PN-AAX-259
ISN 77819

Rapport technique n° 1 de l'A.I.D.

Centre pour le développement l'information et l'evaluation

Survie de l'Enfant au *Maroc*

AGENCE DES ETATS-UNIS POUR LE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL

PN-AAX-259

This report and others in the evaluation publication series of the Center for Development Information and Evaluation (CDIE) may be ordered from

A.I.D. Development Information
Services Clearinghouse (DISC)
1500 Wilson Boulevard, Suite 1010
Arlington, VA 22209-2404
telephone: (703) 351-4006

The CDIE Evaluation Publications Catalog and notices of recent publications are also available from the DISC.

U.S. AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT

March 1992

The views and interpretations expressed in this report are those of the authors and are not necessarily those of the Agency for International Development.

Desktop production by Pamela McDade, Conwal Incorporated.

Rapport technique n° 1 de l'A.I.D.

Survie de l'Enfant au Maroc

OD 6917

Membres de l'équipe

Eugene R. Chiavaroli
Chef d'équipe
Ancien assistant administrateur pour la coopération technique
Agence des Etats-Unis pour le développement international

Andrew N. Agle
Programmes internationaux de santé
Centre de contrôle des maladies

Sarah C. Clarke
Agence des Etats-Unis pour le développement international

Patricia S. Gibson
Agence des Etats-Unis pour le développement international

Assessment Manager

Gary Hansen
Survie de l'enfant au Maroc
Bureau de l'évaluation
Centre pour le développement l'information et l'evaluation

Table des Matieres

Liste Des Tableaux et Graphiques iv

Preambule v

Remerciements vi

Resume vii

Glossaire des Abreviations xii

Introduction 1

Principales caractéristiques du Maroc 2
Le programme de survie de l'enfant de l'USAID/Maroc 10

Resultats et Impact 14

Efficacité du programme 14
Efficince du programme 21
Financement du programme à long terme 24
Impact de l'assistance de l'AID sur la survie de l'enfant 27
Impact général du programme 30
Pertinence du programme 31
Futurs axes de reflexion pour l'AID 33

Principaux Facteurs Influençant la Performance et Les Resultats 35

Plafonnement de la croissance economique 35
Obstacles d'ordre culturel et géographique 35
Fort leadership du ministère 36
Approche pragmatique de la séquence des activités 37
Coordination des donateurs 37
Rôle du secteur privé 38

Leçons Tirees de l'Experience Marocaine 39

Bibliographie

Liste Des Tableaux Et Graphiques

Tableaux

Tableau 1 — Taux de mortalité infantile au Maroc de 1950 à l'an 2000

Tableau 2 — Taux de fécondité au Maroc, 1950-2000

Tableau 3 — Taux de prévalence contraceptive au Maroc, 1970-1987

Tableau 4 — Proportion des dépenses pour la santé/population dans le programme de l'USAID au Maroc

Tableau 5 — Différences dans les pratiques sanitaires relatives à la survie de l'enfant, quelques indicateurs sur l'assistance, 1987

Tableau 6 — Coût annuel de l'assistance par année-couple de protection (CAP), 1989

Graphiques

Graphique 1 — Pyramide des âges de la population marocaine

Graphique 2 — Taux de mortalité infantile comparé au PNB par habitant dans six pays du Proche-Orient

Graphique 3 — Evolution démographique au Maroc de 1950 à l'an 2000

Graphique 4 — Principales causes de mortalité néonatale

Graphique 5 — Espacement des naissances et mortalité infantile au Maroc

Graphique 6 — Nombre de cas enregistrés dans le système de la santé publique

Preambule

Au cours des années 80, l'Agence pour le développement international (AID) a beaucoup développé ses programmes de Survie de l'Enfant dans le monde. Les programmes de Survie de l'Enfant constituent l'une des plus importantes, si non la plus importante composante des programmes de santé de l'AID dans de nombreux pays, Etant donné que ces programmes continueront à être prioritaires pour offrir aux dirigeants et aux responsables politiques des informations sur l'impact de ces programmes. Les conclusions de ces études permettront à l'AID de mieux choisir et orienter ses stratégies en vue d'améliorer ses programmes existants et futurs de Survie de l'Enfant.

Deux évaluations ont été achevées et les conclusions publiées par le CDIE: le rapport d'evaluation n° 73, sur l'impact des programmes de Survie de l'Enfant en Egypte, ainsi que le rapport d'évaluation n° 75 sur l'impact de ces programmes en Indonésie. Une étude sur le terrain du programme de Survie de l'Enfant sponsorisé par l'AID à Hart a également été achevée récemment et d'autres évaluations ont été prévues pour plusieurs pays africains.

En 1990, une équipe constituée de 4 personnes a passé quatre semaines à étudier l'impact des programmes de Survie de l'Enfant au Maroc. L'objectif de cette évaluation était de mesurer l'impact des activités de Survie de l'Enfant menées par l'AID sur (1) la réduction de la mortalité infantile au Maroc et (2) le renforcement du système des soins de base au Maroc. Les membres de l'équipe ont rencontré un grand nombre de responsables et techniciens du secteur public et du secteur privé de la santé, et ont effectué un certain nombre de visites des centres de santé pour examiner sur le terrain les programmes entrepris au Maroc. Le présent rapport est destiné aux responsables politiques et aux décideurs de l'AID, mais nous espèrons qu'il sera aussi utile aux homologues marocains et à ceux des autres agences. Pour cela, il sera également publié en français. Notre principal objectif est que les programmes de Survie de l'Enfant, qui sont encore a l'état naissant ou qui doivent faire face à des problèmes d'autonomie financière à long terme et de changements rapides, puissent bénéficier de l'expérience acquise au Maroc.

Remerciements

L'équipe d'évaluation remercie le Ministère de la santé publique pour l'assistance considérable qu'il a fournie lors de cette étude. Les responsables de ce Ministère ont généreusement offert leur temps, leurs connaissances et leur énergie pour discuter et collaborer à tous les niveaux lors de notre séjour au Maroc. Nos entretiens avec le Docteur Abdelhay Mechbal, Directeur de la prévention et de l'encadrement sanitaire, caractérisent bien la pertinence des discussions qui nous ont permis de mieux comprendre comment le programme a évolué et les perspectives d'avenir.

Nous tenons également à remercier tout le personnel de la Mission de l'USAID, et plus particulièrement Mme. Joyce Holfeld, Directrice de la Division population et ressources humaines (PHR) pour son aide. Sans la coopération de Mme. Joyce Holfeld, de Mr. Carl Abdou Rahmann, de Mme Michele Moloney et du personnel de la division PHR, ce rapport n'aurait pu être réalisé. En dernier lieu, nous remercions James Knowles, du Futures Group, qui nous a fait un exposé avant notre départ et qui a beaucoup contribué à l'étude et à la révision de ce rapport.

Resume

Historique du programme

Au cours des 15 dernières années, l'Agence pour le développement international (AID) a contribué pour plus de 50 millions de dollars aux activités de planification familiale et de Santé de la Mère et de l'Enfant (SME) au Maroc, principalement à travers quatre projets successifs. L'accent a tout d'abord été mis sur la planification familiale, puis l'assistance de l'AID a évolué vers des activités intégrées de Planification Familiale de Santé de la Mère et de l'Enfant réalisées principalement à travers un programme de vulgarisation intitulé "Visites à domicile de motivation systématique" (VDMS). En 1986, l'AID a offert des fonds supplémentaires, budgetés à l'origine pour la Survie de l'Enfant, au programme national de vaccination. Des fonds moins importants ont permis de financer au cours des années suivantes le contrôle des diarrhées et la surveillance de la nutrition. Actuellement, le Programme de Survie de l'Enfant sponsorisé par l'AID au Maroc a quatre composantes: la planification familiale et les vaccinations, qui ont reçu une aide financière substantielle de l'AID, et le contrôle des maladies diarrhéiques et la surveillance de la nutrition, qui sont beaucoup moins soutenus financièrement.

Impact du programme

Les programmes de vaccination et de planification familiale ont été efficaces au Maroc: l'utilisation des contraceptifs s'accroit de plus en plus, l'espacement des naissances augmente, et le taux de fécondité diminue. De plus, la couverture vaccinale s'accroit, la mortalité résultant des maladies pour lesquelles il existe des vaccins diminué, et l'incidence mesurée de ces maladies a diminué dans des proportions parallèles au taux de couverture (80%). Quant aux efforts déployés par l'AID pour combattre les maladies diarrhéiques, ils ont été modestes. Il semblerait qu'il n'y a eu qu'une légère amélioration de la connaissance et de l'utilisation de la thérapie de réhydratation orale. Bien que la situation nutritionnelle du pays se soit améliorée depuis 1971, année pour laquelle nous disposons de données, l'amélioration est probablement plus à mettre au crédit d'une amélioration générale du niveau de vie au Maroc que des programmes de l'AID.

L'expérience acquise au Maroc montre l'intérêt à offrir certaines activités sélectionnées de Survie de l'Enfant de manière intégrée. Cela a également permis à l'AID de tester le potentiel de cette approche, car le programme VDMS, bien

qu'étant une activité de planification familiale à l'origine, a très vite évolué en une activité de vulgarisation intégrée dans laquelle le personnel médical offre un ensemble de services de SME et de planification familiale qui correspondent assez précisément aux activités centralisées de Survie de l'Enfant de l'AID. Ainsi, malgré des différences d'intensité dans l'administration des quatre composantes au niveau national, le Programme Marocain de Survie de l'Enfant est remarquablement bien intégré au niveau des prestations. Cette intégration signifie que les mères qui désirent un examen diarrhéique et des services nutritionnels sont aussi orientée vers les services de planification familiale et de vaccination, de sorte que les mères et les enfants ont accès à tout l'éventail des services de santé. Cette synergie à lieu, par exemple, lorsque des mères désirent un traitement pour un problème particulier, tel que la diarrhée ou une malnutrition à un stade sévère. Elles sont encouragées par le personnel de santé à vacciner leurs enfants et à utiliser les services de planification familiale ou, si nécessaire, à entamer des soins prénatals.

Efficacité et financement des programmes à long terme

Bien qu'il soit difficile de quantifier avec précision l'efficacité du programme, une analyse des coûts-avantages de la planification familiale a montré que les investissements du secteur public dans de telles activités seraient rentables en moins de deux ans du fait de la réduction des dépenses de santé et d'éducation. Une autre étude a indiqué que le modèle VDMS en milieu urbain n'était pas rentable et a encouragé les responsables à mettre progressivement fin à ce volet du programme. Les coûts des autres interventions n'étaient pas disponibles au moment de l'évaluation. Néanmoins, certains aspects du système de santé sont préoccupants quant à leur efficacité : une sous-utilisation des centres de santé fixes; un nombre insuffisant de personnel para-médical, particulièrement de personnel féminin ; une mauvaise utilisation des méthodes de recherche opérationnelle pour évaluer les décisions prises (par exemple, la décision de mettre fin aux VDMS en milieu urbain).

Le financement des activités du programme à long terme est une autre préoccupation. Les donateurs semblent réduire l'aide offerte pour les activités de Survie de l'Enfant, et certains intrants du programme offerts par les donateurs (par exemple ceux qui contribuent à l'achat de vaccins) ont diminué pour laisser place au financement à long terme par les ressources nationales. Le maintien de la prévalence contraceptive et de la couverture vaccinale actuelle semble extrêmement difficile étant donné l'accroissement du nombre de femmes et d'enfants qui entrent dans la

tranche d'âge cible, particulièrement si l'aide des donateurs prend fin progressivement ainsi qu'il est prévu. Sur une note plus positive, l'administration a engagé des actions pour améliorer sa gestion et l'USAID/Maroc tente de faire supporter certains coûts de santé au secteur privé.

Perspectives

Plusieurs évolutions importantes ayant eu lieu au cours de la dernière décennie, reflétant les interventions de l'AID ainsi que d'autres facteurs, suggèrent de nouveaux domaines d'intervention pour l'AID au cours des années 90. Parmi ces évolutions, on note un certain plafonnement de la prévalence contraceptive, avec une répartition de méthodes où les techniques temporaires ont une part importante (les pilules, par exemple, représentent 80% des méthodes utilisées) ; et une importante diminution de certaines maladies transmissibles, libérant des ressources pour combattre davantage certaines maladies infantiles comme la poliomyélite, et pour réduire encore les taux élevés de mortalité néonatale, à travers de meilleurs soins pendant la grossesse. Les zones urbaines qui ne sont plus couvertes par le programme VDMS et quelques régions rurales isolées figurent aussi parmi les préoccupations à venir.

Ces évolutions indiquent le besoin de mettre l'accent sur des méthodes contraceptives de plus longue durée (comme les dispositifs intra-utérins) et sur la demande de planification familiale; d'accorder une plus grande priorité à la surveillance médicale, à la surveillance des grossesses et aux soins pendant la grossesse ; de fournir plus d'effort en matière d'information, d'education et de communication (IEC) dans le programme de Survie de l'Enfant de l'AID et quant au potentiel d'une coopération dans l'offre de ces services; de suivre les tendances à la privatisation et à la décentralisation pour prévenir les effets négatifs sur la santé de la mère et de l'enfant.

Principaux facteurs influençant l'impact et l'efficacité du programme

Plusieurs facteurs ont influencé l'évolution du programme de Survie de l'Enfant au Maroc. Bien que la dégradation du climat économique ainsi que les barrières culturelles et géographiques, soient des obstacles dans le contexte marocain, celles-ci ont, dans une certaine mesure, été jugulées par la détermination du Ministère de

la Santé Publique à offrir des soins de base intégrés et son approche pragmatique quant au calendrier des interventions, en particulier sa volonté de mettre l'infrastructure en place avant le tarissement des ressources. Un autre aspect positif du programme a été la bonne coordination des intrants offerts par les donateurs.

Principales conclusions

Un certain nombre de conclusions tirées de l'expérience acquise au Maroc confirment la sagesse des options prises et l'intérêt que présente la structure actuelle du Programme VDMS/Survie de l'Enfant au Maroc. Parmi celles-ci nous citerons :

- Offrir un certain nombre de prestations bien sélectionnées de manière intégrée, dans le domaine de la Survie de l'Enfant, est plus efficace que des prestations offertes séparément.
- La stratégie consistant à donner la priorité à la planification familiale et aux vaccinations est conforme aux objectifs d'un programme de Survie de l'Enfant.
- Les activités ambulatoires pour la Survie de l'Enfant constituent une approche hautement efficace pour réaliser les objectifs du programme.
- Une bonne programmation des activités permet d'améliorer l'Efficacité du programme.
- Le modèle marocain peut être dupliqué ailleurs, mais les résultats obtenus sont inséparables du contexte du Maroc.
- Un programme de Planification Familiale peut être engagé avec succès malgré l'absence d'une politique déclarée de l'Etat.
- Un personnel médical du secteur public bien motivé peut offrir des prestations de qualité aux populations rurales.
- Des données valides peuvent contribuer utilement à la planification et à l'évaluation des programmes.
- Le secteur privé doit être impliqué aussitôt que possible.

Glossaire des Abreviations

AID	Agence pour le développement international.
CDD	Programme de contrôle des maladies diarrhéiques
CDIE	Centre pour le développement d'information et d'evaluation (AID).
CYP	Protection par années-couple.
DHS	Enquête sur la démographie et la santé.
ENE	Bureau de l'Europe et du Proche Orient.
PNB	Produit national brut.
CAH	Connaissance, attitudes, et habitudes.
EPI	Programme de vaccination elargi.
IEC	Information, education, et communication.
INAS	Institut national de l'administration sanitaire.
DIU	dispositif intra-utérin.
SME	Santé de la mère et de l'enfant.
SRO	Sels de réhydratation orale.
TRO	Thérapie de réhydratation orale.
PHR	Division de la population et des ressources humaines (USAID/MAROC).
SSB	Soins de santé de base.

UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'education, la science et la culture.
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population.
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance.
VDMS	Visite à domicile de motivation systématique.
WFS	enquête mondiale sur la fécondité
OMS	Organisation mondiale de la santé.

Introduction

Le programme de Survie de l'Enfant au Maroc fait partie d'une série de programmes que le Centre pour le développement d'information et d'évaluation (CDIE) de l'Agence pour le développement international (AID) évalue dans le cadre d'un examen global des activités de Survie de l'Enfant. L'objectif de cette évaluation est de déterminer si les investissements de l'AID dans ces programmes se sont révélés efficaces pour (1) réduire la mortalité et la morbidité infantile, et (2) améliorer le système des soins de base dans le pays hôte. Le cas du Maroc diffère des autres cas déjà examinés par le fait que les investissements de l'AID au Maroc pour la Survie de l'Enfant ont débuté dans les années 70 avec la planification familiale et restent axés sur cette activité. Ces premiers efforts offrent un cadre et un système de gestion pour les autres activités de Survie de l'Enfant.

L'Evaluation du programme au Maroc tente aussi de mesurer la pertinence des investissements de l'AID dans la planification familiale et autres composantes de la Survie de l'Enfant par rapport aux problèmes qui existaient lorsque ces programmes ont débuté et par rapport au Programme Evolutif de Santé de la Mère et de l'Enfant.

Cette évaluation devrait permettre de donner aux dirigeants de l'AID une méthode différente pour concevoir des programmes de Survie de l'Enfant et aidera les dirigeants de la Mission et du Bureau pour l'Europe et le Proche Orient, lors des discussions qu'ils auront avec les responsables marocains pour examiner différentes approches possibles en vue du financement des activités de Survie de l'Enfant.

Le Programme de Survie de l'Enfant de l'AID a offert une assistance technique pour répondre a des besoins bien identifiés en matière de santé. Son succès et les problèmes rencontrés sont le résultat de la manière dont il a été appliqué et géré, plutôt que le fait d'innovations radicales ou de nouvelles technologies.

Les conclusions que l'on peut tirer du programme marocain sont pertinentes dans le cadre de la programmation sectorielle des activités de l'AID. Le programme a récemment commencé à étudier et à tester de nouvelles méthodes pour offrir et financer des services de santé. Les nouvelles techniques de mise en oeuvre et les nouveaux systèmes de gestion, pour lesquels on acquiert de plus en plus d'expérience au Maroc, devront d'abord être mis en place, avant qu'une approche plus orientée par le marché soit réalisable.

Principales caractéristiques du Maroc

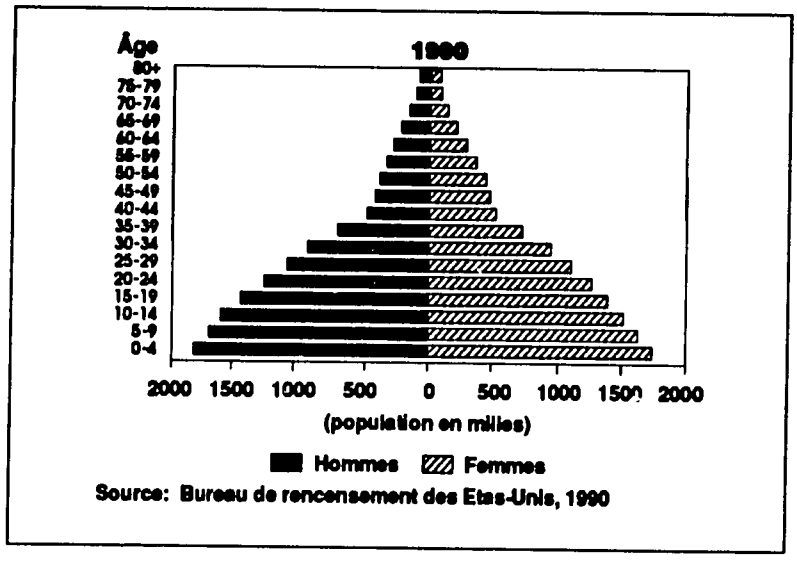
Population

La population marocaine est supérieure à 25 million d'habitants et doublera dans 27 ans au taux actuel de croissance (2,6 pour cent par an). La structure de la population est typique de la plupart des pays en voie de développement: plus de 40 pour cent de la population a moins de 15 ans et seulement 4 pour cent a plus de 65 ans (voir graphique 1) Bien que le taux de fécondité -4,6 naissance par femme- soit élevé, il a diminué par rapport à 1980 (5,8).

La grande majorité de la population marocaine est musulmane sunnite; moins de 1% de la population est composée de juifs ou de chrétiens. La plus grande partie de la population vit dans la partie ouest du pays, riche au niveau agricole, séparée du Sahara par les montagnes de l'Atlas. Quarante sept pour cent de la population vit en milieu urbain. La croissance urbaine a eu lieu en grande partie au cours des années 80.

Le système éducatif du Maroc s'est beaucoup développé depuis 1956. Le budget de l'education nationale est le plus important du pays (28%), et une grande partie de ce budget sert à financer l'enseignement universitaire. Bien que l'enseignement primaire soit obligatoire, presque deux tiers de la population est encore illettrée.

Graphique 1. Pyramide des âges de la population Marocaine



Economie

En 1985, 39% de la population travaillait dans le secteur agricole, secteur qui compte le plus d'emplois. Les principaux produits agricoles sont le blé, le maïs, les agrumes et les légumes. Le secteur de l'industrie est au second rang et employait en 1985 17,9% de la population active.

Le Maroc a de nombreuses ressources naturelles, la plus importante étant le phosphate. Le Maroc est le troisième plus grand producteur de phosphates après les Etats-Unis et l'Union Soviétique, et le plus grand exportateur mondial. Le poisson est la seconde plus importante ressource naturelle, et l'Etat tente de développer davantage ce secteur.

Au cours de la période 1968 - 1987, le produit national brut par habitant a cru de 1,8%. La croissance du PNB au cours des années 70 est le reflet d'un développement économique important résultant des prix élevés du phosphate, très demandé. le Développement s'est considérablement ralenti au cours des années 80. Le revenu par habitant a atteint 880 dollars en 1980, puis a diminué pour atteindre 560 dollars en 1985. En 1987, le PNB était 610 dollars.

Le Maroc doit importer environ 90% de l'énergie utilisée à des fins commerciales, faisant de ce poste la plus importante de ses importations. Le Maroc importe aussi beaucoup de céréales: 2.251.000 tonnes de céréales ont été importées en 1987, soit deux fois et demi la quantité importéesen 1974.

Etat sanitaire

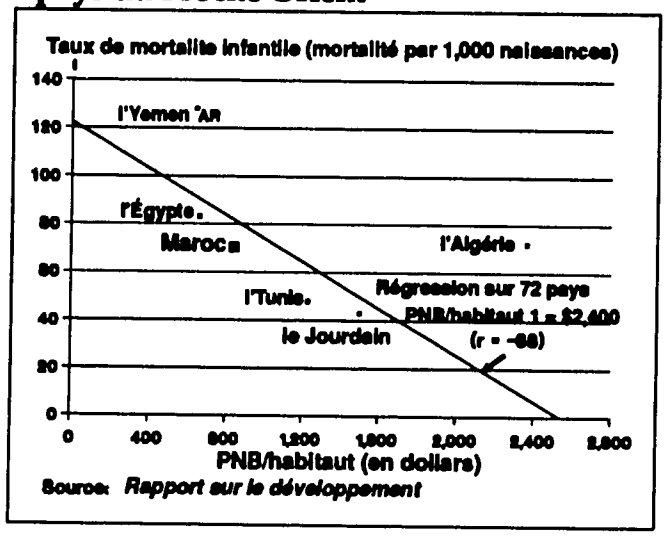
La mortalité infantile et juvénile au Maroc a régulièrement diminué au cours des dernières décennies. La mortalité infantile a régressé de 122/1000 naissances en 1970 à 82/1000 à la fin des années 80. En comparaison avec d'autres pays au même niveau de Développement, et par rapport à d'autres pays du Maghreb, le Maroc a un taux de mortalité infantile relativement bas (voir graphique 2). Le tableau 1 illustre cette diminution, mais les données sont insuffisantes

Tableau 1. Taux de mortalité infantile au Maroc de 1950 à l'an 2000

Années	Taux de mortalité infantile
1950-1954	180
1955-1959	170
1960-1964	155
1965-1969	138
1970-1974	122
1975-1979	110
1980-1984	97
1985-1989	82
1990-1994	68
1995-2000	56

Source: Evolution de la population mondiale: 1988. Division de la population des Nation Unies.

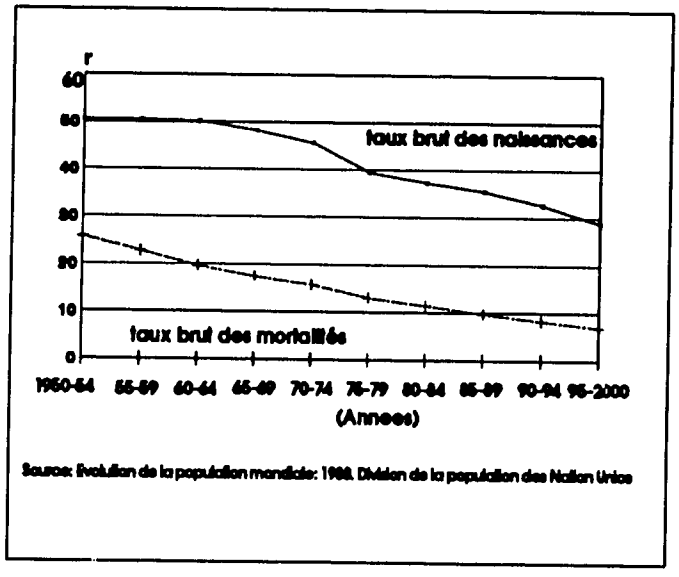
Graphique 2. Taux de mortalité infantile comparé au PNB par habitant dans six pays du Proche Orient



pour établir u ne comparaison valable entre une période de cinq ans. La mortalité juvénile a aussi décru au cours de la même période d'un niveau estimé à 77 décès pour mille enfants âgés de 1 à 4 ans, à 19 pour mille (Ross et al. 1988). Le taux brut de mortalité a aussi décru, passant de 15,7 décès pour 1000 entre 1970 et 1975 à une projection de 8,3 décès pour mille pour les années 1990-95 (voir graphique 3).

D'après les données les plus récentes (Garenne, 1989), les principales causes de mortalité néonatale sont les naissances prématurées, les complications à la naissance, le tétanos, les infections respiratoires aigues, et l'insuffisance de poids (voir graphique 4). L'enquête sur la démographie et la santé (DHS) de 1987 montre qu'il existe des différences importantes entre les régions rurales et urbaines en ce qui concerne l'état sanitaire des enfants. Le risque de décès pour les enfants de moins de 5 ans vivant en zone rurale est 38% plus élevé que pour les enfants vivant en zone urbaine. Les taux de mortalité sont aussi plus élevés pour les enfants dont la mère est illettrée, qui sont nés moins de deux ans après l'enfant précédent, ou dont la mère a moins de vingt ans.

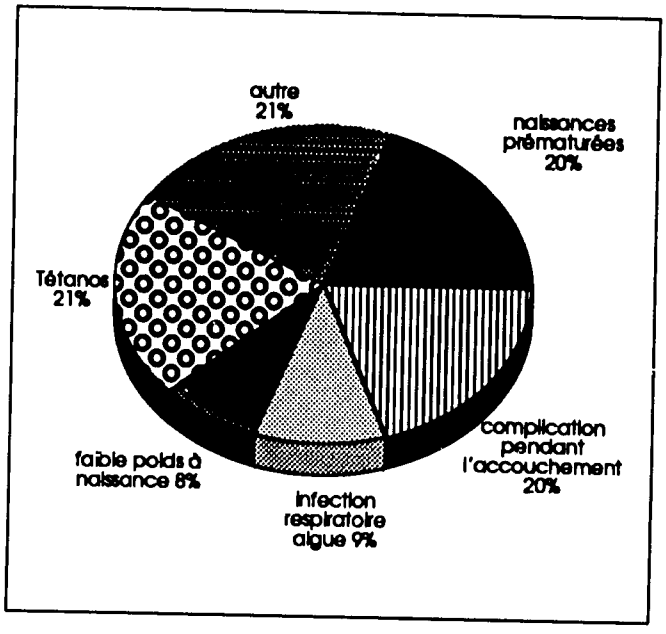
Graphique 3. Evolution demographique au Maroc de 1950 à l'an 2000



L'une des principales causes de mortalité infantile est la diarrhée. Un enfant sur quatre âgé de moins de 5 ans avait

eu la diarrhée dans les deux semaines précédant l'enquête DHS. Seulement 16 pour-cent de ces enfants avaient été traités avec des sels de réhydratation orale et 45 pour-cent n'avaient reçu aucun traitement.

Graphique 4. Principales causes de mortalité néonatale



La vaccination des enfants contre les principales maladies infantiles -tuberculose, diphtérie, coqueluche, poliomyélite et rougeole- fait l'objet d'effort particuliers -au Maroc dans le cadre de la Survie de l'Enfant. D'après l'enquête DHS de 1987, environ 84 pour-cent des enfants entre 12 et 23 mois avaient eu une vaccination, mais 31 pour-cent seulement disposaient de justificatifs montrant qu'ils avaient reçu toutes les vaccinations nécessaires. Néanmoins, suite aux campagnes intensives de vaccination en 1987, 1988, 1989, une étude réalisée en 1989 indiquait que 73% des enfants âgés entre 12 et 17 mois avaient eu toutes les vaccinations. Les chiffres basés sur les cartes de vaccination et les réponses des mères montrent une couverture de 88%. Ces chiffres indiquent un accroissement important des taux de couverture vaccinale.

Une récente analyse (Garenne, 1989) des causes de mortalité infantile et juvénile au Maroc a estimé que à peu près 77% des décès avraient pu être évités. Dans ces 77%; 25,7% auraient pu être évité par hospitalisation et traitement par antibiotiques (dysenterie, typhoïde, pneumonies, laryngites, méningites et septicémies), 22 % par le traitement des diarrhées et de la malnutrition, 16,5% par la surveillance des grossesses, de l'accouchement et des soins post-natals (enfants prématurés, faible poids à la naissance et traumatisme à la naissance), et 12,8% auraient pu être traités par les vaccinations (rougeole, tuberculose, tétanos et hépatite). L'étude montre aussi que dans 89% des cas de décès, l'enfant n'a pas été hospitalisé, alors que son cas le nécessitait; et dans la moitié des cas, l'enfant n'a pas été examiné par une personne qualifiée.

Tableau 2. Taux de fécondité au Maroc, 1950-2000	
Années	Taux de fertilité
1950-1954	7.2
1955-1959	7.2
1960-1964	7.2
1965-1969	7.1
1970-1974	6.9
1975-1979	5.9
1980-1984	5.4
1985-1989	4.8
1990-1994	4.2
1995-2000	3.6

Source: Evolution de la population mondiale: 1988

Les données du tableau 2 montrent la diminution du taux de fécondité, et le graphique 3 montre le déclin correspondant au taux brut des naissances. Nous rappelons que ces données ont été obtenues en adaptant les estimations de sources disparates, et qu'elles ne permettent pas de comparaisons significatives entre les périodes de cinq années. Elles sous-entendent néanmoins que le déclin le plus important du taux de fécondité a eu lieu au cours des vingt dernières années. De plus, une analyse plus approfondie de Housni (1990) montre que le déclin de la fécondité avant 1980 était limité aux zones urbaines. Les facteurs ayant contribué à ce déclin sont : un âge de mariage plus avancé, une utilisation plus importante de contraceptifs et l'avortement. Les déclins récents de la fécondité sont en grande partie dus à l'âge de mariage plus avancé et à l'accroissement important de la prévalence contraceptive, qui est passée d'environ 19% en 1979-1980 à 36% en 1987. En 1987, presque 30% des femmes mariées utilisaient des méthodes de contraception modernes (Ministère de la santé publique, 1987 - voir également le tableau 3). Sur ce pourcentage, environ 80% utilisaient les contraceptifs oraux, et 80% des utilisatrices de contraceptifs recouraient aux services du secteur publique de la santé.

Politique de la santé et services

Au cours des dix dernières années, le taux de croissance des investissements et du budget de fonctionnement du Ministère de la santé publique a été à peine supérieur au taux d'inflation. Compte tenu des contraintes budgétaires, l'Etat marocain entend réviser sa politique de la santé pour mettre l'accent sur le recouvrement des coûts et opérer un changement consistant à orienter ses services vers les soins de santé de base plutôt que vers les hôpitaux. L'objet est d'offrir des soins de santé

intégrés au niveau des collectivités, en mettant l'accent sur la SME à travers des programmes de contrôle des maladies diarrhéiques et de la nutrition, un programme de vaccination élargi, des services de SME améliorés, et une infrastructure de santé renforcée.

Au cours des années 70 et 80, le Ministère de la santé publique est passé de 787 centres en 1972 (213 urbains et 574 ruraux) à 1577 centres en 1988 (dont les deux tiers en zone rurale). En même temps, le Ministère a accru le nombre de lits d'hôpitaux de 16%. Du fait de cette expansion, le nombre de para-médicaux est passé de 7600 en 1972 à plus de 21 000 en 1985. Cependant, étant donné les contraintes budgétaires, depuis 1985 l'engagement du personnel para-médical a été très limité, ce qui a beaucoup affecté le recrutement dans les zones rurales. 900 nouvelles infirmières seulement ont été engagées entre 1985 et 1988. Au cours des 12 dernières années, le Maroc a développé un système original basé sur les collectivités, appelé Visites à domicile de motivation systématique (VDMS). Le programme VDMS offre des services de planification familiale et des services préventifs de SME aux femmes qui vivent à plus de trois kilomètres d'un centre de santé dans les régions rurales du Maroc (60% de la population rurale). Le programme a débuté en 1977, avec une aide de l'AID, comme projet pilote dans la province de Marrakech et était limité à la planification familiale. Les activités du programme ont débuté de façon normale dans trois provinces en 1982.

En 1980, des négociations pour étendre le programme VDMS de la zone d'étude pilote aux trois premières provinces ont conduit à ajouter les services préventifs de santé. Bien que l'AID se soit tout d'abord opposée à une diminution des ef-

Tableau 3. Taux de prévalence contraceptive au Maroc 1970-1987

Années	Taux de prévalence (%)
1970	1.0
1971	3.0
1972	4.0
1973	6.0
1974	7.0
1979	15.5
1979-1980	19.0
1983-1984	25.5
1987	36.9

Source: Evolution de la population mondiale: 1989 Département du commerce, Division du recensement, Septembre 1989, W.P. 809

forts concentrés sur la planification familiale, un accord a finalement été trouvé. Par la suite, le personnel de santé a commencé à offrir des services de pesage des enfants, des thérapies de réhydratation orale (TRO), des conseils en matière de nutrition et de vaccination, référencement ainsi que des services de planification familiale.

Au fur et à mesure que la composante Survie de l'Enfant progressait, le programme de l'AID s'est de plus en plus centré sur la Survie de l'Enfant, ainsi définie par les quatre interventions étudiées dans ce rapport. Etant donné que le programme VDMS soutient également ces interventions, il est devenu partie intégrante du Programme de Survie de l'Enfant. Aujourd'hui, le programme VDMS a été étendu à 30 provinces, couvrant environ 75% de la population rurale du Maroc. A la fin de l'année 1990, le programme sera étendu à 12 provinces supplémentaires.

A l'origine, la stratégie VDMS devait porter sur les zones à forte concentration démographique, partant de l'idée que les activités du programme pourraient être introduites de manière effective et à faible coût pour servir une population nombreuse. Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), en revanche, a débuté ses interventions dans les provinces où les besoins étaient les plus importants. L'enquête DHS de 1987 a cependant montré que la stratégie VDMS n'était pas toujours efficace. Dans les zones urbaines, l'offre de fournitures par le personnel médical s'est révélée extrêmement coûteuse à cause de l'existence d'autres sources. Cette stratégie a été abandonnée par la suite (pour une analyse plus approfondie des coûts et avantages du programme, voir "l'Analyse coûts-avantage: un exemple en planification familiale").

Dans le cadre du programme VDMS, les employés du Ministère de la Santé Publique desservent les villages éloignés à partir des centres de santé. Ils rendent visite aux ménages pour encourager les femmes à utiliser des contraceptifs et leur donner des pilules et préservatifs, réfèrent les personnes sur les systèmes Intra-Utérins et la stérilisation,et sur les vaccinations, distribuent des paquets de sels de réhydratation orale et montrent aux femmes leur mode d'utilisation, font des surveillances de grossesse, et distribuent des compléments nutritionnels aux enfants et aux mères mal nourries. L'assistance de l'AID a permis de développer des modèles de formations spécialement conçus pour aider l'employé VDMS à mieux maîtriser son travail dans le domaine de la santé de l'enfant. De plus, des bourses de formation de longue durée en gestion et santé publique ont contribué à rendre les cadres des employés de la santé dans les provinces plus compétents pour gérer les ressources disponibles.

Le nombre de médecins des secteurs public et privé est passé d'environ 1000 médecins en 1972 à 4946 en 1988 (2759 médecins du secteur public et 2187 médecins privés). Ce nombre est maintenant suffisant pour satisfaire le système de

santé publique, bien que des problèmes de répartition existent toujours dans certaines régions.

Assistance des donateurs au secteur de la santé

Le Maroc a reçu une assistance dans les domaines de la Santé et de la Population de la part de la Banque mondiale, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de diverses agences des Nations Unies comme l'UNFPA, l'UNICEF, Fonds des Nations Unies pour les enfants, et de l'Organisation des Nations Unies pour l'education, la science et la culture (UNESCO).

La Banque mondiale soutient actuellement le projet de Développement de la santé pour 1986-1991 (avec un budget total de 47,6 millions de dollars dont 28,4 millions représentent un prêt de la Banque mondiale et le reste des contributions de l'Etat marocain). Le projet pilote a aidé le Ministère à soutenir un système efficace de santé de base, comprenant la planification familiale, dans trois provinces. Un prêt supplémentaire de 104 millions de dollars de la Banque mondiale permettra de poursuivre l'effort au niveau national et comprendra une composante importante pour améliorer les services d'urgence dans les hôpitaux en zone urbaine et moderniser les centres cliniques.

L'assistance des agences des Nations Unies couvre un large éventail de projet à la population et à la santé. Le budget cumulé pour la période 1976-1987 s'élève à plus de 11 millions de dollars en assistance ; 4 millions de dollars supplémentaires sont prévus jusqu'à 1990.

L'assistance des Nations Unies s'est révélée particulièrement importante pour les vaccinations et l'ORT. L'UNFPA a fourni des intrants complémentaires essentiels pour soutenir la stratégie VDMS et le recensement. Il a permis de renforcer le Centre de recherche démographique du Ministère de la planification et de mettre en application le modèle de santé de base de la Banque mondiale dans quatre provinces à conditions difficiles. L'UNICEF a fourni un large éventail d'activités dans le domaine de la santé, y compris des vaccins et la promotion des campagnes de vaccination.

Le programme de survie de l'enfant de l'USAID/Maroc

Description Sommaire

Bien que les services de Planification familiale et de SME ne représentent qu'une petite partie de l'assistance américaine au Maroc—qui s'est élevée à plus de 50 millions de dollars au cours des 15 dernières années—l'AID a contribué de manière significative à ce domaine (voir tableau 4). La réduction de fécondité, la diminution de la mortalité infantile/juvénile, et l'amélioration des perspectives de financement à long terme des programmes de santé, sont des objectifs importants de l'assistance de l'AID. L'assistance en matière de santé, de population et de nutrition a pour objectif de réduire la fécondité et les taux de mortalité des enfants en bas âge en améliorant l'accès et l'utilisation des services de planification familiale et de SME.

Le soutien de l'AID a évolué d'un programme limité à la planification familiale à une activité comprenant un large éventail de services relatifs à la Survie de l'Enfant. Quatre projets ont été menés au cours des 15 dernières années :

- Projet d'assistance à la planification familiale (608-0112), autorisé en 1971
- Projet d'assistance à la population et à la planification familiale (608-0155), autorisé en 1978
- Projet d'assistance à la population et à la planification familiale (608-0171), autorisé en 1984
- Projet d'assistance à la planification familiale et Survie de l'Enfant IV (608-0198), entamé en 1990.

Accent mis au départ sur la planification familiale

L'assistance de l'USAID/Maroc a débuté en 1971 avec le projet de soutien à la planification familiale (608-0112), qui a contribué pour 6 millions de dollars au financement des centres de planification familiale du secteur public, du siège pour la planification à Rabat, de la formation, et des contraceptifs et autres produits et matériaux. En 1976, des changements majeurs du programme ont été proposés pour corriger des déficiences importantes dans la prestation des services et leur accessibilité. En 1978, l'AID estimait que le taux de prévalence contraceptive n'était que

de 12% et qu'environ la moitié des contraceptifs utilisés était fournie par le secteur privé. C'est alors que l'AID, à travers un projet financé au niveau central, a soutenu avec succès le projet pilote de l'Etat destiné à tester la prestation de services de planification familiale à domicile (VDMS) dans la province de Marrakech.

En 1978, le concept VDMS était intégré à un projet de suivi ambitieux (Projet de soutien à la planification familiale et à la population, 608-0155), qui a fourni 11 millions de dollars et qui a permis d'accroître le taux de prévalence de plus de 100%, contribuant ainsi à la prise de conscience et à l'engagement des pouvoirs publics à la planification familiale, et générant une nouvelle demande pour les services de planification familiale.

Tableau 4. Proportion des dépenses pour la santé/population dans le programme de l'USAID au Maroc (engagement en millions de dollars)

Années	Assistance Totale[a]	Population/ santé	Pour-cent Total
1975	22.0	0.8	3.6
1976	43.3	1.3	3.0
1977	28.5	1.2	4.2
1978	34.5	0.5	1.4
1979	25.0	2.0	8.0
1980	24.8	3.0	12.0
1981	53.3	3.4	6.3
1982	60.1	2.2	3.6
1983	51.3	1.7	3.3
1984	81.0	5.2	6.4
1985	111.5	4.3	3.8
1986	84.3	6.2	7.3
1987	89.3	4.8	5.4
1988	91.4	5.0	5.5
1989	95.5	4.4	4.6
1990	102.9	5.2	5.0

[a] L'assistance totale comprend l'assistance au développement, PL 480, Fonds de soutien au développement économique, etc.

Source: USAID/Maroc

Elargissement des objectifs

C'est au cours de la mise en applications du projet de soutien à la planification familiale et à la population autorisé en 1984, que l'AID s'est nettement démarquée

pour la première fois de l'objectif restreint de planification familiale. Au fur et à mesure que le projet avançait, 12 sous-projets ont été mis en oeuvre avec succès, le marketing des produits contraceptifs étant la seule exception. Le projet de soutien à la Population et à la planification Familiale de 1984, conçu comme une continuation des premières activités de planification familiale, a subi un amendement en 1986 pour offrir une assistance substantielle au programme National de vaccination au Maroc. Ce changement a été le fruit de la demande pressante de l'Etat, qui a demandé que le programme de planification familiale soit intégré au programme SME et que des fonds du budget pour la Survie de l'Enfant soient mis à disposition. De nouveaux amendements en 1987 et en 1988 ont ajouté le contrôle des diarrhées et la surveillance de la nutrition en tant qu'activités de Survie de l'Enfant.

L'AID devint ainsi le partenaire du Ministère de la santé publique dans la mise en oeuvre du modèle VDMS pour quatre activités destinées à la Survie de l'Enfant : espacement des naissances, vaccination contre les principales maladies de l'enfant, thérapie de réhydratation orale contre la diarrhée, et surveillance nutritionnelle, y compris la promotion de l'allaitement au sein et de meilleures pratiques de sevrage.

La poursuite du soutien aux services de planification familiale et de SME, maintenant plus étendus, a été l'un des objectifs du Projet de planification familiale et de survie de l'enfant IV, qui a démarré en 1990. En plus de l'élargissement et du renforcement de la couverture en planification familiale et SME dans les zones urbaines et rurales, le projet étudie de nouvelles alternatives dans le financement de la santé, pour réduire le poids de ces activités sur le secteur public. Un projet de financement de la santé, qui doit débuter en 1991, aidera l'Etat marocain à mener une réforme globale de son système de financement des services de santé, en créant une base financière plus solide pour soutenir à long terme les services de Survie de l'Enfant et autres services préventif.

Autres programme soutenus par les Etats-Unis pour la Survie de l'Enfant

Depuis les années 60, le programme de la Mission PL-480,Phase II, exécuté par les "Catholic Relief Services" , fournit des rations de nourriture aux Marocains les plus pauvres. De plus, depuis les années 70, le programme alimentaire SME, géré par le Ministère des affaires sociales, a offert des suppléments alimentaires et une éducation en nutrition au profit de 150 000 mères et à leurs deux plus jeunes enfants. Bien qu'une évaluation d'impact réalisée en 1980 (Gilmore et al.) ait conclu que le programme alimentaire SME (et en particulier la composante éducation) avait un effet positif sur la situation nutritionnelle de la population-cible, le programme est actuellement insuffisamment soutenu par le Ministère des affaires sociales et se limite pratiquement à la distribution d'aliments. Le programme ne conserve aucune

donnée sur le poids ou la taille des enfants et il est impossible de déterminer s'il a un quelconque impact positif. Ce programme prendra totalement fin en 1990.

Au milieu des années 80, le Projet de gestion de la santé de l'AID a permis de renforcer les compétences en gestion du personnel de santé, de fournir des véhicules, des équipements, et des fournitures, et de préparer le Ministère de la santé publique à mieux utiliser les données pour prendre les décisions d'allocation de ressources.L'AID soutient également une stratégie de production agricole conçue pour accroître la disponibilité des aliments de base en faveur des personnes pour qui la nourriture représente la principale dépense. Les programmes d'agro-industrie ont été conçus pour créer des emplois et pour générer des recettes en devises. Grâce à une analyse des politiques, l'AID a soutenu les efforts visant à tempérer les retombées de l'augmentation des prix des aliments sur les pauvres, augmentation qui résulte des ajustements économiques structurels.

A travers un projet consacré à l'eau et à la santé/assainissement en zone rurale, le Corps de la Paix travail avec les villages sur la prévention et le contrôle des maladies liées à l'eau et aux questions d'assainissement , ainsi que sur la promotion de la santé par une meilleure hygiène.

Resultats Et Impact

Cette partie examine les résultats du Programme de Survie de l'Enfant en termes d'efficacité, d'efficience, de financement à long terme et de pertinence, puis étudie l'impact global du programme sur la réduction de la mortalité infantile/juvénile.

Efficacité du programme

Cette évaluation du Programme de Survie de l'Enfant au Maroc est fondée sur un examen des rapports rédigés sur la base de nombreuses enquêtes qui ont mesuré les niveaux de couverture des quatre composantes du programme. Tandis que de nombreuses données sur la planification familiale et les vaccinations sont disponibles pour effectuer une analyse des évolutions dans ces domaines, peu de données existent pour évaluer le contrôle de la nutrition et des diarrhées.

La planification familiale et le programme VDMS

Le Programme de Survie de l'Enfant au Maroc diffère par deux aspects majeurs des autres programmes de Survie de l'Enfant, qui ont typiquement pour stratégie de base un programme de vaccination étendu et le contrôle des diarrhées. Tout d'abord, au Maroc, la planification familiale a joué un rôle essentiel dans la mise en oeuvre et dans le succès de tout le programme. En second lieu, les fonds pour la Survie de l'Enfant sont utilisés dans le contexte VDMS, effort ambulatoire intégré qui semble avoir réussi à attirer les femmes en leur offrant des services appréciés pour des problèmes comme les diarrhées sévères, puis qui les poussent à adopter les interventions plus efficaces relatives à la vaccination et à la planification familiale.

Bien que les données soient peu nombreuses, elles indiquent que le programme de planification familiale financé par l'AID a non seulement permis de réduire la fécondité mais a aussi contribué à la Survie de l'Enfant par l'espacement des naissances. L'évolution générale de la fécondité, comme le prouvent les études périodiques, montrent un déclin du taux de croissance (voir tableau 2 et graphique 3). Les données de l'enquête sur la démographie et la population de 1987 montrent que le nombre d'enfants nés dans un intervalle supérieur à 2 ans s'est accru de 44,5% à 55,3% depuis l'Enquête sur la Fécondité au Maroc de 1979-1980. La relation entre l'espacement des naissances et la mortalité infantile apparaît sur le graphique 5. Les enfants nés dans un intervalle de temps supérieur à 4 ans courent deux fois moins le

risque de décès avant un an que ceux qui sont nés moins de deux ans après l'enfant précédent.

La planification familiale a non seulement largement et directement contribué à la diminution de la mortalité infantile au Maroc, mais a aussi indirectement contribué à ce déclin à travers son rôle dans le développement du programme VDMS. Un certain nombre de données issues de l'Enquête sur la Population et la Santé de 1987 ont été préparées pour cette évaluation, et permettent de comparer les caractéristiques du Programme de Survie de l'Enfant entre les zones couvertes par le programme VDMS et celle qui ne le sont pas, tout en essayant de "neutraliser" l'impact d'autres facteurs de développement en limitant l'analyse aux femmes illettrées des zones rurales. Ces données, qui figurent dans le tableau 5, montrent de meilleures pratiques sanitaires (par exemple: vaccination, accouchements assistés par un personnel médical, soins prénatals, utilisation des SRO pour traiter les diarrhées) et une plus faible incidence de la diarrhée dans les provinces couvertes par les VDMS. Deux raison expliquent cela: tout dabord les VDMS sont un effort ambulatoire pour apporter des services de santé de qualité aux femmes vivant en zone rurale, qui auraient sans cela dû faire un long chemin pour atteindre un centre lointain. En second lieu, le programme VDMS est un programme intégré par lequel le personnel de santé peut encourager les femmes qui viennent consulter pour le traitement de problèmes sévères comme la diarrhée ou la malnutrition à utiliser les services de planification familiale et de vaccination. Du point de vue de la santé de l'enfant et du rapport coûts-avantages, les interventions de planification familiale et de vaccination peuvent renforcer les interventions moins efficaces sur la diarrhée et la malnutrition.

Graphique 5. Espacement des naissances et mortalité infantile au Maroc

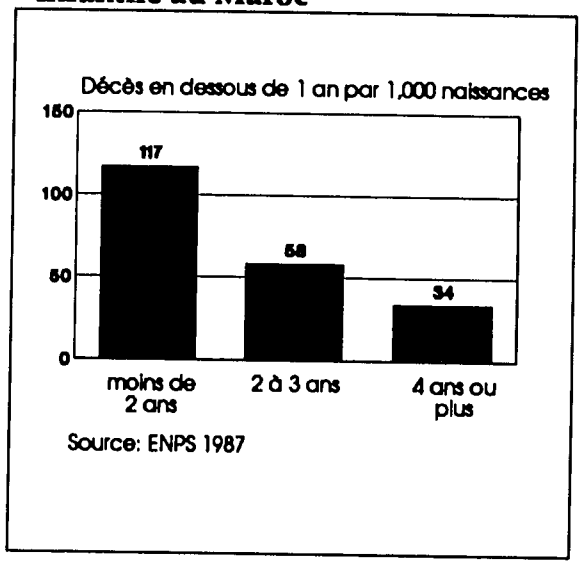


Tableau 5. Différences dans les pratiques sanitaires relatives à la survie de l'enfant, quelques indicateurs sur l'assistance, 1987 (Pourcentages)

	VDMS	Non-VDMS
Enfants ayant carte de santé	34	25
Femmes n'ayant pas reçu de soins prénatals	85.6	90.3
Dernière naissance:		
assistée par médecin infirmière ou sage-femme	10.8	8.8
assistée par sage-femme traditionnelle	73.5	62.5
autres	16.0	28.6
Enfants ayant la diarrhée	33.2	41.5
Utilisation des SRO	14.0	6.0

Source: Futures Group. Options projet. Analyse primaire du Maroc, données DHS 1987

Atteindre l'objectif de couverture vaccinale de l'OMS

Grâce aux améliorations de la couverture vaccinale, il apparaît que la diphtérie, la coqueluche et la rougeole ont virtuellement disparu, ce qui permet aux pouvoirs publics de prêter plus d'attention au suivi des grossesses, au tétanos néonatal et à la poliomyélite.

Le Programme national de vaccination, avec des interventions en matière de diphtérie, coqueluche, tétanos, rougeole et poliomyélite, a débuté au Maroc en 1981. La couverture a progressé lentement jusqu'en 1986, puis a plafonné. A ce stade, seule la moitié des enfants âgés de moins d'un an (population-cible) était totalement couverts. Grâce à une stimulation de l'UNICEF et à un soutien de l'AID, la stratégie du programme a été révisée en 1987 pour accélérer les activités et à atteindre les objectifs de vaccination de l'Organisation Mondiale de la Santé, soit une couverture de 80% en 1990.

Les Journées nationales de vaccination étaient au coeur de la nouvelle stratégie. En octobre 1987, une campagne a été lancée et a reçu le support de donateurs —principalement l'AID, l'UNICEF et Rotary International—et d'organismes marocains publics ou privés. L'UNICEF en particulier, a fourni des vaccins, service qui était auparavant prodigué par l'Etat. La campagne a été marquée par un effort de mobilisation sociale massif pour rallier le public à cette intervention. Les ressources médiatiques du secteur privé ont été utilisées, ce qui a permis de capter l'intérêt du public. Au cours des trois phases (octobre, novembre et décembre) la campagne a permis de faire toutes les vaccinations à 1,2 million d'enfants et d'administrer deux doses contre le tétanos à 1,6 million de femmes en âge de procréer, pour la prévention du tétanos néonatal. Un autre facteur ayant contribué au succès de la campagne a été l'amélioration de l'infrastructure de santé: le nombre de centres de vaccination s'est accru de 800 en 1987 à environ 1800, ce qui a permis de s'assurer que les activités de vaccination en cours touchaient la grande majorité des enfants marocains. La campagne a également permis d'attirer l'attention du public sur les questions de santé, renforçant ainsi les autres programmes.

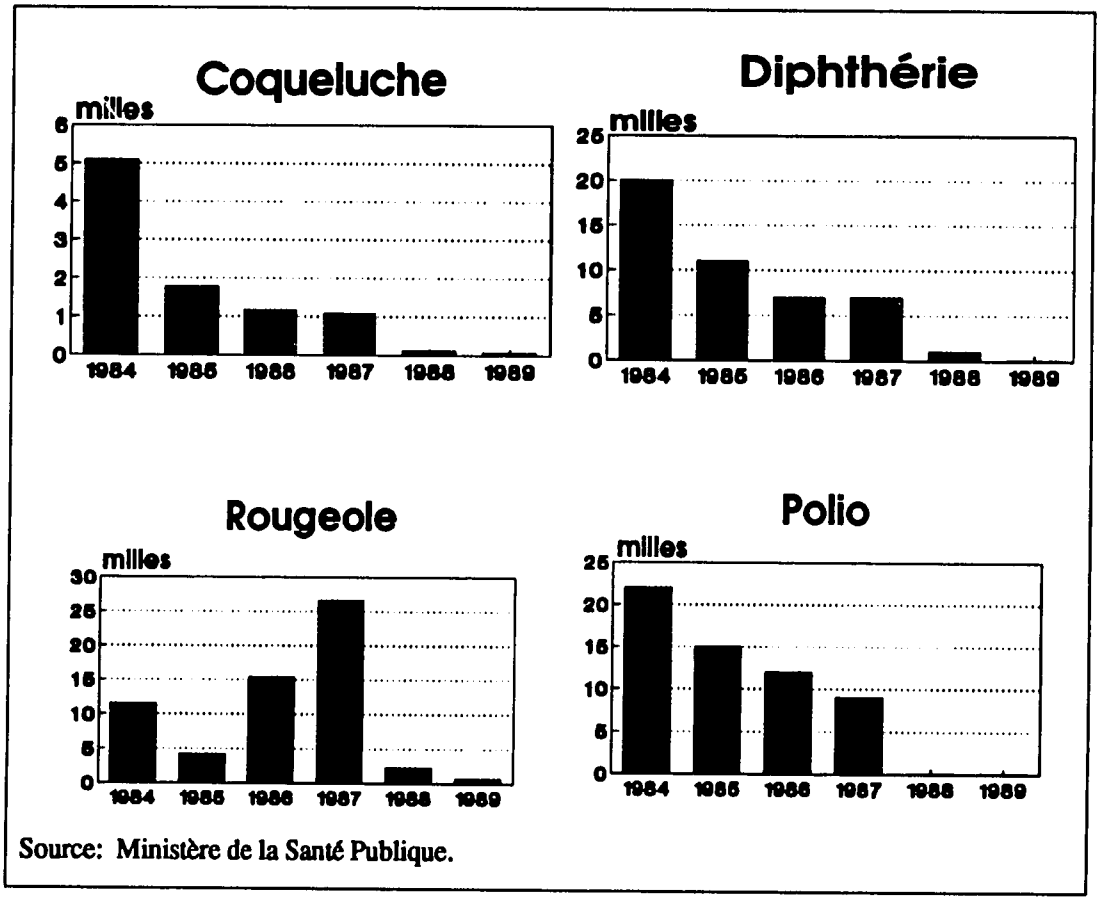
En Avril 1988, une enquête nationale sur la couverture vaccinale a montré que 84% des enfants âgés entre 12 et 17 mois étaient totalement immunisés. Ces données sont basées sur une combinaison des cartes de vaccination (méthode de l'OMS) et des réponses des mères. Les données basées sur les cartes seules montraient une couverture de l'ordre de 65% pour les enfants âgés entre 12 et 17 mois. Cependant, d'après les résultats d'une enquête conduite en 1989, 73% des enfants de cette tranche d'âge avait eu toutes les vaccinations.

Trente deux pour-cent des femmes âgées entre 15 et 44 ans avaient un document indiquant une vaccination contre le tétanos. Des campagnes de vaccination furent menées en 1988 et 1989. Les enquêtes de couverture menées à la suite de ces campagnes ont montré que les taux de couverture ont continué à croître pour les enfants âgés entre 12 et 17 mois. L'incidence mesurée des maladies pour lesquelles il existe un vaccin -une meilleure mesure de l'efficacité du programme- a diminué dans des taux proportionnels au niveau de couverture atteint (voir graphique 6).

L'incidence de la rougeole a chuté de manière si spectaculaire qu'un haut responsable a demandé que les cas déclarés soient vérifiés par un médecin, car les mères et le personnel médical n'ont pas vu suffisamment de cas pour faire un diagnostique infaillible. La couverture en vaccination est toujours plus élevée en zone urbaine qu'en zone rurale.

Malgré sa réussite, la stratégie des campagnes de vaccination a été critiquée pour trop dépendre des donateurs. La préoccupation est que les services de santé ne soient pas capables de maintenir les taux de couverture actuels sans des campagnes

Graphique 6. Nombre de cas enregistrés dans le système de la santé publique



Source: Ministère de la Santé Publique.

annuelles. Une autre question posée est combien de temps les campagnes pourront être poursuivies si le soutien des donateurs diminue. Cette dernière préoccupation a disparu avec la signature d'un accord de prêt de la Banque Mondiale pour financer les vaccins.

Avec le succès de l'effort de vaccination, l'attention est passée de la couverture vaccinale à des objectifs de réduction des maladies infantiles, plus précisément à éliminer le tétanos néonatal et la poliomyélite, et plus généralement à améliorer les soins pendant la grossesse. Cette évolution est importante car le système de surveillance des maladies ne semble pas fonctionner de manière adéquate pour détecter de fortes incidences de maladies graves.

Par exemple, une étude rétrospective de la mortalité infantile (Garenne, 1989) pour déterminer les causes de mortalité a mis en évidence que 21% des cas de mortalité néonatale étaient dûs au tétanos. L'étude a aussi montré qu'une grande partie de la mortalité infantile concernait la période néonatale et pouvait être évitée par de meilleurs soins et par une plus grande surveillance lors de la grossesse.

Avec cette évolution des objectifs, la surveillance des maladies deviendra de plus en plus importante. Les centres de santé ont réalisé un travail important pour établir des statistiques, mesurer l'incidence des maladies et fixer les objectifs de couverture. Cependant, il ne semble pas que le personnel médical utilise au mieux ces données. Le centre de statistiques du Ministère de la santé publique est conscient de ce problème et organisera des séminaires pour enseigner l'analyse des données qui seront utilisées dans la planification et la gestion de 77 activités.

Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques

Contrairement aux programmes de planification familiale et de vaccination, l'AID a été peu impliquée dans le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques. Bien qu'aucune évaluation globale n'ait été faite, ce programme n'est en général pas considéré comme un succès, et il n'y avait pas assez de temps disponible pour analyser les problèmes existants.Cependant, à partir de l'examen de documents, entrevues et d'observations, l'équipe chargée de l'évaluation a trouvé quelques raisons pouvant expliquer cette situation.

Tout d'abord, alors que la planification familiale et les vaccinations sont des approches préventives, le contrôle des maladies diarrhéiques est largement basé sur la thérapie de réhydratation orale, activité palliative qui ne s'attaque pas au coeur du problème et n'empêche pas sa réapparition. En second lieu, la différence importante dans le contexte marocain, est que les programmes de contrôle des maladies diarrhéiques et de nutrition sont tous deux placés dans la division des Services à la mère et à l'enfant du Ministère de la santé publique. En revanche, le programme de planification familiale est une division en lui-même et le programme des vaccinations est relativement autonome. De plus, ces deux programmes ont un personnel beaucoup plus important que celui du contrôle des maladies diarrhéiques ou du programme de nutrition.

Le troisième problème ayant entravé le programme de contrôle des maladies diarrhéiques à été les difficultés régulières rencontrées avec le centre de production des paquets de SRO à Casablanca. L'unité a commencé la production des SRO en 1983, mais n'a jamais atteint son potentiel de productivité car divers problème de personnel , de gestion et d'équipement sont survenus. En 1987, le programme a été réorganisé et géré à plein temps par un médecin. En 1988, une tentative pour ranimer le programme a été faite par l'organisation d'une campagne pour promouvoir l'utilisation de la thérapie de réhydratation orale. Les résultats furent modestes en comparaison avec ceux obtenus par les campagnes de vaccination.

Le contrôle des diarrhées, et particulièrement celles ayant pour origine l'eau, qui créent une déshydratation et qui sont sensibles au TRO, reste une priorité au

Maroc. Un nouveau plan d'action pour le contrôle des maladies diarrhéiques a été préparé pour 1990-1992. Il est impossible de dire aujourd'hui si cette réorientation du programme pour le traitement est efficace.

On devrait cependant prévoir assez tôt une évaluation du programme du contrôle des diarrhées.

Surveillance des grossesses et distribution d'aliments de sevrage

Il existe peu de statistiques pour évaluer le statut nutritionnel des enfants au Maroc. Une comparaison entre les données issues d'une étude anthropométrique de 1971 et l'enquête sur la démographie et la santé de 1987 montre une très nette amélioration.

L'enquête de 1987 a permis de conclure que la malnutrition sévère est pratiquement inexistante, mais que la malnutrition chronique, frein à la croissance, touche 30% des enfants en zone rurale et 17% des enfants en zone urbaine.

La surveillance des grossesses et la distribution d'un aliment de sevrage produit au Maroc, Actamine, sont les deux activités nutritionnelles pratiquées dans le programme intégré de Survie de l'Enfant. L'éducation sanitaire et le conseil en matière d'allaitement et de sevrage sont également utilisés.

Il est difficile de dire si le programme de nutrition a été efficace, étant donné les progrès du niveau de vie au Maroc. Comme le contrôle des maladies diarrhéiques, le programme de nutrition doit être évalué d'après les meilleures façons d'identifier les enfants les plus exposés au risque de malnutrition et d'orienter vers eux les faibles ressources du Ministère de la santé publique

L'étude sur les causes de la mortalité infantile a permis de montrer que la malnutrition est un facteur qui intervient dans 55% des cas de décès d'enfants âgés de moins de cinq ans. Il semblerait que l'Etat marocain engage des actions pour rendre le programme de nutrition plus efficace, avec un plan d'action pour les cinq prochaines années.

Intégration des activités de survie de l'enfant pour une plus grande efficacité

Malgré des différences dans l'administration des quatre composantes du Programme de Survie de l'Enfant au Maroc au niveau national, le programme est remarquablement bien intégré au niveau des prestations. Cette intégration garantit que les mères et les enfants aient accès à tous les services. Elle permet aussi que les composantes les plus appréciées mais les moins efficaces, les activités de contrôle

des diarrhées et de nutrition, stimulent les composantes les plus efficaces, planification familiale et vaccination. Cette synergie a lieu lorsque, par exemple, les mères qui sont à la recherche d'un traitement pour un problème de santé sévère, tel que la diarrhée ou la malnutrition, sont encouragées par le personnel médical à faire vacciner leurs enfants et à utiliser les services de planification familiale et, si nécessaire, à entamer des soins de grossesse. En conséquence, l'enfant peut être protégé contre la diarrhée ou autres situations difficiles, ou être aidé à mieux les supporter.

Efficince du Programme

Malgré l'abondance des données, il est difficile d'obtenir ou de produire des estimations précise de l'efficacité du programme et particulièrement de son efficacité comparée aux coûts encourus. Il est toutefois encourageant de constater que l'Etat, sous la direction de l'AID, est en train de traiter les problèmes de déficiences au niveau des statistiques. Cependant, l'équipe d'évaluation a pu tirer quelques conclusions sur l'efficacité de certaines interventions du programme et de quelques composantes du système considéré dans sa globalité.

Analyse des coûts et avantages

Lors de la préparation de la phase IV du Projet de planification familiale et de Survie de l'Enfant, l'USAID/Maroc a mené diverses analyses économiques et financières. L'une d'entre elles, une analyse des coûts et avantages de la planification familiale, montre un ratio très favorable pour l'Etat : l'investissement en planification familiale serait rentable car il permettrait de réduire les dépenses de santé et d'éducation en deux ans seulement. Pendant cette période d'austérité budgétaire, le Ministère de la Santé Publique a utilisé cette analyse lors de ses discussions avec le Ministère du Plan pour justifier les niveaux de dépense pour la planification familiale.

Les estimations préliminaires préparées pour cette analyse montraient que le coût par couple-années de protection du programme VDMS en zone urbaine était relativement élevé. Cette conclusion, ainsi que les données de l'enquête sur la démographie et la population de 1987, qui suggéraient que le programme VDMS en zone urbaine substituait une source publique de contraceptifs à celle des pharmacies privées, ont contribué à la décision de l'Etat d'éliminer la composante urbaine du Programme VDMS.

L'AID, tout en encourageant une meilleure allocation des ressources dans le secteur public soutient les efforts de l'Etat pour impliquer le secteur privé dans l'offre de services de planification familiale. Le marketing sociale des contraceptifs est l'une des approches utilisées.

A ce jour, l'AID a financé un projet de marketing social des préservatifs qui dépasse déjà ses objectifs de vente. Pour les six premiers mois de l'année 1990, les ventes prévues de préservatifs étaient de 422.532 et les ventes réalisées de 384.078. Mais en décembre 1990, les ventes avaient atteint 1.2 million tandis que les ventes prévues étaient de 845.000. Ce projet devrait atteindre le point mort en 1992. De plus, une assistance technique limitée, un service de recherche, un soutien pour la publicité et le marketing seront fournis pour promouvoir la vente des pilules dans les pharmacies à partir de 1990. Le secteur privé devrait touché 50% des utilisateurs de pilules en 1995 (par rapport à 20-30% actuellement). En dernier lieu, l'assistance soutient le transfert de services au secteur privé, à travers le marketing social et les services sur le lieu de travail, ainsi qu'une réforme globale du système marocain de financement des services de santé.

Coûts des autres activités

Les coûts et avantages des autres activités sont moins bien connus. L'Etat a estimé le coût du traitement pour immuniser totalement un enfant et le coût du traitement d'un cas de diarrhée par les SRO dans chaque province. Ces coûts représentent respectivement environ 44 et 7 dirhams.

Cependant, dans les deux cas, les coûts se référent aux frais de fournitures et de transport et non à l'ensemble des frais de prestation de ces services. Une étude en cours estime le coût d'une vaccination dans un centre fixe à 7,5 dirhams contre environ 11 dirhams pour une vaccination faite par le personnel itinérant. Pour la diarrhée, le coût du traitement d'un enfant est de 20 dirhams dans un centre fixe et de 12 dirhams lors d'une intervention ambulatoire.

Autres questions d'efficacité

Un certain nombre de questions dans le système de santé et dans le Programme de Survie de l'Enfant sont des préoccupations constantes du point de vue de l'efficacité du programme.

Les centres de santé fixes, considérés globalement, semblent sous-utilisés. Par rapport à beaucoup d'autres pays, ces centres ont un personnel suffisant, sont bien équipés, et sont relativement accessibles,mais ils ne bénéficient qu'à peu de gens.Un des exemples les plus frappants : les centres de référence de Planification familiale.

Ces centres semblent particulièrement sous-utilisés, et accusent de ce fait un coût élevé par client servi (voir tableau 6).

Tableau 6. Coût annuel de l'assistance par année-couple de protection (CAP), 1989 (planification familiale, toutes méthodes confondues)

Centre fixe (ambulatoire)	Coût/CAP (dollars)
Milieu urbain:	
Centre de santé	10.23
Dispensaire	15.35
Centre de planification familiale	20.70
Milieu rural:	
Centre de santé	13.37
Dispensaire	13.60
Dispensaire de base	15.23
Services Ambulatoires:	
VDMS/autres services itinérants	5.00
Equipes mobiles	1.74

Remarque: L'hypothèse est qu'un CAP est égal à 13 cycles de pilules, ou 140 préservatifs distribués, ou 0,4 dispositifs intra-utérins placés ou replacés.

Source: 1990 Ministère de la Santé Publique/OPTIONS/Etude des coûts de 18 centres de santé ambulatoires dans trois provinces (Kenitra, Ben Slimane, Agadir).

Le développement du personnel reste une question à résoudre. Le recrutement d'infirmières a été interrompu; en conséquence, les centres ruraux manquent grandement de personnel et ne peuvent mener les principales activités ambulatoires et les ex amens de controle. Les médecins continuent au contraire à être engagés et font surtout du travail de routine qui pourrait être effectué plus efficacement par du personnel para-médical.

Les femmes employées sont rares. Le programme a souffert du manque de personnel de santé féminin particulièrement lors de la première prise de contact avec la mère. L'accroissement du nombre de femmes exerçant des activités ambulatoires, ainsi que du nombre de responsables femmes à tous les niveaux du système pourrait

avoir un impact très positif sur la planification familiale et sur la Survie de l'Enfant. De plus, cela pourrait avoir pour effet secondaire "d'ouvrir" la société marocaine en favorisant une plus grande participation féminine au développement économique.

La recherche opérationnelle et une soigneuse évaluation, à petite échelle, des alternatives envisageables, particulièrement au niveau local, n'ont pas été utilisées régulièrement. Depuis la première expérience probante de VDMS, des méthodes différentes de prestation n'ont pas été testées. Au contraire, les approches utilisées semblent être acceptées et adoptées sans discussion. La liste des stratégies qui n'ont pas été testées est longue : approche par les campagnes, extension du programme VDMS, adoption de l'approche des soins de santé de base, abandon du personnel VDMS en zone urbaine, et insuffisance du personnel itinérant féminin.

Ceci indique que l'un des principes les plus importants pour le développement—les interventions doivent être adaptées aux conditions des communautés locales—est ignoré. L'approche qui fonctionne dans les zones urbaines de Casablanca pourrait se révéler inefficace dans une région rurale éloignée comme Chaouen. Ces différences ne sont pas entièrement prises en compte.

Financement du programme à long terme

Etant donné le rôle clé joué par l'assistance de l'AID dans le Programme de Survie de l'Enfant au Maroc, et l'intention de celle-ci d'interrompre cette assistance d'ici à 1996, le Ministère de la santé publique devra prendre quelques décisions difficiles et faire preuve d'innovation pour maintenir à leur niveau les résultats atteints par le programme.

L'une des questions qui se pose est de savoir si les niveaux de couvertures atteints par le programme de vaccination pourront être maintenus -même dans les meilleures conditions (voir le paragraphe relatif aux objectifs de Couverture en Vaccination de l'OMS,).

Le soutien à long terme du Programme de planification familiale est également incertain : il semble que ni les ressources budgétaires de l'Etat ni le secteur privé ne seront capables de pallier le manque de ressources pour la contraception. En conséquence, le taux actuel de prévalence contraceptive pourrait décliner.

Le Ministère de la santé publique a récemment pris deux mesures pour améliorer la gestion en général et accroître la productivité, ce qui devrait également contribuer à maintenir à leur niveau les résultats obtenus à ce jour par le programme. Ces mesures sont (1) la décentralisation de la gestion et de la prise de décision avec

pour conséquence une allocation plus efficace des ressources, et (2) former le personnel médical dans le domaine de la gestion, pour contribuer également à une meilleure allocation des ressources.

La décentralisation devrait permettre aux autorités locales de jouer un plus grand rôle dans l'administration de la santé. La responsabilité du financement de la construction de nouveaux centres de santé a déjà été transférée aux collectivités. Elles sont aussi responsables de la désignation des personnes pouvant recevoir des soins gratuits dans les centres de santé publics (c'est à dire l'identification des personnes indigeantes).

L'examen de propositions pour permettre aux collectivités d'exercer un contrôle plus important sur les services offerts dans ces centres, y compris le pouvoir de faire payer pour certains services et d'exercer un contrôle sur l'utilisation des revenus collectés, est en cours. Bien que beaucoup de problèmes restent à résoudre, le résultat espéré est qu'un système de santé décentralisé fonctionnera mieux que l'ancien, très centralisé.

Les efforts pour la formation en gestion sont en cours à l'Institut national de l'administration sanitaire (INAS) du Ministère de la santé publique, qui a entamé en 1989 un nouveau programme étalé sur deux ans pour former des cadres de santé publique. Un aspect particulièrement intéressant de ce programme est la formation pratique consistant à mener une recherche opérationnelle sur des cas concrets. Cette formation répond bien à la nécessité pour le Ministère de la santé publique de résoudre les problèmes et de poursuivre les programmes à long terme. L'INAS aura cependant besoin d'une bonne direction et d'un bon programme de formation pour que ce concept prenne forme.

L'un des autres volets pour maintenir le programme à long terme est la stratégie adoptée par l'AID pour que l'Etat Marocain se décharge de certains problèmes de santé en zone urbaine sur le secteur privé. L'hypothèse est que les habitants des zones urbaines ont un bon accès aux soins de santé privés et peuvent en payer le prix. En orientant les ressources publiques vers les zones rurales mal desservies, on espère obtenir un système plus équitable. Cette stratégie est rationnelle mais devra être adaptée pour tenir compte des pauvres vivant en zone urbaine qui, selon la Banque Mondiale, représentent 30 pour-cent de la population. On ne sait cependant pas si ces efforts seront efficaces.

En plus des activités pour améliorer globalement l'efficacité du programme et transférer les services au secteur privé, le maintien du programme à long terme est recherché à travers chaque composante de celui-ci.

Le Programme de planification familiale, en tant que la plus ancienne composante du Programme de Survie de l'Enfant de l'AID et du Ministère de la santé publique, a permis d'accumuler une certaine expérience dans ce domaine.

Le programme actuel de planification familiale est spécialement conçu pour être maintenu à terme. Quelques exemples de ce plan sont des indemnités de voyage aux employés de la santé, la suppression de l'assistance en équipements de fournitures et une réorientation vers le secteur privé et le marketing social. Bien qu'à priori le plan semble faisable, la question de savoir si ce sont les ressources budgétaires publiques ou le secteur privé qui prendront à leur charge ces coûts reste posée. Ce plan devra être soigneusement contrôlé pour s'assurer que l'équilibre financier à long terme n'est pas réalisé aux dépens d'une prévalence réduite. Si l'Etat est incapable ou n'est pas désireux d'allouer des fonds pour l'achat de contraceptifs, et que les donateurs ne les fournissent pas, la prévalence contraceptive pourrait ne pas progresser ou même diminuer.

Le maintien des résultats du programme de vaccination semble encore plus aléatoire. Lorsque les activités du programme ont commencé à s'accélérer, en 1987, il est devenu très dépendant des donateurs (et dirigé par les donateurs). La plupart des experts pensent que pour atteindre et maintenir un taux de couverture vaccinale de 80%, les campagnes annuelles devront être maintenues. Un niveau élevé de financement par les donateurs et autres sources différentes du Ministère de la santé publique les rendent cependant vulnérables à un changement de priorité de la part des donateurs. Le maintien des campagnes elles-mêmes est remis en cause.

Les niveaux de couverture diminueront certainement. Il est cependant peu probable, même sans les campagnes de vaccination, qu'ils deviennent inférieurs à ceux d'avant 1987, en particulier parce que le nombre de centres de vaccination fixes aura plus que doublé, et grâce au développement de stratégies et systèmes de prestation.

Néanmoins, le soutien apporté par les donateurs au programme de vaccination semble diminuer. Le soutien de l'AID a porté surtout sur l'année 1987, sans projet de renouvellement; le soutien de l'UNICEF en vaccins et personnel doit prendre fin en décembre 1990; et le Rotary International, bien que décidé à apporter un soutien pour faire disparaître la poliomyélite, a une action limitée et relativement modeste. Il semblerait que le Ministère de la santé publique devra bientôt réexaminer ses priorités concernant l'allocation des ressources, pour être en mesure de maintenir un taux de couverture de 80 pour-cent. Ce réexamen sera certainement nécessaire si l'on désire éliminer la poliomyélite et le tétanos néonatal. Bien que le prêt de la Banque Mondiale au secteur de la santé doive financer l'achat de vaccins si d'autres

donateurs ne les fournissent pas, il est moins certain que le financement des activités de formation et de recherche complémentaires pourra être assuré.

La question du maintien à long terme du Programme national de contrôle des diarrhées n'est pas à l'ordre du jour compte tenu des maigres résultats obtenus. Les problèmes de production et de distribution des paquets de SRO sont en train d'être résolus. Le Ministère de la santé publique prévoit de transférer certaines responsabilités de production et de marketing des SRO au secteur privé. La question du maintien à long terme ne se posera que lorsque la nouvelle stratégie du plan d'action pour 1990-1992 sera mise en oeuvre.

La nécessité d'avoir des programmes spécialisés ayant pour objectif la prise en charge d'enfants mal nourris a beaucoup diminué, mais des efforts sont toujours nécessaires pour promouvoir l'allaitement au sein, pour améliorer la nutrition maternelle et les soins pendant la grossesse et pour promouvoir les bonnes pratiques de sevrage.

Ces activités devront être prises en charge par les Services de la mère et de l'enfant et par le personnel VDMS à travers les services d'éducation ambulatoires. La pesée des enfants aux points de contact est une bonne méthode pour identifier ceux qui requièrent une surveillance particulière. La distribution de l'Actamine par les dispensaires et centres de santé devrait être déterminée d'après les aliments de sevrage traditionnels et disponibles dans le commerce.

En général, le Ministère de la santé publique devient plus dépendant des donateurs. Les implications pour le financement de la poursuite des activités sont préoccupantes. L'une des manières de résoudre la question est d'accroître la participation du public au financement des soins de santé. La poursuite des activités de planification familiale/Survie de l'Enfant fait partie des objectifs de ce projet.

Impact de l'assistance de l'AID sur la survie de l'enfant

L'assistance de l'AID pour la Survie de l'Enfant a eu des conséquences positives et négatives. Les conséquences positives ont été l'amélioration de l'état sanitaire et l'introduction de nouvelles technologies. En revanche, la dépendance envers les donateurs s'est accrue.

Amélioration de l'etat sanitaire

L'assistance de l'AID a essentiellement contribué au programme VDMS (avec un volet important pour la formation des employés de santé) et aux campagnes de vaccination parrainées par l'Etat. Ainsi que nous l'avons mentionné auparavant, la plus grande contribution au programme VDMS a été l'expansion des services de planification familiale et de SME dans les régions rurales, qui a supprimé la nécessité pour les femmes de se rendre dans un centre de santé fixe pour demander un service. Le programme VDMS soutenu par l'AID a joué un rôle important dans l'accroissement de la prévalence contraceptive, spécialement en zone rurale et, plus récemment, pour atteindre les taux actuels de couverture vaccinale.

Malgré le manque de données, il apparaît que le développement de la planification familiale a permis de réduire la mortalité infantile de manière significative, par l'accroissement de l'intervalle entre les naissances et par la diminution des naissances à haut risque et les naissances rapprochées. En même temps, l'offre de services de Survie de l'Enfant a permis d'accroître l'acceptation et l'utilisation des services de planification familiale par effet de synergie.

L'expansion rapide de la couverture vaccinale a réduit de manière significative l'incidence de la rougeole et de la coqueluche chez les enfants vulnérables. Les statistiques permettant de montrer une corrélation directe entre les vaccinations et les variations du taux de mortalité infantile et juvénile ou les changements dans le statut nutritionnel ne sont pas encore disponibles, mais cette analyse est prévue à partir des données du recensement de 1991 et de l'Enquête sur la démographie et la santé de 1992.

Nouvelles technologies alternatives

L'une des plus importantes contributions de l'assistance de l'AID a été l'amélioration de la collecte et de l'analyse des données pour identifier les besoins et allouer plus efficacement les ressources. Cet aspect est très positif : le Maroc dépasse dans ce domaine beaucoup d'autres pays, même au niveau provincial des enquêtes. Il y a une plus grande prise de conscience au niveau provincial de l'importance de la couverture financière, de la nécessité du contrôle des coûts, et du fait que des méthodes différentes de prestation des services ou d'utilisation des ressources permettent d'obtenir les mêmes résultats, si pas meilleur. Par exemple, les données de l'enquête DHS de 1987, indiquant que trois quarts des femmes accouchaient chez elles sans soins ou surveillance pendant la grossesse, sont utilisées pour mettre l'accent sur la santé de la mère et la surveillance des grossesses. Cependant, pour une plus grande efficacité, l'analyse des données et leur utilisation

devraient être plus fréquentes pour rendre compte des résultats obtenus, particulièrement au niveau provincial.

L'utilisation efficace de messages publicitaires conçus par des agences privées lors des campagnes de vaccination a permis de changer la manière dont le Ministère de la santé publique considère les masse-médias pour promouvoir la santé.

De même, l'utilisation de groupes cibles pour permettre au Ministère de mieux comprendre les obstacles et les attitudes relatifs au traitement des diarrhées a initié les cadres du Ministère à une méthode qui pourrait être utilisée dans d'autres programmes de Survie de l'Enfant.

L'intervention efficace d'entreprises du secteur privé et de prestataires de santé en marketing social et lors des campagnes nationales a permis de persuader les cadres du Ministère de reconsidérer leur collaboration avec le secteur privé. Les plans de santé locaux, par exemple, identifient maintenant de manière systématique les cabinets privés de médecin, les cliniques et les pharmacies à des composantes des ressources locales de santé. De plus, le Ministère a récemment négocié des accords officiels avec l'O.C.P. et d'autres entreprises publiques et privées pour offrir des services de planification familiale dans leur clinique interne. Dans le cadre de ces programmes dans les entreprises, le Ministère fournira des contraceptifs, des formations et des supports éducatifs pour le personnel des cliniques en échange de rapports réguliers. Cette nouvelle ouverture vers le secteur privé permet d'accroître la couverture de santé. Pour utiliser au mieux la participation du secteur privé, l'AID et le Ministère de la santé publique devront étudier et développer une nouvelle stratégie d'exploitation des ressources du secteur privé.

Le soutien technique de l'AID dans le domaine de l'innovation en matière de systèmes de prestation a joué un rôle très important dans l'engagement de l'Etat à améliorer la prestation des services et la gestion des ressources, action qui a permis des améliorations dans l'allocation des ressources adoptées et incorporées dans tout le système.

Les succès obtenus ont encouragé le personnel du Ministère. Grâce à des graphiques et données montrant les progrès réalisés pour atteindre les objectifs de couverture, les directeurs provinciaux de la santé semblent plus confiants dans la gestion des problèmes de santé de l'enfant et trouvent de nouvelles méthodes pour utiliser au mieux les ressources locales. Ce processus deviendra de plus en plus important au fur et à mesure que le programme évoluera pour s'adapter aux nécessités des années 1990.

Plus grande dépendance à court terme par rapport au donateurs

En lançant des campagnes financées par les donateurs, le Ministère de la Santé Publique a accru sa dépendance vis-à-vis des donateurs pour le financement des équipements nécessaires et pour les activités promotionnelles. Par exemple, le Ministère a cessé d'acheter des vaccins et a compté sur les donateurs (UNICEF en particulier) pour les fournir. Lorsque l'AID supprimera le financement des frais d'essence et supprimera des frais de transport local, le Ministère risque de ne pas y pourvoir. Cependant, ces dépenses étant minimes, cela ne posera pas de problème majeur au cas où le Ministère déciderait de ne pas les couvrir.

Impact général du programme

Parmi les quatre types de problèmes visés par les activités de Survie de l'Enfant, l'AID s'est rendu compte à la fin des années 60 que le problème de la croissance rapide de la population était celui qui freinait le plus les efforts de développement de l'Agence au Maroc.

Cette analyse a été réitérée et mise à jour par l'USAID/Maroc et l'Etat marocain lorsque de nouvelles données sont devenues disponibles. Elle a été confirmée de manière indépendante par la Banque Mondiale dans une analyse de la pauvreté au Maroc. Le fait qu'un investissement en planification familiale soit rentable en moins de deux ans en termes de dépenses moindres pour l'éducation et la santé constitue une bonne indication de l'impact que peut avoir cette activité sur le développement général du pays.

L'approche VDMS intégrée est l'une des principales forces du Programme de Survie de l'Enfant du Ministère de la santé publique, à cause de sa flexibilité et de sa capacité à demeurer pertinente. Mais il n'est pas encore possible d'avoir une estimation exacte et définitive de son efficacité. Cependant, il est significatif de noter que l'un des principaux enquêteurs de l'étude pilote VDMS pense que si l'AID avait lancé les services intégrés dès le départ, les remarquables progrès réalisés en Survie de l'Enfant se seraient produits entre 1980 et 1986, et les campagnes de l'UNICEF n'auraient pas été nécessaires. Bien que cette hypothèse ne puisse être validée, il est incontestable que la combinaison des activités de planification familiale et de Survie de l'Enfant a contribué à rendre chacune d'elles plus efficace.

Pertinence du programme

Etant donné les changements intervenus dans la situation épidémiologique au Maroc, il est prudent de se demander si les interventions de l'AID continuent à répondre aux besoins prioritaires.

Une fois encore, la richesse des données, fruit de l'intérêt que porte l'Agence à suivre les impacts démographiques de son assistance en planification familiale, fournit quelques réponses.

Certaines données restent inchangées:

- La croissance démographique est telle que, malgré les succès obtenus par la planification familiale, la population jeune représente un poids énorme pour les infrastructures de santé et d'éducation et crée un problème pour la création d'emplois (voir la pyramide de la population marocaine sur le graphique 1).
- La diarrhée reste une cause importante de mortalité et de morbidité chez les enfants.
- Pour le tétanos néonatal, récemment intégré au programme de vaccination, la couverture est faible et son importance en tant que cause de mortalité s'est accrue.
- Des différences importantes existent toujours dans l'utilisation et la pratique de la planification familiale entre les provinces, entre zones rurales et urbaines, et par niveaux d'éducation.

Cependant, certaines choses ont changé. Grâce au développement et aux résultats obtenus par les activités de Survie de l'Enfant, les priorités pour les années 90 ne sont pas les mêmes que celles des années 80. Parmi les changements les plus importants, on notera:

- La prévalence contraceptive semble ne plus progresser, et peut être en train de diminuer. La planification familiale repose encore sur des méthodes ayant un effet de courte durée, en particulier les pilules contraceptives (80%) et autres méthodes temporaires.
- Les régions éloignées qui commencent à être touchées par le programme ambulatoire doivent adapter les stratégies de mobilité en utilisant, par exemple, du personnel ambulatoire féminin, des mules et des points de contact choisis par les communautés.

- Le changement apporté à la stratégie ambulatoire consistant à éliminer les visites à domicile en zone urbaine pourrait avoir un effet négatif sur l'offre de prestations complètes en matière de Survie de l'Enfant, particulièrement dans les zones périphériques.
- L'incidence des maladies transmissibles a beaucoup diminué grâce aux succès des efforts de vaccination. Le Maroc s'est aussi attaché à diminuer les maladies infantiles et en particulier à éliminer le tétanos néonatal et la poliomyélite. Avec ce changement de priorité, une meilleure surveillance des maladies va devenir de plus en plus nécessaire.
- Etant donné la diminution des maladies transmissibles, l'attention est maintenant tournée vers les taux élevés de mortalité néonatale et vers la nécessité d'un meilleur suivi des grossesses et des accouchements.
- La nutrition s'est améliorée, mais beaucoup d'enfants chroniquement mal nourris sont toujours exposés à la maladie dans le sud et dans les quartiers pauvres en périphérie des villes.

Dans les circonstances actuelles, les interventions de l'AID sont appropriées. La phase IV du Projet de planification familiale et de Survie de l'Enfant continue de soutenir la planification familiale, en mettant l'accent sur l'accessibilité de méthodes autres que les contraceptifs oraux à une plus grande partie de la population. L'AID aide aussi le Ministère de la santé publique à développer un système plus intégré et plus efficace de services ambulatoires, qui donne plus d'importance aux équipes mobiles et aux services aux points de contact. Le projet tente également de renforcer les soins pendant la grossesse et le traitement des diarrhées, et développer les efforts du Ministère dans les domaines de l'information, de l'education et de la communication (IEC). En dernier lieu, l'assistance de l'AID soutient le transfert des services au secteur privé (en utilisant le marketing social et les services chez l'employeur par exemple), ainsi qu'une réforme du système de financement de la santé au Maroc.

Bien que la décision de l'Agence de diminuer son soutien en services et d'accroître son soutien structurel au secteur de la santé, particulièrement sous forme d'une réforme du financement de la santé, puisse avoir un effet positif sur le système à long terme, elle pourrait avoir quelques conséquences défavorables sur l'accès aux soins de santé par les personnes très pauvres.

Futurs axes de reflexion pour l'AID

Privatisation et décentralisation: **quels seront les effets sur les prestations de santé?** Le Maroc étudie un certain nombre d'alternatives pour satisfaire une demande et des besoins croissants en matière de soin de santé préventifs. Dans les zones urbaines, le marketing social des contraceptifs, la facturation des frais hospitaliers et la privatisation des services médicaux sont étudiés comme moyens de réduire les dépenses publiques. Bien que le remplacement du secteur public par le secteur privé en tant que source de services semble être une approche raisonnable, il faudra s'assurer que les services de santé restent accessibles aux pauvres qui résident dans les zones rurales, la stratégie de décentralisation de la gestion et du financement des services de santé au profit des collectivités engendre la possibilité que la santé reçoive une priorité moindre que celle existant dans le système actuel. Les responsables publics sont conscients de ces deux problèmes. L'AID soutient la privatisation et la décentralisation, mais doit surveiller les effets négatifs potentiels sur la santé de la mère et de l'enfant.

L'utilisation de méthodes contraceptives à plus long effet doit être encouragée. La pilule, en tant que méthode temporaire de contrôle des naissances, qui nécessite une motivation soutenue, ne peut entièrement répondre aux besoins du programme. Des méthodes ayant un effet de plus longue durée sont nécessaires. Des mesures ont été prises pour rendre les dispositifs intra-utérins plus disponibles, mais leur acceptation reste faible, particulièrement chez les femmes habitant en zone rurale. De nouvelles méthodes, comme les implants, devront être promues et mises à la disposition d'un nombre maximum de femmes au fur et à mesure qu'elles seront approuvées.

Avec le plafonnement apparent de la contraception, une plus grande attention doit être accordée à la demande. Même sans politique déclarée de planification familiale, le soutien du Ministère de la santé publique et des collectivités à la Planification Familiale semble solide. Avec le plafonnement apparent de la contraception, cependant, un effort renouvelé pourrait être nécessaire pour remettre cette composante du Programme de Survie de l'Enfant dans sa position prioritaire. Une plus grande manifestation du soutien politique aux efforts de planification familiale du Ministère serait la bienvenue, une plus grande attention étant accordée à stimuler la demande.

Surveillance des maladies: une plus grande attention est nécessaire. Le taux élevé de décès néonatals dus au tétanos (voir le paragraphe "Approcher l'Objectif de Couverture en Vaccination de OMS") montre l'échec des efforts de vaccination

contre le tétanos pour les femmes en âge de procréer. Il indique aussi la nécessité de renforcer le système de surveillance des maladies.

Le suivi des grossesses et les soins pendant la grossesse sont des priorités. Le fait qu'une grande partie de la mortalité infantile est concentrée dans la période néonatalse (voir le paragraphe "Approcher l'Objectif Couverture en Vaccination de l'OMS) a conduit l'Etat à mettre sur pied un grand nombre d'interventions pour protéger les grossesses. Le succès de cet effort dépendra en partie de l'augmentation des contacts entre les femmes enceintes et le système de santé, laquelle facilitera une meilleure communication au niveau des communautés, en particulier avec les hommes.

L'IEC devra être renforcée pour tous les aspects du programme de Survie de l'Enfant de l'AID. Le programme IEC a été insuffisant pour toutes les activités de santé publique, parce que l'unité chargée de cette fonction au Ministère est elle même faible. La campagne de vaccination a montré l'efficacité d'une combinaison de campagnes publicitaires et les possibilités d'impliquer le secteur privé. Les leçons tirées de ces campagnes doivent être appliquées aux autres programmes de Survie de l'Enfant. Il existe des besoins bien identifiés quant à l'éducation pour le traitement et la prévention des maladies diarrhéiques et quant à l'implication des hommes dans la planification familiale. Il y a certaines tentatives au sein du Ministère de la santé publique pour répondre à cette préoccupation. Une stratégie IEC pour la planification familiale, qui comprendra également d'autres interventions, a été développée et commence à être appliquée.

Une attention plus grande doit être accordée à la mobilisation de ressources publiques supplémentaires et à l'utilisation plus efficace des ressources existantes. Les plans actuels prévoient de mettre fin au soutien direct de l'AID à la planification familiale en 1996. Il faudra donc que le Maroc budgète les fonds supplémentaires nécessaires pour pallier à ce manque et satisfaire l'augmentation de la demande face à une population qui continue à croître rapidement. En conséquence, le Maroc devra utiliser au mieux ses ressources à travers une meilleure gestion.

De nouvelles options doivent être étudiées pour accroître la synergie entre les différentes activités de planification familiale. Les efforts actuels pour l'expansion et l'amélioration des soins pendant la période pré-natale et pour l'amélioration de la couverture et de la qualité de l'assistance à l'accouchement devraient offrir de nouvelles possibilités de promouvoir des méthodes contraceptives ayant un effet plus long et de surveiller la santé des enfants (vaccination et surveillance de la nutrition). Le programme devra faire des efforts pour créer autant de synergie que possible dans l'ensemble de ces services destinés à la Survie de l'Enfant.

Principaux facteurs influençant la performance et les resultats

Une multitude d'événements et de facteurs ont influencé la performance et les résultats des composantes du Programme de Santé de l'Enfant de l'AID (espacement des naissances, vaccinations, nutrition et contrôle des maladies diarrhéiques). Bien que la plupart des facteurs aient été positifs, plusieurs éléments négatifs se sont posés en obstacle à la mise en oeuvre du programme. De plus, la dégradation du climat économique a nuit au programme dans sa globalité.

Plafonnement de la croissance economique

Après la forte croissance des années 60 et 70, la crise économique de la fin des années 80, ainsi que les accords d'ajustement structurel, ont affecté négativement le budget du Maroc consacré aux services sociaux. Etant donné les sévères contraintes budgétaires et le niveau élevé du dialogue politique, le Ministère de la santé publique prend des mesures pour mieux gérer ses ressources limitées. Cette nouvelle orientation a conduit au soutien donné par le Ministère à l'expansion du modèle VDMS aux zones rurales mal desservies. Le processus de restructuration et de réforme du secteur marocain de la santé visant à utiliser au mieux le secteur privé dynamique, ne sera pas mis en oeuvre rapidement ni facilement. Néanmoins, le Ministère reconnaît maintenant la nécessité de redéfinir son rôle, et de trouver des mécanismes pour limiter son engagement dans les soins hospitaliers et les services spécialisés onéreux que la population marocaine commence à demander.

Obstacles d'ordre culturel et géographique

La population marocaine est très diverse au niveau culturel et linguistique. La population de Rabat, Casablanca, et les autres centres urbains a des attentes et un niveau de conscience en matière de santé différents de ceux des habitants des zones rurales isolées du sud, de l'Atlas ou des montagnes du Rif. La grande dispersion géographique des populations rurales a rendu la mise en oeuvre des programmes de planification familiale et de SME difficile au niveau logistique et financier. Le rôle traditionnel des femmes et leur taux d'analphabétisme élevé ont conduit à adapter les supports éducatif et d'information aux besoins des personnes analphabètes et à employer des infirmiers plutôt que des infirmières dans les activités ambulatoires,

cette dernière décision risquant de poser des problèmes pour le développement à long terme du pays. La demande de services a été faible dans le passé, particulièrement dans les zones rurales. Ceci à contribué à une sous-utilisation des centres et services.

Les comportements traditionnels et la méconnaissance des pratiques de santé modernes ont contribué au taux élevé de mortalité infantile et juvénile. Des soins et une nourriture inadaptés pendant la grossesse, des naissances trop rapprochées, et de mauvaises pratiques d'allaitement ont contribué pour presque la moitié à la mortalité infantile (Garenne, 1989). Plusieurs autres comportements, comme l'absence d'allaitements, durant une diarrhée, le manque de nourriture lors d'une maladie et un sevrage brutal et inadapté sont devenus des préoccupations prioritaires des programmes d'éducation sanitaire. D'autres croyances, comme le risque de stérilité après une vaccination contre le tétanos et l'insertion d'un système intra-utérin, sont spécialement combattues dans le projet actuel.

L'urbanisation rapide a facilité le changement social en général, et les mouvements de population entre les régions rurales et les zones péri-urbaines squattérisées ont contribué à l'introduction de pratiques sanitaires modernes dans les zones rurales et urbaines. La décision du Ministère prise au cours des années 80 de fournir des services de planification familiale et de SME à ces groupes semble avoir facilité leur entrée et leur intégration dans la vie urbaine.

Fort leadership du ministère

Le Ministère de la santé publique a joué un grand rôle sur le plan technique et s'est engagé à créer un système efficace des soins de santé de base préventifs. Sa vision à long terme d'une intégration des services préventifs et de santé de base, prévoyant un systéme complet de soins ayant à la base un infirmier itinérant n'est pas unique, mais son engagement à faire fonctionner ce système est considérable.

Bien que l'assistance technique du programme de Survie de l'Enfant de l'AID ait apporté au Ministère des mécanismes et systèmes d'organisation, celui-ci s'est assuré que les efforts et contributions des donateurs, y compris l'AID, sont bien destinés à construire et à renforcer le système préventif de santé tel qu'il l'a conçu. En s'assurant que les activités verticales des donateurs étaient minimisées, les mauvais départs et les répétitions ont pu être évité. USAID/Morocco et le Ministère de la santé publique reconnaissent que le succès du programme de Survie de l'Enfant a été possible grâce à la compétence et à la diligence de quelques responsables du

Ministère de la santé publique au niveau central. Bien que le programme ait bénéficié d'une remarquable continuité dans la gestion, la situation reste fragile. En 1989, une réorganisation du Ministère a été prévue pour changer cette structure hautement centralisée et la rendre moins vulnérable en cas de perte d'un intervenant clé.

Approche pragmatique de la séquence des activités.

La stratégie de base du Ministère concernant les activités a été de renforcer les capacités avant de générer une plus grande demande de services. Au milieu des années 80, le projet de Gestion de la Santé (608-0151) a permis de renforcer la gestion du personnel, des véhicules, équipements et produits pharmaceutiques et de préparer le Ministère de la santé publique à mieux utiliser les données existantes pour prendre ses décisions d'allocation de ressources. L'attention accordée dès le départ à la planification des ressources a donné une base à partir de laquelle les fonds supplémentaires du programme de Survie de l'Enfant de l'AID ont pu être utilisés efficacement. Ceci a permis de s'assurer que la demande croissante pourrait être satisfaite, même si l'expansion des services a été assez lente.

L'introduction du programme VDMS reflète également une approche pragmatique. Sa conception n'a pas été compliquée. Elle a montré dans un premier temps qu'un soutien en matière de supervision, de transport et de frais de déplacement pour les visites ambulatoires et une formation bien ciblée pouvaient motiver le personnel de santé oeuvrant dans le domaine de la planification familiale, particulièrement à la base.

Convaincus de la validité de cette approche, les responsables du Ministère ont étendu les zones couvertes. Au fur et à mesure de la disponibilité de nouvelles ressources pour la Survie de l'Enfant, elles ont été utilisées en premier lieu pour le programme de vaccination élargi, puis pour le programme de contrôle des maladies diarrhéiques.

Coordination des donateurs

L'AID a travaillé en collaboration avec divers donateurs pour s'assurer que les ressources disponibles n'étaient pas utilisées de manière répétitive. Cet effort a

produit de meilleurs résultats pour certaines activités (par exemple une meilleure coordination en planification familiale que pour les campagnes de vaccination). En général, les ressources des donateurs ont été complémentaires, le Ministère disposant ainsi d'un ensemble de ressources flexible pour mettre en oeuvre la stratégie ambulatoire du programme VDMS.

Rôle du secteur privé

Jusqu'à une période récente, le Ministère de la santé publique était peu enclin à collaborer avec le secteur privé dans la promotion ou l'offre de soins de santé préventifs ou de base. Le succès de la mobilisation nationale et du secteur privé pour la campagne de vaccination a contribué à créer des attitudes plus positives envers l'implication de fournisseurs privés pour les services de base. Une plus grande collaboration devrait cependant être possible au niveau des services et du soutien aux collectivités, mais les premiers pas ont été faits.

L'utilisation d'agences de publicité pour promouvoir les interventions de santé a de la même manière crée une nouvelle prise de conscience de l'utilisation des masse-médias et des techniques comme les groupes cibles pour atteindre les personnes mal desservies.

Au fur et à mesure que le Ministère de la santé publique abandonnera le rôle de prestataire de services au profit d'un rôle de coordination, une plus grande attention envers les relations public-privé sera nécessaire. Un grand nombre de médecins privés en zone urbaine devront être sensibilisés aux besoins de santé publique de la population et développer des techniques préventives pour mieux servir leurs patients.

Leçons tirees de l'experience Marocaine

- ***Offrir un ensemble d'interventions pour la Survie de l'Enfant. Cette approche se révélant plus efficace que si chaque intervention est proposée séparément.*** Bien que le contrôle des diarrhées, les programmes de nutrition et les soins d'urgence soient les activités les moins efficaces, elles permettent d'orienter les femmes vers le personnel de santé. Le personnel médical peut dès lors promouvoir d'autres interventions préventives quelquefois plus efficaces, comme les vaccinations ou la planification familiale.

- ***La priorité donnée à la planification familiale et aux vaccinations constitue une stratégie valable pour un programme de Survie de l'Enfant.*** L'efficacité de la planification familiale et des vaccinations dans la réduction de la mortalité et de la morbidité infantile indique qu'il est raisonnable de leur donner la priorité dans les programmes de Survie de l'Enfant. Au Maroc, les enfants nés dans un intervalle de 4 ans ou plus courent deux fois moins le risque de mourir avant un an que ceux nés moins de deux ans après l'enfant précédent (voir graphique 5).

  De même, en quelques années, un programme de vaccination solide peut virtuellement faire disparaître la diphtérie, la rougeole et la coqueluche, ce qui permettrait de se consacrer à d'autres problèmes de santé comme le tétanos néonatal.

- ***L'utilisation d'un programme ambulatoire rural se révèle très efficace pour les activités de Survie de l'Enfant.*** Une des limites des services offerts en centres fixes est l'obstacle que représente la distance que le patient doit parcourir lorsqu'il habite à plus de quelques kilomètres d'un centre. Proposer les services à travers un programme ambulatoire contribue à éliminer cet obstacle en offrant le service aux femmes à leur domicile ou à un point de contact accessible.

  De plus, le programme ambulatoire permet au personnel de santé de proposer un éventail de services plutôt qu'un seul. En conséquence, même lorsqu'il existe une grande disparité au niveau central dans le financement et l'attention accordée aux diverses composantes, au niveau du village, le personnel de santé peut mettre l'accent de façon égale sur toutes les interventions.

- ***Une bonne planification des activités permet d'obtenir de meilleurs résultats.*** Le succès du programme de Survie de l'Enfant de l'AID peut être attribué au fait que l'Agence a porté initialement ses efforts sur la planification familiale seulement, et n'a introduit les autres activités de santé de l'enfant qu'une fois que la planification familiale a été bien établie et que des ressources financières ont été disponibles.

  Lorsque l'AID a commencé à contribuer au Programme de Survie de l'Enfant, elle a répondu aux besoins du pays et a joué un rôle complémentaire par rapport aux autres donateurs dans la mise en oeuvre du plan de santé du Maroc.

  Le flux important de fonds pour la Survie de l'Enfant s'est fait en temps opportun. Il a permis de revitaliser le programme de vaccination qui était stationnaire, intervenant juste au moment où le Maroc commençait la première campagne d'EPI. La réponse offerte au bon moment par l'AID aux besoins de l'EPI a permis de renforcer le programme de santé de la Mission, et a contribué à l'instauration de dialogues tel que celui en cours sur le financement de la santé. Si l'AID s'était limitée à la composante planification familiale du programme Survie de l'Enfant, l'Agence n'aurait peut être pas pu soulever cette question.

- ***Le modèle marocain peut être dupliqué, mais les résultats obtenus ne peuvent pas être dissociés du contexte dans lequel il opère.*** Le modèle marocain des programmes de Survie de l'Enfant n'est pas unique; ses principales caractéristiques se retrouvent dans d'autres programmes à travers le monde. Les programmes pilotes de Marrakech ont été entièrement évalués; la collecte et l'utilisation des données ont été bien faites; la contribution du public a été développée pour soutenir les interventions et les ressources publiques ont été engagées; des efforts importants ont été réalisés pour impliquer le secteur privé, tout d'abord dans les campagnes IEC et maintenant dans la planification familiale; les techniques utilisées étaient relativement simples et celles les mieux accueillies ont procuré un bénéfice tangible à la population -vaccination, planification familiale et thérapie de réhydratation orale. Il est difficile de savoir si l'approche globale peut être dupliquée dans d'autres contextes. Le Maroc a des caractéristiques sociales et religieuses propres auxquelles les approches du programme semblent bien adaptées. Il sera important de tenir compte des premières leçons tirées de cette expérience lors de l'extension de l'approche VDMS à d'autres provinces. D'autres pays peuvent bénéficier

largement de l'approche adoptée par le programme marocain, bien qu'elle ne soit pas transférable dans sa globalité dans des contextes différents.

- ***Un programme de planification familiale peut être mis en oeuvre avec succès même en l'absence d'une politique déclarée de l'Etat.*** Un solide programme de planification familiale peut être mis en place même s'il n'y a pas de politique déclarée sur la question.

  Le Programme de planification familiale est largement soutenu par les responsables publics à tous les niveaux et par la population en général, même s'il n'y a pas de politique déclarée à ce sujet. Si le programme avait dû attendre l'aval officiel, il n'aurait peut être jamais atteint son niveau actuel d'acceptation. Néanmoins, maintenant que la demande de services de planification familiale semble ne plus progresser, des déclarations politiques par les dirigeants pourrait revitaliser le programme.

- ***De bonnes prestations de santé peuvent être offertes en milieu rural par un personnel de santé publique bien motivé.*** Les prestations de santé en milieu rural continueront à dépendre du personnel de la santé publique, et en particulier de l'infirmier itinérant. L'efficacité des prestations dans ce milieu est directement liée à la motivation, à la formation, aux encouragements et à la mobilité fournis au personnel de santé.Si l'AID n'envisage pas de financer ces coûts à l'avenir, le dialogue engagé par l'AID et les conditions posées lors des investissements de l'AID dans d'autres secteurs de la santé devraient garantir que ces coûts seront financés par des ressources de l'Etat marocain ou par d'autres donateurs (par exemple la Banque Mondiale).

- ***Des données de qualité peuvent contribuer de manière efficace à la planification et à l'évaluation du programme.*** Le programme marocain de Survie de l'Enfant jouit d'une abondance de données qui ont été avantageusement utilisées par les responsables marocains, les administrateurs du programme et les donateurs, pour adapter, évaluer et améliorer le programme au fil des ans. Par exemple, les résultats de l'enquête DHS de 1987 qui montraient que les méthodes de contraception à effet durable étaient moins connues que ce que l'on pensait, ont été utilisée par les administrateurs du programme lors de la révision de la stratégie IEC pour le Programme de planification familiale. Les responsables publics ont utilisé d'autres données de l'étude DHS, ainsi que des estimations de coûts, pour décider d'interrompre le programme VDMS en zone urbaine. Les donateurs ont utilisé les estimations des coûts et avantages pour

évaluer les plans d'actions de l'Etat ayant pour objectif d'utiliser davantage, à l'avenir, les équipes mobiles et les services aux points de contact.

- ***Le secteur privé doit être impliqué aussitôt que possible.*** Le programme de Survie de l'Enfant au Maroc a commencé à utiliser efficacement les ressources du secteur privé. Les campagnes de vaccination ont particulièrement bien utilisé les médias privés. Le Programme de planification familiale a connu un succès initial considérable à travers le marketing social des contraceptifs, et quelques succès quant à la promotion des soins de santé dans les entreprises. Bien que ces efforts soient encourageants, il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine.

Bibliographie

Akalay, O. 1989. "la Vaccination au Maghreb" Commission Technique pour la Vaccination.

Bureau du recensement. 1989. Profil de la Population Mondiale. Washington D.C. Département du Commerce des E-U, Bureau du recensement.

Septembre.

Secours Catholique; 1988. "Programme Alimentaire Compensatoire PL 480 Titre II, Etude d'évaluation intermédiaire 1989". Rabat, Maroc.

Centre pour l'Information sur la Santé. Institut International des Sciences et Technologies. 1990. "

Fishman Claudia, 1988. "Visite de Reconnaissance pour le Projet de Communication en matière de Nutrition" 5-13 décembre "Académie pour le Dévoloppement de l'Education". Projet de Communication en matière de Nutrition.

Garenne Michel. 1989. "Enquête Nationale sur les Causes et Circonstances de la Mortalité Infantile et Juvénile. Etude de la Mortalité Infantile au Maroc". Service de la Santé International, Service de la Santé publique. Département des E-U pour les Services de santé et les Services Humanitaires, Washington D.C.

Gilmore, Judith, Corole C; Adelman, Anthony J. Meyer, et Melvyn C. Thorn. 1980. Maroc: Aide Alimentaire et Education en matière de Nutrition. Rapport d'Evaluation No 8, Washington D.C. Agence pour le Développement International. Août.

Housni El Arbi. 1990. "La Seconde Phase de la Transition Démographique au Maroc", Services central de la Planification Familiale, Ministère de la Santé Publique, Rabat, Maroc.

Knowles James. 1989. "Analyse des Coûts et Avantages du Programme de Planification Familiale au Maroc" Option du Projet, Rabat, Maroc.

Leighton Charlotte, Moncef M. Bouhafa, Labok Miriam, Charles tilquin, et William Trayfors. 1988. Evaluation à mi-cours du Projet de Soutien à la Population et à la Planification Familiale, Phase III (608-0171) Maroc. Projet d'Assistance Technique à la Population, Institut International de Science et de Technologie, Inc. Arlington, Virginie.

LMS Conseil. "Etude Formative PNI-TRO Rapport Etude Quantitative C.A.P., Vaccination Maladies Diarrhéiques, Sels de Réhydratation Orale". Projet de

Techniques de Santé de Base (PRITECH), Agence Américaine pour le Développement International, Washington D.C.

Ministère du Plan, Royaume du Maroc. 1986. "Consommation et dépenses des ménages 1984-1985". Premiers Résultats Vol. 1 Rapport de Synthèse.

Ministère du Plan, Royaume du Maroc. 1987. "Plan d'Orientation pour le Développement Economique et Social 1982-1992". Juillet.

Ministère du Plan. Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques, Direction de la Statistique, Royaume du Maroc. 1988. "Situation Démographique régionale au Maroc".

Ministère de la Santé Publique. 1988." Programme National de Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques, Royaume du Maroc, 4 juillet - 4 août 1988". Programme National de Lutte Contre les Maladies Diarrhéiques, Rabat, Maroc.

Ministère de la Santé Publique. Royaume du Maroc 1989. Enquête Nationale sur la couverture vaccinale. Rabat, Maroc. Juin.

Ministère de la Santé Publique. Direction des Affaires Techniques, Royaume du Maroc. 1985. "Le programme de Visite à Domicile de Motivation Systématique (VDMS), Rapport de synthèse de l'étude opérationnelle réalisé par Experdata "Rabat, Maroc.

Ministère de la Santé Publique. Direction de la Prévention et de l'Encadrement Sanitaire. 1990. "Séminaire-Atelier Nutrition-Développement de l'Enfant." 28 janvier 1990 - 2 février 1990. Marrkech, Maroc.

Ministère de la Santé Publique. Service des Etudes et de l'Information Sanitaires, Royaume du Maroc, et Enquête sur la Démographie et la Santé, Institut pour le Développement des Ressources, Westinghouse. 1987. "Enquête Nationale sur la Planification Familiale, la Fécondité et la Santé de la population au Maroc (ENPS)".

Ministère de la Santé Publique. Service des Etudes et de l'Information Sanitaires, Royaume du Maroc 1989. "Annuaire de statistique du Ministère de Santé Publique".

Plata Santiago et GAel O'Sullivan. 1989. Rapport de Voyage d'Etude". Bureau de la Population et de la planification familiale de l'USAID. Washington D.C.

Ross, John, Marjorie Rich, Janet P. Molgan et Micael Pensak. 1988."Planification Familiale et Survie de l'Enfant: 100 Pays en Voie de Développement". Centre de la Population et de la Santé des Familles, Culumbia University, New York.

Nations Unies. 1989. Perspectives de la Population Mondiale. 1989. Etudes sur la Population No 106. Département International des Affaires Economiques et Sociales. New York, Nations Unies.

USAID/RABAT, 1986. "Annexe au projet: Soutien à la Population et à la Planification Familiale III (608-0171)" Rabat, Maroc.

USAID/RABAT, 1987. Amendement No 2 au projet: "Soutien à la Population et à la Planification Familiale III (608-0171)"

USAID/RABAT, 1988. Amendement No 3 au projet: Soutien à la Population et à la Planification Familiale III (608-0171)" Rabat, Maroc.

USAID/RABAT, 1989. Projet de Soutien à la Planification Familiale et à la Survie de l'Enfant (608-0198). Rabat, Maroc.

Banque Mondiale,1990. "Le Maroc au Secours des Personnes Défavorisées: Priorités des Dépenses Sociales au Cours des Années 1990. "Divisions de la Population et des Ressources Humaines de la Banque Mondiale, Département des Opérations II, Rapport No 7903-MOR. Washington D.C.,Banque Mondiale.

Banque Mondiale, 1990. "Rapport sur le Développement Mondiale 1990; Washington D.C., Oxford University Press pour la Banque Mondiale.