PD-AAT-809
46005

MAURITANIA

Rural Health Services Project

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

QUARTERLY REPORT

Period: July-September 1985

JOHN SNOW, INC.

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.

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.

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.

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.

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

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	

BEST AVAILABLE

De : Dr. Pierre Claquin, COP, PRSSR
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 relcensement 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 cependant 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, epellant les aspects positifs comme les insuffisances et rapoellant 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.

BEST AVAILABLE

Une mission de supervision du Programme Elargi de vaccination s'est rendue a 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 a Achram.

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

Par ailleurs, Mr. Schmidt-Anders nous a fait une serie d'observations documentees sur ce qu'il avait pu observer ou entendre dire sur le travail de l'equipe mobile dans le departement de Moudjeria. En resume les 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 differents groupes de population lors de son passage; enfin, les techniques douteuses de vaccination [seringues de vaccin preparees a 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 Electrolux est en etat de marche correcte, ainsi qu'en temoigne la feuille de releve de temperature, prise deux fois par jour. En l'absence du chef d'equipe, la temperature est prise par [illegible], surveillant general. Le congelateur

BEST AVAILABLE

avait ete arrete par raison d'economie, nous a-t-on dit et les vaccins a congeler conserves dans la partie congelation de l'Electrolux.

L'equipe s'approvisionne localement pour les meches.

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.

22- MATERIEL :

L'equipe a recu le materiel confie par JJ. 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/ Nouakchott un inventaire signe.

En ce qui concerne la gestion du materiel, il existe bien un registre mais celui ci 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.

23- VACCINS

Il n'existe pas de systeme de gestion de vaccins et encore moins la mention des sorties 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 AU MOINS 15 JOURS A L'AVANCE ET DE MENTIONNER EN MEME TEMPS L'ETAT DES STOCKS A LA COMMANDE AVEC LES DATES DE PEREMPTION.

Lors du passage de la mission, l'etat des stocks etait le suivant:

BCG : 2860 doses perimees en Avril 1986.
Rougeole: 2470 doses perimees en Decembre 1986.
DTC : 5000 doses perimees le 25 Fevrier 1987
Polio : 2880 doses perimees en Novembre 1985.

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. Claquin 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 aupres de l'administration du projet, Djioril Senghott a recu le remboursement de cette petite caisse le 20 Avril. Des eclaircissements seront necessaire des que le Divisionnaire rentrera de vacances. En attendant nous suggerons QU' A L'AVENIR LE PEV SOUMETTE MENSUELLEMENT 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.

BEST
AVAILABLE

25- VEHICULES:

L'equipe s'est plainte dene pas avoir recu de 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 ''LSAID, cogestionnaire du contrat avec le garage du CSA.

26- LES TOURNEES.

La mission avait avec elle tous les documents et tableaux necessaires relatifs a l'activite des equipes au cours des quatre derniers mois. Les rapports de l'Equipe de Tijikja ayant ete analyses en detail a Nouakchott, la mission en savait presque plus sur les traits dominants du travail de l'equipe que l'equipe elle meme ! NOUS RECOMMANDONS A CHAQUE 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 SES 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 [7 jours en moyenne]. 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 d'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 [par exemple], 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 importance particuliere a ete donnee au chiffre

BEST AVAILABLE

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 Tichit, prendre un mois de vacances puis reprendre son programme. Elle doit envoyer a Nouakchott son programme modifie pour Septembre et mi-Octobre AVANT de partir en vacances.

La structure des tournees a ete reprise et analysee en details selon les suggestions developpees dans le memorandum recent au Dr. Kelly. 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 du PEV devront reprendre.

27- RAPPORTS MENSUELS :

La mission a depouille avec l'equipe les registres d'activites et verifie que les suggestions de la mission precedente y avaient ete incorporees. En regle les registres etaient clairs mais restent difficilement exploitables a cause de la facon dont ils sont remplis. Il a ete suggere a l' equipe de mettre la date de naissance approximative [apres enquete] dans la rubrique " age " et la date de la vaccination en date reelle au lieu de croix de couleur .

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 relicuat 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 mis 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.

BEST
AVAILABLE

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 de ce cote et les modalites en ont ete discutees. Il a ete propose 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 induire un surcroit de travail au cours des premiers mois de sa realisation mais sera payante a moyen terme. L'obstacle majeur actuel est le marque 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 SMI apres intervention centrale permettrait d'obtenir un niveau de couverture vaccinale en ville en rapport avec les besoins.

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

3- WORLD VISION

Une reunion s'est tenue avec les responsables locaux de World Vision pour evoquer les modalites de leur collaboration au PEV. L'equipe de World Vision, qui visite 15 CACs par mois est prete a vacciner les enfants de moins de 5 ans a chacun de leurs passages. Ils sont prets a utiliser les memes registres que l'equipe mobile et s'approvisionneront en vaccins aupres d'elles. Ils demandent du materiel de vaccination et de chaine de froid pour leurs tournees.

L'avantage d'une telle collaboration est evident, a condition toutefois que l'equipe mobile puisse continuer a passer dans les 15 villages au cours de ses tournees et ne se decharge pas de ses responsabilites sur une NGO. Il faudra prendre une decision au niveau central en presence du responsable national de World Vision. Il existe deja des exemples de collaboration fructueuse entre le PEV et des NGOs a Nema, Ktar et a Mecta-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 represente une sensibilisation initiale en attendant les etapes officielles.

BEST
AVAILABLE

5- TERRE DES HOMMES.

La mission a effectue une visite a Macta-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 prefere limiter ses activites vaccinales a la ville de M. et ne souhaite pas l'incorporer aux activites de son equipe mobile.

6- DIVERS

L'equipe mobile a demande expressement que leur materiel de camping soit envoye avec les frigidaires. En effet la presence de serpents en brousse rend leurs missions difficile, selon eux.

Par ailleurs, ils desirent attirer l'attention de la direction centrale sur le fait que leurs per diems du dernier trimestre 1984 n'ont toujours pas ete payes.

BEST AVAILABLE

DETERMINATION DES BESOINS EN VACCINS POUR 1986

L'UNICEF vient de nous demander de soumettre nos besoins en vaccins pour 1986 . Il parait raisonnable de fixer au 19 aout la date de soumission de nos besoins.

La methode la plus simple consiste a entreprendre les demarches suivantes:

1 - determiner le ou les groupe[s] cibles et leur taille.
2- determiner la couverture vaccinale desiree pour chaque antigene
3- rappeler le nombre de doses necessaires pour chaque antigenes en fonction du type de vaccin
4- augmenter les quantites en fonction du coefficient de perte.

I- DETERMINER LES GROUPES CIBLES ET LEUR TAILLE :

Jusqu'a nouvel ordre, l' age des groupes cibles reste encore:

-- pour le BCG : 0 a 5 ans
-- pour la rougeole : 9 mois a 5 ans
7 mois a 5 ans en cas d'epidemie
-- pour le Tetracoq et la polio : 45 jours a 5 ans.

Cependant il parait raisonnable de considerer qu'a partir de 1986, l'age sera restreint au moins de 5 ans. Le groupe cible passera donc de 18 a 12 % de la population. Si l'on estime la population Mauritanienne a 1782427 en 1985, la population cible en 1985 est de : 319054 (18 %) ; la nouvelle population cible en 1986 devient alors 228373 (pour un accroissement de 3.5 % par an et un nouveau groupe cible de 0-5 ans).

II - DETERMINER LA COUVERTURE VACCINALE DESIREE POUR CHAQUE ANTIGENE.

Bien que les resultats de couverture vaccinale varient selon les regions, l'estimation generale effectuee en Aout 1985 ne concerne que les chiffres a l'echelle nationale. D'ici la fin de Septembre les calculs seront affines par region. Les estimations des besoins seront reevalues en Mars 1986 apres les resultats de l'evaluation des Journees Nationales et soumis a l'UNICEF pour reajuster les besoins de la fin de 1986.

BEST AVAILABLE

ANTIGENE	EVALUATION DEC 1984	ESTIMATION APRES JOURNEES N. 1985
BCG	74.1	85
ROUGEOLE	58.5	75
TETRACOQ 1	68.5	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	RELIQUAT 1985 A VACCINER		POPULATION NEE EN 1986 A VACCINER %	NOMBRE	POPULATION CIBLE POUR 1986
BCG	15 %	47856	100	82214	130072
ROUGEOLE	25 %	79764	33	27131	106894
TETRACOQ 1	25 %	79764	83	68238	148001
TETRACOQ 2	55 %	175480	66	54261	229741
TETRACOQ 3	67 %	213766	58	47684	261450
POLIO 1	25 %	79764	83	68238	148001
POLIO 2	55 %	175480	66	54261	229741
POLIO 3	67 %	213766	58	47684	261450

Il est raisonnable de considerer qu' au cours de 1986, les performances du PEV permettront d'apporter aux groupes non vaccines un taux de couverture identique a celui de l'annee precedente parmi les vaccines.

BEST AVAILABLE

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 eventualites se presentent :

431- le vaccin utilise en 1986 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 :

375823 soit 376000 doses pour le Tetracoq
300663 soit 301000 doses pour la Polio

432 - dans le cas probable ou le NeoTetracoq sera introduit, les besoins des enfants ayant deja recu deux doses seront encore couverts avec l'ancien vaccin. Les autres [jamais vaccines ou n'ayant recu qu'une dose] recevront deux injections de NeoTetracoq. Les besoins seront alors :

Tetracoq : [86279 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.

BEST AVAILABLE

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 stocks de vaccins, c'est a dire: a apprecier leurs besoins, mettre en route leurs commandes suffisamment a l'avance, mesurer les pertes en vaccins de leurs activites.

L'imprime doit etre rempli a la fin de chaque mois et envoye en meme temps que le rapport d'activites. Pour les PMIs de Nouakchott il est rappele que l'approvisionnement en vaccins, sauf cas exceptionnel, s'effectue une fois par mois. Pour les PMIs approvisionnees par les equipes mobiles il est TRIMESTRIEL. C'est dire que les equipes autant que les PMIs doivent savoir apprecier leurs besoins.

I-- COMMENT CALCULER LES BESOINS MINIMUM 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 directives recentes du Directeur de la Sante, des instructions de la responsable des PMIs, du personnel disponible, du taux de couverture existant, 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 quel le chiffre de polio car les doses reelles des flacons de polio sont plus elevees que les doses theoriques et tiennent donc compte des facteurs de perte.

BEST AVAILABLE

VOUS AVEZ DETERMINE VOS BESOINS MENSUELS. MULTIPLIER CES 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 comote 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' IMPRIME ?

Pour bien suivre les explications qui suivent, COMMENCER PAR INSCRIRE LES LETTRES SUIVANTES EN DESSOUS DE CHAQUE COLONNE:

-- B sous " Qte (doses) "
-- A sous " Stock anterieur "
-- C sous " Total stock "
-- D sous " Doses administrees "
-- E sous " Dernier stock "
-- F sous " Pertes "

Ces lettres representent LA SEQUENCE LOGIQUE A SUIVRE POUR REMPLIR L' IMPRIME.

A- LE STOCK ANTERIEUR.

Pour cette colonne il s'agit de RECOPIER la colonne " DERNIER STOCK " du rapport du mois precedent. LES CHIFFRES DOIVENT ETRE ABSOLUMENT IDENTIQUES pour des raisons evidentes.

Lorsque vous remplissez l'imprime POUR LA PREMIERE FOIS vous devez LE PREMIER JOUR DU MOIS proceder a un inventaire physique des doses de vaccins disponibles. EN D'AUTRES TERMES: COMPTEZ LES.

B- QTE (DOSES) DES VACCINS RECUS.

Il s'agit, bien sur, des vaccins recus AU COURS DU MOIS, apres le premier jour du mois et avant le jour 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 ces doses recues. C'est a dire de A + B.

D- DOSES ADMINISTREES

Le chiffre inscrit ici doit etre identique a la colonne " TOTAL " du rapport mensuel d' ACTIVITES VACCINALES . Il s'agit d'un equivalent doses/enfants vaccines.

BEST AVAILABLE

E- DERNIER STOCK.

A la fin de chaque mois, vous etes prie [e] 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 antigene ET POUR LES DOSES QUI VOUS RESTENT, inscrivez la date deperemption des vaccins. Si vous avez des vaccins de lots differents en stock, separez l'espace en deux dans le sens le plus long de l'imprime et inscrivez-y les informations necessaires.

BESOINS

En fonction des instructions fournies ci dessus, determinez vos besoins [y compris vos pertes] et inscrivez les.

AU CAS OU VOS PERTES SONT SUPERIEURES AUX COEFFICIENTS INDIQUES PLUS HAUT ET CE POUR DES RAISONS INDEPENDANTES DE VOTRE VOLONTE QUI RISQUENT DE SE REPETER PENDANT LA PERIODE PREVUE DE LA COMMANDE, il vous appartient de majorer vos besoins en consequence. Vous devez vous meme CALCULER ce coefficient et l'indiquer dans la colonne " OBSERVATIONS ".

OBSERVATIONS

Avant d'envoyer l'imprime au PEV de Kouakchott, vous devez ANALYSER les chiffres que vous soumettez et partager avec nous vos commentaires sur la situation precedente et les mesures que, le cas echeant, vous avez prises pour remedier aux carences.

BEST AVAILABLE

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

Pourquoi un nouvel imprime, encore plus complique que les precedents ? Et puis 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 ? Voila 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 PMIs pour les zones urbaines et sedentarisees. Cette volonte d'amelioration s'est traduite par une meilleure planification des besoins [entre autres en vaccins], la fourniture de materiel de chaine de froid ,par des directives et circulaires et par la decision de mobiliser des ressources importantes pour l'organisation de Journees Nationales de Vaccination dans 9 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 doremavant 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 couvertures 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 neouvel 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 VISITE 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 que 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 cas 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 seance 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 methode la plus appropriee. 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 STAIENT 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.

BEST AVAILABLE

COMPTE RENDU PROVISOIRE DE LA REUNION TENUE LE 26 JUIN 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 Habis, Responsable Sante, Nutrition et Population a l'USAID.
-- Dr. Sumner-Mack, son adjoint
-- Dr. Pierre Claquin, Assistant Technique au PRSSR

Le but de la reunion du 26 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 introduction Mr. Habis a precise les raisons d'etre de cette lettre et a demande au Dr. Ba ses commentaires et reactions au document.

La reunion a duree deux heures durand lesquelles seuls deux points ont ete discutes en details. Il s'agit de:

1- la Commission de Soins de Sante Primaires

Le Dr. Ba a reaffirme l'engagement de la RIM aux soins de Sante Primaires a rappele le fait qu'il appartient au Comite inter services (CIS) de coordiner les activites de SSP entre les differents services concernes.

Le Dr. Claquin a fait remarquer qu'a son avis le CIS opere plus comme un conseil d'administration du Projet que comme une commission de SSP. Il a suggere une redefinition ou des eclaircissements sur l'objet du CIS et les responsabilites de ses memores. Selon lui le CIS devrait laisser la gestion du PRSSR au Directeur du Projet et se concentrer sur la definition de la politique nationale de SSP et en preciser les modalites 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 memebres. Il a fait remarquer que, dans le passe, les reunions du CIS se sont sans doute davantage passees en discussion du premier point. Cette remarque a egalement ete faite par le DR. Sumner-Mack.

Le Dr. Ba a aussi fait remarquer qu'il incombe au Directeur du Projet de preparer l'agenda de chaque reunion mais que chaque membre du CIS doit jouer un role actif en envoyant des

BEST AVAILABLE

propositions a temps.

Le D. Sumner- Mack a suggere que le role du CIS soit inclus dans l'agenda de la prochaine reunion du CIS, le 6 Juillet.

Il n'y a pas eu de position tranchee sur la proposition de changer le nom du CIS actuel et de l' apeller " Commission de Soins de Sante Primaires " afin de mettre ce role en exergue.

2- Le Programme Elargi de Vaccination

Le Dr. Ba a reconnu qu'il existait de nombreux problemes au PEV, certains lies a sa conception, d'autres a sa structure et certains a sa realisation. Il a rappelle qu'une reunion s'etait precedemment tenue en Decembre avec Djibril Senghott, alors Chef de SMP interimaire et le Dr. Claquin, au cours de laquelle certains des points evoques dans la lettre de l'USAID avaient ete evoques.

L' absence d'un statut administratif clair du PEV au sein de la SMP et du MSH a ete reconnue comme une source de difficultes et parfois de conflits. Cependant le Dr.Ba a explique que dans le contexte actuel separer le PEV de la SMP reviendrait a vider le SMP d'une partie importante de sa substance. Par ailleurs il n'etait pas certain que le responsable d'un tel PEV (Djibril Senghott par exemple) pourrait s'imposer, particulierement aupres des regions.

Le Dr. Claquin s'est etendu sur la situation et les relations paradoxales qui existent entre le Directeur du PRSSR (avec la gestion des ressources mais pas de ligne d'autorite directe sur ceux qui en sont les beneficiaires) et le Chef de la Medecine Preventive (qui exerce une autorite mais depend presque exclusivement du PRSSR pour ses ressources). Le Dr. Claquin a aussi rappele les difficultes que semble eprouver la SMP a allouer au PEV la totalite des ressources qui lui sont attribuees par le PRSSR. La question de la responsabilite de la gestion et le fait que les differents recipiendaires doivent rendre des comptes a ete evoquee par le Dr. Sumner-Mack et Mr. Habis et discutee par les participants.

Le Dr. Ba a suggere qu'un dialogue puisse s'ouvrir tres vite entre les differents partenaires pour identifier des solutions acceptables par tous. Il a prie le Dr. Claquin de le rencontrer en tete a tete pour discuter les propositions de ce dernier et se propose de faire la meme chose avec le Dr. Kelly . A la suite de ces entretiens il se propose de fixer par un document officiel les devoirs reciproques des differents services vis a vis du PRSSR et a assure l'USAID que de telles instructions seront obeies.

Dr. Claquin a developpe son analyse selon laquelle le Dr. Kelly devrait clairement comprendre qu'il doit rendre compte au Dr. Hacen de la gestion des ressources qui lui sont confiees par le Projet et connaitre les regles de l'Accord bilateral avec l'USAID. Au sein de la MP, il serait sans doute plus pratique de confier a Senghott la gestion administrative des ressources PEV, etant entendu que celui ci est comptable au Dr. Kelly a un rythme a determiner. Le Dr. Claquin a evoque les difficultes de fonctionnement au sein du PEV dues a l'absence de delegation et

de decentralisation, au programme surcharge du Dr. Kelly souvent non disponible et a la resistance passive d'un Senghott frustre de pouvoir de decision.

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

BEST AVAILABLE

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.

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.

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.

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.

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

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.

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. Gilt Pervilhac

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. 19). 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 mid-wife 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 Trarza 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 Trarza 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.

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.

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, CDP.
- R. Sumner-Mack, H.D./USAID.

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

BEST AVAILABLE

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, Responsable 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 premièr tournée.

BEST
AVAILABLE

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 SSP/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 faites 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.

BEST AVAILABLE

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 déoisions 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.

BEST
AVAILABLE

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 disponible au niveau régional où l'équipe mobile avait besoin de la sienne.

6) Un consensus a été resserti par toute l'équipe de santé du Guidimaka pour rendre prioritaire la distribution et utilisation des sachets SRO 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 SRO restant à l'hôpital et à la SMI, identifier le réseau de distribution existant et souhaitable jusqué dans les villages, d'identifier la trentaine 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 des 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, CRFM, 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'aveo 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 SMI, 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 faire 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 SEE, 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.

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 Developpement 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 SSR.

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.

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 monopolisé 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 IEE 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. Pervilhac 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. Pervilhac

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 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. 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.

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 ASP 2e semestre 1985

13/7/85

Superviseur / Mois	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décemb
Sectar Ould Somah		Trarza/Guidimaka	Guidimakha	Trarza		Guidim
Kane Sidi Baidy	Guidimakha			Guidimakha		
Cyril Pervilhac	Trarza		Guidimakha	Trarza	Guidimakha	
Et Aguib Sint Sidi	Trarza	Trarza	Guidimakha		Trarza	

Affectations

C.P. 1

P.C 1

Intéressés 4

BEST AVAILABLE

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 accomplis, 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.

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.

BEST AVAILABLE

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 SSP 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 à 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 12 septembre 1985

Nectar Ould Memab

re de la Santé et des Affaires Sociales
ojet de Renforcement des Services
de Santé Rurale

BEST AVAILABLE

GRILLE DES CRITERES DE CONTINUITE DANS LES S.S.P.

REGION : TRARZA

DEPARTEMENT : OUAD-NAGA-

ages	C.S.C.	A.S.C.	Possibilité supervision	Distance	Stabilité	Accessibilité	Taille	Volonté	Continuité	Observations
ierja	—	±	+	+	+	+	+	±	+	C.S.C à redynamiser
Idemijine	+	+	+	+	±	+	±	±	+	C.S.C à redynamiser
réwa	+	+	+	+	+	+	+	+	+	ASC à encourager
AWress	—	—	+	+	+	+	+	—	—	village non motivé
DECH	—	—	+	+	±	+	+	±	—	village recuperable
UERM	—	—	+	+	+	+	+	±	—	village recuperable
ULEYGATT	+	+	+	+	+	+	+	±	?	village à suivre

de la Santé et des Affaires Sociales
re de l'Renforcement des Services
ojet de de Santé Rurale

BEST AVAILABLE

GRILLE DES CRITERES DE CONTINUITE DANS LES S.S.P.

REGION : TRAR 2A

DEPARTEMENT : OUAD - NAGA (suite)

	C.S.C.	A.S.C.	Possibilité supervision	Distance	Stabilité	Accessibilité	Taille	Volonté	Continuité	Observations
ages										
LHAIT	+	+	+	+	+	+	+	+	+	ASC malade (♀)
GEIKAT	±	+	+	+	+	+	±	±	+	~~ASC~~ Absent
EVFid	—	—	±	+	+	+	+	±	—	ASC absent depuis + 8 mois
CISDAH	+	+	±	+	+	+	+	+	+	ASC à encadrer
HAW	absent	absent	+	+	+	+	+	?	?	village à suivre
ETR	absent	+	+	+	+	+	+	?	?	village à suivre
SS										
GTA										

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

BEST AVAILABLE

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
- El Aguib Mint Sidi, Responsable Coordination Technique
- et Moctar Ould Lemch, 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.

.../...

BEST
AVAILABLE

B) Consultant en Curriculum

Comme dit ci-haut le consultant en curriculum vitae n'a pas été [illegible] au dernier moment.

En ce qui concerne les deux curriculum vitae actuellement disponibles (Jean Luc Lorin et Charlotte Johnson Welch) 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) Vérifier dans quelle mesure J.S.I a pris contact avec le centre de l'[illegible] de [illegible] comme il a été 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 devront 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] vérifie [illegible] l'intérêt de cette consultation en concertation avec les responsables nationaux de la radio rurale et l'[illegible].

3. Suite à ces consultations le Directeur du Projet tirera des conclusions avec le Directeur Général de l'O.R.T.M..

   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.

BEST AVAILABLE

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 prendes :

1) Atelier sur la formation des membres de C.M.S 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 (137 500 UM) 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 SSP</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 commision de préparation.

BEST AVAILABLE

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' jour, mois et an ci-dessus.

Le Rapporteur	Le Conseiller en S.S.P	Le Président
Moctar Ould Nemah	Cyril Pervilhac	Dr Mohamed Mahmoud Ould Hacen

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 les 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 Guidikakha.

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 cohérence

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.

En attendant qu'il soit mis en exécution à l'échelon national, il importe que le volet lutte contre les maladies diarrhéiques figure dans les activités de Soins de Santé Primaires où qu'elles se trouvent 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 SNI disposent 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".

.../...

BEST AVAILABLE

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 les 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

Situation des villages SSP dans la région du Trarza au 07.10.85

Départements	Villages retenus		CTS,C redynamisés		Villages à suivre		Villages annulés		Villages non visités		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Mederdra	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
Boutilimit	-	-	-	-	-	-	-	-	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.

BEST AVAILABLE

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 eu 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'ESSR de Rosso.

II - Contenu de la 3e tournée (Guide de supervision)

III - Programme de formation des membres de CSC

IV - Activités communautaires (projet "vivres contre travail")
ont participé à cet atelier :

- le médecin-chef de Boutilimit
- les superviseurs SSP et PMI
- les chefs d'équipe mobile
- le superviseur régional SSP 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 Méderdra en congé - superviseur Boutilimit absent - Résponsable 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 (Méderdra et R'Kiz) 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'ASC .....
Nom de l'A.T .....
Nom du superviseur .....(au lieu de l'IEC ou ID.)

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 CSC entre 2 visites doit être précisé en plus du nombre des membres CSC présents.

d) les espaces prévus pour les inscriptions des résultats devront être élargis.

e) les activités réalisées par l'ASC, inscrites sur la fiche doivent être prévues au même titre que celles réalisées par le S.T.S.

7 - Thème III

1. Les participants ont eu à atteindre pour la formation des membres de CSC les objectifs suivants :

- Décrire le rôle de l'ASC en insistant sur le côté préventif
- Définir avec précision le rôle des membres du CSC à former
- Identifier une ou deux méthodes de gestion de la trousse à soumettre à l'approbation du CSC de retour au village.
- Adopter une méthode de compensation de l'ASC s'il en exprime 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'EPS
- Participer activement à une séance d'EPS

2. Les méthodes pédagogiques suivantes ont été retenues pour chacun des objectifs susdités :

- Objectif 1 : discussions et sorties dans un village à CSC actif.
- Objectif 2 et 3 : discussions, jeux de rôle et sortie dans un village à CSC fonctionnel.
- Objectif 4 et 5 : présentation, travaux de groupe sur méthode de gestion de trousse et compensation de l'ASC.
- 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.

BEST AVAILABLE

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 partipants ont noté l'intérêt de la collaboration entre le projet et cette cellule en vue d'obtenir un encouragement sous forme d'assistance en vivres pour les [illegible] et un soutien pour les activités communautaires réalisées par les villageois.

II Recommandations

1. Prévoir un superviseur pour les départements de Tessaoua, Dan Madi qui parle Hausa, Zarma et [illegible].

2. Indemniser les [illegible] qui n'ont [illegible] encore été indemnisés (les [illegible]) lors de la 3e tournée de supervision et contrôler la qualité de ce travail à R'Maz et Madarounfa.

3. Assurer une supervision étroite des superviseurs départementaux par le superviseur régional et au niveau central c'est-à-dire que le superviseur régional passera au moins la 1ère semaine de chaque tournée avec le superviseur départemental et l'équipe centrale quelques jour par département.

4. Reprendre et pré-tester le questionnaire relatif à la gestion de trousse et la compensation de l'ASC pour mieux formuler et préciser les questions.

5. Corriger et compléter la fiche de supervision en fonction des amendements qui ont été faits.

6. Elaborer les méthodes pédagogiques pour les objectifs 8et 9 de la formation du CSC tout en précisant leur durée

7. Prévoir une durée suffisante pour la formation des membres du C.S (5 jours environ) au lieu de 3 prévus initialement.

8. Prendre contact officiellement avec le CSA en vue d'obtenir son accord officiel et définif 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'ASC.

Niamey, le 5/10/85

[illegible] atelier.

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE
CIRCONSCRIPTION SANITAIRE REGIONALE
DU TRARZA HOPITAL DE ROSSO

-o- Honneur-Fraternité-Justice

BEST AVAILABLE

N° 1099 /CSRT

Rosso, le 5 Octobre 1985

Annex M

-o- PROCES-VERBAL DE R.U.N.I

L'An mil neuf cent quatre vingt cinq et le 5 Octobre 1985 A s'est tenue dans les locaux de l'hopital de Rosso une reunion sous la presidence du Docteur Traoré Hamideu Medecin-Chef de la CSR du Trarza.

Etaient presents, outre le president:

- Docteur Coulibali Issa Medecin-Chef CSD de Boutil
- Mohamed O/ Alaw Superviseur Regional SSB Trarza
- Mectar O/ Mennh PRSSR.

L'Ordre du jour etait le suivant:

1°/Probleme du Superviseur departemental de Boutili

Concernant le premier point les participants ont retenu les lutions et propositions suivantes.

A/ A COURT TERME.

- Mohamed O/ Abdallahi Infirmier Breveté en service en service à Boutilimit comme superviseur departemental l'Adjoint qui pourra assurer le role de superviseur qu'à titre transitoire pour les raisons de ses disponibilités personnelles ne repondant pas au SSP et le manque de personnel au niveau de la CSD.

B/ A MOYEN TERME.

- Superviseur departemental-Abderahmane O/ Hasseud actuellement Chef d'Equipe.
- Sy Babibouleye Chef d'equipe Mobile en remplacement de Abderahmane O/ Hasseud.

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 vaquantes.

Quant au 2°/ Les tournées de choix de villages à continuer dans les SSP au niveau du departement de Boutilimit.

Quant au 2eme 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 assignera un remplacant au Chef du CSD de OUAD-Naga pendant son absence.

L'ordre du jour etant epuisé la séance a été levée à 13h45 a jours, mois et envei-dessus.

Les participants

PROFIL DU PERSONNEL SANTE MOBILIAIRE AUX ISR POUR LE TRARZA (PISSR)

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						
(1) Sage - femme	Rosso SMI	Doit travailler 15-21 jours chaque mois pour superviser AT avec ESR dans le Trarza	"	"	Hassaniya exigé Wolofs souhaitables	Mauresque
(1) Sage - femme	Boutilimit / Hopital	Doit travailler 15-21j/mois 2 mois sur 4 pour superviser AT avec ESR	"	"	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 cas remplacer la demande ci-dessus par un ID/IBE Hassaniophone pour Guag-Naga, 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 : 2/4	"	"	Hassaniya exigé	Maures
Guidimakha						
(1) Sage - femme	Sélibaby-SMI	Doit travailler 15-21 jours/mois, chaque fois, pour superviser AT avec ESR Guidimaka	"	"	Soninké exigé Poular, Hassaniya par ordre de préférence	Soninké
(1) IDE OU IBE	Sélibaby-Dispensaire	Doit travailler 1/2 mois, 15-21 jours avec ESR	"		Soninké exigé Poular, Hassaniya par ordre de préférence	Soninké
(1) IDE ou IBE	Ould Yengé dispensaire	"			Poular obligatoire Hassaniya et Soninké par ordre de préférence	Poular ou maure

BEST AVAILABLE

* 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 — /-/onneur - Fraternité - Justice

PRESIDENCE DU GOUVERNEMENT

COMMISSARIAT A LA SECURITE ALIMENTAIRE

DIRECTION DE L'AIDE D'URGENCE

CELLULE "VIVRES CONTRE TRAVAIL"

BEST AVAILABLE

/)/ouakchott, le 28 Septembre 1985

PROCES - VERBAL DE REUNION

Ce jeudi 26/09/85 s'est tenus dans les locaux de la cellule "VCT" (CSA) une réunion entre le projet Renforcement de la "Santé Rurale" (MSAS - 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 potager pouvaient faire l'objet d'une intervention de la cellule.

.../...

BEST AVAILABLE

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 Conseil Sénégalais 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"

Demba TIAO/ N'BSH

PROJET VIVRES CONTRE TRAVAIL

Pour Le Projet "Santé"

CYRIL PERVILHAC
PRESIDENT / USAID
B.P. 222
Nouakchott Mauritanie

210 LINCOLN STREET
BOSTON, MASSACHUSETTS 02111