9363031

PD-AAU-171

IAN-46926

intrah

Trip Report #0-227

Travelers: Jean de Malvinsky, IHP Program Coordinator
Emily Lewis, IHP Program Coordinator

Country Visited: MALI
Date of Trip: February 17 - 24, 1986
March 17 - 24, 1986
Purpose: To Prepare for and Conduct a Program Planning Workshop in Maternal/Child Health and Family Planning for 25 Multisectoral Participants.

DPE-3031-C-00-4077

Program for International Training in Health
208 North Columbia Street
The University of North Carolina
Chapel Hill, North Carolina 27514 USA

LIST OF ABBREVIATIONS USED IN THIS REPORT

AMPPF	Malian Association for the Protection and Promotion of the Family
CHE	Community Health Education
CIDESCO	International Center of Social Development and Community Health
CILSS	International Committee for Drought Fight in the Sahel
CTT	Central Training Team
DCSSA	Directorate of Army Health Services
DESFT	Directorate for Secondary Education and Technical Training
DNAFLA	National Directorate for Functional Alphabetization
DNAS	National Directorate of Social Affairs
DNPFSS	National Directorate of Social and Health Planning and Training
DNSP	National Directorate for Public Health
DSF	Family Health Division
EFDC	School for Community Development Training
EFEP	Pre-school Teacher Training School
EIPCPG	School of Nursing
ENMPM	National Malian School for Medicine and Pharmacy
ESS	Secondary Health School
FHI	Family Health International
IEC	Information, Education and Communication
KAP	Knowledge, Attitudes and Practices
MCH/FP	Maternal/Child Health and Family Planning
MOPH/SA	Ministry of Public Health and Social Affairs
MSC	Margaret Sanger Center
PCS	Population Communication Service

LIST OF ABBREVIATIONS (CONTINUED)

TBA	Traditional Birth Attendant
UNFM	National Union of Malian Women
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
UNJM	National Union of Malian Youth
UNTM	National Union of Malian Workers
USAID	U.S. Agency for International Development
WHO	World Health Organization

TABLE OF CONTENTS

PAGE

LIST OF ABBREVIATIONS

EXECUTIVE SUMMARY.....i

SCHEDULE OF ACTIVITIES.....ii

I. PURPOSE OF TRIP.....1

II. ACCOMPLISHMENTS.....3

III. BACKGROUND.....4

V. DESCRIPTION OF ACTIVITIES.....6

V. FINDINGS/CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS.....17

APPENDICES

A. PERSONS CONTACTED

B. LIST OF PARTICIPANTS

C. LIST OF ORGANIZATIONS PROVIDING FAMILY PLANNING EDUCATION OR SERVICES

D. ORGANIZATIONAL DESCRIPTION AND ACTIVITIES

E. COPY OF CONTRACT

F. LIST OF CENTRAL TRAINING TEAM MEMBERS

G. OPENING CEREMONY

H. WORKSHOP MATERIALS
- H1. Agenda
- H2. Training Plan (Plan du Stage)
- H3. Goals and Objectives (French)
- H4. First List of Components of MCH (French)
- H5. Second List of Components of MCH (French)
- H6. Problem Statements
- H7. Planning Documents Prepared by Workshop Participants

I. MALIAN MATERIALS DISTRIBUTED
   I1. Working Document from National Health Directorate
   I2. Family Health Policy Statement
   I3. Workshop on Health Planning
   I4. Document on Family Health Programs

J. PROJECTED WORKSHOP OF MALIAN ASSOCIATION FOR THE PROTECTION AND PROMOTION OF THE FAMILY (AMPPF)

K. TELEX - JEAN DE MALVINSKY TO ROBERT MINNIS

L. AIDE-MEMOIRE (2/27/86)

M. EVALUATIVE MATERIALS
   * M1. Bio-Data Forms
   * M2. Participant Reaction Forms
   M3. Summary of Participant Reaction Forms

---

* On file with INTRAH Data Management Service.

EXECUTIVE SUMMARY

Emily Lewis, R.N., M.P.H., and Jean de Malvinsky, M.P.H., Program Coordinators, International Health Programs (IHP), University of California, San Francisco, conducted a Maternal/Child Health and Family Planning (MCH/FP) Program Planning workshop from March 14 to 25, 1986 in Bamako, Mali under the auspices of the Program for International Training in Health (INTRAH). The workshop was originally scheduled to take place in Bamako from February 17 to 22 but was canceled due to the unavailability of key Malian personnel. Mr. Malvinsky arrived in Bamako February 17 to conduct the workshop and utilized the time after its cancellation to reschedule the workshop, discuss the objectives and format of the MCH/FP Program Planning workshop and develop selection criteria for workshop participants.

The 25 workshop participants were decision makers and high-level technical representatives from the Mali Ministry of Public Health and Social Affairs (MOPH/SA); Ministry of Education (Schools of Medicine and Pharmacy; Secondary Education and Literacy Programs); Ministry of Information; Army Health Services; National Unions of Women, Youth, and Workers; and Malian Association for the Protection and Promotion of the Family. Although no local co-trainers were planned for this workshop, several support staff were assigned to assist the INTRAH/IHP trainers during their assignment. The following findings were made:

- Although some participants had not been fully briefed on the workshop objectives, all became interested and remained throughout the workshop despite many work obligations.

- The health representatives agreed that MCH/FP concerns must be addressed from nonmedical as well as medical perspectives.

- All participants appreciated the multisectoral approach to the development of the MCH/FP component of the Malian five-year health plan.

The workshop participants produced a working document, which supports multisectoral participation in the MCH/FP component of the five-year health plan. This document will become the basis for designing community health education programs and training for service providers, outreach workers, administrative personnel and clinical trainers.

As the result of several working sessions between Mr. Malvinsky and representatives of the Malian Association for the Protection and Promotion of the Family (AMPPF) between February 18 and 27, and March 14 and 24, a proposal for the National Seminar for Opinion Leaders on the Demographic Growth and the Quality of Life of the Malian Family was produced by AMPPF.

SCHEDULE OF ACTIVITIES

MALIAN ASSOCIATION FOR THE PROTECTION AND PROMOTION OF THE FAMILY (AMPPF) SEMINAR PROJECT DEVELOPMENT/PROGRAM PLANNING VISIT

February 17	Mr. Malvinsky arrived in Bamako at 6:30 p.m.
February 18	Met with U.S. Agency for International Development (USAID) staff: - Mr. Eugene Chiavaroli, Mission Director - Mr. Francisco Zamora, Health Officer - Mr. Tata Sangare, Population Officer - Mrs. Carol Hart, Workshop Coordinator for African Demographers Met with Ms. Judith Brown, Population Communication Service consultant Met with Mr. Namory M. Traore, National Directorate of Social and Health Planning and Training (DNPFSS) Met with Mali Ministry of Public Health and Social Affairs (MOPH/SA) staff: - Mr. Oumar Traore, Coordinator of the Training Division - Mrs. Sidibe Aissata Cisse, Director of Ministry's Office - Dr. Maiga Zakaria, Technical Advisor to the Minister for Primary Health Care - Dr. Gaoussou Traore, Director of Public Health
February 19	Met with MOPH/SA staff: - Dr. Gaoussou Traore - Mrs. Sidibe Aissata Cisse - Dr. Seydou Diallo, Technical Advisor to the Minister for Training and Planning

- Mr. Namory Traore

- Dr. Sanoussi Konate, Director of Health Development Project

- Mrs. Dicko, Chief Trainer

- Mrs. Yolande Zomer, Technical Assistant from International Center of Social Development and Community Health

February 20 — Met with:

- Mr. Dramane Djitai, Assistant Director of Social Affairs, MOPH/SA

- Mr. Oumar Traore, DNPFSS and the curricula revision team

- Mrs. Rose Bastide, Journalist, Ministry of Information, National Union of Malian Women (UNFM)

February 21 — Met with Malian Association for the Protection and Promotion of the Family (AMPPF) staff:

- Mr. Abdou Tounkara, National Coordinator

- Mrs. Diallo Adama, Chief, Information, Education and Communication (IEC)

- Mr. Seydou Tounkara, Chief, Clinical and Training Division

February 22 — Met with:

- Mr. Michael Furst, World Bank Representative

- Dr. Seck Penda N'Diaye, Central Maternal and Child Health (MCH) Center

- Mrs. Diakite Kadia Togola, Secretary to Administrative and Judiciary Affairs, UNFM

February 24	Met with:
	- Mrs. Rose Bastide and Mrs. Diakite Kadia Togola, UNFM
	- Mr. Oumar Dicko, responsible for education and cultural activities, National Union of Malian Workers
	- Mr. Seydou Tounkara and Mrs. Diallo Adama, AMPPF
February 25	Met with:
	- Mrs. Konate Massaran Dicko, National Executive Secretary, UNFM and Vice President of the National Assembly
	- Dr. Makon Sire Hanguine, Assistant Director of the Public Health Directorate
	- Dr. Paul Diarra, Malian Representative to the Bilateral Integrated Family Health Project - USAID/Mali
	- Dr. Maiga Zakaria, Advisor, MOPH/SA
February 26	Met with:
	- Mr. Drissa Traore, Assistant Secretary General and Mr. Soumare Abdoulaye Traore, Executive Secretary of the National Bureau, National Union of Malian Youth
	- Three school representatives
February 27	Met with:
	- Dr. Seck Penda N'Diaye, Central MCH Center
	- Lieutenant Colonel Abdoulaye Keita, Director of Army Health Services
	- Mr. Tata Sangare and Mr. Francisco Zamora, USAID
February 28	Mr. Malvinsky departed Bamako

MATERNAL/CHILD HEALTH AND FAMILY PLANNING (MCH/FP) PROGRAM PLANNING WORKSHOP

March 13	Mr. Malvinsky and Mrs. Lewis arrived Bamako at 6:30 p.m.
March 14	Met with: - Dr. Bougou Sissoko, Chief of Training Division, DNPFSS - Mrs. Sidibe Aissata Cisse, Director of Ministry's Office, MOPH/SA - Dr. Seydou Diallo, Advisor to the MOPH/SA for Planning and Training - Mr. Francisco Zamora and Mr. Tata Sangare, USAID/Mali - Ms. Kathy Jesencky, Family Health International - Mr. Abdou Tounkara, Program Coordinator, AMPPF Currency exchange at USAID. Deposited $2,000 for the workshop in a special account.
March 15	Met with: - DNPFSS representatives: Mr. Namory Traore, Director; Dr. Dramane Sangare, Assistant Director; Dr. Bougou Sissoko, Chief of Training Division; and Mr. Oumar Traore, Head of Training. Held working session with all the above except the Director, to determine what had to be done before the workshop started and what resources were available. - Briefed with the Assistant Director of the National Literacy Directorate and the Director of Ministry's Office of Information.

	- Held a working session with Dr. Seck Penda N'Diaye, Division Sante Familiale, Central MCH Center, where the workshop was to be held.
March 16	Planned timetable for March 17 and divided tasks between the two INTRAH/IHP trainers.
	Met with Ms. Paulette Chaponniere and Ms. Suzanne Theroux, Margaret Sanger consultants
March 17 - March 22	Facilitated workshop.
March 23	Helped draft the working document.
March 24	Mr. Malvinsky met with AMPPF representatives: Mr. Mamadou Maiga, Executive Secretary; Mr. Tounkara, Program Coordinator; and Mrs. Adama Diallo, in charge of IEC.
	Mrs. Lewis met with Mrs. Oumou Keita of the Division of Family Health, MOPH/SA to plan workshop -2a now scheduled for April 28 - May 10.
	Debriefed with MOPH/SA staff and with Mr. Tata Sangare, USAID Population Officer.
March 25	Departed Bamako.

I. PURPOSE OF TRIP

To conduct a workshop on program planning of maternal/child health and family planning (MCH/FP) activities.

Objectives

At the end of the workshop each participant would be able to:

- Enumerate the activities for which his/her service would be responsible for the next five years in the overall family health plan of Mali.
- Relate his/her organization's activities to other services and agencies involved in the family health program.
- Strengthen the integration of MCH/FP as part of his/her activities in providing primary health care services.

In addition to these three objectives, drawn from the contract between the University of North Carolina/Program for International Training in Health (INTRAH) and the Ministry of Public Health and Social Affairs (MOPH/SA) (Article II, Page 9), the consultants developed the following operational list of goals, objectives and workshop products:

A. Overall Workshop Goal

The goal of the workshop is to assist government departments and independent organizations concerned with MCH/FP to act in a coordinated and complementary manner in providing reproductive health services.

B. Workshop Objectives

At the end of the workshop, each participant would have contributed to the development of a five-year plan for MCH/FP in the following ways:

1. describe to the other participants the capacity of the organization he/she represents to contribute to the Malian plan for MCH/FP;

12

2. determine target groups for MCH/FP activities;

3. share with other participants his/her knowledge of problems and possible solutions regarding MCH/FP;

4. participate in the development of goals and objectives and of a timetable for implementation of the MCH/FP plan;

5. determine the area of responsibility of his/her organization in relation to those of other organizations in the MCH/FP plan;

6. define his/her role and that of his/her service organization in the provision of MCH/FP services;

7. establish a means of collaboration with all concerned organizations in the MCH/FP plan;

8. review job descriptions of trained service providers in MCH/FP;

9. review selection criteria for persons to be trained for MCH/FP;

10. propose a training schedule for persons to be trained in MCH/FP; and

11. evaluate the workshop and make recommendations.

C. Product

The product of this workshop was a document explaining the manner in which the MCH/FP component of the five-year plan will be implemented throughout the seven regions of the Republic of Mali and presenting the following:

1. the goals and objectives of the components of MCH/FP programs, which are to be achieved within the framework of the primary health care national policy; and

2. a schedule for implementation of the objectives, as well as a list of target groups and ministries, national directorates, divisions, services and independent organizations that will carry out the delivery of services.

II. ACCOMPLISHMENTS

Originally planned to take place February 24 - 29, the workshop was rescheduled for March 17 - 22. This cancellation was due to the absence or unavailability of key Malian personnel during that period. However, the workshop was successfully conducted as demonstrated by the number of ministries and organizations represented (Appendix C), the level of participants representing these institutions, the commitment of these individuals demonstrated by their continued attendance throughout the workshop, the quality of the working document (Appendix H_7) and the written evaluations given by participants at the workshop closure (Appendix M_3). Ministries and organizations represented were:

A. Ministry of Public Health and Social Affairs (MOPH/SA):

1. National Directorate for Social and Health Planning and Training (DNPFSS)
2. National Directorate for Public Health (DNSP)
3. School for Community Development Training (EFDC)
4. School of Nursing (EIPCPG)
5. Secondary Health School (ESS)
6. Pre-school Teacher Training School (EFEP)
7. National Directorate of Social Affairs (DNAS)

B. Ministry of Education:

1. National Malian School For Medicine and Pharmacy (ENMPM)
2. Directorate for Secondary Education and Technical Training (DESFT)
3. National Directorate for Functional Alphabetization (DNAFLA)

C. Directorate for Army Health Services (DCSSA)

D. National Union of Malian Women (UNFM), National Union of Malian Youth (UNJM), and National Union of Malian Workers (UNTM)

E. Malian Association for the Protection and Promotion of the Family (AMPPF)

Through their participation in the workshop, representatives of these institutions and organizations demonstrated an interest in influencing the MCH/FP component of the national primary health care policy, thus providing a national dimension to the workshop in accordance with its stated purpose and laying the groundwork for broad participation in MCH/FP policy implementation.

The degree of achievement by the participants of the workshop's three objectives is reflected in the working document, which describes the activities to be conducted from 1986 through 1990, designates departments and organizations responsible for contributing to achievement of specific objectives, and provides target dates for completion of those objectives.

During the one-week workshop, it was not possible for the participants to finalize the working document in a form that they could propose as a national guideline for provision of MCH/FP services in Mali. Several components remain to be developed and coordinated so they will not overlap, and a visual representation needs to be designed to assist implementation. The workshop's specific objectives served as progressive steps toward the development of the working document. Their achievement is reflected in the document and in the participant reaction forms.

III. BACKGROUND

This workshop is the first program activity in Mali to be carried out under the PAC II INTRAH/MOPH-SA contract, representing a further development of PAC I activities,

which began in March 1980. MOPH/SA had requested that INTRAH fill a vacuum created by the withdrawal of United Nations Fund for Population Activities (UNFPA) support for a family health training program, and a two-step strategy was developed:

- creation of a central training team (CTT); and
- decentralization of the training capacity from the MOPH/SA; i.e., from Bamako to the regional level.

In December 1983, a four-member team (two Malians and two INTRAH/IHP representatives) conducted an evaluation that demonstrated a capacity of some CTT members to conduct specific workshops without technical support, except when a new workshop was to be conceptualized, designed and conducted.

During PAC I a total of 18 training activities at the central and regional levels were implemented. Topics included clinical family planning, contraceptive technology, infertility, sexually transmitted diseases, training of trainers, management for family planning workers, management for head nurses and visual aid development for family planning. The length of those workshops was from two to five weeks.

In February 1985, as the first PAC II activity in Mali, a joint INTRAH/IHP needs assessment team identified potential areas of further collaboration with MOPH/SA. From the needs identified and subsequent project and contract development visits, a series of 20 activities were planned for the next two years, spearheaded by this first program planning workshop.

Background information that specifically justified this workshop included:

- Personnel trained under PAC I were largely unable to utilize their newly-acquired skills because of lack of supervision and material support. The population was unaware that family planning services were available

for there was no educational component that would have informed communities of family planning services provided.

- Health personnel, at large, were unable to provide services when requested.
- Contraceptives were unavailable.
- MOPH/SA officials realized that family planning as a component of primary health care was not purely a question of providing clinical space.
- Family planning services, both educational and clinical, were identified as priorities for several social and political groups.
- Entities other than the MOPH/SA were providing family planning services.
- Within the MOPH/SA much of what information exists on family planning is not shared among implementing agencies.

All these facts indicated the need to design a workshop where all interested groups and sectors would join forces and contribute to the design of a national effort in the areas of MCH/FP clinical and educational services.

Mali has opted for primary health care as a national health policy; in this context, it was requested that family planning be integrated into MCH as one of eight primary health care components identified and promoted at the Alma Ata conference. As one phase of Mali's strategy to integrate family planning into MCH through training, 26 members of directorates of health have been identified as actual or potential CTT members, 24 of whom have been trained by INTRAH/IHP in-country or at the IHP Training Center in Santa Cruz (Appendix F).

IV. DESCRIPTION OF ACTIVITIES

A. Preliminary Activities, February 17 - 28

On February 18, it became clear during discussions with MOPH/SA officials that the workshop should be postponed

(Appendix K) from the original dates of February 24 - 28, to a date at least one month thereafter. The reasons were:

- The Minister of Health, Dr. M. Dembele and most of the national directors, as well as several key technical people were scheduled to travel to another region during the workshop period and thus would be unable to attend the workshop.

- The one remaining national director, Mr. Namory M. Traore, Project Director for the contract under which this workshop was to be sponsored, was awaiting a large WHO delegation from Geneva. A mixed delegation of WHO and Malian Public Health and Social Affairs representatives was scheduled to undertake an assessment of social and health resources in Mali. The responsibility for this activity rested with Mr. Traore, making it impossible for him to direct the workshop.

- Members of the CTT from the Training Division were involved in a curriculum design activity with French technical assistance from the International Center of Social Development and Community Health (CIDESCO), preventing them from organizing the workshop.

- The Training Division director was involved in an oral rehydration therapy workshop in Tombouctou.

- Most of the people contacted were unaware of the upcoming workshop. The MOPH-SA/INTRAH contract was signed by the Minister only two days prior to Mr. Malvinsky's arrival in Mali; therefore, the information had not yet been disseminated.

After Mr. Malvinsky's discussions with Mr. Traore and Dr. Seydou Diallo, it was decided that a vigorous effort was needed to plan the workshop and to set new dates. Mr. Malvinsky's assistance was solicited in making arrangements for the workshop. He requested that at least one MOPH/SA representative join him in this effort. Mr. Oumar Traore, Acting Director for the Training Division, a graduate of the IHP/Santa Cruz Family Planning Management workshop recently returned from Cotonou upon completion of a master's degree in

training evaluation provided some assistance to Mr. Malvinsky. For the most part, however, Mrs. Oumou Keita, another IHP/Santa Cruz program graduate, assisted Mr. Malvinsky in the organizational effort.

The team developed criteria for organizations and departments that could or should contribute to the workshop. A complete list of groups was compiled. These included organizations and departments that: 1) had expressed need for organizing family planning services; 2) had constituted potential target groups for MCH/FP activities with clear accessibility to their membership through their organizational structures; 3) were family planning service providers themselves; and/or 4) had a definite role in future MCH/FP service delivery.

Criteria for individuals representing these groups were also established. It was decided that organizations represented at the workshop should send one decision maker who could act on behalf of the organization and another representative who would have substantial technical impact during the workshop.

To this end, 15 candidates were identified (Appendix L), whose participation was thought to be useful for the development of a national MCH/FP plan.

As indicated in the Schedule of Activities (pp. ii - vii), Mrs. Keita and Mr. Malvinsky met more than once with most of the organizations' representatives. Several documents were prepared and distributed during the visits:

- Background information was provided in the document entitled "Training in Maternal and Child Health and Family Planning," which in fact, represents the French version of the contract signed between the MOPH/SA and INTRAH (Appendix E).

- The list of CTT members was provided by the DNPFSS (Appendix F).
- A program development and implementation matrix (Appendix I_3).
- An "aide memoire" (Appendix L).

The first document was extremely useful because most of those who read the document expressed a need for the training described in the document, some for themselves as individuals, but most of all for their staff so that they in turn, could pass on their knowledge and skills to others.

The matrix was used with the DNSP, DNPFSS, AMPPF and DNAS in order to show the overlapping in some areas of service implementation, the lack of coordination among services and the insufficiency of participation in areas of data development and collection, and information/education/communication (IEC).

An aide-memoire was left with key people at the MOPH/SA, USAID, AMPPF and the Training Division so that it could be dispatched to all the individuals with whom the INTRAH/IHP team met. It was agreed that the essence of the workshop preparation had to be shared among all potential participants to ensure a base of common understanding (Appendix L).

Important points came out as the INTRAH/IHP team met with various organizational representatives:

1. <u>MOPH/SA, DNSP</u>

   Dr. M. Hanguine, Assistant Director, planned to leave for Torino, Italy, where he would present a working paper on the development of primary health care policy in Mali. This paper could be used as background information for the workshop.

2. Family Health Division (DSF), MOPH/SA

Dr. P. Seck, Assistant Chief, stated that a UNFPA mission would be in Bamako to review and make recommendations for the clinical training project that UNFPA is sponsoring in Mali. A Margaret Sanger Center team would be in Bamako in March for development of a training manual for traditional birth attendant (TBA) training project.

3. National Directorate for Planning and Training (DNPFSS)

Mr. Namory Traore, Director, stated that a curriculum revision committee had been created under his responsibility. He asked that the INTRAH/IHP team meet with Dr. S. Konate, regarding the World Bank-financed health development project. Dr. Konate regretted that INTRAH could not respond early enough to the need for curriculum revision. The responsibility to carry out the task now rested with CIDESCO. Dr. Konate, nevertheless, strongly suggested that INTRAH/IHP meet with the people in charge in Bordeaux, France for the following reasons:

a. INTRAH/IHP has been involved in Mali for several years and is appreciated for its work; INTRAH/IHP has a good sense of what needs to be updated in the family health curriculum.

b. INTRAH/IHP is well aware of some points that need to be addressed during the revision.

c. Dr. Konate was not sure of the depth of MCH/FP revision projected by CIDESCO.

4. National Directorate for Social Affairs (DNAS)

Mr. A. Djitai, Assistant Director, made the remark: "We could bring our national community development network to contribute to the MCH/FP program formulation and implementation on the condition that our people be adequately trained in that area; the training has to be in-service and pre-service at the School of Community Development Training."

5. National Union of Malian Women (UNFM)

Mrs. D. M. Konate, Executive Secretary; Mrs. R. Bastide, journalist; and Mrs. D. K. Togola, Administrative and Judiciary Secretary, remarked: "We

are in the process of reviewing the legal status of the Malian women. It is of great importance to us, to further our fight for women's rights in Mali. MCH/FP contributes greatly to women's welfare, thus we fully support any effort made in this area and request that we contribute to its development. We are the largest single constituted group in Mali, and we can reach each village when it is necessary. We have a national training center for women, but our trainers need to be updated on the MCH/FP topic." We met with Mrs. Konate just prior to the national plenary session. She was going to present the main elements of our discussions to the assembly.

6. National Union of Malian Workers (UNTM)

Mr. O. Dicko, Executive Bureau and Central Committee member, remarked: "There are two ways in which your program can help us: 1) More than ever, we have to think about each worker's capacity to raise his/her children. MCH/FP can play an important role in that purpose; and 2) Our trainers are not adequately prepared; we need good training of trainers. For these two reasons, we need to be involved in the next workshop."

7. National Union of Malian Youth (UNJM)

Mr. D. Traore, Assistant General Secretary and Executive Bureau member stated: "We have known for a long time the negative effects of the large numbers of abortions performed in Bamako. We need some kind of counselling and education for youth."

8. Directorate for Army Health Services (DCSSA)

Lieutenant Colonel A. Keita, Director remarked: "Our MCH centers are open to all military and civilian people. Our services are the same as the MOPHs, and it has been several years that we requested to be part of a collaborative effort with the MOPH/SA. Your visit is finally an occasion to initiate such a step. Of course, family planning is of great importance for our young men, but much education is required before they will start using our services. Also, our personnel are not always updated on the subject."

9. Malian Association for the Protection and Promotion of the Family (AMPPF)

Mr. A. Tounkara, Mr. S. Tounkara, and Mrs. A. Diallo said: "We have initiated family planning

activities in Mali; we provide educational and clinical services to the population; we train various personnel and conduct IEC activities; therefore, our contribution to the development of a national program is great. Do not forget that we are under the MOPH/SA umbrella, and all our activities are coordinated with the DSF."

10. World Bank

Mr. M. Furst, World Bank representative in Mali, reported that demographic growth and its incidence on various key sectors for development in Mali did not seem to be an important priority for many of the Malian officials who met during the Bamako donor's conference in January and for those who met with World Bank President Clausen during his visit to Mali.

11. Population Communication Services (PCS)

PCS has an on-going activity with AMPPF. It consists in the development of a logo for family planning and of other visual aids to be used in IEC. The Health Education Section of the DSF is involved in this effort. Furthermore, Ms. Judith Brown, an anthropologist based in Zaire, was conducting research on attitudes of health personnel toward family planning and on communication for family planning. During her consultancy for PCS, she began a qualitative research of knowledge, attitudes and practices (KAP) in family planning among the population using the group interview techniques.

12. Family Health International (FHI)

Ms. Kathy Jesencky, field representative from FHI was in Mali to develop a procedure to survey the preparedness of Malian midwives to carry out family planning services in their working environment.

13. Westinghouse

Mrs. Carol Hart, liaison between USAID/Mali and the Sahel Institute, informed us of the imminence of a country wide KAP survey for family planning conducted jointly by Westinghouse Public Applied Systems and the Sahel Institute.

14. Sahel Institute

The Sahel Institute in Bamako is part of the International Committee for Drought Fight in the Sahel (CILSS). Its purpose is to conduct research and provide results to the CILSS decision makers in Ouagadougou. As such, it gathers various statistical data in multiple areas, e.g. birth and death rates. A regional seminar was being held in Bamako on this very topic. It was attended by 40 African demographers from 19 countries and was sponsored by the Sahel Institute and USAID/Mali.

15. Margaret Sanger Center (MSC)

A meeting was held with MSC representatives Ms. Paulette Chaponniere and Ms. Suzanne Theroux who were working with members of the DSF on the development of a manual to be used for the training of TBAs.

The representatives from EFDC, EIPCPG, ESS, EFEP and ENMPM schools were unanimous on family planning saying that although the subject is part of their curriculum, the teaching staff have no updated training in family planning. They saw a definite need for them to participate in the workshop to enable them to link expressed needs of sociopolitical groups representing the client population and the educational objectives of their students.

B. Workshop Activities, March 14 - 25

Two days prior to the workshop, the consultants collaborated with DSF personnel to organize the six-day activity and develop workshop goals and objectives, and they discussed collected information, which was approved by MOPH/SA officials (Appendix H_3).

On March 17, at 9:00 a.m., the opening ceremony was conducted by Dr. Seydou Diallo. The press and other media representatives covered the event. The workshop took place in the training room of the DSF at the Central MCH Center of Bamako, in the neighborhood of

Bamako-Koura. Twenty-five persons attended representing the MOPH/SA, Ministry of Education, Ministry of Information, Army Ministry, three national unions and indirectly, the Ministry of Youth, Sports and Culture through UNJM and AMPPF. The high level of representation of decision makers and technical experts is reflected in the participants' titles (Appendix B).

After the opening ceremony, the facilitators conducted a needs assessment session. Two clear needs shared by the majority of participants were revealed: 1) the necessity of sharing information about MCH/FP; and 2) the need to participate in the elaboration and implementation of MCH/FP according to each organization's responsibilities. In response, the workshop had five phases:

- The participants defined the MCH/FP component (Appendix H_4).
- They identified real problems encountered during the implementation of each MCH/FP component (Appendix H_6).
- They listed problems under the following categories (Appendix H_5):

  Management
  Training
  IEC
  Environment - Sociocultural
  - Economic
  - Geographic

- They developed the goals and objectives for each of the first three categories: management, training and IEC.
- They ended by programming objectives and utilizing a format suggested by the facilitators (Appendix H_7).

Small and large groups addressed workshop tasks, and groups reported back on plenary sessions. Some pyramiding was used to ensure individual input. Following

the workshop activities, three representatives from each group who worked on developing goals and objectives constituted a writing committee to finalize the working document.

The break during which participants could have cold and/or hot drinks was very much appreciated as March, April and May are the three hottest months in Mali, when daily temperatures reach 110 degrees or more.

Several documents were used by the participants, upon their request, as background for their activities. These documents were:

- "Primary Health Care Policy" a working document presented three weeks previously at an international meeting (Appendix I_1).
- "Family Health Policy in Mali" (Appendix I_2).
- "Family Health Program" from the ten-year national health plan (Appendix I_4).
- A guide for planning at the regional level (Appendix I_3).

Mrs. Lewis and Mr. Malvinsky facilitated the workshop. Mrs. Keita was responsible for logistical organization. Dr. D. Sangare was in charge of finances. Two drivers with cars (Mr. Salif Niambele and Mr. Drissa Traore) and Mrs. Hawa Poudiougou who served as secretary, along with another typist, were assigned to the workshop. Mr. Cheik Oumar Togo, documentalist, assisted in document reproduction.

All those involved worked intensively during the workshop, and the above mentioned staff spent many extra hours on workshop activities. In order to allow the participants to supervise their staff in the morning and prior to the end of the working day, sessions were conducted from 8:30 a.m. until 1:30 p.m.

C. Other Activities of INTRAH/IHP Representatives

In addition to workshop preparation and facilitation, Lewis and Malvinsky prepared for other activities under the PAC II contract.

On Monday, May 24, Mrs. Lewis met with Mrs. Oumou Keita and planned the second of the PAC II contract activities, review sessions with personnel already trained in community health education (CHE) training and management. The first two-week review will be concerned with basic and in-service training and is planned for April 28 - May 10, 1986. The other review sessions, which will be concerned with community health education and program management, are scheduled for June - July, 1986. Mrs. Lewis and Mrs. Keita also discussed and planned for the development of an MCH/FP training team, of which some members will be drawn from Bamako, and others will be drawn from the seven regions. It is envisioned that this training team will eventually be responsible for all MCH/FP training.

Mr. Malvinsky met several times with AMPPF representatives to plan the national seminar under a memorandum of agreement between AMPPF and INTRAH. A short document came out of these working sessions (Appendix J), which specified goals and objectives, target groups, profile of participants and the budget. The dates of the seminar are from June 17 - 22, 1986. It is requested that the INTRAH/IHP technical assistant provided be in Bamako one week prior to the beginning of the workshop, that no population policy subject be officially brought up during the seminar by the technical assistant, that the planning be started immediately and that a secure way to channel money from INTRAH to AMPPF be devised to ensure timely availability of funds.

V. FINDINGS/CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

FINDINGS	CONCLUSIONS	RECOMMENDATIONS
A. The workshop was postponed from February 1986 to March 1986 due to unavailability of some of the key workshop participants. (As Mr. Malvinsky was already in Mali, time was used to prepare for the rescheduled workshop.)	A.1. The MOPH/SA gives precedence to quickly implemented activities over long-standing comitments. An activity becomes a priority when finances are available to conduct it.	A.1. Long-standing comitments for planned activities should be reconfirmed a month prior to scheduled activity dates.
	A.2. Key personnel are often double-scheduled, creating conflicts.	A.2. Workshop participants should be the original target group and not be replaced with available personnel whose product(s) may not have the desired impact.
B. All the representatives visited in preparation for this workshop expressed their strong interest and need for MCH/FP services in general and for reproductive health in particular.	B. MCH/FP should not be confined to the health department as other organized sectors may be instrumental in carrying out educational activities or they themselves may constitute favorable target groups for clinical service. Therefore, the development of family planning and other reproductive health services in Mali will, at this point, greatly benefit from a multisectoral approach.	B. Future workshops for FP program development at the national, regional and local levels should include, in addition to MOPH/SA representatives, participants from other ministries, FP organizations and national unions.
C. The MOPH/SA alone is not able to provide a complete range of MCH/FP services to the population. Therefore, 12 multisectoral organizations were invited to send representatives to the March workshop.	C. The FP implementation base in Mali is narrow due to the health service sector's inability to provide distant health centers with supplies and its poor working environment.	C. In order to broaden the FP implementation base, the specific roles of the participating multisectoral organizations have to be defined, with responsibilities clearly stated and resources, although minimal, readily available.
D. The Social Affairs section of the MOPH (MOPH/SA) has personnel involved in community development throughout the country who are underutilized yet represent a great potential for community health education and other IEC activities in MCH/FP program implementation.	D. The Social Affairs section of the MOPH seems to be the least involved in the implementation of MCH/FP services in comparison to other national directorates.	D. More Social Affairs personnel should be trained in contraceptive technology, IEC and FP program management.

V. FINDINGS/CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

FINDINGS	CONCLUSIONS	RECOMMENDATIONS
E. Workshop participants were divided into one of three working groups. Three working documents were produced during the workshop which represent a basis for a five-year national MCH/FP program plan.	E. The three workshop documents contain a training component that encompasses PAC II-sponsored activities and other donors' activities (UNFPA) as well. As such it can serve as a framework for future training input.	E. The workshop documents should be finalized and become the official five-year MCH/FP program for Mali. They would be available to all international organizations interested in MCH/FP and primary health care in Mali.
F. A clear dichotomy exists between govenment representatives who met with foreign donors (including the World Bank President) and representatives from the different Malian ministries, and national and private organizations as to the importance and urgency of population-related activities in Mali.	F. The political officials do not seem prepared to articulate a population policy at this time, although policy implementators and operational level personnel seem eager to participate in the development and implementation of an MCH/FP five-year plan.	F. INTRAH/IHP efforts need to continue to focus on FP program development at various levels regardless of the current postion of the Government of Mali regarding a population policy.
G. Preliminary work on curricula revision has started. This projected three-year activity will be led by CIDESCO from Bordeaux, France.	G. Although three person months were set aside in the contract between MOPH-SA/INTRAH for this activity, at this time INTRAH/IHP does not have any input in the planning of the curricula revision.	G. INTRAH/IHP contact should be made with CIDESCO to ensure that the reproductive health portion of the curricula are thoroughly addressed.

APPENDIX A

PERSONS CONTACTED

APPENDIX A

LIST OF PERSONS CONTACTED

USAID

Mr. Eugene CHIAVAROLI - Mission Director

Mr. Francisco ZAMORA - Health Officer

Mr. Tata SANGARE - Population Officer

Mrs. Carol HART - Workshop Coordinator for African Demographers

MOPH/SA

Mrs. SIDIBE Assata CISSE - Director of Ministry's Office

Mr. TRAORE Namory - Director, DNPFSS

Mr. TRAORE Oumar - Training Division Chief, DNPFSS

Mr. TOURE Souleyman - Trainer, Training Division

Mrs. KEITA Oumou - Trainer, Training Division

Dr. DIALLO Seydou - Technical Advisor to the Minister for Training and Planning

Dr. MAIGA Zakaria - Technical Advisor to the Minister for Primary Health Care

Dr. TRAORE Gaoussou - National Public Health Director

Dr. HANGUINE Makon Sire - National Public Health Assistant Director

Dr. SECK Penda N'DIAYE - Assistant Chief, Family Health Division

Mr. DJITAI Dramane - Social Affairs Assistant Director

Dr. KONATE, Sanoussi - Health Development Project Director

Dr. SISSOKO Bougou - Chief of Training Division, National Directorate of Social and Health Planning and Training (DNPFSS)

WORLD BANK

Mr. Michael Furst - World Bank Representative

UNJM

Mr. TRAORE Drissa - Assistant Secretary General

Mr. TRAORE Soumara - National Bureau Executive Secretary

UNTM

Mr. DICKO Oumar - Responsible for Education and Cultural Activities

UNFM

Mrs. DIAKITE Kadia TOGOLA - Secretary to Administrative and Judiciary Affairs of the National Executive Bureau

Mrs. BASTIDE Rose - Journalist, Ministry of Information

Mrs. KONATE Dicko Massaran - National Executive Secretary and National Assembly Vice President

DCSSA

Lt. Col. KEITA Abdoulaye, Director of Army Health Services

MINISTRY OF INFORMATION

Mr. KEITA Moussa - Director of Ministry's Office

AMPPF

Mr. TOUNKARA Abdou - National Coordinator

Mrs. DIALLO Adama - Chief, IEC

Mr. TOUNKARA Leydou - Chief, Clinical and Training Division

Mr. MAIGA Mamado - Executive Secretary

OTHER

Ms. Judith BROWN - Phd., Anthropologist, Population Communication Services Consultant

Dr. LE DU - Epidemiologist, National Malian School for Medicine and Pharmacy

Ms. Kathy JESENCKY - Family Health International

Dr. Tonia MAREK - Epidemiologist, AID Consultant

Ms. Paulette CHAPONNIERE - Consultant, Margaret Sanger Center

Ms. Suzanne THEROUX - Consultant, Margaret Sanger Center

APPENDIX B

LIST OF PARTICIPANTS

APPENDIX B

LISTE DES PARTICIPANTS

NOM - PRENOM	MINISTERE. SERVICE. ORGANISME	TITRE
- Mme CAMARA Mariam SALL	BEN - UNFM	Commissaire à la jeunesse du Bureau Exécutif National de UNFM
- Mr. CISSOKO Kaourou	ESS	Infirmier d'Etat
- Mme COULIBALY Bintou FOFANA	BEN - UNFM	Secrétaire aux Affaires Sociales BEN - UNFM
- Mr. DIAKITE Mamadou	MSP-AS/DNAS	Chef Division Development Communautaire à la DNAS
- Mme DIALLO Adama	AMMPF	Secrétaire IEC
- Mr. DIALLO Issa	ESS	Directeur ESS
- Mme DIALLO Maimouna CISSE	Formatrice et Rédactrice	MEN - DNAFLA DPF
- Mr. DIALLO Paul	DCSSA	Médecin-chef des Forces de Sécurité
- Mr. DIARRAH Modibo	MSP-AS/DNPFSS	Economiste
- Mr. DOUMBIA Abdoulaye	Union Nationale des Travailleurs du Mali	Membre de l'Organisation
- Mme KEITA Oumou	MSP-AS/DNPFSS (Division Formation)	Technicienne Supérieure de la Santé
- Mr. KONATE Ichiaka	EIPCH Point-G	Technicien Supérieur de la Santé
- Mr. Jean-Louis KONE	Direction Enseignement Secondaire Général tech. Et Profes.	Chef Section Etude et Programme

NOM - PRENOM	MINISTERE. SERVICE. ORGANISME	TITRE
- Mr. MAIGA Abdourhamane	EFDC	Technicien de Développement Communautaire
- Mr. MAIGA Ataher	Ecole de Formation pour le Développement Coummunautaire	Technicien de Développement Communautaire
- Mr. MAIGA Bonaventure	MSP-AS/DNPFSS - Ecole de Formation des Educateurs Préscolaires	Directeur des Etudes EFEP
- Mme MARIKO Fadima	BEN - UNJM	Secrétaire aux Affaires Sociales
- Mme SACKO Djénéba N'DIAYE	Ecole de Formation des Educateurs Préscolaires	Surveillante Générale
- Dr. SANGARE A. Karim	Président AMPPF	Médecin
- Mr. SANGARE Dramane	MSP-AS/DNPFSS	Directeur adjoint DNPFSS (Docteur en Médecine)
- Dr. SECK Penda N'DIAYE	Division Santé Familiale	Médecin
- Dr. SIDIBE Toumani	Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie Hopital Gabriel Touré	Assistant chef de clinique Pédiatrie
- Mme TALL Katy	EIPC du Point G	Sage-femme d'Etat
- Mme TRAORE Aoua DIARRA	MSP-AS/DNSP/DSF	IDE Formatrice en Santé Familiale
- Mme TRAORE Mariam	MEN - DNAFLA/DPF	Formatrice et Rédactrice

SUPPORT STAFF

NOM - PRENOM	MINISTERE. SERVICE. ORGANISME	TITRE
- Mr. TOGO Cheick Oumar	MSP-AS/DNFPSS	Documentalist
- Mr. NIAMBELE Salif	MSP-AS/DNFPSS	Chauffeur
- Mr. TRAORE Drissa	MSP-AS/DNFPSS	Chauffeur
- Mr. DIALLO Adama	DSF	Personnel d'entretien
- Ms. POUDIOUGOU Hava	DSF	Sécretaire

APPENDIX C

LIST OF ORGANIZATIONS PROVIDING FAMILY PLANNING OR SERVICES

APPENDIX C

Liste de Ministères et Organisations qui pourraient participer à l'atelier de planification de la composante de SMI/PF dans le cadre de la politique de S.S.P de 1986 à 1990.

MINISTERES

Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (MSP/
Ministère de l'Education Nationale (M.E.N.)
Ministère de la Jeunesse et des Sports (M.J.S.)
Ministère de l'Elevage et des Ressources Naturelles (M.E.R.N.

ORGANISATIONS SOCIO-POLITIQUES

Union Nationale des Jeunes du Mali (UNJM)
Union Nationale des Femmes du Mali (UNFM)
Union Nationale des Travailleurs du Mali (UNTM)

ORGANISATION DE SERVICE

Association Malienne pour la Planification Familiale

SERVICES

Direction Centrale des Services de Santé de l'Armée

SERVICES SPECIFIQUES

MSP/AS
- Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP)
- Division de la Santé Familiale (DSF)
- Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale (DNPFSS)
- Division Formation (DF)
- Division Statistique (DS)
- Direction Nationale des Affaires Sociales
- Ecole Secondaire de la Santé (ESS)
- Ecole des Infirmiers du Premier Cycle du Point G (EI PC, PG)
- Ecole de la Formation pour le Développement Communautaire (EFDC)

M.E.N - Direction Nationale de l'Enseignement Secondaire (DNES)

- Direction Nationale de l'Alphabétisation Fonctionnelle (DNAFLA).

APPENDIX D

ORGANIZATIONAL DESCRIPTION AND ACTIVITIES

APPENDIX D

MINISTERE OU ORGANISATION

DIRECTION ET OU SERVICE

NOM ET TITRE

GROUPES CIBLES AVEC LESQUELLES VOUS TRAVAILLEZ

TYPES D'ACTIVITES AVEC CHACUN DES GROUPES

FAIRE RESSORTIR LES ACTIVITES DE SMI/PF

ACTUELLES

POTENTIELLES

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES
=-=-=-=-=-
DIRECTION NATIONALE DE LA PLANIFICATION
ET DE LA FORMATION SANITAIRE ET SOCIALES

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi
=-=-=-=-=-=-=-=-

//_) RESENTATION DES PARTICIPANTS

Ministère Santé Publique et Affaires Sociales

Direction Nationale de la Planification et
de la Formation Sanitaire et Sociale

Ecole de Formation des Educateurs Préscolaires

Bonaventure MAIGA (Psycho-Pédagode de Formation)
Directeur des Etudes de l'E.F.E.P.

Groupe Cibles : Elèves de l'E.F.E.P. : Formation théorique et pratique, Supervision des activités sur le terrain des éducateurs

Activités de SMI/P = Supervise des programmes de SMI (P.F. Nutrition. Econome Familiale)
Restructuration. P. Education Sexuelle

MINISTERE EDUCATION NATIONALE
DIRECTION = Enseignement Secondaire Général Tecnique et Professionnel

Nom et Titre = Jean Louis KONE
Chef Section Etude et Programme

Groupe Cibles = Les lycéens. Elèves de l'Enseignement Technique et Professionnel

Types d'activités :
- Conception et suivi des programmes d'enseignement

Activités SMI/PF
Actuelle : Information et éducation pour le planning familial
Potentielles : Participation à l'élaboration des programmes d'enseignement
: Formation des Enseignants en SMI/PF

.../...

42

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION NATIONALE DE LA PLANIFICATION
ET DE LA FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE

DIVISION FORMATION

Mme KEITA Oumou KEITA Technicienne Supérieure de la Santé.

Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale
(Division Formation)

Section Perfectionnement et Spécialisation.

GROUPES CIBLES : Personnel socio-sanitaire
Femmes en âge de procréer
Femmes enceintes

TYPES D'ACTIVITES :

Dossier de demande de bourse de stage au spécialisation et suivi des boursiers.

Formation du personnel socio-sanitaire

Consultation prénatale

Consultation planning familial.

Accouchement - Education pour la santé./.

.../...

ORGANISATION : Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille (AMPPF - ONG)

Service : departement I.E.C / Information - Education - Communication

Nom : Mme DIALLO Adama

Fonction : Sécretaire à l'information, à l'éducation et à la communication.

Groupe cibles : Jeunes - Adultes

Types d'activités : sensibilisation en Planification familiale

a) Avec les Jeunes : causeries - projection - formation du personnel collaboration avec les groupements de jeunes filles. Organisation de carrefours dans les écoles secondaires.
Séances de sensibilisation - orientation des clients sur la clinique.

b) Avec les Adultes : idem + collaboration avecllesagents des Affaires Sociales.

Projection : formation des agents des DDR en planification familiale

Collabore avec : UNFM - UNJM - DNAS - MEN
Direction Nationale Jeunesse et Education Population - Association féminine.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION : Ecole Secondaire de la Santé

NOM ET TITRE : Kaourou CISSOKO - Surveillant Général ESS

GROUPES CIBLES AVEC LESQUELLES VOUS TRAVAILLEZ	TYPES D'ACTIVITES AVEC CHACUN DES GROUPES :
Elèves Infirmiers d'Etat	- Travaux pratiques en SMI/PF
Elèves Sages-femmes d'Etat	- Evaluation écrite et pratique
Elève Techniciens Sanitaires	- Séances d'Education pour la Santé en SMI/PF par simulation Jeux de rôle lors des stages Hospitaliers et ruraux.
Elèves Techniciens Labo-Pharmacie	
Les Formateurs	
Communauté (Femmes -Hommes Enfants)	- Supervision.
Personnel Médical des formations.	

.../...

/)/)MINISTERE : Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales

DIRECTION : Direction Nationale de la Planification et la Formation Sanitaire.

SERVICE : Ecole de formation pour le développement Communautaire.

TITRE : Technicien de Developpement Communautaire, surveillant général.

NOM : Attaher MAIGA

GROUPES CIBLES : Elèves

TYPES D'ACTIVITES : Cours et encadrement des stagiaires aux techniques d'animation des collectivités.

TYPES DE COURS : travail social, développement communautaire et service social individualisé

METHODE : Cours théoriques et travaux dirigés.

TRAVAUX DIRIGES : Jeux de rôle, étude de cas, projections de films, Exposés.

STAGES : à Bamako : Activités socio-sanitaires.

en Zone rurale : développement communautaire, actions nutritionnelles et sanitaires, construction de foyers améliorés, assainissement, reboisement, encadrement du personnel de santé de base.

POTENTIELLE : Création d'un centre d'application fixe pour les stagiaires.

Etendre le stage sur les zones vierges./.

———oOo———

MINISTERE : Ministère de l'Education Nationale

D.N.A.F.L.A. (Direction Nationale de l'alphabétisation fonctionnelle et la linguistique apliquée).

NOM : Mariame TRAORE : Formatrice et redactrice à la D.N.A.F.L.A.

GROUPES CIBLES : Villageoises.

ACTIVITES : Sensibilisation - Formation - Suivi des centres

* ENTRETIEN DE LA FAMILLE
- preparation des repas (causeries)
- nettoyage de la maison
- entretien de l'habillement
- entretien des enfants

* REALISATION DE FILMS DOCUMENTAIRES AVEC LA DIVISION DE LA SANTE FAMILIALE./.

/)/)MINISTERE : Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

DIRECTION : Direction Nationale de la Planification et de la formation Sanitaire et Sociale.

NOM ET TITRE : DIARRAH Modibo (Economiste)

GROUPES CIBLES : Personnel socio-sanitaire

TYPES D'ACTIVITES : Planification des programmes de santé et Formation du Personnel de S.M.I/PF. en statistique sanitaire.

ACTIVITES POTENTIELLES : Formation et recyclage du personnel de SMI/PF en Statistique sanitaire./.

———oOo———

/)/)MINISTERE : Ministère de l'Education Nationale

DIRECTION : Direction Nationale de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique.

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET PHARMACIE DU MALI

NOM : Dr. Toumani SIDIBE - Assistant Chef de Clinique.

GROUPES CIBLES :-Etudiants en Médecine :-Formation théorique et pratique.
-Infirmiers stagiaires [illegible] tique.
-Personnel Para-médical : Supervision.
-Enfants malades : soins curatifs.

ACTIVITES DE SMI/PF

ACTUELLES : - NUtrition (enseignement théorique)
- Rehydratation Orale
- Vaccination (Enseignement théorique)
- Soins curatifs.

POTENTIELLES : Séances d'Education nutritionnelle pour les mères hospitalisées./.

Best Available Document

Best Available Document

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION : Ecole des Infirmiers(ères) du 1er Cycle Point G

NOM ET TITRE : Ichiaka KONATE Directeur E.I.P.C. Point G.

GROUPES CIBLES AVEC LESQUELS VOUS TRAVAILLEZ

Elèves Infirmiers (ères)

Formateurs

Communauté : Femmes - Hommes Enfants

Personnel médécal des Formations

TYPES D'ACTIVITES

- Organisations des cours
- Echanges d'idées
- Information sur les activités de SMI/PF
- Organisation des causeries lors des visites à domicile avec les Mamans pendant les stages ruraux.
- Supervision

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION NATIONALE DE LA PLANIFICATION ET DE LA FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE

Tamane SANGARE - Docteur en Médecine

ROUPES CIBLES

: DIFFERENTES DIRECTIONS DU DEPARTEMENT

CTIVITES : Planification des activités de Santé :

- Programmes nationaux de santé
- Formation du personnel à tous les niveaux

: ENFANTS - Femmes Enceintes - Adultes Hommes et Femmes

CTIVITES : Consultations médicales

CTUELLES : Activités de SMI/PF

Consultations Prénatales

Consultations Gynéco-Obstétricale

Consultations Enfants Malades

OTENTIELLES : Enseignement en matière de SMI/PF dans le cadre des enseignants post-universitaires des cadres supérieurs de la santé.

GANISATION : Union Nationale des Jeunes du Mali

M ET TITRE : Mme MARIKO Fadima SYBY Secretaire aux Affaires Sociales

OUPES CIBLES : Jeunes de 8 à 40 ans.

PES D'ACTIVITES : sensibilisation de la jeunesse à tous les maux.
les aider à comprendre les concepts de développement

TUELLES : Réalisation des brochures sur l'avortement et P.F. la prostitution et la toxicomanie

- . -

//)MINISTERE : Ministere de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

DIRECTION : Direction Nationale des Affaires Sociales.

NOM : Mamadou DIAKITE : Chef de la Division Developpement Communautaire.

GROUPES CIBLES : - Les groupes les plus vulnérables (les femmes et les enfants)
- Les cas sociaux (les gens en détresse ayant besoin d'une certaine aide ou assistance : les victimes de calamnité telle que : la sècheresse etc...

- Participation à l'Education pour la Santé
- Sensibilisation et animation
- Aide matérielle./.

———————oOo———————

//)MINISTERE : Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

DIRECTION : Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale.

SERVICE : Ecole de formation des éducateurs préscolaires.

NOM ET TITRE : Mme SACKO Djénéba N'DIAYE - Surveillante générale.

GROUPES CIBLES : Educateurs de jardins d'enfants

TYPES D'ACTIVITES : Cours et stages

Economie familiale

Travaux manuels./.

———————oOo———————

MINISTERE : Ministère de la Défense Nationale

DIRECTION : Direction Centrale des Services de Santé des Armées.

NOM : Paul Thiery DIALLO - Médecin-Chef des Forces de Sécurité.

ACTIVITES : - Malades - Population des Casernes - Femmes enceintes et nourrissons.

* CONSULTATIONS DES MALADES

- Hygiène et Assainissement des Camps
- Conférence d'Education pour la Santé.
- Activités de Maternité + S.M.I../.

/)/)MINISTERE : Ministère de l'Education Nationale.

ORGANISATION : U.N.F.M.

NOM : Mme CAMARA Mariam SALL - Commissaire à la Jeunesse de l'U.N.F.M.

GROUPES CIBLES : Les femmes (mères de famille)
Les enfants.

TYPES D'ACTIVITES : Enseignement
Activités de dynamisation (politiques)

ACTIVITES SMI/PF :

I. ACTUELLES

a) Enseignante : Enseignement de l'hygiène
Notions sur les maladies infectieuses et contagieuses.

b) U.N.F.M. : Seminaires sur le planning familial
Seminaires sur les filles mères.
Seminaires sur l'excision
Seminaires sur l'Infanticide et l'avortement.

II. POTENTIELLES : Information, éducation de la population sur le planning familial, le problème des filles mères, l'excision et l'infanticide et l'avortement.

———————oOo———————

/)/)MINISTERE : Ministere de la santé Publique et des Affaires Sociales.

DIRECTION : Direction Nationale de la Santé

SERVICE : Division de la Santé Familiale.

NOM : Dr. SECK Penda N'DIAYE

TITRE : Médecin - Division Santé Familiale.

GROUPES CIBLES : Femmes
Enfants (0 - 5 ans)

ACTIVITES : - Conception
- Supervision
- Coordination
- Formation

} Activités dans des centres de SMI/PF

- Activités de developpement économique et social.

POTENTIELLES : Collaboration avec tous les services concernés./.

ORGANISATION : Union Nationale des Travailleurs du Mali UNTM

NOM ET TITRE : Abdoulaye DOUMBIA Membre du Bureau de syndicat National de la Santé Représentant l'UNTM.

GROUPES CIBLES :

Différentes couches socio-professionnelles

UNTM : 12 Syndicats Nationaux

Syndicats Nationaux interessés:

- santé et affaires sociales
- agriculture et élevage
- éducation
- travaux publics
- information

TYPES D'ACTIVITES AVEC CHACUN DES GROUPES:

1°) Actuelles : Santé et Affaires Sociales : politique des soins de Santé Primaires

- COllaboration intersectorielle avec agriculture et élevage - dans la nutrition
- Education : Alphabétisation fonctionnelle
  Ruralisation
- Travaux publics : désenclavement du pays
- Information Education pour la Santé

2°) POTENTIELLES : Information des masses laborieuses sur les activités de SMI/PF par le canal du syndicat national de la santé publique et des affaires sociales.

- Séminaires de Formation

ORGANISATION : AMPPF

O.N.G.

NOM ET TITRE Dr. Abdoul Karim SANGARE Président AMPPF

GROUPES CIBLES : Femmes en période de procréation (PF) - Hommes (PF)

Jeunes en tant qu'organisme

I.E.C. Femmes

UNTM

Les Décideurs (Gouvernement Assemblée Directeurs des Services)

ACTIVITES : PF (sous toutes es formes - clinic pilote

ACTUELLES Education - sensibilisation des populations (urbaines et rurales)
P.P.M.D.C

Coopération avec la D.N.S.

POTENTIELLES : Intégration des actions menées dans les programmes de développement(Programme de distribution communautaire. Actions de développement économique et sociale)

MINISTERE = MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES

OU

ORGANISATION

DIRECTION ET OU SERVICE /: E.F.D.C. (Ecole de Formation pour le Développement Communautaire)

NOM ET TITRE : Abdourhamane MAIGA Formateur

GROUPES AVEC LESQUELLES VOUS TRAVAILLEZ:

Elèves Techniciens de Développement Communautaire

TYPES D'ACTIVITES : Enseignement de l'éducation nutritionnelle

Enseignement de l'éducation pour la Santé

Information médicale

Enseignement de la planification familiale

- Cours théoriques
- Cours pratiques de démonstration de régime d'enfants

ACTIVITES POTENTIELLES : Intégration de l'enseignement des techniques derrehydratati orale dans la formation.

MINISTERE : MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

DIRECTION : DIRECTION NATIONALE DE L'ALPHABETISATION FONCTIONNELLE ET DE LA LINGUST QUE APPLIQUEE (DNAFLA)

NOM ET TITRE: Mme DIALLO Maïmouna CISSE Formatrice - Rédactrice

GROUPES CIBLES / Les villageoises

ACTIVITES : sensibilisation - Alphabétisation - Réalisation de Films avec la D.S.F.

ACTIVITES POTENTIELLES : Alphabétisation.

MINISTERE SANTE PUBLIQUE ET AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

NOM ET TITRE : Mme TRAORE Aoua DIARRA Infirmière d'Iplômée d'Etat Formatrice en S.F à la Division Santé Familiale.

ACTIVITES : Formation - récyclage du personnel chargé des SMI/PF

GROUPES CIBLES : Personnel formation sanitaire : sage-femme, Infirmier (ère)

toute personne s'occupant des SMI.

- Supervision des Activités SMI/PF ,(personnel en activité)

POTENTIELLES :

Recyclage en matière de techniques d'enseignement

.../...

Best Available Document

51

)/)MINISTERE : Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales

ORGANISATIONS : Pédiatrie - E.S.S.

NOM ET TITRE : Issa DIALLO - Chef de service Pédiatrie II et Directeur E.S.S.

GROUPES CIBLES : Mères et enfants

Elèves Sages-femmes. Technicienne de santé - Technicienne de Labo - et Infirmières.

TYPES D'ACTIVITES : Médecine curative

Enseignement pédiatrie

POTENTIELLES : Intégration des Elèves dans l'enseignement de la S.M.I/PF. dans les écoles et recyclage de certaines catégories de personnels s'occupant de SMI/PF.

oOo

/)/)MINISTERE : Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales

ECOLE : Ecole des Infirmiers du 1er cycle du Point "G".

NOM : Mme TALL Katy DOLO - Sage-femme d'Etat Monitrice.

- Elèves des Infirmiers 1er cycle du Point "G".
- Suit ces élèves dans leurs activités de stage pratique : S.M.I.

  - Femmes enceintes
  - Surveillance des mères
  - Consultation des mères malades
  - Planning Familial etc...

  * Avec les Elèves.

    - Formation Théorique./.

MINISTERE OU ORGANISATION : UNFM

DIRECTION OU SERVICE : BEN -UNFM

NOM ET TITRE : Mme COULIBALY Bintou FOFANA Secretaire aux affaires sociales BEN -UNFM

GROUPES CIBLES : Femmes

TYPES D'ACTIVITES:/

- Animation
- Causeries
- Conférences sur le rôle des femmes dans la promotion du SMI/PF
- Séminaires

POTENTIELLES : Enseignement généralisé de l'éducation sexuelle
Education en planification familiale.

APPENDIX E

COPY OF CONTRACT

APPENDIX E

UNIVERSITY OF CALIFORNIA, SAN FRANCISCO

BERKELEY • DAVIS • IRVINE • LOS ANGELES • RIVERSIDE • SAN DIEGO • SAN FRANCISCO SANTA BARBARA • SANTA CRUZ

INTERNATIONAL HEALTH PROGRAMS
INSTITUTE FOR HEALTH POLICY STUDIES
210 HIGH ST.
SANTA CRUZ, CALIFORNIA 95060
TEL: 408-429-2678

FORMATION EN SANTE MATERNELLE ET INFANTILE ET PLANIFICATION FAMILIALE.

Ce projet financé par l'Agence Internationale pour le Développement, Etats-Unis, fait l'objet d'un contrat entre l'Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill, UNC/CH, aux Etats-Unis d'Amérique et le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, MSP/AS de la République du Mali.

Sa mise en oeuvre en incombe aux MSP/AS, à INTRAH* et à

* INTRAH, (Formation Internationale en Santé), UNC/CH

* IHP, (Programmes Internationaux en Santé), Université de Californie à San Francisco, localisés à Santa Cruz.

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Ce contrat entre en vigueur au moment de sa signature par les deux parties concernées et prendra fin le 31 mars 1988.

En mars 1980, le Programme INTRAH conduisit une étude de réalisation au Mali, qui fut suivie d'une visite de programmation en juin 1980. Par suite de ces études, quatre activités de formation furent menées à l'intention du personnel du niveau central du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, savoir:

Activité 1: Formation de formateurs à l'intention de l'Equipe de formation centrale et des membres des Facultés de l'Ecole Secondaire de Santé et de l'Ecole des Infirmiers du Premier Cycle.

Activité 2: Répétition de l'Activité 1.

Activité 3: Formation de Formateurs dans un cadre clinique jointe à une formation en certains aspects de la gestion, à l'intention de majors de pavillons hospitaliers dans la région de Bamako.

Activité 4: Répétition de l'Activité 3.

A la suite de ces activités, on demanda à l'INTRAH d'assumer le support financier d'un programme de formation en santé familiale, lequel avait précédemment été subventionné par le FNUAP et dirigé par la Division de la Santé Familiale du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Parmi les objectifs initiaux qu'on s'était proposés afin de créer la capacité pour réaliser des formations au Mali avait figuré la création d'équipes de formation régionales qui assumeraient la responsabilité de toute formation entreprise dans leurs zones géographiques respectives. Il avait été souhaité que les formations seraient réalisées jusque sur le plan des Cercles. Chaque équipe régionale se chargerait de l'animation de ces formations; elle serait secondée dans ses tâches par des formateurs du niveau central qui serviraient d'assistants techniques et qui remplaceraient les formateurs IHP aussitôt que cela s'avérait possible.

En novembre 1982, l'Equipe de formation centrale avait pris en main la direction des ateliers en Formation de Formateurs. En outre, sept personnes maliennes avaient suivi une formation en gestion de programmes de planification familiale, en formation de formateurs et en éducation pour la vie familiale à Santa Cruz.

En mars 1982, l'INTRAH/IHP mena une évaluation de mi-parcours du projet; en décembre 1983 il fit une évaluation de fin de projet, avec l'assistance de deux membres de l'Equipe de formation centrale.

Le Projet PAC I joignit l'INTRAH/IHP à la Direction de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales pour seconder le Gouvernement du Mali dans ses efforts de réaliser son plan national de santé.

Au total, dix-huit activités de formation furent menées aux niveaux central et régional au Mali au cours du Projet PAC I. Ces activités qui étaient d'une durée variable allant de deux à cinq semaines, englobaient des sujets tels que la planification clinique et non-clinique, l'infécondité et les maladies sexuellement transmissibles, la Formation de formateurs en planification familiale, la gestion pour majors des pavillons hospitaliers et la fabrication d'aides audiovisuelles en matière de planification familiale.

Dans le cadre du Projet PAC II, l'INTRAH/IHP mena en Février 1985 un recensement des besoins en vue de la formation continue en planification familiale en coopération avec le MSP/AS malien. Comme résultat de ce recensement des besoins, on identifia des domaines prioritaires auxquels l'INTRAH/IHP pourrait prêter de l'assistante technique en matière de formation en planification familiale. Le présent contrat représente donc l'élaboration d'un projet de programme basé sur le recensement des besoins en planification familiale qui sera réalisé conjointement par l'UNC/CH, IHP/UCSF et par le MSP/AS.

BUTS ET OBJECTIFS

But: Améliorer la capacité du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales et autres organismes concernés pour former d'une manière

57

régulière et continue leurs personnels, de façon que ceux-ci soient en mesure de fournir des services de planification familiale clinique et éducative et de Santé Maternelle et Infantile.

Objectifs de la Formation:

1. Programmation de la composante SMI/PF dans le cadre de la politique SSP de 1986 à 1990:

A la fin de l'Atelier, chacun des participants devra être capable de:

- Citer les activités que son service sera chargé de réaliser dans le cadre de la mise en oeuvre du programme de planification familiale pour les cinq prochaines années au Mali.

- Enumérer les autres services ou agences ayant des responsabilités dans la mise en oeuvre de ce programme.

- Renforcer l'intégration de ces activités dans les Soins de Santé Primaires.

2. Recyclage en Développement des Programmes de formation en SMI/PF:

A la fin de l'atelier de recyclage, les participants devront être capables d'améliorer les formations en SMI/PF pour lesquelles ils sont responsables (contenu, méthodologie et évaluation.)

3. Education pour la Santé en Milieu Clinique et Communautaire:

A la fin de cette formation en Education pour la Santé Communautaire, les participants seront capables de:
- Développer un programme d'éducation pour la santé en P.F. pour le milieu clinique et communautaire.

- Former d'autres agents pour la mise en oeuvre des activités éducation pour la santé communautaire en PF qui rentreront dans le cadre du plan de Santé Familiale de 5 ans.

4. Gestion de Programmes en P.F.:

A la fin de la formation en Gestion, chacun des participants devra être capable de:
- Planifier, mettre en oeuvre et évaluer les programmes de planification familiale.

- Intégrer ses activités dans la composante de S.M.I.

- Contrôler et superviser les activités de S.M.I.-P.F. et les autres activités dont il a la responsabilité.

- Suivre et évaluer les performances du personnel dont il a la charge.

5. Evaluation des Programmes de formation en SMI/PF:

A la fin de la formation en Evaluation, Chaque participant sera capable de:

- Mesurer l'efficience de la formation.

- Remplir les fiches biographiques INTRAH et les fiches de réaction des participants.

- Analyser le processus et le contenu utilisés durant la formation.

- Faire les révisions qui s'imposent.

- Faire des recommandations pour les formations futures si nécessaire.

6. Amélioration du Cursus des Ecoles Professionnelles Sanitaires en SMI/PF.

A la fin de l'activité d'amélioration du cursus dans le cadre du programme de formation en SMI/PF, chacune des Ecoles aura une composante clinique, de gestion, d'information, d'éducation et de communication adaptées aux tâches qui relèvent des compétences des sortants de chacune des Ecoles.

7. Evaluation des activités contenues dans le contrat:

L'activité d'évaluation portera sur:

- Le nombre de personnes formées.

- Le choix de personnes formées

- Le changement d'activités des personnes formées.

- Le nombre de personnes formées par les nouveaux formateurs (2ème génération.)

- Le nombre et les types d'activités qui ont lieu dans les services et qui sont directement liées à la formation reçue dans le cadre du programme.

- Le niveau d'intégration des activités de PF dans la Santé Familiale.

- Les recommendations pour les programmes de formation en SMI/PF

RESULTATS PREVUS DE LA FORMATION:

1. A la fin de la série d'activités prévues tous les Membres de l'Equipe de formation centrale et le personnel cité dans les activités précédentes auront participé aux formations en planification familiale clinique, éducative, telles qu'elles sont précisées dans le contrat.

2. La composition et le rôle de l'équipe centrale de formation seront définis. Elle aura la capacité de former et de recycler le personnel.

3. Le personnel du MSP/AS et celui des autres organismes qui auront reçu la formation assureront la couverture en SMI/PF à la population là où ils sont en poste.

PLAN DE TRAVAIL

Activité/Atelier	Profil des Participants	Nombre de Participants	Formateurs	Dates/Durées Projetées	Lieu et Nombre
1. Programmation de la composante SMI/PF dans le cadre de la politique SSP de 1986 à 1990.	- Personnes représentant des Services des MSP/AS; ANPPF et UNFM.	15	2 IHP	17 - 22 Mars.	1 atelier à Bamako
2a. Recyclage en recensement des besoins et développement de curriculum.	- Membres de l'Equipe centrale. - Un membre des Equipes régionales.	8] 15 7	2 IHP	28 Avril - 10 Mai	1 séminaire à Bamako
6. Recyclage en Développement des programmes de formation en SMI/PF et gestion de programmes de PF.	- Membres de l'Equipe centrale. - Un membre des équipes régionales.	8] 15 7	2 IHP	16 - 28 juin	1 séminaire à Bamako
bc. Recyclage en éducation pour la santé communautaire et évaluation et monitoring.	- Membres de l'équipe centrale. - Un membre des équipes régionales	8] 15 7	2 IHP	7 - 19 juillet	1 séminaire à Bamako
3. Gestion de programmes de Planification Familiale (pratique)	- Médecins - Sages-femmes - Trav. sociaux - Agents de Développement Communautaire - Responsable des activités de PF, de PMI. - Membre d'éqiope régionale de Ségou et Kouliloro	20	2 IHP 3 Equipe Centrale	1 sept - 27 sept.	1 atelier à Bamako

6/

4. Formation de Formateurs en matière de planification familiale non-clinique et de Techniques d'éducation pour la Santé Communautaire	- Représentants de l'Equipe Centrale. - Travailleurs Sociaux - Agents de Développement Ruraux. - UNFM - AMPPF - Ecoles Professionnelles Sanitaires(4) - Min. d'Education - Min. d'Information - Membre d'équipe Reg. Segou et Koulikoro.	15	2 IHP 3 formateurs locaux (1 Ed. Sanitaire) (1 EFDC) (1 DF)		1 atelier à Bamako
5. Amélioration du Curriculum des quatres Ecoles Professionnelles en PF clinique, Education pour la Santé Communautaire et Gestion	- Représentant des Ecoles Professionnelles Socio-Sanitaires. - ESS - EFDC - EIPC - ENMPM	10	IHP 3 mois/personne		Assistance Technique Bamako
6. Gestion de Programmes de planification familiale	- Médecins - Sages-femmes - Trav. Sociaux - Agents de Développement Communautaire - Responsables des activités PF et PMI. • AMPPF • UNFM • Min. d'Education • Min. d'Information	15	1 IHP 3 MSP/AS (2 Equipe Centrale) (1 Equipe Régionale)		1 atelier Segou
7. Formation en Education pour la santé Communautaire pour la planification familiale.	(ibid)	15	1 IHP 3 MSP/AS (2 Equipe Centrale) (1 Equipe Régionale)		1 atelier Segou

8. Gestion de Programmes de planification familiale (pratique)	(idem)	15	3 MSP/AS (2 Equipe Centrale) (1 Equipe Régionale)	1 atelier à Koulikoro
9. Formation en Education Pour la Santé Communautaire pour la planification familiale.	(idem)	15	3 MSP/AS (2 Equipe Centrale (1 Equipe Régionale)	1 atelier à Koulikoro
10. Evaluation des Programmes de formation en SMI/PF.	- Personnes représentant: • DF • DSF • AS • AMPPF • Equipes Régionales • Section Evaluation • UNFM	20	2 IHP 3 Formateurs locaux (1 gestion) (1 clinique) (1 IEC)	1 atelier à Bamako
Revue a être menée par MSP/AS- l'INTRAH- IHP à mi-chemin du projet.	- MSP/AS (participants à être nommés) - USAID	à déterminer	3 IHP/INTRAH MSP/AS	à Bamako
11. Gestion de programmes de planification familiale (pratique)	(même que l'activité No.6)	15	3 MSP/AS (2 Equipe Centrale) (1 Equipe Régionale)	1 atelier à Tomboucto/Gao
12. Formation en Education Pour la Santé Communautaire pour la planification familiale.	(idem)	15	3 MSP/AS (2 Equipe Centrale) (1 Equipe Régionale)	1 atelier à Tombouctou/Gao
13. Gestion de Programmes de planification familiale(pratique)	(idem)	15	3 MSP/AS (2 Equipe Centrale) (1 Equipe Regionale)	1 atelier à Sikasso

14. Formation en Education pour la Santé Communautaire pour la planification familiale.	(idem)	15	3 MSP/AS (2 Equipe Centrale) (1 Equipe Régionale)		1 atelier à Sikasso
15. Gestion de Programmes de planification familiale(pratique)	(idem)	15	3 MSP/AS (2 Equipe Centrale) (1 Equipe Régionale)		1 atelier à Kayes
16. Formation en Education pour la Santé pour la planification familiale.	(idem)	15	3 MSP/AS (2 Equipe Centrale) (1 Equipe Régionale)		1 atelier à Kayes
17. Evaluation du programme de formation en SMI/PF.	- Personnes représentant: ● Equipe de formation centrale ● MSP/AS, AMPPF ● UNFM,EFDC,DSF ● DF	10	2 IHP		1 atelier à Bamako
18. Formation en Gestion, Education pour la Santé Communautaire, Formation des Formateurs et Education à la vie familiale	- MSP/AS	3 personnes/an			à des lieux de formation dans de tiers pays.
TOTAL GLOBAL:		294 Participants			19 ateliers.

APPENDIX F

LIST OF CENTRAL TRAINING TEAM MEMBERS

APPENDIX F

LISTE DES MEMBRES DE L'EQUIPE CENTRALE DE FORMATION

NOM	PROFESSION	POSITION	FORMATION ANTERIEURE	RESPONSABILITES ACTUELLES
1. Dr. Bougou SISSOKO	Médecin	DNPFSS: Division de la Formation	INTRAH-IHP: - Formation en Management - Education pour la Vie Familiale	- Chef de la Division de Formation - Coordonnateur des Programmes de Formation au Niveau National - Membre de l'Equipe Centrale de Formation
2. Mr. Souleymane TOURE	Technicien de la Santé	DNPFSS: Division de la Formation	INTRAH-IHP: - Formation en Management - Education pour la Vie Familiale	- Formateur pour le Personnel Assistance Sociale/Santé - Membre de l'Equipe Centrale de Formation
3. Mme. DOUCOURE née Alima SAMAKE	Technicienne de la Santé	DNPFSS: Division de la Formation	INTRAH-IHP: - Formation en Management - Education pour la Vie Familiale	- Formatrice - Membre de l'Equipe Centrale de Formation
4. Miss Bintou FOFANA	Technicienne de la Santé	DNPFSS: Division de la Formation	INTRAH-IHP: - Formation en Management - Education pour la Vie Familiale	- Formatrice - Membre de l'Equipe Centrale de Formation
5. Mrs. KEITA née Oumou KEITA	Technicienne de la Santé	DNPFSS: Division de la Formation	INTRAH-IHP: - Formation en Management & IEC - Education pour la Vie Familiale	- Formatrice - Membre de l'Equipe Centrale de Formation
6. Dr. Paul DIARRA	Médecin	DNSP: Soins de Santé Primaire	INTRAH-IHP: - Formation en Management - Education pour la Vie Familiale	- Chef de Division, Centre de Santé Publique - Membre de l'Equipe Centrale de Formation

Liste des Membres de l'Equipe Centrale de Formation (suite)

7. Mr. Oumar Ali TRAORE	Infirmière Diplômée	DNSP: Section Formation	OMS: - Formation des Formateurs	- Formateur - Membre de l'Equipe Centrale de Formation.
8. Mrs. TOURE née Aminata DAGNOKO	Sage-Femme	DNSP: Division de la Santé Familiale	INTRAH-IHP: - Management - Education pour la Vie Familiale	- Formatrice - Membre de l'Equipe Centrale de Formation
9. Mrs. BOUCOUM née Kadji BOCOUM	Infirmière Diplômée	DNSP: Division de la Santé Familiale	INTRAH-IHP: - Management - Education pour la Vie Familiale	- Formatrice - Membre de l'Equipe Centrale de Formation
10. Mrs. DIALLO née Mariam DOUMBIA		DNSP: Division de la Santé Familiale	INTRAH-IHP: - Management - Education pour la Vie Familiale	- Formatrice - Membre de l'Equipe Centrale de Formation
11. Mrs. TRAORE née Awa DIARRA	Infirmière Diplômée	DNSP: Division de la Santp Familiale	INTRAH-IHP: - Management - Education pour la Vie Familiale	- Formatrice - Membre de l'Equipe Centrale de Formation
12. Mrs. TRAORE née Mintou DOUCOURE	Sage-Femme	DNPFSS: Centre pour Spécialisation en Masso-Kinésithérapie.	INTRAH-IHP: - Management - Education pour la Vie Familiale	- Directrice d'Etudes à CSMK. - Membre de l'Equipe Centrale de Formation
13. Mrs. Doussouba KONATE	Assistante-Sociale	DNAS:	CEDPA: - Management	- Formatrice - Membre de l'Equipe Centrale de Formation
14. Mrs. SAMAKE née Aminata SININTA (appelée Mata)	Sage-Femme	DNSP: Centre de PMI Central	INTRAH-IHP: - Formation en Management Education pour la Vie Familiale	- Chef du Personnel du Centre de PMI Central - Membre de l'Equipe Centrale de Formation

67

Liste des Membres de l'Equipe Centrale de Formation

15. Mr. Fafré SAMAKE	Infirmier Diplômé	DNPFSS: Ecole Secondaire de la Santé	INTRAH-IHP: - Formation en Management - Education pour la Vie Familiale	- Enseignant à l'Ecole Secondaire de la Santé - Membre de l' Equipe Centrale de Formation
16. Mrs. Oumou Cheick TRAORE	Technicienne de la Santé	DNPFSS	INTRAH-IHP: - Formation en Management - Education pour la Vie Familiale	
17. Mrs. DOUCOURE née Arkiala DIALLO	Médecin	DNSP: Centre de PMI Central	INTRAH-IHP: - Formation en Management - Education pour la Vie Familiale	
18. Mrs Adama DIALLO	Assistante Sociale	AMPPF	- INTRAH-IHP: - Production d'Aides Visuelles pour la PF.	
19. Mr. Luc TOGO	Enseignant	DNPFSS: Ecole de Formation pour le Développement Communautaire	- Formation des Formateurs	
20. Mr. Moussa TOGO	Infirmier Diplômé	Division de l'Education pour la Santé.	INTRAH-IHP: - Production d' Aides Visuelles pour la PF.	

(Novembre 1985)

58

LISTE DES ADMINISTRATEURS RESPONSABLES DE LA FORMATION AU PLAN REGIONAL

NOM	PROFESSION	POSITION	FORMATION ANTERIEURE	RESPONSABILITES ACTUELLES
1. Dr. Mandou KANTE	Médecin	Centre de Santé à KITA	INTRAH-IHP: - Formation en Management - Education pour la Vie Familiale	- Membre de l'Equipe Regionale de Formation
2. Dr. Fayiri TOGOLA	Médecin	Centre de Santé à KENIEBA	INTRAH-IHP: -Formation en Management - Education pour la Vie Familiale	- Membre de l'Equipe Régionale de Formation
3. Dr Mamdou Hawa Ann DIALLO	Médecin	Centre de Santé à DOUENTZA	INTRAH-IHP: - Formation en Management - Education pour la Vie Familiale	- Membre de l'Equipe Régionale de Formation
4. Mr. Founéké CISSE	Technicien de Laboratoire	Directeur des Etudes du Premier Cycle, Ecole d'Infirmières à SIKASSO	INTRAH-IHP: - Formation des Formateurs	- Membre de l'Equipe Régionale de Formation
5. Mr. Dianguina CAMARA	Technicien de la Santé	Centre de Santé à SAN	INTRAH-IHP: - Formation des Formateurs	- Membre de l'Equipe Régionale de Formation
6. Dr. KONATE	Médecin		INTRAH:IHP: - Formation des Formateurs	- Membre de l'Equipe Régionale de Formation.

APPENDIX G

OPENING CEREMONY

ouba Morba

la matinée le cortè
ıtiel s'était mis en
Moundoro situé
e Douentza où le
ıt fut accueilli à
chef lieu d'arrondis
M. Hamidou Ma-
lo, Secrétaire Géné
ıus-Section UDPM
o et le sergent-
aye Mariko chef
nent (signalons eu
e ce dernier s'est
des évènements
ɜ 1985 par un sang
quable dans la mi-
les populations fu
l'occupation).
ir salué la foule ve
lir le président
oré a écouté M.
orba Secrétaire Ad
le la sous section
ercié l'Armée Ma-
ɜ pour sa
euse Inter
es autorités de no-
ur l'aide alimental
aux populations
Le Secrétaire Gé
DPM a pris la paro
ıligner qu'il est des
s où les mots n'ar
à s'exprimer l'inten

Séminaire atelier à la PMI centrale

Mieux coordonner les activités de santé

Un séminaire atelier sur la programmation de la composante santé maternelle et Infantile/Planning familiale SMI/PF dans le cadre de la politique de soins de santé primaire de 1986 à 1990 a débuté lundi 17 mars à la PMI Centrale de Bamako.

Le Docteur Seydou Diallo, Conseiller Technique au Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales a déclaré à cet effet que cet atelier a pour but une meilleure coordination des activités de santé concernant la mère et l'enfant ainsi que la femme en âge de procréer.

Il a rappelé que le Mali a introduit la protection maternelle et infantile comme une priorité nationale dès l'indépendance et en 1975 a créé un service de santé familiale qui incluait les activités de planification familiale.

«Avec les Nations-Unies notre pays a élaboré et mis en oeuvre un programme de promotion des activités de santé maternelle et infantile et de planification familiale. C'est dans ce cadre que la santé familiale de la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP) mène depuis plusieurs années déjà des activités de formation du personnel SMI/PF avec le concours de Intrali-IHP et de la DNPFSS»

Le Docteur Diallo a estimé que parmi les nombreuses activités menées au Mali en faveur de la femme par différents départements ministériels et par les organisations démocratiques, une bonne partie porte sur le SMI-PF.

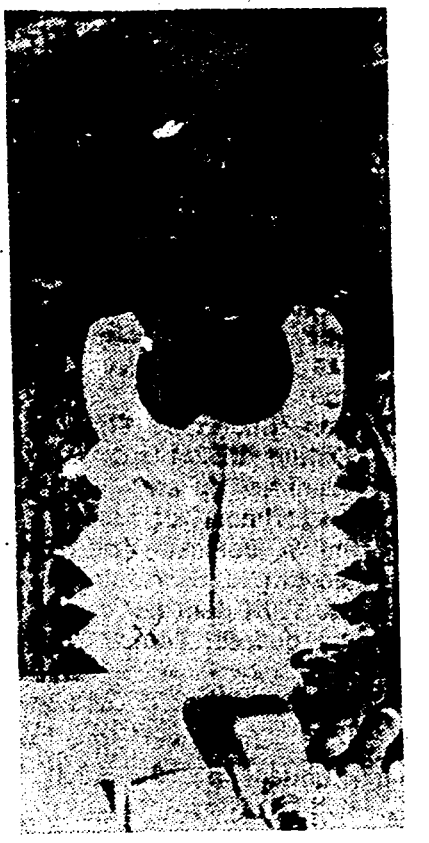
«Aussi, un atelier comme celui-ci qui réunit toutes les personnes concernées par la santé familiale permettra d'élaborer ensemble un document intégré de développement des activités de SMI/PF où chaque partenaire sait ce qu'il a à faire et avec qui il doit le faire

Il a marqué l'importance que le département de la Santé Publique et des Affaires Sociales attache à ce séminaire en soulignant que la coordination est l'un des gros problèmes qui se posent aux pays en voie de développement d'une manière générale.

Ce séminaire est organisé avec le concours de l'Université de Californie à San Francisco représentée par M. Jean de Malvinsbey. On note la présence de représentants de divers services chargés de la santé et de planning, des Organisations démocratiques et de l'information.

La clôture est prévue pour samedi 22 mars à 10 h.

Les participants au séminaire



Le Dr. Seydou DIALLO

APPENDIX H

WORKSHOP MATERIALS

APPENDIX H1

AGENDA

APPENDIX H1

NDI 17 MARS	MARDI 18 MARS	MERCREDI 19 MARS	JEUDI 20 MARS	VENDREDI 21 MARS	SAMEDI 22 MARS
Ouverture	8H30 Cercle de Qualité 9H00 Identification des Problèmes en SMI PF	8H30 Cercle de Qualité 9H00 Stratégies (suite)	8H30 Cercle de Qualité 9H00 Développement d'un calendrier sur cinq ans de l'application de chacune des stratégies	8H30 Rédaction Frappe Reproduction	8H30 Présentation du Plan
Buts et Objectifs Présentation des participants et du rôle actuellement joué en SMI/PF.	9H30 Présentation et Synthèse:Priorité des Problèmes. 9H45 Buts et Objectifs pour résoudre chacun des problèmes.				10H00 Clôture Officielle
Pause	10H45 Pause	10H45 Pause	10H45 Pause		
Perception	11H15 Présentation des Buts & Objectifs 11H45 Développement des stratégies pour chacun des objectifs principaux.	11H15 Présentation des Stratégies Discussion	11H15 Présentation des Calendriers		
Rétroaction Attente des participants sur les buts et objectifs de l'atelier			12H15 Répartition des responsabilités pour la mise en oeuvre.	12H30 Clôture	
	13H15 Compte rendu de chaque groupe et Réflexion		13H15 Réflexion Choix du groupe de rédaction		
Clôture	13H30 Clôture	13H30 Clôture	13H30 Clôture		

APPENDIX H2

TRAINING PLAN (PLAN DU STAGE)

APPENDIX H2

PLAN DU STAGE

(1)

DATE: 17 mars, 1986

JOUR: lundi

OBJECTIFS: 1. Les participants ont l'occasion de se connaître comme collègues qui travaillent tous dans le donaine de SMI/PF
2. Les participants ont l'occasion de partager leurs espérances sur le résultat de l'atelier.

HEURE	CONTENU	METHODOLOGIE	RESSOURCES	EVALUATION
09H00	Ouverture	Un représentant du Ministère de S/AS ouvrira formellement l'atelier.	Chevalet et papier (newsprint)	
09H15	Buts & Objectifs	Cette personne ci-dessus ou autre personne également qualifiée tracera les grandes lignes des buts et objectifs de l'atelier et surtout la nécessité de travailler ensemble pour faire un plan réalisable pour le programme des prochaines cinq années du travail.	Feutres Papier à écrire (cahiers?) Crayons - Bics	
09H30	Présentation des participants et du rôle actuellement joué en SMI/PF	Le facilitateur demandera que les participants se présentent au groupe soit par des questions demandées l'un à l'autre ou soit par soi-même. On partagera les détails biographiques très brièvement et surtout les détails sur la responsabilité de chacun et de l'organisme qu'il représente dans le domaine de SMI/PF.	Suggestions écrites par nous comme préparation (Peut être de grandes feuilles qu'on pourra afficher aux murs.)	
11H00	Pause			
11H30	Perception	Un des facilitateurs présentera des exercices dont le but est d'aider les participants à comprendre que même en regardant un phénomène identique on peut ne pas le percevoir de la même manière que son voisin. Avec ces exercices on va aussi se rendre compte qu'on peut facilement se tromper si on base ses conclusions uniquement sur les apparences .	Feuilles & esquisses	
12H00	Rétroaction	On facilitera le groupe à proposer quelques règles simples pour se rappeler l'un à l'autre que la perception peut différer d'une personne à l'autre et qu'il faut toujours vérifier qu'on voit et entend la même chose.		

PLAN DU STAGE

DATE: 17 mars, 1986

JOUR : Lundi

OBJECTIFS:

HEURE	CONTENU	METHODOLOGIE	RESSOURCES	EVALUATION
12H15	Attentes des participants sur les buts et les objectifs de l'atelier.	Par moyen d'un exercice "Pyramide" on demandera à chacun des participants ce qu'il espère à ce moment accomplir dans cet atelier. Le participant doit énumérer au moins 5 objectifs qu'il envisage pouvoir réaliser (5 minutes). On demandera ensuite que 2 participants se mettent ensemble et qu'ils dressent une seule liste de cinq ou plus d'objectifs. (10 minutes). Ensuite 2 paires feront le même exercice (5 minutes). A la fin de ces 20 minutes un groupe de 4 participants présente sa liste aux autres. On demande s'il y a des choses à discuter ou à ajouter. Tout le monde se met d'accord pour une liste finale.	Feuille sur "Pyramide" Liste des objectifs au mur.	
13H15	Clôture	Un des facilitateurs fera un résumé de la journée et on demandera à un des participants (ou plusieurs) de faire un bref compte-rendu de leur journée. Peut-être il y aura aussi des questions sur le logement, per diems, etc.		

PLAN DU STAGE

DATE: le 18 mars, 1986

JOUR: mardi

OBJECTIFS:
1-A la fin de la journée les participants ont identifié les principaux problèmes de SMI/PF et commencé à suggérer des stratégies pour les résoudre .
2- Les participants ont travaillé ensemble d'une façon efficace.

HEURE	CONTENU	METHODOLOGIE	RESSOURCES	EVALUATION
8H30	Cercle de qualité	Un des facilitateurs aidera le groupe à faire une brève révision de ce qui s'est passé hier, à soulever des problèmes le cas échéant, ou à suggérer des améliorations aux méthodes de travail.		
9H00	Identification des problèmes en SMI/PF	Par lancement d'idées le groupe fera d'abord une liste de problèmes qu'ils ont rencontrés en promulgant les services de SMI/PF, soit de la part du public ou des services.		Liste des Problèmes
9H30	Présentation et synthèse. Priorité des objectifs.	Par groupe de 4-5 chaque groupe de participants discutera la liste et choisira les problèmes les plus importants. Un groupe présentera sa liste. Le groupe se mettra d'accord.		Liste finale des problèmes importants au mur.
9H45	Buts & Objectifs pour résoudre chacun des problèmes.	Un des facilitateurs prendra un des problèmes et discutera avec le groupe comment il faut procéder pour mettre à jour les buts et les objectifs de ce problème en expliquant en général la différence entre les buts et objectifs et les qualités essentielles d'un objectif bien énoncé. Le groupe décidera ensemble les buts et objectifs des problèmes en choisissant en même temps ceux qui se prètent le mieux à la réalisation de leur solution.	Feuilles sur "Buts et Objectifs".	
10H45	Pause-Café			
11H15	Comment aborder le développement d'une stratégie.	Un des facilitateurs fera avec les participants une esquisse pour démontrer comment on trace une stratégie.		
11H30	Stratégies			

PLAN DU STAGE

DATE: le 18 mars, 1986

JOUR: Mardi

OBJECTIFS:

HEURE	CONTENU	METHODOLOGIE	RESSOURCES	EVALUATION
11H30	Développement des Stratégies	Chaque groupe (on demandera peut-être aux participants de former des groupes différents pour cet exercice) prendra un ou deux objectifs et travaillera à établir une stratégie assez détaillée pour l'accomplir.		
13H00	Compte-Rendu de chaque groupe.	Le rapporteur ou leader de chaque groupe donnera un résumé du travail du groupe et demandera la réaction des autres.		
13H15	Réflexion			

PLAN DU STAGE

DATE: le 19 mars, 1986

JOUR : Mercredi

OBJECTIFS:

HEURE	CONTENU	METHODOLOGIE	RESSOURCES	EVALUATION
8H30	Cercle de Qualité	Le facilitateur demandera à une personne du groupe de mener l'activité du Cercle de Qualité.		
9H00	Stratégies (suite)	Chacun des groupes de la veille reprend les objectifs principaux, réoriente les stratégies proposées suite à la rétroaction de la veille et continue le développement de chacune des stratégies. Un manager sera désigné pour le groupe afin d'organiser le travail en vue de la présentation devant le grand groupe.		
10H45	Pause			
11H15	Présentation	Un représentant de chaque groupe présentera à l'aide de newsprint. Les membres du grand groupe prendront notes et donneront leur rétroaction au présentateur. Un menbre de ce groupe réunira, par écrit, cette rétroaction afin d'apporter les changements dans les stratégies proposées, si nécessaires.		
13H15	Synthèse	Un facilitateur fera la synthèse de la journée, le point sur le développement du programme et la présentation des activités du lendemain.		

PLAN DU STAGE

DATE: le 20 mars, 1986

JOUR: Jeudi

OBJECTIFS:

HEURE	CONTENU	METHODOLOGIE	RESSOURCES	EVALUATION
8H30	Cercle de Qualité	Un des facilitateurs demandera à un des participants de mener l'activité du Cercle de Qualité.		
9H00	Calendrier	Les facilitateurs demanderont à chacun des groupes de développer un calendrier pour l'application de chacune des stratégies choisies.	Types de Tableaux possibles	
10H45	Pause			
11H15	Calendriers(suite)	Chacun des groupes aura désigné un rapporteur qui présentera à l'aide d'aides-visuelles le calendrier proposé.	Newsprint Crayons Feutres Papier Collant	Tableaux montrant la chronologie de la mise en oeuvre des activités.
12H15	Responsabilités	Les facilitateurs passeront en revue chacun des objectifs et demanderont à chaque représentant de spécifier le degré et le type d'engagement de son service pour la réalisation de ces objectifs.	Liste des Objectifs sur Newsprint	
13H15	Réflexion	Les facilitateurs feront la synthèse de la journée, demanderont aux participants de l'atelier de faire des commentaires et demanderont la constitution d'un groupe restraint de rédaction pour travailler sur le plan final le jour suivant.		
13H30	Clôture			Liste des membres du groupe de rédaction.

PLAN DU STAGE

OBJECTIFS:

DATE: le 21 mars, 1986

JOUR: Vendredi

HEURE	CONTENU	METHODOLOGIE	RESSOURCES	EVALUATION
8H30	Rédaction	Le groupe de rédaction établira le format final du plan de 5 ans, 1986-1990 de SMI/PF. Le service de secrétariat devra produire la copie du document dans sa forme finale afin qu'il soit approuvé par le groupe de rédaction.	Machine à écrire Secrétaire Duplicateur (Photocopieur si possible.) Papier à photocopier Encre Manoeuvre	Document rédigé à la main. Format final Copie originale 30 exemplaires du document final.
12H30	Pause			
16H00	Rédaction-Reproduction			

PLAN DU STAGE

OBJECTIFS:

DATE: Le 22 mars, 1986

JOUR : Samedi

HEURE	CONTENU	METHODOLOGIE	RESSOURCES	EVALUATION
9H30	Présentation du Plan	Un représentant du groupe de rédaction présentera le document final au groupe. Une copie sera remise au représentant du MSP/AS.	30 copies	
10:30	Clôture	Le représentant sera présent à la clôture de cet atelier.		

APPENDIX H3

GOALS AND OBJECTIVES (FRENCH)

BUT DE L'ATELIER

Etre en situation où les actions de SMI/PF menées par chacune des parties concernées le sont d'une manière coordonnée et complémentaire.

OBJECTIFS DE L'ATELIER

A la fin de l'atelier chacun des participants aura contribué au développement du plan de 5 ans en SMI/PF.

1. Présenté aux autres participants les capacités de son service ou organisation à contribuer au plan de SMI/PF du Mali.
2. Precise les groupes cibles privilégiés par les activités de SMI/PF.
3. Partagé avec les autres participants les connaissances, problèmes et solutions en matière de SMI/PF déjà en sa possession.
4. Participé au développement des buts et objectifs ainsi que du calendrier de mise en oeuvre du plan de 5 ans de SMI/PF.
5. Délimité son domaine de responsabilité dans le cadre de la SMI/PF vis-à-vis des autres services ou organisations concernés.
6. Défini son rôle et celui de son service ou organisation pour la réalisation de chacun des services concernés.
7. Etabli un mode de collaboration avec les services concernés.
8. Révisé les descriptions de poste des agents formés en SMI/PF.
9. Revu les critères de sélection pour les agents à être formés en SMI/PF.

10. Proposé un calendrier de formation pour les agents dans le cadre de la SMI/PF.

11. Evalué l'atelier et fait les recommendations sur son déroulement.

PRODUITS

Un document d'envergure nationale portant sur cinq (5) ans présentant:

A. Les buts, objectifs critiques et précis de la composante SMI/PF à être atteints dans le cadre de la politique nationale des SSP.

B. Un calendrier d'exécution en vue de l'atteinte de ces objectifs ainsi que la liste des groupes cibles concernés et les Ministères, Directions Nationales, Divisions, Services spécifiques et organisations indépendantes impliqués dans la mise en oeuvre de cette composante.

APPENDIX H4

FIRST LIST OF COMPONENTS OF MCH (FRENCH)

APPENDIX H4

COMPOSANTES? SMI/PF

I CONSULTATIONS

x Prénatales (Mères)

x Post-natales (Mères + Enfants)

II ACCOUCHEMENTS

III PREVENTIONS

x Vaccinations de 0 à 6 Ans contre le Tétanos

x Education pour la Santé - Hygiène du milieu

- " corporelle

- " alimentaire

- M.S.T.

x Nivaquinisation

IV SOINS

x Traitement de la Mère

x Surveillance de l'Enfant (RO)

V EDUCATION NUTRITIONNELLE

x Enquête nutritionnelle

x Demonstration de régime

x Conduite de sevrage

VI ANIMATION :

- information
- éducation
- communication

FORMATION

Recyclage
Formation du personnel de base

VII PLANIFICATION FAMILIALE

x Espacement des naissances. Traitement de la stérilité

x Recherche en planification familiale

VIII SUPERVISION EVALUATION DES ACTIVITES DE SMI/PF

LES COMPOSANTES DE LA SMI/PF

C. PREVENTIVES

- vaccinations
- surveillance et soins pendant la grossesse.
- surveillance des accouchements et suite des couches.
- surveillance de la croissance et du développement de l'enfant.
- chimioprophylaxie : systématique du Paludisme.
- espacement des naissances.
- M.S.T.
- dépistage de la stérilité.

C. CURATIVES.

- soins aux malades (R.O)

C. EDUCATIONNELLES

- Education nutritionnelle avec démonstrations pratiques.
- Education sanitaire en matière d'hygiène personnelle et familiale.

// OMPOSANTES SMI/PF

1- SURVEILLANCE ET SOINS PENDANT LA GROSSESSE

2- SURVEILLANCE DES ACCOUCHEMENTS ET DES SUITES DE COUCHES

3- SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE ET DU DEVELOPPEMENT DES ENFANTS (0 - 6 ANS)

4- EDUCATION POUR LA SANTE EN MATIERE D'HYGIENE PERSONNELLE ET FAMILIALE

5- EDUCATION NUTRITIONNELLE ET DEMONSTRATIONS PRATIQUES

6- IMMUNISATION CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

7- CHIMIOPROPHYLAXIE SYSTEMATIQUE DU PALUDISME (FEMMES ENCEINTES ET ENFANTS)

8- SOINS AUX MALADES R.V.O.

9- INTEGRATION DES ACTIVITES DE P.F. DANS CELLES DES S.M.I.

10- FORMATION ET RECYCLAGE DU PERSONNEL

LE GROUPE_____

// COMPOSANTES DE SMI/PF DEVELOPPEMENT LE 18 MARS PAR LE GROUPE DE PROGRAMMATION LORS DE L'ATELIER DU 17 AU 22 MARS 1980

I VACCINATION

II SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE
A L'ACCOUCHEMENT
SUITES DE COUCHES
SURVEILLANCE DES ENFANTS.
0 à 6 ANS.

III EDUCATION: NUTRITION
HYGIENE
PREVENTION
MALADIES
P - F

IV SOINS : FEMMES
ENFANTS 0 à 6 ANS
R V O
CHIMIOPROPHYLAXIE

APPENDIX H5

SECOND LIST OF COMPONENTS OF MCH (FRENCH)

APPENDIX H5

// OMPOSANTES DE SMI/PF DEVELOPPEMENT LE 18 MARS PAR LE GROUPE DE PROGRAMMATION LORS DE L'ATELIER DU 17 AU 22 MARS 1986

I VACCINATION

II SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE
A L'ACCOUCHEMENT
SUITES DE COUCHES
SURVEILLANCE DES ENFANTS.
0 à 6 ANS.

III EDUCATION: NUTRITION
HYGIENE
PREVENTION
MALADIES
P - F

IV SOINS : FEMMES
ENFANTS 0 à 6 ANS
R V O
CHIMIOPROPHYLAXIE

V P.F.

92

/I_OMPOSANTES DE SMI/PF DEVELOPPEMENT LE 18 MARS PAR LE GROUPE DE PROGRAMMATION LORS DE L'ATELIER DU 17 AU 22 MARS 1986

I VACCINATION

II SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE
A L'ACCOUCHEMENT
SUITES DE COUCHES
SURVEILLANCE DES ENFANTS:
0 à 6 ANS:

III EDUCATION: NUTRITION
HYGIE.E
PREVENTION
MALADIES
P - F

IV SOINS : FEMMES
ENFANTS 0 à 6 ANS
R V O
CHIMIOPROPHYLAXIE

V P.F.

APPENDIX H6

PROBLEM STATEMENTS

APPENDIX H6

PROBLEMES DE DIRECTION - MANAGEMENT

- identifiés dans la composante de vaccination.

  - Insuffisance de coordination intra et inter-sectoriel.
  - Insuffisance des medias.
  - Insuffisance des structures d'animation.
  - Mauvaise qualité de l'approvisionnement en vaccin et en matériel de vaccination.
  - Inexistence de structures de production de vaccins.
  - Coût élevé des vaccins.
  - Insuffisance des moyens logistiques.
  - Indetermination des groupes cibles.
  - Insuffisance et mauvaise qualité de la chaîne de froid au niveau national, régional et local.
  - Insuffisance de personnel
  - Inadequation de la formation du personnel.
  - Financement.

- Surveillance de la grossesse

  - Insuffisance et même inexistence des infrastructures sanitaires dans certains milieu.
  - Insuffisance ou inexistence des moyens d'évacuation.
  - Insuffisance de coordination.
  - Financement.

- En éducation I.E.C.

  - Manque de moyens logistiques.
  - Manque de coordination entre les services.chargés de l'éducation pour la
  - Santé.
  - Choix des éducateurs.
  - Absence de programmes ou application non suivie des programmes.

La composante "SOINS"

  - Manque de motivation du personnel.
  - Manque de formation continue
  - Mauvaise répartition du personnel à travers le pays.
  - Insuffisance de centre de SMI/PF.
  - Insuffisance de matériel et de médicament essentiels au niveau des centrs
  - de SMI/PF.
  - Manque de moyens de déplacement pour les agents en place.
  - Manque de structures pour la prise en charge des soins à la base.
  - Chimioprophylaxie : Manque de médicaments.
  - Manque de moyens financiers.

.../...

- Planification familiale

- Manque de moyens financiers, materiels et logistiques.
- Manque de suivi dans les activités de planification familiale.
- Manque d'information et analphabétisation de la population.

96

Problèmes qui rélèvent l'Environnement physique

I Problèmes liés à la vaccination

- insuffisance et mauvais état des voies de communication

II Pour la surveillance

- impratiquabilité des routes et enclavement de certaines zones

III Pour l'éducation sanitaire

le milieu géographique

manque d'approvisionnement d'eau potable

IV POUR LES SOINS

mauvaise repartition du personnel et des infrastructures à travers le pays

inaccessabilité des centres existants ;

Problèmes qui rélèvent la <u>formation</u>

I En ce qui concerne la vaccination

- insuffisance et mauvaise qualité de la chaine de froid et d'autres structures de conservation au niveau national, régional etl local;
- Idadéquatéodedla formation du personnel

II En ce qui concerne la composante "surveillance de la grossesse"

- insuffisance du personnel sanitaire qualifié

III En ce qui concerne I.E.C.

- manque de personnel qualifié
- manque de sensibilisation des médecins en éducation pour la santé
- insuffisance de formation en technique d'animation du personnel de santé

IV En ce qui concerne la composante "Soins"

- insuffisance du personnel qualifié
- manque de motivation
- manque de formation continue

V En ce qui concerne la composante "planification familiale"

- insuffisance du personnel qualifiée

PROBLEMES QUI RELEVENT DE L'EDUCATION I.E.C.(Information Education Communication)

I <u>Problèmes liés à la vaccinationm</u>

- insuffisance de sensibilisation de la population

II <u>Problèmes de surveillance de la grossesse</u>

- manque d'information et déducation des femmes en âge de reproduction.

III Manque d'information en ce qui concerne la nutrition

- manque d'information sur les notions élémentaires de l'éducation pour la santé.
- manque d'informatiion sur les objectifs de planification familiale.
- Inadequation de certains messages (dans le domaine de P.F.)
- absence de programmes ou application non suivie de programmes de P.F

IV En ce qui concerne la composante "Soins"

- manque d'information (de la part des gens centro-médication (des gens de la communauté)

V Manque d'information des gens au sujet de réhydratation par voie orale.

VI En ce qui concerne la composante "planification familiale.

- Insuffisance de sensibilisation et d'éducation
- Manque d'information et analphabétisation de la population
- Résidence des hommes.

APPENDIX H7

PLANNING COMPONENTS
PREPARED BY WORKSHOP PARTICIPANTS

/-)ROGRAMME : Formation

OBJECTIF SPECIFIQUE :
1-1 Au 20 Septembre 1987 la Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale (DNPFSS) et les Comités pédagogiques des écoles auront révisé les programmes de Santé Maternelle et Infantile et la Planification Fa pour chacune des écoles.

EVALUATION DE L'OBJECTIF : Pour chacune des écoles, un Document décrivant les connaissances, attitudes et pratiques à êt sent par les élèves et les méthodes et moyens mis en ocuvre pour les enseigner.

SERVICE RESPONSABLE DE L'OBJECTIF : Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale(DNP

SERVICES COLLABORATEURS :

TACHES	DATE OU DUREE DE REALISATION	RESSOURCES	SERVICES CHARGES DE L'EXECUTION DE LA TACHES	EVALUATION
1. Faire le relevé exhaustif eu programme SMI/PF déjà enseigné dans les écoles.	date limite : 20 Septembre 1987.	Directeurs des Etudes de chaque école.	1. Division formation DNPFSS	Vérifier si les santes de la SM effectivement i dans le program
2. Elaborer les Objectifs Educationnels en matière de SMI/PF pour chaque école.		Enseignants SMI/PF Sage-femme, Médecin spécialiste I.E.C.	2. Section formation DNPFSS Direction des études. Représentants des services d'exécution de la SMI/PF.	Liste des objec tionnels dérivé de l'analyse de
3. Reencer les lacunes constatées au niveau de chaque école.		Materielles - Programmes SMI/PF existants.	3. Division formation DNPFSS	Liste des objec processus des e
4. Elaborer un programme détaillé conforme aux objectifs éducationnels en tenant compte des 5 composantes de SMI/PF.		- Documents et programmes de SMI/PF existants	4. Idem que 2.	Nouveaux horair l'enseignement santes de SMI/P
5. Faire la repartition des heures de cours			5. Direction des écoles.	Grille d'évalua connaissances, pratiques des é ooles et nivea formance.
6. Confectionner un emploi du temps.		Calendrier et horaires des cours de chacune des écoles.	6. Direction des écoles. 7. Idem que 2.	
7. Etablir des critères d'évaluation du programme.				

10/

/-)ROGRAMME : de FORMATION

OBJECTIF SPECIFIQUE :
1-2 Au 30 Septembre 1987 les conseils d'administration et de perfectionnement de chacunes des écoles auront adopté un p
définitif d'enseignement de la Santé Maternelle et Infantile et la Planification Familiale.

EVALUATION DE L'OBJECTIF : Programme d'enseignement en SMI/PF attribué aux enseignants chargés de cette discipline.

SERVICE RESPONSABLE DE L'OBJECTIF : DNPFSS et DNESRS

SERVICES COLLABORATEURS :

TACHES	DATE OU DUREE DE REALISATION	RESSOURCES	SERVICES CHARGES DE L'EXECUTION DE LA TACHES	EVALUATION
1. Réunir le Conseil d'Administration et de perfectionnement des écoles	Avant le 30 Septembre 1987.	Directeur Directeur des études Membres du conseil d'administration. Ancien horaire Nouveau programme de SMI/PF. Liste et qualification des enseignants SMI/PF	Chacune des Ecoles Socio-Sanitaire et l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali.	1. Procès verbal du Conseil d'a tion et de per ment des écol - Document du n gramme de SMI 2. Vérifier si c dispose d'un de SMI/PFadop Conseil d'Adm et de perfect

102

/-)ROGRAMME : de Formation

OBJECTIF SPECIFIQUE :

1-3 Avant le 1er Octobre 1987 la Direction Nationale de la Planification et le la Formation Socio-Sanitaire en collabora les services et organismes compétents* aura formé ou recyclé 100 % des formateurs chargés d'enseigner la Santé Maternell tile et Planification Familiale dans chacune des écoles.

EVALUATION DE L'OBJECTIF : Liste de tous les formateurs chargés de cours de SMI/PF. = liste de tous les participants au ou recyclages de SMI/PF.

SERVICE RESPONSABLE DE L'OBJECTIF : DNPFSS

SERVICES COLLABORATEURS :

TACHES	DATE OU DUREE DE REALISATION	RESSOURCES	SERVICES CHARGES DE L'EXECUTION DE LA TACHES	EVALUATION
2 Recenser les formateurs au niveau des écoles 2 Degager le profil d'un formateur en SMI/PF. 3 Evaluer leurs compétences. 4 Recencer les lacunes 5 Confectionner un programme de formation et/ou de recyclage. 6 Recencer les organismes collaborateurs et les personnes ressources pour leur formation. 7 Etablir les planning annuels de formation et de recyclage. 8 Former et/ou recycler les formateurs en SMI/PF	Avant le 1er Octobre 1987.	Humaines Materielles Financières	1 à 7. DNPFSS 8. DNPFSS + DNSP ANPPF DNAS Direction des écoles	- Liste des en SMI/PF de ch Document. - Reformulant l tâches des e formateurs e chaque école. - Résultat des d'évaluation formance des - Document con tifs éducati thodes de fo moyen nécess formation ou des ensei école en SMI, Calendrier d oevre des for recyclages.

/-) ROGRAMME : de Formation

OBJECTIF SPECIFIQUE :

1-4- A compter du 1er Octobre 1987 les 5 composantes de la Santé Maternelle et Infantile et de la Planification Familial enseignées dans les sept (7) écoles de formation du personnel socio-sanitaire par les responsables formés et chargés de discipline.

EVALUATION DE L'OBJECTIF : Mesures de l'acquisition de connaissance, attitudes et pratiques des élèves pour chacune de santes de SMI/PF avant le début du programme d'enseignement. Horaire de cours des élèves de chaque école contenant l'en de la SMI/PF.

SERVICE RESPONSABLE DE L'OBJECTIF : Direction des écoles.

SERVICES COLLABORATEURS :

TACHES	DATE OU DUREE DE REALISATION	RESSOURCES	SERVICES CHARGES DE L'EXECUTION DE LA TACHES	EVALUATION
1 Insérer le programme définitif d'enseignement de la SMI/PF adopté par les Conseils d'administration et de Performance dans le cursu de formation des écoles.	Avant le 1er octobre 1987.(1-2-3)	Programmes d'enseignement en SMI/PF Horaire des étudiants de chaque école par promotion.	1 à 3 Direction des écoles	1 à 4 controler des cahiers de cours ont été e donnés.
2 Faire un emploi du temps			Enseignants.	Emploi du temps chacune des com SMI/PF.
3 Nommer les formateurs			Formateurs.	Liste des forma clés en SMI/PF
4 Enseigner les différentes disciplines.	A partir du 1er octobre 1987.			cours.
5 Evaluer les compétences des élèves en SMI/PF				Méthodes d'ense utilisés par le gnants.

OBJECTIF CRITIQUE :

Au 31 décembre 1990, la Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale en collaboration avec les services et organismes compétents* aura recyclé au moins 90 % du personnel s'occupant des activités de Santé Maternelle et Infantile et de la Planification Familiale.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

2-1 Au 30 Septembre 1987, la Direction Nationale de la Santé Publique en collaboration avec la Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale aura évalué les compétences du personnel existant sur le terrain en matière de Santé Maternelle et Infantile à partir de grilles d'évaluation.

2-2 Au 31 décembre 1987 la Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale aura élaboré un programme adapté de recyclage en Santé Maternelle et Infantile et en Planification Familiale pour le personnel existant sur le terrain.

2-3 Au 31 décembre 1987 la Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale aura établi un planning de recyclage du personnel existant sur le terrain.

* Voir. Feuilles de Programmation par objectif.

/-) ROGRAMME : de Formation

OBJECTIF SPECIFIQUE :
2-1 Au 30 Septembre 1987, la Direction Nationale de la Santé Publique en collaboration avec la DNPFSS aura évalué les du personnel existant sur le terrain en matière de Santé Maternelle et Infantile à partir de grilles d'évaluation.

EVALUATION DE L'OBJECTIF : Rapport statistique et descriptif de la performance du personnel actuel chargé de la mise e SMI/PF.

SERVICE RESPONSABLE DE L'OBJECTIF : DNSP + DNPFSS

SERVICES COLLABORATEURS :

TACHES	DATE OU DUREE DE REALISATION	RESSOURCES	SERVICES CHARGES DE L'EXECUTION DE LA TACHES	EVALUATION
1. Recenser les centres de SMI/PF. 2. Recenser le personnel 3. Elaborer une grille d'évaluation. 4. Procéder à l'évaluation . 5. Recenser les lacunes	Avant le 30 Septembre 1987.	Liste des centres où sont dispensés des services de SMI/PF. Liste de personnel de SMI/PF de chacun de ces centres. - Protocole d'évaluation. - Groupe restreint statistiquement valable. Liste de noms des personnes et des lieux - Protocole ou procédures utilisés pour les services de SMI/PF.	DNSP - Santé Familiale. DNPFSS - Division formation Division évaluation.	- Liste des a més correspo des agents - Grille d'év prétesté. - Compte rend et disponib données rec sur le terr - Liste des c et aptitude ques à amél développer aux besoins pulation en

106

/-)ROGRAMME : de Formation

OBJECTIF SPECIFIQUE :

2-2 Au 31 décembre 1987 la DNPFSS aura élaboré un programme adapté de recyclage en Santé Maternelle et Infantile en en tion Familiale pour le personnel existant sur le terrain.

EVALUATION DE L'OBJECTIF : Programme de formation pour chacune des 5 composantes de SMI/PF adaptés à chaque catégori sonnel chargé de dispenser les services de SMI/PF.

SERVICE RESPONSABLE DE L'OBJECTIF : DNPFSS

SERVICES COLLABORATEURS :

TACHES	DATE OU DUREE DE REALISATION	RESSOURCES	SERVICES CHARGES DE L'EXECUTION DE LA TACHES	EVALUATION
1. Identifier les personnes ressources. 2. Elaborer les objectifs éducationnels. 3. Choisir les thèmes de recyclage. 4. Adopter un programme des cours de recyclage	Avant le 31 Décembre 1987.	Critères de compétences des formateurs en SMI/PF	DNPFSS (Division formation) DNSB, DSF. Représentant de chacune des écoles.	- Liste du pe formateur c - Liste des o éducationne - Documents d de formatio - Officialisa documents d

107

/-)ROGRAMME : de Formation

OBJECTIF SPECIFIQUE :

2-3 Au 31 décembre 1987 la DNPFSS aura établi un planning de recyclage du personnel existant sur le terrain.

EVALUATION DE L'OBJECTIF : Programme de recyclage contenant : groupes cibles, objectifs et processus de formation, mo: nancement, calendrier de mise en oeuvre. du 1-1-1988 au 31-12-1990.

SERVICE RESPONSABLE DE L'OBJECTIF : DNPFSS et DNSP,DNAS,AMPFF.

SERVICES COLLABORATEURS :

TACHES	DATE OU DUREE DE REALISATION	RESSOURCES	SERVICES CHARGES DE L'EXECUTION DE LA TACHES	EVALUATIO
1. Elaborer un programme de recyclage pour chaque année du plan quinquennal. (dégager la périodicité annuelle des stages de recyclage).	Avant le 31 Décembre 1987.	- Liste des projets existants qui prévoient une formation de SMI/PF.	- Division Formation/DNPFSS - Division Santé Familiale/DNSP - Division Prot.Fam./DNAS - AMPFF.	Vérifier si l de recyclage bli pour tou et pour tout quinquennal(:
2. Fixer la date et la durée des différents stages de recyclage (calendrier).	Avant le 15/12/de chaque année	- Liste des agences qui subventionnent les formations en SMI/PF.		- Coût matéri cier établi formation.
3. Elaborer l'emploi du temps.	Avant le 15/12/ de chaque année	- Liste des stages et formation socio-sanitaire avec calendriers.		- Calendrier formation v tous les se SMI/PF.
4. Fixer le nombre de participants pour chaque stage de recyclage.	Avant le 30/11/ de chaque année	- Liste des agents de SMI/PF recensés (existant et potentiels).		- Liste des
5. Définir le critère de choix des participants aux différents stages de recyclage.	Avant le 1/11/ de chaque année.			

/08

EDUCATION POUR LA SANTE

INFORMATION

EDUCATION

COMMUNICATION

BUT :

Amener une communauté à prendre conscience des problèmes de SMI/PF :

- Vaccination
- Surveillance : de la grossesse - accouchements - suites de couches
  des enfants de 0 à 6 ans
- Education.
- Soins.
- Planification familiale

en vue d'un changement qualitatif de son mode vie.

OBJECTIF CRITIQUE N° I

Les Responsables chargés de l'I.E.C. identifieront le nombre et les caractéristiques des groupes cibles pour les campagnes d'Information d'Education et Communication en SMI/PF d'ici le 31 décembre 1986.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1) Les Responsables nationaux de l'I.EC releveront par écrit les besoins prioritaires en SMI/PF pour chacun des groupes cibles d'ici 31 Mars 1987.

2) Les responsables d'I.E.C. des centres choisiront pour écrit les critères de choix (population et groupes cibles intermédiaires) adaptés à leur zone d'intervention à partir des critères nationaux d'ici 1 décembre 1986.

3) Les responsables nationaux de l'I.E.C établiront des critères pour désigner les groupes cibles (population et groupes cibles intermédiaire) en fonction des 5 composantes de la SMI/PF d'ici septembre 1986.

4) Les responsables nationaux de l'I.E.C etabliront des programmes spécifiques pour chacun des groupes cibles d'ici décembre 1987.

5) Que le responsable de l'I.E.C établisse avec les villageois les critères de choix des animateurs chargés de l'I.E.C. d'ici décembre 1988.

OBJECTIF SPECIFIQUES : 1

1) Les responsables nationaux de l'I.E.C relèveront par écrit les besoins prioritaires en SII/PF pour chacun des gr d'ici 31 Mars 1987.

EVALUATION : Au 31 Mars 1987, liste par groupe cible, des besoins prioritaires en SII/PF.

SERVICE RESPONSABLE : D.N.S.P.

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION
- Recenser les besoins prioritaires par groupes cibles.	Avant Mars 1987.	Personne socio-sanitaire Ressources matérielles et financières	DNSP DNAS	Besoins recensés
Déterminer les activités par besoins et par groupe cible	avant Mars 1987	Idem	Centre de Santé Centre ou D.C	Activités détermin groupe cible.

OBJECTIF SPECIFIQUES : 2 -

Les responsables d'I.E.C des centres choisiront par écrit les critères de choix (populations et groupes cibles int adaptés à leur zone d'intervention à partir des critères nationaux d'ici décembre 1986.

EVALUATION : Liste des groupes cibles locaux établie d'après les critères adaptés.

SERVICE RESPONSABLE : D.N.S.P.

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION
- La connaissance des critères.	avant décembre 1986.	- Personnel socio-sanitaires ou centres de Santé et des services sociaux. - Ressources matériels et financières.	- Centre de Santé - Centre de D.C.	Critères existant
Faire le choix des critères et les adapter.	avant décembre 1986.	Idem	Idem	Critères choisis

OBJECTIF SPECIFIQUES 3 -

Les responsables nationaux de l'I.E.C établiront des critères pour désigner les groupes cibles (populations et grou intermédiaires) en fonction des 5 composantes de la SMI/PF d'ici septembre 1986.

EVALUATION : Liste des groupes cibles établie d'après les critères developpés.

SERVICE RESPONSABLE : DNSP.

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION
Etablir la liste des critères des groupes cibles	avant Septembre 1986.	Personnel socio-santaire.	- DNSP (DSV - DNAS	liste des critères
Déterminer les groupes cibles intermédiaires.	Avant décembre 1986?	Moyens matériels et financiers.	- DNPFSS	Les groupes cibles ir
		Idem	Idem	

OBJECTIF SPECIFIQUES : 4

Les responsables nationaux de l'I.E.C établiront des programmes spécifiques pour chacun des groupes cibles d'ici dé

EVALUATION : Autant de programmes écrits qu'il y aura de groupes cibles primaires et secondaires spécifiques.

SERVICE RESPONSABLE : DNSP.

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION
Dégager les éléments des programmes.	avant décembre 1987.	- Personnel socio-sanitaires. - Ressources materielles et financières.	- DNSP(DSF) - DNAS - DNPFSS	Les éléments de progra
Fixer un calendrier d'exécution des programmes.	avant décembre 1987	Idem.	Idem	Le calendrier élaboré.

OBJECTIF SPECIFIQUES : 5- Que le Responsable de l'I.E.C. établisse avec les villageois les critères de choix des an chargés de l'I.E.C. d'ici Décembre : 1988.

EVALUATION : Liste des animateurs villageois choisi d'après les critères développés entre les agents socio-sanitai et les villageois.

SERVICE RESPONSABLE : D.N.S.P.

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION
Sensibiliser les villageois	Avant Décembre 1987.	- Personnel socio-sanitaire - ressources matérielles et financières.	- C.D.C. - Centre de santé - Centre Z.A.F. - Organisation de Masse.	- Nombre de villages s - Fréquence de la sens
Définir les critères de choix des animateurs chargés de l'I.E.C.	Avant Décembre 1987	- IDEM -	- C.D.C. - Centre de santé - Organisation de Masse. - Z.A.F.	Critères de choix ret

OBJECTIFS CRITIQUES

Que 60 % des populations cibles utilisent les services dans les centres de SMI/PF d'ici décembre 1990.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1) Que le responsable de l'Education dans chaque structure socio-sanitaire applique son programme en I.E.C d'ici décembre 1988.

2) Que 60 % des agents socio-sanitaires dans chaque catégorie soient capables de citer et expliques chacune des composantes de la SMI/PF d'ici décembre 1987.

3) Chaque village désignera au moins un animateur chargé de l'éducation en SMI/PF d'ici décembre 1988

4) D'ici décembre 1990 les responsables des 60 % des centres appliqueront les activités des 5 composantes de la SMI/PF

5) Les responsables chargés de l'I.E.C dans les 5 structures sanitaires existantes doivent être capables de citer et d'appliquer au moins 7 techniques de communication d'ici décembre 1987.

OBJECTIF SPECIFIQUES : 1 -
Que les responsables de l'Education dans chaque structure socio-sanitaire applique son programme en I.E.C d'ici déc

EVALUATION : Rapport d'activité périodique sur les activités I.E.C tel que programmées par écrit.

SERVICE RESPONSABLE : DNSP.

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION
- Organiser des séances d'éducation dans les centres sur les thèmes de SMI/PF.	avant 31 décembre 1987.	- Personnel socio-sanitaire. - Ressources matérielles	- Centre de SMI/PF - Centre de développement communautaire.	Vérifier le nombre de p aux séances. Vérifier le nombre de s
- Organiser des séances d'éducation dans les communautés.	Avant décembre 1987.	Personnel socio-sanitaire. Ressources materielles.	- Centre de SMI/PF - C.D.C. - Centre Z.A.F. - Organisation de Masse (UNFM).	Idem.

117

OBJECTIF SPECIFIQUES : 2 -

Que 60 % des agents socio-sanitaires dans chaque catégorie soient capables de cités et expliqués en SMI/PF d'ici décembre 1987.

EVALUATION : Résultat d'échantillonage au hasard par catégorie et enquête sur la connaissance des agents socio-sani SMI/PF.

SERVICE RESPONSABLE : DNPFSS

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION
Formation organisée et reclage des agents socio-sanitaires en SMI/PF.	Avant 31 décembre 1987.	- Formateurs en SMI/PF - Ressources financières et matérielles	- DNPFSS(division formation) - DNSP(DSF) - AMPPF.	Vérifier le nombre de Vérifier le nombre d'a més. Vérifier les connaissa ques suivant des grill

1/2

OBJECTIF SPECIFIQUES 3 Chaque village désignera au moins 1 animateur chargé de l'Education en SMI/PF d'ici Décembre

EVALUATION : Liste des animateurs villageois par cercle.

SERVICE RESPONSABLE : D.N.S.P.

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION
1. Sensibilisation de la population sur la nécessité d'avoir un animateur chargé de la SMI/PF.	Avant Mars 1987	- Personnel socio-sanitaire - Ressources Matérielles.	- Centre de santé - Centre de D.C. - Organisation de Masse.	Vérifier le nombre de sensibilisés.
2. Désignation et formation des animateurs villageois chargés de la SMI/PF.	Avant Décembre 1988.	- Personnel socio-sanitaire - U.N.F.M. (CFAR) - Ressources Matérielles	- Centre de santé - Service Social de cercle. - Organisation de Masse.	Vérifier le nombre d'a désignés et vérifier l d'animateurs formés.

119

OBJECTIF SPECIFIQUES : A -
D'ici 1990 les responsables de 60 % des centres appliqueront les activités Des 5 composantes de la SMI/PF.

EVALUATION : Rapports statistique sur chacune des 5 composantes de SMI/PF à intervalle régulier.

SERVICE RESPONSABLE : D.N.S.P.

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION
Organiser les activités de SMI/PF au niveau des centres. Développer calendrier	avant décembre 1990	- Personnel socio-sanitaire. - Ressources financières et matérielles.	centre de Santé. DNSP(pour l'équipement et infrastructures.) AMPPF C.D.C.	Rapport quantitatif et sur les activités menc centres.

OBJECTIF SPECIFIQUES 5-

5) Les Responsables chargés de l'I.E.C dans les structures sanitaires existantes doivent être capables de citer et au moins 7 techniques de communication d'ici décembre 1987.

EVALUATION : Observation sur place et rapports mensuels sur les activités de l'I.E.C en SMI/PF .

SERVICE RESPONSABLE : DNPFSS

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION
Former les agents en techniques de communication	avant décembre 1987.	- personnel socio-sanitaire DNPFSS - ressources materielles et Financières.	- Centre de Santé - centre de D.C.	Nombre d'agents formé Nombre de formation.
Recenser 7 techniques dela communication.	avant décembre 1987	- Personnel socio-sanitaires - Ressources materielles et financières	- Centre de Santé - C.D.C	- Nombre techniques de communication.

D I R E C T I O N / M A N A G E M E N T

B U T :

Avoir obtenu un système amélioré de planification, d'organisation de contrôle et d'évaluation permettant une bonne application de la Politique nationale en matière de SMI/PF de 1986 à 1990.

* * *

OBJECTIF CRITIQUE. 1.

La D.N.P.F.S.S. en collaboration avec la D.S.F et l'ANPTF perfectionnera et étendra un système d'information socio-sanitaire axé sur la SMI/PF à tous les niveaux de la pyramide socio-sanitaire sur l'ensemble du territoire de 1986 à 1990.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. La D.N.P.F.S.S. revisera en l'adaptant aux activités de SMI/PF les supports de données existants (registres, formulaires, fiches) avant le 30 Décembre 1986.

2. Le service statistique de la DNPFSS mettra en place les nouveaux supports de données revisées et adaptées dans tous les centres de SMI/PF à partir de 1er Janvier 1987.

3. Un médecin, une sage-femme, un infirmier par cercle et commune rempliront selon la formation reçue, les formulaires statistiques fournis par le responsable du service statistique de la D.N.P.F.S.S. de Janvier 1987 à Décembre 1990 à raison de 52/an.

4. Le responsable statistique de chaque centre de SMI/PF acheminera selon une des alternatives décrites l'échelon supérieur, les données collectées dans le mois, au plus tard le 15 du mois prochain à partir du 15/2/87.

5. Les 8 agents statistiques régionaux seront capable d'exploiter et d'analyser les données de chaque région selon les méthodes enseignées durant leurs recyclage.

6. Après l'analyse des données reçues le responsable régional chargé des statistiques sanitaires fera la rétro-action par écrit mensuellement à tous les agents qui lui auront transmis les données à partir de Février 1987.

7. Le dit responsable enverra les données et sa rétro-action écrite au service statistique de la DNPFSS, à partir de 2/87.

8. Le responsable national des statistiques de SMI/PF produira un document contenant les informations et données statistiques collectionnées et analysées./.

OBJECTIF SPECIFIQUES : 1. La D.P.F.S.S. Revisera en l'Adaptant aux activités de SNI/PF les supports de données ex (registres, formulaires, fiches) avant le 30/12/86.

EVALUATION : Nouveaux exemplaires de support testés et approuvés.

SERVICE RESPONSABLE : D.N.P.F.S.S.

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION
Rassembler les données existantes.	Avant Juillet 1986	Registres, fiches formulaires des régions.	Service statistique	Registres, etc. reçu
Analyser les besoins d'information pour améliorer les services de SNI/PF.	Avant Juillet 1986	Experts, expérience écrite d'autre pays - bulletins de l'OMS etc.	Service statistique	Formulaire statistiq
Préparer un formulaire aux régions pour évaluation de sa validité.	Août 1986			
Révision finale.	Fin Août 1986.	La poste ou autre système de distribution.	Service statistique des agents des cercles	Formulaires renvoyés commentaires.
Identifier les ressources financières pour l'imprimerie des nouveaux formulaires.	Fin septembre 1986.	Organismes nationaux ou internationaux.	D.N.P.F.S.S.	Financement identi

124

OBJECTIF SPECIFIQUES : 2. Le Service Statistique de la D.N.P.F.S.S. mettra en place les nouveaux supports de do dans tous les centres de SMI/PF à partir du 1er Janvier 1987.

EVALUATION : Nouveaux supports utilisés dans 340 centres du 31/12/1987.

SERVICE RESPONSABLE : D.N.P.F.S.S.

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION
Production des nouveaux formulaires	1 - 15 Octobre 1986	Imprimerie	D.N.P.F.S.S.	Formulaires disponi
Distribution des formulaires aux centres.	15 - 30 Octobre 1986	Système de distribution	D.N.P.F.S.S.	Formulaires aux ce de SMI/PF.

OBJECTIF SPECIFIQUES 3:

Un médecin, une Sage-femme, un Infirmier par cercle et commune rempliront les formulaires statistiques fournis responsable du service statistiques de la DNPFSS au 31/12/1987.

EVALUATION : Formulaire remplie.

SERVICE RESPONSABLE :

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION
Etablir critères pour choisir les agents des cercles (médecins sage-femmes, infirmiers) et les premiers cercles	avant juin 1986.		DNPFSS et service statistiques	Critères acceptés
2. Nommer les premiers 26 agents selon les critères.	avant juiller-août 1986			Médecins, etc. no
Planifier une formation pour ces 26 agents .	avant septembre 1986.	Financières	DNPFSS	
Former des 26 agents sur les nouveaux formulaires exemplaires en deux groupes selon des régions choisies	novembre décembre 1986.	Matériel, fournitures pour la formation et pour les centres.		Les agents remplir formulaires correc selon noms établi: session de leur p

126

OBJECTIF SPECIFIQUES : 4. Le Responsable de chacun des centres de SMI/PF ayant reçu la formation en statisti sanitaires acheminera les données, Collectées dans le mois au plus tard le 15 du mois suivant et à partir du

EVALUATION : Données reçues à la structure de supervision.

SERVICE RESPONSABLE : Responsable statistique formé.

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATIO
Identifier les différentes voies alternatives pour l'acheminement.				
Choisir le meilleur chemin pour chaque période				
Acheminer données régulièrement dans le moins delai possible.				

OBJECTIF SPECIFIQUES :

5. Les 8 Agents nommés par les DRSP chargés d'exploiter et d'analyser les données régionales seront formés et en statistiques sanitaires par la DNPFSS avant le 31/12/1986.

EVALUATION :

SERVICE RESPONSABLE :

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATIO
Etablir critères pour choisir agents chargés d'exploiter et analyser données régionales.	avant juin 1986		DNPFSS Service statistique	
Nommer les agents	avantjuillet 1986		DNPFSS Directeurs régionaux Service statistique	
Planifier une formation adéquate pour préparer ces agents à leurs tâches d'exploitation et analyse des données, de faire les rapports et la rétroaction aux agents des cercles	avant septembre 1986			
Former les agents.	octobre 1986.			Les 8 agents démo leur compréhensio le service sanita mer les premiers des cercles.

128

OBJECTIF SPECIFIQUES 6 :

- Après analyse des données reçues le responsable régional chargé des statistiques sanitaires fera la retro-
  écrit à tous les agents qui lui auront transmis les données à partir du 1er Mars 1986. Mensuellement et env
  états et retro-action au niveau national.

EVALUATION :

SERVICE RESPONSABLE :

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATIO
S'assurer que les données sont complètes et correctes. Visiter au préalable.	Dans les 15 - 30 jours après reçu.			
Comparer aux données déjà reçues et aux données des autres centres.				
Analyser - Faire des Tableaux				
Ecrire une analyse avec explication à chaque centre.				

OBJECTIF SPECIFIQUES : 7 Le dit Responsable enverra les donnees et sa retro-action s
au service statistique de la DNPFSS à partir de Fevrier 1

EVALUATION :

SERVICE RESPONSABLE :

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION

OBJECTIF SPECIFIQUES : 8 Le Responsable National des Statistiques de SNI/PF produ un document contenant les informations et données statistiques et analysées

EVALUATION :

SERVICE RESPONSABLE :

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION

/3/

OBJECTIF CRITIQUE 2

Le secteur de santé en collaboration avec les autres secteurs de développement socio-économique, les organisations démocratiques, les organisations non gouvernementales, les organisations de bienfaisance planifiront, [redacted]organiseront, [redacted] contrôleront et [redacted]évaluéront le programme national de SMI/PF à partir de 1987.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Un comité inter-ministériel sous la tutelle de MSP-AS chargé de la Direction du programme national de SMI/PF sera mis en place au 31/12/1986 par les ministères suivant: Santé/AS, l'Education, Plan, Ressources Naturelles et Elevage, Agriculture, Intérieur, Information avec l'UNFM, l'UNTM, l'UNJM, les organisations non gouvernementales, les organisations de bienfaisance (AMPFF, AMUPI, Catholique)

2. Le responsable de la DNSP désignera d'après des critèrespréétablis par elle 2 agents à être spécialisés dans chacune des 5 composantes de SMI/PF au 31 décembre 1986.

3. La DNPFSS identifiera les sources possibles de financement de la formation de tous les agents à être spécialisés désignés par la [redacted] DNSP dans chacune des 5 composantes [redacted] du SMI/PF au 31 Mars 1987.

4. Chaque Directeur régional de la santé designera au moins 1 agent charge d'I.E.C et des autres composantes de SMI/PF avant le 31 décembre 1986.

5. La DNSP signera avec l'AMPFF un protocole d'accord spécifiant le rôle de chaque partie, de manière à s'insaire dans la politique nationale de SMI/PF avant le 31 Mars 1987.

132

OBJECTIF SPECIFIQUES : 1 - Un Comité Inter-ministériel sous la tutelle du MSP-AS chargé de la Direction du Programme national de SMI/PF sera mis en place au 31/12/1986 par les ministères de la Santé/AS, Education, Plan, Ressources naturelles et Elevage, Agriculture, Intérieur, Information, l'UNFM, l'UNJM, l'UNTM, les ONG, les Organisations de bienfaisance (AMPPF, ABUPI, catholique

EVALUATION :

SERVICE RESPONSABLE :

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION

OBJECTIF SPECIFIQUES : 2 - le Responsable de la DNSP designera d'après les critères préétablis par elle, deux agents à être spécialisés dans chacune des 5 composantes de SNI/PF au 31/12/1986

EVALUATION :

SERVICE RESPONSABLE :

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION

OBJECTIF SPECIFIQUES : 3. La DNPFSS identifiera les sources possibles de financement de la formation des agents designés à être spécialisés dans chacune des 5 composantes de SMI/ au 31 Mars 1987.

EVALUATION :

SERVICE RESPONSABLE :

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION

35

OBJECTIF SPECIFIQUES : 4- Chaque Directeur Regional de la Santé Designera au moins 1 agent chargé de et des autres composantes de SMI/PF avant le 31 Decembre 1986.

EVALUATION :

SERVICE RESPONSABLE :

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION

OBJECTIF SPECIFIQUES : 5- La DNSP signera avec l'AMPPF un protocole d'accord specifiant le rôle d
partie de manière à s'inscire dans la politique nationale de SMI/PF avant 6
1987.

EVALUATION :

SERVICE RESPONSABLE :

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION

OBJECTIF CRITIQUE. 3.

La D.N.S.P. mettra au 30 Juin 1988 dans chacun des centres de SMI/PF le personnel qualifié en gestion, soins, IEC pour mener les activités de SMI/PF.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

La D.N.P.F.S.S. formera un responsable pour chaque centre de SMI/PF en techniques de gestion avant le 31 Décembre 1987.

***

OBJECTIF SPECIFIQUES : La DNPFSS formera un responsable pour chaque Centre de SMI/PF au niveau en techniques de gestion avant le 31 Decembre 1987.

EVALUATION :

SERVICE RESPONSABLE :

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION

OBJECTIF CRITIQUE 4

Tous les infrastructures, personnel, équipement, activités de SMI/PF seront supervisés une fois par an par la D.S.F, en collaboration avec les superviseurs régionaux à partir du 1er janvier 1987 pour permettre une bonne performance des agents de terrain.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

1 La DSF en collaboration avec la DNTFSS, l'AMPPF, les écoles organisera un atelier dès le 1er semestre 1987 au cours duquel seront produits le protocole, le standard de pratiques et les critères de choix des superviseurs des agents et services de SMI/PF.

2. La DSF en collaboration avec les responsables régionaux et l'AMPPF désignera les superviseurs d'après les critères déterminés au cours de l'atelier avant le 1er janvier 1988.

3. A chacun des niveaux (national, régional, cercle, arrondissements, secteur de développement) le responsable de SMI/PF établira un calendrier annuel de supervision des activités de SMI/PF et les services utilisés pour leurs applications à partir de janvier 1987.

OBJECTIF SPECIFIQUES : 1. La DSF en collaboration avec la DNPFSS, l'ANPFSS, les écoles, organisera un at le 1er semestre 1987 au cours duquel seront produits le protocole, le standar pratiques et les critères de choix des superviseurs des agents et services de

EVALUATION :

SERVICE RESPONSABLE :

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION

OBJECTIF SPECIFIQUES : 2 - La DSF en collaboration avec les responsable regionaux et l'ADPPF desig
superviseurs d'après les critères determinés au cours de l'atelier avant le 1
1988.

EVALUATION :

SERVICE RESPONSABLE :

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION

142

OBJECTIF SPECIFIQUES : 3. A chacun des niveaux (National, Regional, local) le responsable de SMI/ établira un calendrier annuel de supervision des activités de SMI/PF et les servi pour leurs applications à partir de Janvier 1987.

EVALUATION :

SERVICE RESPONSABLE :

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION

OBJECTIF CRITIQUE 5

Tous les responsables des centres de SMI/PF se déplaceront d'après leurs programmes au niveaux nationaux, régionaux, locaux pour mener les activités de SMI/PF à partir du 31 décembre 1987.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

1. La DNSP mettra à la disposition du responsable national de SMI/PF un véhicule tout terrain et les frais de fonctionnement et d'entretien y afferants avant le 30 juin 1987 afin de mener les activités planifiées.

2- Tous les responsables Nationaux de SMI/PF identifieront les moyens de transport à mettre à la disposition des agents de terrain pour mener les activités programmées de SMI/PF avant le 30 juin 1987.

OBJECTIF SPECIFIQUES : 1 La DNSP mettra à la disposition du responsable national de SMI/PF un tout terrain et les frais de fonctionnement et d'entretien y afférents avant 1987 afin de mener les activités planifiées.

EVALUATION :

SERVICE RESPONSABLE :

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION

OBJECTIF SPECIFIQUE : 2 Les responsables Nationaux de SMI/PF identifieront les moyens de transport à la disposition des agents de terrain pour mener des activités de SMI/ programmées avant le 30 Juin 1987.

EVALUATION :

SERVICE RESPONSABLE :

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION

OBJECTIF CRITIQUE 6

La D.N.P.F.S.S. en collaboration avec la D.S.F, l'AMPPF les agents de terrain les secteurs impliqués et les populations évaluera le programme national de SMI/PF ainsi que les services utilisés pour son exécution en 1988, 1990 pour améliorer les activités en cours et planifier les actions futures.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. La D.N.P.F.S.S. en collaboration avec la DSF, l'AMPPF, et les secteurs impliqués dans les activités de SMI/PF identifiera au cours d'un seminaire/atelier les indicateurs permettant de suivre les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la politique nationale de SMI/PF avant le 31 Décembre 1986.

2. La D.N.P.F.S.S. en collaboration avec la DSF, l'AMPPF, les secteurs impliqués dans la mise en oeuvre des activités de SMI/PF, les agents de terrain, les populations évaluera le 31 Décembre 1988, le 31 Décembre 1990 le programme et les services de SMI/PF.

3. La D.N.P.S.S. identifiera un organisme extérieur pour évaluer à partir du 31 Décembre 1993 l'impact du programme de SMI/PF et des services utilisés pour son exécution sur la population du Mali.

***

OBJECTIF SPECIFIQUES 1:

La DNPFSS en collaboration avec la DSF, l'AMPPF et les secteurs impliqués dans les activités identifiera au cour séminaire/atelier les indicateurs permettant de suivre les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la politiq ale de SMI/PF avant le 31/12/1986.

EVALUATION : de l'objectif : Plan à exécuter : liste d'indicateurs.

SERVICE RESPONSABLE : de l'objectif : Le comité inter-ministériel avec DNPFSS et DSF.

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION
1. Réunir le comité inter-ministériel créé par la suite d'implémentation de l'objectif critique 2.		Liste des participants de l'atelier de programmation.	Les agents de comité avec DNPFSS et DSF UNFM UNTM UNJM MSP/AS Ministère du Plan. Minis. de l'Education Minis. Ressources Naturelles et Elev. (Section Animation rurale) Minis. Agriculture Minis. Intérieur. Minis. Information.	Procès verbal de la liste de composition inter-ministériel.
2. Fixer une date pour un atelier d'évaluation, choisir d'autres personnes à participer le cas échéa...	avant décembre 1986.	Experts ou autres formés en évaluation.		Date fixée envoyée . des membres de la li PLAN du comité inter
3. Au cours de l'atelier d'élaborer le plan d'évaluation. 2) spécifier les indicateurs 3) fixer le qui, quand, comment et avec quelles ressources on suivra le plan.	avant le 31 décembre 1986.			FINAL REVISE

OBJECTIF SPECIFIQUES 2

La DNPFSS en collaboration avec la DSF, l'ALPPF, les secteur impliqués dans la mise en oeuvre des activités de SI agents de terrain, les populations, evaluera le31/12/1988, le 31/1990 le prgramme et les services de SNI/PF.

EVALUATION : Liste des membres évaluateurs, protocole d'évaluatio, résultats de l'évaluation et date à laquelle l' a été mené.

SERVICE RESPONSABLE : DNPFSS

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION
Etablir un calendrier et un protocole pour les activités d'évaluation sur tout le terrain.	Janvier 1988	Travail fait en objectif spécifique 1	Comité inter-ministériel DNPFSS, DSF	Calendrier preparé
S'assurer que les moyens d'évaluation sont déjà mis en place (données statistiques)	Mars-Juin 1988	Fiches, rapports du système d'information	DNPFSS DSF avec les agents des services sur le terrains	
Commencer visites d'évaluation Compiler les résultats Rédiger le rapport. Ventiler aux services participants. Donner la rétroaction.	Sept 1988 Sept 1990. Nov. 1988 et Nov. 1990	Transport logistiques Listes des indicateurs.	Membres du comité-gens formés pour évaluer.	Listes remplies plus taires.

149

OBJECTIF SPECIFIQUES 2 :

La DNPFSS identifiera un organisme extérieur pour evaluer à partir du 31 décembre 1993 l'Impact du programme de SM
services utilisés pour son exécution sur la population du Mali.
EVALUATION : Rapport d'évaluation réalisé d'après les termes de référence.

SERVICE RESPONSABLE : DNPFSS.

TACHES	Nombre de jours ou Date limite	RESSOURCES	SERVICE (S)	EVALUATION
Developper les termes de références.	1993	Documents.	DNPFSS	Documents disponibles (
Rassembler toute l'information des évaluations faites sur le terrain et les analyses qui en ont été faites.	30 Septembre.	Section évaluation (DNPFSS)	(et comité interministériel).	à toutes les informatic
Identifier l'organisme extérieur.		Membre chargés de la mise en oeuvre		péos on SMI/PF.
Identifier le personnel à travailler avec et organisme à préparer leurs visites.		Service statistiques		Critères de choix et n
Développer avec l'organisme des critères.		Liste d'organismes évaluateurs.		ganisme extérieur.
Mettre tous les moyens identifiés, nécessaires à la disposition du dit organisme				Noms et qualification d
				choisi correspondant a
				Evaluation faite et ra
				ponible.

PROCESSUS DE DEVELOPPEMENT D'UN PROGRAMME DE SMI-PF.

PLANIFICATION

Fiche A-1

SERVICES CONCERNES	Recherche et Analyse des Données	Identification de Problème	Développement des Buts et Objectifs	Recherche des Obstacles et Ressources	Rédaction du Programme	Attribution des Tâches	Recherche Opérationnelle	Evaluation	Approbation
MINISTERE: Santé Publique et Affaires Sociales									
DIRECTION: Affaires Sociales				+		+			+
DIVISION: Developpement. e. Protection de la famille	+	+	+	+	+		+		
SERVICE:									
SECTION:									
BUREAU:									

Fiche C-1

TYPE DE FORMATION / PERSONNES A FORMER	SUR 2 ANS			
	Recyclage en recensement des besoins et développement de curriculum.	Recyclage en développement des programmes de formation en SMI/PF et gestion de ces programmes	Formation en Education pour la Santé Communautaire, Evaluation et Monitoring.	Gestion des programmes de planification familiale (pratique)
PROFIL-TITRE Technicien des Affaires Sociales	X	X	X	X
LIEU D'EMPLOI - Services Sociaux de cercles et de communes Centres de Développement Comm. - Centres de Santé				
NIVEAU D'ETUDE ACTUEL MOYEN DEF + 2 ou 3 ans				

PROCESSUS DE MISE EN OEUVRE D'UN PROGRAMME DE SMI-PF

MISE EN OEUVRE

FICHE A-2

ORGANISME CONCERNE	Organisation	Contrôle des Activités	Supervision	Evaluation	Reformulation du Programme				
MINISTERE:									
DIRECTION: Affaires Sociales	X	X		X	X				
DIVISION: D.C. P.F		X	X		X				
SERVICE:									
SECTION:									
BUREAU:									

Fiche B-1

SYSTEME D'INFORMATION

COMPOSANTE DE PROGRAMME DE SM1-PF / PERSONNE EN CHARGE	TYPES DE DONNEES	DEVELOPPEMENT DES FORMULAIRES	PRE-TEST DES FORMULAIRES	RECUEIL DES DONNEES	CENTRALISATION DES DONNEES	TRAITEMENT DES DONNEES	RETROACTION
MINISTERE:							
DIRECTION: Affaires Sociales	Sociales						
DIVISION: D.C. P.F.		X			X	X	
SERVICE: Service Social de ou le centre de D.C.			X	X			X
SECTION:							
BUREAU:							

54

Fiche B-2

COMPOSANTE DE PROGRAMME DE SMI/PF / PERSONNE EN CHARGE	SYSTEME LOGISTIQUE						
	TRANSPORT	ENTREPOSAGE	PROVENANCE				
			Equipement	Matériel	Produits	Médicaments	
MINISTERE:							
AUTRE:							
DIRECTION:							
SERVICE:							
SECTION							
BUREAU:							

Fiche B-3

COMPOSANTE DE PROGRAMME DE SMI/PF / PERSONNE EN CHARGE	SYSTEME COMPTABLE				
	COMMANDE	TENUE DES STOCKS	LIVRE DE COMPTE		
MINISTERE:					
AUTRE:					
DIRECTION:					
DIVISION:					
SERVICE:					
SECTION:					
BUREAU:					

Fiche C-2

TYPE DE FORMATION / PERSONNES A FORMER	SUR 2 ANS		
	Formation de formateurs en matière de PF non-clinique et en Education pour la Santé Communautaire.	Formation en Education pour la Santé Communautaire	Evaluation du programme de formation en SMI/PF.
PROFIL-TITRE - Responsables régionaux - chefs de division - chefs de service	X		X
LIEU D'EMPLOI - Région - Cercle - Commune - Centres de Santé			
NIVEAU D'ETUDE ACTUEL MOYEN hetero gene			

Fiche C-3

TYPE DE FORMATION / PERSONNES A FORMER	SUR 2 ANS			
	Amélioration du curriculum des quatre Ecoles Professionnelles en PF Clinique, Education pour la Santé Communautaire et Gestion.			
	E. F. D. C.	E. I. P. G.	E.S.S.	E.N.M.P.M.
PROFIL-TITRE				
LIEU D'EMPLOI				
NIVEAU D'ETUDE ACTUEL MOYEN				

Fiche B-3

COMPOSANTE DE PROGRAMME DE SMI/PF / PERSONNE EN CHARGE	SYSTEME COMPTABLE				
	COMMANDE	TENUE DES STOCKS	LIVRE DE COMPTE		
MINISTERE:					
AUTRE:					
DIRECTION:					
DIVISION:					
SERVICE:					
SECTION:					
BUREAU:					

Fiche C-1

TYPE DE FORMATION / PERSONNES A FORMER	SUR 2 ANS			
	Recyclage en recensement des besoins et développement de curriculum.	Recyclage en développement des programmes de formation en SMI/PF et gestion de ces programmes	Formation en Education pour la Santé Communautaire, Evaluation et Monitoring.	Gestion des programmes de planification familiale (pratique)
PROFIL-TITRE	[illegible] DSF	MEDECIN Sage-femme Infirmier d'Etat	- MEDECINS - SF - IE	- MEDECIN SF
LIEU D'EMPLOI	DSF	D.S.F = des 3 aires de santé SMI/PF Maternité, Laboratoire pour la Santé	DSF	
NIVEAU D'ETUDE ACTUEL MOYEN				

Fiche C-2

TYPE DE FORMATION / PERSONNES A FORMER	SUR 2 ANS		
	Formation de formateurs en matière de PF non-clinique et en Education pour la Santé Communautaire.	Formation en Education pour la Santé Communautaire	Evaluation du programme de formation en SMI/PF.
PROFIL-TITRE	Equipe de formation de la DSF: Médecin SF [illegible]	Personnel de la Section [illegible] pour la santé [illegible] - Personnel [illegible] - Technicien de développement communautaire	Equipe DSF [illegible]
LIEU D'EMPLOI	DSF		DSF
NIVEAU D'ETUDE ACTUEL MOYEN			

Fiche C-3

TYPE DE FORMATION / PERSONNES A FORMER	SUR 2 ANS			
	Amélioration du curriculum des quatre Ecoles Professionnelles en PF Clinique, Education pour la Santé Communautaire et Gestion.			
	E. F. D. C.	E. I. P. G.	E.S.S.	E.N.M.P.M.
PROFIL-TITRE	- MEDECIN	[illegible]	- MEDECIN - [illegible]	MEDECIN
LIEU D'EMPLOI	DSF	DSF	[illegible]	DSF
NIVEAU D'ETUDE ACTUEL MOYEN				

PROCESSUS DE DEVELOPPEMENT D'UN PROGRAMME DE SMI-PF.

PLANIFICATION

Fiche A-1

SERVICES CONCERNES	Recherche et Analyse des Données	Identification de Problème	Développement des Buts et Objectifs	Recherche des Obstacles et Ressources	Rédaction du Programme	Attribution des Tâches	Recherche Opérationnelle	Evaluation	Approbation	
MINISTERE:	[illegible]					[illegible]			[illegible]	[illegible]
DIRECTION:	[illegible]					[illegible]			[illegible]	[illegible]
DIVISION:	X [illegible]	X	X	X	X	[illegible]	X	X	[illegible]	[illegible]
SERVICE:	[illegible]	[illegible]				[illegible]			[illegible]	[illegible]
SECTION:	[illegible]					[illegible]			[illegible]	[illegible]
BUREAU:	[illegible]					[illegible]			[illegible]	[illegible]

MISE EN OEUVRE

FICHE A-2

PROCESSUS DE MISE EN OEUVRE D'UN PROGRAMME DE SMI-PF / ORGANISME CONCERNE	Organisation	Contrôle des Activités	Supervision	Evaluation	Reformulation du Programme				
MINISTERE:									
DIRECTION:									
DIVISION:									
SERVICE:									
SECTION:									
BUREAU:									

Fiche B-1

SYSTEME D'INFORMATION

COMPOSANTE DE PROGRAMME DE SMI-PF / PERSONNE EN CHARGE	TYPES DE DONNEES	DEVELOPPEMENT DES FORMULAIRES	PRE-TEST DES FORMULAIRES	RECUEIL DES DONNEES	CENTRALISATION DES DONNEES	TRAITEMENT DES DONNEES	RETROACTION
MINISTERE:							
DIRECTION:							
DIVISION:							
SERVICE:							
SECTION:							
BUREAU:							

Fiche B-2

COMPOSANTE DE PROGRAMME DE SMI/PF / PERSONNE EN CHARGE	SYSTEME LOGISTIQUE							
	TRANSPORT	ENTREPOSAGE	PROVENANCE					
			Equipement	Matériel	Produits	Médicaments		
MINISTERE:								
AUTRE:								
DIRECTION:								
SERVICE:								
SECTION								
BUREAU:								

Fiche A-1

PROCESSUS DE DEVELOPPEMENT D'UN PROGRAMME DE SMI-PF. / SERVICES CONCERNES	PLANIFICATION									
	Recherche et Analyse des Données	Identification de Problème	Développement des Buts et Objectifs	Recherche des Obstacles et Ressources	Rédaction du Programme	Attribution des Tâches	Recherche Opérationnelle	Evaluation	Approbation	
MINISTERE:										
DIRECTION:										
DIVISION:										
SERVICE:										
SECTION:										
BUREAU:										

PROCESSUS DE MISE EN OEUVRE D'UN PROGRAMME DE SMI-PF

MISE EN OEUVRE

FICHE A-2

ORGANISME CONCERNE	Organisation	Contrôle des Activités	Supervision	Evaluation	Reformulation du Programme				
MINISTERE:	X	X		X	X				
DIRECTION:									
DIVISION:									
SERVICE:									
SECTION:									
BUREAU:									

16D

Fiche B-1

SYSTEME D'INFORMATION

COMPOSANTE DE PROGRAMME DE SMI-PF / PERSONNE EN CHARGE	TYPES DE DONNEES	DEVELOPPEMENT DES FORMULAIRES	PRE-TEST DES FORMULAIRES	RECUEIL DES DONNEES	CENTRALISATION DES DONNEES	TRAITEMENT DES DONNEES	RETROACTION
MINISTERE:	[illegible]	[illegible]	X	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
DIRECTION:		[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
DIVISION:		[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
SERVICE:		[illegible]		[illegible]		[illegible]	
SECTION:		[illegible]					
BUREAU:							

Fiche B-2

COMPOSANTE DE PROGRAMME DE SMI/PF / PERSONNE EN CHARGE	SYSTEME LOGISTIQUE						
	TRANSPORT	ENTREPOSAGE	PROVENANCE				
			Equipement	Matériel	Produits	Médicaments	
MINISTERE:							
AUTRE:							
DIRECTION:							
SERVICE:							
SECTION							
BUREAU:							

170

Fiche B-3

COMPOSANTE DE PROGRAMME DE SMI/PF / PERSONNE EN CHARGE	SYSTEME COMPTABLE				
	COMMANDE	TENUE DES STOCKS	LIVRE DE COMPTE		
MINISTERE:					
AUTRE:					
DIRECTION:					
DIVISION:					
SERVICE:					
SECTION:					
BUREAU:					

Fiche C-1

TYPE DE FORMATION / PERSONNES A FORMER	SUR 2 ANS			
	Recyclage en recensement des besoins et développement de curriculum.	Recyclage en développement des programmes de formation en SMI/PF et gestion de ces programmes	Formation en Education pour la Santé Communautaire, Evaluation et Monitoring.	Gestion des programmes de planification familiale (pratique)
PROFIL-TITRE	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
LIEU D'EMPLOI				
NIVEAU D'ETUDE ACTUEL MOYEN [illegible]	[illegible]			

Fiche C-2

TYPE DE FORMATION / PERSONNES A FORMER	SUR 2 ANS		
	Formation de formateurs en matière de PF non-clinique et en Education pour la Santé Communautaire.	Formation en Education pour la Santé Communautaire	Evaluation du programme de formation en SMI/PF.
PROFIL-TITRE			
LIEU D'EMPLOI			
NIVEAU D'ETUDE ACTUEL MOYEN			

Fiche C-3

TYPE DE FORMATION / PERSONNES A FORMER	SUR 2 ANS			
	Amélioration du curriculum des quatre Ecoles Professionnelles en PF Clinique, Education pour la Santé Communautaire et Gestion.			
	E. F. D. C.	E. I. P. G.	E.S.S.	E.N.M.P.M.
PROFIL-TITRE				
LIEU D'EMPLOI				
NIVEAU D'ETUDE ACTUEL MOYEN				

APPENDIX I

MALIAN MATERIALS DISTRIBUTED

APPENDIX I1

WORKING DOCUMENT FROM NATIONAL HEALTH DIRECTORATE

APPENDINX I1

Document de Travail

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

EXPERIENCES MALIENNES EN MATIERES DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES.-

Généralités sur la Républiquedu Mali

Pays enclavé, la Républiquedu Mali s'étant sur 1.240.000 Km^2 avec plus de 7 Millions d'Habitants.

C'est un état continental entouré par 7 pays : Mauritanie, Algerie, Burkina Faso, Niger, R.C.I, Sénégal et Guinée.

Le pays est divisé en 7 Régions, 1 District, 52 Cercles, 285 Arrondissements comportant chacun 25 à 40 villages totalisant 10.350 villages.

Le Mali est arrosé pàr 2 grands fleuves : Le fleuve Sénégal qui se dirige vers l'Océan Atlantique et le fleuve Niger qui aprés un long parcours vers le Nord revient se jeter dans le golf de Guinée.

Sur 7 Millions d'Habitants, 85 % environ vivent en milieu rural et 15 % environ de la population habitent dans les cités de plus de 100,000 personnes.
C'est dire que la population est essentiellement rurale à vocation agro-pastorale.

Sur le plan économique, le Mali se place parmi les 25 Pays les plus défavorisés du monde avec un revenu de 154 dollars U.S par Habitant et par an.
L'economie se caractérise par la prédominance du secteur primaire (agriculture, élevage, pêche).
Les nombreuses années de sècheresse que notre pays a connu ont réussi à imprimer une note plus dramatique.
L'effort de développement économique du Mali a été fortement marqué par les effets de la continentalité du pays, de l'insuffisance des infrastructures de transport.

Voilà le cadre socio-économique qui est à lui seul suffisant pour

La République du Mali s'efforce a travers son devéloppement économique et social, de permettre à l'ensemble de la population d'atteindre un niveau, un mode et des conditions de vie garantissant la satisfaction des besoins essentiels tant matériels que culturels dans un environnement préservé et amélioré du point de vue physique et du point de vue humain favorable à l'économie nationale indépendante et planifiée.

Dans le domaine social, l'accent est mis sur l'auto responsabilité des communautés de base, leur adhésion et leur participation effective au devéloppement socio-économique car dans ce domaine, reflet de la situation économique, les difficultés de l'Etat ont une repercussion aigue.

Situation Sanitaire : Elle est le reflet d'une part, des conditions imposées par l'environnement et des rapports que l'homme entretient avec son milieu, d'autre part des conditions socio-économiques.

La morbidité et la mortalité sont essentiellement tributaires :

- d'un environnement naturel favorable à la transmission d'un grand nombre de maladies infectieuses et parasitaires
- de l'Hygiène défectueuse en rapport avec des comportements inadéquats
- des apports nutritionnels déficient en qualité et en quantité.

60 à 75 % de l'ensemble des maladies transmissibles sont à rattacher à cet environnement hostile, aux interdits alimentaires fondés sur des croyances socio culturelles frappant certaines denrées comestibles. Donc les maladies transmissibles qui peuvent être evitées demeurent les préoccupations fondamentales des populations et du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Il faut noter : la rougeole, le paludisme, les infections bronchopulmonaires, le tétanos, la méningite cérebro-spinale, la polyo, la tuberculose, l'onchocercose.

Dans le domaine de la Protection Maternelle et Infantile, à peine 15 à 20 % des accouchements effectués chaque année sont contrôlés par nos services de santé, cépendant que 80 à 85 % s'effectuent entre les mains des Accoucheuses Traditionnelles.

Cette situation est d'autant plus réelle si l'on sait que la République du Mali comme la plupart des anciennes colonies a hérité d'un système de santé caractérisé par son inaccessibilité à la majorité des populations. En effet seuls 10 à 15 % des maliens avaient accès aux services de santé officiels. Les 90 à 85 % restants et sur lesquels repose toute l'économie du pays étaient plus ou moins laissés pour compte.

178

Nous nous trouvions devant une injustice sociale que nous ne pouvions continuer à cautionner. En plus de cet accès difficile, ce système de santé se présentait comme suit :

- Dispensaires Ruraux complètement demunis et très eloignés des villages qu ils doivent desservir
- Hôpitaux surpeuplés où les malades affluent et parmi lesquels certains après avoir parcouru des centaines de Km, viennent mourir aux portes de ces mêmes hôpitaux faute de n'avoir pu bénéficier de soins d'urgence dans leur lieu de résidence
- Insuffisance de médecins et d'infirmiers qualifiés
- Mauvaise répartition des ressources humaines, matérielles et financières
- Service de santé travaillant en vase clos sans collaboration aucune avec les autres secteurs de développement socio-économique et sans participation des collectivités.

C'est en cherchant une solution à cette situation dramatique qu'est né le concept de Soins de Santé Primaires. Mais le Mali n'a pas attendu la Conférence Historique d'Alma Ata en 1978 pour mettre en oeuvre une politique de Soins de Santé Primaires.

En effet, depuis 1964, lors du 1er seminaire national des travailleurs de la Santé Publique et des Affaires Sociales, le Mali a opté pour une politique sanitaire basée sur le devéloppement des services de santé de base.

Le plan décennal élaboré au cours de ce seminaire s'était fixé comme objectif la mise en place d'une pyramide sanitaire allant de l'équipe de santé de village jusqu'aux cadres supérieurs des Hôpitaux Nationaux tous étant impliqués dans une vaste entreprise privilégiant les actions de prévention, d'Education Pour la Santé, d'Hygiène de soins curatifs essentiels afin de parvenir à une couverture sanitaire satisfaisante de toutes les populations.

Le 2ème Seminaire National des Travailleurs de la Santé Publique et des Affaires Sociales tenu en 1978 etle Congrès Constitutif de l'Union Démocratique du Peuple Malien de 1979 ont reconfirmé cette politique. Parmi les recommandations formulées par le 2ème seminaire, certains

- Que chaque région commence la formation d'un premier contingent de Matrones Rurales qui s'adressera à des femmes alphabetisées et mariées dans le village où elles auront à servir. Cette formation aura lieu au niveau de chaque chef lieu de cercle interessé

- que les secteurs de devéloppement socio-économique utilisent les Matrones Rurales avec la collaboration des auxilliaires de santé masculins

- que l'équipe du secteur dispose d'un moyen de locomotion approprié qui lui permette d'assurer ses deplacements dans l'ensemble des villages dudit secteur

- que chaque chef lieu de secteur soit pourvu d'une pharmacie qui sera à même d'assurer l'approvisionnement regulier des villages

- que le centre de santé d'arrondissement dispose de quelques salles d'Hospitalisations médicales et d'un centre de Soins Maternels avec maternité qui sera équipée au moins d'une boite de petite chirurgie

- qu'un dépôt de médicaments soit géré par la Fédération des Groupements Ruraux de manière autonome et par une personne alphabetisée permettant ainsi l'approvisionnement regulier des pharmacies de secteur

que les bénéfices réalisés à partir de la réduction de 15 % consentis à la Fédération des Groupements Ruraux servent à financer exclusivement les activités de Soins de Santé Primaires

- que tous les villages du Mali aient la possibilité de créer et de faire fonctionner à leur niveau une équipe de santé de village comprenant : Accoucheuses Traditionnelles - Hygiénistes Sécouristes - Animatrices de villages

- que l'intégration des tradipraticions au sein de l'équipe de santé de village soit faite après un recensement serieux de leurs compétences.

<u>Efforts fournis par le Gouvernement pour la mise en oeuvre de de Soins de Santé Primaires</u>

- Engagement politique
- Affectation des ressources
- Collaboration intersectorielle.

.../...

1. Engagement politique

Comme mentionné dans ce qui précède, depuis 1964, le Mali a opté pour une politique de masse ; option reconfirmée par le 2ème Séminaire National des Travailleurs de la Santé Publique et des Affaires Sociales et le Congrès Constitutif de l'Union Démocratique du Peuple Malien.

En outre le Mali fait partie des pays qui ont signé la charte régionale de la santé.
Mais les déclarations d'intention à un niveau élévé ne constituent pas les seuls indicateurs de l'engagement politique.
On doit tenir nécessairement compte des autres aspects de cet engagement notamment : la Restructuration du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.
Affectation des ressources
Degré d'équité dans la repartition
Degré d'engagement de la collectivité
Etablissement d'un processus gestionnaire.

Organisation des Services de Santé

Jusqu'en 1979, le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Mali, ne comprenait que 2 Directions et 2 Organismes personnalisés (Instituts) : La Direction Nationale de la Santé Publique - la Direction Nationale des Affaires Sociales - l'Institut National de Biologie Humaine - l'Institut National de la Pharmacopé et de la Médecine Traditionnelle.

La restructuration intervenue dans le courant 1980 a été guidée par le souci d'efficacité par la déconcentration des activités de la Direction Nationale de la Santé Publique.
2 nouvelles Directions ont été créées à l'issue de cette restructuration

La Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale : organe de conception et de contrôle de l'exécution de plans de devéloppement socio-sanitaire ;

La Direction de l'Hygiène Publique et de l'Assainissement : organe chargé de l'élaboration et de l'exécution de la politique d'Hygiène et d'Assainissement.

L'Institut National de Recherche en Santé Publique se voit confier une vocation de recherche appliquée.

Le Cabinet du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales joue un rôle de coordination des activités des Directions grâce à son renforcement par des Conseillers Techniques competents ayant des attributions bien précises.

La Cellule Administrative et Financière du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales s'occupe de la politique du departement dans les domaines du personnel du matériel et des moyens financiers.

Au niveau régional : Parmi les services centraux, seule la Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale n'a pas de repondant au niveau régional. Ses attributions sont exercées grâce à l'appui technique des Divisions Economiques de la Santé des Directions Régionales de la Santé Publique.
Il ya là une manifestation d'une volonté réelle de régionalisation du processus de programmation, de gestion et d'evaluation des services de santé.

Au niveau du Cercle : l'Administration des services socio-sanitai: sanitaires est exercée par le Médecin-Chef de Cercle qui joue le rôle de chef de file d'un équipe comprenant :

- 1 agent du service social (Technicien de Developpement Communautaire assistant social)
- 1 agent du Service d'Hygiène (Technicien Sanitaire).

Au niveau de l'Arrondissement : l'Infirmier Diplômé d'Etat assure à ce niveau la coordination de toutes les activités socio-sanitaires.

Affectation des ressources

Malgré les enormes difficultés économiques que nous connaissons depuis quelques années, l'allocation des ressources a connu des changements positifs.
Certes, la part du budget national a évolué en dents de scie mais le gouvernement a multiplié des contacts pour mobiliser des ressources extérieures au profit du secteur de la Santé.
C'est dans ce cadre qu'il faudra placer :

- Le Projet Santé Rurale dans les Cercles de Koro et de Yélimané 60.522.500 CFA
- Le Projet Mali Suisse dans les Cercles de Bougouni, Kolondiéba et Yanfolila 251.952.000 F CFA

182

- Le Projet Soins de Santé Primaires dans les Cercles de Nioro et Diéma 973.500.000 CFA financés par le FED
- Le Projet Banque Mondiale dans les Cercles de Kita, Bafoulabé, Keniéba (K.B.K)
- Le Projet de Promation Humaine du Bélédougou avec Volet Santé
- L'Opération ODIK dans la Région de Kayes avec Volet Santé (Opération de Devéloppement Intégré du Kaarta
- Les différentes interventions de l'UNICEF et de l'OMS pour la fourniture de moyens logistiques, de vaccins secteur sanitaire.

Au titre d'exemple, il faut noter que le Japon vient de fournir au Mali du Matériel Technique pour l'équipement des Centres de Santé des Cercle

En outre l'insertion des volets santé dans les Opérations de Devélop pement Rurales a été institutionalisé.

Ces différentes ressources ont servi à :

- la formation et au recyclage du personnel d'encadrement, de supervision et d'exécution
- la sensibilisation des populations
- la construction et au renforcement des structu base
- la fourniture des moyens logistiques
- la mise en place des pharmacies villageoises.

Equité dans la repartition des ressources

En ce qui concerne l équité dans la répartition des ressources allouées à la santé par le budget national, il persiste encore un certain déséquilibre en faveur des zones urbaines, grande consommatrice de soins curatifs.

Mais en tenant compte de l'ensemble de l'enveloppe financière (ressources internes et externes), on se rend compte que les zones rurales ont été favorisées car la quasi totalité des ressources externes acquises a été investie dans ces zones.

Formation du personnel

Dans le cadre des Soins de Santé Primaires, le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales en collaboration avec certains Organismes Internationaux a organisé des sessions de formation, des séminaires ateliers pour le personnel médical et para médical, les preparant ainsi à faire face aux activités de Soins de Santé Primaires.

.../...

Ainsi de 1980 à nos jours plusieurs seminaires et ateliers ont eu lieu. Ces activités ont permis la formation des formateurs qui à leur tour ont formé :

306 Matrones Rurales

490 Hygiènistes Secouristes

recyclé

538 Accoucheuses Traditionnelles.

En ce qui concerne les Accoucheuses Traditionnelles, c'st une personnalité du village qui detient entre les mains l'art de la delivrance des femmes enceintes.
Sa formation essentiellement pratique, consiste à corriger surtout ses pratiques dangereuses cause d'une mortalité maternelle et infantile élevée et d'ameliorer les conditions d'accouchement.
Les objectifs éducationnels à atteindre par l'Accouchouse Traditionnelle à la fin de son stage de recyclage se referent à la conduite efficace d'un accouchement normal dans les conditions d'Hygiène acceptable aussi bien pour la mère que pour le nouveau né et l'apprentissage de signes majeurs des grossesses à risques pour lesquelles elle doit renoncer à effectuer l'accouchement au village et demander une évacuation vers un centre mieux équipé. Les objectifs interessent par ailleurs des rudiments d'education nutritionnelle (introduction progressive d'une alimentation variée à partir des ressources locales et la conduite du sevrage.
Les moyens matériels à mettre à la disposition des Accoucheuses Traditionnelles pour leurs activités sur le terrain se resument en une trousse composée d'un plateau, d'une paire de ciseaux ou de lames ou un canif et des objets de pansement.

En ce qui concerne l'Hygièniste Secouriste Villageois , sa qualité est acquise après un stage de 7 à 10 jours dans le dispensaire du Chef-lieu d'Arrondissement. Leur choix revient à la collectivité qui fera appel aux "bonnes volontés rencontrées parmi les jeunes". C'est une fonction benevole. Toutefois il ya lieu de noter que le Mali ayant dans son histoire une solide tradition d'entraide fraternelle et de travaux communautaires il est presque certain que les collectivités trouveront le moyen de desinteresser d'une manière au d'une autre ceux qui accepteront consacrer tous les jours 1 à 2 précieuses heures de

Après sa formation, l'Hygièniste Secouriste Villageois menera des activités secouristes : petits soins d'urgence, pansement des plaies, instillation de collyre de gouttes nasales, auriculaires, administration de comprimés antipalustres, anti-diarrhéïques.
Il veille à l'Hygiène du milieu, lutte contre les gites de moustiques, veille à la propreté des abords des puits et à l'evacuation des dechets et ordures menagères dans des depotoirs loin du village.
Il declare à l'Infirmier-Chef de poste d'Arrondissement tous premiers cas de n'importe quelle maladie épidémique enregistrée dans le village.
Il recense non seulement les therapeutes traditionnels mais coopère etroitement avec eux.

Dans le domaine de la formation, le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales a procedé au recyclage en Soins de Santé Primaires de tous les Médecins-Chefs des Centres de Santé de Cercle et leur Adjoint.
La mise en place des équipes regionales de formation se poursuit avec satisfaction.
Par ailleurs, le niveau des prestations sanitaires au niveau des Arrondissements a pu être relevé en y affectant des Infirmiers Diplômés d'Etat.
Actuellement sur 285 Arrondissements, 85 sont diriges par des Infirmiers Diplômés d'Etat.
4 Arrondissements dans la Région de Ségou sont tenus par des Médecins : Kolongotomo - Diabaly - Seribala - Markala.
Il en est de même pour les 52 Centres de Santé de Cercle et de Commune qui disposent chacun de 2 Médecins.

Collaboration Intersectorielle

Jusqu'à ces dernières années, les problèmes de santé étaient considéres comme une affaire ne concernant que les seuls professionnels de la sante.
La correlation entre les actions sanitaires et le developpement était male perçuc par la plupart des économistes.
Ainsi le secteur santé a été longtemps relegué à l'arrière plan, car di disait-on il s'agit d'un secteur non productif. Heureusement vers les annees 1977, il a été constaté un certain changement de comportement vis à vis du secteur santé.
Ainsi de grandes institutions financières comma la Banque Mondiale ont

Au Mali, en particulier, la nécessité d'inserrer des volets santé dans les Opérations de Developpement Rurales a été reconnue et soulignée par le Chef de l'Etat dans une lettre circulaire qui a été largement diffusée.
Ce changement de mentalité a facilité dans une certaine mesure la collaboration intersectorielle tant souhaitée.
Mais pour rendre cette collaboration plus efficace, le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales a jugé nécessaire de l'institutionaliser en mettant en place des structures de participation.
Ainsi ont vu le jour :

Au niveau central : le Conseil consultatif National de la Santé qui est une instance nationale chargée d'assurer la coordination intersectorielle dans le processus de developpement sanitaire. Il permet notamment d'associer les secteurs de l'Hydraulique, de l'agriculture, de l'élevage et des eaux et forêts ainsi que des rprésentants des groupes professionnels et d'organisation politique et de masse dont l'action est déterminante sur la santé, à l'élaboration et au contrôle de l'exécution des plans de developpement sanitaire.

Comité d'orientation et de coordination des études et programmes Socio-Sanitaires

Le COCEPSS est un organe interne de reflexion du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales chargé de définir l'orientation générale des études à mener et des programmes à adopter. Il est un instrument de la coordination des activités et des programmes socio-sanitaires.

La Cellule de Coordination des Soins de Santé Primaires à la Direction Nationale de la Santé Publique qui est un instrument, une structure operationnelle pour la coordination et l'harmonisation des activités des Soins de Santé Primaires au sein de laquelle les bailleurs de fonds sont impliqués dans le fonctionnement et au suivi des activités.
Au niveau Régional le conseil consultatif et le COCEPSS ont leur repondant dans chacune des régions.
Au niveau des Cercles et des Arrondissements, le Conseil de gestion des Centres de Santé assument les fonctions de planification et de

Ces differentes structures devraient permettre d'associer les collectivités mais aussi les autres secteurs de developpement socio-économique aux activités de conception, de mise en oeuvre et d'evaluation des programmes de santé.

Infrastructures

L'objectif d'ici l'an 2.000 visait la mise en place des structures sanitaires suivantes :

3 Hôpitaux Nationaux
7 Hôpitaux Regionaux
46 Centres de Santé de Cercles
1.300 equipes de santé d'Arrondissement
10.368 equipes de santé de village
des equipes de santé nomade.

Les 3 Hôpitaux Point "G", Hôpital Gabriel Touré et Kati ont tous une vocation nationale et fonctionnent depuis notre independance.
Sur les 7 Hôpitaux Régionaux prevus, ceux de Kayes, Sikasso, Ségou Mopti et Gao (5) constituent d'être fonctionnels.
Le financement de la construction des Hôpitaux Regionaux de Tombouctou et Koulikoro est acquis auprès de la Banque Africaine de Devéloppement.
Il est à noter que 2 nouveaux Hôpitaux Secondaires ont vu le jour : San et Diré.
En ce qui concerne les autres structures, on note actuellement le fonctionnement de :

52 Centres de Santé de Cercle et de Commune
285 Centres de Santé d'Arrondissement
1.300 postes medicaux de secteur de base
527 dispensaire ruraux
407 Maternités Rurales
892 equipes de santé de village.

Il ressort de l'analyse de cette enumération que nous accusons quelque retard dans la mise en place des equipes de santé de village aussi bien dans les zones sedentaires que nomades.

.../...

137

En matière de Soins de Santé Primaires dans les zones nomades, le Mali est encore à la recherche d'une approche appropriée. Une étude est actuellement en cours sur ce sujet.
En revoyant les chiffres ci-dessus enumérés, nous constatons que nous avons pu réaliser 19,20 % des objectifs fixés.
Mais malgré l'absence de données sur les progressions annuelles et les difficultés de collect. d'information, nous sommes convaincus que si nous parvenons à mainternir le même rythme de notre devéloppement sanitaire, il est fort possible que nous atteignons l'ensemble des objectifs d'ici l'an 2.000.

Participation des collectivités

Un des élements essentiels de la mise en oeuvre des Soins de Santé Primaires étant la participation consciente et active des collectivités, il était tout à fait normal que le Gouvernement ait recours à une politique de participation des populations comme strategie de devéloppement sanitaire.

Par ailleurs, il existe une tradition millenaire de solidarité qui a toujours caractérisé notre peuple.
Des institutions ont été mises en place en vue d'organiser et de stimuler cette participation : Centre d'Animation Coopérative, Association des Parents d'Elèves, Comité de Devéloppement, Conseil de Gestion Centre de Santé.

Dans le domaine de la Santé, cette participation s'est concretisée par la prise en charge des Aides-Soignants, Matrones Rurales et par des réalisations de structures sanitaires : Maternités et Dispensaires Ruraux.
Dans certains cas, les infrastructures sanitaires au niveau du chef lieu de cercle ont été renforcées : construction ou aménagement de bloc opératoire, construction de salle d'hospitalisation etc...
Pour ne prendre que les seules régions de Ségou et Mopti, on peut evaluer cette participation des populations à plus de 250.000.000 CFA.

Mais si nous avons des raisons d'être satisfaits de cette politique de participation des collectivités, il n'en demeure pas moins qu'il ya encore beaucoup d'insuffisance dans ce domaine.:

.../...

- Mauvaise gestion des ressources
- defaut de planification rigoureuse de la mise en oeuvre des projets : Ex. des Maternités et dispensaires ruraux non encore pourvus de personnel
- Insuffisance de coordination entre les services techniques, ce qui aboutit à une sursollicitation de populations
- contrôle très limité des collectivités sur l'utilisation des ressources.

Ce sont ces insuffisances qui ont amené le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales à retenir parmi ces programmes prioritaires de 1983, la rationalisation de la participation des populations.
D'autres programmes prioritaires sont en cours d'exécution :

Le Programme Elargi de Vaccination vise à couvrir tout le territoire national et son objectif est de réduire la morbidité et la mortalité dues aux six maladies infectieuses qui sevissent à l'état endemo épidemique dans notrepays, constituant un problème de sauté politique prioritaire.
Ce programme vise à immuniser de façon continue les sujets les plus exposés, en associant plusieurs vaccins de façon à dimunier le coût de l'opération.

La population cible est composée de tous les enfants de moins de 6 ans, qui seront vaccinés contre les 6 maladies cibles et toutes les femmes en état de grossesse qui seront vaccinées contre le tétanos.
Ce programme se deroule en 2 phases:

- Une phase d'attaque au cours de laquelle la vaccination de masse est effectuée par des équipes mobiles, phase denommée "coup de delai".

- Une phase d'entretien par les formations sanitaires fixes, s'appuyant sur le reseau de l'infrastructure sanitaire. Cette phase est intégrée aux activités courantes des formations sanitaires.
Le mérite de ce programme est d'associer pleinement les populations aux décisions en ce qui concerne l'amelioration de leur état de santé.

Le Programme National de Lutte Contre les Maladies Diarrhéïques est dans sa phase active, son objectif est de réduire la mortalité et la morbidité dûes aux maladies diarrhéïques grâce à une meilleure connaissance de ses etiologies,

.../...

Ce programme vise également à réduire les conséquences dues aux maladies diarrhéïques en particulier laamalnutrition chez les nourrissons et chez les jeunes enfants.
Ce programme s'intègre parfaitement dans les activités courantes du système sanitaire. Il fait appel à l'éducation sanitaire et nutritionnelle des mères au dépistage précoce et au traitement adéquat de la diarrhée, à la prévention de la deshydratation par un traitement précoce à domicile.
Le Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéïques se singularise par des volets d'activités en tant que facteurs essentiels de réduction de la morbidité et de la mortalité des jeunes enfants
Il s'agit de l'introduction dans les activités du système sanitaire d'une technologie simple, adaptée et à la portée de tous, la rehydratation orale. Cette rehydratation orale a montré que 96 % des sujets qui ont été soumis à cette technique ont repondu positivement à cette méthode simple, présentant peu de risque et sans dangeux.

Le programme de lutte contre la malnutrition fait intervenir plusieurs secteurs parmi lesquels l'agriculture, l'élevage, les eaux et forêts, les Affaires Economiques et l'éducation nationale.
Ce programme vise à améliorer l'état nutritionnel de la population et principalement des femmes enceintes et allaitantes et des enfants, - et de réduire le taux de prévalence des malnutritions dans-la morbidité infantile.
Des séances d'éducation nutritionnelle sont organisées au niveau des formations sanitaires avec l'utilisation d'un matériel audiovisuel simple et préparé localement. Les produits locaux servent de base de cette éducation.

Le Programme de lutte contre l'onchocercose :

La Population soumise au risque de l'onchocercose est estimée à 860.000 personnes sur une superficie d'environ 250.000 km2.
Dans ce programme de lutte contre l'onchocercose dans le bassin de la Volta (O.C.P) un certain nombre de concertation préliminaires ont eu lieu entre les Gouvernements du Mali, de la Côte d'Ivoire, du Bénin, du Ghana, du Burkina Faso, du Niger et du Togo.

.../...

Ces Gouvernements ont demandé à l'Organisation Mondiale de la Santé d'élaborer un programme de lutte contre l'onchocercose dans le bassin de la Volta.
Le Mali en tant que pays participant s'est préparé à assurer la prise en charge des activités de terrain du programme de lutte contre l'onchocercose, et d'autre part participer au projet Sénégambie de lutte contre l'onchocercose, notamment en contribuant à l'évaluation épidémiologique.
Cela se ramène à la mise en place d'une équipe nationale chargée de l'évaluation épidémiologique et au renforcement des activités de surveillance hydrologique qui sont déjà menées par le service national de l'hydraulique.
Notre pays a d'autre part entrepris des actions de lutte au sol dans le secteur de Bandiagara et des succès remarquables ont été obtenus. Notre Pays continue à explorer les divers moyens de lutte au sol par des équipes nationales avec la participation des populations et à intégrer dans les structures nationales les équipes des secteurs O.C.P.

Si les artisants des Soins de Santé Primaires sont conscients des problèmes de santé rurale, l'expérience a demontré qu'ils sous estiment ceux de plus en plus croissants dans les milieux urbains.
Cette sous estimation est certainement due à la présence d'Hôpitaux et autres formations sanitaires spécialisées auxquelles les populations de ces zones semblent avoir un accès facile.

Le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales s'est rendu compte de la situation sanitaire desastreuse des zones urbaines du fait de l'exode rural, de la multiplicité de quartiers périphériques qui se surpeuplent sans cesse. Les conditions de vie deviennent de plus en plus precaires dans ces quartiers à cause de l'éloignement des Centres de Santé, des écoles, des services d'ordre le tout aggravé par le manque de moyen de transport.
Le département de la Santé Publique et des Affaires Sociales voulant éviter que cette situation ne s'empire d'avantage a organisé des journées de reflexion sur les Soins de Santé Primaires en milieu urbain afin de prendre des décisions. Au cours de ces journées de reflexion, il a été demontré que des Hôpitaux peuvent jouer un rôle important dans la mise en oeuvre des Soins de Santé Primaires en zone urbaine notamment :

.../...

- Soutenir et encourager la mise en oeuvre des Soins de Santé Primaires dans la zone d'attraction de l'Hôpital

- Assurer la formation en cours d'emploi des agents de santé de l'Hôpital pour les réorienter et abandonner la vision Hôpital en faveur de vision santé

- Collaborer avec la collectivité à la recherche d'information pertinente sur les problèmes de santé et les solutions appropriées.

Compte tenue de certaines potentialités que recèlent les zones urbaines, le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales a envisagé :

- d'organiser à l'image des villages des activités de soins de santé primaires dans les quartiers périphériques de nos grandes villes.

- de créer au niveau des municipalités des structures de concertation pour renseigner et impliquer toutes les autorités à l'identification et à la résolution des problèmes de devéloppement socio-économique.

Obstacles à la mise en oeuvre de la stratégie des Soins de Santé Primaires.

Ces obstacles sont de plusieurs ordres :

1°) La prise en charge des frais recurrents, c'est a dire des frais de fonctionnement du système qui comprennent : les frais de sensibilisation - frais de formation - frais de recyclage - frais de supervision.

Si jusqu'ici, le Mali a pu bénéficier des apports extérieurs : par la mise en place des systèmes de Soins de Santé Primaires dans certaines régions et pour assurer dans un temps limité, le fonctionnement des structures mises en place, il n'en demeure pas moins que jusqu'ici, nous n'avons encore clairement degagé aucune alternative nationale satisfaisante. Dans ces conditions, nous nous voyons parfois contraint de demander la prolongation des projets en cours sans toujours obtenir de nos partenaires étrangers l'extension de l'aire d'exécution.

Nous pensons qu'en plus des faibles crédits de fonctionnement qu'ils reçoivent de l'Etat, les centres de santé de cercle doivent chercher d'autres sources de financement de leurs activités sur le plan local.

Ces sources pourraient être constituées par le payement d'une somme forfaitaire pour les accouchements, les actes chirurgicaux, les analyses biologiques, les consultations externes etc...

.../..

Ces fonds seront gérés par les Conseils de Gestion qui chaque année élaboreront un budget programme détaillé et chiffré.

2°) L'approvisionnement régulier des zones rurales en médicaments essentiels continue de nous poser de problèmes.

En effet les Fédérations des Groupements Ruraux qui sont chargées de cet approvisionnement à partir des arrondissements connaissent elles-mêmes des difficultés de trésorerie et de gestion correcte des stocks de médicaments ; se traduisant ainsi par des fréquentes ruptures de stock.

La solution de ces problèmes reside ans la formation en gestion de produits pharmaceutiques des gérants des Fédérations des Groupements Ruraux et des chefs de postes médicaux d'arrondissements.

3°) Si la prise en charge des Agents de Santé communautaire (Matrones Rurales, Adies-Soignants) est plus ou moins assurée dans certaines régions, il n'en demeure pas moins que des disparités et des incertitudes existent dans ce domaine, dans certaines régions, le système coopératif et dans d'autres, l'Association des Parents d'Elèves qui les prend en charge.
Pour des raisons diverses, beaucoup de ces agents ont été amenés à . abandonner leurs activités.

Par ailleurs, nous avons noté certains problèmes relatifs aux critères de choix et à la gestion, à l'uniformisation des programmes de formation.

En effet, les critères de choix initialement définis par le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales n'ont pas toujours été respectés.

En matière de gestion de personnel, les Matrones Rurales et Aides-Soignants sont à cheval entre la santé, service utilisateur et les organismes rémunerateurs.

Nous avons proposé :

La poursuite de la relance des Fédérations des Groupements Ruraux afin qu'elles soient en mesure d'assurer la prise en charge des Matrones Rurales et des Adides-Soignants et d'en décharger les Associations des Parents d'Elèves qui ont un domaine d'intervention spécifique.

Les fonds gérés par les Fédérations des Groupements Ruraux étant constitués de cotisations versées par les collectivités, il nous parait tout à fait normal que les Fédérations des Groupements Ruraux supportent la rémunération de ces Agents.

La gestion concertée des Matrones Rurales et Aides-Soignants entre la santé et les organismes rémunérateurs.

L'uniformisation des programmes de formation sur toute l'étendue du territoire.

La mise en place des structures périphériques des Soins de Santé Primaires dans les zones nomades rencontre des problèmes qu'il faudra résoudre.
Les résultats de l'étude actuellement en cours sur les différentes approches des Soins de Santé Primaires dans ces zones nous permettront sans doute de dégager la stratégie à adopter.

APPENDIX I2

FAMILY HEALTH POLICY STATEMENT

APPENDIX I2

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE

DIVISION DE LA SANTE FAMILIALE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi

POLITIQUE DE SANTE FAMILIALE AU MALI

INTRODUCTION :

Le Mali, vaste pays continental de la zone soudano sahélienne, avec une population de 6.308.320* habitants, une densité moyenne de 5,6 habitants au km2) présente une situation sanitaire caractérisée par :

- une pathologie très riche
- des moyens extrêmement limités
- une population fortement marquée par son milieu traditionnel.

Cette situation sanitaire est d'autant plus critique que les groupes vulnérables sont les plus nombreux :

- population des zones rurales = 80 %
- enfants de 0 à 14 ans..... = 43,5 %
- femmes en âge de procréer... = 20,83 %
- taux de fécondité..... = environ 45 % des femmes
  = environ 240 %
- descendance par femme..... = environ 7 enfants

POLITIQUE DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE :

La protection de la Santé de la Mère et de l'Enfant a commencé au Mali sous la colonisation par la création des maternités urbaines dans les principaux chefs lieux de cercle de l'époque et par la formation des sages-femmes africaines et des infirmières visiteuses, ce qui a permis de réduire sensiblement la mortalité maternelle et infantile dans les villes grâce à un accouchement assisté.

Vers la fin des années 50, grâce à la Caisse des Allocations Familiales qui deviendra plus tard l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) l'action en faveur de la Mère et de l'Enfant a connu un progrès avec la création de certains Centres d'Hygiène Maternelle et Infantile (PMI).

Après l'indépendance, le gouvernement, conscient de l'importance quantitative et qualitative du groupe Femmes-Enfants a systématisé les institutions en faveur de la Mère et de l'Enfant. C'est ainsi que les maternités ont été intégrées à tous les hôpitaux et centres de santé de cercle. Si les Centres de PMI n'existent pas partout, les activités quant à elles sont menées effectivement dans les 46 cercles de la République ainsi que dans les maternités rurales de quelques arrondissements et gros villages.

La création en 1971 de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) et celle du Centre Pilote de Planning

Le Gouvernement du Mali, en abrogeant les articles 3 et 4 de la loi Française du 31 juillet 1920 sur la propagande anticonceptionnelle, a autorisé la pratique de régularisation volontaire des naissances. Mais il s'agit d'une politique d'espacement et non de limitation de naissances, car malgré le taux d'accroissement élevé (27 ‰), la population est encore trop faible pour l'étendue du territoire (1.240.000 km2) pour que la question de surpopulation pose un problème immédiat.

Le Séminaire sur l'Education Sexuelle, les résultats obtenus par le centre pilote de planning familial, le Séminaire sur le Planning Familial organisé par l'Union Nationale des Femmes du Mali en 1976 ont sensibilisé les autorités et ont encouragé le département de la santé à intégrer les activités de planification familiale dans toutes les PMI et Maternités de Bamako et dans les maternités des Hôpitaux Nationaux et régionaux.

Depuis 1978 les activités de planification familiale sont intégrées progressivement dans les maternités et centres des PMI des cercles, après une formation appropriée du personnel médico-social.

Pour superviser toutes ces structures, coordonner les activités, et mieux asseoir le planning familial dans le cadre de la santé maternelle et infantile, la section des PMI a été transformée dès 1975 en Service de la Santé Familiale avant de devenir en 1980 la Division de la Santé Familiale.

<u>Pourquoi l'extension des activités de Santé Maternelle et Infantile et pourquoi la création de la Division.</u>

Cela se conçoit aisément quand on observe de près le sort des populations rurales. Selon la Direction Nationale de la Santé Publique (Document SSP) "Sur les 346.500 naissances enregistrées chaque année au Mali, 47.000 seulement sont contrôlés par le service de santé contre 299.500 par les accoucheuses traditionnelles. Si nous retenons que des complications peuvent se présenter chez 5 parturientes sur 100, nous aurons 14.975 dystocies sur les 299.500 assistées en zone rurale par les accoucheuses traditionnelles. Ce sont 14.975 dystocies sur lesquelles 4000 à 6000 meurent dans les villages avant qu'on se décide à les évacuer, 2000 à 4000 autres succombent au cours du transport sur les pistes affreuses, cependant que les 5000 à 1500 qui restent constituent la fraction la plus importante de ces malades que les chirurgiens acceptent de prendre le risque d'installer sur une table d'opération alors qu'elles ne sont qu'à un doigt de la mort".

Cette déclamation, dramatique en soi, l'est encore davantage quand on retient que le taux de mortalité infantile se situe entre 120 (en ville) et 200 ‰ (en zone rurale), et le taux de mortalité de 0 à 5 ans autour de 400 ‰.

Devant cette situation plutôt alarmante, le Mali, adhérant à la politique des Soins de Santé Primaires, a donné la priorité aux activités de Santé Publique à savoir :

- promotion d'une nutrition convenable
- approvisionnement suffisant en eau saine
- santé maternelle et infantile y compris la planification familiale
- vaccination contre les principales maladies infectieuses
- prévention et réduction des maladies endémiques locales
- éducation relative aux principaux problèmes de santé et aux moyens de les prévoir et de les maîtriser
- traitement correct des maladies et traumatismes courants.

191

Comme on le voit, toutes ces activites concourant au bien être des populations rentrant bien dans le cadre de la Santé Familiale.

Pour y parvenir, la stratégie adoptée est celle du développement intégré dont la santé n'est qu'un volet. La participation effective des populations doit être reprise pour la réussite de cette politique.

Ainsi, les actions en faveur de la Mère et de l'Enfant se retrouvent :

1. - au niveau des 10.363 équipes villageoises de santé (matrone ou accoucheuse recyclée + hygiéniste-secouriste + animatrice + tradipraticien)
2. - au niveau des 1.300 équipes de secteurs de base (regroupement de 4 à 10 villages autour d'une maternité rurale)
3. - au niveau des 286 centres de santé d'arrondissement pourvu d'une maternité rurale
4. - dans les 52 centres de santé de cercle et de commune comprenant une maternité et une PMI
5. - dans les 14 hôpitaux nationaux, régionaux, secondaires avec leurs maternités pour dystocies.

ORGANISATION DE LA DIVISION DE LA SANTE FAMILIALE

La Division de la Santé Familiale relève de la Direction Nationale de la Santé Publique. Elle est placée sous la responsabilité d'un médecin-chef. Elle comprend 3 sections :

- Protection Maternelle et Infantile et Planification Familiale
- Nutrition
- Education pour la Santé

Les raisons de sa création sont multiples. Il s'agit pour le département de la santé de :

1. - donner une place de choix à la santé de la mère et l'enfant
2. - de creer des institutions capables de réduire très sensiblement la mortalité et la morbidité maternelle et infantile
3. - coordonner toutes les activités concourant à la protection et à la promotion de la santé des mères et des enfants, donc de la famille
4. - intégrer la planification familiale comme élément de santé car tout le monde connait le risque des grossesses rapprochées tant pour les mères que pour les enfants nés ou attendus.
5. - coordonner et superviser plus étroitement toutes les activités de sante familiale
6. - établir des normes de références
7. - évaluer et corriger ces normes pour les adapter à l'évolution médico-sociale
8. - former le personnel de santé familiale pour une meilleure appréhension des problèmes de pédiatrie, gynéco-obstétrique éducation pour la santé et nutritionnelle.

Ce nouveau service doit permettre une prise en charge plus prononcée de la santé de la mère et de l'enfant, favoriser par l'éducation sanitaire et nutritionnelle un environnement plus sain à toute la famille, aider à atteindre un mieux-être par l'espacement correct des naissances, tout ceci

RAYONNEMENT DE LA DIVISION DE LA SANTE FAMILIALE :

Comme nous l'avons déjà mentionné, la Santé Familiale comprend les maternités tant urbaines que rurales, les centres de protection maternelle et infantile y compris la planification.

En dehors du Bureau Central avec ses différentes structures administratives, la Division est dotée d'un centre d'application et de référence qu'est le Centre National de Protection Maternelle et Infantile.

Dans le cadre de la décentralisation et compte tenu de l'organisation générale des services de santé la Division est représentée :

- au niveau régional : par un bureau de la Santé Familiale dans la structure générale de la Direction Régionale de la Santé Publique, qui coordonne les activites de la région

- au niveau du cercle : la sage-femme responsable de la maternité est chargée en plus de ses activités normales dans l'équipe du médecin-c. de la formation et de la supervision des matrones et accoucheuses.

- au niveau arrondissement ou secteur de base ; à défaut de sage-femme une matrone alphabétisée, après une formation de 6 mois effectue les activités de santé familiale sous le contrôle de l'infirmier-chef de poste médical. Il s'agit des accouchements normaux, des consultations prénatales et de nourrissons, de l'éducation nutritionnelle, surtout de la préparation au sevrage, de l'information et de l'éducation en matière de planification familiale. La matrone supervise les accoucheuses traditionnelles.

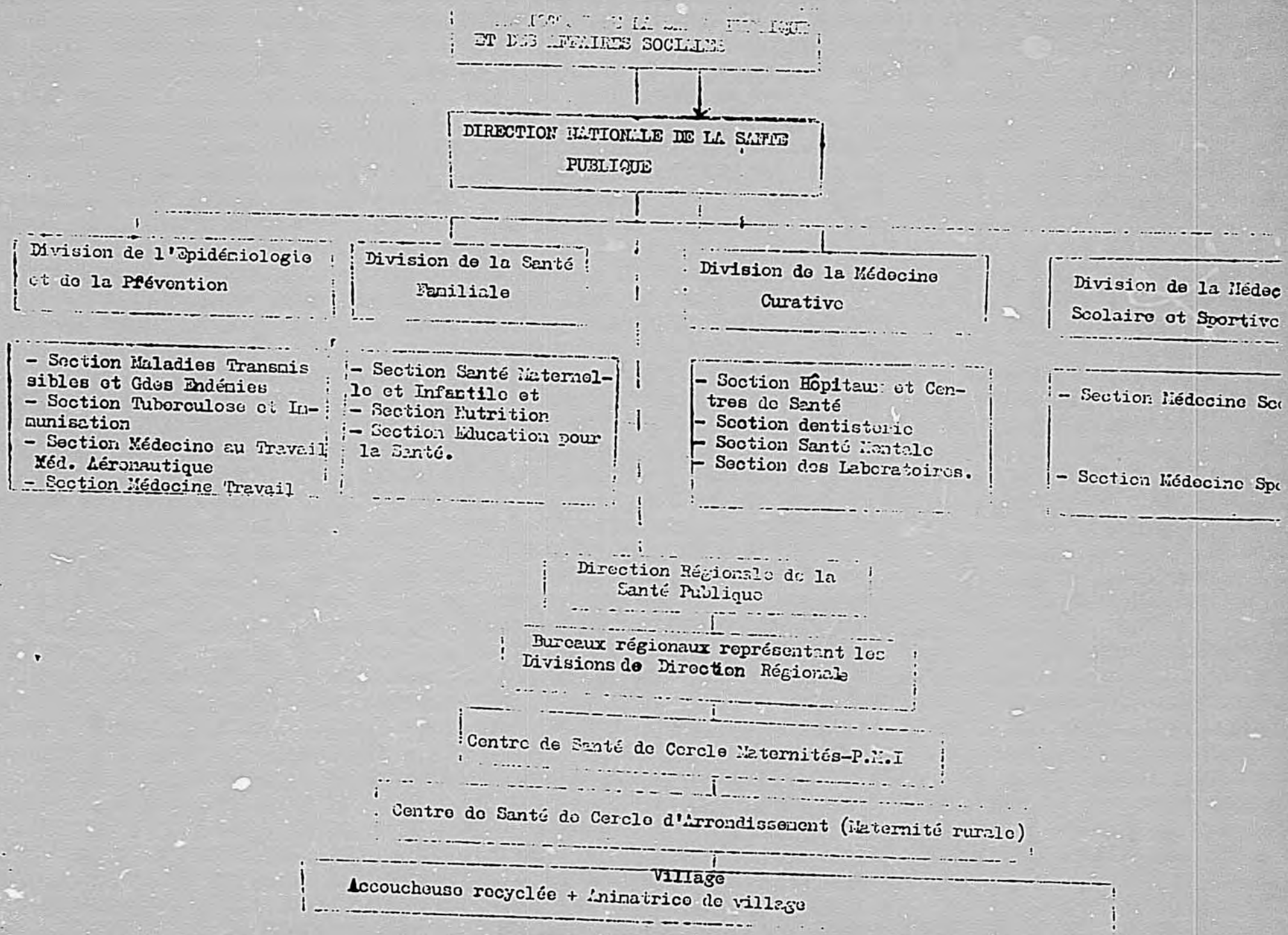
- au niveau du village ; les accoucheuses traditionnelles qui prennent soin des femmes en travail et de leurs enfants doivent faire l'objet d'une attention particulière. Leur recyclage progressif, tout en permettant de les réhabiliter, permettra de sauver des milliers de vies humaines. En effets elles pourront conduire correctement un accouchement normal, décider à temps l'évacuation des cas compliqués au lieu de s'en référer aux puissances multiples, faire des pansements ombilicaux de façon aseptique, éduquer en matière d'hygiène alimentaire, conduire une chimioprophylaxie antipalustre convenable, informer éventuellement en matière d'espacement des naissances.

AUTRES ORGANISMES ET INSTITUTIONS OEUVRANT POUR LA SANTE FAMILIALE

L'institut National de Prévoyance Sociale, sorte de nécessité sociale des agents conventionnaires, s'est penché depuis sa création sur la protection de la Santé de la Mère et de l'Enfant. C'est ainsi que pour assurer une surveillance correcte des familles des "allocataires", il a procédé à la création et à l'équipement de centres de Protection Maternelle et Infantile à Bamako, Kati et Koulikoro, centres qui ont ensuite été offerts au Département pour exploitation.

Outre la création des centres de PMI, l'INPS a construit des Centres Médicaux Inter Entreprises à Bamako et dans les grandes unités de production à l'intérieur du pays. Les activités de ces centres s'étendent aux consultations prénatales et gynécologiques.

La Direction Nationale des Affaires Sociales dans le cadre de son action sociale assure une couverture non négligeable en matière de santé familiale. Les centres sociaux ont abrité très longtemps et jusqu'à une date récente les consultations prénatales. Dans certaines villes les consultations de nourrissons, l'éducation sanitaire et nutritionnelle, les vaccinations se déroulent encore dans ces centres Avec la nouvelle politique de développement communautaire, les agents des Affaires Sociales jouent un rôle primordial dans l'information, la sensibilisation des populations aux problèmes de santé


ET DES AFFAIRES SOCIALES
DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE
Division de l'Epidémiologie et de la Prévention
Division de la Santé Familiale
Division de la Médecine Curative
Division de la Médec Scolaire et Sportive
- Section Maladies Transmis sibles et Gdes Endémies
- Section Tuberculose et Immunisation
- Section Médecine au Travail Méd. Aéronautique
- Section Médecine Travail
- Section Santé Maternelle et Infantile et
- Section Nutrition
- Section Education pour la Santé.
- Section Hôpitaux et Centres de Santé
- Section dentistorie
- Section Santé Mentale
- Section des Laboratoires.
- Section Médecine Sc
- Section Médecine Sp
Direction Régionale de la Santé Publique
Bureaux régionaux représentant les Divisions de Direction Régionale
Centre de Santé de Cercle Maternités-P.M.I
Centre de Santé de Cercle d'Arrondissement (Maternité rurale)
Village
Accoucheuse recyclée + Animatrice de village

APPENDIX I3

WORKSHOP ON HEALTH PLANNING

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES
-o-o-o-o-o-o-

DIRECTION NATIONALE DE LA PLANIFICATION
ET DE LA FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE
-o-o-o-o-o-o-o-o-

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi
--o-o-o-o-o--

SEMINAIRE - ATELIER SUR LA PROGRAMMATION SANITAIRE PAR REGION (PSR)

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

DIRECTIVES PRATIQUES

POUR LA

PROGRAMMATION SANITAIRE

PAR REGION

[illegible] Santé pour Tous

DIRECTIVES PRATIQUES POUR LA PROGRAMMATION SANITAIRE

1 Observations Générales.

1.1. La Programmation Sanitaire par région est un processus qui permet d'identifier les problèmes de Santé prioritaires qui préoccupent au plus haut point les responsables Régionaux et Nationaux, de la ~~ce~~ meleur plan de Développement socio-économique ; de fixer des objectifs et de déterminer les moyens nécessaires pour atteindre ces objectifs en tenant compte du contexte social, économique et politique de la région concerné et suivant les grandes orientations du plan National.

La programmation sanitaire permet de mieux planifier, programmer, mettre en oeuvre et évaluer les services et programmes sanitaires. Elle permet d'établir en fonction des objectifs fixés et des activités définies, les ressources et l'organisations nécessaires pour les atteindre. Elle consiste aussi à élaborer les programmes de développement sanitaire à exécuter pendant la période couverte par le plan.

Enfin la programmation sanitaire consiste à exécuter, évaluer et reformuler de façon continue les programmes établis.

A tous les stades de la programmation, l'accent est mis fortement sur les interactions entre le secteur de la Santé et les autres secteurs socio-économiques.

1 - 2 : D'une manière plus pécise, les buts de la programmation sanitaire par région sont les suivants :

- Déterminer les problèmes sanitaires existants dans le contexte social, économique et politique, étant donné que ces problèmes sont influencés par la technologie, l'urbanisation, l'industrialisation etc... ;
- Mettre en relief les principales interactions entre le secteur Santé et les autres secteurs et celles entre divers éléments du Secteur de la Santé ;
- Aider à élaborer les différentes stratégies possibles pour faciliter le choix des décideurs ;
- Promouvoir et faciliter la réalisation des programmes de développement sanitaire dans les domaines hautement prioritaires ;
- Accroître les possibilités du pays et de la Région en matière de planification sanitaire, de formulation des projets, de gestion et d'évaluation en égard au caractère encore un peu grossier des techniques d'analyse coût/avantages/efficacité.
- Améliorer les plans Sanitaires en vue d'une répartition plus efficace des ressources disponibles
- Identifier les domaines du programme et les projets nécessitant une aide exté-

- Faciliter la fourniture par le pays, de la contribution du secteur Santé à la programmation par pays du PNUD.

Ainsi la programmation sanitaire doit être le principal point de convergence des efforts nationaux et régionaux dans le domaine de la Santé. Donc les responsables sanitaires (surtout les administrations) doivent progressivement aménager leur structure et leur personnel de manière à appuyer la Programmation Sanitaire tant au niveau National que Régional.

1.3. Un groupe composé de hauts fonctionnaires du secteur sanitaire et des autres secteurs se charge de préparer les propositions de programmes, de controler et évaluer leur exécution et de reformuler (si besoin est) les programmes au moment opportun. Le groupe peut se réunir soit quand la situation l'exige, soit de manière régulière selon les besoins.

2) Procédure de la Programmation Sanitaire -

2.1. La procédure de la programmation sanitaire se divise en un certain nombre d'étapes clairement différenciées dans le temps, mais selon un processus continu. Les deux premières étapes comportent un nombre variable d'opérations qu'il faut suivre d'aussi près que possible, encore que les conditions locales puissent imposer des adaptations.

2.2. Les diverses étapes de la programmation sanitaire sont les suivantes :

ETAPE 1 : collecte, analyse et présentation des données :
opération 1 : collecte des données
opération 2 : analyse et présentation de l'information.

ETAPE 2 : Analyse de la situation et préparation des propositions de programme.
Opération 3 : Examen du document d'information
Opération 4 : Définition des problèmes
Opération 5 : Identification des Indicateurs de problèmes ou de rendement
Opération 6 : Identification des activités en cours axés sur les problèmes sanitaires et para-sanitaires
Opération 7 : Détermination des allocations actuelles de ressources
Opération 8 : Fixation des objectifs
Opération 9 : Définition des stratégies
Opération 10 : Analyse des contraintes dans les diverses stratégies
Opération 11 : Conversion des stratégies en Programmes de Développement Sanitaires (PDS)
Opération 12 : Analyse des contraintes dans les programmes de Développement Sanitaire
Opération 13 : Préparation du document de programmation sanitaire

Best Available Document

204

ETAPE 3 : Décision sur les Propositions de Programme.

ETAPE 4 : Continuation de la Programmation Sanitaire et Intégration de celle-ci dans la structure sanitaire de la zone (y compris la Formulation et l'exécution de Projets).

- Opération 15 : Formulation de Projets
- Opération 16 : Exécution de Projets.

2.3. La continuation et l'intégration de la programmation sanitaire (étape 4) ne constituent pas à proprement parler une étape dans la mesure où seul le point de départ (décision sur les propositions de programmes) est fixé dans le temps, alors que l'aboutissement du processus a, lui, un caractère permanent. On ne mentionne ici que deux opérations à savoir la formulation et l'exécution des projets pour lesquelles on dispose de manuels détaillés de l'OMS.

Parmi les autres activités de la programmation sanitaire il convient de mentionner le contrôle et l'évolution de la mise en oeuvre du programme sanitaire national ou régional, la modification des projets ou programmes selon les besoins et la mise à jour régulière du programme sanitaire. Ces responsabilités incombéront au groupe de programmation sanitaire.

2.4. Les opérations 1 et 2 sont effectuées par un petit nombre de fonctionnaires connaissant bien les sources de données du pays et de la région, sous la direction du groupe de programmation sanitaire. Les opérations 3 à 14 sont effectuées par tous les membres du groupe de Programmation Sanitaire travaillant à plein temps.

ETAPE 1 : COLLECTE, ANALYSE ET PRESENTATION DES DONNEES -

Opération 1 : Collecte des données :

La collecte des données repose sur deux principes fondamentaux : les données doivent être destinées à un usage déterminé, ce qui implique qu'elles sont sélectives ; et leur collecte doit être peu coûteuse.

Il n'y a pas lieu de recourir à des enquêtes spéciales : le groupe de programmation doit utiliser les données déjà disponibles et se prononcer sur leur pertinence. L'un des résultat de la Programmation sanitaire pourrait être de montrer la nécessité d'un renforcement du systeme d'information sanitaire existant compte tenu des besoins identifiés par le groupe de Programmation Sanitaire. Ceci peut conduire alors à proposer un programme de développement sanitaire dans ce domaine (Programme de Développement du système d'Information Sanitaire).

Les données sont rassemblées par une petite équipe de fonctionnaires (y compris un statisticien Sanitaire) bien au courant de la situation de la zone et familiarisés avec les sources existantes de données.

205

Les données requises pour la Programmation sanitaire par région (ou par pays) rendront possibles :

- Une analyse des prévisions démographiques ;
- l'évaluation de la situation économique
- l'analyse de l'état de santé de la population
- l'étude des services de santé existants et de la couverture qu'ils donnent à la population
- le calcul du coût unitaire des services de santé
- l'analyse de la politique sanitaire de la zone à travers celle du pays
- l'utilisation d'informations spécialisées
- etc.

Les principales données nécessaires sont les suivantes :

Données et Prévisions démographiques :

Il faut connaître au minimum, la structure par âge et par sexe de la population ; sa répartition entre zones rurales et zones urbaines et les taux de mortalité et de natalité (ainsi que le taux de fécondité) ; se procurer toutes les statistiques d'état civil ; s'il n'existe aucun recensement de la population, on doit rassembler le plus grand nombre de données démographiques représentatives et les convertir en valeur nationale ou régionale selon ce qui convient le mieux pour le pays ou la région.

Ces données permettront de faire des prévisions et projections sur la population et d'aider à fixer des objectifs sanitaires et à mettre au point une stratégie. Si ces données existent, on doit s'en servir au lieu d'en élaborer de nouvelles.

D'autres statistiques servant de base aux prévisions (taux de mortalité infantile, composition de la population par âge, sexe, situation matrimoniale, etc) doivent être recueillies même s'il existe déjà des prévisions démographiques officielles.

[illegible]

Les renseignements sur le produit national brut ou le produit intérieur brut et le produit de la région sont des produits, constituent un minimum dans beaucoup de pays. A titre [illegible] il est utile de calculer les augmentations de recettes et de dépenses dans le secteur public du pays et les pourcentages consacrés à la région. En outre on calculera les dotations du secteur Santé par rapport à l'ensemble des secteurs et les allocations de dépenses de santé de la région.

Cela permet de connaître l'accroissement du budget de la Santé par rapport au budget total et partant, de tenir compte des effets probables de la politique générale

Best Available Document

fixation des objectifs Sanitaires et para-Sanitaires et l'élaboration de stratégies jugées réalisables pour l'atténuation des problèmes de santé prioritaires.

Données sur l'Etat de Santé :

IL est nécessaire d'obtenir une image suffisante de la morbidité par âge, sexe et par zone. Les régistres d'Hospitalisations sont insuffisants à eux seuls pour dresser un tableau national ou régional de morbidité, ils devront donc être complétés tant au sein du système sanitaire qu'en déhors de celui-ci.

Deux tableaux devront être établis. L'un indiquera les taux de mortalité par âge et par sexe pour une période récente et classés par groupe de maladie (la liste de la classification Internationale des Maladies (CIM) est utile à cet égard).

L'autre tableau indiquera le taux de morbidité, les sources de ces données, les comparaisons pertinentes à l'intérieur du pays par groupes de maladies.

Ces deux tableaux aidéront le groupe de Programmation Sanitaire à fixer les priorités sanitaires et les objectifs pour la période couverte par le programme.

Données sur les Services de Santé, d'hygiène du milieu et les services sociaux :

IL s'agit du tableau synoptique des établissements socio-sanitaires des diverses catégories et classés par groupes principaux et par grandes divisions administratives. on devra également présenter un tableau similaire pour les grandes catégories de personnel de santé et un autre pour les services d'Hygiene du milieu. Ces tableaux donneront la distribution, répartition des services de santé et d'hygiène du milieu, taux de couverture des zones, usage fait par la population).

Le groupe de Programmation sanitaire prendra connaissance d'autres informations détaillées qui sont nécessaires pour l'étape 2.

Données sur les coûts unitaires :

Tous les programmes existants en matière de services (ou prestation de service) doivent être décomposés et mis en tableaux de manière à indiquer le coût par unité de production ou d'activité (par exemple : coût d'une vaccination, coût d'un dépistage de cas, coût d'une journée d'Hôpital, coût d'une visite au dispensaire, coût d'un accouchement, etc).

Les données sur les coûts unitaires doivent indiquer séparement les éléments du prix de revient de l'activité, à savoir les principaux traitements, les dépenses d'entretien, autres dépenses renouvelables, les frais de fourniture et de matériel, les frais de transports, etc.

Ces données serviront pour l'analyse de l'acceptabilité des stratégies et des pro-

Données sur la politique générale :

L'équipe devra reccueillir les données pertinentes (quantitatives ou qualitatives) pouvant exister sur :

- a) la politique nationale ou régionale de développement, ses buts et ses objectifs
- b) la politique nationale ou regionales de développement sanitaire.

Ces données d'informations seront utilisées lors de toutes les opérations du processus de programmation sanitaire par région.

Autres données et informations

Dans le cadre de la collecte de l'information, l'équipe devrait se familiariser avec une liste de référence pour les sources d'information. Il importe de signaler que l'OMS a déjà élaboré des documents d'inspiration pour l'élaboration de la liste des sources d'information (voir publication de l'OMS. Série " Santé pour tous " N°1 à 6. 1981). Une liste analogue pourrait être dresser pour le pays ou la région par l'équipe ou même être disponible et déjà publiée dans le pays ou la zone. Cette liste est destinée à rappeler quelles sont les catégories d'informations dont on pourrait avoir besoin par la suite.

Opération 2 : Analyse et Présentation des Données -

Après avoir reccueilli les informations de base minimales mentionnées plus haut (opération 1), l'équipe devra rédiger un document d'information succinct indiquant la situation sanitaire existante ainsi que le développement général du pays ou de la région (car il y a un lien étroit entre la situation sanitaire et le développement général). Aucune présentation particulière n'est recommandée pour le document d'information.

Le document d'information sera utilisé par les membres de l'équipe pour parvenir à une position commune sur la situation actuelle et s'entendre sur les informations de base et convenir des directives de politique générale qui régiront la programmation sanitaire.

ETAPE 2 - ANALYSE DE LA SITUATION ET PREPARATION DES PROPOSITIONS DE PROGRAMMES -

Cette étape se divise en 12 opérations et constitue la continuation de la première.

Opération 3 - Examen du document d'Information :

La première tâche du groupe de programmation consiste à examiner et au besoin à revoir le document d'information. Il s'assure que les données sont raisonnablement exactes, que l'analyse reflète la situation du moment dans le secteur socio-économique et plus particulièrement dans le domaine de la santé . Il s'agit de voir si les plans, les priorités et les objectifs des autorités politiques et administratives ont été correctement énoncés.

208

Opération 4 - Définition des Problèmes

Le groupe de PSR cherche alors à identifier les problèmes sanitaires et para-sanitaires qui, de l'avis de ses membres, peuvent être résolus au moins partiellement. Cette identification peut se faire en plusieurs phases : d'abord, on passerait en revue les problèmes liés aux maladies, puis les difficultés auxquelles on se heurte en matière de prestations sanitaires (infrastructures sanitaires) et les problèmes de disponibilités de la main d'oeuvre sanitaire (personnel sanitaire) pour passer enfin à l'examen des insuffisances dans le domaine de l'hygiène du milieu.

On pourrait mettre dans la liste les effets possibles d'un mauvais état de Santé sur les grands efforts de développement ainsi que les autres interactions négatives qui s'exercent entre la situation sanitaire et les conditions sociales et économiques.

Les problèmes administratifs, la pénurie de ressources et autres difficultés ne sont pas concernés car ils seront identifiés comme des contraintes dans l'analyse de faisabilité. Toutefois tous les problèmes ayant une inicidence considérable sur le secteur sanitaire doivent être classés dans la liste.

Il importe de dire que les problèmes déjà mentionnés dans les plans sanitaires déjà existant et dans d'autres plans de développement peuvent influer sur le choix qui sera fait par le groupe. On espère cependant que celui-ci fera preuve de dicernement et se limitera aux problèmes préoccupant dans l'immédiat ou aux problèmes prioritaires à leur avis.

Une liste des problèmes les plus importants sera établie. L'énoncé de chaque problème sanitaire ou para-sanitaire sera lu à haute voix et consigné sur un tableau pour les observations générales et les suggestions du groupe et pour expliquer de quoi il s'agit et enfin pour que le groupe donne son accord.

Il convient d'indiquer les raisons pour lesquelles le problème figure sur la liste.

On doit alors regrouper les problèmes pour éviter les chevauchements et répétitions. L'énoncé d'un problème peut-être remanier pour lui donner plus de précision (exemple : couverture insuffisante de la population par les services de Santé ", il est nécessaire d'indiquer à quels services de santé on fait allusion et ce que l'on entend par " couverture " par chacun de ces services).

Opération 5 - Identification des indicateurs de problèmes ou de rendement.

Il faudrait fournir des indices permettant de mesurer l'évolution en ordre de grandeurs, des problèmes Sanitaires et para-sanitaires. Ces indices qui seront utilisés pour fixés les objectifs et pour les évaluations futures, devraient être fondés sur des données et observations facile à obtenir. A défaut on utilisera comme indice, le ren-

Opération 6 - Identification des activités en cours axeés sur les problèmes Sanitaires et Para-sanitaires

Il s'agit de voir parmi les problèmes identifier, le ou les groupes d'activités ou les éléments d'activités actuellement en cours pour les resoudre. On tiendra compte des activités d'autres secteurs en cours qui pourraient aider à éliminer ou à résoudre les problèmes. Il arrive que pour certains problèmes, aucune activité n'est en cours actuellement.

Opération 7 - Détermination des allocations actuelles de Ressources :

Le groupe de programmation détermine alors quelles sont à l'époque considérée les ressources allouées aux activités sanitaires axées sur les problèmes énumérés.

Dans le cas ou plusieurs groupes d'activités sont consacrés au même problème, on détermine la part de rendement correspondant à chaque groupe. Pour évaluer le rendement et les coûts, on calcule la proportion, par rapport au total, des heures/hommes, des moyens de transports et du matériel fixe utilisés ainsi que les quantités de médicaments et de matériel renouvelable employées.

Opération 8 - Fixation des objectifs :

Pour certains problèmes identifiés, des objectifs aurront déjà été énoncés dans les plans sanitaires existants ou dans d'autres documents, mais pour d'autres problèmes figurant sur la liste, aucun objectif n'aura été fixé.

Dans le premier cas, le groupe devra examiner les objectifs énoncés et s'il les juge mal adaptés à la situation, les remplacer ou bien les corriger vers le haut ou vers le bas pour les rendre conforme à ce qu'il estime réalisable à la lumière de l'expérience collective de ses membres et eu égard aux situations similaires pouvant exister ailleurs. Il faut tenir compte des ressources disponibles ou attendues, y compris celles qui doivent provenir de l'extérieur.

Dans le deuxième cas, le groupe fixera ses propres objectifs en utilisant des critères analogues.

Pour tous les problèmes, les objectifs doivent porter sur la même période étant entendu que certains d'entre eux ne se rapporteront qu'à la fin de la période du plan tandis que d'autres intéresseront des années intermédiaires. Dans certains cas, les objectifs seront exprimés en termes d'effets sanitaires ou socio-économiques mesurables tandis que pour d'autres il s'agira de rendement ou de service fournis - (voir opération 5).

../..-

210

Opération 9 - Définition des Stratégies Sanitaires

Le groupe de programmation devrait alors élaborer des stratégies visant à atteindre les objectifs fixés au cours de l'opération précédente. Une stratégie sanitaire est un groupe de techniques connexes organisées en médecine, en Santé publique et dans des domaines parasanitaires pour atteindre un objectif déterminé. Elle ne précise pas l'ampleur des ressources nécessaires. Cette dernière fonction étant assumée au cours de l'opération 11. Pour décrire une stratégie sanitaire, le groupe fera appel à l'expérience collective des médecins qui le composent, aux travaux publiés sur l'expérience acquise ailleurs et à tous autres avis spécialisés (médicaux ou non) et jugés utiles.

Pour chaque stratégie, on présentera un exposé comprenant l'approche technique proposée, le détail des techniques et leurs modes d'application.

Opération 10 - Analyse des contraintes dans les diverses stratégies

Il convient d'analyser chaque stratégie pour déterminer si, compte tenu du climat social, culturel, réligieux et politique, elle peut ou non être organisée, dirigée et appliquée. On indiquera dans quelles mesures ces contraintes peuvent être surmontées à l'avenir et quel est le meilleur moyen d'y parvenir. Les stratégies concernées peuvent être vérifiées par rapport aux objectifs et ceux-ci devront, le cas échéant, être revisés.

Opération 11 - Conversion des stratégies en programmes de Développements Sanitaires

Lorsqu'aucune contrainte ne pèse sur la stratégie ou que les contraintes auxquelles se heurte son application peuvent être éliminées, on convertit cette stratégie en programme de développement sanitaire (PDS).

La meilleure définition d'un PDS est la suivante : c'est un calendrier concernant l'application des ressources matérielles, humaines et financières requises et l'adoption de changements institutionnels nécessaires pour mettre en oeuvre une stratégie ou un ensemble de stratégies axées sur le même objectif.

Le programme de Développement Sanitaire (PDS) décrit en détail la ou les stratégies en cause ; l'approche technique, les techniques et les procédures (la technologie) en indiquant comment elles seront appliquées et gérées (l'application), la population cible visée (groupe géopolitique, démographiques, etc) ; la couverture, les modifications institutionnelles et politiques nécessaires ; il indique aussi qui doit exécuter la stratégie (le personnel), avec quoi (les ressources) et quand (la chronologie ou calendrier d'exécution).

Une stratégie réalisable peut nécessiter l'élaboration d'un ou plusieurs programmes de Santé (par exemple la stratégie de développement de la Santé rurale peut exiger un programme élargi de vaccination, un programme d'approvisionnement en eau saine dans les zones rurales, un programme de [illegible] nouvelle, un programme de formation des

En outre un programme peut-être instituer au sein d'un département ou un service existant ou encore il peut regrouper plusieurs services. Dans certains cas, un programme peut nécessiter la création d'une nouvelle unité (un nouveau service) pour sa mise en route ou son exécution.

Le groupe de programmation devra exposer brièvement, les fonctions des diverses catégories de personnels et évaluer les besoins annuels en heure de personnel en calculant la durée moyenne des services fournis par chaque type de personnel participant aux activités du programme et en multipliant le chiffre obtenu par le total annuel des cas où ce type de personnel devrait intervenir.

Enfin il faudra estimer les besoins en dépenses de capital et les dépenses renouvelables afférentes au personnel, aux travaux de construction, au matériel, aux fourniture, aux moyens logistiques et aux services d'information et établir un calendrier réalisable et objectif.

Opération 12 : Analyse des contraintes dans les programmes de Développement Sanitaire

Il est nécessaire d'analyser chaque programme sanitaire du point de vue du Soutien nécessaire, des contraintes financières et des repercussions socio-économiques.

a) Du point de vue soutien nécessaires (ou besoins en services d'appui), l'analyse des contraintes consiste à déterminer comment on peut disposer à l'endroit et au moment voulus pendant la mise en oeuvre du programme de développement sanitaire concerné du personnel, des moyens de formation, des locaux, de l'appui logistique, du matériel, des fournitures et des moyens de gestion nécessaires ainsi que d'un flux d'information adéquat. Une attention particulière doit être accordée aux besoins en personnels de Santé ; en effet, la pénurie du personnel qualifié est dans la plupart des pays le principal obstacle au développement que l'on désire réaliser dans le secteur sanitaire.

b) L'étude de faisabilité financière d'un programme de développement sanitaire a pour but de déterminer si les coûts sont aussi bas que possible et d'identifier les ressources intérieures et extérieures de financement ainsi que les moyens de les mobiliser. Après s'être assuré que les ressources stipulées pour les programmes de développement sanitaires proposés sont à un niveau raisonnable, on examinera si le coût de l'opération, y compris les dépenses renouvelables, peut être pris en charge par le secteur public (l'état), les organismes de sécurité sociales, le secteur privé, la collectivité, ou des sources extérieures d'assistances.

La programmation sanitaire est un processus planifié d'établissement de [illegible]

212

Les chances d'obtenir un appui financier pour la mise en oeuvre des PDS émanant du processus de Programmation Sanitaire seront d'autant plus grandes que les objectifs sont plus réalisables et les programmes préparés avec plus de soins.

On établit alors une liste des programmes de développement sanitaire en classant dans un groupe ceux qui sont jugés financièrement réalisables et dans un autre groupe ceux qui n'ont pas résisté à l'analyse des contraintes financières. Pour les derniers, on indiquera les raisons pour lesquelles ils ne peuvent pas être exécutés et les probabilités de réalisation à une date ultérieure.

c) Les programmes qui se sont révélés financièrement réalisables sont ensuite examinés à la lumière des retombées sociales et économiques possibles. Il s'agit de les passer en revue pour analyser leurs effets socio-économiques. Chaque PDS est confronté avec les politiques et objectifs nationaux ou régionaux tels qu'ils ont été définis, de façon à parvenir à un exposé montrant d'une part, la mesure dans laquelle ce programme contribuera à réaliser les objectifs et, d'autre part, ses effets secondaires possibles, par exemple le prélèvement de ressources (notamment de personnel) d'autres secteurs qui en pâtiraient.

Il importe de signaler que les programmes doivent être intégré dans le système de santé ; c'est-à-dire qu'ils seront exécutés par l'intermédiaire de l'infrastructure sanitaire générale, laquelle devant être renforcée en conséquence. Ceci aboutit à l'exécution progressive d'un large éventail d'activités relevant des soins de Santé primaires.

Opération 13 - Préparation du document de Programmation Sanitaire :

Le groupe discutera tout d'abord avant l'élaboration de la structure du document de programmation sanitaire. Cette structure peut être la suivante :

a) Note de présentation ne dépassant pas quatre pages
b) Composition du groupe de programmation sanitaire et mandat du groupe
c) Description des procédures suivies pour les étapes 1 et 2
d) Description des programmes de Développement sanitaires qui sont réalisables dans l'immédiat, avec indications des ressources nécessaires
e) Description des programmes de développement sanitaires qui ne peuvent être réalisés qu'après l'élimination de contraintes [illegible]
f) Indication des programmes de développement sanitaire et les parties de ces programmes pour lesquels on pourrait faire appel à une assistance exterieure avec des propositions provisoires sur la nature et l'ampleur possibles de la contribution des organismes et fonds d'assistance multilaterale et bilatérale appropriés.
g) Liste des programmes de développement sanitaire auxquels il serait utile de donner une application immédiate en raison des priorités.

Best Available Document

23

au sujet du rôle futur du groupe en ce qui concerne le suivi, le contrôle et l'évaluation des programmes de développement sanitaire.

D'autre part on pourrait inclure dans le document un chapitre sur la presentation (l'aperçu global) du pays ou de la region.

OPERATION 14 - PRESENTATION DU DOCUMENT

Le président du groupe voudra sans doute presenter au nom du groupe(et peut-être en leur presence), le document ainsi élaboré (Opération 13) au Ministre de la Santé et obtenir de lui l'autorisation de l'utiliser pour mettre en oeuvre des propositions et négocier les termes d'une assistance exterieure dès que le gouvernement aura pris une décision concernant ceux des programmes de développement sanitaire proposés à son choix qu'il convient de réaliser.

APPENDIX I4

DOCUMENT ON FAMILY HEALTH PROGRAMS

5.6. PROGRAMME DE SANTÉ FAMILIALE

1.- Définition du Problème :

D'après les statistiques sanitaires du Mali et bien que le taux de mortalité maternelle soit mal connu, on sait que 45 % des décès des femmes entre 15 et 44 ans sont directement liée à la grossesse et à l'accouchement. Il est aisé de comprendre cette situation si l'on sait que sur toutes les naissances enregistrées chaque année au Mali, seulement 13 % sont contrôlés par les services de santé, alors que le grand lot des parturiantes est confié aux vieilles femmes du village, dont la tâche essentielle pendant l'accouchement est de faire des incantations pour accélerer le travail. Leur attitude de simple observateur fait qu'environ 40 % des femmes présentant des complications meurent entre leurs mains que près de 30 % succombent au cours de l'évacuation vers les hôpitaux et qu'une infime partie arrive à être sauvée par les chirurgiens.

La mortalité des jeunes enfants reste préoccupante comme l'attestent les statistiques hospitalières de la Direction de la Santé. Ainsi chez les enfants de moins de 1 an elle se situe autour de 120 ‰ pour la ville de Bamako et est estimée à environ 200 ‰ pour les zones rurales qui abritent 3 % de la population. Quant aux taux de mortalité des enfants de 0 à 5 ans, il dépasse 350 %.

70 % des décès d'enfants agés de 0 à 5 ans sont imputables à 6 grandes causes : les dystocies, le paludisme, les diarrhées, les pneumopaties, les complications de rougeole, la malnutrition.

Sources : Statistiques hospitalières D.N.S.P. 1974.

Mortalité néo-natale précoce :

Accouchements dystociques	45,4 %
Malformations congénitales	14,2 %
Lésions obstétricales	5,3 %
Tétanos	3,7 %
Accidents	0,5 %
Anémies	0,9 %
Méningococcie	0,8 %
Pneumonies	0,4 %
Autres	[illegible]

Mortalité post-néo-natale (28° jour à 1 an)

Paludisme	23,4 %
Entérite et diarrhée	17,2 %
Rougeole	16,3 %
Pneumonie	8,5 %
Bronchite	5,9 %
Malnutrition	4 %
Anémie	2,1 %
Coqueluche	1,9 %
Malformation congénitale	1 %
Méningite	0,9 %
Autres	18,8 %

Sources : Statistiques sanitaires DNSP.

On retient du dernier recensement de la population en 1976 que le taux de fécondité est de 240 % et que la descendance par femme est en moyenne de 7 enfants ; nous savons par ailleurs que la mortalité maternelle atteint des taux importants après la 3e grossesse.

Cette situation plutôt alarmante a conduit le Gouvernement à donner une place prépondérante à la PMI dans le cadre de la médecine socio-préventive jugée elle-même prioritaire.

Suite au dernier plan décennal cette priorité s'est matérialisée par un accroissement non négligeable de la couverture de la surveillance de la santé des mères et enfants : création de centres de IMI et de maternités, formation de sages-femmes et d'infirmières obstétriciennes création de centres sociaux annexés aux centres de PMI, dans certaines régions création de maternités rurales, formation de matrônes et recyclage d'accoucheuses.

Situation actuelle de la Santé Maternelle et Infantile

La S.M.I étant avant tout une médecine de prévention, ses activités doivent spécialement profiter aux femmes enceintes, en couches, en suites de couches et allaitantes.

Elle prend en charge l'enfant dès sa naissance pour le protéger [illegible] [illegible].

[illegible], bien que la PMI soit surtout axée sur la prévention, il ne serait pas réaliste de faire uniquement du préventif. Les soins médicaux doivent être donnés par ceux qui suivent et connaissent l'enfant et sa mère, sans pour autant tomber dans l'excès contraire qui consiste à transformer les centres de PMI en services de pédiatrie.

.../...

Ainsi, au niveau des centres de SMI les activités suivantes doivent être menées :

- surveillance et soins pendant la grossesse
- surveillance des accouchements et des suites de couches
- surveillance de la croissance et du développement de l'enfant.
- Education sanitaire en matière d'hygiène personnelle et familiale.
- Education nutritionnelle avec démonstration pratiques.
- Immunisations contre les maladies transmissibles les plus redoutées : tuberculose, tétanos, diphtérie, coqueluche, poliomyélite, rougeole.
- Chimioprophylaxie systématique du paludisme tant chez la femme enceinte que chez l'enfant.
- Soins aux malades dont la rehydratation orale.

Si la surveillance de la grossesse et des accouchements est assurée au niveau des villes, elle est encore embryonnaire en milieu rural. Par contre les autres activités ne sont introduites que très timidement par quelques rares agents même en milieu urbain.

En dépit de la multiplication des centres de SMI, malgré la forte fréquentation de ces centres, la mortalité et la morbidité des jeunes enfants est encore trop importante même à Bamako et dans les grandes villes. Cela est purement dû à la faiblesse d'information et d'éducation sanitaire des familles.

2- Objectifs en matière de Santé Familiale

Le programme de Santé Familiale doit permettre dans les 10 années à venir à :

- réduire la morbidité et la mortalité maternelle et néo-natale liées à la grossesse et à l'accouchement sur toute l'étendue du territoire.
- réduire les accidents et accouchements dystociques liés aus grossesses trop rapprochées.
- réduire les effets néfastes d'un sevrage mal conduit sur l'état de Santé des enfants.
- réduire la mortalité et la morbidité infantile et des jeunes enfants imputable aux maladies transmissibles.

3- Stratégies

Pour atteindre ces objectifs il sera indispensable :

- d'étendre la couverture en matière d'infrastructure
- de concevoir un programme d'espacement des naissances à intégrer dans les activités de S. M. I.
- de promouvoir une alimentation équilibrée pour les femmes enceintes et allaitantes, les nourrissons, et les jeunes enfants.

.../...

- d'immuniser toutes les femmes enceintes contre le tétanos et les nourrissons
ire la tuberculose, la coqueluche, le tétanos, la poliomylite, la rougeole.

- de promouvoir une éducation sanitaire concernant l'hygiène de l'eau , l'hygiène des aliments , l'hygiène domestique.

. Des différentes stratégies énumérées , il ne sera retenu ici que le volet nification familiale d'une part parce que c'est une innovation, d'autre part parce les autres font l'objet de programme spécifiques horizontaux.

4.- Plan d'action en matière de planification familiale :

Ce programme qui est à l'étude depuis bientôt IO ans doit faire partie des ches du personnel se SMI dans les IO prochaines années mais elle doit déborder le ire de la santé si l'on veut réduire les méfaits des grossesses rapprochées. Nous ons qu'au Mali, l'espacement des naissances est considéré comme une stratégie visant méliorer la santé de la mère et de l'enfant et à promouvoir le bien -être familial ce fait les activités suivantes seront développées :

- Information des collectivités surtout les villes et dans les périphériques nnés sur le planning familial et ses avantages . Elle se fera au cours de conférenc la presse écrite et parlée et par des films éducatifs .

- Information sexuelle au niveau des écoles en passant par la formation enseignants et l'élaboration de matériel approprié.

- Préparation des jeunes femmes à la vie familiale au niveau des centres iaux.

Formation des élèves médecins, Sages-femmes et infirmiers en matière de nification familiale par l'introduction de l'enseignement de la santé familiale s les programmes.

- Recyclage en planification familiale des agents qui n'ont pas bénéficié cette formation.

- Consultations de planification familiale intégrées aux consultations nécologiques et post-natales dans les centres de SMI.

- Recherche en matière de contraception traditionnelle en collaboration vec le centre de médecine traditionnelle.

- Etude sur les effets secondaires de contraceptifs usuels en collaboration vec l'I.N.R.S.P.

- Etude sur l'acceptabilité de la planification familiale en milieu rural e programme doit dans les cinq premieres années remettre de renforcer et de con- olider les activités dans les zones tests que sont les régions de KOULIKORO- SEGOU t MOPTI./.

.../....

Le développement du programme peut se concevoir dans la région de Sikasso dès les 3 première années en égard à l'organisation sanitaire dans cette zone.

Les cinq dernières années serviront à couvrir le reste de territoire.

5. Organisation Gestion

Le programme de santé familiale dont la première phase est presque exécutée permet de cerner tous les aspects du problème de la santé de la mère et de l'enfant.

Le développement du programme consistera en une vulgarisation des technolog. préalablement maîtrisées et évaluées. Il devra se faire sous la supervision de la division de la Santé familiale de la Direction Nationale de la Santé Publique.

6. Coût du programme de santé familiale.

La première phase du programme étant exécutée presque dans sa totalité, la présente estimation du coût concernera la deuxième qui débutera probablement en 1984. Cette phase s'exécutera sur trois années et les coûts sont estimés en dollars.

CHAPITRE DES DEPENSES	1984	1985	1986	TOTAL
I. INVESTISSEMENTS.				
- Consultations en santé familiale	10.000	10.000	10.000	30.000
- Frais de soutien administratif	5.000	-	-	5.000
- Recherche sociologique et Evaluation (enquêtes)	20.000	2.000	4.000	26.000
- Soutien aux institutions de formation, de recherche et d'information	71.000	31.000	26.000	128.000
- Bourses de formation à l'extérieur	23.000	16.000	10.000	49.000
- Formation du personnel au niveau local	45.000	54.000	49.000	148.000
- Construction et amenagement des locaux	152.000	20.000	-	172.000
- Equipements	260.000	75.000	25.000	360.000
- Contraceptifs et autres produits	28.000	15.000	100	43.100
- Evaluation et frais d'impression	20.000	20.000	-	40.000
	634.000	243.000	124.100	1.001.100

II. FONCTIONNEMENT				
Frais de supervision	10.000	2.000	2.000	14.000
Salaire personnel local (chauffeur secrétaire etc..	15.000	2.000	2.000	19.000
Matériel fragile (médicaments vaccins etc...)	100.000	100.000	100.000	300.000
Fournitures de bureau	6.000	6.000	6.000	18.000
Entretien des équipements	10.000	10.000	5.000	25.000
	141.000	120.000	115.000	376.000
Coût total du programme en $ U S	775.000	363.000	239.100	1.377.100
Coût total du projet en francs maliens	604.500.000	283.140.000	186.498.000	1.074.138.000

N.B : Taux de change : 1 $ US = 780 FM.-

APPENDIX J

PROJECTED WORKSHOP OF MALIAN ASSOCIATION FOR THE PROTECTION AND PROMOTION OF THE FAMILY (AMPPF)

/-)ssociation /)/)alienne pour la
Protection et la Promotion de
la Famille. (A. M. P. P. F.)

/-)ureau /)/ational /-)amako

B.P. 105

APPENDIX J

PROJET : Séminaire de Formation des Leaders d'Opinion.

Titre : La Croissance Démographique et la Qualité de Vie de la Famille Malienne.

Justification : Le Mali est le premier pays Francophone de l'Afrique de l'Ouest a avoir mis sur pied un programme de planificatio familiale avec pour objectif l'espacement des naissances pour la santé de la mère et de l'enfant.

L'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) maître d'oeuvre du programme a mis oeuvre plusieurs stratégies pour l'information, la sensib sation et la dispense des services. Elle est parvenu à motiver les autorités administratives, en particulier le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales q a intégré les activités de P.F. dans les structures sanita de l'Etat comme celles de médecine préventive.

Après plus d'une décennie d'activité, il persis toujours des lots de résistance tant dans le milieu des leaders d'opinion que des populations. Le souci majeur de l'A M P P F est de déployer tous les éfforts possibles po informer et sensibiliser les leaders sur les paramètres "démographie et Développement socio-économique" afin qu'ils soient mieux armés dans les prises de décisions en faveur de la planification familiale.

C'est pourquoi dans la deuxième quinzaine du m de Juin 1986 l'AMPPF organisera en collaboration avec IMTRAH un séminaire, d'information, et de sensibilisati

de six jours sur les incidences de l'accroissement démographique sur la qualité de vie de la famille Malienne.

Objectif : A la fin du séminaire, chaque participant devra être capable de :

- Expliquer les facteurs qui influent sur la croissance démographique
- Citer et expliquer les paramètres qui conditionnent la qualité de la vie pour chaque membre de la famille.
- Expliquer les avantages de l'utilisation de l'espacement des naissances comme moyen de promotion de la qualité de vie pour chaque membre du groupe familial et pour permettre une meilleur participation féminine au processus de développement économiqu et social.

Groupes cibles : En tenant compte du niveau de responsabilité, tant sur le plan politique qu'administratif, le séminaire s'adressera aux :

- Responsables de l'UDPM niveau National et Régional
- Membres de l'Assemblée Nationale (Députés)
- Membres des organisations de masse : UNFM, UNJM, UNTM.
- Les Volontaires de l'AMPPF
- Les Ministères qui collaborent avec l'AMPPF. Plan, Santé et Affaires Sociales, Information, Education Nationale.
- Les responsables des confessions religieuses AMUPI, Eglise Catholique, Eglise Protestante au niveau National et Régional

T h è m e s : Au cours du séminaire seront développés les thèmes suivants :

- Les incidences de l'accroissement démographique en général sur le Développement économique et social.
- Le cas spécifique du Mali
- L'accroissement Démographique et les facteurs d'éducation
- -"- -"- -"- de l'emploi
- -"- -"- -"- de la Santé

en général et celle de la mère et de l'enfant en particulier

- Les aspects culturels, moraux et réligieux de la planification familiale.

/3

224

COUT :

I Frais de transport des participants régionaux

Gao Bamako Gao	35.000 x 2 x 2	= 140.000 F
Tombouctou Bko T.	30.000 x 2 x 2	= 120.000 F
Mopti Bko Mopti	15.000 x 2 x 2	= 60.000 F
Ségou Bko Ségou	7.500 x 2 x 2	= 30.000 F
Sikasso Bko Sik.	10.000 x 2 x 2	= 40.000 F
Kkoro Bko Kkoro.	2 000 x 2 x 2	= 8 000 F
Kayes Bko Kayes	15.000 x 2 x 2	= 60.000 F

Sous Total Transport..... = 458.000 F

II Frais de séjour des participants régionaux y compris delais de route à raison de 10.000 f par jour et par personne

10.000 f x 14 x 8 = 1.120.000 F

III Frais de taxi des participants de Bamako à raison de : 2.500 f par personne et par jour

2.500 f x 32 x 6 jours = 480.000 F

IV Conférenciers à raison de 25.000 par thème

25.000 f x 6 = 150.000 F

Total frais personnel.... = 2.208.000 F

V Papeterie et formulaires..... = 250.000 F

VI Location de la salle à raison de 80.000/jour

80.000 f x 6... = 480.000 F

VII Essence pour la préparation et couverture du séminaire à raison de 20 litres/jour 20 l x 10 x 300 = 60.000 F

225

VIII Indemnités du personnel de la Radio et Télévision à raison de :
10.000 par personne pour la couverture

10.000 x 6 = 60.000 F

IX Rafraichissement (pause café 2 fois par jour à 500/personne
500 x 2 x 60 x 6 = 360.000 F

X Cocktail à la clôture ..... = 500.000 F

Total autres frais 1.710.000 F

TOTAL GENERAL... = 3.918.000 F

Evaluation : En collaboration avec l'INTRAH nous préparerons les documents pour l'évaluation du projet.

N.B. Nous avons demandé à INTRAH de nous trouver quelqu'un pour développer le thème principal : les indicateurs de l'accroissement démographique en général sur le développement économique et social. Les autres thèmes seront développés par des Nationaux./.-

APPENDIX K

TELEX - JEAN DE MALVINSKY TO ROBERT MINNIS

APPENDIX K

VQ234951113+
4951113 RWTL UI
AMIHOTEL BAMAKO

MR R-L- MINNIS.

- PREPARATION OF : PROGRAM PLANNING OF MCH/1 AS A COMPONENT OF PHC POLICY FROM 1986 TO 19 WORKSHOP IN GOING VERY WELL

- WORKSHOP ITSELF PLANNED FROP FEBRUARY 24 TO 28 IS POSTPONED UNTIL MARCH 10 TO MARCH 22 - FIRM DTAE WILL BE DECIDED BY THE TIME I LEAVE FROM HERE.

- CHANGE OF DATES REQUESTED BY MOH, WITH AID REPRESENTATIVES, F.ZAMORA, HEALTH OFFICE T.SANGARE POPULATION OFFICER SUPPORTING THIS REQUEST.

REASONS FOR WORKSHOP DATE CHANGE.
ONE : MINISTER OF HEALTH AND SOCIAL AFFAIRES LEAVES ON THURSDAY FEB 20 WITH ALL NATIONAL DIRECTORS BUT ONE FOR TWO WEEKS TO INSPECT THE NEW FIRST REG OF MALI.
TWO : THE REMAINING NATIONAL DIRECTOR AND MOST OF MINISTRY TECHNICAL PEOPLE WILL BE IN THE FIELD FOR THREE WEEKS ASSESSING NATIONAL RESSOURCES IN THE SOCIAL AND HEALTH AREA WITH A WHO TEAM COMING FROM GENEVA. THEIR ACTIVITIES WILL START ON FEB. 24.

THREE : REPRESENTATIVES FROM THE C.T.T. AND PROFOSSIONAL SCHOOLS ARE WORKING WITH T.A FROM THE INTERNATIONAL CENTER FOR COMMUNITY HEALTH DEVELOPMENT, BORDEAUX ON SOME ASPECTS OF CURRICULA REVISIONS.

FO WORKS SHOP. MCH/SA IS EXTENDING.

FIVE YEAR MCH/FP PLANNING PARTICIPATION TO DECISION MAKERS FROM EDUCATION MINISTRY, INFORMATION MINISTRY, NATIONAL UNION OF YOUNG MALIANS, NATIONAL UNION OF MALIAN WORKERS, IN ORDER TO INSURE A COMPREHENSIF APPROACH AND IMPLE MENTION OF THIS COMPONANTS, FAMILY PLANNING HOLDING AN IMPORTANT PLACE IN HISXONTEXT.

NEW AID DIRECTOR. VERY SUPPORTIVE OF THESE ACTIVITIES.

MET WITH MRS JUDITH BROWN, PGS CONSULTANT FROM ZAIRE. GOOD OPPORTUNI
TY TO CLARIFY ROLES WITH MOH/SA. CLARIFICATION ON OPERATIONAL
LEVEL WILL HAVE TO CONTINUE WITH PCS PROGRAM ASSISTANT FOR MALI
UPON OUR RETURN

WORKING WITH AMPPF FOR NATIONAL WORKSHOP PREPARATION.

ALL PARTIES MET WANT THE TRAININGS LISTED UNDER CONTRACT TO BE
SUCCESSFUL AND MORTHWILL THE MONETARY AND HUMAN INVESTMENT. IT IS
BELIEVED THAT MCG/FP NATIONAL PLAN WILL INSURE SUCCESS OF
TRAINING. AS WELL AS EXPEND IT'S IMPACT

AN INTERNATIONAL CONFERENCE ON DEMOGRAPHY ORGANIZED BY THE SAHEL
INSTITUT IS BEING HELD IN BAMAKO.

- CHANGE IN RETURN DATE TO SANTA CRUZ NOT YET DECIDED AS DECISION
WILL DEPEND ON SUFFICIENT AMOUNT OF NECESSARY DATA COLLECTED WORKSHOP
IMPLEMENTATION

- RECEIVING EXCELLENT SUPPORT FROM AID POPULATION OFFICER, AND
HEALTH OFFICER, AS WELL AS FROM MOH/SA

- PLEASE INFORM MRS. CHRISTINE DURHAN THAT THE 375 DOLLARS SENT TO
THE BMCD ACCOUNT NO: 79854 HAVE BEEN RECEIVED. SINGED CONTRACT SENT
TO INTRAH THROUGH DHL.

- PLEASE, COMMUNICATE TO MARY THAT ALTHOUGH EXTREMELY BUSY, EVERY
THING IS GOING WELL. THE HARTS ARE BACK IN MALI. CAROL IS IN CHARGE
OF THE DEMOGRAPHY WORKSHOP. SANOUSSI SENDS GREETINGS TO HER.

- WILL CALL ABOUT MY RETURN DATE AS SOON AS KNOWN.

JEAN DE MALVINSKY.

CORRECTION : YOU CAN READ PLSE :
PLANNING HOLDING AN IMPORTANT PLACE IN THIS CONTECT. — . - .
✠✠
HKYOTOOOE R

HQS733 ✠
AMIHOTEL BAMAKO✠
4951113 RWTL UI
HQS733 V

APPENDIX L

AIDE-MEMOIRE (2/27/86)

APPENDIX L

AIDE-MEMOIRE

En vue de la tenue d'un atelier de planification intitulé "Programmation de la Composante SMI/PF dans le cadre de la Politique de S.S.P de 1986 à 1990" qui aura lieu à Bamako du 17 au 22 mars 1986, Jean de Malvinsky de l'Université de California à San Francisco a rencontré du 18 au 27 février 1986 les responsables des départements et organismes mentionnés ci-dessous. Cette démarche fait partie de la première activité d'un contrat passé entre le MSP/AS et l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill dont l'objet a pour titre "Formation en Santé Maternelle et Infantile et Planification Familiale" Une série de formation s'étalant sur 2 ans a été précédée d'une intervention de 4 ans dans le cadre du projet INTRAH dont la mise en oeuvre était confiée à la DNPFSS du MSP/AS.

- Liste des départements et organismes dont les responsables ont été rencontrés:

D.N.P.F.S.S.	U.N.F.M	A.M.P.P.F.
D.N.S.P.	U.N.J.M.	Ministère de l'Information
D.N.A.S.	U.N.T.M.	D.C.S.S.A.

- Liste dont des représentants ont été rencontrés:

E.F.D.C.
E.I.P.G.
E.S.S.
E.N.M.P.M.

Toutes les personnes contactées ont exprimé leur satisfaction sur la démarche entreprise par le MSP/AS afin de: 1) Pouvoir donner leur avis sur le thème SMI/PF. 2) De contribuer à la composante SMI/PF. 3) De mettre en oeuvre une partie des activités programmées dans le cadre de

SMI/PF. Un intérêt particulier a été exprimé sur le sujet de la planification familiale dans le domaine des services cliniques et de l'éducation de groupes cible spécifiques. Un désir très fort a été exprimé afin que des représentants des départements et services concernés puissent recevoir une formation appropriée en ce sens.

Plusieurs responsables ont fait la demande de pouvoir envoyer au moins 2 représentants à l'atelier.

Un remerciement très sincère va aux représentants du MSP/AS et aux autres responsables rencontrés pour avoir facilité l'accomplissement de la tâche fixée.

Bamako, le 27 février 1986

Jean de Malvinsky, M.P.H.

APPENDIX M

EVALUATIVE MATERIALS

APPENDIX M1

BIO-DATA FORMS

APPENDIX M2

PARTICIPANT REACTION FORMS

APPENDIX M3

SUMMARY OF PARTICIPANT REACTION FORMS

Summary

APPENDIX M3

Numéro d'identification du cours _____

FORMULAIRE D'APPRECIATION POUR PARTICIPANTS

Choisissez la phrase (a,b,c etc.) qui complète chacune des déclarations suivantes de telle façon que celle-ci reflète le mieux vos impressions concernant la formation à laquelle vous avez participé:

1. Les objectifs de l'atelier étaient:

a.très clairs	b.clairs la plupart du temps	c.assez clairs	d.pas très clairs	e.pas clairs du tout
4	9	2	2	

2. Il semblait que les objectifs de l'atelier fussent atteints:

a.entièrement	b.la plupart du temps	c.dans une certaine mesure	d.à peine	e.pas du tout
2	6	6	2	

3. En ce qui concerne les instruments de formation (exposés, imprimés à distribuer, exercices),

7 a. Tous les instruments étaient utiles

3 b. La plupart des instruments étaient utiles

3 c. Certains instruments étaient utiles.

2 d. Très peu d'instruments étaient utiles.

____ e. Aucun instrument n'était utile.

4. Les matières de formation qu'on a présentées pendant l'atelier étaient claires et faciles à suivre:

a.à chaque fois qu'on les présentait	b.la plupart du temps	c.environ la moitié du temps	d.moins de la moitié du temps	e.à aucun moment
3	8	3	1	

5. La quantité de matières traitées pendant la formation était:

a.excessive	b.relativement excessive	c.appropriée	d.relativement trop petite	e.trop petite
2	5	7		

6. La période de temps consacrée à la formation était:

a.trop longue	b.relativement trop longue	c.à peu près convenable	d.relativement trop courte	e.trop courte
1	[illegible]	4	4	5

7. Par rapport au travail dont je m'occupe ou dont je m'occuperai à l'avenir, cette formation était:

a.très utile	b.utile la plupart du temps	c.assez utile	d.pas très utile	e.pas utile du tout
10	1	5		

8. On considérait _____ des solutions éventuelles de problèmes réels de travail:

a.constamment	b.plus de la moitié du temps	c.environ la moitié du temps	d.moins de la moitié du temps	e.à aucun moment
8	1	3		

9. Au cours de la formation, j'ai appris:

5 a.beaucoup de concepts importants et utiles

2 b.nombre de concepts importants et utiles

4 c.plusieurs concepts importants et utiles

1 d.peu de concepts importants et utiles

_____ e.presque aucun concept important et utile.

10. Au cours de notre formation, j'avais l'occasion d'appliquer:

7 a.beaucoup de compétences importantes et utiles

2 b.nombre de compétences importantes et utiles

3 c.plusieurs compétences importantes et utiles

2 d.peu de compétences importantes et utiles

____ e.presque aucune compétence importante et utile.

11. Les moyens matériels et les préparatifs de la formation étaient:

a.excellents	b.bons	c.acceptables	d.à peines acceptables	e.médiocres
2	4	7	2	

12. Le(s) formateur(s) qui a (ont) mené cette formation était (étaient):

a.très efficace(s)	b.efficace(s)	c.assez efficace(s)	d.pas très efficace(s)	e.pas efficace(s) du tout
3	7	2	1	

13. Le(s) formateur(s) qui a (ont) mené cette formation m'a (m'ont) encouragé(e) à donner _____ mes impressions due cours.

a.constamment	b.souvent	c.parfois	d.rarement	e.ne jamais
11	3	1		

14. Le(s) formateur(s) était (étaient)_____ à me tenir informé (e) de mes progrès au cours de la formation.

a.très efficace(s)	b.efficace(s)	c.assez efficace(s)	d.pas très efficace(s)	e.pas efficace(s) du tout
3	6	5		

15. 11 a. Je recommanderais cet atelier sans hésitation.

2 b. Je recommanderais probablement cet atelier.

3 c. Il se peut que je recommande cet atelier à certaines personnes.

____ d. Il se peut que je ne recommande pas cet atelier.

____ e. Je ne recommanderais pas cet atelier.

16. Veuillez cocher parmi les points suivants les changements qui, à votre avis, seraient susceptibles d'améliorer la formation.

16 a. ajouter du temps supplémentaire à la durée de la formation

____ b. réduire la durée de la formation

3 c. faire usage d'exemples et d'applications plus réalistes

6 d. prévoir plus de temps pour l'application de compétences et de techniques

8 e. prévoir plus de temps pour que les participants se familiarisent davantage avec des théories et des concepts

1 f. employer des formateurs plus efficaces

3 g. prévoir une interaction en groupe plus efficace

1 h. choisir un autre lieu de formation

7 i. prévoir du temps supplémentaire consacré à la préparation en dehors des séances de formation

5 j. consacrer plus de temps aux activités de formation proprement dites

1 k. se concentrer sur un sujet plus précis et de portée plus limitée

1 l. traiter un sujet plus vaste et de portée plus étendue

____ m. autre (préciser s.v.p.)_____

17. Suit une liste de plusieurs sujets traités pendant le formation. Veuillez indiquer le degré d'utilité de chaque sujet par rapport à votre travail, en choisissant le point de l'échelle à droite qui y correspond.

	très utile 1	2	3	4	à peine utile 5
a.					
b.					
c.					
d.					
e.					
f.					
g.					
h.					
i.					
j.					

18. Pour chacun des supports ou techniques suivants, veuillez cocher la case appropriée de l'échelle à droite qui caractérise le mieux l'utilité de ce support ou de cette technique par rapport à votre assimilation de connaissances pendant la formation.

Techniques/supports	Très utile 1	2	3	4	à peine utile 5	non applicable
a. conférences	2	1	1			
b. discussions en groupe	10	2			1	
c. exercices individuels	1		2			
d. exercices en groupe	10	1	1			
e. séances cliniques						
f. visites sur le terrain						
g. imprimés à distribuer/ lectures	5	2	1		1	
h. livres						
i. aides audio-visuelles	3	2	1			

19. En choisissant parmi les sujets énumérés ci-après, veuillez indiquer les trois (3) domaines dans lesquels, à votre avis, une formation supplémentaire future vous serait la plus utile.

6 a. Consultations et/ou éducation des clients

____ b. Distribution des méthodes cliniques (dispositifs intra-utérins, pilules anticonceptionnelles, diaphragmes, injections)

____ c. distribution des méthodes non cliniques (condoms, tablettes mousseuses, mousses)

____ d. distribution des méthodes de planification familiale naturelle (méthode des rythmes, méthode sympto-thermique, examen de la glaire cervicale)

3 e. supervision des services de planification familiale

2 f. gestion d'un réseau de services de planification familiale

3 g. organisation/évaluation des services de planification familiale

3 h. determination de la politique/orientation des services de planification familiale

1 i. distribution de contraceptifs centrée sur la communauté

7 j. programmes d'extension des services dans les zones rurales, d'éducation ou d'information centrés sur la communauté

6 k. formation en cours d'emploi en planification familiale

5 l. enseignement/travaux dirigés de planification familiale avant l'emploi

____ m. autre (préciser s.v.p.) _____

20. Observations additionnelles: L'atelier était utile, intéressant et m'a permis d'échanger expériences

Vous êtes libre de signer ou non votre nom:

3 people signed

many did not complete all questions.