

- PD-ABH-281 -

MA 27367

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
DIRECTION DE LA PRÉVENTION ET
DE L'ENCADREMENT SANITAIRE

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES

PLAN D'ACTION 1993 - 1995

SOMMAIRE

	PAGE
INTRODUCTION.	3
CHAPITRE I : EXAMEN CIBLE DU PROGRAMME.	5
CHAPITRE II : OBJECTIFS	7
1.Objectifs généraux.	
2.Objectifs spécifiques.	
CHAPITRE III: STRATEGIES	9
1.Stratégie I	
2.Stratégie II	
3.Stratégie III	
CHAPITRE IV : PLAN OPERATIONNEL	10
1.Restructuration des activités LMD	
1.1.Comité technique	
1.2.Circulaire ministérielle	
1.3.Equipement	
1.4.Approvisionnement en SRO	
2.Activités de formation	
2.1.Formation clinique	
2.2.Formation en supervision	
3.Activités de communication	
3.1.Etude CAP	
3.2.Activités IEC	
3.3.Mobilisation sociale	
4.Evaluation	
CHAPITRE V : CALENDRIER DES ACTIVITES	17
CHAPITRE VI : BUDGETISATION	19
ANNEXES	20

INTRODUCTION

Les maladies diarrhéiques restent un problème majeur de santé publique au Maroc. La mortalité associée à cette maladie représente 26.7% de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (ECCL 1988-89). On estime qu'au cours de l'année 1992: 18 650 enfants de moins de 5 sont décédés à la suite de la diarrhée. La morbidité est aussi très considérable, autour d'une moyenne de 8 épisodes par enfant et par an (ENMPCD 1990).

Depuis 1979 le Ministère de la Santé Publique a développé des actions de lutte contre les maladies diarrhéiques afin de réduire la mortalité et la morbidité qui leur sont attribuées. Après un essai concluant d'utilisation des sels de réhydratation orale (SRO) dans trois provinces (Errachidia, Agadir et Béni Mellal) ainsi qu'au service de pédiatrie 3 de l'Hôpital d'Enfants du CHU de Rabat, la lutte contre les maladies diarrhéiques s'est élargie à 12 provinces en 1980 pour ensuite couvrir l'ensemble du territoire national dès 1983.

En 1987, un médecin responsable du Programme de Lutte contre les maladies diarrhéiques (PLMD) a été affecté. Le Programme est alors devenu plus opérationnel, en concentrant ses efforts autour des deux stratégies majeures suivantes : l'approvisionnement en sels de réhydratation orale et la promotion de leur utilisation auprès des ménages. La communication à destination du grand public et des mères de famille en particulier a ainsi constitué l'axe d'intervention majeur du PLMD au cours des années 80.

Le plan d'action 1990 - 1992 a été le premier plan opérationnel à inclure l'ensemble des termes de référence d'un programme de lutte contre les maladies diarrhéiques : formation du personnel de santé, supervision, approvisionnement et distribution des SRO, information-éducation-communication, logistique. Durant ce plan les interventions majeures du programme ont été la communication et la formation à la prise en charge effective des cas de diarrhée par le personnel de santé. Une évaluation de ce plan a eu lieu fin 1992 sous la forme d'un examen ciblé du programme (ECP). Le volet formation du personnel à la prise en charge du plan 1990-1992 a accusé un retard global de une année pour les raisons étudiées dans l'ECP.

L'enquête de morbidité et de prise en charge des cas de diarrhée réalisée en novembre 1990 a permis d'évaluer à la fois l'incidence de la diarrhée et sa prise en charge à domicile. Cette enquête a montré que trop peu d'enfants atteints de diarrhée reçoivent davantage de liquides et au moins autant à manger au cours de la diarrhée, que l'utilisation des SRO était faible et que trop peu de mères savaient référer à temps leurs enfants aux services de santé en cas d'aggravation de la maladie.

Aucune enquête n'a eu lieu au niveau des formations sanitaires afin d'évaluer la qualité de la prise en charge des cas par le personnel. L'enquête de mortalité de 1988-89 a toutefois montré que la mortalité des enfants pourrait être considérablement diminuée si une meilleure prise en charge des cas avait eu lieu dans les services de santé.

Les contraintes qui limitent l'efficacité de la lutte contre les maladies diarrhéiques au Maroc ont fait l'objet d'un Examen ciblé du programme LMD. Cet examen a eu lieu en deux phases. La première, en septembre 1992, et a mis en évidence les problèmes structurels qui expliquent la non réalisation de beaucoup d'objectifs fixés pour la fin 1992 et aussi susceptibles d'affecter toute programmation future. Au cours d'une seconde phase, réalisée en décembre 1992, ces problèmes structurels ont fait l'objet d'une expertise approfondie (voir rapport MSP - décembre 1992). Des actions devant solutionner ces contraintes majeures rencontrées dans la gestion du programme, la formation du personnel de santé, la supervision des activités de prise en charge et de communication, ont été proposées et sont ici intégrées

Au cours des prochaines années, la Direction de la Prévention accordera la priorité à la lutte contre les maladies diarrhéiques ainsi qu'à la planification familiale. L'entrevue Royale accordée en juillet 1992 à M Grant, Directeur Général de l'UNICEF, marque un tournant important dans l'histoire du programme LMD au Maroc.

CHAPITRE I : EXAMEN CIBLE DU PROGRAMME

L'Examen Ciblé du Programme a mis clairement en évidence les deux problématiques suivantes :

- le manque d'opérationnalité du programme au niveau provincial; en matière de formation, de communication et d'évaluation-supervision, ainsi que son insuffisante décentralisation au niveau des circonscriptions sanitaires,
- le manque de prise en charge correcte des cas de diarrhée au niveau des formations sanitaires.

Les recommandations suivantes ont été formulées :

1. Mettre en place un comité de coordination technique LMD.
2. Préparer un plan d'action 1993-1995 dont la stratégie fondamentale sera la prise en charge correcte des cas dans les formations sanitaires.
3. Accorder au service central LMD le personnel et les moyens nécessaires pour la réalisation de ses objectifs.
4. Redéfinir les termes de référence des majors de SIAAP et de CS pour que ce personnel compétent puisse être re-déployé dans l'organisation et la supervision des soins de santé.
5. Réactiver le plan de développement des UFD nationales et provinciales.
6. Améliorer les conditions de prise en charge des cas de diarrhée se présentant aux services de santé, en dotant en matériel de réhydratation (orale et IV) l'ensemble des formations sanitaires.
7. Augmenter la couverture au service en intensifiant la stratégie mobile et plus spécifiquement en revalorisant le profil de l'infirmier itinérant.
8. Rendre le contenu des cours concernant les maladies diarrhéiques dans les facultés de médecine et les écoles d'infirmiers, conformes à la politique du Ministère de la Santé Publique.
9. Assurer les conditions matérielles afin que la supervision périphérique du programme soit intensifiée. Décentraliser en particulier la supervision du programme jusqu'au niveau de la circonscription sanitaire.
10. Mettre sur pied un service d'assurance de qualité par le PLMD central afin d'améliorer les activités de supervision au niveau des provinces et des circonscriptions sanitaires.

11. Publier régulièrement un bulletin ou des articles en matière LMD.
12. Réaliser une fiche de supervision LMD intégrée aux autres activités destinées à la mère et à l'enfant.
13. Poursuivre et accélérer le plan de formation à la prise en charge des cas défini en 1990.
14. Former à la supervision l'ensemble des responsables périphériques : médecins, majors et animateurs de SIAAP, médecins et majors de circonscriptions sanitaires.
15. Préparer un plan de communication autour des objectifs du plan d'action 1993-1995.

CHAPITRE II : OBJECTIFS

Le PLMD a pour objectifs :

- La réduction de la mortalité associée à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans par le développement des unités de réhydratation orale et par la prise en charge correcte des cas dans les formations sanitaires ainsi que par la promotion de conduites de prévention de la déshydratation au niveau du domicile.
- La réduction de la morbidité associée à la diarrhée grâce à la promotion de pratiques préventives spécifiques.

1. Objectifs généraux.

Suite à la décision d'accélérer ses activités le PLMD se fixe l'objectif de diminuer d'un tiers la mortalité liée à la diarrhée au cours des trois prochaines années. En terme absolu et en estimant à plus de 18.000 le nombre actuel de décès lié à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans, le programme devrait être en mesure de sauver 18.000 vies au cours des trois prochaines années.

La promotion des mesures de prévention telles que l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 4-6 mois, les bonnes pratiques de sevrage, la vaccination anti-rougeoleuse, utilisation d'une eau potable, ainsi que l'éducation à l'hygiène devrait nous faire espérer une baisse de la morbidité associée aux diarrhées de l'ordre de 20%.

2. Objectifs spécifiques.

Afin d'être en mesure de remplir les objectifs généraux qu'il s'est fixés pour fin 1995, le PLMD se fixe les objectifs spécifiques et mesurables suivants :

Objectifs mesurables au niveau des structures du MSP:

- 2.1. 20% des enfants atteints de diarrhée recevront des sels de réhydratation orale (taux d'utilisation actuelle estimé à 12%).
- 2.2. Parmi les enfants recevant des SRO, 50% recevront au moins 500 ml par jour.
- 2.3. 100% des cas de diarrhée référés dans les formations sanitaires seront correctement évalués.
- 2.4. 100% des cas de diarrhée référés dans les formations sanitaires seront correctement réhydratés.

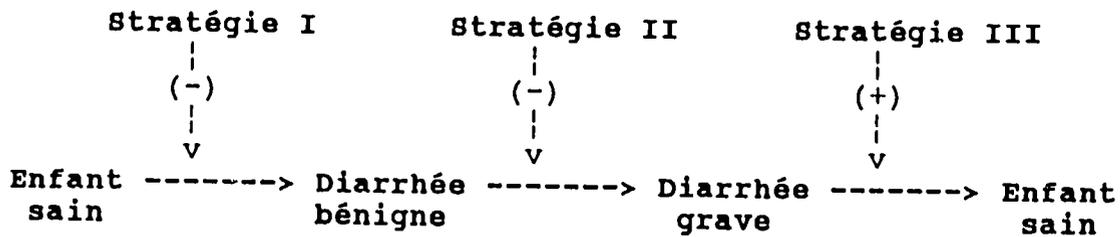
2.5.100% des mères référant un enfant pour diarrhée dans une formation sanitaire seront correctement informées quant à la prise en charge à domicile.

Objectifs mesurables au niveau des foyers:

- 2.6.60% des enfants atteints de diarrhée recevront une quantité accrue de liquide au cours de l'épisode.
- 2.7.90% des enfants atteints de diarrhée recevront au moins autant de nourriture que ce qu'ils recevaient avant le début de l'épisode.
- 2.8.100% des enfants continueront à être allaités au cours de l'épisode de diarrhée.
- 2.9.40% des mères sauront quand référer leurs enfants atteints de diarrhée à un agent de santé.
- 2.10.90% des pharmacies privées fourniront des SRO aux cas consultant pour diarrhée.

CHAPITRE III : STRATEGIES.

Les trois stratégies fondamentales du PLMD peuvent être représentées selon le schéma suivant :



Stratégie I :

prévenir la morbidité par la promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 4-6 mois, par des pratiques adéquates de sevrage, par la promotion d'hygiène des mains, par le maintien d'une haute couverture de la vaccination antirougeoleuse, par l'utilisation d'une eau potable, par une meilleure promotion des latrines.

Ces stratégies sont principalement prises en charge par le service de lutte contre la malnutrition, le programme national d'immunisation, ainsi que par la division de l'hygiène du milieu. D'autres départements, extérieurs au MSP, sont directement responsables des programmes de l'eau potable et de l'évacuation des déchets liquides et solides (Collectivités locales, ONEP, Intérieur).

Le PLMD devrait collaborer, appuyer, les activités développées par ces différentes structures.

Stratégie II:

promouvoir la thérapie à domicile (augmentation des liquides, poursuite de l'alimentation et savoir quand consulter).

Stratégie III:

promouvoir la qualité de la prise en charge des cas par les agents de santé (secteurs public et privé).

IIAPITRE IV : PLAN OPERATIONNEL.

1. RESTRUCTURATION DES ACTIVITES LMD:

1.1. Comité technique:

La mise en place d'un comité technique LMD est nécessaire. Ses termes de référence seront: La promotion de la prise en charge efficace des cas de diarrhée (y compris le choléra) et des mesures de prévention (allaitement maternel, sevrage, hygiène individuelle et du milieu). Le comité sera spécifiquement chargé de la validation du plan d'action national, de la coordination et du suivi des activités programmées. Ce comité sera composé de hauts responsables du Ministère, des représentants des programmes LMD, Nutrition, Vaccination, Hygiène du milieu, Education Sanitaire, ainsi que par des enseignants universitaires. Le comité se réunira afin d'évaluer l'avancement du programme et à la veille de chaque campagne ou action de grande envergure. Ce comité sera présidé par Monsieur le Ministre ou Monsieur le Secrétaire Général.

Le secrétariat reviendrait au PLMD

1.2. Circulaire ministérielle.

Une circulaire devrait être adressée aux Responsables provinciaux et devrait clairement spécifier que :

- tout enfant atteint de diarrhée se présentant à la formation sanitaire doit être directement (sans perdre de temps dans une file d'attente) être orienté vers la cellule SMI,
- chaque enfant doit être dûment évalué.
- chaque cas doit être pris en charge selon les recommandations de la charte nationale,
- les mères accompagnant les enfants malades doivent savoir comment préparer et administrer la SRO, continuer la prise en charge de leur enfant au domicile et quand reprendre contact avec la formation sanitaire si nécessaire,
- les mères recevront 3 sachets de sels de réhydratation orale même si l'enfant est arrivé en stade A (diarrhée sans DHA),
- la prestation de prise en charge doit être notifiée sur le registre,
- tout enfant présentant une diarrhée ne peut quitter la formation sanitaire que s'il est complètement réhydraté et hors de danger, conformément à la charte nationale.

Cette circulaire devrait rappeler la circulaire de l'année 1989 stipulant la gratuité de la prise en charge des cas de diarrhée y compris leur hospitalisation.

1.3. Equipement:

Pour permettre au PLMD d'asseoir ses stratégies il faudrait:

- * Doter les formations sanitaires en matériel médico-technique et didactique selon une liste type (voir annexe n°2).
- * Augmenter la couverture de la prise en charge des cas au niveau des circonscriptions sanitaires par le développement de la stratégie mobile.
 - Renforcer le secteur de l'itinérance afin d'augmenter le rythme des visites, ceci en affectant des cyclomoteurs aux chefs de secteur afin qu'ils puissent appuyer le travail des itinérants; et en augmentant les crédits vignettes en carburant.
 - Augmenter les équipes mobiles: fournir des moyens de mobilité aux circonscriptions sanitaires afin qu'elles puissent élargir la couverture de leurs activités, ainsi que pour assurer la supervision.

1.4. Approvisionnement en SRO:

- * Mettre en place un système de contrôle des stocks des SRO afin d'éviter toute rupture (voir annexe 3 : estimation des besoins). Assurer:
 - le suivi mensuel des stocks en SRO au niveau des CS.
 - la supervision des stocks des CS au cours des supervisions organisées par le SIAAP.
 - l'approvisionnement régulier (bi-annuel) des provinces.
 - le suivi de la distribution et de la consommation des SRO par le niveau central du PLMD (voir en annexe 1 : termes de référence du niveau central du PLMD)

2. ACTIVITES DE FORMATION:

2.1. Clinique:

Toute session de formation accordera une importance égale aux deux volets de la prise en charge des cas de diarrhée

- L'évaluation clinique de la déshydratation, le dépistage des problèmes associés, la réhydratation, la décision de renvoi au domicile après totale réhydratation,
- La communication avec les mères quant au suivi de la prise en charge à domicile et quant à la décision de revenir vers la formation de santé.

* Pour cela il faudrait concrétiser les UFD nationales :

- affecter du personnel infirmier,
- finaliser le réaménagement des locaux,
- compléter l'équipement médico-technique et didactique,
- élaborer des termes de référence des UFD ainsi que leurs relations avec le PLMD.

* Concrétiser les UFD provinciales par:

L'équipement des URO des UFD provinciales.
Au cours de l'année 1994, toutes les UFD provinciales seront évaluées avec la participation du programme. Les unités les plus performantes obtiendront un statut d'UFD régionale et seront équipées à l'instar des UFD nationales.

L'organisation de l'UFD doit être confiée au service de pédiatrie de l'hôpital provincial. L'UFD sera fonctionnelle 24 heures sur 24, l'URO sera fonctionnelle selon les disponibilités du service. Les activités de formation seront déterminées selon les besoins des plans provinciaux de formation et selon les nécessités apparues lors des activités de supervision.

* Poursuivre les plans provinciaux de formation sur la prise en charge des cas.

Tout le personnel de SIAAP chargé de la supervision des CS devra aussi recevoir une formation sur la prise en charge des cas, la supervision étant axée principalement sur la qualité de la prise en charge de l'éducation des mères.

- médecin-chef de SIAAP
- major de SIAAP
- animateurs LMD, FC, ES, LMC
- moniteurs SMI
- médecins-chefs de CS
- majors de CS
- infirmiers SMI
- chefs de secteurs
- itinérants

Le personnel chargé de la supervision n'attendra pas la formation spécifique en supervision pour commencer les visites, afin de ne pas risquer de perdre la compétence acquise au cours de la formation clinique.

- Former dans les UFD nationales des formateurs affectés aux nouvelles provinces récemment créées.
- Assurer le suivi et l'évaluation de la formation par l'équipe centrale du PLMD (voir en annexe 1 les termes de référence du niveau central du PLMD).

*** Revoir la formation de base des médecins et des infirmiers.**

- Réunion avec les doyens des facultés de médecine de Rabat et de Casablanca sur l'agenda suivant :
 - le statut de l'UFD
 - l'harmonisation du contenu des cours sur la diarrhée avec les recommandations du PLMD
 - les stages des étudiants au niveau de l'UFD Universitaire
 - Réunion avec le chef de service de la formation de base pour :
 - . l'harmonisation du contenu des cours sur la diarrhée avec les recommandations du PLMD
 - . les stages des étudiants infirmiers.

*** Assurer la formation continue du personnel (recyclage et intégration du personnel nouvellement affecté).**

- Au début de chaque année, les SIAAP établiront un rapport d'activités de l'année écoulée et planifieront leurs activités de formation pour l'année en cours. Ces rapports seront présentés et discutés par région avec l'équipe centrale du PLMD.
- Réimpression (révision) annuelle des guides de formation, ainsi que des chartes.
- Organisation de 8 sessions (4 par CHU) au profit des pédiatres et médecins des provinces pour assurer une qualité encore meilleure de la prise en charge des cas et de sa supervision.
- Suivi et évaluation de la formation continue par l'équipe centrale du PLMD (voir en annexe 1 les termes de référence du niveau central du PLMD).

*** Former le personnel relevant d'autres départements et du secteur privé.**

2.2. Supervision.

*** Formation à la supervision.**

- Formation des formateurs (médecins et majors du SIAAP) par région (5 séminaires régionaux : Fez, Marrakech, Agadir, Tetouan et Casablanca). Cette formation sera assurée par les personnes ressources ayant participé à l'élaboration du guide.
- Formation des superviseurs provinciaux (animateurs provinciaux, médecins-chefs et majors des CS, chefs de secteur).

* Organisation de la supervision au niveau périphérique.

Le médecin-chef et le major du SIAAP ainsi que le médecin-chef et le major de la CS auront un rôle déterminant à jouer dans les activités de supervision. De ce fait, leurs tâches administratives doivent être soulagées au maximum au profit des tâches techniques. Les tâches administratives doivent être confiées à l'équipe du SIAAP qui aura à développer les outils informatiques pour la saisie et l'exploitation de l'information émanant des CS.

L'équipe du SIAAP assurera un minimum de deux visites par an de supervision aux CS. L'équipe de la CS aura à superviser au moins une fois par mois les secteurs sanitaires. Le chef de secteur devra superviser ses itinérants une fois par semaine.

* Mise en place d'un service d'assurance de qualité.

Le niveau central participera très régulièrement à des activités de supervision organisées par des SIAAP ou des CS afin de professionnaliser les intervenants en supervision de ces deux niveaux.

- Affectation de personnel au niveau central du PLMD.
- Equipement du niveau central du PLMD en véhicules, ordinateurs et téléphones.
- Formation à l'assurance de qualité des médecins du niveau central du PLMD.

* Organisation de rencontres régulières :
avec les responsables du SIAAP, pour l'élaboration et le suivi de l'exécution du plan d'action.

3. ACTIVITES DE COMMUNICATION

Afin de promouvoir des comportements maternels préventifs de la diarrhée et des complications de la diarrhée débutante, les axes d'activités suivants seront développés :

3.1. Etude CAP :

cette étude permettrait de recueillir l'information utile pour l'élaboration du plan de communication

3.2. Activités IEC :

Ces activités seraient l'aboutissement du plan d'action en communication qui sera développé et mis à jour.

Des séances éducatives régulières au profit des mères au niveau des formations sanitaires et des hôpitaux, ainsi que dans le cadre de la stratégie mobile (points de contact) seront organisées. L'animateur de l'éducation sanitaire assurera la supervision de cette activité.

D' autres intervenants institutionnels actifs au niveau des circonscriptions: Jeunesse et sports, Foyers féminins, centres socio-éducatifs , Vulgarisateurs agricoles, éducation nationale, etc, seront impliqués en organisation des sessions de sensibilisation régulières au niveau de leurs structures. Leur encadrement sera assuré par le personnel de santé (Agents de promotion de la santé, major, médecin). Cette stratégie sera aussi soutenue par des actions médiatiques nationales ou régionales : diffusion de spots TV, radio, organisation de tables rondes, articles de presse.

En ce qui concerne les activités spécifiquement liées à la prévention de la morbidité tant des diarrhées en général que du choléra, le comité technique LMD établira sur une base annuelle des contacts avec les autres départements impliqués directement dans la lutte contre les maladies diarrhéiques : Malnutrition (promotion de l'allaitement exclusif jusqu'à 4-6 mois, des pratiques appropriées de sevrage), Vaccination (anti-rougeoleuse), Hygiène du milieu, Collectivités locales, Intérieur, ONEP (actions sur le milieu).

3.3. Mobilisation sociale :

Deux campagnes de mobilisation sociale LMD auront lieu chaque année (10 jours en Juin et 10 jours en août).

Les activités IEC développées par les agents de santé, quelle que soit la stratégie, devront être renforcées par des actions de grande envergure, avec mobilisation des différents partenaires impliqués directement ou indirectement dans la LMD.

Les campagnes auront comme objectifs la sensibilisation et l'éducation de la population sur

- la gravité potentielle de la diarrhée,
- la nécessité d'augmenter les liquides disponibles à la maison, le maintien d'une alimentation normale y compris l'allaitement maternel,
- les signes de gravité devant amener la mère à référer son enfant à un agent de santé.
- l'hygiène des mains de l'eau des aliments et de l'environnement.

Les campagnes biannuelles auront comme stratégies :

- l'organisation d'une journée scientifique nationale (avec la participation d'invités internationaux),
- l'organisation de conférences régionales,
- la visite des localités les plus difficilement accessibles (non touchées par la stratégie mobile),

Activités à développer, au cours de ces visites :

* prise en charge des cas se présentant aux points de rassemblement avec distribution large des SRO.

* éducation des mères en matière de thérapie à domicile (y compris préparation et utilisation des SRO) + prévention.

* utilisation de supports éducatifs

* distribution de supports éducatifs promotionnels.

- ces visites seront accompagnées d'une couverture médiatique nationale et régionale

4. EVALUATION:

Afin de mesurer l'avancement et l'accomplissement des objectifs, le PLMD organisera certaines activités spécifiques d'évaluation:

- * exploitation du système d'information
- * enquête d'évaluation des actions IEC au niveau des foyers
- * enquête au niveau des formations sanitaires
- * enquête CAP Nationale
- * examen ciblé du programme.

CHAPITRE V : CALENDRIER DES ACTIVITES.

Présentation et validation du plan d'action LMD par Monsieur le Ministre (Fevrier 93).

- * Approbation du plan d'action par les organismes internationaux (Fevrier 93).
- * Réunion avec Messieurs les Délégués des provinces pour présentation du plan d'action national (Mars 93).
- * Etude CAP (Fevrier-Mars 93).
- * Elaboration du Plan de communication (Avril 93).
- * Poursuite du plan de formation (Mars 93).
 - Au plus tard en juin 1993, tout le personnel impliqué dans la lutte contre les maladies diarrhéiques aura été formé.
- * Elaboration d'une fiche et d'un guide de supervision.
 - Tester la fiche et le guide préparés au cours du séminaire de décembre 1992 dans les provinces de Kénitra, Agadir, Khémisset, Skhirat-Témara et Fez dans le cadre de la supervision de la formation clinique (Mars-Avril 93) .
 - Séminaire de finalisation du module sur la supervision : 2 jours (Avril 93).
 - Impression du matériel : guide + fiche de supervision (Mai-Juin 93).
 - Formation en supervision (Octobre-Décembre 93).
 - Elaboration plan d'action provincial (Janvier de chaque année)
- * Equipement des formations sanitaires (93-94).
- * Acquisition des moyens de mobilité (93-94).
- * Approvisionnement en SRO (Décembre de chaque année)
- * Activités IEC :
 - Elaboration des supports (Avril-Mai 93).
 - Impression, réalisation des spots (Mai 93).
 - Diffusion (Juin 93).

*** Activités intersectorielles:**

- Présentation du plan d'action national LMD au gouvernement (Mai 93).
- Création d'un comité ministériel LMD regroupant tous les départements impliqués directement ou indirectement dans la lutte contre les maladies diarrhéiques : Ministère de l'Intérieur et de l'Information, Ministère de la Jeunesse et des Sports, Ministère des Affaires Sociales, Ministère de l'Agriculture et de la Réforme Agraire, Ministère de l'Education Nationale et du Ministère chargé des relations avec les résidents marocains à l'étranger. Ce comité sera chargé d'informer et de sensibiliser le personnel relevant de chaque département concerné, participera aux actions IEC et physiques, prêtera son concours aux campagnes de mobilisation sociale (Mars 93).

*** Mobilisation sociale :**

- Conférences régionales (Mai-Juillet 93).
- Journées nationales (Juin 93).
- Journées de sensibilisation (Juin & Août de chaque année).

*** Evaluation :**

- Etude d'impact (Septembre 93).
- Enquête au niveau des formations sanitaires afin d'évaluer la qualité de la prise en charge des cas. Cette enquête permettra d'évaluer l'impact des activités de formation et de supervision (mai 1994).
- Enquête au niveau des formations sanitaires (Mai 94).
- Enquête CAP Nationale : enquête nationale de morbidité et de prise en charge des cas en octobre-novembre 1995
- Examen ciblé du programme (Decembre 95).
- Evaluation des activités LMD avec le staff de la province : en début de chaque année, aura lieu une évaluation provinciale du programme. A cette fin, le programme organisera des réunions régionales où les SIAAP évalueront le travail de l'année écoulée et présenteront leur nouveau plan annuel d'action.

ILAPITRE VI : BUDGETISATION.

<u>Activité</u>	<u>Date</u>	<u>Coût</u>	<u>Financement</u>
Equipement:	1993		AID/OMS/MSP
-hôpitaux		97.000\$	
-CS		140.000\$	
-secteur		240.000\$	
PLMD central:			
-Equipement bureau	1993	10.000\$	
-Fournitures	93-95	6.000\$	
Matériel:			
-20 micro+impr.	93-94	50.000\$	
-formation inf.	93-94	10.000\$	
Formation clin.:			
	1993	63.000\$	
	1994	71.000\$	
	1995	80.000\$	
-Formation des autres départements sociaux	1994	100 000\$	
-Formation du personnel du secteur privé:	1994-95	100 000\$	
Supervision:			
-Form.sup.	1993	75.000\$	
-10 véh. légers CS	93-94	102.000\$	
-20 véh. 4x4 CS	93-94	396.000\$	
-10 véh. légers CS	94-95	102.000\$	
-20 véh. 4x4 CS	94-95	396.000\$	
-Assurance qualité	93-95	15.000\$	
-1 véh. léger SLMD	1993	10.000\$	
-1 véh. 4x4 SLMD	1993	20.000\$	
IEC:			
-enquête CAP	1993	10.000\$	
-bulletin	93-95	50.000\$	
-mobilisation sociale	93-95	722.400\$	
-spots TV	93-95	125.000\$	
-supports	93-94	250.000\$	
-diffusion	93-95	62.500\$	MSP
SRO:	93-95	1.200.000\$	UNICEF
Evaluation:			
-Etude impact IEC	Nov. 93	10.000\$	UNICEF
-Enquête formations	Mars 94	20.000\$	OMS
-Enquête ménages	Oct. 95	30.000\$	OMS
-ECP	Déc. 95	10.000\$	OMS
-Réunions avec les animateurs LMD	2/AN	36 000\$	
TOTAL		4.608 900\$	

ANNEXES.

Annexe n°1 : termes de référence du niveau central du PLMD.

Le Service central du PLMD appuiera techniquement les secteurs suivants :

- 1) Distribution des SRO. Le PLMD devra continuer à assurer lui-même la gestion de cette distribution, mais plus efficacement pour éviter toute rupture de stock.
- 2) Assistance technique et financière pour les activités de formation clinique des personnels de santé. Le Service central sera présent le plus souvent possible aux activités provinciales de formation et évaluera leurs performances.
- 3) Assistance aux provinces en matière de supervision, par la proposition de participation à un service d'assurance de qualité et la fourniture de véhicules aux CS des provinces engagées dans un plan de supervision intégrant le PLMD. Le PLMD essaiera de participer le plus souvent possible à des évaluations provinciales. La supervision étant encore trop étroitement identifiée à un contrôle administratif, le niveau central du PLMD proposera une approche alternative susceptible de lever de nombreux blocages : l'assurance de qualité. L'idée d'un service d'assurance de qualité proposé aux équipes de supervision provinciales permettrait d'orienter la supervision en priorité vers l'évaluation et la promotion de la qualité des soins.
- 4) Consolidation du dossier technique du programme : acquisition d'une bibliographie, appui à des recherches cliniques et épidémiologiques, réalisation d'un bulletin d'information PLMD (qui informera aussi sur l'avancement du service d'assurance de qualité), organisation de réunions scientifiques, appui à l'amélioration du curriculum des étudiants en médecine et des écoles d'infirmiers. Le bulletin trimestriel du PLMD sera distribué à tous les intervenants : MSP, secteur privé, organismes d'appui, etc.
- 5) Communication institutionnelle (délégations provinciales, directions des divisions de la prévention et de l'épidémiologie, nutrition, maladies respiratoires, immunisation, hygiène du milieu, secrétariat général, inspection générale) et inter-institutionnelle (facultés de médecine, CHU, sociétés de médecine et de pharmacie, ...).

Besoins en personnel :

- 1 assistant en statistique affecté spécifiquement à l'activité de gestion de la distribution et de la consommation des SRO (activité 1)
- 2 médecins et 1 cadrisme affectés à aux activités 2,3 et 4.
- 1 médecin pour l'activité 5 et le soutien aux activités 2, 3 et 4
- 1 administrateur
- 1 secrétaire de direction
- 1 chauffeur

Besoins en matériel :

- 2 ordinateurs de bureau
 - (1 pour bulletin & courrier) (4000\$)
 - (1 pour suivi SRO, calendrier formation, supervision) (2500\$)
- 1 ordinateur portatif (assurance de qualité) (2000\$)
- 1 imprimante laser (1500\$)
- 1 ligne téléphonique directe
- 1 véhicule tout terrain
- 1 véhicule léger
- fournitures bureau (2000\$/an)

Annexe n°2 : liste type du matériel médico-technique des URO.

Hôpital :(98)

- 1 balance (1x2000 Dh)
- 1 radiateur à bain d'huile (1x1200 Dh)
- matériel de réhydratation (1 bidon 10 litres, gobelets, cuillers, comptes-gouttes) (600 Dh)
- matériel médico-technique (sondes gastriques, matériel pour la perfusion, épicroâniennes, tensiomètre pédiatrique, otoscope et stéthoscope) (3000 Dh)
- matériel didactique (vidéo (8 provinces)) =80.000 Dh
- supports éducatifs et didactiques (chartes murales, posters, diaporama ou cassettes vidéo) (300 Dh)

Centre de santé :(427)

- 1 radiateur à bain d'huile
- matériel de réhydratation (flacons 1 litre, gobelets, cuillers, comptes-gouttes) (100 Dh)
- matériel médico-technique (sondes gastriques, matériel pour la perfusion, épicroâniennes) (1000 Dh)
- supports éducatifs et didactiques (chartes murales, posters) (300 Dh)

Dispensaire : (1200)

- 1 radiateur à bain d'huile
- matériel de réhydratation (flacons 1 litre, gobelets, cuillers, comptes-gouttes) (100 Dh)
- supports éducatifs et didactiques (chartes murales, posters) (300 Dh)

Itinérant :

- pesant
- supports éducatifs (...)

Equipe mobile :

- pesant
- matériel de démonstration (flacon 1 litre, gobelets, cuillers, comptes-gouttes)
- matériel audio (mégaphone)
- supports éducatifs (...)

Annexe 3 : estimations des besoins en SRO

Afin de remplir l'objectif spécifique de 20% d'utilisation des sels de réhydratation et considérant que ce taux est actuellement de 12%, il faudrait que la consommation augmente de 20% chaque années au cours des trois prochaines années

Années	Taux d'utilisation	Besoins
1992	12 %	3.000.000 sachets
1993	14,4% (12+20%)	3.750.000 sachets
1994	17,3% (14,4+20%)	4.700.000 sachets
1995	20,7% (17,3+20%)	5.850.000 sachets

besoins 93-95 : 14.300.000 sachets
2.300.000 (Biosel)

Total Santé Pub. : 12.000.000 * 0.1\$ = 1.200.000\$

Annexe 4 : budget mobilisation sociale.

Activités	1993	-	1994	-	1995
Journées scientifiques					
Journée presse	2.500		3.000		3.000
Journée départ. sociaux	800		800		800
Conf.régionale scientif.	15.000		15.000		15.000
Appui aux provinces (Tables rondes Supports)	45.000		45.000		45.000
Séminaires animateurs Plan Campagnes+IEC	50.000		50.000		50.000
Action grands rassemblement Appui service central	25.000		25.000		25.000
Action TVM - RTM	18.000		18.000		18.000
Dossiers officiels + presse	12.000		12.000		12.000
Elab. supports autres départ.	10.000		10.000		10.000
Supports promotionnels	12.500		12.500		12.500
Carburant	50.000		50.000		50.000
Totaux	240.800		240.000		240.800
Total général :					722.400\$

BUDGETISATION PAR RUBRIQUE (en 1000 \$)

	ANNEES		
	1993	1994	1995
<u>PLMD NIVEAU CENTRAL</u>			
Équipement bureau	10	-	-
Fournitures papeterie	2	2	2
Moyen de mobilité	30	-	-
Supervision	5	5	5
T O T A L	47	47	47
<u>SRO</u>	300	375	585
<u>EQUIPEMENT:</u>			
Hopitaux	97	-	-
Circonscriptions sanitaires	140	-	-
Dispensaires	240	-	-
T O T A L	477	-	-
<u>FORMATION CLINIQUE</u>			
* Niveau National			
- Personnel CHU	6	-	-
- Personnel d'autres provinces	8	30	30
* Niveau Provincial	48	41	50
* Formation d'autres départements	33	33	33
* Formation du secteur privé	33	33	33
<u>FORMATION EN SUPERVISION</u>	75	-	-
T O T A L	212	137	146
<u>ACQUISITION DE MOYENS DE MOBILITE:</u>			
	<u>93 / 94</u>	<u>94 / 95</u>	
Vehicule léger (20)	102	102	
Vehicule tout terrain (20)	396	396	
T O T A L	498	498	

ACTIVITES IEC

Etude CAP	10	-	-
Bulletin	17	-	-
Mobilisation sociale	240	240	240
Spots TV	125	-	-
Diffusion	21	21	21
Supports educatifs	85	85	85
T O T A L	498	363	363

EVALUATION

Etude impact IEC	10	-	-
Enquête formations sanitaires	-	20	-
Enquête menage	-	-	30
E C P	-	-	10
Réunion des responsables provinciaux	12	12	12
T O T A L	22	32	52

RECAPITULATIF

<u>A C T I V I T E</u>	<u>C O U T (1 0 0 0 \$)</u>	<u>%</u>
S R O	1260	27,34
EQUIPEMENT	487	10,57
MOBILITE	1026	22,26
FORMATION	485	10,52
SUPPORTS IEC	494	10,72
EVALUATION et ETUDE CAP	116	2,50
MOBILISATION SOCIALE	720	15,62
AUTRES		
- fourniture bureau papeterie	21	0,46
- supervision		
Total	4.608	100.00