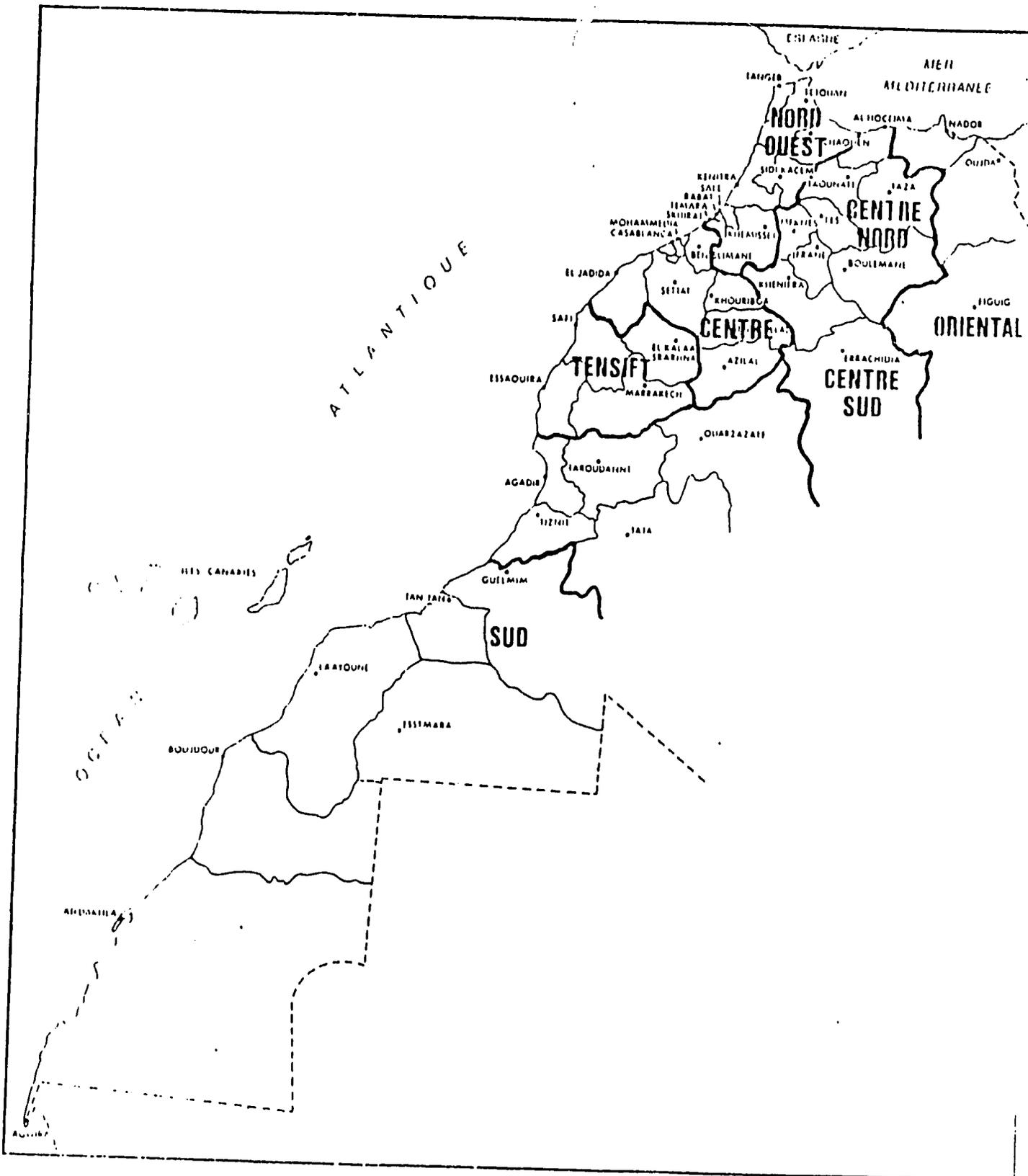


البرنامج الوطني لمحاربة الاسهال

Programme National de Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques

PLAN D'ACTION





ROYAUME DU MAROC

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES

PLAN D'ACTION 1990 - 1992

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Mars 1990.

TABLE DES MATIERES

	PAGES
1. DONNEES DE BASE.....	3
2. POLITIQUES DE SANTE ET INFRASTRUCTURE SANITAIRE DU PAYS.....	4
3. IMPORTANCE DES MALADIES DIARRHEIQUES ET RESUME DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE CES MALADIES	7
4. POLITIQUE DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES.....	8
5. OBJECTIFS DU PROGRAMME	10
6. STRATEGIES DU PROGRAMME	13
7. GRANDES LIGNES DU PROGRAMME POUR 1990-1992.....	14
8. ACTIVITES DU PROGRAMME POUR 1990-1992.....	15
8.1. Planification	15
8.2. Production et distribution de SRO	16
8.3. Mise en place des services de rehydratation	16
8.4. Formation	17
8.5. Communication	17
8.6. Allaitement maternel et sevrage	17
8.7. Suivi et evaluation	18
8.8. Recherche	18
9. ANNEXES	
9.1. Tableau de répartition de la population par province .. .	19
9.2. Plan de réaménagement de l'Unité de production de SRO . .	20
9.3. Distribution de la population des formations sanitaires et du personnel médical et paramédical par province..	21
9.4. Calcul de l'objectif spécifique de réduction de la mortalité	24
9.4bis Calcul des objectifs secondaires	26
9.5. Besoins estimés des SRO pour 1990-1992	28
9.6. Grandes lignes du Plan de formation	29
9.7. Plan de communication	30
9.8. Liste des indicateurs d'évaluation	31
9.9. Calendrier des activités 1990-1992	33
9.10. Budget du programme	35

2 - POLITIQUES DE SANTE ET INFRASTRUCTURE SANITAIRE DU PAYS

2.1. POLITIQUE DE SANTE :

La situation sanitaire quoique s'améliorant de façon notable, reste cependant greffée par la pathologie infectieuse, et se traduit par une mortalité encore relativement élevée. L'accès aux services reste encore difficile pour une partie de la population.

Des efforts importants ont été réalisés en matière de développement d'autres systèmes sanitaires ; en matière d'optimisation et de rationalisation des services de santé et, l'accent a été mis sur le renforcement de certaines actions sanitaires.

Tous les indices démographiques ont connu ces dernières années des changements dans le sens positif ;

La mortalité est en diminution constante, mais reste élevée par rapport aux moyens et capacités dont dispose le Maroc, et par rapport aux autres pays de même niveau socio-économique.

Cette mortalité est surtout très importante chez les enfants de bas âge (50 % de décès ont lieu avant 1 an). Celle-ci est intimement liée à la surveillance de la grossesse, aux conditions d'accouchement, aux maladies infectieuses et parasitaires dont les maladies diarrhéiques et respiratoires.

Réduire cette mortalité consisterait à mettre en oeuvre de façon structurée des programmes et autres activités en faveur de la mère et de l'enfant.

AGE	1 - 27 j	0 - 1 an	0 - 5 ans
quotient	41,1	73,3	102,2 %
Mortalité Infanto Juvenile			ENPS 87

2.2. INFRASTRUCTURE :

• Situation projetée en 1992 :

C S U •	:	556
C S R •	:	341
D R •	:	770
D R B •	:	611
H R •	:	52

Voir en annexe 9.3 : Tableau répartition/ province

• CSU : Centre Santé Urbain - CSR : Centre Santé Rural
DR : Dispensaire rural - DRB : Dispensaire Rural de Base
HR : Hopital régional -

• Distribution de la population autour des formations sanitaires existantes :

DISTANCE EN KM	- 3	3 - 6	6 - 10	+ 10
% POPULATION	38	20	21	21

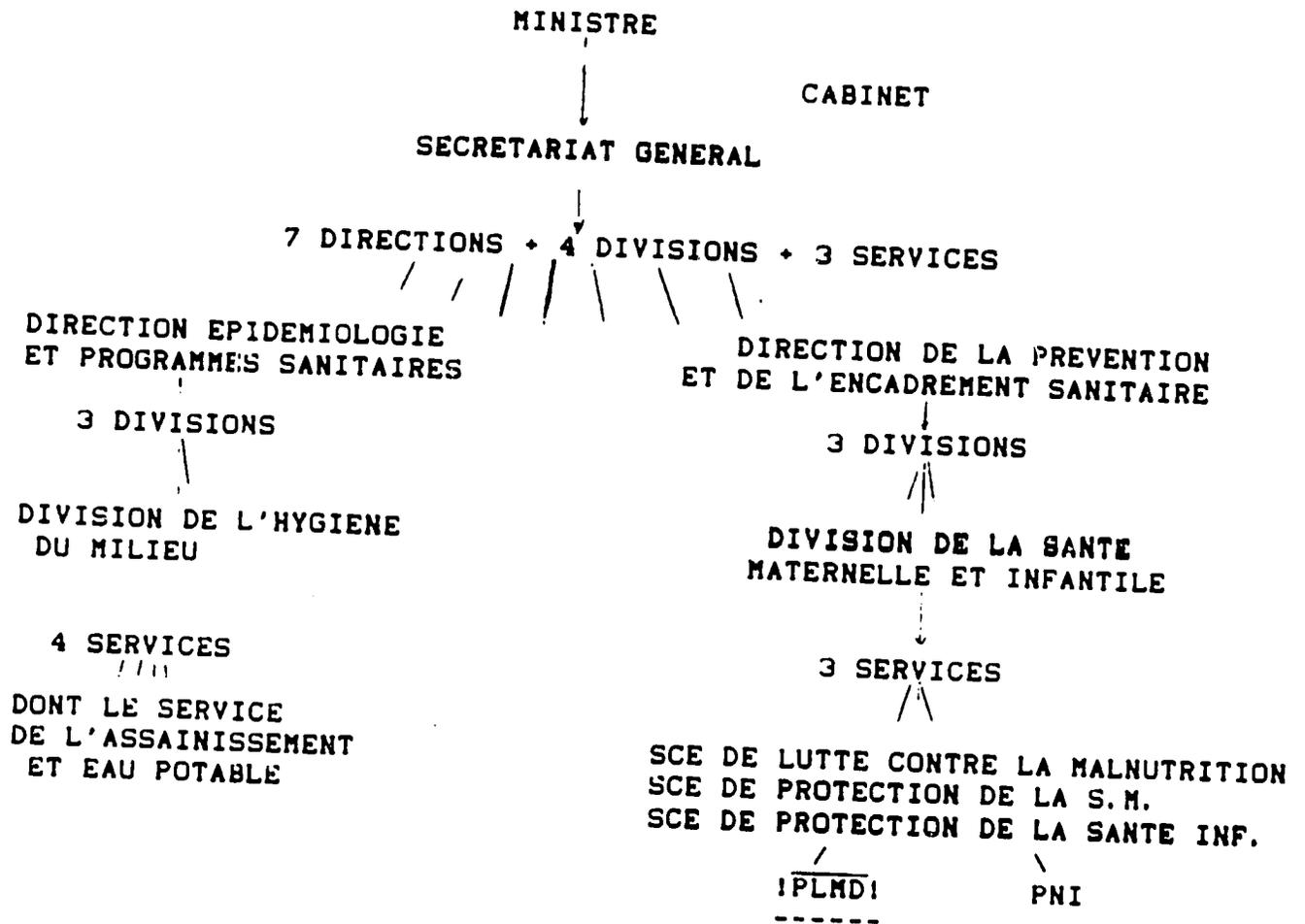
• Distribution de la population par mode de couverture sanitaire

MODE DE COUVERTURE	FIXE	V.A.D	P.C	E.M.	RESSOURCE LOCALE
POPULATION %	50	18	20	10	2

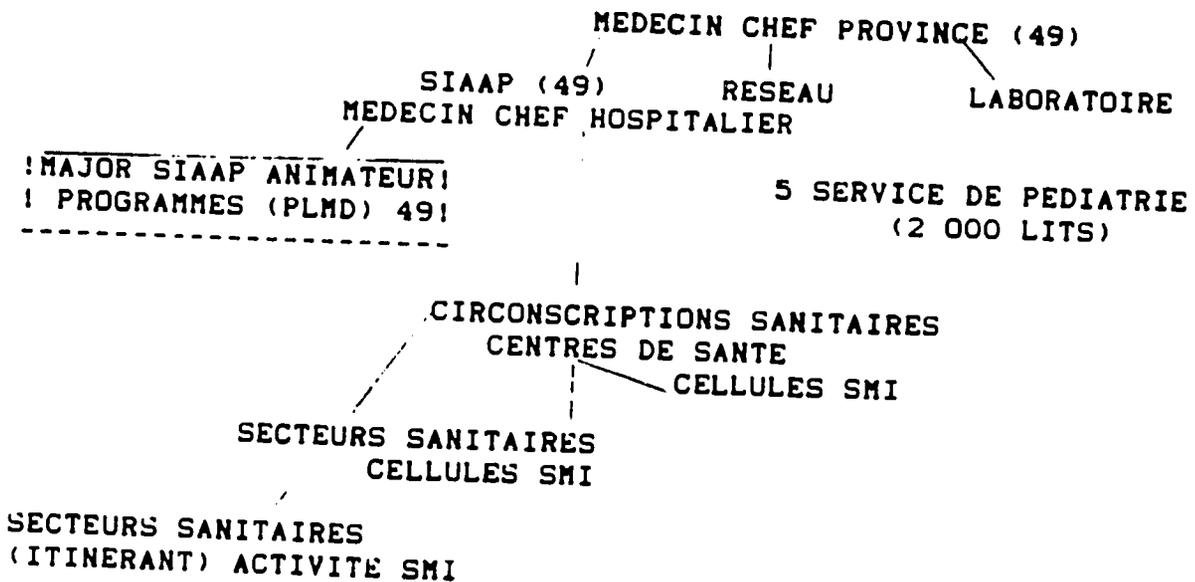
V.A.D. : Visite à domicile
P.C. : Point commun
E.M. : Equipe Mobile

2.3. ORGANIGRAMME :

AU NIVEAU CENTRAL



NIVEAU PERIPHERIQUE



3- IMPORTANCE DES MALADIES DIARRHEIQUES ET RESUME DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE CES MALADIES

Les maladies diarrhéiques aiguës restent un des problèmes de santé publique majeurs par l'importance de la mortalité et la morbidité qu'elles causent chez le nourrisson et les enfants de bas âge.

5 enquêtes opérationnelles faites de 1981 à 1988 montrent que :

- la mortalité associée à la diarrhée est de 25 à 45 % de la mortalité infanto-juvénile (1/3 de ces cas en moyenne)
- la fréquence des épisodes diarrhéiques varie de 3 à 7 par enfant et par an (4 épisodes/ en moyenne)

Après une étude préliminaire effectuée en 1979 et 1980 sur l'acceptabilité des SRO, leur efficacité dans le traitement de la déshydratation, et à la lumière des résultats positifs enregistrés, le PLMD a été élargi à toutes les provinces à partir de 1982.

1983 a vu le démarrage de l'Unité de production de SRO à Casablanca - mais la production n'a pas connu l'essor que tout le monde lui escomptait ; et ceci est dû aux raisons multiples :

- qualification insuffisante du personnel
- problèmes de maintenance des équipements
- problèmes de stockage des matières premières et produits finis
- problèmes de gestion

Actuellement un plan de rénovation et de réaménagement est en cours, avec affectation de personnel qualifié (Ingénieur) et résolution des problèmes de stockage (Voir annexe 9.2.).

1987 : a vu la restructuration du PLMD : affectation d'un médecin responsable et élargissement de staff central (4 techniciens supérieurs)

1988 : organisation d'une campagne nationale de grande envergure avec la participation de plusieurs départements, et ONG.

Cette campagne avait comme tâche de sensibiliser la population sur les dangers de la déshydratation, et promouvoir leurs connaissances en matière d'utilisation des SRO.

1989 : organisation d'une campagne sur la thérapie à domicile dans la province d'Azilal.

1989 : Campagne d'informations (1 semaine) médiatisée.

4 - POLITIQUE DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES (PLMD)

En Février 1990 de nouvelles orientations du Programme National de lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PN LMD) au Maroc ont été établis par un groupe des experts et responsables nationaux sous forme de la déclaration suivante :

- Les maladies diarrhéiques continuent à représenter un important problème de Santé Publique au Maroc et les mesures de lutte contre ces maladies figurent parmi les actions prioritaires dans le domaine de la santé .

Pour atteindre l'objectif de réduction de la mortalité due aux maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 3 ans une meilleure prise en charge des cas représente la principale stratégie.

- Pendant les années 1990-1992 le Programme LMD accordera la priorité à la prise en charge efficace des cas dans toutes les formations sanitaires, quelle que soit la stratégie de couverture, et à la promotion de la thérapie à domicile. Ces étapes nécessitent une relance de la production des SRO, avec mise en place d'un système de distribution aussi large que possible et des efforts en matière de formation clinique et en gestion.

- Les prestataires de SRO comprendront les formations sanitaires, et les pharmacies. Il est à identifier d'autres systèmes de prestation là où le système sanitaire n'existe pas, notamment parmi les accoucheuses traditionnelles, les épiceries (dans le cadre régime tabac), les départements sociaux.

- Les familles seront conseillées en matière de thérapie à domicile par le personnel des formations sanitaires.....

- Thérapie à domicile :

- Les membres de la famille peuvent administrer un traitement précoce à un enfant souffrant de diarrhée. Il faut faire boire l'enfant diarrhéique le plus possible et le plus souvent possible et ne pas arrêter l'alimentation.

- Les solutions à recommander pour le traitement à domicile sont : le lait maternel, l'eau, les infusions, les soupes à base de riz, ou à base d'autres céréales.

- En instruisant les membres de la famille, il faut surtout insister sur les erreurs à ne pas commettre (arrêt de tout apport liquidien ou alimentaire ; les liquides à ne pas donner : thé, boissons commerciales/sodas, petit lait).

- Il est important de poursuivre l'alimentation d'un enfant diarrhéique suivant les recommandations qui existent (la question de choix des aliments est à approfondir avec les nutritionnistes).

- Les membres de la famille doivent consulter en urgence hors du domicile si un enfant souffrant de diarrhée présente un ou plusieurs signes :

- selles profuses, aqueuses, très nombreuses
- selles sanglantes
- soif inhabituelle
- yeux enfoncés
- fièvre
- vomissements importants
- refus de boire et de manger
- état ne s'améliore plus ou semble s'aggraver.

Les familles doivent consulter pour traitement dans la formation sanitaire la plus proche de leur domicile ou auprès de l'agent de santé le plus proche.

Si une mère a déjà utilisé les SRO auparavant et en maîtrise la préparation, elle peut choisir d'acheter dans une pharmacie les sachets à utiliser à domicile.

- S R O

Les sachets de SRO seront d'1 litre de solution et indiqueront clairement "sels de réhydratation orale" en plus de la marque. Il faut donner les SRO à tout enfant diarrhéique se présentant à la formation sanitaire qui n'est pas gravement déshydraté (3 sachets par épisode diarrhéique).

Tout enfant diarrhéique qui manifeste des symptômes de déshydratation (nombreuses selles, soif inhabituelle, pli cutané, yeux enfoncés, etc...) doit être gardé pour démarrer une réhydratation localement (pendant 2-4 heures) jusqu'à la disparition des signes de déshydratation et donner des conseils pour la poursuivre à la maison. Les mères doivent apprendre comment mélanger et administrer la solution.

Quant au suivi de l'enfant malade :

- un enfant diarrhéique avec les signes de déshydratation qui fut réhydraté sur place doit être revu à la formation sanitaire le lendemain ;

un enfant diarrhéique sans signes de déshydratation doit être revu devant l'apparition d'un ou plusieurs signes de déshydratation.

Les sachets de SRO seront distribués gratuitement dans les formations sanitaires. Tous les enfants qui manifestent les signes de déshydratation grave seront orientés vers la thérapie intraveineuse.

- AUTRES MEDICAMENTS

- Limiter l'utilisation des antibiotiques aux cas suivants : shigelloses et cholera.
- Décourager l'utilisation de médicaments antidiarrhéiques.

- PREVENTION

Le programme ne doit pas se limiter au traitement par la réhydratation orale (TRO), mais doit comprendre les aspects de prévention. Pour contribuer efficacement à la promotion des mesures préventives (en premier lieu, de l'allaitement au sein et des pratiques adéquates de sevrage mais aussi à l'utilisation d'eau potable et de bonne hygiène personnelle et domestique) le Programme LMD doit compléter son action avec d'autres programmes, services et autres départements (Division de l'Assainissement et Eau potable).

5 - OBJECTIFS DU PLMD

5.1. LES OBJECTIFS GENERAUX

- Les objectifs généraux du programme sont :
- a) Réduire la mortalité due aux maladies diarrhéiques des jeunes enfants dans tout le pays.
 - b) Réduire la morbidité diarrhéique chez les jeunes enfants.

5.2. LES OBJECTIFS SPECIFIQUES

L'objectif spécifique de ce plan d'action est de réduire la mortalité due à la diarrhée parmi les enfants de moins de 3 ans de 37 % d'ici fin 1992. Le calcul détaillé de ce chiffre est présenté en annexe 9.4.

*Source : Plan quinquennal 1988-1992, chapitre "Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques"

Ce Plan d'Action qui est conçu pour les années 1990-1992 donne la priorité à la généralisation de la stratégie d'amélioration de la prise en charge des malades, en particulier de la réhydratation orale, ainsi que la promotion de l'allaitement maternel. Vu le caractère complémentaire du PLMD vis à vis la promotion de l'allaitement maternel, aucun objectif spécifique n'est formulé pour ce volet.

5.3. OBJECTIFS SECONDAIRES

Pour atteindre l'objectif spécifique sus-mentionné de la réduction de la mortalité due à la diarrhée, il faut assurer la réalisation des objectifs secondaires qui concernent l'accès et l'utilisation de la prise en charge efficace des cas.

ACCES

- 1- D'ici fin 1992, toutes les formations sanitaires du Maroc seront en mesure de réhydrater correctement les cas de diarrhée.
- 2- D'ici fin 1992, Tous les médecins et les infirmier(e)s des services de pédiatrie et de SMI, tous les médecins chefs des centres de santé et les infirmiers itinérants, ainsi que 27 % des médecins généralistes concernés recevront un recyclage pratique de prise en charge efficace des cas.
- 3- D'ici fin 1992, Tous les animateurs LMD et tous les majors de SIAAP seront formés en techniques de supervision LMD.
- 4- D'ici fin 1992, Tous les médecins chefs de SIAAP 32 % des médecins privés et 30 % des pharmaciens seront mis au jour sur la prise en charge efficace des cas.
- 5- D'ici fin 1992, 70 % de la population auront accès à la prise en charge efficace des cas dans les formations sanitaires.
- 6- D'ici fin 1992, 30 % des mères d'enfants de moins de 3 ans devront savoir à quel moment consulter.

UTILISATION

- 7- D'ici fin 1992, tous les cas de diarrhée se présentant aux formations sanitaires devront avoir été correctement évalués et avoir reçu une bonne thérapie de réhydratation (orale ou intraveineuse)
 - 8- D'ici fin 1992, 14 % de tous les cas de diarrhée et 20 % des cas de diarrhées ayant accès aux formations sanitaires devront recevoir des SRO.
 - 9- D'ici fin 1992, 50 % de tous les cas de diarrhées recevront une TRO
 - 10- D'ici fin 1992, 80 % de tous les cas de diarrhées devront augmenter leur absorption totale de liquide.
 - 11- D'ici fin 1992, 70 % de tous les cas de diarrhée devront recevoir une alimentation en quantité normale ou accrue.
- Pour la deuxième stratégie prioritaire qui intéresse ce Plan d'Action - la meilleure nutrition - les objectifs secondaires suivants sont à envisager :
- 12- D'ici fin 1992, Augmenter à 65 % dans les zones urbaines et à 90 % dans les zones rurales, la proportion des femmes poursuivant l'allaitement au sein exclusif pendant les 3 premiers mois.
 - 13- D'ici fin 1992, Augmenter à .70% dans les zones urbaines et à .80.% dans les zones rurales la proportion des femmes poursuivant l'allaitement au sein pendant les 6 premiers mois.

6 - STRATEGIES DU P L M D

Pour atteindre les objectifs généraux de réduction de la mortalité et de la morbidité - le PLMD a adopté 4 grandes stratégies: la prise en charge efficace des malades, la meilleure nutrition, l'utilisation d'eau potable et la bonne hygiène personnelle et domestique.

6.1. LA PRISE EN CHARGE EFFICACE DES CAS : est la stratégie principale pour prévenir et traiter rapidement la déshydratation et donc de prévenir les décès. Elle concerne les interventions suivantes : la thérapie de Réhydratation Orale utilisant la solution de SRO pour traiter ou prévenir la déshydratation, la poursuite de l'alimentation pendant la diarrhée, la thérapie intraveineuse pour une déshydratation grave et la thérapie sélective par antibiotique.

On estime qu'une thérapie par réhydratation orale (TRO) bien faite peut prévenir 67 % des décès par diarrhée, et une prise en charge efficace des cas peut prévenir environ 90 % de tous les décès dus à la diarrhée. En outre, la poursuite de l'alimentation améliore l'état nutritionnel et la thérapie par antibiotique traite la dysentérie et le choléra prévenant ainsi des décès supplémentaires.

La prévention de la déshydratation commence à domicile où les mères et autres membres de famille doivent assurer un apport hydrique à l'enfant diarrhéique (voir "Politique du PNLMD" P.8). Dans les formations sanitaires les agents de santé doivent savoir faire le diagnostic de la déshydratation et assurer une administration adéquate des SRO qui sont capables tous seules de restaurer l'équilibre de l'eau et des électrolytes (assurer une réhydratation) dans la majorité écrasante (90 % et plus) des cas

La contribution de la prise en charge des cas de diarrhée à l'ensemble des soins de santé primaires est importante, elle y gagne en crédibilité.

Lorsqu'une mère voit la diarrhée de son enfant bien traitée, elle devient plus réceptive aux conseils sur d'autres mesures à prendre pour conserver et améliorer la santé de ses enfants.

7.2. MEILLEURE NUTRITION

Cette stratégie visant à la prévention de la diarrhée concerne deux interventions : l'allaitement au sein (exclusivement pendant 4-6 mois et poursuite pendant 1 an) et les pratiques de sevrage améliorées.

7.3. UTILISATION D'EAU POTABLE

Cette stratégie relative à la prévention de la diarrhée comporte deux interventions : faire provision de beaucoup d'eau de la source la plus propre et protéger l'eau de la contamination tant à la source, qu'à la maison.

7.4. BONNE HYGIENE PERSONNELLE ET DOMESTIQUE

Pour cette stratégie, qui est également préventive comme les deux précédentes, il s'agit de promouvoir le lavage des mains après la défécation et avant de traiter la nourriture ou alimenter les enfants, l'utilisation des latrines, l'élimination hygiénique des selles de bébés.

Pendant les années 1990-1992, qui sont ciblées dans ce Plan d'Action, le Programme LMD accordera l'importance prioritaire à deux premières stratégies - la prise en charge efficace des cas et la meilleure nutrition.

Il est à noter que si le Programme LMD reste la principale partie prenante pour le traitement des diarrhées et l'éducation permettant un traitement à domicile, il n'est qu'un collaborateur supplémentaire quand il s'agit d'autres stratégies. Notamment, en matière d'allaitement maternel, il doit collaborer étroitement avec le Programme de lutte contre la Malnutrition.

7 - LES GRANDES LIGNES DU PLMD 1990 - 1992

1- Selon la nouvelle orientation du PLMD (voir ch 4 "Politique du PN LMD") pendant les années 1990-1992, une série d'activités destinées à l'amélioration de la prise en charge des cas sera poursuivie.

Notamment : Pour assurer la prise en charge efficace des cas dans toutes les formations sanitaires publiques et privées - les activités du programme seront centrées sur la formation du personnel (clinique et en techniques de gestion), ainsi que sur l'amélioration d'approvisionnement en SRO (relancement de la collaboration avec le secteur privé de production, perfectionnement du système de distribution des SRO aux formations sanitaires).

2- Pour promouvoir la thérapie adéquate à domicile le Programme accordera également la priorité à l'éducation de la population en matière de thérapie à domicile par les mass média, par les organisations sociales et par le personnel de santé (une communication interpersonnelle).

En ce qui concerne la promotion de l'allaitement maternel et des pratiques de sevrage appropriées les activités conjointes du Programme LMD et du Service LM se porteront sur la formation du personnel de santé (essentiellement du personnel de terrain), sur la collaboration avec les organisations non gouvernementales sur les recherches des facteurs qui interviennent dans l'allaitement et sur les attitudes et le comportement des femmes en matière d'allaitement, en envisageant, si nécessaire, des actions de communication par l'intermédiaire des mass-média.

8 - LES ACTIVITES DU PLMD POUR 1990-1992

Cette section présente les principales activités qui sont à exécuter d'ici fin 1992 pour atteindre les objectifs fixés par le PLMD. Ces activités sont groupées en six catégories de gestion : Planification, Production et distribution de SRO, Mise en place des services de réhydratation, Formation, Communication et Education pour la santé, suivi et Evaluation, Recherche.

8.1. PLANIFICATION

- Elaborer une politique nationale du PLMD en matière de prise en charge efficace des cas et de prévention de la diarrhée (Février 1990).
- Préparer un Plan d'Action LMD 1990-1992 contenant des objectifs fixés en fonction des activités à réaliser, des stratégies, un plan de formation, un plan de communication, des indicateurs opérationnels à l'intention d'évaluation, un calendrier d'activités, un budget (mars 90) (voir annexe 9.9.)
- Les plans provinciaux seront initiés pendant la formation en techniques de supervision des responsables LMD provinciaux et finalisés ultérieurement en collaboration avec l'équipe centrale LMD (Fin 1990).
- Le Plan d'Action sera discuté avec les organismes internationaux dont la collaboration technique et financière sera sollicitée (UNICEF, OMS, USAID) (Mars-Avril 1990)
- Assurer la répartition des tâches (distribution de SRO, supervision, formation, communication, évaluation) au sein de l'équipe centrale LMD (Avril 1990).

• Centres socio-éducatifs, foyers féminins, ligue de protection de l'enfance, union marocaine des femmes, association des vulgarisatrices agricoles.

- Déterminer l'action à envisager pour bannir l'utilisation des médicaments antidiarrhéiques (Avril 1990)

8.2. PRODUCTION ET DISTRIBUTION DE SRO :

- Elaborer un plan détaillé visant à réaménager et à relancer l'Unité du Ministère de la Santé Publique de production de SRO (voir annexe 9.2).

- Etablir des estimations nationales des besoins en SRO pour les années 1990-1992 (voir annexe 9.5.). Assurer la production et/ou l'importation des quantités nécessaires des SRO (action continue).

- Améliorer le système de distribution de SRO et assurer la rétro-information par les provinces à l'intention du calcul des besoins futurs basé sur l'utilisation réelle des SRO (d'ici fin 1990).

- Encourager la production des SRO par le secteur privé local (action continue).

8.3. MISE EN PLACE DES SERVICES DE REHYDRATATION ET DE FORMATION AU TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE

Comme il a été déjà mentionné (voir chap. "Politique du PLMD") un des objectifs principaux du programme est d'assurer qu'une prise en charge efficace soit assurée à tous les enfants diarrhéiques se présentant aux formations sanitaires. Ceci implique que toutes les formations sanitaires, y compris les centres de santé et les dispensaires d'ici fin 1992, deviennent capables d'assurer une réhydratation correcte sur place aux enfants déshydratés et de donner des conseils appropriés aux mères concernant le suivi des malades.

Dans ce but, il est prévu de créer, d'abord au sein des services pédiatriques des CHU de Rabat et de Casablanca deux Unités de Formation au Traitement de la Diarrhée (UFTD), y recycler des pédiatres des 6 hopitaux régionaux et de 14 hopitaux provinciaux, qui à leur tour établiront les mêmes Unités au sein de leurs services respectifs. Ces unités de niveau régional et provincial serviront pour assurer des stages pratiques aux pédiatres et aux médecins généralistes d'autres hopitaux provinciaux, ainsi qu'aux étudiants des écoles d'infirmiers.

Les UFTD de Rabat et de Casablanca assureront également des stages pratiques individuels et supervisés en traitement de la diarrhée aux étudiants de médecine.

Eventuellement, des UFTD de niveau moyen seront établies dans les autres 29 hopitaux provinciaux à l'intention de servir au recyclage du personnel des centres de santé et des dispensaires.

Il est prévu de créer d'ici fin 1992 des "coins de réhydratation" dans tous les centres de santé et les dispensaires du pays.

8.4. FORMATION

Deux catégories de formation et de recyclage sont prévues : des stages pratiques pour le personnel curatif impliqué dans le traitement de la diarrhée et des cours en techniques de supervision pour les responsables LMD de niveau provincial.

Des journées d'information et de mise à jour en LMD seront assurées aux Médecins Chefs des provinces, aux médecins privés et aux pharmaciens.

Un plan détaillé de formation est présenté en Annexe 9.6.

8.5. COMMUNICATION ET EDUCATION POUR LA SANTE

Un plan détaillé de communication sera établi par l'équipe centrale LMD en collaboration avec des spécialistes en communication, suivant les grandes qui sont présentées dans l'annexe 9.7. (Juin 1990)

8.6. ALLAITEMENT MATERNEL ET SEVRAGE

Ces activités viseront à décourager l'utilisation des biberons durant le 1er trimestre de la vie de l'enfant, à promouvoir un allaitement de qualité (bonne conduite de l'allaitement, fréquence des tétées, mise au sein dès la naissance, etc...) à retarder la diversification alimentaire au 4-5 ème mois, à assurer un sevrage progressif et approprié, à prolonger l'allaitement maternel, le plus longtemps possible (au moins jusqu'au 12 mois) tout en complétant l'alimentation de l'enfant à partir de 4-5 ème mois.

Le Programme LMD en collaboration avec le S. L. C. M. contribuera à la formation du personnel de terrain, à la collaboration avec les organismes non gouvernementaux, à la recherche opérationnelle (l'analyse de la situation) et, le cas échéant, aux actions de communication.

8.7. SUIVI ET EVALUATION

Une supervision soigneuse du personnel de niveau d'exécution est nécessaire pour assurer l'administration correcte des SRO. Cette responsabilité, incombe tant à l'équipe LMD centrale qu'aux responsables provinciaux.

Des listes de contrôle à l'intention des superviseurs des activités LMD seront élaborées par l'équipe centrale (Octobre 1990).

La liste des indicateurs principaux à l'intention d'évaluer le progrès du Programme est présentée dans l'Annexe 9.8..

La collecte des données sera effectuée par la surveillance de routine, ainsi que par deux enquêtes opérationnelles.

Pour évaluer les résultats de la campagne SRO 1988 - une enquête CAP sera effectuée utilisant le nouveau protocole de l'OMS permettant une évaluation plus précise de la qualité d'application de la TRO à domicile (Sept. - Oct. 1990). Les résultats de cette enquête serviront dans l'immédiat à la préparation des exercices pratiques pour le cours en techniques de supervision à l'intention des responsables LMD régionaux et provinciaux. (Nov. 1990)

Ces résultats serviront également de base pour évaluer le progrès qui aura été acquis à la suite de l'exécution de ce Plan d'Action.

Une autre enquête sera effectuée au sein des formations sanitaires pour évaluer les résultats du recyclage du personnel clinique (Sept. 1991). Le protocole de l'OMS qui a été récemment conçu et testé spécialement pour ce genre d'enquêtes, pourra être utilisé.

Une étude ou une participation sur la mortalité et les circonstances de décès dans les zones rurales éloignées est souhaitée (1991).

Examen complet du programme sera effectué à la fin de l'année 1992 et servira de base pour une nouvelle programmation couvrant la période 1993-1994.

8.8. RECHERCHE

Deux études opérationnelles sont envisagées : évaluer l'expérience des dépositaires des SRO et faire une étude comparative sur le coût-efficacité des SRO et autres médicaments d'usage commun dans le traitement des diarrhées.

Le PLMD aurait intérêt de participer à une étude, qui serait effectuée par le S.L.M.C. sur l'évaluation d'adéquation du support de l'allaitement maternel dans les hôpitaux.

Le calendrier des activités LMD pour les années 1990-1992 est présenté dans l'Annexe 9.9.

REPARTITION DE LA POPULATION PAR PROVINCES ET PAR MILIEU
POUR L'ANNEE 1990 (en Milliers)

PROVINCES ET PREFECTURES	MILIEU URBAIN	MILIEU RURAL	T O T A L
AGADIR	395	384	779
ALHOCEIMA	94	275	369
AZILAL	38	387	425
BENI MELLAL	592	514	1106
BEN M'SIK S.O	848	85	933
BEN SLIMANE	46	157	203
BOUJDOUR	5	5	10
BOULEMANE	22	132	154
CASA ANFA	1073	---	1073
CHEFCHAOUEN	34	329	363
*D.S. EL FIDA			0
EL JADIDA	200	721	921
EL KELAA	125	557	682
ERRACHIDIA	90	411	501
ESSAOUIRA	60	376	436
ES-SMARA	22	2	24
FES	682	330	1012
FIGUIG	46	67	113
GUELMIME	77	88	165
H. H. AIN CHOCK	347	81	428
H. M. AIN SEBAA	566	---	566
IFRANE	57	60	117
KENITRA	407	498	905
KHMISSET	177	294	471
KHENIFRA	188	251	439
KHOURIBGA	340	199	539
LAAYOUNE	120	19	139
*LARACHE			0
MARRAKECH	577	940	1517
MOHAMMADIA Z.	139	71	210
MEKNES	464	286	750
NADOR	192	583	775
OUARZAZATE	70	575	645
OUED EDDAHAB	23	3	26
OUJDA	644	318	962
RABAT	662	---	662
SAFI	371	474	845
SALE	465	143	608
SETTAT	190	604	794
SIDI KACEM	168	435	603
SKHIRAT-TEMARA	76	126	202
TANGER	395	159	554
TAN TAN	51	6	57
TAOUNATE	35	572	607
TAROUDANT	83	575	658
TATA	4	107	111
TAZA	143	572	715
TETOUAN	476	380	856
TIZNIT	55	323	378
TOTAL	11734	13474	25208

Source : annuaire statistique
du M. S. P. 1989 (SEIS)

* D.S. El fida avec Casa Anfa
* Larache avec Tetouan

PLAN DE REAMENAGEMENT ET EXTENSION DE L'UNITE DE PRODUCTION DE S.R.O

CALENDRIER DES ACTIVITES P.L.M.D

	Jan	Fev	Mars	Avr	Mai	Juin	Jt	Aout	Sep	Oct	Nov	Dec
I-ACTIVITES												
1-Elaboration du contrat entre l'architecte et le MSP.Approbation du projet	(---)											
2-Ets avant projet selon modele preconise par l'UNICEF		(---)										
3-Preparation du dossier administratif pour l'autorisation de l'extension		(---)										
4-Elaboration de contrat entre l'architecte MSP et l'UNICEF				(-)								
5-Approbation et signation du contrat. projet CPS avec l'architecte					(---)							
6-Depot du dossier pour l'autorisation					(---)							
7-Approbation CSP par MSP/UNICEF						(---)						
8-Lancement de l'appel d'offre des travaux						(-)						
9-Selection de l'entrepreneur							(---)					
10-Approbation de l'entrepreneur							(---)					
11-Notification du debat de travaux a l'entrepreneur							(---)					
12-Debat des travaux								(---)				
13-Reception provisoire												
II-RECRUTEMENT DE L'INGINIEUR POUR LA MAINTENANCE DES MACHINE	(---)	(---)	(---)	(---)	(---)	(---)	(---)	(---)	(---)	(---)	(---)	(---)
III-REPARATION DES MACHINES												(---)

INFRASTRUCTURE ANITAIRE DES PROVINCES

1988

PROVINCE	ME	D	U	S	M	D	R	B	D	R	U	R	HR	ET	FR	AN											
AGADEZ	27	1	1	3	0	16	14	7	0	20	15															324	
AL HACHEMIA	17	2	1	1	0	3	16	7	0	40	74															8	
AZILAL	12	2	0	0	0	21	9	8	3	53	0															58	
BEHT MELLAL	17	4	5	1	27	18	3	3	74	7																209	
BEN MANSOUR S. HITHMANE	17	4	7	0	0	2	1	0	5	0																86	
BENSLIMANE	5	2	2	0	0	8	3	0	21	0																137	
BHOUJDIR	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0																10	
BHULMANE	11	0	0	7	13	18	3	2	32	0																126	
CASA ANFA	14	12	9	0	0	2	1	0	3	0																70	
CHEFOUAMEN	11	1	1	0	7	20	8	1	40	10																752	
DEBB SULTANE EL FIDA	11	14	8	0	0	0	0	0	58	100																41	
EL TAJIDA	17	6	2	2	0	24	7	0	60	40																0	
EL KELAA	12	1	1	2	4	10	6	0	66	16																105	
ERRACHIDIA	71	4	4	4	23	26	1	1	27	54																400	
ESSAOUIRA	22	3	1	0	1	25	5	0	30	29																353	
FR. SMARA																											17
FES	72	11	3	0	6	23	5	1	38	61																187	
FISNIG	6								20	10																	86
GUELMEH	2	2	0	1	22	6	2	1	0	14																	50
HAY HASSANI AIN CHOUK	12	2	7	0	0	3	0	0	0	0																	
HAY M. HAMMEDI AIN SEBA	12	12	4	0					0	22																	
IFRANE	10	1	1	0	5	6	3	0	16	10																	4
KENITRA	13	12	7	0	15	20	0	0	51	50																	577
KHEMISSET	24	3	3	1	2	23	8	0	41	57																	0
KHENIFRA	18	4	2	0	15	17	0	1	47	21																	367
KHOURIRGA		1	3	1	6	18	2	1	33	11																	0
LAAYOUNE	11	0	3	0	2	6	2	0	1	22																	61
LARACHE	17	6	4	0	2	6	4	0	34	40																	0
MARRAKEH	47	21	3	4	0	51	8	1	57	161																	1232
MUHAMMEDIYA ZENATA	7	4	1	0	0	1	1	0	6	20																	31
MENING	14	21	7	0	4	19	7	7	45	45																	211
NATIP	10	4	2	0	0		2	0	46	60																	766
OUARZAZATE	16	2	1	0	13	20	0	3	45	12																	190
OUED EDDAHAB	2	0	7	0	0	0	0	0	0	6																	8
OUJDA	28	16	3	4	2	26	1	0	11	57																	170
SABAT	21	21	7	0	0	0	0	0	18	297																	11
SAGI	16	12	2	1	0	37	4	0	31	64																	0
SALE	2	2	3	0	0	5	1	0	32	17																	0
SEPTAT	35	2	3	3	10	16	0	2	57	27																	41
SIDI KACEM	17	8	7	0	10	15	5	0	33	29																	706
SKHIRAT TEMARA	54	3	0	3	1	7	3	0	11	0																	0
TANGER	15	11	3	2	0	7	2	0	15	39																	266
TAN TAN	0	3	1	0	4	0	0	0	0	20																	14
TAMINATE	17	1	0	1	3	30	6	5	51	0																	57
TAPUDANI	12	1	2	0	2	10	5	2	24	21																	22
TATA	4	0	0	0	13	6	6	1	13	0																	0
TATA	29	7	2	0	3	22	0	1	34	29																	0
TEHMAN	15	2	4	0	1	7	4	0	15	46																	0
TEZHIT	10	7	3	3	47	26	4	1	56	71																	206
TOTAL	157	273	122	17	246	623	158	35	1479	176																	4056

REPARTITION DU PERSONNEL MEDICAL
PAR PROVINCE ET PREFECTURE (Situation 1988)

PROVINCES ET PREFECTURES	GENERALISTES	PEDIATRES	TOTAL
AGADIR	31	1	32
ALHOCEIMA	16	0	16
AZILAL	11	0	11
BENI MELLAL	40	0	40
BEN M'SIK S.O	15	1	16
BEN SLIMANE	12	0	12
BOUJDOUR	2	0	2
BOULEMANE	8	0	8
**CASA ANFA	148	22	170
CHEFCHAOUEN	15	1	16
D. S. EL FIDA	19	3	22
EL JADIDA	29	3	32
EL KELAA	16	0	16
ERRACHIDIA	25	0	25
ESSAOUIRA	19	0	19
ES-SMARA		0	0
FES	33	2	35
FIGUIG	5	0	5
GUELMIME	3	0	3
H. H. AIN CHOCK	17	1	18
H. M. AIN SEBAA	11	1	12
IFRANE	8	0	8
KENITRA	32	2	34
KHMISSET	26	1	27
KHENIFRA	30	0	30
KHOURIBGA	20	0	20
LAAYOUNE	9	0	9
LARACHE	15	2	17
MARRAKECH	45	2	47
MOHAMMADIA 2.	14	1	15
MEKNES	43	1	44
NADOR	20	1	21
OUARZAZATE	22	1	23
OUED EDDAHAB	3	0	3
OUJDA	28	0	28
*RABAT	313	47	360
SAFI	23	1	24
SALE	27	2	29
SETTAT	26	2	28
SIDI KACEM	23	0	23
SKHIRAT-TEHARA	5	0	5
TANGER	22	3	25
TAN TAN	2	0	2
TAOUNATE	13	0	13
TAROUDANT	13	0	13
TATA	5	0	5
TAZA	29	0	29
TETOUAN	21	1	22
TIZNIT	12	0	12
TOTAL	1324	102	1426

Source : annuaire statistique
du M. S. P. 1989 (SEIS)

** Dont CHU de Casa
* Dont CHU de Rabat

REPARTITION DU PERSONNEL PARAMEDICAL PAR CATEGORIE
ET PAR PROVINCE ET PREFECTURE (Situation 1988)

PROVINCES ET PREFECTURES	ASDESP	ASDES	ASDE	ASB	A. SANI.	TOTAL
AGADIR	34	17	243	366	4	664
ALHOCEIMA	7	4	105	167	0	283
AZILAL	2	2	44	163	0	211
BENI MELLAL	25	8	207	401	3	644
BEN M'SIK S.O	1	3	53	116	4	177
BEN SLIMANE	2	1	28	68	0	99
BOUJDOUR	0	0	7	14	0	21
BOULEMANE	0	3	36	106	0	145
*CASA ANFA	19	24	581	1016	3	1643
CHEFCHAOUEN	1	3	55	102	2	163
D.S. EL FIDA	4	3	66	162	2	237
EL JADIDA	9	3	125	507	1	645
EL KELAA	8	6	95	248	0	357
ERRACHIDIA	9	7	134	265	2	417
ESSAOUIRA	3	4	113	341	3	464
ES-SMARA						0
FES	26	14	393	602	6	1041
FIGUIG	0	3	28	72	0	103
GUELMIME	1	0	23	45	2	71
H. H. AIN CHOCK	3	4	38	87	5	137
H. M. AIN SEBAA	4	1	68	171	6	250
IFRANE	1	3	62	94	0	160
KENITRA	23	8	203	454	10	698
KHMISSET	4	8	112	219	0	343
KHENIFRA	6	6	156	235	0	403
KHOURIBGA	9	5	86	284	1	385
LAAYOUNE	9	3	71	186	2	271
LARACHE	8	3	82	151	1	245
MARRAKECH	42	8	501	781	4	1336
MOHAMMADIA 2.	2	4	45	100	2	153
MEKNES	30	28	445	589	5	1097
NADOR	9	6	138	237	0	390
OUARZAZATE	6	4	105	270	1	386
OUED EDDAHAB	0	2	14	24	0	40
OIJDA	17	22	324	648	4	1015
*RABAT	108	135	1215	1355	19	2832
SAFI	15	8	154	531	0	708
SALE	8	10	93	172	3	286
SETTAT	16	5	112	466	14	613
SIDI KACEM	2	7	84	183	0	276
SKHIRAT-TEMARA	0	3	25	39	0	67
TANGER	5	16	146	266	0	433
TAN TAN	0	1	22	47	0	70
TAOUNATE	3	1	65	132	0	201
TAROUDANT	11	3	75	220	9	318
TATA	1	0	15	46	0	62
TAZA	10	10	156	303	6	485
TETOUAN	10	8	222	254	1	495
TIZNIT	6	7	73	179	4	269
TOTAL	519	434	7243	13484	129	21809

Source : annuaire statistique
du M. S. P. 1989 (SEIS)** Dont CHU de Casa
* Dont CHU de Rabat

CALCUL DE L'OBJECTIF DE REDUCTION DE LA MORTALITE

- 1- Les données disponibles indiquent que la mortalité due à la diarrhée parmi les enfants âgés de moins de 3 ans peut être estimée à 25 pour 1 000 (un tiers du taux brut de mortalité pour cette tranche d'âge).
- 2- Le nombre d'enfants âgés de moins de 3 ans est estimé en 1990 à 1 370 000 ; le nombre des décès dus à la diarrhée parmi ces enfants serait environ 60 000.
- 3- Avec le taux d'accroissement de 2,6 %, la mortalité diarrhéique serait 63 200 décès à la fin de l'année 1992 si les mesures efficaces de lutte ne seront pas utilisées.
- 4- Chaque enfant de moins de 3 ans a subi en moyenne 4 épisodes diarrhéiques par an ; donc le nombre global des épisodes diarrhéiques parmi ces enfants peut être estimé en 1990 à 9 480 000 est le taux de létalité * peut être estimé à 0,63 %
- 5- On peut admettre que le taux d'accessibilité aux formations sanitaires à la fin de l'année 1992 sera environ 70 % et que toutes les formations sanitaires seront capables d'assurer une TRO efficace de tous les cas de diarrhée qui s'y présenteront ; pour la population ayant accès aux formations sanitaires, on peut estimer qu'au moins 80 % des cas qui doivent être consultés hors du domicile se présentant aux formations sanitaires, ce qui signifierait par rapport à toute la population cible un taux d'utilisation efficace des SRO de 56 %*.*.
- 6- On estime que les SRO permettent de prévenir deux tiers des décès (67 %) dus à la diarrhée aigue .
Donc, la promotion et l'utilisation efficace de cette thérapie, permettrait d'éviter en 1992 : 23 600 décès ce qui représente 37 % de réduction de la mortalité diarrhéique parmi les enfants de moins de 3 ans ou 9 % (25 % x 0,37) de réduction du taux de mortalité qui est due à la diarrhée.
- 7- Le taux de mortalité diarrhéique serait réduit à 16 (pour 1000)*.*.* et le*.*.*.* taux de létalité due à la diarrhée serait réduit à 0,4%

•	Total DD	*** 39600 décès dus à la diarrhée
TL =	----- x 100	-----x100
	Total ED	2495000 enfants 0-2 ans
••TUE =	TA x T accès (80 % x 70%)	*** 39600 décès en 1992 x 100%

		2495000 enfants 0-2ansx4 ép/enf/an

Il est à noter que la promotion de l'approche TR0 à domicile permettra de réduire la mortalité due à la diarrhée encore plus substantiellement.

Pourtant, il est difficile de faire à priori une estimation adéquate à l'égard de la réduction de cette mortalité.

L'OBJECTIF SECONDAIRE :

- 1- A présent les SRO sont utilisés dans toutes les formations sanitaires du pays. A la suite d'un recyclage pratique, de tout le personnel curatif concerné, on peut anticiper en 1992 une utilisation correcte des SRO dans toutes les formations sanitaires.
- 2- Voir plan de formation dans l'annexe 9.6.
- 3- Idem
- 4- Idem
- 5- En 1990, 70 % de la population cible est estimée d'avoir accès à une formation sanitaire. Il est anticipé qu'il n'y aura pas de changements significatifs de ce taux vers 1992. Grace à l'effort de formation, la prise en charge efficace deviendra accessible à toute cette population.
- 6- Ce message est expliqué en détail dans la "Politique du PLMD" et sera passé en priorité aux mères.
- 7- Cet objectif ressort du plan de formation.
- 8- Selon une enquête (ENPS 1987) le taux d'utilisation des SRO ainsi que le taux de consultation des services de santé pour les enfants diarrhéiques sont environ 15 %. On peut anticiper qu'un effort de formation et de communication amènera ce chiffre à 20 %, ce qui pourrait représenter un besoin plus ou moins réel d'utilisation des SRO (l'ensemble des cas déshydratés et des cas non déshydratés amenés par la mère en consultation). Ce taux ne s'applique qu'à la population ayant accès aux formations sanitaires. Par rapport à toute la population, dont le taux d'accès est estimé à 70 %, le taux d'utilisation peut être estimé à 14 % (0,7 x 0,2).
- 9- La même enquête (ENPS 1987) a montré que 51 % des mères utilisent TRO. La qualité de cette utilisation de TRO peut être améliorée. On peut anticiper que les activités de formation permettront d'assurer une bonne application de l'approche TRO par ces mères d'ici fin 1992.

10- Même raisonnement que pour l'objectif N° 6.

11- Idem

12-13- Ces estimations sont basées sur les données statistiques suivantes du Maroc : dans les zones urbaines 53 % des femmes et dans les zones rurales 90 % des femmes poursuivent l'allaitement au sein exclusif pendant les premiers 3 mois ;

ESTIMATION DES BESOINS EN SRO POUR LES ANNEES 1990-1991-1992

ANNEES	POPULATION 0 - 2 ans (9.4 %)	NOMBRE D'EPISODES DIARRHEIQUES (4 Episodes par an)	NOMBRE DES CAS A TRAITER AVEC SRO* (2) x Taux d'accessibilite x Taux d'utili- sation	NOMBRE DE SACHETS SRO NECESSAIRES (3 sachets par episode) POUR TRAITER LES ENFANTS 0 - 2 ANS	NOMBRE DE SACHETS SRO NECESSAIRES (2 sachets par episode) POUR TRAITER LES MALADES AGES DE PLUS DE 2 ANS Y COM- PRIS LE STOCK DE RESERVE, GASPIL- LAGE, Etc... (30 % du (4))	NOMBRE GLOBAL DES SACHETS SRO NECES- SAIRES (14) + (5) (6)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1990	2370000	9480000	995000	2985000	896000	3 881 000
1991	2432000	9728000	1158000	3473000	1042000	4 515 000
1992	2495000	9980000	1397000	4191000	1257000	5 448 000

* : Base sur le Taux d'accessibilite aux formations sanitaires estime a 70 % et le Taux d'utilisation des SRO estimees a 15 % en 1990 (Enquete ENPS 1987) a 17 % en 1991 et a 20% en 1992

PLANIFICATION DE LA FORMATION ET DE RECYCLAGE DU PERSONNEL DE SANTE

MAROC 1990 - 1992

CATEGORIE DE PERSONNEL A FORMER	NOMBRE ACTUEL NECESSITANT UNE FORMATION	TYPE DE FORMATION NECESSAIRE	NOMBRE ACTUELEMENT FORME	NOMBRE NECESSITANT ETRE FORME	METHODE(S) DE FORMATION A UTILISER	NOMBRE DE COURS/ SEMINAIRE PAR COURS/ SEMINAIRE	NOMBRE DE COURS/ SEMINAIRES DE FORMATION A ORGANISER	LIEUX OU DEVAIT SE DEROULER LA FORMATION	SOURCES DE FINANCEMENT	OBJECTIF SECONDAIRE
PEDIATRES FORMATEURS	20	R.P.	0	20	P.S.	6 - 7	3	C.H.U.	MSP/DMS	100 %
MEDECIN RESPONSABLE Sce Pediat.	27	R.P.	0	27	P.S.	2 - 3	10	U.F.T.D. Provincial	MSP/DMS	100 %
AUTRES MEDECINS	1100	R.P.	0	300	P.S.	3 - 4	5 - 6/Pce	U.F.T.D. Provincial	MSP/OI	27 %
MEDECINS CHEF DE CS	333	R.P.	0	333	P.S.	1 - 2	6 - 7/Pce	U.F.T.D. Provincial	MSP/OI	100 %
INFIRMIER(E) Sce Pediat.	--	R.P.	0	Tous	P.S.	1 - 2	5/Pce	U.F.T.D. Provincial	MSP/OI	100 %
INFIRMIER(E) SMI	3000	R.P.	0	3000	P.S.	1 - 2	60/Pce	C.S.	MSP/OI	100 %
ITINERANTS	1447	R.P.	0	Tous	P.S.	1 - 2	30/Pce	C.S.	MSP/OI	100 %
ANIMATEUR LMD	49	T.S.	0	49	C.M.	--	1	National	MSP/DMS	100 %
MAJOR DE SIAPP	49	T.S.	0	49	C.M.	--	1	National	MSP/DMS	100 %
MEDECIN CHEF SIAPP	49	C.G.	0	49	C.M.	--	1	National	MSP/OI	100 %
MAJOR DE CS	333	T.S.	0	49	C.M.	--	1	National	MSP/OI	15 %
MEDECIN PRIVE	2220	S.O.	0	700	Debat	--	3/Pce	Provincial	MSP/ -	32 %
PHARMACIENS	2200	S.O.	0	700	Debat	10	3/Pce	Provincial	MSP/ -	30 %

R.P. : Recyclage Pratique

T.S. : Techniques de supervision

P.S. : Pratique supervisee

C.M. : Cours Modulaire

S.O. : Seance d'Orientation

C.G. : Cours en Gestion avec une Seance d'Orientation en LMD

O.I. : Organisme International

GRANDES LIGNES D'UN PLAN DE COMMUNICATION DE PROGRAMME DE LUTTE
CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES AU MAROC POUR 1990 - 1992

Ce plan visera à appuyer deux aspects auxquels le Programme LMD du Maroc compte donner de l'importance pendant les années 1990-1992 : faciliter l'accès à une prise en charge efficace des cas par les services de santé et favoriser une large promotion du traitement à domicile.

Le plan sera établi en Juin-Juillet 1990 par un coordinateur de communication et contiendra les composantes suivantes :

- 1- Définition des auditoires visés
- 2- Comportements devant être adoptés par les auditoires visés
- 3- Obstacles à l'adoption de ces comportements
- 4- Objectifs de la communication (en termes de l'accès à des matériels ou des médias, de l'exposition à un message, de connaissance d'un produit ou d'une technique, d'essai d'un comportement, d'adoption de la pratique soutenue d'un comportement.
- 5- Approches du changement (stratégies méthodes)
- 6- Assortiments de moyens de communication (médias)
- 7- Présentation des institutions à qui pourraient être confiées l'exécution des activités de communication
- 8- Emploi du temps proposé
- 9- Projet de budget.

LISTE DES INDICATEURS A L'INTENTION DU SUIVI
ET D'EVALUATION DU PLMD DU MAROC 1990-1992

- Concernant le taux de couverture de formation :

- 1- Proportion de personnel de supervision exerçant actuellement des responsabilités de supervision et qui a reçu une formation aux techniques de supervision (source de données : Examens de registres, visites de supervision).
- 2- Proportion de personnel de santé actuellement responsable pour traiter les cas de diarrhées et qui a reçu une formation/recyclage pratique à la prise en charge des cas de diarrhée.
(source : examen des registres, visites de supervision)

- Concernant accès et utilisation des SRO/TRO :

- 3- Proportion des enfants de moins de 3 ans ayant un accès raisonnable à un prestataire formé et approvisionné en SRO.
- 4- Proportion de tous les cas de diarrhée d'enfants de moins de 3 ans traités par SRO. (enquête dans les ménages).
- 5- Proportion de tous les cas de diarrhée d'enfants de moins de 3 ans traités par SRO et/ou solutions recommandées de fabrication domestique (enquête dans les ménages).
- 6- Proportion des cas de diarrhée d'enfants de moins de 3 ans qui ont reçu des quantités accrues de liquides (solution recommandée de fabrication domestique en SRO)
(enquête dans les ménages)
- 7- Proportion de cas de diarrhée d'enfants de moins de 3 ans ayant reçu des volumes normaux ou accrues d'aliments pendant la diarrhée
(enquête dans les ménages)
- 8- Proportion de mères (ou d'autres membre de la famille) conscientes du moment où elles doivent consulter à l'extérieur (conformément à la "Politique du PLMD") (Enquete dans les ménages).

9- Proportion de cas de diarrhée chez les enfants de moins de 3 ans traités dans les formations sanitaires et qui ont été correctement évalués.
(enquête auprès des formations sanitaires)

10 - Proportion des cas de diarrhée chez les enfants de moins de 3 ans traités dans les formations sanitaires et qui sont correctement réhydratés (par voie orale ou intraveineuse)
(Enquête auprès des formations sanitaires).

ACTIVITES	1990					1991					1992				
	J	F	M	A	M	J	F	M	A	M	J	F	M	A	M
COMMUNICATION ET EDUCATION POUR LA SANTE															
*Etablissement d'un plan detaille pour communication				X											
SUIVI ET EVALUATION															
* Etablir les listes de controle a l'intention de la supervision					X										
*Evaluation sur la prise en charge des cas dans les formations sanitaires										X					
*Enquete sur les diarrhees (dans les foyers)				X	X										
*Enquetes reevaluation des progres realises par le PNLM (foyers, formations sanitaires)															X
*Etude sur la mortalite et les circonstances de deces dans les zones rurales eloignees															X
*Examen complet du programme															X
RECHERCHE OPERATIONNELLE															
*Evaluation de l'experience des depositaires								X	X	X					
*Etude sur le cout - efficacite des SRD et autres medecaments antidiarreeques													X	X	X
*Participer a la recherche sur l'allaitement maternel								X	X	X					

A N N E X E 9.10

BUDGET LMD 1990 - 1992 (EN DOLLARS US)

ACTIVITES	1990	1991	1992	TOTAL
1-<u>PERSONNEL DE BUREAU ET</u>				
<u>GESTION DU PROGRAMME</u>				
-Consultants (indemnités)	5000	5000	5000	15000
-Déplacements du personnel (supervision)	5400	7000	7000	19400
-Fournitures et équipement de bureau	500	500	500	1500
-Traitement et analyse des données	3000	3000	3000	9000
Carburant (supervision)	5000	5000	8000	10000
Communication	1000	1000	1000	3000
Autres (imprévus)	2000	2000	2000	6000
TOTAL	20900	24500	26500	72900
2- S R O				
-Sachets Besoins	3.9 Mil	4.5 Mil.	5.5 Mil	13,9Mil
1) Importés (0.07 \$/sachet)	140 000 (2 Mil)	175000 (2.5Mil)	245000 (3.5M)	560000 (8mil)
2) Production locale (0.12 \$/sachet)	228000 (1.9 M)	240000 (2 M)	240000 (2Mil)	708000 (5,9M)
-Aménagement installation; réparation, entretien de la machine.	32000			
-Consultant pour réaménager l'unité de production	5000	-	-	5000
TOTAL	405000	415000	485000	1273000
3) <u>MISE EN PLACE DES UNITES</u>				
<u>DE FORMATION DU TRAITEMENT</u>				
<u>DE DIARRHEE (UFTD)</u>				
-Mise en place de 2 UFTD centrales (Rabat, Casablanca) Rénovation, équipement etc...	10000	-	-	10000
-Mise en place de 6 UFTD régionales	6000	-	-	6000
-Mise en place de 14 UFTD provinciales	14000	-	-	14000
-Mise en place de 29 UFTD Prov.	-	-	15000	15000
-Visite d'un consultant pour planifier les UFTD	2000	-	-	2000
TOTAL	18 000	14 000	15 000	47000

	1990	1991	1992	TOTAL
4- FORMATION :				
-Visite des pédiatres responsables des UFTD des CHU au Centre Regional de Formation El Chatby d'Alexandrie, Egypte. (3 participants, 1 semaine)	4100	-	-	4100
-Recyclage clinique des pédiatres -	5400	6000	5000	16400
-Formateurs et autres medecins au UFTD des CHU (5 jours)	(3 cours 20pers.)	(4 cours 29pers.)	(4 cours 27pers.)	(11 cours 76pers.)
-Recyclage clinique d'autre personnel medical et paramedical (au niveau des provinces) (1-2 jours)	-	30000 (1500 pers)	40000 (2000 pers)	70000 (3500 pers)
-Formation en technique de supervision	10000 (1 cours 50 pers)	10 000 (1 cours 50pers)	-	20 000 (2 cours 100 per)
-Consultant pour les cours cliniques	5000 \$ (2cours)	-	-	5 000
-Consultant pour les cours de techniques de supervision	5000 (1cours)	5000 (1cours)	-	10000 (2cour)
TOTAL	29400	51000	45000	125400

5- COMMUNICATION

-Préparation du plan de communication (consultant national)	2000	-	-	2000
-Mise en oeuvre du plan de communication, y compris la production et essais sur le terrain	35000	50000	50000	135000

<u>6-SUIVI-EVALUATION-RECHERCHE</u>	37100	50000	50000	131100
-Carburant (Activites de supervision des provinces)	10000	15000	15000	40 000
-Enquetes sur le terrain	10000 (1 enqu.)	10000 (1enqu.)	10000 (1enqu)	30000 (3enqu)
-Consultant pour enquete	5000	5 000	5000	15000
-Examen complet du programme	-	-	10000	10000
-Recherche operationnelle	6000	3000	3000	12000
TOTAL	25000	33000	38000	107000
GLOBAL	1 762 400 (sans SRO = 489 800)			