisme)

Faire un exposé pour expliquer la forme et la présentation de l'ACT

Synthèse

- Le nouveau médicament ACT est présenté sous forme de comprimés dans des plaquettes.
- Les plaquettes comprennent des comprimés jaunes et des comprimés blancs :
- Les plaquettes sont divisées en trois parties.
- Chaque partie est composée de comprimés blancs et de comprimés jaunes.
- Chaque partie représente le traitement d'une journée.

N°5

Plaquette adulte

Plaquette 7-13 ans

Plaquette de 2 mois à 6ans

Exercice: Identification des différents types de plaquettes d'ACT:

- Montrer les trois types de plaquettes l'une après l'autre.
- Remettre un échantillon des trois types de plaquettes à chacun des participants.
- Préciser pour chaque plaquette la tranche d'âge et la couleur.
- Demander à un participant de prendre la plaquette adulte, de décrire la couleur des comprimés, comment les comprimés sont rangés et de compter le nombre de comprimés contenus dans la plaquette.
- Demander à un autre participant de faire le même exercice avec la plaquette adolescent
- Demander à un 3e participant de faire le même exercice avec la plaquette enfant
- Demander à un 4e participant d'expliquer les images N° 5

Pour évaluer, demander:

- De montrer, main levée, successivement une plaquette pour adulte, une plaquette pour enfant de 7 à 13ans et une pour les enfants de 1 à 6ans .
- Comment reconnaître une plaquette adulte?
- Comment reconnaître une plaquette adolescent ?
- Comment reconnaître une plaquette enfant ?

3. ADMINISTRATION DE L'ACT (cas de paludisme simple):

Demander à un participant d'expliquer le schéma N° 6

Demander aux autres participants de compléter ou corriger

Compléter et faire la synthèse

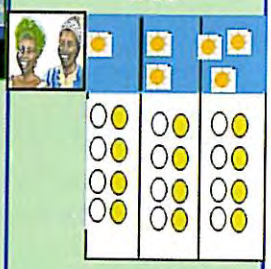
	J1		J2		J3	
	Amodia	Arté	Amodia	Arté	Amodia	Arté
Adulte	4	4	4	4	4	4
7 à 13 ans	2	2	2	2	2	2
1 à 6ans	1Cp	1Cp	1Cp	1Cp	1Cp	1Cp
2 à 11 mois	1/2Cp	1/2Cp	1/2Cp	1/2Cp	1/2Cp	1/2Cp

Les comprimés jaunes et blancs doivent être pris en même temps, à la même heure, après un repas de préférence

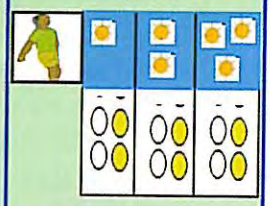
Pour évaluer, demander:

- À deux participants de reprendre la synthèse en regardant le schéma
- À trois autres participants d'expliquer les doses et les prises par âge sans regarder le schéma thérapeutique.

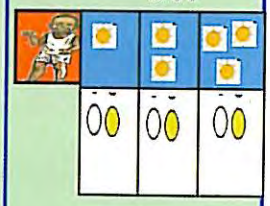
N°6 a



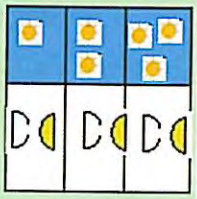
N°6 b



N°6 c



N°6 d



4. EFFETS INDÉSIRABLES DE L'ACT:

N° 7

Exposé

Tous les médicaments ont des effets indésirables. L'ACT a des effets secondaires mineurs :

- Nausées
- Vomissements
- Diarrhée
- Léthargie
- Démangeaisons

♦L'ASC doit demander aux malades de lui signaler les effets indésirables.

♦Les effets indésirables sont le plus souvent passagers, l'ASC doit insister pour que le traitement soit poursuivi. Si ce n'est pas possible, référer au poste de santé .

Demander à un participant d'interpréter les images N° 7

Renforcer, corriger et compléter

Pour évaluer demander:

- Quels sont les effets indésirables des ACT?
- Que doit faire l'ASC face à un malade qui présente des effets indésirables

5. ADMINISTRATION DE PARACÉTAMOL (UN MÉDICAMENT CONTRE LA FIÈVRE) :

- Pour lutter contre la fièvre on peut donner du paracétamol en plus de l'ACT et appliquer un enveloppement froid (envelopper le corps du malade avec un linge propre mouillé.)
- Si le linge devient sec, il faut le mouiller à nouveau et réenvelopper le malade.

Le paracétamol s'administre comme suit:

- **2 à 11 mois** 1/2 cp matin et soir pendant 3 jours ;
- **1 à 6 ans** : 1 cp chaque jour pendant 3 jours ou 1/2 comprimé matin et soir pendant 3 jours;
- **7 à 13 ans** : 1cp matin et soir pendant 3 jours;
- **Adulte**: 2 cp matin et soir pendant 3 jours.

Exercice: Administration de l'ACT:

- Répartir les participants en groupes de 6 personnes
- Demander aux groupes de traiter pendant 10 minutes l'exercice suivant:
- **Vous êtes ASC/matrone de la case de santé de votre village vous recevez les 4 cas de malades suivants:**

  1e cas: Doudou âgé de 7 ans il présente une fièvre plus marquée le soir, des nausées et des courbatures Il à une fièvre à 39°

  2e cas: Fatou est âgée de 1 mois et 1/2 , elle présente une forte fièvre le soir. Elle ne présente aucun signe de danger

  3e cas: Ndéou est une femme enceinte elle à une fièvre marquée le soir, des nausées, des courbatures et des maux de tête sa température est à 38° 5

  4e cas: Jean est âgé de 6 mois il présente une fièvre + frissons et sueurs , des courbatures :
- Expliquer comment prendre en charge chacun des 4 cas.
- À la fin de l'exercice demander à deux groupes de présenter les résultats de leurs travaux.
- Les membres des autres groupes posent des questions, discutent les résultats présentés et corrigent leur exercice.

Sous Module III: STRATÉGIES DE PRÉVENTION DU PALUDISME

Objectifs	Méthodes	Matériel et Supports	Durée
1. Informer les populations sur les différentes stratégies de prévention du paludisme.	- Brainstorming - Exposé - Simulation	- Guide du formateur; - Guide du participant; - Flipchart et marqueurs. - Matériel de démonstration pour l'Imprégnation des moustiquaires ;	Total: **1h 45**

DÉROULEMENT

1. LES DIFFÉRENTES STRATÉGIES DE PRÉVENTION DU PALUDISME

Quelles sont les stratégies qu'on peut utiliser au niveau communautaire pour prévenir le paludisme ?

Renforcer les bonnes réponses , corriger avec tact les réponses incorrectes

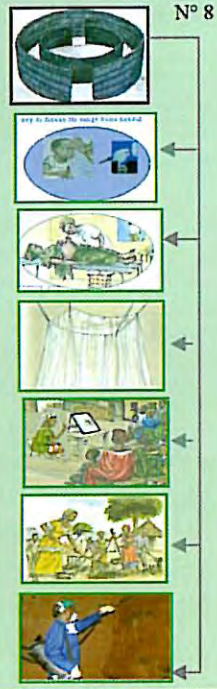
Demander à un participant d'interpréter les images N° 8 :

La prévention du paludisme dans nos communautés repose sur 7 stratégies:

- Le diagnostic et le traitement précoce des cas;
- La mobilisation des membres de la communauté pour lutter contre le paludisme;
- La protection des femmes enceintes;
- Le dépistage et la référence précoce des cas graves
- L'utilisation des moustiquaires imprégnées;
- L'hygiène et l'assainissement;
- L'aspersion intra domiciliaire.

Pour évaluer : Demander à un participant d'énumérer les stratégies de prévention du paludisme ?

N° 8



2. TRAITEMENT PRÉCOCE DES CAS DE PALUDISME :

Que doivent faire les acteurs communautaires pour que les cas de paludisme simple soient traités précocement ?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Demander d'interpréter les images N° 9

Pour le traitement précoce des cas de paludisme, les acteurs communautaires (ASC, matrone, Relais et comité de santé) doivent :

- Rendre disponible et accessible l'ACT;
- Apprendre à tous les membres de la communauté, en particulier aux mères, à reconnaître les signes du paludisme simple et les signes de gravité du paludisme et à référer les cas graves.
- Demander aux membres de la communauté de se faire soigner à la case dès qu'ils ont le corps chaud.

N° 9

3. MOBILISATION DES MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ

Demander à un des participants de répondre aux question suivantes:

Quelles sont les étapes à suivre pour mobiliser les membres de votre communauté pour lutter contre le paludisme ?
Demander aux autres participants de compléter ou corriger les réponses

A chaque étape quelles sont les personnes a impliquer?
Demander aux autres participants de compléter ou corriger les réponses

A chaque étape que ferez-vous? Que leur direz- vous ?
Demander aux autres participants de compléter ou corriger les réponses

Pour mobiliser les membres d'une communauté, l'acteur communautaire doit suivre les étapes suivantes:
- Faire un plaidoyer auprès des leaders;
- Organiser des causeries dans tous les quartiers ou villages
- Organiser une mobilisation sociale dans les différents quartiers ou villages.

Le plaidoyer pour la lutte contre le paludisme

Jeu de rôle: Plaidoyer pour la vulgarisation des stratégies de lutte contre le paludisme
Demander à un participant de jouer le rôle d'ASC/Matrone ; un autre joue le rôle de chef de village ; un troisième joue le rôle de marabout ou de prêtre et un quatrième joue le rôle de guérisseur . Les autres participants jouent le rôle d'observateurs.
L'ASC/Matrone doit obtenir l'adhésion et l'appui des leaders pour mener des activités d'information et de sensibilisation pour la vulgarisation des stratégies de lutte contre le paludisme.
A la fin de la prestation les observateurs donnent leurs avis sur le contenu et la manière dont le plaidoyer à été conduit.

Un plaidoyer se passe comme suit:

Avant :
- choisir les personnes concernées, négocier la date, l'heure et le lieu, informer les participants, préparer le lieu et les documents si nécessaire.

Pendant :
- accueillir, installer et présenter les participants,
- faire présider la réunion par un des leaders,
- choisir un secrétaire de séance,
- Faire les salutations d'usage,
- expliquer clairement et avec respect l'objectif de la réunion, parler de façon audible,
- utiliser des mots simples, écouter activement,
- parler avec courtoisie, poser des questions ouvertes, susciter la participation.

Après :
- Faire la synthèse de la réunion et des décisions prises;
- Remercier les participants.

Causerie sur le paludisme

Jeu de rôle: Causerie sur les causes, signes de danger et les stratégies de prévention du Paludisme :

Un participant joue le rôle d'ASC, 5 autres participants jouent le rôle de membres de la communauté et le reste des participants joue le rôle d'observateurs;

L'ASC, en utilisant son manuel comme support, doit informer les membres de la communauté sur les causes du paludisme, les signes de danger et les stratégies de prévention du paludisme

A la fin de la prestation les observateurs donnent leurs avis sur le contenu et la manière dont la causerie a été conduite.

Une causerie sur le paludisme se passe comme suit:

- Saluer les participants, annoncer le thème,
- Animer le débat en posant les questions suivantes :
  - « le paludisme est-il une maladie importante ?
  - Quelle en est la cause ? Comment se transmet-il ?
  - Que faut-il faire pour prévenir le paludisme ?
  - Quels sont les signes de gravité? Que faut-il faire en présence d'une personne qui présente un seul signe de gravité?
- Recueillir les points de vue, renforcer les bonnes réponses, Corriger adroitement les réponses incorrectes et compléter
- Amener le groupe à faire la synthèse en mettant en exergue les points clés selon le thème
- Conclure et remercier les participants.

Pour évaluer demander:

- Quelles sont les étapes de la mobilisation communautaire?
- Quelle est la conduite pratique d'un plaidoyer?
- Quelle est la conduite pratique d'une causerie sur le paludisme?

3. PRÉVENTION DU PALUDISME DE LA FEMME ENCEINTE:

Les différentes méthodes de prévention :

Comment prévenir le paludisme chez la femme enceinte ?

Renforcer les bonnes réponses

Demander à un des participants d'expliquer les images N° 10

Corriger et compléter les explications et interprétations

N° 10

- Le paludisme menace la vie de la femme enceinte et de l'enfant qu'elle porte. C'est pourquoi il faut tout faire pour éviter à la femme enceinte de tomber malade du paludisme.
- L'ACT ne doit pas être utilisé pour la prévention ou le traitement du paludisme.
- La prévention du paludisme chez la femme enceinte repose sur deux stratégies :
  - Le traitement Préventif Intermittent (TPI) avec de la SP
  - L'utilisation de la moustiquaire imprégnée.

Pour évaluer : Demander pourquoi doit-on prévenir le paludisme de la femme enceinte ? Avec quels moyens ?

Administration de la SP

Demander à un des participants d'expliquer les images N° 11

Renforcer les bonnes explications et corriger avec tact les explications incorrectes

- Le Traitement Préventif Intermittent du Paludisme est administré à la femme enceinte en deux prises :
- La première prise est administrée sous supervision au cours du deuxième trimestre de la grossesse (4ᵉmois) quand l'enfant commence à bouger;
- La deuxième prise est administrée au cours du 3e trimestre (au 7e mois.)
- Les 2 prises doivent être séparées d'au moins 1 mois.

Pour évaluer : Demander Quand , Comment et Où la femme enceinte doit-elle prendre le Traitement Préventif Intermittent ?

N°11

4. LA MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE:

C'est quoi la moustiquaire imprégnée ?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Demander à un des participants d'expliquer les images N° 12

Corriger les explications et interprétation

- La MI est une moustiquaire qui protège contre les piqûres des moustiques et tue les moustiques qui se posent sur sa surface. Son action insecticide est due au produit avec lequel elle a été imprégnée.
- Il existe plusieurs types de moustiquaires :
  - Grande taille : circulaire et rectangulaire;
  - Petite taille : circulaire et rectangulaire.

N° 12

Projection de film : ***les femmes enceintes de Thiès font l'éloge de la MI***

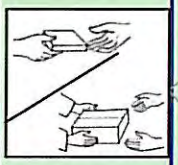
Demander aux participants de reprendre la chanson pendant 2 minutes. S'il n y a pas de film demander d'improviser ou préparer une chanson sur le paludisme pour le lendemain.

Coût de la Moustiquaire Imprégnée :

Combien coûte une moustiquaire imprégnée ?

correctes

- Au Sénégal, depuis 2002, la moustiquaire imprégnée est subventionnée . .
- USAID et le PNLP subventionnent les moustiquaires Imprégnées Longue Durée d'Action (MILDA);
- Le prix actuel de la MI est au tour de 1500F pour la Moustiquaire circulaire et 1000F pour la moustiquaire rectangulaire.



N°13

Demander à un des participants d'expliquer les images N° 13

Lieux d'offre des MILDA subventionnées:

Où est ce que, les Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) Subventionnées sont-elles offertes ?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Les MILDA subventionnées sont vendues par les comités de santé au niveau des:

- Centres de Santé ;
- Postes de Santé;
- Cases de Santé;
- Elles peuvent aussi être vendues par les OCB.

Personnes bénéficiaires des MILDA subventionnées :----------

Qui peut bénéficier de la distribution des MILDA

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Les personnes ciblées par la vente des MILDA subventionnées sont:

- ***Les femmes enceintes*** qui viennent pour la première fois en CPN ou qui n'avaient pas encore bénéficié de MILDA
- ***Les enfants de moins de 5 ans*** au cours des vaccinations , des séances de pesées, consultations et hospitalisations et qui n'ont pas encore bénéficié de MILDA.

Comment obtenir une MILDA subventionnée:----------

Comment obtenir une MILDA subventionnée?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

- La distribution des MILDA est basée sur le système de coupon
- Les coupons sont détenus par les ICP et les Sages-femmes.
- Les coupons sont remis aux femmes enceintes ou aux parents des enfants 0-5ans, lors des CPN, vaccinations et consultations.
- Ils seront changés contre une moustiquaire en payant la différence à la case, au poste ou au centre de santé.

Pour évaluer: Qu'est ce qu'une moustiquaire imprégnée ? Combien coûte une MILDA subventionnée ? Où peut-on se procurer une MILDA? Quelles sont les personnes qui peuvent bénéficier d'une MILDA? Comment faire pour acquérir une MILDA?

Imprégnation / ré imprégnation de la Moustiquaire :----------

Pourquoi réimprégner une moustiquaire?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

- Une moustiquaire est réimprégnée parce que le produit utilisé devient inefficace après un certain temps et ne tue plus les moustiques.
- Il faut réimprégner la moustiquaire pour qu'elle reste efficace.

Après quelle durée d'utilisation faut-il réimprégner une MI?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

- Le temps que met le produit à ne plus être efficace est variable selon les modèles:
- Une MILDA reste efficace pendant 4 ans ou 20 lavages;
- Les autres MI qui ne sont pas des MILDA doivent être ré imprégnées tous les 6mois.

Matériel et technique pour réimprégner d'une moustiquaire----------

Projection de film ou simulation :

Projeter le film sur la technique d'imprégnation ou demander à un participant comment on réimprègne une moustiquaire

À la fin de la projection ou des explications, demander aux participants de poser des questions ou de faire des commentaires.

Répondre aux questions et renforcer les commentaires corrects.

Le matériel d'imprégnation: ----------

Demander à un participant de citer le matériel nécessaire pour l'imprégnation d'une moustiquaire en se basant sur les images N° 14

Demander aux autres de corriger ou de compléter la liste.

Le matériel d'imprégnation d'une moustiquaire comprend :

- 1 bassine vide;
- 1 pot contenant de l'eau;
- 1 paire de gants;
- 1 sachet d'agent agglomérant;
- 1 sachet contenant 1 comprimé de KAOTAB

N°14

Pour évaluer demander:

- Pourquoi la réimprégnation des moustiquaires?
- Après quelle durée d'utilisation faut-il réimprégner une moustiquaire?
- Quel est le matériel nécessaire pour faire une réimprégnation

Technique de ré imprégnation:----------

Démonstration :

Demander à un des participants de réunir le matériel et d'imprégner une moustiquaire

À la fin de la démonstration, demander aux autres participants de faire des observations sur la prestation.

- La moustiquaire à imprégner doit être en matière synthétique.
- S'il s'agit d'une réimprégnation, laver la moustiquaire et laisser sécher avant de réimprégner .

L'imprégnation proprement dite compte 11 étapes:

- Mettre des gants ;
- Mesurer l'eau avec le sachet jusqu'au trait;
- Verser le volume d'eau mesuré dans la bassine;
- Ouvrir le sachet contenant le produit et verser le contenu dans l'eau;
- Ajouter la tablette au mélange;
- Agiter l'eau jusqu'à ce que la pilule soit complètement dissoute;
- Tremper complètement la moustiquaire dans la solution pendant au moins 2 minutes;
- Retirer la Moustiquaire et laisser égoutter l'excédent de liquide;
- Placer la moustiquaire à l'ombre et à plat, sur une surface non absorbante pour la faire sécher;
- Verser le reste de la solution dans un trou creusé dans le sol et recouvrir de terre;
- jeter les gants et l'emballage dans la fosse d'une latrine;

N° 15
Teclunique de ré imprégnation

Demander à un participant d'interpréter l'image N° 15

Démonstration :

Demander à un autre des participants de reprendre la démonstration en se référant aux images de son manuel.

Pour évaluer demander :

- Quelles sont les étapes d'une imprégnation de moustiquaire?
- Demander à un participant d'énumérer les 3 premières étapes
- Demander à un autre participant d'énumérer les 3 étapes suivantes
- Demander la même chose à un 3e et 4e participant.

Précautions à prendre pour éviter la contamination par le produit :

Quelles sont les précautions à prendre pour éviter la contamination avec le produit

Renforcer les bonnes réponses, corriger avec tact les réponses incorrectes

- Manipuler le sachet et le comprimé avec soin car le produit peut être dangereux pour l'homme si on l'avale. Il est dangereux pour les animaux vivant dans l'eau.;
- Porter des gants lors de l'imprégnation;
- Ne pas manger, boire ou fumer durant l'opération d'imprégnation;
- Laisser complètement sécher la moustiquaire avant de l'utiliser;
- Eviter le contact du produit avec les marigots, rivières, fleuves, plans d'eau;
- Eviter le contact du produit avec les sources d'eau potable (puits, canaris…);
- Eviter le contact du produit avec les aliments et les ustensiles de cuisine;
- Détruire et se débarrasser de tous les emballages; Vides ; **ne jamais les réutiliser** ;
- Ne pas verser les eaux de lavage dans les cours d'eau.

Précautions à prendre en cas de contact avec le produit :

Que faut-il faire en cas de contact avec le produit?

Renforcer les bonnes réponses,
Corriger avec tact les réponses incorrectes

- En cas de contact du produit avec la peau : Se déshabiller et se laver avec du savon.
- En cas de contact avec les yeux : se laver les yeux avec beaucoup d'eau et du savon pendant 15 minutes.

Pour évaluer demander:

- Quelles sont les précautions à prendre pour éviter la contamination par le produit utilisé pour l'imprégnation des moustiquaires
- Quelles sont les précautions à prendre en cas de contact du produit avec la peau?
- Quelles sont les précautions à prendre en cas de contact du produit avec les yeux?

5. L'ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE (AID)

N° 16

C'est quoi? ----------

Qu'est ce qui a déjà vécu ou entendu parler de l'AID ?
Comment est-ce que ça se passe ?
Renforcer les bonnes réponses
Corriger avec tact les réponses incorrectes

Demander à un des participants d'expliquer et d'interpréter l'image N° 16
Corriger compléter et faire la synthèse

Synthèse

- L'AID consiste à pulvériser l'intérieur des chambres avec un insecticide efficace et durable (2 à 4 mois) pour lutter contre la prolifération des anophèles dans les habitations.
- Le produit utilisé pour l'AI D est voisin de celui utilisé pour l'imprégnation des moustiquaires.
- En plus des anophèles, il est efficace contre les cafards, les tiques, les puces, les mouches et les larves

Effets secondaires du produit :----------

A votre avis le produit utilisé a-t-il des effets secondaires ? Lesquels ?
Renforcer les bonnes réponses
Corriger avec tact les réponses incorrectes

- Le produit n'est pas dangereux si les populations respectent les conseils donnés.
- Le produit est toxique s'il est respiré dans l'heure qui suit son application.
- Il est nocif s'il est avalé

En contact direct avec la peau, il peut causer :

- des irritations des yeux et de la peau
- des démangeaisons
- un engourdissement temporaire

AID et utilisation de la moustiquaire imprégnée:----------

Est-ce que l'AID dispense ou ne dispense pas de l'utilisation des MI ? Pourquoi?
Susciter les discussions autour des réponses données
Demander à un des participants d'expliquer et d'interpréter l'image N°17
Corriger compléter et faire la synthèse

N° 17

La MI doit continuer à être utilisée parce que:

- L'AID tue les moustiques qui se posent sur les murs (anophèles).
- La moustiquaire empêche toutes les moustiques qui rentrent directement dans la chambre de piquer la personne qui dort sous MI.

Pour évaluer demander:

- Qu'est ce que l'AID ?
- Quel est le produit utilisé pour l'AID
- Le produit utilisé est-il toxique?
- Quand est ce que le produit est-il nocif?
- Quels sont les effets secondaires en cas de contact?
- L'AID dispense-t-il de l'utilisation de la MI? Pourquoi?

AID et autres stratégies de prévention du paludisme

N° 18

Est-il utile de poursuivre les autres stratégies de prévention du paludisme après l'AID ? Pourquoi?

Susciter les discussions au tour des réponses données

Demander à un des participants d'expliquer et d'interpréter l'image N°18

Corriger compléter et faire la synthèse

- Après l'aspersion intra domiciliaire, toutes les stratégies de prévention du paludisme seront poursuivies.
- la Moustiquaire Imprégnée doit être utilisée parce qu'elle renforce l'efficacité de l'AID ;
- le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte doit être poursuivi,
- le traitement précoce des cas simples au niveau de la case doit être poursuivi,
- La reconnaissance des signes de gravité pour une recherche précoce de soins doit être poursuivie,
- La mobilisation des communautés pour des activités d'hygiène et d'assainissement du milieu doit se poursuivre.

Rôles des Acteurs Communautaires au cours de l'AID

Quels sont les rôles des acteurs communautaires dans l'AID?

Renforcer les bonnes réponses

Corriger avec tact les réponses incorrectes

Les rôles des acteurs communautaires au cours de AID sont:

Avant l'AID

- informer les populations sur l'AID et les mesures à prendre avant, pendant et après l'AID;

Pendant l'AID

- rappeler les mesures à prendre le jour de l'AID et aider les familles à respecter les mesures prévues.

Après l'AID

- rappeler aux familles les mesures à prendre après l'AID
- Donner des explications claires pour lutter contre les rumeurs
- Les rôles des AC dans l'AID sont détaillés dans un

Pour évaluer demander:

- Les autres stratégies de prévention du paludisme seront-elles poursuivies après l'AID?
- Quels sont les principaux rôles des AC dans l'AID?

Sous Module IV: GESTION DES ACT À LA CASE

Objectifs	Méthodes	Matériel et Supports	Durée
1. Décrire le processus d'acquisition des ACT; 2. Décrire les méthodes de conservation des ACT; 3.Décrire les méthodes et procédures d'une bonne dispensation des ACT; 4. remplir les outils de gestion des ACT	- Brainstorming -Exposé - jeu de rôle -exercice	- Manuel du participant - Flipchart et marqueurs - modèles de fiche de stock - 3 boites d'ACT (différentes) présentations)	Total : 2h

DÉROULEMENT

1. TACHES DE GESTION DES ACT

Quelles sont les tâches de gestion des ACT?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Les tâches rattachées de gestion des ACT sont au nombre de 3:
- Acquisition des ACT
- Stockage et conservation des ACT;
- Dispensation des ACT.

2. ACQUISITION DES ACT

Comment faire pour acquérir des ACT ?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Pour acquérir des ACT les acteurs de la case doivent:
- Procéder à un Inventaire Physique des ACT;
- Effectuer une commande .

♦ Inventaire physique:

Processus de l'inventaire :

Comment doivent faire les acteurs communautaires d'une case pour procéder à l'inventaire physique des ACT et de tous les médicaments?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

- Avant de faire une commande, les AC doivent procéder à un inventaire physique des ACT et de tous les autres médicaments.
- L'inventaire doit se faire une fois tous les mois.

L'inventaire physique consiste à:
- Identifier les produits périmés et les retirer du stock;
- Compter les articles (comprimés, flacons, ..) un par un
- Noter sur la fiche de stock la quantité comptée (en rouge) dans la colonne « stock disponible ».

Acteurs de l'inventaire physique

Quelles sont les personnes qui doivent procéder à l'inventaire physique des médicament ?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Par souci de transparence, l'inventaire des médicaments doit être fait par 3 acteurs communautaires:
- L'ASC/Matrone responsable du stock de médicaments;
- Le trésorier ou son adjoint;
- Le président du comité de santé ou son adjoint.

Intérêt de l'inventaire

Quels sont les intérêts ou avantages de l'inventaire?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

L'inventaire a 3 intérêts:
- Assurer le contrôle permanent des stocks
- Identifier les écarts entre les stocks théoriques et les stocks physiques (réels)
- Identifie les produits périmés

♦ Commande des ACT et autres médicaments

Processus de la commande

Comment doivent procéder les acteurs communautaires d'une case pour acheter des ACT et autres médicaments?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

- Les commandes doivent être mensuelles, à une période précise (entre le 1e et le 5 de chaque mois)
- Elles sont passées au niveau du poste de santé
- Elles doivent être faites après un inventaire physique.
- Une commande se fait en se basant sur la consommation antérieure, c'est-à-dire le calcul de:
  - la consommation moyenne mensuelle;
  - la quantité à commander

Acteurs de la commande

Quelles sont les personnes impliquées dans la commande des médicaments? Que doit faire chaque acteur?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

Les personnes impliquées dans la commande des médicaments sont:
- L'ASC/Matrone chargé de la gestion du stock : il doit remplir la fiche de commande et la signer
- Le président ou le vice-président du comité de santé qui doit aussi signer la commande
- Le trésorier qui doit remettre l'argent ou accompagner l'ASC au poste de santé pour l'achat des médicaments

Intérêts et avantages des commandes régulières

Quels sont les intérêts ou avantages de faire des commandes régulières?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

Les commandes régulières et bien faites ont les avantages suivants:
- Eviter des ruptures qui n'encouragent pas les malades à utiliser les services de la case;
- Diposer des médicaments qu'il faut quand il faut;
- Réduire les pertes liées à la péremption des médicaments.

Calcul de la consommation moyenne mensuelle (CMM)

Qu'est ce que la consommation moyenne mensuelle?
Faire un exposé pour expliquer

Exposé

- La consommation moyenne mensuelle d'un produit comme l'ACT est la quantité d'ACT que la structure de santé utilise durant un mois.

Comment faire le calcul de la CMM d'un produit?
Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

- La consommation moyenne mensuelle d'un produit comme l'ACT est calculée en faisant la moyenne de la consommation de ce produit au cours d'un trimestre.

Exemple :

La consommation en comprimés d'ACT pour adulte de la case Saré Foulbé se présente comme suit:

- Mois de janvier 100comprimés
- Mois de février 80 comprimés
- Mois de mars 120 comprimés

La consommation totale pour les 3 mois est de 100+ 80+ 120 = **300comprimés**
La consommation moyenne mensuelle égale à 300/3= **100comprimés**.

Exercice : Calcul de la CMM
Une case de santé a consommé en ACT enfant :

- Mois de janvier 100 plaquettes
- Mois de février 175 plaquettes
- Mois de mars 75 plaquettes

Calculer la CMM (résultat: 350 /3)

Calcul de la quantité à commander par mois (QAC)

Comment se fait le calcul de la QAC?

Exposé

- La quantité à commander par mois (QAC) est égale au double consommation moyenne mensuelle (CMM) de la case
- QAC= 2 X CMM

Donner l'exemple suivant sur l'ACT

- Quelle quantité d'ACT doit-on commander pour une case dont la CMM est de 50 plaquettes?
- La QAC = 2 X 50= 100 plaquettes

Faire la remarque suivante:

Exposé

- Au moment de la commande, si le stock restant après inventaire est inférieur à 2 X CMM, il faut faire la commande pour compléter.
- Au moment de la commande, si le stock restant est supérieur ou égal à 2 X CMM, il ne faut pas faire la commande du produit.

Le carnet de commande/ livraison

Tracer un modèle de fiche de stock sur un papier mural
Expliquer les différentes colonnes

District de……..
N° commande:…….. ……..Date ……..
Case de santé de :……
Commande effectuée à …….. Par……..
Commande approuvée par…….. Signature……..

N°	Nom du produit	Quantité		Prix unité		Prix total	
		Commandée	Livrée	Commandé	Livré	Commandé	Livré
					Total		

Somme reçue CFA……
Date livraison:…….. ……..
Prénom et nom et signature du gérant de dépôt:……..
Prénom et nom de l'agent de santé: ……..

Remplissage du carnet de commande livraison

Exercice : Calcul de la commande mensuelle et remplissage du carnet de commande/ livraison

Un participant joue le rôle d'ASC dépositaire, un autre le rôle du président du comité de santé, un troisième le joue le rôle de trésorier et un quatrième le rôle de chef de poste de santé

L'ASC doit effectuer une commande d'ACT et de paracétamol
La consommation moyenne mensuelle en ACT adultes est de 50 plaquettes
La consommation moyenne mensuelle en paracétamol est de 60 comprimés

L'ACT coûte 200 frs la plaquette et le paracétamol 5 frs le comprimé
L'ASC doit faire les calculs sur la feuille du padex
Remplir le modèle de fiche de commande/livraison
Faire approuver la commande par le président du comité de santé
Demander au trésorier de lui remettre la somme
Exécuter et faire signer la commande au chef de poste.

A la fin de l'exercice, demander aux autres participants de donner leurs avis sur la méthode de calcul, la procédure, le remplissage de la fiche de commande/ livraison et la procédure en générale.

Pour évaluer demander:
Quelles sont les tâches rattachées à la gestion des médicaments?
Comment se fait un inventaire physique ? Quand? Quel est l'intérêt?
Comment se fait une commande de médicament? Quand? Quel est l'intérêt de faire des commandes régulières?
Qu'est ce que la CMM? Comment se fait le calcul de la CMM?
Qu'est ce que la QAC? Comment se fait le calcul de la QAC?

3. STOCKAGE ET CONSERVATION DES ACT

♦ Tâches rattachées au stockage et conservation des ACT et autres médicaments

Quelles sont les tâches à exécuter pour bien conserver les médicaments?
Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Deux tâches sont rattachées à la conservation des médicaments:
- Le remplissage de la fiche de stock;
- La conservation des médicaments dans des conditions de sécurité.

♦ La fiche de stock

Tracer un modèle de fiche de stock sur un papier mural
Expliquer les différentes colonnes

Région..... **Article**...*Aspirine*..... **Unité:** *comprimé*
District **poste de santé** **case de santé**

Date	Origine du mouvement	Entrée	Sortie	Stock disponible	Pertes	Observation
5/7/07	Achat	225		225		
6/7/07	Vente		75	150		
9/7/07	Inventaire			135	15	périmés

♦ Remplissage de la fiche de stock

Simulation:
- Un participant joue le rôle d'ASC responsable du stock , un deuxième participant joue le rôle du trésorier et un troisième joue le rôle de vice-président.
- Les 3 acteurs doivent procéder à l'inventaire d'un stock de médicaments Comprenant : 1 boîte d'ACT enfant entamée périmée, 1 boîtes d'ACT adulte entamée, 1 boite d'ACT pour adolescent non entamée et 10 plaquettes d'ACT pour enfant
- Remettre 4 fiches de stock aux acteurs et leur demander de faire l'inventaire et de remplir les fiches de stock.
- A la fin de la prestation, demander aux autres participants de donner leurs avis sur la procédure et la manière dont les fiches ont été remplies.

♦ Lieu et conditions de stockage des ACT et autres médicaments.

Quelles sont les bonnes conditions de stockage des médicaments?
Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Le lieu de stockage doit être:
- Propre et bien entretenu (balayer et dépoussiérer tous les jours);
- Aéré et sec pour éviter d'exposer les médicaments à des températures élevées et à l'humidité;
- Sécurisé (fermé à clé) pour éviter les vols.

Sous Module V: DISPENSATION DES ACT

Objectifs	Méthodes	Matériel et Supports	Durée
1. Décrire les méthodes et procédures d'une bonne dispensation des ACT et autres médicaments	- Brainstorming -Exposé - jeu de rôle	- Guide du formateur - Guide du participant - Flipchart et marqueurs	Total : **35 mn**

DÉROULEMENT

1. CONDITIONS D'UNE BONNE DISPENSATION DES ACT ET AUTRES MÉDICAMENTS

Quand dit-on qu'un médicament comme les ACT est bien dispensé?

Exposé

L'ACT et tout autre médicament est bien dispensé si le malade reçoit:
- Le médicament correct (ACT);
- La quantité correcte d'ACT;
- Les informations correctes sur la manière de prendre les ACT.

2. TACHES DE DISPENSATION DES ACT ET AUTRES MÉDICAMENTS

Quelles sont les tâches rattachées à la dispensation des ACT et autres

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Les tâches rattachées à la dispensation des ACT sont au nombre de 4:
- Collecter les ACT;
- Compter les quantités nécessaires;
- Emballer la plaquette ;
- Étiqueter le médicament;
- Expliquer comment prendre les ACT;
- Surveiller les effets secondaires.

♦ Collecter des ACT et autres médicaments

A quoi consiste la collecte des ACT?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

La collecte des ACT consiste à sélectionner parmi les médicaments l'ACT qui est prescrit, c'est-à-dire celui qui correspond :
- Au nom du médicament (ACT)
- A la forme (comprimé)
- Au dosage (Enfant, adolescent, adulte)

Au moment de la collecte, il faut lire attentivement la prescription pour bien sélectionner l'ACT prescrit.

♦ Compter les ACT

Comment faire pour bien compter les médicaments ?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Pour bien compter les ACT et autres médicaments il faut:
- Compter avec des mains propres ou avec une cuillère;
- Compter la quantité nécessaire pour un traitement complet.

♦ Emballer et étiqueter les ACT et autres médicaments

Comment faire pour bien emballer et étiqueter les médicaments ?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Bien emballer et étiqueter un médicament consiste à :
- Mettre le médicament dans un sachet ou un papier propre;
- Inscrire sur le sachet ou le papier d'emballage le nom du médicament, la posologie et la durée du traitement.

Ceci n'est pas nécessaire pour les ACT qui sont déjà dans les plaquettes

♦ Expliquer

Que faut-il expliquer au cours de la dispensation d'un médicament?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

L'ASC/Matrone ou le relais doit expliquer clairement:
- La dose de médicament par prise (exp.:1 comprimé)
- Le nombre de fois par jour (2 fois : le matin et le soir)
- Le nombre de jours de traitement (pendant 3 jours)
- Les autres précautions : après un repas de préférence

Toujours s'assurer que le patient a bien compris en lui faisant répéter.

♦ Surveiller les effets secondaires

A quoi consiste la documentation des effets secondaires

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes
- Tous les médicaments ont des effets secondaires ou indésirables;
- Ces effets sont variables selon les médicaments et les individus;

Pour surveiller les effets secondaires l'ASC doit :
- Informer le malade des effets secondaires possibles au cours de la prise du médicament qui lui est prescrit;
- Rassurer le malade en expliquant que tout médicament a des effets secondaires variables;
- Demander au malade de ne pas arrêter le traitement à cause des effets indésirables mineurs (diarrhée, nausées, vomissements…)
- Demander au malade qui présente des effets secondaires de le lui signaler;
- Mentionner dans le registre les effets que présente le malade;
- Si les effets persistent ou s'aggravent, référer au poste de santé.

Jeu de rôle:

Un participant joue le rôle d'ASC, deux autres jouent le rôle de malades:
- Le premier est un adulte et souffre d'un paludisme;
- Le second est un enfant accompagné de sa mère qui a émis des parasites (vers). La mère dit qu'elle n'a pas assez d'argent, qu'elle ne peut acheter que le traitement d'un jour.

L'ASC doit dispenser les médicaments à ces deux patients.
A la fin du jeu de rôle, les autres participants donnent leurs avis sur la procédure de dispensation et les attitudes de l'ASC.

Pour évaluer demander:

Quelles sont les conditions d'une bonne dispensation d'un médicament?
Quelles sont les tâches rattachées à la dispensation d'un médicament?
Comment faut-il emballer un médicament?
Que faut-il expliquer à un patient au cours de la dispensation d'un médicament?

Sous Module VI : GESTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET MATÉRIELLES DE LA CASE

Objectifs	Méthodes	Matériel et Supports	Durée: 1h 15
1. Identifier l'origine des ressources de la case; 2. Identifier le coût de chaque service dispensé à la case. 3. Décrire le processus de chacune des tâches de gestion des ressources de la case; 4. Identifier les acteurs de chaque tâche de gestion 5. Remplir les outils de gestion des ressources financières et matérielles de la case.	-Brainstorming - Exposé - Travaux de groupe	- Guide du formateur - Guide du participant - Flipchart et marqueurs - Modèle outils	

DÉROULEMENT

1. ORIGINES DES RESSOURCES D'UNE CASE

D'où proviennent les ressources financières d'une case?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

Les ressources d'une case proviennent :
- des bénéfices issus de la vente des médicaments,
- des bénéfices issus de la vente des tickets;
- des cotisations et dons divers.

2. TACHES DE GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES D'UNE CASE

Quelles sont les tâches de gestion d'une case?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

Les tâches essentielles de gestion reposent sur:
- La tarification
- Le recouvrement des coûts
- La répartition des dépenses
- Le contrôle de la gestion.

3. LA TARIFICATION

♦ **Tarification des prestations de la case:**

Exposé

Elle est fixée par le comité de santé après discussion avec les communautés

Travaux de groupes:

Répartir les participants en petits groupes

Demander à chaque groupe de proposer une tarification des cases de la zone en se basant sur le modèle suivant:

Nature consultation	Adulte	Enfant
Consultation générale	50	25
Consultation postnatale	50	-
Pansement	50	25
Accouchement	500	-
PF	50	-
Pesée	-	25
Démonstration culinaire	-	25

Plénière:

- Deux ou trois groupes présentent les résultats de leurs travaux;
- Les résultats sont discutés ainsi que les modèles de tarification qui existent dans les autres cases de la zone et comment ces tarifications ont été décidées.

♦ Tarification des médicaments et autres produits:

Comment est fixé le prix des médicaments et autres produits ?
Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

- Le prix des médicaments et autres produits est fixé par le comité de santé après concertation avec la communauté
- La norme suivante ne doit jamais être dépassée:
Prix d'achat + un bénéfice qui ne doit jamais dépasser les 50% du prix d'achat (pour les ACT, il faut réduire le bénéfice pour que le prix soit plus abordable)

Pour évaluer, demander: D'où proviennent les ressources d'une case?
Comment est fixé le prix des médicaments?

4. LE CONTRÔLE DE LA GESTION FINANCIERE

♦ Méthodes et moyens de contrôle de la gestion financière

Quels sont les méthodes et les moyens utilisés pour contrôler la gestion d'une case?
Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Les méthodes et moyens utilisés pour contrôler la gestion financière d'une case sont:
- Le suivi journalier des recettes et dépenses;
- Le rapport financier mensuel;
- La réunion mensuelle du comité de santé.

♦ Le suivi journalier des recettes et dépenses

Quelles sont les personnes qui assurent le suivi journalier des recettes et dépenses?
Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes
Quels sont les outils utilisés pour le suivi journalier des recettes et dépenses
Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

- Sans un suivi journalier régulier, il est difficile d'éviter des malversations ou des fraudes.
- La matrone, l'ASC , le relais et le trésorier assurent le suivi journalier des recettes et dépenses de la case;
- Les ASC, matrone et relais versent, signent et font signer par le trésorier le cahier de versement qu'ils détiennent;
- Le trésorier remplit le livret de caisse qu'il détient, le signe et le fait signer.

♦ Le rapport financier mensuel:

Exposé

- Le trésorier avec le comité de santé et les ASC, matrones et relais se réunissent à la fin de chaque mois pour faire compter les recettes et dépenses mensuelles de la case (bilan mensuel).
- Le bilan prend en compte les recettes des médicaments et tickets et toutes les dépenses qui ont été autorisées et la rubrique des dépenses.
- Le bilan est élaboré sur la base du cahier du versement journalier, du livret de caisse et des factures.

Remplissage du support de bilan mensuel

Exercice :

À la fin du mois de septembre 2007, la case a réalisé les recettes suivantes:
Recettes tickets : 2500frs; recettes médicaments : 4200frs
Les dépenses effectuées sont les suivantes: achat pétrole =300frs;
réparation = 150frs ; Achat de médicaments = 1500frs.
Calculer la motivation des AC; l'appui aux autres cases et le fond de caisse;
Enregistrer les recettes et les dépenses sur un support de bilan mensuel.

Corriger et proposer un autre exercice similaire

♦ Réunion mensuelle du comite de santé

En quoi consiste la réunion mensuelle du comité de santé?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Le comité de santé de la case et les acteurs communautaires (ASC, Matrones, Relais) doivent se réunir à la fin de chaque mois pour discuter et élaborer :

- Le bilan mensuel des recettes et dépenses;
- Le bilan des médicaments;
- Le niveau d'exécution des activités planifiées par la case au cours du mois écoulé;
- Le plan des activités et dépenses du mois à venir.

♦ Le plan d'action de la case

Modèle de présentation d'un plan d'action de case

Demander aux participants d'ouvrir leur manuel à la page 42 : fiche de planification et de suivi mensuel des activités de la case

PLANIFICATION						SUIVI				
Activités	Thèmes	Date	Nom du village/ quartier et lieu	Cible	Responsable	Exécution (inscrire la date)	Nombre de participants		Supports IEC utilisés	Observations
							F	H		

Élaboration d'un plan d'action

Exercice:

- Répartir les participants en petits groupes ; demander à chaque groupe en utilisant le modèle p.42 manuel ASC/Matrone sur le paludisme, de planifier les premières activités de leur case qu'ils vont mener après la formation.
- Préciser que les activités planifiées doivent être évaluées chaque mois pendant une réunion avec le comité de santé.

Pour évaluer, demander:

Quels sont les méthodes et moyens utilisés pour faire le contrôle des finances d'une case? Quelle est l'importance du suivi financier journalier? Quels sont les outils utilisés pour faire le suivi financier journalier? Quels sont les acteurs du bilan mensuel? Que traite la réunion mensuelle du comité des santé?

♦ Le cahier de gestion des Moustiquaires Imprégnées

Il est détenu par le Relais, l'ASC/Matrone ou le comité de santé

Le modèle:

Tracer un modèle des deux parties du cahier sur du papier padex

Expliquer la répartition en 2 parties et le remplissage de chaque colonne

Première partie: *Distribution des moustiquaires*

N° d'ordre	N° Coupon	Prénom et nom du bénéficiaire	Cible	Village/ quartier	Source	Montant versé	Observation

Deuxième partie: *Réimprégnation*

Date	KITS				Nb moustiquaires recensées	Nb Moustiquaires ré imprégnées	Observations
	Disponible	reçu	utilisé	solde			

Le remplissage

Exercice N° 1:

Demander à un participant de remplir sur le modèle du cahier au tableau (1ère partie) les informations suivantes:
N° ordre: 1 ; Fatou Diouf; femme enceinte; Mbourokh; Montant versé 1500frs; MILDA circulaire, marque Dawa, Coupon N° 15
Corriger et proposer un deuxième exercice.

Exercice N° 2:

Demander à un participant de remplir sur le modèle du cahier au tableau (1e partie) les informations suivantes:
N° ordre: 1 ; Astou Diallo; femme enceinte; Pat ; Montant versé 500frs; MILDA district—marque permanent doit encore 500.

♦ Le cahier de supervision

Tracer un modèle des deux parties du cahier sur du papier Padex

Il est détenu par l'ASC/matrone ou le relais
Il est rempli par le ou les superviseurs
Expliquer le but et l'utilisation de ce cahier

Le cahier de supervision permet de:

- suivre les différentes recommandations au personnel communautaire de la case ou du site;
- Apprécier les progrès dans les performances des AC
- Assurer le suivi des activités.

Après chaque supervision, il est noté sur le cahier:

- La date
- Les personnes rencontrées par le ou les superviseurs
- Le niveau d'application des recommandations de la dernière supervision, les points forts et faibles de la case et des nouvelles recommandations

RÉFÉRENCES

♦ Aide mémoire pour la formation du Relais. MSPM, PARHS/JICA ; Mars 2005

♦ Aide mémoire pour la formation de la matrone. MSPM, PARHSL/JICA ; Mars 2005

♦ Aide mémoire pour la Tuberculose destiné aux prestataires de santé. MSPM, PNT, USAID, LHL, OM ; Septembre 2006

♦ Aide mémoire du relais pour l'auto Surveillance Périnatale. A. Diallo, IPS/UCAD ; Septembre 2003

♦ Comment allaiter : Guide du personnel communautaire de santé. MSPM/ DANSE ;Terre des hommes ; 2007

♦ Comment Imprégner votre moustiquaire avec K-O TAB 1-2-3. BAYER Environmental science

♦ Formation en PCIME-C : Guide du facilitateur pour la formation. MSPM/ PRN ; Avril 2003

♦ Formation en PCIME-C : cahier de l'apprenant. MSPM/PRN ; avril 2003

♦ Guide du facilitateur: Formation des Relais en tuberculose. Plan Sénégal, DS de Nioro ; Juin 2004

♦ Guide pour la formation des Relais Polyvalents : Modules transversaux. MSP/PM, BASICS/ USAID ; Mars 2004

♦ Guide du Formateur des Agents de santé communautaires : Soins Essentiels au nouveau-né. BA-SICS/USAID Sénégal ; Février 2005

♦ Manuel de formation des ASC/matrones et membres du comité de santé (2e édition). CCF-USAID -(Projet Canah) ; Mars 2000

♦ Manuel de formation pour le PAIN. World Vison ; Mars 2000

♦ Module de formation des ASC en gestion de stocks de médicaments (guide du participant). MSH/ RPM+

♦ Prise en charge des Infections Respiratoires Aigues au niveau case de santé par les agents de santé communautaires : Guide du formateur. MSPM, BASICS, Africare, CCF, MSH, Plan, UNICEF,OMS, USAID. Novembre 2005

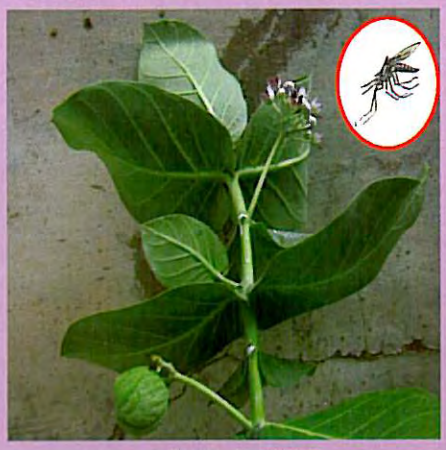
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION MÉDICALE

Programme santé

PROJET SANTÉ COMMUNAUTAIRE

FORMATION SUR LE PALUDISME

MANUEL DU RELAIS



Septembre 2007

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

EN PARTENARIAT AVEC

CCF | Africare | Plan | World vision | Counterpart | CRS

INTRODUCTION

Le présent document est un aide-mémoire destiné au Relais exerçant ou non dans une case de santé. Il a pour objet de l'aider à promouvoir efficacement les stratégies de lutte contre le paludisme prévues par le **P**rogramme **N**ational de **L**utte contre le **P**aludisme (PNLP) du Sénégal. Ces stratégies sont :

- l'éducation des populations pour une recherche précoce des soins;
- le traitement du paludisme simple dans les cases de santé avec les ACT;
- la référence précoce des cas de paludisme grave au niveau des postes et centres de santé;
- le soutien à la distribution des **M**oustiquaires **I**mprégnées à **L**ongue **D**urée d'**A**ction (MILDA) et la promotion de leur utilisation par les femmes enceintes et les enfants de 0-5ans;
- la promotion du **T**raitement **P**réventif **I**ntermittent (TPI) chez la femme enceinte;
- le plaidoyer et la mobilisation communautaire autour de la lutte contre le paludisme;
- l'information des communautés pour la préparation des **A**spersions **I**ntra **D**omiciliaires (AID) dans les zones ciblées;

Les informations et les images contenues dans le manuel aideront le Relais dans ses tâches d'IEC/CCC portant sur la prévention du paludisme au niveau communautaire.

Le manuel est illustré et rédigé en français et en wolof. La transcription dans les autres langues nationales est envisagée (pulaar, serer, mandingue, diola). Le manuel est annexé à un guide du formateur qui propose une méthodologie d'enseignement fondée sur une approche par compétences.

Ces différents supports ont été réalisés dans le cadre de la composante communautaire du Programme Santé de l'USAID / Presidential Malaria Initiave mis en œuvre par un Consortium d'ONG dirigé par CCF Sénégal et composé de Africare, Plan, World Vision Counterpart International et Catholic Relief Services. Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a coordonné la conception des documents.

IDENTIFICATION

Nom du Relais :

Adresse :

Case de santé :

Poste de référence : **District :**

Date de la formation : **Lieu :**

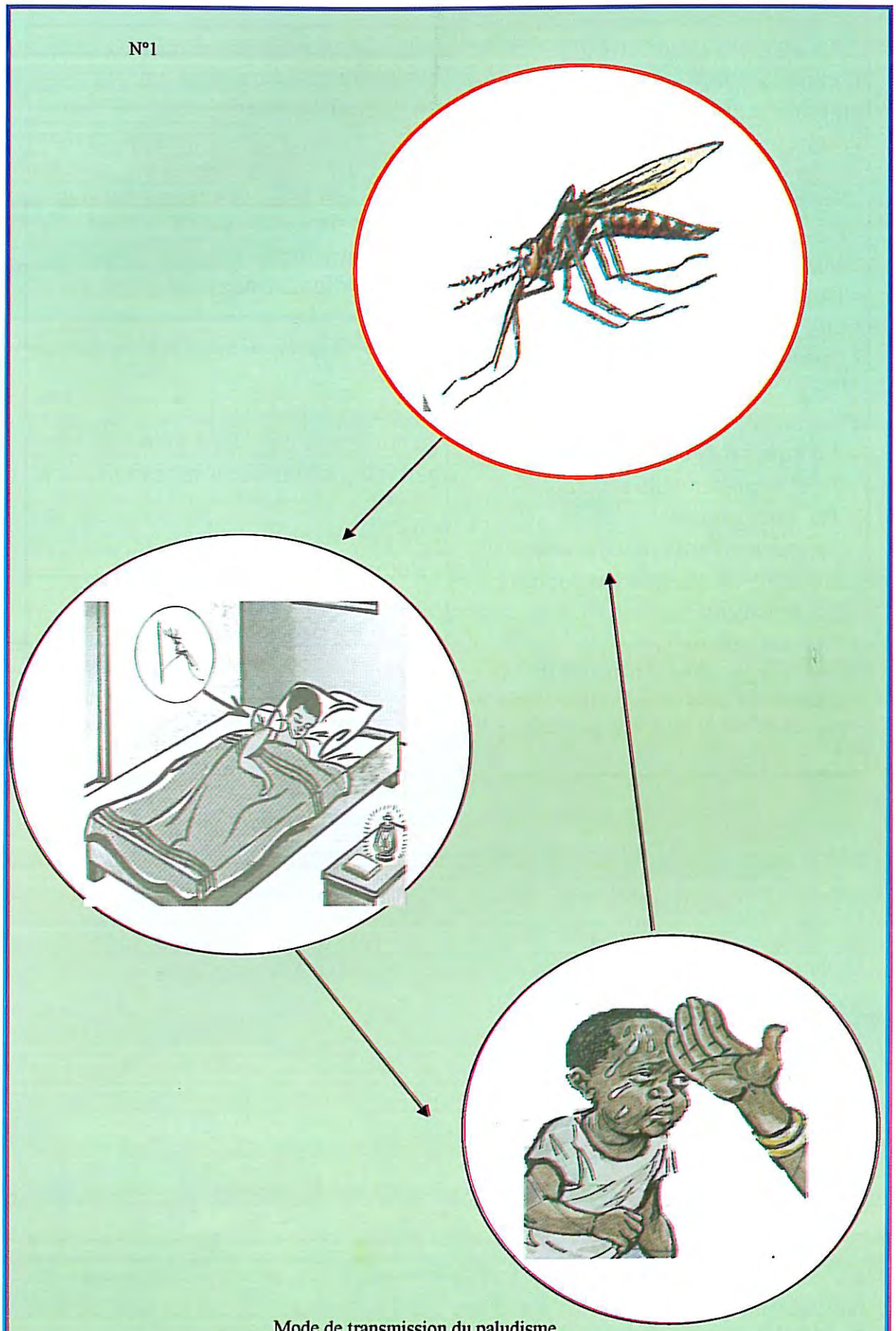
SUIVI SUPERVISION

Dates	Observations

1- C'EST QUOI LE PALUDISME ?	LAN MOY SIBBIRU ?
• Au Sénégal, Le paludisme est la maladie de l'enfant la plus fréquente de toutes les maladies, elle est celle qui tue le plus grand nombre d'enfants de moins de 5 ans. • Le paludisme associé à la grossesse est très dangereux. Il fait courir de graves risques à la mère et à l'enfant qu'elle porte. **2- COMMENT SE TRANSMET LE PALUDISME ?** Le germe (la semence) responsable du paludisme est transmis à l'homme par la femelle d'un moustique appelé anophèle.	• Fii ci Senegal, sibbiru mooy feebar bi gëna bari ci xale yi amagul juroomi at • Yaram wu tang mooy mandarga mi gëna fës ci sibbiru. • Sibbiru bi and ak ëmb lu bon la. Di na indil yaay ji ak doom ji jafee-jafee yu bon. **NAN LA SIBIRU DI WALLE ?** • Yoo bu jigeen buñ naan anofel mo yoor Jiwu jangoro bi di ko jox nit.

Notes :

N°1



Mode de transmission du paludisme

SIGNES DU PALUDISME

Il existe 2 formes de paludisme: le paludisme simple et le paludisme grave.

♦ Signes du paludisme simple

- Corps chaud plus marqué le soir
- Frissons et sueurs ;
- Maux de tête ;
- Douleurs au dos et aux articulations

Le paludisme simple peut se soigner à la case.

♦ Signes de gravité du paludisme

- Le corps très chaud (39°5et plus);
- Les vomissements répétés;
- les yeux jaunes;
- Les urines rares ou concentrées;
- Le refus de manger ou de boire;
- La léthargie;
- Les convulsions.

Une personne qui présente un seul de ces signes de gravité doit être référée au poste de santé le plus vite possible.

MANDARGAY SIBBIRU

Ñaari xeeti sibbiru moo am : Sibbiru bu yam ak bu metti

Mandargay sibbiru bu yam :

- Yaram wu tang lu ëpp ci ngoon gi
- Liw ak ñaq
- Bopp buy metti
- Matitu diggu ginaaw ak siddit yi

Sibbiru bu yam mena nu ko faj thi cas de sante.

Mandargay sibbiru yi bon :

- Yaram wu tang lool (fanweeri dëgëre ak juroom ñeent mbaa lu ko ëpp)
- Woccu yu tegloo
- Bët yu Mbog
- Saw yu neew walla yu bañ a ñew
- Baña lekk ak naan
- Loof
- Kiriss

Niit ku am been thi yii mandarga de ñu koy yebal dispanser.

Notes :

N°2

C'EST QUOI LE CORPS CHAUD :

Le corps chaud (la fièvre) traduit souvent la présence dans l'organisme de l'homme d'un germe, «la semence » d'une maladie.

COMMENT RECONNAÎTRE UN CORPS CHAUD

Pour savoir si le corps d'une personne est chaud appliquer une des méthodes suivantes :

- Prendre la température à l'aide d'un thermomètre de préférence;
- Demander si le corps est chaud
- Toucher le front du malade avec le dos de la main;
- **Si la température est inférieure à 39° 5 sans aucun signe de gravité,** traiter à la case avec de l'ACT;
- Si la température est supérieure **ou égale à 39° 5,** référer au poste de santé.

LAN MOOY YARAM WU TANG :

Jiwu jangoro bu la duggee, sa yaram day tang mooy wone ni dangaa feebar. Tangayu yaram bokk na ci yi fësal feebar.

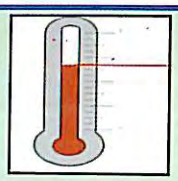
NAN LA ÑUY XAME YARA WU TANG

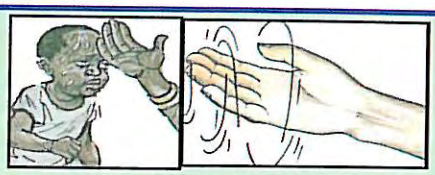
Ngir xam ndax yaramu nit ki dafa tang jëfool pexe yii :

- Jëlël tangaayu yaram wi te sukkandiku ci nattu kaay bi ñu naan termometar
- Laajal ndax yaram wi dafa tang
- Lambal jëwu ki feebar ak sa biti loxo
- Bu fekkee ni yaram wu tang wi aggul ci fanweeri dëgëre ak juroom ñeent te fësalul benn mandarga mu bon, mën naa yem ci cas de sante bi.
- Bu fekke ni tangaayu yaram wi tollu na ci fanweeri dëgëre ak juroom ñeen mbaa lu ko ëpp, yebal ko ci dispenser ba.

Notes :

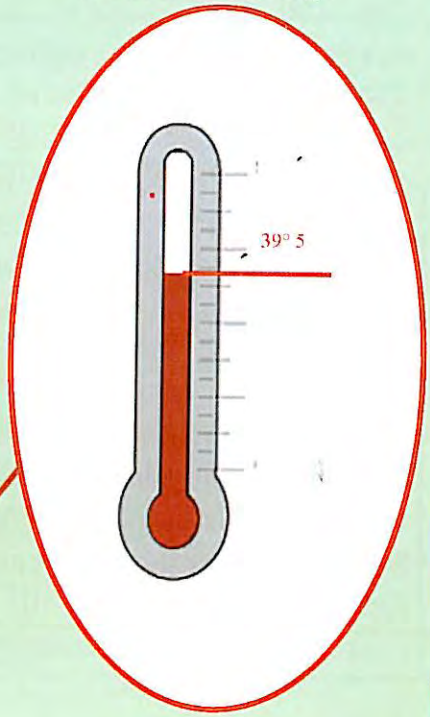
N° 3 technique de recherche de la fièvre

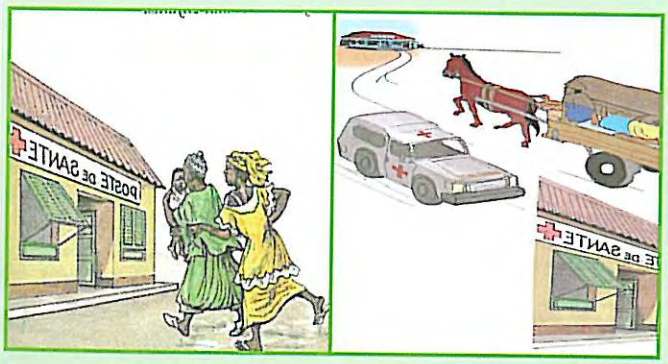




Prendre la température ou palper le front ou demander

N° 4 fièvre élevée à 39°5 et +





Référer au poste de santé toute fièvre supérieur ou égale à 39 ° 5

TRAITEMENT DU PALUDISME	PAJUM SIBBIRU
♦ **Quel médicament utiliser pour le traitement du paludisme simple?** • Seuls les cas simples de paludisme peuvent être soignés à la case. • Les enfants de moins de 2 mois et les femmes enceintes doivent être tous référés même s'ils ne présentent pas de signes de gravité. • Maintenant, le paludisme de l'enfant et de l'adulte se soignent avec un médicament qui s'appelle ACT. • La chloroquine n'est plus efficace contre le paludisme dans notre pays. • L'ACT est une combinaison de 2 médicaments : Artésunate+ Amodiaquine. • Cette combinaison est plus efficace et protège contre les résistances. • L'administration de l'ACT peut être associée à des médicaments qui font baisser la fièvre. Il s'agit de l'aspirine ou du paracétamol.	**Yan garab la ñuy jëfandikoo ngir faj sibbiru ?** • Ñi seen sibbiru jeegeegul dayo rekk ñoo mëna fajoo ci kas dë sante bi • Xale yi amagul ñaari wèèr ak jigeen ñu werul ñi dañ leena wara yabal ca dispenser • Doom yi ñuy wax koloorokin faja tul sibbiru ci suñu reew • Leegi nag sibbiru xale ak mag ñu ngi koy fajee doom yi ñu naan ACT • ACT ñaari garab yu ñu boole la : artesunat ak amojakin • Njaxas moomu moo gëna baax te day aar ci doole ji sibbiru bi andal • Njëlum ACT mi mën naa and ak yeneeni garab yu deme ni aspirin ak paracetamol ngir seral tangoru yaram wi

Notes :

N°5

Plaquette adulte

Plaquette 7-13 ans

Plaquette de 2 mois à 6ans

Différentes plaquettes d'ACT

EFFETS INDÉSIRABLES DE L'ACT:	MANDARGAY JAAR JALL YI MËNA FEEÑ CI NJËLUM GARAB MI
♦ La plupart des médicaments ont des effets indésirables. L'ACT a peu d'effets indésirables qui sont les suivants: • Nausées • Vomissements • Diarrhée • Léthargie • Démangeaisons	♦ Yenn ci garab yi dinay feeñal ay mandargay jaar jall. ACT bi bariwul mandargay jaar jall: • Xel muy teey • Woccu • Biir bu daw • Loof • Xasan
♦ Le Relais doit demander aux malades de lui signaler les effets indésirables.	♦ Rëlè bi war nay laaj ñi feebar ndax feeñal nañu mandargay jaar jall
♦ Les effets indésirables sont le plus souvent passagers. Le Relais doit insister pour que le traitement soit poursuivi malgré les effets indésirables. Si ce n'est pas possible amener le malade chez l'ASC/Matrone.	♦ Rëlè bi war nay ñaak ñi feebar ñu weeyal pajmi donte feñal nañu ay mandargay jaar jall, mba mu yobu leen ci ASC bi
♦ L'ASC/Matrone doit signaler à son tour à l'ICP les effets indésirables présentés par les malades.	♦ ASC bi war naa xamal infirmie bi ñi feñal ay mandargay jaar jall

Notes :

N° 6

Vomissements

La prise d'ACT peut entraîner

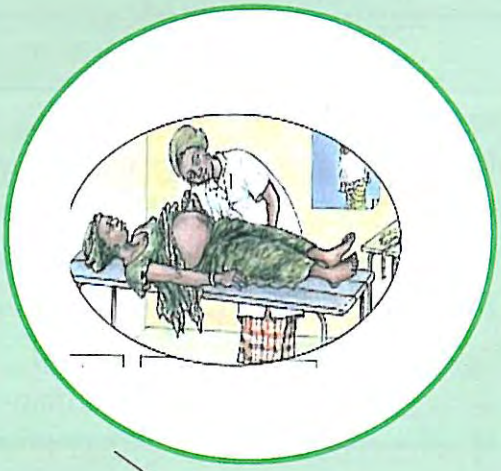
Diarrhée

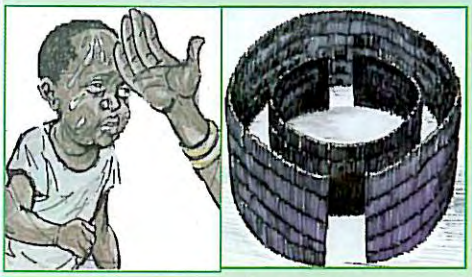
Léthargie

LES PRINCIPAUX MOYENS	PEXEM AARU CI SIBBIRU
La prévention du paludisme dans nos communautés repose sur 7 moyens: • Le diagnostic et le traitement précoce des cas. • La protection des femmes enceintes • La mobilisation des membres de la communauté pour lutter contre le paludisme. • Le dépistage et la référence précoce des cas graves • L'utilisation des moustiquaires imprégnées • L'hygiène et l'assainissement • L'aspersion intra domiciliaire	**Xetti pexe yi** Aaru ci sibbiru ci sunu biir gox mi ngi tëdde ci juroom ñaari pexe : • Teela nemmiku mandargay sibbiru te teela faju • Aar jigeen ñu wêrul ñi ci sibburu • Dajale waa gox bi, waxtaan ngir xeex sibiru • Teela raññe girawale sibbiru te teela yabal ñi seen feebar jeggi dayo • Jëffandikoo sanke yu ñu nandal • Set settal • Wis kër yi ak ndox mu andag tooke

Notes :

N° 7





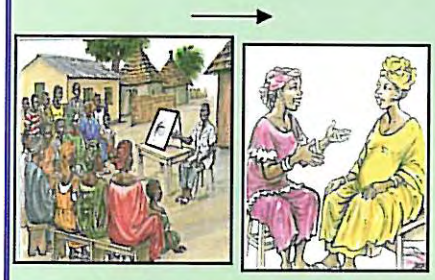
Prévention de la fièvre

6- TRAITEMENT PRÉCOCE DES CAS DE PALU :	PAJ MU TEEL CI ÑI SIBBIRU
Pour le traitement précoce des cas de paludisme, les acteurs communautaires (ASC, matrone, Relais et comité de santé) doivent: • Rendre disponible et accessible l'ACT • Apprendre à tous les membres de la communauté, en particulier les mères, à reconnaître les signes du paludisme simple et les signes de gravité du paludisme. • Demander aux membres de la communauté de venir se faire soigner à la case dès qu'ils ont le corps chaud • Faire des visites à domicile pour vérifier si les malades prennent bien leur traitement	Ngir teela faj sibbiru bi ASC bi, rewlikat yi, rële yi ak ñi bokk ci comite dë sante bi war nañoo : • Fexe ba garab yi (ACT) di doy te ñëpp jot ci • Jangal waa gox bëpp rawatina jigeen ñi yor ay xale ñu xam mandargay sibbiru ak mandargay girawale yi • Wax waa gox bi ñu teela faju ji ca kaz dë sante ba bu seen yaram tangee.

Notes :

N° 8

Identification des cas de fièvre



Causeries et entretiens individuels

Traitement précoce des cas de paludisme

Référence précoce des cas graves

7- COMMENT PRÉVENIR LE PALUDISME CHEZ LA FEMME ENCEINTE:	NU ÑUY FEGOO SIBBIRU JIGEENUWËRUL
• L'ACT ne doit pas être utilisé pour la prévention ou le traitement du Paludisme chez la femme enceinte. • La prévention du paludisme chez la femme enceinte repose sur deux stratégies : - Le traitement Préventif Intermittent (TPI) avec de la SP; - L'utilisation de la moustiquaire imprégnée .	• Doomi ACT kenn du ko jëfandiloo ngir aar wola faje sibbiru jigeenn wu wërul ; • Aar jigeen wu wërul ci sibbiru mi ngi tegu ci ñaari pexe: - Pajum aaru mu ñu appal¨ (TPI) : naan SP; - Jëfandikoo sanke bu ñu nandal;

Notes :

N° 9

Prises SP pendant les CPN

Prévention du paludisme

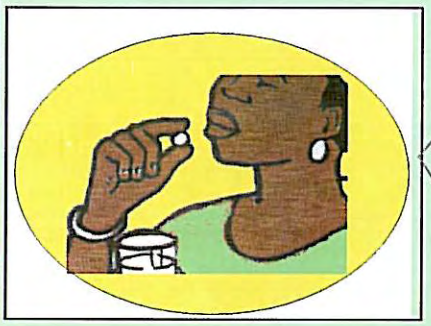
Dormir sous MI

Prévention du paludisme de la femme enceinte

8- COMMENT ADMINISTRER LA SP À LA FEMME ENCEINTE?	NAN LAÑUY JOXE JIGEEN WU WERUL DOOMI SP ?
• Le traitement Préventif Intermittent du paludisme est administré à la femme enceinte en deux prises pendant les CPN: • La première prise est administrée au cours du deuxième trimestre de la grossesse (4e mois) quand les mouvements fœtaux sont présents. • La deuxième prise est administrée au cours du 3e trimestre (au 7e mois), au moins 1 mois après la première prise. • Les prises de SP se font sous la supervision de l'infirmier ou de la sage femme **pendant les CPN**.	• Ngir aar jigeen wu wërul ci sibiru ak Paj mu ñu appal" dañu koy jox mu naan SP ñari yoon buy pasee wisit : • Naan bu jëkk bi mu ngi koy naan ci bu embe bi tollo ci ñeenti weer . (bu doom ji tambalee yëngu); • Ñaareelu naan bi mu ngi koy naan bu embe bi tollo ci juroom ñaareelu weer • Njëlum garabu (SP) bi ñingi koy def ci ndigël ak tewayu sasfam wolla infirmier, bu jigeegn wu verul wi ñewe passe si wisit.

Notes :

N° 10



Première prise
Au cours du 2e trimestre

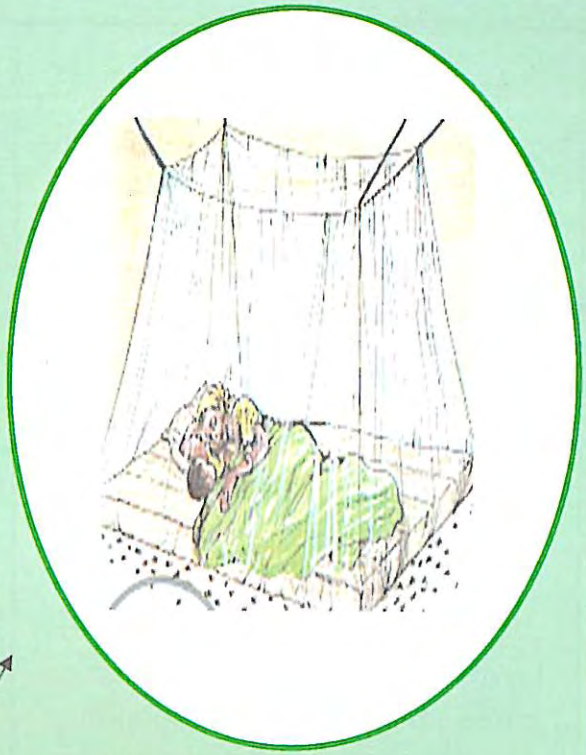
Deuxième prise
Au cours du 3e trimes-

Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte

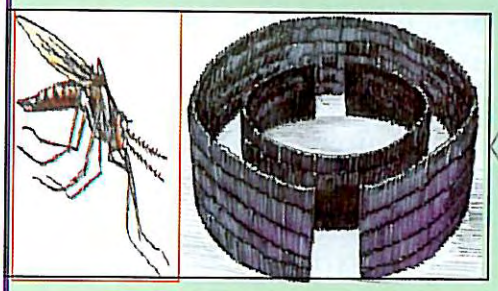
C'EST QUOI LA MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE?	LAN MOOY SANKE BU ÑU NANDAL
• La MI est une moustiquaire qui protège contre les piqûres des moustiques et tue les moustiques qui se posent sur sa surface. • Son action insecticide est due au produit avec lequel elle a été imprégnée. • Il existe plusieurs types de moustiquaires : - Grande taille : circulaire et rectangulaire; - Petite taille : circulaire et rectangulaire. • Les moustiquaires recommandées sont les **Moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA)**	• Sanke bu ñu nandal mooy sanke bi lay aar ci matt-matt yoo tey rey bepp yoo bu tag ci kaw sanke bi • Li waral sanke bu ñu nandal rey yoo mooy dan koo nandal ak ndox mu andag tooke • Sanke yi xeet yu bari la - Sanke bu mag : bu wêrngëlu ak bu guddu te am ñeenti koñ - Sanke bu ndaw : bu wërngëlu ak bu am ñeenti koñ

Notes :

N° 11



Moustiquaire rectangulaire



Protection contre le moustique avec:

Moustiquaire circulaire

♦ COMBIEN COÛTE UNE MI ?

- La MILDA est subventionnée pour être à la portée des populations;
- Le prix actuel de la MI circulaire est autour de 1500F.
- La moustiquaire rectangulaire coûte environ 1000frs.
- Les MILDA subventionnées sont vendues par les comités de santé au niveau des:
  - Centres de Santé ,
  - Postes de Santé,
  - Cases de Santé.
  - Certaines OCB vendent des MI
- La distribution des MILDA est basée sur le système de coupon
- Les coupons sont détenus par les ICP et les sages-femmes.
- Les coupons sont distribués aux femmes enceintes ou aux parents des enfants 0-5 ans lors des CPN, Vaccinations, consultations...
- Il faut les échanger contre une MILDA en payant la différence (1000 à 1500frs) au comité de santé des cases ou postes de santé.

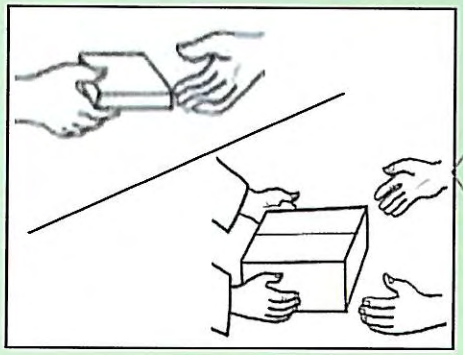
LAN LA SANKE DI JAR ?

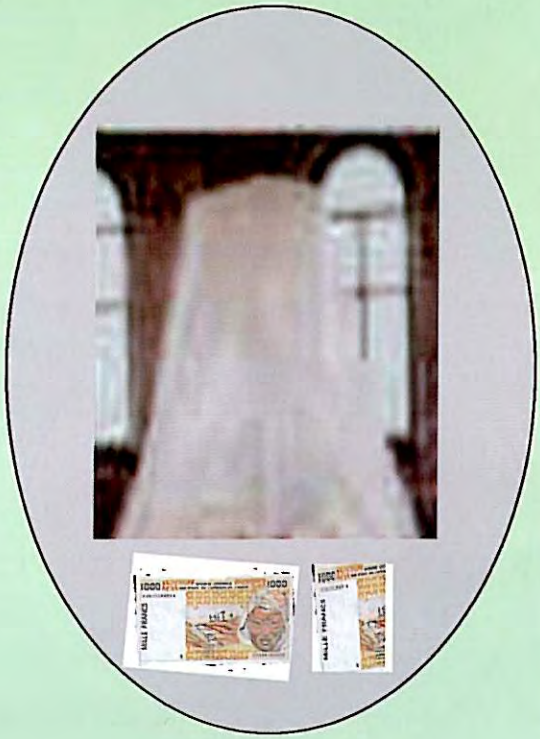
- Njëgu sanke bi waññi nañu ko ngir ñeep mëna am sanke
- Sanke bu wërngëlu mi ngi jar ñetti teemeer
- Sanke bu ñeenti koñ bi mi ngi jar ñaari teemeer
- Sanke yi ñu nandal (MILDA) di ko baaxe nit ñi ñu ngi koy jaaye ci :
  - kas dë sante yi walla
  - dispenser
  - opitaal yi
  - am na ay OCB yuy jay sanke
- Sanke yi ñu nandal (MILDA) ñu ngi koy jaaye benn bu nekk ak tiket.
- Tiket yoyu infirmië yi ak saas fam yi ci dispenser yi ñoo koy joxe
- Jigeen yu ëmb yi ak xale yi amagul juroomi at la ñuy jox tiket yoyu ci jamanoy wisit yi ak ñak yi
- Tiket yoyu la ñuy wecco ak sanke yi ñu nandal (MILDA)

Notes :

N° 12

Environ 1000frs





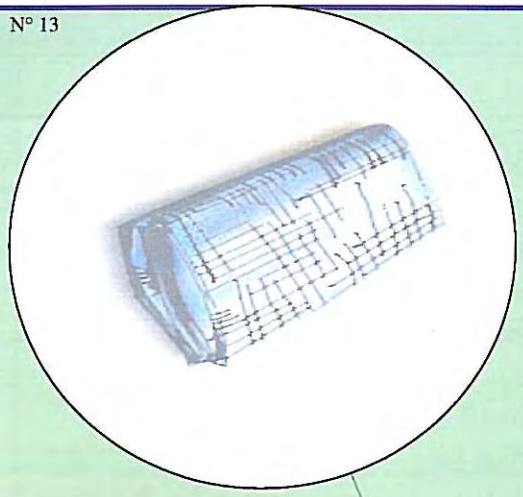
Environ 1500frs

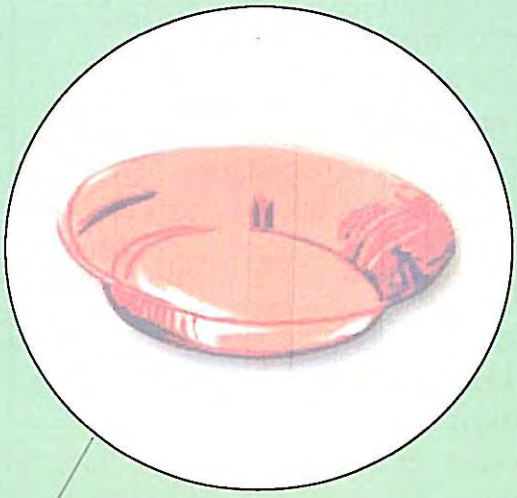
Coût de la moustiquaire imprégnée

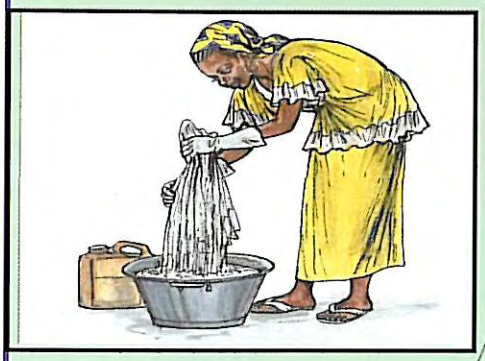
10 APRÈS UN CERTAIN TEMPS, LES MOUSTIQUAIRES CESSENT D'ETRE EFFICACES ET IL FAUT LES REIMPREGNER **QUEL MATÉRIEL UTILISER POUR IMPRÉGNER UNE MOUSTIQUAIRE** Le matériel d'imprégnation d'une moustiquaire comprend: • 1 bassine vide; • 1 Pot contenant de l'eau; • 1 paire de gants; • 1 sachet d'agent agglomérant; • 1 Un sachet contenant 1 comprimé de KO-TAB	**BAN JUMTUKAAY NGAY JËFANDIKOO BOOY NANDAL SANKE** Boy nandal sanke jumtukaay yii ngay ut : • Benn paan bu deful dara • Benn potu ndox • Ñaari gan • Benn mbuus • Benn mbuus mu def doom bi ñuy nandale (kaotab)

Notes :

N° 13





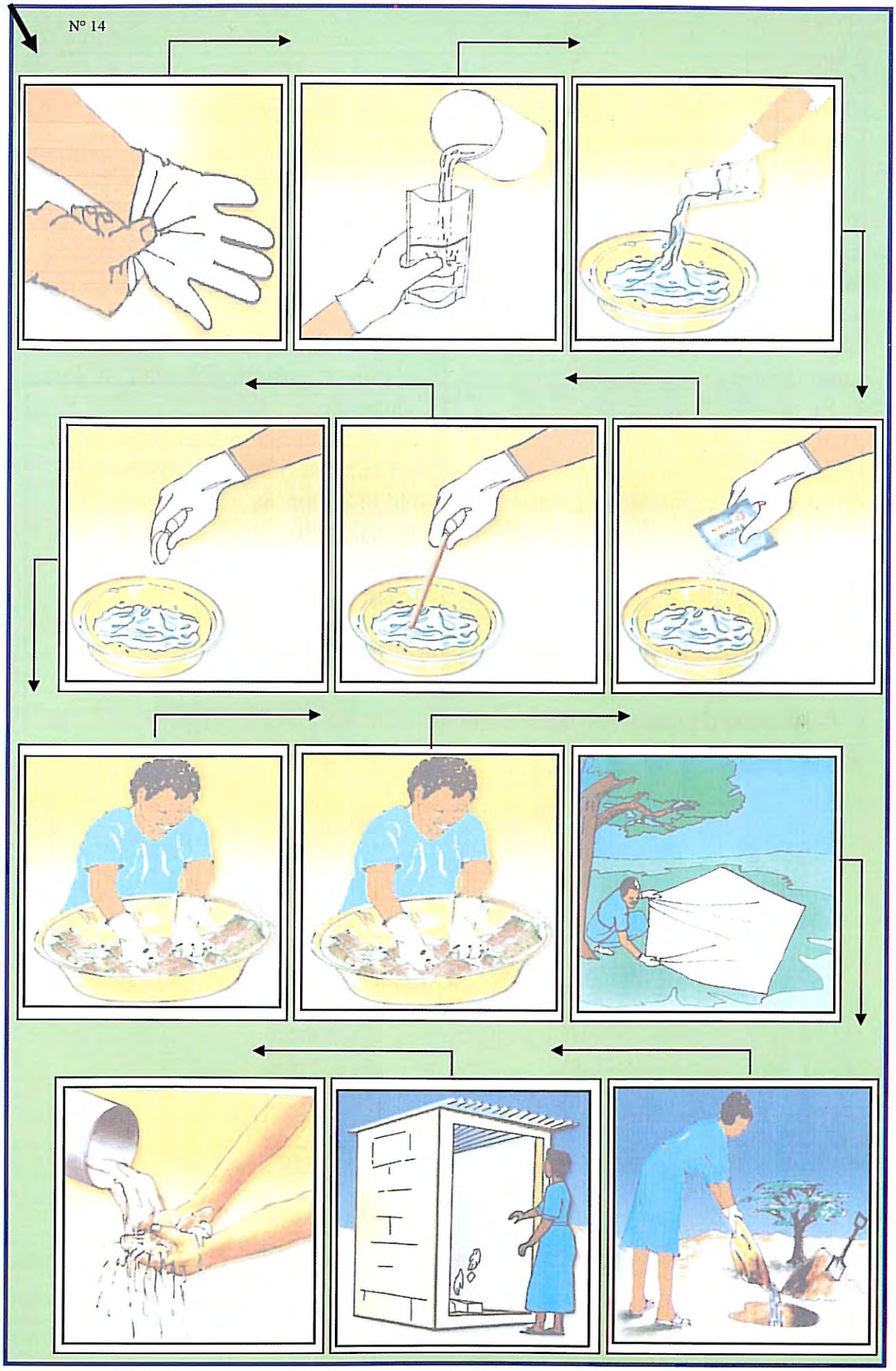


Matériel de ré imprégnation de moustiquaire

COMMENT IMPRÉGNER UNE MOUSTIQUAIRE:	NU ÑUY NANDALE SANKE
• La moustiquaire à imprégner doit être en matière synthétique. • S'il s'agit d'une réimprégnation, laver la moustiquaire et laisser sécher avant de réimprégner. • Mettre des gants ; • Mesurer l'eau avec le sachet jusqu'au trait; • Verser le volume d'eau mesuré dans la bassine; • Ouvrir le sachet contenant le produit et verser le contenu dans l'eau; • Ajouter la tablette (comprimé) au mélange; • Agiter l'eau jusqu'à ce que la tablette (comprimé) soit complètement dissoute; • Tremper complètement la moustiquaire dans la solution pendant au moins 2 minutes; • Retirer la Moustiquaire et laisser égoutter l'excédent de liquide; • Placer la moustiquaire à l'ombre et à plat, sur une surface non absorbante pour la faire sécher; • Verser le reste de la solution dans un trou creusé dans le sol et recouvrir de terre; • Jeter les gants et l'emballage dans une latrine; • Se laver les mains avec de l'eau et du savon.	• Sanke bi ñu wara nandal dafa wara nekk lu mel ni nilong • Footal sanke bi bayyi ko mu woow balla ngaa tambali • Sollal ay gang • Nattal ndox mi ak nattukaay bi ba mu yem ci rëdd wi • Sottil ndox mi ñuy natt ci biir paan bi • Ubbil mbuus mi def porodiw bi te sottiko ci ndox mi • Yokk ci njaxas mi • Yëngëlël ndox mi ba doom bi seey • Dugal sanke bepp ci njaxas mi ba mu mat ñaari simili • Gënne sanke bi te bayyi njaxas mi dugg ko • Weeral sanke bi, te tallal ko fu àm kèr : sannil gag yi ak ya defoon poroviw yi ca suturu kaay • Gasal ci suuf, sotti ci ndox mi te suul ko • Raxas loxo yi ak ndox ak saabu

Notes :

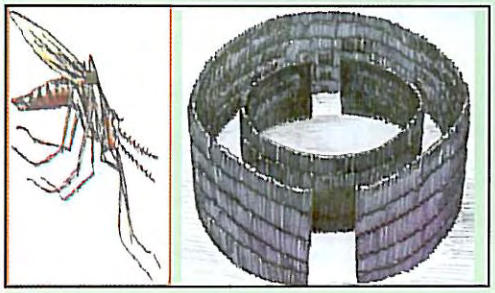
Nº 14

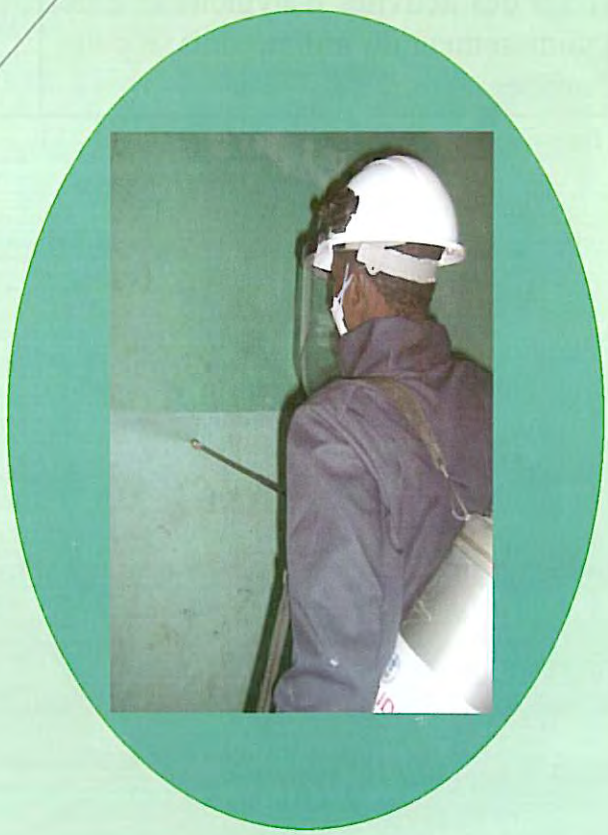


♦ C'EST QUOI L'ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE?	LAN MOOY WIS BIIR KËR YI AK NDOXUM TOOKE ?
• L'AID consiste à pulvériser l'intérieur des chambres avec un insecticide efficace pour lutter contre les moustiques qui donnent le paludisme. • Le produit utilisé pour l'AID est voisin de celui utilisé pour l'imprégnation des moustiquaires. • En plus des moustiques (anophèle), il est efficace contre les cafards, les tiques, les puces, les mouches et les larves de papillons . • Le produit n'est pas dangereux quand les populations respectent les conseils donnés. • Le produit est dangereux s'il est respiré dans l'heure qui suit son application. • Il est aussi dangereux s'il est avalé	• Da ngay wis biir neeg yi ak ndox mu am tooke ngir xeex yoo yi nekk ci biir kër yi • Ndoxum tooke mi nga jëffandikoo moo bokk ak bi ñuy nandale sanke yi • Ni muy raye yoo yi noonu la aaye ci mboot, gunoor, fel, weñ, ak liiri lëppa lëppp yi • Ndox mi du am ngaañ su ko nit ñi jëfandikoo niñu leen ko waxe • Ndox mi am na waññeent boo ko wanaasoo bo ko defee ba noppi te noyyi ko na la fi saasi • Naan ko baaxul

Notes :

N° 15





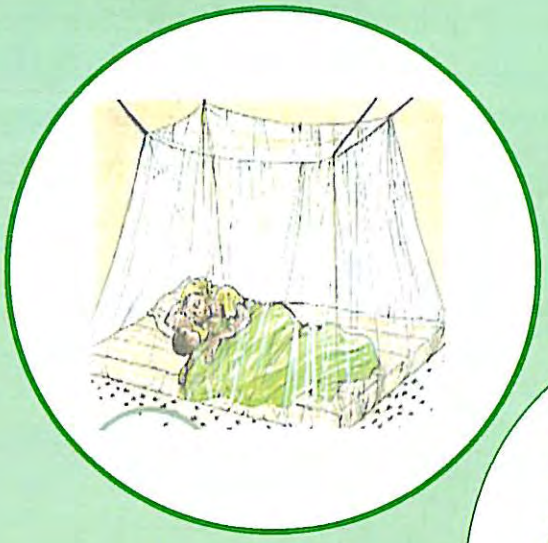
N° 15 a

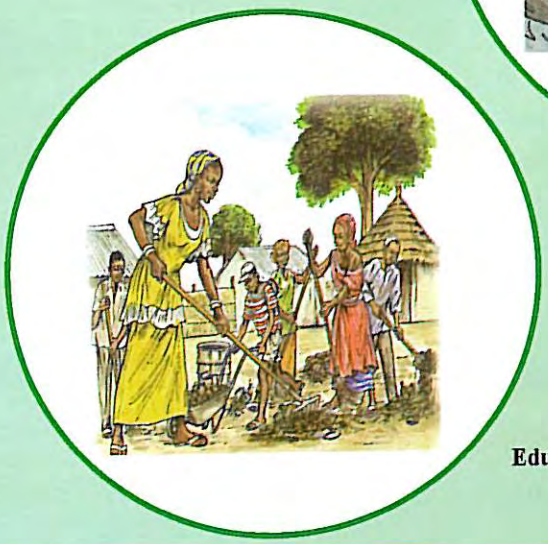
Aspersion intra domiciliaire

ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE ET UTILISATION DES AUTRES STRATÉGIES DE PRÉVENTION DU PALUDISME.	WIS NDOXUM TOOKE MI CI BIIR KËR YI AK YENEENI FEEM NGIR FAGARU SIBBIRU
Après l'aspersion intra domiciliaire, toutes les stratégies de prévention du paludisme seront poursuivies. • la Moustiquaire Imprégnée doit être utilisée parce qu'elle renforce l'efficacité de l'AID ; • le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte doit être poursuivi, • le traitement précoce des cas simples au niveau de la case doit être poursuivi, • l'éducation des population pour la reconnaissance des signes de graviter pour une recherche de soins précoce doit être poursuivie, • La mobilisation des communautés pour des activités d'hygiène et d'assainissement du milieu doit se poursuivre.	Boo wisee kër gi ak ndoxum tooke mi ba noppi da ngaa wara sammonteeg pexe yi lay aar ci sibbiru. • War ngaa jëfandikoo sanke bi ñu nandal ndax mooy yokk doole ndoxum tooke mi ñu wis • Paj mi ñuy defal jigeen ju wërul ji te di ko appal ngir mu aaru ci sibbiru dañ koo wara topp. • Paj mi ñuy defal ñiy doora sibiru ca bërëbu neegu wër gu yaram bu ndaw ba dañ koo wara topp • Mandarga yu bon yi nga seet ba gis ko te diko faj dañ koo wara topp. • Waa gox bi ñuy dajale ngir ñu def ay set-setal dañu koo wara topp

Notes :

N° 16





Education à l'utilisation des autres stratégies de prévention du paludisme après AID

ANNEXES

Outils de gestion

1. Cahier IEC/CCC
2. Cahier Moustiquaires Imprégnées
3. Fiche de référence et de contre référence
4. Modèle de Plan d'action niveau case et site

CAHIER DU RELAIS

ACTIVITES IEC-CCC

Type d'activités et date	Thèmes (SR, PF, visite 3éme jour, suivi enfant sous traitement…)	Nombre de nouveaux participants sur le thème		Nombre d'anciens participants sur le thème		Total Participants	Observations (supports utilisés ou distribués…)
		Femmes	*Hommes*	*Femme*	*Homme*		

* Nombre de comités de salubrité fonctionnels……*

CAHIER DE GESTION DES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES

SECTION 1 : DISTRIBUTION

N° d'ordre	N° Coupon	Prénom et Nom du bénéficiaire	Cibles (0-5 ans, FE, autres)			Village / Quartier	Sources	Marque	Prix de cession	Montant versé par le Bénéficiaire (avance ...)	Observations
			Enfants de moins de 5 ans	Femmes enceintes	Autres						

SECTION 2 : REIMPREGNATION

Date	Kits d'imprégnation				Nombre de Moustiquaires recensées pour la ré imprégnation	Nombre de Moustiquaires ré imprégnées	Observations
	Disponibles	*Reçu*	*Utilisé*	*Solde*			
1 janvier 07	10	20	10	20	10	10	
1 février	20	0	5	15	5	5	Jour de marché hebdomadaire
1 mars	15	0	15	0	20	15	Kits insuffisants ; commande effectuée
1 avril	0	30	20	10	20	20	1 Kit détérioré
5 avril	9	0	0	9	0	0	

PROGRAMME SANTÉ
SANTÉ COMMUNAUTAIRE - PMI
Mis en œuvre par CCF, Africare, Plan & World Vision, Counterpart, CRS

District de
Poste de santé de

FICHE CONTRE REFERENCE

Case de santé de :

N° d'enregistrement dans le Registre :

Date : .....
Prénom et nom du (Relais, Matrones, ASC): .....
Prénom et Nom de la personne référée :.....
Age : ..... **Nom du Village :**.....
Date et heure de la référence :.....
Motifs de la référence :.....
.....
.....
Structure de référence : .....
Traitement reçu : .....
.....

POUR UN MEILLEUR SUIVI DE CE PATIENT, PRECISEZ VOS RECOMMANDATIONS ET RETOURNEZ CE VOLET A LA CASE

N° d'enregistrement dans le Registre de la case : .....
Nom du patient..... .....
AGE : ..... **Nom du Village :** .....
Référé par ..... LE.....
Motif de la référence : .....
.....
Vu le : .....
PAR : ..... fonction :.....
Diagnostic .....
Traitement prescrit : .....

RECOMMMANDATIONS POUR LE SUIVI AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SIGNATURE ET CACHET

CAHIER / FICHE DE PLANIFICATION ET SUIVI MENSUEL DES ACTIVITES IEC-CCC (PLAN D'ACTION)

District de : Kaffrine Poste de santé de : Birkilane Case de Santé/Site de : Boussolél Wolof Mois de : Juin 07

L'ADC L'ICP

Section planification : cette partie est élaborée en début de chaque mois après la réunion d'autoévaluation en présence de tous les acteurs communautaires, de l'ADC et validé par l'ICP
La Section Suivi : est remplie a la fin de chaque activité réalisée ou non ; le relais donnera le nombre de participants hommes et femmes
Les fiches de planification doivent être archivées dans la case et gardées en lieu sur.

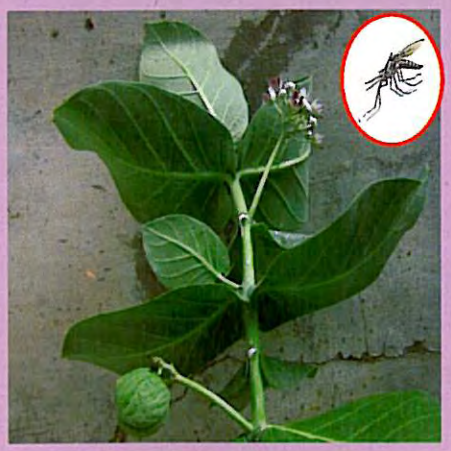
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION MÉDICALE

Programme santé

PROJET SANTÉ COMMUNAUTAIRE

FORMATION SUR LE PALUDISME

MANUEL DE L'ASC/MATRONE



Septembre 2007

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

EN PARTENARIAT AVEC

CCF Africare Plan World vision Counterpart CRS

INTRODUCTION

Le présent document est un aide-mémoire destiné à l'ASC/Matrone exerçant dans une case de santé. Il a pour objet de l'aider à combattre efficacement le paludisme dans sa communauté en mettant en œuvre les stratégies prévues par le **P**rogramme **N**ational de **L**utte contre le **P**aludisme (PNLP) du Sénégal. Ces stratégies sont:

- l'éducation des populations pour une recherche précoce des soins;
- le traitement du paludisme simple dans les cases de santé avec les ACT;
- la référence précoce des cas de paludisme grave au niveau des postes et centres de santé;
- le soutien à la distribution des **M**oustiquaires **I**mprégnées à **L**ongue **D**urée d'**A**ction (MILDA) et la promotion de leur utilisation par les femmes enceintes et les enfants de 0-5ans;
- la promotion du **T**raitement **P**réventif **I**ntermittent (TPI) chez la femme enceinte;
- le plaidoyer et la mobilisation communautaire autour de la lutte contre le paludisme;
- l'information des communautés pour la préparation des **A**spersions **I**ntra **D**omiciliaires (AID) dans les zones ciblées;

Les informations et les images contenues dans le manuel pourront aider l'ASC/Matrone dans ses tâches de lutte contre le paludisme au niveau communautaire.

Le manuel est illustré et rédigé en français et en wolof. La transcription dans les autres langues nationales est envisagée (pulaar, serer, mandingue, diola). La manuel est annexé à un guide du formateur qui propose une méthodologie d'enseignement fondée sur une approche par compétences.

Ces différents supports ont été réalisés dans le cadre de la composante communautaire du Programme Santé de l'USAID / Presidential Malaria Initiave mis en œuvre par un Consortium d'ONG dirigé par CCF Sénégal et composé de Africare, Plan, World Vision, Couterpart International et Catholic Relief Services. Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a coordonné la conception des documents.

IDENTIFICATION

Lieu de la formation : .....

Personne responsable de l'encadrement :

Nom et prénom..... Fonction :.....

Stagiaire :

Nom et prénom..... Sexe.....âge..... Niveau d'instruction .....

Marié ◻ Célibataire ◻ Divorcé ◻ Nombre d'enfants.....Adresse.....

Case de santé :.....
Poste de santé de référence :.....

Critères d'évaluation :	Niveau de performance									Observations
	Mise en situation N°1			Mise en situation N°2			Mise en situation N° 3			
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
1. A examiné au moins 10 enfants qui ont une fièvre										
2. Recherche bien les signes de danger										
3. Propose une prise en charge correcte										
4. Explique bien la Posologie de l'ACT										
5. Explique bien les éléments de suivi d'un enfant qui à une fièvre										
6. Reporte bien sur le registre les informations concernant le paludisme										

Conclusion : Le stagiaire est :

1. ☐ **Capable** De prendre en charge de manière autonome un cas de paludisme et de reporter les informations sur le palu
2. ☐ **A besoin d'être accompagné** sur les aspects suivants :.....

.....

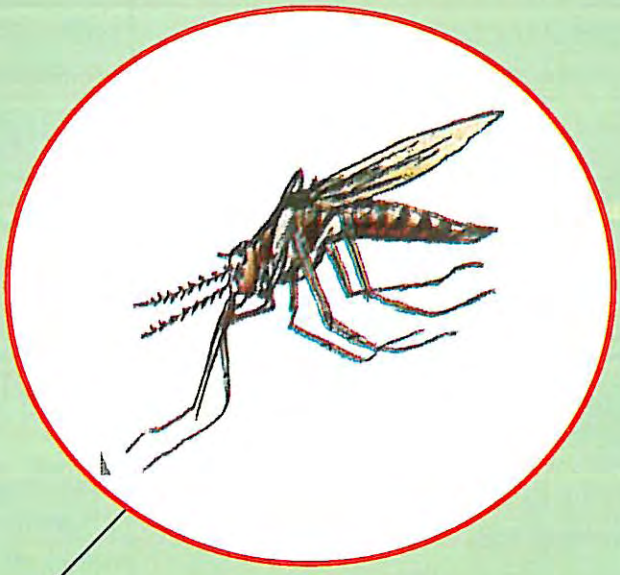
3. ☐ **A besoin d'un accompagnement intensif et rapproché**

Observations :

1- C'EST QUOI LE PALUDISME ?	LAN MOY SIBBIRU ?
• Au Sénégal, le paludisme est la maladie de l'enfant la plus fréquente de toutes les maladies, elle est celle qui tue le plus grand nombre d'enfants de moins de 5 ans. • Le paludisme associé à la grossesse est très dangereux. Il fait courir de graves risques à la mère et à l'enfant qu'elle porte. **2- COMMENT SE TRANSMET LE PALUDISME ?** Le germe (la semence) responsable du paludisme est transmis à l'homme par la femelle d'un moustique appelé anophèle.	• Fii ci Senegal, sibbiru mooy feebar bi gëna bari ci xale yi amagul juroomi at • Yaram wu tang mooy mandarga mi gëna fës ci sibbiru. • Sibbiru bi and ak ëmb lu bon la di na indil yaay ji ak doom ji jafee-jafee yu bon. **NAN LA SIBIRU DI WALLE ?** • Yoo bu jigeen buñ naan anofel mo yoor Jiwu jangoro bi di ko jox nit.

Notes :

N°1



Mode de transmission du paludisme

SIGNES DU PALUDISME

Il existe 2 formes de paludisme: le paludisme simple et le paludisme grave.

♦ Signes du paludisme simple

- Corps chaud plus marqué le soir
- Frissons et sueurs ;
- Maux de tête ;
- Douleurs au dos et aux articulations

Le paludisme simple peut se soigner à la case.

♦ Signes de gravité du paludisme

- Le corps très chaud (39°5et plus);
- Les vomissements répétés;
- les yeux jaunes;
- Les urines rares ou concentrées;
- Le refus de manger ou de boire;
- La léthargie;
- Les convulsions.

Une personne qui présente un seul de ces signes de gravité doit être référée au poste de santé le plus vite possible.

MANDARGAY SIBBIRU

Ñaari xeeti sibbiru moo am : Sibbiru bu yam ak bu metti

Mandargay sibbiru bu yam :

- Yaram wu tang lu ëpp ci ngoon gi
- Liw ak ñaq
- Bopp buy metti
- Matitu diggu ginaaw ak siddit yi

Sibbiru bu yam mën ñu ko faj ci cas de sante.

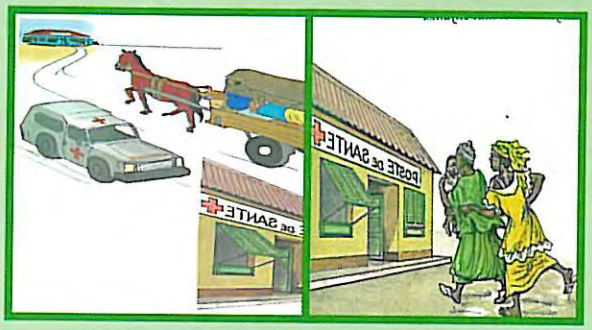
Mandargay sibbiru yi bon :

- Yaram wu tang lool (fanweeri dëgëre ak juroom ñeent mbaa lu ko ëpp)
- Woccu yu tegloo
- Bët yu Mbog
- Saw yu neew walla yu bañ a ñew
- Baña lekk ak naan
- Loof
- Kiriss

Nit ku am benn ci yii mandarga da ñu koy yebal dispanser.

Notes :

N°2



C'EST QUOI LE CORPS CHAUD :

Le corps chaud (la fièvre) traduit souvent la présence dans l'organisme de l'homme d'un germe, « la semence » d'une maladie.

COMMENT RECONNAÎTRE UN CORPS CHAUD

Pour savoir si le corps d'une personne est chaud, appliquer une des méthodes suivantes :

- Prendre la température, à l'aide d'un thermomètre de préférence;
- Demander si le corps est chaud
- Toucher le front du malade avec le dos de la main;
- **Si la température est inférieure à 39° 5 sans aucun signe de gravité,** traiter à la case avec de l'ACT;
- **Si la température est supérieure ou égale à 39° 5,** référer au poste de santé.

LAN MOOY YARAM WU TANG :

Jiwu jangoro bu la duggee, sa yaram day tang mooy wone ni dangaa feebar. Tangayu yaram bokna ci yi fësal feebar.

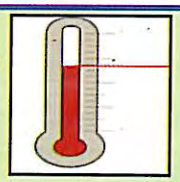
NAN LA ÑUY XAME YARAM WU TANG

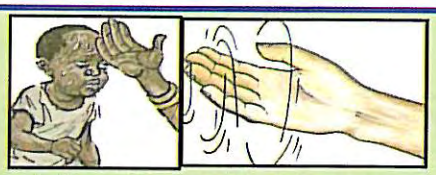
Ngir xam ndax yaramu nit ki dafa tang jëfool pexe yii :

- Jëlël tangaayu yaram wi te sukkandiku ci nattu kaay bi ñu naan termometar
- Laajal ndax yaram wi dafa tang
- Lambal jëwu ki feebar ak sa biti loxo
- **Bu fekkee ni yaram wu tang wi aggul ci fanweeri dëgëre ak juroom ñeent te fësalul benn mandarga mu bon,** mën naa yem ci cas de sante bi.
- **Bu fekke ni tangaayu yaram wi tollu na ci fanweeri dëgëre ak juroom ñeent mbaa lu ko ëpp,** yebal ko ci dispenser ba.

Notes :

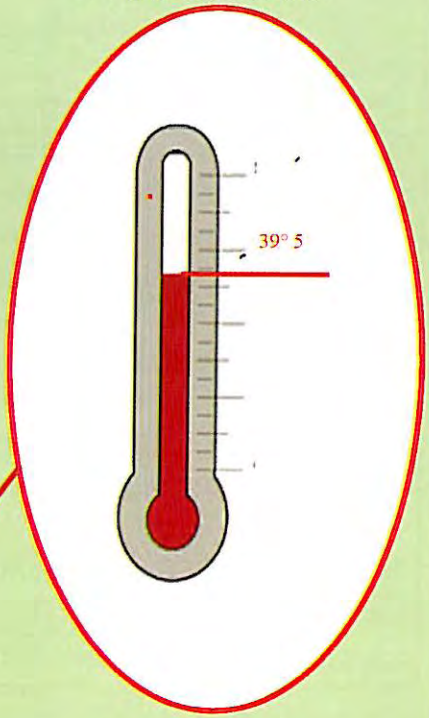
N° 3 technique de recherche de la fièvre

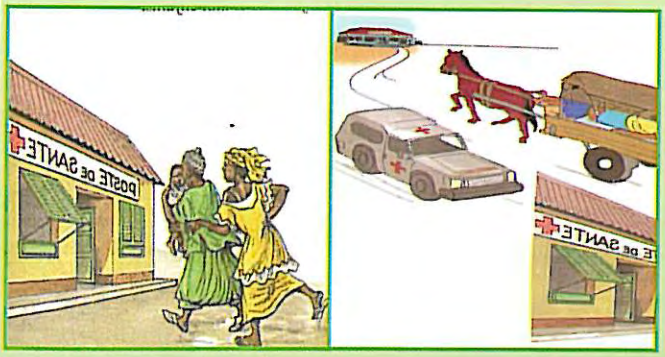




Prendre la température ou palper le front ou demander

N° 4 fièvre élevée à 39°5 et +





Référer au poste de santé toute fièvre supérieur ou égale à 39 ° 5

TRAITEMENT DU PALUDISME	PAJUM SIBBIRU
♦ **Quel médicament utiliser pour le traitement du paludisme simple?** • Seuls les cas simples de paludisme peuvent être soignés à la case. • Les enfants de moins de 2 mois et les femmes enceintes doivent être tous référés même s'ils ne présentent pas de signes de gravité. • Maintenant, le paludisme de l'enfant et de l'adulte se soignent avec un médicament qui s'appelle ACT. • La chloroquine n'est plus efficace contre le paludisme dans notre pays. • L'ACT est une combinaison de 2 médicaments : Artésunate+ Amodiaquine. • Cette combinaison est plus efficace et protège contre les résistances. • L'administration de l'ACT peut être associée à des médicaments qui font baisser la fièvre. Il s'agit de l'aspirine ou du paracétamol.	**Yan garab la ñuy jëfandikoo ngir faj sibbiru ?** • Ñi seen sibbiru jeegee gul dayo rekk ñoo mëna fajoo ci kas dë sante bi • Xale yi amagul ñaari wèèr ak jigeen ñu werul ñi dañ leena wara yabal ca dispenser • Doom yi ñuy wax koloorokin fajatul sibbiru ci suñu reew • Leegi sibbiru xale ak mag ñi, ñu ngi koy fajee doom yi ñu naan ACT • ACT ñaari garab yu ñu boole la : artesunat ak amojakin • Njaxas moomu moo gëna baax te day aar ci doole ji sibbiru bi andal • Njëlum ACT mi mën naa and ak yeneeni garab yu deme ni aspirin ak paracetamol ngir seral tangoru yaram wi

N°5

Plaquette adulte

Plaquette 7-13 ans

Plaquette de 2 mois à 6ans

Différentes plaquettes d'ACT

COMMENT ADMINISTRER L'ACT?

- **Adulte** :
  - **4** comprimés jaunes + **4** comprimés blancs en une prise après un repas.
  - Chaque jour à la même heure, pendant 3 jours successifs
- **Adolescent de 7 à 13ans** :
  - **2** comprimés jaunes + **2** comprimés blancs en une prise après un repas.
  - Chaque jour à la même heure, pendant 3 jours successifs.
- **Enfant de 1 à 7ans** :
  - **1** comprimé jaune + **1** comprimé blanc en une prise, après un repas .
  - Chaque jour à la même heure, pendant 3 jours successifs :
- **Enfant de 2 à 11mois:**
  - ½ comprimé jaune + ½ comprimé blanc en une prise après un repas
  - Chaque jour à la même heure, pendant 3 jours successifs.

NUN KOY JËFANDIKOO

Mag :
- Bes bu ne ca waxtu wa, ba mu mat ñetti fan ;
- Jëlëndoo ñeenti doom yu mboq ak ñeenti doom yu weex gannaw so lekke ba noppi.

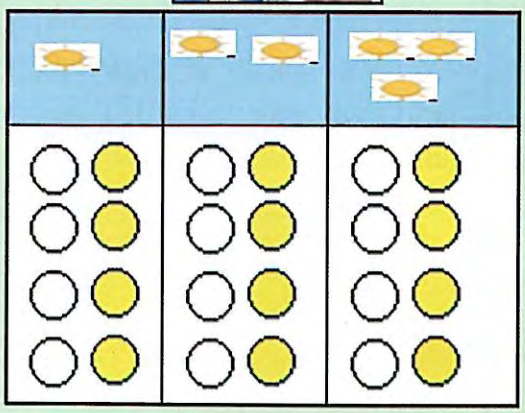
Xale bu am juroom ñaar ba fukki at ak ñet :
- Bes bu ne ca waxtu wa, ba mu mat ñetti fan :
- Jëlëndoo ñaari garag yu mboq ak ñaari garab yu weex gannaaw soo lekkee ba noppi

Xale bu am benn ba juroom ñaari at :
- Bes bu ne ca waxtu wa, ba mu mat ñetti fan :
- Jëlëndoo benn garag gu mboq ak bu weex gannaaw soo lekkee ba noppi

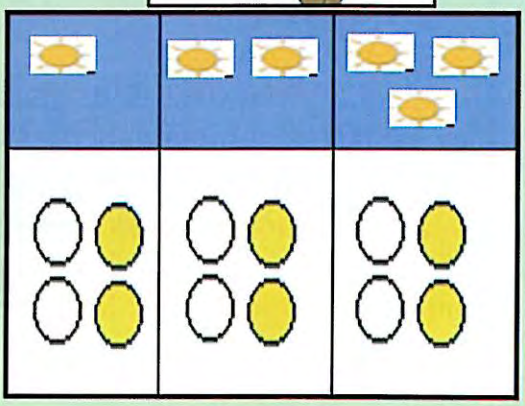
Xale bu am ñaari wèèr te matalagul at :
- Bes bu ne ca waxtu wa, ba mu am ñetti fan
- Jëlëndoo genn wall doom bu mboq ak genn wall doom bu weex gannaaw so lekkee ba noppi

Notes :

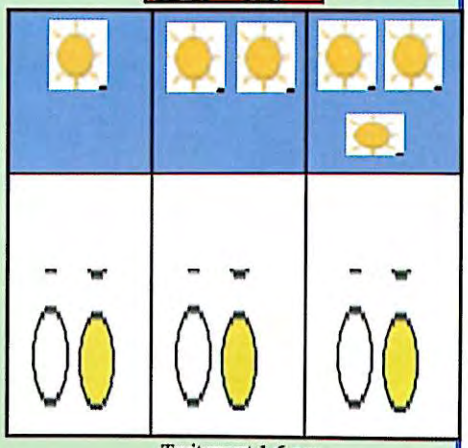
N° 6



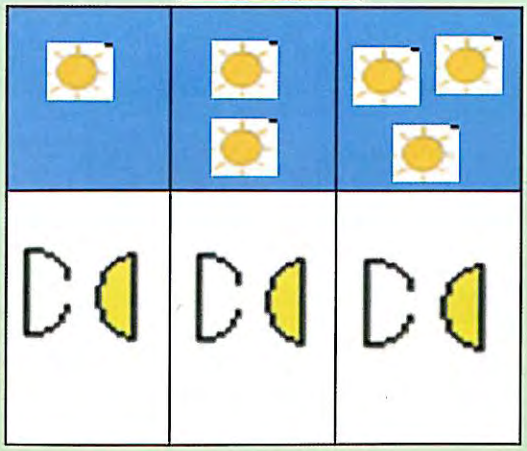
Traitement adulte



Traitement 7 –13ans



Traitement 1-6 ans



Traitement 2-11mois

Administration de l'ACT en fonction de l'âge

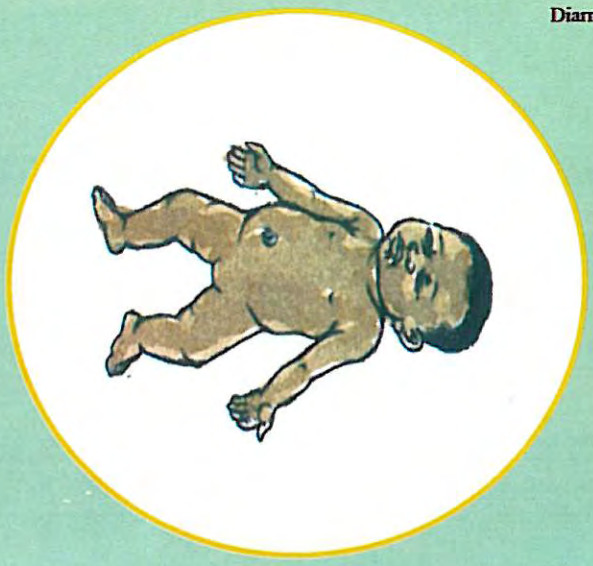
EFFETS INDÉSIRABLES DE L'ACT:	MANDARGAY JAAR JALL YI MËNA FEEÑ CI NJËLUM GARAB MI
♦ La plupart des médicaments ont des effets indésirables. L'ACT a peu d'effets indésirables qui sont les suivants: • Nausées • Vomissements • Diarrhée • Léthargie • Démangeaisons	♦ Yenn ci garab yi dinay feeñal ay mandargay jaar jall. ACT bi bariwul mandargay jaar jall: • Xel muy teey • Woccu • Biir buu daw • Loof • Xasan
♦ L'ASC /Matrone doit demander aux malades de lui signaler les effets indésirables.	♦ ASC bi war nay laaj ñi feebar ndax feeñal nañu mandargay jaar jall
♦ Les effets indésirables sont le plus souvent passagers, l'ASC/Matrone doit insister pour que le traitement soit poursuivi malgré les effets indésirables. Si ce n'est pas possible référer	♦ ASC bi war nay ñaak ñi feebar ñu weeyal pajmi donte feñal ñu ay mandargay jaar jall
♦ L'ASC/Matrone doit signaler à l'ICP les effets indésirables présentés par les malades.	♦ war naa xamal ICP bi ñi feñal ay mandargay jaar jall

N° 7

Vomissements

La prise d'ACT peut entraîner

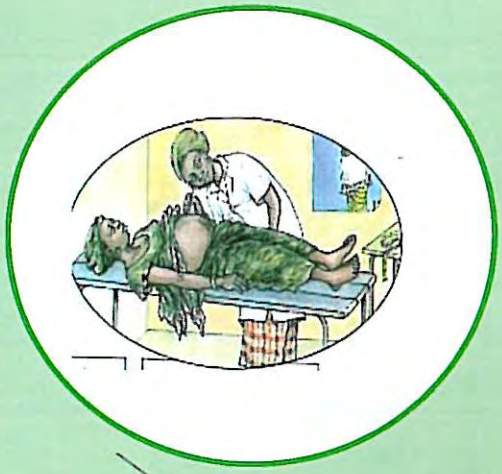
Diarrhée

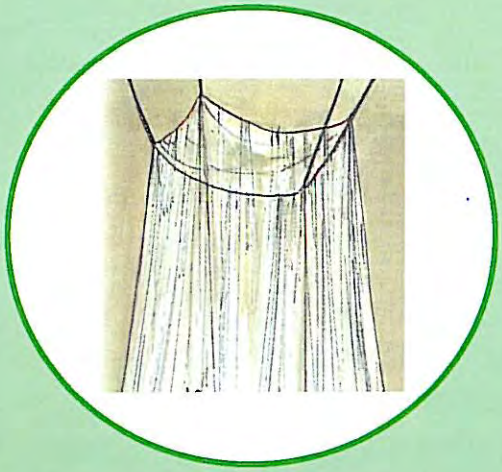


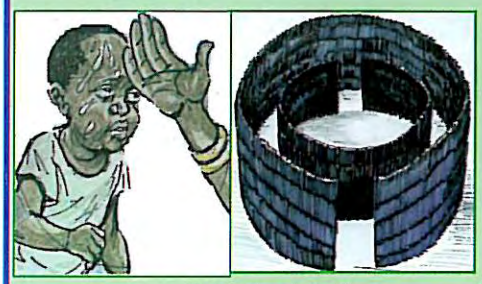
Léthargie

LES PRINCIPAUX MOYENS	PEXEM AARU CI SIBBIRU
La prévention du paludisme dans nos communautés repose sur 7 moyens: • Le diagnostic et le traitement précoces des cas. • La protection des femmes enceintes • La mobilisation des membres de la communauté pour lutter contre le paludisme. • Le dépistage et la référence précoces des cas graves • L'utilisation des moustiquaires imprégnées • L'hygiène et l'assainissement • L'aspersion intra domiciliaire	**Xetti pexe yi** Aaru ci sibbiru ci sunuy biir gox mi ngi tëdde ci juroom ñaari pexe : • Teela nemmiku mandargay sibbiru te teela faju • Aar jigeeñi wêrul ñi ci sibbiru • Dajale waa gox bi, waxtaan ngir xeex sibiru • Teela raññe girawale sibbiru te teela yabal ñi seen feebar jeggi dayo • Jëffandikoo sanke yu ñu nandal • Set settal • Wis kër yi ak ndox mu andag tooke

N° 8







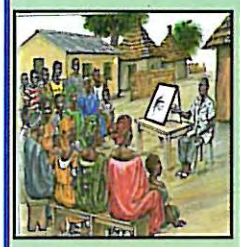
Prévention de la fièvre

6- TRAITEMENT PRÉCOCE DES CAS DE PALUDISME :	PAJ MU TEEL CI ÑI SIBBIRU
Pour le traitement précoce des cas de paludisme, les acteurs communautaires (ASC, matrone, Relais et comités de santé) doivent: • Rendre disponible et accessible l'ACT • Apprendre à tous les membres de la communauté, en particulier les mères, à reconnaître les signes du paludisme simple et les signes de gravité du paludisme. • Demander aux membres de la communauté de venir se faire soigner à la case dès qu'ils ont le corps chaud • Faire des visites à domicile pour demander aux malades de prendre régulièrement les médicaments comme on le leur a indiqué.	Ngir teela faj sibbiru bi ASC bi, rewlikat yi, rële yi ak ñi bokk ci comite dë sante bi war nañoo : • Fexe ba garab yi (ACT) di doy te ñëpp jot ci • Jangal waa gox gi gëpp, rawatina jigeen ñi yor ay xale, ñu xam mandargay sibbiru ak mandargay girawale yi • Wax waa gox gi ñu teela faju ji ca cas dë sante ba bu seen yaram tangee.

Notes :

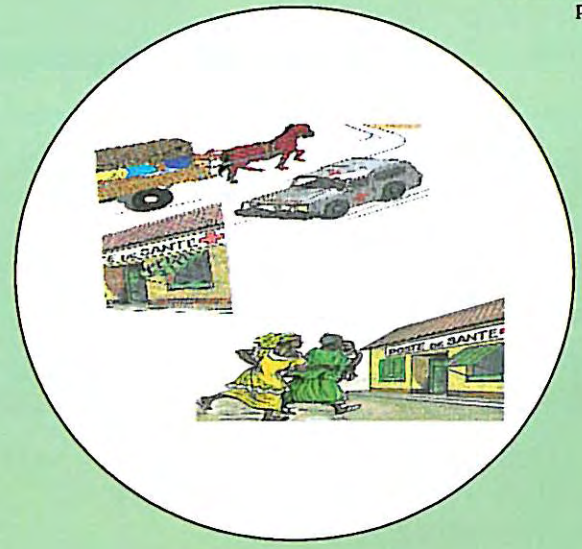
N° 9

Identification des cas de fièvre



Causeries et entretiens individuels

Traitement précoce des cas de paludisme

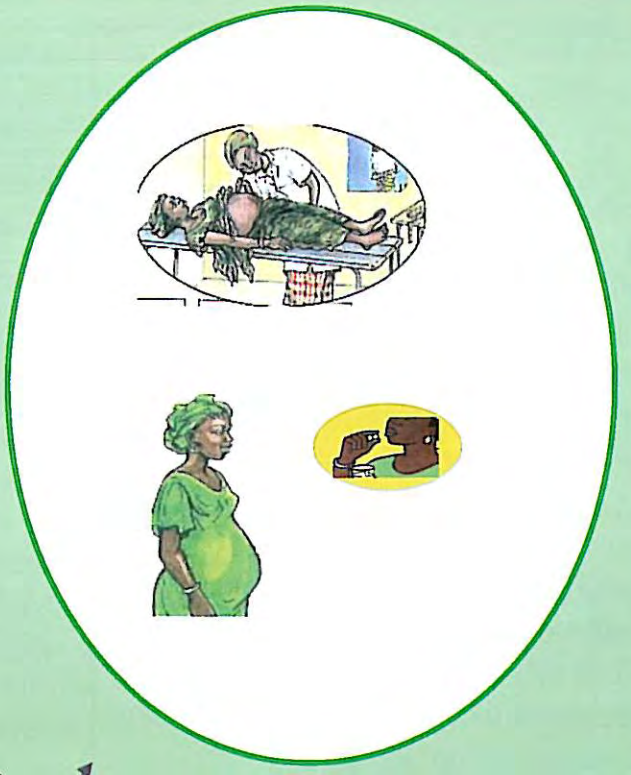


Référence précoce des cas graves

7- COMMENT PRÉVENIR LE PALUDISME DE LA FEMME ENCEINTE:	NU ÑUY FEGOO SIBBIRU JIGEEN WU WËRUL
• L'ACT ne doit pas être utilisé pour la prévention ou le traitement du paludisme de la femme enceinte. • La prévention du paludisme chez la femme enceinte repose sur deux stratégies : - Le traitement Préventif Intermittent (TPI) avec de la SP; - L'utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action.	• Doomi ACT kenn du ko jëfandikoo ngir aar wola faj sibbiru jigeen wu wërul ; • Aar jigeen wu wërul ci sibbiru mi ngi tègu ci ñaari pexe: - Pajum aaru mu ñu appal¨ (TPI) : naan SP; - Jëfandikoo sanke bu ñu nandal;

Notes :

N° 10



Prises SP pendant les CPN

Prévention du paludisme

Dormir sous MI

Prévention du paludisme de la femme enceinte

8- COMMENT ADMINISTRER LA SP À LA FEMME ENCEINTE?	NAN LAÑUY JOXE JIGEEN WU WERUL DOOMI SP ?
• Le traitement Préventif Intermittent du paludisme est administré à la femme enceinte en deux prises pendant les CPN: • La première prise est administrée au cours du deuxième trimestre de la grossesse (4e mois) quand les mouvements fœtaux sont présents. • La deuxième prise est administrée au cours du 3e trimestre (au 7e mois), au moins 1 mois après la première prise. • Les prises de SP se font sous la supervision de l'infirmier ou de la sage femme pendant les CPN.	• Ngir aar jigeen wu wërul ci sibiru ak Paj mu ñu appal", deñu koy jox mu naan SP ñari yoon buy pasee wisit : • Naan bu jëkk bi mu ngi koy naan ci bu ëmb bi tolloo ci ñeenti weer (bu doom ji tambalee yëngu); • Ñaareelu naan bi mu ngi koy naan bu bu ëmb bi tolloo ci juroom ñaa reelu weer • Njëlum garabu (SP) bi ñungi koy def ci ndigël ak tewayu sasfam wolla infirmier, bu jigeen wu werul wi ñewe passe si wisit.

Notes

N° 11

Première prise
Au cours de 2e trimestre

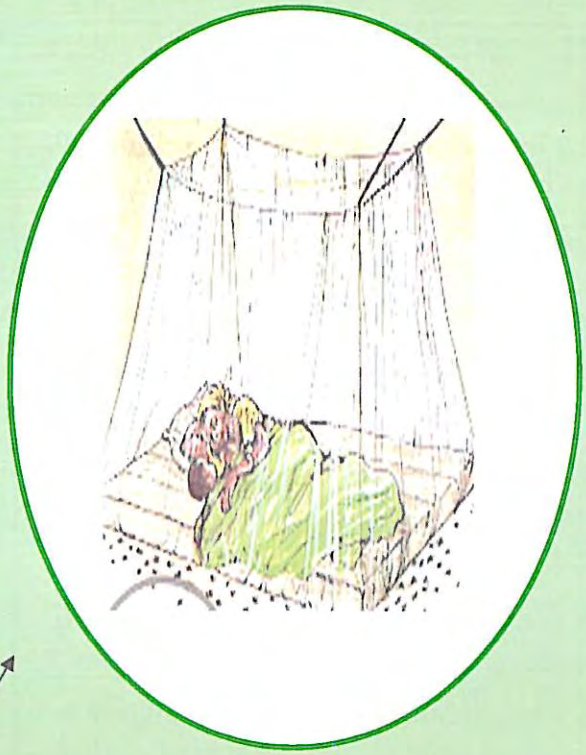
Deuxième prise
Au cours de 3e trimes-

Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte

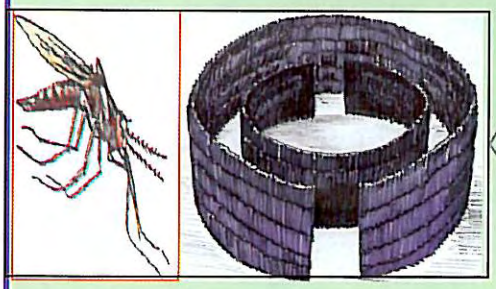
C'EST QUOI LA MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE?	LAN MOOY SANKE BU ÑU NANDAL
• La MI est une moustiquaire qui protège contre les piqûres des moustiques et tue les moustiques qui se posent sur sa surface. • Son action insecticide est due au produit avec lequel elle a été imprégnée. • Il existe plusieurs types de moustiquaires : - Grande taille : circulaire et rectangulaire; - Petite taille : circulaire et rectangulaire. • Il faut utiliser les moustiquaires imprégnées à longue durée d'action qui protègent plus longtemps	• Sanke bu ñu nandal mooy sanke bi lay aar ci matt-matt yoo tey rey bepp yoo bu tag ci kaw sanke bi • Li waral sanke bu ñu nandal rey yoo mooy dañ koo nandal ak ndox mu andag tooke • Sanke yi xeet yu bari la - Sanke bu mag : bu wêrngëlu ak bu guddu te am ñeenti koñ - Sanke bu ndaw : bu wërngëlu ak bu am ñeenti koñ

Notes :

N° 12



Moustiquaire rectangulaire



Protection contre le moustique avec:

Moustiquaire circulaire

♦ COMBIEN COÛTE UNE MI ?

- La MILDA est subventionnée pour être à la portée des populations;
- Le prix actuel de la MI circulaire est au tour de 1500F.
- La moustiquaire rectangulaire coûte environ 1000frs.
- Les MILDA subventionnées sont vendues par les comités de santé au niveau des:
  - Centres de Santé ,
  - Postes de Santé,
  - Cases de Santé.
  - Certaines OCB vendent des MI
- La distribution des MILDA est basée sur le système de coupon
- Les coupons sont détenus par les ICP et les sages-femmes.
- Les coupons son distribués aux femmes enceintes ou aux parents des enfants 0-5 ans lors des CPN, Vaccinations, consultations...
- Il faut les échanger contre une MILDA en payant la différence (1000 à 1500frs) au comité de santé des cases ou postes de santé.

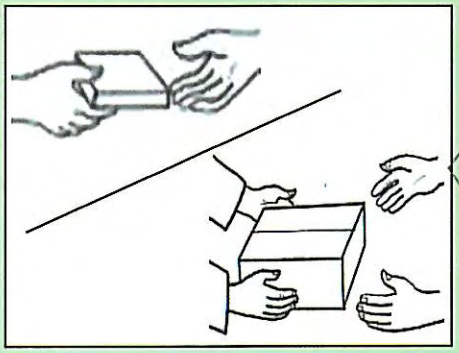
LAN LA SANKE DI JAR ?

- Njëgu sanke bi waññi nañu ko ngir ñeep mena am sanke
- Sanke bu wërngëlu mi ngi jar ñeenti teemeer
- Sanke bu ñeenti koñ bi mi ngi jar ñaari teemeer
- Sanke yi ñu nandal (MILDA) di ko baaxe nit ñi ñu ngi koy jaaye ci :
  - kaz dë sante yi walla
  - dispenser
  - opitaal yi
  - am na ay OCB yuy jay sanke
- Sanke yi ñu nandal (MILDA) ñu ngi koy jaaye benn bu nekk ak tiket.
- Tiket yoyu infirmië yi ak saas fam yi ci dispenser yi ñoo koy joxe
- Jigeen yu ëmb yi ak xale yi amagul juroomi at la ñuy jox tiket yoyu ci jamanoy wisit yi ak ñak yi
- Tiket yoyu la ñuy wecco ak sanke yi ñu nandal (MILDA)

Notes :

N° 13

Environ 1000frs

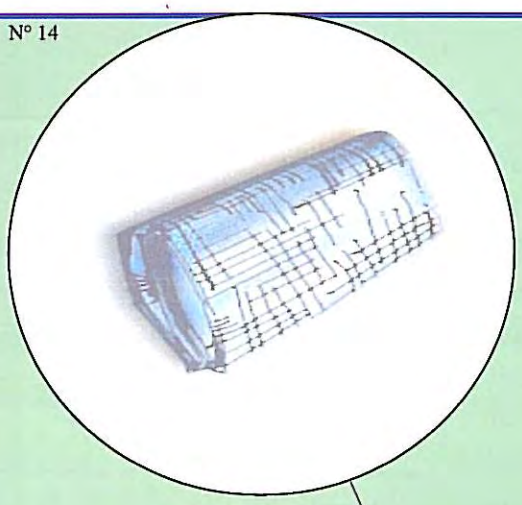


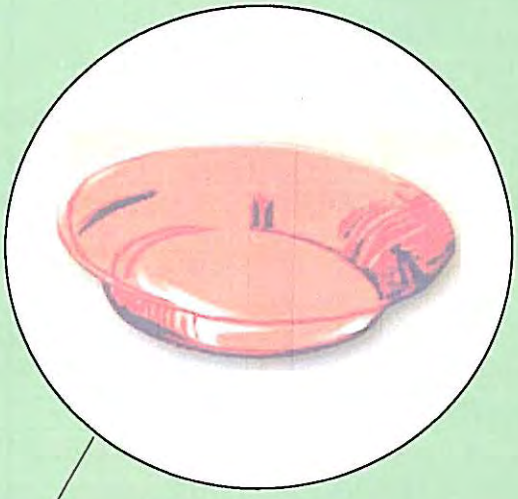
Environ 1500frs

Coût de la moustiquaire imprégnée

10 QUEL MATÉRIEL UTILISER POUR IMPRÉGNER UNE MOUSTIQUAIRE	BAN JUMTUKAAY NGAY JËFANDI-KOO BOOY NANDAL SANKE
Après un certain temps la MI perd de son efficacité et il faut la réimprégner Le matériel d'imprégnation d'une moustiquaire comprend: • 1 bassine vide; • 1 Pot contenant de l'eau; • 1 paire de gants; • 1 sachet d'agent agglomérant; • 1 Un sachet contenant 1 comprimé de KAOTAB	Boy nandal sanke jumtukaay yii ngay ut : • Benn paan bu deful dara • Benn potu ndox • Ñaari gan • Benn mbuus • Benn mbuus mu def doom bi ñuy nandale (kaotab)

N° 14

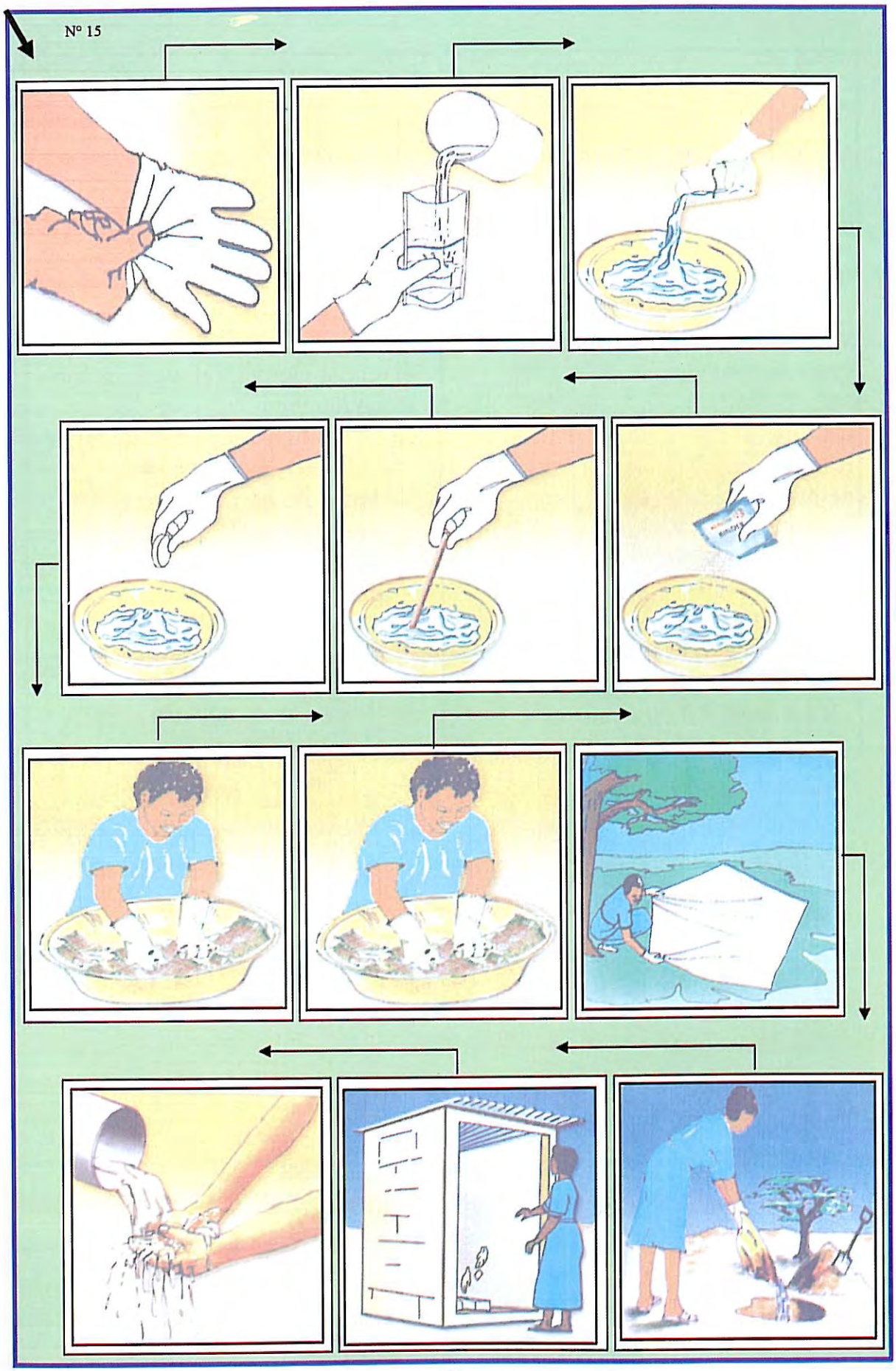




Matériel de ré imprégnation de moustiquaire

COMMENT IMPRÉGNER UNE MOUSTIQUAIRE:	NU ÑUY NANDALE SANKE
• La moustiquaire à imprégner doit être en matière synthétique. • S'il s'agit d'une ré imprégnation, laver la moustiquaire et laisser sécher avant de la réimprégner. • Mettre des gants ; • Mesurer l'eau avec le sachet jusqu'au trait; • Verser le volume d'eau mesuré dans la bassine; • Ouvrir le sachet contenant le produit et verser le contenu dans l'eau; • Ajouter la tablette au mélange; • Agiter l'eau jusqu'à ce que la pilule soit complètement dissoute; • Tremper complètement la moustiquaire dans la solution pendant au moins 2 minutes; • Retirer la Moustiquaire et laisser égoutter l'excédent de liquide; • Placer la moustiquaire à l'ombre et à plat sur une surface non absorbante pour la faire sécher; • Verser le reste de la solution dans un trou creusé dans le sol et recouvrir de terre; • Jeter les gants et l'emballage dans une latrine; • Se laver les mains avec de l'eau et du savon.	• Sanke bi ñu wara nandal dafa war a nekk lu mel ni nilong • Footal sanke bi bayyi ko mu woow balla ngaa tambali • Sollal ay gang • Nattal ndox mi ak nattukaay bi ba mu yem ci rëdd wi • Sottil ndox mi ñuy natt ci biir paan bi • Ubbil mbuus mi def porodiw bi te sottiko ci ndox mi • Yokk ci njaxas mi • Yëngëlël ndox mi ba doom bi seey • Dugal sanke bepp ci njaxas mi ba mu mat ñaari simili • Gënne sanke bi te bayyi njaxas mi dugg ko • Weeral sanke bi, te tallal ko fu am kèr : sannil gag yi ak ya defoon poroviw yi ca suturu kaay • Gasal ci suuf, sotti ci ndox mi te suul ko • Raxas loxo yi ak ndox ak saabu

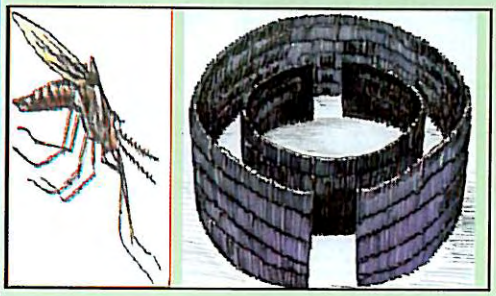
Notes :


Nº 15

♦ C'EST QUOI L'ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE?	LAN MOOY WIS BIIR KËR YI AK NDOXUM TOOKE ?
• L'AID consiste à pulvériser l'intérieur des chambres avec un insecticide efficace pour lutter contre la prolifération des moustiques dans les habitations. • Le produit utilisé pour l'AID est voisin de celui utilisé pour l'imprégnation des moustiquaires. • En plus des moustiques, il est efficace contre les cafards, les tiques, les puces, les mouches et les larves de papillons . • Le produit est peu toxique quand les populations respectent les conseils donnés. • Le produit est toxique s'il est respiré dans l'heure qui suit son application. • Il est nocif s'il est avalé	• Da ngay wis biir neeg yi ak ndox mu am tooke ngir xeex yoo yi nekk ci biir kër yi • Ndoxum tooke mi nga jëffandikoo moo bokk ak bi ñuy nandale sanke yi • Ni muy raye yoo yi noonu la aaye ci mboot gunoor, fel, weñ, ak liiri lëppa lëppp yi • Ndox mi du am ngaañ su ko nit ñi jëfandikoo niñu leen ko waxe • Ndox mi am na waññeent boo ko wanaasoo bo ko defee ba noppi te noyyi ko fi saasi • Naan ko baaxul

Notes :

N° 16

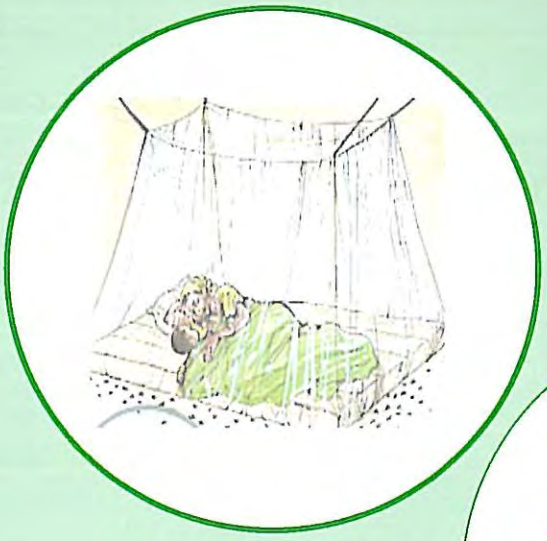


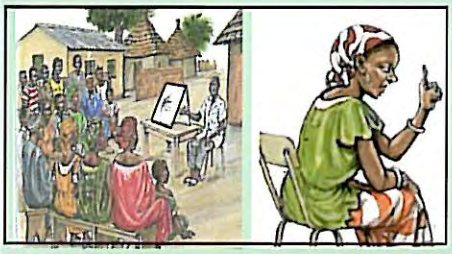
Aspersion intra domiciliaire

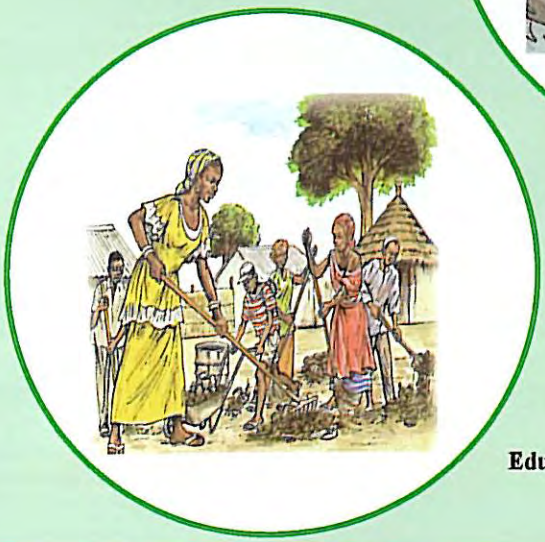
ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE ET UTILISATION DES AUTRES MOYENS DE PRÉVENTION DU PALUDISME.	WIS NDOXUM TOOKE MI CI BIIR KËR YI AK YENEENI FEEM NGIR FAGARU SIBBIRU
Après l'aspersion intra domiciliaire, toutes les stratégies de prévention du paludisme seront poursuivies. • la Moustiquaire Imprégnée doit être utilisée parce qu'elle renforce l'efficacité de l'AID ; • le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte doit être poursuivi, • le traitement précoce des cas simples au niveau de la case doit être poursuivi, • l'éducation des population pour la reconnaissance des signes de gravité pour une recherche de soins précoce doit être poursuivie, • La mobilisation des communautés pour des activités d'hygiène et d'assainissement du milieu doit se poursuivre.	Boo wisee kër gi ak ndoxum tooke mi ba noppi da ngaa wara sammonteeg pexe yi lay aar ci sibbiru. • War ngaa jëfandikoo sanke bi ñu nandal ndax mooy yokk doole ndoxum tooke mi ñu wis • Paj mi ñuy defal jigeen wu wërul wi te di ko appal ngir mu aaru ci sibbiru dañ koo wara topp. • Paj mi ñuy defal ñuy doora sibiru ca bërëbu neegu wër gu yaram bu ndaw ba dañ koo wara topp • Mandarga yu bon yi nga seet ba gis ko te diko faj dang koo wara topp. • Waa gox bi ñuy dajale ngir nu def ay set-setal dañu koo wara topp

Notes :

N° 17







Education à l'utilisation des autres stratégies de prévention du paludisme après AID

ANNEXES

Outils de gestion

1. Format page registre de maternité / SR
2. Cahier IEC/CCC
3. Format page de Registre de consultation générale
4. Cahier Moustiquaires Imprégnées
5. Fiche de référence et de contre référence
6. Modèle de Plan d'action niveau case et site
7. Rapport mensuel de case
8. Fiche de stocks médicaments
9. Cahier de gestion matériel
10. Cahier de versement journalier
11. Livret de caisse
12. Cahier de supervision

REGISTRE DE MATERNITE / SPNN

CAHIER DU RELAIS

ACTIVITES IEC-CCC

Type d'activités et date	Thèmes (SR, PF, visite 3éme jour, suivi enfant sous traitement…)	Nombre de nouveaux participants sur le thème		Nombre d'anciens participants sur le thème		Total Participants	Observations (supports utilisés ou distribués…)
		Femmes	*Hommes*	*Femme*	*Homme*		

* Nombre de comités de salubrité fonctionnels……*

REGISTRE DE CONSULTATION GENERALE

	Prénom et Nom	Age Mois/An	Sexe	Nom de la mère (si enfant 0-5ans)	Adresse / Village / Quartier	Signes et plaintes	Poids	Traitement/Conduite à tenir (Systématiser la posologie)	Observation/ Conseils,
Lundi 01 Janvier 2007									
01	Fatou Faye	12 mois	F	Daba Sarr	Diokhar	Fièvre 38°, maux de tête,		ACT : Paracétamol	Allaiter plus,
02	Aliou Séne	6 mois	M	Rokhy Diouf	Gohé	Toux, écoulement du nez, Respiration rapide (58 mouvements)		Cotrimoxazole sirop Solution miel et citron	Allaiter plus, Vitamine A donné, éviter fumée et poussière
03	Ndew Gning	24 mois	F	Mbouta Faye	Sanghaye	8 Selles par jour, sang		**Référé**	**Vus à la maison**

1. Date : Inscrire dans une ligne
2. Age : en mois (pour les moins de 5ans) et en année pour les plus de 5 ans
3. Numéro d'ordre : Sont mensuels pour permettre la collecte mensuelle du nombre de cas vus dans le mois

Consultation : Encercler les numéros des enfants qui reviennent pour les visites de suivi
Une fois pour la première visite
Deux fois pour la deuxième visite

4. Suivi de la Référence : doit permettre de documenter les cas référés, les cas contre référés vus, les cas contre référés suivis à la case ou a domicile

a. En cas de référence, l'ASC inscrit en ROUGE Référé dans la colonne traitement/Conduite à tenir pour faciliter l'identification de ces cas graves. A défaut de couleur Rouge, l'ASC souligne les cas graves dans le Registre
b. En cas de contre référence, l'ASC inscrit en ROUGE CR dans la colonne OBSERVATIONS ou le souligne clairement, Effet secondaires à mettre dans la colonne Observations
c. NB : Remplir en cas de référence la FICHE DE REFERENCE

CAHIER DE GESTION DES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES

SECTION 1 : DISTRIBUTION

N° d'ordre	N° Coupon	Prénom et Nom du bénéficiaire	Cibles (0-5 ans, FE, autres)			Village / Quartier	Sources	Marque	Prix de cession	Montant versé par le Bénéficiaire (avance ...)	Observations
			Enfants de moins de 5 ans	Femmes enceintes	Autres						

SECTION 2 : REIMPREGNATION

Date	Kits d'imprégnation				Nombre de Moustiquaires recensées pour la ré imprégnation	Nombre de Moustiquaires ré imprégnées	Observations
	Disponibles	*Reçu*	*Utilisé*	*Solde*			
1 janvier 07	10	20	10	20	10	10	
1 février	20	0	5	15	5	5	Jour de marché hebdomadaire
1 mars	15	0	15	0	20	15	Kits insuffisants ; commande effectuée
1 avril	0	30	20	10	20	20	1 Kit détérioré
5 avril	9	0	0	9	0	0	

PROGRAMME SANTÉ
SANTÉ COMMUNAUTAIRE - PMI
Mis en œuvre par CCF, Africare, Plan & World Vision, Counterpart, CRS

District de
Poste de santé de

FICHE CONTRE REFERENCE

Case de santé de : N° d'enregistrement dans le Registre :

Date : .....
Prénom et nom du (Relais, Matrones, ASC): .....
Prénom et Nom de la personne référée :.....
Age : ..... **Nom du Village :**.....
Date et heure de la référence :.....
Motifs de la référence :.....
.....
.....
Structure de référence : .....
Traitement reçu : .....
.....

POUR UN MEILLEUR SUIVI DE CE PATIENT, PRECISEZ VOS RECOMMANDATIONS ET RETOURNEZ CE VOLET A LA CASE

N° d'enregistrement dans le Registre de la case : .....
Nom du patient..... .....
AGE : ..... **Nom du Village :** .....
Référé par ..... LE.....
Motif de la référence : .....
.....
Vu le : .....
PAR : ..... fonction :.....
Diagnostic .....
Traitement prescrit : .....

RECOMMMANDATIONS POUR LE SUIVI AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SIGNATURE ET CACHET

CAHIER / FICHE DE PLANIFICATION ET SUIVI MENSUEL DES ACTIVITES IEC-CCC (PLAN D'ACTION)

District de : Kaffrine Poste de santé de : Birkilane Case de Santé/Site de : Boussolél Wolof Mois de : Juin 07

L'ADC L'ICP

Section planification : cette partie est élaborée en début de chaque mois après la réunion d'autoévaluation en présence de tous les acteurs communautaires, de l'ADC et validé par l'ICP
La Section Suivi : est remplie a la fin de chaque activité réalisée ou non ; le relais donnera le nombre de participants hommes et femmes
Les fiches de planification doivent être archivées dans la case et gardées en lieu sur.

N.B : *En plus du cahier, les activités seront mentionnées sur une fiche et affichées au niveau de la case.*

RAPPORT MENSUEL DE LA CASE

Région médicale de.....district de .....
Poste de santé de.....case de .....
Nom ASC .....nom Matrone .....
Nom des relais : .....
Mois de .....

1) Services offerts par la case :
.....
.....
.....
.....
.....

2) MALADES TRAITES A LA CASE DE SANTE :

Nombre de consultations : 0-4ans..... 5 ans et plus.....
Nombre de cas de paludisme 0-4 ans traités par ACT :.....
Nombre de cas de paludisme plus de 5ans traités par ACT :.....
Nombre de cas de pneumonie 0-4 ans traités par COTRI :.....
Nombre de cas de diarrhée 0-4 ans traités par SRO :.....
Nombre de cas de diarrhée de plus de 5ans traités par SRO :.....
Autres cas (plaie, dermatose conjonctivites.) :.....

3) MALADES REFERES AU POSTE DE SANTE

Nombre de cas référés au poste de santé pour
Paludisme, pneumonie grave ou diarrhée grave) :.....
Nombre d'enfants de moins 2 mois référés
au poste de santé :.....
Nombre de Femme Enceinte référées
pour fièvre/paludisme au poste de santé :.....

4) ACCOUCHEMENTS ET SOINS PERINEONATALS

Nombre d'accouchements assistés par la matrone :.....
Nombre d'accouchées ayant reçu vitamine A :.....
Nombre d'enfants nés vivants BP :.....
Nombre d'enfants avec poids inf à 2500 g :.....
Nombre de mort-nés frais :.....
Nombre de mort-nés macérés :.....
Nombre de décès de 0-7 jours :.....
Nombre de décès de mères :
Suite accouchements :.....
Suite avortement :.....
Suite à une fièvre :.....

5) SUIVI PROMOTION DE LA CROISANCE

Nombre d'enfants inscrits : 0-11 mois .....12-23 mois.....
Nombre d'enfants s pesés : 0-11 mois .....12-23 mois.....

Nombre d'enfants avec une croissance adéquate :
0-11 mois .....0-23 mois.....
Nombre d'enfants de 6-59 mois supplémentés en vitamine A :.....
Nombre d'enfants de 12-59 mois déparasités au Mébendazole :.....

6) PLANIFICATION FAMILIALE/SOINS POST AVORTEMENT

Nombre de personnes sous une méthode PF (pilule, condoms) :.....
Nombre de Plaquettes de pilule données:...../Plaquettes
Nombre de Condoms donnés : ...../ Condoms

7) SUIVI COMMUNAUTAIRE DES CAS DE TUBERCULEUX

Nombre total de malades tuberculeux sous traitement :.....
Nombre de malades sous TDO :.....
Nombre de cas irréguliers recherchés :.....
Nombre de cas retrouvés : .....
Nombre de cas guéris :.....
Nombre de décès :.....

8) GESTION DES MOUSTIQUAIRES

9) GESTION DU MATERIEL ET DES MEDICAMENTS
a) Matériels fonctionnels (encerclez non si le matériel est en panne)

Balance SALTER : OUI NON
Minuteur : OUI NON
b) Médicaments

	Le médicament est en rupture (OUI ou NON)	Nombre de jours ou mois de rupture si c'est oui
Cotrimoxazole comprimé		
Cotrimoxazole sirop		
SRO		
ACT enfant		
ACT adolescent		
ACT adulte		
Pilule ovrette		
Pilule lofemenal		
Colliers MGF		
condoms		

10) ACTIVITES IEC-CCC : DONNEZ LES ACTIVITES IEC DU MOIS ET LE THEME ET LE NOMBRE DE NOUVEAUX PARTICIPANTS PAR THEME :

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....

.....

11) TRAVAUX DE REFECTION/REHABILITATION EFFECTUES (nature des travaux, coût approximatif, source de financement)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

12) DIFFICULTES RENCONTREES/OBSERVATIONS GENERALES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'ASC LA MATRONE LES RELAIS

LE COMITE DE SANTE

District ..... **Poste de santé** ..... **Case de santé** .....

Article : ..... **Unité :** ..... **Seuil :** .....

FICHE DE STOCK MEDICAMENT

Date	Origine du mouvement	Entrée	Sortie	Stock disponible	Pertes	Observation
5/7/07	Achat	225		225		
6/7/07	Vente		75	150		
9/7/07	Inventaire			135	15	périmés

CAHIER DE GESTION DU MATERIEL D'UNE CASE

Désignation	Date	Stock	Entrée		Sortie		Solde	Signature	
			Quantité	Origine	Quantité	Destination		AC	Comité

District .....

Case de santé .....

Poste de santé .....

Mois .....

CAHIER DE VERSEMENT JOURNALIER

Date	*Ticket consulta-tion*	*Ticket SPC / Vaccina-tion*	*Ticket Médicament*	*Ticket CPN*	*Ticket accouche-ment*	*Total journée*	*Signature ASC*	*Signature Trésorier*
Total								

Livret de caisse

Date	Nature mouvement	Entrée	Sortie	Solde	Signature ASC/CS	Signature Trésorier
Total						

LE CAHIER DE SUPERVISION

But : ***Permet de suivre et d'évaluer les niveaux de progression des performances des acteurs communautaires ainsi que le suivi régulier des activités de la case –site par le personnel du Projet.***

Date de la supervision

Personnes supervisées (ASC, Matrone, Relais, membres de comité de santé)

Personnes rencontrées (Mére d'enfant malade, Accouchée récente, un malade référé, un utilisateur de condoms, leaders de la communauté...)

Suivi des recommandations de la dernière supervision (*est-ce que les dernières recommandations ont été respectées ? pour cela, toujours partir des notes de la dernière supervision*)

Points Forts

Points à Améliorer

Recommandations

Date de la prochaine supervision

Nom, Prénoms, fonctions et signature du ou des superviseurs

RÉFÉRENCES

- Aide mémoire pour la formation du Relais: MSPM;PARHS, JICA— Mars 2005
- Aide mémoire pour la formation de la matrone: MSPM, PARHSL, JICA— Mars 2005
- Aide mémoire TB destiné aux prestataires: MSPM, PNT, USAID, LHL, OM - Septembre 2006
- Auto Surveillance Périnatale aide mémoire du Relais: A. Diallo IPS/UCAD, Sept 2003
- Comment allaiter Guide du personnel communautaire de santé : MSPM/ DANSE ;Terre des hommes, 2007
- Comment Imprégner votre moustiquaire avec K-O TAB 1-2-3 (BAYER Environmental science)
- Formation en PCIME-C: Guide du facilitateur pour la formation: MSPM/ PRN, Avr2003
- Formation en PCIME-C: cahier de l'apprenant : MSPM/PRN (avril 2003)
- Guide du facilitateur: Formation des Relais en tuberculose: Plan Sénégal ; DS de Nioro. Juin 2004
- Guide pour la formation des Relais Polyvalents: Modules transversaux MSP/PM; BASICS; USAID. Mars 2004
- Guide du Formateur des Agents de santé communautaire (Soins Essentiels au nouveau-né BASICS; USAID Sénégal ; Février 2005
- Manuel de formation des ASC/matrones et membres du comité de santé (2e édition) : CCF-USAID-(Projet Canah); (Mars 2000)
- Manuel de formation pour le PAIN : World Vison, Mars 2000
- Module de formation des ASC en gestion de stock de médicaments guide du participant : Dr D.S. Abdou– MSH/RPM+
- Prise en charge des Infections Respiratoires Aigues au niveau case de santé par les agents de santé communautaires: Guide du formateur. MSPM; BASICS; Africare; CCF;MSH; Plan; UNICEF;OMS;USAID, Novembre2005

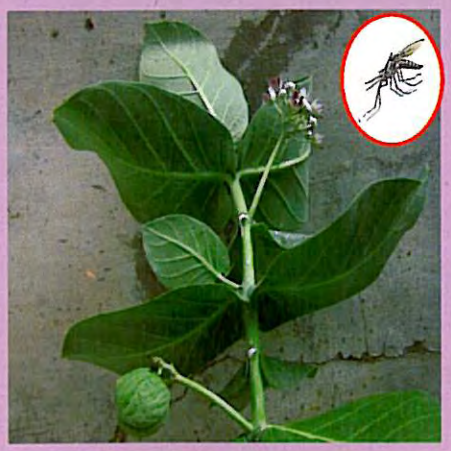
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION MÉDICALE

Programme santé

PROJET SANTÉ COMMUNAUTAIRE

FORMATION SUR LE PALUDISME

MANUEL DE L'ASC/MATRONE



Septembre 2007

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

EN PARTENARIAT AVEC

CCF Africare Plan World vision Counterpart CRS

INTRODUCTION

Le présent document est un aide-mémoire destiné à l'ASC/Matrone exerçant dans une case de santé. Il a pour objet de l'aider à combattre efficacement le paludisme dans sa communauté en mettant en œuvre les stratégies prévues par le **P**rogramme **N**ational de **L**utte contre le **P**aludisme (PNLP) du Sénégal. Ces stratégies sont:

- l'éducation des populations pour une recherche précoce des soins;
- le traitement du paludisme simple dans les cases de santé avec les ACT;
- la référence précoce des cas de paludisme grave au niveau des postes et centres de santé;
- le soutien à la distribution des **M**oustiquaires **I**mprégnées à **L**ongue **D**urée d'**A**ction (MILDA) et la promotion de leur utilisation par les femmes enceintes et les enfants de 0-5ans;
- la promotion du **T**raitement **P**réventif **I**ntermittent (TPI) chez la femme enceinte;
- le plaidoyer et la mobilisation communautaire autour de la lutte contre le paludisme;
- l'information des communautés pour la préparation des **A**spersions **I**ntra **D**omiciliaires (AID) dans les zones ciblées;

Les informations et les images contenues dans le manuel pourront aider l'ASC/Matrone dans ses tâches de lutte contre le paludisme au niveau communautaire.

Le manuel est illustré et rédigé en français et en wolof. La transcription dans les autres langues nationales est envisagée (pulaar, serer, mandingue, diola). La manuel est annexé à un guide du formateur qui propose une méthodologie d'enseignement fondée sur une approche par compétences.

Ces différents supports ont été réalisés dans le cadre de la composante communautaire du Programme Santé de l'USAID / Presidential Malaria Initiave mis en œuvre par un Consortium d'ONG dirigé par CCF Sénégal et composé de Africare, Plan, World Vision, Couterpart International et Catholic Relief Services. Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a coordonné la conception des documents.

IDENTIFICATION

Lieu de la formation : .....

Personne responsable de l'encadrement :

Nom et prénom..... Fonction :.....

Stagiaire :

Nom et prénom..... Sexe.....âge..... Niveau d'instruction .....

Marié ◻ Célibataire ◻ Divorcé ◻ Nombre d'enfants.....Adresse.....

Case de santé :.....
Poste de santé de référence :.....

Critères d'évaluation :	Niveau de performance									Observations
	Mise en situation N°1			Mise en situation N°2			Mise en situation N° 3			
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
1. A examiné au moins 10 enfants qui ont une fièvre										
2. Recherche bien les signes de danger										
3. Propose une prise en charge correcte										
4. Explique bien la Posologie de l'ACT										
5. Explique bien les éléments de suivi d'un enfant qui à une fièvre										
6. Reporte bien sur le registre les informations concernant le paludisme										

Conclusion : Le stagiaire est :

1. ☐ **Capable** De prendre en charge de manière autonome un cas de paludisme et de reporter les informations sur le palu
2. ☐ **A besoin d'être accompagné** sur les aspects suivants :.....

.....

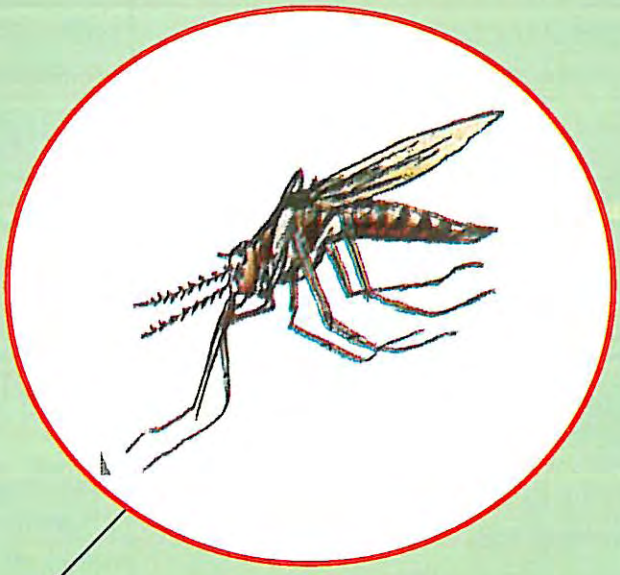
3. ☐ **A besoin d'un accompagnement intensif et rapproché**

Observations :

1- C'EST QUOI LE PALUDISME ?	LAN MOY SIBBIRU ?
• Au Sénégal, le paludisme est la maladie de l'enfant la plus fréquente de toutes les maladies, elle est celle qui tue le plus grand nombre d'enfants de moins de 5 ans. • Le paludisme associé à la grossesse est très dangereux. Il fait courir de graves risques à la mère et à l'enfant qu'elle porte. **2- COMMENT SE TRANSMET LE PALUDISME ?** Le germe (la semence) responsable du paludisme est transmis à l'homme par la femelle d'un moustique appelé anophèle.	• Fii ci Senegal, sibbiru mooy feebar bi gëna bari ci xale yi amagul juroomi at • Yaram wu tang mooy mandarga mi gëna fës ci sibbiru. • Sibbiru bi and ak ëmb lu bon la di na indil yaay ji ak doom ji jafee-jafee yu bon. **NAN LA SIBIRU DI WALLE ?** • Yoo bu jigeen buñ naan anofel mo yoor Jiwu jangoro bi di ko jox nit.

Notes :

N°1



Mode de transmission du paludisme

SIGNES DU PALUDISME

Il existe 2 formes de paludisme: le paludisme simple et le paludisme grave.

♦ Signes du paludisme simple

- Corps chaud plus marqué le soir
- Frissons et sueurs ;
- Maux de tête ;
- Douleurs au dos et aux articulations

Le paludisme simple peut se soigner à la case.

♦ Signes de gravité du paludisme

- Le corps très chaud (39°5et plus);
- Les vomissements répétés;
- les yeux jaunes;
- Les urines rares ou concentrées;
- Le refus de manger ou de boire;
- La léthargie;
- Les convulsions.

Une personne qui présente un seul de ces signes de gravité doit être référée au poste de santé le plus vite possible.

MANDARGAY SIBBIRU

Ñaari xeeti sibbiru moo am : Sibbiru bu yam ak bu metti

Mandargay sibbiru bu yam :

- Yaram wu tang lu ëpp ci ngoon gi
- Liw ak ñaq
- Bopp buy metti
- Matitu diggu ginaaw ak siddit yi

Sibbiru bu yam mën ñu ko faj ci cas de sante.

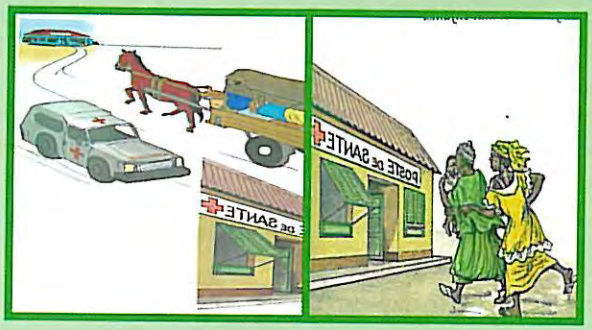
Mandargay sibbiru yi bon :

- Yaram wu tang lool (fanweeri dëgëre ak juroom ñeent mbaa lu ko ëpp)
- Woccu yu tegloo
- Bët yu Mbog
- Saw yu neew walla yu bañ a ñew
- Baña lekk ak naan
- Loof
- Kiriss

Nit ku am benn ci yii mandarga da ñu koy yebal dispanser.

Notes :

N°2



C'EST QUOI LE CORPS CHAUD :

Le corps chaud (la fièvre) traduit souvent la présence dans l'organisme de l'homme d'un germe, « la semence » d'une maladie.

COMMENT RECONNAÎTRE UN CORPS CHAUD

Pour savoir si le corps d'une personne est chaud, appliquer une des méthodes suivantes :

- Prendre la température, à l'aide d'un thermomètre de préférence;
- Demander si le corps est chaud
- Toucher le front du malade avec le dos de la main;
- **Si la température est inférieure à 39° 5 sans aucun signe de gravité,** traiter à la case avec de l'ACT;
- **Si la température est supérieure ou égale à 39° 5,** référer au poste de santé.

LAN MOOY YARAM WU TANG :

Jiwu jangoro bu la duggee, sa yaram day tang mooy wone ni dangaa feebar. Tangayu yaram bokna ci yi fësal feebar.

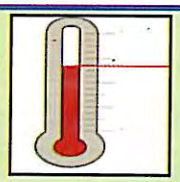
NAN LA ÑUY XAME YARAM WU TANG

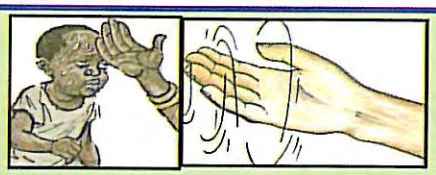
Ngir xam ndax yaramu nit ki dafa tang jëfool pexe yii :

- Jëlël tangaayu yaram wi te sukkandiku ci nattu kaay bi ñu naan termometar
- Laajal ndax yaram wi dafa tang
- Lambal jëwu ki feebar ak sa biti loxo
- **Bu fekkee ni yaram wu tang wi aggul ci fanweeri dëgëre ak juroom ñeent te fësalul benn mandarga mu bon,** mën naa yem ci cas de sante bi.
- **Bu fekke ni tangaayu yaram wi tollu na ci fanweeri dëgëre ak juroom ñeent mbaa lu ko ëpp,** yebal ko ci dispenser ba.

Notes :

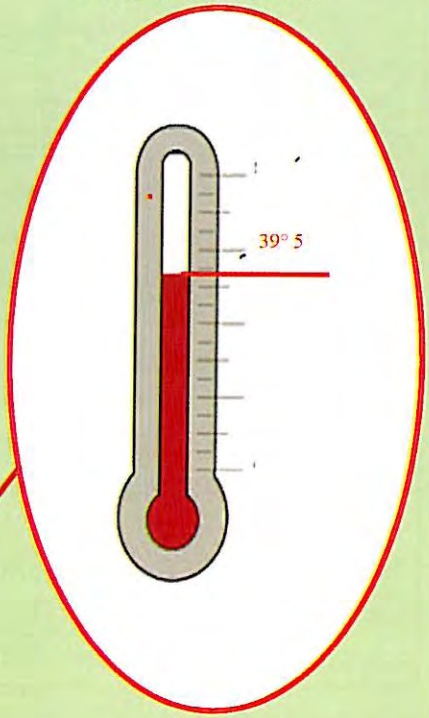
N° 3 technique de recherche de la fièvre

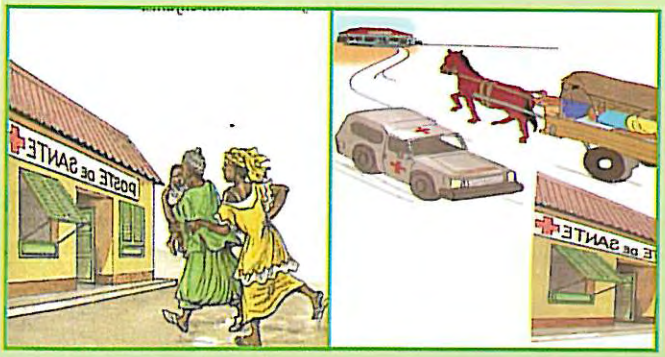




Prendre la température ou palper le front ou demander

N° 4 fièvre élevée à 39°5 et +





Référer au poste de santé toute fièvre supérieur ou égale à 39 ° 5

TRAITEMENT DU PALUDISME	PAJUM SIBBIRU
♦ **Quel médicament utiliser pour le traitement du paludisme simple?** • Seuls les cas simples de paludisme peuvent être soignés à la case. • Les enfants de moins de 2 mois et les femmes enceintes doivent être tous référés même s'ils ne présentent pas de signes de gravité. • Maintenant, le paludisme de l'enfant et de l'adulte se soignent avec un médicament qui s'appelle ACT. • La chloroquine n'est plus efficace contre le paludisme dans notre pays. • L'ACT est une combinaison de 2 médicaments : Artésunate+ Amodiaquine. • Cette combinaison est plus efficace et protège contre les résistances. • L'administration de l'ACT peut être associée à des médicaments qui font baisser la fièvre. Il s'agit de l'aspirine ou du paracétamol.	**Yan garab la ñuy jëfandikoo ngir faj sibbiru ?** • Ñi seen sibbiru jeegee gul dayo rekk ñoo mëna fajoo ci kas dë sante bi • Xale yi amagul ñaari wèèr ak jigeen ñu werul ñi dañ leena wara yabal ca dispenser • Doom yi ñuy wax koloorokin fajatul sibbiru ci suñu reew • Leegi sibbiru xale ak mag ñi, ñu ngi koy fajee doom yi ñu naan ACT • ACT ñaari garab yu ñu boole la : artesunat ak amojakin • Njaxas moomu moo gëna baax te day aar ci doole ji sibbiru bi andal • Njëlum ACT mi mën naa and ak yeneeni garab yu deme ni aspirin ak paracetamol ngir seral tangoru yaram wi

N°5

Plaquette adulte

Plaquette 7-13 ans

Plaquette de 2 mois à 6ans

Différentes plaquettes d'ACT

COMMENT ADMINISTRER L'ACT?

- **Adulte** :
  - **4** comprimés jaunes + **4** comprimés blancs en une prise après un repas.
  - Chaque jour à la même heure, pendant 3 jours successifs
- **Adolescent de 7 à 13ans** :
  - **2** comprimés jaunes + **2** comprimés blancs en une prise après un repas.
  - Chaque jour à la même heure, pendant 3 jours successifs.
- **Enfant de 1 à 7ans** :
  - **1** comprimé jaune + **1** comprimé blanc en une prise, après un repas .
  - Chaque jour à la même heure, pendant 3 jours successifs :
- **Enfant de 2 à 11mois:**
  - ½ comprimé jaune + ½ comprimé blanc en une prise après un repas
  - Chaque jour à la même heure, pendant 3 jours successifs.

NUN KOY JËFANDIKOO

Mag :
- Bes bu ne ca waxtu wa, ba mu mat ñetti fan ;
- Jëlëndoo ñeenti doom yu mboq ak ñeenti doom yu weex gannaw so lekke ba noppi.

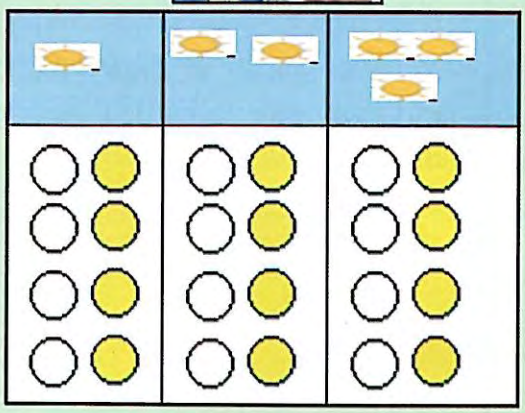
Xale bu am juroom ñaar ba fukki at ak ñet :
- Bes bu ne ca waxtu wa, ba mu mat ñetti fan :
- Jëlëndoo ñaari garag yu mboq ak ñaari garab yu weex gannaaw soo lekkee ba noppi

Xale bu am benn ba juroom ñaari at :
- Bes bu ne ca waxtu wa, ba mu mat ñetti fan :
- Jëlëndoo benn garag gu mboq ak bu weex gannaaw soo lekkee ba noppi

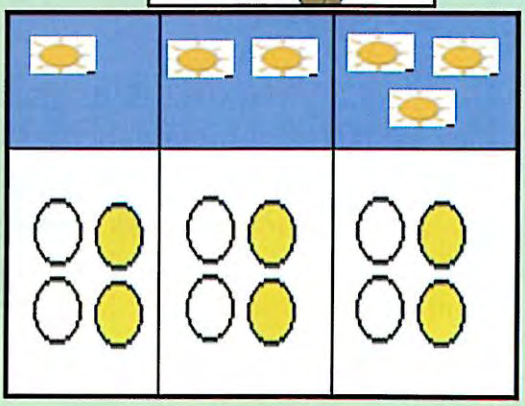
Xale bu am ñaari wèèr te matalagul at :
- Bes bu ne ca waxtu wa, ba mu am ñetti fan
- Jëlëndoo genn wall doom bu mboq ak genn wall doom bu weex gannaaw so lekkee ba noppi

Notes :

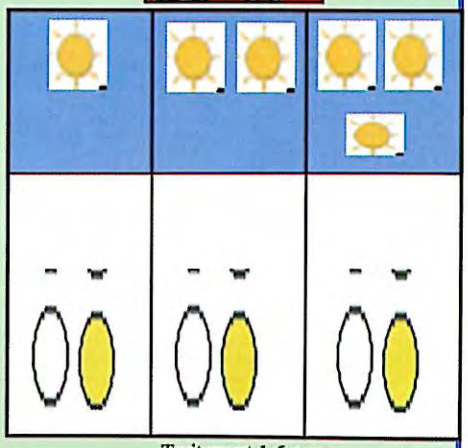
N° 6



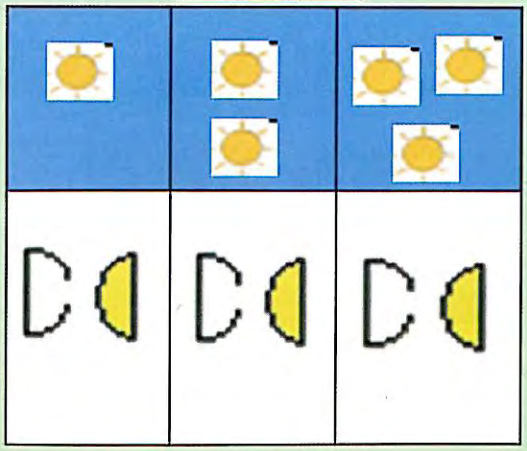
Traitement adulte



Traitement 7 –13ans



Traitement 1-6 ans



Traitement 2-11mois

Administration de l'ACT en fonction de l'âge

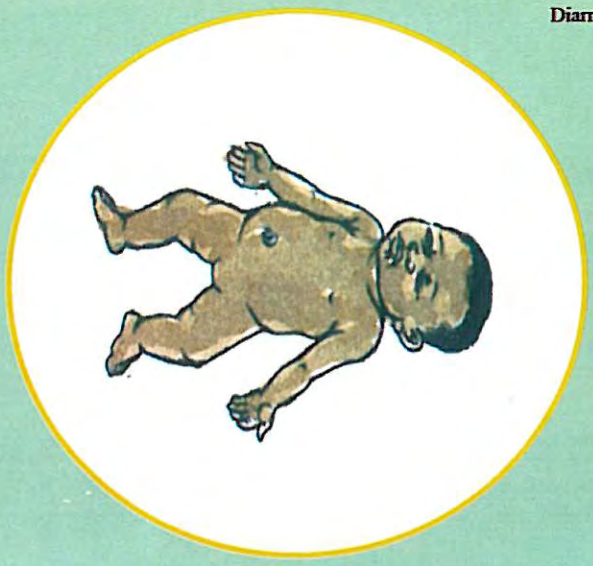
EFFETS INDÉSIRABLES DE L'ACT:	MANDARGAY JAAR JALL YI MËNA FEEÑ CI NJËLUM GARAB MI
♦ La plupart des médicaments ont des effets indésirables. L'ACT a peu d'effets indésirables qui sont les suivants: • Nausées • Vomissements • Diarrhée • Léthargie • Démangeaisons	♦ Yenn ci garab yi dinay feeñal ay mandargay jaar jall. ACT bi bariwul mandargay jaar jall: • Xel muy teey • Woccu • Biir buu daw • Loof • Xasan
♦ L'ASC /Matrone doit demander aux malades de lui signaler les effets indésirables.	♦ ASC bi war nay laaj ñi feebar ndax feeñal nañu mandargay jaar jall
♦ Les effets indésirables sont le plus souvent passagers, l'ASC/Matrone doit insister pour que le traitement soit poursuivi malgré les effets indésirables. Si ce n'est pas possible référer	♦ ASC bi war nay ñaak ñi feebar ñu weeyal pajmi donte feñal ñu ay mandargay jaar jall
♦ L'ASC/Matrone doit signaler à l'ICP les effets indésirables présentés par les malades.	♦ war naa xamal ICP bi ñi feñal ay mandargay jaar jall

N° 7

Vomissements

La prise d'ACT peut entraîner

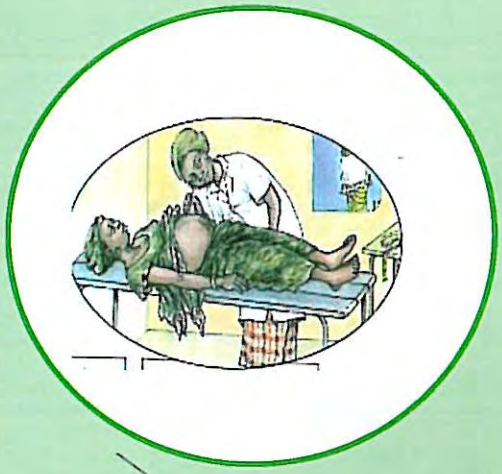
Diarrhée

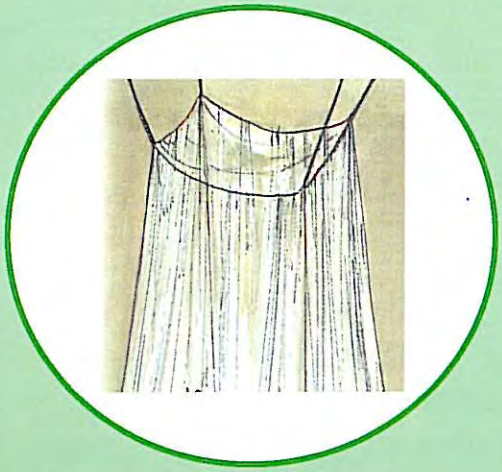


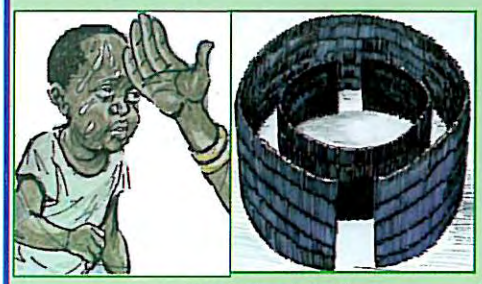
Léthargie

LES PRINCIPAUX MOYENS	PEXEM AARU CI SIBBIRU
La prévention du paludisme dans nos communautés repose sur 7 moyens: • Le diagnostic et le traitement précoces des cas. • La protection des femmes enceintes • La mobilisation des membres de la communauté pour lutter contre le paludisme. • Le dépistage et la référence précoces des cas graves • L'utilisation des moustiquaires imprégnées • L'hygiène et l'assainissement • L'aspersion intra domiciliaire	**Xetti pexe yi** Aaru ci sibbiru ci sunuy biir gox mi ngi tëdde ci juroom ñaari pexe : • Teela nemmiku mandargay sibbiru te teela faju • Aar jigeeñi wêrul ñi ci sibbiru • Dajale waa gox bi, waxtaan ngir xeex sibiru • Teela raññe girawale sibbiru te teela yabal ñi seen feebar jeggi dayo • Jëffandikoo sanke yu ñu nandal • Set settal • Wis kër yi ak ndox mu andag tooke

N° 8







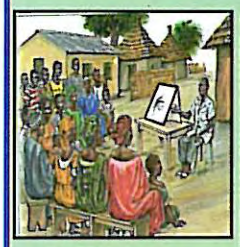
Prévention de la fièvre

6- TRAITEMENT PRÉCOCE DES CAS DE PALUDISME :	PAJ MU TEEL CI ÑI SIBBIRU
Pour le traitement précoce des cas de paludisme, les acteurs communautaires (ASC, matrone, Relais et comités de santé) doivent: • Rendre disponible et accessible l'ACT • Apprendre à tous les membres de la communauté, en particulier les mères, à reconnaître les signes du paludisme simple et les signes de gravité du paludisme. • Demander aux membres de la communauté de venir se faire soigner à la case dès qu'ils ont le corps chaud • Faire des visites à domicile pour demander aux malades de prendre régulièrement les médicaments comme on le leur a indiqué.	Ngir teela faj sibbiru bi ASC bi, rewlikat yi, rële yi ak ñi bokk ci comite dë sante bi war nañoo : • Fexe ba garab yi (ACT) di doy te ñëpp jot ci • Jangal waa gox gi gëpp, rawatina jigeen ñi yor ay xale, ñu xam mandargay sibbiru ak mandargay girawale yi • Wax waa gox gi ñu teela faju ji ca cas dë sante ba bu seen yaram tangee.

Notes :

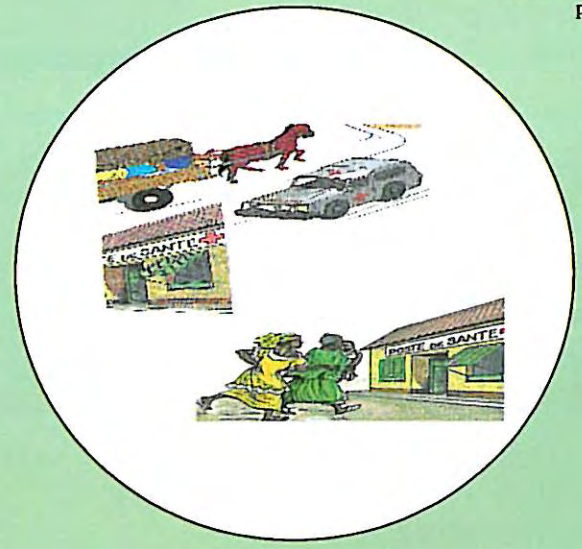
N° 9

Identification des cas de fièvre



Causeries et entretiens individuels

Traitement précoce des cas de paludisme

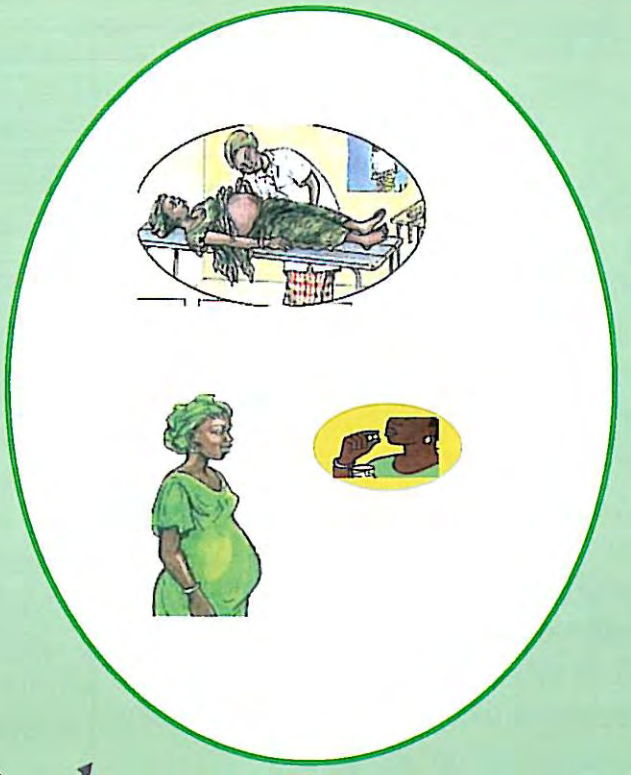


Référence précoce des cas graves

7- COMMENT PRÉVENIR LE PALUDISME DE LA FEMME ENCEINTE:	NU ÑUY FEGOO SIBBIRU JIGEEN WU WËRUL
• L'ACT ne doit pas être utilisé pour la prévention ou le traitement du paludisme de la femme enceinte. • La prévention du paludisme chez la femme enceinte repose sur deux stratégies : - Le traitement Préventif Intermittent (TPI) avec de la SP; - L'utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action.	• Doomi ACT kenn du ko jëfandikoo ngir aar wola faj sibbiru jigeen wu wërul ; • Aar jigeen wu wërul ci sibbiru mi ngi tègu ci ñaari pexe: - Pajum aaru mu ñu appal¨ (TPI) : naan SP; - Jëfandikoo sanke bu ñu nandal;

Notes :

N° 10



Prises SP pendant les CPN

Prévention du paludisme

Dormir sous MI

Prévention du paludisme de la femme enceinte

8- COMMENT ADMINISTRER LA SP À LA FEMME ENCEINTE?	NAN LAÑUY JOXE JIGEEN WU WERUL DOOMI SP ?
• Le traitement Préventif Intermittent du paludisme est administré à la femme enceinte en deux prises pendant les CPN: • La première prise est administrée au cours du deuxième trimestre de la grossesse (4e mois) quand les mouvements fœtaux sont présents. • La deuxième prise est administrée au cours du 3e trimestre (au 7e mois), au moins 1 mois après la première prise. • Les prises de SP se font sous la supervision de l'infirmier ou de la sage femme pendant les CPN.	• Ngir aar jigeen wu wërul ci sibiru ak Paj mu ñu appal", deñu koy jox mu naan SP ñari yoon buy pasee wisit : • Naan bu jëkk bi mu ngi koy naan ci bu ëmb bi tolloo ci ñeenti weer (bu doom ji tambalee yëngu); • Ñaareelu naan bi mu ngi koy naan bu bu ëmb bi tolloo ci juroom ñaa reelu weer • Njëlum garabu (SP) bi ñungi koy def ci ndigël ak tewayu sasfam wolla infirmier, bu jigeen wu werul wi ñewe passe si wisit.

Notes

N° 11

Première prise
Au cours de 2e trimestre

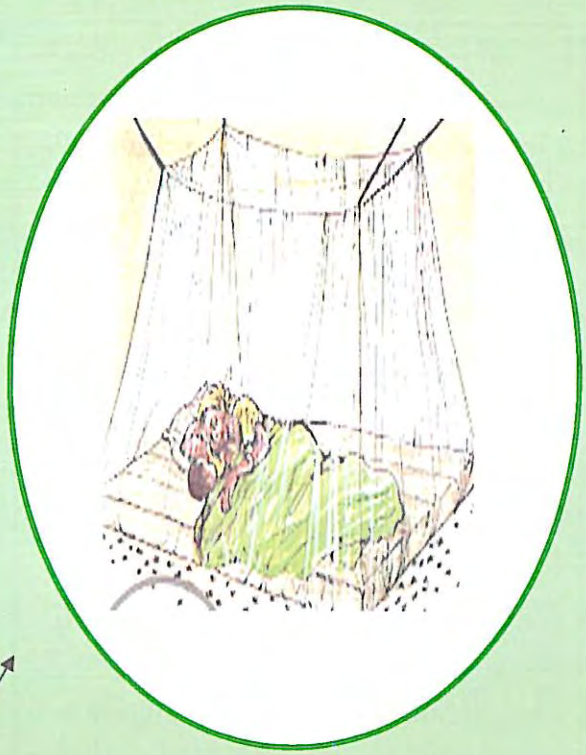
Deuxième prise
Au cours de 3e trimes-

Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte

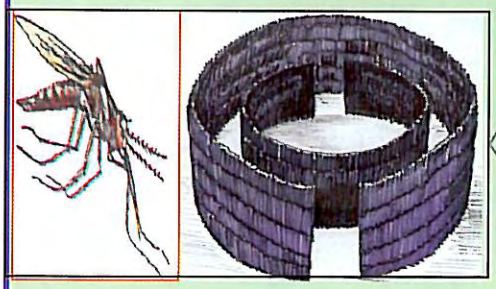
C'EST QUOI LA MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE?	LAN MOOY SANKE BU ÑU NANDAL
• La MI est une moustiquaire qui protège contre les piqûres des moustiques et tue les moustiques qui se posent sur sa surface. • Son action insecticide est due au produit avec lequel elle a été imprégnée. • Il existe plusieurs types de moustiquaires : - Grande taille : circulaire et rectangulaire; - Petite taille : circulaire et rectangulaire. • Il faut utiliser les moustiquaires imprégnées à longue durée d'action qui protègent plus longtemps	• Sanke bu ñu nandal mooy sanke bi lay aar ci matt-matt yoo tey rey bepp yoo bu tag ci kaw sanke bi • Li waral sanke bu ñu nandal rey yoo mooy dañ koo nandal ak ndox mu andag tooke • Sanke yi xeet yu bari la - Sanke bu mag : bu wêrngëlu ak bu guddu te am ñeenti koñ - Sanke bu ndaw : bu wërngëlu ak bu am ñeenti koñ

Notes :

N° 12



Moustiquaire rectangulaire



Protection contre le moustique avec:

Moustiquaire circulaire

♦ COMBIEN COÛTE UNE MI ?

- La MILDA est subventionnée pour être à la portée des populations;
- Le prix actuel de la MI circulaire est au tour de 1500F.
- La moustiquaire rectangulaire coûte environ 1000frs.
- Les MILDA subventionnées sont vendues par les comités de santé au niveau des:
  - Centres de Santé ,
  - Postes de Santé,
  - Cases de Santé.
  - Certaines OCB vendent des MI
- La distribution des MILDA est basée sur le système de coupon
- Les coupons sont détenus par les ICP et les sages-femmes.
- Les coupons son distribués aux femmes enceintes ou aux parents des enfants 0-5 ans lors des CPN, Vaccinations, consultations...
- Il faut les échanger contre une MILDA en payant la différence (1000 à 1500frs) au comité de santé des cases ou postes de santé.

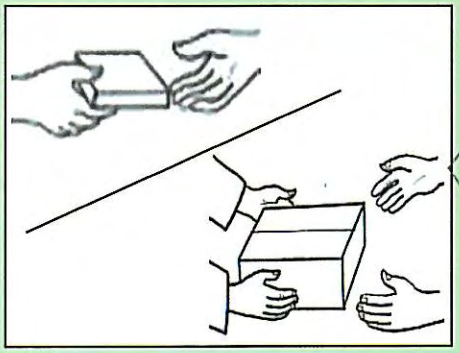
LAN LA SANKE DI JAR ?

- Njëgu sanke bi waññi nañu ko ngir ñeep mena am sanke
- Sanke bu wërngëlu mi ngi jar ñeenti teemeer
- Sanke bu ñeenti koñ bi mi ngi jar ñaari teemeer
- Sanke yi ñu nandal (MILDA) di ko baaxe nit ñi ñu ngi koy jaaye ci :
  - kaz dë sante yi walla
  - dispenser
  - opitaal yi
  - am na ay OCB yuy jay sanke
- Sanke yi ñu nandal (MILDA) ñu ngi koy jaaye benn bu nekk ak tiket.
- Tiket yoyu infirmië yi ak saas fam yi ci dispenser yi ñoo koy joxe
- Jigeen yu ëmb yi ak xale yi amagul juroomi at la ñuy jox tiket yoyu ci jamanoy wisit yi ak ñak yi
- Tiket yoyu la ñuy wecco ak sanke yi ñu nandal (MILDA)

Notes :

N° 13

Environ 1000frs

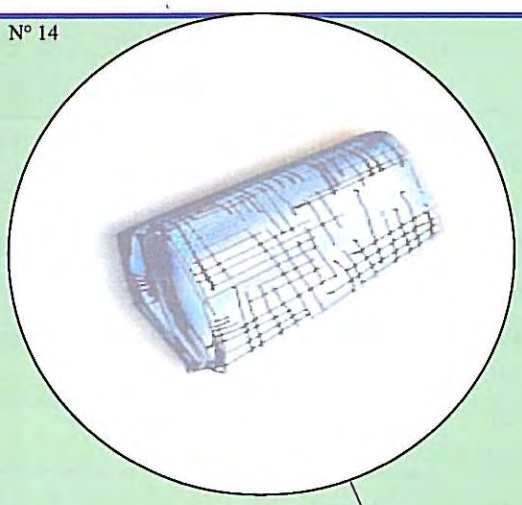


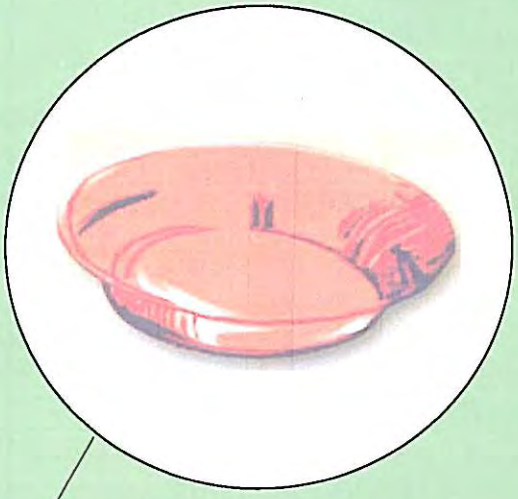
Environ 1500frs

Coût de la moustiquaire imprégnée

10 QUEL MATÉRIEL UTILISER POUR IMPRÉGNER UNE MOUSTIQUAIRE	BAN JUMTUKAAY NGAY JËFANDI-KOO BOOY NANDAL SANKE
Après un certain temps la MI perd de son efficacité et il faut la réimprégner Le matériel d'imprégnation d'une moustiquaire comprend: • 1 bassine vide; • 1 Pot contenant de l'eau; • 1 paire de gants; • 1 sachet d'agent agglomérant; • 1 Un sachet contenant 1 comprimé de KAOTAB	Boy nandal sanke jumtukaay yii ngay ut : • Benn paan bu deful dara • Benn potu ndox • Ñaari gan • Benn mbuus • Benn mbuus mu def doom bi ñuy nandale (kaotab)

N° 14

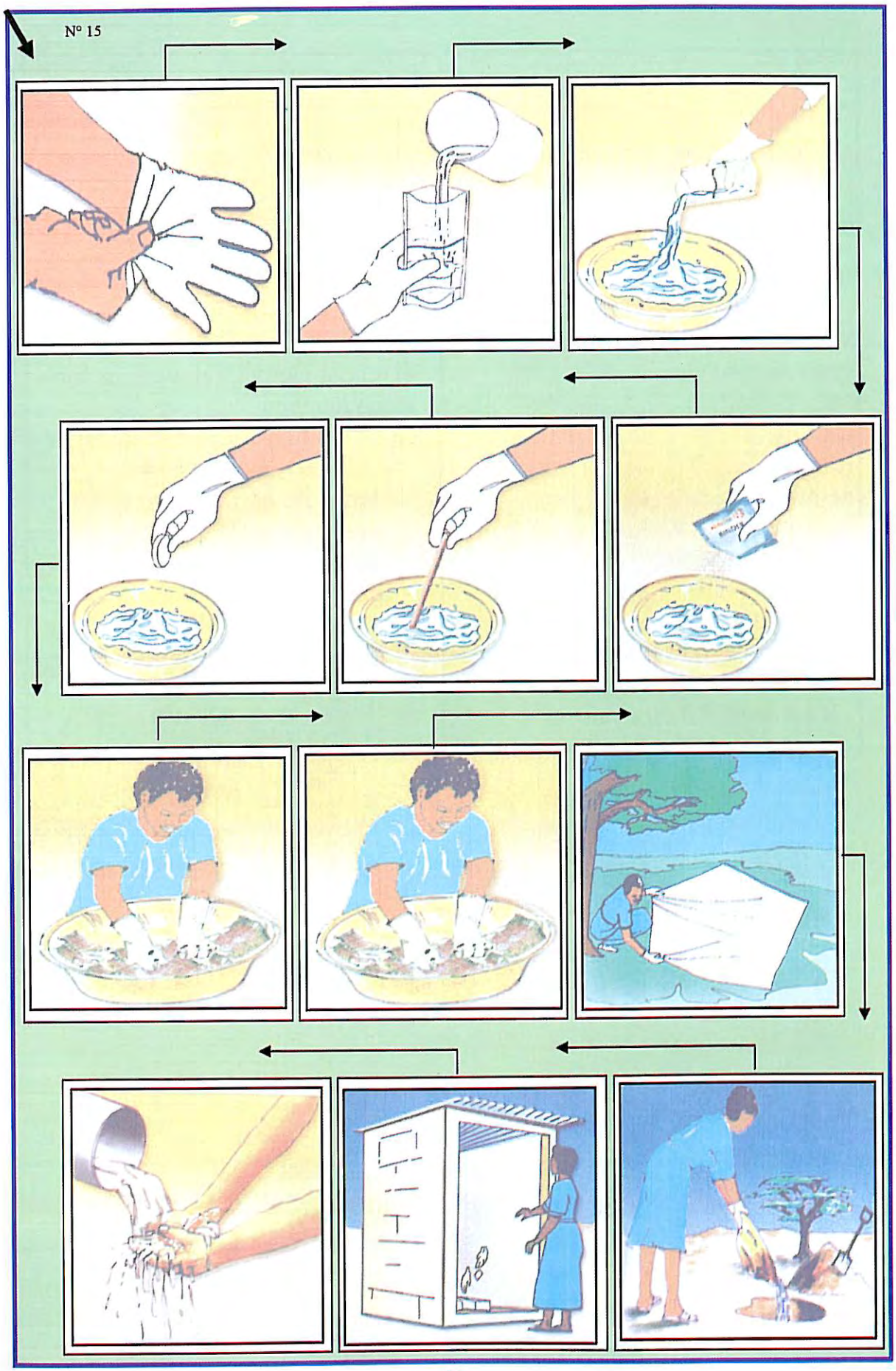




Matériel de ré imprégnation de moustiquaire

COMMENT IMPRÉGNER UNE MOUSTIQUAIRE:	NU ÑUY NANDALE SANKE
• La moustiquaire à imprégner doit être en matière synthétique. • S'il s'agit d'une ré imprégnation, laver la moustiquaire et laisser sécher avant de la réimprégner. • Mettre des gants ; • Mesurer l'eau avec le sachet jusqu'au trait; • Verser le volume d'eau mesuré dans la bassine; • Ouvrir le sachet contenant le produit et verser le contenu dans l'eau; • Ajouter la tablette au mélange; • Agiter l'eau jusqu'à ce que la pilule soit complètement dissoute; • Tremper complètement la moustiquaire dans la solution pendant au moins 2 minutes; • Retirer la Moustiquaire et laisser égoutter l'excédent de liquide; • Placer la moustiquaire à l'ombre et à plat sur une surface non absorbante pour la faire sécher; • Verser le reste de la solution dans un trou creusé dans le sol et recouvrir de terre; • Jeter les gants et l'emballage dans une latrine; • Se laver les mains avec de l'eau et du savon.	• Sanke bi ñu wara nandal dafa war a nekk lu mel ni nilong • Footal sanke bi bayyi ko mu woow balla ngaa tambali • Sollal ay gang • Nattal ndox mi ak nattukaay bi ba mu yem ci rëdd wi • Sottil ndox mi ñuy natt ci biir paan bi • Ubbil mbuus mi def porodiw bi te sottiko ci ndox mi • Yokk ci njaxas mi • Yëngëlël ndox mi ba doom bi seey • Dugal sanke bepp ci njaxas mi ba mu mat ñaari simili • Gënne sanke bi te bayyi njaxas mi dugg ko • Weeral sanke bi, te tallal ko fu am kèr : sannil gag yi ak ya defoon poroviw yi ca suturu kaay • Gasal ci suuf, sotti ci ndox mi te suul ko • Raxas loxo yi ak ndox ak saabu

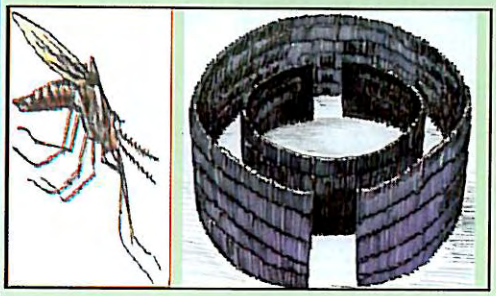
Notes :


Nº 15

♦ C'EST QUOI L'ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE?	LAN MOOY WIS BIIR KËR YI AK NDOXUM TOOKE ?
• L'AID consiste à pulvériser l'intérieur des chambres avec un insecticide efficace pour lutter contre la prolifération des moustiques dans les habitations. • Le produit utilisé pour l'AID est voisin de celui utilisé pour l'imprégnation des moustiquaires. • En plus des moustiques, il est efficace contre les cafards, les tiques, les puces, les mouches et les larves de papillons . • Le produit est peu toxique quand les populations respectent les conseils donnés. • Le produit est toxique s'il est respiré dans l'heure qui suit son application. • Il est nocif s'il est avalé	• Da ngay wis biir neeg yi ak ndox mu am tooke ngir xeex yoo yi nekk ci biir kër yi • Ndoxum tooke mi nga jëffandikoo moo bokk ak bi ñuy nandale sanke yi • Ni muy raye yoo yi noonu la aaye ci mboot gunoor, fel, weñ, ak liiri lëppa lëppp yi • Ndox mi du am ngaañ su ko nit ñi jëfandikoo niñu leen ko waxe • Ndox mi am na waññeent boo ko wanaasoo bo ko defee ba noppi te noyyi ko fi saasi • Naan ko baaxul

Notes :

N° 16

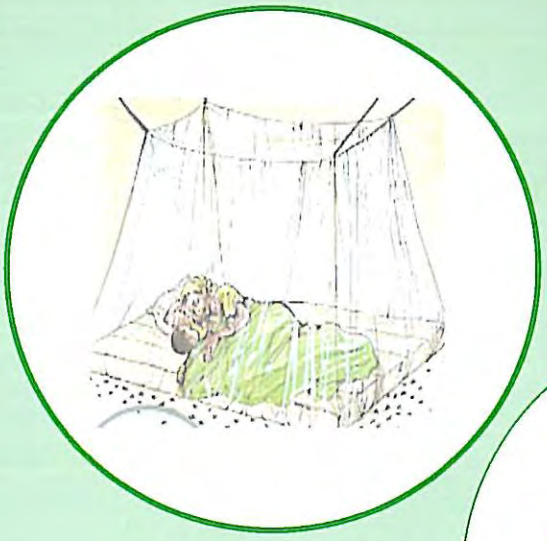


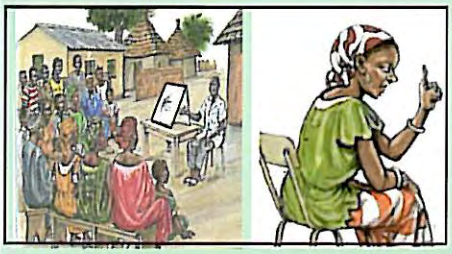
Aspersion intra domiciliaire

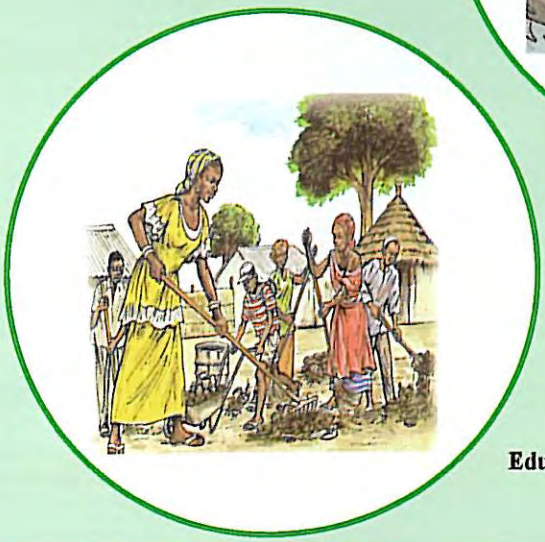
ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE ET UTILISATION DES AUTRES MOYENS DE PRÉVENTION DU PALUDISME.	WIS NDOXUM TOOKE MI CI BIIR KËR YI AK YENEENI FEEM NGIR FAGARU SIBBIRU
Après l'aspersion intra domiciliaire, toutes les stratégies de prévention du paludisme seront poursuivies. • la Moustiquaire Imprégnée doit être utilisée parce qu'elle renforce l'efficacité de l'AID ; • le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte doit être poursuivi, • le traitement précoce des cas simples au niveau de la case doit être poursuivi, • l'éducation des population pour la reconnaissance des signes de gravité pour une recherche de soins précoce doit être poursuivie, • La mobilisation des communautés pour des activités d'hygiène et d'assainissement du milieu doit se poursuivre.	Boo wisee kër gi ak ndoxum tooke mi ba noppi da ngaa wara sammonteeg pexe yi lay aar ci sibbiru. • War ngaa jëfandikoo sanke bi ñu nandal ndax mooy yokk doole ndoxum tooke mi ñu wis • Paj mi ñuy defal jigeen wu wërul wi te di ko appal ngir mu aaru ci sibbiru dañ koo wara topp. • Paj mi ñuy defal ñuy doora sibiru ca bërëbu neegu wër gu yaram bu ndaw ba dañ koo wara topp • Mandarga yu bon yi nga seet ba gis ko te diko faj dang koo wara topp. • Waa gox bi ñuy dajale ngir nu def ay set-setal dañu koo wara topp

Notes :

N° 17







Education à l'utilisation des autres stratégies de prévention du paludisme après AID

ANNEXES

Outils de gestion

1. Format page registre de maternité / SR
2. Cahier IEC/CCC
3. Format page de Registre de consultation générale
4. Cahier Moustiquaires Imprégnées
5. Fiche de référence et de contre référence
6. Modèle de Plan d'action niveau case et site
7. Rapport mensuel de case
8. Fiche de stocks médicaments
9. Cahier de gestion matériel
10. Cahier de versement journalier
11. Livret de caisse
12. Cahier de supervision

REGISTRE DE MATERNITE / SPNN

CAHIER DU RELAIS

ACTIVITES IEC-CCC

Type d'activités et date	Thèmes (SR, PF, visite 3éme jour, suivi enfant sous traitement…)	Nombre de nouveaux participants sur le thème		Nombre d'anciens participants sur le thème		Total Participants	Observations (supports utilisés ou distribués…)
		Femmes	*Hommes*	*Femme*	*Homme*		

* Nombre de comités de salubrité fonctionnels……*

REGISTRE DE CONSULTATION GENERALE

	Prénom et Nom	Age Mois/An	Sexe	Nom de la mère (si enfant 0-5ans)	Adresse / Village / Quartier	Signes et plaintes	Poids	Traitement/Conduite à tenir (Systématiser la posologie)	Observation/ Conseils,
Lundi 01 Janvier 2007									
01	Fatou Faye	12 mois	F	Daba Sarr	Diokhar	Fièvre 38°, maux de tête,		ACT : Paracétamol	Allaiter plus,
02	Aliou Séne	6 mois	M	Rokhy Diouf	Gohé	Toux, écoulement du nez, Respiration rapide (58 mouvements)		Cotrimoxazole sirop Solution miel et citron	Allaiter plus, Vitamine A donné, éviter fumée et poussière
03	Ndew Gning	24 mois	F	Mbouta Faye	Sanghaye	8 Selles par jour, sang		**Référé**	**Vus à la maison**

1. Date : Inscrire dans une ligne
2. Age : en mois (pour les moins de 5ans) et en année pour les plus de 5 ans
3. Numéro d'ordre : Sont mensuels pour permettre la collecte mensuelle du nombre de cas vus dans le mois

Consultation : Encercler les numéros des enfants qui reviennent pour les visites de suivi
Une fois pour la première visite
Deux fois pour la deuxième visite

4. Suivi de la Référence : doit permettre de documenter les cas référés, les cas contre référés vus, les cas contre référés suivis à la case ou a domicile

a. En cas de référence, l'ASC inscrit en ROUGE Référé dans la colonne traitement/Conduite à tenir pour faciliter l'identification de ces cas graves. A défaut de couleur Rouge, l'ASC souligne les cas graves dans le Registre
b. En cas de contre référence, l'ASC inscrit en ROUGE CR dans la colonne OBSERVATIONS ou le souligne clairement, Effet secondaires à mettre dans la colonne Observations
c. NB : Remplir en cas de référence la FICHE DE REFERENCE

CAHIER DE GESTION DES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES

SECTION 1 : DISTRIBUTION

N° d'ordre	N° Coupon	Prénom et Nom du bénéficiaire	Cibles (0-5 ans, FE, autres)			Village / Quartier	Sources	Marque	Prix de cession	Montant versé par le Bénéficiaire (avance ...)	Observations
			Enfants de moins de 5 ans	Femmes enceintes	Autres						

SECTION 2 : REIMPREGNATION

Date	Kits d'imprégnation				Nombre de Moustiquaires recensées pour la ré imprégnation	Nombre de Moustiquaires ré imprégnées	Observations
	Disponibles	*Reçu*	*Utilisé*	*Solde*			
1 janvier 07	10	20	10	20	10	10	
1 février	20	0	5	15	5	5	Jour de marché hebdomadaire
1 mars	15	0	15	0	20	15	Kits insuffisants ; commande effectuée
1 avril	0	30	20	10	20	20	1 Kit détérioré
5 avril	9	0	0	9	0	0	

PROGRAMME SANTÉ
SANTÉ COMMUNAUTAIRE - PMI
Mis en œuvre par CCF, Africare, Plan & World Vision, Counterpart, CRS

District de
Poste de santé de

FICHE CONTRE REFERENCE

Case de santé de : N° d'enregistrement dans le Registre :

Date : .....
Prénom et nom du (Relais, Matrones, ASC): .....
Prénom et Nom de la personne référée :.....
Age : ..... **Nom du Village :**.....
Date et heure de la référence :.....
Motifs de la référence :.....
.....
.....
Structure de référence : .....
Traitement reçu : .....
.....

POUR UN MEILLEUR SUIVI DE CE PATIENT, PRECISEZ VOS RECOMMANDATIONS ET RETOURNEZ CE VOLET A LA CASE

N° d'enregistrement dans le Registre de la case : .....
Nom du patient..... .....
AGE : ..... **Nom du Village :** .....
Référé par ..... LE.....
Motif de la référence : .....
.....
Vu le : .....
PAR : ..... fonction :.....
Diagnostic .....
Traitement prescrit : .....

RECOMMMANDATIONS POUR LE SUIVI AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SIGNATURE ET CACHET

CAHIER / FICHE DE PLANIFICATION ET SUIVI MENSUEL DES ACTIVITES IEC-CCC (PLAN D'ACTION)

District de : Kaffrine Poste de santé de : Birkilane Case de Santé/Site de : Boussolél Wolof Mois de : Juin 07

L'ADC L'ICP

Section planification : cette partie est élaborée en début de chaque mois après la réunion d'autoévaluation en présence de tous les acteurs communautaires, de l'ADC et validé par l'ICP
La Section Suivi : est remplie a la fin de chaque activité réalisée ou non ; le relais donnera le nombre de participants hommes et femmes
Les fiches de planification doivent être archivées dans la case et gardées en lieu sur.

N.B : *En plus du cahier, les activités seront mentionnées sur une fiche et affichées au niveau de la case.*

RAPPORT MENSUEL DE LA CASE

Région médicale de.....district de .....
Poste de santé de.....case de .....
Nom ASC .....nom Matrone .....
Nom des relais : .....
Mois de .....

1) Services offerts par la case :
.....
.....
.....
.....
.....

2) MALADES TRAITES A LA CASE DE SANTE :

Nombre de consultations : 0-4ans..... 5 ans et plus.....
Nombre de cas de paludisme 0-4 ans traités par ACT :.....
Nombre de cas de paludisme plus de 5ans traités par ACT :.....
Nombre de cas de pneumonie 0-4 ans traités par COTRI :.....
Nombre de cas de diarrhée 0-4 ans traités par SRO :.....
Nombre de cas de diarrhée de plus de 5ans traités par SRO :.....
Autres cas (plaie, dermatose conjonctivites.) :.....

3) MALADES REFERES AU POSTE DE SANTE

Nombre de cas référés au poste de santé pour
Paludisme, pneumonie grave ou diarrhée grave) :.....
Nombre d'enfants de moins 2 mois référés
au poste de santé :.....
Nombre de Femme Enceinte référées
pour fièvre/paludisme au poste de santé :.....

4) ACCOUCHEMENTS ET SOINS PERINEONATALS

Nombre d'accouchements assistés par la matrone :.....
Nombre d'accouchées ayant reçu vitamine A :.....
Nombre d'enfants nés vivants BP :.....
Nombre d'enfants avec poids inf à 2500 g :.....
Nombre de mort-nés frais :.....
Nombre de mort-nés macérés :.....
Nombre de décès de 0-7 jours :.....
Nombre de décès de mères :
Suite accouchements :.....
Suite avortement :.....
Suite à une fièvre :.....

5) SUIVI PROMOTION DE LA CROISANCE

Nombre d'enfants inscrits : 0-11 mois .....12-23 mois.....
Nombre d'enfants s pesés : 0-11 mois .....12-23 mois.....

Nombre d'enfants avec une croissance adéquate :
0-11 mois .....0-23 mois.....
Nombre d'enfants de 6-59 mois supplémentés en vitamine A :.....
Nombre d'enfants de 12-59 mois déparasités au Mébendazole :.....

6) PLANIFICATION FAMILIALE/SOINS POST AVORTEMENT

Nombre de personnes sous une méthode PF (pilule, condoms) :.....
Nombre de Plaquettes de pilule données:...../Plaquettes
Nombre de Condoms donnés : ...../ Condoms

7) SUIVI COMMUNAUTAIRE DES CAS DE TUBERCULEUX

Nombre total de malades tuberculeux sous traitement :.....
Nombre de malades sous TDO :.....
Nombre de cas irréguliers recherchés :.....
Nombre de cas retrouvés : .....
Nombre de cas guéris :.....
Nombre de décès :.....

8) GESTION DES MOUSTIQUAIRES

9) GESTION DU MATERIEL ET DES MEDICAMENTS
a) Matériels fonctionnels (encerclez non si le matériel est en panne)

Balance SALTER : OUI NON
Minuteur : OUI NON
b) Médicaments

	Le médicament est en rupture (OUI ou NON)	Nombre de jours ou mois de rupture si c'est oui
Cotrimoxazole comprimé		
Cotrimoxazole sirop		
SRO		
ACT enfant		
ACT adolescent		
ACT adulte		
Pilule ovrette		
Pilule lofemenal		
Colliers MGF		
condoms		

10) ACTIVITES IEC-CCC : DONNEZ LES ACTIVITES IEC DU MOIS ET LE THEME ET LE NOMBRE DE NOUVEAUX PARTICIPANTS PAR THEME :

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....

.....

11) TRAVAUX DE REFECTION/REHABILITATION EFFECTUES (nature des travaux, coût approximatif, source de financement)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

12) DIFFICULTES RENCONTREES/OBSERVATIONS GENERALES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'ASC LA MATRONE LES RELAIS

LE COMITE DE SANTE

District ..... **Poste de santé** ..... **Case de santé** .....

Article : ..... **Unité :** ..... **Seuil :** .....

FICHE DE STOCK MEDICAMENT

Date	Origine du mouvement	Entrée	Sortie	Stock disponible	Pertes	Observation
5/7/07	Achat	225		225		
6/7/07	Vente		75	150		
9/7/07	Inventaire			135	15	périmés

CAHIER DE GESTION DU MATERIEL D'UNE CASE

Désignation	Date	Stock	Entrée		Sortie		Solde	Signature	
			Quantité	Origine	Quantité	Destination		AC	Comité

District .....

Case de santé .....

Poste de santé .....

Mois .....

CAHIER DE VERSEMENT JOURNALIER

Date	*Ticket consulta-tion*	*Ticket SPC / Vaccina-tion*	*Ticket Médicament*	*Ticket CPN*	*Ticket accouche-ment*	*Total journée*	*Signature ASC*	*Signature Trésorier*
Total								

Livret de caisse

Date	Nature mouvement	Entrée	Sortie	Solde	Signature ASC/CS	Signature Trésorier
Total						

LE CAHIER DE SUPERVISION

But : ***Permet de suivre et d'évaluer les niveaux de progression des performances des acteurs communautaires ainsi que le suivi régulier des activités de la case –site par le personnel du Projet.***

Date de la supervision

Personnes supervisées (ASC, Matrone, Relais, membres de comité de santé)

Personnes rencontrées (Mére d'enfant malade, Accouchée récente, un malade référé, un utilisateur de condoms, leaders de la communauté...)

Suivi des recommandations de la dernière supervision (*est-ce que les dernières recommandations ont été respectées ? pour cela, toujours partir des notes de la dernière supervision*)

Points Forts

Points à Améliorer

Recommandations

Date de la prochaine supervision

Nom, Prénoms, fonctions et signature du ou des superviseurs

RÉFÉRENCES

- Aide mémoire pour la formation du Relais: MSPM;PARHS, JICA— Mars 2005
- Aide mémoire pour la formation de la matrone: MSPM, PARHSL, JICA— Mars 2005
- Aide mémoire TB destiné aux prestataires: MSPM, PNT, USAID, LHL, OM - Septembre 2006
- Auto Surveillance Périnatale aide mémoire du Relais: A. Diallo IPS/UCAD, Sept 2003
- Comment allaiter Guide du personnel communautaire de santé : MSPM/ DANSE ;Terre des hommes, 2007
- Comment Imprégner votre moustiquaire avec K-O TAB 1-2-3 (BAYER Environmental science)
- Formation en PCIME-C: Guide du facilitateur pour la formation: MSPM/ PRN, Avr2003
- Formation en PCIME-C: cahier de l'apprenant : MSPM/PRN (avril 2003)
- Guide du facilitateur: Formation des Relais en tuberculose: Plan Sénégal ; DS de Nioro. Juin 2004
- Guide pour la formation des Relais Polyvalents: Modules transversaux MSP/PM; BASICS; USAID. Mars 2004
- Guide du Formateur des Agents de santé communautaire (Soins Essentiels au nouveau-né BASICS; USAID Sénégal ; Février 2005
- Manuel de formation des ASC/matrones et membres du comité de santé (2e édition) : CCF-USAID-(Projet Canah); (Mars 2000)
- Manuel de formation pour le PAIN : World Vison, Mars 2000
- Module de formation des ASC en gestion de stock de médicaments guide du participant : Dr D.S. Abdou– MSH/RPM+
- Prise en charge des Infections Respiratoires Aigues au niveau case de santé par les agents de santé communautaires: Guide du formateur. MSPM; BASICS; Africare; CCF;MSH; Plan; UNICEF;OMS;USAID, Novembre2005

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION MÉDICALE

Programme santé

PROJET SANTÉ COMMUNAUTAIRE

FORMATION SUR LE PALUDISME

GUIDE DU FORMATEUR DU RELAIS

Septembre 2007

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

EN PARTENARIAT AVEC

CCF Africare Plan World vision Counterpart CRS

INTRODUCTION

Au Sénégal, le paludisme constitue toujours une des préoccupations majeures en santé publique. Le paludisme occupe la première place dans les motifs de consultation des services de santé (32,5%).

Malgré les progrès observés ces dernières années dans la lutte contre le paludisme, certains indicateurs demeurent encore faibles. Selon le rapport final de l'évaluation du plan stratégique 2001-2005 (novembre 2005), seules 39% des femmes enceintes et 18% des enfants de moins de cinq ans ont dormi sous moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête. Le rapport de l'évaluation de la première année d'exécution du Fonds Mondial fait état d'une disponibilité en moustiquaires imprégnées de 60% dans les ménages visités, avec un taux de 45,6% pour les enfants de moins de cinq (05) ans et de 32,6% pour les femmes enceintes. Des efforts ont été faits mais le paludisme continue d'être un lourd fardeau tant au plan de la morbi-mortalité des groupes vulnérables (femmes enceintes, enfants) qu'au plan économique.

Le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale du Sénégal (MSPM), en collaboration avec les différents partenaires, a mis en place un nouveau dispositif de lutte adapté aux changements récents enregistrés sur le plan épidémiologique. Il s'agit de l'utilisation des ACT pour la prise en charge des cas simples, la référence rapide des cas graves, la prise en charge systématique des cas graves avec les sels de quinine dans les structures de santé, le traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes avec la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) , l'utilisation de Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA), l'application de mesures d'hygiène et d'assainissement de base qui visent la destruction des gîtes larvaires, l'Aspersion Intra Domiciliaire (AID) qui est actuellement en phase test dans trois districts sanitaires (Vélingara, Nioro et Richard Toll), les Tests de Diagnostic Rapide (TDR) et la surveillance épidémiologique. Les Interventions à Base Communautaire (IBC) ont été renforcées avec l'appui des ONG et elles occupent une place importante dans ce dispositif. L'accent a été mis sur les IBC /paludisme et le renforcement des capacités des acteurs communautaires (ASC, matrones, relais, membres des Organisations Communautaires de Base…)

Avec l'appui de l'USAID, le Consortium d'ONG composé de CCF, Africare, Plan, World Vision, Counterpart et Catholic Relief Services, en collaboration avec le MSPM à travers le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), a élaboré 4 manuels de formation pour renforcer davantage et de façon harmonisée les capacités des acteurs communautaires sur la lutte contre le paludisme. Deux des manuels sont des guides du formateur (un pour la formation de l'ASC/Matrone, un pour la formation du Relais). Ils sont destinés aux équipes cadres de districts, ICP, sages femmes et agents des ONG. Les deux autres manuels sont des aides mémoires. Ils sont destinés l'un à ASC/Matrone et l'autre au relais. Ces manuels sont élaborés sur la base d'une approche par compétence. Le guide du formateur du relais comprend 4 sous modules.

Le premier sous-module prend en compte l'ampleur et la gravité du paludisme, les causes, les modes de transmission et les signes généraux de danger. Le deuxième sous-module traite du suivi du traitement aux ACT et des effets secondaires. Le troisième sous-module concerne l'information des populations pour le traitement précoce des cas de paludisme, la mobilisation des communautés pour la lutte contre le paludisme, la promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée et la sensibilisation à l'AID. Le quatrième sous-module prend en compte la tarification des services et des médicaments et la gestion des ressources de la case ./

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

Introduction:.....2
Table des matières:.....3
Liste des abréviations et acronymes.....4
Signification des images et symboles 5
Agenda de la formation des relais.....8

Sous Module I: INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE PALUDISME 9
1.Ampleur et gravité.....9
2.Causes et modes de transmission.....10
3.Signes du paludisme simple 10
4.Signes du paludisme grave 10
5. Le corps chaud.....11

Sous Module II: PRISE EN CHARGE DU PALUDISME SIMPLE AVEC LES ACT.....12
1. Cas à référer:.....12
2. Médicaments à utiliser:.....12
3. Administration des ACT:.....13
4. Effets indésirables des ACT:.....14
5. Administration du paracétamol.....14

Sous Module III: STRATÉGIES DE PRÉVENTION DU PALUDISME.....15
1. Les différentes stratégies de prévention:.....15
2. Traitement précoce des cas.....15
3. Mobilisation des communautés.....16
4. Prévention du paludisme de la femme enceinte.....17
5. Moustiquaire imprégnée 17
6. Aspersion Intra domiciliaire 21

Sous Module IV: GESTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET MATÉRIELLES 22
1. Origines des ressources.....22
2 Tâches 22
3 Tarification.....22
Tarification des prestations.....22
Tarification des médicaments.....23
4. Contrôle de la gestion financière.....23
Méthodes et moyens de contrôle.....23
Suivi journalier des recettes.....23
Rapport financier.....23
Réunion mensuelle de planification.....24
Cahier de gestion des MI.....25

Bibliographie et références.....26

ABRÉVIATIONS

AC :	Acteurs Communautaires (ASC, matrones, relais, membres des comités de santé)
ACT :	Artemisinine Combined Treatment
ADC :	Agent de développement communautaire (personnel de terrain du projet santé communautaire)
AID :	Aspersion intra domiciliaire
ASC	Agent de santé communautaire (bénévole)
Cp :	Comprimé
C.C :	Cuillérée à café
FE :	Femme enceinte
GM :	Grand-mère
ICP :	Infirmier Chef de Poste
MCD :	Médecin Chef de District
MSPM :	Ministère de la santé et de la Prévention Médicale
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue durée d'action
MI :	Moustiquaire Imprégnée
ONG :	Organisation Non gouvernementale
PS :	Poste de Santé
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
SF :	Sage-femme
SP	Sulfadoxine Pyrimethamine
TDR	Test de diagnostic Rapide pour le paludisme
TPI:	Traitement Préventif Intermittent (femme enceinte)

SIGNIFICATION DES IMAGES ET SYMBOLES

Image	Description	Signification
	Un couple avec un enfant descendu d'une voiture ou d'une charrette qui court vers un poste de santé.	**Référence**
	Une main posée sur le front d'un enfant	**Fièvre**
	Des yeux jaunes	**Yeux jaunes (Ictère)**
	Un enfant qui boit et l'eau dégouline de sa bouche.	**Refus de boire ou de manger**
	Un enfant qui urine , les urines sont jaunes	**Urines foncées**
	Enfant couché, les 4 membres écartés	**léthargie**
	Un enfant couché, une bave sort de sa bouche	**Convulsions**
	Main ouverte qui tourne	**demander**
	Deux palissades circulaires (haies)	**Protection (se protéger de quel que chose ou protéger qu'el-qu'un...)**
	Main posée sur un front + Une main qui porte un comprimé à la bouche	**Traitement précoce des cas de fièvre**
	Femme enceinte couchée sur une table de consultation	**Consultation prénatale**
	Un groupe de personnes qui écoute un animateur assis à côté d' une boite à images	**Causerie**

Image	Description	Signification
	Une femme qui parle activement à une autre femme	**Entrevue / entretien**
	Un ou plusieurs soleils au dessus d'une image	**Un soleil = 1 jour**
	Une femme qui trempe une moustiquaire dans une bassine de liquide.	**Imprégnation/ré imprégnation de moustiquaire**
	Une main qui reçoit d'une autre main de l'argent + une main qui reçoit d'une autre main un paquet.	**Acheter (tractation commerciale) Coût de.....**
	Un homme habillé d'une blouse de protection , un masque au visage qui asperge un mur d'un produit au moyen d'une pompe qu'il porte sur le dos.	**Aspersion intra domiciliaire (AID)**
	Une femme assise qui pointe un doigt au dessus du quel brille un soleil avec des rayons qui pointent sur des éléments.	**Clarifier un sujet ou éclairer une personne ou un groupe sur un sujet (IEC/CCC)**
	Groupe de personnes qui débroussaillent et ratissent des herbes.	**Hygiène du milieu "set sétal "**

AGENDA

DATE/JOUR	HORAIRE	THÈME	FACILITATEUR/ FORMATEUR
J1	9h 30 à 10h 30	**Ouverture** **Présentation des participants** **Aspects organisationnels**	
	10h30 à 10 h 45	**Présentation de l'agenda**	
	10h 45 à 11h 45	**Informations générale s sur le paludisme** - Ampleur et gravité - Mode de transmission - Signes du paludisme simple - Signes de gravité du paludisme	
	11h 45 à 12h 00	Pause santé	
	12h 30 à 13h	**Médicament utilisé pour le traitement du paludisme** -Forme et présentation de l'ACT - Effets secondaires de l'ACT	
	13H à 14 h	**Stratégie de prévention du paludisme:** - les différentes stratégies - Information pour le traitement précoce des cas	
	14h à 15h	Pause Repas	
	15 h à 17 h	**Stratégie de prévention du paludisme (Suite):** - Plaidoyers - Causeries - TPI	
J2	9h 30 à 11h 30	**MI—AID**	
	11 h 30 à 11h 45	Pause santé	
	11 h 45 à 14h	**Gestion des ressources financières et matérielles de la case:** - Origine des ressources - Taches de gestion - Tarification	
	14h à 15h	Pause Repas	
	15 h 16 h 30	**Gestion des ressources financières et matérielles de la case (suite):** - Remplissage des supports	
	16h 30 à 17 h	**Évaluation** **Clôture**	

Sous Module 1 : INFORMATIONS GÉNRALES SUR LE PALUDISME

Objectifs	Méthodes	Matériel et Supports	Durée
1. Informer les populations sur l'ampleur, la gravité, le mode de transmission et les méthodes de prévention du paludisme.	- Brainstorming - Demonstration - Simulation - Discussions	- Guide du formateur; - Guide du participant; - Flipchart et marqueurs.	Total: **1heure 15**

DEROULEMENT

1 : AMPLEUR ET GRAVITE DU PALUDISME

Quelles sont les maladies les plus fréquentes dans nos communautés?
Faire ressortir l'importance du paludisme parmi les maladies citées
Quel est le groupe d'âge le plus atteint par cette maladie ?
Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes
Le paludisme a-t-il des répercussions sur les moyens de subsistance des familles et les richesses d'un pays ? Justifier ?
Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

- Au Sénégal, Le paludisme est la maladie de l'enfant la plus fréquente. De toutes les maladies, elle est celle qui tue le plus grand nombre d'enfants de moins de 5 ans.
- Le paludisme associé à la grossesse est très dangereux. Il fait courir de graves risques à la mère et à l'enfant.
- Le paludisme est très dangereux pour les personnes qui viennent des pays où le paludisme n'existe pas.
- Les cas de paludisme sont plus nombreux pendant l'hivernage et la période des récoltes. Il diminue le rendement des travailleurs et réduit ainsi les moyens de subsistance des familles et l'économie du pays.

Pour évaluer, demander:

- Le paludisme est-il une maladie grave?
- Quel est le groupe d'âge le plus atteint par le paludisme?
- Le paludisme a-t-il des répercussions sur les moyens de subsistance?
- Quelles sont les répercussions du paludisme sur les moyens de subsistance?

2 : CAUSE ET MODE DE TRANSMISSIONDU PALUDISME :

Qu'est ce qui cause le paludisme ?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Demander à un participant d'expliquer et interpréter le schéma N°1
Demander aux autres participants de compléter les explications données.

N° 1

Synthèse

- Le parasite ou « la semence » responsable du paludisme vit dans le sang d'un homme malade ou dans l'organisme de la femelle d'un moustique appelé anophèle qui a déjà piqué un homme malade.
- L'anophèle transporte le parasite (la semence) du paludisme en piquant un homme malade et en allant ensuite piquer un homme sain. Le parasite semé va se multiplier au fil des jours et donner la maladie. Le corps chaud est un signe principal du paludisme.

Pour évaluer, demander : Comment se transmet le paludisme ?

3. SIGNES DU PALUDISME SIMPLE:

Comment reconnaît-on une personne qui est malade du paludisme ?

Noter toutes les réponses

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

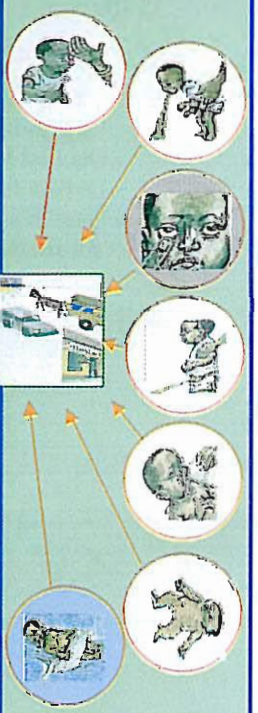
- Il existe deux formes de paludisme : le paludisme simple et le paludisme grave.
- **Le paludisme simple se manifeste au début par :**
  - Le corps chaud plus marqué le soir;
  - des frissons et des sueurs;
  - des maux de tête;
  - des douleurs au dos et aux articulations;
- **Le paludisme simple peut être soigné à la case de santé.**

4. SIGNES DE GRAVITÉ DU PALUDISME:

Demander aux participants d'interpréter les images N° 2
Demander aux autres participants de compléter les explications données.

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

N°2



Les signes qui montrent qu'un paludisme est devenu grave sont :

- le corps très chaud (39°5 ou plus);
- les vomissements répétés;
- les yeux jaunes;
- les urines rares, concentrées ou absentes;
- L'incapacité de téter, de boire ou de manger;
- la léthargie;
- les convulsions récentes;.
- **La présence d'un seul de ces signes signifie que le paludisme est grave. Une personne qui présente un seul de ces signes de gravité doit être immédiatement référée au Poste de santé.**

Demander à 2 participants d'énumérer les signes de gravité du paludisme en se référant aux illustrations

Pour évaluer, demander: Quels sont les signes du paludisme? Quels sont les signes qui montrent que le paludisme est devenu grave ?

♦ **Le corps chaud :**

Qu'est ce qui explique le corps chaud ?

Renforcer les bonnes réponses

Corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

- Le corps chaud (fièvre) traduit souvent la présence dans l'organisme de l'homme d'un germe, « la semence » d'une maladie.
- Le corps chaud traduit la conséquence de la bagarre entre les soldats du corps (globules blancs) qui sont dans le sang et les parasites responsables de la maladie. Plus la bataille est intense, plus le corps est chaud et les chances des soldats du corps de gagner la bataille diminuent.

Comment reconnaître un corps chaud ?

Renforcer les bonnes réponses

Corriger avec tact les réponses incorrectes

Demander à un participant d'interpréter les images N° 3 et N° 4

Synthèse

Pour savoir si le corps d'une personne est chaud, il faut appliquer l'une des méthodes suivantes :

- Prendre la température à l'aide d'un thermomètre de préférence;
- Demander si le corps est chaud
- Toucher le front du malade avec le dos de la main.
- Si la température est inférieure à 39° 5 sans signe de gravité, amener la personne à la case ou au poste de santé;
- Si la température est supérieure ou égale à 39° 5, sans signe de gravité référer au poste de santé et informer l'ASC/ matrone de la case.

Pour évaluer, demander:

- Qu'est ce qui explique le corps chaud?
- Quelles sont les trois méthodes qui sont utilisées pour identifier un corps chaud?
- A partir de quelle température le corps d'une personne est chaud?
- A partir de quelle température une personne est référée?

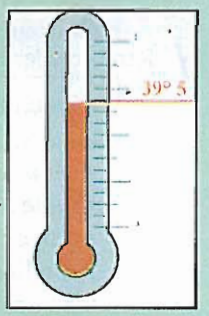
Jeu de rôle: **causerie sur les causes, modes de transmission et signes du paludisme:**

- Un participant joue le rôle de Relais
- Cinq participants jouent le rôle de membres de la communauté
- Le Relais doit informer le groupe sur les causes du Paludisme, ses modes de transmission, les signes d'un paludisme simple et les signes de gravité du paludisme.
- A la fin de la simulation les autres participants donnent leur avis sur le contenu et la manière dont la causerie à été conduite.

N° 3

Techniques de recherche de la fièvre

N° 4



Référence des cas de fièvre à 39°5 ou +

Sous Module II : MÉDICAMENT UTILISÉ POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME SIMPLE (L'ACT)

Objectifs	Méthodes	Matériel et Supports	Durée
1. Distinguer les cas de paludisme à référer au poste de santé et les cas à traiter à la case. 2.Décrire les différentes formes et présentation s de l'ACT (nouveau médicament pour le traitement du paludisme) . 3. Informer sur les effets secondaires de l'ACT	- Brainstorming - Demonstration - Simulation - Travaux de groupes - Discussions	- Guide du formateur; - Guide du participant; - Flipchart et marqueurs. - Boites d'ACT (différentes formes et présentations)	Total: **1h**

DÉROULEMENT

1 CAS À RÉFÉRER ET CAS À TRAITER À LA CASE :

Est-ce que tous les cas de paludisme peuvent être traités à la case par les ASC/matrones?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

- Les cas graves, (c-a-d les cas avec au moins un seul signe de gravité) doivent être référés très vite au poste de santé.
- Seuls les cas simples de paludisme peuvent être soignés à la case.
- Les enfants de moins de 2 mois et les femmes enceintes doivent être tous référés même s'il ne présentent pas un signe de gravité.

2.MÉDICAMENTS À UTILISER POUR LE TRAITEMENT DE PALUDISME SIMPLE:

Avec quel médicament peut-on soigner un cas simple de paludisme à la case ?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

- La chloroquine n'est plus efficace contre le paludisme dans notre pays.
- Maintenant, le paludisme de l'enfant et de l'adulte se soigne avec un médicament qui s'appelle ACT. L'ACT est une combinaison de 2 médicaments : Artésunate+ Amodiaquine. Cette combinaison est plus efficace et protège contre les résistances.

♦ Forme et Présentation de l'ACT(le nouveau médicament contre le paludisme)

Faire un exposé pour expliquer la forme et la présentation de l'ACT

Synthèse

- Le nouveau médicament ACT est présenté sous forme de comprimés dans des plaquettes.
- Les plaquettes comprennent des comprimés jaunes et des comprimés blancs :
- Les plaquettes sont divisées en trois parties.
- Chaque partie est composée de comprimés blancs et de comprimés jaunes.
- Chaque partie représente le traitement d'une journée.

N°5

Plaquette adulte

Plaquette 7-13 ans

Plaquette de 2 mois à 6ans

Exercice: Identification des différents types de plaquettes d'ACT:

- Montrer les trois types de plaquettes l'une après l'autre.
- Remettre un échantillon des trois types de plaquettes à chacun des participants.
- Préciser pour chaque plaquette la tranche d'âge et la couleur.
- Demander à un participant de prendre la plaquette adulte, de décrire la couleur des comprimés, comment les comprimés sont rangés et de compter le nombre de comprimés contenu dans la plaquette.
- Demander à un autre participant de faire le même exercice avec la plaquette adolescent
- Demander à un 3e participant de faire le même exercice avec la plaquette enfant
- Demander à un 4e participant d'expliquer les images N° 5

Pour évaluer, demander:

- De montrer, main levée, successivement une plaquette pour adulte, une plaquette pour enfant de 7 à 13ans et une pour les enfants de 1 à 6ans.
- Comment reconnaître une plaquette adulte?
- Comment reconnaître une plaquette adolescent ?
- Comment reconnaître une plaquette enfant ?

3. EFFETS INDÉSIRABLES DE L'ACT:

N° 6

Exposé

Tous les médicaments ont des effets indésirables. L'ACT a des effets secondaires mineurs

- Nausées
- Vomissements
- Diarrhée
- Léthargie
- Démangeaisons

♦Le Relais doit demander aux malades de lui signaler les effets indésirables.

♦Les effets indésirables sont le plus souvent passagers, le relais doit insister pour que le traitement soit poursuivi. Si ce n'est pas possible, référer au poste de santé ou à la case.

Demander à un participant d'interpréter les images N° 6

Renforcer, corriger et compléter

Jeu de rôle: Entrevue sur les effets secondaires de l'ACT:

Un participant joue le rôle de relais, un autre joue le rôle de mère de famille
Le relais au cours d'une VAD rencontre Hélène Diatta, la mère de Robert. Robert après 1 jour de traitement fait une diarrhée.
À l'arrivée du relais Hélène l'informe de sa décision d'arrêter le traitement aux ACT à cause de la diarrhée de son enfant causée par ce médicament.
Le Relais doit expliquer à Hélène les effets indésirables des ACT et la conduite à tenir face à un effet indésirable de ce médicament.

Pour évaluer demander:

- Quels sont les effets indésirables des ACT?
- Que doit faire le relais face à un malade qui présente des effets indésirables

Sous Module III: STRATÉGIES DE PRÉVENTION DU PALUDISME

Objectifs	Méthodes	Matériel et Supports	Durée
1. Informer les populations sur les différents moyens de prévention du paludisme.	- Brainstorming - Exposé - Simulation	- Guide du formateur; - Guide du participant; - Flipchart et marqueurs. - Matériel de démonstration pour l'Imprégnation des moustiquaires ;	Total: 3h

DÉROULEMENT

1. LES DIFFÉRENTES STRATÉGIES DE PRÉVENTION DU PALUDISME

Quelles sont les stratégies qu'on peut utiliser au niveau communautaire pour prévenir le paludisme ?

Renforcer les bonnes réponses , corriger avec tact les réponses incorrectes

Demander à un participant d'interpréter les images N° 7:

La prévention du paludisme dans nos communautés repose sur 7 moyens:

- Le diagnostic et le traitement précoce des cas;
- La mobilisation des membres de la communauté pour lutter contre le paludisme;
- La protection des femmes enceintes;
- Le dépistage et la référence précoce des cas graves
- L'utilisation des moustiquaires imprégnées;
- L'hygiène et l'assainissement;
- L'aspersion intra domiciliaire.

Pour évaluer : Demander à un participant d'énumérer les stratégies de prévention du paludisme ?

N° 7

2. TRAITEMENT PRÉCOCE DES CAS DE PALUDISME :

Que doivent faire les acteurs communautaires pour que les cas de paludisme simple soient traités précocement ?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Demander d'interpréter les images N° 8

Pour le traitement précoce des cas de paludisme ,les acteurs communautaires (ASC, matrone, Relais et comité de santé) doivent:

- Rendre disponible et accessible l'ACT;
- Apprendre à tous les membres de la communauté, en particulier aux mères, à reconnaître les signes du paludisme simple et les signes de gravité du paludisme et à référer les cas graves.
- Demander aux membres de la communauté de se faire soigner à la case dés qu'ils ont le corps chaud.

N° 8

3. MOBILISATION DES MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ

Demander à un des participants de répondre aux questions suivantes:

Quelles sont les étapes à suivre pour mobiliser les membres de votre communauté pour lutter contre le paludisme ?

Demander aux autres participants de compléter ou corriger les réponses

A chaque étape quelles sont les personnes a impliquer?

Demander aux autres participants de compléter ou corriger les réponses

A chaque étape que ferez vous? Que leur direz vous ?

Demander aux autres participants de compléter ou corriger les réponses

Pour mobiliser les membres d'une communauté, l'acteur communautaire doit suivre les étapes suivantes:

- Faire un plaidoyer auprès des leaders;
- Organiser des causeries dans tous les quartiers ou villages
- Organiser une mobilisation sociale dans les différents quartiers ou villages.

Le plaidoyer pour la lutte contre le paludisme

Jeu de rôle: Plaidoyer pour la vulgarisation des stratégies de lutte contre le paludisme

Demander à un participant de jouer le rôle de relais ; un autre joue le rôle de chef de village ; un troisième joue le rôle de marabout ou de prêtre et un quatrième joue le rôle de guérisseur . Les autres participants jouent le rôle d'observateur.

Le Relais doit obtenir l'adhésion et l'appui des leaders pour mener des activités d'information et de sensibilisation pour la vulgarisation des stratégies de lutte contre le paludisme.

A la fin de la prestation les observateurs donnent leur avis sur le contenu et la manière dont le plaidoyer à été conduit.

Un plaidoyer se passe comme suit:

Avant :

- choisir les personnes concernées, négocier la date, l'heure et le lieu, informer les participants, préparer le lieu et les documents si nécessaire.

Pendant :

- accueillir, installer et présenter les participants,
- faire présider la réunion par un des leaders,
- choisir un secrétaire de séance,
- Faire les salutations d'usage,
- expliquer clairement et avec respect l'objectif de la réunion, parler de façon audible,
- utiliser des mots simples, écouter activement,
- parler avec courtoisie, poser des questions ouvertes, susciter la participation.

Après :

- Faire la synthèse de la réunion et des décisions prises;
- Remercier les participants.

Causerie sur le paludisme

Jeu de rôle: Causerie sur les causes, signes de danger et les stratégies de prévention du paludisme:

Un participant joue le rôle de relais, 5 autres participants jouent le rôle de membres de la communauté et le reste des participants joue le rôle d'observateur;

Le relais en utilisant son manuel comme support doit informer les membres de la communauté sur les causes du paludisme, les signes de danger et les stratégies de prévention du paludisme

A la fin de la prestation les observateurs donnent leur avis sur le contenu et la manière dont la causerie a été conduite.

Une causerie sur le paludisme se passe comme suit:

- Saluer les participants, annoncer le thème,
- Animer le débat en posant les questions suivantes :
  - « le paludisme est-il une maladie importante ?
  - Quelle en est la cause ? Comment se transmet-il ?
  - Que faut-il faire pour prévenir le paludisme ?
  - Quels sont les signes de gravité? Que faut-il faire en présence d'une personne qui présente un seul signe de gravité?
- Recueillir les points de vue, renforcer les bonnes réponses, Corriger adroitement les réponses incorrectes et compléter
- Amener le groupe à faire la synthèse en mettant en exergue les points clés selon le thème
- Conclure et remercier les participants.

Pour évaluer demander:

- Quelles sont les étapes de la mobilisation communautaire?
- Quelle est la conduite pratique d'un plaidoyer?
- Quelle est la conduite pratique d'une causerie sur le paludisme?

3. PRÉVENTION DU PALUDISME DE LA FEMME ENCEINTE:

Les différentes méthodes de prévention :

Comment prévenir le paludisme chez la femme enceinte ?

Renforcer les bonnes réponses

Demander à un des participants d'expliquer les images N° 9

Corriger et compléter les explications et interprétations

- Le paludisme menace la vie de la femme enceinte et de l'enfant qu'elle porte. C'est pourquoi il faut tout faire pour éviter à la femme enceinte de tomber malade du paludisme.
- L'ACT ne doit pas être utilisé pour la prévention ou le traitement du paludisme.
- La prévention du paludisme chez la femme enceinte repose sur deux moyens :
  - Le traitement Préventif Intermittent (TPI) avec de la SP
  - L'utilisation de la moustiquaire imprégnée.

N° 9

Pour évaluer : Demander pourquoi doit-on prévenir le paludisme de la femme enceinte ? Avec quels moyens ?

Administration de la SP

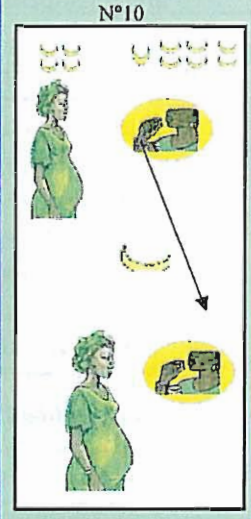
Demander à un des participants d'expliquer les images N° 10

Renforcer les bonnes explications et corriger avec tact les explications incorrectes

- Le Traitement Préventif Intermittent du Paludisme est administré à la femme enceinte pendant les CPN, en deux prises :
- La première prise est administrée sous supervision au cours du deuxième trimestre de la grossesse (4ᵉmois) quand l'enfant commence à bouger;
- La deuxième prise est administrée au cours du 3e trimestre (au 7e mois.)
- Les 2 prises doivent se faire pendant les CPN

Pour évaluer : Demander Quand , Comment et Où la femme enceinte doit-elle prendre le Traitement Préventif Intermittent ?

N°10



4. LA MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE:

C'est quoi la moustiquaire imprégnée ?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Demander à un des participants d'expliquer les images N° 11

Corriger les explications et interprétation

- La MI est une moustiquaire qui protège contre les piqûres des moustiques et tue les moustiques qui se posent sur sa surface. Son action insecticide est due au produit avec lequel elle a été imprégnée.
- Il existe plusieurs types de moustiquaires :
  - Grande taille : circulaire et rectangulaire;
  - Petite taille : circulaire et rectangulaire.
- La meilleure MI est la moustiquaire à longue durée d'action (MILDA)

N° 11

Projection de film : ***les femmes enceintes de Thiès font l'éloge de la MI***

Demander aux participants de reprendre la chanson pendant 2 minutes. S'il n'y a pas de film, demander d'improviser ou de préparer une chanson sur le paludisme pour le lendemain.

Coût de la Moustiquaire Imprégnée :

Combien coûte une moustiquaire imprégnée ?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

- Au Sénégal, depuis 2002, la moustiquaire imprégnée est subventionnée . .
- USAID et le PNLP subventionnent les moustiquaires Imprégnée Longue Durée d'Action (MILDA);
- Le prix actuel de la MI est au tour de 1500F pour la Moustiquaire circulaire et 1000F pour la moustiquaire rectangulaire.

N°12

Demander à un des participants d'expliquer les images N° 12

Lieux d'offre des MILD A subventionnées:

Où est ce que, les Moustiquaires Imprégnées Longue Durée d'Action (MILDA) Subventionnées sont-elles offertes ?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Les MILDA subventionnées sont vendues par les comités de santé au niveau des:

- Centres de Santé ;
- Postes de Santé;
- Cases de Santé;
- Elles peuvent aussi être vendues par les OCB.

Personnes bénéficiaires des MILDA subventionnées:----------

Qui peut bénéficier de la distribution des MILDA

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Les personnes ciblées par la vente des MILDA subventionnées sont:

- ***Les femmes enceintes*** qui viennent pour la première fois ou qui n'avaient pas encore bénéficié de MILDA
- ***Les enfants de moins de 5 ans*** au cours des vaccinations , des séances de pesées, consultations et hospitalisations et qui n'ont pas encore bénéficié de MILDA.

Comment obtenir une MILDA subventionnée:----------

Comment obtenir une MILDA subventionnée?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

- La distribution des MILDA est basée sur le système de coupon
- Les coupons sont détenus par les ICP et les Sages-femmes.
- Les coupons sont remis aux femmes enceintes ou aux parents des enfants 0-5ans, lors des CPN, vaccinations et consultations.
- Ils seront changés contre une moustiquaire en payant la différence à la case , au poste ou au centre de santé.

Pour évaluer: Qu'est ce qu'une moustiquaire imprégnée ? Combien coûte une MILDA subventionnée ? Où peut-on se procurer une MILDA? Quelles sont les personnes qui peuvent bénéficier d'une MILDA? Comment faire pour acquérir une MILDA?

Imprégnation / ré imprégnation de la Moustiquaire :----------

Pourquoi ré imprégner une moustiquaire?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

- Une moustiquaire est ré imprégnée parce que le produit utilisé devient inefficace après un certain temps et ne tue plus les moustiques.
- Il faut ré imprégner la moustiquaire pour qu'elle reste efficace.

Après quelle durée d'utilisation faut-il ré imprégner une MI?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

- Le temps que met le produit à ne plus être efficace est variable selon les modèles:
- Une MILDA reste efficace pendant 4 ans ou 20 lavages;
- Les autres MI qui ne sont pas de MILDA doivent être ré imprégnées tous les 6mois.

Matériel et technique pour ré imprégner d'une moustiquaire----------

---

Projection de film ou simulation :

Projeter le film sur la technique d'imprégnation ou demander à un participant comment on ré imprègne une moustiquaire

À la fin de la projection ou des explications , demander aux participants de poser des questions ou de faire des commentaires.

Répondre aux questions et renforcer les commentaires corrects.

Le matériel d'imprégnation:

Demander à un participant de citer le matériel nécessaire pour l'imprégnation d'une moustiquaire en se basant sur les images N° 13

Demander aux autres de corriger ou de compléter la liste.

Le matériel d'imprégnation d'une moustiquaire comprend:

- 1 bassine vide;
- 1 pot contenant de l'eau;
- 1 paire de gants;
- 1 sachet d'agent agglomérant;
- 1 sachet contenant 1 comprimé de KAOTAB

N°13

Pour évaluer demander:

- Pourquoi la ré imprégnation des moustiquaires?
- Après quelle durée d'utilisation faut-il ré imprégner une moustiquaire?
- Quel est le matériel nécessaire pour faire une ré imprégnation

Technique de ré imprégnation:

Démonstration :

Demander à un des participants de réunir le matériel et d'imprégner une moustiquaire

À la fin de la démonstration ,demander aux autres participants de faire des observations sur la prestation.

- La moustiquaire à imprégner doit être en matière synthétique.
- S'il s'agit d'une ré imprégnation, laver la moustiquaire et laisser sécher avant de commencer .

L'imprégnation proprement dite compte 11 étapes:

- Mettre des gants ;
- Mesurer l'eau avec le sachet jusqu'au trait;
- Verser le volume d'eau mesuré dans la bassine;
- Ouvrir le sachet contenant le produit et verser le contenu dans l'eau;
- Ajouter la tablette au mélange;
- Agiter l'eau jusqu'à ce que le comprimé soit complètement dissout;
- Tremper complètement la moustiquaire dans la solution pendant au moins 2 minutes;
- Retirer la Moustiquaire et laisser égoutter l'excédent de liquide;
- Placer la moustiquaire à l'ombre et à plat ,sur une surface non absorbante pour la faire sécher;
- Verser le reste de la solution dans un trou creusé dans le sol et recouvrir de terre;
- jeter les gants et l'emballage dans la fosse d'une latrine;

N° 14
Technique de ré imprégnation

Demander à un participant d'interpréter l'image N° 14

Démonstration :

Demander à un autre des participants de reprendre la démonstration en se référant aux images de son manuel.

Pour évaluer demander :

- Quelles sont les étapes d'une imprégnation de moustiquaire?
- Demander à un participant d'énumérer les 3 premières étapes
- Demander à un autre participant d'énumérer les 3 étapes suivantes
- Demander la même chose à un 3e et 4e participant.

Précautions à prendre pour éviter la contamination par le produit :

Quelles sont les précautions à prendre pour éviter la contamination avec le produit

Renforcer les bonnes réponses, corriger avec tact les réponses incorrectes

- Manipuler le sachet et le comprimé avec soin car le produit peut être dangereux pour l'homme si on l'avale. Il est dangereux pour les animaux vivant dans l'eau.;
- Porter des gants lors de l'imprégnation;
- Ne pas manger , boire ou fumer durant l'opération d'imprégnation;
- Laisser complètement sécher la moustiquaire avant de l'utiliser;
- Eviter le contact du produit avec les marigots, rivières, fleuves, plans d'eau;
- Eviter le contact du produit avec les sources d'eau potable (puits, canaris,...);
- Eviter le contact du produit avec les aliments et les ustensiles de cuisine;
- Détruire et se débarrasser de tous les emballages; vides ; **ne jamais les réutiliser** ;
- Ne pas verser les eaux de lavage dans les cours d'eau.

Précautions à prendre en cas de contact avec le produit :

Que faut-il faire en cas de contact avec le produit?

Renforcer les bonnes réponses,
Corriger avec tact les réponses incorrectes

- En cas de contact du produit avec la peau : Se déshabiller et se laver avec du savon.
- En cas de contact avec les yeux : se laver les yeux avec beaucoup d'eau et du savon pendant 15 minutes.

Pour évaluer demander:

- Quelles sont les précautions à prendre pour éviter la contamination par le produit utilisé pour l'imprégnation des moustiquaires
- Quelles sont les précautions à prendre en cas de contact du produit avec la peau?
- Quelles sont les précautions à prendre en cas de contact du produit avec les yeux?

5. L'ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE (AID)

N° 15

C'est quoi?

Qu'est ce qui a déjà vécu ou entendu parler de l'AID ?
Comment est ce que ça se passe ?
Renforcer les bonnes réponses
Corriger avec tact les réponses incorrectes

Demander à un des participants d'expliquer et d'interpréter l'image N° 15
Corriger compléter et faire la synthèse

Synthèse

- L'AID consiste à pulvériser l'intérieur des chambres avec un insecticide efficace et durable (2 à 4 mois) pour lutter contre la prolifération des anophèles dans les habitations.
- Le produit utilisé pour l'AI D est voisin de celui utilisé pour l'imprégnation des moustiquaires.
- En plus des anophèles, il est efficace contre les cafards, les tiques, les puces, les mouches et les larves de papillons .

Effets secondaires du produit:

A votre avis le produit utilisé a-t-il des effets secondaires ? Lesquels ?
Renforcer les bonnes réponses
Corriger avec tact les réponses incorrectes

- Le produit ~~est peu toxique~~ n'est pas dangereux si les populations respectent les conseils donnés.
- Le produit est toxique s'il est respiré dans l'heure qui suit son application.
- Il est nocif s'il est avalé

En contact direct avec la peau, il peut causer :
- des irritations des yeux et de la peau
- des démangeaisons
- ~~des brûlures~~
- un engourdissement temporaire

AID et utilisation de la moustiquaire imprégnée:

Est-ce que l'AID dispense ou ne dispense pas de l'utilisation des MI ? Pour quoi?
Susciter les discussions au tour des réponses données
Demander à un des participants d'expliquer et d'interpréter l'image N°15 a
Corriger compléter et faire la synthèse

N° 15 a

La MI doit continuer à être utilisée parce que:
- L'AID tue les moustiques qui se posent sur les murs (anophèles).
- La moustiquaire empêche tous les moustiques qui rentrent directement dans la chambre de piquer la personne qui dort sous MI.

Pour évaluer demander:
- Qu'est ce que l'A I D ?
- Quel est le produit utilisé pour l'A I D
- Le produit utilisé est-il toxique?
- Quand est ce que le produit est-il nocif?
- Quels sont les effets secondaires en cas de contact?
- L'AID dispense-t-il de l'utilisation de la MI? Pourquoi?

N° 16

AID et autres stratégies de prévention du paludisme

Est-il utile de poursuivre les autres stratégies de prévention du paludisme après l'AID ? Pour quoi?

Susciter les discussions au tour des réponses données

Demander à un des participants d'expliquer et d'interpréter l'image N°17

Corriger compléter et faire la synthèse

- Après l'aspersion intra domiciliaire, toutes les stratégies de prévention du paludisme seront poursuivies.
- la Moustiquaire Imprégnée doit être utilisée parce qu'elle renforce l'efficacité de l'AID ;
- le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte doit être poursuivi,
- le traitement précoce des cas simples au niveau de la case doit être poursuivi,
- La reconnaissance des signes de gravité pour une recherche précoce de soins doit être poursuivie,
- La mobilisation des communautés pour des activités d'hygiène et d'assainissement du milieu doit se poursuivre.

Rôles des Acteurs communautaires au cours de l'AID

Quels sont les rôles des acteurs communautaires dans l'AID?

Renforcer les bonnes réponses

Corriger avec tact les réponses incorrectes

Les rôles des acteurs communautaires au cours de AID sont:

Avant l'AID

- informer les populations sur l'AID et les mesures à prendre avant, pendant et après l'AID;

Pendant l'AID

- rappeler les mesures à prendre le jour de l'AID et aider les familles à respecter les mesures prévues.

Après l'AID

- rappeler aux familles les mesures à prendre après l'AID
- Donner des explications claires pour lutter contre les rumeurs
- Les rôles des AC dans l'AID sont détaillés dans un manuel spécifique qui sera enseigné dans les sites où l'AID doit se faire.

Pour évaluer demander:

- Les autres stratégies de prévention du paludisme seront-elles poursuivies après l'AID?
- Quels sont les principaux rôles des AC dans l'AID?

Sous Module IV : GESTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET MATÉRIELLES DE LA CASE

Objectifs	Méthodes	Matériel et Supports	Durée: 1h 15
1. Identifier l'origine des ressources s de la case; 2. Identifier le coût de chaque service dispensé à la case. 3. Décrire le processus de chacune des taches de gestion des ressources de la case; 4. Identifier les acteurs de chaque tache de gestion 5. Remplir les outils de gestion des ressources financières et matérielles de la case.	-Brainstorming - Exposé - Travaux de groupe	- Guide du formateur - Guide du participant - Flipchart et marqueurs	

DÉROULEMENT

1 ORIGINES DES RESSOURCES D'UNE CASE

D'où proviennent les ressources financières d'une case?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

Les ressources d'une case proviennent :
- des bénéfices issus de la vente des médicaments ,
- des bénéfices issus de la vente des tickets;
- des cotisations et dons divers.

2. TACHES DE GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES D'UNE CASE

Quelles sont les tâches de gestion d'une case?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

Les tâches essentielles de gestion reposent sur:
- La tarification
- Le recouvrement des coûts
- La répartition des dépenses
- Le contrôle de la gestion.

3. LA TARIFICATION

♦ Tarification des prestations de la case:

Exposé

Elle est fixée par le comité de santé après discussion avec les communautés

Travaux de groupes:

Répartir les participants en petits groupes

Demander à chaque groupe de proposer une tarification des cases de la zone en se basant sur le modèle suivant:

Nature consultation	Adulte	Enfant
Consultation générale	50	25
Consultation postnatale	50	-
Pansement	50	25
Accouchement	500	-
PF	50	-
Pesée	-	25
Démonstration culinaire	-	25

Plénière:

- Deux ou trois groupes présentent les résultats de leurs travaux;
- Les résultats sont discutés ainsi que les modèles de tarification qui existent dans les autres cases de la zone et comment ces tarifications ont été décidées.

♦ Tarification des médicaments et autres produits:

Comment est fixé le prix des médicaments et autres produits ?
Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Synthèse

- Le prix des médicaments et autres produits est fixé par le comité de santé après concertation avec la communauté
- La norme suivante ne doit jamais être dépassée:
Prix d'achat + un bénéfice qui ne doit jamais dépassé les 50% du prix d'achat (pour les ACT, il faut réduire le bénéfice pour que le prix soit plus abordable)

Pour évaluer, demander: D'où proviennent les ressources d'une case?
Comment est fixé le prix des médicaments?

4. LE CONTRÔLE DE LA GESTION FINANCIERE

♦ Méthodes et moyens de contrôle de la gestion financière

Quels sont les méthodes et les moyens utilisés pour contrôler la gestion d'une case?
Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Les méthodes et moyens utilisés pour contrôler la gestion financière d'une case sont:
- Le suivi journalier des recettes et dépenses;
- Le rapport financier mensuel;
- La réunion mensuelle du comité de santé.

♦ Le suivi journalier des recettes et dépenses

Quelles sont les personnes qui assurent le suivi journalier des recettes et dépenses?
Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes
Quels sont les outils utilisés pour le suivi journalier des recettes et dépenses
Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

- Sans un suivi journalier régulier il est difficile d'éviter des malversations ou des fraudes.
- La matrone, l'ASC , le relais et le trésorier assurent le suivi journalier des recettes et dépenses de la case;
- Les ASC, matrones et relais versent signent et font signer par trésorier le cahier de versement qu'il détiennent;
- Le trésorier rempli le livret de caisse qu'il détient, le signe et le fait signer.

♦ Le rapport financier mensuel:

Exposé

- Le trésorier avec le comité de santé et les ASC, matrones et relais se réunissent à la fin de chaque mois pour compter les recettes et dépenses mensuelles de la case (bilan mensuel).
- Le bilan prend en compte les recettes des médicaments et tickets et toutes les dépenses qui ont été autorisées et la rubrique des dépenses.
- Le bilan est élaboré sur la base du cahier du versement journalier, du livret de caisse et des factures.

Remplissage du support de bilan mensuel

Exercice :

À la fin du mois de septembre 2007, la case a réalisé les recettes suivantes:
Recettes tickets : 2500frs; recettes médicaments : 4200frs
Les dépenses effectuées sont les suivantes: achat de pétrole =300frs;
réparation = 150frs ; Achat de médicaments = 1500frs.
Calculer la motivation des AC; l'appui aux autres cases et le fond de caisse;
Enregistrer les recettes et les dépenses sur un support de bilan mensuel.

Corriger et proposer un autre exercice similaire

♦ Réunion mensuelle du comite de santé

En quoi consiste la réunion mensuelle du comité de santé?

Renforcer les bonnes réponses et corriger avec tact les réponses incorrectes

Le comité de santé de la case et les acteurs communautaires (ASC, Matrones, Relais) doivent se réunir à la fin de chaque mois pour discuter et élaborer:
- Le bilan mensuel des recettes et dépenses;
- Le bilan des médicaments;
- Le niveau d'exécution des activités planifiées par la case au cours du mois écoulé;
- Le plan des activités et dépenses du mois à venir.

♦ Le plan d'action de la case

Model de présentation d'un plan d'action de case

Demander aux participants d'ouvrir leur manuel à la page 39 : fiche de planification et de suivi mensuel des activités de la case

PLANIFICATION						SUIVI				
Activités	Thèmes	Date	Nom du village/ quartier et lieu	Cible	Responsable	Exécution (inscrire la date)	Nombre de participants		Supports IEC utilisés	Observations
							F	H		

Élaboration d'un plan d'action

Exercice:

- Répartir les participants en petits groupes ; demander à chaque groupe en utilisant le modèle p.39 manuel du relais sur le paludisme, de planifier les premières activités de leur case qu'ils vont mener après la formation.
- Préciser que les activités planifiées doivent être évaluées chaque mois pendant une réunion avec le comité de santé.

Pour évaluer, demander:

Quels sont les méthodes et moyens utilisés pour faire le contrôle des finances d'une case? Quel est l'importance du suivi financier journalier? Quels sont les outils utilisés pour faire le suivi financier journalier? Quels sont les acteurs du bilan mensuel? Que traite la réunion mensuelle du comité des santé?

♦ Le cahier IEC /CCC

Il est détenu par le relais.

Modèle de présentation d'un cahier IEC / CCC

Tracer un modèle des 2 pages d'un cahier IEC.
Expliquer la répartition en colonne et le remplissage de chaque colonne

Types d'activités	Thèmes (SR, PF, visite 3ème jour, suivi enfant sous traitement, ...)	Nombre de nouveaux participants		Nombre d'anciens participants		Total participants	Observations (supports utilisés ou distribués, thèmes précis traités, ...)
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		

Le remplissage

Faire des exercices avec les participants jusqu'à maîtrise du remplissage par l'ensemble des participants : donner des activités IEC qui concernent le Paludisme et des activités qui concernent d'autres thèmes. Demander de remplir. Reprendre l'exercice avec chaque participant.

♦ Le cahier de gestion des MI

Il est détenu par le Relais/ASC

Le modèle:

Tracer un modèle des deux parties du cahier sur du papier padex

Expliquer la répartition en 2 parties et le remplissage de chaque colonne

Première partie: *Distribution des moustiquaires*

N° d'ordre	N° Coupon	Prénom et nom du bénéficiaire	Cible	Village/ quartier	Source	Montant versé	Observation

Deuxième partie: *Ré imprégnation*

Date	KITS				Nb moustiquaire recensées	Nb Moustiquaire ré imprégnées	Observations
	Disponible	reçu	utilisé	solde			

Le remplissage

Exercice N° 1:

: Demander à un participant de remplir sur le modèle du cahier au tableau (1e partie) les informations suivantes:
N° ordre: 1 ; Fatou Diouf; femme enceinte; Mbourokh; Montant versé 1500frs; MILDA circulaire, marque Dawa, Coupon N° 15
Corriger et proposer un deuxième exercice.

Exercice N° 2:

: Demander à un participant de remplir sur le modèle du cahier au tableau (1e partie) les informations suivantes:
N° ordre: 1 ; Astou Diallo; femme enceinte; Pata; Montant versé 500frs; MILDA district; marque Permanet; doit encore 500frs.
Corriger et proposer un deuxième exercice.

♦ Le cahier de supervision

Tracer un modèle des deux parties du cahier sur du papier Padex

Il est détenu par le Relais ou l'ASC/matrone
Il est rempli par le ou les superviseurs
Expliquer le but et l'utilisation de ce cahier

Le cahier de supervision permet de:

- suivre les différentes recommandations du personnel communautaire de la case ou du site;
- apprécier les progrès dans les performances des AC
- Assurer le suivi des activités.

Après chaque supervision, il est noté sur le cahier:

- La date
- Les personnes rencontrées par le ou les superviseurs
- Le niveau d'application des recommandations de la dernière supervision, les points forts et faibles de la case et les nouvelles recommandations

RÉFÉRENCES

♦ Aide mémoire pour la formation du Relais. MSPM, PARHS/JICA ; Mars 2005

♦ Aide mémoire pour la formation de la matrone. MSPM, PARHSL/JICA ; Mars 2005

♦ Aide mémoire pour la Tuberculose destiné aux prestataires de santé. MSPM, PNT, USAID, LHL, OM ; Septembre 2006

♦ Aide mémoire du relais pour l'auto Surveillance Périnatale. A. Diallo, IPS/UCAD ; Septembre 2003

♦ Comment allaiter : Guide du personnel communautaire de santé. MSPM/ DANSE ;Terre des hommes ; 2007

♦ Comment Imprégner votre moustiquaire avec K-O TAB 1-2-3. BAYER Environmental science

♦ Formation en PCIME-C : Guide du facilitateur pour la formation. MSPM/ PRN ; Avril 2003

♦ Formation en PCIME-C : cahier de l'apprenant. MSPM/PRN ; avril 2003

♦ Guide du facilitateur: Formation des Relais en tuberculose. Plan Sénégal, DS de Nioro ; Juin 2004

♦ Guide pour la formation des Relais Polyvalents : Modules transversaux. MSP/PM, BASICS/ USAID ; Mars 2004

♦ Guide du Formateur des Agents de santé communautaires : Soins Essentiels au nouveau-né. BASICS/USAID Sénégal ; Février 2005

♦ Manuel de formation des ASC/matrones et membres du comité de santé (2e édition). CCF-USAID-(Projet Canah) ; Mars 2000

♦ Manuel de formation pour le PAIN. World Vison ; Mars 2000

♦ Module de formation des ASC en gestion de stocks de médicaments (guide du participant). MSH/ RPM+

♦ Prise en charge des Infections Respiratoires Aigues au niveau case de santé par les agents de santé communautaires : Guide du formateur. MSPM, BASICS, Africare, CCF, MSH, Plan, UNICEF,OMS, USAID. Novembre 2005

QUAND LES ENFANTS FONT LA PROMOTION DE LA REIMPREGNATION DES MOUSTIQUAIRES
(Une expérience de la case des tout-petits à Ziguinchor).

29/02/07_Ziguinchor_séance de réimprégnation_Quelques enfants(3-4 ans) de la case des tous petits et leur monitrice Marème Mbaye Mboup.©Africare

« Nous n'avons pas enregistré de cas de paludisme chez nos pensionnaires cette année comparée à l'année dernière, et l'absentéisme pour cause de maladie a vraiment baissé grâce à la collaboration avec le Programme de Santé USAID ». Ainsi s'exprimait ***Marème Mbaye Mboup*** une des monitrices des cases des tout-petits de Ziguinchor, le 04 octobre 2007, c'est-à-dire huit (8) mois après l'organisation d'une activité de ré imprégnation des moustiquaires des Enfants dans le cadre de la mise en œuvre des activités du Presidential Malaria Initiative (PMI).

Dans la région de Ziguinchor, où la pluviométrie est une des plus importantes du Sénégal, le paludisme demeure la première cause de consultation des structures de santé. Les groupes vulnérables que sont les enfants et les femmes enceintes continuent d'en payer un lourd tribut. L'utilisation des moustiquaires imprégnées est l'une des stratégies de prévention préconisée. Pour une meilleure efficacité de la moustiquaire, la ré imprégnation doit être régulière. Avec le Programme Santé Communautaire CCF-USAID, Africare a initié en février 2007, des activités de ré imprégnation de moustiquaires au niveau des deux cases des tout-petits de Ziguinchor. Les élèves ont tous amené leurs propres moustiquaires. Certains enfants ont exigé de leur maman l'achat d'une nouvelle moustiquaire. Les monitrices de ces cases, formées à la ré imprégnation par Africare, ont ré imprégné cent trente (130) moustiquaires.

29/02/07_Ziguinchor_Aliou Badara Guéye 5 ans pensionnaire case des tout-petits, Mariama Cissé sa mère et sa soeur

Témoignage de ***Mariama CISSE, mère d'Alioune B. GUEYE, élève de la grande section à la case des tout-petits*** « Alioune m'a demandé d'acheter des moustiquaires afin de pouvoir les imprégner dans la case où il est pensionnaire. Actuellement, tous mes enfants dorment sous moustiquaire imprégnée. A ce jour, je touche du bois, aucun d'eux n'est tombé malade même avec l'hivernage ».

Pauvre, mais bien né

Les causeries, facteurs de développement de l'enfant.

« Avant le programme, il n'y avait aucune autre activité pour nous apprendre ce que nous savons aujourd'hui ».

13/09/07_village de Louly Dia_Deguene Khouma 7 mois assise à droite et son frère Bouya Khouma 2 ans 8 mois © PSSC-CCF

Dans la localité de Louly Dia, un village situé dans la communauté rurale de Sandiara (Thiadiaye) à quelques 80 km de Dakar, la situation des enfants s'est nettement améliorée, exemple dans la famille Khouma. Deguene Khouma, 7 mois illustre bien ce cas.

Son père Moussa Khouma réparateur de radio et sa mère Ndoumbé Diop n'avaient aucun moyen ou aucune idée sur la croissance ou le bien être d'un enfant. Et encore, dit sa mère, il leur arrivait très peu souvent de manger trois repas quotidiens « s'il arrivait aux enfants de prendre le déjeuner et le dîner, c'est parce que si leur père n'est pas présent, je gardais un peu du déjeuner pour leur dîner ». Mais, Deguene contrairement à ses grandes sœurs et frères comme Bouya Khouma (2 ans), a un état de santé et une croissance beaucoup plus normale.

Et ses acquis ont été possibles grâce aux séances de causerie du Programme Santé Communautaire de CCF – USAID à Mbour. « Des causeries dira sa mère, j'ai retenu les précautions sanitaires sur la femme enceinte, la nutrition de l'enfant et la prévention de certaines maladies avec l'aide de nos ressources locales ». Deguene est pour ses parents le plus chanceux de la famille car elle est tombée sur une période où sa mère est plus soucieuse et mieux informée des éléments liés à la qualité de la vie familiale. Et pour sa mère, ceci a été possible grâce notamment à l'appui du programme Santé Communautaire de l'USAID avec le CCF qui vise à améliorer le contenu nutritionnel des repas familiaux, la qualité de vie des femmes enceintes et de leurs enfants entre autre, et beaucoup d'autres choses comme l'éducation nutritionnelle, l'allaitement exclusif avec des stratégies comme les causeries.

Le programme a permis à cette mère comme tant d'autres mères de la localité de comprendre les principes de l'allaitement et de la prise en charge de l'enfant. Aujourd'hui, Deguene est un enfant qui a pu sortir de la situation de précarité nutritionnelle grâce au programme, mais également grâce à l'assiduité de sa mère aux séances de causerie « je n'avais jamais senti ce besoin de savoir qui augmente chaque fois lors des causeries ».

13/09/07_village de Louly Dia_Bouya Khouma, Deguene Khouma assise sur sa mère Ndoumbé Diop ©PSSC-CCF

AU VILLAGE DE SOPA, LES CAUSERIES ONT CHANGE LES CROYANCES SUR LE PALUDISME.
Témoignage de Fatou Diouf

« Je peux vous dire exactement quels sont les signes du paludisme chez l'enfant »

13/09/07_village de Sopa (Sandiara-Mbour) famille Ngom, de gauche à droite Babacar 5 ans,Fatou avec Mamadou 7 mois, et Ibrahima 8 ans © PSSC/PMI

Au Sénégal, le paludisme demeure la première cause de morbidité et de mortalité, et représente un tiers des motifs de consultations médicales. Au niveau communautaire, les causes sont entre autre liées au manque de reconnaissance des signes de danger de cette pandémie. Une des axes d'intervention du Programme Santé USAID- CCF.

Fatou Diouf, la trentaine est mère de trois enfants Mamadou Ngom 7 mois, Babacar Ngom 5 ans et Ibrahima Khalilou Ngom 8 ans. Elle habite au village de Sopa à Sandiara dans le département de Mbour. A travers son témoignage, Fatou essaye de partager son expérience sur le paludisme.

« Je peux vous dire exactement quels sont les signes du paludisme chez l'enfant » dira-t-elle avec fierté pour justifier les connaissances acquises au sortir des activités éducatives du Programme santé de l'USAID. « Je me suis rendue compte que depuis les causeries, mon enfant n'a plus les maladies de la saison des pluies contrairement à ses grands frères» martèle-t-elle. Avant l'arrivée du Projet, les enfants du village tombaient trop souvent malades et cela n'inquiétait personne même avec les cas de décès fréquent des enfants. En effet, dans les croyances et à travers ce que leur enseignaient les grand parents, surtout les grand mères, « le paludisme venait avec la saison des pluies avant de repartir à la période des récoltes ». L'attitude devant les enfants malades était le port d'un collier composé de perles rouge, vert et marron qu'on mettait autour du coup de l'enfant malade « pour refléter les maladies vers la nature…….Ça, je l'ai pratiqué avec Ibrahima et Babacar » dira-t-elle.

Aujourd'hui, Fatou Diouf avoue « je sais aujourd'hui que j'ai une grande responsabilité surtout par rapport à l'éducation de Ibrahima qui n'est plus à l'école à cause de ses épisodes de paludisme qui étaient devenues fréquentes, et à l'époque je ne pensais pas vraiment à cette maladie ni moins à sa prévention, sinon que c'était très normale surtout durant la saison des pluies ». Tout le contraire du cadet Mamadou 7 mois l'air très curieux. Pour sa mère, « avec les discussions lors de nos rencontres (focus groupe), j'ai pu voir et comprendre les ravages du paludisme sur le nouveau né et la femme enceinte ».

Parlant de prévention Fatou soulève un ouf de soulagement « moustiquaire amoul morom » en wolof « la moustiquaire n'a pas de prix », tout en rappelant « en plus ma belle mère commence à avoir d'autres perceptions sur les maladies de la saison des pluies depuis qu'elle assiste à des réunions».

13/09/07_village de Sopa_Mamadou Ngom 7 mois©PSSC/PMI