PDBBH913

MAURITANIA

Rural Health Services Project

Contract no.: 682-0230-C-00-4060-00

QUARTERLY REPORT

Period: April-June **1986**

JSI

JOHN SNOW INC.

1

MAURITANIA RURAL HEALTH SERVICES PROJECT

CONTRACT NO. 682-0230-C-00-4060-00

QUARTERLY ACTIVITY REPORT

APRIL - JUNE 1986

JOHN SNOW, INC.

2

CHIEF OF PARTY

During the second quarter, the activities almost exclusively related to the preparation of the mid-term evaluation of the PRSSR and more specifically to the description of the different scopes of work; and to the profile of the consultants and their selection and the preparation of the pre-assessment document. Many weeks were invested in these different tasks.

3

HEALTH MANAGEMENT / EPI TECHNICAL ADVISOR

A - ACTIVITIES PLANNED DURING THE SECOND QUARTER

1 VACCINATION RATE COVERAGE SURVEY IN 12 CITIES OF THE RIM

2 ANALYSIS OF THE SURVEY DATA AND PREPARATION OF A REPORT

3 WHO CONSULTANTS VISIT TO SET-UP A COLD CHAIN MONITORING SYSTEM WITH THE USE OF 3M CARDS (2 WEEKS)

4 INSTALLATION OF MOBILE COLD CHAINS IN THE MOBILE TEAMS VEHICLES

5 WORKSHOP ON COLD CHAIN AND ON VACCINE USE AND MONITORING TO BE HELD IN MID-JUNE

6 EVALUATION OF THE EPI COMPONENT OF THE PRSSR BY THE MID-TERM EVALUATION TEAM

7 DISCUSSIONS WITH UNICEF ON EPI MID-TERM PLANS AND RESOURCES NEEDED WITH REFERENCES TO THE ITALIAN COOPERATION FINANCING

B - ACTIVITIES PERFORMED DURING THE SECOND QUARTER

1 - VACCINATION RATE COVERAGE SURVEY IN 12 CITIES OF THE RIM

In April a vaccination coverage survey among children between 12 and 35 months of age was performed in the following cities of Mauritania: Nouakchott, Nouhadibou, Zoueratte, Boghe, Akjoujt, Nema, Tidjkja, Aioun, Kiffa, Atar, and Kaedi. The city of Rosso, although initially included, could not be evaluated because of a visit to Rosso from the president of the RIM during the same period. In each of the cities the WHO methodology of selecting 30 cluster samples was followed. In Nouakchott, however, 30 clusters were drawn in each if the six departments. The evaluators were the Medecin-Chefs of the RIM, each of them evaluating a region different from the one in which he works. They were assisted in their task by two members of the surveillance team of the neighboring region and also by three health workers recruited locally. The team received a day of training before the beginning of the evaluation. The Medecin-Chefs had received two days of training in Nouakchott and were themselves field workers during the evaluation of the city of Nouakchott.

The EPI TA was responsible for the preparation and data analysis of the evaluation. He personally supervised the evaluation in one of the departments of Nouakchott and was responsible for the evaluation of the cities of Nema, Aioun, Kiffa, and Tidjikja. Ten days were spent in the field for that purpose.

4

2 - ANALYSIS OF THE SURVEY DATA AND PREPARATION OF A REPORT

The preliminary results of the evaluation were submitted the day after the end of the evaluation for the city of Nouakchott and within a week after the return of the last evaluator from the field. This was possible because of the hard work of the PRSSR statistician. All remaining tables were prepared during the quarter. The evaluation was not produced into final report, pending the validation of the results by an international expert. The request for such a validation by USAID/MOH was unexpected and not planned for during the initial stages of the evaluation. Unfortunately, the mision/MOH were not able to recruit someone for the time frame allowed, and the report will be published after July.

3 - WHO CONSULTANTS VISIT TO SET-UP A COLD-CHAIN MONITORING SYSTEM WITH THE USE OF 3M CARDS (2 WEEKS)

The EPI TA arranged for two WHO consultants to evaluate the quality of the cold chain at the Central Level, and to set up a longitudinal surveillance system of the cold chain using 3M cards. The RIM would thus become one of the few countries in the world where the cold chain is monitored from the Central Store to the vaccine carrier stage. The consultants' work and recommendations is summarized in a report reproduced in Appendix 1.

4 - INSTALLATION OF MOBILE COLD CHAIN IN THE MOBILE TEAM VEHICLES

Work has been progressing, thanks to the cooperation of Jean Pierre Triquet from Medecins sans Frontieres, at the workshop organized at Pharmapro. All cold chain modules have been assembled and the team has been waiting for the batteries to arrive. Although the ones which arrived late June were not the ones ordered (another incident in the long series of failures related to mobile cold chain saga), the first vehicle was nevertheless equipped before the end of the second quarter and the others will be equipped at the pace of two or three a month, depending on the testing time, the availability of the batteries, and of the availability of Jean Pierre Triquet who has accepted to supervise the operation until its end.

5 - WORKSHOP ON COLD CHAIN ON AND VACCINE USE AND MONITORING TO BE HELD IN MID-JUNE.

Because of conflicting dates with other MOH workshops, the two workshops will be held between July 3 and July 13. Marguerite Ledoux, a WHO consultant, is expected to take an active part in the workshops on cold chain and on vaccine use and monitoring. One workshop is geared for the real cold chain operators in the field (in the Mobile Teams and in the PMIs); the other for the managers of the vaccination program in each unit (whether mobile teams or PMIs). The trainees will be taught the use of the 3M card.

5

6 - EVALUATION OF THE EPI COMPONENT OF THE PRSSR BY THE MID-TERM EVALUATION TEAM.

The evaluation team arrived only on June 26. However during the second quarter, several documents were prepared (pre-evaluation assessment document) in order to present the MOH, USAID and JSI perspective on the status of the EPI program and on the progresses realized so far.

7 - DISCUSSIONS WITH UNICEF ON EPI MID-TERM PLANS AND RESOURCES NEEDED WITH REFERENCES TO THE ITALIAN COOPERATION'S MONEY.

Several meetings have taken place during this quarter to discuss the needs of the EPI in the future and how available and expected resources should be mobilized and assigned. A meeting took place with the Minister of Health; another one with the Director of Health, the Director of the PRSSR, the Chef du SMP and WHO; several others with UNICEF. Although the final arrangements have not been drawn yet, a definition of the needs can be found in several documents: one prepared by the Chef de SMP and another prepared by the WHO consultant and the EPI LT TA (included in Appendix 2).

8 - COLLABORATION ON A STUDY ON THE COST-EFFECTIVENESS OF THE 3 EPI STRATEGIES.

Responding to the EPI TA's repeated demands on the need of a cost-effectiveness study, UNICEF agreed to fund a consultant for several weeks in order to compare the cost-effectiveness of each of the three strategies in use in the RIM EPI program. The EPI TA spent time collaborating with the consultant. The preliminary draft has drawn considerable interest from both the national and donor community.

9 - PRESENTATION OF THE EPI RESULTS

A paper on the achievements of the EPI in the RIM was presented at the National Conference for International Health in Washington, D.C. in early June (sponsored by USAID) and was well received. Another document presenting the results of the December 1984 and the April 1986 surveys is being submitted to the MOH's clearance for publication in the WHO Weekly Epidemiological Report.

C - ACTIVITIES PLANNED DURING THE THIRD QUARTER

The LT TA will finish his assignment on August 7. The month of July was spent with the evaluation team, assisting them in their work, and participating in the discussions and recommendations.

6

D - DISTRIBUTION OF THE TIME FOR THE EPI TA ACTIVITIES

From the total hours spent working on COP and EPI activities, 347 hours were spent as follows:

ACTIVITIES	HOURS	%
1- JNV SURVEY	120	34.6
2- DATA ANALYSIS AND REPORT	40	11.5
3- COLD CHAIN MONITORING	20	6.8
4- MOBILE COLD CHAIN	40	11.5
5- WORKSHOP	30	8.7
6- UNICEF/ITALIAN FUNDS	20	6.8
7- COST EFFECTIVENESS	27	8.4
8- EPI DOCUMENTATION	30	8.7
TOTAL :	347	100

7

APPENDIX 1

Renforcement de la chaine du froid

en Republique Islamique de Mauritanie

Margaret Ledoux
Consultant PEV OMS Geneve

James Cheyne
PEV OMS Geneve

21 Avril - 1 Mai 1986

BEST AVAILABLE DOCUMENT

1. Introduction

Le Programme Elargi de Vaccination a une tache a accomplir qui exige une organisation exceptionnelle. Plus le taux de couverture vaccinale est important plus les besoins en organisation le sont. Le Gouvernement de la Republique Islamique de Mauritanie (G.R.I.M.) a deja atteint une couverture nationale d'enfant completement vaccine de 50% dans les villes, ce qui est impressionnant vues les contraints que supposent un pays d'une population de 1.700.000 et d'une superficie de 1.030.000 km2.

Le taux de couverture du BCG et de la 1ere dose de DTC, Polio est encore plus eleve. entre 70% et 80%, indiquant que la possibilite exist d'atteindre l'objectif national fixe a 60% d'enfants completement vaccines.

C'est a present que le Programme Elargi de Vaccination arrive au stade le plus difficile. La plannification journaliere ainsi que l'organisation et la gestion journaliere devient aussi importante que les moyens. La chaine du froid est une partie fondamentale du programme et sa gestion correcte est essentielle.

Ce rapport propose deux etapes afin de permettre l'amelioration de cette gestion.

1 - L'utilisation continue des cartes de controle de la chaine du froid dans toute la R.I.M.

2 - Une etude sur la chaine du froid utilisant les memes cartes pendant une periode bien definie. (Aout 1986 - Mars 1987).

Pendant les discussions de plannification de ces deux etapes nous avons constate qu'il y a plusieurs problemes de gestion du cheminement des vaccins. La plupart de ces problemes peuvent etre resolus facilement. Mais, s'ils ne le sont pas, l'utilisation des cartes de facon continue et l'etude seront practiquement impossible. Trois autres volets donc ont ete ajoute a ce rapport qui correspondent aux souhaits exprimes par le PEV a la mission OMS.

- Recommendations sur la chaine du froid au niveau central.

- Recommendations sur la gestion des stocks de vaccins.

- Recommendations sur l'utilisation des vaccins au niveau peripherique.

Enfin notre opinion sur le systeme de refrigeration pour les Land Rover des Equipe Mobiles a ete requise. Ce volet est a la fin de ce rapport.

BEST AVAILABLE DOCUMENT

2. Utilisation continue des cartes de controle de la chaine du froid dans toute la R.I.M.

L'utilisation, des le mois de mai, des cartes de controle a Nouakchott et au Trarza a comme but d'etablir une procedure modele pour l'utilisation continue de ces cartes dans toute la Mauritanie suite a l'etude proposee .

Cette utilisation a trois objectives bien precis :

- faire une projet pilote des cartes avant l'etude

- permettre aux manipulateurs des vaccins a chaque niveau de la chaine du froid de verifier si le vaccin recu et stocke a leur niveau, a ete conserve dans les meilleurs conditions.

- faire que la carte agisse comme temoin de toute rupture de la chaine du froid tout le long de son cheminement, du fournisseur jusqu'au seances de vaccinations. Une enquete faisant suite a une rupture permettra de renforcer la chaine du froid a ce niveau et de decider si le vaccin pourra ou non etre utilise.

La carte a donc egalement un role de superviseur silencieux. Lors des visites sur le terrain la carte temoignera aux superviseurs de la qualite de la chaine du froid depuis l'arrive de l'antigen a.l'aeroport jusqu'au niveau le plus peripherique.

Methodologie: La carte sera introduite des le mois de mai dans les six P.M.I. de Nouakchott et dans la region du Trarza. Une carte de l'antigen correspondant (indique par le fournisseur sur la carte) sera envoye avec chaque 3.000eme dose expedie du magasin central. Une fiche (example en annexe) sera tenue au magasin central permettant l'identification de la 3.000eme dose. Au niveau regional les cartes seront distribuees entre les missions des Equipes Mobiles et les P.M.I.s de la maniere suivante: une carte avec chaque mission Equipe Mobile et le reste a tour de role a chaque P.M.I. Selon les quantites de vaccin fournies par l'UNICEF pendant l'annee 1985 les PMI vont recevoir 9 cartes par an.

BEST AVAILABLE DOCUMENT

10

3. Etude speciale de la chaine du froid a partir des cartes 3M (carte de controle de la chaine du froid)

Correspondant au souhait du Gouvernement de la Republique Islamique de Mauritanie un protocole de mise en place d'une etude de la chaine du froid a ete formule. Une group de travail compose des membres de l'equipe centrale du PEV et de la mission de l'OMS a fait les proposition suivantes:

Objectifs de l'etude:

- verifier a l'echelon national et a tous les autres niveaux, l'efficacite de la chaine du froid;

- determiner comment on peut ameliorer l'organisation des chaines du froid dans les zones qui ont le plus besoin d'aide, et pour cela notamment:

o identifier les points forts et les points faibles des depots de vaccin;

o etablir une norme d'efficacite de la chaine du froid dans different regions ou different departements du pays afin de fixer des objectifs aux efforts d'amelioration;

o determiner, pour chaque region et pour l'ensemble du pays, la proportion approximative de vaccin encore actif au moment de l'administration;

o ameliorer les normes de manipulation des vaccins.

Methodologie.

Le jour de demarrage de l'etude 1 000 cartes de controle de la chaine du froid (example au annexe) seront activees et distribuees le long de la chaine du froid.

1. Les cartes de controle seront numerotees, activees et jointes a chaque lot de 10 flacons de vaccin DTC dans un sachet en plasique. Les sachets seront distribues de maniere a atteindre tous les depots de la chaine du froid.

2. A chaque depot de la chaine ou froid et a chaque episode de transport;

o la carte de controle arrivant ou partant avec le vaccin est verifiee et,

o l'indice preleve et enregistre, ainsi que la date et le lieu, sur la fiche de controle. Lors que le dernier flacon dans le sachet plastique est prise pour etre utilise a une seance de vaccination (ou jete car expose a des temperatures trop elevees) la fiche doit etre egalement rempli.

11

3. A la fin de leur voyage les cartes de controle sont renvoyees avec le rapport mensuel au bureau de controle pour triage et analyse.

Cette methode devrait permettre a chaque PMI, et a chaque tournee de chaque equipe mobile de recevoir plusieurs cartes de controle ayant voyage le long de la chaine du froid a partir du depot central durant la period d'etude.

Formation a donner avant le commencement de l'etude.

Un programme important de formation est indispensable avant d'entreprendre l'etude. Il faut donner des instruction sur la facon de remplir et d'interpreter les indicateurs des cartes a tout le personnel de la sante qui manipulent les vaccins pendant la periode de l'etude. Cette formation sera organisee en trois phases s'addressant respectivement:

- au personnel du niveau central: aux sept membres de l'equipe centrale, superviseurs et responsables.
- au personnel du niveau intermediaire: aux chefs des equipes mobile, leurs adjoints et les responsables regionaux de la chaine du froid
- au personnel peripherique: aux responsables des PMI et aux responsables de la chaine du friod des PMI.

Il a ete suggere que la formation du niveau central pourrait se faire au mois de mai, la formation des equipes mobiles et des deux responsables PMI une premiere fois a Nouakchott a la mi-juin et une seconde fois sur le site meme de la chaine du froid.

Par example, trois equipes de deux personnes du niveau central affectueront les tournees suivants afin d'assurer cette formation peripherique :

1. Nema - Aioun - Kiffa - Aleg
2. Selibaby - Boghe - Kaedi
3. Rosso
4. Atar - Akjoujt
5. Nouadhibou
6. Tidjikja

Une formation de deux jours devrait etre donnee a chaque etape. et etre programme de maniere a survenir un mois environ avant l'arrive des fiches de controle.

Le Calendrier de l'etude se trouve en annexe.

12

Analyse des cartes.

L'analyse des resultats peut etre organisee de differentes facons. Chaque fiche de controle renvoyee au bureau central peut compter jusqu'a 21 items d'informations. Les 21 items sont nemerotes de 1 a 21 dans l'example ci- dessous :

Carte de controle de la chaine de froid
(avec indication dans les cases ces numeros cles
designant les items d'information)

13

Ces informations permettre de nombreuses analyses dont 7 sont mentionnees ci-dessous:

1. l'etat de la chaine du froid au niveau national.
2. les conditions de stockage au niveau central pour chaque mois de l'etude.
3. les conditions de transport vers chaque region.
4. les conditions dans chaque depot regional.
5 les conditions et les durees de rotation dans chaque equipe mobile.
6. les conditions de transports vers chaque PMI .
7. les conditions et le duree dans chaque PMI .

Les deux dernieres donnees peut etre groupees par region, par departement ou par axe de supervision dans le pays.

De plus, toutes les donnees mentionnees ci-dessus peut etre analysees par mois pour la periode de l'etude. Une telle analyse fournira une comparaison de l'efficacite de la chaine du froid pendent l'hivernage par rapport a la saison seche.

Une logiciel a ete prepare et remis au PEV pour le traitement de ces donnees.

Enfin de pouvoir soutenir et renforcer la decision du G.R.I.M. de faire cette etude, deux autres visites d'experts sont prevues aux periodes cles :

- phase de formation au niveau peripherique (juillet 1986).
- phase d'analyse des donnees (mars 1987).

4. Recommendations sur la chaine de froid.

Ces recommendations sont faites a partir des visites effectuees au magasin central et au depot regional de Rosso. Les recommendations sont preceedees d'un chapitre : "points positifs".

Au niveau central :

Les visites sur le terrain nous ont permis de degager des nombreuses points positifs.

- Lors de notre visite les temperatures auxquelles les vaccins doit etre conserves etaient correctes. La chambre froide pour le DTC et le TT etait a +4 degres et la chambre a congelation a -15 degres.
- Les temperatures des deux chambres sont enregistrees deux fois par jour.
- Aucun flacon de vaccin n'est perime.
- Le roulement de stock est respecte selon les normes
- Le magasin central dispose d'une capacite nette pour le stockage des vaccins et la fabrication de la glace toute a fait suffissante.

14

- En cas de rupture de courrant le magasin a une systeme de securite adequate - groupe electrogene neuf avec alarme.

- Il y a suffissament de capacite de refrigeration et de congelation de reserve actuellement dans le magasin central pour tous les vaccins du PEV si les deux chambres froides tombent en panne.

Points a renforcer

- Chaque chambre froide est dote de deux systemes compresseur/evaporateur. Cependant sur la chambre a +4 degres un des moteurs est grille.

- Il y a une probleme serieux de gestion au niveau de l'entretien des equipements de la chaine du froid. Par example :- malgre la definition des taches il y a une absence de suivi reel quant a l'execution.

- Les chambres froides ne sont pas equipees ni d'un systeme acoustique donnant l'alarme en cas de franchissement des limites inferieures ou superieures de temperature, ni de thermometre enregistreur, ni de stabilisateur de tension.

- Le magasin central n'est pas approvisionne en petites boites isothermes pour l'envoi de petites quantites de vaccins (d'environ 2000 doses) aux PMI. En consequence les vaccins sont envoyes dans des cartons non isoles a ces endroits, dote uniquement de quelques accumulateurs de froid.

Recommandations

Il serait souhaitable que la direction du PEV, PRSSR, UNICEF et tout autre organisation concernee se reunissent afin d'acheter des moteurs. Le risque encouru actuellement est serieux.

- Egalement que les responsables concernes du PEV se reunissent afin de trouve une solution au niveau de la gestion de l'entretien de la chaine du froid. La mission OMS propose :

- La constitution d'une equipe d'entretien associant la personne responsable de l'entretien du groupe, et deux techniciens/frigoristes se remplacant a tour de role (particulierement lors des tournees de l'un en brousse)

- une petite atelier pourrait etre cree au niveau du magasin central du PEV (armoir avec du materiel) pour l'entretien regulier.

- Qu'il y ait une procedure d'approvisionnement en piece de rechange bien definie, efficace et rapide avec constitution d'un stock de pieces de reserve.

- Que la direction du PEV demande aupres d'une organisation donatrice des pieces de rechanges pour assurer une guarentie de depannage dans l'immediat . J.-P. Triquet a accepte de proposer une liste complete apres sa visite recente au magasin. Une stabilisateur de tension doit aussi etre achete.

15

- le PEV dispose deja d'une alarme . Les pieces suivantes sont necesaires a l'instalation de cette alarme.

2 thermometres "Zeal"
1 modele EPI/V400/MP/DC6/A
1 modele EPI/V400/MP/DC6/B
(SUPDIR 55 codes E6/03 et E6/04).

- que les deux thermometres enregistreurs deja disponibles soit mises en fonction.

- que les ventilateurs prevus pour la circulation d'air autour des chambres froides soit remplaces par des appareils plus puissants.

- que les PMI s'approvisionant dirrectement au magasin central utilisent leurs porte vaccins a cette effect.

- au cas ou ils ne les emportent pas, oue 200 petites boites isothermes (usage unique) soitent disponibles au magasin central pour l'envoi de petits quantites de vaccins (d'environ 2000 doses) aux PMI. Ou possible les grandes boites isothermes dont les Equipes Mobles disposent deja doit etre renvoyer pour servir au transport depuis le magasin central.

La reference d'une petite boite isotherme n'etant pas disponible au moment d'ecrire le rapport ceci sera envoyer dans les meilleurs delai.

5. <u>Recommandations sur la gestion des stocks au niveau central</u>

Ces recommandations sont aussi precedees d'un chapitre : points positifs.

Points positifs

- les mouvements de stock au niveau central sont correctement enregistres.
- le roulement des stocks, selon les dates de peremption, est egalement bien suivi.
- au niveau central, les stocks de vaccin, au moment de la visite, etaient suffissants. Ils etaient comme suit :

DTC - 12 semaines,
Polio - 14 semaines,
VAT - 18 semaines.

Cependant il y avait 53 semaines de VAR en stock, ce qui est trop, mais uniquement un stock de 5.5 semaine de BCG, ce qui est insuffisant.

Recommendations.

- que les besoins nationaux soient calcules <u>chaque annee</u> en tenant compte de la population cible (ou de la consommation de l'annee precedent et les nouveaux objectives a atteindre).
- qu' un responsable effecte, par la suite, les controles trimestriels de quantite de vaccin actuellement en stock et modifiera la commande, si besoin est.

- qu' au niveau regional ainsi qu'au niveau des PMI, les besoins soient calcules aussi et ce la meme maniere (en fonction des vaccins utilises, du calendrier de livraison, et des objectives a atteindre). Ceci evitera des ruptures de stock et les commands precipitees, ainsi que des perts de vaccin dues a des stocks en surplus ce qui nous semble assez important dans des regions ous a des commandes excessives.

- que les rapports mensuels ou bimestriels d'etat de stock soient formules d'une maniere plus simple tout en fournissant les renseignements necessaires. Une example de fiche simplifiee de rapport/commande de vaccin se trouve en annexe.

- que les vaccins soient mainterus dans leur emballage d'origin. Ceci facilitera le gestion des stocks jusqu'au niveau regional et meme au niveau de P.M.I. Le gestion des stocks au niveau regional etant impossible en ce moment a cause des grandes quantites de vaccin livre en vrac. Cette practique devrait cesser.

6. Directives pour l'utilisations des vaccins au niveau peripherique.

Le G.R.I.M nous a demande de faire des reccommandations concernant certaines practiques d'utilisation des vaccins sur le terrain, a propos de questions qui sont souvent posees par les equipes de vaccinations au niveau peripherique.

Question : Combien de temps apres la date de peremption peut on utilser les vaccins du PEV?

Reponse : La date de peremtion imprimee sur le flacon indique la derniere date a laquelle on peut l'utiliser - meme si ce vaccin etait garde au frais tout sa vie. Le seul occasion ou l'on peut utiliser un vaccin apres la date de peremption est suite a un test en laboratoire qui indique que le vaccin est toujour valable et qui fixe une nouvelle date de peremption.

Question : Combien de fois peut-on sortir un flacon de vaccin du refrigerateur?

Reponse : Des qu'un flacon de vaccin est entame il faut l'utiliser ou le jeter le meme jour. Cette reponse concerne les vaccins anti-poliomyelite, DTC et le VAT ansi que les vaccins lyophilise (qui sont encore plus sensibles a la chaleur).

Au cas ou un flacon n'est pas entame, on peut imaginer deux possibilites:

1. Si une carte de controle de la chaine du froid a accompagne le flacon tout le long de son voyage, du magasin central jusqu'a la seance de vaccination, la carte indiquera si on peut utiliser ou si on doit jeter ce vaccin.

17

2. Si une carte de controle n'a pas accompagne le flacon, la decision doit etre prise selon les instructions du Ministere de la Sante. Cette instruction est souvent un compromis entre le risque d'avoir un enfant 'vaccine' avec un vaccin inefficace, et le cout des pertes excessives. Plusieurs pays ont adopte la regle suivante : quand un flacon de vaccin non entame est remis au refrigerateur apres une session de vaccination, ou apres une mission de l'equipe mobile, il doit etre marque avec un trait rouge et utilise lors de la prochaine seance. Le flacon ne doit pas etre remis au refrigerateur une deuxieme fois. Si le flacon n'est toujours pas entame il faut le jeter comme s'il l'etait.

Question : Une fois un flacon entame, pendant combien de temps peut-on l'utiliser ?

Reponse : Tous les vaccins du PEV sont suffisament stable pour tolerer d'etre hors du refigerature (ou d'une boite isotherme) pour une journee de travaille (pendant huit heures de temps). A LA CONDITION EXPRESSE que le vaccin soit garde correctement au froid. Voir la fasicule de formation PEV "Assurer la fonctionnement de la chaine du froid".

Question : Quand une carte de controle de la chaine du froid qui accompagne un vaccin specifique a commence a virer au bleu que faut il faire avec les autres vaccins qui ont accompagne ce lot?

Reponse : Si tous les vaccins differents etaient accompagnes par cette carte pendant la rupture de la chaine du froid il faut suivre les instructions de la carte selon l'antigen.

Question : Quel est le village le plus petit qui pourrait etre visite par une Equipe Mobile?

Reponse : Les Equipes Mobiles devraient vacciner autant d'enfants que possible dans la limite de leurs ressources. Afin d'atteindre une couverture vaccinale elevee, il faut d'abord vacciner les enfants, de l'age cible les plus faciles a trouver. C'est a dire dans les plus grands villages en priorite.

Question : Y-a t-il un intervalle maximal entre les doses de DTC, Polio, et VAT?

Reponse : Il n'y a pas d'intervalle maximal entre les doses de DTC, Polio et VAT. Donc il n'y a aucun raison de recommencer le calendrier de vaccination meme si l'intervalle depasse un an. Cependant il faut toujours essayer de vacciner l'enfant le plus tot possible car il n'est pas suffissement protege contre les maladies cibles avant le troisieme dose.

Question : Est qu'il faut garder les vaccins anti-polio, rougeole et BCG a -20 degrees au niveau des PMI?

Reponse : Non. Dans le plus part des pays les vaccins anti-polio, VAR et BCG sont conserves a 0 a +8 degres au niveau des PMI, pour deux raisons :

1 - eviter tout confusion au niveau peripherique.

2 - La partie congelation est donc completement reservee a la congelation des accumulateurs de froid necessaire pour les strategies avancees, et il n' y a aucun risque que les accumulateurs contenant de l'eau ambiante soient mis a cote des vaccins.

Question : Que faut-il faire quand la temperature dans la parti refrigeration descend a -5 degres, ce qui arrive avec les refrigerateurs a gaz pendant la saison fraiche?

Reponse : Quand la temperature descend en dessous de -3 degres il y a un grand danger que les vaccins DTC et VAT congelent et donc devient inefficaces. Les tests OMS ont montre que, dans les refrigerateurs Electrolux RA 1302, les temperatures minimales varient entre -4 et +11 degres entre la nuit et le jour. Lors que le PEV fera sa prochaine commande de materiel, nous conseillons plutot le refrigerateur SIBIR 2323 2WV1 qui est beaucoup plus stable et plus adapte au conditions de la Mauritanie.

Etant donne que ce risque de congelation est tres reel en ce moment, il y a trois mesures qui pourraient etre prises:

1) Mettre les briquettes <u>non-congelees</u> dans le refrigerateur afin de diminuer les risques d'avoir des temperatures extremes pendant la nuit.

2) Verifier les vaccins DTC, DT et TT par le "Shake Test" (test d'agitation). Voir le module PEV "Assurer le fonctionnement de la chaine du froid".

3) Fournir les indicateurs "Freeze Watch" a tous les refrigerateurs du PEV et veiller a les remplacer des qu'ils ont eclate. Reference SUPDIR 55 E6/14.

Question : Si on ouvre un flacon de vaccin pour un seul enfant n'aurait - on pas trop de pertes?

Reponse : Il y a deux type de pertes :

1) les pertes inutiles, par example, les pertes dues au livraison des vaccins hors de la chaine de froid.

2) les pertes inevitables, par example, les vaccins jetes a la fin d'une seance de vaccination.

Les pertes inutiles sont inacceptables, mais, plus la couverture vaccinale devient importante plus les pertes inevitables le seront aussi. Car les vaccins doivent toujours etre disponible sur demande, a condition que tous les moyens aient ete mis en oeuvre afin d'avoir autant d'enfants que possible a chaque seance de vaccination.

6. Visite de l'atelier central du Ministere de la Sante

Suite aux souhaits exprimes par le PEV la mission OMS a visite l'atelier central ou l'organisation MSF construit les ensemble frigorifiques pour les Equipe Mobile.

Nous voudrions d'abord feliciter MSF d'avoir developpe un systeme frigorifique de grand autonomie pour faciliter le travail des Equipes Mobile en R.I.M. Le system propose est adapte aux conditions et semble avoir surmonte les multiples problemes rencontres dans d'autres pays qui ont tente cette experience.

Nous souhaiterions cependant attirer l'attention des responsables du PEV sur les points suivants :

1) L'instalation des refrigerateurs adaptes aux Land Rovers des E.M. devrait ameliorer enormement le fonctionnement de leurs chaines du froid. Une etude aporofondie du systeme en place actuellement (glacieres) permettra une comparaison utile et interesante. Le technicien de MSF, M. J-P. Triquet a exprime son souhait de faire cette etude.

2) L'objectif du PEV est de vacciner le plus grand nombre possible d'enfants de l'age cible. Atteindre cette objectif necessite, non seulement un equipement adapte mais aussi, une tres grande organisation, au niveau du terrain des Equipes Mobiles ainsi que des centres fixes.

Le PEV a deja fait un pas tres important vers cette organisation en demandant aux equipes mobiles de preparer des cartes de leurs rayons d'action, avec des donnees precises sur la population (nombre d'habitants dans chaque lieu). Cette information permettra aux Equipes Mobiles, ensemble avec des superviseurs lors des reunions de plannification regionale, de se fixe des objectifs trimestriels ainsi que d'etablir leurs programme precis. Ceci facilitera d'une part la supervision et d'autre part une evaluation du travail effectue. Des nouveaux objectifs pourraient, ensuite etre fixes en tenant compte des contraints et des experiences.

La supervision est une element clef du fonctionnement du PEV.

Ce travail de programmation et d'evaluation permettra egalement une planification a plus long terme. Nous pensons aux possibilities suivantes :

d'augmenter le nombre de postes fixes de vaccination (PMI, hopitaux, dispensaire et par example, post de sante).

de renforcer l'utilisation de strategies avances

d'introduire des strategies mixtes et ainsi de suite.

JC

Nous voudrions remercier tous les personnes qui nous ont consacre leurs temps et leurs efforts afin d'atteindre les objectives fixes.

En particulier:

Au Ministere de la Sante

Docteur Kelly, Chef du Service de la Medecine Preventive
Monsieur Djibul Sengott, Divisionnaire PEV
Monsieur Kone, du PEV
Monsieur Correra, du PEV
Monsieur Sheikh, du magasin PEV

Au Projet RSSR

Docteur Sow, Directeur
Docteur Claquin, Chef de l'equipe SSR et Assistant Technique PEV

A l'UNICEF

Docteur Makil Sene, Representant
Monsieur Jan Van Mannen, Programme officer

A l'OMS, Nouakcott

Monsieur le representant

21

APPENDIX 2

مشروع دعم المصالح الصحية الريفية

PROJET DE RENFORCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ RURALE

B. P. : 177 ص. ب: TÉL. 538-08 الهاتف - Nouakchott - Mauritanie انواكشوط موريتانيا

وزارة الصحة والعمل
Ministère de la Santé et du Travail

P. R. S. S. R.

الوكالة الامريكية للتنمية الدولية
Agence des Etats Unis pour le Développement International
U. S. A. I. D.

انواكشوط في Nouakchott, le 25 juin 1986

N. Réf.

V. Réf.

De : Dr. Lekie, OMS
Dr. Pierre Claquin, AT/PEV/RHS.

A : Dr. Bâ Mohamed Lemine, Directeur de la Santé.

Sujet : Document d'orientation du PEV.

Vous avez bien voulu nous confier la préparation d'un document définissant les orientations du PEV pour la période à venir. Nous proposons dans le document ci-joint des suggestions que nous croyons raisonnables mais aussi nécessaires si le PEV veut consolider les acquis actuels.

Nous sommes à votre disposition pour discuter ce document.

Croyez en vos sentiments respectueux.

cc : Mr. le Représentant de l'UNICEF
Mr. Charles Habis, HDO/USAID
Dr. Idrissa Sow, Directeur PRSSR
Dr. Kelly Nazirou, Chef SMP
Equipe PEV (8)
Mme Bâ Khady Sy Chef SMI

I - SITUATION DU PEV EN JUIN 1986

1. ACQUIS :

1. Pour le moment une couverture vaccinale relativement élevée : 55% d'enfants de 12 à 35 mois entièrement vaccinés dans la plupart des zones urbaines ; entre 35 et 55% des enfants du même groupe dans les zones rurales.

2. Une chaîne de froid qui fonctionne au niveau central (magasin) et dans 40 sites régionaux (30 PMIs et 10 équipes mobiles). Le matériel de chaine de froid fonctionne si l'on en juge les relevés de température bi-quotidiens et les rapports de supervision. La qualité des vaccins est actuellement suivie en continu par l'installation d'une surveillance par carte 3M dans la région du Trarza ; dans les mois qui viennent cette surveillance sera étendue à l'ensemble du pays.

3. Un renforcement de la participation des PMIs aux activités du PEV jugé sur le nombre total de doses administrées et le pourcentage de doses administrées par l'intermédiaire des PMIs de 1983 à 1986.

4. Un effort soutenu de documentation et de retro-information dû à l'équipe centrale du PEV permet un meilleur suivi des activités et une amélioration plus rapide des performances.

5. L'existence d'une équipe centrale au sein de laquelle une division des tâches a été réalisés. Des réunions hebdomadaires régulières permettent une coordination en équipe du travail.

6. La gestion du matériel et des vaccins s'est notablement améliorée particulièrement au niveau de la planification des besoins.

7. En ce qui concerne les équipes mobiles, le parc automibile a été renouvelé et les "emprunts" administratifs des véhicules par les autorités locales ont diminué de façon nette.

2. CONTRAINTES :

1. L'intervalle d'âge large des enfants cibles ne se justifie plus : dans la pratique, 85% des enfants vaccinés par le PEV en 1985 ont moins de 3 ans ; le groupe d'âge de 3 à 5 ans distrait donc le PEV de ses priorités réelles.

2. Le contenu des tournées des équipes mobiles laisse encore à désirer :
   + les équipes sortent sur le terrain seulement 45% du temps requis.
   + les tournées ne sont pas organisées de façon rationnelle.
   + la régle des villages de moins de 200 habitants, pourtant imposée par une circulaire ministérielle, n'est pas prise en compte dans la préparation des circuits.
   + les équipes n'ont toujours pas de données sur les dénominateurs de leurs activités (nombre d'enfants cibles). L'effort d'enregistrement supplémentaire systématique dans chaque village est encore bien faible malgré les instructions centrales.

3. Le soutien logistique du niveau central à la périphérie laisse encore à désirer :
   - délais dans les dépannages des véhicules et du matériel de chaine de froid.
   - délais dans la fourniture des tickets de carburant.
   - immobilisation trop longue des véhicules lors des réparations.

4. La communication au PEV gagnerait à être améliorée :
   - entre les équipes mobiles, les PMIs d'une part et l'équipe centrale d'autre part. Ces difficultés sont dues à l'éloignement géographique.
   - entre les organisations internationales, les donneurs, les ONGs et l'équipe centrale par des contacts plus fréquents et institutionnalisés.

5. L'insuffisance en personnel au niveau central :
   Les activités suivantes souffrent de carences en personnel à plein temps et devraient être renforcées :
   - documentation
   - supervision
   - secrétariat

6. L'insuffisance en moyens de transport grève l'organisation du travail quotidien du PEV. Le véhicule PEV est utilisé pour toutes les activités de la Médecine Préventive.

7. Il n'existe pas de système national de surveillance des maladies cibles du PEV soit longitudinal (par postes sentinelles ou autres) soit par enquêtes épidémiologiques. Il n'est donc pas possible de juger de l'impact du PEV au cours des années.

8. Enfin et surtout il existe le problème institutionnel de fonds suivant : il n'existe pas de structure centrale du PEV individualisée et distincte des autres activités du Service de la Médecine Préventive : aucun membre du personnel travaillant actuellement au PEV ne l'est à plein temps et peut-être détourné de ses activités PEV pour des tâches jugées plus urgentes. Ceci arrive régulièrement et rend le travail difficile aussi bien pour la réparation de la chaine de froid, la supervision, la documentation etc...

II - ORIENTATIONS

1. STRUCTURE INSTITUTIONNELLE :

A l'exemple de nombreux autres pays l'individualisation nette d'un Programme National Elargi de Vaccination s'impose à ce stade.
Ce programme doit être doté de ressources suffisantes : personnel à plein temps, budget, véhicules etc... Le PEV doit être dissocié de la Division des Maladies Transmissibles ; son directeur doit être à plein temps et son administration doit être directe afin de garantir son efficacité.

2. L'âge des enfants cibles du PEV devrait être fixé de 0 à 2 ans selon les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF. En RIM une telle fourchette permettrait de se concentrer en pratique sur les moins d'un an, le groupe à plus haut risque.

3. Les buts du PEV devraient être une augmentation de la couverture vaccinale ET un abaissement de l'âge moyen à la complétion de la couverture vaccinale. Les performances du PEV devraient désormais être jugées parmi le groupe de 0 - 11 mois et les objectifs suivants fixés : 70% de complètement vaccinés pour 1990 avec comme étape intermédiaire 60% à la fin de 1987.

4. Compte-tenu de la sédentarisation croissante des populations (plus de 50% des enfants vivraient en milieu urbain et peri urbain) le rôle des PMIs dans le PEV est essentiel et cette activité doit devenir une PRIORITE parmi leurs activités. Cette priorité doit apparaître dans les documents de la CMI et dans les faits.

5. La vaccination des femmes par l'anatoxine tétanique a été négligée jusqu'à ce jour. Un programme vigoureux doit s'efforcer d'atteindre le groupe cible des femmes de 14 - 44 ans et non pas seulement celui des femmes enceintes.

6. La logistique est essentielle aux activités du PEV. compte-tenu des distances importantes en RIM, de la difficulté du terrain et du climat, de la dispersion des populations et de ses mouvements le PEV doit être doté de ressources en quatité suffisante et en bon état de fonctionnement. Afin de garantir ce bon état de fonctionnement du matériel le PEV doit disposer d'une structure d'entretien de qualité et de réparation rapide. Nous préconisons la création d'un atelier de réparation et d'entretien PEV doté des ressources techniques et matérielles nécessaires. Nous exprimons nos inquiétudes sur la dégradation actuelle du parc automibile et vis-à-vis des nouvelles stratégies qui l'ont pour base (chaines de froid mobiles) et sur les immobilisations abusives des véhicules pour cause de pannes (manque de pièces détachées et réparation parfois inefficaces).
De plus l'équipe centrale doit être dotée au plus tôt d'un camion 4 x 4 pour le transport de gas et de plusieurs (2) véhicules tout terrain pour la supervision.

7. Afin de résoudre les problèmes de communication entre les équipes et le niveau central, 12 postes radio devraient être achetés sur les fonds italiens. Ceci améliorerait considérablement le dépannage des chaines de froid, la gestion des vaccins, la rédaction des rapports trimestriels, le suivi des équipes et la détection précoce des épidémies. L'expérience des programmes d'éradication de la variole en matière radio et celle de MSF en RIM devrait être utilisée.

8. Personnel PEV

En plus de leur caractère à plein temps, le nombre du personnel PEV devrait être augmenté :

- deux personnes au moins devraient travailler à la documentation
- deux techniciens du froid sont nécessaires.
- l'équipe de supervision devrait comporter 2 éléments sur le terrain en permanence, par rotation. Son effectif doit donc être augmenté de 2.
- 2 chauffeurs supplémentaires.

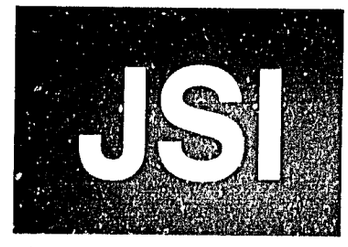
MAURITANIA

Rural Health Services Project

Contract no.: 682-0230-C-00-4060-00

QUARTERLY REPORT

Period: **October-December** 1985



RURAL HEALTH SERVICES PROJECT

QUARTERLY REPORT FOR THE PERIOD OCTOBER TO DECEMBER 1985

JOHN SNOW, INC.

29

CHIEF OF PARTY

A - SUMMARY OF THE ACTIVITIES OF THIS QUARTER

1- SUPERVISION OF THE PHC COMPONENT

2- VISIT OF THE JSI/BOSTON PROJECT ADMINISTRATOR

3- ADMINISTRATIVE TASKS

4- PREPARATION OF REPORTS [QUARTERLY AND OTHERS]

B - DETAILS OF ACTIVITIES

1- PRIMARY HEALTH CARE COMPONENT

11-Review of the communication mechanism between the parties:

In 1985, the PHC component was found having significant implementation difficulties. Their causes have been DESCRIBED in several memorandums, reports and documents written by the JSI Advisory team. Possible solutions have been identified in several meetings, memos to the Director of Health and lately in the PHC Advisor review of the PHC [included in the previous QIR]. The approach recommended by the COP and followed by the JSI team has been to:

- o document (as well as possible) the difficulties the PRSSR and/or the Technical Assistance team were facing in the Project's implementation;
- o identify possible solutions and to discuss them with their partners; and
- o contribute actively to the solutions of the problems.

However the JSI team has been careful not to substitute their efforts and activities with those of their national counterparts. In other words, the JSI team perceives its role as collaborators, partners, team members by certainly not as sole providers of services operating in a vaccuum.. The JSI team has always kept in mind the terms of the Agreement signed between the USAID and the RIM, which defines the respective obligations of both parties.

The dialogue has been open and constant at the central level between the nationals and the JSI team. Information has been shared and review of progresses and constraints held whenever possible, taking into account the

few staff and the frequent absenteism of the national staff. There is, therefore, no questions of misunderstanding or lack of information for the nationals on the JSI team's perception of the causes of the problems and on what has to be done. The Project Director may not share the JSI analysis or may not be willing to act upon the team's recommendations but cannot claim that then were not informed.

The JSI team has regularly kept the USAID Health, Population and Nutrition Office informed of the evolution of the Project by sharing systematically with them all the important documents and having at least weekly informal and formal briefings with them. The quarterly reports which summarized the progresses and constraints were additional opportunities to monitor the course of the PRSSR.

The quarterly reports are a contractual obligation from JSI to USAID and contain direct information on the Project's progresses and constraints. As such, they have not been translated and shared with national for obvious reasons. However, the content of the reports has always been discussed beforehand.

12-Following the JSI team, USAID has become concerned about some of the implementation problems faced in the PRSSR and has actively contributed to the identification and implementation of solutions:

- o meetings were held with the Project's director;
- o two meetings took place in June/July with the Director of Health; and
- o a letter from the USAID Director was sent to the Minister of Health

On October 16th, an important meeting took place between USAID, the PRSSR and JSI in an attempt to review the situation and to identify practi al solutions. The results of this fair strategy has been disappointing. Few of the recommendations have been implemented; the commitment of the nationals has still to be demonstrated. Instead of analyzing in details the technical points raised by the PHC Advisor, the Project Director answered by a letter of personal attack against the PHC Advisor questioning his experience and competence. Weeks are being lost because one or all the actors are out of the country.

In such a context the resignation of the PHC Advisor came as no surprise! Seeing himself operating in a vacuum and that his efforts to bring improvements to the program were not only of dubious efficacy but in addition were being unfairly criticized, he decided to make a more creative use of his time and of his energy. The CCCD program of the CDC apparently has a different perception of the value of his experience and competence. It is the COP's conviction that the lessons from this episode should be drawn in the interest of the future of the project.

31

It is the COP's understanding that USAID is presently considering several options to be presented to the MOH for a scaling down of the Project's design. A final decision is to be taken around the middle of January.

Since July, the COP has become more directly involved in the PHC component in order to assist the PHC advisor and take some pressure off of him. Working as a coordinated team has proven to be difficult however. On July 20th the Project's director left Mauritania for 2 months; the PHC Advisor left on August 2nd for 3 weeks. The COP left on vacation for 6 weeks on August 25th. The Project's Director again left early November for 6 weeks and the PHC advisor left on December 5th.

1-The COP has attended all meeting of the regional PHC's commission and brought his contributions to the planning of the activities of the mobile team in the Trarza in 1986. Instead of continuing the present scheme, which prevents integration, he has suggested to propose to the Director of Health a program which, de facto, concentrates on the villages of more than 200 people and in the absence of reaction on his part to proceed. This positive approach appears to be the only one to get out of the rut in which the project is presently stuck.

2-The issue of the activities of the mobile teams in the villages of less than 200 people has long ago been identified as the major stumbling block of integration and a significant factor in poor overall vaccination coverage. The COP has tried several times without success to have the issue discussed in the CIS meetings and and has requested several times that the Chief of the SMP and the Director of the Project to have the issue addressed.

Recently the COP went to see the Director of Health and requested him to make a decision on the subject. The Director agreed to act upon his return from the ORT II conference and suggested to the COP to write a draft of the memorandum to be addressed to the Regional Medical Officers.

3-A meeting with the SMI was held on the subject of the training of TBA's. This meeting provided a rare opportunity to resume the dialogue with the SMI and to get involved in a practical collaborative effort.

4-The COP finalized several questionnaires on drug management and ASC compensation to be administered to the Trarza's ASC's and VHC's.

2- VISIT TO THE JSI/BOSTON PROJECT ADMINISTRATOR

Ms. Logan Brenzel visited Mauritania for three weeks in November. She reviewed the JSI financial accounting procedures; she was able to clarify some administrative matters with USAID concerning the status of the leave for the long-term technical advisors people and the waiver for the

photocopier; she reviewed with the Project director the issue of short term consultants, past and present; she prepared the first draft of the new version of the Longitudinal Epidemiological Studies [L.E.S.] including the budget and the implementation plan. She was also involved in the National Vaccination Days between November 3-5. Her contribution to the Mauritanian Project was found extremely useful.

3- ADMINISTRATIVE TASKS

As usual.

4- PREPARATION OF REPORTS

As usual.

C- DISTRIBUTION OF THE TIME OF THE COP

ACTIVITIES	HOURS	%
1-PHC COMPONENT	70	28
2-JSI/BOSTON	20	8
3-ADMINISTRATION	120	48
4-REPORTS	40	16
TOTAL	250	100

This, in addition to the 410 hours spent for EPI.

HEALTH MANAGEMENT / EPI ADVISOR

A- ACTIVITIES PLANNED DURING THE FOURTH QUARTER

The planning is taking into account the two rounds of the Journees Nationaled de Vaccination.

1- PRINTING OF 100 COPIES OF THE EVALUATION REPORT AND THEIR DIFFUSION INSIDE AND OUTSIDE THE R.I.M.

2- MONITORING THE EPI PROGRESSES:

21- Try to attain the goal of 3 supervisory visits per region in 1985.

22- Supervision of the preparation of the third quarterly report

3- ORGANIZATION OF A RELIABLE COLD CHAIN

31- pursuing the identification of a prototype of cold chain equipment for the mobile team vehicle and the preparation of a timetable for its installation in the 12 vehicles.

32- strengthening the central store cold chain by the creation of an operational team responsible for its operation

33- contribute to the design of a gas delivery scheme

4- EPI OPERATION MANUEL

41- Definition of a policy towards the village of less than 200 people by the Director of Health.

5- HEALTH INFORMATION SYSTEM

51- Finalization of the new version of the LES

6- JOURNEES NATIONALES

+ RESPONSIBLE FOR A POST IN NOUAKCHOTT

+ ANALYSIS OF THE RESULTS OF THE FIRST ROUND

B- TASKS ACCOMPLISHED DURING THIS QUARTER

1- VACCINATION COVERAGE REPORT

Comments were received from only one person. Nevertheless, the final report was sent to JSI/Boston for printing and binding. It will not be received before the end of this year however.

2- MONITORING THE EPI PROGRESSES

21- SUPERVISION

During this last quarter particular efforts were made by the EPI team to cover all regions. The results have been that all regions will have been visited three times this year, a significant achievement compared to the situation the other years.

22-QUARTERLY REPORTS

Although all tables have been prepared, the report of activities for the third quarter has not been written yet due to the statistician's departure for 45 days of leave.

23-FEEDBACK OF INFORMATION TO THE FIELD

This had been repeatedly identified as a weakness of the EPI in the past. As reports are now being analyzed in time it is important to be able to share them with the people who are the first concerned [the implementers]. A routine has been designed and mailing lists prepared. A person has been specifically identified for that task.

3- ORGANIZATION OF A RELIABLE COLD CHAIN

31- MOBILE TEAMS VEHICLES' COLD CHAIN

At least two Engels have arrived. Meanwhile a prototype has been finalized and accepted by the EPI. Jean-Pierre Triquet has offered his technical contribution to the EPI to supervise the team which will equip the vehicles. A detailed list of the equipment needed has been prepared: some will be purchased locally; some in France. 30 deep cycle batteries have been ordered from the USA. It seems that the first vehicles could be equipped in February and from then, on the basis of 4 a month.

32- CENTRAL STORE

During this last quarter a reorganization took place at the EPI Central Store, following the arrival of two new supervisors. Under the new scheme, task forces are organized for specific purposes and made to operate almost independently. For the Cold Chain and Vaccines such a group exists now with:

+ Ba Saidou as the supervisor
+ Sheihk, as storekeeper

+ Karim as Cold Chain Technician
+ Dr. Claquin as T.A.

As shown in the November and December reports, routine schedules for maintenance and surveillance have been institutionalized and are documented in various registers maintained on site.

33- GAS SUPPLY

In the past, several meetings had been held to discuss with USAID the issue of gas supply. Recently a proposal has been submitted to USAID to acquire an additional 800 bottles. This complex problem is not presently receiving enough attention on the side of the national despite our efforts.

34- TESTING OF BCG VACCINE

Results from the testing of the BCG vaccine in Dakar have shown that in two regions, namely Nema and Tidjikja, the potency of the sample of vaccine was below the expected standards. In Nema, breakdown of the Cold Chain had been documented [freezers]. However, in Tidjikja, there is no official record of such an occurrence. An investigation is pending.

4- EPI OPERATION MANUAL

On the subject of the activities of the mobil teams in the villages of less than 200 people, this advisor met with the Director of Health and wrote, at his request, the draft of a memorandum to be sent to the Regional Medical Officers. In addition follow-up meetings were held with the PRSSR Director and with the Chief of SMP.

5- HEALTH INFORMATION SYSTEM

A proposal was submitted to USAID and discussed. A second draft was prepared and resubmitted. The new design involves 800 households in the whole Trarza region with an optional 400 in the Guidimaka should the PHC activities been decided there. A decision to implement the scheme or not should take place before the end of 1985.

6- JOURNEES NATIONALES

Two rounds of Journees Nationales were held in November and in December. Although it is too early to assess the exact impact, it is possible to say that the attendance has been good the first time [45,000 children among which 28,000 in Nouakchott alone] and that the return rate the second time can be estimated to be about 75%. Plans are under way to organize the evaluation in February.

7- OTHER DONORS' INVOLVEMENT IN THE EPI IN THE RIM

The Italian Government is interested to contribute for 1.5 million USD to the EPI for a 4 year period through UNICEF. A STC has been spending 7 weeks in the RIM working closely with this Advisor.

36

C- OUTPUT

1- None yet

2- MONITORING THE EPI PROGRESSES

21- 3 supervisory visits in each region have been achieved for 1985. Detailed mission reports have been prepared and discussed, [available].

22- Not available yet

23- emphasis is now being put on the feedback of reports to the field. A person has been identified to handle that task.

24- graphs and tables documenting the antigens' delivery by the mobile teams between 1983 and 1985 as well as by the PMI's in 1985 have been prepared and have been discussed by the EPI staff. Although their interpretation is at times difficult the consensus will be presented in a report, next quarter.

3- ORGANIZATION OF A RELIABLE COLD CHAIN

31- MOBILE TEAMS VEHICLES: see Appendices

32- CENTRAL STORE: see in the Appendices monthly activity reports and correspondence.

33- GAS SUPPLY: see memorandum

34- BCG: see Appendix

4- EPI OPERATION MANUAL

See Appendix on the subject of the villages of 200 people and more.

5- HEALTH INFORMATION SYSTEM

The two versions of the LES are available.

6- NATIONAL DAYS OF VACCINATION

See in Appendix the report on the results of one vaccination site in Nouakchott

D- COMMENTS

The improvement in the organization of the Central Cold Chain, noted last quarter, has continued. There is a new generator installed now and recently additional ceiling fans have been installed. Metallic shelves have been installed in the equipment store as well. Registers monitor the attendance of staff and the maintenance of equipment.

The Journees Nationales have provided an unique opportunity to involve and [re] train the health staff in the practice of immunization, particularly the PMI people. It has also created a national awareness among the general population. Their real impact on the urban population and its toll on the routine rural activities yet remained to be seen.

Although central supervision has taken place regularly, the performances of the mobile teams in 1985 has been far from optimal. Some reasons are due to logistics: some teams did not receive their vehicle's diesel on time and were grounded for a full month; some teams faced vaccine shortages; some teams could not work for weeks because their vehicles could not be repaired on time. Also the time arrangements were sometimes erratic: on one occasion, after being grounded for a month, the team went on vacation during the following month! The teams also appear to manage their monthly program poorly: instead of trying to improve their performances from one month to the other, based on the number of children vaccinated, the teams consider that their month of work is over after they have "visited" a certain number of places, irrelevant of the quality and quantity of work done in these places. Some teams are working in the field only 5 or 6 days a month and are not disturbed by this practice. A review of the vehicles' log book reveals that the number of average monthly kms is generally high and not directly related to the number of days spent on mission in the field to immunize!

This has been well documented and reviewed by the central team. To correct these practices in 1986 and to improve the performances of the teams, a national workshop will take place during the first quarter [in March probably] for all mobile teams members and for two members of each of the 30 PMI's.

Of concern is also the lack of a document describing the content of the National Immunization Policy in details. It is this advisor's feeling that, unless such a document exists and the already existing chapters of the operation manual have received an official endorsement there is little justification for a national EPI seminar in 1986.

Last but not least is the present gas delivery situation. Although no shortage has been reported in the field yet in the second part of 1985, the situation could be different in the first 2 months of 1986, because of the shortage of empty bottles in Nouakchott and the time of rotation needed. USAID has been active in working out solutions, however it might not be sufficient this time.

E- ACTIVITIES PLANNED DURING THE FIRST QUARTER OF 1986

1- DIFFUSION OF THE NATIONAL VACCINATION COVERAGE SURVEY. PUBLICATION OF THE RESULTS IN THE WHO WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL REPORTS.

2- MONITORING THE EPI PROGRESSES

21-ONE FIELD VISIT DURING THE EVALUATION OF THE JNV

22- CONTRIBUTION TO THE PUBLICATION OF THE 3RD AND 4TH QUARTERLY REPORTS.

23- CONTRIBUTION TO THE REPORT ON THREE YEARS OF ACTIVITIES

3- ORGANIZATION OF A RELIABLE COLD CHAIN

31- INSTALLATION OF THE COLD CHAIN EQUIPMENT IN ALL VEHICLES

32- INTRODUCTION OF THE WHO COLD CHAIN CARD TO MONITOR THE QUALITY OF VACCINES

33- ORGANIZATION OF A NATIONAL WORKSHOP ON COLD CHAIN AND ACTIVELY MONITORING

34- FOLLOW UP ON THE GAS DELIVERY SCHEME

4- EPI OPERATIONAL MANUAL

41- PROPOSITION A NATIONAL EPI DOCUMENT DEFINING THE NATIONAL VACCINATION POLICY IN THE RIM

5- HEALTH INFORMATION SYSTEM: depending on USAID decision at the end of 1985

6- JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION
-- THIRD AND LAST ROUND
-- EVALUATION IN 9 CITIES

39

F- DISTRIBUTION OF THE TIME FOR THE EPI ACTIVITIES

ACTIVITIES	HOURS		%
1-Vaccination Coverage Report	10		2.4
2-Monitoring EPI progresses:			
21-Supervision	10		2.4
22-Quarterly reports	25		6.1
23-Field Feedback	10		2.4
3-Cold Chain		36.7	
31-Mobile Cold Chain	15		3.7
32-Central Store	120		29.3
33-gas supply	15		3.7
4-Operation Manual	10		2.4
5-Health Information System	50		12.2
6-Journees Nationales	130		31.7
7-Others	15		3.7
TOTAL	410		100

MAURITANIA

Rural Health Services Project

Contract no.: 682-0230-C-00-4060-00

QUARTERLY REPORT

Period: January-March 1986

JSI

MAURITANIA
RURAL HEALTH SERVICES PROJECT
CONTRACT NUMBER: 682 - 0230 - C - 00 - 4060 - 00

QUARTERLY REPORT

Period: JANUARY - MARCH 1986

JOHN SNOW PUBLIC HEALTH GROUP

42

CHIEF OF PARTY

A - SUMMARY OF THE ACTIVITIES OF THE FIRST QUARTER OF 1986

1 - SUPERVISION OF THE PHC COMPONENT
2 - PREPARATION OF THE PRSSR MID-TERM EVALUATION
3 - VISIT OF THE JSI/BOSTON PROJECT ADMINISTRATOR
4 - ADMINISTRATIVE TASKS
5 - PREPARATION OF REPORTS

B - DETAILS OF ACTIVITIES:

1 - PRIMARY HEALTH CARE

In continuity with the strategies defined in common in December of 1985 with the USAID MTN Health Office, the JSI team had prepared a document called "Proposed reorientation of the PHC Component of the RHS project in the RIM." The reception of the document was never acknowledged by USAID, nor discussed. Instead the local USAID Health Office imposed unilaterally to the RHS a freeze on planned consultants, surveys and extension of activities to the Guidimaka...until the conclusions of the mid-term evaluation. The COP has officially put on record his objections to the decision on several grounds (see documents in the appendix.)

Before the departure of the PHC's L.T.T.A. a significant amount of time was spent discussing his quarterly report and preparing the documentation on PHC for the PRSSR evaluation team to come.

2 - PREPARATION OF THE PRSSR EVALUATION

A significant amount of time was spent by the COP with the USAID and PRSSR staff discussing the consultants and the mid-term evaluation's scope of work. The documents had often to be translated into French and then back into English. Also the documents of the pre-evaluation had to be discussed.

3 - VISIT OF THE JSI/BOSTON PROJECT ADMINISTRATOR AND DEPARTURE OF THE PHC ADVISOR.

During the visit of the administrator, project administrative documents were reviewed. Because of the PHC advisor's departure, arrangements had to be made for his shipment and for the proper finalization of his administrative situation. The visit of the JSI/Boston provided an opportunity for JSI to meet with the MTN USAID Health Officer and to put on record JSI's concerns and objections concerning the Health Office relationship with the contractor. The minutes of the meeting were sent to USAID/Washington by the local mission. Although JSI has requested an answer in writing to the issues raised, this has not happened so far.

4 - ADMINISTRATIVE TASKS: as usual.

5 - PREPARATION OF REPORTS: as usual.

C - DISTRIBUTION OF THE TIME OF THE COP:

	ACTIVITIES	HOURS	%
1 -	PHC COMPONENT	70	23.7
2 -	PREPARATION OF THE EVALUATION	40	13.6
3 -	VISIT JSI/BOSTON ADMINISTRATOR	15	5.1
4 -	ADMINISTRATION	120	40.7
5 -	REPORTS	50	16.9
	Total:	295	

This, in addition to the 200 hours spent for EPI

	TOTAL	295

HEALTH MANAGEMENT/EPI ADVISOR

A - ACTIVITIES PLANNED DURING THE FIRST QUARTER OF 1986

1 - DIFFUSION OF THE NATIONAL VACCINATION COVERAGE SURVEY. PUBLICATION OF THE RESULTS IN THE WHO WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL REPORTS.

2 - MONITORING THE EPI PROGRESSES

21 - ONE FIELD VISIT DURING THE EVALUATION OF THE JNV
22 - CONTRIBUTION TO THE PUBLICATION OF THE 3RD AND 4TH QUARTERLY REPORTS
23 - CONTRIBUTION TO THE REPORT ON THREE YEARS OF ACTIVITIES

3 - ORGANIZATION OF A RELIABLE COLD CHAIN
31 - INSTALLATION OF THE COLD CHAIN EQUIPMENT IN ALL VEHICLES
32 - INSTALLATION OF THE WHO COLD CHAIN CARD TO MONITOR THE QUALITY OF VACCINES
33 - ORGANIZATION OF A NATIONAL WORKSHOP ON COLD CHAIN AND ACTIVITY MONITORING
34 - FOLLOW UP ON THE GAS DELIVERY SCHEME

4 - EPI OPERATIONAL MANUAL

41 - PROPOSE A NATIONAL EPI DOCUMENT DEFINING THE NATIONAL VACCINATION POLICY IN THE RIM

5 - HEALTH INFORMATION SYSTEM: depending on USAID decision at the end of 1985

6 - JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION

-- THIRD AND LAST ROUND
-- EVALUATION IN 9 CITIES

B - TASKS ACCOMPLISHED DURING THIS QUARTER

1 - DECEMBER 1984 NATIONAL VACCINATION COVERAGE SURVEY

The final report has been widely distributed to all international and national agencies. Comments have generally been that the magnitude of the survey and its adequate timing made the document extremely useful. The Director of Health has suggested that a joint publication of the results of the December 84 survey (mainly rural) be made with those of the evaluation of the National Days of vaccination (urban) in the WHO Weekly Epidemiological report.

2 - MONITORING THE EPI PROGRESSES

21: Field visits during the evaluation of the JNVs

The evaluation of the JNVs has been postponed until April. Because of the amount of work and time invested in the analysis of the data from the JNVs, the publication of a preliminary report and the preparation of the evaluation, no other EPI field visit by the T.A. was possible during this quarter. However, other supervisory visits were performed by the other members of the team.

22: Quarterly reports

Because of the delays of reports coming in and because of the amount of work given to the statistician it was decided that the quarterly reports will be internal publications only and that the 1985 yearly report would be published in April 86, after discussion of the draft by the team. More than 30 tables and graphs have been prepared on the computer, printed and discussed. The text of the final draft, prepared by the T.A., was close to its final form at the end of the quarter and the final report is expected to be released in early May.

23: Report on 3 years of activities

Documentation of 3 years of EPI activities (1983, 1984 and 1985) has been gathered and analysed. It is stored in the computer and graphs comparing the activities and results have been generated.

24: Feedback from the central EPI team to the Mobile teams and to the PMI's

The "retroinformation" (as it is called in French) process, starated last year, continued during this quarter. Every Tuesday a meeting is being held during which all reports received from the field are analyzed and a letter summarizing all the comments is written and sent back to the field. The purpose of the feedback is to draw the attention of the PMIs or of the mobile teams on some of the weaknesses of their programs or of their reporting or to clarify some points. They have been generally well

received. The amount of work generated is not inconsequential, considering that more than 40 reports have to be analyzed every month!

25: Reporting of the doses administered by age group:

A new, comprehensive form for monthly reporting had been introduced last year. It had been readily adopted by the mobile teams and more slowly by the PMIs. In 1986, all PMIs are sending the forms properly filled (almost!). The benefits accrued from the new presentation are considerable since they check that the EPI activities are really targeted to the right groups, i.e., children less than three years old. Also, the documentation has been useful in building up a case in favor of narrowing the target groups eligible for vaccination. Such recommendation is expected to be approved next quarter.

3 - ORGANIZATION OF A RELIABLE COLD CHAIN

31: Cold Chain Equipment in the EPI Mobile Teams vehicles

Close collaboration between MSF, the SMO and the PRSSR has allowed the definition of a schedule for the delivery of supplies (which, so far, has been respected). A workshop at the Pharmapro and the identification of a team of workers were organized, allowing for the production of the different modules to be installed in the vehicles.

32: Monitoring of the Cold Chain with 3M cards

The arrival of a WHO team of 2 people is planned for mid-April. Their scope of work was prepared with the EPI central team.

33: National Workshop on Cold Chain and Active Monitoring

Because of conflicting dates of other seminars/workshops (Education pour la Sante in Aleg, SMI in Nouakchott and Diarrheal Diseases) in a quarter following the National days of Vaccination, the workshop had to be postponed and is now scheduled for mid-June.

34: Gas Delivery Scheme

The EPI is still expecting 800 bottled ordered by SMO/USAID. This consignment is the sine qua non condition for the organisation of a rational system of gas delivery. Meanwhile, the EPI central team did organize a tour of the regional headquarter and of most of the PMIs to deliver the bottles of gas of the first quarter and retrieve the empty ones.

35: Vaccine management

A sample of a batch of 56000 doses of doubtful measles vaccine was sent to Canada for testing and was found still active.

A review of the vaccine consumption in 1985 was performed and some of the possible causes of the high "wastage" rate analyzed.

4 - DEVELOPMENT OF AN EPI NATIONAL DOCUMENT ON VACCINATION POLICY

This document has not yet been produced: there is not yet a clear-cut consensus on some options and it is felt that additional time is still needed. The deadline is mid-May, a month before the June workshop. The analysis of the vaccination coverage to be performed in April as well as the visit of two WHO consultants from Geneva will probably help in making decisions on some of the issues involved.

The EPI Technical Advisor, however, was able to secure from the Health Office the official memo to the Mobile Teams instructing them to give priority to the villages having more than 200 inhabitants in the implementation of their activities, with specific reference to EPI. This long awaited document should allow, from now on, an easier integration of the activities in the PHC regions as well as a more efficient EPI work in the other regions of the RIM.

5 - HEALTH INFORMATION SYSTEM

Due to the controversial decision of the MTN USAID/Health Office to "postpone" the survey once more, this issue is now awaiting the conclusions of the PRSSR mid-term evaluation.

6 - NATIONAL DAYS OF VACCINATION (J.N.V.s)

The third round of the JNVs took place during the second week of January and was well attended. During the three phases, 22771 doses of BCG, 27534 of measles vaccine, 38015 of DPT 1, 35049 doses of DPT 2 and 27864 doses of DPT 3 were administered. About 50,000 children were contacted in 12 cities and 25,979 children were entirely vaccinated.

The results of the JNVs are likely to be:

-- An increase of the vaccination coverage rates in urban areas
-- An earlier protection for nearly 26,000 children
-- An on-the-job training for more than 500 health personnel of the PMIs, the EPI mobile teams and the regional hospital staff on the techniques of vaccination and on the operation and maintenance of the cold chain.

-- An increased awareness of the urban population of the local authorities on the existence of the EPI services and of their benefits.

-- A better documentation of the vaccination status and of the health of children in general because of the introduction of an integrated health card to be solely used in the country from now on.

The JNVs have taken a significant part of the T.A.'s time and energy, starting 6 months earlier and are likely to continue to do so during the second quarter. In the absence of other resident expertise it has been impossible not to assume the responsibility of the organization, documentation, evaluation and data analysis of this operation which is expected to be rich in teachings not only in MTN but also in other EPI programs outside.

Last but not least, the first quarter was spent preparing the evaluation of the JNVs scheduled to take place in April with the collaboration of all regional Medical Officers and Mobile Teams.

7 - OTHERS

1 - The collaboration with MSF was reinforced and it was suggested that, before undertaking their new activities in the Brakna, a vaccination coverage survey be undertaken, following the WHO methodology. This has been done and the results of the surveys performed in the two Hodhs in December of 1985 shared with the EPI central team.

2 - Several discussions took place with World Vision regarding their involvement in EPI activities in Kiffa and in the Assaba region. The possibility of a more active involvement in the Tagant region, already discussed in August 1985, was also considered. Apparently WV would like to become more involved but is presently facing a shortage of qualified staff.

C - ACTIVITIES PLANNED DURING THE SECOND QUARTER

1 - VACCINATION RATE COVERAGE SURVEY IN 12 CITIES OF THE RIM

2 - ANALYSIS OF THE SURVEY DATA AND PREPARATION OF A REPORT

3 - 2 WEEKS MISSION OF WHO CONSULTANTS TO SET UP A COLD CHAIN MONITORING SYSTEM WITH THE USES OF 3M CARDS

4 - INSTALLATION OF MOBILE COLD CHAINS IN THE MOBILE TEAMS' VEHICLES

5 - WORKSHOP ON COLD CHAIN A ND VACCINE'S USE AND MONITORING TO BE HELD IN MID-JUNE

6 - EVALUATION OF THE EPI COMPONENT OF THE PRSSR BY THE MID-TERM EVALUATION TEAM

7 - DISCUSSIONS WITH UNICEF ON EPI MID-TERM PLANS AND RESOURCES NEEDED WITH REFERENCES TO THE ITALIAN COOPERATION'S MONEY

D - DISTRIBUTION OF THE TIME FOR THE EPI ACTIVITIES

1 - DIFFUSION OF THE 1984 SURVEY	5	2.5
2 - MONITORING THE EPI PROGRESSES:	85	42.5
QUARTERLY REPORTS	15	
3 YEARS OF ACTIVITIES	10	
RETRO-INFORMATION	30	
WEEKLY EPI MEETINGS	30	
3 - COLD CHAIN:	45	22.5
WHO MISSION	10	
MOBILE COLD CHAIN	20	
VACCINE MANAGEMENT	15	
4 - JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION	45	22.5
DOCUMENTATION	15	
PREPARATION OF THE EVALUATION	20	
COST EFFECTIVENESS STUDY	10	
5 - OTHER MEETINGS (UNICEF, MSF, WV, ETC...)	20	10.0
TOTAL	200	

JOHN SNOW
INCORPORATED

210 Lincoln Street Boston [illegible] • [illegible] • Tele. 230178

January 13, 1986

Dr. Charles Habis
Health Officer
USAID/Nouakchott
B.P. 222
Nouakchott, RIM

Dear Dr. Habis,

This document contains what we believe to be a practical and reasonable approach to the reorientation of the PHC component of the RHS Project. JSI submits this document to your office as a contribution to the present debate on the future of PHC in the RIM.

Sincerely,

Joel Lamstein
President

JL:BMM

PROPOSED REORIENTATION
OF THE PHC COMPONENT
OF THE RHS PROJECT IN RIM

JANUARY 1986

In this document, JSI outlines what we believe to be the key issues of the Rural Health Services Project, and provides what we think to be reasonable and practical ways of reorienting the Primary Health Care component. We hope that the outcome of this document will be further discussions between AID, the Ministry of Health of Mauritania, and JSI field and home office personnel, to achieve a common understanding of workable goals.

I. Accomplishments of the RHS Project

At the end of 1985, the following activities have been accomplished by JSI under the RHS Project:

A) The EPI component of the Project is progressing in a satisfactory manner:

- the central cold storage facility has been upgraded;
- in rural areas, 40 cold chains are functioning adequately;
- the vaccination coverage of children less than five years of age is improving;
- the activities of the vaccination centers are adequately documented;
- more and more policy decisions are being made; and,
- the national days of vaccinations have reached approximately 45,000 children for BCG and the first dose of DPT, and 30,000 for the last dose of DPT in the nine major cities of the RIM.

Despite the significant delays in the arrival of the cold chain equipment, and despite some logistical problems, the EPI scheme is progressing well and should be continued as outlined in the Project Agreement.

B) PHC Component

On the positive side of the PHC component the following has taken place:

- the supervision of 200 PHC villages to assess their commitment to PHC;
- the formation of two integrated (PHC/EPI) teams in the Trarza;

- the strengthening of the PHC regional team; and,
- the clear identification of the problems of the PHC program design.

II. Current Status of the PHC Component

The progress and constraints of the Primary Health Care component of the PRSSR have been well-documented. As highlighted in a recent review/position paper by the PHC Advisor, the original design of the PHC component of the RHS was predicated upon the existence of a PHC model, developed under the former RMA Project. However, this model was not ready for implementation at the start of this current Project.

In addition, our field experience has shown that the general design of the RHS Project has proven to be ambitious for the context of implementation in Mauritania. Further, the absence of coordination between the Ministry of Health's MCH and Preventive Medicine activities demonstrate that the original project design may have overlooked the importance of organizational issues for Project success.

The JSI team has followed an approach beginning with the documentation of problems and concerns, followed by identification of solutions and a plans of action. An atmosphere of dialogue has always prevailed with the MOH nationals and with USAID. Several meetings have taken place with all the partners involved to attempt to raise their awareness and to mobilize their energies. Nevertheless, little progress has been made by the fall of 1985. The remaining conditions can be summarized as follows:

1) a lack of collaboration and dialogue between the PRSSR and the MCH;

2) a lack of active leadership in PHC on the part of the project director, who has been absent 50% of the time;

3) a chronic shortage of staff in key positions preventing the PHC component from moving forward; and

4) questionable performances of two short term consultants which prevented the production of a curriculum and of visual aids for Village Health Workers.

Because we do not think that the above conditions will change dramatically in the near future, we believe that the Primary Health Care component should be reoriented as described below.

III. Reorientation of the PHC Component

JSI would like to propose the following measures as possible solutions to working within the constraints of the environment of Mauritania.

A. Reorient the goals and outputs of the RHS project to be more aligned with MOH capabilities and constraints (as clearly observed during the last two years):

1) obtain from the MOH the necessary human resources to continue the PHC activities, namely a full-time director, administrator, supervisor, departmental supervisors, and regional midwife.

2) focus on the definition of a package of efficient PHC strategies of proven effectiveness.

3) demonstrate the adequacy and efficiency of such a model in one region only, the Trarza.

4) upgrade the role of the Trarza region Medecin Chef as the PHC national team leader.

B. Reorient long-term staffing in order to move the PHC component of the Project along:

a) Recruit a PHC Advisor who is a well-seasoned, primary health care physician. JSI believes this profile for an advisor is more appropriate for the conditions within the MOH. If appropriate, the PHC Advisor will be capable of taking on the responsibilities of the COP.

b) Replace the current EPI Advisor with someone who has the same experience in implementing and analyzing health surveillance projects, in addition to his EPI competency since this aspect of the EPI component will gain importance over the life of the Project.

C. Clearly define the roles and relationships for all parties involved in Project implementation. Specifically, JSI would like to see the following activities undertaken:

1) Hold a group discussion/evaluation with USAID, JSI, and MOH officials which will define the contractual relationship between AID/JSI and outline roles of all three parties in the implementation of the Project. This evaluation should be conducted over a two-week period by an outside group facilitator in French and English, and should take place <u>before</u> the PHC Advisor leaves in March.

2) Seek to hold regular meetings of the Comite-Inter Service during which a <u>specific agenda</u> are discussed.

- o AID should be responsible for accurate minutes of each meeting.
- o Agendas for following meetings shall be determined at each previous meeting by consensus.

D. Spread the length of the Project over a 5 year period instead of the present four in order to make the Project goals more attainable over the life of the Project.

IV. JSI Responsibilities

JSI will be responsible for the following key aspects of the RHS Project:

A. JSI will be responsible for finding a suitable PHC Advisor to replace Cyril Pervilhac when he leaves.

B. JSI will have in place three (3) short-term consultants (curriculum development, visual aids, and mass media) who will go forward on the curriculum and health education materials.

C. JSI will be responsible for finding a suitable EPI Advisor to replace Dr. Pierre Claquin when he finishes his contract.

D. JSI will enter into any discussions which will facilitate the progress of the RHS Project.

We are all aware of the difficulties in implementing an integrated, comprehensive Primary Health Care Project. JSI submits this document in order to contribute our thoughts to the reorientation of the Project.

57

From : Pierre Claquin M.D., COP , RHS
To : Charles Habis, HDO, USAID
Date : 1/30/1986

For the record, I would like to share with your office my thoughts on the following points:

1- in reference to the draft cable to Washington dated 1/28/86 outlining the " prudent management " approach of the mission in recommanding to " hold off " on replacement of Cyril Pervilhac, on the coming of the STCs and on the baseline study until the conclusions of the evaluation's mission, I am concerned about the practical implications that such a strategy will have in practice on the future of the PHC component in the PRSSR and in Mauritania.

We have both been here long enough to know what to expect at the PRSSR with the departure of Dr. Hacen mid-March, Cyril's departure at the end of February; with the staff's knowledge that a " reassessment " is in the air and that their future is uncertain; with no guidelines on the implementation of activities; with the postponment of the preparation of curriculum and training activities, etc..... In practice it will mean that the staff will be leaving the PRSSR to be reassigned , that absenteism will prevail and that, in any case, the moral will be at a low ebb because of a lack of leadership and direction. It is unrealistic to expect the COP to step in during the interim period which might last 4-5 months.

It is my feeling that it will not be before the beginning of June that agreements will be finalized and implementation plans ready. If the evaluation has recommended to continue with inputs in human ressources the identification of STCs and a LTA will have to begin then [and then only] . It is not unrealistic to assume that it will take several more months before they can be brought in.

What probably concerns me the most are the unspoken implications of the path presently recommanded by the Health Office and the fact that it <u>de facto</u> shapes the future involvement of USAID in the PHC component of the PRSSR <u>before</u> the conclusions of the evaluation mission and <u>independently</u> of them. It appears that there is a contradiction between the apparent objective approach to evaluate the PRSSR and the decision to freeze inputs for a period of time that will clearly be longer than a couple of months. I am also puzzled by the awkward timing of the evaluation proposed by the Health Office : in April both Dr. Hacen and Cyril Pervilhac will be out of the country and I believe that these two key actors are essential partners for the members of the Evaluation Mission. I notice that you do not.

My recommendations at the present time would be:
-- either to have the evaluation much earlier, around mid-February by assembling an emergency team [it is not that difficult]. It might be helpful to separate the two components [EPI and PHC].
-- or to maintain a certain level of inputs to keep the structure together and use the interim period in the best productive way. I do not see , for example, why the STCs could not be brought in. PHC will continue in the RIM with or without USAID.

2- I do object to the manners the Health Office has handled the question of the baseline survey for the PRSSR. To start with, it was not performed by the USAID Health Office in 1984, before the arrival of the LTA team, as planned in the Project Document. After your arrival we had agreed that we would combine some of the human ressources in STCs allowed in the PRSSR's budget as well as several of the surveys to be performed [including the nutritional survey] in one single system . Because of alleged conflicts of interest JSI was told they could not implement the survey and APHA was contacted. Because of the short notice they were given, they could not line up a team on time. In January, Betsy Brown and I worked out a design which was then approved by your office and was included in the JSI contract amendment. The scheme has received the approval of the nationals.

Mid April, your office ,at the last minute and during my absence from the country, raised objections to the design , expressed doubts on the ability of the MOH to implement the scheme [an irrelevant comment since it was going to be operated independently], cancelled one STC and obliged us to reassign the other consultant who could not prevented to come. The baseline study could not be done in 1985.

Following our understanding of the evolution of the situation of the PHC situation , a second scheme has been proposed and discussed for 1986. Again the nationals had approved it. Methodological objections were again raised by your office. We have taken some of them into account and modified the design again. However, since I do not believe the epidemiological expertise of your office is superior to mine and since JSI has been given the contractual obligation to implement the PRSSR contract I do not understand what must be called the repeated obstruction JSI had to face. I would have expected instead some critical review, even some warnings and of course, once the work would have been done, an uncompromising analysis of the results and of their relevancy. My present conclusion is that your office does not seem to support our conviction that qualitative data are essential for Project's monitoring .

I am at your disposal to discuss any point of this memo if you wish so.

Sincerely yours.

cc: JSI / BOSTON

59

From : Pierre Claquin M.D., COP , RHS
To : Charles Habis , HDO , USAID
Date : 2/3/86
Subject : Terms of references for the Evaluation of the PRSSR

Thank you for sharing with us the text of the cable sent by the Mission on 1/26 th to Washington spelling out the terms of references for the evaluation of the RHS Project. Cyril Pervilhac and I have reviewed them carefully. We have the following comments :

1- the document which has been used for reference [often entire sentences are lifted up from it] is the green document known as " the Project Document ". This document is an internal USAID document which has never been translated in French and never been shared in extenso with our Mauritanian counterparts.

2- on the EPI section :

21- in the introduction it is stated that the present project started in July 1983. This should be clarified further since the time frame to be used for different components seems to be different : the beginning of the USAID involvement should be specified clearly as well as the arrival of each LTA: late August 1984 for the EPI LTA and early January 1985 for the PHC LTA.

22- ref A3 : please indicate the reference of this section in the PD or in the Agreement since I question its relevancy. I was not under the impression that I had to provide " appropriate data on Maternal and Child Health Activities .... collected at and reported from all levels of the Health system to the Ministry of Health ".

23- ref C1 : it seems to me that it is not possible to study the relevancy of routing patterns since the changes in routing was dependent upon the cold chain equipment being installed inside the vehicles. This has not yet been done since we have received the equipment a few weeks ago only.

24- ref B6 : this falls under the PHC component rather than EPI

25- ref 3 : I believe we should let the JNVs outside the scope of work of the evaluation. It is a separate strategy that we decided to test. The impact of the JNVs are going to be evaluated separately by the MOH . I believe that would overburden the Evaluation team and distract them. We should therefore also drop 4B4.

26- ref 5B in my opinion WHO should provide an EPI Cold Chain and operation manager consultant [Geneva has a long list of them]. Training expertise is not a major quality for this evaluation which, in my opinion should focus on vaccination coverage, the quality of the cold chain, the quality of the documentation of all EPI aspects and the efficiency of the management [both self and by the PRSSR central office].

60

3- on the PHC component :

31- ref A4 and B5 make references to the Health Information System. I would again refer you to the Appendix G page 5 of the PD and caution against presenting as clear terms of references areas which have always been vague and left to interpretation.

32- ref C : we would appreciate if you could share with us the preliminary assessment of the PHC component and to document its date.

33- ref 7B3 : again, a different date of the beginning of the Project is implied.

34- ref 8A: I would drop the word " scaled down " which might implied that your mind is already set on what the recommendations of the Evaluation team will be. This will certainly create suspicion among the nationals.

35- ref 8B : since very little training has been done the evaluation of that part might take little time although suggestions would be appreciated. However we must have in the team someone experienced in PHC program marmagement and implementation [preferably in Sahelian areas] .

36- the cable keeps refering to the importance of having the RHS Project Director on board. In April , Dr. Hacen will be no more in Mauritania, a fact you cannot ignore !

37- Andy Vernon has no strong management experience. He is an epidemiologist who did an EPI evaluation in 1983.

38- The cable does not refer to the 1983 MSH RMA Evaluation and to the 1983 EPI Evaluation's recommendations. We believe that they are key documents in drawing the terms of references.

Our last recommendation is that because of the time's pressure the nationals should be brought on board as soon as possible to discuss the content and the time frame of the evaluation.

Thanking you for your cooperation

cc : Mr. Don Miller, Director USAID
JSI/ Boston .

61

De : Dr. Pierre Claquin, A.T. PEV
A : Ba Saidou, Responsable de la Chaine du Froid
Date : 5 Mai 1986
Sujet : Utilisation des vaccins en 1985.

Veuillez trouver ci-joint une estimation de l'utilisation des vaccins, par antigene et par region pour l'annee 1985. Cette estimation a ete calculee par Correra et par moi-meme, a partir des chiffres disponibles [les chiffres pour la polio manquent au moment de la redaction de ce memo].

De toute evidence les pertes sont tres elevees ; trop a mon avis. Il est difficile de faire la part des pertes inevitables de celles qui pourraient l'etre. Il est a peu pres certain que tres peu de pertes ont ete dues a des vaccins perimes qui ont du etre jetes [a la difference de 1984]. Par contre le conditionnement actuel des vaccins et les instructions de vacciner quotidiennement jouent un role non negligeable.

Je propose que nous essayions de recommander des mesures concretes pour une plus grande vigilance et un meilleur rendement de ces produits qui, s'ils nous sont donnes, n'en coutent pas moins de l'argent !

cc :
Dr. Ba, Directeur de la sante
Dr. Kelly, Chef SMP
Mme Ba Chef SMI
Membres du PEV
MSF
UNICEF
Dr. Helies
Medecins-Chefs des Regions
Responsables des 30 PMIs
Chefs des Equipes Mobiles

62

De : Dr. Pierre Claquin, A.T. PEV
A : Ba Saidou, Responsable de la Chaine du Froid
Sujet : mon memo du 5 Mai sur le calendrier d'installation des chaines de froid des vehicules.
Date : 7 Mai 1986

Jean Pierre Triquet vient de me communiquer le nouveau calendrier d'installation des vehicules [ci-joint]. Ce programme est plus souple que le precedent et lui permettra de concilier son soutien benevole au PEV avec ses obligations professionnelles vis a vis de MSF.

cc : Dr. Kelly Nazirou, Chef SMP
Equipe PEV
Directeur PRSSR
MSF
Charles Habis, USAID

63

De : Equipe de retroinformation PEV
A : Dr. Kelly Nazirou, Chef de S.M.P
Date : 28 Fevrier 1986
Sujet : Repartition par groupe d'age des antigenes administres par les equipes mobiles au cours des derniers mois de 1986.

A- Le but du PEV en RIM est non seulement d'augmenter la couverture vaccinale des enfants cibles mais egalement d' abaisser l'age moyen par antigene et de la protection complete. En 1985 une nouvelle fiche de rapport, incluant la repartition par age des antigenes distribues, a ete remise aux equipes mobiles ainsi que des instructions pour l' utiliser. L' utilisation de ces fiches a commence en Aout pour les plus zeles, en Novembre pour les derniers. Il est prevu de demander aux PMIs de les utiliser a partir de Janvier 1986.

Ce rapport presente les resultats de 1985.

B - Les chiffres de pourcentage presentes concernent les enfants touches par le PEV. Le denominateur n'en est donc pas les enfants cibles et les pourcentages ne sont pas des taux de couverture vaccinale.

Les chiffres montrent comment se repartissent les antigenes administres par tranche d'age. Afin de les interpreter, on gardera present a l'esprit le calendrier vaccinal d'une part, l'age moyen de survenue des maladies cibles, la part du groupe d'age dans la cohorte 0 - 5 ans et les resultats de couverture vaccinale documentes par l'enquete de Decembre 1984. Le dernier document est en effet essentiel pour comprendre les resultats presentes ici : par exemple un chiffre de 10 % de vaccin contre la rougeole doit tenir compte que ce groupe n'est eligible que pour 4 mois et que si la couverture anterieure etait deja de 75 % [par exemple] ce chiffre pourrait etre considere comme excellent, etc.....

C- Resultats:

1- BCG :

Pres de 50 % des doses administrees concernent les enfants de moins d'un an et 86 % les enfants de moins de trois ans. Ceci parait satisfaisant bien que l'emphase doit etre mise sur la vaccination des la naissance.

2- Rougeole

25 % des doses administrees le sont avant 1 an et 62 % et 82 % avant l'age de deux et trois ans respectivement . Si le premier chiffre semble raisonnable [il correspond a un seul passage de l'equipe] par contre le fait que pres de 20 % des doses soient administrees tardivement par rapport au debut du risque de maladies doit attirer l'attention. Il semble que l'on devrait recommander aux equipes de tout mettre en oeuvre pour proteger les enfants contre la rougeole avant l'age de deux ans. Cette recommandation vise en priorite les centres urbains ou les chefs

64

lieux departementaux ou les risques de transmission sont plus eleves. C'est pourquoi le role des PMIs et la necessite de vacciner contre la rougeole plusieurs fois par semaine les enfants doit etre sans cesse rappele par les responsables.

3- DTC 1

41 % des doses sont administrees avant 1 an, 68.6 % avant deux ans et pres de 80 % avant l'age de trois ans.

4- DTC 2

20 % des doses sont administrees avant 1 an, pres de 60 % avant deux ans et 85 % avant trois ans.

5- DTC 3

9.7 % des doses sont administrees avant 1 an, 45 % avant 2 ans et 87 % avant trois ans.

6- Polio

Les chiffres pour la polio sont pratiquement equivalents a ceux du DTC .

Lors de l'evaluation de 1984 les chiffres de couverture pour les enfants de 12 a 35 mois etaient pour chaque dose de DTC de 68.5, 38.6 et 21.4 respectivement. Les chiffres de ce rapport doivent etre interpretes comme traduisant une activite insuffisante par rapport aux moins d'un an, surtout pour la troisieme dose qui est essentielle pour assurer la protection.

7- Enfants Vaccines [contactes]

Ce rapport analyse les resultats pour 29 500 enfants qui ont recu un ou plusieurs antigenes. Il reste encore quelques doutes dans l'esprit de l'equipe centrale sur la bonne comprehension par les equipes du concept d' " enfants entierement vaccines " et donc de la fiabilite des resultats fournis par les equipes. L' age de ces enfants , par tranche d'un an a ete de 31.4, 31.4, 18.7, 10.9 et 7.6 respectivement. 20 % des enfants touches avaient plus de trois ans.

8- Enfants entierement vaccines .

18 % des enfants contactes ont ete entierement proteges. Parmi les enfants proteges 9 % avaient moins de 1 an, 43 % moins de 2 ans et 72 % moins de trois ans

Par rapport aux classes d'ages des enfants vaccines, 5 % des enfants vaccines de moins d'un an ont ete entierement vaccines; 19.7 % pour les 12 - 23 mois; 27.9 % pour les 24 - 35 mois ; 24.2 % pour les 36 - 47 mois et enfin 33 % pour les 48 - 59 mois.

cc : pour commentaires critiques et suggestion

-- Dr Ba, Directeur de la Sante
-- Mme Ba, Directrice SMI
-- Dr. Helies , Conseiller du Ministre de la Sante
-- Dr. Hacen , Directeur PRSSR
-- Dr. Sow, PRSSR
-- Mr. Charles Habis. USAID
-- UNICEF
-- Equipe PEV [10]

66

De : L ' equipe centrale PEV
A : Dr. Kelly Nazirou , Chef de SMP
Date : 6 Mars 1986
Sujet : Reunion de concertation entre World Vision et le PEV sur la participation de WV aux activites de vaccination dans la region de l'Assaba.

Une reunion s'est tenue le mardi 4 Mars a 13 heures entre deux representants de World Vision [Mr. David Robinson et le Dr. Mouanodji] et deux representants du PEV [Mr. Kone Bassirou et le Dr. Claquin].

Le but de la reunion etait de definir les modalites de la participation de WV aux activites de vaccination de l'equipe mobile de l'Assaba. Une collaboration a deja commence ainsi qu'en temoigne le " rapport special de vaccination " soumis par WV.

Il resort de la discussion que :

-- pour le moment, a cause de problemes logistiques [vehicules], WV ne peut participer qu'une semaine par mois a des activites communes et propose que leur travail de vaccination s'accomplisse AVEC l'equipe mobile pendant la derniere semaine de la tournee de celle ci . WV a cependant propose d' accomplir un travail de sensibilisation tout au long du mois lors de leurs tournees de travail dans les CACs, etc ....

-- en regle le resultat de la participation de WV aux activites vaccinales sera incorpore a celui de l'equipe mobile dans le rapport mensuel. Il pourra en etre differemment en cas de tournees separees dans le futur. Ceci n'empechera bien sur pas WV de tenir une comptabilite separee du nombre d'enfants vaccines par leurs soins, pour des raisons et des rapports internes.

-- WV a attire l'attention sur le manque de medicaments [et notamment d'aspirine] disponibles pour l'ecuipe mobile et a rappele leur importance pour une meilleure acceptabilite de la vaccination . Le PEV a promis de se renseigner aupres du Ministere sur l ' etat des dotations annuelles dont les equipes mobiles sont normalement les recipiendaires.

-- lorsque WV aura la possibilite d'affecter une equipe a la vaccination , ils soumettront une liste du materiel necessaire au PEV qui l'honorera dans la mesure de ses possibilites.

-- WV a emis le souhait d'equiper un de ses vehicules de la meme facon que les vehicules PEV. Le Dr Claquin a souligne les deux questions soulevees par cette requete :

+ l' autorisation doit etre demandee a JP Triquet qui au nom de MSF reste proprietaire du modele et du prototype . Ceci ne devrait cependant pas poser de problemes majeurs.

+ le montage lui meme pourrait etre effectue par la meme equipe et dans les meme locaux que les autres vehicules. Cependant la fourniture des materiaux sera a la charge de WV. La date du montage sera discutee en commun.

cc : Equipe PEV MSF
World Vision USAID

67

De : Dr. Pierre Claquin , A.T. PEV
A : Ba Saidou, Responsable Chaine du Froid
Sujet : Reunion du 5 Mai 1986 avec Jean Pierre Triquet
Date : 5 Mai 1986

Une reunion a eu lieu de 9 heures a 10 heures entre JP Triquet et moi-meme pour debattre de differents points concernant le PEV:

1- le memo de JP Triquet sur le magasin central. JP va contacter un frigoriste serieux travaillant en RIM et lui demander de se mettre en rapport avec le PEV pour etudier un plan de reparation et d'amenagement .

2- compte tenu du retard d'arrivee des batteries [encore au Havre selon la SMO] , de delais de livraison de certains equipements [le dernier lot, ce matin meme, selon la SMO] , de la decision de fabriquer tous les equipements avant l'installation de la premiere voitures et enfin de l'absence de JP Triquet de la RIM les deux premieres semaines de Juin, il a ete decide de repousser le demarrage de l'installation des voitures au 15 Juin, ce qui correspond a la periode apres les fetes de la fin du Ramadan.

3- Le programme propose est le suivant :

-- 16 au 19 Juin : installation des voitures de Nema et de Selibaby .
-- du 21 Juin au 3 Juillet : test de ces deux voitures sur le terrain avec JP Triquet
-- du 5 au 10 Juillet : montage et formation de l'equipe d' Atar
-- du 12 au 17 Juillet : Aioun
-- du 19 au 24 Juillet : Kiffa
-- du 26 au 31 Juillet : Tidjikja
-- du 2 Aout au 7 Aout : Gorgol
-- du 9 Aout au 14 Aout : Brakna
-- du 16 Aout au 21 Aout : Boutilimit
-- du 23 Aout au 28 Aout : Rosso
-- du 30 Aout au 4 Septembre: Kiffa
-- du 6 Septembre au 11 Septembre : Vehicule PEV
-- du 13 Septembre au 18 Septembre : Vehicule 001

Ce programme est presente a titre provisoire pour discussion

cc: Membres du PEV
Dr. Sow, Directeur PRSSR
JP Triquet, MSF

68

QUARTERLY ACTIVITIES OF THE PHC ADVISOR, FIRST QUARTER 1986
(JANUARY TO MARCH 1986)

CONTENT OF QIR

A. Summary of activities planned during the first quarter.

B. Tasks accomplished and carried out.

C. Overall outcome.

D. Constraints and problems.

E. Tasks to be performed during the next quarter.

CONTENT OF ANNEXES

A. Proces-Verbal de la Reunion du 16 Fevrier 1986 et Rapport de Sensibilisation du Guidimake du 21 Janv. 1986 par C. Pervilhac et M.O. Memah.

B. Assignment of Government Health Personnel to the PHC Component (memo to C. Habis on 2/6/86).

C. Memo on "Assignment of Government Health Personnel to the PHC Component" by C. Habis to C. Pervilhac, 2/18/86.

D. "Description des Taches du Personnel de l'Equipe Regionale de SSP" de "Repartition des Taches EMSR."

E. Proces-Verbal de la CRSSP du 11 Nov. 1985.

F. Fonctionnement de l'EMSR par rapport au Rapport de Mission du 29 Nov. 1985 de l'Equipe Centrale (Lettre du Dr.Hacen au Medecin-Chef du Trarza, 30 Dec. 1985).

G. Lettre du Dr. Hacen au Dr. Sumner-Mack par rapport au "Rapport de Deplacement sur le Terrain du 11-20 Nov. 1985" par ce dernier.

H. Statut de la Commission Regionale de SSP.

I. Decret No. 005 du 9 Janv. 1986 par le Medecin Commandant Ndiaye Kayne aux Gouverneurs des Regions.

J. Training Materials of VHC's members: Programme de l'Atelier de Formation des Formateurs des membres des CSC au lTrarza, 4-8 febrier 1986, Manuel de Formation. Synthese de l'Atelier.

K. Memo to C. Habis by P. Claquin on 1/30/86.

L. Rapport de Mission du Dr. Hacen, 19 febr. 1986.

M. Programmation Activities SSP pour l'annee 1986.

N. Questionnaire sur le Fonctionnement de la Trousse (adressee a l'ASC).

O. Fiche de Supervision SSP.

A. Summary of Activities planned during the first quarter; (based on the "tasks to be performed during the next quarter" section E of QIR Oct. to Dec. 86).

CRITICAL MANAGEMENT BENCHMARKS ACTIVITIES:

1. Restrict activities to the Trarza Region.

2. Assignment of qualified and appropriate personnel at the central and regional levels for PHC by the Project Director and the Director of Health who are respectively the CIS President and secretary.

3. Strengthen the role of the CIS or create an appropriate PHC structure to support the activities.

4. Restrict the Mobile Teams coverage to villages larger than 200 habitants by an official decree.

OTHER ACTIVITIES:

5. Finish the second, and third rounds of tournee in the Trarza including revitalization of VHCs and regular supervision.

6. Training of trainers for VHC's animation in the Trarza (5 days in January).

7. Training of VHC's members in the Trarza starting in Mederdra and R'Kiz (February).

8. Orientation and work of short-term consultants (curriculum design and visual-aid) expected to start end of January 1986.

B. Tasks accomplished and carried out:

a) QUALITATIVE: (based on the previous section A and some additional "new" activities not mentioned previously).

CRITICAL MANAGEMENT BENCHMARKS ACTIVITIES:

1. In a meeting held on 2/17/86 (see Appdx A, Proces-Verbal de Reunion du 2/17/86), the Mauritanian party decided to continue the activities in the Guidimaka as planned at the beginning of the Project. USAID has not restricted any funds for this activity in the coming year and has not stated anywhere that they wish the activities to be restricted to the Trarza (the Proces-Verbal of October 29th 1985 meeting with USAID was never agreed upon). In addition the Mauritanian party is concerned that by stopping activities in the Guidimaka, the Project would loose credibility with the populations which would result in little possibility of implementing any PHC in the future. The Mauritanian party acknowledged the fact the Technical advisors had expressed their desire to limit the activities to the Trarza as stated in the last two QIRs (July-Sept. and Oct-Nov. 1985) and the "Fact and Recommendations to Strengthen the PHC Component of the Project" written by the PHC Advisor and submitted in French to the Project Director.

2. At the regional level, the Project has benefitted from the assignment of two departmental nurse/supervisors, one being for Rosso, and the other for Ker-Macene. They have not yet started their responsibilities. This report includes thorough document which illustrates the problems the Project has had in the last year with respect to personnel. (See "Assignment of Government Health Personnel to the PHC Component," Appendix B, memo to C. Habis, on 2/6/86 and Appendix C, memo on "Assignment of Government Health Personnel to the PHC Component" by C. Habis to C. Pervilhac, on 2/18/86.) During the month of February, the supervisor of K'Kiz, trained in Lome is being transferred out of PHC.

At the central level, the midwife has been absent from training since September 1985. One of the key administrators who had worked for the Project as a supervisor for a couple of years, and who recently attended a three month training at Lome for PHC, has officially asked to be transferred from the Project. It is unfortunate, since he would have been an excellent central supervisor. At the meeting taking place on 2/16/86, the PHC advisor asked for the status of the nurse supervisor who was supposed to be assigned at the central level. He has been assigned to another region. The Project Director stated he would follow it up, as well as the PHC Educator's replacement, given that Moctar may be leaving in five months (see Appendix A).

In order to improve the nurses' efficiency at the regional level, the roles and responsibilities of the supervisors have been defined with their inputs over the last six months. The two job descriptions (see Appendix D) presented by the Regional Medecin-Chef document this:

-- First, a specific task of the Health Personnel in the Regional PHC Mobile Team ("Description des Taches du Personnel de l'Equipe Regionale de SSP");

-- Second, a more general description of tasks of the members of the Mobile Team in relation to each others' work ("Repartition des Taches EMSR").

3. The Comite Inter-Services (CIS) has not met this trimester. However, at a regional level the Regional Commission of PHC (CRSSP) has met regularly. The minutes from the November meeting (Apdx E) have been finalized while the ones from the Dec. and Febr. meetings are still being worked upon. The COP attended and served as a catalyst to reinforce the integration of the EPI with PHC among the PHC actors. The Project Director attended for the first time the regional meeting in Rosso, since the PHC technical advisor's arrival to Mauritania, in February, and played an active role in the promotion of recommendations made by the central team in the supervision of the R'Kiz Department (Appendix F, "Fonctionnement de l'EMSR" par rapport au Rapport de Mission du 29/11/85 de l'Equipe Centrale). The USAID's Technical Advisor's Report of the same trip had not been translated yet, but a copy was promised to the Medecin-Chef and the Project Director formulated his own response to it (Appendix G, "Lettre du Dr. Hacen au Dr. Sumner-Mack" par rapport au "Rapport de Deplacement sur le Terrain du 11-20 nov. 1985" par ce dernier).

The Regional PHC Commission was finalized and its status is to be submitted at the CIS for clearance (Appendix H, "Statut de la Commission Regionale de SSP").

4. The COP submitted a proposal to restrict the mobile teams coverage to villages larger than 200 inhabitants. On January 9th, the MOH officialized the modified proposal into a decree sent to all Governors (Appendix I, Decret no. 005 du 9 janvier 1986).

5. While the three rounds of tournee in the four most Southern parts of the Trarza (Ross, Ker-Macene, R'Kiz, Mederdra) have been accomplished in 1985 for revitalization of VHCs and regular supervision, the third round is in process this first trimester in the Northern part (Boutilimit, Ouag-Naga).

6. The training of ten health personnnel, including 2 Medecin - Chefs from the Trarza, 4 departmental supervisors, 1 regional VHW supervisor, 1 regional mid-wife supervisor, 2 mobile chiefs took place in a 5 days workship in Rosso (see Appendix J. Training Materials of VHC's members). The Project Health Educator held the session with the Technical Advisors at the beginning of the workshop. An MCH supervisor plaid an active role in the organization of the sessions with the Project nurse.

7. The training of VHC's members (2 members/VHC) in the Trarza has started during the last week of February in R'Kiz and has extended to Rosso, Ker-Macene, and Mederdra in March. For each session the departmental supervisor will be supervised and supported by the regional supervisor or central staff as planned.

8. JSI identifed 2 short term consultants in curriculum design and visual -aids, and received their clearance by the MOH in order for them to start the work respectively mid-February for the first consultant and early March for the second person. However, USAID's new decision to delay any PHC activities until after the mid-term evaluation, has is postponed their arrival and all work related to their intervention.

NEW ACTIVITIES

9. Last December, USAID Health Office discussed with the JSI team of 3 options to strengthen the PHC component of the Project.

In January, the JSI team found out that USAID has chosen unilaterally in a cable to Washington, D.C. (1/28/86) to freeze the PHC component of the Project until the conclusions of the evaluation team. Despite this latest position, JSI has informed officially of its "Proposed Reorientation of the PHC Component of the RHS Project in the RIM," and has shared his concern with the latest Mission's strategy (Appendix K, Memo to C. Habis from the COP on 1/30/86) detrimental and destructive for the future of PHC and setting defensive working relations with the MOH for Advisors.

Curiously enough, the PHC component of the Project is still moving along under the Project Director's pressure. The PHC Advisor has expressed to the PHC Educator his concern of spreading too thin the support of the central team. The team has been confronted with this sudden outburst of activities before the evalution.

10. For the first time since the PHC Advisor's arrival to Mauritania, the Project Director made a field trip in the Trarza with the central nurse, the PHC Educator, and the PHC Advisor accompanied with key regional PHC personnel (Regional Medecin-Chief, Chief of Mobile Team, Regional Supervisor). The regional team has been greatly stimulated by the Project Director's interest and recommendations as recapitulated in the Trip Report (see Appendix L, Trip Report to the Traza by Dr. Hacen, February 18th 1986).

11. In February, the Project was able to coordinate its calendar of activities and seminars or workshops with the Division of Preventive Medicine and Maternal and Child Health delegates. A tentative calendar for the PHC component of the Project has been elaborated (see Appendix M Draft for the "Programmation des Activities SSp pour l'Annee 1986").

The training of mid-wives of the Trarza and the Guidimaka for the training of TBA's trainers will take place under the MCH Division's reponsibility.

It is unfortunate that less than two weeks after a common calendar and agreement between the Project and the different services (MCH and EPI), that the former service changes their training calendar early March. This created a conflict for the National Health Education Workshop, and for the participation of some PHC supervisors from the Trarza.

12. The PHC Educator is distributing more refined surveys that have been designed with the COP's inputs in order to collect information on the "Compensation of VWHs" and the "Pharmaceutical Kit System" at the village level (see Appendix N. "Questionnaire sur le Fonctionnement de la Trousee et le Systeme de Compensation de l"Asc").

13. The new design and content of the "Supervision Forms" (Appendix O, Fiche de Supervision SSP) and of the "VHWs Information Sheets" have been finalized at the central level this trimester after having been submitted for critic to the team in the middle fo next year (June 11th), 1985, "Proposition for the Content of VHW/TBA Monthly Information Sheet").

Despite certain misunderstandings with various MOH or USAID personnel regarding the fact these forms have not been used in the PHC Educator) have always been consistent in their recommendations to substitute the old system with the new one, as documented in the Boutilimit workshops, trip reports and QIRs.

Both forms needed to be discarded and simplified as the supervisors themselves agreed upon in the MSH Evaluation Recommendations proposed. The central team in early 1984 thought the system was either not used correctly or not used at all. This decision to revise the forms would avoid perpetuating systems that were obsolete for either the VHWs or the supervisors. All actors agreed to interrupt officially The use of the forms (and unofficially they had been stopped already for months in the majority of the departments) after the Boutilimit workshop held in February 1985, with the goal of introducing the new supervision forms for the third round of tournee in the Trarza, in the last summer of 1985, and the new VHW's Information Forms during the retraining of the VHWs, sceduled initially for the middle of 1985. In addition, a clear gap between the two systems would avoid their overlap and the possible confusion of the users. The supervisors were to concentrate in 1985 essentially on the VHCs and their revitalization, and a Supervision Guide would help them late 1985 to start the more routine activities of supervision with the Supervision Forms.

Finally, the supervisors are using the new Supervision Forms for the first rounds of supervision of 1986. Regarding the new Health Information sheets, the central team has agreed to have the supervisors teach on an individual basis to the VHWs during the supervision visit of each VHW, how to fill up and use them. This method will avoid further delays in the implementation of the HIS for VHWs given the retraining of VHWs has been postponed once more to a latter undefined date for 1986, because of USAID's freeze on the hiring of consultants. At least this strategy will allow the supervisors to test the new Health Information syste, and adapt it at a later date.

14. In March, a national Health Education Workshoop has been directed under the responsibility of the Health Education Section of the MOH. The Project has funded the workshop and had one trainer from the Project participate as a facilitator in the training, and some supervisors attended the workshop as trainees.

15. In order to prepare the mid-term evaluation, the Project team designed with USAID the scope of work and terms of reference for the evaluation agreeable to all parties.

16. The future Project Director, Dr. Sow, the COP and the PHC Advisor met before the latter's final departure from Mauritania to discuss some long term aspects of the Project.

B) QUANTITATIVE

Each activity for the time of this advisor was spent approximately as follows (based on 2 months):

- 6% (3/50) in training
- 12% (6/50) in supervision
- 45% in management
- 12% in logistics
- 25% in administration

The PHC advisor resigned his contract on March 1, 1986.

TASKS TO BE PERFORMED DURING THE NEXT QUARTER:

CRITICAL MANAGEMENT BENCH MARKS ACTIVITIES:

1. Restrict activities to the Trarza Region.

2. Assignment of qualified and appropriate personnel at the central level and regional levels for PHC.

3. Strengthen the role of the CIS or create an appropriate PHC structure to support the activities.

4. Have the central team work on the Preparatory Phase of the mid-term Evaluation as outlined by USAID and accepted by the various parties, and support the Evaluation team.

OTHER ACTIVITIES:

5. Finish the third round of tournee in the Trarza including the revitalization of VHC's and regular supervision.

6. Continue the training of VHC's members throughout the Trarza.

7. Prepare and carry out the National PHC Seminar.

8. Prepare next trimester departure of the PHC nurse of the central team (Moctar Ould Memah) by having aboard already his replacement in order to support the consultants' activities and training activities.

9. Re-program the PHC activities following the Evaluation team's recommendations.

MAURITANIA

Rural Health Services Project

Contract no.: 682-0230-C-00-4060-00

QUARTERLY REPORT

Period: July-September 1985

JSI

JOHN SNOW, Inc.

78

RURAL HEALTH SERVICES PROJECT

QUARTERLY REPORT FOR THE PERIOD OF JULY TO SEPTEMBER 1985

JOHN SNOW PUBLIC HEALTH GROUP

CHIEF OF PARTY

A- ACTIVITIES PLANNED DURING THE QUARTER

1- SUPERVISION OF THE PHC ACTIVITIES AND OF THE PHC LONG TERM ADVISOR

2- FOLLOW UP ON THE MEASURES UNDERTAKEN TO IMPROVE THE PROJECT'S IMPLEMENTATION

3- PLANNING ON FOR THE ARRIVAL OF THE NEXT CONSULTANTS IN CURRICULUM DEVELOPMENT AND IN VISUAL AIDS

4- ADMINISTRATION

5- PREPARATION OF QUARTERLY REPORTS

6- PLANNING AND REVIEW

B- TASKS ACCOMPLISHED DURING THE QUARTER

1- PRIMARY HEALTH CARE:

Because of the difficulties in implementing the PHC component faced by the PHC advisor, the JSI team decided that the COP would take a more active role in the implementation of the PHC. In addition it was decided that weekly meetings on PHC would take place on every Tuesday. Such a system did work for three weeks then due to the Project's director's absence for the two remaining months of the quarter, the system could not be implemented further.

2- PRSSR'S IMPROVEMENT:

USAID and the COP continued their dialogue with the Director of Health. Meanwhile, a meeting of the CIS took place, the second of the year. Because of the important issues raised during that meeting it was decided that a second of the year. Because of the important issues raised during that meeting it was decided that a second meeting would follow within a week to address the issues of the management and implementation of the Project. The meeting never took place due to the non-availability of some of the CIS's members.

3- ARRIVAL OF NEW CONSULTANTS

Despite JSI [successful] efforts to identify two good candidates for the position, because of some miscommunications originating in the local USAID mission in the absence of the COP and the HNP chief, the two STCs could not be brought into the country. This has resulted in an unfortunate and unnecessary sic months delay in this part of the program.

4- ADMINISTRATION: Q.S.

5- PREPARATION OF QUARTERLY REPORTS: Q.S.

6- PLANNING AND REVIEW PROCESS

This quarter, the review process with the Project's director could not be performed. However, it took place in numerous occasions with USAID.

81

C- DISTRIBUTION OF THE TIME OF THE COP

ACTIVITIES	HOURS	%
1- PHC COMPONENT	50	16
2- PROJECT'S IMPROVEMENT	68	22
3- ADMINISTRATION	118	37
4- REPORTS	45	14
5- PLANNING AND REVIEW	32	11
TOTAL	313	

This, in addition of the 230 hours spent for EPI.

A. ACTIVITIES PLANNED DURING THE THIRD QUARTER

1- VACCINATION COVERAGE SURVEY REPORT: to be completed by July 14.

2- MONITORING THE EPI PROGRESSES:
   21- two field visits: one to Tidjikja and the other to Attar.
   22- supervision of the EPI second quarterly report.
   23- improvement of the vaccination's reporting system of the mobile teams and of the PMIs.

3- ORGANIZATION OF A RELIABLE COLD CHAIN

   31- Identification and ordering of the equipment to be used by the mobile teams in their car.
   32- Sending of the BCG vials to Dakar for testing of potency.
   33- Approval of the WHO protocol for vaccine potency testing [using cards].
   34- Implementation of a coherent vaccine delivery system to the field.
   35- supervision of the renovation of the central store

4- EPI OPERATION MANUAL

   41- Preparation of the chapters on:
      + registration of children during the tournees
      + policy towards the villages of less that 200 people
      + vaccination schedule
   42- Review of the previous chapters.

5- HEALTH INFORMATION SYSTEM

   51- Proposal for a new HIS
   52- Draft proposal of the questionnaire and of the coding manual for the baseline survey [planned for 2/86].

6- JOURNEES NATIONALES

   Preparation.

B. TASKS ACCOMPLISHED DURING THE THIRD QUARTER

The quarter consisted, in fact, of two months because of the Advisor's departure on vacation on August 25.

1- DECEMBER 1984 VACCINATION COVERAGE SURVEY REPORT:

The report was finalized and copies sent to all people concerned for comments.

80

2- MONITORING THE EPI PROGRESSES:

21- The visit to Tijikja took place as planned and was performed jointly with the USAID Health Officer. The visit to Atar could not take place because the team happened to go on vacation in August, rather precipitously.

22- At the time of the Advisor's departure the format of the report had been completed; some reports were still missing and reminders had been sent.

23- Improved forms have been designed and detailed written instructions on how to fill them have been prepared.

3- ORGANIZATION OF A RELIABLE COLD CHAIN

31- Discussions took place with both the EPI STC and a Cold Chain Technician from Medecins Sans Frontieres on the type of material and environment best suited within the vehicles. Despite the APMP recommendations of the IFAC-REDO refrigerator, the ENGEL has been selected. Because MSF is still experimenting, more time needed to obtain their final report and recommendations.

32- Vaccines were sent to Dakar.

33- Left to be done.

34- Vaccine needs for 1986 were assessed, the vaccines ordered and instructions issued on how the teams should plan their needs on a quarterly basis and order the vaccine.

35- in the central store:
- + efforts were made to have a MOH cold chain repair person assign on a part-time basis.
- + plans were made to have the old generator replaced by a new one and a coherent maintenance program organized.

4- EPI OPERATION MANUAL

41- + A series of instruction on the use of registers and on the techniques to be used to cover as many children as possible had been recommanded to the Chief of SMP but so far have not been issued as practical instructions for the teams. A letter has been written by the Advisor to the Chef of SMP to remind him of the situation.

+ on the subject of the mobile teams' activities in the villages of 200 habitants and more, a letter has been issued to the Director of health requesting to have the subject discussed at the following CIS meeting. So far nothing has happened.
+ taking advantage of the Journees Nationales de Vaccination a new schedule has been adopted: also the contraindications to vaccination have been restricted to: the disease itself, fever higher than 38.5° Centigrade, extended skin infection.
+ there was no time to review the previous chapters.

5- HEALTH INFORMATION SYSTEM

There was not enough time to finalize the new LES. However, parts of the draft were prepared and discussed with the Project's director.

Large amount of time were spent with the STC anthropologist to prepare the questionnaire and to review the several drafts of his final report.

6- JOURNEES NATIONALES

Half a dozen [long] meetings took place during that period to prepare the Journees nationales de vaccination.

C. OVERALL OUTCOME

1- A final report has been sent for review
2- see appendix for reports and memorandums
3- see appendix for memorandums
4- see appendix for letters and memorandums
5- Survey questionnaire available

D. COMMENTS:

During this quarter, achievements, some visible, some more subtle have been obtained.

First, the central store is getting into shape and as soon as the new generator will be installed [last quarter]. all physical equipment to guarantee its reliability will be in place. The next step will be to organize a division of labour and to institutionalize a routine for maintenance and supervision.

Second, the vaccine needs for 1986 have been identified, the quantities ordered, and no shortage should happen in 1986! A system has been designed for the regions.

Third, the PMIs have been doted with Cold Chain Equipment and gas. They have now all the material structures to be full partners in the EPI.

Fourth, a document system is functioning at the central level, under the supervision of the statistician. Missing reports are identified in time and sent for an effort to analyze the EPI performances in the past three years is under way. Also, a new table relating operational indicators [kms, number of children immunized, number of days of mission, etc.] is being used since the beginning of 1985.

85

However problems remain, some of serious concern:

1. Despite the Advisor's effort, in collaboration with the EPI staff to prepare several chapters of an operational manual, there is no institutionalized national policy of the EPI in Mauritania. The chief of the SMP does not seem to perceive the needs for such a policy and does not use the various documents prepare for him.

2. The EPI is still understaffed particularly after the departure for good of one of the female supervisors and the departure of the EPI staff on vacation during July and August. Field supervision has been performed by stretching resources. More supervisory staff is definitely needed.

3. There has been no usable information on the status of the missing cold chain equipment, of the cold chain in the vehicles, and of the mobile teams.

4. The organization of the Journees Nationales de Vaccination has taken a toll on the time of the EPI staff at the central level and during their implementation is likely to affect both regional and central level. The EPI central staff should exert vigilance and issue instructions to the regions to make sure that the field activities will not be stopped during four months!

E. ACTIVITIES PLANNED DURING THE LAST QUARTER

The planning is taking into account the two rounds of the Journees Nationales de Vaccination.

1- PRINTING OF 100 COPIES OF THE EVALUATION REPORT AND THEIR DIFFUSION INSIDE AND OUTSIDE THE R.I.M.

2- MONITORING THE EPI PROGRESSES:

21- Try to attain the goal of three supervisory visits per region in 1985; and

22- Supervision of the preparation of the third quarterly report

3- ORGANIZATION OF A RELIABLE COLD CHAIN

31- pursue the identification of a prototype of cold chain equipment for the mobile team vehicle and the preparation of a timetable for its installation in the 12 vehicles;

32- strengthen the central store cold chain by the creation of an operational team responsible for its operation; and

33- contribute to the design of a gas delivery scheme.

86

4- EPI OPERATION MANUAL

41- Definition of a policy towards the village of less than 200 people by the Director of Health.

5- HEALTH INFORMATION SYSTEM

51- Finalization of the new version of the LES

6- JOURNEES NATIONALES

+ RESPONSIBLE FOR A POST IN NOUAKCHOTT
+ ANALYSIS OF THE RESULTS OF THE FIRST ROUND

87

DISTRIBUTION OF THE TIME FOR THE EPI ACTIVITIES

ACTIVITIES		HOURS	%
1- VACCINATION COVERAGE REPORT		20	9
2- MONITORING PROGRESSES:		65	28
TIJIKJA AND ROSSO	50		
DESIGN OF FORMS	15		
3- COLD CHAIN		80	35
4- OPERATION MANUAL		10	4
5- HIS		25	11
6- JOURNEES NATIONALES		30	13
TOTAL		230	

88

De : Dr. Pierre Claquin, DDP, FRSSR
A : Membres du CIS
Date : 6 Juillet 1985
Sujet : Activites des equipes mobiles dans les villages de moins de 200 habitants.

La question des activites des equipes mobiles dans les villages de moins de 200 habitants se pose de facon brulante depuis plusieurs mois. L'absence de prise de position claire de la part du Ministere de la Sante a ce sujet est interpretee par la plupart des chefs d'equipes mobiles comme une obligation a perpetrer le systeme anterieur de tournees. Dans le Trarza, ainsi qu'en temoignent la reunion du Comite regional du 2 Avril et les compte-rendus de l'Atelier regional de SSP de Mai, l'integration des activites PEV et SSP n'existe pas encore malgre 18 mois d'existence du nouveau Projet et depend etroitement de la solution de ce probleme.

Dans les autres regions l'efficacite des visites des equipes PEV depend du chiffre optimum de couverture et donc du volume adequat des enfants a risque. En pratique cela veut dire que les equipes doivent abandonner le nombre de kms parcourus comme critere d'activites au profit du nombre d'enfants vaccines et de la couverture realisee. De tels resultats ne seront possibles que si les equipes passent suffisament de temps dans les villages et donc se concentrent sur les endroits ou le rapport efficacite/cout reste raisonnable.

Le concept cout/efficacite ne semble pas etre pris en consideration par la direction du PEV, en contraste avec la situation generale des ressources nationales en RIM. Il est pourtant un element essentiel d'une strategie realiste procedant d'abord a un inventaire des ressources et techniques appropriees dans le contexte Mauritanien [comme par exemple les nouveaux vaccins thermostables ou la polio injectable ou le NeoTetraCoq pour lequel deux injections suffisent, etc...] ainsi que des priorites puis a des directives concretes pour l'etablissement d'un plan sur plusieurs annees par etapes.

La priorite a donner aux villages de plus de 200 habitants a ete evoquee des le debut du Projet et depuis dans de nombreuses correspondances. Il semble que le moment soit venu de prendre position de facon nette a ce sujet. Il importe au CIS de faire ses recommandations au Directeur de la Sante a ce sujet.

De : Dr. Pierre Claquin, Assistant Technique PEV
A : Dr. Kelly Nazirou, Chef SMP.
Date : 14 Juillet 1985
Sujet : Circulaire aux equipes mobiles.

En Fevrier dernier, j'ai eu l'occasion de vous adresser un memo sur l'organisation des tournees des equipes mobiles. Par ailleurs mon dernier memo analysant les chiffres d'activites des equipes mobiles pour les 4 mois de l'annee reprend certains de ces points en les amplifiant. Enfin il existe plusieurs rapports de supervision contenant chacun des recommandations . Ces rapports ont ete discutes mais sont restes sans suite quant' aux equipes mobiles.

Sauf erreur de ma part, il n'y a pas eu cette annee de la part de la direction du PEV de communication ecrite aux equipes mobiles et aux directeurs regionaux analysant les resultats obtenus dans les regions. Rappellant les aspects positifs comme les insuffisances et rappellant les consignes de travail. Enfin, il n'y a ni encouragements ni sanctions .

Il me semble que la direction centrale du PEV doit reagir et assumer a nouveau son role de superviseur, d'evaluateur et surtout d'effecteur de la politique du PEV au niveau national. Les equipes doivent recevoir de la direction des commentaires sur leurs activites, des encouragements, des mises en garde, etc... Le rapport trimestriel, tres utile, ne remplace pas cette activite. Depuis le debut de l'annee nous avons entrepris un effort de documentation et d'analyse des activites. Ce travail doit etre desormais restitue aux equipes sous la forme decrite ci dessus afin de leur servir de guides pour ameliorer leurs activites.

cc : membres du CIS

RAPPORT D'UNE MISSION DE SUPERVISION DANS LE TAGANT

22 / 07 / AU 26/ 07 / 1985.

Une mission de supervision du Programme Elargi de vaccination s'est rendue à Tijikja. Elle etait composee de:
-- Dr. Pierre Claquin, Assistant Technique PEV
-- Mr Charles Hapis, representant Sante, nutrition et population de l'USAID.
-- Mr. Correra, Statisticien du PEV
-- Amadou Sow, chauffeur.

1- Visite à Achram.

A l'issue du premier jour de voyage, la mission a fait halte à Achram pour rencontrer l'equipe de Mr. Schmidt-Anders, de la Cooperation Technique Allemande (G.T.Z.). Au cours de la reunion il est ressorti que Mr. Schmidt-Anders est pret a jouer un role de [illegible] pour l'approvisionnement en vaccins et en accumulateurs de froid. De par la situation peripherique d'Achram pour trois regions, il se pourrait etre tres utile car les equipes n'auraient plus a se preoccuper des problemes de reapprovisionnement en chaine de froid et pourraient simplement [illegible] les [illegible] vides contre des accumulateurs congeles. Sitot le vaccine sommeiller, le PEV fournira une centaine d'accumulateurs à Achram et informera les equipes de cette ressource à leur disposition.

Par ailleurs, Mr. Schmidt-Anders nous a fait une serie d'observations documentees sur ce qu'il avait du observer ou entendre dire sur le travail de l'equipe mobile dans le departement de Youdjeria. En resume ces commentaires concernent: le fait que des villages n'ont toujours pas ete visites par l'equipe; la faible duree de sejour dans les villages, en regle (le temps qu'il faut pour boire trois thes); le fait que l'equipe ne se soucie pas suffisament de prevenir toutes les couches sociales et les differences groupes de population lors de son passage; enfin, les techniques douteuses de vaccination (seringues de vaccin preparees à l'avance, seringues posees sur le capot brulant du vehicule, etc....Ces points ont ete ulterieurement discutes avec l'equipe au cours de la supervision.

2- En ce qui concerne l'equipe mobile de Tijikja:

21- LA CHAINE DE FROID:

Le refrigerateur electrique est en etat de marche correcte, ainsi qu'en [illegible] la feuille de releve de temperature, prise deux fois par [illegible] en l'absence du chef d'equipe, la temperature est prise par [illegible] surveillant general. Le congelateur

avait ete arrete par raison d'economie. Nous avons dit et les vaccins a congeler conserves dans la partie congelation de l'Electrolux.

L'equipe s'approvisionne localement pour les veches.

Lors de la mission, le congelateur a ete remis en marche et la necessite d'avoir toujours une reserve d'accumulateurs de froid en cas de panne du refrigerateur ou d'urgence a ete expliquee.

23- MATERIEL :

L'equipe a recu le materiel confie par J.J. Bordier au Medecin Chef mais sans les listes d'inventaire. Cette situation administrative est a clarifier. Nous avons demande a l'equipe de retourner au PEV [illegible] un inventaire signe.

En ce qui concerne la gestion du materiel, il existe bien un registre mais ce qui n'est pas tenu selon les instructions en vigueur qui avaient ete expliquees lors de seminaire de Septembre. Elles ont ete a nouveau rappelees et expliquees au chef de l'equipe mobile.

25- VACCINS

Il n'existe pas de systeme de gestion de vaccins et encore moins [illegible] et de l'utilisation des vaccins selon leur date de peremption. IL A ETE DEMANDE A L'EQUIPE DE COMMANDER LES VACCINS NECESSAIRES A SES ACTIVITES TRIMESTRIELLES DU MOIS DE JUIN A JANVIER ET DE RECONNER EN MEME TEMPS L'ETAT DES STOCKS A LA COMMANDE AVEC LES DATES DE PEREMPTION.

[illegible] a la mission, l'etat des stocks etait le suivant:

BCG : 2560 doses [illegible] en Avril 1986.
Rougeole: [illegible] perimees en Decembre 1986.
DTC : 5000 doses perimees le 25 Fevrier 1987
Polio : 1585 doses perimees en Novembre 1983.

24- PETITE CAISSE

Lors de notre passage, l'equipe s'est plainte de ne plus avoir d'argent depuis la soumission de sa petite caisse en Mars. Lors du passage d'Aminata Ba. A titre de depannage, le Dr. Diaquin a avance 4000 ouguiyas sur les fonds de la mission. Cette avance a ete traitee par l'administrateur du projet comme un credit supplementaire en plus des 20000 ouguiyas . Verification faite auprés de l'administration du projet, Cheikh Senghott a recu le remboursement de cette petite caisse le 20 Avril. Les eclaircissements seront necessaire dès que le Divisionnaire rentrera de vacances. En attendant nous suggerons QU'A L'AVENIR LE PEV SOUMETTE VERBALEMENT AU COMPTABLE DU PROJET LE RELEVE DOCUMENTE [MOYEN UTILISE.RECU . DATE .ETC....] DES TRANSMISSIONS DES REMBOURSEMENTS DES PETITES CAISSES afin de pouvoir assurer un suivi.

25- VEHICULES:

L'equipe s'est plainte dene pas avoir recu ce filtre a gas-oil malgre ses demandes. La mission s'est desaisie de son filtre de rechange pour depanner l'equipe. L'equipe a aussi clarifie sa demande anterieur d'huile en se referant a leur caisse vide.

Au cours d'une tournee en brousse il a ete donne de constater que le manometre d'huile se situait dans le rouge et que de toute evidence l'huile du moteur chauffait, necessitant des arrets du vehicule. Apres avoir constate que les niveaux d'huile etaient satisfaisants il a ete conseille au chauffeur de changer l'huile pour eliminer une explication relative a la viscosite et de nous informer de la situation des que possible.

Le chauffeur a explique que ce defaut avait ete constate a Nouakchott et deja signale au garage du CSA dont la reponse avait ete que " ce n'etait pas important et que seul comptait la lampe rouge du tableau de bord. Si celle ci s'allumait il importait de garer le vehicule sur le champ. " Cette illustration admirable de la conception du garage CSA de la prevention et de l'entretien des vehicules a ete egalement confirmee par Amadou Sow devant le representant de [illegible], concessionnaire du contrat avec le garage du CSA.

26- LES TOURNEES.

La mission avait avec elle tous les documents et tableaux necessaires [illegible] a l'activite des equipes au cours des quatre derniers [illegible]. Les rapports de l'[illegible]ipe de Tijikja avant ete analyses en detail a Nouakchott, la mission en savait presque plus sur les [illegible] du travail de l'equipe que l'equipe elle meme. [illegible] RECOMMANDONS A L'EQUIPE DE SUPERVISION AVANT LE DEPART EN MISSION DE SE MUNIR A L'AVANCE DE TOUS LES DOCUMENTS RELATIFS AUX ACTIVITES QU'ELLE VA SUPERVISER ET D'ANALYSER AVANT LE DEPART LES RAPPORTS SOUMIS PAR LES EQUIPES AFIN DE POUVOIR DISCUTER AVEC L'EQUIPE DES ANALYSES ET REMARQUES.

Le premier point discute a ete le faible nombre de journees de travail effectue par l'equipe au cours des quatre premiers mois de l'annee [illegible] 7 jours en moyenne [illegible]. L'examen des resultats de Mai et de Juin n'a rien fait pour corriger cette premiere impression. L'equipe a invoque plusieurs raisons relatives au vehicule, mais dans la pratique il semble que le fonds du probleme concerne la comprehension que l'equipe a du programme mensuel. Comme il est probable que cette interpretation existe aussi dans d'autres equipes, il ne semble pas inutile de s'y attarder un peu.

En effet, d'apres les explications donnees par l'equipe il semble que ceux ci aient cru jusqu'a present qu'ils etaient seulement tenus de visiter un departement par mois. Au cas ou l'equipe " reussit " a couvrir un departement en 11 jours [illegible] par exemple 1, elle se considere en vacances jusqu'au debut du mois suivant et ainsi de suite.

La mission a passe beaucoup de temps a reorganiser et la comprehension et le planning de l'equipe, en presence de tous les membres. Une [illegible] particuliere a ete donnee au chiffre

de 20 jours minimum de tournee par mois et sur la preparation d'un calendrier realiste d'activites. Il a ete explique a l'equipe que, pour un circuit donne, ils doivent evaluer A L'AVANCE ET LORS DE LA PREPARATION DU PLANNING D'ACTIVITES, LE NOMBRE DE JOURS OU D'HEURES QU'ILS DOIVENT PASSER DANS CHAQUE VILLAGE. Ce temps est fonction de la taille du village, du taux anterieur de couverture, de la frequence des visites au cours de l'annee, etc... L'addition du temps pour l'ensemble des villages represente la duree du circuit. S'il excede 20 jours, l'equipe a le choix entre continuer au dela ou revenir plus tard.

En pratique, l'equipe devait partir vers le 27 a Tiznit, prendre un mois de vacances puis reprendre son programme. Elle doit envoyer a Mohammedia son programme modifie pour Septembre et mi-Octobre AVANT de partir en vacances.

La structure des tournees a ete reprise et analysee en detail selon les suggestions developpees dans le memorandum recent au Dr. Reily. La necessite d'une bonne appreciation du nombre d'enfants a risque, leur inscription dans le registre, la visite maison par maison pour les identifier, etc... autant de points sur lesquels la mission s'est etendue et que les missions ulterieures en ont devoir reprendre.

27- RAPPORTS MENSUELS :

La mission a revu avec l'equipe les registres d'activites et verifie que les suggestions de mission precedente y avaient ete incorporees. En regle les registres etaient clairs mais rendent difficilement exploitables a cause de la facon dont ils sont remplis. Il a ete suggere a l'equipe de mettre la date de naissance ou relative (2 ans) enfants dans la rubrique "age" et la date de la vaccination en date reelle au lieu de simple coupure.

Par ailleurs le role des rapports mensuels et leur utilite a ete explique a l'equipe ainsi que la necessite d'envoyer les rapports a temps. En effet, le retard d'un seul rapport mensuel d'une seule region invalide le rapport trimestriel et en retarde donc la publication.

28- RAPPORTS AVEC LA MEDECIN CHEF

La mission a recu un excellent accueil de la part du medecin-chef. Differents points ont ete discutes avec la mission et ont permis de clarifier le reliquat de certains malentendus, heureusement passes. Le medecin chef a certaines reserves sur la circulaire du ministere de la Sante relative a la supervision du vehicule mais a vis cette circulaire en application. Par ailleurs il a eu l'occasion de partager avec le chef d'equipe ses remarques sur la situation des villages qu'il visite. La mission a eu l'occasion de rappeler a tous que le medecin chef est le superviseur regional du PEV.

29- PMI.

Lors du passage de la mission aucune des sage femmes n'etait presente, l'une en conge de maternite et l'autre en instance de transfert. Les activites de SMI, dont la vaccination, sont a l'heure actuelle sous la responsabilite d'un infirmier de la CNAPES, dynamique.

Le refrigerateur ne marche pas et les vaccinations sont assurees, parfois en collaboration avec l'equipe mobile. Un gros effort est a organiser ce de cote et les modalites en ont ete discutees. Il a ete proposé par l'infirmier qui est aussi le responsable local du CRS de lier l'acces des enfants aux vivres a la vaccination. Il considere que cette strategie devrait inclure un surcroit de travail au cours des premiers mois de sa realisation mais sera bayante a moyen terme. L'obstacle majeur actuel est le manque de personnel pour organiser le flot des enfants et la vaccination. L'equipe a promis de discuter les differents points avec les reponsables SMIs et aussi les responsables CRS.

En pratique, un refrigerateur a gaz sera livre et installe au debut d'Aout a la PMI. L'amelioration de la situation en personnel a la [illegible] avec intervention centrale permettrait d'obtenir un [illegible] de couverture vaccinale en ville en rapport avec les besoins.

Le format [illegible] rapports mensuels a aussi ete discute. Les informations [illegible] des mois precedents ont ete recopiees directement.

3- WORLD VISION

Une reunion a ete tenue avec les responsables locaux de World Vision pour [illegible] modalites de leur collaboration au PEV. L'equipe de World Vision [illegible] 10 villages par mois est prete a vacciner les enfants de moins de 5 ans a chacun de leurs passages. Ils sont prets a [illegible] les memes registres que l'equipe mobile et s'approvisionner [illegible] aupres d'elles. Ils demandent du materiel de vaccination [illegible] de froid pour leurs tournees.

L'avantage d'une telle collaboration [illegible], a condition toutefois que l'equipe [illegible] dans les 13 villages au cours de [illegible] et de ne [illegible] pas de ses responsabilites sur une [illegible]. Il faudra prendre une decision au niveau central en presence du responsable national de World Vision. Il existe deja des [illegible] de collaboration fructueuse entre le PEV et les ONGs [illegible] a Kaolack Lajjar.

4- JOURNEES NATIONALES

Le programme et le contenu des Journees Nationales de Vaccination a ete presente aux autorites administratives (gouverneur adjoint), au medecin chef, aux collaborateurs du PEV, etc.... Il a [illegible] une sensibilisation initiale en attendant les etapes officielles.

5- TERRE DES HOMMES.

La mission a effectue une visite a Kaltan Lajjar pour superviser les activites de vaccination. L'echange a ete fructueux et a porte sur les indications et contre indications des differents types de vaccination, la tenue des registres, et les rapports mensuels, les sites d'injection, etc... L'activite vaccinale de Terre des Hommes a repris depuis Mai et est quotidienne. Il est probable que la couverture vaccinale sera tres elevee a l'aube des Journees nationales et pose donc la question de la participation de cette localite au programme.

Au cours des discussions il est apparu que Terre des Hommes preferre limiter ses activites vaccinales a la ville de Y. et ne souhaite pas l'inclure aux activites de son equipe mobile.

6- DIVERS

L'equipe [illegible] a demande expressement que leur materiel de camping soit [illegible] des Tregualaires. En effet la presence de serpents en [illegible] leurs missions difficile, selon eux.

Par ailleurs [illegible] l'attention de la direction [illegible] sur le fait que les [illegible] du dernier trimestre 1984 [illegible] n'ont pas ete [illegible].

DETERMINATION DES BESOINS EN VACCINS POUR 1986

L'UNICEF vient de nous demander de soumettre nos besoins en vaccins pour 1986. Il serait raisonnable de fixer au 15 août la date de soumission de nos besoins.

La méthode [illegible] consiste à entreprendre les démarches suivantes:

1- déterminer le [illegible] des groupes cibles et leur taille.
2- déterminer [illegible] vaccinale désirée pour chaque antigène
3- rappeler le [illegible] de doses nécessaires pour chaque antigènes en fonction de la taille de la population
4- augmenter les quantités en fonction du coefficient de perte.

1- DETERMINER [illegible] ET LEUR TAILLE :

Jusqu'à [illegible] que les groupes cibles reste inchangé:

- pour le BCG : [illegible]
- pour la DTC [illegible]
- pour la Tuberculose [illegible] d'enfants
- pour la Tuberculose [illegible] % ans.

Cependant il serait raisonnable de choisir à partir de 1986. L'âge [illegible] restreint de 0 à 5 ans. Le groupe cible passera donc de 15 à 12 % de la population. Si l'on estime la population ougandaise à 17[illegible] en 1985, la population cible en 1985 est de : 319014 [illegible] 13 % [illegible] la population cible en 1986 devient alors 328070 [illegible] soit du 3.7 % par an et un nouveau groupe cible de 0-[illegible].

II - DETERMINER LA COUVERTURE VACCINALE DESIREE POUR CHAQUE ANTIGENE.

Bien que les résultats de couverture vaccinale varient selon les régions, l'estimation générale effectuée en Août 1985 ne concerne que les chiffres à l'échelle nationale. D'ici la fin de Septembre les données seront affinées par région. Les besoins sont des besoins seront réévalués en Juin 1986 après les résultats de l'évaluation des Journées Nationales et soumis à l'UNICEF pour réajuster les [illegible] à la fin de 1986.

ANTIGENE	EVALUATION DEC 1984	ESTIMATION APRES JOURNEES N. 1985
BCG	74.1	85
ROUGEOLE	58.5	75
TETRACOQ 1	58.5	75
TETRACOQ 2	38.6	45
TETRACOQ 3	21.4	33
POLIO 1	68.7	75
POLIO 2	38.8	45
POLIO 3	21.3	33

ESTIMATION DES CHIFFRES DE COUVERTURE VACCINALE

III - DETERMINATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION A VACCINER

ANTIGENE	PROPORTION A VACCINER		POPULATION NEE EN 1986 A VACCINER %	NOMBRE	POPULATION CIBLE POUR 1986
BCG	[illegible]	47855	[illegible]	82214	130072
ROUGEOLE	25 %	79734	33	27131	106894
TETRACOQ 1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	148001
TETRACOQ 2	[illegible] %	175480	66	54261	229741
TETRACOQ 3	67 %	213766	53	47684	261450
POLIO 1	[illegible] %	79764	33	[illegible]	148001
POLIO 2	55 %	175480	66	54261	229741
POLIO 3	67 %	213766	[illegible]	47684	261450

Il est raisonnable de [illegible] au cours de 1986. Les performances du PEV permettront [illegible] aux groupes non vaccinés un taux de couverture [illegible] de l'année precedente parmi les vaccinés.

ANTIGENE	COUVERTURE POSSIBLE DE LA POPUL. CIBLE EN 1986	NOMBRE D'ENFANTS A VACCINER EN 1986
BCG	85 %	110561
ROUGEOLE	75 %	80171
TETRACOQ 1	75 %	111001
TETRACOQ 2	45 %	103383
TETRACOQ 3	33 %	86279
POLIO 1	75 %	111001
POLIO 2	45 %	103383
POLIO 3	33 %	86279

IV - DETERMINATION DES QUANTITES DE VACCINS

41- BCG

Avec un coefficient de perte de 50 % les doses de BCG necessaire pour 1986 seront de 221123 soit 220000.

42- Rougeole

Avec un coefficient de perte de 25 % les doses de rougeole necessaires sont de 80171 soit 81000.

43- Tetracoq et Polio.

Deux alternatives se presentent :

431 - le vaccin utilisé en 1985 reste le meme. Dans ce cas les doses necessaires seront, pour un coefficient de perte de 25 % pour le Tetracoq et de 0 % pour la Polio :

375435 soit 376000 doses pour le Tetracoq

300383 soit 301000 doses pour la Polio

432 - dans le cas possible où le Neotetracoq sera introduit, les besoins des enfants ayant deja reçu deux doses seront encore couverts avec l'ancien vaccin. Les autres (jamais vaccinés ou n'ayant recu qu'une dose) recevront deux injections de Neotetracoq. Les besoins seront alors :

Tetracoq : 186279 x 1.251 = 107961 soit 108000 doses
Polio : 86279 soit 86300 doses

Pour le Neotetracoq pour une population a couvrir de 214384 soit 215000 par deux injections avec un coefficient de perte de 25 %, les doses a fournir seront de : 537500 doses.

INSTRUCTIONS POUR LE REMPLISSAGE DE L' IMPRIME
" RAPPORT MENSUEL DES VACCINATIONS SUR L'ETAT DES VACCINS "

Cet imprime est destine a aider les equipes mobiles et les PMIs a gerer leur stock de vaccins, c'est a dire: a apprecier leurs besoins, [illegible] a en route leurs commandes suffisament a l'avance, mesurer les pertes en vaccins de leurs activites.

L'imprime [illegible] rempli a la fin de chaque mois et envoye en meme temps que le rapport d'activites. Pour les PMIs de Nouakchott il est recommande que l'approvisionnement en vaccins, sauf cas exceptionnels, [illegible] une fois [illegible] mois. Pour les PMIs approvisionnees par les equipes mobiles [illegible] est TRIMESTRIEL. C'est dire que [illegible] que les PMIs [illegible] savoir apprecier leurs besoins.

I- COMMENT CALCULER LES BESOINS MENSUELS EN VACCINS ?

La methode la plus simple consiste a determiner, pour chaque antigene, le nombre de doses a injecter au cours du mois suivant, c'est a dire de PREVOIR le nombre d'enfants que vous allez vacciner en fonction des [illegible] agentes du Directeur de la Sante, des instructions de la [illegible] des PMIs, du personnel disponible, du taux de couverture en stand, etc... Une autre methode consiste a s'appuyer sur les activites passees. Pour ce, prenez vos rapports d'activites pour les six premiers mois de l'annee 1985 et selectionnez le chiffre mensuel le plus eleve pour chacun des antigenes. Pour le Tetracoq et la polio, additionner le chiffre le plus eleve pour la premiere dose au chiffre le plus eleve pour la deuxieme dose, au chiffre le plus eleve pour la troisieme dose.

Une fois ce chiffre determine pour chaque vaccin, vous devez AUGMENTER ce chiffre pour tenir compte du coefficient de perte. Pour cela:

-- multiplier par deux les doses de BCG.
-- multiplier par 1,25 les doses de rougeole et de Tetracoq.
-- garder tel que le chiffre de polio car les doses reelles des flacons de [illegible] sont plus elevees que les doses theoriques et tiennent donc [illegible] des facteurs de perte.

VOUS AVEZ DETERMINE VOS BESOINS MENSUELS. MULTIPLIER DES BESOINS MENSUELS PAR TROIS SI VOUS RECEVEZ VOTRE APPROVISIONNEMENT DE FACON TRIMESTRIELLE.

Il faut signaler que le chiffre mensuel determine par la consultation des niveau d'activite des 6 premiers mois de l'annee ne tient pas compte de la circulaire recente du Directeur de la Sante demandant la vaccination quotidienne des enfants dans les PMIs et souvent ne correspond pas aux performances possibles de l'equipe ou de la PMI. En d'autres termes il correspond plus a un niveau de passivite plutot qu'a une contribution active a la vaccination des enfants.

II- COMMENT REMPLIR L'INVAIME ?

Pour bien suivre les explications qui suivent, COMMENCER PAR INSCRIRE LES LETTRES SUIVANTES EN DESSOUS DE CHAQUE COLONNE:
-- B sous " [illegible] "
-- A sous " [illegible] "
-- C sous " [illegible] "
-- D sous " [illegible] "
-- E sous " [illegible] "
-- F sous " [illegible] "

Ces lettres [illegible] LA SEQUENCE LOGIQUE A SUIVRE POUR REMPLIR L'INVAIME.

A- LE STOCK ANTERIEUR.
Pour cette [illegible] il s'agit de [illegible] la colonne " DERNIER STOCK " du rapport du mois precedent. LES CHIFFRES DOIVENT ETRE ABSOLUMENT IDENTIQUES et [illegible] evidentes.
Lorsque vous remplissez l'INVAIME POUR LA PREMIERE FOIS vous devez LE PREMIER JOUR DU MOIS [illegible] a un inventaire physique des doses de vaccins disponibles. [illegible] AUTRES MOTS: COMPTEZ LES.

B- QTE (DOSES) DES VACCINS REQUS.
Il s'agit, bien sur, des vaccins recus AU COURS DU MOIS, apres le premier jour du mois et avant le [illegible] ou vous remplissez le rapport. INSPECTEZ VOUS MEME L'ARRIVAGE ET COMPTEZ LES DOSES EXACTES RECUES. INSCRIVEZ LES.

C- TOTAL STOCK
Il s'agit de la SOMME du stock anterieur ET des doses recues. C'est a dire A + B.

D- DOSES ADMINISTREES
Le chiffre [illegible] doit etre identique a la colonne " TOTAL " du [illegible] mensuel d'ACTIVITES VACCINALES. Il s'agit d'un equivalent [illegible] enfants vaccines.

E- DERNIER STOCK.

A la fin de chaque mois, vous etes [illegible] de COMPTER PHYSIQUEMENT les doses de vaccin qui restent. Le chiffre REEL de vaccins est a inscrire ici.

F- PERTES.

Le chiffre des pertes se calcule en faisant la difference: TOTAL STOCK - [DERNIER STOCK + DOSES ADMINISTREES]. Cette methode est la seule qui permet de calculer la perte a partir de plusieurs mesures concretes des vaccins.

DATE DE PEREMPTION

Pour chaque [illegible] ET POUR LES DOSES QUI VOUS RESTENT , inscrivez la date de peremption des vaccins. Si vous avez des vaccins de lots differents en stock, separez l'espace en deux dans le sens de [illegible] de l'imprime et inscrivez-y les informations necessaires.

BESOINS

En fonct[illegible] des instructions fournies ci dessus, determinez vos besoins [illegible] vos pertes] et inscrivez les.

AU CAS [illegible] PERTES SONT SUPERIEURES AUX COEFFICIENTS INDIQUES PLUS [illegible] DE RAISONS INDEPENDANTES DE VOTRE VOLONTE QUI [illegible] DE SE REPETER PENDANT LA PERIODE PREVUE DE LA COMMANDE, [illegible] vous appartient de majorer vos besoins en consequence [illegible] et vous meme CALCULER ce coefficient et l'indiquer dans [illegible] " OBSERVATIONS ".

OBSERVATIONS

Avant l'en[illegible] de la FEV de novembre, vous devez ANALYSER les [illegible] que vous souhaitez et partager avec nous vos commentaires [illegible] a situation precedente et les mesures que, le cas echeant, [illegible] devez prendre pour remedier aux carences.

INSTRUCTIONS POUR LE REMPLISSAGE DE L'IMPRIME
" RAPPORT MENSUEL DE L'ACTIVITE VACCINALE "

Pourquoi un nouvel imprime, encore plus complique que les precedents ? Et mais pourquoi devons nous perdre notre temps a remplir toute cette paperasserie etant donne que nous ne recevons que bien rarement une retro-information de la part de PEV de Nouakchott ? Voici peut-etre quelles ont ete et sont encore vos reactions a la reception de ces nouveaux imprimes.

Depuis quelques mois il existe un effort considerable de la part de la Direction de la Sante, de la SMI, de la Medecine Preventive ainsi que des ONGs et des organisations internationales pour renover les activites du PEV en RIM. La politique du PEV doit en effet progresser sur deux jambes : les equipes mobiles pour les zones rurales eloignees et les EMIs pour les zones urbaines et secentarisees. Cette volonte d'amelioration s'est traduite par une meilleure clarification des besoins (entre autres en vaccins), la fourniture de materiel de chaine de froid par ces directives et circulaires et par la decision de mobiliser des ressources importantes pour l'organisation des Journees Nationales de Vaccination dans 3 centres urbains en 1985. De plus le PEV s'est dote d'une unite de statistiques et s'est attele a l' amelioration de la chaine de froid d'un bout a l'autre. Enfin le PEV s'est engage a fournir dorenavant une retro-information aux regions. Le premier effort en ce sens a ete le rapport du premier trimestre de 1985.

En tant que responsable des activites de vaccination de votre PMI, vous jouez un role cle dans le systeme et dans la protection des enfants de votre zone. Deux indicateurs sont essentiels pour que nous puissions (vous et nous) mesurer la progression des activites de votre PMI et ameliorer regulierement la couvertures des enfants. Il s'agit :
a- de la couverture vaccinale par groupe d'age. C'est a dire par exemple. Quel pourcentage des enfants de moins d'un an est entierement vaccine ? etc....

2- l'age moyen des enfants a la vaccination. Par exemple : quelle est la moyenne de l'age des enfants vaccines pour la rougeole. Vous comprenez bien qu'il faut vacciner le plus grand nombre d'enfants possible AVANT le moment ou ils rencontrent la maladie.

CE SONT CES DEUX OBJECTIFS [AUGMENTER LA COUVERTURE VACCINALE ET AVANCER L'AGE DE LA PROTECTION] QUE LE PEV S'EST FIXE POUR L'ANNEE A VENIR.

Dans les deux cas, l'age des enfants a la vaccination est important. C'est pourquoi le nouvel imprime le mentionne a plusieurs reprises.

I- MODIFICATION DES REGISTRES:

Vous trouverez utile de modifier legerement vos registres comme suit:
-- age de l'enfant : normalement l'age de l'enfant est inscrit UNE SEULE FOIS et en mois lors de la premiere visite. Le chiffre indique ne represente que l'age qu'avait l'enfant lors de cette visite . Nous proposons que vous inscriviez en dessous ou a cote une date de naissance que vous determinerez en SOUSTRAYANT LE NOMBRE DE MOIS A LA VISITE INITIALE A LA DATE DE LA VISTE INITIALE. Par exemple si la petite Fatima avait 7 mois lors de la premiere vaccination le 14 Juillet 1985, elle est donc nee [!] le 14 Decembre de l'annee precedente soit 1984.

Il importe d'etre aussi precis qu possible lors de la determination de l'age. Cependant la methode decrite plus haut represente une approximation raisonnable, a condition de faire preciser l'age en mois lors de la premiere inscription et de le corriger le mois echeant [en fonction du nombre de dents, de l'aspect de l'enfant, par reperes avec des fetes connues, etc....].

-- l' age a la vaccination. Au lieu de faire une croix dans la colonne de vaccination en face du nom de l'enfant comme cela se fait actuellement il faut desormais INSCRIRE LA DATE dans la colonne. L'age de l'enfant a la vaccination se determine en SOUSTRAYANT LA DATE DE VACCINATION A LA DATE DE L'AGE DE L'ENFANT.

II- PREPARER LES ELEMENTS DU RAPPORT.

Apres discussion au sein de l'equipe centrale PEV, il semble qu'il existe deux facons de proceder [pour le meme resultat].

Premiere methode : UNE FOIS PAR MOIS, pour chaque antigene, parcourir chaque page du registre et reperer dans la colonne de l'antigene la date du mois du rapport. Determiner l'age de l'enfant a la vaccination et l'inscrire dans la case correspondant au groupe d'age [sous forme de barre ou autre]. Inconvenient de la methode : longue et rebutante.

Deuxieme methode : a la fin de chaque sceance ou de chaque semaine, faire le travail ci dessus et l'inscrire sur une

feuille speciale. Une fois par mois, additionner les resultats de chaque semaine.

Chaque unite determinera la metnode la plus approprlee. Il faut cependant ENVOYER DES CHIFFRES EXACTS A TEMPS.

III - QUELQUES ECLAIRCISSEMENTS SUR CERTAINS TERMES:

-- VACCINS REFAITS : dans le doute, certaines equipes revaccinent un enfant. Ceci survient quand la documentation d'une injection n'est pas claire. L'INJECTION DOIT ETRE COMPTABILISEE DEUX FOIS : UNE FOIS DANS LA CASE CORRESPONDANT A L'AGE ET UNE AUTRE FOIS DANS LA COLONNE " REFAIT ".

IL FAUT RAPPELER ICI QUE LA PRATIQUE CONSISTANT A REVACCINER ENTIEREMENT OU EN PARTIE DES ENFANTS POUR LESQUELS L'INTERVALLE ENTRE LES DOSES DE TETRACOQ OU DE POLIO ETAIENT JUGE TROP GRAND EST INTERDITE. Il existe des intervalles minimaux entre les doses de Tetracoq. Il n'existe pas a proprement parler d'intervalle maximal. CHAQUE DOSE COMPTE.

-- ENFANTS COMPLETEMENT VACCINES : IL S'AGIT DES ENFANTS AYANT RECU AU COURS DU MOIS DU RAPPORT UNE INJECTION QUI TERMINE L'EVENTAIL DES VACCINATIONS QU'ILS DOIVENT RECEVOIR. Ceci ne concerne pas les rappels. Vous devez inscrire ces enfants dans la case correspondant a leur age.

-- VAT : Il ne s'agit plus de l'age de la femme mais du mois de grossesse au cours duquel l'injection a ete dispensee.

-- ENFANTS CONTACTES ET NOUVEAUX ENFANTS: COMME PAR LE PASSE IL S'AGIT DE MENTIONNER LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS VUS DANS LE MOIS. En plus vous devez mentionner le nombre d'enfants vus pour leur premiere injection, quelque soit le type de la premiere injection.

COMPTE RENDU PROVISOIRE DE LA REUNION TENUE LE 25 [illegible]
DANS LE BUREAU DU DR. BA, DIRECTEUR DE LA SANTE

Cette reunion a rassemble les participants suivants:

-- Dr. Ba, Directeur de la Sante
-- Mr. Charles Hobin, Responsable Sante, Nutrition et Population a l'USAID.
-- Dr. Summer-Mack, [illegible] adjoint
-- Dr. Pierre Claquin, Assistant Technique au PRSSR

Le but de la reunion du 25 Juin etait de discuter le contenu de la lettre adressee au Dr. Ba par le Bureau Sante, Nutrition et Population de l'USAID. Cette lettre faisait reference a un certain nombre de problemes rencontres au cours de la realisation du PRSSR.

Dans son [illegible] le Dr. Hobin a precise les raisons d'etre de cette lettre [illegible] reponse au Dr. Ba ses commentaires et reactions au [illegible] de l.

La reunion [illegible] les points ci-dessus seulement deux points ont ete [illegible] en detaile. Il s'agit de:

1- la Commission de Sante de Sante Primaire

Le Dr. Ba [illegible] l'engagement de la RIM aux soins de Sante Primaire [illegible] le fait qu'il appartient au Comite inter services [illegible] coordonner les [illegible] le SSP entre les differents ser[illegible] ministeres.

Le Dr. [illegible] a fait remarquer [illegible] avis le CIS opere plus comme un conseil d'administration du Projet que comme une commission de [illegible]. Il a suggere une redefinition ou des eclaircissements sur l'objet du CIS [illegible] responsabilites de ses membres. Selon lui le CIS devrait [illegible] la gestion du PRSSR au Directeur du Projet et se contenter de la [illegible] de la politique nationale de SSP et en [illegible] les [illegible] de realisation.

Le Dr. Ba estime que le deroulement des reunions du CIS devrait se faire en deux etapes: la premiere devrait consister en une description succinte des activites du PRSSR depuis la reunion precedente et, le cas echeant, la presentation des problemes qui ne peuvent etre traites qu'au sein du CIS. L'autre etape, la plus importante devrait consister en la presentation de certains aspects de politique generale ou de points de realisation ou de mise en application qui sont soumis a la discussion et a l'approbation des membres. Il a fait remarquer que, dans le [illegible], les reunions du CIS se sont sans doute davantage passees en discussion du premier point. Cette remarque a egalement ete faite par le DR. Summer-Mack.

Le Dr. Ba [illegible] fait remarquer qu'il incombe au Directeur du Projet de [illegible] l'ordre de l'ordre de chaque reunion mais que chaque membre du [illegible] jouer un role actif en envoyant des

propositions à temps.

Le D. Summer-Mack a suggéré que le rôle du CIS soit inclus dans l'agenda de la prochaine réunion du CIS. le 6 Juillet.

Il n'y a pas eu de position tranchée sur la proposition de changer le nom du CIS actuel et de l'appeler " Commission de Soins de Sante Primaires " afin de mettre le rôle en éxergue."

2- Le Programme Elargi de Vaccination

Le Dr. Ba a reconnu qu'il existait de nombreux problèmes au PEV, certains liés à sa conception, d'autres à sa structure et certains à sa réalisation. Il a rappelé qu'une réunion s'était précédemment tenue en Décembre avec Djibril Senghott, alors Chef de SMD intérimaire et le Dr. Claquin, au cours de laquelle certains des points évoqués dans la lettre de l'USAID avaient été évoqués.

L'absence d'un statut administratif clair du PEV au sein de la SMD et du MSP a été reconnue comme une source de difficultés et parfois de conflits. Cependant le Dr.Ba a expliqué que dans le contexte actuel séparer le PEV de la SMD reviendrait à vider la SMD d'une partie importante de sa substance. Par ailleurs il n'était pas le seul à considérer le responsable d'un tel PEV (Djibril Senghott par exemple) pourrait s'imposer, particulièrement auprès des régions.

Le Dr. Claquin s'est étendu sur la situation et les relations parfois tendues qui existent entre le Directeur du PRSSR (avec la gestion des ressources dans la ligne d'autorité directe sur ceux qui en font les bénéfic réel et le Chef de la Médecine Préventive (qui exerce une autorité mais dépend presque exclusivement du PRSSR sans ressources). Le Dr. Claquin a aussi rappelé les difficultés qui semble éprouver la SMD à allouer au PEV la totalité des ressources qui lui sont attribuées par le PRSSR. La question de la responsabilité de la gestion et le fait que des différents réel pendant peuvent rendre des comptes a été évoquée par le Dr. Summer-Mack et Mr. Macis et discutée par les participants.

Le Dr. Ba a suggéré qu'un dialogue s'ouvre très vite entre les différents partenaires pour identifier des solutions acceptables par tous. Il a cité le cas d'un dialogue de le rencontrer en tête à tête pour discuter les propositions de ce dernier et se propose de faire la même chose avec le Dr. Kelly . A la suite de ces entretiens il se propose de fixer sur un document officiel les devoirs réciproques des différents services vis à vis du PRSSR et a assuré l'USAID que de telles instructions seront obéies.

Dr. Claquin a développé son analyse selon laquelle le Dr. Kelly devrait clairement comprendre qu'il doit rendre compte au Dr. Macen de la gestion des ressources qui lui sont confiées par le Projet et connaître les règles de l'Accord bilatéral avec l'USAID. Au sein de la SP, il serait sans doute plus pratique de confier à Senghott la gestion administrative des ressources PEV, étant entendu que le rôle de Kelly a un rythme à déterminer. Le Dr. Claquin a évoqué les difficultés de fonctionnement du PEV nées à l'absence de délégation et

de decentralisation, au programme surchargé de Mr. Kelly souvent non disponible et à la resistance passive d'un Senghott frustré de pouvoir de decision.

A l'issue de la reunion, tous les participants en ont reconnu le caractere positif et ont decidé de continuer la discussion des points suivants le mercredi 3 Juillet à midi.

QUARTERLY ACTIVITIES OF THE PHC ADVISOR
THIRD QUARTER: JULY TO SEPTEMBER 1985

CONTENT

A. Summary of activities planned during the third quarter.

B. Tasks accomplished and carried out.

C. Overall outcome.

D. Constraints and Problems.

E. Tasks to be performed during the next quarter.

APPENDICES

Facts and Recommendations to strenghten the PHC component of the Project, Memo to Charles Habis, USAID/HDO.

A. SUMMARY OF ACTIVITIES

CRITICAL MANAGEMENT BENCH MARKS ACTIVITIES:

1. Assignment of qualified and appropriate personnel at the central and regional levels for PHC.

2. Assignment of the mobile team to Boutilimit with one chauffeur to allow for the rounds of supervision to start.

3. Assignment of one chauffeur to the Guidimaka region.

4. Decision from the CIS to carry out the activities in the villages of more than 200 inhabitants where feasible, and in only some of them if necessary to allow for successful implementation of PHC activities.

OTHER ACTIVITIES

1. Finish the supervision tournee in the Trarza (43% of villages left to be visited on June 85) to assess the status of each village to decide on the continuity of PHC services.

2. Implement the second round of the tournee in the Trarza for the revitalization of VHCs.

3. Integrate the PHC Rosso team with the mobile team and develop a common feasible calendar of tournee including EPI and PHC activities.

4. Begin training of trainers for VHC' animation in the Trarza (5 days in Sept).

5. Prepare of the National Workshop on Health Education (may be taking place in August).

6. Begin the second round of tournee in the Guidimaka for the sensitization of villages.

7. Submit a trip report and make arrangements for the departure of the medical anthropologist (STC).

8. Prepare for arrival in September of Curriculum Design Specialist who will continue and finish the work developed by the previous consultant.

9. Prepare in September the National Seminar which will take place in December.

B. TASKS ACCOMPLISHED AND IMPLEMENTED:

I. QUALITATIVE: (based on the previous section A and some additional activities not mentioned previously)

A. CRITICAL MANAGEMENT BENCHMARKS ACTIVITIES:

1. There has been no substantial progress on the assignment of qualified and appropriate personnel for PHC activities despite a significant amount of effort.

During the last week of September, the central-level administrator left for training in Lome. The Project Director has recognized the need to have a temporary administrative assistant. However, the PHC Advisor would prefer to replace the current administrator because of multiple absences and because of the administrative burden placed on the single nurse left in the team. No nurse supervisor for PHC has been assigned yet.

At the regional level, an attempt was made to review the present staffing patterns and to assign a supervisor to Boutilimit. However, a supervisor has not yet been retained by the local Medecin-Chef because of an apparent lack of interest and comprehension of PHC. Until the assignment of new personnel, a temporary solution has been proposed to the Directeur de la Sante for that problem. There is a consensus now to assign one nurse to Rosso as a departmental supervisor for both the Rosso and Ker-Macene departments. One supervisor was chosen for the two department because of the small area of supervision in Ker-Macene. A midwife still needs to be assigned in Boutilimit to be in charge of the supervision of TBAs in the two departments of this zone. One nurse supervisor still needs to be hired at the departmental level in Guidimaka.

110

Despite recommendations made by this Advisor to the PHC team, and a strategy for personnel agreed upon before his departure on holiday, no follow-up has occured. A letter has been addressed to the Minister on the personnel issue by the USAID Mission. The Project Director does not appear to think this is a serious problem.

2. A team has been assigned to Boutilimit this past month of August.

3. A chauffeur for the Guidimaka region has been assigned mid-July.

4. No decision has been yet taken by the CIS to get the mobile team to work only in villages larger than 200 inhabitants.

B. OTHER ACTIVITIES:

1. The first supervision tournee in the Trarza, to assess the status of each village and decide on the continuity of PHC is slowly taking place (32% villages left to be visited). The first round in Ouag-Naga was performed with the assistance of the central team instead of the regional supervisor and with the participation of the departmental supervisor. The Boutilimit department has not yet been visited despite the fact it includes roughly 1/4 of the PHC villages of the Trarza region.

2. A little over half of the VHCs (52%) have been revitaized in a second round of tournee in the Trarza. However, as reported in the Workshop analyzing this revitalization, the quality of work done by these 52% is doubtful. The third round of supervision will include a control phase on the revitalization process in these villages.

3. During this last quarter, the PHC team has worked in an integrated way with the mobile team in 2 departments (Mederdra and R'Kiz). In Ker-Macene and Rosso the second tournee for PHC did not take place because of the absences of supervisors: one attending a workshop and the other on holiday.

4. The training in VHC's animation cannot take place before the revitalization of VHCs is accomplished in each department correctly. Consequently, the training of trainers for VHCs' animation has not yet taken place and has been delayed until November.

5. The National Workshop on Health Education was scheduled initially in August. The Advisor recommended delaying it until the curriculum design and visual consultants completed their work appropriate to the Workshops. The MOH decided to postpone the Workshop until November and to use the delay to follow-up some of their previous Workshops. Recently, the Director of Preventive Medicine conveyed to the Project his desire to postpone the Workshop until February, because of the extra work load associated with the National Days of Immunization in November.

6. The second round of tournee in the Guidimaka for the sensitization of villages has been delayed from September-October until November-December. These delays were due to 1) the lack of central back up personnel available to carry out the training; 2) the training of a driver and shortage of vehicles in October; and 3) the occurrence of a workshop to train supervisors in the second half of October.

7. Trip reports and part of the Medical Anthropologist's work were submitted to USAID upon his departure. The advisor accompanied the consultant to the Guidimaka alone, because of the reluctance of the nurse who was supposed to accompany the team. The final report is forthcoming.

8. Unfortunately, delays in finding an appropriate consultant in Curriculum Design has also delayed the arrival of the Visual Aid consultant. It has been decided that the Audio-Visual Consultant arrive after health education messages have been designed by the curriculum person.

9. An agreement was made to send a letter to the Minister of Health to inform him of the National PHC Seminar during the first week of December, and to suggest to him the need for a working commission. However, to date nothing has been submitted.

C. NEW ACTIVITIES

1. In order to prepare and orient the PRITECH Consultants' visit to Mauritania at the end of July, and to plan for a Diarrhoeal Disease Control Program within the PHC intervention, the PHC Advisor designed and submitted to the Project Director and Preventive Medicine Department a "Pre-Proposal for the Guidimaka Region." The Project Director commented on it at the end of September.

2. The PHC Advisor took two trips to the Guidimaka and the Trarza in July without any nationals accompanying him because of a their unavailability. Based on the Guidimaka trip and under the recommendations of the Project Director, a calendar for planning of PHC activities has been designed. Unfortunately, this time table (or program) could not be maintained due to: 1) lack of a supervisor at the Central level; 2) absence of a nurse administrator who has left for training; 3) reluctance of the nurse-midwife to leave Nouakchott for field visits; and finally, 4) an overburdened nurse who now performs administrative tasks because of the administrator's departure, instead of devoting his time to health education and training.

3. Following the recommendation of the Comite Inter-Services meeting on July 7, 1985 which discussed "practical ways of integrating, training and supervising PHC agents," a meeting between the MCH/Preventive medicine/ and Project head of services of health education and supervision was organized. Unfortunately, only the Chief of Health Education and of Preventive Medicine and the Advisor were present out of the 6 people invited. Nevertheless, attempts were made to plan and to coordinate activities.

112

A Supervision Sheet sent by the MCH Division was analyzed and some feed-back given to the Division by the Advisor.

4. The first contacts with the new "Food for Work" Program at the CSA were made, which allowed an exchange of ideas between the PHC component and the CSA. Several of our interests in sanitation, well-building, and gardening were discussed.

The Supervisors in the regions were informed of the "Food for Work" Program. Supervisors were advised as to the content of the technical reporting forms which assist the CSA and the Project in identifying current health interventions in the villages.

5. A workshop was scheduled for July with the Medecin Chef of the Region of the Trarza for the first week of October. Despite recommendations by this Advisor not to hold the workshop without the attendance of the Medecin-Chef and a special trip of this Advisor to make arrangements to have the Medecin-Chef attend, the workshop was held <u>without</u> the Medecin-Chef under the decision and presures of the Project Director. The Director did not wish to delay the activities any further, regardless of the quality and outcome.

As documented in the Workshop Synthesis, the attendance was poor (1/3 of the participants were absent) and its quality in doubt. Some measures have been articulated to prevent these problems during the third round. A "Supervision Guide" has been tested and distributed with a Supervision Fact Sheet. The pharmaceutical kit and VHW compensation survey is under revision.

6. A detailed 9 page memo on "Facts and Recommendations to strengthen the PHC component of the Project" (see Appendix A, 9/28/85) has been submitted to the Mission/ HDO Office underlining certain project design weaknesses ("PHC as a Vertical Project, PHC with a Limited Staff, Selective PHC Strategies, Pilot Project and Limitations, Calendar of Implementation") and Policy weaknesses with some possible solutions to address the two areas.

II. <u>QUANTITATIVE:</u>

Each activity for the time of tis advisor was spent approximately as follows:

- 1% (1/73) in training,
- 9% (6/73) in supervision,
- 45% in management,
- 15% in logistics,
- 30% in administration.

Training activities were postponed, and the lack of personnel for supervision did not allow for much supervision to take place either. The Advisor was on holiday in August, and extra administrative time was required after his return, during the absence of the COP.

113

C. OVERALL OUTCOME:

The overall accomplishments this last trimester have been few as documented in Section B above. The pace of the RHS Project has been greatly influenced and regulated by an evident lack of follow-up and lack of concern on important issues at the Central level.

D. CONSTRAINTS AND PROBLEMS:

The constraints and problems outlined here are identical to the two previous QIRs. In addition, three important topics should be addressed: The Comite Inter-Services, Selective PHC Strategies, and extension of project activities.

1) Personnel:

The activities of this trimester have been greatly reduced because of the absence of some members of the central level team:

- the Project Director left for a pilgrimage in August, then was on a special leave of absence until September. His mid-July absence for 2 days resulted in a non-resolution of some of the CIS decisions, and no follow-up took place.

- the nurse in charge of health education was on holiday in July and was away for an additional 2 weeks. He was unable to coordinate his activities with the PHC Advisor who left on holiday before the health educator's return.

- the nurse in charge of administration left for a three month-PHC training in Lome at the end of September.

In addition to the previous documents and recommendations compiled in the previous QIRs, a special document on the profile of people needed was submitted July 16 at the request of the Project Director. However, no follow-up on the strategy decided upon at the Project level to get this personnel has taken place. No nurse supervisor has been assigned to the team yet.

At the regional level in the Trarza: 1 nurse supervisor is missing for Boutilimit, and another one is missing for Rosso and Ker-Macene; the regional supervisor needs to work full-time as supervisor for PHC.

At the regional level in the Guidimaka: one nurse supervisor is missing for Selibaby.

2) Logistics:

In the Guidimaka and the Trarza, the PHC teams have reported that a short supply of gasoline has precluded project activities. No reliable gasoline delivery system has yet been set up.

114

3) Maternal and Child Health:

As mentioned in the previous QIR, no meeting has taken place with the MCH Director to follow-up on Trip Reports/Recommendations or Workshops, or coordinate activities.

As documented in Section B.16, the efforts to bridge the gap between the Project, and the MCH and Preventive Medicine Services with a special meeting, have not yet paid off.

No serious interventions have yet been planned nor discussed with the Project Director, despite the facts reported in the previous QIR that "the Project Director has recently expressed a desire to set up an urgent meeting with the MCH Director.

The Project Midwife is spending most of her time working with Radio Rural Services but has made no attempt to link that work with the MCH Division.

4) Administration

A lack of follow-up and poor administrative performance have been plaguing the project. Examples include poor coordination of consultants and field trips. The fact that the administrator is leaving for training in Lome at the end of September is bound to make the problem worse. Despite the documented administrative shortcomings and the PHC strengths of the present administrator, the Project Director intends to reassign him back as an administrator in the Nouakchott office instead of assigning him as a PHC supervisor.

5) Field Supervision:

The central level team is unable to carry out its supervision commitments for the reasons outlined on section B.15. The departmental supervision is not taking place correctly a documented in the workshop synthesis.

6) Follow-up of Health Education and Audio-Visual Consultants:

As noticed in the previous QIR, no thorough follow-up on the consultants' recommendations has taken place, with the exception of the review of the Diarrhoea and Nutrition Surveillance Modules.

Some ground work in competency-based approach for curriculum-design needs to be covered by the project team. This training will enhance and facilitate the work of the curriculum design consultant.

7) Comite Inter-Services:

The Comite Inter-Services, a vital and unique decision-making body addressing PHC, has met once in this trimester on July 7, 1985 (the previous meeting was on 2/17). The follow-up meeting of mid-July between

115

nationals was canceled because of the Project Director's absence. On July 24, 1985, a follow-up meeting with a reduced number of nationals took place. At this meeting, the Project Director presented a Fact Sheet on the Project Status to the CIS.

Other alternatives to this non-functional committee have been spelled out in the PHC Advisor's memo to the Mission HDO Office on 9/28/85.

8) Selective PHC Strategies:

Certain attempts to develop and pioneer new strategies have not been encouraged or supported at the Project Central level:

- nutritional surveillance: following the return of a trip to the Guidimaka, the Project Director hinted it was more the domain of the CSA to look into this than PHC.

- prophylaxy for malaria: in the supervision guide, the Project Director questioned the fact we would introduce prophylaxy for pregnant women.

- village sanitation and hygiene: some attention has been paid to this recently through the Food for Work Program, but no specific technical considerations have been made yet.

- diarrhoel disease control program: after a pre-proposal to implement a Strategy for ORS in the Guidimaka" the Director proposed a "restrictive conception" of intervention within PHC for ORS strategy.

9) Extension of Project Activities:

All the shortcomings of implementing PHC in the Trarza region have been repeatedly analyzed and documented. It should be obvious by now that we have not yet been able to produce a working and sustained model of PHC given the above problems and constraints which still need to be solved. Therefore, it seems unrealistic to export PHC to another region at the present time.

E. TASKS TO BE PERFORMED DURING THE NEXT QUARTER:

CRITICAL MANAGEMENT BENCH MARKS ACTIVITIES:

1. Restrict activities to the Trarza Region.

2. Assign a qualified and appropriate personnel at the central and regional levels for PHC by the Project Director and the Director of Health who are respectively the CIS President and secretary.
3. Strengthen the role of the CIS or create an appropriate PHC structure to support the activities.

116

OTHER ACTIVITIES:

1. Finish the supervision tournee in the Trarza (32% of villages left to be visited), assess the status of each village in Boutilimit, and decide on the continuity of PHC services.

2. Finish the second round of tournee in the Trarza for the revitalization of VHCs in Rosso and Ker-Macene with the mobile team.

3. Start the third round of tournee in the Trarza for regular supervision of VHCs in R'Kiz and Mederda, and check on the quality of work of the second tournee with the mobile team.

4. Train trainers for VHC's animation in the Trarza (5 days in November).

5. Train VHC's members in the Trarza starting in Mederdra and R'Kiz (December).

6. Implement the National Seminar in PHC planned for December.

APPENDIX A

Nouakchott, 9/28/85.
Revision 10/26/85.

REVISED EDITION

TO: C. Habis, USAID/ HDO

FROM: C. Pervilhac, JSI PHC Technical Advisor.

RE: Facts and Recommendations to strengthen the PHC component of the Project.

With the last trimester of the year approaching and close to one year of work accomplished in IR Mauritania as Advisor for the PHC component of the project, I wish to present to your office a brief overview and analysis of the PHC weaknesses and upon return of the COP to discuss further several possible leads to reinforce and gain support from the National level that may facilitate the implementation of PHC. I wish to emphasize that the present statement is personal, and may need to be further documented or discussed. The problems are known from all parties and have been well documented (QIRs including technical memos, USAID recent letter to the Minister addressing the health personnel aspect of the problem, Hacen's trimester report to the MOH including his Fact Sheet on the Project Status to the Inter-Service Committee on July 24 th 1985, see Appdx A, "Note d'Introduction a la Reunion Speciale du Comite Inter-Services a la Reunion Speciale du Conseil Inter-Services sur l'Etat du Projet (PRSSR).") The problems are often understated or hidden or mixed up with others in these documents and solutions are not addressed or if this is the case, poorly so.

A brief retrospective of the previous Rural Medical Assistance Project (RMA), and the description of the transition phase from the RMA to the present PRSSR (RHS) Project will allow us to put into prospective certain difficulties inherited from the past that may have been downplaid THEN, and which the present Project has had great problems to handle and correct this last year.

The best documentation source of the RMA Project is the "Final Evaluation Report of the RMA Project" (MSH, Oct-Nov 1983). Unfortunately, the present RHS Project Document, i.e. Project Design, did not take into account some of the RMA's sound advices (p.42) because the evaluation team came AFTER the Project Design team (p.211). In parallel, certain facts pointed out by the RMA Project Evaluation Document may well reflect some of the ideas

that prevailed among the design team at that particular time: they downplayed certain weaknesses of the previous project and did not analyze them sufficiently in depth (points B2 to B6, p. 208, are less than 1 page out of 18 pages). Despite the fact the RHS Project Document states "this project design provides strong responses to frequently encountered technical shortcomings in project design and implementation," (p. 70) early on, in its implementation phase, certain weaknesses or new constraints have appeared to the PRSSR project managers at the central level. They can be described in several categories:

A. Project Design: PHC as a vertical project, PHC with a limited staff, Selective PHC strategies, Pilot Project and Limitations, Calendar of Implementation.

B. Policy.

A. PROJECT DESIGN:

1) PHC as a Vertical Project:

The RMA Projects was "in effect, operated vertically" (p. 13). The evaluation team recommended that "there should not, in the future, be a vertical service dealing with PHC" (p. 146-7). The team never came out with clear recommendations on how to alleviate the problem. Were the magic "integration solution" and the "PHC Commission" to resolve the vertical problem?

The RHS Project Design comes up with a couple of solutions to reinforce a supportive PHC strucutre to reinforce a supportive PHC structure at a national level. There will be a Project Integration within MOH and Relationships with other Donors" in particular with the creation of a "Council on PHC" (p.39, 70), and the work with the "MCH Services" and "Preventive Medicine Service" (p.40). But the PHC component of the Project is functioning OUTSIDE the MOH --responding directly to the Director of Health-- with offices isolated from other MOH offices. PHC at a national level is basically in the hand of the Project besides TBAs component with the MCH Division. This observation and recommendations are serious structural design weaknesses.

The present PHC component of the RHS Project functions still VERTICALLLY and I do not think the above scheme will make any difference. Our last year experience with the "Inter-Service Committee" has demonstrated the great difficulties to have a committee efficient and meeting regularly with all the parties concerned in order to take decisions. There are no reasons to think the Council will function any better. A solution may be to integrate (truly so) PHC into the MOH structure. Several solutions which should be investigated more in depth with the MOH personnel are proposed below:

- the creation of a PHC Service either created from scratch as a as a regular Ministry department in the MOH (see Appdx B, the example of Democratic Yemen, in "PHC in Democratic Yemen: Evolution of Policy and Political Commitment," p. 310, in Practising Health for All, by D. Morley, J. Rohde, and G. Williams, New York: Oxford Univ. Press, 1983);

- or work through a government structure (ex. Appdx B: a National Health Planning Unit in Ghana in "A PHC Strategy for Ghana," p. 276-7, in same source than above). The MSH Evaluation Document does recommend to "restructure, re-organize and strengthen the Dpt. of Planning and Research, and re-define its mission and functions as an executive agency of the PHC Coordinating Committee." (p. 208, B3)

- or depend upon one person in the MOH directly for example the "Directeur de la Sante" or the "Directeur Adjoint de la Sante

Publique" (ex.: "Realities in Implementing Decentralization, Coordination, and Participation: the Case of the Mali Rural Health Project" by Derick W. Brinkerhoff, Development Discussion Papers, No 105, p. 6, Nov. 1980); or in the PR Congo attached to the WHO Country Office in 1984 (personal experience).

2) PHC with a Limited Staff:

The RMA Project operated "with relatively limited staff: a director, two supervisors, seven trainers..." (p.19) as the MSH Evaluation states with recommendations limited to the importance of defining the roles and responsibilities of various staff members and to the importance of obtaining all administrative and technical staff from the beginning of the Project (C2-C3, p.210).

The RHS Project Document never addressed in-depth the issue of the importance of the back-up central office for the new Project despite the fact an additional component (EPI) would be added to it, and came out with identical staff than the RMA Project (RHS Project, p.25, "Input," and p. 71, Parag. 5). The only exception was the addition of the midwife for supervison of TBAs which has been assigned. In addition, the fact decentralization has brought the trainers under the reponsiblity of the Medical Chief Regional Director meant also that there is a need to strengthen at a regional level that team's own back-up which has been totally ignored.

Presently, the PHC component of the RHS Project functions with less back-up central staff than the previous RMA Project, that is one trainer only, because one supervisor has been engulfed into administrative work only, not considering the midwife assigned for TBAs' supervision only for strengthening our working relations with the MCH Div. The Project Director is tied up with EPI issues, in addition to PHC ones. In the regions, numerous memos document the urgent demand for health personnel which was never obtained from the beginning as recommended in the MSH Evaluation.

Certain solutions have been suggested at the central level: assignment of a nurse supervisor, essential to strengthen decentralization and expand into a new region. At the regional level: one regional nurse (IDE) with nothing else to do but be the regional PHC supervisor (and not a departmental substitute supervisor, or working for CACs, or numerous other functions not related directly to his tasks) with a part-time secretary. The obtention of full competent staff in the Guidimaka, should be the condition sine qua non for any involvement in the region at all.

3) Selective PHC Strategies:

Some very important preventive areas such as prophylaxy for malaria (p.83), and malnutrition surveillance (p.84), and ORS (p. 88), and village sanitation and hygiene (p.87) have been considered as weak areas of intervention in the previous Trarza Project, or of great difficulties to measure progresses (p.87), based on the MSH evaluation. Unfortunately, the important recommendations to improve these areas are not sufficient: first, redefine the VHWs' tasks and training, second organize "experimental activities" (p.198), and third, have the VHC implicated in that approach (p. 196).

The RHS Document underlines that "selected PHC interventions will be delivered" (p.17), and that "primary emphasis of the project is on proven technologies for the preventive care ... (basic health education, infant feeding practices, sanitation, basic health habits, prevention of endemic diseases...)" (p.72), but no specific methods are outlined.

The present project should more clearly delineate which selective strategies to choose from with the MOH's approval (for ex.: ORS, Nutrition surveillance, prophylaxy for pregnant women, wells and latrines building though food for work, EPI). In this Project Design, "Selective PHC Strategies" is used under the more general meaning of "Comprehensive PHC" with some emphasis in certain areas. The planned strategies for each of these components should be studied much more in depth with the PHC perspective taken into account from the local level all the way up to the MOH (see for example in ORS "Pre-Proposal of Control of Diarrhoeal Diseases Strategy for the Guidimaka" C. Pervilhac, Nouakchott, Jly 29, 1985).

4) Pilot Project and Limitations:

Although the MSH Evaluation recognizes that the RMA was "a pilot project for the provision of health services to one region of the country, in order to develop a replicable model which could be implemented in other regions, following appropriate modifications," (p.17-8) and recommends a new strategy for supervision with the use of a polyvalent mobile team, it never came out with a statement expressing either how replicable it was at this present stage, or how to implement that new strategy for supervision.

The RHS project design assumes replicability to other regions given the present level of activities reached, and does not ever give any precision on when to extend to new regions, nor does the criteria to base the evaluation of the reinforcement in the Trarza. It does recommend the same strategy for supervision than in the Trarza.

The fact the Trarza Project was a huge, quite ambitious project never made it identify really as a Pilot Project. Consequently, the errors or weaknesses to correct are deeply rooted as the MSH Evaluation pointed out in many areas. A memo to the Project Director early this year (Appdx C) describing the PHC situation when I first arrived, pinpoints to some facts early on considering for one year the project was in a transition period. The Ghana experience shows that "it is suggested that initially, rather than an ambitious pilot project, a relatively small "package" of activities be introduced in a large number of villages" (by M. Segall and A. White "Research on PHC: a Multidisciplinary Project in Ghana" in World Health Forum, 2 (3), 1981, p. 346). It is much more difficult for managers to correct problems than to create activities from scratch. There are serious "appropriate modifications" to implement and experiment first which will take time and a lot of inputs. Consequently, the facts are the reinforcement of PHC in the Trarza this year has been weak and slow and that we are STILL UNDER A PILOT PHASE. The totally new, very complex strategy of supervision through the mobile team is still being experimented upon right now.

The solutions may be:

- to limit the work for 2-3 years to the Trarza only,
- to leave sufficient time to the MOH to cope with the PHC demands,
- to establish clear benchmarks to reach before giving the go-sign to extend,
- to have an outside team evaluate this reinforcement and authorize the extension.

5) Calendar of Implementation:

The MSH Evaluation does not analyze the CALENDAR of implementation of activities.

The RHS Document contains a "Quaterly Implementation Activities for First Year of the Project" (p.60-1) which is geared mainly to procurement, and does not state under which conditions one can move on to a new activity or not. The document expresses some hopes in: "a gradual phased approach to implementation has been planned in order not to overwhelm the health sytem. Care has been taken to strengthen and reinforce the existing CHW program in Tranza and adapt and revise lessons learned to two new additional regions." (p. 70-1).

Unfortunately, this "gradual phase approach" was never clarified, and benchmarks to carry it out were never clearly defined. The Tranza phase still need to be reinforced before moving to a new region and overwhelm the central managerial capabilities of the Project.

The RHS Project Document posesses a weakness common in the logical framework design, that is it lacks the actual process by which inputs are linked to outputs. Consequently, we are moving on to new activities on shaky grounds sometimes hoping that some important inputs will follow soon.

The solutions may be to:

- to have clearer benchmarks agreed upon by the MOH to know in which order the activities must fall and be completed before moving on.

124

B. POLICY.

Logically enough, a PHC Evaluation Team will concentrate on village level analysis and results. Consequently, the policy recommendations are weak and focuss mainly on the village level in the MSH Evaluation. For example, the final conclusion states that "the important thing now is to make the best use of available resources and effectively channel energies at the village level..."(p. 213). Recommendations made on the PHC Coordinating Committee look promising (p. 207, B2) but its expectations to have "the mandate and authority necessary to restructure the programs of the existing departments that operate more or less vertically, and bring them together into one integrated whole within the PHC system" (p. 145) given that this system is the Project seem unrealistic. To "determine the process for integrating the annual plans" to constitute the annual national health plan (p. 208, B4) is ambitious and difficult to apprehend given the Project's isolation from the ministry's structures. The "coordination" (p. 209, B13) and "inter-sectoral cooperation" (p. 210, B 14) are suggestions well taken to reinforce PHC policy but our experience has shown the difficulties to implement them.

The RHS document focusses on the "Council on PHC" and "five key areas" (p. 39-43) including the Conseil, the MCH and EPI Services, the Peace Corps, and regional and departmental officials, for the Project Integration within the MOH. The National PHC Commission Decree Issue" expected for Jan-March 1983 was never issued and makes PHC function in a vacuum in the MOH, and again isolated from other structures.

The context in which we have operated demonstrated that understanding PHC is a bottom-up approach, the planners and program managers should not neglect the top or the head either. Policy at a national level and various instruments to strengthen the top should not be neglected.

<u>Solutions</u> to enable PHC Policy to develop may be the following:

- refer to above "PHC as a Vertical Project,"
- redirect more attention to policy issues by the Project and pressure the MOH to resolve them,
- put clear responsbilities on the shoulder of the Project Director to solve them,
- put strict conditions to have them solved <u>before</u> extending to new regions,
- have other donors collaborating in putting pressure on the MOH to solve PHC policy issues.

18

In conclusion, we have recognized here previous weaknesses and our own ones at this point in time. As we are all involved in the learning process of PHC implementation under difficult circumstances, the Project may need extra recommendations from outsiders, in the areas mentioned previously, with special care in the timing of certain activities taking place. Several steps may help in the short term (1-3 months) to strengthen PHC implementation:

- an outside evaluation team (including preferably 1 member of the MSH Evaluation Team and 1 from the RHS Design Project Team, Betsy Brown would be an excellent person) may come and research, and issue recommendations on the above issues or other issues of importance.

- their recommendations with specific policy guidelines may be presented and endorsed at the National PHC Seminar taking place the first week of Dec. 85.

- certain sensitization of high decision-makers into the importance of policy changes and support in PHC may be launched by a panel of discussion on the 2 cases of Democratic Yemen and Ghana (Appdx B) and eventually by sending some of them to visit to these countries, or invite some MOH guest speakers from these countries to the National PHC Seminar.

- include in the Project Design/ Agreement clear benchmarks that would permit all parties involved to have a common understanding that certain activities cannot be extended until all necessary conditions for it to happen are met.

c.c. - P. Claquin, COP.
- R. Sumner-Mack, H.O./USAID.

Projet de Renforcement des
Services de Santé Rurale
Projet No. 682.0230

Nouakchott, le 6 Juillet 1985

RAPPORT DE MISSION

Une mission du PRSSR s'est rendue dans le Guidimaka par avion le Mercredi 26 Juin 1985 avec retour le 3/7 du Conseiller Technique, et retour prévu une semaine plus tard pour l'Anthropologue Médical.

Elle était composée de :

- Stanley Yoder, anthropologue médical
- Cyril Pervilhac

Absence de Kane Sidi Baidy qui devait accompagner S. Yoder, en particulier pour lui faciliter sa mission.

Cette mission avait pour objectifs de :

1) permettre à S. Yoder de compléter sa recherche dans les villages Soninkés selon les buts de son voyage et sujets de l'enquête décrits dans son memo au Directeur du Projet le 25/6/85.
2) obtenir les informations et le statut de la 1ère tournée de sensibilisation de 36 villages.
3) collecter les informations sur la mini-enquête d'informations appliquée dans 9 villages par les superviseurs.
4) superviser le travail d'une Volontaire du Corps de la Paix dans le cadre des S.S.P.
5) ramener des échantillons de vaccins BCG du Guidimaka et Kaédi.
6) établir une stratégie de distribution et utilisation des sachets SRO
7) suivre les recommandations soulevées dans 2 Rapports de Mission de Mars 85 et de Mai 85 notamment :
   Personnel, Matériel et Véhicule, Locaux, Petty cash et caisse activités SSP, Commission Régionale de SSP.
8) planifier les activités des 2 mois à venir de l'équipe du Guidimaka.
9) apporter un soutien et suivi de l'équipe centrale à la région.

Déroulement de la Mission :

1) Stan. préparera un compte-rendu de sa mission lui-même lors de son retour. En bref, le jeudi 27 coincé en ville par la pluie abondante (55 mm en 3/4 nous avons eu le temps de collecter certaines informations utiles concern la vie des villages, leurs structures et activités successivement auprès d 2 responsables de l'agriculture ayant une longue et solide expérience dans certains villages et au niveau de projets agricoles : Mr. Bakhalidou, Re ponsable du Projet Pilote Lutte Intégrée, et Mr. Sambou Sandigui Bâ, Responsable de la Vulgarisation et Promotion Stockage dans les villages avec Projet FAO et l'expérience précédente du Projet "War on Wants".

Le vendredi 27 Stan a travaillé avec Sow dans le village Poular de Boutand pendant que le restant de la mission a récupéré 260 l d'essence à Bakel, Sénégal.

Le samedi 28 nous avons tenté une mission combinée de supervision de la sensibilisation 1ère tournée (3 villages) avec la visite de 2 villages, Soninké et Maure, par Stan mais la route était coupée à 60 km de Sélibaby.

Le dimanche 29 au matin, Stan a commencé son travail à Guémou, et le lundi 30 au matin à Sollou où je l'ai laissé,ceci avec un collègue interprète Soninké.

Le climat aidant, l'équipe sous la direction de Sow allait continuer la route vers les villages situés sur le fleuve Karakoro.

2) A défaut d'assister à une sensibilisation de villages par l'équipe SSP dû aux conditions décrites précédemment, j'ai pu rencontrer les 2 infirmie de l'équipe de supervision de façon à obtenir un compte-rendu et analyser le travail de la première tournée réalisé.

Lors de l'atelier en Mars, l'équipe avait sensibilisé 2 villages, et du 20 mai au 25 juin a pu sensibiliser 25 villages et a réalisé les 9 mini-enquêtes. Donc 75% de la première tournée a été réalisé.

L'équipe a remarqué avoir été pressé par le temps n'ayant reçu le véhicule que fin mai au lieu de début mars et réalisant une course contre la montre pour faire le plus de villages possibles avant la saison des pluies (ex : jusqu'à 3 villages sensibilisés plus 1 village pour la mini-enquête en 24 h Cependant, l'équipe affirme avoir bien fait passer le message de la premiè tournée.

6 villages dans le département d'Ould Yengé seront couverts au cours de la dernière quinzaine de juillet car les routes y seront encore praticables.

Recommandations :

Il a été convenu que la 2ème tournée devra garantir à l'équipe une meilleure connaissance des villages d'où un minimum de 24 heures par village (arrivée vers 17 heures, et départ le lendemain vers 16 heures), avec donc un minimum de 36 jours nets dans les villages.

3) L'équipe a bien réalisé les 9 mini-enquêtes dans les villages Soninkés, Maures et Poulars. Certains résultats ont été utilisés par l'Anthropologue Médical. Malheureusement, 2 sections sur 3 contenaient de nombreuses questions qui n'étaient pas très bien formulées ou mal traduites et donc où les réponses n'ont pas bien pu être utilisées (seule la section sur les diarrhées n'a pas posé de difficultés). L'équipe a trouvé que ces questionnaires leur a quand même permis de mieux percevoir et comprendre certaines croyances et pratiques des villageois dans le Guidimaka dans certains domaines de santé.

4) A la suite de la brève orientation en SRO/PEV reçue par certains volontaires du Corps de la Paix du Trarza et du Guidimaka en avril 1985, j'ai pu rencontrer une Volontaire à Guémou et ai constaté le sérieux et application de son travail qu'elle essaie de mener autant que possible avec l'AT et plus difficilement avec l'ASC, souvent peu concerné ou absent.

Elle a pu préparer avec l'aide de l'instituteur et de l'ASC des carnets de santé (y compris pour la vaccination) pour tous les enfants de moins de 5 et a pu faire début juin avec cette même équipe et l'AT la pesée et l'application du diagramme de maigreur pour 175 enfants sur le registre dont 16% étaient dans la zone rouge, et plus de 50% dans la zone jaune.
Quant à l'AT, illetrée, elle posséde néanmoins un excellent registre tenu par un adulte lettré sur toutes les naissances qu'elle a fait au village (35/an en moyenne). Aucun sachet SRO ne se trouve dans le village.

A la suite de ceci, les villageois ont été d'accord pour que toutes les familles participent à une cotisation afin de transporter les aliments nécessaires à l'ouverture d'un CAC. Les données ci-dessus ont été données au Médecin-Chef Régional qui a encouragé l'ouverture immédiate du C.A.C. Malheureusement, le départ impromptu de l'ASC le lundi où nous étions à Guémou et où les mères se reposaient au village, a retardé l'ouverture d'une semaine.

Malgré la période de soudure fort avancée (d'où un pauvre statut nutritionnel des jeunes enfants), le village n'avait toujours pas reçu leur deuxième dotation du CSA. La dernière et unique dotation de 1985 remontait à mars alors qu'il devrait y avoir une dotation tous les deux mois (donc la 4ème dotation devrait être en cours).

La volontaire se souciait que l'ouverture du CAC soit submergée par les mères voulant toutes de la nourriture pour tous leurs enfants même bien nutris.

Recommandations :

Nous avons suggéré à la volontaire de faire un tableau qui puisse lui permettre de surveiller de plus près les progrès ou chutes des enfants dans la zone rouge ou jaune d'un mois à l'autre et qui permette en un coup d'oeil de voir les pourcentages par catégories nutritionnelles.

L'équipe a redescendu une centaine de sachets SRO confiée à la volontaire pour enseigner à l'ASC/l'AT leur utilisation et s'en servir.

Il serait souhaitable que certains critères soient établis par la SMI qui incitent à l'ouverture d'un CAC selon la saison (période de soudure ou non) et selon le pourcentage des enfants en zones rouge, jaune, verte.
Par exemple l'Atelier de Formation des Auxiliaires Nutritionnelles à Nouakchott organisé par la SMI avec des travaux pratiques dans les quartiers de la ville ne semble pas aborder ce sujet. Cependant ces décisions cruciales reposent finalement entre les mains des Médecins-Chefs Régionaux qui n'ont pas la tâche facile et sont souvent isolés pour décider de l'ouverture d'un CAC ou non.

En parallèle, la rencontre de Mohamed El Moustapha O/Sidi ,(Chef de Service Aide aux Sinistrés,Coordination CSA Régions Assaba, Gorgol et Guidimaka) confirme la volonté du CSA d'intervenir de façon immédiate et ponctuelle aux villages avec des proportions sérieuses d'enfants malnourris. Mais il existe aucun critère qui puisse juger quel est le seuil d'intervention pour le CSA (ex : de Guémou pendant la période de soudure ?) qui devrait être arrêté par les services nationaux du Ministère de la Santé et le CSA.
D'autre part, il serait peut-être souhaitable que le CSA modifie ses distributions selon des objectifs plus réalistes et adaptés au besoin de la population.

Mieux vaudrait 2 ou 3 distributions AVANT la période de soudure que 6 planifiés pour l'année dont 3 ou 4 réalisés finalement au cours de l'année à contre-temps et à grande-peine.
Ces questions brûlantes d'actualités et importantes pour faciliter les décisions prises dans les régions et de façon à maximiser la réponse au réseau de surveillance nutritionnelle qui existe, devraient être clarifi le plus rapidement possible (par exemple au cours d'un séminaire national de nutrition ?).
Pour l'instant la volontaire ouvrira le CAC avec une pesée de tous les enfants, et fera revenir les mères avec des enfants malnourris un autre jour pour la distribution des aliments et éviter ainsi les difficultés avec les mères ne recevant rien.

5) Je n'ai pu remanier les échantillons de vaccins BCG par défaut de glacière portative [illegible] niveau régional où l'équipe mobile avait besoin de la sienne.

6) Un consensus a été ressenti par toute l'équipe de santé du Guidimaka pour rendre prioritaire la distribution et utilisation des sachets SSC à travers la région. Afin d'atteindre ce but et grâce à la bonne collaboration du Médecin-Chef Régional, de la Directrice de la SMI et des infirmiers de l'équipe SSP il a été possible de connaître les stocks restant à l'hôpital et à la SMI, identifier le réseau de distribution existant et souhaitable jusqué dans les villages, d'identifier la [illegible]taine d'AT recyclés (29) et ASC (7) qui dans un premier temps seront les promoteurs de la SRO, de connaître le nbre des populations par familles ces villages, de connaître la fréquence des maladies diarrhéiques saisonnières basée sur les données de la SMI Sélibaby pour la dernière année.
Basé sur ces données une première ébauche de stratégie sera réalisée avant la fin de ce mois et divulgué aux différents niveaux des services de santé de la région (hôpital, SMI, CRSM, CACs, dispensaires, équipes mobiles/SSP).

7) Un grand nombre de recommandations soulevées dans les 2 Rapports de Mission du Guidimaka précédents (Mars et Mai 85) n'a pas été discuté, ou exécuté, ou suivi dans des délais raisonnables par le niveau central.

Il est essentiel que tout rapport de mission soit épluché, discuté et suivi minutieusement par l'équipe centrale si nous voulons que le Projet fonctionne à 600 km de Nouakchott. Les moyens de communication très limités entre le Guidimaka et la capitale ne permettent pas que les demandes en niveau régional soient répétées ou rappelées fréquemment. Pourtant 2 à 3 mois passent rapidement, et sans suivi, les activités de terrain peuvent être bloquées pendant de longues durées.

a) Personnel :

Suivant les recommandations du Rapport de Mars 1985 aucun contact n'a encore été pris avec l'ENPS pour sélectionner des candidats intéressés aux SSP et avec les qualifications nécessaires (langues etc...).

Le 2e contact de l'équipe avec les villages sera prévu pour octobre-novembre, nous réitérons avec l'appui du Médecin-Chef Régional qu'obtenir une équipe complète de 3 membres (non compris la Sage-femme) est une condition SINE QUA NONE à la réalisation du 2e contact.

Le Médecin-Chef Régional s'est déjà efforcé d'identifier des infirmiers de dispensaires comme réservoir possible en SSP.

Le Médecin-Chef a signalé l'impossibilité d'avoir la Sage-femme destinée à la supervision réaliser celle-ci, comme précisé dans le Rapport de Mars.

Elle travaille à présent à l'hôpital.

Il n'existe donc pas pour le moment de supervision possible des AT par une Sage-femme faisant partie de l'équipe mobile comme recommandé à l'Atelier de Rosso.

Le Médecin-Chef suggère qu'avec l'aide de la SMI, une Sage-femme soit identifiée à la sortie de l'école (Soninkophone et Poularophone) et envoyée en complément l'effectif au Guidimaka.

b) Matériel et Véhicule :

Le matériel a été receptionné par la S.I, sans que le Médecin-Chef Régional en soit informé officiellement. Il reste toujours le matériel destiné aux dispensaires et reliquat de celui destiné aux SSP à expédier.

Le véhicule à essence usagé pose des problèmes de frais d'entretien, de difficultés d'entretien (pour trouver des pièces), de difficultés de respecter un calendrier de tournée dues aux facteurs précédents, de difficultés de trouver de l'essence sur place (Bakel), du coût de l'essence (augmentation récente), de la perte sur chaque achat réalisé jusqu'à 30% parfois (due à la vente de bons par avion du liquide, puis achat CFA, puis main-d'oeuvre, puis taxes), de la difficulté d'être dépanné par des échanges de carburant étant le seul véhicule à essence de la santé dans le Guidimaka.
Après la saison des pluies, et pour réaliser la 2ème et 3ème tournée de sensenbilisation et jusqu'à la fin de celle-ci, nous recommandons l'affectation temporaire du véhicule central à gaz-oil de SSP.
Par la suite l'intégration devra permettre à la supervision de se faire avec l'EMSR. Nous avons estimé nécessaire d'établir un fonds de roulement de bons de gaz-oil similaire au PEV. Basé sur la 1ère tournée de sensibilisation en calculant largement (1500 km), les besoins (20 l/100 km) se montent par trimestre à 300 litres jusqu'au 1er trimestre 86 compris.

c) Locaux :
La convention des locaux n'a pas été réalisée depuis le Rapport de Mai.
2 maisons ont été identifiées par le PEV qui reste à choisir avec le Chef d'EMSR d'un loyer de 8.000 UM/mois chacune.

d) Petty Cash et Caisse Activités SSP :
Le Médecin-Chef a bien pris note de la lettre 638/051/85 du 25/06/86 proposant de considérer la petite caisse de menues dépenses comme une caisse commune SSP/PEV. Néanmoins ceci ne réssout pas entièrement les problèmes de gestions des SSP signalés dans les rapports de Mars et Mai.

Le Petty-Cash de 20.000 UM est déjà insuffisant pour faire face aux besoins du PEV uniquement (ex : un brûleur de frigo coûte 6.000 UM...)
Les frais de SSP apportent une charge supplémentaire au fonctionnement des activités (ex : nous avons dépensé 13.000 UM en 3 jours pour des vidanges, achats d'huile, circuit électrique, cravaison..., les infirmiers ont normalement besoin d'une avance pour des missions d'une dizaine de jours 2.000 UM/personne x 3, plus 1.000 UM/imprévus x 3 = 9.000 UM... une avance de 1.000 UM devra être faite pour tout imprévu survenant avec le véhicule).
En conclusion, les SSP nécessitent un fonds de roulement d'environ 40.000 UM en plus de 20.000 UM du PEV.

e) Commission Régionale SSP :

Une longue et excellente lettre explicative des SSP et du rôle et composition de la Commission Régionale des SSP a été envoyée au Gouverneur dont le Projet n'a malheureusement pas été ampliataire.

A la suite de la rencontre avec le Gouverneur et de ma discussion avec le Médecin-Chef il ressort dans l'intérêt d'une commission fonctionnelle et efficace que la Présidence de celle-ci soit faite par le Médecin-Chef ce qui exclut le Gouverneur de celle-ci. Néanmoins ce dernier sera informé des minutes de la réunion et décisions prises, par le Procès-Verbal.

L'absence en ville des représentants des Services de l'Hydraulique, des SRR, de l'Agriculture n'a pas permis à la Commission de se réunir.

8) Planification des Activités SSP :

Jusqu'au 10 juillet travail avec le Consultant.

Dernière quinzaine de juillet : 6 villages restant à Ould Yengé à sensibiliser dans la 1ère tournée.

Mois d'Août jusqu'à mi-septembre : coordination par l'équipe SSP pour faciliter l'implantation sur la stratégie de distribution des SRO.

Dernière quinzaine de septembre : 2e Atelier sur la sensibilisation.

9) Soutien et Suivi par l'Equipe Centrale :

Compte-tenu de ce qui a été énoncée précédement, des difficultés d'implantation d'un nouveau projet, par une équipe avec peu d'expériences dans les SSP (à part le superviseur régional), nous avons proposé qu'un des membres de l'équipe centrale vienne une fois par mois par l'avion passer au moins une semaine.

Nouakchott, 13/7/85.

131

مشروع دعم المصالح الصحية الريفية
PROJET DE RENFORCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ RURALE
B. P. : 177 ص. ب: TÉL. 538-08 الهاتف - Nouakchott - Mauritanie انواكشوط موريتانيا

وزارة الصحة والعمل
Ministère de la Santé et du Travail

P. R. S. S. R.

الوكالة الامريكية للتنمية الدولية
Agence des Etats Unis pour le Développement International
U. S. A. I. D.

Nouakchott, le 29 juillet 1985 انواكشوط في

N. Réf. 007/10/CP/FS/85.

V. Réf.

A : Docteur Hacen, Directeur du P.R.S.S.R.

De : Cyril Pervilhac, Conseiller S.S.P.

Sujet : Rapport de mission dans le département du Trarza.

C. Pervilhac s'est rendu avec le chauffeur dans le Trarza le 12 juillet au matin pour revenir le 13 juillet 1985 en début de soirée.

Le but de la mission était de superviser par l'équipe centrale pendant 3 jours l'EMSR sur le terrain afin de voir comment se déroule les activités SSP de la 2ème tournée dont l'objectif principal est la redynamisation des CSC, et d'observer comment fonctionne "l'intégration" PEV-SSP.

Aucun National n'a pu se rendre avec le Conseiller sur le terrain car les 3 membres de l'équipe centrale était déjà pris par d'autres activités.

Le Conseiller déplore le retard de 2 h 30 pris au départ (à 11 h 30 au lieu de 9 heures comme prévu) pour une négligence futile d'administration (le chauffeur n'avait pas reçu son per-diem), expliqué par une excuse peu fondée (le chauffeur était introuvable à 9 heures).

L'EMSR a été trouvée sur place à Rosso car elle venait de terminer quelques jours auparavant la zone sud fluviale département de R'kiz et attendait leur nouvelle dotation de gaz-oil trimestrielle. Malheureusement personne ne nous avait téléphoné à Nouakchott pour nous signaler d'une part le besoin urgent en gaz-oil qui aurait été disponible d'ailleurs le jour du départ à Rosso et aurait pu être amené alors.

Malgré ceci, le Conseiller a profité de sa présence à Rosso pour rencontrer et travailler avec tous les membres de l'équipe mobile (Chef d'équipe, Sage-femme, superviseur régional, superviseur départemental) en groupe, et de façon individuelle (sauf le superviseur départemental de R'kiz absent le deuxième jour) pendant la journée et demie passée à Rosso. A la suite de ces rencontres une présentation détaillée en 8 points a été faite au Médecin-Chef Régional résumée ci-dessous. Quelques détails administratifs et de gestion ont été discutés avec le Médecin-Chef également.

3) Le lancement des activités SSP de Ouag-Naga et Boutilimit concernant la 1ère tournée de supervision (critères de choix des villages) ne peut se faire par le Superviseur Régional partant en congé en Septembre, et impliqué dans les supervisions de départements et formation CSC pour la restant de l'année.

Nous avons proposé qu'un membre de l'Equipe Centrale soit détaché pour débuter cette supervision en Septembre 1985 et dépanner l'équipe régionale.

4) Une méthode de travail dans la soumission des Rapports de Mission de l'EMSR au Médecin-Chef Régional a été proposée :

a) rapport du superviseur départemental au superviseur régional lors de la rencontre de tous les membres de l'équipe au retour de mission pour une évaluation, critique et analyse de la tournée.

b) rapports individuels du PEV (Chef EMSR), SMI (Sage-femme), SSP (inf.superviseur départemental) réalisés par chacun. La Sage-femme et l'Inf. Superv. départemental discutent du contenu et format avec le Superviseur Régional SSP.

c) compte-rendu par chacun des rapports individuels en une réunion de groupes avec modifications possibles du contenu et respect de la liberté d'expression et de contradiction d'opinions parmi les membres si nécessaire.

d) soumission par le Chef d'EMSR d'un rapport unique avec 3 volets PEV, SMI, SSP

e) réunion avec le Médecin-Chef et toute l'EMSR afin de discuter du rapport de ses recommandations.

5) Planning et évaluation avant et après la mission par les membres de l'EMSR (présentés en 1).

6) La supervision des A.T. se fait par ordre de préférence et successivement en cas d'empêchement par : la Sage-femme Superviseur Régionale, la Sage-femme Départementale de la SMI, le Superviseur Départemental. Le Médecin-Chef a exprimé ses réserves sur les sages-femmes départementales utilisées comme superviseur car elles sont déjà très occupées et le circuit de l'EMSR ne permettra pas toujours de l'intégrer. Néanmoins il a déclaré que des tentatives pourraient être faites.

La Sage-femme s'efforcerait de remettre une liste des A.T. d'après les informations trouvées lors des tournées, et va présenter une nouvelle liste de critères de choix des A.T. fixés à Boutilimit qui sont trop stricts et restreignent trop la sélection des A.T.

7) Une brève présentation et discussion sur la nouvelle stratégie de formation des ASC du Guidimaka a clos le débat avec des échanges d'opinions et expériences basées sur le Trarza.

8) Nous avons travaillé sur une description détaillée du Chef d'Equipe de l'EMSR en prenant ceci comme modèle à adapter pour chaque membre de l'équipe. Chaque membre travaillera individuellement dessus puis les tâches seront discutées en groupe et envoyées au cours du mois de septembre au propre à l'Equipe Centrale. Ces tâches seront redéfinies à la fin de cette année après plus d'expérimentation dans l'intégration.

136

I. Présentation faite au Médecin-Chef Régional :

1) Compte-rendu de la 2ème tournée de redynamisation de Méderdra et de R'kiz.
A Méderdra, le Rapport de Mission du Superviseur Départemental est en train d'être repris et résumé par le Superviseur Régional. Un oubli important du Superviseur Départemental dans son travail a été la rencontre des A.T.
A R'kiz, en 7 jours 12 villages ont été redynamisés et 4 ont été contactés pour la première visite de l'année. Des explications concernant la rapidité de cette tournée ont été demandées qui seront expliquées dans le Rapport de Mission du Superviseur Départemental.

Le Conseiller a insisté sur le fait que le Superviseur Départemental doit faire l'effort de ne pas perdre de vue l'objectif de la mission (redynamisation des CSC), qu'il doit être plus quantitatif dans ses comptes-rendus de mission, et plus précis et analytique dans ses remarques (par exemple "nous avons vu beaucoup de villages", "nous avons effectué un contrôle des connaissances des ASC", "nous vérifions si l'ASC est fonctionnel", "si ils veulent garder le même CSC c'est tant mieux", "on a donné des médicaments à presque tous les ASC en dépannage").

Néanmoins nous avons remarqué un souci certain du Chef d'équipe Mobile de travailler, orienter et aider le Superviseur Départemental dans son travail sur le terrain et un intérêt marqué dans la participation au débat sur la 2ème tournée.

Le cas du village de Niakwar a été étudié en détails concernant une décision complexe à prendre vis-à-vis de l'ASC qui est chef du village, le CSC et la caisse de pharmacie. Nous avons conclu qu'il serait dorénavant organisé avant tout départ en mission une analyse par tous les membres de l'EMSR (Chef E.M, Superviseur Départemental, Sage-femme) avec le Superviseur Régional du travail à faire dans les villages de façon à anticiper les difficultés et discuter en groupe de certaines décisions difficiles à prendre plutôt que d'être confrontées brusquement à des problèmes dans les villages. Au retour de mission, un compte-rendu et débat commun prendraient place également. Nous avons conclu que l'intégration et décisions ne se font pas seulement pendant une mission, mais avant, pour la planification, et après, pour l'analyse du travail.

D'autre part, la difficulté des tâches à réaliser par les superviseurs départementaux comme en témoignent les compte-rendus témoigne du besoin impérieux au superviseur régional de participer à toute nouvelle supervision les 4-5 premiers jours de tournée dans un nouveau département afin d'orienter et corriger si nécessaire le superviseur départemental. Malheureusement ceci n'a pas été le cas ni à Méderdra, ni à R'kiz car exceptionnellement l'ouverture de nouveaux CACs dans la région, avec la préparation du séminaire SMI début août à Rosso ont moncpolisé le superviseur régional pour d'autres tâches.

2) La planification des activités futures en fonction des retards pris et d'autres activités régionales et centrales a été réalisée :

- Révision Commission Régionale SSP Trarza : 29 Septembre 1985
- Atelier sur la 3ème tournée de supervision du Trarza (agenda : évaluation 2ème tournée, préparation 3ème tournée, préparation formation CSC) du 30 Septembre au 5 Octobre 1985.
- 3ème tournée de supervision de Méderdra : Octobre 1985
- Formation des membres des CSC Méderdra : Novembre 1985

II. Détails techniques et administratifs :

D'après le Médecin-Chef une bonne solution n'a toujours pas été trouvée concernant l'approvisionnement en gaz-oil. Une méthode doit être trouvée rapidement afin d'éviter les ruptures de stocks en fin de trimestre : par exemple, envoyer la 404 peugeot faire l'achat de gaz-oil exonéré à Nouakchott même à une perte de 60 l d'essence pour ce transport.

Le Médecin-Chef a adressé une lettre au Directeur de la Santé dont le Projet n'est pas ampliataire mais qui adresse les demandes en personnel pour la région y compris les SSP.

Le Médecin-Chef doit faire face à des pressions diverses pour approvisionner gratuitement les ASC en médicaments. Cette situation démontre une incompréhension grave de la part des villageois ou autorités aux SSP. Une lettre détaillée et explicative des faits adressée au Directeur de la Santé et dont le Projet est ampliataire sera prochainement distribuée.

Nous avons discuté brièvement de certaines questions concernant les CACs en relation aux SSP et qui seront débattues au Séminaire de Rosso en Septembre.

Le Médecin-Chef a souhaité soumettre au niveau central une entente entre le PEV et le Projet afin que les per-diems des membres de l'équipe PEV soient payés directement par les fonds du projet en guise du PEV par qui aucun per-diem n'a été remboursé depuis plus de 6 mois. Ceci faciliterait une certaine égalité entre les membres de l'EMSR où PEV et SSP fonctionnent ensemble.

En conclusion, malgré le fait que aucune supervision directe sur le terrain de l'EMSR par l'équipe centrale n'a encore pu se faire cette année dans le Trarza, cette mission a permis de constater un bon climat d'entente et de travail au sein de l'EMSR où l'intégration commence à devenir réalité et un souci certain par toute l'équipe du Trarza de trouver des solutions aux problèmes soulevés dans l'implantation des SSP dans la région.

مشروع دعم المصالح الصحية الريفية
PROJET DE RENFORCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ RURALE
B. P. : 177 ص. ب: TÉL. 538-08 الهاتف - Nouakchott - Mauritanie انواكشوط موريتانيا

وزارة الصحة والعمل
Ministère de la Santé et du Travail

P. R. S. S. R.

الوكالة الامريكية للتنمية الدولية
Agence des Etats Unis pour le Développement International
U. S. A. I. D.

Nouakchott, le 31 juillet 1985 انواكشوط في

N. Réf. 011/34/CP/FS/85.

V. Réf.

PROCES-VERBAL DE REUNION

Suite à la décision du 07/07/85 arrêtée d'un commun accord entre Chefs de Services, le Directeur du Projet et le Directeur de la Santé, le Projet avait proposé la tenue de 2 réunions le 28 et 30 juillet de 10 h à 12 h au Projet afin d'aborder les "mesures pratiques d'intégration, d'entr'aide et d'utilisation commune des ressources dans les domaines de l'EPS, de la formation et de la supervision des agents de SSP." (Ref 688/48/85 du 22/07/85, lettre du Directeur PRSSR aux Chefs de Services de la M.P. et de la SMI).

Les responsables de la supervision et de la formation au niveau de la SMI et de la Médecine Préventive et du Projet étaient invités pour discuter en particulier des 34 pages photocopiées et dont 6 copies avaient été envoyées aux services, résumant les principaux points abordés en 1985 intéressant la supervision et formation SMI/PEV/SSP au cours de 2 ateliers et 2 Rapports de Mission du Projet qui ont eu lieu ces 6 derniers mois.

Seuls, Sy Mamadou Samba, Chef du Service EPS à la Médecine Préventive et C. Pervilhac, Conseiller Technique au Projet, ont été présents les deux fois. Après une heure d'attente la première fois, la réunion a été annulée et reportée. La deuxième fois, nous nous sommes réunis 1 heure en tête à tête pour aborder des points suivants. Le Conseiller a expliqué l'absence de ses collègues du Projet empêché par le travail administratif pour l'un, stage de Radio-rurale pour le deuxième et en congé pour le troisième.

1) Rôle de l'Equipe Mobile dans l'EPS :

Sy Mamadou Samba a souhaité que le niveau central exprime clairement son désir que l'EPS soit bien réalisée par les équipes mobiles. Il a cité une réunion de janvier 85 où certains membres du PEV/Projet d'une part, et d'autres membres du PEV/Projet d'autre part, avaient eu un différend quand au rôle de l'équipe dans l'EPS pour les uns importants, pour les autres négligeables. Il a souhaité que le Ministère accepte et verbalise clairement que l'EPS soit une tâche à part entière de l'équipe.

.../...

Nous avons discuté du rôle important que l'équipe mobile pourrait jouer concernant les thèmes des maladies diarrhéiques, nutrition pour des séances EPS. Le Conseiller a rappelé l'expérience intéressante EPS avec les aides-visuelles menée par l'équipe MSF dans leurs zones et qui pourrait être repliquée ailleurs.

2) Développement en commun du matériel EPS :

Les 2 participants ont reconnu l'intérêt de développer du matériel commun avec les mêmes messages ou formules proposées. Nous avons pris l'exemple des maladies diarrhéiques. Sy Mamadou Samba a exprimé le souhait de présenter au projet tout le matériel visuel développé par sa section concernant les maladies diarrhéiques lors de la venue du consultant fin août - début septembre.

Un autre domaine d'importance où le travail pourra-t-être développé en commun sera le matériel EPS/PEV.

3) Comité Technique EPS :

Sy Mamadou Samba a fait part au Conseiller de l'existence d'un Comité Technique de l'EPS (depuis 1982) dont Dr. Hacen représentait le projet et qui récemment a exprimé le désir d'envoyer à Lomé deux IBE pour se spécialiser dans la photographie et le dessin concernant l'EPS.

4) Calendrier d'Activités SMI/PEV/SSP :

Sy Mamadou Samba a expliqué la concertation étroite et utile que la SMI et le PEV entretenait dans leurs élaborations de calendriers d'activités de façon à éviter des conflits et s'entendre dans les activités. C. Pervilhao a reconnu que le projet n'avait pas procédé ainsi et a dit qu'il proposerait cette méthode de travail à l'équipe du projet.

Le Conseiller a rappelé au cours de la réunion que suivant les documents du projet dont Sy Mamadou Samba avait pris connaissance déjà, les services sont là pour faire des propositions et tenir un rôle moteur, actif et d'initiateurs dans leurs branches respectives, alors que le projet était là pour apporter des moyens et des conseils suivants le désir des services. Le Conseiller a d'ailleurs souligné qu'il n'était pas le conseiller EPS chargé de réaliser l'EPS mais bien Conseiller SSP dont l'EPS est un des aspects. Le Chef de Service EPS a déclaré être surpris d'entendre ceci car une lettre ancienne écrite par K. Woodbury, USAID, laissait entendre que le Projet serait chargé de l'EPS à l'arrivée du Conseiller Technique.

Nous nous sommes quittés en souhaitant organiser ainsi des rencontres mensuelles entre le projet et services EPS d'une part, et le projet et services supervision d'autre part, qui seraient un premier pas vers une meilleure coordination d'activités.

C. Pervilhao

cc : - Dr. Hacen
- COP
- Moctar Ould Memah
- Administrateur
- Et Aguib M/ Sidi
- Dossier

مشروع دعم المصالح الصحية الريفية
PROJET DE RENFORCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ RURALE
B. P. : 177 ص.ب: TÉL. 538-08 الهاتف - Nouakchott - Mauritanie نواكشوط موريتانيا

وزارة الصحة والعمل
Ministère de la Santé et du Travail

P. R. S. S. R.

الوكالة الامريكية للتنمية الدولية
Agence des Etats Unis pour le Développement International
U. S. A. I. D.

Nouakchott, le 31 juillet 1985 نواكشوط في

N. Réf. 009/14/CP/FS/85.

V. Réf.

Au : Dr. Hacen

De : C. Pervilhac

Sujet : Avis et Commentaires concernant la "Fiche de Supervision" de la PMI.

Ayant reçu la proposition de la "Fiche de Supervision" élaborée et proposée par la PMI mi-juillet je souhaite partager avec vous les commentaires suivants :

L'idée d'une fiche de supervision me paraît excellente.
Une page d'explications sur l'utilisation de cette fiche serait souhaitable pour les superviseurs : par exemple, cette fiche de supervision est destinée aux superviseurs centraux lors de leurs visites (semestrielles?) pour superviser les PMI dans les régions, et aux superviseurs régionaux des PMI, Médecin-Chefs, lors de leurs visites (trimestrielles?). Quel est le but de cette fiche ? Par qui va-t-elle être utilisée (région, national)? Comment va se faire la rétro-information

En répondant à ces questions, le rôle de la supervision des PMI sera plus clairement défini et permettra de rendre la supervision plus utile et encourageant pour le personnel supervisé plutôt que d'une simple visite de contrôle avec des indicateurs peu solides et domaines vagues adressés (ex : 3-2 "le frigo est-il bien entretenu" en guise de : la fiche journalière de température est-elle bien remplie? la température est-elle restée dans l'intervalle acceptable? ou 4.3 "La fréquentation (de la formation) est-elle importante?en guise de : Combien de mères ont participé à la séance de formation ce dernier mois? Nombre de séances au cours du dernier mois? Thèmes ? et peu de rétro-informations ou appui du superviseur (les recommandations et solutions occupent 5 lignes sur 3 pages de fiche).

Etant donné les multiples et complexes rôles des SMI, il serait peut-être plus souhaitable afin de renforcer la supervision, d'améliorer les rapports entre superviseurs et supervisés, de créer un intérêt dans les services à la fois pour les superviseurs et supervisés, de créer une fiche qui soit plus orientée vers la supervision de ces rôles, et adresse les tâches des supervisés.

141

Ainsi certains rôles importants de la SMI en R.I.Mauritanie semblent être :

- la PMI en soi (visites pré-natales, accouchements, visites post-natales, soins du nouveau-né ...)
- la surveillance nutritionnelle (utilisation des diagrammes de maigreur fiche de vaccination, éducation individuelle, références aux CREM, aux CACs etc...
- la vaccination (séances de vaccination, utilisation de la fiche de vaccination, entretien chaîne du froid, commande vaccins...)
- le système d'Informations et de Surveillance de la SMI (registres SMI..., transmission de rapports etc...)
- Education pour la Santé (Qui a fait quoi? Quand? Comment?... Nombre de participants? ...)
- Supervision pour la SMI des CACs (fréquence?... remarques?...) CREMs (idem...)? des A.T. (idem...)?
- Commandes de médicaments/produits pharmaceutiques?

Certaines tâches précises sont dévolues aux responsables de ces différents rôle par exemple concernant la vaccination :

- Entretien du frigo ?
- Surveillance de la température journalière ?
- Evaluation et commandes des stocks de vaccins ?
- Séances de vaccination ?

Je serais heureux d'expliquer en détails les remarques ci-dessus si la SMI le souhaite et de participer à l'amélioration de la présente fiche. Par ailleurs, je profiterai d'un séjour à l'OMS/Genève pour m'enquérir auprès de la Division PMI de l'existence de modèles de fiches de supervisions ou de méthodes pratiques et intéressantes utilisées dans d'autres pays et partager ceci avec la PMI à mon retour.

cc : • COP
• Moctar Ould Memah
• Et Aguib M/ Sidi
• Kane Sidi Baidy
• Dossier

PLANNING DE SUPERVISION 2e semestre 1985

13/7/85

Superviseur \ Mois	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Octar Ould Lemah		Trarza/Guidimaka	Guidimakha	Trarza		Guidim
Kane Sidi Baidy	Guidimakha			Guidimakha		
Cyril Pervilhac	Trarza		Guidimakha	Trarza	Guidimakha	
Et Aguib Lint Sidi	Trarza	Trarza	Guidimakha		Trarza	

Amplitations

- C. P. 1
- P. C 1
- Intéressés 4

Nouakchott, ce 1/8/85.

A: Dr. Hacen

DE: C. Pervilhac

SUJET: Suivi du travail concernant la section de SSP.

Je vous remercie de transmettre a notre equipe les consignes suivantes que j'ai regroupe dans les 2 categories suivantes:

IMMEDIATES:

- d'apres Sow rencontre aujourd'hui meme, superviseur du Guidimaka, les bons d'essence pour l'equipe SSP n'ont toujours pas ete recu depuis le retour de Stan. Je me suis rendu compte par la meme occasion que le courrier charge d'etre transmis au Dr. Athie il y a plus de 2 semaines est toujours dans le tiroir de Ndougou.

- a moins que d'autres membres de l'equipe centrale souhaite participer a la critique de la fiche de supervision SMI redigee ce jour, je vous serai gre de la transmettre rapidement car peut-etre que la section supervision sera interessee lors de l'atelier de Rosso de definir certaines questions concernant la supervision des CAC par les SMI.

- le proces-verbal de reunion du 31/7/85 est a diffuser svp; il serait souhaitable avec votre accord de faire suffisamment de copies pour les chefs de sections interesses afin qu'ils/elles en prennent connaissance, car il semble que les documents non-dupliques ne leur parviennent pas toujours, ceci tout en respectant les canaux de transmission officiels bien entendu.

- 30 dossiers sur l'ORS sont a transmettre au Dr. Athie lors de sa venue pour distribution dans sa region SVP. Certaines copies se trouvent sur mon bureau alors que d'autres devront etre photocopiees. Pierre est au courant.

- des le retour de Taguibe, il faudrait mettre en rapport les 2 consultants de la FAO de radio rurale avec Stan afin qu'ensemble ils preparent la section media de l'enquete de base. D'autre part avec l'aide de l'equipe centrale, je souhaiterai si la radio rurale est interessee a organiser et planifier deja une sortie sur le terrain (Guidimaka de preference ou Trarza) ou les stagiaires etudieront ou testeront des messages ou realiseront une emission centree sur la promotion de la SRO ou autres aspects de lutte contre les maladies diarrheiques. Cette sortie devrait etre de preference la 2 ou 3 semaine de Novembre pour que les consultants FAO et PRSSR en media se recoupent et travaillent

ensemble.

- Compte-tenue de la suggestion de Hacen lors d'une reunion recente concernant le feu vert a donner pour la tenue de l'atelier EPS en novembre, il faudrait ecrire aux services concernes pour leur dire que nous sommes d'accord, tout en precisant (si l'equipe centrale partage mon opinion) que nous ne pouvons pas etre responsable de l'organisation de l'atelier (logistiques ou contenu) car de nombreuses autres activites se derouleront alors (voir ci-dessus, plus un consultant en curriculum design, plus la preparation du Seminaire National SSP la premiere semaine de decembre).

-... et CRUCIAL: l'obtention du personnel pour les SSP au niveau central et regional. Aucun contact n'a encore ete pris a l'ecole et la relation de Kane est absente du pays en ce moment.

AU COURS DU MOIS:

- Supervision: doit se faire dans le Guidimaka et dans le Trarza d'apres le calendrier recemment etabli.

- le dernier rapport de mission de Rosso explique en details le besoin exprime par l'equipe du Trarza d'obtenir un superviseur du niveau central pour lancer la 1 ere tournee sur Ouag-Naga et Boutilimit ce mois d'aout. Par ailleurs, le Dr. Traore ne savait toujours pas aujourd'hui si Mohammed allait participer a l'atelier EPS/SMI de ce mois d'Aout.

- certains travaux purement techniques restent a etre acccomplis, il s'agit de: la formulation des objectifs du module de l'ASC (le dossier se trouve dans mon tiroir du bas dans un classeur nomme "lecons originales"), la preparation d'un mini-curriculum pour la formation des 2 membres par CSC, une critique sur la nouvelle strategie de lutte contre les maladies diarrheiques surtout d'un point de vue de ce qui est realisable ou non sur le terrain, les ressources humaines etc.

- suivi des formations a long/court terme du personnel de sante au niveau d'USAID, et rencontre Dr. Ba, Projet, USAID.

c.c.: - COP
- Moctar,
-Kane,
-Taguibe.

14/6

مشروع دعم المصالح الصحية الريفية
PROJET DE RENFORCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ RURALE
B. P. : 177 ص. ب: TÉL. 538-08 الهاتف - Nouakchott - Mauritanie انواكشوط موريتانيا

وزارة الصحة والعمل
Ministère de la Santé et du Travail

P. R. S. S. R.

الوكالة الامريكية للتنمية الدولية
Agence des Etats Unis pour le Développement International
U. S. A. I. D.

Nouakchott, le 9 septembre 1985 انواكشوط في

N. Réf. 722/28/MM/FS/85.

V. Réf.

RAPPORT DE MISSION

Dans le cadre des activités du Projet de Renforcement des Services de Santé Rurale, une mission s'est rendue du 22 août au 9 septembre 1985 dans la région du Trarza.

Cette mission avait pour objectifs de superviser les activités de l'équipe mobile de santé rurale dans le département de R'Kiz d'une part, et de commencer la sélection des villages à continuer dans les SSP au niveau du département de Ouad-Naga selon la disponibilité des superviseurs, d'une part.

Elle était composée de :

- Boushab Ould Moloud et
- Moctar Ould Memah.

Arrivée à Rosso, la mission a trouvé que l'E.M.S.R. était déjà revenue et de trouvait sur place, à part la Sage-femme qui était partie en permission. C'est ainsi qu'une réunion a été tenue avec les membres de l'équipe en vue de présenter les résultats de leur dernière mission. Ces résultats étaient les suivants :

- 50 villages environ visités en 11 jours dont 12 villages où fonctionnent les SSP. Sur les 12 villages, 1 n'a jamais été visité dans la mission de sélection pour la continuité dans les SSP, il s'agit de Sekam Limradine où les résultats ont été positifs, ce qui fait que sur les 5 villages non visités dans le département de R'Kiz (voir Synthèse Atelier Rosso, du 2 au 6/6/85) 4 ont été visités dont : - 3 sont positifs portant le nombre de villages où les SSP continuent dans ce département à 27.
- 1 est négatif portant les villages en moins dans ce département à 2.
- 1 toujours pas encore visité pour des raisons d'enclavement. Il s'agit du village de Mechra-Sidi.

Quant aux 3 villages à suivre, la situation demeure toujours peu claire et une décision finale n'a pu être prise jusqu'à présent.

Sur ces 12 villages, 10 C.S.C ont été trouvés sur place qui tous ont été redynamisés selon les déclarations de l'équipe. Sur ces 10 C.S.C, 3 étaient non fonctionnels et ont été reconstitués.

- le questionnaire relatif au fonctionnement de la gestion de la trousse et le système de compensation des ASC a été rempli.
- les membres des CSC à former ont été choisis.
- la vaccination a été correctement faite dans tous les villages visités utilisant la stratégie de "porte à porte" pour s'assurer avoir vacciné le maximum d'enfant
- l'intégration des activités PEV et PSP s'avère harmonieuse d'après les membres de l'équipe.
- les activités EPS ont été menées dans certains villages et ont porté pour ce qui est de cette mission sur la nutrition - la vaccination - la diarrhée - la sélection des A.T.

Les membres de l'équipe ont noté une sensibilisation remarquable sur la vaccination dans les villages dotés d'ASC par rapport à ceux où il n'en existe pas d'une part, et une tendance des villageois de responsabiliser les ASC de toutes les activités sanitaires dans les villages d'autre part, ce qui pourrait être résolu par la formation des membres des C.S.C et une supervision régulière et bien orientée.

Cette réunion fut suivie d'une autre avec le Médecin-Chef où il a exhorté les membres de l'équipe pour un meilleur esprit de créativité et de pratique en vue de trouver les solutions adéquates sur place à tous les problèmes qui leur sont posés.

Dans cette réunion, le Médecin-Chef nous a informé de la mutation de 2 IDE à Boutilimit pour complément d'effectif. Il ressort de ces résultats, que la mission s'est déroulée dans de bonnes conditions et a pu mener à bien toutes les tâches qui lui sont dévolues. Cependant, il demeure utile et nécessaire de superviser cette équipe en action pour voir de façon pratique comment les activités sont menées pour pouvoir les améliorer ou les renforcer selon le cas.

Il est à noter que les membres de cette équipe intégrée ont exprimé le désir d'être motivés davantage et notamment en leur donnant des frais de déplacement au niveau du projet surtout en cette année particulièrement difficile où les villageois ont de la peine pour les recevoir.

Après, la mission s'est rendue & Boutilimit où il a fallu attendre 2 jours pour voir le Médecin-Chef qui était à Nouakchott. Après avoir pris contact avec le Médecin-Chef auquel nous avons présenté le but de la mission, la mission s'est rendue à Ouad-Naga accompagnée d'un infirmier que le Médecin-Chef a bien voulu mettre à notre disposition pour remplacer l'infirmier-chef de Ouad-Naga, superviseur départemental qui est seul pour le moment dans le centre de santé.

Ainsi, la mission a visité les 13 villages dotés d'ASC dans le département de Ouad-Naga. Les résultats (voir grille jointe) étaient les suivants :

- 6 villages retenus
- 4 en moins
- 3 à suivre

.../...

Il importe cependant de faire quelques commentaires utiles, relatifs à certains villages pour compléter les informations fournies dans la grille.

Sur les 6 villages retenus, 5 C.S.C sont à redynamiser et encadrer pour une meilleure prise de conscience de leur rôle. Le 6e, qui est le village de Livréwa est un village exemplaire en matière de participation communautaire : trousse regulièrement renouvelée, ASC regulièrement rémunéré à 4000 UM/mois.

Sur les 4 villages en moins, ou dénote une volonté plus au moins nette et qui s'est exprimée dès le départ par le mauvais choix de l'ASC, d'où la part de responsabilité du projet, en laissant la liberté totale de choix des ASC aux villages et notamment le village de Lemsid qui présente une situation flagrante : l'ASC ne s'est présenté au village qu'à 2 reprises depuis sa formation en Mai 1983 ce qui a été justifié par le fait que dans sa trousse de médicaments fournis par le projet et dont particulièrement d'aspirine, le ganidan et le charbon qui sont d'usage assez courant.

Quant aux 3 villages à suivre :

- Aouleygatt, dont le C.S.C n'est présent qu'en minorité, n'a pu tirer des conclusions finales et a promis de les communiquer au superviseur à Ouad-Naga.
- Jdeir, ASC et CSC absents lors des 2 passages de l'équipe.
- Agtass, ASC présent et paraît mécontent mais C.S.C, aucun membre n'est présent.

Recommandations

1°/ - Prévoir une supervision sur le terrain de l'EMSR de Rosso.

2°/ - Inclure tous les villages où fonctionnent les SSP de façon systématique dans le circuit de l'équipe mobile de Boutilimit (Bellawakh où elle n'est jamais passée).

3°/ - Prévoir un soutien pour les membres des équipes mobiles pour les motiver davantage et améliorer leur rendement.

4°/ - Soutenir le village de Livréwa afin de l'encourager pour maintenir le niveau d'enthousiasme pour les SSP qui y existe.

5°/ - Visiter les 2 villages où les C.S.C étaient absents dans le cadre de la sélection des villages de Boutilimit.

6°/ - Systématiser la supervision dans toute la région et pour ce, sélectionner les villages à continuer dans les SSP au niveau du département de Boutilimit qui est le seul qui reste, dans les meilleurs délais possibles.

7°/ - Reprogrammer la formation des ASC et des A.T dans la région du Trarza.

Conclusion

Dans l'ensemble, la mission s'est déroulée dans de bonnes conditons.

NOUAKCHOTT le 19 septembre 1985

Mostar Ould Memb

e de la Santé et des Affaires Sociales
jet de Renforcement des Services
de Santé Rurale

GRILLE DES CRITERES DE CONTINUITE DANS LES S.S.P.

REGION : TRARZA

DEPARTEMENT : OUAD-NAGA -

ges	C.S.C.	A.S.C.	Possibilité supervision	Distance	Stabilité	Accessibilité	Taille	Volonté	Continuité	Observations
erja	—	+	+	+	+	+	+	±	+	C.S.C à redynamiser
Idemijine	+	+	+	+	±	+	+	±	+	C.S.C à redynamiser
Léwa	+	+	+	+	+	+	+	+	+	CSC à encourager.
AWress	—	—	+	+	+	+	+	—	—	village non motivé -
DECH	—	—	+	+	±	+	+	±	—	village recuperable
UERM	—	—	+	+	+	+	+	±	—	village recuperable
uLEYGATT	+	+	+	+	+	+	+	±	?	? village à suivre

re de la Santé et des Affaires Sociales
ojet de Renforcement des Services
de Santé Rurale

GRILLE DES CRITERES DE CONTINUITE DANS LES S.S.P.

REGION : TRARZA

DEPARTEMENT : OUAD NAGA (suite)

ages	C.S.C.	A.S.C.	Possibilité supervision	Distance	Stabilité	Accessibilité	Taille	Volonté	Continuité	Observations
BEIKHATT	+	+	+	+	+	+	+	+	+	ASC malade (♀)
EVERIT	±	+	+	+	+	+	+	+	+	~~ASC~~ Absent
EMSid	—	—	±	+	+	+	+	±	—	ASC absent depuis +8 mois
LLAWAKAT	+	+	±	+	+	+	+	+	+	ASC à encadrer
EïR	absent	absent	+	+	+	+	+	?	?	village à puiser
GTASS	absent	+	+	+	+	+	+	?	?	village à puiser

مشروع دعم المصالح الصحية الريفية
PROJET DE RENFORCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ RURALE
B. P. : 177 ص. ب: TÉL. 538-08 الهاتف - Nouakchott - Mauritanie انواكشوط موريتانيا

وزارة الصحة والعمل
Ministère de la Santé et du Travail

P. R. S. S. R.

الوكالة الامريكية للتنمية الدولية
Agence des Etats Unis pour le Développement International
U. S. A. I. D.

Nouakchott, le 23 Septembre 1985 انواكشوط في

N. Réf.

V. Réf.

Procès verbal de réunion
+=+=+=+=+=+=+=+=+=+=+=+=+=+

L'an mil neuf cent quatre vingt cinq et le vingt deux septembre à neuf heures s'est tenue dans les locaux du P.R.S.S.R sous la présidence du Docteur Mohamed Mahmoud Ould Hacen, Directeur du Projet, une réunion relative à la formation.

Etaient présents, outre le président :

- Cyril Pervilhac, Conseiller SSP
- Et Aguib Saint Sidi, Responsable Coordination Technique
- et Doctar Ould Demah, Responsable de la Formation.

L'ordre du jour était le suivant :

1. Consultants
2. Formation
3. Activités SSP

Concernant le premier point, les participants ont abouti au conclusions et recommandations suivantes :

A) Consultants en aides-visuelles:

Le consultant identifié était Claire Tessier mais il est apparu que les principaux responsables de l'AID (Directeur et Directeur Adjoint) n'ont pas été informés de son curriculum vitae ni de son salaire.

Devant leur réticence et étant donné le désistement de la consultante pressentie en curriculum, Cyril Pervilhac a envoyé un télex à J.S.I. pour annuler cette consultation.

.../...

15

B) Consultant en Curriculum

Comme dit ci-haut [illegible] au dernier moment.

En ce qui concerne les deux curriculum vitae actuellement disponibles (Jean Luc [illegible]orin et Ch[illegible]lotte Johnson [illegible]olch) les participants les considèrent comme non satisfaisants.

A cet effet, le Directeur du Projet demande au représentant de J.S.I de bien vouloir :

1) Attirer l'attention de cet organisme sur le grave retard accusé dans ce domaine

2) Obtenir que les copies des curriculum vitae soient traduites en français.

3) V[illegible]rifier dans quelle [illegible] J.S.I a pris contact avec le centre de l' [illegible] de [illegible] retenu dans la réunion du 6.7.85.

4) Résoudre de toute urgence cette question de consultants en tenant compte des remarques antérieures et notamment de notre souhait d'obtenir des consultants africains.

En priorité l'accent sera mis sur le consultant en curriculum.

Dans la mesure où J.S.I n'est pas sûre des qualités du consultant en aides visuelles, le Directeur souhaiterait que cette consultation soit annulée et remplacée par les ressources disponibles localement sous la supervision de l'équipe du Projet et du consultant en curriculum.

C) Consultant en mass-média

Il a été retenu que compte tenu de la disponibilité de consultants dans ce domaine au niveau de la radio rurale de s'assurer de la nécessité et de l'efficacité de cette consultation.

Pour ce, les actions suivantes doivent être entreprises :

1. L'AID informera le Gouvernement mauritanien (Ministère de l'Information) de la disponibilité de fonds dans le cadre du P.R.S.S.R pour un consultant à court terme en mass-média.

2. [illegible] vérifier l'intérêt de cette consultation en concertation avec les responsables [illegible] rurale et l'[illegible].

3. Suite à ces consultations le Directeur du Projet tirera des conclusions avec le Directeur Général de l'[illegible].

Par ailleurs, le Directeur du Projet souhaiterait ne pas engager de consultant autre que ceux déjà disponibles au niveau de la Radio rurale. Au cas où l'intérêt de cette consultation se confirme, le séjour de Monsieur François Querre pourra être prolongé de 2 à 4 semaines pour les messages santé sur fonds du P.R.S.S.R.

153

Quant au deuxième point, il a été convenu que le Directeur écrira au Directeur de la Santé au sujet de la formation à long et court termes.

Pour ce qui est de conférences internationales il a été proposé d'écrire à l'O.M.S pour s'informer de la date, lieu et possibilité de participation à ces conférences particulièrement en Afrique francophone et le Monde Arabe.

D'autre part, l'USAID devra identifier des projet SSP/PEV en Afrique francophone ou le monde arabe en vue d'y organiser des visites d'études toutefois que la participation à ces conférences n'est pas possible.

Pour ce qui est du troisième point, le Directeur du Projet a noté le retard accusé dans l'exécution de certaines activités par rapport au calendrier des activités du projet initialement établi pour l'année 1985.

C'est ainsi que les activités suivantes seront rendues :

1) Atelier sur la formation des membres de D.S.P et la troisième tournée de supervision

   Rosso du 29.09. au 08.10.85.

Monsieur Cyril Pervilhac a émis des réserves quant à la tenue de cet atelier à cette date pour la raison suivante :

- absence du médecin-chef qui peut nuire au contenu de l'atelier et des activités qui en découlent.

2) Supervision de Boutilimit : Juste après l'atelier ou immédiatement si l'atelier est reporté.

3) Atelier E.P.S : prévu en Novembre

Il a été décidé d'écrire au service concerné pour l'informer de la disponibilité de fonds (137 000 U.M) pour cet atelier qu'il pourra commencer à préparer en associant l'équipe du Projet à cette préparation et en mettant l'accent sur les aspects pratiques de l'EPS.

4) <u>Personnel</u> : Les besoins suivants ont été retenus :

- Un administrateur au niveau central (a titre provisoire).
- Un infirmier au niveau central
- Un infirmier au niveau du Trarza (Rosso)
- Un infirmier au niveau du Guidimakha
- Une sage-femme au niveau de Boutilimit.

Le conseiller a attiré l'attention sur l'importance de compléter l'équipe centrale rapidement afin de ne pas surcharger le responsable à la formation.

Le Directeur engagera les démarches nécessaires pour l'acquisition de ce personnel dans les meilleurs délais.

5) <u>Séminaire National DSP</u> : prévu du 30/11/85 au 5/12/85.

Il a été décidé d'écrire au Ministre de la Santé pour l'informer de ce séminaire et lui proposer une commission de préparation.

154

Par ailleurs, il a été convenu que Cyril Pervilhac se rendra à Rosso le 23/09/85 pour prendre contact avec le Médecin-chef du Trarza afin d'arrêter les modalités pratiques de l'execution de ces activités dans les délais prévus.

6) Atelier 2e tournée de Sensibilisation au Guidimakha

Prévu du 16 au 30/10/85.

Il a été retenu de convoquer par message le superviseur régional du Guidimakha pour qu'il participe à l'atelier de Rosso, le chauffeur pour qu'il soit formé dans l'utilisation des véhicules 110 qu'il aura à utiliser pour la 2e tournée de sensibilisation.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance a été levée à 12H30' aux jour, mois et an ci-dessus.

Le Rapporteur	Le Conseiller en S.S.P	Le Président
Moctar Ould Memah	Cyril Pervilhac	Dr Mohamed Mahmoud Ould Hacen
Moctar	Cyril Pervilhac	

مشروع دعم المصالح الصحية الريفية
PROJET DE RENFORCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ RURALE
B. P. : 177 ص. ب: TÉL. 538-08 الهاتف - Nouakchott - Mauritanie انواكشوط موريتانيا

وزارة الصحة والعمل
Ministère de la Santé et du Travail

P. R. S. S. R.

الوكالة الامريكية للتنمية الدولية
Agence des Etats Unis pour le Développement International
U. S. A. I. D.

Nouakchott, le 28 Septembre 1985 انواكشوط في

N. Réf. 740/22/85
V. Réf.

Le Directeur

à
Monsieur le Conseiller Technique SSP

Objet : Proposition d'un plan de luttre contre
s maladies diarrhéique au Guidimakha.

Après avoir pris connaissance du document cité en objet, je vous prie de prendre note des remarques qui suivent :

Je tiens cependant à vous remercier pour cette initiative personnelle et pour la contribution qu'elle pourra apporter au Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques.

A l'heure actuelle les Soins de Santé Primaires tels qu'ils existent au Trarza comportent une composante lutte contre les maladies diarrhéiques comprenant : le traitement des diarrhées par rehydratation orale, l'encouragement à l'allaitement maternel, la promotion de l'hygiène et de l'assainissement, l'éducation nutritionnelle.

Il importe de faire un Diagnostic précis de la façon dont ces différents activités sont menées afin d'améliorer cette lutte dans la région du Trarza et de la mener de manière adéquate dans celle du Guidimakha.

Cet esprit de continuité est absolument nécessaire afin que la politique nationale de santé notamment dans le domaine des Soins de Santé Primaires ne se résume pas à une série d'initiatives indépendantes et sans cohéren

La conception et l'exécution du Programme National de lutte contre les maladies diarrhéiques relèvent du Service de Médecine Préventive.

Déjà en 1983, un programme a été élaboré avec l'appui de l'OMS.
En 1984, un séminaire sur ce thème a été organisé.

En 1985, le programme a été réactualisé par le Service de la Médecine Préventive.

n attendant qu'il soit mis en exécution à l'échelon national, il
mporte que le volet lutte contre les maladies diarrhéiques figure
ans les activités de Soins de Santé Primaires où qu'elles se trou-
ent et à toutes les étapes de celles-ci.

Formation :

La formation actuelle des ASC et AT comprend ce volet, il peut
cependant être amélioré à la condition nécessaire que ce qui existe
soit concrètement évalué. Les Sessions futures de formations et de
recyclage pourraient bénéficier de cette amélioration.

Supervision :

Elle doit être intégrée à la supervision générale de SSP selon le
schéma en cours dans le Trarza.

Approvisionnement :

La première dotation gratuite des ASC/AT comprend toujours les sachets
de Rehydratation orale.

De nombreuses formations sanitaires notamment les Centres de SMI dis-
posent de S.R.O et pourraient donc en fournir aux ASC/AT.

Un système d'approvisionnement par achat dans le réseau commercial est
envisageable (comme vous le proposez).
Cela nécessite cependant une étude particulière en relation avec l'UNICEF
qui fournit ces sachets.

On peut également envisager la fourniture gratuite des sachets par
l'UNICEF.

L'utilisation de la méthode artisanale (sucre + sel) demeure une
alternative utilisable en l'absence de sachets.

Bien évidemment la lutte contre les maladies diarrheiques est une
stratégie globale et doit être menée en tant que telle au sein des SSP.
La rehydratation par voie orale est un aspect important mais seulement
un aspect de cette lutte.

En conclusion, je souhaiterais que la Section Soins de Santé Primaires
puisse tirer profit de votre document dans l'esprit suivant :

"La lutte contre les Maladies Diarrhéiques y compris la rehydratation
par voie orale dans le cadre des SSP au Trarza et au Guidimakha".

.../...

157

Cette conception restrictive pourra se concrétiser dans les domaines suivants :

- Formation et Recyclages des ASC/AT
- Supervision des ASC/AT
- Approvisionnement en Médicaments (y compris en SRO)

Docteur Mohamed Mahmoud Ould Hacen

Le Directeur du Projet

Ampliations :

- COP
- Moctar Ould Memmah

NB : Je souhaiterais enfin aborder avec vous verbalement l'annexe F du document relatif à l'estimation des besoins en sachets de SRO.

P.R.S.S.R.
B.P. 177

NOUAKCHOTT

Nouakchott, le 24 septembre 1985

RAPPORT DE MISSION

Le but de la mission était de :

1. Confirmer les dates de tenue de l'Atelier de 3ème tournée de supervision de Rosso du 30/09 au 05/10,

2. Voir les dates de vacances du Médecin-Chef du Trarza,

3. Vérifier l'affectation de l'infirmier à Boutilimit comme superviseur,

4. Proposer la tenue de la 1ère tournée de supervision de Boutilimit par le Superviseur Régional du Trarza la deuxième quinzaine de septembre,

5. S'enquérir sur l'affectation d'un Superviseur Départemental pour Rosso et Keur-Macène.

1. et 2. Le Médecin-Chef part dans le quelques jours qui viennent en congé lequel était dû courant août et qu'il n'a pu prendre alors.

Il a bien consenti accepter participer à l'Atelier sous la condition que cet Atelier se passe à Nouakchott en guise de Rosso car il prendra une partie de ses congés là.

3. L'infirmier de Boutilimit est arabisant. Il a été mis à la disposition du Dr. Coulibaly. Il n'a pas été nommé superviseur du département jusqu'à ce qu'on connaisse sa valeur, capacités, intérêts par rapport aux SSP. Ceci pourra être évalué à la suite de la 1ère tournée de supervision.

4. Le Médecin-Chef de la Région a émis des réserves quant au travail de supervision pour la 1ère tournée de Boutilimit par le Superviseur Régional, celui-ci étant absent pendant près de 2 mois de Rosso et avec beaucoup de travail en attente.

5. L'affectation d'un Superviseur Départemental pour Rosso et Keur-Macène dépendra de la disponibilité d'un infirmier compétent lors de la prochaine affectation.

C. Pervilhac

159

Situation des villages SSP dans la région du Trarza au 07.10.85

Départements	Villages retenus		O.S.C redynamisés		Villages à suivre		Villages annulés		Villages non visités		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Nederdra	18	75 %	10	55,5 %	1	4,16 %	5	20,84%	0	0	24
R'Kiz	32	94,12 %	29	87,8 %	0	-	1	2,94%	1	2,94%	34
Rosso	13	46,42 %	-	-	1	3,57 %	5	17,85%	9	32,14%	28
Keur Macène	6	54,55 %	-	-	0	-	2	18,18%	3	27,27%	11
Bôutilimit	-	-	-	-	-	-	-	-	33	100	33
Ouad Naga	6	46,15 %	-	-	3	23,07 %	4	30,76%	-	-	13
Total	75	52,44 %	39	52 %	5	3,49 %	17	11,88%	46	32,16 %	143

N : Nombre

% : Pourcentage.

مشروع دعم المصالح الصحية الريفية
PROJET DE RENFORCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ RURALE
B. P. : 177 ص. ب TÉL. 538-08 الهاتف - Nouakchott - Mauritanie انواكشوط موريتانيا

وزارة الصحة والعمل
Ministère de la Santé et du Travail

P. R. S. S. R.

الوكالة الامريكية للتنمية الدولية
Agence des Etats Unis pour le Développement International
U. S. A. I. D.

Nouakchott, le 08 Octobre 1985 انواكشوط في

N. Réf.

V. Réf.

Atelier sur la 3e tournée de supervision et la Formation des C.S.C, tenu à Rosso du 30.9 au 05.10.85.

Synthèse finale.

Introduction

Ouvert sous la présidence du médecin-chef de la CSR du Trarza, l'Atelier de SSP tenu à Rosso du 30.09 au 05.10.85 avait pour objectifs :

1. Analyser le contenu de la 2e tournée (points forts et points faibles)

2. Déterminer le contenu de la 3e tournée de supervision

3. Appliquer ce contenu en se basant sur un document de référence (guide de supervision)

4. Adopter un programme de formation des membres du C.S.C

5. Exécuter ce programme de formation en fonction des moyens logistiques et humains disponibles.

6. Dresser une liste d'activités communautaires réalisables par les villageois en collaboration avec d'autres services ou projets.

7. Identifier 2 villages par département disposés à mener ces activités.

8. Proposer des méthodes à adopter au niveau du village pour réaliser ces activités.

Cinq jours durant les participants ont eu à débattre des thèmes suivants :

I - Bilan de la 2e tournée de supervision menée par l'EMSR de Rosso.

II - Contenu de la 3e tournée (Guide de supervision)

III - Programme de formation des membres du CSC

IV - Activités communautaires (projet "vivres contre travail") ont participé à cet atelier :

- le médecin-chef de Boutilimit
- les superviseurs SIP et M I
- les chefs d'équipe mobile
- le superviseur régional MI du Guidimakha
- les responsables de la formation du niveau de la Direction du PRSSR.

L'Atelier s'est tenu malgré l'absence du tiers des participants initialement prévus :

- Médecin-chef régional - superviseur régional du Guidimakha présent à la fin de l'atelier - superviseur Médordra en congé - superviseur Boutilimit absent - Responsable PMI Rosso absente.

Le médecin-chef a pu assister à la cérémonie d'ouverture et de clôture malgré son calendrier.

Après discussions et débats, sorties sur le terrain, travaux de groupe, les participants ont abouti aux conclusions et recommandations suivantes :

A - Thème I

1. La 2e tournée de supervision n'a pu se faire que dans deux départements (Médordra et Boutilimit) le superviseur régional chargé de la supervision de deux autres départements étant absent pour un cours d'EPS à Nouakchott.

Département .....
Village .....
Nom de l'AIC .....
Nom de l'A.T .....
Nom du superviseur .....(au lieu de l'IEL ou IDL)

b) Les activités communautaires énumérées sur cette fiche devront être quantifiées (le plus possible) afin d'avoir un indicateur de changement plus précis.

c) le nombre de réunions du CIC entre 2 visites doit être précisé en plus du nombre des membres CIC présents.

d) les espaces prévus pour les inscriptions des résultats devront être élargis.

e) les activités réalisées par l'AIC [illegible] inscrites sur la fiche devront être prévues au rôle tirant [illegible] celles réalisées par le A.T.

' - Module III

1. Le [illegible] entre [illegible] pour la formation des animateurs de [illegible] les objectifs suivants :

- Décrire le rôle de l'[illegible] en insistant sur le côté [illegible]

- Définir avec précision le rôle des membres du CIC [illegible]

- Identifier une ou deux méthodes de gestion de la trousse à soumettre à l'appréciation du CIC de retour au village.

- Adopter une méthode de compensation de l'AIC s'il en emploie le besoin.

- Identifier les activités communautaires susceptibles d'être menées dans le village.

- Elaborer un plan d'action pour l'exécution de ces activités.

- Préparer une séance d'EDI

- Participer activement à une séance d'EDI

2. Les méthodes pédagogiques suivantes ont été retenues pour chacun des objectifs susdités :

- Objectif 1 : discussions et sorties dans un village à CIC actif.

- Objectif 2 et 3 : discussions, jeux de rôle et sortie dans un village à CIC fonctionnel.

- Objectif 4 et 5 : présentation, travaux de groupe sur méthode de gestion de trousse et compensation de l'AIC.

- Objectif 6 et 7 : discussions et sorties

3. Les participants ont eu à évaluer le temps nécessaire pour cette formation (4 jours environ, sauf objectifs 8 et 9)

4. Aucune méthode pédagogique, ni durée n'ont été retenues pour les objectifs 8 et 9.

D. Thème IV

1. Après avoir pris connaissance de l'existence d'une cellule "vivres contre travail" au niveau du CSA les participants ont noté la nécessité d'une prudence en communiquant aux villageois cette information pour éviter toute déception éventuelle.

2. Les participants ont noté l'intérêt de la collaboration entre le projet et cette cellule en vue d'obtenir un encouragement pour faire d'assistance en vivres [illegible] un soutien pour les activités communautaires [illegible] par.

II [illegible]

1. [illegible] cas, [illegible] qui parle [illegible].

2. [illegible] travail [illegible].

3. [illegible] des supervisions départementales [illegible] par le supervisseur régional et au niveau central c'est-à-dire que le supervisseur régional [illegible] au moins la 1ère semaine de chaque tournée avec le supervisseur départemental et l'équipe centrale quelques jour par département.

4. Remaniner et pré-tester le questionnaire relatif à la gestion de trésorerie et la composition de l'AVC pour mieux formuler et préciser les questions.

5. Tenir par et compléter la fiche de supervision en fonction des aménagements qui ont été faits.

6. Adapter les méthodes pédagogiques pour les objectifs 7 et 9 de la formation du CIC tout en [illegible] leur durée

7. Prévoir une durée suffisante pour la formation des membres du CIC (5 jours environ) au lieu de 3 prévus initialement.

8. Prendre contact officiellement avec le CIA en vue d'obtenir son accord officiel et définitif pour la collaboration avec le projet.

9. Prévoir les ateliers pareils au niveau des départements pour mieux appréhender les problèmes de terrain.

10. Continuer le recensement des A.T dans la région en vue de trouver une solution à la couverture par les A.T de tous les villages dotés d'AVC.

[illegible]

[illegible]

164

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE
CIRCONSCRIPTION SANITAIRE REGIONALE
DU TRARZA HOPITAL DE ROSSO

-o- Honneur-Fraternité-Justice

N° 1494 /CSRT

Rosso, le 5 Octobre 1985

Approx M

-o- PROCES-VERBAL DE REUNION

L'An mil neuf cent quatre vingt cinq et le 5 Octobre 1985 à s'est tenue dans les locaux de l'hopital de Rosso une reunion sous la presidence du Docteur Traoré Hamidou Medecin-Chef de la CSR du Trarza.

Etaient presents, outre le president:

- Docteur Coulibali Issa Medecin-Chef CSD de Boutilimit
- Mohamed O/ Alew Superviseur Regional SSP Trarza
- Mectar O/ Memah PRSSR.

L'Ordre du jour etait le suivant:

1°/Probleme du Superviseur departemental de Boutilimit

Concernant le premier point les participants ont retenu les solutions et propositions suivantes:

A/ A COURT TERME.

- Mohamed O/ Abdallahi Infirmier Breveté mis en service à Boutilimit comme superviseur departemental L'intéressé ne pourra assurer le role de superviseur qu'à titre transitaire pour les raisons de ses disponibilités personnelles ne repondant pas aux BSP et le manque de personnel au niveau de la CSD.

B/ A MOYEN TERME.

- Superviseur departemental-Abderahmane O/ Hemeud actuellement Chef d'Equipe.
- Sy Babiboulaye Chef d'equipe Mobile en remplacement de Abderahmane O/ Hemeud.

Etant donné qu'il est de coutume que les chefs d'equipe Mobile sont nommés au niveau central les participants souhaiteraient que cette proposition soit etudiée et la decision prise à ce niveau.

C/ A LONG TERME.

A defaut de cette proposition qui peut avoir des consequences nefastes d'ordre moral pour celui proposé comme superviseur departemental alors qu'il etait chef d'equipe mobile, il a été retenu de prevoir le renforcement de la region en personnel dans le cadre du mouvement National afin de doter tous les postes qui y sont vaquants.

Quant au 2°/ Ier tournée de choix de villages à centrer dans les SSP au niveau du departement de Boutilimit.

Quant au 2ème point les participants ont préconisé la solution suivante.

- Mr MBareck O/ Bilal assurera la supervision du departement de Boutilimit à compter du 15 Octobre 1985 avec le superviseur departemental preconisé à court terme ci-dessus.

A cet effet le Medecin-Chef de la CSD de Boutilimit designera un remplacant au Chef de CSD de OUAD-Naga pendant son absence.

L'ordre du jour etant epuisé la séance a été levée à 13h45 le jours, mois et an ci-dessus.

Les participants

165

PROFILS DU PERSONNEL SANTE REPRODUCTIVE DU PROJET [illegible] (PRSR)

TRARZA - GUIDIMAKHA

16/07/85

Type de Personnel	Lieu d'affectation	Disponibilité et fonctions	Formations	Age	Langues	Ethnies
Equipe centrale (non compris le responsable de supervision ni le futur remplaçant du responsable formation)						
(1) Sage-femme	Equipe centrale Nouakchott	Doit s'absenter dans les régions 2 semaines de suite (1/2 mois)	Peut aller suivre une formation de 2 à 3 mois à l'étranger	Jeune (moins de 30 ans)	Hassaniya Soninké Poular-Wolofs (par ordre de préférence)	Sans préférence
Trarza						
)Sage - femme	Rosso SMI	Doit travailler 15-21 jours chaque mois pour superviser AT avec ELSR dans le Trarza	"	"	Hassaniya exigé Wolofs souhaitables	Mauresque
)Sage - femme	Boutilimit / Hopital	Doit travailler 15-21j/mois 2 mois sur 4 pour superviser AT avec [illegible]	"	"	Hassaniya exigé	"
1)IDE ou IBE	Rosso/Dispensaire	Supervision : 1/4 mois environs Rosso	"	"	Wolof exigé Hassaniya souhaitable	Wolof
(pour la position ci-dessus nous suggerons M'Bareck auquel on remplacer la demande ci-dessus par un IB /IDE Hassanophone pour Gung-Haga, Maure)						
1)IDE ou IBE	Keur Macène	Supervision : 1/4 mois à Keur Macène	"	"	Wolof exigé Hassaniya souhaitable	Wolof ou Maure
(1) IDE ou IBE	Hopital Boutilimit -	Supervision : 1/4	"	"	Hassaniya exigé	Maures
Guidimakha						
(1) Sage - femme	Sélibaby-SMI	Doit travailler 1[illegible]-21 jours/mois, chaque [illegible], [illegible] superviser [illegible] Guidimakha	"	"	Soninké exigé Poular, Hassaniya par ordre de préférence	Soninké
(1) IDE OU IBE	Sélibaby-Dispensaire	Doit travailler 1/2 mois, 15-21 jours avec [illegible]	"		Soninké exigé Poular, Hassaniya par ordre de préférence	Soninké
(1) IDE ou IBE	Guld Yengé dispensaire	"			Poular obligatoire Hassaniya et Soninké par ordre de préférence	Poular ou maure

* Tout personnel dans les SSP doit avoir un intérêt dans les Soins de Santé Primaires, orienté dans le travail vers la communauté, avoir fait leurs preuves dans ce sens si possible avant ou pendant l'école - Doit avoir un intérêt dans la Santé Publique et des notions ou fait des travaux ou recherches là-dessus (mémoires , thèses etc ...)

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE — Honneur - Fraternité - Justice

PRESIDENCE DU GOUVERNEMENT

COMMISSARIAT A LA SECURITE ALIMENTAIRE

DIRECTION DE L'AIDE D'URGENCE

CELLULE "VIVRES CONTRE TRAVAIL"

Nouakchott, le 28 Septembre 1985

PROCES - VERBAL DE REUNION

Ce jeudi 26/09/85 s'est tenue dans les locaux de la cellule "VCT" (CSA) une réunion entre le projet Renforcement de la "Santé Rurale" (MSAZ - USAID) et une équipe de la cellule "Vivres Contre Travail" du CSA.

PARTICIPANTS

Ismaïl O/ BABAH	Cellule VCT
Louise BOIVIN	Cellule VCT
Cyril PERVILHAC	Projet "Santé"
Mr. Moctar	Projet "Santé"

Dans un premier temps les membres du projet "Santé" ont expliqué les buts de leur projet, les actions déjà entreprises et les perspectives à moyen terme.

A la suite de quoi, il a été retenu que la collaboration entre la cellule et le projet pourrait se faire à deux niveaux :

1) Encouragement sous forme d'assistance en vivres aux agents de Santé Communautaire pour supporter une partie des charges des collectivités.

2) L'expérience passée du projet "Santé" a montré que certains besoins pressants des populations (en particulier aménagement des puits, assainissement et jardin potage pouvaient faire l'objet d'une intervention de la cellule.

.../...

168

Il a été convenu de mettre au point une stratégie dans ce sens lors d'une réunion future dont il reste à déterminer le lieu et la date.

Entre temps il serait souhaitable que le Directeur du Projet contacte officiellement le Comité Naire à la Securité Alimentaire à ce sujet.

Il a été envisagé qu'un des agents de la cellule "VCT" puisse se rendre à Rosso Mercredi et Jeudi prochain pour intervenir lors du séminaire de formation des Superviseurs de Santé organisé par le projet "Santé".

La réunion s'est terminée à 11 H 30.

Pour la Cellule "VCT"

Ismaïl O/ B'ABH

PROJET VIVRES CONTRE TRAVAIL

Pour Le Projet "Santé"

CYRIL PERVILHAC
PROSI / JSI / USAID
B.P. 222
Nouakchott Mauritanie