

PD-ABS-583

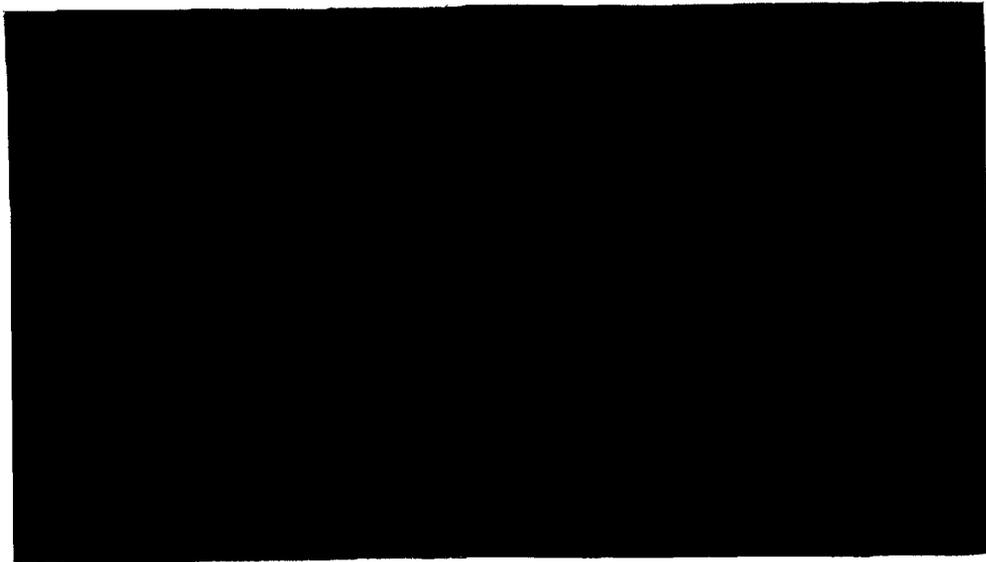
106642



Maroc

JOHN SNOW
INCORPORATED

**Morocco Family Planning
and Maternal & Child Health
Phase V Project**



Funded by USAID under
Contract No. 608-C-00-94-0006

A



JOHN SNOW
INCORPORATED

KM 4 5 Route de Casablanca • Rabat, Morocco • Tel: (212) 7 29 84.15/23/31 & 69.03.79 • Fax: (212) 7 69 06.64

PD-ABS-583

**Projet de Planification Familiale
et Santé Maternelle et Infantile
Phase V**

RAPPORT DE CONSULTATION

Phase Pilote: avril 1998-juillet 2000

**LA COMPOSANTE COMMUNAUTAIRE DE
LA STRATEGIE DE LA PRISE EN CHARGE
INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT**

Par Claire Escoffier

Composante: PCIME/AC

Soumis: le 3 août 2000

**Financé par l'USAID sous le
Contrat No. 608-C-00-94-00006**

B

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
I. PHASE PRÉPARATOIRE	2
II. PHASE DE RECHERCHE OPÉRATIONNELLE : EVALUATION ET PLANIFICATION COMMUNAUTAIRE (EPC) AU MAROC	7
III. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET HIÉRARCHISATION DES COMPORTEMENTS- CLÉS	13
CONCLUSION	20
ANNEXES	21
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ENQUÊTE-MÉNAGE.....	22
ANNEXE 2 : FICHE DE TRAVAIL POUR MESURER LES COMPORTEMENTS-CLÉS.....	27
ANNEXE 3 : EXPLORATION DE LA NON-PRATIQUE DES COMPORTEMENTS-CLÉS	28
ANNEXE 4 : DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE RAPIDE	30
LISTE BIBLIOGRAPHIQUE	32

INTRODUCTION

La stratégie de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) initiée par l'OMS et l'UNICEF a trois objectifs principaux qui sont :

- 1) la réduction de la mortalité
- 2) la réduction de la fréquence et de la gravité des maladies de l'enfant.
- 3) l'amélioration de la croissance et du développement psychomoteur de l'enfant de la naissance à cinq ans. Cette stratégie met en œuvre un ensemble d'interventions permettant le traitement intégré et la prévention des principales maladies de l'enfance ainsi que l'amélioration des pratiques suivies dans les établissements de santé et à domicile. La stratégie a trois composantes qui sont:
 - L'amélioration des **compétences des prestataires de soins** par la diffusion de directives pour la prise en charge intégrée des cas, adapté à la situation locale, et la mise en œuvre d'activités visant à en promouvoir l'application.
 - L'amélioration du **système de santé**, nécessaire à une prise en charge efficace des maladies de l'enfant.
 - L'amélioration des **pratiques familiales et communautaires** (prise en charge de l'enfant malade à domicile, conseils en matière de nutrition, d'hygiène etc). Cette dernière composante met l'accent sur les pratiques relatives à la prise en charge de l'enfant sain (vaccinations et pratiques alimentaires appropriées dans les deux premières années de la vie) et de l'enfant malade (soins à domicile et administration correcte des médicaments prescrits.) L'accent est également mis sur l'amélioration des connaissances des mères concernant les signes de gravité des maladies dans le but de référer rapidement les enfants aux structures de soins.

Ce document traite essentiellement de la dernière composante visant à mettre en œuvre l'amélioration des pratiques familiales et communautaires. Pour ce faire, nous étudierons tout d'abord les étapes préalables à la mise en œuvre de l'approche communautaire. Nous étudierons ensuite en détail le concept et la méthodologie de l'Evaluation et Planification Communautaire (EPC) et son adaptation à la réalité Marocaine. Nous examinerons enfin la faisabilité de la généralisation de cette approche au niveau national et les moyens mis en œuvre pour la formation du personnel de santé à cette nouvelle stratégie.

I. PHASE PREPARATOIRE

La recherche bibliographique dans le domaine des maladies de l'enfant et spécialement du nourrisson au Maroc, a révélé un manque crucial de données à l'exception d'une " *Etude ethnographique focalisée sur les infections respiratoires aiguës*" (R..Bourquia,G.Tucker) en 1993 , d'une étude sur "*Les Pratiques sociales et acceptabilité des services de santé materno-infantiles et de planification familiale*" par F.Navez-Bouchanine en 1995 et d'une thèse d'anthropologie médicale intitulée "*Surnaturel et société: l'explication magique de la maladie et du malheur à Khénifra*" par S.Radi en 1995.

Dans le cadre de la composante communautaire de la stratégie PCIME, plusieurs études ont été menées visant à identifier les connaissances des mères marocaines

concernant les signes de gravité des maladies de l'enfant les plus courantes et les pratiques des familles dans le domaine de la nutrition de l'enfant. Ainsi l'étude sur les **"termes locaux"** (1997) a porté sur l'identification de 15 signes de gravité relatifs aux infections respiratoires aiguës, aux diarrhées, à la rougeole ou à la fièvre. Cette étude qui a été effectuée dans les centres de santé des provinces-pilotes d'Agadir et de Meknès auprès de mères de jeunes enfants a montré qu'il y avait un consensus sur la signification de 13 signes de danger sur les 15 cités à l'exception des termes tels que "convulsions" et "arthralgies". (Plus de 40 termes ont été énumérés pour nommer les convulsions.)

En novembre 1997, une étude sur **" L'adaptation des conseils alimentaires et résultats des essais de pratiques améliorées effectués à Meknès et à Agadir"** a été menée dans le cadre de l'adaptation au contexte marocain du protocole de l'OMS en matière de conseils nutritionnels. L'étude a montré l'acceptation de certaines recommandations par les mères, recommandations ensuite utilisées pour l'élaboration de la section nutrition de la "Carte de conseils pour la mère" qui a été prétestée sur le terrain. 10 000 cartes ont été imprimées et sont actuellement distribuées par le personnel de santé lors des consultations SMI. Un **"Carnet de l'enfant"** contenant les messages PCIME a également été élaboré en collaboration avec l'Observatoire National des Droits de l'Enfant". Ce document est donné aux mères pour assurer un meilleur suivi de l'enfant.

Avant d'entreprendre une modification des "pratiques" et comportements individuels ou communautaires, nous avons proposé de mener une étude anthropologique concernant **"Les maladies de l'enfant au Maroc : représentations, pratiques et recours thérapeutiques"** , étude qui avait pour objectif de mieux cerner **les logiques qui sous-tendent ces pratiques et comportements**, sachant que la promotion de "pratiques" améliorées donc "modifiées" implique une connaissance exhaustive de ces pratiques qui ne peuvent être comprises sans référence au système de pensée interprétatif dont elles sont issues. Au-delà de la connaissance des maladies relevant de la bio-médecine comme les diarrhées, les fièvres, la malnutrition, il existe toute une gamme "d'entités nosologiques populaires polysymptomales" ayant pour nom : *chem, cerra, zagag* etc... Nous entendons par "entités nosologiques populaires", des entités dotées d'une unité et d'une cohérence, qui ne sont pas théorisées et ont un nom spécifique, distinct de leurs symptômes, sans rapport avec la symptomatologie médicale. Ces entités ou catégories populaires sont prises en charge par toute une gamme de tradi-praticiens (guérisseurs, matrones traditionnelles, herboristes etc.) qui décident en fonction de leur propre perception de l'état de gravité d'un enfant (enfant "trop" ou "pas assez malade") de le soigner, de l'abandonner à la providence ou de le référer au centre de santé ou à l'hôpital.

En commanditant cette étude, l'intention des planificateurs du Ministère de la santé était de pouvoir utiliser les "résultats" dans le but de conduire une meilleure stratégie de communication en matière de santé maternelle et infantile. Lors de cette enquête de terrain dont la durée a été de 40 jours et qui s'est déroulée dans deux localités proches de Meknès (Moulay Idriss Zerhoun) et dans deux localités proches d'Agadir, l'investigation a porté :

- 1) sur les représentations et pratiques des mères face à ce qui relève des "maladies de l'enfant "

- 2) sur les perceptions des familles du "**seuil de dangerosité**", c'est-à-dire du moment où les parents décident de recourir à un système de soins.

Résultats de l'étude anthropologique :

1. Les représentations culturelles de la "maladie" :

En ce qui concerne les maladies courantes de l'enfance, l'étude a montré que ces maladies sont insérées dans un cadre "désenchanté" et sont perçues comme "naturelles". Le recours se fait en grande majorité auprès de la biomédecine. Avec la généralisation de la vaccination et la disparition quasi complète du tétanos, de la polio, de la diphtérie et de la rougeole dont l'origine et les manifestations étaient le plus souvent perçues comme surnaturelles, les maladies de l'enfant sont actuellement perçues comme naturelles à l'exception de la fièvre et des convulsions. Ces maladies bénignes sont dites **sahla (facile)** ne requérant pas beaucoup d'attention. Il semble qu'il y ait une bonne connaissance des symptômes par les mères concernant les épisodes infectieux courants telles que l'angine, la diarrhée, les infections respiratoires aiguës et la rougeole. Ces épisodes sont considérés comme des symptômes isolés. La reconnaissance par les mères des signes de gravité tel que l'état léthargique semble assez évidente chez les mères qui notent sans difficulté les différences de comportement de leur enfant. Un enfant abattu, qui reste couché, est inactif ou amorphe est considéré comme étant dans un état grave (**sahat**) et nécessitant un recours au centre de santé. Une maladie grave est dite "difficile" (**wara**) ou "laide" ou "mauvaise" (**rhyba**). Les maladies chroniques sont également banalisées et on n'accorde que peu d'importance à leur prise en charge puisque l'enfant peut vivre avec.

Par contre la "maladie" est la plupart du temps perçue **abstraitemment** et dissociée de ses symptômes. Il y a souvent ignorance de l'étiologie de la maladie, de la notion d'infection et par conséquent de la notion de "carrière biologique" de la maladie dans ses différentes phases : incubation, invasion ou irruption, rechutes ou séquelles éventuelles. Le rhumatisme articulaire aigu, principale complication infectieuse de l'angine non traitée est totalement inconnu des mères et cette ignorance des complications tend à banaliser une affection somme toute assez fréquente.

Les maladies telles que l'angine ou l'otite sont **banalisées** car fréquentes et sont souvent laissées sans soins biomédicaux. Elles sont traitées par des soins dits "naturels" : massage des amygdales par une spécialiste locale jusqu'à leur "éclatement" ou instillation d'huile d'olive dans les oreilles. L'écoulement de pus dans le cas de l'otite ou de sang provoqué par le massage des amygdales est perçu comme signalant la fin de l'épisode et ne requérant pas d'autres soins. Pour l'angine, ce n'est que dans les cas d'aggravation que l'enfant sera emmené au centre de soin. La routinisation de ces maladies perçues comme bénignes et naturelles retarde le recours au centre de santé. En relation avec l'angine, il existe une pratique préventive concernant la luette (*al-halq*). Selon les mères, celle-ci peut "*gonfler, faire enfler les amygdales, provoquer la fièvre et peut entraîner la mort de l'enfant.*" Dans la région de Meknès, l'ablation partielle de la luette est pratiquée par un "spécialiste" qui affirme en couper la partie inférieure et la cautériser afin d'éviter tout saignement.

L'étude a également montré que le cours de la "maladie" étant inconnu, chaque épisode est considéré comme **isolé** n'ayant aucun lien avec la manifestation

suivante. Chaque épisode est perçu comme un nouveau symptôme et rarement comme le signe d'une aggravation. C'est le cas typique des convulsions appelées, entre autre "la fièvre qui rend fou" ou le lien n'est pas établi entre la manifestation physique et sa prévention possible par l'administration d'un antipyrétique. La répétition de ces phénomènes ou symptômes tels que : les yeux révolvés, la perte de conscience ou l'atonie est associée à ceux de la possession, ce qui explique la répétition de ces crises sans modification d'attitude par les parents. Dans les cas de convulsions (qui semblent le plus souvent être des convulsions hyperthermiques), l'enfant est emmené directement chez la guérisseuse ou *chuwafa* qui traite ce problème dont l'origine est perçue comme surnaturelle. **Dans ces cas de convulsions, il n'y a pas de transfert au centre de santé.** Au contraire, il faut que l'enfant reste caché, le médecin ne pouvant rien contre cet état de possession causé par un *djinn*. Ainsi les **infections néonatales qui sont des urgences pédiatriques** sont souvent négligées par manque de reconnaissance de la gravité du problème.

En conclusion, l'ignorance des complications potentielles des maladies infectieuses et la perception des causes des convulsions retardent le recours aux soins ainsi que la banalisation des affections dites "naturelles".

2. Le seuil de dangerosité :

Cette étude a montré que la perception du **seuil de dangerosité** (décision de la famille de recourir au système de soins biomédicaux), se construit à partir des représentations culturelles de la maladie (mais pas uniquement). Elle a également fait ressortir l'impossibilité de détacher les perceptions et les conduites des gens du fonctionnement actuel du système biomédical et notamment du secteur public et de ses praticiens. En effet, si la reconnaissance des signes de gravité est le plus souvent acquise, cette reconnaissance ne se traduit pas systématiquement par une prise de décision et une référence immédiate de l'enfant au centre de santé. D'autres facteurs entrent en jeu tel que l'intervention d'une personne influente, les ressources financières, la perception du système biomédical et l'accessibilité géographique. Nous examinerons ici les ressources financières et les perceptions du système de santé :

Les ressources financières :

Elles déterminent la hiérarchie des intervenants et des recours. Souvent, c'est le souci du moindre coût qui pousse les femmes à consulter dans le secteur public alors que les femmes qui ont les moyens consultent en privé et n'utilisent le secteur public que pour les vaccinations. Les femmes économiquement défavorisées n'ont pas d'autres alternatives et vont au centre de santé dans l'espoir d'obtenir des médicaments même si elles connaissent le traitement qui sera prescrit. Elles disent être soumises au pouvoir **discrétionnaire** de l'infirmier (ère) qui délivre ou non les médicaments. Les familles qui le peuvent, achètent directement les médicaments à la pharmacie soit en gardant l'emballage précédent soit en demandant conseil au pharmacien. On note la réutilisation fréquente de l'ordonnance pour d'autres malades présentant la même pathologie. Le fait que l'ordonnance ne soit pas obligatoire favorise l'automédication. Quant aux itinéraires thérapeutiques (passage d'un type de recours ou d'un praticien à l'autre à l'intérieur du même système ou à l'extérieur), on note une nette évolution d'après le discours des femmes qui autrefois ne recouraient qu'à la médecine naturelle et qui maintenant recourent de plus en plus fréquemment à la médecine biomédicale.

Perception du personnel soignant :

Le recours au centre de santé est retardé par la mauvaise perception qu'ont les familles du personnel soignant. De nombreux reproches sont formulés quant à la qualité des soins : l'absence d'auscultation et de "palpation" font craindre un diagnostic erroné. Le manque visible d'intérêt pour l'enfant que l'on ne "touche" pas est mal vécu par les mères qui ont eu parfois à subir elles-mêmes cette indifférence lors de leur accouchement en milieu "surveillé". La normalité des pratiques telles que la *tadwira*, euphémisme employé pour parler de corruption est souvent relaté, et l'échange d'un meilleur accueil contre une rétribution particulière paraît un usage bien établi. On note également que l'infirmier est rendu responsable de la mauvaise qualité des soins, de la mauvaise organisation du système (attente, renvoi etc.)

A l'issue de l'étude, des recommandations ont été proposées concernant l'amélioration de l'IEC et du comportement des prestataires de soins.

A) Une IEC renforcée:

1. Conduire une éducation sanitaire informative (et non réductrice) auprès des familles sur :
 - les différentes phases des maladies de l'enfant (infection, incubation, invasion, complications, séquelles).
 - les "convulsions" (étiologie, traitement, référence, prévention)
2. Informer les mères sur l'organisation du système de soins et les droits du citoyen à la santé

B) Un système de soins amélioré :

- Améliorer la qualité de l'accueil dans les CS
- Insister sur la formation déontologique du personnel soignant
- Pratiquer l'auscultation et la palpation des malades

Cette étude met en exergue les défaillances techniques, humaines et organisationnelles du système de santé actuel en milieu rural ainsi que les attentes de la population en matière de santé maternelle et infantile. Cette étude a été menée au début de la mise en place de la stratégie PCIME au Maroc et a concerné les mères d'enfants allant aux centres de santé dans lesquels le personnel a ultérieurement bénéficié de la formation clinique. Des efforts considérables ont été accomplis depuis la formation du personnel, efforts qui ont permis l'amélioration des connaissances, comportement et attitudes des soignants et qui ont, semble-t-il quelque peu changé les perceptions des mères vis-à-vis du système et du personnel soignant. Les résultats sont encourageants et prometteurs mais pour perdurer, ils requièrent une attention constante et soutenue de la part de tous les prestataires.

Afin que la réconciliation du système de santé avec la population puisse se renforcer et perdurer, il serait souhaitable de conduire également une étude anthropologique concernant les perceptions des prestataires de soins : qualité des soins dispensés, concept du clientélisme, satisfaction professionnelle, responsabilisation du personnel, qualité de vie, attentes administratives, attitudes vis-à-vis de l'IEC, perceptions et relations avec la population etc. Cette étude permettrait d'appréhender dans sa globalité la problématique concernant les relations des prestataires de soins avec la population. Cette étude apporterait un complément aux

études qualitatives concernant les perceptions des clients et permettrait d'établir une base solide de dialogue pour susciter une réforme déjà initiée par l'expérience-pilote de la stratégie PCIME.

II. PHASE DE RECHERCHE OPERATIONNELLE : EVALUATION ET PLANIFICATION COMMUNAUTAIRE (EPC) AU MAROC

Après ces études préliminaires qui ont permis de mieux connaître les pratiques alimentaires des mères vis-à-vis du jeune enfant (et de développer la Carte de conseils à la mère), la signification des termes locaux concernant les pathologies infantiles et le contexte socioculturel dans lequel la stratégie PCIME allait être initiée, nous avons entrepris une phase de recherche opérationnelle dans les deux provinces-pilotes. La porte d'entrée à la mise en œuvre de l'approche communautaire dans la stratégie PCIME a été initiée par la réalisation d'une **Evaluation et Planification Communautaire (EPC)**, exercice dont la méthodologie mise au point par une équipe de *Basics / Partnership in Child Health Care / John Hopkins University* (USA) avait été testée initialement en Ethiopie.

L'exercice initial propose au personnel de santé une méthodologie combinant les méthodes de l'approche participative et de la recherche quantitative et qualitative. Il s'agit tout d'abord d'identifier, au moyen d'une enquête-ménage, les pratiques et les comportements des mères en matière de SMI par l'analyse des "comportements-clés". Rappelons que le concept de "comportement-clé" a été développé par un groupe de médecins et de comportementalistes qui ont identifié 16 comportement-clés des mères en matière de SMI (pratiques dans les domaines de l'alimentation du jeune enfant, des vaccinations, d'hygiène, de recours aux soins et de pratiques en matière de santé génésique). Ces "comportements-clés" doivent être quantifiables et avoir démontré la possibilité d'être modifiés par des programmes de santé publique, doivent être d'un bon rapport coût-efficacité, avoir un impact sur les problèmes de santé du pays concerné, et avoir démontré avoir un impact dans la réduction de la morbidité et la mortalité chez l'enfant.

Objectifs de l'EPC

1. Identifier les problèmes de santé importants
2. Identifier les pratiques et les comportements des mères en matière de SMI
3. Etablir une base de données sur les comportements des mères dans le but de monitorer et d'évaluer les changements après intervention
4. Améliorer le dialogue entre les prestataires de soins et les mères de jeunes enfants.
5. Faciliter la participation de la communauté dans la planification des activités communautaires et en matière de santé

Rappelons brièvement les traits principaux de cette approche participative proposée initialement et qui avait pour objectif principal d'identifier et de prioriser avec la communauté, les problèmes relatifs à la Santé de la mère et de l'enfant. Cette méthode employait de nombreuses méthodes dites "participatives" :

1. Utilisation de fèves pour évaluer et quantifier les problèmes de santé les plus courants

2. Exécution d'une "carte sociale" permettant de situer visuellement les points stratégiques (eau/route/école) et la situation géographique des communautés défavorisées.
3. Hiérarchisation des problèmes de santé de l'enfant les plus courants

Une enquête-ménage (sélection aléatoire) portait sur les "comportements-clés" et fut analysée manuellement dans le but de pouvoir communiquer immédiatement les résultats à la communauté. En Ethiopie, l'EPC se limitait à identifier les "comportements-clés" concernant les enfants de moins de 24 mois ne tenant pas compte de l'enfant plus âgé. Un plan d'action fut discuté et proposé par la communauté et les prestataires de soins locaux. L'expérience éthiopienne menée et relatée par Basics s'arrête au plan d'action identifié par les participants. Elle ne traite ni de l'exécution du plan, ni des difficultés rencontrées, ni des conséquences soulevées par cette intervention rapide et ponctuelle, ni de l'évaluation des activités suggérées par le plan d'action.

Au Maroc, le concept même de l'EPC a été modifié en fonction de plusieurs facteurs : tout d'abord l'efficacité des programmes verticaux, la généralisation de la vaccination et le développement économique du pays ont permis au Maroc, dans les dernières années de réduire la mortalité infantile de manière significative (de 73 pour 1000 en 1987 à 37 pour mille en 1997). Le Maroc est devenu un **pays dit "intermédiaire"**. Le Ministère de la santé marocain a alors décidé de concentrer ses efforts sur, d'une part la réduction de la morbidité infantile et d'autre part sur l'amélioration du développement psychosocial de l'enfant de la naissance à l'âge adulte. Le Ministère de la santé a également élaboré des objectifs globaux, à long terme qui ont pour but de réconcilier le système de santé avec la population, d'améliorer les prestations de santé dans le monde rural et de participer au processus de développement durable et intégré. Ainsi les objectifs initiaux de l'EPC ont été modifiés par cette vision exprimée par les décideurs du Ministère de la santé.

Au cours de la recherche opérationnelle, la méthodologie et les outils d'investigation utilisés ont été modifiés et adaptés en fonction :

- 1) de la **pathologie locale** affectant la morbidité et la mortalité infanto-juvénile
- 2) des problèmes de **santé** (autres que PCIME) affectant l'enfant et sa famille
- 3) des problèmes liés au **développement psycho-social** de l'enfant.

(les révisions méthodologiques seront exposées dans la phase 2 : connaissance de la communauté.

Les EPC se sont déroulées sur 15 mois dans trois provinces (dont 2 provinces-pilotes PCIME). Elles se sont déroulées dans cinq sites et ont toutes respectées les quatre phases que nous discuterons ci-dessous avant de présenter une synthèse des résultats.

Etape 1 : Identifier les partenaires et construire le partenariat

Choix des sites

Au Maroc, les provinces d'Agadir et de Meknès ont été retenues par le Ministère de la santé pour la mise en œuvre de la stratégie PCIME. Les décideurs du Ministère de la Santé ont alors choisi de piloter l'expérience avec des Associations ayant fait preuve d'un fort leadership et ayant déjà réalisé des projets en matière de

développement. Ce choix permettant au Ministère de s'appuyer sur les représentants de l'Association pour justifier son choix stratégique. L'EPC a été réalisée dans les sites 1 et 3 en partenariat avec l'Association sociale TIOUIZI (Agadir) et l'Association des Usagers de l'eau potable (Meknès).

Le premier exercice EPC a été mené dans le village "modèle" de Tagadirt-Naabadou situé à 23 km de la ville d'Agadir où l'Association Tiouizi mène depuis 5 ans une action de développement intégré et où des actions concernant l'amélioration des pratiques communautaires ont déjà été initiées (adduction d'eau potable, projet d'assainissement liquide, collecte des déchets ménagers).

Le deuxième exercice a été mené en partenariat, dans une région affectée par la sécheresse avec une Association dont le but principal était l'adduction d'eau.

Le choix des sites 2 et 4 a été laissé à la décision des délégations régionales des deux provinces-pilotes. Les EPC ont été "décentralisées" et menées par les équipes provinciales et locales.

Le site 5, situé en dehors des "zones-pilotes" a été choisi sur des critères de sous-équipement extrême et de prestations médicales inférieures à la moyenne nationale.

A l'exception du premier site de Tagadirt-Naabadou choisi à cause de ses réalisations dans le domaine du développement intégré, les quatre autres sites présentaient tous, à des degrés divers des problèmes d'**enclavement géographique, de couverture médicale insuffisante (visites de l'équipe mobile 3 fois/an) de sous-équipement en matière d'adduction d'eau, de transport et d'éducation. Trois sites concernaient des populations socialement marginalisées, populations dont l'implantation récente (début du siècle) dans ces zones particulièrement enclavées n'avaient pas favorisé le développement socio-économique.**

Caractéristiques des sites :

Sites	Population	Dist.CS	Accessibilité	Ecole	Eau	Electricité
1.Tagadirt Naabadou (Agadir)	3500	15 km	Facile	Oui	Oui	Oui
2.Ikouza-Taghazout (Agadir)	3000	25	Très difficile	Non	Non	Non
3.Kermet Ben Salem (Meknes)	500	12	Difficile	Oui	Non	Oui
4.Boualka El guendoul (Meknes)	800	10	Difficile	Non	Non	Non
5.Oulad Abderahman (Safi)	550	25	Très difficile	Oui	Non	Non

Dans tous les sites, des rencontres destinées à identifier les partenaires des Services de Santé ont été faites: rencontre avec les autorités (wali, caïd, pacha), les élus, les associations, la population. Les rencontres avaient également pour objectif de clarifier les intentions du Ministère sur l'EPC et le partenariat futur. Une **carte sociale** fut établie en incluant les données sanitaires, démographiques, économiques et socioculturelles de la région. Les futures "personnes-relais" ont été identifiées, volontaires de la communauté (jeunes filles éduquées, instituteurs, tradipraticiens).

Etape 2 : Connaissance de la communauté

Des équipes formées de **volontaires** proposés par les localités (jeunes femmes ou instituteurs) et du **personnel de santé local et provincial** ont pendant plusieurs jours menés des enquêtes de terrain. Une formation rapide a été donnée dans la localité sur la technique des différentes méthodes employées. Le but de cette recherche sur le terrain est de permettre à l'équipe de la santé, formée d'infirmiers(ers), de médecins et de gestionnaires du système, de vivre pendant plusieurs jours avec les gens de la localité concernée, de découvrir leurs problèmes au quotidien, d'en discuter et de chercher ensemble les moyens de les résoudre.

Cette phase a pour objectif de mieux connaître la "communauté", entendons par "communauté" d'une part les mères d'enfants de jeunes enfants et d'autre part les ménages ayant des enfants de moins de 18 ans. Pour cela, la méthodologie employée comprend trois outils d'investigation :

- 1) un questionnaire thématique.
- 2) une grille d'entretien visant à explorer les raisons sous-jacentes à la non-pratique de certains comportements-clés.
- 3) une grille d'entretien pour élaborer un diagnostic communautaire rapide des problèmes de l'enfant au sein de la communauté.

Outil 1. Enquête-ménage et Questionnaire (annexe 1)

Une enquête-ménage a été menée dans chaque foyer d'enfants de moins de 36 mois portant sur les "comportements-clés" en matière de SMI :

1. *L'alimentation de l'enfant :*
 - Allaitement maternel exclusif pendant 6 mois
 - Alimentation diversifiée à partir de 4 mois.
2. *Les pratiques préventives :*
 - a) chez les mères :
 - Espacement des naissances
 - Consultation prénatale des femmes enceintes 1 fois par trimestre
 - Prise de comprimés de fer pour les femmes enceintes.
 - b) dans les familles :
 - Lavage des mains au savon
 - Consommation suffisante de fer, de Vit A et Vit D par les enfants
 - Utilisation constante de sel iodé.
3. *Les vaccinations :*
 - Vaccinations complétées à l'âge de un an
 - Vaccinations contre le tétanos pour les femmes enceintes.
4. *Le traitement à domicile des maladies de l'enfant :*
 - Maintenir l'alimentation et augmenter l'apport de liquide pendant la maladie :

- Administration correcte des SRO
- Administration des médicaments conformément aux instructions
- Chercher à obtenir des soins appropriés lorsque l'enfant est malade.

Deux "comportements-clés" dans le domaine des pratiques préventives vont être ajoutés au questionnaire : l'administration correcte de la Vitamine A aux enfants de moins de 9 mois, administration qui n'a été initiée systématiquement au Maroc qu'à en 1999 et l'administration correcte de la Vit D aux nourrissons, (activité routinière des services de santé publique au Maroc).

Le questionnaire a été révisé, simplifié et traduit en arabe standard, la version arabe servant de référence pour la traduction en dialectes et langues locales. L'enquête-ménage a été réalisée dans tous les foyers ayant un enfant de moins de 36 mois pour les raisons suivantes : les localités choisies ayant une population ne dépassant pas 3000 personnes, il était logistiquement possible de passer dans chaque maison permettant aux équipes de rencontrer un grand nombre de familles. En enquêtant tous les enfants, il devenait alors possible d'évaluer les performances du système de santé local dans le domaine de la prévention en matière de SMI (couverture vaccinale, distribution de SRO, planification familiale, consultation prénatale).

NB : Nous tenons à souligner que le contenu du questionnaire peut être adapté en fonction du temps, des moyens financiers et logistiques et des besoins formulés par le personnel de santé, responsable de la zone où se déroule l'EPC : certaines questions relatives à l'évaluation des performances du système de santé peuvent être supprimées. On peut aussi alléger le processus en sélectionnant au hasard un nombre minimal de foyers si le but de l'enquête-ménage est essentiellement de connaître les comportements-clés des familles en matière de SMI. On peut alors ne retenir que les questions directement exploitables par l'analyse manuelle (voir annexe 2 questions en caractères gras), permettant la rétroinformation immédiate sur le terrain.

Au contraire, si la localité enquêtée manque crucialement de données en matière de SMI, on peut également exploiter toutes les questions proposées afin de mieux connaître les comportements et de la population enquêtée et mieux évaluer les performances du système de santé local. L'expérience a montré que l'analyse informatisée des données complètes n'a pas été exploitée ultérieurement par les équipes locales.

Le dépouillement de l'enquête-ménage se fait par **l'analyse manuelle** (annexe 2) qui se révèle être d'un grand intérêt car elle permet la rétroinformation immédiate des résultats à la population concernée et au personnel de santé. Elle permet également aux équipes de participer à cette analyse, domaine réservé habituellement à l'informaticien.

Les "comportements-clés" dont le score était inférieur à 50% ont été sélectionnés comme comportements à améliorer . Au terme de l'a analyse, les résultats sont présentés à la population (hommes et femmes séparés selon le souhait émis par les responsables).

Outil 2 Evaluation de l'état nutritionnel

De récentes enquêtes (Papchild 97) ont révélé que la malnutrition est un problème récurrent au Maroc: 1/4 des enfants auraient un retard de croissance (stunting) et 10%

auraient une insuffisance pondérale. Lors des différentes phases de cette recherche-opérationnelle, nous avons voulu évaluer l'état nutritionnel des enfants enquêtés. A l'exception du premier site, nous avons, dans les autres sites pesé tous les enfants de moins de 36 mois. Nous nous sommes heurtés à des difficultés logistiques : pesons (marque Salter) mal tarés ou absents obligeant le personnel à utiliser les "pèse-bébés" lourds à transporter ou les "pèse-personnes" donnant un poids approximatif. Il a donc été décidé d'abandonner la pesée et de ne pas utiliser le critère poids/âge lors de l'EPC et de remplacer dorénavant la pesée par une **bandelette graduée** permettant de mesurer le **périmètre brachial** de l'enfant. Cet outil, d'utilisation aisée, léger, peu coûteux est tout à fait approprié dans le contexte de l'EPC et permet un dépistage rapide de la malnutrition modérée ou sévère. Utilisé au cours de l'enquête-ménage il permet d'évaluer rapidement l'état nutritionnel de tous les enfants de moins de 36 mois. La mesure du périmètre brachial permet ainsi en cas d'insuffisance pondérale d'initier un projet d'éducation ou de réhabilitation nutritionnelle.

Outil 3. Grille d'entretien (annexe 3)

Une grille d'entretien est utilisée dans le **but d'explorer les raisons sous-jacentes à la non-pratique de certains comportements** concernant les thèmes précités . Une liste de mots-clés permet de guider l'enquêteur sur les questions importantes à poser. On essaie ici d'élucider si les raisons pour la non-pratique des "comportements-clés" sont plutôt dues aux défaillances du système de santé ou à des raisons individuelles. Des entretiens de groupe sont menés auprès de mères de jeunes enfants et des entretiens individuels sont menés auprès des personnes influentes dans le domaine de la santé infantile (*qabla, fquih, herboriste* etc.)

De plus, la typologie des maladies les plus courantes sont évoquées ainsi que les pratiques concernant la prévention, le traitement des maladies concernées par la PCIME ainsi que certaines pratiques locales (ablation de la lchette) .

Outil 4. Diagnostic communautaire rapide (annexe 4)

Cet outil a pour objectif d'identifier les principales contraintes ou obstacles contribuant à la croissance et au développement harmonieux de l'enfant dans son environnement scolaire, communautaire et sanitaire.

Cet outil ne se limite pas à l'enfant malade de moins de 36 mois mais à l'enfant de la naissance à 18 ans. Au cours de discussions de groupe comprenant 6 à 8 participants (femmes et hommes discutant les mêmes thèmes mais en groupes séparés comme souhaités par la communauté), les thèmes suivants sont évoqués:

Le développement psychomoteur de l'enfant :

Problèmes liés au développement psychomoteur de l'enfant : perception et énumération des divers "handicaps" affectant les enfants de la localité (surditité, retard d'élocution, handicapés moteurs, retard staturo-pondéraux). La prise en charge de ces enfants handicapés au niveau familial et communautaire est discutée ainsi que la qualité de cette prise en charge (si elle existe).

L'enfant et la santé environnementale :

Ici sont discutés les problèmes d'eau (approvisionnement, qualité, quantité, coût) en relation avec l'hygiène de l'enfant (lavage des mains, utilisation du savon, présence de dermatoses, rareté des bains, absence de latrines). Les nuisances

affectant la morbidité et la mortalité de l'enfant sont évoquées : piqûre de scorpion, morsures de serpent, présence de mouches ainsi que les accidents domestiques (brûlure) ou accidents de la route, noyade etc.

L'enfant et la scolarisation

Le développement intellectuel de l'enfant est évoqué (qualité de l'enseignement satisfaction des conditions d'enseignement (état de l'école, présence d'eau, de latrines)de cantine scolaire, qualité des repas, mesures d'hygiène prises etc.).

L'enfant et l'accessibilité aux soins

L'éloignement du centre de santé, les contraintes géographiques, logistiques, financières sont évoqués ainsi que les obstacles liés au personnel de santé (manque d'accueil, discrimination, absence de médicaments, incompétence du personnel etc.)

III. PRESENTATION DES RESULTATS ET HIERARCHISATION DES COMPORTEMENTS-CLES

Enquêtes-ménages menées dans les cinq sites : tableau comparatif (en pourcentage des familles enquêtées)

L'enquête-ménage a porté sur un total de 421 familles ayant un enfant de moins de 36 mois. Les résultats ci-dessous expriment le pourcentage de familles pratiquant les comportements-clés.

Tableau 1 : Pratiques en santé reproductive

Comportements-clés	Tagadirt-Naâbadou (Agadir)	Ikouza-Taghazout (Agadir)	Kermat Ben Salem (Meknès)	Guendoul-Bouâika (Meknès)	Oulad Abderrahman (Safi)	Moyenne %
Utilisation méthode Moderne contraception	66 %	70 %	63 %	77 %	54 %	66 %
CPN (3 visites au moins)	36 %	46 %	43 %	14 %	24 %	30 %
Prise des comprimés de sulfate de fer	31 %	40 %	18 %	26 %	52 %	33 %

Le taux d'utilisation en contraceptifs est remarquablement élevé (66%) ce qui correspond au taux de prévalence nationale. La grande majorité des femmes utilise la **pilule** qui est délivrée gratuitement par les services de santé. Lors des entretiens les femmes ont exprimé le souhait de pouvoir choisir d'autres méthodes dites de longue durée. Elles souhaitaient également plus d'information. Dans tous les sites, la consultation prénatale (CPN) pose problème. Seulement 30% des femmes ont bénéficié de 3 visites. L'éloignement des centres de santé, la rareté des visites de l'équipe mobile, le manque d'espace et d'intimité réservé à la CPN, le manque de personnel féminin, l'absence de médicaments expliquent ce taux très bas. 33% des femmes enceintes prennent régulièrement des comprimés de fer pendant la grossesse, ce qui est expliqué par le nombre insuffisant de visites prénatales d'une part et par les "ruptures de stock" invoquées avec fatalité alors qu'elles sont dues le plus souvent à une gestion défailante dans la répartition des médicaments plutôt qu'à une réelle rupture de stock.

La surveillance de la grossesse est une grande préoccupation pour les familles. Toutes les communautés ont reporté des histoires de femmes mortes en couches ou victimes de crises d'éclampsie. L'amélioration de la CPN a été mis en priorité dans les cinq sites.

Tableau 2 : Alimentation du nouveau-né et du jeune enfant

Comportements-clés	Tagadirt-Naâbadou (Agadir)	Ikouza-Taghazout (Agadir)	Kermat Ben Salem (Meknès)	Guendoul-Bouâka (Meknès)	Oulad Abderrahman (Safi)	Moyenne
AME jusqu'à 6 mois	40 %	14 %	71 %	57 %	44 %	45 %
Alimentation complémentaire 6 à 12.	44 %	56 %	28 %	67 %	55 %	50 %
Alimentation complémentaire 12-24. Mois	92 %	68 %	87 %	97 %	63 %	81 %

L'allaitement maternel est pratiqué par la majeure partie des femmes, à l'exception de quelques femmes qui ont arrêté d'allaiter sur injonction du *fquih* ou du guérisseur, qui accusent le lait maternel d'être responsable de la maladie de l'enfant. Si l'on s'en tenait à la définition rigoureuse de l'allaitement maternel exclusif qui est de ne **rien** donner en dehors du lait maternel, le taux d'observance de cette pratique serait très bas. En effet, toutes les mères donnent au nouveau-né, au moins d'une manière symbolique : de la verveine, quelques gouttes de miel ou d'huile d'olive dès la naissance. De plus, les femmes sont habituées à diversifier l'alimentation d'une manière substantielle vers l'âge de 4 mois, comme prôné par le personnel de santé avant l'introduction de la stratégie PCIME. Seulement la moitié des femmes donnent une alimentation équilibrée à partir de 6 mois. Le fait que l'enfant ne reçoive pas de ration individuelle (enrichie en protéines) et dépende du régime alimentaire de ses parents est souvent un problème dans les foyers ou l'indigence réduit la famille à ne manger souvent que du pain et du thé.

Seulement un site a mis en priorité l'alimentation de l'enfant sain comme important, les autres n'identifiant pas les pratiques alimentaires actuelles comme problématiques, ce qui laisse entrevoir une difficulté de changement de comportement.

Tableau 3 : Pratiques vaccinales (mères et enfant)

Comportements-clés	Tagadirt-Naâbadou (Agadir)	Ikouza-Taghazout (Agadir)	Kermat Ben Salem (Meknès)	Guendoul-Bouâka (Meknès)	Oulad Abderrahman (Safi)	Moyenne
Vaccination complète des enfants de plus de 12 mois avec carte	84 %	97 %	84 %	83 %	47 %	86 %
VAT mères 3 et >3	66 %	40 %	60 %	69 %	19 %	56 %

Le taux de couverture vaccinale (avec carte) est très élevé et avoisine les **85%**. La campagne nationale de vaccination lancée en 1987 a donné des résultats durables. Les moyens mobilisés, les journées de vaccination (2 passages annuels de l'équipe mobile à un mois d'intervalle) dans toutes les localités du pays, ceci ajouté à la conviction des parents de l'efficacité de la vaccination (surtout la rougeole et le tétanos) contribue à maintenir ce taux élevé.

A Safi, le taux de couverture vaccinale avoisine les 85% comme attesté par les statistiques du dispensaire de Ighoud mais le chiffre de 47% est lié au fait que plus de 40% des enfants, bien que vaccinés, n'ont pu montrer leur carte de vaccination, n'en ayant pas reçu. Il en est de même pour la vaccination antitétanique des femmes dans les sites de Boualka et de Safi qui ne reflètent pas le taux de couverture vaccinale mais plutôt un problème de consignation .

Tableau 4 :Pratiques préventives à domicile

Comportements-clés	Tagadirt Naâbadou (Agadir)	Ikouza-Taghazout (Agadir)	Kermat Ben Salem (Meknés)	Guendoul-Bouâlka (Meknés)	Oulad Abderrahman (Safi)	Moyenne %
Lavage des mains au savon.	30 %	12 %	30 %	50 %	61 %	37 %
Utilisation du sel iodé	6 %	1,5 %	14 %	17 %	6 %	9 %

Le lavage des mains au savon (avant de préparer les repas, après défécation, avant de manger) est loin d'être pratiqué par tous. Au Maroc, si la coutume veut que l'on se lave les mains avant et après les repas, le savon est rarement utilisé sinon après avoir mangé pour se débarrasser des graisses. Ce comportement a été priorité par les groupes des 5 sites qui ont reconnu l'importance de ce comportement dans la prévention des diarrhées. Le manque d'eau disponible dû à l'éloignement des sources d'approvisionnement, à son coût ou à la sécheresse ne favorise pas un lavage des mains au savon régulier .

L'utilisation du **sel iodé** dans les foyers est très peu répandu. Si l'on peut comprendre que les sites de la région d'Agadir situés près de l'océan aient des taux très bas d'utilisation (6 et 1,5%) on peut s'étonner que dans les zones montagneuses de Meknés où la **prévalence du goitre soit élevée, seulement 14 et 17% des foyers utilisent le sel iodé.**

La iodisation du sel , sporadique et défectueuse, le non-respect de la loi concernant son emploi, le manque de contrôle des autorités concernées et le manque d'information de la population sur les causes du problème contribuent à maintenir un taux d'utilisation peu élevé. Les sites concernés ont priorisés ces comportements en impliquant les services de santé.

Tableau 5 : Traitement à domicile de l'enfant malade

Comportements-clés	Tagadirt Naâbadou (Agadir)	Ikouza-Taghazout (Agadir)	Kermat Ben Salem (Meknés)	Guendoul-Bouâlka (Meknés)	Oulad Abderrahman (Safi)	Moyenne %
Maintien alimentation et augmentation des liquides pendant maladie (0-6)	45 %	20 %	75 %	95 %	50 %	58 %
Maintien alimentation pendant maladie (plus de 6 mois)	62 %	90 %	28 %	37 %	38 %	51 %
Administration des SRO.	19 %	6 %	4 %	9 %	10 %	10 %
Médicaments administrés conformément aux instructions.	67 %	71 %	83 %	—	7 %	57 %
Recherche de soins appropriés.	33 %	21 %	29 %	33 %	25 %	28 %

Si l'alimentation de l'enfant malade semble être maintenue, voir augmentée par la moitié des mères, le très faible taux d'administration des solutions de réhydratation orale (SRO) est à noter. En effet, les "ruptures de stock" sont encore évoquées. Les mères ne semblent pas connaître non plus la solution "maison" et n'emploient que des solutions locales.

Seulement 28% des familles ont consulté un professionnel de santé lors de la maladie de leur enfant (dans les deux semaines précédant l'enquête). Les griefs vis-à-vis du système de santé sont nombreux : manque d'accueil, clientélisme, absence de médicaments, ce qui explique le peu d'empressement à se rendre au centre de santé. De plus, l'éloignement des centres de santé, souvent mal équipés (manque de commodités élémentaires), la déficience des moyens de transport ou son coût élevé ne favorise pas les visites au centre de santé, sauf en cas d'obligation extrême. Les 5 sites ont mis en priorité la recherche de soins appropriés. Tous ces sites ne sont visités que 2 à 3 fois par an par une équipe mobile souvent pressée et mal équipée. La construction de dispensaires est réclamée par toutes les localités qui voient dans la présence proche d'un professionnel de santé la solution à toutes leurs angoisses et problèmes !

Hiérarchisation des comportements-clés

L'Enquête-ménage est dépouillée rapidement grâce à l'analyse manuelle, les résultats sont présentés à l'équipe médicale réunie au centre de santé et aux personnes intéressées (hommes et femmes) de la localité. On présente alors les comportements-clés pratiqués (sous forme de pourcentage) par ordre décroissant et l'on procède à la priorisation des CC. Le groupe sélectionne 10 comportements puis les 5 premiers CC sont alors retenus. L'étape de sélection est facilitée par des fiches illustrant chaque CC, fiches préparées sur place par le groupe. La priorisation des CC est faite sur la base des critères suivants : importance reconnue, faisabilité, temps requis pour la mise en pratique et coût potentiel.

Les comportements hiérarchisés à l'issue des réunions avec la population sont les suivants:

Les Sites	C.C. priorisés par hommes et femmes
Tagadirt Naâbadou Agadir	1- Recherche de soins appropriés; 2- CPN; 3- Lavage des mains au savon; 4 VAT; 5. Allaitement maternel exclusif
Ikouza- Taghazout Agadir	1 Lavage des mains au savon; 2- Recherche de soins appropriés; 3- CPN; 4- Prise des comprimés de fer; 5- VAT;
Kermat Ben Salem Meknès	1- CPN; 2- Lavage des mains au savon; 3- Recherche de soins appropriés; 4- VAT; 5- Administration des SRO; 6- Utilisation du sel iodé; 7- Prise des comprimés de fer.

Les Sites	C.C. priorités par hommes et femmes
El Guendoul- Bouâlka Meknès	1- CPN; 2- PF; 3- Utilisation du sel iodé; 4- Vaccination des enfants et des mères (VAT); 5- Lavage des mains au savon;
Oulad Abderrahmane -Safi	1- Recherche des soins appropriés; 2- CPN; 3- Alimentation des enfants pendant la maladie; 4- Vaccination des enfants; 5- PF

On peut noter que les groupes consultés ont à l'unanimité choisi la **consultation prénatale** et la **recherche de soins appropriés** qui sont perçus comme des défaillances du système de santé.

Phase 4 : Développer les stratégies d'intervention

Il s'agit ici des engagements pris par les responsables sanitaires provinciaux lors des assemblées générales dites de "négociation" tenues avec la communauté le dernier jour de l'EPC pour l'élaboration du plan d'action communautaire.

Ces engagements du système de santé peuvent être résumés comme suit :

1. Revoir le paquet d'activités et le **calendrier** des passages de l'équipe mobile et de l'itinérant
2. Revoir la **gestion des médicaments** et l'organisation du travail (répartition des tâches et définition des responsabilités) au niveau des structures de santé
3. **Améliorer l'accueil** au niveau des différents postes d'activités
4. Entreprendre des **actions IEC** sur les thèmes priorités par la communauté
5. Planifier, mettre en œuvre et évaluer les différentes activités, en collaboration avec la communauté
6. Organiser des sessions de formation pour les "personnes-relais" sur les messages PCIME
7. Aider la communauté à résoudre les problèmes extra-santé (eau, route, école) en sensibilisant les départements concernés
8. Equiper le local devant servir de lieu de travail pour l'équipe mobile et pour l'organisation de séances d'éducation pour la santé (table d'examen, pèse-bébé, médicaments).

Les engagements de la communauté.

- 1- Aménager un local devant servir de lieu de travail pour l'équipe mobile et de lieu de réunion pour l'organisation de séances d'éducation pour la santé
- 2- Mise en place de comités locaux (hommes et femmes) qui serviront d'interface entre la communauté et le système de santé

- 3- Travailler en étroite collaboration avec le personnel de santé pour l'amélioration des connaissances et des pratiques "sanitaires" des familles et de la communauté
- 4- Assurer un système d'évacuation des urgences au niveau des localités
- 5- Organiser des activités génératrices de revenus au sein des Associations de femmes (atelier de broderie, couture)
- 6- Organiser des cours d'alphabétisation pour les jeunes filles et jeunes femmes
- 7- Identifier des "personnes-relais", volontaires de la communauté pour suivre une formation dispensée par le personnel de santé

Suivi

A l'issue des EPCs, les engagements pris par le système de santé ont été suivis et exécutés par un **Comité d'action et de suivi** en collaboration avec les associations. Ce comité stimule quotidiennement la collaboration intersectorielle sous l'impulsion des équipes locales et provinciales. Cette collaboration se concrétise lors des réunions hebdomadaires des Comités Techniques Provinciaux sous la direction du gouverneur : des réunions avec les responsables des diverses Directions Provinciales (Agriculture, Hydraulique, ONEP, Education, Entraide nationale, Jeunesse et sports, *Habous*) permettent la planification puis la réalisation d'activités concrètes bénéficiant directement la communauté. Cette expérience-pilote se termine en juillet 2000 et l'évaluation de la composante communautaire n'a pas été faite formellement, l'expérience ayant été jugée trop récente pour en mesurer l'impact. Néanmoins, des réalisations tangibles sont là : des pistes carrossables ont été tracées, des points d'eau aménagés, des salles de classe construites, des activités génératrices de revenus initiées: coopérative apicole et ateliers de formation à la broderie-couture.

Le Comité d'Action et de Suivi, malgré quelques difficultés initiales de structuration s'est révélé très actif. Il a largement soutenu les associations, surtout celles nouvellement formées en renforçant leurs capacités de formation à la gestion de projets. Le personnel du SIAAP a consacré beaucoup de temps et d'énergie au soutien de ces associations et ceci dans un esprit de volontariat et d'enthousiasme jamais démenti. Le charisme de certains délégués a été un facteur déterminant dans la réussite de l'approche.

A l'issue des EPCs, des **Comités locaux** ont été créés dans le but de maintenir des liens réguliers entre la communauté et le personnel des centres de santé concernés. Les Associations ont respecté leurs engagements : aménagement de locaux incluant un coin santé, création de coopératives, cours d'alphabétisation donnés par des bénévoles, identification et formation de personnes-relais issues des localités. Au cours de cette formation, de nombreux thèmes ont été abordés : concept de participation et d'approche communautaire, conseils en matière de nutrition, soins à domicile, pesée de l'enfant, administration correcte des médicaments prescrits, rôle de liaison, information sur le réseau du système de soins, techniques de communication, rôle des personnes-relais dans l'EPC etc.)

Au cours de l'expérience-pilote, trois séminaires-ateliers ont été organisés et animés par les équipes centrales, provinciales et locales et les consultants Basics/JSI avec l'objectif final d'obtenir un consensus sur le concept de l'approche communautaire, la

méthodologie de l'EPC, le rôle "pivot" de la santé dans le partenariat multisectoriel et le rôle des personnes-relais dans l'approche.

L'expérience acquise tout au long de ce projet-pilote a été consignée dans trois rapports successifs colligés par le Pr. Jamal Eddine NAJI.

Formation

En novembre 1999, un séminaire-atelier a permis l'élaboration d'un module de formation pour les personnes-relais et les formateurs à l'issue duquel, deux documents ont été rédigés par une équipe comprenant des membres de la SMI, de la Division de la Formation, de responsables d'IFCS et des consultants JSI :

- 1) Un précis d'application, instrument de référence destiné aux décideurs provinciaux pour information et réflexion et au personnel formateur (SIAAP, IFCS). Ce précis contient des fiches méthodologiques destinées aux formateurs.
- 2) Un document de base, destiné au personnel de santé des circonscriptions sanitaires chargé de la mise en œuvre de l'approche communautaire. Son contenu reprend de manière simple et résumée les principaux éléments des quatre modules du précis d'application. Ce document sera distribué à l'issue de la formation du personnel de santé.

Ces documents se présentent sous la forme d'un classeur qui sera appelé à être modifié et enrichi au fur et à mesure de l'expérience qui, souhaitons le, continuera à se développer. Cette formule souple permettra de consigner les modifications et innovations survenant au cours de la phase d'expansion du projet et de tester la validité de la méthode lors de sa généralisation au niveau national.

Entre mars et avril 2000, la formation des professionnels de santé en matière d'approche communautaire a eu lieu dans les IFCS au niveau des deux provinces-pilotes. Ces sessions s'adressaient à des cadres du SIAAP et des professionnels de santé des formations sanitaires rurales et des cadres de l'IFCS¹.

D'autre part, la formation de personnes-relais communautaires a eu lieu au niveau des centres de santé et du local des Associations des provinces-pilotes.

Evaluation

Plusieurs outils ont été proposés pour évaluer la composante de l'approche communautaire mais n'ont pas encore pu être utilisés (manque de recul), à l'exception de l'évaluation du taux de réalisations des activités retenues dans le plan d'action EPC et entreprises au niveau des sites.

- a) Appréciation du taux de réalisation des activités et de l'état d'avancement des réalisations initiées par la collaboration intersectorielle (après un an)
- b) Evaluation de l'impact : une autre enquête-ménage permettant de quantifier les modifications obtenues concernant l'amélioration des pratiques familiales et communautaires (après deux ans).
- c) Perceptions de la population quant aux changements survenus depuis le début du projet (qualité des prestations du personnel de santé et facteurs influençant le recours aux soins).

IFCS : Institut de Formation aux Carrières de Santé¹

- d) Perceptions de la population féminine quant aux changements intervenus (mode de vie, autonomie financière, "empowerment", vie sociale etc.
- e) Perceptions du personnel de santé concernant l'amélioration des connaissances et pratiques des mères en matière de SMI

Cette évaluation en majorité "qualitative" (à l'exception de l'enquête-ménage) utilisera de préférence les méthodes de la recherche anthropologique: observation-participante, entretiens individuels etc.). Elle permettra de monitorer de façon régulière et suivie, l'impact de cette approche sur le long terme et d'évaluer la pérennité de l'action entreprise.

CONCLUSION

L'approche communautaire s'est développée sur plusieurs fronts : initiatives en matière d'IEC pour améliorer les pratiques familiales en matière de SMI, formation de personnes-relais, lancement de la collaboration multisectorielle, actions de développement local et intégré, autoprise en charge par les communautés de leurs problèmes etc.

Cette initiative multidisciplinaire a permis de répondre en partie aux attentes exprimées et a favorisé un début de réconciliation du système de santé avec la population. L'expérience est bien sûr, limitée dans le temps et dans l'espace et n'a bénéficié qu'à un nombre limité de familles, la formation en approche communautaire n'a concerné qu'un très petit nombre de volontaires, le niveau d'engagement de certaines associations a provoqué des remous, mettant en péril l'équilibre de certains pouvoirs ! De nombreux points restent à renforcer en fonction de la spécificité socioculturelle des sites, de la motivation du personnel de santé, du contexte associatif etc. Néanmoins bien que récente, la composante communautaire de la stratégie PCIME au Maroc se révèle très prometteuse. En jouant un rôle "pivot" dans l'initiative de cette stratégie, les professionnels de santé concernés par l'approche communautaire ont fait preuve de dynamisme, d'ouverture d'esprit à des concepts dépassant leur champ habituel de réflexion et enfin d'humilité en acceptant une remise en question de leur image. Cette "aventure", bien qu'encore fragile suscite un grand intérêt chez les universitaires enseignant la santé communautaire et à la recherche de "terrains d'application". Au sein d'autres Directions, des expériences passionnantes dans le domaine de la participation communautaire sont menées. Dans un but de renforcement de toutes ces expériences, il serait souhaitable qu'une collaboration inter-universitaire et interdirectionnelle s'officialise et se développe dans un esprit de partage des savoirs pour une meilleure diffusion et un enrichissement mutuel.

Jusqu'à ce jour, l'équipe de la SMI à Rabat a été grandement impliquée dans le lancement de cette phase-pilote. Dans un esprit de déconcentration, il semble approprié que cette stratégie soit maintenant gérée à partir des régions. Celles-ci pourront décider elles-mêmes du choix des "zones d'ombre" propices à l'approche communautaire et de la politique d'implantation des trois composantes de la stratégie PCIME. Bien que l'approche communautaire puisse être menée indépendamment de la stratégie PCIME, il serait souhaitable que dans les régions où la stratégie sera initiée, l'extension de la composante communautaire se fasse en parallèle avec la formation clinique et la réorganisation du système de soins, de manière à assurer à la composante communautaire la place qui lui revient et à faciliter le succès de la stratégie de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au Maroc.

ANNEXES

ANNEXE 1
QUESTIONNAIRE ENQUETE-MENAGE

Royaume du Maroc Ministère de la Santé, Direction de la Population Préfecture de, SIAAP, Association Enquête Ménage sur Comportements-Clés										
1. Date	Le _____ 2000	2. Équipe	Niv inst mère 1 aucun 2 primaire 3 secondaire							
3. Nom du chef du foyer							4. N° du foyer			
5. Nom d'enfant sélectionné							6. Sexe (M ou F)			
7. Date de Naissance		Jour: Mois		Année		Périmètre brascm		8. Age en mois.....		
8bis. Nombre de frères et sœurs										
VOLET NUTRITION					1 Oui		Aller à 11		2 Non	
9. Allaitiez-vous (nom de l'enfant) au sein?									Aller à 10	
10. Avez-vous déjà allaité au sein (nom de l'enfant)?					1 oui				2 Non	
11. Après l'accouchement quand avez-vous commencé à donner le sein à (nom de l'enfant)?										
1. Dans la première heure de naissance					3. Plus de 8 h. après l'accouchement					
2. 1 à 8 heures après l'accouchement										
						Oui		Non		
12a. Donnez-vous actuellement à (nom de l'enfant) de l'eau (ou des infusions à base d'herbes), de la verveine, du thé?										
12b. Donnez-vous à (nom de l'enfant) du lait de vache (frais ou en poudre)? si oui quantitéml/j										
12c. Donnez-vous à (nom de l'enfant) du yaourt, du petit lait ou du raïb? Si oui quantité.....										
12d. Donnez-vous à (nom de l'enfant) des aliments (semi-solide), comme la semoule (smida), le cérélac ou la soupe des légumes?										
12e. Donnez-vous à (nom de l'enfant) des fruits (dessert)?										
12f. Donnez-vous à (nom de l'enfant) des carottes, ou de la courge ? si oui combien de fois par sem										
12g. Donnez-vous à (nom de l'enfant) du foie de volaille, de mouton ou de bœuf ? Si oui de fois/ sem										

Page 2	Oui	Non	Sait pas
12h. Donnez-vous à (nom de l'enfant) du poulet, de la viande, du poisson ou des œufs ?			
12i. Donnez-vous à (nom de l'enfant) des lentilles, des pois chiches, des amandes, des fèves, ou des haricots ?			
12k. Ajoutez-vous de l'huile ou du beurre dans les repas de (nom de l'enfant) ?			
13. A quel âge avez-vous commencé à donner à (nom de l'enfant) des aliments en plus du sein?			
14 a. Combien de repas donnez-vous à (nom de l'enfant) par jour? .			
14 b. donnez-vous des goûters si oui combien de fois/j ?..... 15. Est-ce que (nom de l'enfant) mange à partir d'un plat individuel ou à partir du plat familial?			Plat individuel Plat familial
VOLET PCIME AU FOYER ET DANS LA COMMUNAUTE			
Traitement des Maladies pendant les deux semaines passées			
16. Est-ce que (nom de l'enfant) a eu des problèmes cités ci-dessous pendant les deux semaines passées ? (Lire chaque symptôme et cocher les symptômes mentionnés). Si l'enfant n'a pas été malade pendant les deux semaines passées, aller à 27, en haut de la page 5			
16a. Maladie avec toux		g. L'enfant est incapable de prendre le sein ou de boire	
b. Nez qui coule, nez obstrué		h. L'enfant vomit tout ce qu'il consomme	
c. Respiration rapide		i. Convulsions	
d. Respiration difficile, sifflement		j. Fièvre	
e. Diarrhée acqureuse		k. Rougeole	
f. Diarrhée avec sang		l. Angine ou mal de gorge	
17. Est-ce que vous pensez que l'état de l'enfant était : page 3			
1 sans danger		3 très dangereux	
2 dangereux			
18. Avez-vous cherché un traitement quand l'enfant est tombé malade? G OUI - Aller à 19 G NON - Aller à 20			
19. Quand (nom de l'enfant) était malade, où avez-vous cherché du traitement?			
a. J'avais des médicaments à la maison		f. Le guérisseur traditionnel	
b. Herboriste		g. Clinique privée ou cabinet médical	
c. Fquih		h. Pharmacie	
d. À l'hôpital, au centre de santé ou de l'équipe mobile		i. Dépôt de pharmacie	
e. Famille ou ami		19x. Autres (à préciser)	

20. Avez-vous traité l'enfant) avec comprimés, sirops ou autres médicaments (modernes) quand il avait (nom de symptôme)?		1oui		2 non	
		Aller à 21		Aller à 24a, P 4	
21 b . Avez-vous une ordonnance (prescription médicale) ou un carnet de soins?		1 Oui		2 Non	
		Aller à 22		Aller à 23	
22. Ecrire ci-dessous les médicaments prescrits dans l'ordonnance/prescription ou carnet de soins.					
Médicaments prescrits	C=Comprimé I=Injection S=Sirop	Combien à chaque prise?	Combien de fois par jour?	Pendant combien de jours?	
A.					
B.					
C.					
23. Comment lui avez-vous donné les médicaments? Lui avez-vous donné de la SRO? Page 4					
Médicaments (ou SRO) donnés	C=Comprimé I=Injection S=Sirop	Combien a chaque prise?	Combien de fois par jour?	Pendant combien de jours?	
A.					
B.					
C.					
24a. Quand (nom de l'enfant) était malade, lui avez-vous donné le sein ?		OUI Aller à 24b			
		NON Aller à 24c			
24b. Vous lui avez donné le sein plus que d'habitude, comme d'habitude ou moins que d'habitude? (Aller à 25a)		1. Plus que d'habitude			
		2. Comme d'habitude			
		3. Moins que d'habitude			
24c. Avez-vous décidé d'arrêter de lui donner le sein à ce moment-là, ou bien c'était l'enfant qui ne voulait pas téter?		4. J'ai décidé d'arrêter			
		5. L'enfant ne voulait pas téter			
25a. Quand (nom de l'enfant) était malade, lui avez-vous donné des liquides autres que le lait maternel?		OUI Aller à 25b			
		NON Aller à 25c			

25b. Avez-vous donné à boire plus que d'habitude, comme d'habitude ou moins que d'habitude? (Aller à 26a)	1. Plus que d'habitude	
	2. Comme d'habitude	
	3. Moins que d'habitude	
25c. Avez-vous décidé d'arrêter de lui donner à boire en ce moment-là, ou bien était-ce l'enfant qui refusait de boire?	4. J'ai décidé d'arrêter	
	5. L'enfant refusait de boire	
26a. Quand (nom de l'enfant) était malade, avez-vous continué à l'alimenter?	OUI Aller à 26b	
	NON Aller à 26c	
26b. L'avez-vous alimenté plus que d'habitude, comme d'habitude ou moins que d'habitude? (Aller à 27)	1. Plus que d'habitude	
	2. Comme d'habitude	
	3. Moins que d'habitude	
26c. Avez-vous décidé d'arrêter de lui donner certains aliments, ou bien était-ce l'enfant qui n'avait pas d'appétit?	4. J'ai décidé d'arrêter	
	5. L'enfant n'avait pas d'appétit	
VOLET SANTE MATERNELLE Page 5		
27. Avez-vous une carte de vaccination (maternelle) pour vous-même ? Oui => aller à 28 Non (perdue, jamais eu) => aller à 29	1. Oui	
	2. Non, perdue	
	3. Non, jamais eu	
28. Regarder la carte de vaccination et noter le nombre de vaccinations contre le tétanos		
29. Combien de visites prénatales avez-vous faites lors de votre dernière grossesse ?		
30. Avez-vous pris des comprimés de fer pendant votre dernière grossesse? [Montrer une boîte de comprimés de fer]	1. Oui	
	2. Non	
31. Où avez-vous accouché (nom de l'enfant)?	1. A l'hôpital Aller à 33	
	2. À domicile Aller à 32	
32. Qui vous a assisté ?		
1. Un membre de la famille	3. Professionnel de santé	
2. Accoucheuse traditionnelle	32x. Autre (Préciser)	
VOLET PLANIFICATION FAMILIALE		
33. Désirez-vous avoir un autre enfant dans les deux Prochaines années ?	1. Oui	
	2. Non	
	3. C'est le mari qui décide	
	4. Ne sait pas	

34. Utilisez-vous une méthode pour éviter d'être enceinte ?		1. Oui - Aller à 35	
		2. Non - Aller à 36	
35. Quelles méthodes utilisez-vous ou votre mari pour éviter une grossesse rapprochée ?			
Méthodes modernes G 1. Ligature de trompes G 2. Norplant G 3. Injectable G 4. Pilule G 5. Stérilet (DIU) G 6. Préservatif		Autres méthodes G 7. Abstinence périodique G 8. Abstinence G 9. Coït interrompu G 10. Allaitement maternel exclusif G 11. Autres (préciser)	
VOLET VACCINATION DES ENFANTS ET AUTRES PRATIQUES PREVENTIVES P6			
36. Quand est-ce que vous vous lavez les mains ?			
G a. Avant de manger G b. Avant de préparer les repas G c. Après avoir été aux toilettes			
37. Avec quoi vous vous lavez les mains ?		1. Eau seule Aller à 39	
		2. Eau et savon Aller à 38	
38. Vous lavez -vous les mains avec du savon tout le temps ou dans des cas particuliers ?			
G 1. Tout le temps G 2. Cas particuliers (Préciser)			
39. A quel âge (nom d'enfant)devrait être vacciné contre la rougeole ?		Spécifier en mois	
		99 Ne sait pas	
40. Est-ce que (nom de l'enfant) a déjà été vacciné ?		1. Oui	
		2. Non	
41. Avez-vous la carte de vaccination pour (nom de l'enfant) (Sinon, demander le carnet de l'enfant)		1. Oui	
		2. Non, perdue	
		3. Non, jamais eu	
42. (Si oui regarder la carte de vaccination et cocher toutes les vaccinations)			
Vaccin	oui	Non	Vaccin
			oui
			Non
42a. BCG-Polio 0			42f. DTCPolio 3
42b. DTCPolio 1			
42c. DTCPolio 2			
43. Noter le nombre de pesées de l'enfant depuis sa naissance			
44. Vérifier si la femme utilise un sel iodé en lui demandant de vous montrer le sachet de sel qu'elle utilise		G 1. Sel iodé G 2. Sel NON iodé G 3. Elle n'a pas de sachet de sel	

ANNEXE 2 : FICHE DE TRAVAIL POUR MESURER LES COMPORTEMENTS-CLES

Comportements-clés		Tranche d'âge (ou groupe)		Comportement pratiqué (Seulement si tranche est appropriée -)
Cm/Pr	Le comportement-clé est pratiqué si			
Tr/Gr	Tranche d'âge (groupe) appropriée pour mesurer le comportement-clé	NON appropriée	Appropriée	
CC1:	Espacement de naissances Cm/Pr: Q35=au moins une méthode moderne cochée Tr/Gr: Toutes les mères			
CC2:	Au moins 3 visites prénatales Cm/Pr: Q29= 3 ou plus Tr/Gr: Toutes les mères			
CC3:	Femmes enceintes pr. comprimés de sulfate de fer Cm/Pr: Q30=Oui (1) Tr/Gr: Toutes les mères			
CC4:	Allaitement exclusif pendant 6 mois Cm/Pr: Q9=Oui + Q12a à Q12k=Non Tr/Gr: Enfants âgés de moins de 6 mois			
CC5A:	Alimentation complémentaire, Fréquence Cm/Pr: Q14a =3 Q14b= 2 Enfants âgés de 6 à 11 mois Cm/Pr: Q14=5 ou plus, Enfants âgés de 12 à 23 mois			
CC5B:	Alimentation complémentaire, Protéines Cm/Pr: Q12H ou I = Oui Tr/Gr: Enfants âgés de 6 à 23 mois			
CC6A:	Vaccination contre la rougeole Cm/Pr: Vaccin anti-rougeole Q42g Tr/Gr: Enfants âgés de 12 à 23 mois			
CC6B:	Vaccination complète Cm/Pr: Tous les vaccins cochés Q42 Tr/Gr: Enfants âgés de 12 à 23 mois			
CC8:	Vaccination contre le tétanos Cm/Pr: Q28 = 3 ou plus Tr/Gr: Toutes les mères			
CC10:	Se laver les mains avec du savon Cm/Pr: Q36A,B, C, cochés ET Q38=Tout le temps Tr/Gr: Toutes les mères			
CC12:	Utiliser du sel iodé Cm/Pr: Q42=Sel iodé (1) Tr/Gr: Toutes les mères			
CC13A:	Maintenir l'alimentation pendant la maladie Cm/Pr 0 à 5 mois: Q24B=1 6 à 23 mois: Q26B=1 Tr/Gr: Q16 au moins 1 symptôme coché			
CC13B:	Augmenter l'apport de liquides pendant la mld. Cm/Pr 0 à 5 mois: Q24B=1 6 à 23 mois: Q25B=1 Tr/Gr: Q16 au moins 1 symptôme coché			
CC14:	Administer la SRO Cm/Pr: Q23 SRO mentionnée Tr/Gr: Q16E ou F cochés			
CC15:	Médicaments administrés conf. aux instructions Cm/Pr: Usage (Q23) conforme à instructions (Q22) Tr/Gr: Enfants avec au moins 1 médicament prescrit			

ANNEXE 3

EXPLORATION DE LA NON-PRATIQUE DES COMPORTEMENTS-CLES

Guide d'entretien à adapter en fonction des résultats de l'enquête-ménage sur les comportements-clés (CC). Prendre les 4 ou 5 CC qui sont les moins pratiqués par les mères (qui ont le % le plus bas) et pour chaque comportement, investiguer les raisons, les obstacles à leur non-pratique.

Chaque équipe est constituée de trois personnes : deux enquêtrices et une personne de la localité (de sexe féminin de préférence)

Les entretiens :

Entretiens de groupe : à réaliser avec les femmes (groupes de 6-8 mères) qui ont assisté à la réunion sur la priorisation des comportements.

Entretiens individuels : à mener auprès de personnes-clés de la communauté qui sont en relation directe avec les mères des jeunes enfants ou les enfants (*qabla*, *fquih*, *attar*, guérisseuse etc..).

A titre d'exemple :

1. Alimentation de l'enfant

-non mise au sein à la naissance ou arrêt de l'allaitement maternel exclusif avant 6 mois :

Quelles sont les perceptions des mères sur la qualité du lait maternel (mauvais lait nuisible à l'enfant, donne la diarrhée, *ghyal* etc..)

Perception de la quantité (insuffisance lait, mauvaise santé mère, maladie)

Autres raisons : refus du mari, préférence pour le biberon, lait artificiel meilleur pour l'enfant etc.

Alimentation diversifiée 6-12 mois

Reprendre chaque aliment séparément (foie, poulet, pois chiche, huile, poisson, carotte) et investiguer les raisons pour ne pas donner cet aliment à l'enfant (enfant trop petit, risque de diarrhée, la viande rend l'enfant agressif, etc..)

Perception sur la quantité de nourriture et la fréquence des repas que doit manger l'enfant (peu ou beaucoup, souvent)

Enfant de 12 à 18 mois

Discuter de l'intérêt de la pesée, de la fréquence

Pratiques familiales quand l'enfant maigrit, ne mange pas etc..

Augmentation des liquides et repas pendant la maladie:

Discuter les pratiques en cas de fièvre, diarrhée, IRA
tisanes, soupes, bouillies etc..

Utilisation de la carotte ?

Que fait-on quand l'enfant n'a "pas d'appétit", "refuse de manger"

Utilisation des SRO

Si faible taux utilisation, pourquoi ?

(coût, non disponible, pas efficace etc...)

Connaissance de la préparation de la solution

2. Santé maternelle

Si faible taux de fréquentation CPN, chercher les raisons : défaillance du système ou manque de confiance de la mère ?

Détailler les obstacles.

Faible utilisation du sel iodé : examiner les raisons (non disponible, pas de connaissance sur la pathologie du goitre etc..)

Evaluation d'autres problèmes de santé dans le village :
anémie, problèmes gynécologiques, MST/Sida etc..

Contraception :

Si l'allaitement maternel est utilisé comme méthode contraceptive, discuter les problèmes de cette "méthode" (autre grossesse sans retour de couche etc..)
Souhaits d'autres méthodes que la pilule. Obstacles à l'utilisation du stérilet etc..
(pas disponible, peur etc).

Conclusion :

A l'aide de la grille d'analyse, faire une analyse synthétique des principaux obstacles, contraintes ou problèmes liés à la pratique de chaque comportement-clé.
Faire un rapport dont les points principaux seront discutés avec le personnel de santé puis lors de l'assemblée générale sur le terrain.

ANNEXE 4

DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE RAPIDE

Ces entretiens sont totalement indépendants du questionnaire sur les comportements-clés et peuvent être menés en même temps ou après l'enquête quantitative. Ils complètent l'enquête sur l'enfant malade en considérant l'enfant (sain ou handicapé) de 0 à 18 ans dans son environnement psychosocial, communautaire et sanitaire. Il est souhaitable que les thèmes suivants proposés soient discutés simultanément par des groupes d'hommes **et** de femmes de manière à avoir une connaissance globale des perceptions des membres de cette communauté.

Les groupes d'hommes et femmes sont constitués de 6 à 8 personnes.

1. Développement psycho-moteur des enfants : (0-18 ans)

Ici, on cherche à évaluer le **nombre** d'enfants de la localité présentant un "handicap" ou un "retard psycho- moteur". Dans une petite localité, les gens connaissent très bien les "handicaps" dont souffrent les enfants :

- retard de croissance (nanisme, "enfant trop petit pour son âge"
- séquelles de maladies (polio, boitement.....)
- retard d'élocution (bégaiement, parle mal, avec difficulté)
- enfants sourds ou mal-entendants
- enfants aveugles ou mal-voyants
- retard psycho-moteur

Ensuite on cherche à connaître la perception du groupe sur l'état de santé général des enfants de la localité.

Discuter la prise en charge de ces enfants au niveau familial et communautaire

Evaluer avec le groupe l'importance du problème (minime, important).

Y a-t-il un besoin d'améliorer la situation de ces enfants ? De quelle manière ?
Souhaits ?

2. Santé Environnementale

a) Eau

- sources d'approvisionnement : (source, citerne, puits, rivière, borne - fontaine...)
- qualité : (propre, boueuse, polluée, goût saumâtre.....)
- stockage : (jarres, citernes...)
- conservation : méthodes traditionnelles : utilisation alun (*cheba*), filtre, décantation etc...
- surveillance des gîtes larvaires par les services de santé (chlore) et par la communauté (abords des sources, puits etc..)
- importance de la sécheresse (phénomène saisonnier, durée)
- moyens d'approvisionnement en eau potable (achat d'eau potable, coût)

b) Hygiène corporelle :

- Le manque d'eau est-il un problème pour maintenir l'enfant en bonne santé ?
- Présence de *hammam* (collectif ou individuel) dans le village ?
- Observer la présence de savon dans la maison, (savon en poudre ou savonnette)

- Estimer la fréquence de l'utilisation du savon (habituelle, rare, occasionnelle)
- Estimer la consommation journalière pour la toilette, la préparation des repas
- Présence de dermatoses liées au manque d'eau ? Observer les enfants (gale, impetigo, furonculose, conjonctivite)

c) Nuisances :

- Présence de scorpions, mouches, serpents , rats....? Décrivez l'amplitude du problème
- Cas d'enfants morts par piqûre ou morsure. Faire raconter l'histoire
- Conduite locale tenue en cas de piqûres de scorpion (disponibilité du sérum anti-venin ?)
- Actions collectives ou individuelles ?
- Présence de mouches ? Si région à trachome, discuter du problème
- Autres problèmes spécifiques au village ? Décrivez.
- Accidents domestiques (noyade, brûlure)

d) Epidémies (typhoïdes, diarrhées, choléra, gripes, rougeole...)

- Faire raconter la dernière épidémie, le dernier cas de paludisme ...(année, gravité...) qui a eu un impact sur la mortalité infantile.

3. Enfant et scolarisation :

Discuter de l'éducation des enfants dans le village : nombre d'enfants inscrits en primaire (garçons/filles)

Visiter l'école de la localité ou la plus proche

Examiner l'état de l'école (portes, fenêtres, mobilier)

Discuter avec les enseignants(e) : difficultés, obstacles, acquis, souhaits

Présence d'eau dans l'école ? Sinon visiter le point d'eau le plus proche

Présence de latrines ?

Cantine scolaire ? qualité des repas ?

Besoins, désirs ressentis par les enfants (livres, jeux, sorties.....)

4. Enfant et accessibilité aux soins

Distance en temps, en km du centre de santé, de l'hôpital

Etat des pistes, routes. Si inaccessibilité : apprécier la saisonnalité de l'accès (pluies, neige, boue etc...)

Transfert des malades, femmes enceintes, urgences etc...Problèmes : manque de moyens, coût etc...Souhaits de la communauté . Décrire.

Cette liste n'est pas exhaustive et doit être adaptée en fonction des problèmes spécifiques de la communauté.

APPROCHE COMMUNAUTAIRE LISTE BIBLIOGRAPHIQUE

Documents : Communauté

- ABOUNASSER (L), AFAKIR (A), KHOUYI (M) 1984-86, La référence des consultants par les agents de santé communautaires et les accoucheuses traditionnelles au niveau des secteurs « Sebt Guerdane » et « Ida Oumoumen » Province de Taroudant. Mémoire Ecole des cadres. Source U.D,DP.
- BHATTACHARYYA (K), FREUND (P), AMDE (W),TESHOME (D) 1997,Community demand study for essential services for health in Ethiopia project. Technical Report BASICS. Source SMI,DP.
- BHATTACHARYYA (K), SHAFRITZ (L), JUDITH (A), GRAEFF (ph.d) 1997, Sustaining health worker performance in Burkina Faso. Technical Report Basics.
- BHATTACHARYYA (K) et coll 1998, Community assessment and planning for maternal and child health programs: A participatory Approach in Ethiopia. Technical Report BASICS. Source SMI, DP.
- BARTON ®, BURKHALTER, NAHEED (B). Innovative approaches to child survival. Summaries of evaluation studies by la leche league, project hope project concern and world relief. BASICS
- CIE. Paris Module Santé communautaire vol.3 : Actions pour la promotion de la santé. Fac. Med., Tunisie. 88p (INAS 1896)- Planification et organisation de programmes communautaires intégrés : Modules méthodologiques : cours international sur la santé de la mère et de l'enfant, Paris, 8 JAN 28 Mars 1991. CIE, 1991, DIF.PAGIN classeur de 10 modules ; Bibliogr. (INAS 2828) 3876.
- DAVID (J) ZAKUS (L) and CATHERINE (L) - Oxford University Press 1998 - Department of health Administration University of Toronto, Canada, and department of Occupational Therapy, Wayne State University, Detroit, USA. Revisiting community participation. Health policy and planning ; 13 (1):1-12. Source SMI.
- DEEPA (N) 1994, Evaluation participative Outils pour gérer le changement dans l'approvisionnement en eau et l'assainissement. Document technique de la Banque Mondiale N° 207F. Source SMI, DP.
- FRANCO (C) et coll, Employer-based programs in maternal and child health. Project hope's strategy for attaining long-term sustainability of health promotion in Malawi. Technical report Basics
- Ministère de la Santé, Journées Nationales de vaccination, Rapport sur les résultats de l'enquête nationale de couverture vaccinale Avril- Octobre 1988. Source UD, DP.
- Ministère de la Santé Publique 1992, Enquête nationale sur la population et la santé Maroc. Rapport de synthèse. Source SMI, DP

- Ministère de la Santé Publique 1994, Tous pour la Santé Apprendre aux gens comment prévenir les maladies est la manière la plus rentable d'améliorer la santé d'un pays. Source SMI, DP.
- Ministère de la Santé Publique 1996, Division de la Planification Familiale 1996, Etude socio-anthropologique dans les Provinces du Nord du Maroc. Source SMI, DP.
- Ministère de la Santé Publique 1997, Tous pour la santé avec la CTM (Lignes Nationales). Source SMI, DP.
- Ministère de la Santé Publique, UNICEF 1996, Guide pour l'information Education des accoucheuses traditionnelles. Source SMI, DP.
- Ministère de la Santé Publique 1997, Direction de la Population, Division IEC, Formation des agents de développement communautaire en éducation sanitaire. Guide du formateur. Source SMI, DP.
- Ministère de la Santé Publique 1998, Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant, Etude sur les termes locaux. Rapport. Source SMI, DP.
- MURRAY(J) et coll 1997, Comportement-clés en santé maternelle et infantile : Importance des comportements des gardiens d'enfants pour l'élaboration de programmes communautaires de santé maternelle et infantile. Rapport technique BASICS. Source SMIDP.
- Projet de soutien aux Institutions Démocratiques 1996, Renforcement des ONG pour la démocratisation et le développement durable du Maroc, une enquête sur les ONG. Source SMI, DP.
- RIFKIN, SB. OMS, GENEVE 1990, Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile, planification familiale : analyse sur la base d'études de cas . 44p (INAS 1821)
- ROBINSON (J.S) et coll 1998, Evaluation of immunizer - training- immunizer program in Maluku, Indonesia . An On- the - job peer training approach to improving the performance of health workers. Source SMI, DP.
- UNICEF, Ligue marocaine pour la protection de l'enfance, Protection de la santé de l'enfant au préscolaire. Source SMI, DP.
- UNICEF 1997, Report of the integrated management of childhood illness workshop. Improving child at community and household levels and improving quality of care at facility level. Source SMI, DP.
- UNICEF, La situation des enfants dans le monde 1998, Regard sur la nutrition. Source SMI, DP.
- USAID 1996, Répertoire des ONG. Source SMI, DP.
- WINTER 1997, Child survival. BASICS Quarterly Technical Newsletter Number 4.

Documents : Nutrition

- -BENJELLOUN (S) 1994, Consommation et comportement alimentaires dans trois régions rurales marocaines : Etude de diagnostic du projet : Introduction de la nutrition et du contrôle alimentaire dans la vulgarisation agricole, projet TCP/MOR/2353 (T). Ministère de l'agriculture et de la mise en valeur agricole, division de la vulgarisation agricole. Source U.D, DP.
- BENOUAHMANE (A) , DERRAZ (A) 1985-87, Consommation alimentaire et état nutritionnel dans le douar Oulad Azzouz du Gharb. Mémoire Ecole des cadres. Source SMI, DP.
- PARLATO (M) ,SEIDEL(R) 1998, Large-Scale application of nutrition behavior change approaches : lessons from West Africa. Technical Report Basics. Source SMI, DP.
- Ministère des Affaires Economiques et Sociales, Direction de la Statistique, Enquête statistique, Consommation et dépenses des ménages 1984-85 Vol-5: Nutrition des ménages. Source UD, DP.
- Ministère de la Santé 1990, Nutrition et développement de l'enfant. Actes du séminaire - atelier. Marrakech 28 /01 /1990 - 02 / 02 / 1990. Source SMI, DP.
- Ministère de la Santé 1990, Allaitement maternel investigations par focus group, Rapport de synthèse. Source SMI, DP.
- Ministère de la Santé Publique 1990, Allaitement maternel investigations par interviews, Rapport de synthèse. Source SMI, DP.
- Ministère de la Santé Publique 1990, Surveillance de la croissance investigations par focus group, Rapport de synthèse. Source SMI, DP.
- Ministère de la Santé Publique 1992 , Pratique de l'allaitement maternel en maternité Etude CAP, Rapport de synthèse. Source SMI, DP.
- Ministère de la Santé 1990 , Nutrition et développement de l'enfant. Actes du séminaire - atelier. Marrakech 28 /01 /1990 - 02 / 02 / 1990. Source SMI, DP.
- THIAM (L) (Basics Washington)1997, Prise en Charge Intégrée des Maladies de L'Enfant, Adaptation des conseils alimentaires, Résultats des essais de pratiques améliorées effectuées à Meknès et à Agadir (Maroc). Source SMI,DP.
- WOLLINKA (O) et coll,1997 Hearth nutrition model : Applications in Haiti, Vietnam, and Bangladesh.World Relief, Basics. Source SMI, DP.

Documents: santé maternelle et infantile

- BASICS 1997, The recent evolution of child mortality in the developing world. Support for institutionalizing child survival .
- BHATTACHARYYA (K), KHANAM (R) 1998, Process evaluation of the first national immunization day in Bangladesh. Technical report Basics.

- BOUCHANINE (F.N), JABAL(S), KHRUZ (A) 1994, Etudes des pratiques sociales et de l'acceptabilité des services de santé materno-infantile et de planification familiale. Direction de la prévention et de l'encadrement sanitaire. Vol I -II. Source UD,DP.
- GAIDI (M) 1983, Evaluation des activités de la section de protection de la santé de la mère et de l'enfant de la circonscription sanitaire des « crêtes » à partir de la fiche de croissance S325 (à propos de 11033 fiches). Thèse de médecine. Source SMI, DP.
- IFLEH (M), INSSI (K) 1979-81, L'activité de soins à l'échelle du dispensaire urbain : Essai de normalisation . Mémoire Ecole des cadres. Source UD,DP.
- MURRAY (J), MANONCOURT (S) Use of an integrated health facility assessment for planning maternal and child health programs. Results from four African countries. Technical report Basics. Source SMI, DP.
- MURRAY (J) et coll 1997, Emphasis behaviors in maternal and child health: focusing on caretaker behaviors to develop maternal and child health programs in communities .Technical report Basics .Source SMI, DP.
- MURRAY(J) et coll 1997, Comportement- clés en santé maternelle et infantile : Importance des comportements des gardiens d'enfants pour l'élaboration de programmes communautaires de santé maternelle et infantile. Rapport technique BASICS. Source SMI,DP.
- Ministère de la Santé Publique 1994, Santé de la mère et de l'enfant situation et perspectives .Congrès National sur la convention des nations-unis relative aux Droits de l'Enfant. Casablanca 25-27 Mai 1994. Source SMI,DP

Documents : Communication

- Academy for Educational Development 1992, Results et réalités: A decade of experience in communication for child survival. summary report of the communication for child survival or healthcom project .
- DAWSON (S), MANDERSON (L), TALLO (V) 1993-1995, Le manuel des groupes focaux, méthodes de recherche en sciences sociales sur les maladies tropicales n° 1. PNUD/Banque Mondiale/OMS, Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales. Source SMI, DP.
- Ministère de la Santé Publique 1996, Communication interpersonnelle appliquée à la santé maternelle et infantile et planification familiale. Module de formation. Source SMI, DP.
- Ministère de la santé Publique 1993, Direction de la Prévention et de l'encadrement Sanitaires, Division de la Santé maternelle et infantile. Evaluation de l'impact des activités d'information, éducation et communication en matière de lutte contre les maladies diarrhéiques Source SMI .

Documents : diarrhée

- Ministère de la Santé Publique, PLMD 1991, Enquête sur la morbidité et la prise en charge des enfants atteints de diarrhées. Source SMI, DP.
- Ministère de la Santé Publique, PLMD 1992, Prise en charge de l'enfant diarrhéique, guide à l'usage du personnel de santé. Source SMI, DP.
- Ministère de la santé Publique 1993, Direction de la Prévention et de l'encadrement Sanitaires, Division de la Santé maternelle et infantile. Evaluation de l'impact des activités d'information, éducation et communication en matière de lutte contre les maladies diarrhéiques. Source SMI, DP.
- Ministère de la Santé Publique 1995, Enquête sur la qualité de prise en charge des cas de diarrhées de l'enfant au niveau des formations sanitaires ambulatoires. Source SMI, DP.