

PD-ABT-229

RAPPORT FINAL

**PROJET DE PLANIFICATION
FAMILIALE ET SANTE MATERNELLE
ET INFANTILE AU MAROC
PHASE V**

MAI 1994 - SEPTEMBRE 2000

Contrat USAID N°. 608-C-94-00006

Soumis: 15 janvier 2001
Au: Ministère de la Santé
et USAID/Maroc



Maroc

A

Avant-Propos et Remerciements

Ce rapport final, soumis au Ministère de la Santé et à l'USAID/Maroc, décrit les réalisations et leçons apprises du Projet de Planification Familiale et des Services de Santé Maternelle et Infantile (PF/SMI) Phase V, mise en oeuvre entre 1994 et 2000 à travers un accord bilatéral entre le Ministère de la Santé du Maroc et l'USAID, et avec l'assistance technique de John Snow Inc. (JSI) comme contractant institutionnel. Le lecteur, en quête de renseignements plus détaillés, est prié de se reporter aux autres documents du projet, dont une bibliographie exhaustive est fournie en annexe 2.

La rédaction du rapport final du Projet PF/SMI Phase V, tout comme le projet lui-même, a été le résultat d'un travail d'équipe. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre l'utilisation du « nous » dans le récit du rapport. Ainsi, je tiens à remercier tout d'abord, au nom de toute l'équipe de JSI, mes collègues du Ministère de la Santé (MS) qui ont investi corps et âme dans ce projet, et spécialement Dr Mostafa Tyane, Directeur de la Population, qui était le coordinateur du Projet. Mes remerciements vont en deuxième lieu à l'équipe de l'USAID, sous la direction de Michele Moloney-Kitts et de Susan Wright, qui nous ont donné un support technique, administratif, et moral, tout au long du projet. Finalement, ni la mise en oeuvre du projet PF/SMI Phase V, ni la rédaction de ce document auraient été possible sans l'engagement et l'enthousiasme de l'équipe JSI et ses sous-contractants, dont je ne suis que le représentant. Une liste des principaux collaborateurs du projet est fournie en annexe 4.

Pour l'édition et la mise en page de ce document, je tiens à remercier Taoufik Bakkali, Nawal Birdaha et Boutaina El Omari à Rabat, et Maria Rivera à Boston.

Boston, le 13 novembre, 2000.

Theo Lippeveld

Directeur JSI du Projet PF/SMI Phase V

Table des Matières

Acronymes	vi
Introduction.....	2
Le Projet PF/SMI Phase V – Dernière Phase de l'Assistance Bilatérale de l'USAID.....	2
But, Objectifs et Résultats du Projet PF/SMI Phase V	2
Les indicateurs du Projet PF/SMI Phase V.....	3
<i>Indicateurs d'impact</i>	3
<i>Résultat Intermédiaire 1</i>	3
<i>Résultat Intermédiaire 2</i>	3
<i>Résultat Intermédiaire 3</i>	4
<i>Résultat Intermédiaire 4</i>	4
Les Contractants Institutionnels et les Agences Coopératrices du Projet.....	4
Structure et contenu du Rapport Final du Projet PF/SMI Phase V	4
 <i>Tableau 1: Structure du Projet et Responsables d'Exécution</i>	 6
Les Résultats du Projet PF/SMI Phase V	6
Les Résultats du Projet PF/SMI Phase V	7
Résultat Intermédiaire I: Services de SMI/PF d'Accès plus Facile, de Qualité, et Répondant à la Demande	7
A. Extension géographique des services SMI/PF.....	7
B. Planification Familiale.....	9
C. Santé Maternelle	20
D. Santé de l'Enfant.....	28
Résultat Intermédiaire II: Meilleur Environnement Institutionnel, Soutenant l'Expansion des Services SMI/PF	38
A. Information et Analyse.....	38
B. Transfert du Financement des Contraceptifs.....	39
C. Interventions et outils de plaidoirie	41
Résultat Intermédiaire III: Capacité Renforcée à Gérer les Services SMI/PF de Façon Décentralisée et en Répondant à la Demande	48
La gestion décentralisée au niveau des régions.....	49
A. Information, Education et Communication	54
B. Gestion intégrale de la qualité au Maroc.....	60
C. Formation de Base et Formation Continue	65
D. Logistique des Contraceptifs.....	77
E. Evaluation.....	80
F. Système d'Information Sanitaire.....	84
Résultat Intermédiaire IV: Plus Grande Diversification des Ressources Finaçant la Prestation de Services de SMI/PF	93
A. Médecins Généralistes du Secteur Privé	93
B. Marketing Social des Contraceptifs.....	98

Gestion Des Ressources Du Projet PF/SMI Phase V	111
1. Planification, suivi, et évaluation	111
2. Gestion des ressources humaines	112
3. Coordination/collaboration.....	112
4. Achats du Projet	113
Achats	114
<i>Procédures d'achats</i>	114
<i>Déroulement des achats</i>	115
<i>Commentaires</i>	115
Utilisation et Maintenance.....	117
5. Gestion financière	118
6. Formations, voyages d'études, et conférences	119
Conclusions et Recommandations	120
Annexes.....	124
Annexe 1: Résumé des données techniques.....	128
Evolution de Quelques Indicateurs SMI/PF Pendant la Durée Du Projet PF/SMI Phase V (1995-1999)	128
Evolution du Taux de Prise en Charge des Complications Obstétricales	134
Evolution du Taux de Césariennes.....	135
Rapports Contractuels JSI du Projet PF/SMI Phase V.....	138
Rapports de Consultation	139
Documents Thématiques et Etudes	144
Annexe 3: Matériaux de formation et d'IEC produits par le Projet PF/SMI Phase V	150
Annexe 4: Liste de l'équipe du Projet PF/SMI Phase V.....	159
Principaux collaborateurs de l'équipe du Ministère de la Santé (MS)	159
Equipe technique de l'USAID/Maroc.....	160
Principaux collaborateurs des Agences Coopératrices	160
Equipe JSI résident et de support.....	160
Annexe 5 : Liste des consultants JSI/URC/JHU-CCP du Projet PF/SMI Phase V.....	164
Annexe 6 : Rapport Financier.....	180
Annexe 7 : Liste des formations à l'étranger «participant travel».....	182
Annexe 8 : Liste des voyages à l'étranger «invitational travel»	188

d

Acronymes

AC	Agences Coopératrices
ADC	Agents de Développement Sanitaire
ALCO	Alternative Consultants
AQ	Assurance de Qualité
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMS	Commercial Marketing Strategies
CNFRH	Centre National de Formation en Reproduction Humaine
CNS	Comptes Nationaux de Santé
CRPF	Centres de Référence en Planification Familiale
CTM	Compagnie de Transport Marocain
DA	Division de l'Approvisionnement
DELM	Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies
DHSA	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
DIEC	Division de l'Information, Education et Communication
DIM	Division de l'Informatique et des Méthodes
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DMP	Direction du Médicament et de la Pharmacie
DP	Direction de la Population
DPF	Division de Planification Familiale
DPRF	Direction de la Planification et des Ressources Financières
DRC	Direction de la Réglementation et du Contentieux
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSA	Division des Soins Ambulatoires
DSMI	Division de la Santé Maternelle et Infantile
ECCD2	Etude sur les Causes et Circonstances des Décès infanto-juvéniles
ENPS	Enquête Nationale de Population et de Santé
EPC	Evaluation et Planification Communautaire
EPPS	Enquête de Panel sur la Population et la Santé
EU	Etats Unis
FMC	Formation Médicale Continue
FPLM	Family Planning Logistics Management
FPMD	Family Planning Management Development
FTAG	Formation en Techniques d'Animation de Groupe
IEC	Information, Éducation, et Communication
IFCS	Institut de formation en Carrières de Santé
IIV	Initiative pour l'Indépendance Vaccinale
INAS	Institut National d'Administration Sanitaire
JHPIEGO	Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health Gynecology and Obstetrics
JHU/CCP	John Hopkins University/Center for Communication Programs
JSI	John Snow Inc.
MGP	Médecins Généralistes Privés
MLD	Méthode de Longue Durée
MOST	Micronutrient Operational Strategies and Technologies
MS	Ministère de la Santé
MSH	Management Sciences for Health
MSR	Maternité Sans Risque
NTF	New Transcentury Foundation
OMNI	Opportunities for Micronutrient Interventions
ONDE	Observatoire National des Doits de l'Enfant
ONG	Organisation non Gouvernementale

PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PF/SMI	Planification Familiale et de Santé Maternelle et Infantile
PHR	Partnerships for Health Reform (Projet 936-5974)
PMMS	Programme Marocain de Marketing Social
PNAQ	Programme National d'Assurance Qualité
PNI	Programme National d'Immunisation
RH	Reproduction Humaine
RI	Résultat Intermédiaire
SEGMA	Service d'Etat Géré de Manière Autonome
SEIS	Service des Etudes et d'Information Sanitaire
SIGL	Système d'Information en Gestion Logistique
SMI/PF	Santé Maternelle et Infantile et Planification Familiale
SMSM	Société Marocaine des Sciences Médicales
SONU	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
UGP	Unité de Gestion du Projet
URC	University Research Corporation
USAID	United States Agency for International Development

Introduction

Le Projet PF/SMI Phase V – Dernière Phase de l'Assistance Bilatérale de l'USAID

Le Projet marocain de Planification Familiale et de Santé Maternelle et Infantile (PF/SMI) Phase V constituait la dernière phase de l'assistance bilatérale entre l'USAID et le Ministère de la Santé, laquelle a débuté en 1970. Cette relation a permis d'engendrer des réalisations impressionnantes dans le cadre des programmes SMI/PF. L'indice synthétique de fécondité a diminué, passant de 5,9 en 1979 à 3,1 en 1997. Entre 1979 et 1997, le taux de prévalence contraceptive a augmenté, passant de 19 à 59%. Pendant la même période, la mortalité infantile a diminué de 138 à moins de 50 (entre 37 et 50) en 1997. Le taux des accouchements assistés a augmenté de 26 % en 1987 à 46 % en 1997. La couverture d'enfants complètement vaccinés était de 87% et l'utilisation des sels de réhydratation orale a doublé, passant de 14 % en 1992 à 29 % en 1997. Les gains substantiels enregistrés durant cette période ont, de toute évidence, contribué largement au bien-être de la population marocaine.

La conception du Projet Phase V intervenait donc à un stade avancé du développement du système de santé publique marocain, qui permettait une orientation du projet vers la mise en place de systèmes durables et équitables, et ainsi de propulser le pays vers un avenir stable et sain économiquement et socialement.

Le Ministère de la Santé (MS) et l'USAID étaient tout à fait conscients que cette cinquième phase de l'assistance bilatérale de l'USAID était la dernière, et que la réussite des réalisations de la Phase V conditionnerait la nature de l'assistance non bilatérale de l'USAID dans le secteur de la population/santé au-delà de l'an 2000. C'est ainsi que, après le démarrage du projet en juin 1994, la Mission de USAID, en collaboration avec le MS, a préparé dès 1995 un Plan de Transition pour s'assurer que le projet Phase V puisse contribuer au maximum à la pérennisation des services de santé de la mère et de l'enfant et de la planification familiale (SMI/PF). Le Plan de Transition a fourni le cadre stratégique de la mise en oeuvre du plan d'action à partir de 1997. Sans changer l'Objectif Stratégique ni le cadre de résultats en santé de l'USAID, il a changé l'orientation des activités du Projet de l'approche classique de prestation des services SMI/PF vers une attention ciblée sur ces aspects d'accès aux services qui étaient critiques pour la durabilité du système.

But, Objectifs et Résultats du Projet PF/SMI Phase V

Dès le départ et tout au long de la mise en oeuvre du Projet PF/SMI Phase V, le but du projet était d'améliorer la santé des enfants de moins de cinq ans et des femmes en âge de procréer. Les objectifs du Projet étaient fixés de manière à ce que les deux résultats suivants soient réalisés:

- (1) Utilisation accrue de services de SMI/PF de qualité, et
- (2) Durabilité des services de SMI/PF.

Basé sur le Plan de Transition de 1996, quatre résultats intermédiaires (RI) ont été définis afin d'aboutir à ces deux réalisations. Le premier résultat intermédiaire visait surtout l'utilisation accrue des services SMI/PF. Les trois autres résultats intermédiaires visaient en premier lieu la durabilité des services SMI/PF.

- RI 1: Accès plus facile à des services de SMI/PF de qualité et répondant à la demande;
- RI 2: Meilleur environnement institutionnel favorable à l'extension des services SMI/PF;
- RI 3: Capacités renforcées de gestion des services SMI/PF de façon décentralisée et répondant à la demande;
- RI 4: Diversification des ressources assurant les services SMI/PF.

Les indicateurs du Projet PF/SMI Phase V

Comme indiqué dans le contrat entre l'USAID et JSI, il était prévu de mesurer les résultats du Projet à travers deux indicateurs d'impact et par une série d'indicateurs de performance pour chacun des résultats intermédiaires. L'évolution de ces indicateurs durant le projet sera discutée d'une façon détaillée dans la partie technique du rapport et dans l'annexe 1, qui inclut une discussion sur la qualité des données utilisées pour calculer les indicateurs.

Indicateurs d'impact

- L'indice synthétique de fertilité atteint 3.0 à la fin de 1999.
- Le taux de mortalité infantile atteint 52 à la fin de 1999.

Résultat Intermédiaire 1

- Un plus grand nombre de femmes utilisent des méthodes contraceptives efficaces de leur propre choix comme documenté par une augmentation du taux de prévalence contraceptive (TPC) de 35% en 1992 à 48% à la fin de 1999.
- Une augmentation du % de Couples-Années Protégés (CYP) par les méthodes de longue durée (ligature tubaire, DIU, Injectables) de 28% en 1992 à 45% en 1999.
- Une augmentation du % de femmes avec complications obstétricales correctement traitées (besoins obstétricaux satisfaits) dans les zones pilotes de 43% en 1997 à 61% en 1999.
- Une augmentation du % d'enfants malades correctement traités dans les formations sanitaires des zones pilotes de 47% à 70% en 1999.

Résultat Intermédiaire 2

- Une augmentation du % des coûts récurrents relatif au programme bilatéral MS/USAID financé par le Gouvernement (y inclus les coûts des contraceptifs pris en charge par le MS) de 72% en 1997 à 83% en 1999.
- Un environnement institutionnel favorable à l'expansion rapide des services SMI/PF prouvé par un support de haut niveau, des mesures et régulations appropriées et un support budgétaire du gouvernement pour les services de SMI/PF.

Résultat Intermédiaire 3

- Une augmentation du % des provinces qui rapportent la disponibilité d'un stock de trois mois de contraceptifs chaque mois de l'année.
- Evidence documentée pour chaque région pilote d'au moins trois actions programmatiques en SMI/PF basées sur l'analyse des données SMI/PF.

Résultat Intermédiaire 4

- Une augmentation du % de CYP par le secteur privé par rapport au total des secteurs public et privé de 32,3% en 1997 à 44% en 1999.
- Un nombre augmenté de médecins généralistes privés (MGP) qui fournissent des prestations en PF selon les standards du MS.

Les Contractants Institutionnels et les Agences Coopératrices du Projet

Avec l'accord du Ministère de la Santé, l'USAID a attribué la mise en oeuvre du projet PF/SMI Phase V à John Snow Inc. (JSI) et ses sous-contractants, John Hopkins University/Center for Communication Programs (JHU/CCP), University Research Corporation (URC), New Transcentury Foundation (NTF), et Alternative Consultants (ALCO).

Outre sa responsabilité importante de Contractant Institutionnel, JSI a été également responsable de coordonner les efforts des agences coopératrices (AC) au sein du Projet, dont les principales étaient BASICS, EVALUATION (et plus tard MEASURE), INTRAH, JHPIEGO, Macro, MSH, OMNI (et plus tard MOST), PHR, POLICY, SOMARC (et plus tard CMS), et Tulane University. Les domaines de responsabilité du Contractant Institutionnel, des sous-contractants, et ceux des autres agences coopératrices sont explicités plus loin dans le tableau 1.

Structure et contenu du Rapport Final du Projet PF/SMI Phase V

L'objet du rapport final est de fournir une synthèse des activités et des résultats du Projet PF/SMI Phase V au Maroc et d'analyser ces résultats par rapports aux objectifs visés et des ressources utilisées. Le rapport traite des réalisations effectuées pendant l'ensemble de la période du projet, c'est-à-dire de juin 1994 jusqu'en septembre 2000 par le MS, JSI et ses sous-contractants, et par les autres agences coopératrices.

Le rapport traite d'abord des aspects techniques du projet. Il suit la structure du projet tel que définie dans "Les priorités de mise en oeuvre du plan de transition de USAID/Maroc" en regroupant les objectifs et les réalisations selon les composantes techniques qui s'inscrivent dans les quatre résultats intermédiaires (voir tableau 1). Au cours du projet, le regroupement d'activités par composante et par résultat intermédiaire a été modifié quelques fois. Ainsi le tableau 1 reflète le groupement des activités tel qu'il existait pendant les dernières années du projet. Par exemple, le financement des contraceptifs qui au départ faisait partie du RI 4 a été traité sous le RI 2. Aussi, sous la composante de renforcement de la capacité

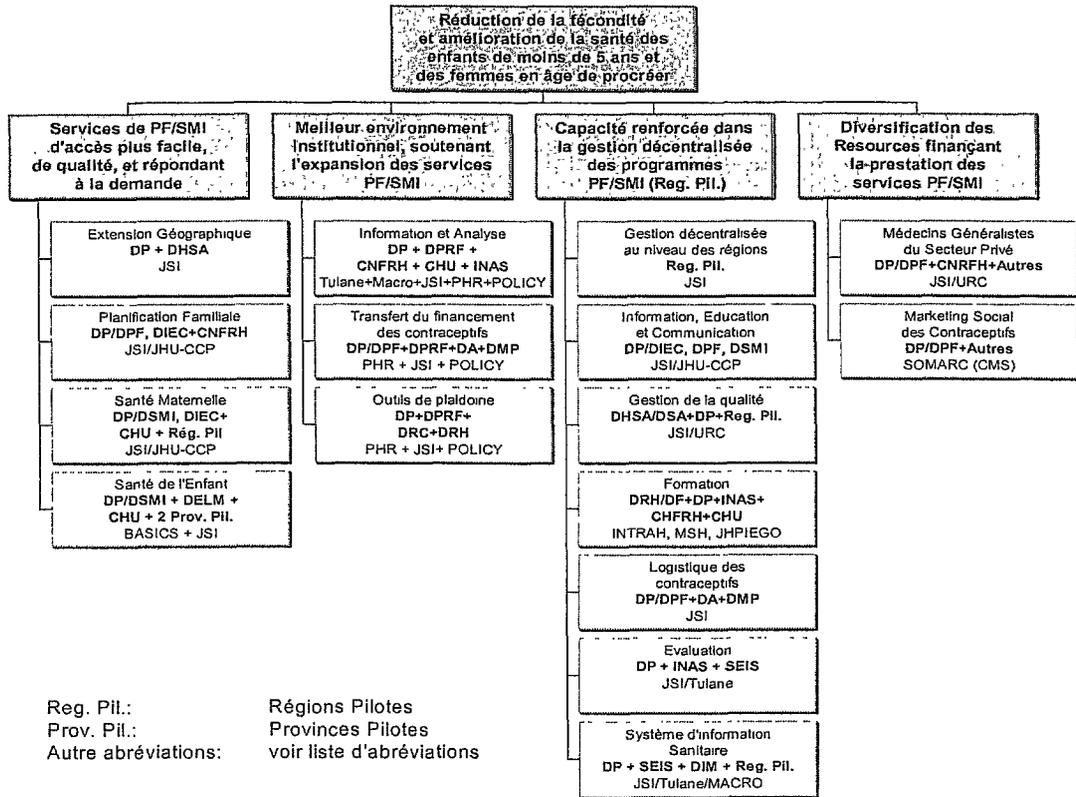
d'évaluation, seulement les activités de renforcement de la capacité de recherche ont été traitées. Les activités visant une meilleure utilisation des données SMI/PF, qui au départ étaient aussi gérées par l'Université de Tulane, ont été traitées sous la composante du système d'information et de gestion. Les résultats, pour chaque composante, sont commentés et analysés afin de déterminer dans quelle mesure les objectifs du projet ont été réalisés, en tenant compte des opportunités et des contraintes contextuelles.

La deuxième partie du rapport traite de la gestion du projet. Elle comporte des sections sur la planification, le suivi et l'évaluation du projet, sur le personnel d'assistance technique, sur l'état financier, sur les achats effectués, et sur la formation et les voyages d'études. Pour un aperçu plus détaillé de ces rubriques, nous renvoyons le lecteur aux annexes pertinentes.

Finalement, dans la conclusion, nous discutons la contribution du projet PF/SMI Phase V à l'utilisation accrue et à la pérennisation des services SMI/PF et nous suggérons des axes stratégiques pour continuer le travail entamé.

Afin de maintenir la longueur de ce rapport dans des limites raisonnables, le lecteur est référé pour plus de détails aux rapports annuels du projet et à d'autres documents complémentaires dont une liste est fournie en annexe 2.

Tableau 1: Structure du Projet et Responsables d'Exécution



Les Résultats du Projet PF/SMI Phase V

Résultat Intermédiaire I: Services de SMI/PF d'Accès plus Facile, de Qualité, et Répondant à la Demande

Depuis le début des années 70, USAID, tout en étant le bailleur de fonds le plus important en planification familiale, avait contribué largement aux résultats importants réalisés par les programmes SMI/PF du Ministère de la Santé (MS). Le Projet Phase V, à travers le résultat intermédiaire I (RI 1), a continué à contribuer à l'extension des services SMI/PF et à l'amélioration de leur qualité. Historiquement, l'assistance de l'USAID avait ciblé en priorité les services de planification familiale et plus tard, aussi sur la santé de l'enfant. Le Projet PF/SMI Phase V inclurait un support aux services de santé de la mère. Ainsi, le RI 1 avait trois objectifs:

- (1) Assurer l'accès plus facile aux services de SMI/PF aux populations difficiles à atteindre et augmenter le paquet de services offerts;
- (2) Améliorer la qualité des services de SMI/PF par des techniques d'assurance qualité et par une prestation et une supervision plus intégrée.
- (3) Etendre et augmenter la qualité des activités d'information, éducation, et communication (IEC) en support des services SMI/PF.

Pendant les deux premières années du projet, une grande partie des efforts de l'équipe du projet se sont concentrés sur l'extension des services SMI/PF vers les populations géographiquement isolées. Ces activités sont décrites et commentées dans un premier chapitre.

Le Plan de Transition de l'USAID, développé en 1996, a facilité à mieux cibler les interventions dans chacun des trois programmes SMI/PF. Ainsi, à partir de 1997, les interventions prioritaires de l'assistance technique étaient: (1) les méthodes de planification familiale à long terme; (2) la santé de la mère, et, en particulier, les soins obstétricaux d'urgence dans la région du centre-nord; et (3) la santé de l'enfant, et notamment la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME).

A. Extension géographique des services SMI/PF

Une des stratégies prioritaires du MS depuis les années 80 était l'extension de la couverture de services SMI/PF vers les populations vivant au-delà des aires géographiques de responsabilité des formations sanitaires fixes. En effet, bien que l'Enquête Panel sur la Population et la Santé (EPPS, 1995) ait montré que plus de 90% des ménages vivaient à moins de 30 km d'une formation sanitaire, la littérature internationale a montré que l'utilisation de services fixes par la population diminue sensiblement au-delà de 10km pour les services curatifs et au-delà de 5km pour les services préventifs. Aussi, les constatations de l'EPPS de 1995 quant aux prestations SMI/PF par stratégie itinérante et mobile étaient inquiétantes. De 20% en 1987, les visites à domicile, lancées par le programme VDMS, avaient chuté à 8% en 1992 et à 5% en 1995. La part des équipes mobiles s'était réduite aussi de 4% en 1992 à moins de 1% en 1995.

Réalisations

Le MS avait réagi en effectuant un nouvel investissement par la construction de 157 nouveaux centres de santé, et par le recrutement de 400 médecins et 800 infirmiers/infirmières pour servir en milieu rural. Le Projet PF/SMI Phase V s'est joint à cet effort par une série d'activités qui ont été mises en oeuvre dans les premières années du projet visant le renforcement du réseau de soins de santé de base et plus particulièrement des équipes mobiles. Les principales réalisations se résument ainsi:

- Achat d'équipement médical et audiovisuel pour les 157 nouveaux centres de santé ruraux, pour 8 centres de référence et 19 autres structures de prestation de services;
- Renforcement du Parc Auto du MS par l'achat de 180 véhicules pick-up Chevrolet pour transporter les équipes mobiles, d'un lot important de pièces de rechange pour ces véhicules, de deux camions pour le transport des contraceptifs, de deux Jeeps Cherokee et de pièces de rechange pour les 44 Jeeps Cherokee qui avaient été achetés au cours des projets précédents;
- Assistance à la Division du Parc Auto et aux centres périphériques de maintenance des véhicules par l'établissement d'une base de données pour le suivi de la maintenance et par la formation de 180 chauffeurs et 104 mécaniciens à l'utilisation et la maintenance des 180 véhicules pick-up.
- Formation d'environ 3000 prestataires membres des nouvelles équipes mobiles à travers une formation en cascade en connexion avec la Division de la Formation/Service de Formation Continue; un manuel de gestion des équipes mobiles a été développé et testé, qui était prêt pour impression et diffusion à la fin du Projet.
- Achat de 180 kits d'équipement médical et de matériel de camping destinés aux équipes mobiles.

Leçons apprises et perspectives d'avenir

L'intervention du projet dans l'extension géographique des services SMI/PF a été un investissement très important qui a consommé presque 20% de l'enveloppe financière totale du projet (près de \$ 8 millions de dollars). Elle pose le dilemme universel du coût-efficacité de la couverture de populations géographiquement isolées et des zones à faible densité de population dans un pays comme le Maroc. Même si une partie de l'investissement pour étendre la couverture a été assurée par un financement extérieur, les coûts récurrents pour maintenir un réseau de centres de santé et d'équipes mobiles dans ces zones sont extrêmement élevés et une charge très lourde pour le MS. En fait, la difficulté d'assurer un personnel stable dans les centres de santé éloignés et l'approvisionnement insuffisant en médicaments et autres fournitures dans ces centres sont les causes principales de la faible fréquentation de ces centres par la population.

Les équipes mobiles semblent une alternative valable pour atteindre des populations isolées, mais le fonctionnement des équipes mobiles engendre un coût élevé en essence et maintenance des véhicules, et en frais de déplacement. A la fin du Projet PF/SMI Phase V, une évaluation du fonctionnement des équipes mobiles s'impose, pour documenter le nombre de prestations fournies et leurs coûts.

Finalement, afin de mieux répondre aux besoins des communautés locales et leurs priorités, une plus grande implication de la population sera nécessaire pour la prise de décision quant au mécanisme le plus approprié pour amener les soins près d'eux. Le nouveau projet pilote de décentralisation des soins de santé de base (PDS) donnera une opportunité pour tester

des modèles innovateurs de services SMI/PF destinés aux communautés éloignées. Par exemple, afin d'alléger la charge en frais récurrents des équipes mobiles, la population pourrait payer l'essence pour le déplacement de l'équipe mobile dans leur village.

B. Planification Familiale

Entre 1980 et 1995, la prévalence contraceptive au Maroc a connu une hausse spectaculaire augmenter d'environ 20% à 50% toute méthode confondue, ou de 16.4% à 42.5% pour les méthodes modernes. Malgré les efforts du MS depuis le début des années 90 pour offrir un choix de méthodes contraceptives aux utilisatrices, la prédominance de la pilule dans l'utilisation des méthodes persistait largement au début du projet. Ainsi, entre 1992 et 1995, le pourcentage d'utilisatrices du DIU n'avait que légèrement augmenté de 8 à 9, malgré la formation de plus de 1300 médecins et infirmiers en techniques d'insertion.

En même temps, le Projet PF/SMI Phase V, le dernier projet de l'accord bilatéral entre le MS et l'USAID, prévoyait un transfert progressif de l'USAID au MS de la charge du financement des contraceptifs de l'USAID vers le gouvernement marocain avant la fin du projet. Il fallait donc, en vue du retrait de la contribution de l'USAID pour l'achat des contraceptifs, développer des stratégies de pérennisation des résultats du programme PF. Le plan de transition proposait plusieurs mécanismes: (1) identifier et traiter les facteurs empêchant l'offre de services de PF de qualité; (2) promouvoir la décentralisation des structures des services de SMI/PF et de la prise de décision pour ces services, et (3) encourager une participation accrue du secteur privé à l'offre de tels services. Cette dernière stratégie sera traitée plus en détail sous le Résultat Intermédiaire IV.

Objectifs et indicateurs de performance

C'est ainsi que les activités de planification familiale (PF) du Projet PF/SMI visaient deux objectifs:

- (1) sauvegarder les acquis du programme de planification familiale par une gestion décentralisée de services de PF, et l'amélioration de la qualité des soins;
- (2) la promotion des méthodes de contraception de longue durée, c'est-à-dire, le DIU, la CCV, les injectables, et le Norplant.

Deux indicateurs de performance étaient proposés:

- Un plus grand nombre de femmes utilisent des méthodes contraceptives efficaces de leur propre choix comme documenté par une augmentation du taux de prévalence contraceptive (TPC) de 35% en 1992 à 48% à la fin de 1999.
- Une augmentation du % de Couples-Années Protégés (CYP) par les méthodes de longue durée (ligature tubaire, DIU, Injectables) de 28% en 1992 à 45% en 1999.

Réalisations

Dans les paragraphes qui suivent, nous donnerons une synthèse des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des activités en planification familiale entre 1994 et 2000. Cette mise en oeuvre était coordonnée par la Division de la Planification Familiale de la Direction de la Population. Les partenaires principaux étaient la Division IEC de la Direction de la Population, les facultés de médecine, et plus particulièrement le Centre National de Formation en Reproduction Humaine (CNFRH). L'équipe de JSI et plusieurs consultants expatriés et locaux ont fourni l'assistance technique et gestionnaire.

Nous débiterons cette section par un aperçu des interventions qui visaient un changement global dans la gestion des services de planification familiale. Ensuite nous présenterons le travail spécifique effectué par rapport à chacune des méthodes de contraception de longue durée.

Comme déjà souligné dans l'introduction de cette section, les stratégies de pérennisation des acquis du programme PF visaient la décentralisation de la gestion du programme et l'amélioration de la qualité des prestations.

Le Plan de Transition (1996) soulignait: « Le Gouvernement du Maroc et l'USAID/Maroc reconnaissent que l'amélioration du niveau de santé d'une population croissante, avec un soutien décroissant des donateurs et du budget gouvernemental, exigera un leadership décentralisé et une gestion saine des ressources du système ». Ainsi, à partir de 1998, avec l'appui financier et technique du projet, un mécanisme de gestion décentralisée des programmes SMI/PF a été testé dans cinq régions pilotes: Doukkala-Abda; Fès-Boulemane; Meknès-Tafilalet; Souss-Massa-Drâa; et Taza-Al Hoceima-Taounate.

Chacune des cinq régions pilotes avait préparé une analyse situationnelle des prestations de SMI/PF depuis 1992. Le constat général était que le programme de PF avait connu une stagnation, voire une baisse des prestations au cours des dernières années, plus particulièrement en ce qui concerne les méthodes de longue durée. Parmi plusieurs propositions de projet pour remédier à cette situation, deux projets de promotion des méthodes de longue durée ont été retenus pour financement par le projet. Le projet de la région de Taza-Al Hoceima-Taounate, qui visait plus particulièrement l'extension des injectables et tentait d'impliquer les ONG locales, a informé et sensibilisé 200 professionnels de santé et 300 personnes relais à l'utilisation des injectables. Le projet de Doukkala-Abda avait mis en oeuvre une série d'interventions jointes entre les deux provinces pour augmenter la part des méthodes de longue durée. Ainsi, entre 1998 et 1999, le pourcentage des MLD avait augmenté de 30.8% à 33.9% (voir aussi sous RI III. Gestion décentralisée au niveau de la région).

Le manque de qualité dans la prestation des services PF a été identifié comme un des obstacles principaux aussi bien à la pérennisation des acquis du programme PF qu'au changement de la structure contraceptive au Maroc. Dans cette optique, une série d'interventions a été entreprise, pour améliorer la qualité la prestation des services PF en général, et pour les méthodes de longue durée en particulier. Une première initiative a été le développement de standards des services PF.

La confection de ce document, avec l'aide de quatre consultants de l'Université de Rabat, a pris presque quatre ans, à partir de sa conception en 1996 jusque sa présentation officielle dans une réunion du Ministère de la Santé sur Le Pacte de Bonne Gestion, où étaient convoqués tous les directeurs et les délégués du MS. La longueur de ce processus s'explique par le fait que c'était une des premières initiatives de développement de normes nationales pour les services de santé au Maroc. Ainsi, la résolution des problèmes méthodologiques et la recherche d'un consensus global à travers l'échange de plusieurs drafts du document, ont nécessité un temps considérable. La prochaine étape sera la dissémination des standards parmi les gestionnaires, les prestataires, et les formateurs à tous les niveaux.

Une autre étape importante dans l'amélioration de la qualité des prestations en PF était la décision programmatique d'intégrer la supervision pour toutes les méthodes contraceptives. Ainsi une fiche de supervision intégrée a été développée à travers une collaboration entre les responsables de la DPF/DP et certains responsables provinciaux. Elle tient compte des standards de PF qui seront dorénavant la référence unique en matière de gestion des services de PF au Maroc.

En septembre 1998, un atelier s'est tenu à Marrakech sur les stratégies de consolidation des programmes de santé reproductive (SR) en général et du programme PF spécifiquement. Cet important évènement a réuni les principaux décideurs et planificateurs des secteurs public et privé. Les thèmes traités étaient:

- Le financement des contraceptifs
- La prise en charge des besoins non satisfaits
- Le changement de la structure des méthodes contraceptives
- La répartition des prestations de services par secteur

Les recommandations en matière de financement des contraceptifs sont rapportées sous le RI 2. dans la section Transfert du financement des contraceptifs. Les recommandations programmatiques étaient les suivantes:

- Cibler les actions et les ressources publiques sur les couples dont le besoin est non satisfait;
- Offrir des services et des réponses aux demandes en matière de SR des adolescents, des femmes non mariées, et des hommes;
- Planifier, programmer, et gérer les programmes au niveau décentralisé dans le cadre de la régionalisation;
- Promouvoir les prestations en matière de SR et de PF auprès des prestataires privés (voir aussi sous l'introduction du RI IV.)

Suite à cet atelier, plusieurs réunions ont été organisées au niveau de la Direction de la Population, pour discuter des stratégies de mise en oeuvre de ces recommandations.

Dynamisation du DIU

L'évaluation qualitative des prestations DIU réalisée par Dr N.Hajji en 1996 avait montré que la sous-utilisation du DIU s'expliquait en grande partie par le manque d'information et d'explication par les prestataires concernant la méthode utilisée. Les efforts initiaux se sont donc concentrés sur la formation en counseling des professionnels de santé. 700 prestataires de service de santé pratiquant la pose du DIU ont été formés en 1996 sur les techniques de counseling afin de mieux faire accepter cette méthode contraceptive et en promouvoir l'usage.

Par la suite, entre 1997 et 1999, une série de formations décentralisées en techniques d'insertion du dispositif intra-utérin par les encadrants de neuf centres régionaux ont permis de former 841 nouveaux prestataires en matière de pose du DIU. Ces formations utilisent comme support pédagogique un module de techniques contraceptives et de counseling produit et finalisé par le MS.

Afin de renforcer le plateau technique déjà existant, 650 formations sanitaires ont été dotées d'équipement de base et 1200 kits DIU ont été achetés et livrés au niveau des cellules de PF des formations sanitaires en 1998-1999. 1500 cartes éclairs supplémentaires faisant partie du contenu de la trousse de démonstration ont été produites.

Toujours dans le cadre de l'amélioration de la qualité de service, une fiche plastifiée et une affiche murale sur la prévention des infections ont été développées, imprimées, et diffusées en 5000 exemplaires.

Afin d'évaluer l'impact de la formation au niveau de la prestation des services, le pourcentage de retraits précoces (moins de six mois) avait été sélectionné comme indicateur de qualité de la prestation DIU. A cette fin un protocole d'évaluation du retrait précoce du DIU a été élaboré. L'enquête a été effectuée en août 1999 sur un échantillon représentatif des cinq régions pilotes. Ainsi parmi 854 insertions effectuées en 1997 et 1998 choisies au hasard, 144 cas de retrait (17%) ont été enregistrés dont 64 cas de retraits précoces (7,5%). Ceci est largement inférieur aux 15% visé comme indicateur d'achèvement.

Extension des injectables

Les injectables comme méthode contraceptive hormonale de longue durée représentent une alternative valable par rapport aux autres méthodes contraceptives hormonales, particulièrement sur le plan coût/durée d'utilisation et facilité d'utilisation. Cette méthode a été introduite au Maroc en 1994 pour répondre à un besoin identifié en matière de contraception hormonale de longue durée. Après une phase pilote dans 10 centres qui a duré jusque juillet 1996, la méthode a été lancée dans 12 provinces du Royaume. Au cours de l'année 1997, son utilisation a été généralisée aux autres provinces à travers un plan d'action pré-établi.

En mai 1998, trois réunions d'évaluation ont eu lieu durant lesquelles des représentants de toutes les provinces ont débattu la situation de mise en oeuvre du plan d'action. Le constat général était que le nombre de sites offrant les injectables restait très insuffisant dans certaines régions. Aussi, les données n'étaient pas disponibles selon un format standard permettant des études comparatives entre provinces et régions. Par exemple, il n'y avait pas de définition standard d'un cas d'abandon. Plusieurs actions ont été programmées au cours de cette réunion:

- Elaboration d'une grille standard de recueil en définissant le taux de recrutement, le taux de continuité et le taux d'abandon;
- La promotion et l'extension des injectables aux autres formations sanitaires selon un plan d'action régional qui tient compte de la demande, l'accessibilité et la faisabilité de cette extension;
- La nécessité de la coordination inter-provinciale pour la prise en charge de la population nomade et une réflexion à propos d'une stratégie adaptée aux nomades;
- Le renforcement du counseling et de la gestion des effets secondaires.

A partir de ces recommandations, un algorithme standardisé de prise en charge des effets secondaires des injectables a été préparé et diffusé aux différentes provinces. 1800 personnes ont été formées en matière de prescription et gestion des effets secondaires des injectables. Un module sur l'utilisation des injectables a été élaboré par la DPF avec l'assistance de JSI et utilisé au cours des formations provinciales.

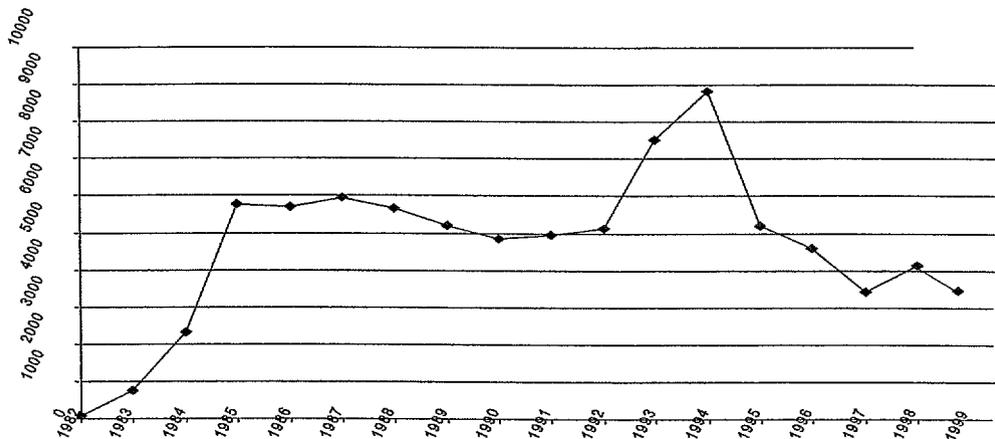
Bien que la part des injectables dans les prestations PF toutes méthodes confondues, a augmenté de 4.5% en 1998 à 5.4%, cette augmentation est largement en dessous des attentes. En ce qui concerne la qualité de la prestation des injectables, une enquête a été effectuée auprès d'un échantillon représentatif de clientes dans les cinq régions pilotes pour mesurer le taux d'abandon pour la 3ème injection. Sur 469 clientes qui ont reçu leur première injection avant le 21 novembre 1998, 159 se sont présentées pour la 3ème injection soit 36%. Ceci représente un taux d'abandon de 64%, sensiblement plus haut que les 50% visé comme indicateur d'achèvement. Une enquête qualitative auprès de la population du Souss- Massa-Drâa a permis de dégager qu'une des principales causes de la sous utilisation des injectables est le problème de la prise en charge des effets secondaires,

notamment l'aménorrhée et les métrorragies. D'autres facteurs sont le manque d'information et l'influence de l'entourage des femmes. Bien que ces résultats n'étaient pas représentatifs, il y a des raisons de croire que la situation n'est pas tellement différente dans d'autres régions.

Dynamisation de la CCV

La contraception chirurgicale volontaire (CCV), qui avait été introduite comme méthode contraceptive en 1982 a graduellement connu une augmentation du nombre de prestations, culminant, comme le montre le graphique 1, en 1994 avec un pic de près de 9000 interventions, grâce à une campagne bien préparée et médiatisée. Après 1994, les prestations ont connu une chute manifeste pendant les 3 années suivantes, pour se stabiliser autour de 4000 interventions par an depuis 1997.

Graphique n° 1: Evolution annuelle des performances CCV de 1982 à 1999



(Source des données: Division de la PF)

Cette diminution des performances n'allait pas en parallèle avec les investissements réalisés aussi bien en matière d'équipement (à savoir l'ouverture de nouvelles unités CCV et le renouvellement des équipements) qu'en formation des prestataires et techniciens pour assurer la maintenance du matériel.

Ainsi, au début du projet, en 1996, 5 séances de formation en laparoscopie ont été organisées par le CNFRH, 20 techniciens ont suivi une formation sur la maintenance des équipements de laparoscopie et 5 nouveaux sites CCV ont été opérationnalisés. Plus tard, en 1997 et 1998, le CNFRH a organisé des sessions de formation en techniques de CCV au profit de 24 médecins, 25 infirmiers du bloc opératoire, et 15 anesthésistes, et six nouveaux sites CCV se sont ouverts dans des provinces rurales.

La DPF/DP en collaboration avec le CNFRH et l'équipe JSI, ont exploré les raisons de cette baisse importante de prestations CCV. Une équipe du Centre National de Formation en Reproduction Humaine (CNFRH) a effectué fin 1997 une vingtaine de visites-enquêtes dans un échantillon de sites CCV. Les résultats de cette étude, qui ont été présentés lors d'une réunion en mars 1998, montraient qu'il y avait au moins quatre facteurs décisifs responsables de la chute des performances en matière de CCV: (1) le manque de communication entre les centres périphériques et l'unité CCV; (2) l'instabilité des gynécologues formés en techniques de laparoscopie, dont plusieurs étaient partis vers le secteur privé; (3) le manque de fongibles; et (4) les problèmes de maintenance du matériel. Plusieurs décisions ont été retenues suite à la réunion: (1) mettre en place une fiche de

recueil de données relatives au fonctionnement et à l'organisation des services CCV; (2) organiser des réunions au niveau des régions pour étudier des solutions spécifiques en fonction des problèmes identifiés, (2) organiser une réunion sur la maintenance du matériel CCV. Cette dernière réunion a eu lieu peu après, et un nouveau schéma décentralisé de maintenance a été mis en place, où chaque unité CCV serait servie par un centre de maintenance basé sur un découpage administratif.

Quant aux autres problèmes, il avait été décidé de laisser l'initiative d'organiser des réunions CCV aux régions même. Malheureusement, pour plusieurs raisons, peu d'activités de suivi ont été entreprises au niveau régional. Comme mentionné ci-dessus, deux régions pilotes avaient décidé de concentrer leurs actions sur l'amélioration des activités PF et plus spécifiquement la CCV. Ainsi, la région de Doukkala-Abda a envoyé deux gynécologues au CNFRH pour une formation en techniques de CCV prévue. Le projet régional de Taza-Al Hoceïma-Taounate a entrepris un certain nombre d'actions, dans une perspective d'améliorer la relation entre les structures périphériques responsables du recrutement et l'unité centrale de CCV.

Spécialement à Doukkala-Abda, le pourcentage des prestations CCV a presque doublé de 2.9% en 1998 à 5.6% en 1999. Mais pour l'ensemble du pays, les prestations CCV sont encore descendues à 3596 en 1999 (données provisoires du système SSMIPF).

Evaluation Norplant

Le Norplant a été introduit au Maroc fin 1992 par étapes, une première phase sous forme d'étude de faisabilité dans six centres (Rabat/CNFRH, Rabat/Maternité Souissi, Marrakech, Agadir, Casa Anfa, et Casa Ain Sebaâ), ensuite en deuxième phase par une extension à 12 centres supplémentaires. Une étude longitudinale d'évaluation dans ces 18 centres avait été organisée sur 4773 acceptantes mises sur observation pour une durée de deux ans. Un consultant avait été engagé en 1997 pour analyser les données et pour produire un rapport.

Le rapport de cette étude d'évaluation des performances du Programme Norplant a été remis avec un retard considérable aux responsables de la DPF/DP pour lecture en Août 98. Il a été présenté lors d'une réunion regroupant tous les intervenants en novembre de la même année. Nous citons ici quelques résultats de l'étude, tout en référant le lecteur au rapport de l'étude pour plus de détails:

- Le taux de continuité de la méthode était assez élevé: 93,4% à 12 mois après l'insertion, 80,1% après 24 mois, et 69,4% après 36 mois d'utilisation.
- Le nombre total de retraits était de 931 soit 19,5% du total des insertions.
- La durée moyenne d'utilisation était de 22,2 mois.
- L'efficacité est élevée: 11 grossesses sur 4773 insertions, donc un pourcentage brut de 0,2%.
- Le coût de la méthode en se basant sur la durée moyenne d'utilisation est élevé: 45Dh par mois d'utilisation.
- La nécessité d'actes chirurgicaux pour l'insertion et le retrait, la formation clinique en conséquence, et l'instabilité du personnel formé en font une méthode difficile à gérer.

Malgré les limites méthodologiques de l'étude, ces résultats étaient jugés suffisamment fiables pour prendre des décisions programmatiques. Ainsi, il a été décidé dans une réunion restreinte au niveau de la Division de PF regroupant des responsables de la Division, des représentants de l'USAID, et des représentants de JSI de ne pas poursuivre le programme

Norplant au niveau national au même titre que les autres méthodes contraceptives et d'explorer l'introduction de cette méthode contraceptive dans le secteur privé en impliquant un certain nombre de firmes pharmaceutiques au Maroc.

Redynamisation des centres de référence

Dans le cadre de la redynamisation des 35 Centres de Référence en Planification Familiale (CRPF), un nouvel effort a été entrepris dans le but d'améliorer l'utilisation de ces centres. 16 CRPF de profil différents (centres universitaires comme soutien, centres régionaux, centres provinciaux) ont été sélectionnés. Les activités financées par le projet ont été: (1) recyclage de formation en counseling de 4 personnes par centre, (2) le suivi par des visites sur le terrain de 2 cadres du MS et (3) l'achat d'équipement audio-visuel et technique (livré en 1998) pour mettre à niveau les centres de référence.

Une réunion de consensus sur les fonctions des centres de référence et les actions de redynamisation a été tenue le 17 mars 1998. Des représentants de 17 provinces y ont participé. La première fonction identifiée était celle d'accueillir les clients PF référés par les autres formations sanitaires. L'opérationnalisation de cette fonction devrait se faire en étroite collaboration entre le SIAAP, l'hôpital, et le centre de référence et en tenant compte du contexte local de chaque région. Ainsi, afin de redynamiser et d'améliorer l'utilisation des centres de référence, les participants ont élaboré un plan d'action régional propre à chaque région y compris un échéancier pour la mise en oeuvre et l'évaluation des actions proposées. La deuxième fonction identifiée était celle de centre de formation continue. En collaboration avec les IFCS, le CRPF pourraient recevoir des stagiaires en provenance des centres de santé et des dispensaires.

La communication dans le programme de PF

Le soutien IEC en matière de planification familiale durant le projet phase V s'est axé sur la consolidation et le renforcement des liens avec les média à travers l'organisation de journées d'information, d'ateliers; la production de supports audiovisuels; et la collaboration entre le MS et Ministère de la Culture et la Communication.

En 1996, le personnel de la Division PF a collaboré avec les professionnels de la Radio Télévision marocaine (RTM) pour la production d'un film documentaire sur le programme national de planification familiale. Cette production a été utilisée dans les différentes rencontres nationales et internationales permettant ainsi de mieux faire connaître le programme marocain de PF.

Conscient de l'importance de la communication entre le personnel de santé et la population, le personnel de la division de PF en collaboration avec celui de DIEC ont déployé des efforts pour améliorer la capacité de counseling des prestataires. Trois supports IEC ont été développés: (1) une trousse PF; (2) un guide de counseling PF; et (3) une vidéo de formation en counseling. La trousse PF, sous forme de petite valise (facile à emporter par les itinérants), se constituait d'un échantillon des méthodes contraceptives existantes et d'un ensemble de fiches-éclair sur chacune de ces méthodes. Cette trousse a été un grand support pour les professionnels de santé dans leur travail de counseling pour le choix d'une méthode contraceptive. Le nouveau guide de counseling en PF a été élaboré et imprimé en 500 exemplaires. Ce guide a été distribué à tous les formateurs régionaux dans les centres de formation en PF pour leur servir de guide didactique. Finalement, une vidéo de formation en counseling, *Sahal Mahal*, présentait les principes simples d'une bonne communication pour aider les femmes et leurs conjoints dans le choix d'une méthode de PF. Des copies de la vidéo ainsi que des exemplaires de la trousse PF ont été distribués à toutes les cellules PF du pays. Ces productions ont été aussi utilisées dans plusieurs formations aussi bien dans le secteur public que le secteur privé.

En mai 1997, l'ébauche d'une stratégie de communication pour la promotion des méthodes contraceptives de longue durée a été développée. La version finale du document de la stratégie n'a jamais été produite. Cependant, les orientations principales de cette stratégie ont été utilisées pour la planification des activités IEC/PF. Ces orientations visaient principalement l'implication plus active de l'homme dans la PF et l'encouragement de la discussion au sein du couple dans le choix d'une méthode contraceptive.

Ainsi, le calendrier de l'année 1998 a été illustré par des photos d'hommes de différents âges et de diverses catégories sociales et celui de 1999 par des photos de couples. Une délégation marocaine a participé à la conférence sur la Participation des hommes à la santé reproductive dans les pays francophones tenue à Ouagadougou du 30 mars au 4 avril 1997. La présentation marocaine a fait ressortir l'insuffisance des données sur les connaissances et les attitudes des hommes en matière de PF.

Pour remédier en partie à ce manque d'information, 24 focus groups ont été menés parmi les hommes mariés et célibataires dans 3 régions sélectionnées selon leur prévalence contraceptive (haute, moyenne et faible) à partir des résultats de l'enquête PAPCHILD. L'objectif principal était de cerner les perceptions et les attitudes prévalentes parmi la population masculine autour de la PF.

Du rapport final soumis par le consultant national qui a mené cette enquête, il ressort que les notions liées à la planification familiale et à l'espacement des naissances ont bien circulé dans les différentes strates de la société marocaine. «Santé», «qualité de vie» et «ordre» sont les dimensions majeures que les hommes ont à l'esprit en évoquant la PF. La vision la plus précise et la plus globale se retrouve incontestablement chez les jeunes célibataires. Concernant l'IEC, les hommes pensent que le système et ses partenaires ont pris l'option de «privilégier la femme» et de «s'adresser exclusivement à elle». Les résultats de cette enquête sur les hommes et la PF ont constitué des données pour enrichir les scénarios des productions audiovisuelles soutenues par le projet: le film *Oulad Lghial* et le feuilleton radio sur la PF.

En 1999, un film vidéo sur la planification familiale a été produit par la DIEC en collaboration avec la DPF et réalisée par M. Bennani. Le titre de ce film *Oulad Lghial* fait allusion à la connotation négative des rapprochements des naissances. Interprété par des acteurs marocains de renom, ce film traite de l'implication de l'homme et de la discussion au sein du couple de choix stratégique d'une méthode contraceptive. Le lancement de ce film a eu lieu à la salle de cinéma 7ème art en présence de Messieurs le ministre de la santé, l'ambassadeur américain, et de plusieurs personnalités. Le film a été ensuite distribué dans toutes provinces du Maroc. Il a aussi été présenté dans plusieurs régions du pays à travers la caravane mobile ainsi que sur les autocars de la CTM. Pour une plus large diffusion, le film est passé sur la RTM le 11 juillet 2000 à l'occasion de la journée internationale de la population.

Les données des focus groups ont également été utilisées dans le développement du scénario des 15 épisodes d'une série radiophonique. Cette série est venue renforcer les messages du film PF autour de la prise de décision dans le couple, de l'implication positive de l'homme dans cette décision, et du choix d'une méthode non contraignante et appropriée pour un espacement de longue durée. Cette série radiophonique a été réalisée dans les locaux du studio de la DIEC avec la participation d'acteurs marocains connus et aimés par le public. Devant son utilité et son succès, la suite de cette série radiophonique continue avec le soutien du FNUAP et d'autres partenaires du secteur privé.

Dans le souci de faire connaître le programme national de planification familiale, un kit de dossiers et brochures sur ce programme a été produit à l'occasion de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue au Caire en 1994. La Santé Reproductive étant le concept retenu pour désigner la PF ainsi que les autres thèmes

prioritaires en matière de santé, le même kit a été imprimé une deuxième fois pour distribution à l'occasion du 27ème Congrès maghrébin tenu à Casablanca du 18 au 20 mai 1999, sous le thème «la santé reproductive et la PF dans les pays du Maghreb».

Commentaires

A la fin de cinq ans d'activités visant des services de planification familiale d'accès plus facile et répondant à la demande, un bilan des résultats s'impose basé sur les deux indicateurs de performance explicités au début de cette section: le taux de prévalence contraceptive (TPC), et le % de CYP par les méthodes de longue durée (MLD). Dans les paragraphes suivants nous discuterons brièvement ces résultats.

En ce qui concerne le TPC, l'étude PAPCHILD a montré que le TPC pour les méthodes modernes en 1997 était de 49%, donc dépassant l'objectif fixé pour 1999 de 48%. Il s'agit du résultat combiné des prestations des secteurs public et privé tel qu'obtenu directement des ménages interviewés.

Les données du tableau 2, en provenance des systèmes de recueil des données public et privé, nous montrent une légère progression du nombre de CYP durant les années du projet, mais qui est presque entièrement due aux progrès du secteur privé. En effet, la part de secteur privé dans le nombre total de CYP est monté de 27,9% en 1995 à 36,9% en 1999.

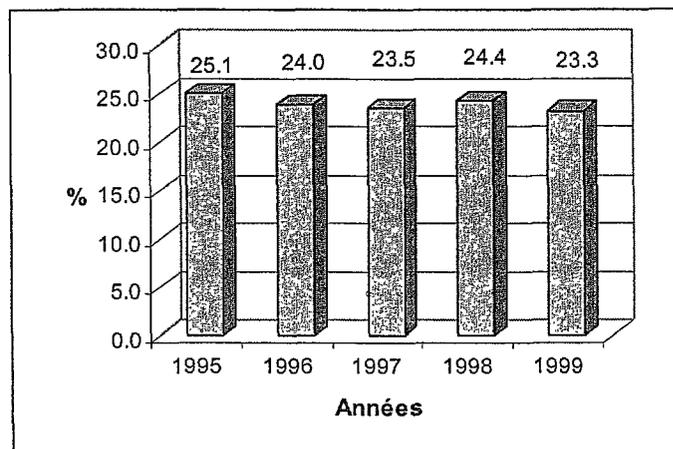
**Tableau 2: Evolution des CYP
1995 - 1999**

CYP		1995	1996	1997	1998	1999
Secteur privé	Nbre	351120	391064	425644	485539	541781
	%	27.9	30.6	32.3	33.5	36.9
Secteur public	Nbre	905935	888600	890497	964530	928313
	%	72.1	69.4	67.7	66.5	63.1
Total	Nbre	1257055	1279664	1316141	1450069	1470097
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Source: Secteur public—Système SMIPF, DPRF/SEIS, MS
Secteur privé—projet SOMARC/CMS et des chiffres de vente de l'industrie pharmaceutique.

Dans cette section, nous voudrions particulièrement évaluer les prestations du secteur public, en utilisant comme premier indicateur de performance le taux d'utilisation brut (TUB) du secteur public, ou le nombre de CYP par rapport aux femmes mariées en âge de reproduction qui fréquentent le secteur public. Le graphique 2 montre l'évolution du TUB entre 1995 et 1999. De 25,1 % en 1995, le TUB a baissé légèrement à 24,8% en 1998 et à 23.3% en 1999. L'objectif fixé de 28% dans le secteur public n'a donc pas été atteint. Il faut tenir compte que ces chiffres, et particulièrement celui de 1999, sont des sous-estimations de la situation réelle. La transition de l'ancien système de traitement des données vers le nouveau système SMIPF a causé des problèmes de récupération des données dans certaines provinces.

Graphique n° 2: Evolution du Taux d'Utilisation Brut (TUB) des méthodes contraceptives pour la période 1995 –1999



En ce qui concerne le deuxième indicateur de performance, le pourcentage d'utilisation des méthodes de longue durée par rapport au total des méthodes dans le secteur public, il a très peu changé au cours du projet. De 40,6% en 1995, il était descendu à 36,1% en 1997, et puis remonté à 38,4% en 1999, mais donc loin de l'objectif fixé de 48%. Le mix des méthodes a très peu changé. La pilule reste toujours la méthode la plus utilisée, et sa part dans l'ensemble des méthodes, qui était de 57,1% en 1995, était de 59,5% en 1999. Le DIU occupe la 2ème place avec 29,1% (32,8% en 1995). Les injectables ont enlevé la troisième place à la CCV. Bien que leur percée ait été relativement modeste, ils représentent maintenant 5,4% de l'ensemble des méthodes modernes utilisées (1,5% en 1995). La CCV, comme déjà expliqué ci-dessus, a chuté de 6,3% en 1995 à 3,9% en 1999.

Il est aussi intéressant de noter qu'il y a des différences importantes pour le pourcentage d'utilisation des MLD entre le milieu urbain et rural. L'enquête PAPCHILD de 1997 montrait que l'utilisation des MLD en milieu urbain représente presque le double de celle en milieu rural. Ceci montre encore une fois qu'il faudra des mécanismes innovateurs pour que des services de qualité puissent atteindre les populations géographiquement éloignées.

L'évolution du pourcentage d'utilisation des méthodes de longue durée au niveau des 5 régions pilotes ne fait pas exception à ces tendances comme illustré au niveau du tableau 3:

Tableau 3: Utilisation des MLD dans les 5 régions pilotes

Régions	% 1996	% 1997	% 1998	% 1999	% prévu 1999
Fès-Boulemane	45,8	46,7	48,6	44,7	50
Meknès-Tafilalet	31,8	25,6	28,5	30,6	34
Souss-Massa-Drâa	39,1	31,6	35,3	33,9	33
Taza-Al Hoceima-Taounate	36,8	30,5	35,2	32,7	34
Doukkala-Abda	36,9	29,5	30,7	34,3	28

Source: Système SMIPF - Rapports du Sous Système d'Information Sanitaire SMI/PF 1997-1999.

La chute initiale du pourcentage entre 1996 et 1997 dans quatre des cinq régions était due à la baisse de l'utilisation des DIU et/ou la CCV. Le gain au cours des années suivantes de

quelques points dans ces mêmes régions est presque entièrement expliqué par l'augmentation de l'utilisation des injectables.

En ce qui concerne la qualité des prestations PF, un effort particulier avait été entrepris durant le projet pour augmenter la qualité de la prestation DIU. Avec l'indicateur du % de retraits précoces choisi comme indicateur de qualité, une mini-enquête avait été effectuée en 1999 sur un échantillon représentatif des cinq régions pilotes. Ainsi parmi 854 insertions DIU effectuées en 1997 et 1998 choisies au hasard, 144 cas de retrait (17%) ont été enregistrés dont 64 cas de retraits précoces (7,5%). Ceci est largement inférieur aux 15% visé comme indicateur d'achèvement. Il semble donc que, au moins dans les régions pilotes, la qualité des prestations DIU s'est améliorée.

Pour la prestation des injectables, le taux d'abandon pour la 3ème injection a été choisi comme indicateur de qualité. Sur 469 clientes qui ont reçu leur première injection avant le 21 novembre 1998, 159 se sont présentées pour la 3ème injection soit 36%. Ceci représente un taux d'abandon de 64%, sensiblement plus haut que les 50% visé comme indicateur d'achèvement. D'autres études ont montré que les prestataires eux-mêmes sont souvent très mal informés sur les effets secondaires et le counseling en matière des injectables. Il est clair que ce manque de qualité dans la prestation des injectables explique en grande partie le manque de percée de cette méthode.

Finalement, il reste le problème de la CCV. La persistance de listes d'attente montre qu'il y a une demande dans la population pour cette méthode de contraception. Il y a clairement un problème dans l'offre. Plusieurs facteurs ont été cités dans le circuit complexe de la prestation CCV entre la première demande formulée par la femme, souvent dans des centres de santé éloignés, et la laparoscopie par le gynécologue. Il nous semble que ce problème pourrait parfaitement répondre à des méthodes de gestion de qualité, à mettre en oeuvre par tout le personnel impliqué, au niveau de la région ou de la province.

Quelle a été la contribution des activités IEC en matière de PF dans le cadre du projet Phase V? D'abord, des supports imprimés et audiovisuels de qualité ont été produits pour répondre au besoin de promotion des services PF et notamment les méthodes contraceptives de longue durée. Le projet a permis aussi de renforcer les liens avec les média pour véhiculer les messages clés et de prioriser l'action positive de l'homme pour une meilleure discussion au sein du couple en matière de PF. Ainsi la télévision, la radio et les acteurs et artistes marocains comptent maintenant parmi les partenaires du MS. Les journaux et magazines ont été largement sensibilisés à travers les journées et ateliers d'information organisés tout au long du projet. Des articles traitant de la PF et ses services apparaissent maintenant régulièrement dans plusieurs journaux et magazines marocains. Deuxièmement, le projet a contribué à renforcer les compétences du personnel de santé pour une meilleure communication avec la population cible à travers un ensemble d'interventions et d'outils: les formations en counseling, la trousse PF, la vidéo «Sahal Mahal» et le guide counseling en PF.

Leçons à tirer et perspectives futures

Le taux de prévalence contraceptive au Maroc, tel que mesuré en 1997 par l'enquête PAPCHILD approchait les 60% et était de 49% pour les méthodes modernes. Ce résultat spectaculaire ne doit pas faire oublier que dans le secteur public il y a une stagnation depuis quelques années des prestations PF et du pourcentage des MLD. La leçon principale apprise au cours du projet PF/SMI Phase V est que le seul moyen pour progresser réside dans une gestion du programme PF directement par les régions et les provinces. En effet, une gestion décentralisée permettrait de mieux répondre aux besoins non-satisfaits des communautés géographiquement ou économiquement marginalisées, et de trouver des solutions appropriées aux problèmes opérationnels des prestations des méthodes de longue durée, qui sont souvent très spécifiques pour une région ou une province.

Le projet PF/SMI a effectué un important travail de base pour identifier et établir les mécanismes de base pour cette gestion décentralisée. Ces mécanismes incluent l'établissement de l'approche de gestion de la qualité au niveau des services périphériques. Les expériences pilotes ont montré que la gestion de la qualité peut contribuer sensiblement à la résolution des problèmes. Est-ce un hasard que dans la région de Tanger-Tétouan, qui était une des plus active pour la mise en place de l'approche qualité, le pourcentage d'utilisation des MLD était de 62,1%, le plus haut du Maroc?

Dans le même esprit, le développement et la validation de standards nationaux de PF a été une des plus grandes contributions du projet à la pérennisation des acquis du programme de PF. Les standards PF constituent le noyau de la mise en place de services de PF de qualité. Ils seront la référence pour l'auto évaluation du prestataire, pour la mise en oeuvre de systèmes de supervision intégrée des services de santé de base, pour des programmes de formation de base et continue en PF.

Ainsi, pour assurer la pérennisation du programme de PF, historiquement un des plus performants au niveau mondial, il reste un agenda d'interventions bien rempli:

- Continuer la décentralisation de la planification et de la gestion du programme PF dans le cadre de la régionalisation;
- Développer des mécanismes innovateurs pour augmenter la part des MLD dans les prestations PF, spécialement dans le milieu rural, à travers la recherche opérationnelle, d'expériences pilotes, de l'étude des «bonnes pratiques» existantes,
- Promouvoir les MLD en mettant l'accent sur l'importance du rôle de l'homme et de la discussion au sein du couple; en utilisant les supports IEC/PF produits à cet effet; et renforçant les compétences en counseling du personnel prestataire;
- Assurer la diffusion des standards PF auprès des prestataires, des superviseurs, et des formateurs;
- Mettre en place un système de supervision intégrée pour la santé reproductive, en utilisant les standards PF et les méthodes d'assurance qualité;
- Chercher des solutions locales au problème de la prestation CCV à travers l'utilisation des méthodes d'assurance de qualité.

C. Santé Maternelle

Suite à l'initiative mondiale de la Maternité Sans Risque de Nairobi, le Ministère de la Santé avait créé en 1987 le Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement (PSGA). Malgré des investissements importants du MS, le taux de mortalité maternelle, estimé à 332 en 1992 par l'enquête ENPS-II, avait baissé trop lentement par rapport aux autres indicateurs de santé. Les efforts déployés par le MS et les agences internationales s'étaient principalement concentrés sur les prestations de la consultation prénatale (CPN) et les accoucheuses traditionnelles. Mais, l'augmentation du nombre de consultations prénatales n'avait pas sensiblement affecté le taux de mortalité maternelle. Le dépistage des grossesses à haut risque, le fondement sur lequel les programmes prénataux étaient basés, est généralement peu utile pour identifier les femmes qui auront des complications pendant l'accouchement. Bien que le nombre des accouchements surveillés eût augmenté, cela non plus ne s'était pas traduit par une amélioration significative de la ~~survie maternelle~~ ~~de la survie maternelle~~. Il y avait donc apparemment aussi un problème de la qualité des soins et l'incapacité du personnel médical et des formations sanitaires à prendre en charge correctement les urgences

obstétricales, à cause d'un manque de compétence, ou du fait que les femmes arrivaient trop tard dans les formations sanitaires.

Ainsi, tôt dans la mise en oeuvre des activités de la santé de la mère du projet, il était clair qu'un changement de stratégie s'imposait. Des études internationales, entre autres celles de Deborah Maine et Sereen Thaddeus, toutes les deux consultants du projet, avaient montré qu'assurer l'accès des femmes à des soins obstétricaux de qualité pouvait réduire la mortalité rapidement à plus de 50%. Ainsi, dès 1995, le MS optait pour une nouvelle stratégie de lutte contre la mortalité maternelle, basé sur l'amélioration de l'offre de soins obstétricaux à travers le pays. Dans ce cadre, le projet PF/SMI s'est concentré sur deux interventions majeures:

- (1) Développement et mise en oeuvre d'une stratégie de communication nationale pour sensibiliser le public au problème de la mortalité maternelle et les moyens à la prévenir;
- (2) L'amélioration des soins obstétricaux d'urgence à travers un projet pilote dans les régions de Fès-Boulemane et Taza-Al Hoceima-Taounate;

Dans les paragraphes suivants, nous présenterons un résumé des réalisations de ces deux interventions, et nous discuterons leur bien fondé dans le cadre de la nouvelle stratégie de lutte sur le problème de la mortalité maternelle. Finalement, les perspectives d'avenir quant à l'extension de la stratégie seront présentées. Pour plus de détails, nous référons le lecteur à deux documents publiés par le projet: (1) Projet Pilote Soins Obstétricaux d'Urgence dans les Régions de Fès-Boulemane et de Taza-Al Hoceima-Taounate, et (2) La Communication dans la Maternité sans Risque.

La stratégie de communication nationale sur la mortalité maternelle

Pour davantage sensibiliser la population à la mortalité maternelle, une stratégie nationale de communication a été mise au point et en oeuvre entre 1995 et 1998 par la Division IEC en collaboration avec la Division SMI de la Direction de la Population du MS, et avec l'assistance de JHU/CCP.

Au début de 1996, un groupe de travail composé de représentants de la Division IEC de la Direction de la Population du MS, en collaboration avec la spécialiste en IEC du Projet Phase V, a mis au point une stratégie de communication visant à une réduction de la mortalité maternelle au Maroc. Les principaux objectifs de cette stratégie étaient la sensibilisation des divers publics quant au taux trop élevé de mortalité maternelle et la véhiculation du message: «les complications obstétricales peuvent être prises en charge», diminuant de cette façon les décès maternels.

A la base de toute intervention et de toute stratégie était, le concept simple mais très puissant qu'il n'est pas nécessaire qu'une femme meure en couches. Ce message doit résonner pour chaque groupe cible: les décideurs qui peuvent influencer les orientations politiques et le financement de meilleurs services et ressources; les prestataires de services dont les réactions efficaces aux urgences obstétricales peuvent sauver la vie de femmes; les femmes et leurs familles qui peuvent reconnaître les signes de complications et rechercher des soins médicaux immédiats et fiables.

La stratégie de communication nationale a été initiée parallèlement au projet pilote d'amélioration des services de soins obstétricaux d'urgence. Tout comme le projet pilote, elle était basée sur le modèle des trois délais (voir section sur le projet pilote). Dès le départ, la composante communication faisait donc partie intégrante des efforts faits pour réduire la mortalité maternelle avec toutes ses contributions globales pour raccourcir chaque délai. Sur la base de ces considérations, le groupe de travail Maternité sans Risque a formulé des

objectifs spécifiques et des approches stratégiques pour chacune des trois populations cibles et a employé les médias appropriés pour chacune d'elles.

Réalisations

La stratégie de communication, qui comprenait des activités de plaidoirie, de motivation des prestataires et d'éducation du public, avait été mise en œuvre en deux phases.

La première phase était centrée sur la sensibilisation des décideurs au sujet du taux élevé de mortalité maternelle au Maroc, pour qu'ils s'engagent à contribuer à la réduction de ladite mortalité. La production clé de cette activité de plaidoirie a été un film vidéo documentaire, *Khlat Eddar*, largement diffusé et appelant à une mobilisation des ressources et à une amélioration des soins obstétricaux d'urgence (SOU). En parallèle, des supports conçus pour les professionnels de la santé les incitaient à assumer la responsabilité de prévenir les décès maternels en mettant l'accent sur des compétences SOU adaptées à chaque niveau du système sanitaire. Le documentaire et le kit de presse qui l'accompagnaient ont été si bien reçus que la couverture des problèmes de la mortalité maternelle par les médias avait sensiblement augmenté. La diffusion de cette production a bénéficié aussi de l'appel insistant de feu le Roi Hassan II dans ses discours pour faire de la mortalité maternelle un problème de santé prioritaire. Les supports pour les prestataires ont été essentiellement diffusés par le stand d'information *Maternité sans Risque* créé par la Division d'IEC pour faciliter la sensibilisation et l'effort de plaidoirie. Ce stand mobile, qui est visuellement frappant et rempli d'images, de statistiques et de slogans, a été utilisé pour plus de 30 conférences et événements majeurs entre 1996 et 1999, y compris lors d'importantes rencontres professionnelles dans le domaine de la santé qui se sont déroulées au Maroc.

La deuxième phase de la stratégie de communication visait à aider les femmes et leurs familles à reconnaître les signes de complications pendant la grossesse et l'accouchement afin de prendre les décisions opportunes à chercher de l'aide. L'approche "éduquer tout en divertissant" a été préconisée pour ce public, avec des tournées présentant la pièce "*Aide-toi, le Ciel t'aidera*" dans les plus importantes régions urbaines et rurales, accompagnée de messages sur la maternité sans risque, et le film vidéo "*Bent Ettajer*" était projeté par les équipes mobiles. La diffusion de ces productions par la télévision nationale et sur les principales lignes de transport inter-régionales du pays a accru leur impact. Des résultats d'enquête indiquent que les spectateurs ont saisi l'essentiel des messages sur les complications obstétricales et l'importance de soins opportuns et appropriés pendant la grossesse et l'accouchement.

L'approche et les réalisations de la stratégie de communication marocaine afin de réduire la mortalité maternelle ont été partagées sur le plan international à plusieurs occasions: lors de la rencontre technique du Groupe de Travail Inter-Agences sur la Maternité sans Risque à Colombo (Sri Lanka) en octobre 1997; lors de l'exposition à l'Organisation Mondiale de la Santé à Genève à l'occasion du dixième anniversaire de la MSR; lors de la Conférence Régionale Africaine sur la Participation de l'Homme à la Santé Reproductive au Burkina Faso en mars 1998; et finalement à l'atelier sur le rôle des médias dans le domaine de la santé reproductive qui s'est tenu en Chypre en juin 1998.

Observations et leçons

L'exemple de la stratégie de communication marocaine pour réduire la mortalité maternelle peut donner de précieuses leçons aux personnes travaillant en IEC, santé maternelle et reproductive. Ci-après, des observations et des leçons à tirer de l'approche stratégique et des réalisations effectuées:

- *Commencer tôt.* Une stratégie de communication doit être conçue dès la mise en œuvre de toute initiative sanitaire majeure et coordonnée soigneusement avec les composantes clés du programme. Dans le cas du Maroc, une perspective globale de la réduction de la mortalité maternelle, basée sur le modèle des Trois Délais, a façonné toutes les facettes du programme et encouragé l'harmonie entre les activités de communication, les supports et les messages conçus pour chaque type de public.
- *Créer une stratégie de communication.* Le planning et les phases successives des interventions de communication devraient être fondés sur leur relation affective et chronologique avec les publics ciblés ainsi qu'entre eux, dans le cadre approprié d'une région ou d'un pays. C'est ainsi que les décideurs clés en premier lieu devaient être sensibilisés à la gravité de la situation dans le pays et à la nécessité du changement. La sensibilisation des prestataires et l'amélioration des compétences et réhabilitation des formations sanitaires devraient précéder la diffusion de messages aux femmes et à leurs familles que des soins obstétricaux d'urgence de bonne qualité sont disponibles et devraient être recherchés dès que des signes de complications apparaissent. Finalement, il était essentiel que les femmes et leurs familles comprennent que les décès maternels peuvent être évités et ne sont pas une fatalité, que des prestataires formés sont prêts à les aider et que les attitudes et décisions sur le recours à des soins peuvent aider à éviter des fins fatales.
- *Fonder le matériel et les messages sur des histoires véridiques.* Les données quantitatives et les résultats de recherches qualitatives sont indispensables au développement des supports. En incorporant des histoires vécues, les supports peuvent être davantage améliorés. Parler aux femmes et à leurs familles et les écouter étaient des étapes essentielles dans la création de chacun des supports clés marocains: le documentaire Khlat Eddar, la pièce Aide-toi, le Ciel t'aidera et le docudrame Bent Ettajer.
- *Impliquer directement chaque public pour réaliser des changements.* Les interventions pour chaque groupe étaient conçues de manière à concerner les spectateurs afin d'éveiller leur sens de responsabilité et de devenir des acteurs actifs dans l'effort pour réduire les décès maternels.
- *Faciliter la transformation des décideurs en avocats.* En fournissant aux responsables le texte de Khlat Eddar et en distribuant les kits de presse, ils arrivaient à diffuser plus facilement des informations correctes et à jour sur la mortalité maternelle à d'autres personnes.
- *Créer des moyens de communication novateurs.* L'approche «éduquer tout en divertissant» a été utilisée pour s'attaquer à des problèmes complexes et graves de la mortalité maternelle par le biais d'une production théâtrale et un docudrame projeté par les équipes mobiles, dans des zones publiques et durant des événements relatifs à la santé. Un autre moyen original a été l'utilisation des bus de la CTM comme canal novateur pour la diffusion des différents supports produits.
- *Créer des partenariats.* Un effort de communication à l'échelle nationale offre une occasion unique pour forger des liens entre personnes de différents domaines—santé publique, médecine, transport, médias, théâtre, cinéma—ainsi qu'entre des organisations locales, régionales et nationales. Guidés par une stratégie avec des objectifs précis et des activités bien définies, ces groupes peuvent unir leurs forces pour travailler ensemble vers un but commun.
- *Programmer l'évaluation de l'impact.* La recherche de base est une condition indispensable à l'évaluation de l'impact de toute initiative majeure en matière de communication. Bien que les résultats des appréciations des différents supports IEC produits dans le cadre du programme marocain de réduction de la mortalité maternelle aient fait ressortir que les diverses populations cibles ont compris les messages de la stratégie, des informations de

base n'ont pas été recueillies avant la mise en œuvre. Il n'est donc pas possible de déterminer l'impact quantitatif des interventions de la stratégie sur les connaissances, attitudes et comportements relatifs à la prévention de la mortalité maternelle.

Conclusions

La stratégie de communication a réussi à placer la réduction de la mortalité maternelle comme un problème prioritaire sur l'agenda national ce qui avait abouti à la mobilisation des ressources pour l'amélioration des soins obstétricaux d'urgence. Des efforts de vulgarisation par l'approche "éduquer tout en divertissant" ont aidé les femmes et leurs familles à apprendre qu'une complication obstétricale n'est pas un décret de mort. Avec de tels résultats encourageants, et les félicitations de la première dame des USA, Mme Hillary Rodham Clinton au gouvernement marocain pour l'engagement qu'il avait pris à réduire la mortalité maternelle, le Ministère de la Santé projette de dupliquer les activités MSR avec le soutien de divers bailleurs de fonds.

Projet Pilote Soins Obstétricaux d'Urgence

Le projet pilote des soins obstétricaux d'urgence a débuté en 1995 dans la région du Centre-Nord, au moment où s'amorce au Maroc une nouvelle politique d'appui aux maternités hospitalières. Du fait de la réforme d'administrative régionale, le projet s'est élargi en 1996 aux huit provinces des deux régions de Fès-Boulemane et de Taounate-Al Hoceima-Taza, couvrant 3.186.651 habitants. Le projet a été mis en oeuvre par le Service de Protection de la Santé de la Mère au sein du Ministère de la Santé (MS) et les équipes régionales des deux régions pilotes, assistés par l'équipe de JSI et des consultants internationaux.

Stratégie du projet

Le projet reposait sur le modèle des trois retards (T. McCarthy et D. Maine; 1991):

- Un premier délai pour décider d'avoir recours aux soins obstétricaux d'urgence;
- Un second délai pour atteindre les services de soins obstétricaux d'urgence; et
- Un troisième délai, après l'arrivée dans le service de santé, pour recevoir une prise en charge effective (le transfert entre les services de premier échelon et de l'échelon de référence fait partie de ce troisième délai).

On s'était aperçu, à l'expérience, que les complications obstétricales les plus menaçantes pour la vie ne sont ni prévisibles, ni évitables, mais peuvent être traitées avec succès. Ainsi, le projet proposait un paquet technique à mettre en place à deux niveaux du service de santé:

- Au niveau des maternités rurales et centre de santé ambulatoire (CSA): *les soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB)* comprenant: l'administration d'oxytociques (injectables), d'antibiotiques (injectables); et d'anticonvulsivants (injectables); la révision utérine; la délivrance artificielle; l'application de ventouse; et la référence et transport vers un centre de référence.
- Au niveau des maternités hospitalières: *des soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC)* comprenant les mêmes activités de base que les SOUB avec en plus: césarienne et transfusion sanguine.

La priorité du projet pilote était clairement mise au niveau des services de santé—pour la réduction des 2^{ème} et 3^{ème} délais—avant de s'attaquer aux barrières d'accessibilité, au manque d'information ou de confiance dans la qualité des soins. Les actions de mobilisation

communautaire ou d'IEC régionale ont donc clairement été prévues au-delà de la phase de mise en place du projet.

Objectifs et indicateurs du projet:

- Etendre la disponibilité en services obstétricaux d'urgence (minimum un SOUC pour 500.000 habitants et un SOUB pour 125.000 habitants);
- Augmenter l'utilisation des services obstétricaux d'urgence pour atteindre la prise en charge de 70% des complications obstétricales attendues en 1999;
- Améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence.

Plutôt que la mesure de la mortalité maternelle, indicateur très coûteux à opérationnaliser, le projet avait plutôt choisi des indicateurs de disponibilité et de processus qui vont permettre de démontrer l'efficacité du projet à court terme. Les indicateurs du projet étaient au nombre de cinq:

- Le nombre d'habitants par formation sanitaire en soins obstétricaux complets (SOUC) et en soins obstétricaux de base (SOUB);
- Le pourcentage d'accouchements en milieu supervisé;
- Les besoins satisfaits en SOU, c'est à dire le pourcentage de prise en charge des complications obstétricales, estimées à 15% des naissances attendues;
- Les besoins satisfaits en césarienne, c'est à dire le pourcentage de césariennes effectuées par rapport aux césariennes attendues, estimées à 5% des naissances attendues;
- Le taux de létalité (TL) des complications obstétricales dans les formations sanitaires.

Réalisations du projet pilote

Les principales réalisations se résument ainsi:

- Basés sur des listes standard de matériels et d'équipement, 7 formations sanitaires SOUC et 45 SOUB ont été équipées;
- 33 formations sanitaires ont été rénovées ou réparées, dont le bloc opératoire de l'hôpital Ibn El Khatib à Fès et une salle de formation à l'hôpital Al Ghassani (Fès JDD);
- 283 personnels des régions pilotes ont reçu une formation continue en soins obstétricaux et néonataux d'urgence, dont 36 formateurs, 242 prestataires, et 4 chirurgiens, qui ont reçu une formation en césarienne.
- Des normes et standards nationaux des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ont été développés et une méthodologie d'audit des décès maternels a été mise en place dans les formations SOUC;
- En matière IEC, une étude socio-anthropologique basée sur des focus groups a été entreprise avec la participation du personnel de santé et un plan IEC préparé par région et par province.
- Le système national d'information de routine a été révisé à travers l'introduction de nouveaux outils de collecte de données: registre obstétrical et fiche des activités mensuelles.

Le coût global du projet a été de 2.125.000 US\$, en excluant les coûts de l'assistance technique et les coûts récurrents, c'est-à-dire 0,67 US\$ par habitant sur 3 ans. Ce coût d'investissement semble raisonnable et est réparti comme suit:

Catégorie	Coût en \$	Pourcentage
Matériel et équipement	1500000	71%
Formation	300000	14%
Infrastructures	225000	11%
Monitoring	25000	1%
IEC régionale	75000	3%
Total	2125000	100%

La coordination du projet a évolué en deux temps: une première phase centralisée et technique, et une seconde phase plus décentralisée et gestionnaire. La coordination régionale du projet pilote des soins obstétricaux d'urgence est cependant restée «fonctionnelle», jusqu'au bout du projet, c'est à dire que la création des comités régionaux avec des attributions claires—proposée par les consultants internationales dès le début du projet—n'a jamais été mise en oeuvre.

Résultats et commentaires

Globalement le projet a montré son efficacité par l'augmentation de la disponibilité des services SOUC et SOUB, par l'augmentation des besoins satisfaits en matière de césarienne et par l'augmentation des besoins satisfaits en SOU. Les résultats du projet sont les suivants:

Indicateur	Avant	Après
Disponibilité de SOUC	1 / 1.062.217 (1995)	1 / 531.109 (1999)
Disponibilité de SOUB	1 / 102.222 (1995)	1 / 57.939 (1999)
Besoins satisfaits en SOU (prise en charge des complications obstétricales)	26% (1996)	72% (1999)
Besoins satisfaits en matière de césarienne	22% (1996)	38% (1999)

Les points forts du projet tiennent surtout au caractère innovant du modèle des trois retards. La stratégie du projet—fondée sur le modèle des trois délais—reposait sur une idée simple et claire: la majorité des morts maternelles peut être évitée par une prise en charge rapide et adaptée des complications obstétricales. Cette approche abordait directement le goulot d'étranglement de la lutte contre la mortalité maternelle, c'est à dire, l'insuffisance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux.

Les réalisations remarquables du projet sont nombreuses. Nous citerons:

- La formation continue décentralisée en soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB);
- La restructuration du système d'information de routine pour inclure les indicateurs des soins obstétricaux, maintenant adoptée au plan national;
- Le développement d'une approche d'assurance qualité pour les services obstétricaux, y compris la définition de normes et standards en soins obstétricaux et néonataux (SONU), et la mise en place d'un protocole d'audit des décès maternels;
- Le renforcement du processus de régionalisation.

Les résultats impressionnants du projet pilote ne doivent pas nous empêcher de rechercher et d'analyser les aspects moins bien réussis du projet. En effet, cette analyse pourra nous apprendre des leçons importantes à utiliser dans la reproduction de l'approche dans d'autres régions du Maroc. Ainsi, plusieurs limites du projet ont été identifiées et sont analysées plus en détail dans le document de synthèse sur le projet pilote:

- L'expansion non planifiée des formations SOUB et le problème de disponibilité de personnel qualifié et de qualité des soins offerts qu'elle pose;
- Le manque de stabilité des gynécologues dans leur poste de service publique et le manque conséquent de permanence effective des compétences en gynécologie;
- Le manque de motivation du personnel de santé et le mauvais accueil des parturientes, pris en charge trop tardivement au cours du projet;
- La couverture partielle par le projet des délais de la prise en charge des complications obstétricales, et plus particulièrement les problèmes de transport du domicile au service de santé ou entre une structure de base et une structure de référence.
- Le manque de stratégies spécifiques pour la prise en charge des complications du post-partum et du nouveau-né.

Bien que le projet pilote ait mis l'accent sur les soins obstétricaux d'urgence pour améliorer la prise en charge des complications obstétricales, l'accouchement en milieu surveillé reste un moyen sûr pour prévenir les complications obstétricales et à accélérer leur prise en charge. Pourtant, le pourcentage d'accouchements en milieu surveillé, bien qu'un indicateur clé du projet pilote, a très peu augmenté entre 1995 et 1999: de 22 à 27% dans la région de Taza-Al Hoceima-Taza, et de 37 à 42% dans la région de Fès-Boulemane. Une des plus grande contraintes pour reste le manque et la disponibilité de personnel qualifié dans les formations SOUB, qui sont le plus près de la population. Ainsi, dans la zone du projet pilote, sur 29 maisons d'accouchement seulement 8 assuraient une permanence de nuit. Aussi, il faudra recibler le but de la consultation prénatale, basé le modèle des trois retards et y promouvoir l'accouchement en milieu surveillé.

Conclusions et recommandations

Le projet pilote sur les soins obstétricaux d'urgence dans les régions de Fès-Boulemane et de Taza-Al Hoceima-Taounate a réussi à améliorer la prise en charge des complications obstétricales et ainsi a certainement contribué à diminuer le problème de la mortalité maternelle dans les deux régions. Il faudra maintenant assurer sa pérennisation au niveau local et sa reproductibilité à l'échelle nationale. Les plus importants défis sont la consolidation, le maintien et l'extension de la couverture de services obstétricaux d'urgence dans le cadre de la décentralisation des services de santé.

En ce qui concerne la pérennité du projet, les recommandations se résument ainsi:

- (1) Programmer et de budgétiser après la fin du projet les activités de supervision et de formation continue, ainsi que le renouvellement et le maintien de l'équipement;
- (2) Assurer les mécanismes de formation continue du personnel périphérique par le recyclage et/ou des rotations au niveau régional/provincial.
- (3) Rendre opérationnel le système de gestion des services obstétricaux basé sur les normes et standards

La reproductibilité de l'approche des soins obstétricaux d'urgence est actuellement une question d'un grand intérêt tant au niveau central que régional. Dans ce cadre, et avec l'appui de la Fondation Gates, un projet de monitoring des soins obstétricaux d'urgence a été démarré au sein de la DP. Ce projet assistera les régions dans la détermination des besoins en soins obstétricaux d'urgence et dans le suivi de la mise en oeuvre des projets de soins obstétricaux d'urgence. Il est essentiel que toutes les personnes impliquées dans la duplication comprennent tout d'abord que l'approche utilisée dans ce modèle diffère, à beaucoup d'égards, des précédentes tentatives de juguler la mortalité maternelle.

Un important aspect de la reproductibilité sera de soutenir et maintenir les aspects décentralisés de la planification et la mise en oeuvre du projet. Une autre condition de réussite est une bonne coordination entre les niveaux central et régional pour éviter la duplication d'efforts et pour assurer l'homogénéité technique.

Basé sur les leçons apprises dans le projet pilote, et afin de rendre la prise en charge des complications obstétricales plus efficace, l'intervention prioritaire dans la mise en oeuvre des nouveaux projets de soins obstétricaux d'urgence est le renforcement du niveau des soins obstétricaux de base. Dans chaque maison d'accouchement il faudra baser un minimum de deux accoucheuses qualifiées, assurer une permanence de 24h, et un moyen de transport—par préférence à travers la participation de la communauté—pour les transferts d'urgence vers les maternités de référence. Il est espéré que de cette façon les femmes seront plus attirées vers les maisons d'accouchement; les accouchements normaux et les complications obstétricales mineures pourraient être prises en charge plus près de la communauté; et les maternités de référence pourraient mieux se concentrer sur leur rôle de prendre en charge les cas compliqués. Aussi, il est recommandé d'organiser au niveau local des études de recherche qualitative au sein des communautés pour mieux comprendre les raisons de la sous-utilisation des soins de santé maternelle au Maroc.

D. Santé de l'Enfant

Dans le domaine de la santé de l'enfant, le point focal du projet a été la mise en oeuvre de l'approche de «Prise en Charge Intégrée de Maladies de l'Enfance» (PCIME) dans deux provinces pilotes (Meknès et Agadir). Le projet a aussi fourni une assistance limitée à d'autres interventions liées à la santé de l'enfant, et plus spécifiquement au Programme National de Vaccination (PNI) et au Programme de Micronutriments.

Objectifs

- (1) Aider le MSP à la mise en place de l'approche PCIME dans les deux provinces pilotes.
- (2) Assister le MSP dans la lutte pour l'éradication de la poliomyélite.
- (3) Aider le MSP à élaborer une stratégie pour faire face aux carences en micro nutriments au Maroc.

La Prise Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

Grâce aux efforts déployés par le Ministère de la Santé dans le cadre des programmes verticaux, une amélioration considérable a été notée, en matière de la santé de l'enfant, comme le démontrent la diminution de la mortalité infantile et infanto-juvénile (tableau n° 4). Cependant, la stagnation des principaux indicateurs de santé au cours de ces dernières années, le taux de mortalité infanto-juvénile encore supérieur à 40 pour mille, les résultats des différentes évaluations qui ont révélé un manque de synergie et de coordination entre

les différents programmes, à côté du désir d'améliorer la qualité des soins, ont été parmi les arguments qui ont amené le Ministère de la Santé à adopter en 1997 l'approche de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME).

Tableau n° 4:
Evolution de la Mortalité Chez Les Enfants
de Moins de Cinq Ans au Maroc

	Mortalité Néonatale pour mille	Mortalité Infantile pour mille	Mortalité Juvénile Pour mille	Mortalité Infanto-juvénile pour mille
ENFPF 1979-80	46	91	52	138
ENPS-I 1987	41	73	31	102
ENPS-II 1992	31	57	20	76
EPPS 1995	37	61	20	80
PAPCHILD 1997	19.7	36.6	9.8	45.8

Il avait été décidé de tester, dans une première étape, la nouvelle stratégie dans deux provinces: Meknès El Menzeh et Agadir Ida Outanane. La phase d'extension était prévue, elle, en l'an 2000, après l'évaluation de l'expérience initiale.

Objectifs de la PCIME

Objectifs généraux de la PCIME

- Réduire la mortalité et la morbidité chez les enfants de moins de 5 ans.
- Promouvoir un développement harmonieux de l'enfant.

Objectifs opérationnels

Pour les années 1997 - 2000, le Ministère de la Santé s'était fixé les objectifs suivants:

- Adapter les directives de prise en charge clinique au contexte national
- Elaborer les supports pédagogiques et didactiques nécessaires à la formation PCIME.
- Elaborer les supports IEC nécessaires pour la diffusion des messages PCIME.
- Implanter la PCIME au niveau de toutes les formations sanitaires des deux provinces pilotes: Meknès El Menzeh et Agadir Ida Outanane.

Réalisations

La stratégie de la PCIME a été mise en oeuvre par la Division de la SMI de la DP, en collaboration avec les départements de pédiatrie des facultés de médecine de Casablanca et Rabat, et avec l'assistance technique de BASICS et JSI. Dans les paragraphes suivants, les réalisations principales de la mise en oeuvre de la stratégie PCIME au cours des années 1997 – 2000 sont énumérées pour chacune des trois composantes de la PCIME:

- (1) *Composante clinique:* l'amélioration des compétences des professionnels de santé par la formation clinique des professionnels de santé du terrain.

- (2) *Organisation des services*: l'amélioration du système de santé à travers la révision du circuit du malade et du système de collecte de données, l'amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels, et le renforcement du système de supervision.
- (3) *Composante communautaire*: l'amélioration des pratiques familiales et communautaires en matière de prise en charge de la santé des enfants, à travers la mobilisation des membres de la communauté et leur implication effective en matière de promotion de la santé.

1. Composante clinique

Entre novembre 1997 et août 1998, les directives cliniques de la PCIME ont été adaptées au contexte épidémiologique du pays et le matériel didactique pour la formation a été finalisé. La formation clinique PCIME visait l'amélioration des compétences cliniques du personnel de santé à l'aide d'une série d'algorithmes, qui, pour les problèmes de santé prioritaires, guident les prestataires dans l'identification du problème de santé et sa prise en charge totale, y compris les conseils aux mères.

Entre 1998 et 2000, 347 professionnels de santé dont 64 formateurs et 34 superviseurs ont bénéficié du cours standardisé de 11 à 12 jours en matière de PCIME. La plupart des professionnels de santé formés à la PCIME aussi bien à Meknès qu'Agadir ont bénéficié de deux visites de suivi pour recueillir des informations sur la qualité de prise en charge des enfants malades et pour renforcer leurs compétences. Les visites de suivi ont montré que la majorité des professionnels de santé formés utilisaient les algorithmes ainsi que les autres supports et appliquaient les directives de la stratégie PCIME. Par ailleurs, les prestataires ont exprimé leur satisfaction sur la qualité de la formation reçue. Ils ont remarqué que la PCIME a permis de renforcer la collaboration entre les médecins et les infirmiers au niveau des formations sanitaires et entre le service de pédiatrie et les structures ambulatoires au niveau de l'hôpital.

2. Organisation des services

La deuxième composante de la PCIME concernait l'amélioration de l'organisation des services au sein de la formation sanitaire. Les interventions englobaient 4 volets: (1) le circuit de l'enfant; (2) le système d'information intégré; (3) l'approvisionnement en médicaments essentiels; et (4) la supervision intégrée

- (1) *Le circuit de l'enfant*: Basé sur un consensus parmi les prestataires, le circuit de l'enfant dans toutes les formations sanitaires des provinces pilotes a été adapté pour répondre aux conditions suivantes:
 - Tout enfant de moins de 5 ans, quel que soit son motif de visite à la formation sanitaire, doit être orienté directement à la cellule de S.M.I.
 - Le personnel S.M.I. distingue trois différents groupes d'enfants: (1) les cas graves à transférer d'urgence; (2) les cas nécessitant l'avis du médecin; et (3) les cas bénins ou en bonne santé dont la prise en charge peut être assurée au niveau même de la cellule de S.M.I.
 - Le personnel S.M.I. répond aux besoins préventifs des enfants en bonne santé apparente et satisfait ses besoins curatifs même s'ils ne sont pas exprimés.
 - La programmation des services est effectuée en tenant compte des besoins de la population. Ainsi, les consultations pour les maladies chroniques, et la plupart des consultations préventives ont été programmées dans l'après-midi.

- (2) *Le système d'information intégré*: Le système existant de recueil des données sur les consultations des enfants était très lourd et fragmenté par programme prioritaire. Ainsi il constituait une surcharge de travail inutile pour le personnel S.M.I. et entravait le bon déroulement des prestations cliniques. En 1998, un registre intégré des activités de la santé de l'enfant a été élaboré et le rapport mensuel des services S.M.I. a été consolidé en un seul document. Testé dans un premier temps dans les deux provinces pilotes, le nouveau système intégré a été généralisé par la suite à l'ensemble du pays.
- (3) *Les médicaments essentiels* : Afin d'assurer une meilleure disponibilité des médicaments nécessaires pour la prise en charge des enfants malades, une liste des médicaments essentiels de la PCIME a été élaborée en collaboration avec la Direction du Médicament et de la Pharmacie et a été envoyée auprès des responsables des deux provinces pilotes. Aussi, les dotations en médicaments des formations sanitaires rurales ont été faites directement de la délégation à la formation sanitaire concernée au lieu de passer par la circonscription sanitaire. Malgré ces dispositions, les besoins en médicaments ne sont pas entièrement satisfaits et les ruptures de stock sont nombreuses.
- (4) *La supervision intégrée*: La formation aux visites de suivi a été une occasion pour constituer une équipe de superviseurs familiarisés avec les techniques de supervision intégrée en particulier en ce qui concerne le volet clinique. Par ailleurs, ces superviseurs ont été appelés à développer davantage la supervision horizontale.

3. Composante communautaire

Cette composante de la PCIME visait l'amélioration, à travers la participation communautaire, des pratiques familiales et communautaires relatives à la prise en charge de l'enfant, aussi bien en bonne santé (vaccinations et pratiques alimentaires appropriées dans les deux premières années de la vie) et que de l'enfant malade (soins à domicile et administration correcte des médicaments prescrits, connaissances des mères concernant les signes de gravité des maladies).

Au départ plusieurs études préliminaires ont été menées pour mieux connaître le contexte socioculturel dans lequel la stratégie PCIME allait être initiée, entre autres les pratiques alimentaires des mères vis-à-vis du jeune enfant, la signification des termes locaux concernant les pathologies infantiles, et les perceptions de la population vis-à-vis des services de santé.

Ensuite une phase de recherche opérationnelle a été mise en oeuvre dans les deux provinces-pilotes. L'Evaluation et Planification Communautaire (EPC) a été utilisée comme porte d'entrée dans plusieurs communautés à titre pilote. Cette technique, dont la méthodologie a été mise au point par une équipe de BASICS (USA), vise à identifier, au moyen d'une enquête-ménage, les pratiques et les comportements des mères en matière de SMI par l'analyse des "comportements-clés". Ensuite, l'équipe de santé "négocie" avec la communauté un plan d'action communautaire pour améliorer une série de comportements jugés prioritaires. L'expérience a eu lieu dans deux sites au niveau de chacune des provinces pilotes (Meknès et Agadir) et dans un site d'une province où la PCIME n'était pas encore introduite (Province de Safi).

Basés sur les résultats de ces recherches, les équipes centrales, provinciales et locales, ainsi que les consultants BASICS/JSI se sont réunis au cours de plusieurs ateliers pour obtenir un consensus sur le concept de l'approche communautaire, la méthodologie de l'EPC, le rôle "pivot" de la santé dans le partenariat multisectoriel, et le rôle des personnes-relais dans l'approche. Ce processus a été documenté dans trois rapports successifs colligés par le Prof. Jamal Eddine NAJI.

Entre mars et avril 2000, la formation des professionnels de santé en matière d'approche communautaire a eu lieu dans les IFCS au niveau des deux provinces-pilotes. Ces sessions s'adressaient à des cadres du SIAAP et des professionnels de santé des formations sanitaires rurales. A cet effet, deux documents ont été rédigés par une équipe comprenant des membres de la SMI, de la Division de la Formation, de responsables d'IFCS et des consultants JSI:

- Un précis d'application, instrument de référence destiné aux décideurs provinciaux pour information et réflexion et au personnel formateur (SIAAP, IFCS). Ce précis contient des fiches méthodologiques destinées aux formateurs.
- Un manuel de formation, destiné au personnel de santé des circonscriptions sanitaires chargé de la mise en œuvre de l'approche communautaire. Son contenu reprend de manière simple et résumée les principaux éléments des quatre modules du précis d'application.
- Finalement, les personnes-relais des communautés pilotes ont été formées en utilisant le manuel ADC développé par la DIEC (voir RI 3).

Introduction de la PCIME dans la formation de base

Le MS a jugé l'introduction de la PCIME dans la formation de base comme prioritaire puisqu'elle permet de réduire le coût important de la formation et d'assurer la pérennité de la PCIME. En même temps, la PCIME introduit auprès des étudiants une approche innovatrice et globale à la gestion du client, malade ou en bonne santé, basée sur la standardisation des soins, et soulignant l'importance des aspects organisationnels des soins et de la nécessité d'impliquer les communautés dans la recherche de solutions pérennes. Les activités d'introduction de la PCIME ont concerné aussi bien les futurs médecins que les infirmiers.

La stratégie d'introduction de la PCIME dans les Instituts de Formation aux Carrières de Santé (IFCS) a été basée sur le consensus obtenu pendant l'atelier qui s'est déroulé du 6 au 9 décembre 1999 en collaboration avec l'OMS et le Projet PRIME/USAID. Ensuite plusieurs ateliers ont été organisés pour adapter et harmoniser les modules enseignés avec les directives de la PCIME et pour finaliser un guide PCIME destiné aux enseignants. La PCIME sera introduite à titre pilote en septembre 2000 dans les IFCS d'Agadir et de Meknès.

Pour les facultés de médecine, un plan d'action pour l'introduction de la PCIME a été élaboré à l'issue d'un atelier qui a eu lieu en mars 2000 sous les auspices de l'OMS/EMRO. Plusieurs activités de préparation ont été réalisées au cours de l'année 2000:

- Constitution d'un comité de suivi au niveau des facultés de Médecine de Casablanca et de Rabat.
- Participation de 4 enseignants pédiatres à un voyage pour l'échange d'expérience à l'Université d'Alexandrie au mois de mars 2000.
- Participation de 2 enseignants pédiatres à un cours de 5 jours organisé à l'Université d'Alexandrie en juillet-août 2000.
- Organisation d'un cours de 5 jours au profit de 11 enseignants pédiatres au niveau de la Faculté de Médecine de Casablanca en juillet 2000.

Résultats et commentaires

Pour évaluer l'impact de l'introduction de la PCIME au niveau des deux provinces pilotes, plusieurs études d'évaluation ont été menées en avril 2000. Pour la composante clinique,

une étude transversale a été menée avec l'aide d'un consultant de l'USAID. L'étude a permis de comparer la prise en charge des enfants malades au niveau d'un échantillon représentatif de formations sanitaires des deux provinces pilotes (groupe expérimental) avec celle d'un autre groupe d'enfants malades au niveau d'un échantillon représentatif d'autres formations sanitaires non encore exposées à la PCIME (groupe de comparaison non équivalent) appartenant aux provinces de Tétouan et de Larache. Cette enquête a concerné 64 formations sanitaires, dont 32 appartenant aux sites pilotes et 32 aux sites témoins et a permis d'observer la prise en charge de 523 enfants âgés de 1 semaine à 59 mois par 116 professionnels de santé. Deux autres études de portée limitée ont été menées, une évaluation interne de la composante "organisation des services", et une visite d'observation de la composante communautaire par un expert de l'UNICEF.

En ce qui concerne la composante clinique, les principaux résultats de l'évaluation étaient:

- Une année après la formation, la qualité de l'évaluation du traitement, et des conseils fournis aux enfants malades étaient significativement meilleurs dans les sites PCIME que dans les sites non-PCIME pour la plupart des indicateurs mesurés;
- Néanmoins, les directives PCIME étaient souvent mal appliquées par les prestataires formés;
- Il y avait absence de différence significative entre les sites PCIME et ceux non-PCIME en ce qui concerne la satisfaction des mères. Ce résultat pourrait s'expliquer par la difficulté de mesurer la satisfaction d'une manière générale.

L'évaluation de la composante "organisation des services" montrait:

- Très bonne disponibilité des vaccins dans les sites PCIME mais aussi dans les sites non-PCIME.
- Faible disponibilité de médicaments et matériel médico-technique essentiels dans les sites PCIME.
- Supervision et circuit de malade mieux organisés dans les sites PCIME.

Finalement, en ce qui concerne la composante communautaire, il était prématuré d'entreprendre une évaluation en profondeur, puisque l'expérience était limitée dans le temps et dans l'espace et n'avait bénéficié qu'à un nombre limité de familles. Néanmoins, les résultats préliminaires de la composante communautaire de la stratégie PCIME au Maroc se révèlent très prometteuses. En jouant un rôle "pivot" dans l'initiative de cette stratégie, les professionnels de santé concernés par l'approche communautaire ont fait preuve de dynamisme, d'ouverture d'esprit à des concepts dépassant leur champ habituel de réflexion et enfin d'humilité en acceptant une remise en question de leur image.

Cette "aventure", bien qu'encore fragile suscite un grand intérêt chez les universitaires enseignant la santé communautaire et à la recherche de "terrains d'application". Au sein d'autres Directions, des expériences passionnantes dans le domaine de la participation communautaire sont menées. Il serait souhaitable qu'une collaboration inter-universitaire et inter-directions se développe dans un esprit de partage des savoirs pour une meilleure diffusion et un enrichissement mutuel.

Recommandations

Basé sur les résultats de l'expérience pilote de la PCIME, le MS a formulé un certain nombre de recommandations, dont nous citons:

Planification

- Améliorer la coordination des activités de PCIME au niveau central par une meilleure collaboration "inter-directions" et par le regroupement au sein de la même structure de tous les programmes concernés par la PCIME (PLMD, PLMC, PNI, PIRA, etc.);
- Démontrer les bénéfices de la stratégie PCIME et en faire le plaidoyer à tous les niveaux du système de santé, et vis-à-vis des bailleurs de fonds et des ONG;
- Elaborer un guide de planification PCIME à l'intention des responsables régionaux et provinciaux en s'inspirant du guide OMS.

Amélioration des compétences de professionnels de santé

- Adapter l'album de photos et les cassettes vidéo, et réviser les boîtes "mal de gorge", "problèmes alimentaires" et "autres problèmes" de l'algorithme PCIME;
- Explorer les moyens d'introduire dans les meilleurs délais, la PCIME, y compris l'approche communautaire dans la formation de base des médecins et des infirmiers;

Amélioration du système de santé

- Rationaliser l'approvisionnement et l'utilisation des médicaments et des équipements essentiels à la mise en œuvre de la PCIME à tous les niveaux;
- Assurer l'inscription de tous les médicaments PCIME sur la liste nationale des médicaments essentiels;
- Former tous les formateurs PCIME et les animateurs du SIAAP aux techniques de suivi après la formation et renforcer le système de supervision intégrée.
- Constituer un comité de réflexion pour rendre le système d'information sanitaire plus adapté aux directives de la PCIME.

Amélioration des pratiques familiales et communautaires

- Définir la stratégie pour améliorer les pratiques familiales et communautaires de la PCIME et définir les attributions des différents niveaux (central, régional/provincial)
- Préparer les plans d'action pour la composante familiale et communautaire de la PCIME au niveau des provinces

Recherche/Evaluation

- Associer d'autres experts (sociologues, anthropologues, économistes de la santé) dans l'évaluation des progrès réalisés par la PCIME.
- Initier la recherche opérationnelle à tous les niveaux et sur toutes les composantes de la PCIME, particulièrement aussi sur les moyens de réduire les différents coûts et des méthodes alternatives de formation.
- L'enquête au niveau des formations sanitaires devrait être complétée par une enquête au niveau des ménages afin d'apprécier les changements des comportements non seulement au niveau des formations sanitaires mais aussi au sein de la communauté.

Consolidation et extension

- Il y a lieu d'étendre la stratégie PCIME d'abord aux autres provinces des deux régions d'Agadir et de Meknès; pour ce qui est de l'extension à d'autres régions, la province chef-lieu de la région doit obligatoirement être concernée.
- Le rythme de l'extension sera déterminé par la disponibilité des ressources financières, mais également à la capacité de la région à implanter cette stratégie.

Conclusion

Les premiers résultats de la mise en oeuvre de l'approche PCIME au Maroc ont révélé que l'implantation de la stratégie PCIME avait un impact positif sur la qualité de la prise en charge de l'enfant malade. Certaines contraintes ont pu être relevées en rapport à l'organisation du système de santé, et particulièrement à la disponibilité des médicaments et des équipements nécessaires. L'approche communautaire a été menée quasi indépendamment du développement des autres composantes de la stratégie PCIME. Il serait souhaitable que la composante communautaire se développe en parallèle avec la formation clinique et la réorganisation du système de soins, de manière à contribuer à l'efficacité, l'efficience et la pérennisation de la stratégie de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au Maroc.

En se basant sur ces résultats, l'extension de la PCIME au reste des provinces du royaume a été retenue dans le plan quinquennal 2000-2004. Dans l'esprit de déconcentration, il semble approprié que cette stratégie soit maintenant gérée à partir des régions. Celles-ci pourront décider elles-mêmes de la politique d'implantation des trois composantes de la stratégie PCIME et du choix des "zones d'ombre" propices à l'approche communautaire. Une opportunité de tester cette gestion décentralisée se présente dans les régions de Tétouan – Tanger et de Souss - Massa – Drâa, où il est prévu, avec l'assistance technique et financière de l'USAID, de modéliser la gestion régionale des services de santé

Autres interventions dans le domaine de la santé de l'enfant

Surtout dans les années initiales, le projet a fourni une assistance technique et financière aux programmes de lutte contre les maladies prioritaires de l'enfant: le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (PLMD); le programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës (PLIRA) , le programme national d'immunisations (PNI), et le programme de lutte contre les maladies de carences (PLMC). Ainsi nous citons:

- Recyclage (appelé la "formation combinée) au cours de 1996-1998 de plus de 2000 animateurs et infirmiers SMI des centres de santé à travers le pays, visant l'amélioration de la qualité de prise en charge des problèmes de santé de l'enfant dans les domaines suivants: maladies diarrhéiques, infections respiratoires aiguës, malnutrition, surveillance de la croissance, la couverture vaccinale, et en particulier la surveillance épidémiologique des cas de paralysies flasques aiguës.
- Développement et production de supports IEC et achat d'oxygénateurs pour le programme PLIRA.
- Développement et production d'un guide de la gestion intégrée des enfants diarrhéiques;

Etudes de recherche appliquée sur les diarrhées persistantes, et, en collaboration avec le Peace Corps, sur les la gestion communautaire des maladies diarrhéiques et nutritionnelles. Spécialement le PNI et le programme de micronutriments ont bénéficié d'un soutien continue du projet.

Programme National d'Immunisation (PNI)

En continuation de l'assistance de l'USAID au cours des projets précédents, un support important a été fourni par le Projet au Programme Nationale d'Immunisation (PNI), qui continue d'être un exemple mondialement reconnu de performance exceptionnelle, en maintenant les taux de couverture largement au-delà des 80% (l'enquête PAPCHILD a trouvé 87,8% en 1997). Ce support a été fourni par une collaboration étroite entre JSI, BASICS, et PHR. Ainsi nous mentionnons les activités suivantes qui ont été décrites plus en détail dans les rapports annuels du Projet:

- Achat de deux camions avec compartiments réfrigérants pour le transport des vaccins à travers le pays;
- L'installation de la chambre froide positive y compris un groupe électrogène dans le dépôt de Sale;
- Rédaction, imprimerie, et diffusion large à travers le pays d'un guide de vaccinations (BASICS 1997);
- Soutien financier aux activités IEC des Journées Nationales de Vaccination (JNV), qui a continué jusque 1999.
- Apport de 500.000 dollars au fonds de roulement pour les achats de vaccins

Deux rapports clés dans la planification stratégique du PNI ont été produits avec l'assistance du Projet: (1) Rapport sur l'état de la chaîne de froid par Paul Ickx (BASICS 1996) et (2) Etude de cas sur les coûts et le financement des activités de vaccination au Maroc par Miloud Kaddar et collaborateurs (PHR, 1999). Ces rapports continuent à guider les planificateurs du MS dans l'institutionnalisation et la pérennisation des services de vaccination au Maroc.

Deux situations persistent qui menacent la pérennisation des progrès impressionnants en matière de couverture vaccinale pendant les dix dernières années: (1) l'utilisation jusqu'aujourd'hui d'un prêt de la Banque Mondiale pour financer la majorité des coûts récurrents du PNI; et (2) la dépendance du PNI de la stratégie de recours aux JNV pour maintenir la couverture vaccinale à des taux élevés. Les réponses à ces deux problèmes doivent se chercher dans la mise en oeuvre soutenue de la gestion décentralisée des services SMI/PF. En effet, une implication accrue des communautés locales dans l'organisation du PNI pourrait contribuer à la pérennisation aussi bien de la prestation que du financement des services de vaccination. Le nouveau projet pilote de l'USAID dans les régions du Souss-Massa-Drâa et de Tanger-Tétouan vise cet objectif à travers le développement de mécanismes innovateurs de prestation de services SMI/PF avec participation des autorités locales, de la société civile, et des communautés elles-mêmes.

Programme de Micronutriments

Les enquêtes nationales en matière de micro nutriments, réalisées par le MS avec le support du projet OMNI, avaient démontré que l'anémie par carence en fer et l'avitaminose-A sont des problèmes majeurs de santé publique.

Une stratégie globale et intégrée de lutte contre les carences en micronutriments a été développée par le Comité Technique de Lutte contre la Malnutrition, qui rassemble tous les cadres du MS et des universités impliqués dans la nutrition. Cette stratégie comprend les éléments suivants:

- (1) la supplémentation des groupes cibles carencés particulièrement les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans;
- (2) l'éducation nutritionnelle sur la base d'un plan de communication et d'information; et
- (3) la fortification des aliments de large consommation comme la farine, l'huile, le beurre.

Ce comité a ensuite élaboré un plan d'action, dont les activités suivantes sont actuellement en cours:

- La formation des professionnels de santé
- La conception et la production de supports IEC
- L'élaboration d'une campagne de marketing pour la farine fortifiée en fer

L'ensemble de ces activités bénéficie du support technique et financier du projet MOST/USAID (après la fin du projet OMNI en 1998) et du Projet CMS.

Résultat Intermédiaire II: Meilleur Environnement Institutionnel, Soutenant l'Expansion des Services SMI/PF

Dès le départ, et basé sur les recommandations du Plan de Transition de 1996, le Projet Phase V projetait d'assister le MS dans le développement de sa capacité à formuler une "stratégie/politique", et prendre les mesures nécessaires pour un plaidoyer efficace en faveur des programmes de SMI/PF. Les principes directeurs et les objectifs de cette initiative étaient:

- (1) de finaliser le transfert de la charge du financement des contraceptifs de l'USAID au MS;
- (2) d'identifier et de traiter les facteurs empêchant l'offre de services de SMI/PF de qualité;
- (3) d'encourager une participation accrue du secteur privé à l'offre de tels services; et
- (4) de promouvoir la décentralisation des structures des services de SMI/PF.

L'assistance technique pour la mise en oeuvre de l'agenda d'environnement institutionnel a été assurée par au moins trois agences coopératrices: tout d'abord le projet Partnership for Health Reform (PHR), mais aussi FPLM et POLICY et a été coordonné par JSI, le contractant institutionnel.

Les activités sous le Résultat Intermédiaire II ont été groupées sous trois composantes: (1) Information et analyse; (2) Le transfert du financement des contraceptifs; et (3) Interventions et outils de plaidoirie. Elles ont porté surtout sur les aspects qui affectent directement la prestation des services jugés prioritaires dans le cadre du Projet Phase V, à savoir: les services PF et plus particulièrement les méthodes de PF à long terme; les soins obstétricaux; et l'approche PCIME.

A. Information et Analyse

Sous cette composante sont résumées les activités de support du projet aux études spécifiques au niveau national, telles que les enquêtes EPPS de 1995 et PAPCHILD de 1997. Les études de recherche d'évaluation seront discutées sous la composante Evaluation du RI 3.

Enquête de Panel sur la Population et la Santé (EPPS)

Au début de 1995, USAID a fourni une assistance technique et financière à travers le projet Macro à la mise en oeuvre d'une enquête intérimaire sous forme d'étude panel pour mesurer l'évolution des indicateurs principaux de la santé de la mère et de l'enfant et la planification familiale. Cette enquête, menée par le SEIS, impliquait d'interviewer 3000 des 9000 femmes qui avaient été interviewées lors de l'enquête DHS de 1992. En même temps, le projet EVALUATION et JSI ont assisté le SEIS à mettre en oeuvre une enquête dans un échantillon de formations sanitaires pour mesurer l'extension et l'amélioration des services SMI/PF. Les résultats de cette enquête ont été publiés en 1996 et ont servi à la planification de la "carte sanitaire" du MS.

L'étude sur les causes et circonstances des décès infanto-juvéniles (ECCD2)

L'étude sur les causes et circonstances des décès infanto-juvéniles (ECCD2) était basée sur un échantillon de plus de 1000 décès identifiés par l'enquête PAPCHILD de 1997. L'objectif de l'étude et de fournir au MS des données fiables et actualisées sur les principales causes de décès des enfants au Maroc, afin de servir à l'élaboration de nouvelles stratégies particulièrement en matière d'évitabilité des décès infantiles.

L'enquête sur le terrain par autopsie verbale et l'analyse ont été effectuées par une équipe de cadres du SEIS et de la DP, et ont bénéficiées de l'assistance technique de Michel Garenne, consultant JSI, qui avait déjà assisté le MS dans la mise en oeuvre d'une enquête similaire en 1988. Les résultats de l'étude ont été présentés le 13 juillet 2000 lors de la journée de dissémination des résultats des projets pilotes SOU et PCIME. Ils ont montré une baisse spectaculaire de la mortalité par les maladies cibles du Programme Nationale d'Immunisation (PNI) et par les maladies diarrhéiques. Ces résultats sont importants pour l'élaboration par le MS de nouvelles stratégies liées à la santé de l'enfant, particulièrement en matière d'évitabilité des décès infantiles.

B. Transfert du Financement des Contraceptifs

Comme la majorité des produits contraceptifs distribués par le secteur public étaient financés par l'USAID jusqu'au début des années 90, il était pertinent que le Gouvernement du Maroc développe une stratégie d'autonomie financière en matière d'achats de produits contraceptifs. En 1993, un accord de don a été passé entre le MS et l'USAID visant la transition vers une autosuffisance du Programme National de Planification Familiale. Cet accord spécifiait la contribution respective de chacun des partenaires pour le financement des contraceptifs pendant la phase de transition et définissait une stratégie de transition, c'est-à-dire, le cadre global des mesures à prendre pour rendre pérenne le système de gestion logistique des contraceptifs distribués par le secteur public.

Ainsi, surtout à partir de 1997, à la veille du retrait de la contribution de l'USAID pour l'achat des produits contraceptifs distribués par le secteur public au Maroc, une série d'activités a été entreprise par une équipe constituée de cadres de la DP, de la DPRF, et de JSI, et avec l'assistance technique des projets PHR, POLICY et FPLM. Il s'agissait pour le Ministère de la Santé et ses partenaires du projet SMI/PF Phase V d'effectuer des analyses complémentaires, sources d'information et outils essentiels pour la prise de décisions stratégiques.

Objectifs

- (1) Identifier une stratégie fiable et réaliste pour l'acquisition autonome par le MS des contraceptifs du secteur public;
- (2) Trouver un consensus pour les sources et modalités de l'approvisionnement du pipeline au-delà de l'an 2000.

Réalisations

Dans les paragraphes suivants, un résumé est donné des différentes études et outils développés au cours du projet. Pour des résultats détaillés, nous référons le lecteur aux documents originaux qui sont listés en annexe 2.

Préparation du dossier de plaidoyer (avec assistance de PHR): Un dossier de base, un résumé traduit en Arabe, ainsi que des diapositives ont été produites pour que le MS puisse convaincre le gouvernement de la nécessité d'augmenter les ressources dédiées à la PF en général et à l'achat des produits contraceptifs en particulier.

Synthèse des expériences internationales sur le «phase over»: Le projet FPLM a rassemblé en un rapport les éléments d'une analyse sur les diverses expériences en matière de retrait de financement de l'USAID pour l'achat de contraceptifs; ce rapport a été communiqué en Juillet 1998 au Ministère de la Santé et à la Mission de l'USAID à Rabat.

Voyage d'échange sur le «phase over»: L'analyse des expériences "phase over" devait permettre de choisir la destination d'un voyage d'échange. Vu le calendrier chargé des activités du Projet, ce voyage a été annulé.

Etude de la segmentation du marché: Le projet POLICY a préparé une analyse de segmentation du marché de PF marocain. L'étude comprenait un exercice de projection afin d'évaluer la demande pour les services de PF jusqu'en 2005. Ainsi en 2005 le marché potentiel de la PF serait de 3,4 millions de couples, dont 2,7 millions utiliseront une méthode moderne. La demande pour le secteur public devrait augmenter de 20% alors que celle pour le secteur privé devrait presque tripler. Cette étude a constitué un outil essentiel et a permis d'éclairer les cadres du GM sur la segmentation du marché et les hypothèses à l'horizon 2005.

Etude sur les exonérations: Une étude comparative sur les exonérations fiscales dans plusieurs pays a été produite avec l'assistance technique du projet PHR.

Etude du marché local: Cette étude entreprise en 1997 par des consultants JSI documente le cadre législatif et le marché local des contraceptifs au Maroc.

Etude sur les options d'achat pour les contraceptifs du MS: Suite à l'étude précédente, il était question de mettre à jour des données sur les prix obtenus par le MS puisque ce dernier avait commencé à acquérir des contraceptifs. L'étude présente trois options d'achat pour le Ministère: (1) l'achat par appels d'offres publics locaux ou internationaux; (2) une convention d'achat entre le gouvernement et le FNUAP; (3) une solution mixte. La meilleure formule devrait émerger localement lorsque les fournisseurs trouveront leur intérêt dans un approvisionnement régulier et dont le paiement sera garanti par des fonds réguliers du Ministère.

Formation sur la technique d'estimation des besoins en contraceptifs à long terme: Avec l'assistance technique de POLICY, des cadres du Ministère de la Santé et des chercheurs du Centre d'Etude et de Recherche en Démographie (CERED) ont été formés sur l'utilisation du système de modèles Spectrum.

Une grande partie de ces activités a servi de source pour la préparation et les travaux de «l'Atelier sur les Stratégies de Consolidation des Programmes de Santé Reproductive, Volet Planification Familiale» tenu à Marrakech les 25 et 26 septembre 1998. Cette réunion a regroupé les partenaires des différents secteurs impliqués dans la planification familiale au Maroc. Les participants ont recommandé à l'unanimité que le budget nécessaire pour financer les besoins en contraceptifs du MS soit inclus dans le Plan Quinquennal 1999-2004. Suite à cet atelier, un consultant FPLM a assisté la DP à calculer les montants nécessaires par exercice budgétaire annuel, en tenant compte des apports de l'USAID, de l'Union Européenne, et du FNUAP.

Finalement, sous l'égide de la Commission Supérieure de la Population, une étude sur le coût-efficacité de la santé reproductive a été réalisée avec l'aide de POLICY et PHR. L'étude a été présentée à la Conférence sur le Financement des Programmes de Santé Reproductive et Infantile, organisée sur l'initiative de la Direction de la Population du Ministère de la Santé et le Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques (CERED), à Tanger le 7 juillet, 2000. Cette conférence a regroupé des responsables du secteur public et privé, des élus locaux, la société civile et les organismes de coopération internationale. Les participants s'étaient donnés trois objectifs principaux: réfléchir à une méthodologie de détermination des coûts de santé reproductive et de santé infantile; renforcer les mécanismes de partenariat entre tous les intervenants dans ce domaine; et identifier de nouveaux mécanismes de financement.

Résultats et perspectives d'avenir

Les résultats recherchés de la composante de transition du financement des contraceptifs ont été atteints en grande partie. L'atelier de Marrakech et les multiples réunions autour du plan quinquennal ont abouti à un consensus au sein du Ministère quant aux sources et les modalités de l'approvisionnement. Les prévisions d'approvisionnement du pipeline sont connues et un scénario établi jusqu'en 2004. Ce scénario prévoit que le MS, au départ encore aidé par des donations de l'USAID, du FNUAP et de l'Union Européenne, mobilisera 100% des ressources requises pour l'achat des contraceptifs à partir de 2002.

Ce résultat satisfaisant est en grande partie dû aux efforts de plaidoyer inlassables entrepris par la Direction de la Population et ses partenaires au cours des dernières années. Il faut soulever ici comme un fait préoccupant que, comme pour les vaccins, le budget des contraceptifs du MS est financé par un prêt de la Banque Mondiale jusqu'en 2001. Il sera donc crucial de rester vigilant dans les années à venir pour s'assurer que la mise en oeuvre du scénario exposé ci-haut puisse se réaliser effectivement, et de continuer les efforts de plaidoyer sans relâchement.

En même temps, il faudra continuer les travaux entamés par les commissions "post-Marrakech" pour essayer de réduire les coûts du programme PF du secteur public, par tous les moyens: à travers des efforts pour diminuer les taxes et les droits de douane; par la promotion des méthodes de contraception de longue durée; et en recherchant une implication accrue du secteur privé et des ONG dans la prestation des services PF. Cette stratégie a été couronnée de succès récemment: le Ministère de l'Economie et des Finances a approuvé une diminution substantielle des taxes et des droits de douane sur les contraceptifs.

C. Interventions et outils de plaidoirie

PHR

A partir de 1996, le Projet Partnership for Health Reform (PHR) a offert une assistance technique dont l'objectif principal était d'aider le Ministère de la Santé et l'USAID à atteindre le Résultat Intermédiaire 2 : «un meilleur environnement soutenant l'expansion des services de planification familiale et de santé maternelle et infantile». L'assistance de PHR durant les quatre dernières années a pu être réalisée grâce à la présence d'un représentant de PHR au Maroc ainsi qu'à la programmation de plusieurs interventions et missions de courte durée d'experts de PHR. Le représentant de PHR a également assuré la coordination des activités avec l'USAID, le développement du plan de travail ainsi que les activités de PHR (activités d'assistance technique de courte durée incluse) réalisées en collaboration avec les autres Agences de Coopération impliquées dans le cadre du Projet Bilatéral Phase V, en particulier JSI et le Projet Policy.

Objectifs

PHR a porté ses efforts sur les domaines de travail suivants:

- Le soutien et le financement du programme de PF, notamment le financement des produits de contraception (dans le cadre du «transfert du financement des contraceptifs»); et
- L'amélioration de l'environnement politique et législatif relativement à la fourniture de services de planification familiale et de santé maternelle et infantile tant dans le secteur public que privé.

Réalisations

Les principales activités relevant du champs d'action du projet PHR et qui ont été réalisées sont les suivantes:

- Maintien d'un haut niveau de prévalence contraceptive à un moment où le support financier de l'USAID accordé au programme de PF tendait à sa fin.
 - *Dossier Plaidoyer* – PHR a fourni son appui au Ministère de la Santé (MS) dans la réalisation de sa stratégie de plaidoyer visant à ce que le programme de planification familiale bénéficie des ressources nécessaires. A la fin de l'année fiscale 1998 (fin Septembre 1998), un document plus connu sous le nom de - Dossier Plaidoyer - a été finalisé. Ce dossier conçu pour des présentations, était composé de plusieurs diapositives développées sous Power Point, un document technique de 20 pages et une courte note qui résume les contraintes auxquelles le programme de PF est confronté. L'objectif de ce dossier préparé par PHR en collaboration avec le Ministère de la Santé, l'USAID, l'équipe de JSI et du Projet Policy était de convaincre les décideurs à œuvrer dans le but d'assurer la pérennité du programme de PF par l'octroi de ressources adéquates. Le Service des Etudes et de l'Information Sanitaire (SEIS) et le Service de l'Economie Sanitaire (SES) a actualisé les données contenues dans le modèle développé par Dr Daniel Kress contribuant ainsi à la remise à jour du dossier de plaidoyer. Ce modèle décrivait les coûts de la PF, mais surtout les bénéfices que la nation pouvait retirer d'un programme qui assurait à la PF les ressources adéquates. Le dossier ainsi actualisé était utilisé par les décideurs du ministère comme un argumentaire dans des opérations « de lobbying » qu'ils jugeaient utiles.
- Réduire le coût substantiel des taxes et des coûts administratifs associés à l'achat des produits de PF et de vaccination
 - *Etude sur les taxes* – PHR a finalisé une importante étude sur les taxes dans quarante quatre pays. Cette étude montrait comment différentes politiques fiscales ont été mises en application dans ces pays et comment ces politiques sont utilisées en vue d'atteindre les objectifs assignés à certains programmes de santé publique. Ainsi dans plusieurs pays les dégrèvements fiscaux ont permis d'une part la réduction du prix à la consommation sur les trois produits dits clefs (les vaccins, les sels de réhydratation orale, les produits contraceptifs), l'accroissement de l'offre sur ces produits d'autre part, mais également et surtout, la réduction des besoins budgétaires des ministères de la santé. Les responsables marocains étaient sensibles à la nécessité d'un allègement fiscal sur les produits clefs de la santé publique. Ils étaient conscients des bénéfices que cet allègement pouvait apporter à l'état, aux fournisseurs et aux consommateurs. Cependant, une contrainte subsistait : le raisonnement du Ministère de l'Economie et des Finances (justifiable par ailleurs) qui est étroitement lié au volume et à la valeur de l'assiette fiscale.
 - *Structure des coûts* – PHR a participé d'une manière active à un important atelier intitulé «Atelier sur les Stratégies de Consolidation des Programmes de Santé Reproductive, Volet Planification Familiale» qui s'est tenu à Marrakech à la fin du mois de Septembre 1998. Les documents développés par PHR, l'analyse entreprise par Policy relativement à la segmentation du marché de la PF ainsi que le travail de JSI en matière d'options d'approvisionnement et d'impact de la taxation sur les achats de produits de contraception ont servi de base à toute la réflexion des différentes commissions de travail. Cet atelier a eu des suites très positives puisqu'il a servi de plate-forme de travail à toute la réflexion et

l'élaboration du plan quinquennal du département. Il a également permis à la Direction de la Population de constituer six commissions de travail (financement, IEC, développement du secteur privé, implication des gynécologues et des pharmaciens, diversification des méthodes et des produits. Travaillant sous la supervision de D^r Hajji, Chef de la Division de la Planification Familiale, le représentant de PHR a assuré la coordination de ces commissions Post-Marrakech qui ont eu pour mandat de pousser la réflexion sur les recommandations de l'atelier de Marrakech.

- *Développement d'une stratégie de plaidoyer* – C'est la commission financement qui a eu pour tâche d'examiner les moyens de réduire les coûts du programme de P.F. pour le gouvernement (Exonération de taxes et de droits de douane, Fonds de roulements, implication plus active du secteur privé dans la fourniture de prestations de PF etc.). Sur la base des discussions au sein de ces commissions, des recommandations visant la réduction des coûts d'acquisition des produits de contraception ont été présentées au MS. Les efforts de la Direction de la Population et de l'USAID conjugués à l'assistance technique de PHR principalement mais aussi de JSI et Policy ont porté leurs fruits puisque le budget programmé dans le plan quinquennal permet de couvrir les besoins en PF.

Autre important succès pour la Direction de la Population, la demande d'exonération des taxes et droits de douane présentée au Ministère de l'Economie et des Finances a eu un impact positif puisque les taxes et droits de douane sur les produits de contraception ont sensiblement baissé. Les nouveaux barèmes qui entreront en vigueur prochainement sont les suivants:

Produits de contraception	Anciens % de TDD	Nouveaux % de TDD
Condoms	32,5%	32,5%
Pilules	41,25%	26%
DIU	68,5%	26%
Injectables	41,25%	26%

(TDD = Taxes et Droits de Douane)

- Augmenter l'accessibilité aux services de PF/SMI abordables, efficaces et de qualité.
 - *Projet de loi relatif à la législation des fonctions paramédicales* – PHR a organisé deux voyages d'études aux profits de quatre participants: le Président de l'AMSITH (Association Marocaine des Sciences Infirmières et Techniques Hospitalières) et trois cadres de la Direction de la Réglementation et du Contentieux (DRC). Ces deux voyages d'études l'un au Chili et l'autre en Tunisie avaient pour objectifs de prendre connaissance de l'expérience des deux pays en matière de législation paramédicale. Ils ont permis d'appréhender ce qui se passe ailleurs, de collecter une riche documentation et de nouer des relations de collaboration avec les deux pays. Les participants marocains ont eu l'opportunité en particulier de voir les types d'actes exécutés par les sages-femmes et les infirmières ainsi que les curricula de formation. Ils ont également pu observer les relations professionnelles harmonieuses développées par les médecins et les paramédicaux au Chili comme en Tunisie.

Basé sur l'expérience de ces voyages, la DRC a préparé une refonte des textes relatifs aux professions paramédicales. Le projet de loi a été finalisé et envoyé au Secrétariat Général du Gouvernement qui a programmé son passage dans les instances du Conseil du Gouvernement puis au Conseil des Ministres pour enfin être présenté au Parlement.

- *La conférence des Sages-femmes*—Sur demande de la Direction de la Planification et des Ressources Financières (DPRF) et de l'USAID, PHR a organisé un voyage en France permettant à deux sages-femmes marocaines de participer à la Conférence Francophone des Sages-Femmes en décembre 1998. Cette conférence a permis aux participantes marocaines d'étudier des techniques de travail plus efficaces qui contribuent à l'amélioration de la fourniture des prestations de PF/SMI. Les sages-femmes ont également pu remettre à jour leurs connaissances en matière de méthodes nouvelles de travail relatives à la PF/SMI et l'évaluation de ces programmes.
- Maintenir un haut niveau de couverture vaccinale national indépendant de l'Assistance de donateurs Internationaux.
 - *Financement des vaccinations*—Le Maroc a été sélectionné pour participer à une étude de cas pour le financement de l'initiative vaccinale au même titre que cinq autres pays. PHR a analysé les coûts du programme au niveau national, les besoins projetés, les taux de couverture vaccinale ainsi que le fonctionnement de l'Initiative pour l'Indépendance Vaccinale (IIV). Les résultats de cette étude ont été présentés au MS, à l'USAID-Rabat et Washington, à l'UNICEF et à l'OMS. Un cours sur les coûts et le financement des vaccins a été préparé en collaboration avec la Direction de la Population. Vingt trois cadres régionaux et centraux impliqués dans les programmes de vaccination ont bénéficié de ce cours qui a abordé les notions de coûts et de financement mais également les contraintes auxquelles doit faire face la Direction de la Population dans la mise en place d'une stratégie vaccinale marocaine pour les dix prochaines années. Les résultats de cette étude de cas ont été présentés à une large audience au cours d'un atelier qui s'est tenu au début du mois de Juillet 2000 à Tanger sur les coûts de la santé reproductive.
- Assurer un soutien financier durable pour les services de PF/SMI au-delà du retrait de l'USAID, en 1999.
 - *Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS)* – Depuis 1998, PHR a fourni son soutien aux activités de mise en place des comptes nationaux de la santé et aux efforts d'institutionnaliser cet important outil d'appréhension du système national de santé au Maroc. Les CNS permettent d'identifier les problèmes d'allocation des ressources et d'évaluer le degré de progression vers un objectif déterminé. Ils permettent également au MS de disposer d'éléments d'évaluation fiables qui aident les responsables du département à mieux élaborer les plans quinquennaux. A ce titre les CNS sont un bon outil d'aide à la planification.
 - La réalisation de ce projet s'est faite de la manière suivante. Dans une première phase, l'équipe du Service d'Economie Sanitaire (SES) de la DPRF a collecté des données sur une province pilote (Settat), a développé des matrices, a identifié les informations manquantes et a préparé un plan d'action en vue de mener à bien la collecte des données au niveau national. Pour ce faire, une série de séminaires régionaux regroupant au sein de quatre centres de formation (Marrakech, Agadir, Fès et Rabat) toutes les provinces du Royaume a été organisée du 27 Septembre au 8 octobre 1999. Les données recueillies ont fait l'objet d'un traitement spécifique avant d'être agrégées pour obtenir des comptes au niveau du pays. Le rapport préliminaire qui présente les résultats des premiers comptes nationaux de la santé du Maroc est en cours de finalisation. Il faut noter que le Ministère de l'Economie et des Finances, la Direction de la Statistique relevant du Ministère du Plan, ainsi que les Forces Armées Royales sont associés au projet.

Dans le cadre de la mise en place des CNS, PHR a organisé trois ateliers régionaux (Moyen-Orient et Afrique du Nord) et un séminaire international à Rotterdam auxquels ont participé les cadres du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Economie et des Finances et de la Direction de la Statistique.

- *Renforcement des capacités d'analyse financière du ministère au niveau régional*— Le MS et PHR ont organisé en 1999 et 2000 une série de séminaires pour renforcer les capacités de gestion financière des cadres du MS dans le contexte de la régionalisation, en leur fournissant des outils méthodologiques d'analyse financière. Deux de ces séminaires (en avril 1999 et 2000 à Marrakech), auxquels des cadres algériens et tunisiens ont participé, étaient organisés avec la participation de RESSMA, et co-financés par l'OMS, le Rotary International Algérien, et le Bureau Régional ANE de l'USAID.

Le bilan de la formation organisée par PHR est largement positif puisque 106 cadres du département ont bénéficiés d'une formation à l'économie de santé. Parmi ces 106 personnes il y a 38 délégués, 20 directeurs d'hôpitaux, médecins chef de SIAAP et de centre de santé, 27 administrateurs/économistes et 21 animateurs du programme PNI, majors et cadres appartenant aux observatoires régionaux d'épidémiologie. Les séminaires RESSMA (Réseau des Economistes de la Santé du Maghreb) ont touché 29 cadres marocains, 13 Tunisiens et 10 Algériens. Au total c'est 38 provinces sur les 68 que compte le pays qui ont bénéficié de la formation à l'économie de la santé.

Contraintes

Plusieurs activités de PHR supposent un engagement continu du MS et du Gouvernement à faire avancer certaines décisions. Il faut cependant noter que si PHR a continué à fournir l'assistance et le conseil nécessaires, de nombreuses décisions finales dépendent de décideurs extérieurs au MS. A titre illustratif on peut citer un exemple: le projet de lois relatif aux fonctions paramédicales a été préparé par la Direction de la Réglementation et du Contentieux en collaboration avec PHR. Cependant l'avancement du dossier reste tributaire de décisions relevant de la compétence du Secrétariat Général du Gouvernement, de la programmation du passage des lois en première lecture au Parlement, du temps qui sera nécessaire à la première chambre et à la chambre à l'adoption de ce projet de lois. Autre exemple, l'étude sur le coût et le financement des vaccins a dévoilé les risques encourus par le Maroc tant que les coûts récurrents du programme de vaccination sont toujours financés par un prêt international. L'étude a cependant confirmé que ce mécanisme mis en place par la Direction de la Population reste, pour le moment, la meilleure solution garantissant le financement tant des Journées Nationales de Vaccination (JNV) que des campagnes et mini-campagnes de routine.

Succès et perspectives d'avenir

Le phase-over dans le domaine de la PF (voir aussi ci-dessus):

Un des résultats notoires à mettre au crédit tout d'abord de la Direction de la Population et ensuite d'une bonne collaboration de PHR avec l'USAID, JSI, et Policy, c'est que le MS a réussi à augmenter d'une manière significative son budget pour la santé reproductive en réservant 36 500 000, 00 Dh (environ 3,7 millions de dollars) au titre de la loi de Finances 1999-2000. Ce budget devrait permettre au MS de financer toutes les activités de PF sans d'autres supports financiers de la part de l'USAID comme cela ressort de l'étude menée par M. Edward Wilson (FPLM). Les montants programmés dans le plan quinquennal devraient également suffire à assurer le financement de la PF pour les quatre autres années du plan quinquennal.

- *Réduire le coût substantiel des taxes et des coûts administratifs associés à l'achat des produits de PF et de vaccination.*
 - En se basant sur le dossier de plaidoyer et sur l'étude sur les taxes réalisés par PHR, la Direction de la population a mis en place une stratégie visant à réduire les taxes et droits de douanes. Cette stratégie a été couronnée de succès puisque la demande du MS a reçu un écho favorable auprès du Ministère de l'Economie et des Finances.

- *Augmenter l'accessibilité aux services de PF/SMI abordables, efficaces et de qualité.*
 - Les deux voyages d'affaires au Chili et en Tunisie, organisés par PHR pour le compte des quatre cadres du MS, ont aidé la Direction de la Réglementation et du Contentieux à préparer un projet de loi qui définit les règles de l'exercice de la profession paramédicale. Ce projet devrait permettre à des sages-femmes et à des infirmières d'exercer une activité en cabinet privé ou en clinique augmentant ainsi l'accessibilité à des services de PF/SMI surtout dans le monde rural où très peu de médecins s'installent. A noter que les textes législatifs qui régissaient les fonctions paramédicales datent de la période coloniale.

- *Maintenir un haut niveau de couverture vaccinale nationale indépendant de l'Assistance de donateurs Internationaux*
 - L'étude d'immunisation a permis de mettre à jour toutes les contraintes qui se posent au financement du Programme National de Vaccination, autant à moyen qu'à longs termes. Un plan stratégique visant à assurer un financement adéquat du PNI a été préparé par PHR en collaboration avec la Direction de la Population. Un atelier de formation a été organisé et animé par des experts de PHR. Cet atelier a permis d'aborder les aspects de coûts et de financement du programme de vaccination et de discuter de la stratégie vaccinale pour les dix prochaines années. Basés sur les résultats de l'étude, l'USAID/Rabat a accepté d'accorder un financement supplémentaire de \$ 500,000 au Fonds de Roulement des vaccins dans la perspective du retrait de l'USAID.

- *Renforcer les capacités du ministère de la Santé dans la gestion des ressources diversifiées.*
 - Le MS a confié le projet des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) à une équipe compétente appartenant à la Direction de la Planification et des Ressources Financières (DPRF). PHR a travaillé étroitement avec le Service de l'Economie Sanitaire en vue de développer des matrices qui serviront de base à la collecte des données. Conscient des bons efforts réalisés, l'USAID-Rabat a répondu favorablement à une demande de financement supplémentaire qui permettra d'obtenir des données plus fiables qui seront rassemblées au niveau de chaque province et préfecture du pays. L'expérience des CNS au Maroc est unique dans le sens que, bien que bénéficiant de l'assistance d'éminents experts internationaux de PHR, c'est le Service de l'Economie Sanitaire avec ses compétences nationales qui a été le vrai artisan des premiers CNS du Maroc. A noter également que malgré les restrictions concernant la création de postes dans le secteur public, la DPRF a étoffé l'équipe du SES en recrutant deux cadres économistes, statisticiens pour mieux réussir son projet d'institutionnalisation des CNS.

Cette même équipe, en étroite collaboration avec le réseau RESSMA garantit aussi la pérennité de ces actions de formation en gestion financière. Le bureau local de l'OMS financera une évaluation par un expert marocain indépendant de

toutes les activités de formation entreprises par PHR. De plus le bureau de l'OMS local a donné son accord de principe pour participer au financement d'un troisième séminaire RESSMA.

Autres activités de plaidoirie

Dans un but de promouvoir les nouvelles stratégies et approches en matière de soins de santé de la femme et de l'enfant, le projet a contribué financièrement à l'organisation de plusieurs conférences de santé publique:

- Les Congrès annuels de l'Observatoire National des Droits de l'Enfant (ONDE): promotion de l'approche PCIME;
- Les Congrès Annuels de la Société Marocaine des Sciences Médicales (SMSM): promotion de la participation du secteur privé dans les services SMI/PF de prévention;
- Les réunions du Partenariat Sud-Sud pour la Population et le Développement, qui permettent au Maroc d'échanger des expériences en santé de reproduction avec d'autres pays.

Résultat Intermédiaire III: Capacité Renforcée à Gérer les Services SMI/PF de Façon Décentralisée et en Répondant à la Demande

Les activités effectuées au cours du Projet PF/SMI Phase V pour atteindre le Résultat Intermédiaire III avaient un double objectif:

- Renforcer la capacité des régions à planifier et à mener des actions dans les domaines de la PF, de la Maternité sans Risque et de la PCIME; et
- Renforcer la capacité des niveaux central et périphérique du MS à décentraliser la gestion des services SMI/PF de manière organisée et efficace.

Par rapport au premier objectif, dès la création en 1997 de seize régions, le projet a entamé une série d'expériences d'opérationnalisation de la régionalisation dans cinq régions pilotes qui sont décrites sous la composante Gestion décentralisée au niveau des régions.

Les activités liées au deuxième objectif visaient le renforcement des systèmes d'appui à la gestion décentralisée et de la capacité individuelle et institutionnelle à gérer ces systèmes au niveau régional et provincial. Elles sont décrites sous six composantes:

- Information, éducation, et communication (IEC)
- Gestion de la qualité
- Formation de base et continue
- Logistique des contraceptifs
- Evaluation
- Système d'Information Sanitaire (SIS)

Pour chacune de ces composantes, les activités ont ciblé d'abord le niveau central, et se sont ensuite graduellement déplacées vers la périphérie.

Plusieurs agences coopératrices ont contribué à la réalisation des activités prévues sous les composantes de ce résultat intermédiaire. Ainsi, nous mentionnons JHU/CCP, sous-traitant de JSI dans la composante d'IEC; l'URC, sous-traitant de JSI dans la gestion de la qualité; de JHPIEGO, PRIME et MSH dans la composante formation de base et formation continue; FPLM dans la composante logistique des contraceptifs; et Tulane University à travers les projets Evaluation et Measure dans les composantes évaluation et système d'information et de gestion.

L'USAID avait retenu deux indicateurs synthétiques pour mesurer la performance des activités de ces résultats intermédiaires. L'évolution de ces indicateurs et d'autres indicateurs complémentaires durant le projet sera discutée d'une façon détaillée sous chaque composante.

- Une augmentation du % des provinces qui rapportent la disponibilité d'un stock de trois mois de contraceptifs chaque mois de l'année.
- Evidence documentée pour chaque région pilote d'au moins trois actions programmatiques en SMI/PF basées sur l'analyse des données SMI/PF.

La gestion décentralisée au niveau des régions

En 1997, le Maroc avait légalisé un modèle de gouvernement décentralisé au niveau de la région. Ainsi seize nouvelles régions avaient été créées et un "conseil régional" élu devait assurer une gouvernance dévolue dans chaque région. La création de structures organisationnelles régionales pour chaque département (la "déconcentration") devrait suivre assez rapidement.

C'est dans ce cadre que l'équipe du Projet de PF/SMI avait pris la décision stratégique fin 1997 de soutenir le Ministère de la Santé (MS) dans son effort d'opérationnalisation du niveau régional nouvellement créé au sein des services de santé. La raison d'être en était que la gestion décentralisée, telle que favorisée par la régionalisation, est le meilleur moyen de réaliser l'objectif du Projet, à savoir la pérennité des services de SMI/PF après l'expiration de l'accord de coopération bilatérale. Le Plan de Transition (1996) souligne: "Le Gouvernement du Maroc et l'USAID/Maroc reconnaissent que l'amélioration du niveau de santé d'une population croissante, avec un soutien décroissant des donateurs et du budget gouvernemental, exigera un leadership décentralisé et une gestion saine des ressources du système".

Objectifs

- Tester des modèles de gestion décentralisée au niveau de cinq régions pilotes, à travers la mise en oeuvre de projets gérés par une équipe régionale; et
- Explorer des mécanismes de partenariat multisectoriel au niveau de la région.

Indicateur de performance

Dans chacune des cinq régions pilotes, le comité d'action SMI/PF, basé sur une analyse situationnelle, a identifié, organisé et géré financièrement au moins un projet dans le domaine de la SMI/PF.

Réalisations

A partir de 1998, plusieurs activités de gestion décentralisée ont été mises en oeuvre avec l'appui financier et technique du projet:

- (1) Mise en oeuvre de projets gérés d'une façon autonome par des équipes régionales dans cinq régions pilotes: Doukkala-Abda (DA); Fès-Boulemane (FB); Meknès-Tafilalet (MT); Souss-Massa-Drâa (SMD); et Taza-Al Hoceima-Taounate (TT). Il s'agissait de régions où de différentes activités pilotes du projet Phase V comme la Maternité sans Risque, la PCIME, ou le système d'information sanitaire étaient en cours de mise en oeuvre.
- (2) Exploration de collaboration multisectorielle dans le SMD, où l'USAID était impliqué dans plusieurs projets de développement.
- (3) Autres activités de renforcement de la capacité de gestion régionales, comme les visites inter-régionales et les formations à l'étranger.

Projets régionaux

Au cours de 1998, basée sur les résultats de l'analyse de la situation des programmes SMI/PF, chacune de cinq régions avait identifié un projet régional avec une répartition des problèmes bien équilibrée: deux projets autour de la planification familiale; deux sur la consultation prénatale; et un sur la mortalité néonatale. Pour chaque projet, un document avait été

développé qui détaillait les objectifs, les indicateurs, le plan d'opérations, et un budget. Les projets ont été mis en oeuvre à partir de fin 1998 et évalués fin 1999. Les paragraphes suivants donnent un aperçu sur le déroulement des projets dans chaque région, les progrès réalisés, et quelques constats relatifs au processus de gestion des projets.

Souss-Massa-Drâa : Projet d'Audit Interne de Mortalité Néonatale Précoce

Ce projet visait la diminution de la mortalité néonatale intra-hospitalière précoce dans 6 hôpitaux de la région à travers la mise en place de comités d'audit interne. Le projet était bien conçu et planifié et a démarré fin 1998, en premier, avant tous les autres projets régionaux. La plupart des activités planifiées ont été mises en oeuvre au cours de l'année 1999. Des comités d'audit ont été créés dans les six hôpitaux de la région et les membres formés aux procédures d'audit. Avec l'assistance technique de l'INAS, le projet a été évalué par l'équipe régionale en octobre 1999. Les résultats montraient que l'audit de mort néonatale était devenu une procédure acceptable parmi les prestataires et menait à la mise en oeuvre de mesures pour améliorer la qualité des services néonataux.

Devant la nécessité d'une assistance assez technique dans le domaine des audits, beaucoup d'intervenants (personnes ressources) ont été impliqués dans ce projet, y compris une personne de la DP, des professeurs du CHU de Rabat, un enseignant de l'INAS, et même une équipe de néonatalogistes de l'Hôpital des Enfants de Montréal qui était de passage au Maroc. Ceci a contribué au bon niveau technique du projet d'assistance, mais en même temps nécessitait beaucoup de coordination et une bonne gestion du projet. Etant donné que les membres du comité de gestion du projet étaient tous très actifs dans d'autres activités de la région et même au niveau national, ce n'était pas toujours possible pour eux de suivre de près les activités du projet. Malgré cela, le projet est passé par toutes ces étapes prévues, probablement grâce à l'implication importante des personnes ressources.

Fès-Boulemane : Projet d'Amélioration de la Consultation Prénatale

Le projet pilote "Maternité sans Risques" mis en oeuvre au niveau de cette région avait sensibilisé les responsables régionaux vis à vis du problème de la mortalité maternelle. Ainsi, dans le cadre de la gestion décentralisée du programme de la santé maternelle, un projet régional a été identifié sur la consultation prénatale (CPN) en complément de l'approche choisie dans le projet pilote "MSR". Le projet a revu la CPN dans une nouvelle optique : Comment la CPN peut contribuer à un programme de réduction de mortalité maternelle, tout en sachant qu'on ne peut pas prévoir la plupart des complications éventuelles durant l'accouchement? Tenant compte de cela, l'activité principale du projet était le développement d'un module sur la CPN concentré sur les aspects IEC de la CPN et surtout les messages clés à transmettre aux femmes concernant les signes des complications éventuelles et pour les encourager d'accoucher dans un milieu surveillé.

Une évaluation interne du projet a montré que toutes les provinces ont augmenté leur taux de recrutement pour la CPN et leur taux d'accouchement en milieu surveillé entre 1998 et 1999. La mise en oeuvre du projet a été suivie régulièrement à travers des réunions du comité de gestion régionale. Ce comité était constitué des délégués des cinq provinces de la région, plus d'autres personnes ressources de la région. Toutes les provinces ont été impliquées aux différents stades du projet, bien que quelques activités aient été menées sans beaucoup de coordination entre les provinces, telles que la formation technique, où chaque province a développé son propre module de formation. Le projet a accusé un retard dû à l'absence du principal concepteur du projet pendant les deux premiers mois de mise en oeuvre du projet. Ceci aurait pu être évité si une bonne équipe de gestion était impliquée dès le début. Mais globalement, le projet était bien intégré dans l'ensemble des programmes de la région. Ainsi, souvent les réunions de suivi ont été faites en même temps avec celle d'autres activités régionales.

Meknès-Tafilalet : Amélioration de la Qualité de la CPN

Ce projet a été développé, basé sur une enquête des cas de la mortalité péri-natale au niveau de l'hôpital Mohammed V à Meknès, dont les résultats mettaient en question la qualité de la CPN telle qu'elle est offerte dans les formations sanitaires. Le projet visait à améliorer la qualité de la surveillance de la grossesse afin d'assurer que les messages destinés aux femmes en termes de complications possibles et les avantages d'accoucher en milieu surveillé soient clairs et bien transmis. Le projet tentait aussi de consolider la relation entre les structures de référence et les cellules SMI des formations de premier niveau. Durant le projet 132 infirmières SMI/PF des cinq provinces de la région ont été formées.

Pour l'évaluation du projet, une grille d'observation a été utilisée, qui montrait que la qualité de la prestation CPN s'est sensiblement améliorée entre 1998 et 1999. Aussi, les constats relatifs à la gestion de ce projet sont positifs. La mise en œuvre des activités du projet a plus ou moins suivi l'échéancier et a respecté le budget. Il y avait une implication active de toutes les provinces. Le leadership était clairement basé à Meknès et il semble que les tâches du comité de gestion sont bien réparties et respectées. La gestion du projet CPN au niveau de la région a été mise en œuvre avec beaucoup d'indépendance sans impliquer des personnes ressources de l'extérieur. L'échange avec le comité de gestion du projet de Fès-Boulemane a été très bénéfique.

Taza-Al Hoceima-Taounate: Projet d'amélioration du niveau de connaissance en matière des méthodes de longue durée

Le projet de la région Taza-Al Hoceima-Taounate visait la promotion des méthodes de longue durée à travers différentes actions telles que: (1) la sensibilisation de personnes relais; (2) l'amélioration de la qualité de communication interpersonnelle; et (3) la généralisation des injectables.

Le projet a connu un retard dans la mise en œuvre des activités dues à une absence de coordination et de leadership au niveau de la région. Après des négociations au sein de la région concernant le choix du chef lieu, le coordinateur régional d'Al Hoceima, la capitale de la région, s'est chargé d'assurer le suivi et la coordination du projet au niveau de la région. Finalement l'équipe du projet a informé et sensibilisé 200 professionnels de santé et 300 personnes relais à l'utilisation des injectables. Une équipe de la DP/JSI a fourni une assistance technique pour développer un protocole d'évaluation comportant un certain nombre d'indicateurs quantitatifs pour mesurer l'impact du projet sur le programme PF et d'autres indicateurs qualitatifs pour évaluer l'impact du projet sur le processus et la dynamique de régionalisation.

Doukkala-Abda: Projet de Promotion des Méthodes de Longue Durée

Le projet visait la promotion des méthodes contraceptives de longue durée à travers une meilleure prise en charge des clientes. Le manque d'accueil a été identifié comme un problème prioritaire. De ce fait il a été décidé par l'équipe régionale d'améliorer les conditions d'accueil en mettant l'accent sur le respect de l'intimité des clientes. Les autres activités du projet étaient la généralisation des injectables, la formation en DIU et en CCV. Comme pour la région de TAT, l'évaluation a été mise en œuvre avec l'assistance technique d'une équipe de la DP/JSI. Elle a montré qu'entre 1998 et 1999, le pourcentage des MLD avait augmenté de 30.8% à 33.9%.

Doukkala-Abda était la dernière région pour démarrer un projet régional. La région avait eu un vrai problème de capacité d'élaboration des projets ainsi que de coordination entre les deux provinces. Une requête a été faite par les responsables de la région pour un séminaire sur l'élaboration des projets pour des représentants des deux provinces. Ceci a été fait au

début de 1999 avec l'assistance d'un enseignant de l'INAS. En dehors du renforcement des compétences liées directement à l'élaboration des projets, le séminaire a permis d'améliorer la coordination et la communication au sein de l'équipe régionale. Ainsi, l'équipe régionale de Doukkala-Abda s'est montrée très motivée et a persisté très longtemps à la recherche d'un résultat favorable. On peut conclure que le séminaire de planification a joué un rôle très important dans le développement de l'équipe régionale.

Partenariats public/privé

Une équipe du MS, avec l'assistance du Projet POLICY a examiné des mécanismes de collaboration multisectorielle dans le Souss-Massa-Drâa (SMD), région où l'USAID était impliqué dans plusieurs projets de développement. Les premières activités étaient de nature exploratrice et planificatrice:

- Identification des partenaires régionaux pour établir un dialogue multisectoriel dans le domaine de la santé de la reproduction et de la planification familiale; et
- Identification de mécanismes à travers lequel le dialogue régional multisectoriel sur la santé s'inscrirait: tous les partenaires (public, privé, associatif) étaient d'accord que *la commission santé du conseil régional* servirait comme plate-forme de dialogue.

La conception et la mise en œuvre des stratégies régionales dans le domaine de la santé nécessitaient la mise en place d'un partenariat solide avec les différents intervenants. Parmi ces intervenants, la société civile était l'acteur souvent le plus proche de la population, mais le moins organisé au niveau régional. En préparation de la mise en place d'un forum de dialogue régional, une série de tables rondes provinciales a été organisée en avril 2000 pour identifier des associations représentatives. Les principaux objectifs de ces tables rondes ont été de: (1) diagnostiquer les potentialités dont disposent les ONG en terme d'approche régionale dans le développement en général et dans les domaines de la santé et de la population, en particulier; (2) initier et stimuler un dialogue régional entre ONG: et (3) préparer un débat régional entre les ONG et les divers intervenants. Un rapport détaillé des résultats des ateliers a été produit et distribué à tous les participants et partenaires dans le dialogue régional.

Suite à ces ateliers, le conseil régional du Souss-Massa-Drâa, en collaboration avec la Wilaya de la région, les délégations provinciales de la Santé, et l'Université Ibn Zohr/Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, ont organisé le 6 juin 2000, avec le soutien technique de l'USAID à travers JSI et le projet POLICY, un atelier de travail sur le dialogue régional de la santé et la population à Agadir. Cet atelier avait pour objectifs de:

- Organiser et initier un dialogue régional entre les différents intervenants dans le secteur de la santé et la population dans la région SMD;
- Définir un espace de dialogue régional dans le domaine de la santé et la population; et
- Définir la mission de cet espace et le rôle de chacun de ses membres.

Un rapport de cette journée a été élaboré, imprimé et distribué à tous les acteurs au niveau de la région.

Autres activités de renforcement de la capacité de gestion régionale

Dans la dernière année du projet, des visites d'échange ont été organisées entre régions pour échanger les expériences acquises du point de vue technique et gestionnaire. Dans le cadre de la coordination inter-régionale, des visites à Meknès ont eu lieu pour un échange

d'information et d'expertise entre les deux régions, qui mettaient toutes les deux en oeuvre des projets sur la CPN.

En parallèle, plusieurs activités de formation en gestion décentralisée des programmes de santé ont été organisées. Un total de vingt-cinq personnes du niveau central et régional (onze des régions pilotes) ont participé aux cours internationaux focalisés sur un aspect de la gestion décentralisée. Parmi les vingt-cinq personnes, douze personnes (trois des régions pilotes) du niveau régional et central ont participé au cours international sur "La Gestion Décentralisée des Systèmes de Santé" mené par MSH en collaboration avec INAS. Sept personnes (quatre des régions pilotes) ont participé à une formation internationale sur "le Suivi et l'Evaluation des Projets de Développement" qui s'est déroulée à Settat, organisée par l'Université de Pittsburgh. Deux personnes (une de Fès) ont participé à une formation aux Etats Unis, organisée par l'Université de Pittsburgh, en "Planification et Management des Projets". Finalement, trois sages-femmes des régions pilotes et une représentante d'une ONG nationale ont participé à une formation sur la Conception et la Pérennisation des Programmes de Santé Reproductive à Santa Cruz, Californie.

Leçons apprises

Les résultats de ces premières expériences de gestion décentralisée ont été débattus au cours de deux réunions régionales de réflexion et de coordination: une à Agadir en octobre 1999 qui a rassemblé les partenaires publics et privés de la région SMD, et une à Fès en avril 2000, où les équipes des cinq régions se sont réunies.

Quelles ont été les principales leçons apprises?

L'opérationnalisation de la gestion décentralisée a une portée et un rythme différents d'une région à l'autre. Cette constatation est toujours valable, mais il faut dire qu'une fois que les projets ont démarré, les différences n'étaient pas aussi frappantes. Une fois que la notion de région était captée, les différences étaient plutôt de forme et pas de fond. Il faut dire aussi que les différentes régions ont bien apprécié les échanges entre elles soit aux séminaires ou pendant les visites inter régionales.

Il y a un manque d'expérience et de compétence en matière de planification et gestion au niveau de la région. Ce manque ne semble plus être aussi important qu'avant. Cela peut être dû à l'expérience même de gérer un projet ou parce qu'un grand nombre de personnes ont participé aux formations relatives à la gestion de la décentralisation. Il faut souligner néanmoins qu'il reste toujours un grand besoin en termes d'analyse de données.

Quel est le rôle au niveau central? Peut-être faut-il reformuler la question: y a-t-il un rôle à jouer par le niveau central? Pendant cette année, il est devenu plus clair, même pour les cadres centraux, que le niveau central n'a peut-être pas une place importante dans la gestion régionale. Le problème est que le niveau central ne voit pas très bien son rôle au niveau régional et qu'il a ses propres fonctions. Il est donc vraiment le temps de préciser le rôle du niveau central concernant ses relations vis-à-vis des régions.

Le lien entre la gestion décentralisée des programmes de SMI/PF et les divers systèmes d'appui à la gestion est devenu plus clair. L'information, la formation, et la qualité sont très liées et jouent chacune un rôle important dans la gestion des projets et des services de santé en général. Les régions ont commencé à intégrer toutes ces activités et ont commencé à les gérer au lieu que les activités les gèrent.

La régionalisation dans les autres secteurs n'a pas tellement progressé et les liens avec le secteur de la santé ne sont pas toujours clairs. Quelques activités avec les ONG ont commencé mais très peu avec les autres ministères. Une initiative dans le bon sens était

organisée par la délégation SIAAP dans le cadre de l'approche PCIME. Ils avaient rassemblé plusieurs départements pour chercher des solutions aux problèmes posés par la population lors des EPC (voir rapport PCIME). Aussi, comme décrit dans le rapport annuel de POLICY, une exploration timide de collaboration inter sectorielle a démarré au niveau de la région du Souss-Massa-Drâa.

La préoccupation principale de toutes les équipes régionales reste le manque de progrès dans la formalisation et la mise en œuvre de structures régionales. Certes, les coordinateurs régionaux ont été nommés officiellement, mais ils ne disposent pas d'un budget régional. Une activité importante a été le développement au niveau régional du plan quinquennal. Cet exercice était une confirmation de la politique officielle du gouvernement en matière de régionalisation et a obligé les régions à réfléchir ensemble.

Conclusions et perspectives futures

Le résultat visé de cette composante a été atteint : "Dans chacune des cinq régions pilotes, le comité d'action SMI/PF, basé sur une analyse situationnelle, a identifié, organisé et géré financièrement au moins un projet dans le domaine de la SMI/PF". Mais, plus que cela, l'exercice "du terrain" en gestion régionale, qui au départ visait uniquement la gestion des services SMI/PF, s'est montré très révélateur et semble avoir été un catalyseur pour une gestion régionale en général.

Il est entendu que l'objectif du Ministère de la Santé Publique est d'étendre la gestion décentralisée sur tout le territoire national. Il faudra donc à tout prix continuer la recherche sur les structures appropriées de gestion régionale intra et inter sectorielle, qui a débuté dans la région du Souss-Massa-Drâa, d'abord dans le SMD même, où l'USAID donnera son appui dans la période post-bilatérale à une approche plus globale de développement, mais aussi dans la région de Tanger-Tétouan, qui fera partie du projet post-bilatéral de l'USAID, dans la région de Marrakech-Tensift-EI Haouz, avec l'appui du FNUAP, et dans la région de l'Oriental, avec l'appui de l'Union Européenne.

A. Information, Education et Communication

Bien que l'offre de services de santé de qualité puisse contribuer largement à l'amélioration du niveau sanitaire d'un pays, les comportements et les attitudes des populations envers la santé jouent un rôle essentiel et déterminent finalement l'utilisation des services de santé. Les activités d'Information, Education et Communication (IEC) consistent à influencer positivement ces comportements et attitudes afin qu'ils mènent vers la santé et vers l'utilisation rationnelle des services de santé.

Au Maroc, l'importance de l'IEC avait été reconnue par les plus hauts niveaux du Ministère de la Santé à travers le programme national d'éducation sanitaire "Tous pour la Santé" qui faisait de la mobilisation sociale une approche clé. De son côté, l'USAID, ayant reconnu l'apport important que l'IEC pouvait avoir sur la durabilité des services SMI/PF, avait fait de l'IEC une composante à part entière du projet PF/SMI Phase V. En effet, les activités IEC bien ciblées et de haute qualité technique, peuvent contribuer à augmenter l'utilisation des services de planification familiale et la santé maternelle. Ceci dit, les objectifs du projet ne visaient pas uniquement la production même d'IEC en matière de SMI/PF, mais surtout la mise en place et le renforcement de la capacité au sein de la Division IEC (DIEC) du MS pour produire une IEC efficace et adaptée aux besoins des populations au Maroc.

JSI, contractant institutionnel, a sous-contracté l'assistance technique de la composante IEC au Centre des Programmes de Communication de l'Université Johns Hopkins, leader

reconnu de l'IEC, jusqu'à la fin de 1998, à travers un conseiller technique résident. Durant les deux dernières années du projet les actions IEC ont été gérées par JSI directement.

Dans les paragraphes suivants, seules les activités de renforcement de la capacité IEC, telles que définies dans le résultat intermédiaire III seront traitées. Les produits et messages IEC pour la planification familiale et la santé maternelle et leur effet sur l'utilisation des services SMI/PF ont été présentés et analysés sous le résultat intermédiaire I.

Objectifs et indicateurs de performance

Les objectifs de cette composante étaient:

- (1) Augmenter la capacité technique de la DIEC en matière de conception et production de stratégies de communication et de supports IEC qui soutiennent les programmes SMI/PF.
- (2) Augmenter la capacité en IEC des ressources humaines à tous les niveaux des services de santé: de l'équipe DIEC, des équipes gestionnaires régionales et provinciales, des prestataires de santé, et des agents de développement communautaire.

Trois indicateurs de performance avaient servi comme référence pour la planification et l'exécution du renforcement des activités IEC:

- A la fin du projet, 85% des supports imprimés et audiovisuels sont conçus et produits entièrement à la DIEC;
- 80% des animateurs IEC et des infirmiers SMI/PF utilisent régulièrement les supports IEC dans leur communication avec la population;
- Au moins 50% des volontaires formés dans les ONG impliquées organisent des sessions de sensibilisation dans leurs centres ou par visite à domicile.

Réalisations

Conformément aux objectifs du projet, les activités du projet se sont développées selon deux axes stratégiques: (1) le renforcement de la DIEC comme agence de conception et de production IEC; et (2) le renforcement des compétences du personnel de santé en IEC.

(1) Renforcement de la DIEC comme agence de conception et de production IEC

Au début du projet, une décision stratégique a été prise par l'équipe du projet, en commun accord entre le MS et l'USAID, d'investir les ressources du projet dans le renforcement de la capacité de conception et de production de la Division de l'IEC de la DP. En effet, bien qu'une grande partie des productions audiovisuelles et imprimées ait pu être assurée à travers des agences privées, une capacité de base en matériel technique et en ressources humaines existait déjà au sein de la DIEC, et l'utilisation du secteur privé représentait une charge financière considérable pour le MS. Aussi, un autre avantage considérable était que le MS pourrait avoir un contrôle direct sur la qualité des produits et messages IEC. La vision à long terme était que la DIEC puisse acquérir le statut de Service d'Etat Géré de Manière Autonome (SEGMA), et ainsi générer ses propres fonds pour la continuité des activités de conception et de production des supports IEC.

Les interventions de renforcement de la DIEC ont été décrites sous trois entités: (1) consolider les rôles et responsabilités des services de la DIEC; (2) renforcer les

compétences de conception et de production; et (3) projeter l'image d'une nouvelle DIEC dynamique et compétente.

Consolidation des rôles et tâches

Ainsi, les activités de renforcement de la DIEC ont commencé en 1995 par la consolidation des rôles et tâches du personnel des services de la DIEC à travers un séminaire de team building. Ce séminaire a réuni l'ensemble du personnel de la DIEC et a permis de discuter les problèmes de gestion quotidienne et de créer une bonne ambiance de travail au sein des deux services de la DIEC: le service de conception et service de production.

Renforcement des compétences de conception et de production

Le projet a acheté les appareils nécessaires pour l'imprimerie et pour le studio audiovisuel pour permettre au service de production de répondre aux besoins de production des supports de la DIEC ainsi que ceux d'autres divisions de la DP à court terme; et de satisfaire éventuellement les demandes des autres directions et même d'autres départements ministériels dans un long terme. Priorité a été donnée aux équipements qui permettraient de diminuer les coûts les plus onéreux de production aussi bien des supports imprimés qu'audiovisuels. Au cours du projet, les locaux de l'imprimerie ainsi que du studio audiovisuel ont été réorganisés et réaménagés pour rentabiliser l'espace existant et accommoder l'équipement prévu.

Les équipements audiovisuels achetés par le projet ont rendu possibles la réalisation des productions audiovisuelles soutenues par le projet principalement pour les programmes de maternité sans risques et de planification familiale. Ainsi quatre vidéocassettes ont été produites: Sahel Mahel et Oulad Lghial pour la PF, et Khlal Eddar et Bent Ettajer pour la MSR. Ces productions ont permis aussi la formation sur le tas de l'équipe audiovisuelle. Les membres de cette dernière notamment, le cameraman, la monteuse, les cadres responsables de la télévision et de la radio ont aussi bénéficié de formations appropriées dans leurs domaines spécifiques à travers des stages dans le prestigieux Institut National de l'Audiovisuel (INA) à Paris.

La télévision a toujours été un canal privilégié du MS pour la véhiculation et la vulgarisation des messages de santé puisque environ 70% des ménages marocains en possèdent une. Outre les spots télévisés typiques, la DIEC a produit depuis 1994 une émission bimensuelle d'un quart d'heure intitulée Assehha. En 1996, le projet a fourni le soutien pour la production de 13 nouveaux épisodes d'une série illustrant principalement des thèmes sur la planification familiale et la maternité sans risques avec le concours d'une agence privée. Une étude d'audience concernant les émissions télévisées, première du genre, a été réalisée par le projet en 1999. Cette étude a montré que le public apprécie ce genre d'émission car le MS reste crédible pour tout ce qui traite de la santé de la population. Cependant, il fallait chercher le moyen de pérenniser cette émission puisque sa production à l'extérieur était très onéreuse. C'est pourquoi, le projet a soutenu dans une dernière phase la réalisation de l'émission Assehha en co-production avec une agence privée de manière à rentabiliser les plateaux technique et humain du studio de la DIEC. Cette phase a permis de diminuer le coût et d'améliorer les compétences de l'équipe audiovisuelle. Cette expérience de co-production a permis également de confronter les secteurs privé et public et de ressortir les lourdeurs administratives qui ont entravé la bonne marche de cette action causant ainsi du retard. A la fin de ce processus, 12 émissions Assehha (réintitulé "Ma santé avant tout") ont été produites et 12 autres ont été entamées et seront terminées par l'équipe du studio de la DIEC.

A côté de la télévision, la radio est considérée comme un canal régulièrement utilisé par le MS pour l'éducation sanitaire puisque la majorité de la population possède un poste avec une large couverture dans le milieu rural. L'étude d'audience radio conduite en 1998 a reflété la prédisposition favorable vis-à-vis des messages et des spots diffusés sur la santé.

Profitant des investissements effectués tout au long du projet, la cellule radiophonique du studio de la DIEC a actuellement toutes les capacités pour continuer la production des émissions quotidiennes diffusées depuis 1993 tout en cherchant son amélioration et sa diversification.

Des réunions régulières avec les professionnels de la télévision et de la radio ont permis de raviver les liens entre le MS et la radio et télévision pour une meilleure médiatisation des efforts déployés pour l'amélioration de la santé de la population. La convention entre le ministère de la communication et le MS, signée au cours du projet, était l'expression de cette relation renforcée avec les médias. Elle servait aussi à assurer la continuité des activités entreprises en permettant le passage de toutes les productions du MS à des tarifs préférentiels.

L'achat par le projet d'un matériel plus élaboré pour le service de l'imprimerie et la formation du personnel de l'imprimerie sur son utilisation a permis à la DIEC de produire un grand nombre de supports imprimés et de documents pour différents services et directions du MS, depuis leur conception jusqu'à leur impression finale. La presse off-set, la flacheuse, le scanner, le graveur, les unités de PAO (Production Assistée par Ordinateur), acquis dans le cadre du projet, ont tous été utilisés dans ces productions. Ainsi, la DIEC a pu réduire les coûts de production d'au moins 50%, et collaborer avec différents services et différentes directions du MS, et même avec d'autres ministères.

Projection d'une nouvelle image de la DIEC

La deuxième phase du travail de renforcement de la DIEC consistait à projeter auprès des différents utilisateurs au sein du MS, d'autres départements ministériels, et de la société civile cette nouvelle image de concepteur et producteur de supports imprimés et audiovisuels. Ainsi une exposition permanente a été montée sur les murs de la DP en 1998. Cette exposition illustre les efforts déployés depuis une vingtaine d'années dans la conception et la production des supports d'éducation sanitaire. Avec l'aide d'un consultant, une photothèque sur les différents thèmes de PF/SMI ainsi qu'un catalogue des supports IEC produits durant la dernière décennie par les différents départements du MS ont été développées. Le catalogue des supports IEC a fait partie du dossier préparé pour les journées portes-ouvertes de la division de l'IEC, qui ont été lancées le 12 juillet 2000 à l'occasion de la journée internationale de la population, en présence de messieurs le ministre de la santé, de l'ambassadeur des Etats-Unis, et de la presse. Les participants ont tous reçu une visite guidée au studio audio-visuel et à l'imprimerie et un set contenant un échantillon des principaux supports audiovisuels et imprimés. Ainsi, ces journées portes-ouvertes ont été une occasion de faire connaître les nouvelles capacités de la DIEC après les investissements effectués tout au long du projet Phase V.

(2) Renforcement des compétences du personnel de santé en IEC.

Le deuxième grand axe stratégique visait le renforcement des capacités de l'ensemble des ressources humaines de transmettre les messages de santé aux individus et aux communautés à travers le pays, et particulièrement en milieu rural, où l'analphabétisme, l'isolement géographique, et la détérioration de la situation socio-économique entravaient l'accès aux services de santé. —

Une activité-clé a été la formation des professionnels de santé en milieu rural en techniques d'animation de groupe (FTAG). En 1996, cette formation avait été pilotée dans trois régions (Safi, Taroudant et Taza) avec le concours de CPI, une société basée sur Casablanca. 100 infirmiers d'équipes mobiles et itinérants ont été ainsi formés en six sessions. Dès 1997, la FTAG a été lancée à travers tout le pays grâce à une stratégie de formation des formateurs. Ainsi, avec l'assistance de CPI, 16 formateurs FTAG ont assuré la formation de 660 autres infirmiers itinérants et d'équipes mobiles. Par la suite, ils ont effectué des visites de suivi aux

participants pour renforcer le contenu de la formation reçue. Alors que la FTAG visait des compétences générales en communication, d'autres formations plus spécifiques en matière de counseling pour les services de SMI/PF ont été menées avec le concours du Projet, dans le même but de l'amélioration des compétences en IEC du personnel de santé. Ces formations sont décrites sous le RI 1.

La deuxième activité était la création d'outils permettant aux infirmiers itinérants et ceux des équipes mobiles d'être plus efficaces dans leurs efforts de communication et d'éducation sanitaire. La première réussite de cet effort était la conception et la production de la trousse IEC pour la PF (voir sous RI 1). A travers un atelier organisé en novembre 1996 à Benslimane, le personnel de la DIEC, un échantillon d'infirmiers itinérants, ainsi qu'un expert en création de matériels de JHU/CCP ont développé deux nouveaux supports IEC adaptés aux conditions de travail en milieu rural: le flannelographe et le porte-messages. Un pre-testing élaboré et l'originalité des matériaux utilisés ont retardé la production en masse de ces outils jusque décembre 1998. Très apprécié par les 400 premiers infirmiers itinérants, le lancement sur le terrain a été généralisé avec l'appui additionnel du FNUAP et de l'OMS afin de couvrir l'ensemble des agents itinérants et équipes mobiles. Les deux supports ont été aussi présentés par une équipe mobile de la province de Ouarzazate à Mme Hillary Clinton lors de sa visite au village de Tassalmante. Des exemplaires de flannelographes ont été également distribués à l'occasion du parlement de l'enfant dans un esprit de collaboration entre le MS et les établissements scolaires pour faire de l'éducation sanitaire une affaire de tout le monde et de tous les secteurs.

Parallèlement à cet effort de renforcement des capacités de communication du personnel mobile, des actions ont été menées pour améliorer la qualité des sessions IEC dans les formations fixes. Conçues par la DIEC, ces actions incluent l'institution de sessions IEC organisées par thème, un coin audiophonique avec lecteur cassette, et un coin d'affichage sur le même thème. Dans ce cadre, le projet a soutenu l'achat d'un ensemble de matériel (tableaux d'affichage, bancs, téléviseurs et lecteurs de cassettes) pour assurer une meilleure organisation et une plus grande régularité dans la programmation des séances d'éducation sanitaire. Aussi, toutes les formations sanitaires fixes, qui assuraient des services SMI/PF, ont été dotées des supports IEC développés au cours du projet, comme la trousse de démonstration PF, le flannelographe, et les cassettes vidéo et audio.

Devant l'ampleur de l'effort de sensibilisation des populations à leur état sanitaire, le MS devait miser sur d'autres partenaires comme relais dans la chaîne de communication de l'information: les agents des ministères à caractère social, et surtout la société civile, représentée par les ONG de développement. Grâce à leur proximité auprès de la population, ils constituent une porte d'entrée dans le milieu rural et surtout auprès des femmes pour qui les contraintes d'accessibilité et d'analphabétisme sont les plus marquées. Pour bâtir un partenariat mieux structuré avec les ONG et agents de ministères à caractère social, des journées de réflexion ont été organisées aux niveaux national et régional en 1999 et 2000 qui ont connu la participation d'au moins 20 ONG, de plusieurs départements ministériels à caractère social et de certains bailleurs de fonds.

Afin que ce partenariat soit efficace et durable, un guide de formation en communication et en éducation sanitaire a été développé avec l'aide d'une consultante internationale. Ce guide "des agents de développement communautaire" (ADC) a été ensuite testé pendant des sessions de formation avec l'Union Nationale des Femmes Marocaines (UNFM). La version finale du guide ADC a été réalisée avec l'implication des responsables des différents programmes SMI/PF, des formateurs FTAG ainsi que d'un certain nombre d'ONG. Il a été imprimé sous forme de classeur en novembre 1999.

Le guide ADC ainsi que le flannelographe et le porte-messages ont été présentés aux ONG qui ont exprimé le besoin de formation et d'information pour une meilleure utilisation. Ainsi 2000 exemplaires du guide ADC et 1000 copies du flannelographe ont été produits pour mieux

répondre aux besoins de formation des associations. Trois régions, le Souss-Massa-Drâa, Fès-Boulemane, et Tanger-Tétouan ont été sélectionnées afin de piloter la formation sur le kit IEC. Les formateurs FTAG ont même deux sessions de formation regroupant 20 ONG dans chacune des trois régions. Ces sessions de formation ont engendré une dynamique positive pour une plus grande mobilisation sociale autour de la santé. Des comités de suivi représentant les ONG participants ont été constitués pour pérenniser ces actions de sensibilisation sanitaire. Une documentation détaillée de toutes les activités menées avec les ONG dans le cadre du projet a été développée par les différents intervenants.

Une autre action innovatrice soutenue par le projet Phase V a été de saisir l'occasion unique de la consultation prénuptiale à la veille du mariage pour rencontrer le jeune couple afin de le sensibiliser aux problèmes relatifs à la santé reproductive et de l'enfant. L'activité a été pilotée dans les provinces de Rabat et Benslimane sous forme de journées d'information et de sensibilisation au profit des médecins généralistes public et privé, qui assurent les consultations prénuptiales. Par la suite, l'extension du projet a concerné 20 autres provinces surtout dans les régions pilotes du projet. Pour accompagner ce projet, 100000 dépliants IEC ont été produits sur les comportements en santé reproductive à adopter au début d'une vie de couple.

Leçons apprises et perspectives d'avenir

Les activités IEC du projet PF/SMI Phase V ont été largement couronnées de succès, à cause de leur approche innovatrice et du souci permanent de l'équipe du projet d'institutionnaliser au sein du MS et de pérenniser les capacités en ressources humaines et physiques mises en place par le projet.

Une approche innovatrice en matière d'IEC

Particulièrement innovatrice était la stratégie "éduquer tout en divertissant" utilisée pour le développement de plusieurs outils de communication, comme les cassettes vidéo, le flannelographe, et la pièce de théâtre pour la MSR. Puisque les messages en matière de santé reproductive et de l'enfant s'adressent la plupart du temps à un public qui n'est pas malade, l'attention et l'absorption par le public ciblé de ces messages sont largement facilitées par leur contenu divertissant. Bien qu'une évaluation externe n'ait pas été effectuée, les études d'audience et la grande demande de ces supports semblent indiquer que cette stratégie s'est révélée particulièrement efficace, non seulement pour influencer les comportements et attitudes en matière de santé reproductive et de l'enfant, mais aussi pour augmenter la demande de la population pour les services SMI/PF.

D'autres aspects innovateurs dans le développement des stratégies IEC en matière de planification familiale et de maternité sans risque ont été traités sous ces composantes. Nous voudrions faire ressortir au moins une activité qui a connu un succès retentissant en matière de communication interpersonnelle: la consultation prénuptiale comme opportunité idéale de communication entre le jeune couple et les services de santé. En dehors de son effet certain sur le comportement du jeune couple et sur sa demande de services SMI/PF, la réalisation même de cette activité a contribué aussi à la consolidation des liens entre les secteurs public et privé en créant un cadre spécifique d'échange d'information. C'est ainsi que le MS a décidé de continuer le projet de counseling prénuptial pour couvrir la majorité des provinces à travers le Royaume.

Pérenniser la capacité IEC du MS

En ce qui concerne la pérennisation des activités IEC au sein du MS, quelques commentaires s'imposent quant à la décision par les intervenants du projet de faire un investissement considérable de ressources dans le renforcement de la DIEC comme agence de conception et de production de stratégies et d'outils IEC. La liste impressionnante de

supports IEC développés au cours du projet est certainement un indicateur positif quant à l'augmentation de la capacité de la division, aussi bien en matière de ressources physiques que de ressources humaines. Toutefois, comme décrit dans le rapport final de l'expérience des émissions télévisées "Ma Santé Avant Tout", plusieurs problèmes restent à résoudre pour que la DIEC puisse vraiment acquérir le statut de Service d'Etat Géré de Manière Autonome (SEGMA), qui permettra à la DIEC de générer ses propres fonds pour la continuité des activités de conception et de production des supports IEC. Les principaux sont liés au manque du personnel, à l'absence de mécanisme de motivation du personnel existant pour la gestion de la charge de travail de plus en plus importante, et à la nécessité d'assouplir et d'accommoder les procédures administratives pour de meilleures conditions de production audio-visuelle et d'imprimés. Les solutions ne peuvent venir que des plus hautes instances du MS et du Ministère de la Fonction Publique. En attendant, la DIEC doit chercher de nouveaux partenaires pour une exploitation et une rentabilisation plus accrues de ses nouvelles capacités. Les journées porte-ouvertes ont été une occasion pour mieux faire connaître la DIEC et aussi un moyen de plaidoirie pour discuter des contraintes encore existantes pour son travail quotidien.

Finalement, un important investissement a été réalisé par le projet pour améliorer et institutionnaliser les capacités de communication et d'éducation sanitaire de toutes les ressources humaines impliquées dans la sensibilisation de la population à prendre en charge sa santé. La formation en techniques d'animation de groupe (FTAG) a été une intervention très appréciée par les équipes de santé périphériques, vu sa méthodologie innovatrice et participative, et son contenu riche. Sa réalisation a demandé une grande mobilisation de la part de la DIEC et des équipes régionales. Grâce à la collaboration technique avec la Division de la Formation Continue et avec les IFCS régionaux elle a pu être menée de façon pérenne. Le MS dispose maintenant de 16 formateurs régionaux dont les compétences en matière de communication ont été renforcées et qui représentent ainsi des personnes ressources au niveau régional pour continuer l'effort d'amélioration des capacités de communication, non seulement des professionnels de santé, mais aussi des agents de relais et des ONG. L'institutionnalisation de la formation FTAG est aussi assurée maintenant que la DF a inscrit les techniques d'animation dans le curriculum de la formation de base de l'IFCS.

En ce qui concerne le développement pérenne d'un partenariat structuré entre le MS et la société civile, une dynamique imparable a été instaurée dans les trois régions pilotes. Une des leçons à tirer de l'expérience jusqu'à ce jour est le décalage qui existe entre les différentes provinces aussi bien en ce qui concerne la capacité des ONG impliqués que dans le degré de sensibilisation et de motivation des professionnels de la santé pour établir une collaboration constructive avec la société civile. C'est pourquoi, le nouveau projet post-bilatéral pourrait inscrire le renforcement des liens entre les associations et les professionnels de santé et la recherche de nouveaux mécanismes de collaboration dans les deux régions concernées dans son plan d'action. Il serait aussi intéressant de faire un suivi de cette activité au niveau de la région de Fès-Boulemane, qui ne reçoit plus de support financier direct dans ce domaine.

B. Gestion intégrale de la qualité au Maroc

Le Projet a accordé dès le commencement une grande importance à la qualité des soins, condition indispensable à l'atteinte des objectifs santé pour la population marocaine. Le Projet a défini sa stratégie pour l'amélioration de la qualité des soins par phases successives, pour finir par s'orienter vers une approche Assurance de Qualité (AQ). Cette approche se définit par «l'ensemble des activités qui permettent de définir des normes, de mesurer et d'améliorer la performance des services et des agents afin que les soins de santé soient aussi efficaces et sûrs que possible». Cette approche AQ transparaît dans de

nombreuses composantes du Projet, mais le souci d'institutionnaliser l'AQ dans le système des soins de santé marocain a conduit le Projet à identifier une composante «Gestion de la Qualité» (GIQua). Cette composante a regroupé les interventions qui renforcent les capacités des 3 niveaux du système de santé (établissements de soins, province/région, et Direction des Hôpitaux et Soins Ambulatoires) à remplir les fonctions AQ qui ont le plus d'impact sur la qualité des soins. Ces fonctions, décrites dans le Programme National d'Assurance Qualité du Maroc, sont résumées dans le Tableau 5.

Tableau n° 5: Gestion de la Qualité au Maroc

Fonctions AQ	Fonctions Techniques	Fonctions de Soutien	Environnement
Système de Santé			
<i>Etablissements de Soins</i>	Amélioration continue de la qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Documentation des résultats 	<ul style="list-style-type: none"> • Leadership • Structure • Ressources • Cadre légal
<i>Province/Région</i>	Mesure de la qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Formation juste à temps et continue • Facilitation des équipes • Documentation des résultats • Incitation à la qualité 	
<i>DHSA</i>	Définition et communication des normes de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Formation initiale et continue • Communication des résultats • Incitation à la qualité 	

La composante de Gestion de la Qualité a été mise en oeuvre avec l'assistance technique de URC, en général par des consultations de courte durée, et entre janvier 1998 et juillet 1999, par un conseiller résident.

Réalisations

Les principales étapes de développement de la composante GIQua du Projet sont présentées, par ordre chronologique dans le Tableau 6.

Tableau n° 6: Etapes de développement de la composante GIQua du Projet

Date	Activités
Mai 96	Séminaire de sensibilisation en AQ du Ministère de la santé.
Juin 96	Etablissement du Comité d'Orientation et de Pilotage (COP) de l'AQ, Projet de charte GIQua.
Juin – octobre 96	Identification de 14 sites pilotes dans 6 provinces et 1 Wilaya.
Août 96	Voyage d'étude à URC, Bethesda (USA), d'une délégation Marocaine de 5 membres pour développer un manuel de formation.
Novembre 96	Introduction/formation en Assurance de qualité de 31 personnes, tous niveaux confondus.

Date	Activités
Décembre 96 – janvier 97	Sensibilisation à l'AQ au niveau provincial et des 14 sites GIQua par le personnel formé.
Janvier – décembre 97	Visites de facilitation du COP aux sites de démonstration GIQua.
Janvier – mars 97	Etablissement des équipes qualité dans 14 sites et démarrage des cycles d'amélioration de la qualité.
Mai 97	Formation de 14 facilitateurs centraux et provinciaux.
Juin 97	Formation de 23 personnes en méthodes de résolution de problèmes en équipe.
Octobre 97	Présentation d'un plan pour la mise en œuvre de l'Assurance de qualité pour les programmes PF/SMI au MS.
Janvier 98	Mise en place d'un Conseiller-résident expatrié, expert en AQ.
Janvier 98	Planification de l'évaluation interne du programme GIQua.
Février – mars 98	Collecte de données et évaluation interne du programme GIQua.
Février 98	Décision ministérielle d'étendre l'AQ aux régions.
Février 98	Voyage d'étude de 10 membres des directions centrales à l'Office Chérifien des Phosphates (OCP), Khouribga.
Mars 98	Voyage d'étude de 10 personnes, tous niveaux, au Ministère régional de la santé, Murcia (Espagne).
Avril 98	Élaboration d'une stratégie pour étendre l'AQ à 5 régions.
Avril – mai 98	Séminaires de sensibilisation à l'AQ pour 8 régions.
Avril – mai 98	Visites d'échange inter-sites pour 3 représentants de chaque équipe GIQua.
Septembre – novembre 98	Formation du documentaliste pour le centre de ressources d'AQ à l'INAS.
Octobre 98	Présentation d'une communication à la conférence internationale ISQUA, Budapest (Hongrie) ; participation de 2 Marocains.
Octobre 98	Établissement de la Cellule d'amélioration de la qualité; rattachée au Directeur DHSAs.
Novembre 98	Préparation d'un programme de formation, ressources et formateurs pour l'Atelier de formation des formateurs régionaux.
Décembre 98	Formation de 25 formateurs régionaux en AQ.
Décembre 98	Établissement du Centre de Ressources en AQ à la DHSAs.
Janvier 99	Séances sensibilisation/planification AQ pour 5 équipes régionales de gestion; choix de 25 nouveaux sites d'AQ; démarrage de 25 nouvelles équipes.
Mars 99	Séminaire/atelier national de consensus sur le programme national AQ au MS, 60 participants.
Avril 99	Redéfinition du Comité de Pilotage du Programme AQ.
Juin 99	Atelier d'élaboration d'une stratégie nationale et plan de mise en œuvre de l'AQ au sein du MS, 25 participants.
Mai 99 – juin 99	Formation de 14 équipes et 7 facilitateurs à l'utilisation locale et au suivi de normes de soins.
Juin 99	Initiation d'une évaluation du coût-performance des équipes GIQua par recherche opérationnelle (activité financée par le QA Project)
Juin 99	Participation de 2 Marocains au cours d'été de Johns Hopkins University sur l'Assurance de Qualité.
Juin 99	Planification des activités GIQua de la phase d'extension 99-00.
Juin 99	Départ du Conseiller-résident du Maroc.
Septembre 99	Début de la phase d'extension du Projet de 1 an: 1999-2000.
Novembre 99	Mission de finalisation du plan d'action GIQua 1999-2000.
Novembre-décembre 99	Atelier d'élaboration d'un guide de développement de normes de soins au Maroc, 21 participants.
Octobre-Novembre 99	Formation de 30 facilitateurs à l'utilisation locale de normes de soins.
Janvier 00	Formation de 30 animateurs d'équipes et 5 facilitateurs en techniques de facilitation.
Janvier 00	Développement du plan de formation régional en assurance de qualité et planification des visites de facilitation.
Janvier 00	Développement d'un curriculum pour la formation en AQ des professions paramédicales.
Février 00	Atelier de monitoring de la qualité des SSP, 30 participants.
Mars 00	Participation de 2 Marocains au Forum Européen sur la Qualité des Soins, Amsterdam.
Mars 00	Développement du matériel de formation des formateurs AQ des écoles paramédicales.

Date	Activités
Avril 00	Atelier de planification de l'intégration du PNAQ dans les régions, 25 participants.
Avril-Mai 00	Formation de 20 formateurs IFCS à l'enseignement du module AQ.
Avril-Mai 00	9 visites d'échanges inter-sites pour les équipes GIQua.
Mai-Juin 00	4 rencontres régionales sur la qualité (journée qualité) organisées.
Mai-Juin 00	Documentation de 6 études de cas sur les sites GIQua.
Mai-Juin 00	Développement d'un système informatisé de documentation & communication des activités AQ au niveau central.
Juin 00	Adoption officielle par le MS du Guide Méthodologique d'Elaboration, d'Adaptation et de Suivi des Références de Soins
Juin 00	Adoption officielle du Programme National d'Assurance Qualité (PNAQ) par le MS.
Juin 00	Voyage d'études du programme national AQ au Costa Rica, 3 participants.
Juin 00	Collecte des données pour la recherche opérationnelle sur le coût-performance des équipes GIQua.
Septembre 00	Premier draft de la recherche sur le coût-performance des équipes.
Septembre 00	3 documents en cours de publication au Maroc: 1) Le PNAQ; 2) Le Guide Méthodologique de développement de normes de soins; 3) La Qualité en Action.

Ces activités sont largement documentées dans les multiples rapports de mission des consultants et les rapports annuels d'activités du Projet, dont une liste complète se trouve en annexe 2. Elles ont fait l'objet du développement de nombreux matériels de formation et de référence adaptés spécifiquement aux besoins du Maroc. L'appropriation locale des documents originaux (fichiers électroniques) contribue à pérenniser la capacité du MS à étendre l'AQ.

Résultats

Les activités précédemment décrites ont contribué à l'atteinte des résultats suivants:

- Une structure solide pour l'AQ, implantée à tous les niveaux:

<i>Formations sanitaires</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 63 équipes d'amélioration de la qualité actives • Capacité locale en utilisation/suivi des normes de soins
<i>Province/Région</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 8 régions possèdent des équipes actives d'amélioration de la qualité • 67 facilitateurs/formateurs • Plans d'intégration du PNAQ dans les régions • Capacité en monitoring de la qualité des soins • 20 formateurs IFCS en AQ
<i>Central</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Programme National Assurance Qualité • Comité de Pilotage du PNAQ • Cellule Assurance de Qualité au sein de la DHSA • 7 facilitateurs • Guide national d'élaboration des normes de soins • Capacité AQ à la Division Formation • Centre de documentation AQ • Base de données pour le suivi des équipes

- Des résultats tangibles sur l'amélioration de la qualité des prestations de soins pour les populations-cibles d'une formation sanitaire particulière, tels que documentés par des indicateurs mesurables, par exemple:

- Réduction de 46% à 31% de la mortalité néonatale;
- Dépistage des contacts des sujets tuberculeux augmenté de 33% à 100%;
- Augmentation de la couverture en visites prénatales de 40% à 52%;
- Diminution du taux d'enfants ne recevant pas leur traitement à temps de 43% à 11%;
- Augmentation du taux de patients satisfaits de 71% à 95%;
- Taux d'acceptrices de D.I.U augmenté de 12/mois à 20/mois;
- Augmentation du taux de couverture vaccinale antitétanique des femmes enceintes de 37% à 75%;
- Augmentation de la participation des hommes à la planification familiale de 36% à 56%; et
- Taux d'achèvement des 3 visites prénatales augmenté de 21.5% à 90%.

Les résultats mi 2000 des activités AQ de chacune des 63 équipes sont décrits en détails dans le rapport de la mission de documentation de juillet 2000 (par E. Knebel, URC).

Leçons apprises

- Les activités AQ qui étaient directement à la charge des régions ont été régulièrement reprogrammées (visites d'échanges, formations et journées qualité) ce qui nous fait douter de la capacité des régions d'absorber des programmes trop ambitieux dont les agendas entrent en compétition avec d'autres programmes, alors que l'entité régionale n'est pas encore fonctionnelle.
- Ces régions qui bénéficient d'un leadership de type entrepreneur réussissent beaucoup mieux dans l'AQ, qui demande une créativité et une prise de risque pour gérer le changement. Les niveaux «supérieurs» doivent redéfinir leur rôle de soutien aux niveaux où les soins de santé sont délivrés.
- Les hôpitaux et les médecins sont les structures et les personnels les plus lents à adopter l'AQ, ce qui est cohérent avec les expériences des autres pays. Dans une société très hiérarchisée, et un monde clinique compartimenté (médecins/infirmiers), le travail en équipe est plus difficile à promouvoir.
- Malgré l'existence de plusieurs contraintes, il existe définitivement un potentiel de succès de l'implantation de l'AQ au Maroc, dû à la volonté de changement et à l'ouverture d'esprit des leaders qui ont depuis le début accompagné la composante GIQua.

Perspectives Futures et Recommandations

- ~~Que~~ tous les partenaires des activités AQ (DP, DHSA, USAID) assistent au débriefing après chaque mission de consultant. Pour des raisons logistiques, il sera difficile d'y associer systématiquement les régions ciblées par le nouveau projet, mais ces dernières auront probablement bénéficié d'un débriefing sur place.
- En l'absence d'un expert-résident AQ recruté par URC, il est souhaitable que l'engagement du bénéficiaire principal (DHSA) se traduise par l'identification et la mise à disposition à temps-plein d'une personne ressource pour le suivi des activités AQ.

- Il faut que le MS puisse continuer l'effort d'institutionnaliser l'AQ au Maroc. Chaque niveau a un rôle à jouer, notamment dans le soutien aux niveaux directement inférieurs;
- Il est souhaitable de réorienter l'assistance en AQ en privilégiant l'appui technique direct (un expert vient aider les régions à appliquer l'assurance qualité) plutôt que les ateliers de formation. Il convient avant tout de privilégier les résultats et l'apprentissage par la réalisation plutôt que de bâtir une capacité qui ne s'exprime pas toujours par la suite. De plus, beaucoup de capacités ont été bâties au Maroc, et c'est l'application qui pose problème lorsque l'assistance technique est discontinuée.
- Un effort particulier doit être porté sur le monitoring de la qualité afin que les équipes collectent en continue des données qui leur indiquent que les changements apportés dans le processus de soins aboutissent aux résultats attendus sur le degré d'adhésion à des standards de soins. Ceci favorisera la documentation des progrès AQ et le pilotage du programme.
- Enfin, le Projet à venir bénéficiera grandement d'une approche «régionale» où les opportunités d'améliorations seront identifiées et coordonnées par la région. Ceci évitera la dilution des résultats à une population limitée à un centre de santé, tout en impliquant plus l'équipe régionale dans le soutien des établissements de soins à s'attaquer à des problèmes prioritaires pour la santé maternelle et infantile.

C. Formation de Base et Formation Continue

Les activités de formation de base et formation continue du Projet PF/SMI Phase V ont été mises en oeuvre avec l'assistance de trois projets centraux de USAID: (1) le projet FPMD géré par MSH; (2) le projet JHPIEGO; et le projet PRIME. L'équipe de JSI a assuré la gestion locale et la coordination des activités.

MSH

L'assistance technique du Projet Family Planning Management Development (FPMD), mis en oeuvre par MSH/Boston, ciblait le renforcement institutionnel du Centre National de Formation en Reproduction Humaine (CNFRH) et de l'Institut National d'Administration Sanitaire (INAS).

Objectifs

Le but de l'assistance technique de FPMD était de contribuer à la pérennité programmatique, financière et organisationnelle du CNFRH et de l'INAS en soutien aux objectifs SMI/PF du programme national marocain. Les trois objectifs des activités d'AT et du travail réalisé entre janvier 1997 et décembre 1999 sont les suivants:

- (1) Renforcer la capacité du CNFRH en tant qu'organisation durable de soutien au programme marocain national de planification familiale/santé reproductive.
- (2) Soutenir le développement du partenariat entre le CNFRH et l'INAS afin de renforcer leur capacité institutionnelle.
- (3) Développer des liens stratégiques entre le CNFRH, l'INAS, le Programme de Formation en Gestion de MSH et d'autres institutions régionales.

Réalisations

- *Renforcer la capacité du CNFRH en tant qu'organisation durable de soutien au programme marocain national de planification familiale/santé reproductive.*

Un plan de pérennisation a été élaboré pour le CNFRH. Ce processus avait démarré en septembre 1996 lors d'une visite du Prof. Alaoui à Boston où il était venu pour deux jours de discussion intensive avec les consultants techniques de MSH. En novembre 1996, ces consultants avaient préparé un draft du plan en collaboration avec leurs homologues marocains, et il a été soumis pour examen et commentaires/observations aux CNFRH, MS, USAID et INAS. Les réactions de toutes les parties à ce draft avaient été reçues en février 1997 et le Plan de pérennisation du CNFRH avait été finalisé en mars 1997. Ce plan est inclus dans le Rapport final sur les "Orientations stratégiques visant le renforcement de la capacité institutionnelle du Centre National de Formation en Reproduction Humaine et de l'Institut National d'Administration Sanitaire" préparé par M. Jan Hoey, M. Charles Stover et Dr James Wolff et daté du 10 mars 1997. C'est un document complet qui décrit les rôles, responsabilités et activités de toutes les institutions contribuant à la pérennisation du CNFRH et de l'INAS, comme MSH, USAID, JSI, d'autres intervenants, le MS, etc.

M. Hoey avait participé, observé et tenu des discussions avec les formateurs et participants pendant un atelier de formation de 2 jours en insertion des DIU organisé par le CNFRH les 15 et 16 novembre 1997. Il a discuté des méthodologies de formation avec le directeur de ce cours et les 3 co-formateurs et il a fourni le feedback sur ses observations relatives au cours et au matériel didactique.

ECS Informatique a signé un contrat avec MSH en octobre 1998 pour installer un système de gestion financière à l'INAS et au CNFRH en vue de renforcer la capacité de gestion financière de ces deux institutions. ECS Informatique a complété l'élaboration d'un système informatisé de gestion financière pour le CNFRH et l'INAS conformément au contrat avec MSH, puis a fourni aux deux institutions des manuels de l'utilisateur en juillet 1999 et a formé le personnel du CNFRH et de l'INAS en décembre 1999. Ce système a aidé ces deux institutions à retracer les fonds reçus de donateurs et d'autres sources.

- *Soutenir le développement du partenariat entre le CNFRH et l'INAS afin de renforcer leur capacité institutionnelle.*

En avril 1997, un distributeur local (MTDS) a installé deux ordinateurs, trois modems et l'accès Internet au CNFRH et à l'INAS. Les cadres de ces institutions ont été formés en technologie Internet et communication électronique. La disponibilité de communications électroniques a beaucoup amélioré les communications entre FPMD/MSH et leurs homologues marocains entre deux missions d'AT ainsi qu'entre les homologues marocains eux-mêmes. De plus, l'Internet assure aux institutions l'accès à d'innombrables ressources internationales.

En novembre 1997, les directeurs et cadres du CNFRH et de l'INAS avaient organisé une session de planification stratégique indépendamment de MSH. Les deux agences ont travaillé sur une stratégie commune de collaboration, formalisée dans un accord draft inter-agences. Elles ont examiné le plan d'action 1998-99 et planifié d'autres activités en dehors de ce plan et attribué des responsabilités au personnel pour les activités clés. Les résultats de cet atelier ont marqué un important pas vers la réalisation de liens plus étroits entre le CNFRH et l'INAS, un objectif soutenu par les activités de FPMD.

M. Hoey a fourni aux CNFRH et INAS de simples méthodes d'étude de marchés afin de rassembler les informations permettant d'identifier des cours de formation supplémentaires pour les médecins du secteur privé. Il a assuré la coordination avec JSI et SOMARC concernant les aspects techniques de l'étude de marché et a recueilli les informations préliminaires par des focus groupes rassemblant des participants au cours de formation en insertion de DIU.

En juillet 1998, M. Stover et M. Hoey ont facilité un atelier sur la "Préparation de propositions réussies" qui s'est traduit par le développement et la soumission d'une proposition de projet en Mauritanie dans le cadre des initiatives Sud-Sud. Cette proposition a été soumise au Directeur pour le Moyen Orient et l'Afrique du Nord de *Partners in Population Development Program*.

Mme Mickey Aramati, M. Hoey et Mme Vriesendorp ont organisé un atelier de formation de consultants pour le CNFRH et l'INAS à Rabat au début du mois de mai 1999. Avec le soutien de l'USAID/Maroc et en collaboration avec le projet *Partners for Population and Development (Partners)*, un panel d'hôtes distingués venant d'organisations internationales de donateurs avait été organisé, comprenant des participants de l'USAID/Maroc, l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, la Banque Mondiale et Partners. Le panel a discuté de l'utilisation et de la demande pour des consultants francophones au Maroc et dans la région. Cet atelier de trois jours, conçu pour les besoins et objectifs spécifiques du CNFRH et de l'INAS, avait partagé son attention entre les besoins individuels en matière de formation, la collaboration des donateurs et l'élaboration d'un plan d'action organisationnel. Cet atelier a contribué à la création de réseaux et aux sources potentielles d'appui au CNFRH et à l'INAS.

A la suite de cet atelier de mai 1999, Mme Aramati a assuré l'assistance technique, en juillet et septembre 1999, au CNFRH et à l'INAS en vue de développer des systèmes de gestion interne CNFRH/INAS permettant de faciliter les activités de consultation Sud-Sud. Elle a travaillé en étroite collaboration avec le Dr Amina Essolbi de l'INAS et Mme Fedoua Hassouni du CNFRH pour étudier leurs systèmes de gestion interne et a préconisé un manuel de base recommandant la création d'un service spécialisé chargé de la gestion des consultations. En collaboration avec le Dr Essolbi et Mme Hassouni, Mme Aramati a développé deux manuels sur la gestion et la coordination des activités de consultation pour l'INAS et le CNFRH. Le titre de ces manuels est "Unité de coordination des consultations". Des copies de ces manuels ont été distribuées pendant la "Réunion de réflexion sur l'avenir du partenariat CNFRH/INAS/MSH". Ces manuels ont été conçus de manière à répondre aux besoins de l'INAS et du CNFRH et à faciliter leurs activités de consultation.

M. Putnam a mené une évaluation interne du programme MSH/FPMD en septembre 1999. Mme Aramati, M. Hoey et M. Putnam ont organisé et facilité la Réunion de Réflexion sur les Activités à Jour et Implications pour l'Avenir du Partenariat CNFRH/INAS/MSH, 1997-1999, à Rabat. L'équipe du MSH a travaillé avec Prof. Alaoui, Prof. Fikri, Dr Bezaad et Dr Essolbi sur le développement et la révision des objectifs et de l'agenda de l'atelier prévu pour le 27 septembre avec 17 participants dont d'importants cadres du CNFRH et de l'INAS impliqués dans le projet. Le ton général et les résultats de l'atelier étaient très positifs. M. Putnam a eu de longues entrevues avec le personnel concerné de CNFRH, INAS, MSH, JSI et USAID. Le résumé des résultats de son évaluation a été présenté lors de la réunion de réflexion.

- *Développer des liens stratégiques entre le CNFRH, l'INAS, le Programme de Formation en Gestion de MSH et d'autres institutions régionales.*

A la demande de l'INAS, FPMD a envoyé une grande quantité de publications FPMD (par exemple, *The Family Planning Manager's Handbook*; un jeu complet de la

publication trimestrielle *Family Planning Manager*) à servir et être distribuées pendant les cours de formation en gestion de l'INAS. De plus, FPMD a fourni et envoyé quelques 40 livres demandés par l'INAS sur toute une gamme de thèmes relatifs à la formation en gestion, y compris la conception et la gestion de cours de formation, et les techniques de formation.

MSH a donné son appui à la participation de formateurs de l'INAS (Dr Jbara et Dr Lardi) à son cours à Boston sur les "Nouveaux Concepts et Techniques pour un Leadership Efficient", en septembre/octobre 1997. En tant que principaux formateurs dans plusieurs sessions de cours, le personnel de l'INAS a été en mesure de démontrer de nouvelles techniques participatives de formation et d'appliquer leurs connaissances de l'éducation des adultes. Ils ont également été exposés à l'approche MSH de conception/organisation, de mise en œuvre et de monitoring de cours de formation en gestion pour participants internationaux. Dr Jbara et Dr Lardi ont également eu des réunions avec le personnel du Bureau pour le développement de MSH et ils ont appris comment obtenir des informations (par moyens imprimés et électroniques) sur des fondations internationales, comment dépister des demandes de propositions soumissionnées ou présentées par des donateurs internationaux et comment répondre à de telles offres.

Mme Sylvia Vriesendorp, spécialiste FPMD en développement organisationnel et formation, a conçu et co-facilité (avec des formateurs du CNFRH et de l'INAS) un atelier de trois jours en éducation des adultes, techniques de formation et outils pour formateurs d'adultes, qui a eu lieu à Rabat au printemps de 1998. Les participants étaient des formateurs du CNFRH, de l'INAS et de la Division de la Formation (DRH) du MS. L'atelier a été évalué positivement, et il avait été prévu d'entretenir l'élan et de poursuivre avec une formation axée et des activités d'application.

L'INAS et MSH ont collaboré à la planification, au marketing, à l'administration de coordination et logistique, au développement du cursus, à la conduite et à l'évaluation du cours sur la "Gestion Décentralisée des Systèmes de Santé" en amenant M. Adelwahab Zayyoun à Boston afin de collaborer avec le personnel de MSH. En collaboration avec le programme de formation en gestion de MSH, l'INAS a organisé une formation en décentralisation des systèmes de santé de 27 participants venant de 10 pays francophones. Les participants étaient sponsorisés par 10 différentes organisations – OMS, GTZ, Banque Mondiale, IPPF, Save the Children, UNICEF, PAHO, DFID et USAID (PRISM/Guinée, ARD/Haïti, JSI/Maroc, MAS/FPMD/Maroc).

Analyse

Points forts

- Le cours sur la décentralisation de décembre 1998 a permis à l'INAS d'acquérir une expérience précieuse dans la gestion des nombreux aspects complexes de cours internationaux de formation.
- L'atelier "Compétences pratiques pour consultants" de mai 1999 a largement contribué à l'orientation aux compétences de base des consultants, à l'importance de la création de réseaux et aux sources potentielles de soutien.
- Le rôle et les objectifs du Partenariat répondent aux besoins réels des services de santé.
- Le personnel des deux institutions est très intéressé et enthousiaste à l'idée de ce Partenariat.

- Le personnel de chaque institution respecte énormément les compétences de l'autre.
- Il y a des talents exceptionnels parmi les membres du Partenariat à exploiter pour les besoins du Maroc et d'autres pays.
- Le Ministère de la Santé, ainsi que d'autres organismes, sont prêts à assumer la publicité sur le Partenariat dès que le plan de marketing sera lancé.

Leçons apprises

- Pour introduire de nouveaux modules de formation sur le marché privé, il faut faire des efforts constants et coordonnés dans les domaines techniques, administratifs et de marketing.
- Pour assurer l'applicabilité des nouveaux modules de formation, il faut s'assurer que l'INAS participe à leur élaboration.
- Il est important d'exploiter au maximum les réseaux de communication électroniques puisqu'ils sont d'excellents instruments de marketing.
- Le fait de circuler à toutes les parties concernées l'accord de partenariat signé par le CNFRH et l'INAS sera un témoignage de la confiance que le partenariat place dans son avenir collectif.

Contraintes et perspectives futures

- Les contraintes légales et bureaucratiques qui limitent le droit de l'INAS de passer des contrats et recevoir et dépenser directement des fonds affectent sa capacité de répondre aux opportunités du marché.
- Bien qu'il progresse, le Partenariat CNFRH/INAS n'a pas encore atteint le stade qui lui permettra d'entreprendre des projets communs opérationnels.
- Pour mieux assurer la pérennité du Partenariat entre le CNFRH et l'INAS, il est recommandé qu'ils appliquent le plan de marketing dès que possible.

JHPIEGO

Introduction

La santé maternelle et la planification familiale sont des programmes prioritaires du Ministère de la santé (MS). Les stratégies développées pour réduire la mortalité maternelle passent par la prise en charge des grossesses, des accouchements et des urgences obstétricales et nécessitent un personnel de santé conscient de ces problèmes, et ayant les compétences nécessaires pour affronter ce fléau. Ceci exige le renforcement des compétences des personnels de santé en matière de maternité sans risque et de planification familiale.

Jusqu'à tout récemment, force était de constater que la formation initiale en santé de la reproduction était nettement insuffisante, spécialement pour les médecins. Depuis plus de 10 ans, pour pallier à l'insuffisance des médecins en matière de PF et de maternité, le Ministère de la santé a organisé de nombreuses sessions de formation et de recyclage. Il convenait d'attaquer le problème à sa source, c'est-à-dire de réviser en profondeur le cursus universitaire des médecins en formation.

En mars 1996, a eu lieu une première réunion présidée par le Ministre de la Santé du Maroc où tous les responsables des centres hospitaliers de Rabat et de Casablanca, les responsables du Ministère de la santé et de l'USAID étaient représentés. Il a été alors décidé de créer un comité qui aura pour tâche d'élaborer un module de formation, de préparer des formateurs et d'identifier les besoins des milieux de formation. En 1996, JHPIEGO qui depuis plusieurs années travaillait au Maroc afin d'améliorer l'accès aux méthodes contraceptives, a répondu à une nouvelle demande d'assistance technique pour renforcer la composante de santé de la reproduction (plus spécifiquement, la planification familiale et la maternité sans risque) du volet de formation clinique du programmes des deux écoles de médecine marocaines.

Objectifs

Assister les facultés de médecine et le MS à introduire des modules de planification familiale et de maternité sans risque dans le cursus universitaire.

Réalisations

Fin novembre 1996, un atelier du consensus réunissant les représentants de la Division de la population du Ministère de la santé et des enseignants des deux facultés de médecine du Maroc, s'est tenu à Rabat pour définir les bases de l'introduction de modules de planification familiale et de maternité sans risque dans le cursus universitaire. Fin janvier et début février 1997, le docteur Robert Johnson, directeur général de JHPIEGO, s'est rendu à Rabat, à Casablanca et à Marrakech afin d'évaluer les installations cliniques utilisées par les facultés de médecine, de faire l'inventaire du matériel et des fournitures de formation utilisées dans les deux facultés et de sélectionner les enseignants qui formeront le noyau initial de formateurs dans le nouveau cursus.

Fin avril et début mai 1997, un premier groupe de 12 enseignants s'est rendu à Baltimore pour se former à la transmission efficace des connaissances et des compétences en matière de PF/MSR aux étudiants et pour réviser une première ébauche des modules devant être utilisés dans le nouveau cursus. Du 11 au 24 juin 1997, Anne Pfitzer, responsable de programmes à JHPIEGO, s'est rendu à Rabat puis à Agadir pour assurer un suivi et une coordination de l'assistance prodiguée par son organisme.

En juin et juillet 1997, deux ateliers de formation, animés l'un par Mary-Jane Lacoste et l'autre par le docteur Charles Quist, avec trois autres enseignants, formés à Baltimore, ont été organisés à Agadir à l'intention des enseignants de Rabat et de Casablanca. Plus de 40 d'entre eux ont ainsi été formés à l'enseignement de la PF/MSR. On a profité également de ces ateliers pour réviser les modules qui seront utilisés dans le cursus.

En septembre 1997, le nouveau stage de PF/MSR a débuté dans les quatre services de Rabat. A cet effet, le projet Phase V a financé l'aménagement et l'équipement d'un local de formation. En novembre 1997 et en février-mars 1998, JHPIEGO a effectué deux autres missions afin de déterminer les progrès accomplis depuis le début du nouveau cursus, d'assurer le suivi des recommandations faites à la suite du recensement des besoins institutionnels de février 1997, et d'avancer la finalisation des modules de PF/MSR. En juin 1998, à la demande du MS, le Prof. Pierre Jean a entrepris une évaluation formative du projet. Finalement, en septembre 1999, le stage de PF/MSR a démarré aussi à Casablanca et un local de formation a été aménagé et équipé. Le manuel de formation a été finalisé, imprimé, et distribué auprès des étudiants de sixième année.

Analyse

Les résultats de l'évaluation des étudiants de 6ème année de juin 1998 avaient montré que plus de deux tiers et jusqu'à quatre cinquièmes des étudiants étaient compétents en

chacune des tâches sentinelles, choisies pour l'évaluation. Les évaluations en matière d'expérience et de confiance sur certaines compétences, cependant, ont montré que les tâches liées à la PF étaient plus basses que les gestes liés à la MSR. Cela concorde avec la constatation qu'un seul étudiant n'était compétent en aucune tâche de MSR mais que 18 étudiants (8%) n'étaient compétents en aucune tâche de PF. Ces constatations mettent en évidence le besoin de répondre au manque d'expérience en pratique clinique de PF.

Basé sur ces résultats et sur l'évaluation du processus de restructuration des stages en PF/MSR pour les étudiants en médecine, les forces et les faiblesses de mise en oeuvre suivantes ont été constatées:

■ *Gestion de la mise en oeuvre*

Le consensus et la concertation entre les services qui s'était manifestée à l'occasion de la planification du projet, ne semble pas avoir duré lors de la mise en oeuvre du nouveau cursus. Ainsi, par exemple, le chef de la maternité de Casablanca a pris la décision de ne pas mettre en oeuvre le programme, sans consulter le Ministère ni les autres partenaires du projet. Par ailleurs, le comité du cursus ne s'est pas réuni souvent depuis le début du projet. Les consultants, qui se sont rendus au Maroc à plusieurs reprises ont insisté, mais en vain, sur l'importance de reconstituer ce comité du cursus. Finalement, l'évaluation de juin 1998 a été une bonne opportunité de mettre en commun les expériences de chacun, de réviser le cursus et de faire en sorte que tous les étudiants puissent profiter d'une formation équivalente quel que soit le service auquel il est affecté.

■ *Formation des enseignants*

Dès le départ, le projet a mis l'accent sur la formation des enseignants des maternités de Rabat et de Casablanca. Au total, plus de cinquante enseignants ont été formés suivant une approche axée sur l'acquisition des compétences, approche standard de JHPIEGO. Ces enseignants peuvent maintenant transmettre de façon efficace les connaissances et les compétences en matière de PF/MSR aux étudiants. Les ateliers de compétences en formation clinique ont donné des résultats remarquables observables tout au long de la visite de l'équipe. Pour les enseignants formés, il n'est plus question d'enseigner comme ils le faisaient auparavant. L'étudiant est devenu le centre de tout apprentissage. L'approche participative leur est devenue le mode principal de fonctionnement. Un membre de l'équipe a pu assister à des séances d'enseignement et voir certains d'entre eux à l'œuvre auprès des étudiants. Les enseignants formés dans le cadre de ce programme constituent le meilleur gage de sa pérennisation. Si le projet a pu être mis en place dans les maternités de Rabat en dépit de certaines difficultés, c'est en grande partie à cause de l'adhésion unanime des enseignants formés à cette approche nouvelle centrée sur l'étudiant. Il serait important que tous les enseignants partagent cette même vision.

■ *Préparation des supports didactiques*

La rédaction du module d'apprentissage en PF/MSR qui devait servir de base commune à une formation standardisée des étudiants quel que soit le service où ils se trouvent, a connu certaines difficultés avant, pendant et après son élaboration. Des versions provisoires ont été utilisées de façon variable selon les services. On a tenté à plusieurs reprises de faire valider ce module par les principaux intervenants. Finalement, le document a pu être finalisé et validé. D'autres supports didactiques devront être élaborés, à savoir un carnet de stage de l'étudiant et du matériel audio-visuel. Il importe de confier ces tâches à un noyau restreint d'enseignants provenant de chaque service, qui auraient la responsabilité de la rédaction d'une première version devant être validée après usage.

■ *Evaluation des compétences des étudiants et des évaluations du stage*

Bien que la nouvelle méthode d'apprentissage soit fondée sur l'acquisition des compétences cliniques, les instruments d'évaluation de ces mêmes apprentissages sont demeurés sensiblement ce qu'ils étaient dans l'ancien cursus, à savoir une épreuve écrite mesurant la simple rétention des connaissances et l'observation globale des étudiants durant ou même seulement à la fin du stage. De plus, il semble que l'examen de la fin de la septième année continue d'être ce qu'il était, c'est-à-dire une épreuve destinée à mesurer les connaissances beaucoup plus que les compétences. L'évaluation semble être le point faible du nouveau cursus. L'évaluation du stage par les étudiants n'est faite que dans un seul service.

■ *Disponibilité des patientes pour fins d'enseignement*

Alors que les étudiants ont suffisamment d'occasions d'apprentissage pour les soins obstétricaux, le nombre relativement restreint de clientes en PF rend l'apprentissage plus difficile dans ce domaine, comme démontré par l'évaluation. Cette pénurie n'est compensée qu'en partie par l'utilisation préalable de mannequins et par le counseling à l'occasion du post-partum.

■ *Matériel d'enseignement/Ressources documentaires/Fournitures*

Le matériel d'enseignement a mis un certain temps à parvenir dans chacun des services. Même si le matériel a été livré, il n'est pas toujours disponible aux enseignants. À cause de l'absence de locaux d'enseignement propres aux services, ce matériel est parfois gardé sous clé dans le bureau du chef de service. L'enseignement souffre d'un manque quasi total de ressources documentaires. Dans pratiquement tous les services, il manque une bibliothèque avec suffisamment de manuels de référence en MSR et en PF. Aussi les enseignants sont souvent obligés d'acheter eux-mêmes les fournitures scolaires, comme les feutres, les transparents, etc.

■ *Expansion du programme à la septième année*

La formation des étudiants "faisant fonction d'internes" dans les centres régionaux de santé échappe à l'autorité des facultés de médecine. La rémunération des enseignants (des suppléments de salaire) semble avoir été l'un des facteurs qui ont empêché le projet de se réaliser en septième année des études médicales. Il serait souhaitable de trouver une façon de rémunérer les enseignants qui fournissent un travail dépassant les tâches normales d'un enseignant.

■ *Appui technique de JHPIEGO*

L'évaluation avait aussi montré que l'expérience et l'expertise de JHPIEGO ont été essentielles à la planification du nouveau cursus. Des outils d'évaluation de besoins, un matériel pédagogique de formation et des modèles anatomiques, fournis par JHPIEGO, étaient déjà disponibles et des formateurs expérimentés en matière de santé de la reproduction et en conception de stages ont contribué à la mise en oeuvre du projet.

Conclusions et perspectives futures

Le projet de renforcement de la formation clinique en planification familiale et maternité sans risque dans les facultés de médecine marocaines est en bonne voie de réalisation. Le mérite en revient pour une large part à l'engagement indéfectible des enseignants formés à une approche pédagogique axée sur l'acquisition des compétences. La mise en oeuvre assez rapide de ce projet avec le résultat désiré—donner aux étudiants de 6ème année la

formation axée sur la compétence en PF et MSR—a été démontrée. Les étudiants sont en général bien préparés pour entrer en 7^{ème} année, ayant appris et reçu une expérience pour les nombreuses compétences dont ils auront besoin pour leur internat.

Malgré des conditions matérielles parfois défavorables et des difficultés de concertation au niveau des services, le nouveau cursus de la sixième année est maintenant utilisé par les facultés de médecine de Rabat et de Casablanca. Toutefois, ce projet demeure fragile. Il importe maintenant de continuer l'élan acquis et d'assurer un appui continue pour le programme. Voici quelques réflexions susceptibles de contribuer à la pérennisation de ce projet:

- Beaucoup d'enseignants utilisent les nouvelles compétences pédagogiques pour une variété de situations de formation, non seulement pour enseigner les étudiants de la sixième année.
- La plupart des enseignants interviewés estiment que les étudiants ayant complété le nouveau stage de PF/MSR étaient bien plus compétents que ceux des années précédentes.
- Le Doyen de la Faculté de médecine de Rabat s'est engagé à introduire cette méthodologie de formation pour d'autres stages, en commençant par le stage de pédiatrie.
- La formation clinique en santé de la reproduction des étudiants en médecine, qui pourrait à long terme entraîner une diminution de la mortalité maternelle au Maroc, pourrait servir de modèle à l'enseignement clinique des autres disciplines pour les facultés de médecine au Maroc et dans le monde.

PRIME

Historique

En 1996, USAID/Maroc avait invité PRIME à prêter son appui au Plan de Transition en Population et Santé (1996-1999) en renforçant la capacité de gérer les besoins en matière de formation du MS, et en contribuant ainsi au résultat intermédiaire 3 d'une "capacité renforcée à mener les services de SMI/PF de façon décentralisée et en répondant à la demande".

Les principaux bénéficiaires de l'assistance technique de PRIME étaient la Division de la Formation de la Direction des Ressources Humaines du MS, les neuf IFCS régionaux (Institut de Formation en Carrières de Santé) et l'INAS (Institut National d'Administration Sanitaire). L'appui technique de PRIME a été réalisé en étroite coordination avec le projet bilatéral administré par JSI et à travers les trois partenaires de PRIME: (1) INTRAH a assuré l'orientation et la gestion techniques; (2) le Training Resources Group (TRG) a contribué à la planification stratégique et au renforcement des capacités de formation; et (3) le American College of Nurse Midwives (ACNM) a contribué l'expertise en matière d'apprentissage à distance.

Au centre du programme PRIME au Maroc était la dynamisation de la stratégie nationale de formation continue. Cette stratégie nationale avait introduit le concept d'amélioration des performances au Maroc et, pour la première fois, avait établi un lien étroit entre une formation basée sur la performance et l'amélioration de la qualité des services.

Buts et Objectifs de PRIME

Le but du soutien de PRIME au Maroc était la création d'une capacité nationale de gestion d'activités de formation de qualité en PF/Santé reproductive (SR) et de développement des ressources humaines. En particulier, PRIME a travaillé en vue de trois objectifs généraux du projet:

- Accroître la capacité du MS à coordonner des programmes de formation de base et continue par le développement, l'application et l'évaluation d'un plan stratégique national de formation.
- Renforcer la capacité du MS à établir, mettre en œuvre et évaluer des activités décentralisées de formation de base et continue.
- Améliorer la capacité de l'INAS à développer et appliquer l'éducation à distance à la formation continue en PF.

Résultats Clés par Objectif

Objectif 1: Accroître la capacité du MS à coordonner des programmes de formation de base et continue par le développement, l'application et l'évaluation d'un plan stratégique national de formation.

Les attentes du MS en ce qui concerne la stratégie nationale de formation reposaient sur la création d'un système de formation continue répondant aux besoins en matière de prestations de manière décentralisée et coordonnée. La stratégie serait axée sur une meilleure performance des agents de santé et encouragerait ces derniers à être motivés et capables de contribuer à une meilleure qualité des soins. La stratégie ferait ressortir les mécanismes de coordination fonctionnels ainsi que les rôles et responsabilités et les activités prévues aux différents niveaux du système (national, régional, provincial et lieu de prestation).

La stratégie de formation attire l'attention sur le renforcement du rôle de la Division de la Formation du MS, ainsi des IFCS régionaux. Les IFCS sont chargés de la formation de base et continue des infirmiers et sages-femmes. La vision du MS était l'existence d'instituts de formation solides dans chacune des quatorze régions administratives du pays. Dans le cadre de cette stratégie, il était prévu de baser les formateurs régionaux de formation continue en dehors des instituts de formation pour renforcer aussi bien la capacité de ces derniers à répondre aux besoins des structures de prestation au niveau de la communauté que les liens entre les fonctions de base et continues. PRIME a travaillé avec les neuf IFCS existants.

Résultats

- Assuré avec succès la révision, diffusion et application d'une stratégie validée et endossée par le niveau national ce qui a placé la Division de la Formation dans une position clé de leadership. La stratégie a été officiellement lancée début 1999 et était donc devenue la politique officielle du MS à ce moment-là.
- Amélioré la qualité et la cohérence des activités de formation—y compris l'appréciation des performances, la conception, la facilitation et l'évaluation – aux niveaux central et régional par la création et la diffusion des normes nationales de formation. Ces dernières décrivent les conditions dans lesquels la formation est une intervention appropriée visant à améliorer la performance des prestataires et établir les attentes minima en ce qui concerne la gestion et la conduite d'une formation pilote axée sur le client.

Objectif 2: Renforcer la capacité du MS à établir, mettre en œuvre et évaluer des activités décentralisées de formation de base et continue.

Résultats: Formation de Base

- Neuf IFCS en mesure de mieux préparer les infirmiers et sages-femmes à fournir des informations et services de PF.
- Renforcé la capacité de 25 instructeurs et encadreurs de formation de base à concevoir et réaliser des programmes de formation.
- Développé un module de formation de base en PF qui a été intégré dans le cursus général des écoles d'infirmiers et de sages-femmes. Ce module comprend les critères d'éligibilité de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et est axé sur la performance des prestataires sur le lieu de travail.
- Soutenu l'établissement de liens entre l'INAS et une université canadienne ce qui a abouti à un plan d'action en vue de la création d'un cours avancé pour un diplôme d'infirmier.
- Facilité l'intégration de la PCIME (Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant) dans la formation et l'éducation de base par une stratégie et un plan ainsi que l'établissement de liens formels avec le service PCIME de l'OMS.

Résultats: Formation Continue

- Une Division de la Formation centrale solide capable d'assurer un rôle de leadership et de faciliter le fonctionnement régulier d'un système de formation national décentralisé.
- Produit, diffusé et appliqué un ensemble d'outils nationaux de formation et supervision.
- Créé une équipe du MS (niveau central) de huit maîtres formateurs avec des compétences avancées en évaluation des besoins en performance, en conception de la formation, en méthodes de formation empiriques ainsi qu'en évaluation de la formation.
- Un réseau solide de plus de 70 formateurs hautement qualifiés dans neuf instituts de formation ayant la capacité incontestable de conduire des programmes de formation en PF adaptables et basés sur la performance.
- Renforcé les compétences en formation des formateurs régionaux ainsi que leur aptitude à l'interaction avec les structures de prestation de services de la communauté (leurs "clients") et à répondre à leurs besoins en matière de performance.
- Gagné l'appui politique de la part des directeurs des IFCS pour supporter les formateurs régionaux, assuré des contacts avec les structures de prestation et pris l'engagement de mettre en œuvre la stratégie nationale de formation.
- Etabli des liens solides entre les fonctions de base et continues au sein des IFCS en renforçant la collaboration et la coordination entre les formateurs de base et ceux de la formation continue.

Objectif 3: Améliorer la capacité de l'INAS à développer et appliquer l'éducation à distance à la formation continue en PF.

Le MS était désireux d'explorer l'apprentissage à distance parce que la formation continue en salles de classe des prestataires de service entraînait, depuis longtemps, d'importants coûts récurrents pour le secteur de la santé au Maroc. L'apprentissage à distance était

considéré comme un moyen permettant au MS d'améliorer plus rapidement et moins coûteusement les compétences d'une plus large fraction de prestataires.

L'INAS était la principale agence responsable de la mise en œuvre du programme d'apprentissage à distance bénéficiant de l'appui de la Division de la Formation et des représentants du secteur de prestation de services. L'INAS, qui s'occupe essentiellement de la formation des professionnels de la santé en administration sanitaire et administration de la santé publique, avait déjà de l'expérience dans le développement et la gestion de programmes d'apprentissage à distance pour étudiants déjà diplômés et était désireux d'élargir son expérience et expertise en apprentissage à distance.

Avec le soutien de PRIME, l'INAS a dirigé un programme d'apprentissage à distance pour 40 infirmières et aides-infirmières à Fès et Marrakech. Le cursus de quatre mois comprenait un module d'AD en PF et un module d'AD en gestion. Le programme comportait un bon système d'appui à l'apprenant qui repose sur les encadreurs/facilitateurs qui aident à orienter les apprenants à travers le cursus.

Résultats

- Démonstration de l'efficacité de l'apprentissage à distance comme un moyen d'améliorer la performance des prestataires de services de base en PF.
- Une différence significative entre les résultats des tests de connaissances avant et après le cours, démontrant par-là que les changements sont liés au cours d'apprentissage à distance.
- Une différence significative entre les compétences en counseling en FP (15,4 contre 8,5 sur un total 16 points possibles) et les compétences en prévention d'infections (11,4 contre 4,5 sur un total de 12 points possibles) des apprenants et d'un groupe de contrôle.
- Capacité renforcée de l'INAS et de la Division de la Formation du MS à concevoir, exécuter et évaluer un programme d'apprentissage à distance.
- Conçu, testé et utilisé un cursus complet en FP et gestion.
- Etabli une équipe multi-sectorielle de coordination pour concevoir, diriger et évaluer le cours.

Analyse

L'expérience marocaine de révision et application d'un plan national stratégique décentralisé de formation est considérée comme une réussite spectaculaire. Pour la première fois, la stratégie et les standards/normes ont établi une relation directe entre le système de formation et la performance finale des prestataires sur leurs lieux de travail, et de ce fait la formation est plus à même de répondre aux besoins des structures de prestation de services, c.-à-d. les centres de santé fixes et mobiles qui utilisent leurs services. La stratégie et les standards/normes ont été validés par le niveau national et acceptés par les institutions et personnes responsables de la formation continue à tous les niveaux et orienteront tous les programmes de formation ultérieurs ainsi que le renforcement des capacités au niveau régional. La Division de la Formation du MS a assumé un rôle prépondérant dans la coordination des activités à l'intérieur et à l'extérieur du MS. Les programmes de formation de base et continue sont liés, avec un accent plus fort sur la formation de base.

Aussi bien le projet PRIME que d'autres institutions se sont servis de l'expérience marocaine de consolidation de son système national de formation comme un modèle dans toute l'Afrique et ailleurs dans le monde. Les documents, méthodes et résultats de ce travail au

Maroc ont été partagés avec des pays tels que le Mali, la Tanzanie et le Bangladesh. De plus, les professionnels du secteur public marocain impliqués dans le programme de formation continue ont servi de personnes ressources dans d'autres pays.

Le programme d'apprentissage à distance a été conçu, mis en œuvre et évalué par une équipe multi-sectorielle de professionnels des instituts clés de formation du pays. Ces instituts ont acquis une expérience précieuse et un aperçu de la viabilité de l'apprentissage à distance comme une approche alternative à la formation classique en salle de classe. On peut considérer l'INAS et le MS comme des ressources en matière d'apprentissage à distance en vue de l'extension du cours actuel et de leur rôle de leadership dans l'identification d'autres sujets et de cadres d'agents de santé où l'apprentissage à distance sera une approche appropriée.

Leçons apprises et perspectives futures

- (1) Les formateurs régionaux ont acquis des aptitudes et compétences appréciables. Afin de maintenir, voire étendre, le niveau de compétence, la motivation et l'expertise des formateurs régionaux, il faudrait les exposer à des opportunités leur permettant d'utiliser leurs compétences et de communiquer et partager leurs expériences avec d'autres formateurs. Les formateurs eux-mêmes ont recommandé certains mécanismes de soutien continu, y compris des voyages d'étude entre les régions, l'établissement d'une association de formateurs ou la création d'un bulletin d'information.
- (2) L'apprentissage à distance est une approche effective de l'amélioration de la performance des prestataires de services de PF. Les approches d'apprentissage à distance servent non seulement à améliorer les connaissances de l'apprenant, mais également à consolider les compétences cliniques et la performance des prestataires. Les résultats de l'évaluation pourraient servir à recommander des stratégies d'expansion et d'application de l'apprentissage à distance à d'autres domaines au Maroc, surtout pour les prestataires qui ne peuvent pas avoir accès à une formation en salle de classe.
- (3) Afin d'assurer la pérennisation des approches d'apprentissage à distance, les instituts régionaux de formation devraient être complètement impliqués dans la conception et la mise en œuvre de futurs programmes d'apprentissage à distance. Aussi bien l'INAS que la Division de la Formation du MS pourraient jouer un important rôle dans le transfert de l'expertise en AD aux IFCS.
- (4) Bien que les interventions de formation puissent avoir un impact sur la performance des prestataires, des interventions hors formation constituent également des facteurs importants qui influencent la performance. Ce type d'interventions comprend le recrutement, le déploiement, les encouragements et les promotions. Le potentiel des interventions hors formation à améliorer les performances des prestataires de services de base devrait être exploré davantage.

D. Logistique des Contraceptifs

Dans le cadre de la pérennisation des services de planification familiale, le bon fonctionnement du système de logistique des contraceptifs était un élément crucial pour la qualité des services offerts. Ainsi le système de logistique a bénéficié d'un appui substantiel dans le cadre des deux accords de don (Phase IV et V) conclus avec l'USAID. Ce soutien visait à développer une capacité institutionnelle au sein du MS pour gérer et se procurer les contraceptifs d'une façon autonome. L'appui technique était assuré sous forme de

collaboration entre le projet FPLM et JSI, qui a fourni un conseiller technique résident jusqu'août 1998.

Objectifs

- (1) Renforcer le système de gestion logistique des contraceptifs pour assurer la disponibilité permanente de produits contraceptifs dans toutes les formations sanitaires du pays;
- (2) Renforcer la capacité de gestion du personnel impliqué aux différents niveaux du "pipeline" dans une perspective de gestion décentralisée et autonome (sans support technique extérieur).

Indicateurs de performance

- Des produits contraceptifs sont disponibles en quantités suffisantes à tous les niveaux du système pour satisfaire la demande des utilisatrices et des utilisateurs;
- La gestion du système logistique est effectuée par un personnel qualifié sans soutien technique extérieur;

Réalisations

Le système logistique des contraceptifs a subi des grands changements au cours du projet. L'ancien système de dotations effectuées par le niveau central ("push system") a été remplacé par un nouveau système de commandes établies par l'utilisateur sur la base de sa consommation passée ("pull system"). Ceci a nécessité une restructuration et un renforcement de tous les composants du système:

Organisation et composition du personnel du MS

- Au total environ 3500 membres du personnel ont été bien formés en matière des nouvelles procédures du système de logistique et sont capables d'effectuer les calculs nécessaires pour le système de réquisition.
- Le *Manuel de gestion de stocks des produits contraceptifs* a été largement distribué et est bien utilisé, tant par le personnel formé que par le nouveau personnel non formé qui ne dispose que du manuel pour se guider.
- La capacité de formation en gestion logistique a été renforcée par formation de formateurs provinciaux et la diffusion aux IFCS et à la division de la PF d'un set de documents sur la gestion des contraceptifs produits par FPLM.
- Une stratégie de formation continue en logistique des contraceptifs a été développée avec l'assistance technique de FPLM ainsi qu'un module de formation. Ce module de formation a été imprimé et distribué à tous les IFCS et formateurs.

Distribution

- Les mêmes 3500 membres du personnel ont reçu une formation portant sur les nouvelles procédures de contrôle de stock.
- Les ruptures de stock, les déséquilibres de stock, et les stocks périmés ont été grandement diminués grâce à l'introduction du nouveau système de réquisition.

- Les deux camions fournis au niveau central par l'USAID/M ont nettement amélioré la distribution des produits aux provinces.

Systèmes d'information en gestion logistique (SIGL)

- Un nouveau "Bon de Commande et de Livraison des Produits contraceptifs", une nouvelle Fiche de Stock des Produits contraceptifs et un nouveau Registre des Produits contraceptifs ont été conçus, testés et documentés dans le *Manuel de Gestion de Stocks des Produits contraceptifs* et appliqués à l'échelle nationale.
- Les données SIGL sont utilisées pour faire les nouvelles commandes routinières et d'urgence sur l'ensemble du nouveau système décentralisé de réquisition à tous les niveaux du système de prestation sanitaire.
- Les données sur la consommation provenant du Système national d'Information sanitaire (SNIS) sont utilisées régulièrement pour la prévision des besoins en produits contraceptifs.
- Le logiciel "système SMIPF" développé avec l'assistance technique de JSI permet de saisir et d'analyser les données sur les prestations de planification familiale du SNIS au niveau provincial.
- Le logiciel pour informatiser l'analyse au niveau central des données SIGL (Bon de Commande) a été conçu et mis en oeuvre localement.

Stockage et emmagasinage

- Le nouveau dépôt de Sale a été inauguré (construction sous le projet Phase IV) et le matériel nécessaire pour son fonctionnement a été acheté.
- Les conditions de stockage dans le dépôt de contraceptifs de Casablanca et dans le nouveau dépôt de Salé sont très bonnes et, avec l'adjonction du, la capacité d'emmagasinage central sera adéquate dans les années à venir.
- Les conditions de stockage varient au niveau plus faible mais presque partout, le personnel suit les bonnes pratiques d'emmagasinage (Premier expiré premier sorti, mesures de protection environnementale).
- En ce qui concerne la gestion des stocks aux dépôts de Salé et de Casablanca, une application informatisée a été développée par une ingénieure informaticienne de la DP avec l'appui des ingénieurs et techniciens de la DIM.
- A titre expérimental, un dépôt régional pour stockage de produits et de médicaments a été aménagé à Agadir pour la région du Souss-Massa-Drâa. Son fonctionnement sera testé dans le cadre du nouveau projet de décentralisation.

Prévisions au niveau national

- Depuis 1999, le personnel de la DPF prépare lui-même les Tableaux d'Acquisition des Contraceptifs pour calculer les prévisions annuelles en produits contraceptifs en utilisant le modèle de FPLM/USAID.
- Actuellement, les prévisions tiennent compte des stocks disponibles à tous les niveaux du système de distribution et elles sont faites en utilisant les données de consommation du SNIS.

- Le nombre de ruptures de stock et de péremptions de produits a été nettement diminué suite en partie à une meilleure prévision et en partie à un meilleur contrôle de stock.

Achats

- Les procédures du MS de budgétisation, d'achat et de contrôle de qualité sont en place et fonctionnent, ainsi que démontré par plusieurs achats effectués par le MS dans la phase de transition.
- Dans le cadre de la mise en place d'un programme de contrôle de la qualité des préservatifs, le matériel nécessaire a été acheté et installé au Laboratoire Nationale du Contrôle des Médicaments. Quatre personnes, dont deux techniciens de laboratoire et deux pharmaciens inspecteurs ont été formés par PATH sur l'utilisation de ce matériel.

Commentaires et perspectives futures

La logistique des produits contraceptifs a bénéficié d'un appui substantiel dans le cadre des deux accords de don (Phase IV et V) conclus avec l'USAID.

La mise en place d'un nouveau système de commandes établies par l'utilisateur sur la base de sa consommation passée ("pull system") en remplacement de l'ancien système de dotations effectuées par le niveau central ("push system") constitue un résultat impressionnant de la coopération entre le MS, l'USAID et JSI. Ce nouveau système, développé en support de l'initiative de décentralisation du MS, a connu un succès notoire grâce à la réduction des déséquilibres des stocks et en évitant les ruptures de stock et les péremptions de produits.

L'établissement du système d'information de gestion logistique (SIGL), la rédaction d'un manuel et la formation de 3500 membres du personnel à l'échelle nationale en gestion logistique des contraceptifs sont parmi les résultats les plus notables. Avec la participation de consultants de l'extérieur, le MS a mis en place un système d'estimation des besoins en contraceptifs avant le passage des commandes par le niveau central sur la base des CPT (Table d'Achat des Contraceptifs). Ce système a permis l'approvisionnement continu du pipe-line des contraceptifs à travers les dons de l'USAID. En même temps, la mobilisation croissante de fonds de l'Etat pour l'achat de contraceptifs a permis au MS de tester les procédures d'achat et le marché local.

Avec la perspective de la décentralisation, un certain nombre de fonctions liées à la logistique des produits de programmes pourrait faire l'objet d'une analyse approfondie. Le stockage et le transport de produits ne peuvent-ils pas être organisés d'une façon plus efficiente? Doivent-ils rester nécessairement des attributions du Ministère de la Santé? Ce type de service ne peut-il pas être complètement ou en partie sous-traité au secteur privé ou à une organisation autonome spécialisée?

E. Evaluation

Cette composante, visait généralement le renforcement de la capacité du Ministère de la Santé en évaluation et suivi des programmes SMI/PF, à partir de l'information produite aussi bien par le système d'information de routine que par les enquêtes et les études de recherche. Cette composante bénéficiait de l'assistance technique de l'Université de Tulane, entre 1992 et 1997 à travers Projet EVALUATION, et entre 1997 et 2000 à travers le Projet MEASURE en collaboration avec l'équipe de JSI.

Depuis la mise en oeuvre du Plan d'Action 1998-1999, les activités visant l'utilisation de l'information à partir du système d'information de routine ont été classées plutôt sous la

composante du Système d'Information et de Gestion. Bien qu'elles bénéficiaient toujours d'une assistance technique de l'Université de Tulane (sous le projet MEASURE), elles étaient dorénavant gérées directement par l'équipe de JSI.

Ainsi, dans cette section, uniquement les activités visant le renforcement de la capacité de recherche opérationnelle (RO) et d'évaluation sont traitées. Le résultat attendu et son indicateur étaient définis dans les Actions Prioritaires de Plan de Transition de l'USAID/Rabat.

Objectif

Renforcement de la capacité du Ministère de la Santé:

- à identifier les besoins en RO et en évaluation;
- à élaborer et à mettre en application des méthodes de recherche; et
- à intégrer les résultats de la recherche dans la conception des programmes de PF/SMI.

Réalisations

Les réalisations principales du projet en matière de renforcement de la capacité de recherche ont été classées selon trois axes d'intervention: (1) études de recherche évaluatives, (2) formation en recherche opérationnelle et évaluative, et (3) le développement de plans d'action pour la recherche opérationnelle et l'évaluation. Les paragraphes suivants, représentent une synthèse de ces activités. Pour plus de détails, le lecteur est référé aux rapports annuels et à la publication "La dynamique du programme de planification familiale au Maroc: Résultats-clés de la recherche d'évaluation 1992-1997".

(1) Etudes de recherche évaluatives

Sous l'égide du projet EVALUATION, et en collaboration avec John Snow Inc., différents chercheurs ont entrepris entre 1992 et 1997 des études de recherche en évaluation du programme PF au Maroc. Les recherches étaient conçues pour mieux comprendre "la boîte noire" de la prestation de services au Maroc et pour mesurer l'impact des services de PF sur le comportement reproducteur, y compris l'utilisation de la contraception. Une liste des études par thème est fournie dans le tableau 7. Les principaux résultats ont été résumés dans le document "La dynamique du programme de planification familiale au Maroc: Résultats clés de la recherche d'évaluation 1992-1997".

Tableau 7: Thèmes de la recherche d'évaluation	
Résultats des services	
■ Accès	— La disponibilité des services de planification familiale au Maroc 1992-1995 (Zaoui, El Harim et Brown).
■ Qualité	— Qualité des soins (Tyane, Abou-Ouakil, Brown, Bertrand, Lauro). — Sous-utilisation du DIU (Hajji, Lakssir et Brown).
Utilisation des services	
	— Niveaux et tendances dans les statistiques des service 1992-1996 (Azemat, Naya-Edwards, Edwards).

Tableau 7: Thèmes de la recherche d'évaluation

<p>Pratique contraceptive</p> <ul style="list-style-type: none"> — Discontinuation, changement et échec de méthode (Lakssir). — Les effets de l'utilisation des services de SMI sur l'utilisation contraceptive ultérieure au Maroc (Azelmat, Heikel, Hotchkiss, Magnani, Rous et Mroz). — Le rôle des maris dans la prise de décision liées à la contraception (Speizer). — Intentions contraceptives et utilisation ultérieures: effets du programme (Magnani, Shafer, Hotchkiss, Florence). — L'impact des programmes de planification familiale sur le comportement reproducteur: résultats du panel au Maroc (Hotchkiss, Magnani, et al.).
<p>Fécondité</p> <ul style="list-style-type: none"> — L'impact des programmes de planification familiale sur le comportement reproducteur: fait transversaux (Hotchkiss, Magnani, et al.).
<p>Autres</p> <ul style="list-style-type: none"> — La fiabilité des données du calendrier (Stricker, Magnani, Brown). — Déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle (Eckert). — Dépenses sanitaires des ménages au Maroc: indications pour la réforme des soins de santé (Zineddine, Hazim, Hotchkiss).

Outre le portefeuille des études d'évaluation, cette collaboration a permis d'arriver à d'autres "produits" importants:

- Une base de données interactive pour suivre les statistiques de SMI/PF pouvant être consultée sur les ordinateurs personnels et sur l'Internet (voir sous RI 3 /F); et
- Un guide d'utilisation des données des programmes SMI/PF, adapté au Maroc.

Il était prévu que le projet MEASURE assisterait le MS avec les analyses secondaires de la base des données PAPCHILD, qui était prête aux fins d'analyse en 1998. Faute de temps et de disponibilité de personnel, ces études n'avaient pas encore commencé à la fin du projet Phase V.

(2) Formation en recherche opérationnelle et évaluative

Le projet MEASURE et Phase V ont financé une série d'activités de formation pour renforcer la capacité technique en matière d'évaluation. Ainsi, plusieurs ateliers ont été organisés aux niveaux central et périphérique ainsi qu'une formation sur le tas portant sur tous les aspects de la collecte de données (notamment pour des études qualitatives). Six personnes du SEIS, de la DP et de l'INAS ont bénéficié en 1998, d'une formation sur l'analyse des données d'enquêtes en utilisant le logiciel SPSS. Les méthodes d'analyse les plus avancées ont été touchées lors de cette formation.

Le projet a pris en charge le voyage de plusieurs cadres du MSP à Tulane pour réaliser des études approfondies et des analyses thématiques concernant les programmes SMI/PF. Au total 9 personnes se sont rendues à Tulane à différentes périodes et ont réalisé les travaux suivants:

- Guide d'utilisation des données et manuel des indicateurs des programmes SMI/PF;
- Analyse des statistiques de services de SMI/PF pour la période 1992-1996;
- Analyse des données du Module de Disponibilité de Services réalisé en 1995 avec le DHS;
- Etude sur les dépenses des ménages pour les soins de santé.

Basé sur des discussions avec la DP et l'INAS, il a été décidé que la meilleure façon d'aider l'INAS à institutionnaliser un cours d'évaluation au sein de l'Institut était d'envoyer un des enseignants pour une formation complémentaire. Ainsi, à travers un financement joint des projets PF/SMI Phase V et MEASURE 2, M. Noureddine Jbaara, enseignant à l'INAS et M. Taoufik Bakkali de l'équipe de JSI ont participé à un atelier sur l'évaluation des services PF/SMI qui s'est tenu à Chapel Hill (Université de la Caroline du Nord) du 24 mai au 18 juin 1999. Les compétences acquises par M. Jbaara lui ont permis de développer un module en "Méthodes d'évaluation et de suivi en santé" qui sera enseigné par M. Jbaara et M. Bacheikh à partir de septembre 2000 faisant partie du 6ème Cours en Santé Publique de l'INAS.

Finalement, le MS et JSI, en collaboration avec le projet MEASURE Evaluation, ont organisé une série de séminaires de formation sur les techniques de recherche qualitative au profit de l'équipe régionale du Souss-Masss-Drâa en 2000. 35 cadres représentant les différentes provinces de la région ont pu pratiquer sur le terrain les différentes techniques de planification de recherche et de collecte d'information qui leur ont été présentées, et ont finalisé le protocole de recherche pour une étude qualitative sur la sous-utilisation des injectables. L'enquête sur le terrain ainsi que la transcription des focus groupes et des entretiens approfondies ont été effectuées en mars et avril 2000. L'analyse de cette enquête était réalisée lors d'un séminaire-atelier de formation sur les techniques d'analyses de données qualitatives. Lors de cet atelier, les participants ont été formés sur l'utilisation du Logiciel Ethnograph pour l'analyse des données qualitatives.

Les résultats intéressants de l'étude, qui seront présentés en octobre 2000 à d'autres équipes régionales, et l'enthousiasme des cadres impliqués dans cette formation, doivent inciter les responsables du MS à répéter cette formation pour d'autres équipes régionales.

(3) Le développement de plans d'action pour la recherche opérationnelle et l'évaluation

Afin de mieux structurer les études de recherche autour des programmes SMI/PF et d'assurer ainsi une meilleure utilisation des résultats de la recherche, une initiative sur le développement d'un plan d'action de recherche appliquée avait été lancée fin 1997. La première activité planifiée était une réunion de consensus sur les priorités de recherche en SMI/PF. Ainsi, une équipe de travail MS/INAS/JSI a fait un inventaire assez complet des études de recherche en SMI/PF effectuées dans les dernières dix années. Le travail avait été confié à trois étudiants en santé publique de l'Institut National d'Administration Sanitaire (INAS) sous la supervision d'un enseignant de l'INAS. Deux étudiants ont dédié leur thèse à ce travail, en analysant et critiquant la quantité, la qualité, et la pertinence de la recherche entreprise au cours des dernières années dans le domaine de la santé de l'enfant et de la planification familiale. Le troisième, qui s'occupait de la recherche en santé maternelle, a préféré ne pas continuer le travail à cause du nombre insuffisant d'études de recherche publiées. Malheureusement, plusieurs facteurs, dont le temps manquant, la démission du professeur superviseur, et la difficulté de rassembler autour de la table un groupe représentatif de chercheurs et de gestionnaires, ont fait que la réunion de consensus sur les priorités de recherche n'a jamais eu lieu.

Leçons à tirer et perspectives d'avenir

La collaboration entre le MS, le Projet EVALUATION et MEASURE/Tulane et JSI/Maroc a produit un volume élevé d'activités:

- analyses secondaires des données EDS/MDS pour mesurer l'accès, la qualité et l'impact du programme;
- des études qualitatives pour cerner les points forts et points faibles au niveau de la prestation de services;

- la mise au point d'un système informatisé interactif pour promouvoir une plus grande utilisation des données de la part des responsables de programme;
- le renforcement des capacités en recherche et évaluation par le biais de la formation et du réseau professionnel.

Cette collaboration a permis de renforcer les capacités de conception, de réalisation et d'analyse de la recherche d'évaluation au sein du MS. Elle a permis d'effectuer un certain nombre d'études de recherches avec les implications pour les programmes et a contribué à l'élaboration d'une "culture d'évaluation" au sein des divisions du MS responsables du programme du SMI/PF.

Le climat de la recherche d'évaluation est excellent au sein du Ministère de la Santé du Maroc. Sans exception, les administrateurs responsables soit pour le programme de SMI/PF (au sein de la DP) soit des statistiques de recherche/santé (dans le SEIS) ont participé activement à la collaboration de cinq ans qui a permis de dégager les résultats de recherche et autres "produits d'évaluation". A présent, les responsables de programme disposent de statistiques de service pouvant être facilement utilisées aux niveaux central et provincial. Les résultats des études ont été utilisés pour réorienter les activités des programmes, tel que c'est le cas des études sur la qualité des soins et la sous-utilisation du DIU. La richesse des données marocaines a permis de réaliser des études qui n'auraient pu être faites nulle part ailleurs (par exemple, la disponibilité du calendrier EDS, puisque le Maroc est le seul pays qui a fait une étude panel avec les mêmes répondants) ou dans peu d'autres pays (par exemple, mesurer l'impact du contexte des services de PF sur l'utilisation de la contraception). Aussi, plusieurs membres du personnel du PSP ont suivi une formation supérieure portant sur l'évaluation de programme de la santé de la reproduction, renforçant ainsi la pérennisation de ces activités à l'avenir.

Des travaux très importants ont été effectués dans le domaine de l'évaluation et certains pourraient signaler qu'il est temps de passer à d'autres problèmes et, pourtant, un argument tout aussi convaincant pourrait être avancé pour dire que la collaboration de cinq ans a posé les fondements de l'utilisation complète de l'évaluation aux fins d'améliorer davantage le programme SMI/PF au Maroc. Le Maroc se situe déjà au premier plan de ce domaine et il pourrait encore être davantage reconnu à ce titre grâce à une documentation de haute qualité de ses réussites et par le biais d'efforts continus visant à identifier les divers moyens permettant de rendre son programme SMI/PF encore plus efficace à l'avenir.

F. Système d'Information Sanitaire

Depuis 1987 le Ministère de la Santé, conscient du manque d'information pertinente et fiable pour la planification et le suivi des programmes SMI/PF, s'est efforcé de restructurer le système national d'information sanitaire (SNIS) de routine, et plus particulièrement le sous-système SMI/PF. Cet effort était confié au Service des Etudes et de l'Information Sanitaire (SEIS) en collaboration avec la Direction de la Population (DP), la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies (DELM), et la Division de l'Informatique et des Méthodes (DIM).

En dépit de ces efforts, au début du Projet en 1994, le système d'information relatif à la santé de la mère et de l'enfant restait essentiellement affectée par quatre catégories de problèmes: (1) la qualité insuffisante et le caractère incomplet des données produites par le système de collecte des données de routine; (2) la fragmentation des systèmes de collecte de données, trop souvent encore organisés verticalement par programme prioritaire; (3) le retard dans la disponibilité de l'information à tous les niveaux; et (4) l'utilisation insuffisante des données disponibles pour la planification, la gestion et l'évaluation des services.

Le Projet PF/SMI Phase V planifiait de s'attaquer à chacun de ces problèmes, en mettant l'accent sur l'intégration du système d'information sanitaire de routine et sur le renforcement de la capacité de gestion de l'information au niveau périphérique.

Objectifs

- (1) Amélioration de la gestion des données SMI/PF, en intégrant le système de collecte de données, et en déléguant les responsabilités de gestion vers les structures périphériques;
- (2) Amélioration de l'utilisation des données aux niveaux central et périphérique afin de faciliter la prise de décision dans la gestion des services SMI/PF;
- (3) Développement au sein du MS de l'informatique comme outil dans gestion et d'utilisation des données SMI/PF.

Indicateurs de performance:

A la fin du projet:

- Des données des programmes SMI/PF, en provenance d'au moins 90% des formations sanitaires des régions pilotes, seront disponibles au niveau régional avec un maximum de 4 semaines de décalage, et électroniquement transmis au niveau central après maximum 1 semaine.
- Dans les régions pilotes, au moins 2 actions dans chaque programme prioritaire ont été mises en oeuvre sur la base de l'analyse des données régionales.

Réalisations

Les activités de restructuration du SNIS ont été réalisées dans l'esprit de préparer le MS à assurer une prise en charge technique et financière des activités du Système d'Information et de Gestion après la fin de l'assistance bilatérale avec l'USAID. L'assistance technique était fournie par l'équipe de JSI avec l'Université de Tulane, sous les projets EVALUATION (1994-1997) et MEASURE (1998-2000).

Elles comportaient deux volets: (1) le développement du système de collecte, de traitement et d'utilisation de données SMI/PF; et (2) l'informatisation du SNIS au sein du MS. Ainsi cette section a été scindée en deux parties, traitant séparément les deux groupes d'activités.

Partie I: Restructuration du Système d'Information Sanitaire

La restructuration du système d'information était guidée par trois préoccupations du MS: (1) stimuler l'utilisation de l'information pour améliorer la qualité des services offerts; (2) intégrer la collecte des données des différents programmes SMI/PF, en facilitant une approche holistique de la santé de l'enfant et la santé de reproduction; et (3) introduire des nouvelles orientations programmatiques, comme la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance et la gestion des urgences obstétricales.

Les activités de restructuration étaient concernaient trois aspects du SNIS: (1) la révision des supports de collecte de données; (2) le développement d'un système informatisé de saisie et d'analyse des données SMI/PF; et (3) la formation des gestionnaires et prestataires aux niveaux régional et provincial à l'utilisation de données pour la prise de décision.

Parallèlement à ces activités, une étude a été réalisée en 1998 sur la qualité des données des programmes SMI/PF collectées dans les formations sanitaires, afin d'identifier les

faiblesses critiques dans le processus lié à la production et à l'utilisation des données de routine. L'étude a été réalisée par une équipe multidisciplinaire du MS composée de représentants de la DP, du SEIS et de l'inspection générale en collaboration avec un consultant de l'OMS Genève et JSI. L'étude confirmait la persistance de plusieurs des problèmes identifiés au début du projet, comme le manque de précision dans la collecte des données et le manque d'utilisation de l'information au niveau local.

1. Révision des supports de collecte des données

Le système de collecte des données SMI/PF dans les services de santé de base était caractérisé par une multitude de registres, fiches journalières, et rapports, qui étaient le résultat du développement de systèmes de collecte de données séparés par programme. Ainsi le PNI, le PLMD, le PIRA, le PNT, le PSGA, le PPF avait chacun leur set de supports. Aussi, les procédures de transmission des rapports étaient confuses. A côté du SEIS, qui était le service centralisateur de l'information, plusieurs voies de transmission parallèles existaient acheminant les données directement aux programmes nationaux. Bien que, au début des années 90, un travail de simplification de la collecte des données avait abouti dans la constitution d'une liste d'indicateurs essentiels pour la gestion des programmes prioritaires, la multitude d'instruments de collecte de données persistait et constituait une charge de travail démotivante pour les prestataires dans les formations sanitaires.

En 1997, plusieurs groupes de travail ont été constitués adapter les supports de collecte de données (SCD) aux besoins engendrés par l'intégration des programmes de santé de reproduction et de l'enfant, et par les nouvelles approches programmatiques de soins obstétricaux d'urgence et de la PCIME. Ces groupes de travail étaient constitués par des cadres représentant les programmes concernés, des cadres du SEIS et des personnes ressources de l'équipe JSI. A l'issue d'une série de réunions, les décisions suivantes avaient été prises:

- Maintien des SCD des services de planification familiale;
- Restructuration des SCD liés à la santé de l'enfant pour mieux répondre aux besoins de l'approche PCIME;
- Restructuration des SCD des services obstétricaux;
- Simplification des procédures de transmission des données SMI/PF par la création d'un rapport mensuel en forme de "booklet", qui contiendrait toutes les données SMI/PF d'une formation sanitaire; et
- Recherche opérationnelle sur la décentralisation de la surveillance épidémiologique.

Les programmes relatifs à la santé de l'enfant: L'introduction de l'approche de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant PCIME avait amené le principe selon lequel tout enfant qui accède à la cellule de SMI bénéficie d'une prestation intégrée qui tient compte de tous les problèmes de santé potentiels et des opportunités de prestations préventives. La multiplicité des supports de recueil de données existants constituait une entrave à cette approche. En effet, le recensement des supports de collecte d'information concernant les quatre programmes de santé de l'enfant révélait l'existence de 13 supports d'information différents dont 5 registres, 3 fiches journalières et 5 rapports mensuels.

Après plusieurs mois de concertation entre les responsables des différents programmes de santé de l'enfant et du SEIS, un système d'information intégré relatif à la santé de l'enfant a été élaboré. Il permettait l'enregistrement, dans un document unique, de l'ensemble de soins de santé curatifs et préventifs dispensés à tout enfant âgé de moins de cinq ans. Les 13 supports d'information jusqu'alors utilisés dans le cadre de la santé de l'enfant ont été réduits à 4:

- registre journalier des activités intégrées de l'enfant;
- registre pour le programme national de vaccination;
- feuille journalière des activités PNI; et
- rapport mensuel intégré des activités de l'enfant.

Le programme de santé de la mère: Une révision du système d'information de la santé maternelle a été effectuée pour répondre aux besoins d'information de la nouvelle stratégie des soins obstétricaux d'urgence. Cette révision a consisté en (1) la révision du registre obstétrical d'accouchement qui était transformé en registre d'obstétrique; (2) la révision du rapport mensuel des activités obstétricales; et (3) la révision du rapport mensuel de pré et post natal.

Un rapport mensuel intégré: Tous les rapports mensuels des programmes SMI/PF ont été regroupés sous forme de "booklet" afin d'assurer que tous les rapports soient envoyés en une seule fois et en assurer le suivi.

La mise en place des nouveaux supports: Après la confection de ces supports, un pré-test a été lancé dans les deux wilayas d'Agadir et de Meknès pour le système intégré de l'enfant, et dans les régions Taza-Al Hoceima-Taounate et Fès-Boulemane pour les programmes de santé de la mère. Le personnel SMI des formations sanitaires ainsi que le personnel du SIAAP de ces provinces ont été formés sur l'utilisation de ce nouveau système. Suite à des visites sur le terrain, réalisées par le personnel du SEIS, de la DSMI et de JSI, plusieurs corrections ont été apportées aux différents supports utilisés jusqu'à l'aboutissement à une version finale qui répondait aux besoins de la majorité des utilisateurs de l'information à différents niveaux du système.

Les nouveaux SCD ont été approuvés pour utilisation généralisée à travers le pays au début de 1999. Ils ont été imprimés à la DIEC, d'abord pour les cinq régions pilotes avec financement du projet, ensuite pour le reste du pays à la charge du MS et d'autres bailleurs de fonds. Par la suite, une formation en cascade du personnel de toutes les formations sanitaires a été organisée dans les cinq régions pilotes du projet. Suite à l'émission d'une circulaire du secrétaire général annonçant la suppression des anciens supports d'information, toutes les provinces du Maroc ont officiellement commencé à utiliser les nouveaux supports à partir de janvier 2000.

2. Le développement d'un système informatisé de saisie et d'analyse des données SMI/PF

Une des explications du manque d'utilisation de l'information par les gestionnaires périphériques était la centralisation du traitement et de l'analyse des données de routine. En même temps le niveau central n'arrivait pas à fournir une rétroinformation vers la périphérie dans un délai acceptable. Finalement, les prestataires et les gestionnaires des services de santé se limitaient à transmettre les données vers le centre, sans se soucier trop de la qualité. La tendance vers une gestion décentralisée des services de santé dans les dernières années ouvrait le chemin pour un changement dans la gestion du système d'information sanitaire, et de graduellement préparer les gestionnaires au niveau des régions et des provinces à traiter et analyser eux-mêmes les données collectées.

Ainsi, il a été décidé de mettre en place, dans une première étape, un système informatisé et interactif qui fournit aux responsables en périphérie un accès facile à 20 indicateurs de performance SMI/PF. Cette tâche a été confiée à un consultant provenant de l'Université de Tulane. La première application (SNISSTAT) a été développée sous DOS à partir des données saisies au niveau du SEIS. Elle permettait de produire des tableaux, de multiples graphiques et cartes pour chaque indicateur sur une période de cinq ans (de 1992 à 1996)

ainsi que pour les différents niveaux (national, régional et provincial). Cependant, les données fournies par cette application étaient souvent critiquées par les gestionnaires en périphérie, sous prétexte qu'elles étaient dépassées, incomplètes ou qu'elles ne représentaient pas la réalité des performances réalisées par les provinces.

Ainsi, dans le triple objectif (1) d'améliorer la qualité des données SMI/PF recueillies au niveau périphérique; (2) d'encourager l'utilisation de ces données aux niveaux régional et provincial; et (3) de réduire les délais dans leur disponibilité au niveau central et régional, il avait été décidé de décentraliser la saisie des données au niveau des provinces. A cet effet, une application informatisée de saisie et de traitement des données SMI/PF et curatifs au niveau provincial a été développée entre 1998 et 2000. Cette application, appelée "Système SMIPF" a été conçue par les responsables du SEIS, de la DIM et de la DP et développée sur "Microsoft ACCESS" par Dr Mike Edwards, consultant de JSI. Elle permet ainsi aux responsables des programmes au niveau central et aux gestionnaires provinciaux et régionaux d'assurer un suivi continu et instantané des performances des services SMI/PF.

Une version préliminaire de l'application a été installée en 1999 à titre expérimental au niveau de toutes les provinces des régions de Meknès-Tafilalet et du Souss-Massa-Drâa. Pendant la période de testing, les utilisateurs ont formulé plusieurs commentaires sur l'application. Ces commentaires ont été communiqués au consultant qui a continué le développement des différents modules de l'application aussi bien à Rabat et aux USA en étroite collaboration avec les responsables du SEIS, de la DIM et de JSI.

La version définitive du système a été livrée au MS en fin juin 2000. L'application *Système SMIPF* est un outil puissant pour les gestionnaires des services de santé pour analyser plus efficacement les données SMI/PF de routine. Quelques exemples des possibilités de traitement et d'analyse des données sont donnés dans le tableau 8. L'application est maintenant installée au niveau provincial dans les cinq régions pilotes du projet et dans les régions de Marrakech-Tensift-El Haouz et Tanger-Tétouan, qui représentent à peu près la moitié des provinces du Maroc. Il est prévu d'installer l'application dans les meilleurs délais dans toutes les provinces du pays.

Tableau 8
Application Système SMIPF: possibilités de traitement et d'analyse des données

- Définir la liste des CS et les populations cibles dans une province;
- Saisir les données des programmes SMI/PF et des consultations curatives par Circonscription Sanitaire à partir du rapport mensuel;
- Editer des rapports sommaires sur les performances des programmes;
- Transmettre les données par e-mail au SEIS et/ou au chef lieu de la région;
- Calculer les principaux indicateurs relatifs aux programmes SMI/PF, et les présenter sous différents formats tabulaires, graphiques, ou géographiques;
- Faire une analyse détaillée des données de chaque programme par CS, par province, par région, et au niveau national;
- Réaliser un chartbook par province, par région ou au niveau national.

Tous les techniciens de statistique et animateurs de programmes dans les 23 provinces des 5 régions ont été formés sur l'utilisation de l'application. A cet effet, des modules de formation sur l'utilisation de l'application ont été élaborés et validés par les responsables du SEIS, de la DIM et de JSI. Un groupe de formateurs a été constitué et formé pour répondre aux besoins de formation des techniciens qui allaient manipuler l'application au niveau provincial, et pour résoudre les problèmes éventuels liés à l'installation/mise à jour de l'application et à la transmission de données.

3. La formation sur l'utilisation des données:

Parallèlement aux changements du système de collecte des données et du développement d'outils informatisés de traitement et d'analyse des données, un effort soutenu a été livré par l'équipe du projet de renforcer la capacité des gestionnaires aussi bien au niveau central qu'en périphérie d'utiliser l'information pour améliorer la gestion et la prestation des services SMI/PF.

Les activités de renforcement de la capacité d'analyse d'enquêtes et d'études de recherche ont été décrites dans la composante d'évaluation (voir ci-dessus). Concernant l'utilisation des données de routine, plusieurs formations sur les techniques d'évaluation des programmes et sur l'utilisation des indicateurs et des tableaux de bord pour la gestion des programmes, aussi bien à la DP que dans les provinces ont été réalisées par le projet EVALUATION entre 1995 et 1997. Ces formations ont surtout ciblé les techniciens de statistique et les animateurs de programmes au niveau provincial.

Avec la création des nouvelles régions et les perspectives de gestion régionalisée des services de santé, les cadres du SEIS et de la DP, assistés par l'équipe de JSI et de Tulane, ont organisé des séminaires régionaux au profit des responsables provinciaux (délégués, et médecins chefs SIAAP) sur l'utilisation des données de routine des programmes SMI/PF dans le processus de planification et de gestion des programmes. Ces séminaires ont été réalisés dans les régions Fès-Boulemane, Meknès-Tafilalet, Souss-Massa-Drâa, et Doukkala-Abda. Faute de temps et de disponibilité de formateurs, il n'a pas été possible de réaliser cet atelier au profit de la région Taza-Taounate-Al Hoceima. A chaque fois, il était demandé aux participants de rédiger un chartbook (graphiques annotées) régional en mettant en pratique les techniques proposées au cours du séminaire. Ces chartbooks ont permis aux gestionnaires des services de santé d'identifier les problèmes saillants et d'entreprendre des actions pour les résoudre.

Souvent, un problème ainsi identifié nécessite une investigation plus "qualitative" approfondie pour trouver des solutions opérationnelles. Ainsi, avec l'assistance de l'Université de Tulane, une formation en recherche qualitative a été organisée pour la région du Souss-Massa-Drâa (voir composante évaluation ci-dessus).

Finalement, dans le contexte de la décentralisation des services SMI/PF, et en collaboration avec la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies (DELM), le projet a donné son support à la création d'un Observatoire Régional d'Epidémiologie (ORE) au niveau de la région du Souss-Massa-Drâa. Les objectifs étaient de renforcer les compétences provinciales et régionales à gérer l'information épidémiologique pour la prise de décision et l'action à l'échelle locale et régionale. Une formation en surveillance épidémiologique des gestionnaires provinciaux a été organisée, un système informatisé de détection d'alerte précoce a été élaboré avec les responsables locaux, et l'imprimerie d'un bulletin ORE a été entamé.

Partie II: Informatisation du SNIS au sein du MS

Les investissements du projet en matière d'achats d'équipement informatique et de formation du personnel avaient été planifiés en vue de renforcer la capacité du MS à tous les niveaux de gérer un système d'information SMI/PF automatisé.

Avant le début du projet Phase V, le Ministère de la Santé était très peu équipé en matériel informatique, les utilisateurs étaient peu familiers avec les technologies de l'information, et aucun standard en matière d'équipements et de logiciels n'existait. Chaque département avait ses propres logiciels et sa propre configuration du matériel, ce qui causait énormément de problèmes de communication et d'échange de données. En 1996, le MS a créé la Division de l'Informatique et des Méthodes (DIM) pour orienter et superviser toutes les

activités du MS liées à l'informatique. Une des premières activités de cette Division a été la production d'un schéma directeur de l'informatique. Ainsi, l'assistance du projet à l'introduction des nouvelles technologies de l'information au Ministère de la Santé s'est basé sur les orientations fournies par ce schéma directeur.

Achats d'équipements informatiques

Au cours du projet, plusieurs équipements informatiques ont été achetés et distribués aux différents départements du ministère central et aux provinces. Des réseaux informatisés ont été installés au niveau de la DIM et du SEIS, dans les principales directions du MS et plus particulièrement à la DP, à l'INAS, au CNFRH et d'autres maternités universitaires, au niveau des chefs-lieux des régions et des IFCS. Toutes les provinces des régions pilotes du projet ont été dotés d'ordinateurs et d'imprimantes. Un système de messagerie électronique et un site WEB pour le MS ont été mis en place et toutes les structures précitées ont obtenu accès au e-mail et à l'Internet.

La dernière année du projet a été consacrée à l'exploitation de l'infrastructure mise en place et son maintien afin de répondre à la demande croissante des utilisateurs à tous les niveaux. Le MS s'est doté de l'infrastructure la plus récente en matière des technologies de l'Internet et est devenu ainsi le fournisseur d'accès à l'Internet pour tous les utilisateurs au Ministère de la Santé aussi bien au niveau provincial que central.

Le tableau 9 résume les principaux achats en informatique effectués au cours du projet.

Tableau 9	
Principaux achats d'équipement informatique du Projet PF/SMI Phase V	
■	21 serveurs
■	298 ordinateurs
■	164 imprimantes
■	5 projecteurs datashow
■	Câblage de réseaux au niveau central et dans 12 régions
■	Installation de modems et de lecteurs zip dans 23 provinces
■	Achats de logiciels bureautiques français et arabes, de logiciels de conception de pages WEB (FrontPage et Ms Publisher), de gestion de bases de données (Magic) et d'analyse des données (SPSS)

Formation en informatique

En parallèle à la dotation du ministère en équipements informatiques, un effort considérable en matière de formation du personnel de la santé a été maintenu pendant toute la période du projet. Ainsi nous citons:

- Formation des techniciens de la DIM sur les outils bureautiques afin de devenir les futurs formateurs du MS;
- Formation des cadres de la DIM sur des logiciels de gestion de réseau afin de répondre aux besoins du ministère;
- Formation des techniciens de la DIM sur les outils d'administration du Site WEB du ministère et du système de la messagerie électronique;
- Formation d'au moins 200 professionnels de santé au niveau central sur les outils bureautiques, messagerie et Internet;

- Formation de 100 responsables techniques des délégations chefs-lieux (à raison de 10 par délégation) en bureautique et en utilisation du réseau;
- Formation des délégués, des techniciens de statistiques et des animateurs de 30 provinces en bureautique, en messagerie, et en Internet.

Recommandations et perspectives futures

Nous voudrions finir cette section par la formulation quelques recommandations et perspectives futures quant à la pérennisation et l'institutionnalisation du système d'information sanitaire comme outil de gestion des services SMI/PF:

- Généralisation rapide du système *SMIPF* à tout le pays

La grande et urgente tâche maintenant est d'étendre le nouveau système de saisie et de traitement des données à tout le pays. En effet, tant que l'ancien système de traitement centralisé et le système *SMIPF* sont utilisés en parallèle, la production de données nationales restera perturbée et un retour en arrière reste possible, perdant ainsi tous les bénéfices d'un investissement majeur. Le SEIS a l'intention de réaliser cette expansion à l'ensemble du pays dans les meilleures délais. Pour réussir cette opération, il lui faudra nécessairement le support et la collaboration de tous les départements centraux et des responsables régionaux et provinciaux, ainsi que l'aide de tous les bailleurs de fonds.

- Consolider le système d'information restructuré avant d'entreprendre de nouvelles restructurations

Beaucoup d'efforts restent à fournir pour s'assurer que les données SMI/PF produites sous le nouveau système d'information soient fiables, complètes et disponibles en temps opportun. Il faudra assurer un apport continu des nouveaux SCD et plus particulièrement du rapport mensuel intégré. Eventuellement, les régions pourraient être responsabilisés eux-mêmes pour les produire. Il faudra un appui continu de tous les départements centraux concernés aux provinces et aux régions, à la fois pour résoudre les problèmes liés à l'utilisation de l'application système *SMIPF* qui peuvent survenir, et pour motiver et sensibiliser les gestionnaires sur l'importance de l'information dans le processus de gestion des services SMI/PF.

- Continuer l'intégration et la décentralisation de la gestion du système d'information sanitaire de routine

Il est évident qu'une nouvelle restructuration d'envergure ne peut pas avoir lieu avant plusieurs années. Entre temps, le processus entamé d'intégrer et de décentraliser la gestion du système d'information sanitaire doit continuer. Par exemple, l'effort de la gestion décentralisée des données épidémiologiques, entamée à titre pilote durant le projet à travers l'observatoire régional d'épidémiologie du SMD, doit continuer et s'étendre à travers le pays. Une recherche opérationnelle pourrait être menée pour identifier des mécanismes pérennes pour intégrer la gestion des données SMI/PF et épidémiologiques.

- Renforcer la capacité d'utilisation de l'informatique comme outil de gestion de l'information

Afin d'optimiser les investissements du projet et du MS dans l'informatisation de la gestion des services de santé, des mécanismes pérennes doivent être créés pour assurer l'entretien du parc informatique et pour former le personnel de santé à son utilisation.

Résultat Intermédiaire IV: Plus Grande Diversification des Ressources Finançant la Prestation de Services de SMI/PF

Au démarrage du projet en 1994, bien que le secteur médical privé couvrait 60% des consultations curatives, il n'était que marginalement impliqué dans la prestation des soins préventifs et spécifiquement en matière de santé de reproduction et de l'enfant.

Avec le retrait graduel du support de l'USAID aux programmes de santé préventives, le Ministère de la Santé était en quête de stratégies innovatrices pour alléger le poids de financement de ses programmes tout en assurant la réalisation de ses objectifs. C'était particulièrement le cas du financement des produits contraceptifs. Sans l'implication du secteur privé, il serait impossible pour le gouvernement de fournir à la population les services de PF gratuitement (voir aussi sous RI 2). Comme le Maroc a connu un développement économique marqué, il y a eu augmentation de la demande de ces prestations auprès du secteur privé (pharmacies). Le MS toutefois continuait à servir un nombre substantiel de ménages qui pourraient payer pour ce service dans le secteur privé. Si une segmentation pouvait s'opérer en aiguillant ces ménages vers le secteur privé, le ministère de la santé utiliserait ces ressources pour mieux servir les populations démunies.

Ainsi, dans l'objectif de pérennisation des services SMI/PF, le Projet PF/SMI Phase V a dirigé une grande partie de ses efforts vers le développement du secteur privé, et ceci surtout à travers deux mécanismes: (1) la mise en place d'un partenariat entre le secteur public et privé dans les domaines de la SMI et PF avec l'implication accrue des médecins généralistes privés (MGP), et (2) le marketing social de produits de contraception qui permettent aux MGP d'offrir des services PF à un prix abordable.

A. Médecins Généralistes du Secteur Privé

Faisant partie d'un mouvement dans les pays en voie de développement de faire participer le secteur privé dans le système de santé, plusieurs gouvernements ont commencé à impliquer les prestataires privés dans la prestation des soins de santé de base. Au Maroc, l'initiative de participation du secteur privé à la prestation de soins préventifs a commencé vers le début des années 90 avec l'introduction du marketing social des produits contraceptifs et des sels de réhydratation. Cette opération concernait l'industrie pharmaceutique et les pharmaciens.

Développement de la stratégie du secteur privé

Dans le cadre du Projet PF/SMI Phase V, une stratégie initiale d'implication du secteur privé a été développée en 1994. Intitulée "Partenariat pour la Santé", la stratégie envisageait un partenariat entre le MS et le secteur privé dans son sens le plus large: les médecins, les pharmaciens, les infirmiers, les sages femmes, les cliniques privées, les associations professionnelles, les collectivités locales, les industries, les autres départements ministériels et la société civile. La stratégie avait l'intention de développer et promouvoir un paquet intégré de soins de santé de base axé principalement sur la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant.

Plusieurs facteurs ont expliqué le peu de progrès réalisé après deux années. Ainsi nous citons: (1) le champs d'action de la stratégie était trop ambitieuse dans la mesure où le MS n'avait pas l'habitude de travailler avec le secteur privé qui couvrait plus de 30.000 ONG locales et 200 associations professionnelles de santé; (2) le secteur médical privé est largement concentré dans les zones urbaines et peu présent dans le péri-urbain et le milieu rural; (3) plusieurs restrictions légales empêchent les ONG à offrir des soins, alors qu'elles sont localisées dans les zones périurbaines et peuvent offrir des prestations à des prix

réduits; (4) l'approche proposée fragmentait les efforts investis dans des projets à petite échelle et diluait l'impact potentiel sur la prestation de services.

Ainsi, après une évaluation effectuée en 1996 par la consultante intermittente de l'URC en collaboration avec la Société Marocaine des Sciences Médicales (SMSM), le modèle retenu pour étendre les prestations de SMI/PF dans le secteur privé était celui du *renforcement d'un réseau des médecins généralistes privés*. Ce choix a été fait prenant en considération le temps et les ressources financières et humaines dont disposait le projet. L'intérêt porté au réseau des généralistes réside aussi dans le fait que le projet SOMARC développait une stratégie de lancement d'un DIU marketing social, par conséquent, la nécessité de préparer les médecins généralistes à faire face à la nouvelle demande.

Objectifs

Les objectifs de renforcement du réseau des médecins généralistes privés (MGP) étaient:

- Augmenter la contribution du secteur médical privé à l'extension des prestations de services SMI/PF de qualité et à un prix abordable.
- Consolider et institutionnaliser le réseau des MGP à travers la formation médicale continue (FMC) et l'assurance qualité.

Réalisations

Afin d'inventorier et d'étendre les services préventifs offerts par le médecin généraliste privé, cinq activités principales avaient été identifiées: (1) la formation des MGP en PF; (2) l'amélioration et le suivi de la qualité de la prestation des MGP; (3) la promotion des services préventifs auprès des MGP; (4) l'environnement institutionnel du MGP; et (5) la recherche et l'évaluation.

La formation des MGP en PF

Une enquête préliminaire effectuée par ALCO a permis de situer l'intérêt des médecins vis-à-vis des services préventifs, leur besoin de mise à jour des connaissances en ce qui concerne les méthodes contraceptives (surtout l'injectable et le Norplant comme méthodes nouvellement introduites sur le marché), et la faisabilité de la formation en tenant compte de la disponibilité du médecin généraliste privé. Un autre constat de l'enquête était le manque total d'intérêt de la part des médecins généralistes de promouvoir les méthodes contraceptives (ce qui nous a amené à ajouter un module counseling dans la formation).

Pour assurer une formation de qualité, des accords ont été signés avec le CNFRH, FARGO, et la Maternité Lalla Myriem pour dispenser un cours sur les méthodes de planning familial mais axé sur l'insertion du DIU. Depuis le lancement de cette formation en 1996 jusqu'à fin 1998, 965 médecins ont été formés.

Par ailleurs, la mise en œuvre de cette formation a connu certaines entraves et contraintes d'ordre institutionnel ou logistique. D'abord de nouveaux contrats ont été négociés avec les centres de formation à base d'un prix fixe par médecin formé au lieu d'un coût forfaitaire par session. Ceci, tout en améliorant l'efficacité de cette formation, a retardé la signature de ces contrats, et a mené parfois à l'annulation de sessions de formation pour "insuffisance" du nombre des participants. Ensuite, la disponibilité des centres de santé, lieux des stages pratiques, avait sérieusement diminué pendant les campagnes nationales de vaccination.

Après une première évaluation de l'impact de cette formation, il s'est avéré qu'il y a un investissement majeur à faire dans le domaine de la relation médecin-patient. Un échantillon

de 300 MGP déjà formés en PF a été recyclé en Communication interpersonnelle. Cette formation concernait également les assistantes médicales qui jouent un rôle important dans la réception et l'accueil des patients.

L'amélioration et le suivi de la qualité de la prestation des MGP

L'évaluation de la formation des médecins privés qui a eu lieu au cours du projet a confirmé le potentiel de la réussite d'un système d'évaluation par groupe de paires (peer review) pour assurer la qualité dans les cabinets des généralistes privés. Il s'agissait d'un travail de longue haleine qui consisterait à développer les standards de qualité, d'identifier et de constituer les groupes de paires, puis de les former et les doter d'outils d'évaluation et de conseils.

Au cours du mois de mai 1999, le Pr. André Jacques, du Collège des Médecins du Québec, et Dr Ahmed Moussaoui, gynécologue privé, ont effectué une étude de faisabilité et conception d'un modèle d'assurance qualité dans le secteur médical privé à travers les groupes de pairs. Le système d'évaluation par groupes de pairs est un processus durant lequel un collègue (ou pair) examine le travail d'un autre collègue de la même profession. Le processus peut être structuré, c'est-à-dire prendre la forme d'un mécanisme informel d'apprentissage en groupe. Il est généralement considéré comme une occasion d'améliorer la qualité des soins fournis par l'apprentissage entre collègues.

Le Pr. Jacques a animé un atelier de conception avec 15 médecins généralistes privés de Casablanca pour démarrer un projet pilote d'assurance de qualité par groupe de pairs. Les cibles spécifiquement retenues par le groupe étaient la contraception orale et le dispositif intra-utérin principalement, mais cela n'excluait pas les autres méthodes de la planification familiale. Il fallait choisir parmi plusieurs méthodes d'évaluation par groupe de pairs. Trois d'entre elles ont retenu l'attention selon la cible d'évaluation choisie: (1) examens cliniques objectifs structurés (ECOS) où la simulation de cas est la méthode privilégiée; (2) l'auto évaluation facilitée par un questionnaire validé et auto-administré, qui est compilé et retourné à l'évalué pour une rétroaction formative. (3) l'observation directe sur un modèle anatomique.

Les étapes qui suivaient la conception du modèle étaient (1) supporter et encadrer le groupe des 15 généralistes désireux de participer à un projet pilote; (2) développer les outils d'évaluation qui seraient basés sur les normes et standards déjà élaborés en planification familiale; (3) valider ces différents outils sur le terrain et former les évaluateurs et les standardiser à la méthode; (4) appliquer le processus au groupe des 15 médecins généralistes; (5) planifier la formation médicale continue selon les besoins déjà identifiés; (6) développer et réaliser l'évaluation du projet pilote selon les paramètres déjà précités. Toutes ces étapes ont été couvertes et l'extension de ce projet serait éventuellement assurée par le nouveau projet du secteur privé CMS.

La promotion des services préventifs auprès des MGP

Un poster sur les étapes du counseling ainsi que des fiches éclairés sur les méthodes de PF ont été développées et distribués aux médecins formés. D'autres supports éducatifs sous forme d'articles extraits de revues telle que Network, Population Report, et Outlook ont été mis à la disposition des MGP ou insérés dans des revues spécialisées. Il faut, toutefois, signaler que le volet communication fait défaut dans le cabinet privé et le projet SOMARC avait pris sur lui de le développer en même temps que le positionnement de leur gamme de produits Al Hilal. En effet, il était même question de promouvoir les prestataires à l'aide d'un logo qui pourrait éventuellement être médiatisé, mais les restrictions juridiques sur la promotion des prestataires ont jusqu'à aujourd'hui entravé cette démarche.

L'environnement institutionnel du MGP

Le secteur privé dispose d'un important potentiel, mais il est conditionné par de nombreuses contraintes d'ordre financier, fiscal, de répartition géographique et de pouvoir d'achat des consommateurs. Ces contraintes limitent son essor et l'offre de ses services. Dans ce contexte, une activité a été planifiée de développer un module de formation de gestion de cabinet. Son objet est de permettre au médecin du secteur privé d'accroître la qualité de ses prestations et de rationaliser la gestion de son cabinet. Le contrôle des coûts des prestations et des charges fiscales permettrait au médecin de modérer le prix de consultation, et plus particulièrement pour la prestation des soins préventifs.

Pour cette activité, l'équipe du projet a entamé une collaboration avec la Société Marocaine des Sciences Médicales (SMSM) et a engagé un consultant extérieur pour encadrer l'équipe de rédaction. Le «Guide d'Installation du Médecin» a été rédigé par la SMSM en collaboration avec la DP, la DRC, la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies, le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le Conseil National de la Jeunesse et de l'Avenir (CNJA), et la Banque Populaire (initiatrice du Crédit Jeunes Promoteurs). Parmi les volets couverts par ce manuel: le marketing des services du médecin privé; les programmes de prévention du MSP et les domaines potentiels de partenariat public-privé; le kit minimum d'équipement pour garantir la qualité des soins; le dossier médical et son intérêt dans la continuité des soins, et l'assurance maladie. L'impression et la diffusion de ce manuel ont eu lieu en 1998.

D'autre part et pour pérenniser les efforts de formation des médecins généralistes privés, une stratégie de Formation Médicale Continue (FMC) a été développée en collaboration avec la SMSM. Cette stratégie a été précédée d'une étude qui comportait 6 volets: (1) recensement des organismes qui font la FMC; (2) Etude sur les programmes d'activité des organismes qui font la FMC; (3) Enquête auprès des médecins pour recueillir leur opinion concernant la FMC, leurs sources actuelles de mise à jour de leurs connaissances, et leurs besoins ressentis en FMC; (4) Etude sur la législation et la réglementation actuelle; et (6) l'étude sur l'expérience avec la FMC dans d'autres pays.

D'autres activités associées à l'environnement institutionnel ont été initiées par le projet:

- L'assistance à la création de la Fédération des Associations des Médecins Généralistes Privés à travers la collaboration du projet avec la SMSM;
- L'initiation de l'approche de standardisation et baisse des tarifs de la prestation de PF par le secteur privé (250 Dh pour l'insertion du DIU y compris le produit et une visite de contrôle) et l'implication de deux assureurs privés dans le remboursement de ces prestations;
- L'organisation d'une conférence de consensus national sur la vaccination et la conception et impression d'un calendrier vaccinal harmonisé.

Recherche et évaluation

Une étude de la littérature et documents développés sur le secteur privé a été menée par ALCO pour préparer la stratégie du projet Partenariat pour la Santé. D'autres études ont été menées en préparation à des initiatives spécifiques de développement du secteur privé, comme une étude KAP auprès des ouvrières à Agadir pour développer la stratégie avec la FIPROMER; et une étude menée par M. Claude Gingembre avant de procéder au développement du "Guide d'Installation du Médecin".

Trois évaluations majeures ont été menées durant la période de mise en œuvre du projet Partenariat pour la Santé. La première portait sur la stratégie elle-même du lancement de projet et ses résultats ont été illustrés au début de ce rapport. Une deuxième évaluation portait sur la formation des MGP en planning familiale. Elle a été menée conjointement par Pr. Pierre Jean et Pr. Moussaoui. Ses résultats ont incité le projet à ajouter un module de CIP à la formation des MGP. La troisième évaluation portait sur l'évaluation de la formation des MGP en CIP et prospection de l'intérêt des médecins par rapport à la FMC.

Analyse des résultats

Les résultats de l'évaluation de la formation des MGP sont encourageants en termes d'implication et du développement des compétences techniques du médecin généraliste privé pour les prestations PF. Il n'en demeure pas moins nécessaire d'accompagner cet effort par un travail de fond sérieusement réfléchi et agir au niveau de la stimulation de la demande. L'évaluation effectuée par les professeurs Ahmed Moussaoui et Pierre Jean a montré une nette augmentation des prestations de PF et spécialement la prescription de la pilule, mais une faible augmentation de l'insertion de DIU qui est passée de 0 à 1.5 par mois et par médecin formé. Deux interprétations se dégagent de ce résultat: (1) l'évaluation s'est effectuée quelques mois seulement après la formation, ce qui est relativement court pour observer un changement radical de comportement ; (2) la formation des prestataires privés en PF et la médiatisation des produits AL Hilal ne sont pas suffisants et il faudra changer de stratégie.

Après plusieurs années de travail avec les médecins généralistes privés dans le cadre de ce projet, il est évident que les prestations de PF ne représentent pas la préoccupation principale du médecin généraliste privé parce qu'elles ne génèrent pas assez de revenus pour son cabinet. Il y a aussi le problème de la demande: le médecin formé n'est pas perçu par la population comme habilité à fournir de telles prestations qui sont du domaine du gynécologue, ou qui peuvent être obtenues gratuitement dans les centres publiques. Finalement, les prestations de PF seules ne suffisent pas pour que le médecin fidélise une clientèle et l'éduque à la prévention. Nous avons donc conclu qu'il faudra se concentrer sur un ré-positionnement du médecin généraliste privé en général. Nous reviendrons là-dessus plus loin.

Le deuxième objectif de cette composante était lié au développement d'un modèle de formation médicale continue. La SMSM se positionne maintenant comme leader dans ce domaine. Le congrès de la SMSM du mois de décembre 1999 a abouti à un consensus général entre les différentes parties prenantes sur la nécessité de l'organisation d'une FMC structurée, et en priorité orientée sur l'amélioration de la position du médecin généraliste. Les résultats de l'étude sectorielle qu'a menée la SMSM montrent un potentiel important de financement de la FMC par les médecins eux-mêmes et par d'autres sources de financement.

Leçons apprises et perspectives d'avenir

Les perspectives d'avenir de re-positionnement du MGP restent aléatoires pour le moment et dépendent des contraintes de la profession des MGP, qui sont liées elles-mêmes à l'organisation du système de santé au Maroc et la conjoncture économique et sociale. Une étude préliminaire sur la situation de la médecine privée au Maroc réalisée en décembre 1996 par Claude Gingembre a montré que, malgré les progrès énormes accomplis, il persiste encore de réels freins et contraintes au développement de la médecine privée au Maroc, et plus spécifiquement de la médecine générale. Les principales difficultés rencontrées par le médecin généraliste privé sont: (1) le prix élevé de l'installation du médecin en pratique libérale; (2) l'absence d'encadrement et d'orientation du médecin après

sa sortie de la faculté de médecine; (3) les problèmes de clientèle en rapport avec le faible pouvoir d'achat de la population ; (4) les problèmes de rentabilité liés au suréquipement ; (5) le manque d'encadrement post-universitaire et de FMC institutionnalisée aussi bien technique que managériale; (6) la non-généralisation de la couverture sociale; (7) l'automédication et le recours à la pharmacie sans ordonnance médicale, et enfin (8) la concurrence déloyale représentée par le TPA (temps plein aménagé) des enseignants universitaires, les consultations médicales organisées au niveau des cliniques de la CNSS et d'autres entreprises semi-publiques dont l'Office Chérifien des Phosphates et l'Office National d'Electricité.

Toute stratégie d'implication du secteur privé dans les programmes prioritaires de la santé préventive ne pourra passer à côté de ces problèmes sans les prendre en considération. L'expérience du projet Partenariat pour la Santé sert de leçon dans ce domaine. Bien que l'investissement en moyens matériels et humains ait été modeste relativement à l'ampleur de la problématique, il n'en demeure pas moins que le modèle en développement—c'est-à-dire le re-positionnement du MGP—pourrait débaucher sur une approche innovatrice à la résolution de certains problèmes *structurels* de la profession. Ceci permettra sans doute une meilleure coordination entre les secteurs public et privé et donc une meilleure segmentation des populations cibles. Il faudrait développer un réseau de médecins de famille qui offrent un paquet de services intégrés, de bonne qualité et de prix abordable à un segment de la population qui maintenant obtient ces services gratuitement dans le secteur public.

Les premières étapes du développement de ce modèle ont été franchies. En effet, les médecins généralistes ont maintenant une représentation au niveau national qui est la commission provisoire qui prépare les statuts de la fédération des médecins généralistes privés du Maroc. Cette fédération aura comme mission principale la réhabilitation du statut du médecin généraliste privé. Toutefois, pour que les médecins généralistes privés du Maroc (2500) deviennent des médecins de famille, ils auraient besoin au minimum d'un programme structuré de formation médicale continue, un mécanisme d'assurance qualité, des produits en vente par un marketing social, et une génération de la demande par la médiatisation du produit et du prestataire.

Il est évident qu'une telle entreprise dépassait les objectifs de ce projet, mais restera une priorité dans le cadre de la diversification des ressources pour offrir des services SMI/PF à tous les citoyens marocains. Il est espéré que le nouveau projet du secteur privé, financé par l'USAID à travers les projets «Commercial Marketing Services» (CMS), pourra contribuer davantage à cette cause.

B. Marketing Social des Contraceptifs

Le Programme Marocain de Marketing Social (PMMS) a été lancé en 1988 par le Ministère de la Santé avec l'appui de l'USAID/Rabat et l'assistance technique de SOMARC. La particularité de ce projet est qu'il a associé dès le départ le Secteur privé de la santé dans le développement et la promotion de la Planification Familiale. Ainsi, dans les composantes du projet et activités, qu'il s'agisse de production, de distribution, de publicité ou de promotion, le PMMS a utilisé un partenariat actif entre les fabricants, les pharmaciens, et les distributeurs.

Objectifs

Les objectifs du PMMS étaient triple:

- Le premier est social puisqu'il concerne l'accroissement de la prévalence contraceptive, qui était de l'ordre de 36% au niveau national en 1987 (l'ENPS 1987).

- Le second est économique : il s'agit de capter la demande solvable dans le milieu urbain et semi-urbain et ceci en mettant à la disposition des personnes à faible revenu des produit contraceptifs de bonne qualité et à un prix accessible.
- Le troisième, enfin, est financier: dans un but de pérennité, il fallait trouver un mécanisme pour l'autofinancement à la fois de l'acquisition des produits et des campagnes éducative, en levant un pourcentage sur les revenu des ventes ce qui a permis de constituer un fond du projet.

Réalisations

1. La commercialisation des préservatifs (dès 1989)

Les objectifs de la stratégie marketing ont concerné:

- Augmentation de la connaissance du Condom comme moyen de planification familiale par la valorisation du produit, l'amélioration de l'acceptabilité du produit, et l'accroissement de l'information sur le condom comme moyen de PF.
- Introduction de **Protex** comme nouvelle marque en vente dans le secteur privé en ciblant:
 - la population masculine à faible et moyen revenu,
 - les utilisateurs des méthodes traditionnelles de contraception,
 - les non-utilisateurs des méthodes contraceptives.

Le projet a utilisé les techniques marketing:

- *Une politique de communication* et un positionnement qui valorise la responsabilité de l'homme dans le choix de la méthode contraceptive: "*la Planification Familiale est la responsabilité de l'homme aussi*"
- *Une politique de promotion* du produit en créant un climat social et psychologique favorable au lancement de la campagne: campagnes Relations Publique auprès des décideurs gouvernementaux et des leaders d'opinions, sensibilisation des prescripteurs, pharmaciens et aides pharmaciens, campagnes de presse, sponsoring d'émissions à la radio et télévision.
- *Une politique de prix* qui soit à la fois accessible au consommateur du marché cible et avantageuse à tous les niveaux de distribution: un prix bénéficiaire pour le grossiste, le pharmaciens, et par rapport à la concurrence. Le prix ainsi défini de 6 Dhs pour le paquet de 3 préservatifs Protex était de 43% inférieur au prix de la marque leader dans le marché.
- *Une politique de distribution* qui a permis de distribuer le préservatif à travers toutes les pharmacies et assurer sa livraison et sa présence auprès des revendeurs les plus importants dans le pays.
- *Une stratégie de publicité* basé sur un positionnement qui valorise le condom comme moyen de PF en utilisant la radio qui pour la première fois au Maroc cite la marque d'un préservatif.

Un programme de formation de grande envergure a concerné pendant une année tous les vendeurs en pharmacies et les pharmaciens. Ce programme complètement gérer la

Fédération Nationale des Syndicats des Pharmaciens a permis de sensibiliser, former sur l'utilisation et le counseling 1400 vendeurs en pharmacie et 1000 pharmaciens.

Le projet a suivi trois étapes: (1) au début le produit était financé par l'USAID que ce soit pour la recherche, la promotion et la communication; (2) dès la constitution d'un fond du projet constitué par un prélèvement de 30% des revenus des ventes, un cofinancement devenait possible à la fois par le laboratoire *Promopharm*, importateur du produit, et l'USAID; et (3) fin 1993 le projet était complètement autofinancé par les revenus des ventes.

Une enquête d'évaluation réalisée en 1993 a fait ressortir que le Condom est cité par 92% de l'échantillon comme méthode contraceptives, 60% le considère efficace pour prévenir les grossesses, 94% cite spontanément Protex comme Condom et 38% de ceux qui utilisent Protex n'utilisaient aucun moyen contraceptif auparavant. Des 1994, un second positionnement pour la prévention des MST Sida a été attribué au préservatif et pour la première fois au Maroc, Protex est cité par les non-mariés comme moyen de prévention des MST sida dans les campagnes radio.

2. Marketing social des contraceptifs oraux (dès 1992)

La seconde phase du Programme marocain de Marketing social a concerné la mise sur le marché de contraceptifs oraux à un prix accessible aux populations à faible revenu. Le lancement du projet s'est fait en décembre 1992.

Le projet en fait se justifiait par les raisons suivantes:

- Malgré la baisse du taux de fécondité (qui est passé de 5,9 en 1980 à 4,2 en 1992) celui-ci demeure toujours élevé et se répercute sur la croissance démographique et handicape la santé de la mère et de l'enfant.
- Un décalage important subsiste entre un très haut niveau de connaissance de la pilule (98,9%) et le taux de prévalence de cette méthode (28,2%).
- L'existence d'une demande non satisfaite: 24% des femmes non-utilisatrices de contraception interrogées en 1992 désirent espacer les naissances et 49,1% souhaiteraient ne plus en avoir.
- Un nombre important d'utilisatrices de contraception qui ont déjà essayé la pilule et l'ont abandonnée pour mauvaise connaissance du mode d'utilisation de cette méthode
- L'information disponible aux utilisatrices est parfois pauvre et incorrecte.
- La nécessité d'accentuer les campagnes d'information d'éducation et de communication à travers les grands médias pour combler les lacunes.

Il en découle les objectifs suivants:

- Accroître la prévalence contraceptive des méthodes modernes.
- Promouvoir la commercialisation sociale des contraceptifs oraux et les rendre accessible aux populations de faibles et moyens revenus.
- Transférer une part de la demande vers le secteur de la distribution en pharmacie.
- Développer des campagnes d'éducation qui permettent de renforcer l'adoption définitive par les utilisateurs de la pilule et limiter les risques d'abandon.

Le développement du projet des contraceptifs oraux s'est réalisé grâce au partenariat actif entre:

- La Fédération Nationale des Syndicats des Pharmaciens responsable de la formation des pharmaciens et des assistants sur la technologie contraceptive et le counseling en matière de contraception orale.
- L'Association Marocaine des Industries Pharmaceutiques qui domicilie la commercialisation du produit, les études marketing, la publicité et le suivi des ventes. Pour cela un protocole d'accord entre Polymédic/Schering (fabricant de Microgynon)-Wyeth/Maphar (fabricant de Minidril) et l'AMIP a été établi pour la gestion contractuelle des activités de recherches et de publicité sous traité auprès des bureaux d'études et d'agences de publicité.

Les sociétés représentante de Schering et Wyeth (Polymédic et Maphar) ont désigné chacun une de leur marque comme marque du marketing social représenté par le générique Kinat Al Hilal. Ce qui a permis de contourner les obstacles juridiques qui interdisent aux laboratoires pharmaceutiques de faire de la publicité grand public pour tout médicament y compris la contraception. Les deux pilules ont été mises sur le marché au prix Public de 8 Dhs soit près d'un tiers moins cher que la moins chère des marques de pilule équivalentes.

La stratégie a été définie de la manière suivante:

- Positionner Kinat Al Hilal dans le domaine de la santé et du bien être familial.
- Valoriser et insister sur le rôle conseil et l'information et l'assistance fournie dans les pharmacies.
- Mettre en valeur l'accessibilité du prix du vente.
- Distribuer les deux pilules Kinat Al Hilal dans le secteur privé à travers toutes les pharmacies du royaume.
- Assurer la couverture du réseau de grossistes de produits pharmaceutiques.
- Chaque laboratoire a entrepris des actions de lancement et d'installation du produit auprès des médecins gynécologues, des grossistes en pharmacie et des pharmaciens d'officines.
- Promouvoir Kinat Al Hilal en mettant en valeur les qualités du produit: innocuité, sécurité, accessibilité et du service en pharmacie.
- Motiver les médecins et gynécologues aux finalités du programme et les sensibiliser à la problématique de la mauvaise utilisation et l'abandon de la pilule.

Durant le lancement, les deux laboratoires ont mobilisé leur force de vente. Schering a affecté son équipe commerciale aux pharmacies pour installer l'autocollant Kinat Al Hilal et chez les grossisteries pour y déposer les blocs prospectus destinés à être remis à l'utilisatrice lors de l'achat de la pilule. Maphar a eu la responsabilité de distribuer le poster d'information sur la contraception orale à toutes les pharmacies du pays.

Plusieurs matériaux éducatifs ont été produits ainsi que des actions de promotion et de sensibilisation:

- Feuille d'instruction sur la bonne utilisation de la pilule
- Poster Questions/Réponses sur la contraception orale destiné aux pharmacies.

- Autocollant Kinat al Hilal pour toutes les pharmacies.
- Un concours Mystery Shopper a été organisé en décembre 1993. Une cliente mystérieuse s'adressait exclusivement aux assistants pharmaciens leur demandant une contraception. Pour être qualifié l'assistant devait suggérer Kinat Al Hilal et apporter toutes les réponses aux questions posées par la cliente sur l'utilisation.
- Réalisation d'émissions télévisé sur canal médical, chaîne de télévision spéciale médecins et diffusé 3 fois par semaine.
- Diffusion d'articles sur la contraception orale et la PF dans la presse spécialisée.
- La campagne publicitaire afin de développer la connaissance du produit portant le logo PMMS pour augmenter par l'information la connaissance et la pratique correcte de la pilule et valoriser le service et la disponibilité du réseau pour conseiller et informer et enfin vaincre les facteurs de discontinuité. Pour cela plusieurs Spots ont été produits.

Un vaste programme de recherche a été entrepris afin de valider les décisions de création et de stratégie marketing auprès de la population cible.

Le programme de formation a concerné 1200 vendeurs en pharmacies et 1000 pharmaciens dans des ateliers sous forme de sessions d'une journée pour des groupes de 10 à 15 participants. Le programme était régionalisé et animé par des pharmaciens. La FNSP avec l'assistance de SOMARC a formé un noyau de 40 formateurs pharmaciens provenant de toutes les régions qui ont adapté le matériel pédagogique encadré les participants.

Les prévisions des ventes de la première années ont été presque doublé. Basé sur une estimation de 600 000 cycles la première année pour atteindre 2,2 millions de cycles en 1995, celle-ci a largement été dépassée puisqu'en 1 148 052 cycles ont été vendu à la fin de la première année.

D'autre part l'observation du marché contraceptifs oraux montre également que le PMMS a crée une nouvelle demande puisque les autres marques de pilules ont également bénéficié de la campagne de communication. Leur ventes ont subi des hausses importantes. Ainsi Kinat Al Hilal n'est pas venue se substituer à une demande existante.

Le mécanisme de financement du projet a suivi la même logique pour aboutir à l'autofinancement du projet. Des le début du projet un fond du projet a été crée qui a été alimenté d'un prélèvement de 10% des ventes des produits pour financer les actions de publicité, de promotion et suivi et évaluation du projet. Depuis décembre 1996, le projet Kinat Al Hilal était entièrement autofinancé par les revenus des ventes et ne bénéficiait plus du soutien de l'USAID.

3. Commercialisation des méthodes de longue durée

En 1995 une troisième phase du programme a été lancé. Elle concerne la commercialisation des méthodes de longue durée. L'objectif global de cette phase était:

Diversifier le choix des méthodes contraceptives par l'introduction de nouvelles méthodes afin de répondre à la demande non satisfaite des femmes et des couples désireux de planifier leur famille.

Les objectifs spécifiques du projet:

- Attirer des nouvelles acceptrices vers les méthodes de longue durée.

- Répondre à l'objectif du MS qui consiste à renforcer le rôle du secteur privé dans le domaine de la PF.
- Mettre à la disposition des couples à faible revenu des méthodes de longue durée à un prix accessible.

Le projet a élargi le partenariat déjà initié lors des deux projets précédents en renforçant le Conseil Consultatif qui est désormais constitué des représentants du MS, les représentants de l'USAID, des directeurs des sociétés de production, de SOMARC, de la FNSP, du Conseil National de l'Ordre des médecins et de l'Ordre des Pharmaciens, de la Confédération des Syndicats des médecins privés, de la Société Royale de Gynécologie, et de la Société Marocaine de Contraception et de Fertilité. Le rôle du Conseil était de donner les orientations des activités du PMMS et de valider les décisions stratégiques.

Compte tenu des spécificités des méthodes de longue durée, et des contraintes auxquelles le projet devait s'attendre partant de l'expérience des MLD dans le secteur public, une stratégie spécifique basée sur une très bonne connaissance de l'environnement allait être mise en place. Un plan de recherche a été établie afin d'identifier les contraintes.

Les études qualitatives ont montré que les contraintes relatives aux acceptrices étaient:

- La qualité de la prestation;
- L'image de la méthode pour le DIU;
- La méconnaissance de la méthode pour l'injectable;
- Le prix et l'accessibilité aux services dans le secteur le privé.

Alors que pour les prestataires, les contraintes identifiées étaient:

- L'absence de maîtrise et de compétence des MGP pour l'insertion du DIU;
- La disponibilité du produit DIU dans le réseau de distribution pharmaceutique;
- La résistance à l'injectable considéré comme la méthode des "aliénées" et des "pauvres".

Partant de ces hypothèses une enquête de grande envergure a été lancée. Elle a concerné 603 femmes âgées de 18 à 40 ans, utilisatrices ou non de contraception, et 570 professionnels de santé (gynécologues, généralistes privés et publics, et pharmaciens). En résumé, les enquêtes ont donné les résultats suivants:

- Très faible connaissance des femmes de l'injectable: à peine 4,3% des femmes l'ont cité spontanément comme moyen contraceptif.
- Pour le DIU, si la connaissance de la méthode est de 73%, 28% des femmes ne lui reconnaissent aucun avantage, 65% citent les grossesses extra utérine, les saignements et douleurs comme inconvénients, et 50% n'envisagent pas de l'utiliser.
- Concernant les professionnels de santé, 53% des gynécologues privés et 40% des généralistes sont totalement opposés aux injectables: 41% de l'ensemble des médecins considèrent que c'est une méthode appropriée aux retardées mentales et 59% y sont opposés à cause des effets secondaires.
- Pour le DIU, 94% des médecins considèrent que c'est une méthode efficace, 91% le prescrivent et 70% (en majorité les gynécologues) l'insèrent.

- Les médecins généralistes du secteur privé ont demandé qu'une formation en technologie contraceptive et essentiellement en insertion de DIU leur soit donnée pour améliorer leur compétences.

La stratégie de marketing des méthodes de longue durée du PMMS a été basée sur les éléments suivants:

Vis à vis de la population cible:

- Valoriser l'injectable comme moyen de contraception efficace et sans danger pour la santé,
- Valoriser l'injectable comme moyen de contraception idéal pour les femmes qui allaitent,
- Valoriser l'injectable comme moyen de contraception discret;
- Valoriser le service, le conseil disponible auprès des prescripteurs du privés et des pharmaciens.

Vis à vis des prestataires privés:

- Promouvoir la méthode des injectables en collaboration avec la Confédération des Syndicats des médecins privés et les sociétés savantes pour lever les résistances du corps médical et pharmaceutiques vis à vis des injectable;
- Renforcer les compétences techniques du secteur médical et former les médecins.

Le programme de formation en insertion de DIU a été confié à l'équipe JSI du projet Phase V SMI/PF, qui a formé environ 1000 médecins privés en insertion de DIU. Parallèlement, un programme de formation en 1996-1997 a permis de former 600 pharmaciens et 150 médecins généralistes et gynécologues pour les injectables.

Suite à cela, une conférence de consensus a été organisé regroupant les représentants des Sociétés Savantes, les Ordres des médecins et pharmaciens, les Syndicats des pharmaciens et médecins, les facultés de médecine de Rabat et Casablanca et le MS pour l'introduction des Injectables dans le secteur privé.

Le Programme Al Hilal

Le lancement du contraceptif injectable Hoqnat Al Hilal et du Dispositif Intra Utérin (DIU) Lawlab Al Hilal ont permis la création de la gamme contraceptive Al Hilal, identifiée par le logo générique Al Hilal, se substituant progressivement par la publicité mass media au logo spécifique Kinat Al Hilal. De ce fait, et pour accentuer la synergie identitaire, le programme lui-même a été renommé Programme Al Hilal, avec pour objectif de véhiculer le concept de Planification Familiale de qualité et abordable à travers le secteur privé.

Kinat Al Hilal

Bien qu'autosuffisant, le projet Kinat Al Hilal a été maintenu dans la sphère du programme qui apporte une assistance technique aux partenaires Wyeth-Maphar et Schering-Aventis pour les campagnes de promotion des contraceptifs oraux sur la base du financement par les fonds de retour de projet. Un nouveau plan marketing positionnant Kinat Al Hilal comme méthode d'entrée dans la vie contraceptive s'adressant à la jeune femme mariée urbaine et rurale qui souhaite différer l'arrivée de son premier enfant, permettra le développement de

nouveaux supports mass media en remplacement des anciens spots publicitaires de 1992. Ainsi le projet CMS a-t-il repris les discussions avec les partenaires afin de renouveler les protocoles d'accords précédents et maintenir Kinat dans la lignée marketing de la gamme contraceptive Al Hilal.

Hoqnat Al Hilal

Hoqnat Al Hilal est le contraceptif injectable Depo Provera des laboratoires Pharmacia & Upjohn. En accord avec le projet SOMARC et ses partenaires Ministère de la Santé et USAID, le prix a été fixé à 34,40 Dh la dose y compris la seringue jetable. En échange des efforts de distribution et de promotion auprès des prestataires médicaux soutenus par le laboratoire, le projet a mené les activités marketing suivantes, avec le soutien et la validation technique du Ministère de la Santé:

- Formation de médecins et pharmaciens en technologie contraceptive injectable (citée ci-dessus).
- Des guides d'information didactiques pour la population-cible ainsi que des dossiers d'information, fiches techniques injectables, pour les médecins ont été produits et distribués.
- Lors du lancement de la méthode en 1997 et durant les premiers mois de 1998, les spots panarabes produit par SOMARC pour plusieurs pays arabes et adaptés en dialecte marocain ont été intensivement diffusés. Une campagne de maintien a été poursuivie en 1999.
- Des présentoirs incluant des dépliants en Arabe et en Français ont été distribués aux pharmacies comme support de counseling au comptoir.
- Un diptyque «Gestion des Effets Secondaires des Injectables» a été produit et distribué par les délégués médicaux aux médecins gynécologues et généralistes. Son succès auprès des prestataires l'a fait adopter par Pharmacia & Upjohn qui la reproduit depuis à ses frais.
- Des insertions à but didactique et promotionnel dans les magazines spécialisés («Cahiers du Médecin», «Caducée», «Espérance Médicale», «Sages-Femmes», «Remèdes»).
- Le projet a développé récemment une brochure didactique et promotionnelle sur Hoqnat Al Hilal basée sur les Normes et Standards de PF du Ministère de la Santé, ciblant les médecins gynécologues et généralistes privés.

Lawlab Al Hilal

Lawlab Al Hilal est le DIU Copper T 380 A fabriqué par Pregna, Ltd et importé par Reacting S.A. avec un packaging développé par le projet et produit directement au niveau de Pregna. Son prix unitaire au médecin est de 50 Dh (il peut baisser de plus de 25% en cas d'achat de plusieurs unités) et le prix consommateur en pharmacie a été fixé à 60 Dh, dans le souci d'éviter les concurrences internes des circuits de distribution.

- Grâce au vaste programme de formation du Projet Phase V qui a permis à plus de mille médecins généralistes d'acquérir les techniques d'insertion du DIU, le programme a bénéficié de la mise en place d'une population importante de prescripteurs potentiels. Les projets JSI et SOMARC ont ainsi collaboré dans une action de mailing conjoint incluant le dépliant d'information sur la formation DIU et un

courrier d'information sur la disponibilité de Lawlab Al Hilal pour optimiser la prestation de service.

- Pour le lancement du produit, le projet SOMARC a produit des supports mass media marocains pour Lawlab Al Hilal. Trois spots TV ont été développés sur la base d'un briefe créatif valorisant la notion de temps et de tranquillité offerte par la méthode. Chaque spot représente une femme ayant un style de vie particulier (mère de trois enfants au foyer souhaitant limiter, jeune maman ayant une petite fille souhaitant différer et femme active, mère de deux enfants, ayant fait l'expérience de l'espacement avec Lawlab Al Hilal).
- La campagne de lancement a eu lieu durant le premier semestre 1998, le produit étant disponible depuis fin novembre 1997. En décembre 1997, la force de vente de Reacting a bénéficié d'une formation en techniques de vente et de communication inter personnelle vis-à-vis du médecin.
- Un premier poster «awareness» pour les salles d'attentes a été développé et produit. Par la suite, en 1999, des posters Questions-Réponses en Arabe et en Français, plus orientés sur l'évolution des attitudes, ont été développés et produits pour les salles d'attentes.
- Afin de pallier les lacunes inhérentes à une pratique d'insertion limitée, surtout chez les médecins généralistes, le projet a développé avec le soutien technique du Ministère de la Santé un poster illustré sur les techniques d'insertion du DIU pour les salles d'examen des praticiens.
- Des insertions à but didactique et promotionnel dans les magazines spécialisés («Cahiers du Médecin», «Caducée», «Espérance Médicale», «Sages-Femmes», «Remèdes»).
- Le projet a également travaillé étroitement avec le distributeur pour ouvrir la voie des grossistes pharmaceutiques afin d'institutionnaliser la distribution de Lawlab en pharmacie.
- Une troisième voie de distribution, celle de la vente sur catalogue, a été développée avec Centramédic, distributeur spécialisée dans la vente de matériel médical et de consommables.

Choix contraceptif Al Hilal

Avec l'avènement des trois méthodes Al Hilal, le programme a lancé la promotion du concept de «Choix Contraceptif Al Hilal» permettant à chaque femme de choisir la méthode qui lui convient au sein de la gamme. Ainsi un spot TV et Radio «Famille Al Hilal» ont été produit pour véhiculer le concept de choix éclairé sur le conseil du médecin.

Forces et faiblesses et perspectives d'avenir

A la reprise des activités entérinées par le projet SOMARC, le projet CMS a d'abord continué les actions de Marketing Social relatives aux méthodes de longue durée tout en démarrant une activité de recherche d'envergure (enquêtes CAP qualitative et quantitative) dont l'objectif concernant le volet Marketing Social était de déterminer l'état du marché – incluant consommatrices et prestataires – relatif aux contraceptifs injectables et DIU. L'étape suivante sera de développer des plans marketing adéquats visant à augmenter l'utilisation de ces méthodes et à pérenniser leur installation sur le marché privé de la contraception.

Toutefois, le projet a procédé à des premières analyses qui ont apporté les résultats suivants:

Hoqnat Al Hilal:

Lors de son lancement, le contraceptif injectable était une méthode totalement nouvelle, à la fois pour les prescripteurs et pour les clientes. Auprès de ces dernières, Hoqnat Al Hilal a bénéficié de l'effet de nouveauté comme le montrent les chiffres de ventes après le début de la campagne de lancement. Par ailleurs, la corrélation étroite entre les passages publicitaires et l'augmentation des ventes montre que l'impact de la publicité mass media se limite à susciter le test de la méthode par de nouvelles utilisatrices.

L'évolution des ventes montre le taux d'abandon de la méthode après une utilisation qui repose essentiellement sur un «test nouveauté». En effet, les effets secondaires mal vécus par les utilisatrices et surtout le manque de préparation des prestataires médicaux et leur absence d'adhésion pour accompagner la prescription du counseling adéquat font que le taux de discontinuation est élevé.

Les défis identifiés sont les suivants:

- Diminuer le taux d'abandon de la méthode
- Continuer à générer de nouvelles utilisatrices
- Accroître la dimension de la niche de marché

Opportunités:

- Un travail de plaidoyer pour la méthode reste à faire auprès des prestataires, en commençant par les gynécologues en tant que leaders d'opinion dans la prestation contraceptive.
- Le travail d'information/formation des médecins doit encore être développé.
- Il existe une proportion de prestataires qui la prescrivent (à évaluer) et qui peuvent en faire le plaidoyer.
- La segmentation du marché et le positionnement du produit ne sont pas encore clairement établis (confusion du fait du travail simultané sur le DIU et de la notoriété omniprésente de la pilule).
- Le contraceptif injectable connaît les mêmes obstacles dans tous les pays où il existe: bénéficier des leçons apprises et des stratégies innovantes de relance.

Sur la base de cette analyse, le projet a posé les jalons des stratégies suivantes:

Stratégie Offre

- Effectuer un état des lieux sur les attitudes et pratiques au sein des leaders d'opinion de la communauté gynécologique.
- Identification formalisée des besoins en information et des obstacles à la prescription: (1) enquête baseline méthode de LD (en cours); (2) évaluation de la formation SOMARC; et (3) enquête qualitative réduite (à considérer)
- Définition d'une stratégie et d'un plan d'action en vue d'un changement de comportement positif du prescripteur vis à vis de la méthode

- Utiliser le «Peer advocacy» par le biais de porte-paroles acquis à la méthode

Stratégie Demande

- Evaluation des CAP (enquête baseline) et identification des obstacles
- Définition d'un plan marketing établissant l'adéquation produit/marché et incluant un positionnement de «niche de marché» reposant sur le concept de «méthode alternative» répondant à des contextes de prescription précis à développer (post-partum/allaitement, intolérance aux oestrogènes, discipline contraignante de la pilule...) et positionnement similaire auprès des prescripteurs.
- Analyser les expériences de pays culturellement similaires (contexte musulman) comme la Jordanie et le Pakistan; étudier les stratégies exécutées et ce qui est transposable au contexte marocain.

Lawlab Al Hilal

Dans le plan Marketing initial au lancement de Lawlab Al Hilal, la cible prioritaire prescripteurs était celle des médecins généralistes privés formés par le Projet Phase V. Or tous ces médecins avaient reçu un lot de 5 DIU gratuits à la fin de leur formation. Visités par Reacting, il s'est avéré que la plupart avait encore des DIU en stock et que les insertions n'étaient pas fréquentes, d'où leur refus de stocker davantage. Ainsi, et jusqu'à l'heure actuelle, les MGP formés demeurent marginaux dans la prestation de services DIU.

En revanche, les gynécologues et les cliniques privées ont été d'emblée les plus gros clients. En effet, les insertions de DIU dans le secteur privé s'effectuent essentiellement chez ces prestataires qui ont trouvé en Lawlab Al Hilal une opportunité de plus rentabiliser leur acte. En effet, Lawlab Al Hilal ne leur coûte que 50 Dh mais ils maintiennent le prix de la prestation qui demeure aux alentours de 600 Dh en moyenne.

Après plusieurs discussions et analyses avec Reacting, les points suivants ont été notés:

- Le pipeline a été rempli et les ventes stagnent voire régressent du fait de la lenteur de l'écoulement des stocks tant au niveau des prestataires que des pharmacies.
- Bien que les prestataires soient favorables à la méthode, ils se heurtent aux craintes des clientes liées à des rumeurs négatives et vivaces.
- Le MG privé, bien que formé, n'insère pas suffisamment et perd peu à peu les acquis de sa formation. De ce fait, étant de moins en moins à l'aise, il aura tendance à «shifter» la cliente sur une pilule, beaucoup plus facile à gérer.
- Dans les grandes villes de l'axe Kénitra-El Jadida (incluant Rabat – Casa), l'acte DIU dans le secteur privé se passe chez le gynécologue. Il faudra beaucoup de temps et de persévérance pour que les femmes commencent à demander le service au MGP.
- Partout ailleurs dans le pays, les MG sont plus susceptibles d'offrir le service du fait de la rareté des spécialistes.

Défis:

- Positionner le MG privé comme prestataire de services de PF incluant l'insertion du DIU
- Trouver les incitations pour que les gynécologues baissent leur prix

- Créer des systèmes de référence pharmacie – médecin pour favoriser l'écoulement des stocks en pharmacie

Opportunités:

- Les médecins sont favorables à la méthode. De ce fait, la moitié du parcours est accomplie pour les amener à en faire la promotion auprès de leur clientèle.
- La stratégie de positionnement du MG privé comme «Médecin de Famille» du projet CMS incluant les services PF devrait aider au développement de ces prestations.
- Travailler la valorisation du prestataire privé à travers le concept «Médecin-Citoyen» en le médiatisant comme partenaire de programmes nationaux.
- Les sages-femmes constituent une population de prestataires non négligeable et peuvent jouer un rôle important en zone «de non concurrence» avec les prestataires gynécologues et MG.
- Les utilisatrices du DIU en sont pleinement satisfaites et changent très rarement de méthode une fois qu'elles s'y sont habituées.

Stratégie Offre

- Répartir le pays en zones géographiques:
 - Zone à forte présence de gynécologues
 - Zone à forte présence de MG
 - Zone d'absence de prestataires médicaux et de présence de sage-femmes
- Définir des stratégies d'intervention spécifiques selon la zone permettant d'optimiser l'intervention de ces différents types de prestataires.
- Positionner le MG privé comme prestataire de services de PF dans le cadre de la stratégie «Médecin de Famille» et promouvoir ses capacités de prestataire pour ce type de services (trouver les voies concrètes);
- Maintenir le développement des circuits de distribution de Lawlab Al Hilal.

Stratégie Demande

- Définir une stratégie de lutte contre les rumeurs:
 - Développer une stratégie de «Peer Advocacy» par le biais des utilisatrices convaincues.
 - Organiser des tables rondes télévisées impliquant des leaders d'opinion des milieux médicaux et de la société civile pour la santé des femmes
 - Étudier la possibilité d'installation d'une ligne d'information gratuite «Al Hilal».
- Reprise de la campagne publicitaire (notoriété produit à maintenir)
- Organiser une séance de «brainstorming» avec l'ensemble des partenaires pour définir des «ponts» entre le MG privé formé et la cliente potentielle. (Exemple:

détailler l'idée de rendre le MG plus proactif et plus «vendeur» de ses services, et développer d'autres idées de promotion potentielle plus directe)

A l'heure actuelle, l'apport du PMMS est incontestable quant à l'implication croissante des acteurs privés dans le Programme National de Planification Familiale. En effet, le Programme Al Hilal a été précurseur dans la communication mass media sur des méthodes contraceptives commercialisées sur le marché privé. Depuis Protex, le préservatif n'est plus un tabou et le marché s'est ouvert à d'autres marques qui rivalisent en matière d'accessibilité et d'abordabilité. Avec Kinat Al Hilal, le marché des contraceptifs oraux a aussi connu une diversification et une croissance constante. Ces deux produits sont parvenus à l'autosuffisance et leur promotion est – depuis 1993 pour Protex, et 1996 pour Kinat Al Hilal - financée par les laboratoires eux-mêmes. Enfin le Programme a aussi essentiellement été une plate-forme de dialogue et de collaboration fructueuse entre les secteurs public et privé, les organismes professionnels, les sociétés savantes, syndicats et ordres.

En revanche, autant l'approche classique «produit» a été efficace et aisée dans le cas de Protex et Kinat Al Hilal, dans la mesure où ces méthodes sont «auto-consommées», autant elle a montré ses limites dans le cas de Hoqnat et Lawlab du fait de l'aspect incontournable du service médical qui leur est lié et donc de la nécessité de travailler un maillon supplémentaire dans la voie vers l'utilisation: le service chez le prestataire. L'exemple de Hoqnat Al Hilal illustre les obstacles engendrés lorsque la population médicale n'est pas suffisamment sensibilisée à une méthode et que les leaders d'opinion ne sont pas suffisamment impliqués. Aussi, sur la base des leçons apprises des projets précédents de marketing social, CMS s'est-il assigné comme tâche prioritaire de «reconquérir» les prestataires avant d'entreprendre un effort de génération de demande afin, dans un premier temps, de réduire l'opposition du médecin et dans un second temps, de le rendre plus proactif dans le choix contraceptif de sa patiente.

L'accessibilité de la population à des services PF abordables et de qualité dans le secteur privé demeure une problématique importante qui entrave le développement de l'utilisation de l'injectable et du DIU chez les prestataires privés. De ce fait, la stratégie centrale du projet CMS est de travailler sur la mobilisation des prestataires privés autour d'un projet PF inclus dans un projet plus global de santé familiale et reposant sur les concepts primordiaux de qualité de service et d'abordabilité des prestations.

Pour ce faire, les composantes d'environnement institutionnel, économique et technique passent au premier plan pour identifier les obstacles à l'expansion de la pratique médicale privée et à l'accessibilité de la population aux soins de santé reproductive à travers le secteur privé, et définir les actions à entreprendre afin de contribuer à les surmonter.

Enfin, l'effort de sensibilisation de la population: information sur le fonctionnement des méthodes, sur les sources d'approvisionnement, lutte contre la rumeur, développement de la notoriété des produits (qualité, accessibilité, abordabilité), et communication sur la disponibilité du service à la fois dans les secteurs public et privé, doit continuer à s'effectuer de manière continue afin de perpétuer – voire d'ancrer – les acquis de dix années de Marketing Social pour les contraceptifs.

Gestion Des Ressources Du Projet PF/SMI Phase V

Quelles étaient les ressources mises en oeuvre pour obtenir les résultats de Projet PF/SMI Phase V, tels qu'exposés dans le chapitre précédent? Dans ce dernier chapitre, nous avons énuméré ces ressources et d'éventuelles difficultés pour leur mobilisation sous six sections: (1) planification, suivi et évaluation; (2) gestion des ressources humaines; (3) coordination/ collaboration; (4) achats et maintenance; (5) gestion financière; et (6) formation, voyages d'études et conférences.

1. Planification, suivi, et évaluation

Structures de Gestion du Projet

La gestion du projet était assurée à travers deux structures:

- (1) *Le Comité Directeur du Projet*: co-présidé par Messieurs le Ministre de la Santé et le Directeur de l'USAID, tous les directeurs du MS en étaient les membres, ainsi que l'équipe santé de l'USAID et le Directeur de Projet de JSI. Il se réunissait une ou deux fois par an.
- (2) *L'Unité de Gestion du Projet (UGP)*: présidée par le Directeur de la Population, les membres réguliers étaient les cadres de la Direction de la Population, l'équipe de santé de l'USAID/Maroc, et l'équipe JSI. Des cadres d'autres Directions et des agences coopératrices de l'USAID étaient invités en fonction de l'agenda. L'UGP se réunissait toutes les deux semaines.

Planification du Projet

Tout au long du Projet SMI/PF Phase V, un processus de planification participative a été suivie, qui a garanti un consensus continu quant à la mise en oeuvre du projet entre le Ministère la Santé, l'USAID, JSI, et les autres agences coopératrices. Ce processus était structuré à travers le Comité Directeur du Projet et l'UGP. L'UGP coordonnait la préparation des plans d'action. Le Comité Directeur révisait et approuvait les plans d'action.

Un premier Plan d'Action a été développé en 1994 et remis à jour en 1995 et 1996. En 1996, avec la participation d'une équipe de USAID/Washington, USAID/Maroc a préparé un Plan de Transition, qui devrait assurer la continuité entre le projet bilatéral qui allait finir en 1999, et la période d'assistance technique post-bilatérale. Puisque ce plan de transition, modifiait en partie le cadre conceptuel du projet, l'équipe JSI a préparé un document intitulé "Priorités de la Mise en Oeuvre du Plan de Transition", qui proposait une restructuration des activités du projet. La version finale de ce document a été approuvé par tous les partenaires en janvier 1997 et a servi de base à la production du Plan d'Action 1997.

Un des changements dans la gestion du projet à partir de 1997 était le rôle élargi de JSI dans la coordination des activités techniques des autres agences coopératrices. Ceci a contribué largement à rationaliser le processus de planification et de mise oeuvre des activités du projet. Par exemple, JSI a fourni le support administratif aux activités locales de ces agences, selon un budget préétabli.

Fin 1997, un Plan d'Action 1998-1999 a été préparé pour programmer les activités jusque la fin du Projet. Au cours de la mise en oeuvre de ce plan d'action, il devenait clair que certaines activités stratégiquement importantes pour le projet post-bilatéral ne seraient pas achevées avant le 30 juin 1999, date la fin du plan d'action 1998-1999. Ainsi, l'USAID, en consultation avec le MS, avait décidé de prolonger le projet d'une année, jusqu'au 30 septembre 2000. Le plan d'action d'extension a programmé une série d'activités en fonction des besoins du projet post-bilatéral.

Finalement, pendant la dernière année du projet, l'équipe de JSI a préparé d'un plan "close-out" du projet. Ce plan, qui listait une série d'activités à mettre en oeuvre avec un échéancier, a été transmis à l'USAID en décembre 1999.

Suivi et évaluation du projet

Le suivi de la mise en oeuvre du projet était assuré à travers le Comité Directeur et surtout, sur une base régulière, par les réunions bihebdomadaires de l'UGP. Les documents de référence pour ce suivi du projet étaient les plans d'action, les rapports trimestriels et les rapports annuels du Projet, et le manuel des procédures du projet. Ce dernier décrivait les procédures de gestion du projet. Il avait été rédigé par JSI en concertation avec le MS et l'USAID, et avait été diffusé à toutes les personnes concernées après sa validation par l'UGP.

Il n'y a pas eu une évaluation globale du projet, ni interne ni externe, mais plusieurs composantes du projet ont été évaluées séparément au cours du projet, ou bien par l'équipe même du projet, ou bien par des évaluateurs externes. Les résultats de ces évaluations ont été communiquées sous les composantes en question.

2. Gestion des ressources humaines

La constitution de l'équipe JSI a suivi le volume et la nature d'activités du Projet. Ainsi, d'une équipe relativement modeste d'une dizaine de personnes au départ, elle s'était agrandi jusque 21 personnes fin 1997 dont 5 conseillers expatriés, 6 responsables techniques locaux, et 10 personnes administratives. Vers la fin des activités du projet, en 1999, d'abord le nombre de conseillers expatriés a été réduit jusqu'à un, et ensuite, en 2000, des réductions du nombre de staff local ont été effectuées en fonction des besoins diminuants. En dehors d'une période difficile entre le départ du premier directeur de projet et de l'arrivée du deuxième, la cohérence interne de l'équipe JSI a été une force tout au long de la mise en oeuvre du projet.

Pour l'assistance technique de courte durée, JSI a organisé 125 consultations, URC 30, et JHU/CCP 14. Plus de 100 autres consultations ont été effectuées à travers l'USAID directement, ou à travers les agences coopératrices. En général, le support administratif à partir des Etats-Unis était assuré par minimum deux personnes de JSI/Boston, ainsi que par une personne de URC et de JHU/CCP. Une liste du staff résident et de support à Boston se trouve en annexe 4; une liste des consultants JSI- URC - JHU/CCP se trouve en annexe 5.

3. Coordination/collaboration

La réalisation des objectifs de pérennisation du Projet PF/SMI Phase V dépendaient pour une grande partie de la coordination et la collaboration entre les différentes partenaires du Projet: le MS, aussi bien les services centraux que les délégations, les autres départements

gouvernementaux, l'USAID, ses contractants et agences coopératrices, les autres bailleurs de fonds, le secteur privé, la société civile, et la presse.

En ce qui concerne la collaboration entre l'équipe JSI et le Ministère de la Santé, nous avons déjà souligné à maintes reprises dans ce rapport l'importance de la mise en oeuvre conjointe des activités, qui a été la règle tout au long de la mise en oeuvre du projet. Cette collaboration a été facilitée grâce à une stabilité exceptionnelle des cadres du MS depuis le début du projet. L'équipe JSI a aussi facilité la coordination et la collaboration entre les cadres du niveau central et ceux des niveaux régional et provincial. Malgré cela, et ainsi que souligné dans d'autres sections de ce rapport, le manque de définitions des fonctions du centre versus celle la périphérie est une entrave au processus de régionalisation en cours.

Au cours de l'année 1997, comme déjà indiqué dans l'introduction de ce rapport et dans la section de la planification, l'USAID a confié à JSI la responsabilité de coordonner toutes les activités de santé financées par USAID au Maroc. Cette décision, qui avait été prise à un moment où la participation d'un nombre croissant d'agences coopératrices avaient rendu la mise en oeuvre du projet de plus en plus complexe, a largement contribué à la coordination entre le MS, l'USAID, JSI et les autres agences coopératrices pendant les dernières années du projet.

Il est important de souligner ici que l'équipe du projet PF/SMI Phase V a maintenu une collaboration étroite avec d'autres projets bénéficiant d'un financement extérieur. Ainsi nous mentionnons les projets financés par le FNUAP, par l'Union Européenne, par l'UNICEF, par la GTZ, par la Banque Mondiale, et par la coopération belge et espagnole.

Aussi, dans le cadre de la pérennisation des services SMI/PF, des relations privilégiées ont été développées entre l'équipe du projet et des organismes du secteur privé et de la société civile. Parmi eux nous mentionnons, sans vouloir être exhaustif, la Société Marocaine des Sciences Médicales (SMSM), le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), les Syndicats des Médecins et des Pharmaciens, l'Observatoire Nationale des Droits de l'Enfant (ONDE), l'Union National des Femmes Marocaines (UNFM), l'Association Marocaine de Solidarité et de Développement (AMSED), Association Marocaine de Planification Familiale (AMPF), etc.

Finalement, dans un but de promotion de services SMI/PF, l'équipe du projet a maintenu des contacts en permanence avec la presse audiovisuelle et écrite, à travers des émissions de radio et de télévision, des conférences de presse, et des publications dans des revues comme la Sage-Femme, la revue SMSM, et le Caducée (revue des pharmaciens).

4. Achats du Projet

Les achats ont constitué une composante importante du Projet Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile, d'abord par le budget qui leur était alloué (\$15.063.000 ou plus de 37% du budget total) mais aussi par leur contribution à l'objectif du projet de mettre en place des services de SMI/PF de qualité.

Dans les paragraphes suivants, nous discuterons non seulement du processus des achats, mais aussi, dans le cadre de la pérennisation des acquis du projet, des efforts et perspectives de l'utilisation et de la maintenance du matériel livré.

Achats

Les achats du Projet PF/SMI Phase V ont été caractérisés par les énormes quantités d'articles, le nombre important de structures à équiper, et la complexité des procédures d'acquisition. Le tableau 10 donne un résumé des achats par catégorie de matériel.

Tableau n° 10: Achats du projet SMI/PF Phase V

Catégorie	Principaux articles	Montant	% du budget d'Achat
Véhicules	# 180 Chevrolet pick-ups # 3 Cherokee jeeps # 4 Camions # 1 Chevrolet sedan	\$5.120.000	34,0%
Equipement médical	# Equipement de base pour 157 centres de santé, 8 centres de référence, et 19 autres structures # Equipement pour 600 centres DIU # Equipement de base pour 180 équipes mobiles # 1200 kits DIU # Equipement pour 6 formations SOUC et 46 formations SOUB	\$6.170.000	41,0%
Equipement informatique	# câblage de réseaux au niveau central et dans 12 régions # 21 serveurs # 298 ordinateurs # 164 imprimantes # 5 projecteurs datashow	\$1.328.000	8,9%
Equipement IEC	<i>Matériel audiovisuel:</i> # 60 magnétoscopes # 58 téléviseurs # Equipement studio AV <i>Matériel d'imprimerie:</i> # 1 flacheuse # 1 offset press Heidelberg # 1 scanner à tambour	\$1.535.000	10,2%
Autres	<i>Matériel de bureau:</i> # 30 photocopieurs, rétroprojecteurs, écrans, bureaux etc. <i>Matériel de Laboratoire:</i> # Equipement de contrôle de qualité des préservatifs <i>Matériel pour le dépôt de Sale:</i> # 2 chariots élévateurs, 6 transpalettes, groupe électrogène, chambre froide.	\$910.000	6,1%
TOTAL		\$15.063.000	100,2%

Procédures d'achats

Les procédures d'acquisition de matériel sont complexes, dû au fait qu'elles tiennent compte d'un certain nombre de réglementations imposées par l'USAID et le Gouvernement Marocain. Ainsi, typiquement, entre le moment de la décision d'acheter un article et sa distribution à l'utilisateur, les étapes suivantes doivent être parcourues:

- Identification des besoins: consensus entre le MS, l'USAID, et JSI
- Demande d'achat présentée par le MS
- Développement des spécifications par le MS, assisté par JSI et/ou consultants
- Validation des listes finales par le MS/USAID
- Identification du type d'achat (options):
 - Achat local--procédures allégées par rapport à:
 - Achat aux Etats-Unis
- Envoi des spécifications à JSI/Boston et/ou Washington
- Préparation des documents d'appel d'offres (Invitation for BID- IFB)
 - Publication
 - Préparation des réponses aux fournisseurs
 - Ouverture des plis
- Analyse des offres et recommandations
- Approbation finale des offres par MS/USAID
- Adjudication et passation des commandes
- Réception des commandes
- Emballage/Mise en kit
- Transport (par bateau ou par avion)
- Arrivée et dédouanement
- Réception et distribution par le MS

Déroulement des achats

Le processus des achats s'est déroulé en deux phases: (1) à travers New Transcentury Foundation (NTF), sous-contractant de JSI; et (2) directement par JSI. Durant les deux premières années, tous les achats initiés à partir des Etats-Unis ont été effectués par NTF. Dès 1997, en vue d'avoir un contrôle plus direct sur les procédures d'achats complexes et sur les délais résultants, JSI a recruté Hammadi Tall, un spécialiste en matière d'achat. Comme compagnie de transport, JSI a utilisé Geologistics (ancien Matrix). La plupart des équipements destinés aux provinces et aux formations sanitaires étaient mis en kit après livraison dans les entrepôts de Geologistics avant d'être acheminés vers le port ou l'aéroport.

Commentaires

Globalement, et compte tenu du volume important des achats effectués, le Ministère de la Santé a été satisfait de l'ensemble du matériel acheté dans le cadre du Projet. La plus grande contrainte et raison de frustration, aussi bien du côté du MS, de l'USAID, et de JSI, a été le délai de livraison considérable des achats effectués aux Etats-Unis. Ceci n'était pas

étonnant, vu le nombre d'étapes nécessaires dans les procédures d'acquisition, et le nombre important de partenaires impliqués. Dans ce qui suit nous donnons quelques commentaires quant aux étapes qui ont été la cause principale des délais.

Délai de finalisation des spécifications:

Assez long au début, il a été sensiblement réduit depuis que les achats étaient effectués directement par JSI, éliminant ainsi un intermédiaire et facilitant les communications entre le MS et l'acquéreur.

Délai de la mise en kit:

La mise en kit des équipements destinés aux provinces et aux formations sanitaires a contribué aux délais de livraison du matériel, étant une étape supplémentaire dans le cycle des achats. Pourtant, cette mise en kit s'est avérée extrêmement utile pour s'assurer que le matériel sera effectivement acheminé vers les destinataires projetés. Grâce à la codification des colis, il est plus facile des les identifier et de les distribuer directement aux provinces. Il est à noter qu'il aurait été préférable pour les achats majeurs destinés aux formations sanitaires qu'un responsable central du MS puisse assister à l'opération de la mise en kit, pour s'assurer que le matériel correspond à la commande. En effet, il est difficile aux responsables centraux de rectifier des erreurs de commande, une fois que le matériel est rendu dans une formation sanitaire éloignée.

Délai de dédouanement:

Un des délais les plus importants a été causé par le dédouanement. Le système de dédouanement est très compliqué au Maroc. Il passe par plusieurs étapes:

- Envoi des documents de transport à JSI/Maroc pour débiter l'opération de dédouanement
- Préparation de l'attestation de don dans laquelle sont mentionnées toutes les informations concernant l'arrivage (nombre de colis, nature de l'équipement, port d'arrivée) et envoi à l'USAID pour signature
- Transmission du dossier de dédouanement au Maroc au service de Gestion des Stocks (SGS) de la Pharmacie Centrale qui procédera au paiement des frais de location des containers et des frais d'emmagasinage
- Sortie des containers et l'acheminement vers le dépôt du Ministère

C'est pour cette raison que la cellule de dédouanement au niveau du Ministère de la Santé doit continuer de plaider auprès de la Direction des Douanes et Administration des impôts afin de faciliter le processus de dédouanement. Le Service de Gestion des Stocks doit assurer un suivi rigoureux et quotidien des dossiers de dédouanement afin de réduire des délais d'emmagasinage, dont les frais sont à la charge du MS. Ces frais peuvent rapidement s'amplifier en cas de retard, à cause des frais de pénalités.

Délai de distribution:

— Finalement, certains délais se situaient au niveau de la distribution du matériel lourd et de grande taille. Ce matériel nécessitait l'utilisation des chariots élévateurs, de transpalettes, et des camions, qui, en général n'étaient pas facilement disponibles au niveau des provinces, comme dans le cas du matériel acheté dans le cadre de la Maternité Sans Risque. Pour éviter des retards au niveau des provinces, il est indispensable que les provinces possèdent leurs propres moyens de manutention humains et matériels. Il est donc souhaitable de sensibiliser les autorités locales possédant les ressources adéquates afin qu'elles les mettent à la disposition des délégations à chaque fois que le besoin s'en ressent.

Utilisation et Maintenance

Dans le cadre de la pérennisation des acquis du projet, il ne faudrait perdre de vue que l'objectif principal de l'investissement important du projet dans l'achat d'équipements et de matériel était l'utilisation à plus ou moins long terme de ces équipements et matériel pour l'amélioration de la qualité des services SMI/PF. A cet effet, au moins trois actions s'imposaient: (1) inventorier le matériel et son état; (2) en assurer l'utilisation correcte; et (3) en assurer la maintenance. Ces trois actions sont discutées dans les paragraphes suivants:

Inventorisation

Tout le matériel acheté a été inventorié au fur et à mesure des arrivages. Un rapport d'inventaire regroupant tous les articles achetés, ainsi que la base de données informatisée ont été transmis au Ministère de la Santé. La base de données, qui sera affectée à un des services spécialisés du Ministère de la Santé, pourrait être le point de départ d'un suivi de l'état du matériel, et pourrait être enrichie au fur et à mesure de l'accomplissement d'autres opérations d'achat. Aussi, la base de données, développée à partir des achats du projet, pourrait servir dans la formulation de spécifications d'autres commandes dans le cadre du budget de l'état ou par différents bailleurs de fond. Tel a été le cas déjà pour la commande d'équipement obstétrical des projets de Maternité Sans Risque financés par l'Union Européenne et le FNUAP.

Utilisation

Au cours du projet, plusieurs activités se sont déroulées pour assurer l'utilisation correcte du matériel acheté dans le cadre du projet. La plupart de ces activités ont été discutées sous les composantes techniques. Nous mentionnons:

- Formation des prestataires en insertion DIU
- Formation des prestataires et techniciens en utilisation du matériel obstétrical
- Formation en informatique d'utilisateurs à différents niveaux du MS
- Formation des utilisateurs du matériel d'imprimerie
- Formation des utilisateurs du matériel de contrôle de qualité des condoms
- Formation des chauffeurs des véhicules

Des visites de suivi à l'occasion de l'inventaire physique ont montré que la plupart du matériel du projet était utilisé d'une façon satisfaisante. Il est évident qu'un effort soutenu sera nécessaire après la fin du projet pour assurer une bonne utilisation de ce matériel, surtout tenant compte du transfert fréquent de personnel.

Maintenance

La maintenance du matériel est probablement l'aspect le plus vulnérable de la pérennisation des achats du projet. Dans le cadre de l'accord bilatéral entre le Ministère de la Santé et l'USAID, la maintenance du matériel acheté est à la charge du MS. Ainsi, les contraintes budgétaires et les procédures bureaucratiques complexes ont empêché et menaceront dans le futur le bon fonctionnement d'un système de maintenance au sein du MS.

Ceci est particulièrement le cas pour le matériel informatique et bureautique (les photocopieurs), vu le nombre élevé de pannes d'articles tels que les ordinateurs, les

imprimantes, les photocopieurs. Plutôt que de laisser la maintenance à une unité de MS ou d'établir des contrats de maintenance à un niveau centralisé, il nous semble plus efficace que chaque département et région/province établit son propre contrat de maintenance.

Pour le matériel médical sophistiqué, il est souhaitable de former le personnel responsable afin d'éviter des pannes dû à des mauvaises manipulations. L'expérience de Fès dans le cadre du matériel obstétrical a montré que cette formation peut être organisée au niveau régional par les ingénieurs bio-médicaux régionaux, assistés par un représentant des fournisseurs de l'équipement.

Finalement, il reste le problème du délai dans la réparation des pannes de voiture. Souvent, les véhicules restent immobilisés pendant une période variant entre deux mois et un an alors que les pièces de rechange sont disponibles au niveau du Dépôt Central. Une meilleure communication et coordination entre la Division du Parc Automobile et les provinces sont indispensables pour réparer les véhicules des Equipes Mobiles.

La tournée effectuée par une équipe de mécaniciens du Parc Automobile dans les provinces du Nord a donné des résultats positifs dans la mesure où certains véhicules ont pu être réparés sur place tandis que d'autres ont été acheminés vers Rabat. Il serait judicieux d'organiser autres missions sur le terrain pour mieux prêter assistance aux provinces.

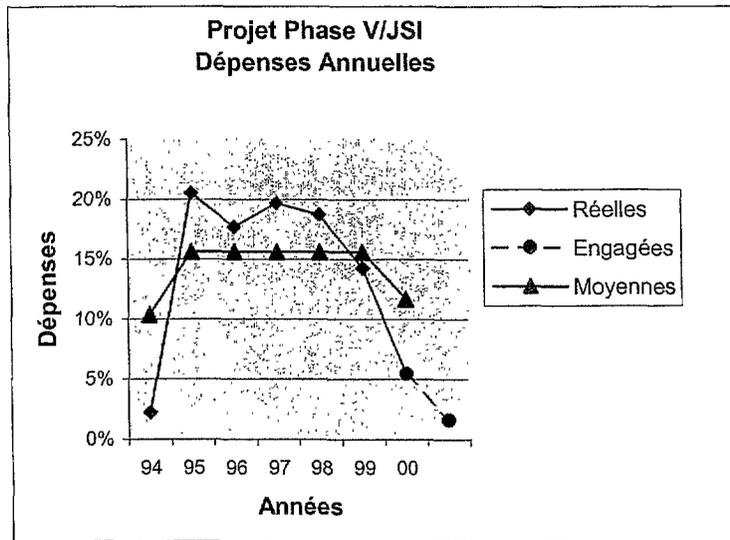
5. Gestion financière

Le contrat de JSI a débuté en mai 1994 avec un budget global de \$38.501.858 pour une durée initiale de 5 ans. Le projet a d'abord obtenu une extension de 3 mois jusqu'au 30 septembre 1999 et, a par la suite, bénéficié d'une seconde extension d'un an jusqu'au 30 septembre 2000 avec des fonds supplémentaires d'un montant de \$1.519.044.

Ainsi, le montant global du contrat JSI était de \$40.020.902 dont \$26.145.210 ou 65,33% pour les activités programmatiques avec le Ministère de la Santé et \$13.875.692 ou 34,67% pour les dépenses administratives de JSI. Du budget total, JSI a confié \$10.900.000 à ses 3 sous-contractants internationaux: Johns Hopkins University (JHU), proche de \$4 million, afin de mener les activités IEC du projet; University Research Corporation (URC) proche de \$ 1 million, pour les activités d'assurance qualité; et NewTransCentury Foundation (NTF) \$5,9 million, pour les achats du projet.

Au 30 septembre 2000, les dépenses totales du projet s'élevaient à \$39.379.109. Cependant des fonds étant toujours engagés, il est prévu que les dépenses du projet atteindront le budget global de \$40.020.902 alloué à JSI. Tout au long du projet, les dépenses ont évolué constamment pour atteindre un maximum de \$7,8 million par an, ou 19.65% du budget global, en 1997 (voir graphique ci-dessous). Cependant, l'année 1995 a vu un bond exceptionnel dans les dépenses à cause de l'achat de l'achat des voitures pick-up pour un montant de plus de \$4 million.

Graphique n° 3



Les dépenses programmatiques au 30 septembre 2000 ont totalisé près de \$26 million ou 66% des dépenses globales. Une majorité de ces dépenses (57%) représente des achats US et locaux. Les dépenses administratives du projet ont totalisé près de \$13,5 million ou 34% des dépenses globales. Cette distribution des dépenses reflète la structure du budget et démontre que les dépenses administratives ont évolué en grande partie en fonction des activités programmatiques.

Une situation provisoire des dépenses au 30 septembre 2000 est incluse en annexe 6.

6. Formations, voyages d'études, et conférences

Les formations au Maroc ont concerné des milliers d'employés du Ministère de la Santé, des agents d'autres départements sociaux, et des agents relais d'ONG et d'associations communautaires. Pour des renseignements détaillés, nous demandons le lecteur de se reporter aux sections pertinentes et aux listes annexées des rapports annuels.

En ce qui concerne les formations à l'étranger, le Projet Phase V a financé la participation de 63 gestionnaires de santé marocains à des formations de courte durée, de 35 à des voyages d'études et de 75 à des conférences internationales. Les listes détaillées sont fournies en annexe 7 et 8.

Conclusions et Recommandations

Le projet PF/SMI Phase V était le dernier dans une série de projets bilatéraux entre l'USAID et le Ministère de la Santé dans le but d'améliorer la santé des enfants de moins de cinq ans et des femmes en âge de procréer. Le projet visait deux résultats: (1) une utilisation accrue de services de SMI/PF de qualité; et (2) la pérennisation des services de SMI/PF.

En ce qui concerne l'utilisation accrue des services SMI/PF de qualité, on peut dire avec confiance que le projet a substantiellement contribué, et ceci à travers plusieurs mécanismes:

- la mise en place à titre pilote d'interventions innovatrices visant l'augmentation de la qualité des services, comme les soins obstétricaux d'urgence, et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance;
- l'extension géographique des services SMI/PF à travers le renforcement des équipes mobiles, qui a permis d'augmenter l'accessibilité aux services SMI/PF, surtout dans les zones éloignées;
- la participation accrue des médecins généralistes privés à la prestation des services préventifs SMI/PF; et
- les interventions de renforcement des systèmes de support à la gestion, comme l'assurance qualité, la formation, la logistique des contraceptifs, et le système d'information sanitaire, qui, par leur effet sur l'efficacité et la qualité des prestations offertes, devraient augmenter l'utilisation des services SMI/PF par la population.

Est-ce que le projet a aussi contribué à pérenniser les services SMI/PF au Maroc? Ou, plus spécifiquement, après la fin du projet, est-ce que le fonctionnement des services SMI/PF se maintiendra minimum au même niveau que durant le projet, mais sans les ressources qui étaient rendues disponibles à travers le projet? Idéalement, il faudra chercher la réponse à cette question d'ici trois ans, comme dans l'étude sur la pérennisation des projets USAID entrepris à la fin des années 80 par Thomas Bossert¹ et son équipe. Cette même équipe avait identifié au moins cinq caractéristiques d'un projet, comme prédicteurs de la pérennisation des activités d'un projet de santé: (1) l'efficacité du projet, c'est-à-dire, un projet qui a atteint les objectifs fixés, et qui est donc perçue comme efficace; (2) l'intégration des activités du projet dans les structures administratives existantes (ou son institutionnalisation); (3) le financement des activités du projet, idéalement par le budget du gouvernement du pays récepteur ou par des mécanismes de recouvrement des coûts; (4) un volet important d'activités de formation dans le projet; et (5) un processus de planification participative des activités entre le bailleur et le pays récepteur.

En comparant ces caractéristiques avec les résultats du Projet PF/SMI Phase V présentés dans les pages précédentes, il nous semble que ce projet pourrait se classer avec ceux dont les chances de pérennisation sont grandes:

- (1) *L'efficacité du projet.* Les services SMI/PF offrent un gamme de prestations dont l'efficacité a été démontré par l'amélioration continue des indicateurs de la santé des enfants et des femmes en âge de procréer. On espère que les activités du projet de renforcement des soins obstétricaux d'urgence vont aussi avoir un effet durable sur la mortalité maternelle, qui restait un problème prioritaire à résoudre.

¹ Thomas J. Bossert. 1990. Can they get along without us? Sustainability of donor-supported health projects in Central America and Africa. Soc. Sci. med. Vol 30, No 9, pp 1015-1023.

- (2) *L'intégration des services SMI/PF au sein des structures existantes.* Les activités du projet Phase V ont particulièrement contribué à l'intégration des services SMI/PF dans l'organisation des services de santé. Ainsi, l'approche PCIME vise la transformation de la gestion des maladies d'enfance à travers des programmes verticaux en une gestion globale de la santé de l'enfant. Surtout, la gestion décentralisée des services SMI/PF, entamée durant le projet, cadre parfaitement dans la dévolution et la déconcentration des services gouvernementaux vers les régions nouvellement créées.
- (3) *Financement de services SMI/PF:* Un des résultats les plus impressionnants du projet Phase V a été, après celui de l'Initiative d'Indépendance Vaccinale (IIV), de faciliter la prise en charge par le gouvernement marocain du financement des contraceptifs, garantissant ainsi une autonomie financière presque totale des frais récurrents des services SMI/PF.
- (4) *Les activités de formation du projet:* Comme décrit dans les pages précédentes, le projet Phase V a effectué un énorme investissement dans le renforcement des capacités individuelles des ressources humaines de la santé, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé ; aussi bien à travers la formation continue, qu'à travers la formation de base, et spécialement aussi à travers la formation de base des médecins, qui souvent est très réfractaire à tout effort de réforme.
- (5) *La planification participative:* Finalement, ce projet, comme les projets précédents, a été le résultat d'un processus de planification entièrement consultatif et participatif entre le Ministère de la Santé et l'USAID dans la recherche de mécanismes pérennes de prestations de services SMI/PF de qualité.

Ajoutons à ces caractéristiques de projet favorables à la pérennisation, la stabilité économique et institutionnelle relative, que le Maroc connaît maintenant et a connu au cours des dernières vingt ans, qui est un atout de plus dans la pérennisation des services SMI/PF au Maroc. En effet, l'analyse de Bossert et son équipe avait révélé l'importance des facteurs contextuels dans la pérennisation des projets de santé: il faut un minimum de stabilité économique et institutionnelle pour que l'impact d'un projet puisse se maintenir dans le temps.

Afin de maximiser l'effet de ce climat favorable à la pérennisation des services de santé au Maroc, nous voulons finir ce rapport par quelques cavets et recommandations:

- *Améliorer la qualité des services SMI/PF, surtout en milieu rural.* Plusieurs études entreprises au cours du projet ont démontré que la faible utilisation par la population des services SMI/PF en milieu rural s'explique en partie dans le manque de qualité des soins offerts, et souvent même simplement par le mauvais accueil. Il y a donc un effort particulier à mettre en oeuvre pour renforcer les compétences du personnel de santé à ce niveau, entre autres à travers la formation continue et par l'utilisation de techniques d'assurance qualité.
- *Rechercher la participation communautaire.* Un autre moyen de restituer la confiance de la population dans les services de santé, est la recherche de la participation communautaire dans la planification et l'organisation des services de santé. Dans cette recherche, le MS bénéficiera largement, comme démontré au cours du projet Phase V, d'un partenariat solide avec la société civile.
- *Assurer une autonomie financière.* Le Maroc devra encore réduire sa dépendance vis-à-vis des bailleurs de fonds pour le financement des services de santé de base, et spécialement en ce qui concerne les coûts récurrents dans les domaines des médicaments, des vaccins, et des produits contraceptifs. Le premier mécanisme, déjà

opérationnel et confirmé par le plan quinquennal 1999-2003, consiste à allouer les fonds nécessaires dans le budget central, mais ce mécanisme a ses limites connues. Dans les années à venir, il faudra rechercher des mécanismes innovateurs de générer des ressources supplémentaires au niveau local.

- *Régionaliser les services de santé.* Finalement, aussi bien l'amélioration de la qualité des services, que la participation communautaire et le recouvrement des coûts seront plus facilement réalisés dans le contexte d'un système de santé décentralisé. Il faudra donc continuer les efforts de la régionalisation des services de santé. Toutefois, il faut se rendre compte que la décentralisation n'est pas une panacée. Elle n'aura des effets bénéfiques sur l'accessibilité de services SMI/PF de qualité et pérennes que si les structures de gestion aux niveaux régional et provincial ont une base financière solide, une capacité administrative suffisante, et mènent à une motivation et une responsabilisation du personnel de santé.

Annexes

Annexe 1:
Résumé des données techniques

Annexe 1: Résumé des données techniques

Evolution de Quelques Indicateurs SMI/PF Pendant la Durée Du Projet PF/SMI Phase V (1995-1999)

Dans les tableaux suivants, nous présentons l'évolution de quatre indicateurs-clé de la santé des enfants et des femmes en âge de procréer au cours de la période du Projet PF/SMI Phase V:

- Le Taux de Couverture Vaccinale
- Le Taux d'Utilisation Brut des Contraceptifs
- Le Taux de Consultation Périnatale
- Le Taux d'Accouchement en Milieu Surveillé

Les données proviennent de l'Application SMIPF du Ministère de la Santé, gérée au niveau du SEIS. Cette application contient une base de données à partir des rapports mensuels SMI/PF en provenance de toutes les provinces. Il est possible que la qualité d'une partie des données soit compromise due aux multiples changements aux supports de collecte des données et la création de nouvelles provinces au cours des cinq dernières années.

	Taux de Couverture Vaccinale					Taux d'Utilisation Brut des contraceptifs				
	1995	1996	1997	1998	1999	1995	1996	1997	1998	1999
Oued Eddahab - Lagouira										
DAKHLA	100.9	93.4	103.7	109.8	111.7	16.8	16.9	15.3	16.9	19.7
Total région	100.9	93.4	103.7	109.8	111.7	16.8	16.9	15.3	16.9	19.7
Laayoune – Boujdour – Sakia Lhamra										
BOUJDOUR	83.3	78.1	80.8	83.8	75.9	12.8	14.7	15.0	15.5	15.9
LAAYOUNE	95.9	84.4	82.2	81.5	82.1	17.5	15.4	12.7	10.7	15.2
Total région	90.7	83.6	82.0	83.4	81.1	16.9	15.3	14.7	14.8	15.3
Guelmim – Smara										
ASSA ZAG	74.3	97.5	59.6	77.3	70.6	19.4	15.4	14.2	15.2	48.4
ES-SMARA	80.6	83.9	71.2	71.8	69.5	12.3	8.6	8.3	13.1	11.1
GUELMIM	84.8	71.2	68.1	80.2	71.7	26.3	21.8	26.1	20.4	20.2
TAN TAN	86.1	84.1	83.4	78.8	79.4	25.7	25.6	28.3	25.7	24.6
TATA	92.4	74.0	99.9	68.2	81.5	14.9	13.7	10.7	10.2	10.2
Total région	86.4	76.7	80.5	74.9	75.7	20.8	18.0	18.9	16.7	17.9
Souss-Massa-Drâa										
AGADIR IDA OUTANANE	75.5	71.4	60.7	68.4	34.3	31.1	28.2	27.9	18.1	24.2
CHTOUKA AIT BAHA	72.4	72.2	59.0	71.8	64.5	20.7	22.0	17.1	18.2	19.0
INEZGANE AIT MELLOUL	88.4	81.6	70.8	75.1	59.9	23.2	18.9	15.2	22.0	15.1
OUARZAZATE	182.0	72.0	97.3	89.6	82.5	22.1	16.3	21.2	25.1	20.9
TAROUDANT	74.5	68.1	58.6	65.2	78.8	16.9	17.5	18.1	15.8	18.6
TIZNIT	72.7	63.6	66.3	73.2	67.3	16.0	16.0	14.5	18.5	7.7
ZAGORA			68.0	56.2	90.7		-	6.7	13.1	10.9
Total région	85.9	70.6	68.7	71.5	68.7	19.2	19.1	18.1	19.2	17.4
El Gharb Chrarda Beni Hassan										
KENITRA	82.2	82.3	64.9	67.0	80.1	33.3	31.1	25.9	27.9	23.9
SIDI KACEM	95.2	76.9	74.7	69.2	54.9	24.5	23.5	21.5	28.3	27.9
Total région	87.6	80.1	69.0	67.9	69.8	29.8	28.1	24.2	28.1	25.2

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

	Taux de Couverture Vaccinale					Taux d'Utilisation Brut des contraceptifs				
	1995	1996	1997	1998	1999	1995	1996	1997	1998	1999
Chouia Ourdigha										
BEN SLIMANE	76.9	68.4	67.4	72.6	54.6	23.0	24.6	25.3	30.2	29.4
KHOURIBGA	83.8	81.7	72.9	85.4	77.8	33.2	31.1	30.0	30.8	30.7
SETTAT	80.8	73.6	73.8	84.9	80.2	34.1	31.0	25.4	27.7	27.9
Total région	81.8	75.0	72.6	83.2	75.8	32.2	30.1	26.8	28.9	28.9
Marrakech-Tensift – El Haouz										
MARR. MENARA	96.4	109.2	73.2	83.3	95.3	37.9	33.6	30.3	33.1	30.2
MARR. S.Y.B.A.	102.3	91.8	80.8	85.8	77.8	24.8	27.6	23.6	38.7	28.0
CHICHAOUA	91.2	48.8	67.4	76.9	37.6	18.3	18.0	15.8	16.9	17.1
MARR. HAOUZ	92.2	62.2	66.5	67.8	72.6	26.3	23.0	22.4	25.1	27.0
EL KELAA	94.7	81.3	83.1	87.1	89.2	28.1	29.2	35.2	37.2	35.1
ESSAOUIRA	84.7	79.0	81.1	79.8	82.6	28.0	26.8	25.5	37.4	26.4
MARR. MEDINA	116.5	110.4	88.2	98.9	95.3	28.8	29.0	28.5	35.6	33.4
Total région	94.0	79.4	76.5	81.1	76.9	27.9	27.0	27.1	32.3	28.2
Oriental										
OUJDA ANGAD	98.8	92.9	84.2	83.9	82.6	32.0	30.9	39.9	45.1	30.6
BERKANE TAOURIRTE	134.3	89.6	69.2	74.7	67.4	44.3	27.1	25.0	23.8	23.8
JERADA	93.8	75.8	66.3	69.1	73.7	29.7	26.9	24.7	27.5	23.5
FIGUIG	113.6	56.6	66.5	63.4	87.2	24.3	27.4	25.3	25.7	26.1
NADOR	90.7	75.2	78.8	83.3	72.7	24.1	22.4	19.6	20.8	19.5
TAOURIRT				76.6	79.9				24.0	23.0
Total région	91.0	81.2	76.0	79.1	75.8	26.9	26.2	26.6	28.1	23.9
Grand Casablanca										
CASA ANFA	50.8	60.6	56.2	53.6	47.1	17.9	19.6	16.3	16.0	19.3
CASA AL FIDA	75.0	81.3	76.7	74.2	64.3	28.0	25.5	22.9	22.5	20.3
C. H. M. AIN SEBAA	77.0	72.5	75.5	151.3	67.8	32.0	28.0	26.7	27.0	26.2
CASA AIN CHOK H.H.	75.6	71.4	44.3	75.2	66.5	17.7	14.9	14.7	15.6	14.8
C. S. BERNOUSSI ZNATA	85.9	91.9	78.0	77.3	71.4	29.5	24.8	21.8	24.4	24.0
CASA B. MSIK S.O.	88.8	98.0	89.9	92.7	85.6	24.1	22.5	21.3	24.0	23.4
MOHAMMADIA	81.7	81.3	77.6	77.5	65.0	25.3	20.3	18.7	24.3	21.1
Total région	76.1	79.6	70.3	88.4	68.1	24.3	22.0	20.3	21.6	21.2
Rabat-Salé-Zemmour-Zair										
RABAT	85.7	87.5	88.4	83.5	72.5	13.3	14.9	15.4	16.0	16.3
SALE	165.4	141.1	104.2	100.7	115.0	35.5	20.5	32.1	23.7	33.3
SKHIRAT TEMARA	96.7	90.0	84.8	87.6	82.3	25.5	20.5	17.5	20.6	19.4
KHEMISSSET	89.8	77.3	70.0	77.1	79.2	27.2	26.0	25.4	32.2	25.0
Total région	95.7	101.1	87.5	87.7	77.2	21.7	20.2	23.6	23.1	20.8
Doukkala – Abda										
EL JADIDA	28.8	60.1	69.9	74.1	73.7	26.1	23.4	9.3	23.0	22.3
SAFI	96.8	79.9	78.4	88.9	87.3	21.3	22.9	14.6	21.8	21.9
Total région	88.6	68.3	73.4	80.2	79.5	23.9	23.2	14.7	22.4	22.1
TadLa – Azilal										
AZILAL	79.7	42.9	56.0	54.3	79.6	23.6	21.9	14.9	26.5	26.2
BENI MELLAL	74.7	80.1	78.0	79.7	71.8	42.2	37.6	14.9	37.6	31.3
Total région	76.6	66.2	69.8	70.3	74.6	35.7	32.2	14.9	33.7	29.6
Meknès – Tafilalet										

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

	Taux de Couverture Vaccinale					Taux d'Utilisation Brut des contraceptifs				
	1995	1996	1997	1998	1999	1995	1996	1997	1998	1999
MEKNES EL MENZEH	83.5	78.2	76.8	77.6	70.3	34.7	34.7	38.3	33.1	26.7
MEKNES ISMAILIA	89.3	80.3	80.9	81.7	37.5	32.8	36.7	34.4	36.2	36.7
EL HAJEB	90.9	62.2	64.1	69.6	67.1	24.0	21.2	18.4	19.0	17.3
ERRACHIDIA	89.9	68.7	69.9	73.2	o	22.8	20.6	19.2	22.6	24.1
IFRANE	79.9	71.7	57.9	63.8	67.7	37.2	28.8	29.4	25.7	23.4
KHENIFRA	70.4	51.5	51.4	54.2	67.5	32.2	31.4	41.6	31.9	31.8
Total région	83.4	66.9	66.3	69.2	43.7	29.2	28.0	29.8	27.8	27.0
Fès – Boulemane										
FES JDID D.D.	88.0	82.5	68.4	70.4	66.9	43.1	32.3	30.3	42.4	33.2
FES MEDINA	104.5	93.2	82.6	94.6	87.7	24.8	23.6	26.6	27.4	26.2
FES Z. MY. YAAKOUB	93.5	78.6	66.2	79.4	72.4	24.1	23.2	22.8	23.8	25.0
BOULEMANE	79.3	55.1	57.9	73.2	65.6	26.8	27.1	26.9	29.6	29.4
SEFROU	81.0	67.7	64.4	52.3	69.7	33.6	24.1	23.3	29.6	26.9
Total région	90.0	76.4	68.0	75.3	72.5	30.0	25.7	25.7	30.1	27.8
Taza – Al Hoceima – Taounate										
AL HOCEIMA	82.5	61.7	75.7	78.5	57.4	12.8	12.3	14.4	15.5	12.2
TAOUNATE	74.0	80.8	46.0	73.3	69.8	18.6	20.2	16.6	18.9	15.1
TAZA	75.1	58.3	64.6	58.4	66.9	21.0	19.6	18.2	21.9	21.8
Total région	76.3	67.6	59.9	68.5	65.9	18.3	18.2	16.8	19.4	17.2
Tanger - Tétouan										
TETOUAN	107.3	80.8	71.2	78.2	84.5	25.4	22.2	20.7	22.0	35.3
LARACHE	107.8	84.9	81.2	88.8	84.4	22.1	20.6	20.0	22.4	20.2
CHEFCHAOUEN	98.6	65.9	87.3	90.1	83.8	9.5	8.9	12.6	13.1	14.8
FAHS BENI MAKADA	315.3	*	*	15.9	44.6	45.2	*	*	16.1	14.7
TANGER – ASSILAH		96.0	83.2	56.3	64.7		15.3	14.9	15.5	14.3
Total région	100.0	81.9	80.9	72.6	76.1	17.3	16.8	17.0	18.1	21.0
TOTAL	86.6	76.3	72.3	76.8	71.0	25.0	23.4	22.9	24.8	23.3

Source: Application SMIPF, Ministère de la Santé

(*) : La province n'existait pas encore pendant l'année en question.

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

	Taux de consultation prénatale					Taux d'accouchement milieu surveillé				
	1995	1996	1997	1998	1999	1995	1996	1997	1998	1999
Oued Eddahab - Lagouira										
DAKHLA	82.6	83.0	88.7	83.4	85.1	257.4	183.4	190.6	200.4	185.5
Total région	82.6	83.0	88.7	83.4	85.1	257.4	183.4	190.6	200.4	185.5
Laayoune – Boujdour – Sakia Lhamra										
BOUJDOUR	69.6	65.2	69.3	44.5	55.5	124.8	140.9	137.1	120.3	118.9
LAAYOUNE	39.5	38.2	48.0	69.9	32.5	119.3	119.2	110.2	106.5	116.1
Total région	43.5	42.0	51.1	48.4	36.3	120.1	122.3	114.2	108.6	116.6
Guelmim – Smara										
ASSA ZAG	61.7	59.1	84.3	52.9	404.0	35.7	37.5	39.3	45.4	39.0
ES-SMARA	56.7	48.5	54.0	48.3	47.9	116.4	91.6	98.6	86.5	81.3
GUELMIM	47.4	44.1	48.3	46.5	43.9	82.6	73.2	75.5	70.7	68.2
TAN TAN	88.8	68.9	62.9	59.4	32.0	121.1	125.4	123.1	132.8	92.9
TATA	43.4	41.8	35.4	34.6	36.4	20.6	20.6	17.0	19.7	21.3
Total région	52.6	48.0	48.5	44.7	58.9	68.7	62.9	62.7	61.8	55.0
Souss-Massa – Drâa										
AGADIR IDA OUTANANE	42.4	42.0	43.5	38.8	22.8	117.6	141.1	131.0	100.8	74.7
CHTOUKA AIT BAHA	19.1	47.1	77.7	51.9	39.9	18.3	23.6	26.4	25.2	22.2
INEZGANE AIT MELLOUL	44.1	47.1	60.8	59.8	43.4	32.6	27.7	44.8	94.4	100.0
OUARZAZATE	95.3	51.9	48.0	44.4	44.5	40.5	40.3	39.6	39.1	28.4
TAROUDANT	41.5	44.6	31.4	31.2	44.0	53.5	55.4	61.2	65.0	69.1
TIZNIT	28.4	25.5	45.4	45.2	26.3	43.5	45.6	53.1	55.1	50.5
ZAGORA			25.7	44.3	26.4			7.6	14.3	14.4
Total région	42.7	44.2	47.3	45.3	36.7	48.4	52.5	56.6	60.2	56.1
El Gharb Chrarda Beni Hassan										
KENITRA	32.3	33.6	33.6	36.7	34.9	64.1	60.8	58.4	62.0	67.6
SIDI KACEM	27.8	30.7	35.3	29.7	28.1	39.3	33.6	37.5	39.1	37.4
Total région	30.4	32.4	34.3	33.8	32.1	53.8	49.5	49.8	52.6	55.2
Chouia Ourdigha										
BEN SLIMANE	44.3	41.8	46.0	52.0	39.5	18.9	19.4	19.2	21.1	23.6
KHOURIBGA	43.6	39.8	46.1	48.4	39.7	77.5	80.5	91.8	96.9	105.2
SETTAT	39.5	41.0	46.8	43.9	46.2	55.0	56.0	61.7	62.9	70.0
Total région	41.3	40.8	46.5	46.3	43.5	55.9	57.3	63.6	65.9	72.5
Marrakech-Tensift – El Haouz										
MARR. MENARA	27.9	30.0	34.6	32.5	23.4	273.9	225.0	262.0	234.0	198.0
MARR. S.Y.B.A.	48.1	44.2	50.1	51.0	54.1	1.6	1.5	2.0	2.0	3.3
CHICHAOUA	23.5	25.9	35.2	33.1	21.9	10.4	13.0	16.5	16.7	6.9
MARR. HAOUZ	32.8	30.9	42.1	39.1	39.0	12.3	13.7	15.6	16.5	17.9
EL KELAA	51.2	42.9	56.3	36.0	48.6	42.5	44.3	48.7	51.8	49.6
ESSAOUIRA	56.5	51.8	63.3	53.8	51.3	42.8	40.7	47.9	51.6	54.6
MARR. MEDINA	66.7	59.6	71.9	62.4	70.4	0.0	6.7	4.7	0.0	19.7
Total région	42.7	39.3	49.5	41.0	41.9	58.1	53.3	62.0	60.2	55.6

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

	Taux de consultation prénatale					Taux d'accouchement milieu surveillé				
	1995	1996	1997	1998	1999	1995	1996	1997	1998	1999
Oriental										
OUJDA ANGAD	48.1	48.9	49.9	46.5	54.2	116.5	114.1	112.1	102.4	102.9
BERKANE TAOURIRTE	42.9	32.2	36.8	27.0	26.0	65.8	87.3	93.7	88.4	80.4
JERADA	23.3	38.2	40.2	35.8	32.9	12.1	13.2	13.5	17.1	22.9
FIGUIG	40.8	44.9	47.5	46.6	39.2	33.6	36.3	37.4	37.7	32.8
NADOR	37.7	47.6	51.9	44.3	47.5	76.8	76.4	75.0	67.2	64.8
TAOURIRT				40.7	35.0				32.6	31.2
Total région	35.6	43.5	46.8	41.3	42.7	67.2	70.1	70.3	68.3	66.4
Grand Casablanca										
CASA ANFA	20.7	18.7	18.2	13.9	15.1	76.6	65.2	72.1	79.4	86.6
CASA AL FIDA	37.6	33.7	34.9	31.2	33.9	169.3	184.5	165.4	160.1	128.4
C. H. M. AIN SEBAA	41.0	35.2	34.9	33.2	34.2	81.1	96.6	99.0	106.3	100.7
CASA AIN CHOK H.H.	31.4	25.5	29.2	29.9	22.9	18.8	20.5	19.8	20.7	15.6
C. S BERNOUSSI ZNATA	39.8	35.9	31.8	38.8	30.7	38.1	37.7	34.4	35.5	37.6
CASA B. MSIK S.O.	45.4	40.9	47.8	47.4	51.0	95.0	98.7	98.0	96.8	69.0
MOHAMMADIA	55.9	52.1	52.6	45.2	37.4	125.0	122.4	126.7	121.1	99.2
Total région	36.5	32.9	34.8	33.4	32.0	78.8	81.6	80.1	81.0	69.4
Rabat-Salé-Zemmour-Zair										
RABAT	44.5	47.0	47.9	42.9	40.3	158.3	153.5	147.0	156.9	144.2
SALE	85.2	107.6	51.6	48.5	78.9	105.4	102.0	100.9	92.9	77.3
SKHIRAT TEMARA	40.4	42.4	42.2	47.6	47.1	22.4	24.9	23.8	22.8	22.9
KHEMISSSET	37.4	32.7	35.1	33.9	38.0	74.6	69.2	76.3	76.4	80.1
Total région	45.5	60.4	44.5	42.7	44.5	89.0	85.2	84.5	84.7	78.6
Doukkala – Abda										
EL JADIDA	19.0	18.7	21.8	23.8	14.2	45.6	43.0	46.8	47.6	38.2
SAFI	31.2	34.0	40.1	33.7	22.9	68.6	66.2	69.6	72.0	56.9
Total région	24.1	25.0	29.4	27.9	17.8	55.2	52.7	56.2	57.7	45.9
Tadla – Azilal										
AZILAL	23.9	22.0	27.6	30.1	24.4	14.0	15.3	16.9	16.6	15.3
BENI MELLAL	41.0	42.3	46.6	43.9	41.9	67.5	66.6	73.3	71.9	76.5
Total région	34.5	34.6	39.5	38.7	35.4	47.3	47.3	52.2	51.2	53.7
Meknès – Tafilalet										
MEKNES EL MENZEH	51.9	52.0	55.9	53.6	29.0	134.6	120.5	124.3	132.5	92.7
MEKNES ISMAILIA	73.3	69.1	67.6	68.8	38.4	34.7	31.8	36.2	33.2	27.2
EL HAJEB	48.2	45.7	44.7	40.9	32.1	22.5	23.1	22.7	22.9	13.3
ERRACHIDIA	34.2	29.9	30.2	31.6	16.2	32.6	32.6	34.4	32.9	22.1
IFRANE	44.1	40.2	41.1	43.2	24.8	59.3	35.0	28.7	36.9	35.2
KHENIFRA	32.3	32.0	32.0	35.2	13.9	44.1	42.3	46.1	48.6	30.3
Total région	43.7	41.2	41.6	42.4	22.6	51.2	46.7	48.8	50.2	34.8

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

	Taux de consultation prénatale					Taux d'accouchement milieu surveillé				
	1995	1996	1997	1998	1999	1995	1996	1997	1998	1999
Fès – Boulemane										
FES JDID D.D.	35.0	33.8	35.9	32.9	23.7	193.6	166.6	167.6	149.0	97.6
FES MEDINA	32.6	30.4	36.5	39.1	36.3	0.0	0.0	0.0	0.4	5.1
FES Z. MY. YAAKOUB	32.2	34.0	36.1	32.8	30.1	45.6	41.7	41.5	44.1	33.2
BOULEMANE	25.2	24.5	22.2	39.2	31.7	15.5	18.0	16.7	21.2	17.8
SEFROU	35.1	30.2	36.6	24.9	36.0	52.4	55.6	56.1	64.5	54.2
Total région	32.3	31.1	34.2	34.0	31.3	59.5	55.3	55.8	56.1	42.0
Taza – Al Hoceima – Taounate										
AL HOCEIMA	14.8	15.3	14.9	15.7	14.1	52.4	56.2	57.6	54.0	44.1
TAOUNATE	19.9	24.1	23.7	25.9	15.1	11.9	12.8	14.6	15.8	8.1
TAZA	26.2	25.4	30.9	27.4	14.6	44.6	42.2	47.3	51.5	34.9
Total région	21.3	22.7	24.6	24.3	14.7	33.7	34.0	37.0	38.4	26.8
Tanger – Tétouan										
TETOUAN	35.5	31.1	33.5	30.4	22.3	63.4	58.6	58.0	56.1	35.0
LARACHE	27.0	26.0	29.3	27.4	28.4	82.4	77.3	76.4	74.3	75.6
CHEFCHAOUEN	19.7	17.4	18.7	22.7	23.7	14.9	14.6	15.3	17.3	17.2
FAHS BENI MAKADA	*	*	*	3.5	0.0	207.6	226.3	202.6	111.6	96.4
TANGER – ASSILAH	63.5	25.4	25.9	21.4	20.5				44.5	48.5
Total région	24.4	24.8	26.6	23.4	21.4	54.1	53.5	51.2	52.7	47.5
TOTAL	35.8	36.7	39.2	36.9	32.5	58.4	57.4	59.8	60.7	54.7

Source: (SNISSTAT) - SEIS/DPRF, Ministère de la Santé

(*) : La province faisait partie de TANGER -ASSILAH avant 1998

Evolution du Taux de Prise en Charge des Complications Obstétricales
dans les régions de Fès-Boulemane et Taza-Al Hoceima-Taounate de 1996 à 1999

	Naissances Attendues				Complications Attendues (15%)				Prise en charge							
	1996	1997	1998	1999	1996	1997	1998	1999	1996		1997		1998		1999	
									Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Fès	23631	21840	22479	22618	3545	3276	3372	3393	958	27	1179	36	2680	79	3890	115
Sefrou	7107	5228	5271	5220	1066	784	791	783	515	48	589	75	730	92	971	124
Boulemane	5338	3941	3988	3995	801	591	600	599	139	17	111	19	106	18	155	26
Total région1	36076	31009	31738	31833	5411	4651	4763	4775	1612	30	1879	40	3516	74	5016	105
Taza	22522	17400	17592	17525	3378	2610	2639	2629	942	28	1503	58	1583	60	2539	97
Al Hoceima	12255	10421	10552	10560	1838	1563	1583	1584	444	24	547	35	612	39	297	19
Taounate	21738	15504	15625	16016	3261	2326	2344	2402	558	17	573	25	517	22	368	15
Total région2	56515	43325	43769	44101	8477	6499	6565	6615	1944	23	2623	40	2712	41	3204	48
Total	92591	74334	75507	75934	13889	11150	11328	11390	3556	26	4502	40	6228	55	8220	72

Evolution du Taux de Césariennes

dans les régions de Fès-Boulemane et Taza-Al Hoceima-Taounate de 1996 à 1999

Provinces	Naissances Attendues				Césariennes Attendues (5%)				Césariennes Réalisées							
	1996	1997	1998	1999	1996	1997	1998	1999	1996		1997		1998		1999	
									Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Fès	23631	21840	22479	22618	1182	1092	1124	1131	582	49	819	75	725	65	736	65
Sefrou	7107	5228	5271	5220	255	261	264	261	0	0	26	10	70	27	39	15
Boulemane	5338	3941	3988	3995	267	197	199	200	0	0	0	0	29	15	33	17
Total région1	36076	31009	31738	31833	1804	1550	1587	1592	582	32	845	55	824	52	808	51
Taza	22522	17400	17592	17525	1126	870	880	876	145	13	247	28	240	27	245	28
Al Hoceima	12255	10421	10552	10560	613	521	528	528	295	48	335	64	444	84	403	76
Taounate	21738	15504	15625	16016	1087	775	781	801	0	0	0	0	0	0	0	0
Total région2	56515	43325	43773	44101	2826	2166	2189	2205	440	16	582	27	684	31	648	30
Total	92591	74334	75511	75934	4630	3717	3776	3797	1022	22	1427	38	1508	40	1456	38

**Annexe 2:
Bibliographie des documents du
Projet PF/SMI Phase V**

Rapports Contractuels JSI du Projet PF/SMI Phase V

Plan d'action initial (Mai-Décembre 1994).
Plan d'action annuel (Janvier -Décembre 1995).
Plan d'action annuel (Janvier -Décembre 1996).
Actions Prioritaires du plan de Transition de l'USAID-Maroc (Janvier 1997).
Plan d'Action (1997).
Plan d'Action (1998/1999).
Révision du Plan d'Action (1998 - 1999, Programmation des Activités).
Plan d'Action Extension (1999/2000).
Rapport Annuel de Performance (Mai-Décembre 1994).
Rapport Annuel de Performance (1995).
Rapport Annuel de Performance (1996).
Rapport Annuel de Performance (Octobre 1996 - Septembre 1997).
Rapport Annuel de Performance (Octobre 1997 - Septembre 1998).
Rapport Annuel de Performance (Octobre 1998 - Septembre 1999).
Rapport Annuel de Performance (Octobre 1999 - Septembre 2000).
Rapport Trimestriel de Performance (Janvier - Mars 1995).
Rapport Trimestriel de Performance (Avril - Juin 1995).
Rapport Trimestriel de Performance (Juillet - Septembre 1995).
Rapport Trimestriel de Performance (Janvier - Mars 1996).
Rapport Trimestriel de Performance (Avril - Juin 1996).
Rapport Trimestriel de Performance (Juillet - Septembre 1996).
Rapport Trimestriel de Performance (Janvier - Mars 1997).
Rapport Trimestriel de Performance (Avril - Juin 1997).
Rapport Trimestriel de Performance (Octobre - Décembre 1997).
Rapport Trimestriel de Performance (Janvier - Mars 1998).
Rapport Trimestriel de Performance (Avril - Juin 1998).
Rapport Trimestriel de Performance (Octobre 1 - Décembre 31, 1998).
Rapport Trimestriel de Performance (Janvier 1 - Mars 31, 1999).
Rapport Trimestriel de Performance (Avril 1 – Juin 30, 1999).
Rapport Trimestriel de Performance (Octobre 1 - Décembre 31, 1999).
Rapport Trimestriel de Performance (Janvier 1 - Mars 31, 2000).
Rapport Inventaire Equipement et Matériel (1996).
Rapport Inventaire Equipement et Matériel (1997).
Rapport Inventaire Equipement et Matériel (1998).
Rapport Inventaire Equipement et Matériel (1999).
Rapport Inventaire Equipement et Matériel Final (2000).

Rapports de Consultation

- Baron, Danielle/JHU. *Technical Assistance Report Workshop to Develop Visual Aid for Itinerant Nurses*. Novembre 1996.
- Bero, Cinddy/JSI. *Review of JSI/Morocco's Computer Network*. Avril 1995.
- Bezad, Rachid. *Rapport de consultation 1 janvier 1998 au 31 décembre 1998*
- Bezad, Rachid. *Rapport de consultation 1 janvier 1999 au 31 décembre 1999*
- Bezad, Rachid. *Rapport de consultation 1 janvier au 30 juin 2000*.
- Boucar, Maina/URC. *Appui à l'atelier de formation des animateurs de provinces en techniques de facilitation, au Maroc*. Mars 2000.
- Bouchet, Bruno et Boucar, Maina/URC. *Rapport de consultation du 14 au 25 avril 2000*.
- Bouchet, Bruno/URC et Gagné, Sonia/SIPDT. *Rapport de consultation du 24 mai au 4 juin 1999*.
- Bouchet, Bruno/URC. *Rapport de consultation du 31 octobre au 5 novembre 1999*.
- Bouchet, Bruno/URC. *Rapport de consultation du 9 au 22 février 2000*.
- Bouchet, Bruno/URC; Boucar, Maina/URC; Martin, Jules; et Gagné, Sonia/SIPDT. *Rapport de consultation*. Mars 1999.
- Brown, Lisanne/Evaluation Project. *Plan the 1995 Service Availability Module*. Mai 1995.
- Collin, Sylvie/SIPDT. *Formation aux habiletés d'aide et de communication du personnel accoucheur*. Septembre 1999.
- De Malvinsky, Jean/JHU. *Stratégie IEC/PF*. Mai 1997.
- de Metz, Nicolas. *Mission de courte durée relative à la phase de retrait (Phase-over) de l'assistance de l'USAID pour la fourniture de produits contraceptifs au programme national de planification familiale*. Juillet 1997.
- Debay, Mark/JHU. *Evaluation des besoins en équipement pour la maternité sans risque*. Mai 1995.
- Debay, Mark/JHU. *Finaliser la liste d'équipement pour la maternité sans risque*. Décembre 1995.
- Eddine Naji, Jamal. *PCIME/AC Phase de finalisation du modèle d'application*. Septembre 1999.
- Eddine Naji, Jamal. *Rapport de consultation du 20 octobre au 30 novembre 1999*.
- Edwards, Michael/Tulane University. *Rapport de consultation du 4 juin au 17 juillet 1997 sur le Système d'Information et de Gestion*.
- Edwards, Michael/JSI. *Rapport d'Activités (à la Nouvelle Orléans) (août-décembre 1997)*.
- Edwards, Michael/JSI. *Rapport d'Activités (à la Nouvelle Orléans) (février-mai 1998) sur le Système d'Information et de Gestion*. Mai 1998.
- Edwards, Michael/JSI. *Rapport de Consultation du 11 décembre 1997 - 11 janvier 1998*.

- Edwards, Michael/JSI. *Rapport de Consultation du 14 mai 1998 - 23 juillet 1998 sur le Système d'Information et de Gestion.*
- Edwards, Michael/JSI. *Rapport de consultation 15 décembre 1998 au 9 janvier 1999 sur le Système d'Information et de Gestion.*
- Edwards, Michael/JSI. *Rapport de consultation du 1-30 juin 1999 sur le Système d'Information et de Gestion.*
- Edwards, Michael/JSI. *Rapport de consultation du 15 mai au 2 juin 2000 sur le Système d'Information et de Gestion.*
- Edwards, Michael/JSI. *Rapport de consultation du 19 décembre 1999 au 14 janvier 2000.*
- Edwards, Michael/JSI. *Rapport de consultation du 14 février au 11 mars 2000 sur le Système d'Information et de Gestion.*
- Escoffier, Claire. *La Composante Communautaire de la Stratégie de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant--Phase Pilote: avril 1998-juillet 2000.*
- Forsythe, B./JHU/CCP. *Finance et administration de CCP.* Mars 1995.
- Fort, Cathy/URC. *Développement des activités du secteur privé.* Avril 1995.
- Fort, Cathy/URC. *Stratégie - Secteur Privé (révision à la lumière du plan de transition)* (Septembre - Octobre 1996).
- Forth, Cathy/URC. *Développement des activités du secteur privé.* Juin 1995.
- Forth, Cathy/URC. *Développement des activités du secteur privé.* Septembre 1995.
- Forthney, Judith. *Panel of Experts Report.* Mai 1995.
- Garenne, Michel/CEPED. *Etudier les possibilités de réalisations d'une seconde enquête sur les causes et les circonstances des décès des enfants au Maroc.* Mai 1995.
- Garenne, Michel/CEPED. *2ème Enquête sur les Causes et les Circonstances des Décès des Enfants au Maroc—Visite de préparation.* Juin 1997.
- Garenne, Michel/CEPED. *2ème Enquête sur les Causes et les Circonstances des Décès des enfants au Maroc—Analyse des données.* Février 1999.
- Gigembre, Claude. *Conception du Guide Pratique pour le Médecin qui s'installe au Maroc en Libéral.* Juin 1997.
- Gingembre, Claude/JSI. *Evaluation sommaire de la capacité en gestion des médecins privés.* Décembre 1996.
- Goodsmith, Lauren/JHU/CCP. *Evaluation des besoins audio visuels.* Mars 1995.
- Goodsmith, Lauren/JHU/CCP. *Assistance technique pour production vidéo.* Août 1995.
- Goodsmith, Lauren/JHU/CCP. *Technical Assistance Report TV Episodes/Maternal Mortality Video/General IEC Issues* (Septembre - Octobre 1996).
- Goodsmith, Lauren/JHU/CCP. *Technical Assistance Report: Planning for TV Episodes and Maternal Mortality Video.* Juin 1996.
- Jabre, Bouchra/JHU/CCP. *Creativity Workshop for Radio Announcers.* Juin 1995.

- Jabre, Bouchra/JSI. *Assistance technique pour un plan de mise en oeuvre IEC*. Janvier 1995.
- Jacques, André (Indépendant). *Evaluation par les pairs des médecins généralistes du secteur privé en Planification Familiale au Maroc*. Août 2000.
- Jacques, André et Moussaoui, Ahmed/Indépendants. *Evaluation par les pairs des médecins généralistes de pratique privée en Planification Familiale au Maroc*. Juin 2000.
- Karki, Mahamane/URC. *Appui à l'atelier de formation sur l'élaboration des standards et le suivi de la qualité*. Novembre 1999.
- Karki, Mahamane/URC. *Appui à l'élaboration de la stratégie nationale d'intégration de l'assurance qualité dans le cursus des instituts de formation aux carrières de santé (IFCS) au Maroc*. Mars 2000.
- Karki, Mahamane/URC. *Appui technique pour l'élaboration du matériel pédagogique d'assurance qualité pour les instituts de formation aux carrières de santé (IFCS) au Maroc*. Avril 2000.
- Karki, Mahamane/URC. *Rapport de consultation 19 avril au 9 mai 2000*.
- Karki, Mahamane/URC. *Rapport de consultation du 24 avril au 11 mai 1999*.
- Kerzner, Jeff/JSI. *Rapport de consultation du 17 septembre au 1 octobre 1999*.
- Klein, Susan F. et Tall, Hammadi/JSI. *Rapport de Mission du 15 novembre 1997 - 28 novembre 1997*.
- Knebel, Elisa/URC. *Rapport de consultation du 31 mai au 17 juin 2000*.
- Lippeveld, Theo/JSI. *Rapport de Mission - Conférence NCIH 26-29/6/98*.
- Maine, Deborah/Columbia University. *Assistance technique pour le développement d'une approche régionale maternité sans risque*. Novembre 1995.
- Maine, Deborah/Columbia University. *Consultation initiale pour le développement d'un programme maternité sans risque*. Février 1995.
- Maine, Deborah/Columbia University. *Rapport de Consultation 4-5 juin 1998*.
- Mattar, Paul/JHU/CCP. *Creativity Workshop for Radio Announcers*. Juin 1995.
- Moore, Richard/JSI. *JSI Management Review*. Septembre 1995.
- Morin, Eric. *Documentation du Projet Pilote Maternité sans Risque*. Octobre 1999.
- Morin, Eric. *Documentation du Projet Pilote Maternité sans Risque*. Mars 2000.
- Murphy, Gael et Winter, Laurie/URC. *Atelier de démarrage du projet Gestion Intégrale de la Qualité (GIQua)*. Mai 1996.
- Murphy, Gael/URC. *Assistance technique en Assurance Qualité et Secteur Privé*. Janvier 1996.
- Olivola, Maye/JSI. *Accomplissements majeurs juillet - septembre 1995*.
- Olivola, Maye/JSI. *Activités destinées à informer le secteur privé*. Août 1995.
- Olivola, Maye/JSI. *Collaboration avec les professionnels de la santé*. Juin 1995.

- Olivola, Maye/JSI. *Etude sur la Mortalité Infantile*. Avril 1995.
- Olivola, Maye/JSI. *Evaluation Biosel (SRO) situation et besoins*. Juin 1995.
- Olivola, Maye/JSI. *Final Peace Corps Report on Community Liaison: Recommendation for the Development of Applied Research in Morocco* (Mai - Juin 1996).
- Olivola, Maye/JSI. *Formation Agents de Développement Communautaire* (Janvier - Février 1996).
- Olivola, Maye/JSI. *Formation des agents sociaux*. Mai 1995.
- Olivola, Maye/JSI. *Formation des pharmaciens et médecins (PSI, Privé)*. Juin 1995.
- Olivola, Maye/JSI. *Hypotaminose A Projet d'exploration*. Juin 1995.
- Olivola, Maye/JSI. *Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques*. Janvier 1995.
- Olivola, Maye/JSI. *Recommandation pour la mise en oeuvre de la PCIME au Maroc* (Juillet - Décembre 1996).
- Olivola, Maye/JSI. *Recommandation pour les activités intégrées de SMI/CDD*. Novembre 1995.
- Orzeszyna, Stanislaw/OMS, Genève. *Rapport de Consultation 20 avril - 2 mai 1998*.
- Oubnichou, Mohamed/JSI. *Etude des Options d'Approvisionnement du Ministère de la Santé Publique en Produits de Contraception* (Avril - Mai 1996).
- Plopper, Susan. *Formation des formateurs en counseling PF*. Octobre 1995.
- Radi, Saâdia. *Les maladies de l'enfant au Maroc: Représentations pratiques et recours thérapeutiques*. Octobre 1999.
- Renaud, Pierre. *Formation de groupe de travail pour la division de l'éducation sanitaire*. Mai 1995.
- Renaud, Pierre/JHU/CCP. *Deuxième séminaire atelier sur l'appréciation systématique de la Qualité (APSQ) à Taounate*.
- Safar, Jean-François/URC. *Rapport de consultation du 15 novembre au 11 décembre 1999*. Décembre 1999.
- Steele, Gary/FPLM. *Assistance technique liée à la formation en gestion de la logistique des contraceptifs au MS*. Août 1998.
- Thaddeus, Sereen/JHU. *Rapport de consultation du 31 octobre au 11 novembre 1998*.
- Vansintejan, Gilberte. *Soins Obstétricaux d'Urgence - Région Centre - Nord*. 15 mars 1997.
- Vansintejan, Gilberte/JSI. *Formation et assistance technique en maternité sans risque province de Fès (second cycle de formation SOU)*. Juin 1996.
- Vansintejan, Gilberte/JSI. *Maternité sans risque et planification familiale*. Janvier 1996.
- Vansintejan, Gilberte/JSI. *Secteur privé et maternité sans risque (province d'Agadir)*. Septembre 1996.
- Vansintejan, Gilberte/JSI. *Soins obstétricaux d'urgence Région Centre-Nord (1er cycle de formation SOU) Actualisation des centres de référence (Mars - Mai 1996)*.

- Vekemans, Marcel/JSI. *Promouvoir l'ensemble des aspects médicaux du plan d'action.*
Janvier 1995.
- Velduyzen Van Zanten, Tisna/URC. *Rapport de consultation du 9 au 17 décembre 1998.*
Décembre 1998.
- Walter, George et De Malvinsky, Jean. *Formation de Formateurs Cours Avancés 2ème Cycle.* Mars 1997.
- Walters, George/IHP, WCPH. *Plan stratégique pour un centre pédagogique.* Mars 1995.
- Walters, Georges/IHP-WCPH. *Mobil Team Training Curriculum Development.* Octobre 1995.
- Wickham, Ann/JSI. *Support administratif.* Septembre 1995.
- Wilson, Edward/FPLM. *MOPH Computer Network Competitive Bid.* Mars 1995.
- Wilson, Edward/FPLM. *Préparation des CPT 1996.* Novembre 1995.
- Wilson, Edward/FPLM. *Rapport de Consultation du 24 août au 3 septembre 1998.*
- Wilson, Norma et Murphy, Gael/URC. *Rapport de consultation du 28 avril au 30 Mai 1997.*
- Wilson, Norma et Velduyzen Van Zanten, Tisna/URC. *Formation en Gestion de la Qualité.*
Novembre 1996.
- Wilson, Norma/URC. *Assurance de la qualité dans les services de SMI et PF au sein du MSP, Maroc.* Septembre 1997.
- Wilson, Norma/URC. *Rapport de consultation du 6-17 janvier 1997.*
- Wilson, Norma/URC. *Rapport de Consultation.* Juillet 1997.
- Zimicki, Susan. *Rapport de Consultation du 21 au 30 juillet 1997.*

Documents Thématiques et Etudes

- ALCO. *Diagnostic C.A.P. auprès des ouvrières des conserveries*. Octobre 1996.
- ALCO. *Document de Stratégie de sensibilisation des ouvrières de la FIPROMER* Août 1997.
- Aouad, M. El. *Amélioration des séances d'éducation sanitaire au niveau périphérique*. Mai 1998.
- Brown, Lisanne; Tyane, Mostafa; Bertrand, Jane; Lauro, Don; Abou Ouakil, Mohamed; et de Maria, Lisa. *Quality of Care in Family Planning Services in Morocco (Studies In Family Planning)*. Juin 1995.
- Cakir, Volcan/POLICY. *Etude de segmentation du marché de planification familiale au Maroc* Septembre 1998.
- de Metz, Nicolas/JSI. *Options d'Achat des Produits Contraceptifs par le Ministère de la Santé*. Août 1998.
- DHS. *Résultats Préliminaires de l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé*. Juin 1995.
- Dialmy, Abdessamad. *La gestion socioculturelle de la complication obstétricale (Rapport par province / Rapport de synthèse)*. Février 1999.
- Dialmy, Abdessamad. *L'identité masculine et santé reproductive au Maroc*. Septembre 2000.
- Duclos, Philippe et Landry, Monique. *Conférence de Consensus sur la Vaccination*. 6-17 janvier 1997.
- El Aouad, Mohamed/JHU. *Etude Pré-test des Supports d'IEC Destinés aux Infirmiers Itinérants*. Avril 1997.
- Errih, Mohamed; Bezaïd, Rachid; et Bakkali, Taoufik/JSI. *Evaluation des Performances du Programme Norplant* Août 1998.
- Frantz, Todd. *Diagnostic de la situation d'hygiène*. Avril 1996.
- Goodburn, Elisabeth Anne. *Evaluation de la Formation Continue en Soins Obstétricaux d'Urgences de Base (SOUB)*. Mai 1998.
- Goodburn, Elisabeth; Maine, Deborah; Université de Columbia. *Evaluation du projet pilote Maternité sans risque*. Août 1999.
- Hart, Carolyn/FPLM. *Questions cruciales relatives au transfert du financement des contraceptifs au Maroc*. Août 1998.
- Ibaaouil, Larbi. *Rapport de synthèse, mobilisation autour de la santé (MS/DP/ONG/ Départements ministériels, organismes d'application au développement)*. Avril 1999.
- Jacques, André et Moussaoui, Ahmed. *Conception d'un projet pilote d'évaluation par les pairs des médecins généralistes du secteur privé en planification familiale au Maroc*. Juillet 1999.
- Jean, Pierre et Quist, Charles/JHPIEGO. *Evaluation du Projet de Renforcement de la Formation Clinique en PF et MSR dans les Facultés de Médecine Marocaines de Rabat et Casablanca*. Juin 1998.

- JSI. *Algorithme de Prise en Charge des Effets Secondaires des Injectables*. 1997.
- JSI. *Document de Recueil des Recherches Récentes concernant la SMI et la PF*. 1997.
- Kampman, Katy. *Manual of Annotated Bibliography of Documents in FP/MCH in Morocco*. 1994.
- Krasovec, Kathy/PHR. *Etude sur les Exonérations des articles de santé publique*. Septembre 1998.
- Krasovec, Kathy/PHR. *Un investissement stratégique: la planification familiale au Maroc*. Juillet 1998.
- Kress, Daniel H./PHR. *Note technique: Méthodologie et Explication des Estimations de l'Impact Démographique et Financier du Programme Marocain de PF*. Janvier 1998.
- Laasri, Malika; Bezad, Rachid; Tyane, Mostafa; et Lippeveld, Theo *How to Sell Family Planning to the Private Sector: papier présenté à la conférence NCIH à Washington en juin 1998*. Juin 1998.
- Lauro, Don/JSI, Morocco. *From Indicator to Program Performance: a Field Perspective from Morocco. A Paper Presented at 1995 Population Association of America*. Avril 1995.
- Lhaloui, Zohra; de Metz, Nicolas; et Ouchrif, Brahim *1998 Contraceptive Procurement Tables (CPT's)*. Mai 1998.
- Lippeveld, Theo et Reier, Suzanne/JSI. *Décentralisation des services de santé au Maroc*. Septembre 1998.
- LMS Conseil. *Etude d'Audience Radio*. Juin 1998.
- Maine, Deborah/Columbia University. *Présentation de la maternité sans risque au congrès des droits de l'enfant à Kénitra*. Mai 1995.
- Mernissi, Fatima. *Distribution à base communautaire utilisant les ONG rurales (étude de faisabilité)*. Août 1996.
- Ministère de la Santé du Maroc (avec l'assistance technique de Bezad, Rachid; Kharbach, Aicha; Moussaoui, Ahmed; El Fehri, Haddou Sennane). *Les standards des méthodes de planification familiale au Maroc*. Septembre 1999.
- Ministère de la Santé du Maroc (avec l'assistance technique de Elisa Knebel). *La Qualité en Action au Maroc*. Septembre 2000.
- Ministère de la Santé du Maroc (avec l'assistance technique de Eric Morin et Theo Lippeveld). *Document de synthèse "Maternité sans risque"*. Septembre 2000.
- Ministère de la Santé du Maroc (avec l'assistance technique de EVALUATION/JSI). *Guide d'Utilisation des Données des Programmes SMI/PF* 1997.
- Ministère de la Santé du Maroc (avec l'assistance technique de JHU/CCP). *La Communication dans la Maternité Sans Risque*. Septembre 2000.
- Ministère de la Santé du Maroc (avec l'assistance technique de Michel Garenne). *Deuxième enquête sur les causes et les circonstances des décès des enfants au Maroc (ECCD-II)*. Juin 1999.

- Ministère de la Santé du Maroc (avec l'assistance technique de PAPCHILD). *Enquête Nationale Sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME) 1997.*
- Ministère de la Santé du Maroc (avec l'assistance technique de Rachid Bezaad et Ahmed Moussaoui). *Les standards SONU.* Juillet 2000.
- Ministère de la Santé du Maroc (avec l'assistance technique de Stan Orzeszyna). *Etude de la qualité de données SMI/PF.* Septembre 2000.
- Ministère de la Santé du Maroc (avec l'assistance technique de URC). *Programme National d'Assurance Qualité.* Septembre 2000.
- Ministère de la Santé du Maroc. *Carnet de santé.* Avril 2000.
- Ministère de la Santé du Maroc. *Compte Rendu du Déroulement de la Formation Combinée en Soins de l'Enfant.* Mai 1997.
- Ministère de la Santé du Maroc. *Etude régionale sur la carence en Vitamine A.* Septembre 1999.
- Ministère de la Santé du Maroc. *Evaluation Projet CTM.* Juillet 1998.
- Ministère de la Santé du Maroc. *Rapport de la réunion du 9-10 Juin 99 sur la régionalisation.* Août 1999.
- Naji, Jamal Eddine. *Précis sur la PCIME par approche communautaire.* Juillet 1999.
- Obermeyer, Carla. *Projet de recherche sur la santé reproductive.* Juin 1999.
- Olivola, Maye/JSI. *Consultation Epidémiologie du CDC: Document récapitulatif.* Décembre 1994.
- Olivola, Maye/JSI. *Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques: Document récapitulatif.* Décembre 1994.
- Oubnichou, Mohamed/JSI. *Etude des Options d'Approvisionnement du Ministère de la Santé Publique en Produits de Contraception.* Janvier 1998.
- Société Marocaine des Sciences Médicales. *Etude sur la formation médicale continue.* Juillet 2000.
- Steele, Gary/FPLM. *Pérennisation du système de logistique des contraceptifs par le biais de la formation en cours d'emploi.* Mai 1999.
- Volontaires du Corps de la Paix/JSI/USAID/MS. *Etude Exploratoire Des Comportements Affectant l'Etat Nutritionnel Des Enfants Dans Les Zones Rurales du Maroc.* Septembre 1997.
- Wilson, Edward. *Estimation des besoins contraceptifs 1999 – 2000.* Mai 1999.
- Wilson, Norma/URC et l'équipe de la DHSA *Evaluation Interne du Projet GIQua.* Août 1998.
- Wilson, Norma/URC. *Assurance de la Qualité dans les services SMI/PF au sein du MSP, Maroc.* Septembre 1997.

Annexe 3:
Matériaux de formation et d'IEC produits par le
Projet PF/SMI Phase V

Previous Page Blank

Annexe 3: Matériaux de formation et d'IEC produits par le Projet PF/SMI Phase V

Manuels de formation	Auteur/Organisation	Date
Manuel de Gestion de Stocks des Produits Contraceptifs (mise à jour)	DP/PNPF	1997
Manuel de Base pour la Gestion Intégrale de la Qualité (GIQUA)	URC	1997
Méthodes Contraceptives de Longue Durée	Khalil Amrani	1997
Module Counseling	JSI	1997
Module Injectable	JSI	1997
Plan de Pérennisation du Système de Logistique	Richard Owens/Gary Steele	Mai 1997
Poster sur les étapes du Counseling	DP	Mars 1997
Proposition d'Un Plan de Stratégie IEC pour la Promotion des Méthodes de contraception Longue Durée	Mahassine Iraki	1997
Rapport Synthétique de la 1ère session de Formation des Cadres de l'UNFM	MSP	22-25 Juillet 1997
Rapport sur le déroulement des Formations des Médecins privés en PF	CNFRH	
Lalla Myriem	Mars-Septembre 1997	
Manuel de Formation du Médecin Généraliste Privé (draft)	CNFRH/JSI	Août 1998
Guide de Vaccination	MS/BASICS/JSI	Septembre 1998
Manuel de Formation en Santé Reproductive pour les étudiants 6ème année (draft)	CHU-Rabat/JHPIEGO	Août 1998
Guide du formateur sur l'application de saisie de données SMI/PF et curatifs	SEIS/DIM/JSI	Avril 99
Guide de l'utilisateur de l'application de saisie de données SMI/PF et curatifs	SEIS/DIM/JSI	Avril 99
Guide d'utilisation du sous système national d'information sanitaire SMI/PF et curatifs	SEIS/JSI/DP	Juin 99
Guide de la formation des formateurs (techniques d'animation et pédagogie de l'adulte)	Santé Consultant	Mai 99
Module amélioration de la qualité des prestations grâce aux techniques de communication (module animateur)	Santé Consultant	Juin 99
Module amélioration de la qualité des prestations grâce aux techniques de communication (module participant)	Santé Consultant	Juin 99
Guide de formation aux habiletés d'aide et de communication pour le personnel accoucheur	Consultant/DP/JSI	Septembre 99
Manuels de formation en logistique des contraceptifs	DPF/DP (AT Gary Steele)	Septembre 00
Manuel de formation en PCIME (pour IFCS)	DF/DRH et DSMI/DP	Mai 00
Manuel de formation en Assurance Qualité (pour IFCS)	DF/DRH et DSMI/DP (AT Mahamane Karki)	Mai 00
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant/ Participation Communautaire		

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Manuels de formation	Auteur/Organisation	Date
Document de base à l'usage du formateur	DSMI/DP (AT Jamal Eddine Naji et Claire Escoffier)	Août 00
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant/ Participation Communautaire		
Module de formation à l'usage du personnel de santé	DSMI/DP (AT Jamal Eddine Naji et Claire Escoffier)	Août 00
Classeur infertilité	CNFRH (AT MSH)	Septembre 00
Manuel Pratique pour les sages-femmes: techniques de survie pour les femmes et les enfants (traduction française du document "Life Skills Manual for Midwives)	ACNM Traduction effectuée par JSI	Mars 1996
Guide méthodologique d'élaboration, d'adaptation et de suivi des références de soins	DHSA (AT Jean François Safar)	Septembre 2000

Genre	Sujet	Public ciblé	Objectif de communication	Message clef
Audio Visuel				
1996 6 spots radio (présentés, pas finalisés)	Méthodes PF de longue durée	Hommes mariés et femmes en âge de procréer	Position LT Methods pas convenient	Les méthodes de longue durée sont le choix opportun
1997 Vidéo Khat Eddar. Version Arabe	Mortalité Maternelle	Décideurs	Sensibilisation à l'ampleur du Problème	Réduire la Mortalité maternelle est une priorité nationale
Vidéo de la pièce de théâtre	Mortalité Maternelle	Grand Public	Sensibilisation	La mort en couches n'est pas une fatalité
Scénario pour Docudrame	Mortalité Maternelle	Grand Public	Reconnaissance des complications de la grossesse	Les complications ne sont pas un développement normal de la grossesse
1998 Vidéo Docudrame "Bent Ettajer" (Fille du Marchand)	Mortalité Maternelle, complications Obstétricales	Grand Public	Reconnaissance des Complications Obstétricales	Le décès maternel n'est pas une fatalité
Scénario pour film PF	Implication de l'homme; PF (Méthodes contraceptives longue durée)	Grand Public	Discussion dans le couple de la prise de décision en matière de PF	La PF, une décision, un choix ...
1999 Film "Ouled Lghial"	PF, naissances rapprochées	Grand Public	Discussion dans le couple de la PF et des naissances	La PF est une décision et un choix au sein du couple
Série radiographique	MSR, PF, Hygiènes, etc.	Grand public	Sensibilisation autour de la MSR et de la PF au sein du couple et de la famille	La MSR et la PF sont la responsabilité du couple
2000 Production de 12 émissions "Ma santé avant tout"	Priorités sanitaires (PF, MSR, allaitement maternel)	Grand Public	Sensibilisation autour des priorités sanitaires	Divers
Documentaire sur la DP	Présentation de la DP avec ses divisions	Personnel de santé, journalistes et bailleurs de fonds	Présentation de la DP et particulièrement la DIEC avec ses nouvelles capacités	
Théâtre				
1996 Scénario pour une pièce d'une heure	Mortalité Maternelle	Grand Public	Sensibilisation	le décès maternel n'est pas inévitable
1997 Aide toi et le Ciel t'aidera	Mortalité Maternelle	Grand Public	Sensibilisation	La mort en couches n'est pas une fatalité

Genre	Sujet	Public ciblé	Objectif de communication	Message clef
Impression 1996 Kit d'information (Calendrier de poche, Leaflet of life Saving Skills, Booklet on Maternal Mortality Situation in Morocco, Flyer for the video, Poster)	Mortalité Maternelle	Prestataires	Motivation	N'importe où tu te trouves, tu peux faire quelque chose pour sauver la vie d'une femme enceinte
Kit d'information (Calendrier de poche, Booklet on Maternal Mortality Situation in Morocco, Flyer for the video, Poster)	Mortalité Maternelle	Décideurs	Sensibilisation sur la situation de la mortalité maternelle	Information sur la situation au Maroc
Calendrier 1996	Méthodes de PF de longue durée	Prestataires	Campagne de promotion des méthodes de longue durée	Choix et continuité de l'utilisation
Drafts of flannelograph and Series of Flash Cards	Thèmes sélectionnés de Tous pour la santé	Infirmiers itinérants	Education et motivation du client	Divers
Cue Cards	Cinq méthodes moderne de contraception	Médecins généralistes du secteur privé	Education et counseling du client	Choix du client
1997 Calendrier 1997	Les étapes du Counseling	Prestataires PF	Rappel	Le Counseling assure un choix informé
1998 Calendrier 1998	Implication de l'homme	Les Prestataires	Sensibilisation	La PF est la responsabilité du couple
Dossier Santé de Reproduction (Affiche+ Brochures)	Santé de Reproduction	Professionnels de Santé et Décideurs	Information et sensibilisation	La PF, une décision, un choix ...
Banderoles	PF	Décideurs et grand Public	Information et Sensibilisation	La PF profite à tout le monde
Livret Khat Eddar	Texte Intégral de la Vidéo Khat Eddar	Décideurs	Sensibilisation	Réduire la Mortalité Maternelle est une priorité nationale
1999 Calendrier 1999	Implication de l'homme dans la santé reproductive	Les Prestataires	Sensibilisation	La santé reproductive profite à tout le monde
Banderoles	Vaccination	Décideurs et grand public	Information et Sensibilisation	La vaccination est un droit de l'enfant
Affiches et brochures Ouled Lghial	Film "Ouled Lghial"	Grand public	Lancement du film	La santé reproductive profite à tout le monde
Brochures projet Prénuptial	Information des futurs couples	Futurs couples	Sensibilisation et information	La PF et la MSR sont la responsabilité du couple

Genre	Sujet	Public ciblé	Objectif de communication	Message clef
Fiche technique sur la PF	Communication interpersonnelle et marketing des services	Médecins généralistes privés	Information	Divers
Dossier avec brochures	La santé préventive	Clients	Education	Divers
Brochure	Communication interpersonnelle et marketing des services	Médecins généralistes privés	Formation	Divers
2000 Calendrier 2000	La santé reproductive	Les prestataires, les ONG et les médecins privés	Sensibilisation	La santé reproductive profite à tout le monde
Guide des ADC	Thèmes prioritaires et techniques d'animation de groupe	ONG et autres relais	Formation et information	La santé reproductive profite à tout le monde
Dossier "Journées Porte Ouverte" de l'IEC	Présentation de la DIEC	Les prestataires, bailleurs de fond, journalistes et partenaires	Information et sensibilisation	
Imprimé 1997 Affiche	Les étapes du Counseling PF	Les Médecins Généralistes Privés	Rappel	Le Counseling assure un choix informé
Production 1999 Porte message	Santé Reproductive	Les Itinérants et Agents Communautaires	Information, Motivation	Divers sur la PF, santé de l'enfant, de la mère et de la famille
Flannelographe	Santé Reproductive	Les Equipes Mobiles et Agents Communautaires	Information, Motivation	Divers sur la PF, santé de l'enfant, de la mère et de la famille
Télévision 1997 Emissions Assehha	Méthodes PF de longue durée	Grand Public	Information, Motivation	Divers (Les MLD sont non contraignantes)
Emissions Assehha	Les complications de la Grossesse	Grand Public	Information, Motivation	La Grossesse est naturelle, mais elle a des risques
1998 Emissions Assehha	Grossesse et accouchement	Grand Public	Information, Motivation	Divers

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Genre	Sujet	Public ciblé	Objectif de communication	Message clef
Formation				
1996				
Module counseling	Méthodes PF de longue durée	Prestataires		Counseling
1997				
Techniques d'Animation de Groupe (Module)	Animation de Groupe	Formateurs IEC	Formation	
Techniques d'Animation de Groupe (cahier du participant)	Animation de groupe	Infirmiers de l'Equipe Mobile	Formation	
1998				
Guide du Participant "techniques d'animation de groupe" (Français)	Techniques d'Animation de Groupes	Prestataires, participants dans les sessions FTAG	Information et Apprentissage	Faire connaître, faire aimer, faire agir
Guide d'éducation sanitaire des agents communautaires	Santé publique Soins primaires	Agents Communautaires	Information et Formation	Les Agents Communautaires sont un relais sur lequel peut compter le MS
Finalisation du Guide de Counseling	Le Counseling en PF	Formateurs PF	Rappel	Le Counseling assure un choix informé
Conception				
1998				
Porte message	Santé Reproductive	Les Itinérants et Agents Communautaires	Information, Motivation	Divers sur la PF santé de l'enfant de la mère et de la famille
Flannelographe	Santé Reproductive	Les Equipes Mobiles et Agents Communautaires	Information, Motivation	Divers sur la PF santé de l'enfant, de la mère et de la famille
Posters				
1999				
Prévention de l'infection	PF	Prestataires de service de santé	Information	Prévention de l'infection
2000				
Conférence du Global Health Council (juin 2000)	Régionalisation des services de santé et système d'information au Maroc	Participants aux conférences internationales	Information	Divers
Affiches PCIME	Thèmes ayant trait aux maladies de l'enfance et les façons de les traiter	Prestataires	Sensibilisation et information	Divers
Matériel de diagnostic communautaire				
2000				
Périmètre brachial	PCIME/EPC	Enfants dans les communautés rurales	Situation nutritionnelle dans la communauté	Education nutritionnelle

Annexe 4:
Liste de l'équipe du Projet PF/SMI Phase V

Previous Page Blank

Annexe 4: Liste de l'équipe du Projet PF/SMI Phase V

Principaux collaborateurs de l'équipe du Ministère de la Santé (MS)

Note: Vu la multitude de collaborateurs au sein du MS, la liste qui suit a été limitée aux responsables des principales directions, divisions et services

Direction de la Population (DP)

Dr Mostafa Tyane, Directeur de la Population et Coordinateur du Projet PF/SMI Phase V
Dr Abdelouahab Zerrari, Chef de Division de la Santé Maternelle et Infantile
Dr Hamid Chekli, Chef de Service de la Protection de la Santé de l'Enfant, DSMI
Dr Ali Ben Salah, Chef de Service de la Protection de la Santé de la Mère, DSMI
Dr Mohamed Braikat, Chef du Programme National d'Immunisation, DSMI
Dr Najia Hajji, Chef de Division de la Planification Familiale
Dr Wafia Lantry, Chef de Service de la Planification Familiale, DPF
Dr Mohamed Abouakil, Chef de Service de la Coordination Intersectorielle, DPF
Mr. Brahim Ouchrif, administrateur principal, DPF
Dr Amina Balafrej, ex-Chef de Division IEC
Mr. El Amouri Bouazza, Chef de Service de la Production, DIEC
Mr. Mohamed Madi, Chef de Service de Conception, DIEC
Mr. Mohamed Fennane, Chef de l'Unité Audiovisuelle, DIEC
Mr. Brahim Boumzough, Chef de l'Unité de l'Imprimerie, DIEC
Mr. Mohamed Jouai, Chef de Service Administratif, DP
Mme Naïma Seksane, Responsable Unité d'Information et de Documentation

Direction de la Planification et des Ressources Financières (DPRF)

Mr. Mohamed Laaziri, Directeur
Mr. Zine-Eddine El Idriss, Chef de Service de l'Economie Sanitaire
Mr. Mustapha Azelmat, Chef de Service des Etudes et de l'Information Sanitaire
Mr. Mustapha Ben Abla, Chef de Division de la Coopération.

Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies (DELM)

Dr Jaouad Mahjour, Directeur
Dr Ahmed Zidouh, Chef de service de la Surveillance Epidémiologique

Direction de la Réglementation et du Contentieux

Mme Khadija Meshak, Directeur

Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires

Dr Saida Jroni Choujaa, Directeur
Dr Katr-Ennada Darkaoui, Chef de Division des Soins Ambulatoires

Direction des Ressources Humaines

Mr. Mohamed Saïri, Directeur
Mr. Ismail Achaati, Chef de Division de la Formation
Dr Mohamed Zaari Jabiri, Chef de Service de la Formation Continue
Mr. Ahmed Agyo, Chef de Service de la Formation de Base

Division de l'Informatique et des Méthodes (DIM)

Mr. Slimane Hajra, Chef de Division

Inspection Générale

Dr My Mustapha Ismaili Alaoui, Inspecteur Général

Institut National d'Administration Sanitaire (INAS)

Prof. Ben Brahim Fikhri, Directeur

Centre Nationale de Formation en Reproduction Humaine (CNFRH)

Prof. My Tahar Alaoui, Directeur

Coordinateurs régionaux (régions pilotes)

Dr Ahmed Bendali, région Fès-Boulemane

Dr Farouk Fasla, région Souss-Massa-Drâa

Dr Abdelouahab Cherradi, région Doukkala-Abda

Dr Ahmed Cherrat, région Meknès-Tafilalet

Dr Abdelmajid El Yassem, région Taza-AI Hoceima-Taounate

Equipe technique de l'USAID/Maroc

Mme Ursula Nadolny (until 1996)

Mr. William Jansen (until 1997)

Mme Nancy Nolan (until 1998)

Dr Amina Essolbi (until 1998)

Mme Zohra Lhaloui

Mme Helene Rippey

Mme Michele Moloney-Kitts

Mme Susan Wright

Principaux collaborateurs des Agences Coopératrices

BASICS: M. Jonathan Ross

EVALUATION (MEASURE): Dr Jane Bertrand

FPMD: M. Jan Hoey

JHPIEGO: Mme Anne Pfitzer

Macro: Dr Mohamed Ayad

MOST: M. Shawn Baker

PHR: M. Mohamed Oubnichou

POLICY: Dr Volkan Cakir

PRIME: M. Pape Gaye

SOMARC (CMS): Mme Houda Bel Haj

Equipe JSI résident et de support

JSI/Maroc

Redouane Abdelmoumen, Conseiller Clinique - JSI/Maroc (Août 1997 - Juillet 2000).

Mohamed Ait Mansour, Chauffeur/Coursier - JSI/Maroc (Novembre 1996 - Juillet 2000).

Taoufik Bakkali, Responsable Monitoring et Evaluation - JSI/Maroc (Juin 1995 - Septembre 2000).

Youssef Barka, Chauffeur/Coursier - JSI/Maroc (Janvier 1998 - Juillet 2000).

Youssef Belabdia, Responsable Informatique - JSI/Maroc (Juin 1995 - Juillet 2000).
Geb Berry, Conseiller Informatique - JSI/Maroc (Août 1992 - Décembre 1995).
Rachid Bezaïd, Conseiller Clinique Intermittent - JSI/Maroc (Janvier 1997 - Septembre 2000).
Khadija Bouhlal, Support des activités - JSI/Maroc (Décembre 1994 - Juillet 2000).
Fatiha Bouricha, Assistante Administrative - JSI/Maroc (Octobre 1998 - Juin 2000).
Nicolas de Metz, Conseiller Logistique - JSI/Maroc (Septembre 1997 - Septembre 1998).
Hind El Attar, Responsable Achats - JSI/Maroc (Août 1997 - Août 2000).
Boutaina El Omari, Responsable IEC - JSI/Maroc (Octobre 1996 - Juillet 2000).
Latifa Fihri, Assistante Administrative/Comptable - JSI/Maroc (Juin 1994 - Février 1997).
Cathy Fort, Conseiller Intermittente Secteur Privé - JSI/Maroc (Juin 1994 - NA).
Soumia Guennoun, Assistante Comptable - JSI/Maroc (Septembre 1997 - Septembre 1999).
Peter Halpert, Conseiller Logistique - JSI/Maroc (Juin 1994 - Juin 1997).
Nabila Karhat, Assistante Administrative - JSI/Maroc (Mars 1997 - Mars 1999).
Younes Laaboudi, Chauffeur/Coursier - JSI/Maroc (Août 1995 - Décembre 1997).
Malika Laasri, Responsable Secteur Privé - JSI/Maroc (Juin 1994 - Juillet 2000).
Don Lauro, Directeur Projet - JSI/Maroc (Mai 1994 - 1996).
Theo Lippeveld, Directeur Projet - JSI/Maroc (Mai 1997 - Septembre 2000).
Ahmed Loukili, Responsable Achats - JSI/Maroc (Juin 1994 - Décembre 1997).
Mounia Msefer, Responsable Finances - JSI/Maroc (Septembre 1994 - Juillet 2000).
Nawal Birdaha, Gestionnaire Bureau/Assistante Administrative - JSI/Maroc (Mars 1997 -
Septembre 2000).
Ken Olivola, Conseiller Management - JSI/Maroc (Mai 1994 - Août 1997).
Souad Rahibe, Support des activités - JSI/Maroc (Juillet 1997 - Juillet 2000).
Suzanne Reier, Conseillère Management - JSI/Maroc (Novembre 1997 - Juillet 1999).
Mustapha Says, Assistant Administrative - JSI/Maroc (Janvier 1995 - Mars 1997).
Marcel Vekemans, Conseiller Clinique Intermittent - JSI/Maroc (Mai 1994 - Février 1995;
Juillet 1996 - Juin 1997).

JSI/Boston

Emily Alfeld, Gestionnaire Programme - JSI/Boston (Juin 2000 - Septembre 2000).
Jennie Coates, Associée Programme - JSI/Boston (Mai 1994 - Mai 1997).
Jeff Kerzner, Gestionnaire Programme - JSI/Boston (Juillet 1999 - Août 2000).
Susan Klein, Conseillère Technique - JSI/Boston (Juin 1997 - Juin 1999).
Richard Moore, Conseiller Technique - JSI/Boston (Mai 1994 - Mai 1997).
Roger Swartz, Conseiller Technique - JSI/Boston (Juillet 1999 - Août 2000).
Ann Wickham, Gestionnaire Programme - JSI/Boston (Mai 1994 - Mai 1997).
Florenca Zulberti, Associée Programme - JSI/Boston (Juin 1997 - Décembre 1999).

JHU/CCP

Sereen Thaddeus, Conseiller IEC - JHU/CCP/Maroc (Juin 1994 - Juin 1998).

URC/Rabat et Washington

Bruno Bouchet, Conseiller Technique - URC/Washington (Janvier 1998 - Septembre 2000).
Norma Wilson, Conseillère Assurance Qualité - URC/Maroc (Janvier 1998 - Décembre 1998).

Annexe 5:
Liste des consultants du Projet PF/SMI Phase V

Annexe 5: Liste des consultants JSI/URC/JHU-CCP du Projet PF/SMI Phase V

Nom du Consultant	Organisation	Date Arrivée	Date Départ	Objectif de la visite	Source Financ.
Maye Olivola	Indépendante	Sep. 94	Dec. 94	Contrôle des maladies diarrhéiques; Support épidémiologique;	JSI
Kathy Kampman	Indépendante	10/10/94	31/12/94	Support administratif	JSI
B. Jabre	JHU/CCP	23/01/95	02/03/95	Stratégie IEC	JHU/CCP
Deborah Maine	Columbia University	22/02/95	03/03/95	Planification Projet Maternité Sans Risque	JSI
G. Walter	IHP	06/03/95	31/03/95	Assistance technique pour Centre de Formation Continue	JSI
E. Wilson	FPLM	20/03/95	24/03/95	Sélectionner un réseau informatique	JSI
Bob Forsythe	JHU/CCP	21/03/95	28/03/95	Finance et administration CCP	JHU/CCP
L. Goodsmith	JHU/CCP	26/03/95	03/04/95	Evaluation de l'équipement audio-visuel	JHU/CCP
C. Fort	URC	03/04/95	16/04/95	Planification Secteur Privé	URC
Cindy Bero et Alex Baker	JSI	05/05/95	19/05/95	Assister l'équipe locale en administration, en finance et en informatique	JSI
Deborah Maine	Columbia University	18/05/95	27/05/95	Planification pour la Maternité Sans Risque et assister à la Conférence des Droits de l'Enfant	JSI
Michel Garenne	CEPED	14/05/95	20/05/95	Préparer l'étude sur les causes des décès infanto-juvéniles	JSI
Judith Fortney		18/05/95	23/05/95	Planification pour la Maternité Sans Risque	JSI
W. Schmidt	Chrysalis Cie	20/05/95	28/05/95	Gestion de qualité totale pour Terciél/IGA	JSI
Mark Debay		18/05/95	27/05/95	Préparer la liste des équipements pour les maternités	JSI
Pierre Renault	CAC International	21/05/95	03/06/95	Team building avec la Division IEC	JSI
Cathy Fort	URC	19/06/95	01/07/95	Planification secteur privé	JSI
Lisane Brown	Tulane	14/06/95	23/06/95	Formation en collecte de données et pré- test et finaliser le questionnaire Module de Disponibilité de Services (MDS)	JSI
Lauren Goodsmith	JHU/CCP	14/08/95	02/09/95	Promouvoir/encourager les prestataires professionnels	JHU/CCP
Ann Wickham	JSI	04/09/95	15/09/95	Etude de salaires et planification projet	JSI
Richard Moore	JSI	04/09/95	18/09/95	Planification du projet	JSI
Cathy Fort	URC	05/09/95	23/09/95	Planification Secteur Privé	URC

Previous Page Blank

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Consultant	Organisation	Date Arrivée	Date Départ	Objectif de la visite	Source Financ.
George Walters	IHP-WCPH	25/09/95	27/10/95	Formation des formateurs pour les cliniques mobiles	JSI
Michel Bergeron	IHP-WCPH	29/09/95	04/10/95	Conférence sur la résistance antibiotique	JSI
Suzanne Plopper		23/10/95	18/11/95	Formation counseling	JHU/CCP
Ed Wilson	FPLM	01/11/95	15/11/95	Préparation CPT	JSI
Deborah Maine	Columbia University	11/11/95	02/12/95	Maternité Sans Risque	JSI
André Sindon	Medical College, Québec	05/12/95	13/12/95	Congrès Médical National SMSM	JSI
Marc Debay	JHU	11/12/95	23/12/95	Finaliser la liste d'équipement pour la maternité sans risque et compléter les visites aux provinces de la région de Fès	JSI
Pierre Renaud	PCS, JHU	03/01/96	20/01/96	Constitution de groupe de travail à Rabat et Taounate	JSI
Gilberte Vansintjean	JSI	06/01/96	24/01/96	Plan de formation pour les soins obstétricaux d'urgence	JSI
Maye Olivola	JSI	18/01/96	02/02/96	Formation en renforcement des capacités de gestion des cas de diarrhée	JSI
Gael Murphy	URC	15/02/96	27/02/96	Assistance technique en Assurance Qualité et Secteur Privé	URC
Jerker Edstrom	AIDS Alliance	15/02/96	27/02/96	Démarrage d'un projet	URC
Richard Moore	JSI	22/02/96	26/02/96	Superviser les performances du projet	JSI
Gary Steele	FPLM	04/02/96	01/03/96	Etude logistique FNUAP	JSI
Marguerite Roy, Alex Brown	PSI	05/02/96	19/02/96	Marketing social SRO	JSI
Gilberte Vansintjean	JSI	28/03/96	27/04/96	Formation en Maternité Sans Risque	JSI
Christophe Vanderschrick					
Maggie Huff-Rousselle	SSDS	08/04/96	27/04/96	Etude coûts locaux (Etude du phase over des produits contraceptifs)	JSI
Mohamed Oubnichou					JSI
Maye Olivola	JSI	20/05/96	30/06/96	Formation renforcement des capacités de gestion des cas de diarrhée	JSI
		(22 jours)			
Gael Murphy	URC	05/05/96	19/05/96	Séminaire sur la qualité	JSI/URC
Laurie Winter	URC	05/05/96	19/05/96	Séminaire sur la qualité	JSI/URC
Gilberte Vansintjean	JSI	31/05/96	22/06/96	Formation Maternité sans Risque et Planification Familiale	JSI

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Consultant	Organisation	Date Arrivée	Date Départ	Objectif de la visite	Source Financ.
Lauren Goodsmith	JHU	02/06/96	30/06/96	Maternité Sans Risque et IEC	JHU
Maye Olivola	JSI	01/07/96 (30 jours)	31/12/96	Formation renforcement des capacités de gestion des cas de diarrhée	JSI
Lauren Goodsmith	JHU	26/08/96	31/10/96	Maternité Sans Risque	JHU
Cathy Fort	URC	16/09/96	03/10/96	Planification de la stratégie secteur privé	URC
Gilberte Vansintejan	JSI	01/09/96	08/09/96	Maternité Sans Risque	JSI
Rita Leavell	Indépendante	13/10/96	26/10/96	Discussion / Evaluation capacité de gestion pour le MS	JSI
Maggie Huff-Rousselle	Indépendante	08/10/96	20/12/96	Planification stratégique pour le projet phase V (Traduire le plan de transition à des priorités de mise en oeuvre)	JSI
Norma Wilson	URC	26/10/96	16/11/96	Formation en gestion de la qualité	URC
Tisna Veldhuyzen Van Zanten	URC	26/10/96	16/11/96	Formation en gestion de la qualité	URC
Claude Gingembre	Indépendant	18/11/96	25/11/96	Conduire une brève évaluation sur les besoins des médecins généralistes privés en management/gestion	JSI
Richard Moore	JSI	03/12/96	12/12/96	Visite de suivi pour le projet (remplacement chef de projet, amendement du contrat, autres problèmes de gestion)	JSI
Claude Gingembre	Indépendant	02/12/96	07/12/96	Conduire une brève évaluation sur les besoins des médecins généralistes privés en management/gestion (suivi)	JSI
Mohamed El Aouad	ENA/Rabat	01/06/97	31/03/97	Conduire un pré-test du matériel Audio-Visuel (Flannelographe et Porte Message)	JSI
Norma Wilson	URC	01/06/97	17/06/97	Revoir le progrès au niveau provincial dans l'implantation du Projet GIQua dans les sites modèles et assister dans la planification 1997	
Gilberte Vansintejan	JSI	22/02/97	15/03/97	Maternité Sans Risque	JSI
George Walter	Int'l Health Program	10/02/97	21/03/97	Assurer une formation avancée des formateurs de 4 semaines	JSI
Jean de Malvinsky	Western Consortium	10/02/97	21/03/97	Assurer une formation avancée des formateurs de 4 semaines	JSI
*Hicham Taoussi Rahhali	Consultant local	01/03/97	31/07/97	Concevoir des maquettes pour des supports imprimés	JHU

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Consultant	Organisation	Date Arrivée	Date Départ	Objectif de la visite	Source Financ.
Gaël Murphy	URC	28/04/97	10/05/97	Fournir une assistance technique pour la mise en oeuvre de la gestion de la qualité	URC
Norma Wilson	URC	28/04/97	10/05/97	Fournir une assistance technique pour la mise en oeuvre de la gestion de la qualité	URC
Mahassine Iraki	Consultant local	04/04/97	06/06/97	Développer une structure pour la stratégie IEC afin de promouvoir les méthodes contraceptives de longue durée	JSI
Khalil Amrani	Consultant local	17/04/97	23/05/97	Préparer une synthèse des résultats principaux des études qualitatives pour l'atelier sur le développement de la stratégie IEC planifié pour le 19-23 mai	JSI
Gary Steele	FPLM	05/05/97	17/05/97	Evaluer la logistique des contraceptifs et le "Phase-Over"	JSI
Richard Owens	FPLM	05/05/97	17/05/97	Evaluer la logistique des contraceptifs et le "Phase-Over"	JSI
Paul Matar	Johns Hopkins University	04/05/97	25/05/97	Commencer le tournage d'un docudrame soulignant les causes évitables de la majorité des décès maternels	JHU
Jean De Malvinsky	Western Consortium	12/05/97	26/05/97	Conduire un atelier pour le développement d'une stratégie nationale PF/IEC	JHU
Bouchra Bahiji		12/05/97	15/06/97	Assurer des interviews, contacts et collecter des témoignages pour finaliser le script et les textes nécessaires à la production du docudrame sur le décès maternel au Maroc	JSI
Michael Edwards	Tulane	07/06/97	19/07/97	Développer les programme "Tableaux de Bord" et bases de données	JSI
Michel Garenne	CEPED	09/06/97	20/06/97	Assurer une formation technique au personnel d'enquête du MSP afin de développer une étude sur l'autopsie verbale	JSI
Claude Gingembre	C2G Consultants	21/06/97	28/06/97	Participer au développement d'un manuel de gestion de cabinet de médecin pour les généralistes du secteur privé	JSI
Norma Wilson	URC	19/06/97	12/07/97	Faire le suivi dans la formation des facilitateurs et les chefs d'équipe des 14 sites modèles	JSI

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Consultant	Organisation	Date Arrivée	Date Départ	Objectif de la visite	Source Financ.
Mohamed Errih	Consultant local	07/07/97	09/05/97	Evaluer et analyser l'utilisation du Norplant afin de déterminer le rôle de cette méthode contraceptive dans la stratégie nationale de planification familiale	JSI
Nicolas de Metz		10/07/97	25/07/97	Assister dans la préparation de la réunion du Comité Directeur et planifier la réunion du 30 Oct sur le "Phase-over"	JSI
Susan Zimicky	ARCH	21/07/97	30/07/97	Planifier la composante de recherche de plan d'action 1997	JSI
Susan Klein	JSI	20/08/97	30/08/97	Rencontrer les représentants de l'USAID et du MSP et revoir avec le personnel de JSI le système administratif	JSI
Norma Wilson	URC	26/08/97	15/09/97	Programmer les prochaines étapes du Projet GIQua et planifier l'évaluation interne	JSI
Oubnichou	Consultant local	01/09/97	30/09/97	Rédiger l'étude commencée en 1996 concernant la stratégie "Phase Over"	JSI
Mark Rasmuson	AED	08/09/97	19/09/97	Travailler en étroite collaboration avec le personnel du MSP des Départements concernés par la Santé de l'Enfant	JSI
Gilberte Vansintejan	JSI	14/09/97	05/10/97	Informier le nouveau conseiller clinique de JSI et analyser le déroulement des recyclages SOUB et finaliser les modules	JSI
Norma Wilson	URC	27/10/97	08/11/97	Participer dans la planification des activités 1998/99 et	JSI
Paul Matar	JHU	16/10/97	20/11/97	Fournir une assistance technique pour finaliser et produire le docudrame	
Susan Klein	JSI	15/11/97	22/11/97	Assister dans la planification et la budgétisation des activités 1998-99 et coordonner le travail de l'équipe locale avec celle de Boston	JSI
Hammadi Tall	JSI	15/11/97	28/11/97	Fournir une assistance technique pour les tâches d'inventaire et d'achat	JSI
Michael Scott	JHU	03/12/97	16/12/97	Développement d'un Plan d'Action 1998-99	JHU
Michael Edwards	JSI	11/12/97	11/01/98	Continuer le développement d'une interface graphique utilisateur sous Windows pour le monitoring et l'évaluation des programmes SMI/PF	JSI

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Consultant	Organisation	Date Arrivée	Date Départ	Objectif de la visite	Source Financ.
Pr. Fihri, Pr. Kharbach et Pr. El Moussaoui	Indépendants	à partir du 12/22/1997		Elaborer d'un document des normes cliniques et standards en matière de DIU, injectables et pilules	JSI
Paul Matar	JHU	11/01/98	21/01/98	Finaliser le tournage du Docudrame "Bent Tajar"	JHU
Hammadi Tall	JSI	18/01/98	05/02/98	Etablir la situation des achats 1996/97, planifier les achats 1998/99 et diagnostiquer la situation du système de gestion des ressources mobilières et équipement de la DP	JSI
Najwa Kssaife	JHU	23/03/98	13/04/98	Conception du module de formation	JHU
Elisabeth Goodburn	Indépendante	26/04/98	08/05/98	Evaluation du Recyclage SOUB dans le cadre du Projet Pilote "Maternité Sans Risque"	JSI
Stanislaw Orzeszyna	OMS	20/04/98	02/05/98	Finaliser, conjointement avec le SEIS et JSI, les modalités de réalisation de l'étude sur la qualité de données, de déterminer les personnes cibles de cette étude et de préparer son lancement sur le terrain dans les plus brefs délais	JSI
Gary Steele	FPLM	04/05/98	16/05/98	Développer, en collaboration avec une équipe technique, une stratégie de formation continue	JSI
Michael Edwards	JSI	14/05/98	23/07/98	Finaliser l'application de saisie des données des programmes SMI/PF au niveau périphérique, et de tester son utilisation aux niveaux régional et provincial	JSI
Carolyn Hart	FPLM	01/04/98	01/06/98	Présenter une analyse des expériences de "phase over" dans les pays qui ont connu ce processus après le retrait de l'USAID	JSI
Deborah Maine	Université de Columbia	04/06/98	05/06/98	Assister pour la préparation de l'évaluation du projet pilote Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) planifiée pour la fin de 1998	JSI
Michael Edwards	JSI	01/08/98	11/01/99	Continuer le développement d'un système d'information SMI/PF décentralisé permettant la gestion de données aux niveaux régional et provincial	JSI

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Consultant	Organisation	Date Arrivée	Date Départ	Objectif de la visite	Source Financ.
Edward Wilson	FPLM	24/08/98	03/09/98	Prêter l'appui au développement d'une application informatique pour la gestion de stocks au niveau des dépôts centraux	JSI
Pierre Jean	Indépendant	18/09/98	01/10/98	Evaluer le programme de formation en PF des médecins généralistes privés et son impact sur l'utilisation des méthodes de PF à travers le secteur privé	JSI
A. Moussaoui	Indépendant	18/09/98	01/10/98	Collaborer avec Dr Pierre Jean dans l'évaluation du programme de formation en PF des médecins généralistes privés et son impact sur l'utilisation des méthodes de PF à travers le secteur privé	JSI
Nezha Mouane	Indépendante	28/08/98	09/10/98	Encadrer les participants PCIME et évaluer les outils de formation	JSI
Sereen Thaddeus	JHU	31/10/98	11/11/98	Fournir une assistance technique et un suivi sur plusieurs activités IEC.	JHU
Michel Garenne	CEPED	06/12/98	18/12/98	Assister dans le codage des décès et à préparer l'analyse des données de cette étude	JSI
Susan Klein	JSI	07/12/98	19/12/98	Participer au processus de planification et de budgétisation des activités 1999 et de soulever aussi toutes les questions administratives et financières relatives à la clôture du projet	JSI
Tisna Veldhuyzen Van Zanten	URC	09/12/98	16/12/98	Réviser et discuter le projet GIQua et les activités 1999 et assister dans la préparation de l'agenda et le contenu de la réunion de synthèse programmée pour février 1999	URC
Michael Edwards	JSI	15/12/98	11/01/99	Continuer le développement d'un système d'information SMI/PF décentralisé permettant la gestion de données aux niveaux régional et provincial	JSI
Gary Steele	FPLM	27/01/99	10/02/99	Organiser un atelier de travail avec l'assistance d'une équipe technique afin de développer le système actuel vers une nouvelle stratégie de formation décentralisée en gestion de la logistique des contraceptifs	JSI

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Consultant	Organisation	Date Arrivée	Date Départ	Objectif de la visite	Source Financ.
Stanislaw Orzeszyna	OMS	01/02/99	13/02/99	Réaliser, conjointement avec le SEIS et JSI, l'analyse des données de l'enquête et la rédaction du rapport de l'étude	JSI
Sylvie Collin	SIPDT	22/02/99 (134 jours)	30/07/99	Préparer, organiser et évaluer la formation des sage-femmes et infirmières accoucheuses aux habilités d'aide et de communication propres au contexte de l'accouchement	JSI
Tisna Veldhuyzen	URC	07/03/99	15/03/99	Coordonner les activités techniques et faciliter le pré séminaire et séminaire-atelier national sur l'assurance de la qualité	URC
B. Bouchet	URC	04/03/99	15/03/99	Coordonner les activités techniques et faciliter le pré séminaire et séminaire-atelier national sur l'assurance de la qualité	URC
M. Boukar	URC				URC
Jules Martin					URC
Sonia Gagné	SIPDT	07/03/99	15/03/99	Faciliter les sessions de planification et de préparation de la pré-conférence et co-faciliter le pré-séminaire et le séminaire-atelier national sur l'assurance de la	URC
Claire Escoffier	Indépendante	09/04/99	31/07/99	Finaliser les outils méthodologiques de l'EPC et d'établir le lien avec la composante technique de la PCIME	JSI
Larbi Ibaaquil	Indépendant	07/04/99	14/04/99	Faciliter et animer la rencontre avec les ONG d'une manière neutre pour dégager le maximum d'idées et d'axes de collaboration	JSI
Mahamane Karki	URC	24/04/99	04/05/99	Préparer le plan de formation de l'atelier, le contenu technique, et le matériel de ressource du participant ainsi que co-former durant l'atelier de Fès	URC
Ahmed Moussaoui	Indépendant	Mai/99	Juillet/99	Collaborer dans le développement des standards des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU)	JSI
Susan Klein	JSI	01/05/99	08/05/99	Participer dans le processus de la préparation de la proposition relative à l'extension du projet et de soulever aussi toutes les questions administratives et financières	JSI

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Consultant	Organisation	Date Arrivée	Date Départ	Objectif de la visite	Source Financ.
André Jacques	Indépendant	08/05/99	14/05/99	Assister le projet de Planification Familiale au Maroc dans la conception d'un test pilote pour revue par paires pour les services PF dans le secteur privé	JSI
Ahmed Moussaoui	Indépendant	07/05/99	20/05/99	Collaborer avec Dr André Jacques dans la conception d'un test pilote pour revue par paires pour les services PF dans le secteur privé	JSI
Jamel Eddine Najil	Indépendant	10/05/99	15/07/99	Finaliser les outils méthodologiques de l'EPG et d'établir le lien avec la composante technique de la PCIME	JSI
Michel Garenne	CEPED	16/06/99	22/05/99	Préparer conjointement avec le SEIS et la DP le rapport de l'analyse des données de l'enquête sur les causes et les circonstances des décès infantiles	JSI
Carla Obermeyer	Indépendante	17/05/99	23/05/99	Examiner l'état d'avancement et de planifier le projet de recherche sur la santé de la reproduction comprenant le volet médicale et anthropologique tel que requis par le Ministère de la Santé, le FNUAP et l'USAID	JSI
Edward Wilson	FPLM	17/05/99	29/05/99	Etablir la commande des contraceptifs à acquérir par le programme de PF dans le cadre du plan quinquennal actuel (1999-2003) et évaluer l'état d'avancement du développement de l'application de la gestion des stocks des dépôts centraux conformément au calendrier établi lors de la mission précédente.	JSI
Bruno Bouchet	URC	24/05/99	04/06/99	Organiser et animer le séminaire de sensibilisation, rédiger, avec le comité de pilotage, les grandes lignes d'un plan national de mise en œuvre d'un programme Assurance de Qualité et planifier les activités du plan d'action 7/99 - 6/00	URC
Sonia Gagné	SFPDT	24/05/99	27/05/99	Collaborer avec Bruno Bouchet dans l'organisation et l'animation du séminaire de sensibilisation en gestion de la qualité	JSI

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Consultant	Organisation	Date Arrivée	Date Départ	Objectif de la visite	Source Financ.
Elisabeth Goodburn	Indépendante	31/05/99	12/06/99	Evaluer le Projet Pilote "Maternité Sans Risque"	JSI
Deborah Maine	Université de Columbia	01/06/99	08/06/99	Evaluer le Projet Pilote "Maternité Sans Risque"	JSI
Michael Edwards	JSI	01/06/99	31/07/99	Continuer le développement du système d'information sanitaire décentralisé permettant la gestion de données SMI/PF aux niveaux régional et provincial	JSI
Saâdia Radi	Indépendante	16/06/99	03/08/99	Conduire une étude permettant de comprendre de manière exhaustive le rationnel sous-tendant des pratiques et comportements individuels et communautaires relatifs à la santé de l'enfant	JSI
Jeff Kerzner	JSI	17/09/99	01/10/99	Se familiariser avec le projet PF/SMI Phase V et d'assister le chef de projet dans plusieurs activités de gestion de projet	JSI
Michael Edwards	JSI	26/09/99	06/11/99	Renforcer la mise en oeuvre du module de saisie de données de l'application SMI/PF à tous les niveaux du système de santé; et de continuer le développement des modules d'analyse graphique et géographique du système SMI/PF	JSI
Claire Escoffier	Indépendante	15/09/99	31/12/99	Finaliser les outils méthodologiques de l'EPC et d'établir le lien avec la composante technique de la PCIME	JSI
Seddik Kabbaj	Indépendant	01/09/99	01/11/99	Proposer un système d'archivage et de classement pour l'ensemble des photos et diapos existantes au sein de la DIEC et de créer un modèle pour le catalogue des supports produit pendant les dix dernières années	JSI
Sylvie Collin	SIPDT	22/02/99 (20 jours)	31/12/99	Préparer, organiser et évaluer la formation des sage-femmes et infirmières accoucheuses aux habilités d'aide et de communication propres au contexte de l'accouchement	JSI

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Consultant	Organisation	Date Arrivée	Date Départ	Objectif de la visite	Source Financ.
Ahmed Moussaoui	Indépendant	01/04/99 (20 jours)	31/12/99	Elaboration d'un document SONU final basé sur les commentaires et suggestions des membres des comités de lecture validation	JSI
Eric Morin	Indépendant	04/10/99	15/10/99	Assister le MS dans la production d'un document analytique sur l'expérience pilote en gestion des urgences obstétricales	JSI
Michel Garenne	CEPED	11/10/99	16/10/99	Finaliser conjointement avec le SEIS et la DP le rapport de l'analyse des données de l'enquête sur les causes et les circonstances des décès infantiles	JSI
Jamal Eddine Naji	Indépendant	20/10/99	30/11/99	Assister le MS dans la mise en oeuvre de la composante communautaire de la PCIME	JSI
Mahamane Karki	URC	20/10/99	09/11/99	Préparera, conjointement avec l'unité de coordination des activités AQ du MS, le plan de formation de l'atelier, le contenu technique, et le matériel de ressource du participant	URC
Bruno Bouchet	URC	31/10/99	05/11/99	Planifier les activités Assurance Qualité en concertation avec tous les partenaires, lors de la revue annuelle du projet	URC
Jean-François Safar	URC	15/11/99	11/12/99	Organiser, conjointement avec l'unité de coordination des activités AQ du MS, un séminaire de consensus sur les normes de soins, qui aboutira à la rédaction d'un guide de développement des normes pour le Maroc	URC
Eric Morin	Indépendant	29/11/99	10/12/99	Assister le MS dans la production d'un document analytique sur l'expérience pilote en gestion des urgences obstétricales	JSI
Michael Edwards	JSI	19/12/99	14/01/00	Renforcer la mise en oeuvre du module de saisie de données de l'application SMI/PF à tous les niveaux du système de santé; et de continuer le développement des modules d'analyse graphique et géographique du système SMI/PF	JSI
Rachid Bezad	Indépendant	01/01/00	30/06/00	Standards PF, SONU, Audit décès maternel, Coûts santé reproductive, Secteur privé	JSI

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Consultant	Organisation	Date Arrivée	Date Départ	Objectif de la visite	Source Financ.
Claire Escoffier	Indépendant	01/01/00	30/06/00	Activités PCIME et Approche Communautaire	JSI
Mahamane Karki	URC	12/01/00	21/01/00	Identifier les besoins en formation des professions paramédicales en fonction des compétences nécessaires à l'exercice de leurs futures responsabilités ; de définir le programme de formation en AQ dans le cadre du programme existant ainsi que la stratégie de formation des étudiants	URC
Maina Boucar	URC	19/01/00	01/02/00	Former 30 animateurs de 5 régions en techniques de coaching/facilitation; ainsi qu'assister les 5 régions dans la planification de leurs activités de facilitation et formation	URC
Bruno Bouchet	URC	09/02/00	20/02/00	Organiser un atelier de formation dans le monitoring de la qualité des soins et aider à concevoir un système régional de monitoring de la qualité tenant compte des spécificités régionales	URC
Michael Edwards	JSI	14/02/00	11/03/00	Renforcer la mise en oeuvre du module de saisie de données de l'application SMI/PF à tous les niveaux du système de santé; et de continuer le développement des modules d'analyse graphique et géographique du système SMI/PF	JSI
André Jacques	Indépendant	26/02/00	07/03/00	Développer les outils d'évaluation qui seraient basés sur les normes et standards déjà élaborés en planification familiale pour l'exécution du projet pilote conçu	JSI
Ahmed Moussaoui	Indépendant	27/02/00	06/03/00	Assister le Dr André Jacques dans le développement des outils d'évaluation qui seraient basés sur les normes et standards déjà élaborés en planification familiale pour l'exécution du projet pilote conçu	JSI
Mahamane Karki	URC	01/03/00	28/03/00	Développer / identifier les manuels de référence pour la formation en AQ et développer les manuels du formateur et de l'étudiant	URC

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Consultant	Organisation	Date Arrivée	Date Départ	Objectif de la visite	Source Financ.
Rachid Filali Moknassi	Indépendant	04/03/00	05/03/00	Assister les médecins généralistes privés (MGP) dans la création de la fédération des associations des médecins généralistes du secteur privé	JSI
Maina Boucar	URC	14/04/00	25/04/00	Aider les équipes régionales à définir leurs rôles dans l'exécution des fonctions Assurance Qualité identifiées par le programme national et à planifier leur réalisation	URC
Bruno Bouchet	URC	12/04/00	25/04/00	Aider les équipes régionales à définir leurs rôles dans l'exécution des fonctions Assurance Qualité identifiées par le programme national et à planifier leur réalisation	URC
Mahamane Karki	URC	19/04/00	09/05/00	Former les futurs formateurs nationaux à la maîtrise et l'utilisation du matériel de formation précédemment développé et aider les formateurs à assurer la première formation de personnel paramédical en AQ	URC
Jeff Kerzner	JSI	20/04/00	12/05/00	Assister l'équipe JSI de Rabat dans plusieurs activités du projet ainsi qu'échanger un maximum d'information quant à l'état de la mise en oeuvre du projet	JSI
André Jacques	Indépendant	06/05/00	16/05/00	Poursuivre le projet pilote d'évaluation par les pairs des médecins généralistes privés en planification familiale	JSI
Michael Edwards	JSI	15/05/00	02/06/00	Renforcer la mise en oeuvre du module de saisie de données de l'application SMI/PF à tous les niveaux du système de santé; et renforcer et développer les capacités techniques des cadres du SEIS et DIM pour prendre en charge l'application SMIPF.	JSI
M. Akhchichen	Indépendant	22/05/00 (10 jours)	07/10/00	Modérer et d'animer la conférence nationale sur le financement des programmes de santé de la reproduction et de l'enfant pour en dégager le maximum d'idées et de recommandations	JSI

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Consultant	Organisation	Date Arrivée	Date Départ	Objectif de la visite	Source Financ.
M. Akhchichen	Indépendant	22/5/00 (36 jours)	07/10/00	Evaluer le déroulement et les retombées des ateliers de formation des MGP en communication interpersonnelle (CIP)	JSI
Elisa Knebel	URC	31/05/00	17/06/00	Documenter les activités d'amélioration de la qualité par les équipes locales et recommander un modèle de documentation des activités d'amélioration de la qualité au Maroc	URC
Brahim Hafidi	Indépendant	02/06/00 (5 jours)	08/06/00	faciliter et animer le forum de dialogue régional pour en dégager le maximum d'idées et de recommandations	JSI
Roger Swartz	JSI	09/06/00	01/07/00	Assister l'équipe JSI/Rabat à gérer toutes les activités programmatiques et administratives du projet durant l'absence de Dr Lippeveld et à gérer les activités relatives à la fermeture du projet	JSI
Alyssa Karp	JSI	17/09/00	29/09/00	Assister le chef de projet et l'équipe JSI de Rabat dans plusieurs activités de clôture du projet	JSI

**Annexe 6:
Rapport Financier**

PROJET PHASE V
Situation Provisoire des Dépenses
(au 30/09/2000)

	BUDGET (77 mois)	DEPENSES (77 mois)	% DEPENSES	FONDS* RESTANTS
Formations/Voyages à l'Etranger	\$752,828	\$744,207	1.89%	\$8,621
Achats US				
Véhicules	\$5,075,806	5,075,806	12.89%	0
Autre Equipement	8,568,184	8,614,547	21.88%	(46,363)
Total Achats US	\$13,643,990	\$13,690,353	34.77%	(46,363)
Coûts Locaux				
Etudes Spéciales/Evaluations	491,303	470,886	1.20%	20,417
Formations/Ateliers/Séminaires	4,268,076	4,155,075	10.55%	113,001
Soutien à l'IEC	2,734,085	2,677,706	6.80%	56,379
Soutien Prestation de Services	1,286,677	1,215,083	3.09%	71,594
Soutien au Secteur Privé	922,304	870,373	2.21%	51,931
MIS/Evaluation/Soutien Logistique	729,531	697,122	1.77%	32,409
Construction Phase IV	35,167	35,167	0.09%	0
Achats locaux	1,281,249	1,363,466	3.46%	(82,217)
Total Local Costs	\$11,748,392	\$11,484,878	29.16%	263,514
Dépenses d'Assistance Technique et Administratives	\$13,875,692	\$13,459,672	34.18%	416,020
TOTAL	\$40,020,902	\$39,379,110	100.00%	\$641,792

* Fonds restants sont déjà engagés au 30/09/2000.

Annexe 7:
Liste des formations à l'étranger
«participant travel»

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Liste des Participants Financés à travers JSI pour "Participant Travel"
Mai 1994-Septembre 2000

Nom du Participant	Sexe	Province	Date Départ	Date Retour	Objectif du voyage	Destination
Belkheiri	M		04/06/94	12/08/97	Participer à un cours sur l'économie et la gestion des ressources dans les programmes de santé	Boston (E.U.A.)
Driss Bacheikh	M	Rabat	01/08/94	03/09/94	Participer à une formation des formateurs avancée	Santa Cruz (E.U.A.)
Mustapha Berre	M	Rabat	01/08/94	03/09/94	Participer à une formation des formateurs avancée	Santa Cruz (E.U.A.)
Mohamed Hamane	M	Rabat	01/08/94	03/09/94	Participer à une formation des formateurs avancée	Santa Cruz (E.U.A.)
Houria Jebbari	F	Rabat	01/08/94	03/09/94	Participer à une formation des formateurs avancée	Santa Cruz (E.U.A.)
Meryem Kendari	F	Rabat	01/08/94	03/09/94	Participer à une formation des formateurs avancée	Santa Cruz (E.U.A.)
Slimani Saboni	M	Rabat	01/08/94	03/09/94	Participer à une formation des formateurs avancée	Santa Cruz (E.U.A.)
Driss Jaafari	M	Rabat	02/03/96	14/04/96	Assister à un cours sur la gestion de soin de santé	Atlanta (E.U.A.)
Kacem Bouatou	M		02/03/96	14/04/96	Assister à un cours sur la gestion de soin de santé	Atlanta (E.U.A.)
Sidi Ali Amrani	M		02/03/96	14/04/96	Assister à un cours sur la gestion de soin de santé	Atlanta (E.U.A.)
Mostafa Bel	M		02/03/96	14/04/96	Assister à un cours sur la gestion de soin de santé	Atlanta (E.U.A.)
M'Barek El Hani	M		02/03/96	14/04/96	Assister à un cours sur la gestion de soin de santé	Atlanta (E.U.A.)
Souad El Hor	F		02/03/96	14/04/96	Assister à un cours sur la gestion de soin de santé	Atlanta (E.U.A.)
Hassania El Koubia	F	Rabat	03/06/96	21/06/96	Assister à la formation sur la post production effets spéciaux	Paris (France)
Youssef Riouch	M	Sefrou	29/03/97	04/04/97	Assister à un séminaire-atelier inter-pays consacré à la santé génésique pour la réduction de la mortalité maternelle	Caire (Egypte)
Fouad Bouchareb	M	Fès	29/03/97	04/04/97	Assister à un séminaire-atelier inter-pays consacré à la santé génésique pour la réduction de la mortalité maternelle	Caire (Egypte)
Fouad Hamadi	M	Rabat	23/04/97	27/04/97	Participer au Forum Européen sur l'Amélioration de la Qualité dans les Soins de Santé	Paris (France)
Mustapha Essolbi	M	Rabat	23/04/97	27/04/97	Participer au Forum Européen sur l'Amélioration de la Qualité dans les Soins de Santé	Paris (France)
Ahmed Cherrat	M	Meknès	23/04/97	27/04/97	Participer au Forum Européen sur l'Amélioration de la Qualité dans les Soins de Santé	Paris (France)
Slimane Hajra	M	Rabat	23/04/97	27/04/97	Participer au Forum Européen sur l'Amélioration de la Qualité dans les Soins de Santé	Paris (France)
Driss Bacheikh	M	Rabat	23/04/97	27/04/97	Participer au Forum Européen sur l'Amélioration de la Qualité dans les Soins de Santé	Paris (France)

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Participant	Sexe	Province	Date Départ	Date Retour	Objectif du voyage	Destination
Abdelwahab Zerrari	M	Rabat	09/05/97	24/05/97	Assister au "Cours de Formation Clinique de la Prise en Charge Intégrée de l'Enfant Malade"	Lusaka (Zambie)
Aziza Lyaghfour	F	Rabat	27/2/98	8/3/98	Assister à un cours de formation sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	Madagascar
Amine El Hassani	M	Rabat	27/2/98	8/3/98	Assister à un cours de formation sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	Madagascar
Fatima Dehbi	F	Rabat	27/2/98	8/3/98	Assister à un cours de formation sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	Madagascar
Khalid Slaitane	M	Rabat	12/3/98	19/3/98	Observer un programme d'Assurance Qualité en action	Murcia (Espagne)
A. El Ghaffouli	M	El Jadida	12/3/98	19/3/98	Observer un programme d'Assurance Qualité en action	Murcia (Espagne)
Abdelhaq M'Ghari	M	Taounate	12/3/98	19/3/98	Observer un programme d'Assurance Qualité en action	Murcia (Espagne)
Rachid Khadraoui	M	Kalaa Sraghna	12/3/98	19/3/98	Observer un programme d'Assurance Qualité en action	Murcia (Espagne)
M'Barek El Ouidali	M	Taroudant	12/3/98	19/3/98	Observer un programme d'Assurance Qualité en action	Murcia (Espagne)
Ahmed Fadili	M	Taroudant	12/3/98	19/3/98	Observer un programme d'Assurance Qualité en action	Murcia (Espagne)
Mustapha El Mahoti	M	Tétouan	12/3/98	19/3/98	Observer un programme d'Assurance Qualité en action	Murcia (Espagne)
Mohamed Sebbani	M	Meknès	12/3/98	19/3/98	Observer un programme d'Assurance Qualité en action	Murcia (Espagne)
Driss Bacheikh	M	Rabat	12/3/98	19/3/98	Observer un programme d'Assurance Qualité en action	Murcia (Espagne)
A. Achahboune	M	Rabat	12/3/98	19/3/98	Observer un programme d'Assurance Qualité en action	Murcia (Espagne)
Farouk Fasla	M	Agadir	8/6/98	3/7/98	Assister à un cours sur les méthodes de management moderne	Pittsburgh (E.U.A.)
Youssef N'has	M	Essaouira	8/6/98	3/7/98	Assister à un cours sur les méthodes de management moderne	Pittsburgh (E.U.A.)
Ahmed Mountacer	M	Tata	8/6/98	3/7/98	Assister à un cours sur les méthodes de management moderne	Pittsburgh (E.U.A.)
Salaheddine Bennani	M	Salé	8/6/98	3/7/98	Assister à un cours sur les méthodes de management moderne	Pittsburgh (E.U.A.)
Abdelhak Zerouali	M	Rabat	21/6/98	31/6/98	Assister à la formation sur les Routers CISCO	Ville de Québec (Canada)
Slimane Hajra	M	Rabat	20/7/98	31/7/98	Assister au cours sur la mise en oeuvre et la gestion efficace des projets informatiques	Boston (E.U.A.)

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Participant	Sexe	Province	Date Départ	Date Retour	Objectif du voyage	Destination
Rekia Kibbou	F	Tiznit	8/9/98	27/9/98	Assister au cours sur le Leadership stratégique	Boston (E.U.A.)
Nadia Beza	F	Rabat	8/9/98	27/9/98	Assister au cours sur le Leadership stratégique	Boston (E.U.A.)
Fouzya Chlyeh	F	Béni Mellal	8/9/98	27/9/98	Assister au cours sur le Leadership stratégique	Boston (E.U.A.)
Adelmalek Feddoul	M	Casa El Fida	8/9/98	27/9/98	Assister au cours sur le Leadership stratégique	Boston (E.U.A.)
Ahmed Cherrat	M	Meknès	8/9/98	27/9/98	Assister au cours sur le Leadership stratégique	Boston (E.U.A.)
El Habib Harroudi	M	Oujda	8/9/98	27/9/98	Assister au cours sur le Leadership stratégique	Boston (E.U.A.)
Mohammed Kassiou	M	Tanger	8/9/98	27/9/98	Assister au cours sur le Leadership stratégique	Boston (E.U.A.)
Abdelaziz Rihani	M	Ben Slimane	8/9/98	27/9/98	Assister au cours sur le Leadership stratégique	Boston (E.U.A.)
Abdelmajid El Yassem	M	Al Hoceima	8/9/98	27/9/98	Assister au cours sur le Leadership stratégique	Boston (E.U.A.)
Mohammed Sekkat	M	Meknès	8/9/98	2/10/98	Assister au cours sur la planification et le management des projets de développement	Pittsburgh (E.U.A.)
Lahcen Amal	M	Tiznit	8/9/98	2/10/98	Assister au cours sur la planification et le management des projets de développement	Pittsburgh (E.U.A.)
M'Hammed El Azzouni	M	Errachidia	8/9/98	2/10/98	Assister au cours sur la planification et le management des projets de développement	Pittsburgh (E.U.A.)
Brahim Ouchrif	M	Rabat	21/9/98	9/10/98	Assister à la formation sur la logistique en PF	Arlington (E.U.A.)
Zakia Ayaou	F	Al Hoceima	07/03/99	25/03/99	Assister à la formation internationale sur le suivi et l'évaluation des projets de développement	Settat (Maroc)
Habib Cherrat	M	Al Hoceima	07/03/99	25/03/99	Assister à la formation internationale sur le suivi et l'évaluation des projets de développement	Settat (Maroc)
Abdelhak Benjelloun	M	Safi	07/03/99	25/03/99	Assister à la formation internationale sur le suivi et l'évaluation des projets de développement	Settat (Maroc)
Soumaya Belhamdounia	F	Safi	07/03/99	25/03/99	Assister à la formation internationale sur le suivi et l'évaluation des projets de développement	Settat (Maroc)
Amina Azami Idrissi	F	Settat	07/03/99	25/03/99	Assister à la formation internationale sur le suivi et l'évaluation des projets de développement	Settat (Maroc)
Mohamed Ifleh	M	Settat	07/03/99	25/03/99	Assister à la formation internationale sur le suivi et l'évaluation des projets de développement	Settat (Maroc)
Hamid Elachhab	M	Settat	07/03/99	25/03/99	Assister à la formation internationale sur le suivi et l'évaluation des projets de développement	Settat (Maroc)
Amina Lamghari, LMPE	F	Rabat	24/05/99	18/06/99	Participer à l'atelier sur l'élaboration et gestion des programmes de santé reproductive	Santa Cruz (E.U.A.)
Khadija Bouzidy, MS	F	Rabat	24/05/99	18/06/99	Participer à l'atelier sur l'élaboration et gestion des programmes de santé reproductive	Santa Cruz (E.U.A.)
Fatima Boujibar, MS	F	Rabat	24/05/99	18/06/99	Participer à l'atelier sur l'élaboration et gestion des programmes de santé reproductive	Santa Cruz (E.U.A.)
Fadila El Kihel, MS	F	Rabat	24/05/99	18/06/99	Participer à l'atelier sur l'élaboration et gestion des programmes de santé reproductive	Santa Cruz (E.U.A.)

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Participant	Sexe	Province	Date Départ	Date Retour	Objectif du voyage	Destination
Ahmed Cherrat, MS	M	Meknès	11/07/99	15/07/99	Présenter l'expérience marocaine PCIME/Approche Communautaire à l'atelier sur l'élaboration et gestion des programmes à la réunion inter-pays sur la PCIME	Damas (Syrie)
El Laarbi Rjmati, MS	M	Rabat	11/07/99	15/07/99	Présenter l'expérience marocaine PCIME/Approche Communautaire à l'atelier sur l'élaboration et gestion des programmes à la réunion inter-pays sur la PCIME	Damas (Syrie)
Khattab Malika, MS	F	Rabat	13/09/99	24/09/99	Participer au cours "Le comédien et la radio"	Paris (France)
Larbi El Qassar, MS	M	Rabat	13/09/99	24/09/99	Participer au cours "Le comédien et la radio"	Paris (France)
Abdelmajid Bouallou	M	Fès	22/3/00	03/26/00	Participer au "Forum Européen sur l'Amélioration de la Qualité dans les Soins de Santé"	Amsterdam (Hollande)
Abdelhouahid Karimi	M	Rabat	22/3/00	03/26/00	Participer au "Forum Européen sur l'Amélioration de la Qualité dans les Soins de Santé"	Amsterdam (Hollande)
Abdelmajid Bouazza	M	Rabat	Avril 2000	Avril 2000	Participer à l'atelier "Advances in Family Health Communication"	Fatqa (Liban)
Mohamed Fennane	M	Rabat	Avril 2000	Avril 2000	Participer à l'atelier "Advances in Family Health Communication"	Fatqa (Liban)
Mustapha Lalaoui	M	Rabat	08/05/00	27/05/00	Participer à la formation "Méthodes d'Evaluation de Santé"	Montréal (Canada)
Ahmed Cherrat	M	Meknès	18/06/00	30/06/00	Partager l'expérience marocaine dans la mise en oeuvre du Programme National d'Assurance Qualité	Costa Rica; Egypt
Katre-Ennada Darkaoui	F	Rabat	18/06/00	30/06/00	Partager l'expérience marocaine dans la mise en oeuvre du Programme National d'Assurance Qualité	Costa Rica; Egypt
Salah Oulioul	M	Rabat	18/06/00	30/06/00	Partager l'expérience marocaine dans la mise en oeuvre du Programme National d'Assurance Qualité	Costa Rica; Egypt
Noureddine Ben Jbara, INAS	M	Rabat	24/05/99	18/06/99	Participer à un atelier sur l'évaluation des services SMI/PF	Chapel Hill (E.U.A.)

Annexe 8:
Liste des voyages à l'étranger
«invitational travel»

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Liste des Participants Financés à travers JSI pour "Invitational Travel"
Mai 1994-Septembre 2000

Nom du Participant	Sexe	Province	Date Départ	Date Retour	Objectif du voyage	Destination
Mohamed Bekkaye	M	Casa	01/08/94	03/08/94	Participer à un atelier	Jakarta (Indonésie)
Abdeslam Drissi	M	Rabat	01/08/94	03/08/94	Participer à un atelier	Jakarta (Indonésie)
Mostafa Tyane	M	Rabat	01/08/94	03/08/94	Participer à un atelier	Jakarta (Indonésie)
Malika Ben Mahi	F		05/08/94	13/09/94	Participer à la conférence internationale sur la Population et le Développement	Caire (Egypte)
Mostafa Denial	M	Rabat	05/08/94	13/09/94	Participer à la conférence internationale sur la Population et le Développement	Caire (Egypte)
Abdeslam Drissi	M	Rabat	05/08/94	13/09/94	Participer à la conférence internationale sur la Population et le Développement	Caire (Egypte)
Noufissa Kamri	F	Rabat	05/08/94	13/09/94	Participer à la conférence internationale sur la Population et le Développement	Caire (Egypte)
Mohamed Bekkaye	M	Casa	29/08/94	30/08/94	Participer à un séminaire sur l'Islam et la PF	Niamey (Niger)
M'Hammed Al Jem	M	Rabat	10/10/94	09/11/94	Travailler conjointement avec le personnel de l'université de Tulane sur le développement et le renforcement des capacités d'évaluation	Nouvelle Orléans (E.U.A.)
Abdellylah Lakssir	M	Rabat	10/10/94	09/11/94	Travailler conjointement avec le personnel de l'université de Tulane sur le développement et le renforcement des capacités d'évaluation	Nouvelle Orléans (E.U.A.)
Khadija Rachouk	F	Rabat	06/11/94	19/11/94	Participer à atelier de communication avancée	Tunis (Tunisie)
Karima El Harim	F	Rabat	01/01/95	28/02/95	Développer avec le MSP la capacité institutionnelle pour l'utilisation et l'évaluation des données de programme	Nouvelle Orléans (E.U.A.)
Mohamed Zaoui	M	Rabat	01/01/95	28/02/95	Développer avec le MSP la capacité institutionnelle pour l'utilisation et l'évaluation des données de programme	Nouvelle Orléans (E.U.A.)
Slimane Hajra	M	Rabat	14/01/95	30/01/95	Identifier les spécifications pour l'achat de matériel et l'installation d'un réseau informatique à la DPES	Washington; Boston (E.U.A.)
Sabah Benjelloun	F	Rabat	22/01/95	24/01/95	Participer à la seconde conférence internationale sur les méthodes d'évaluation diététiques	Boston (E.U.A.)

Previous Page Blank

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Participant	Sexe	Province	Date Départ	Date Retour	Objectif du voyage	Destination
Ahmed Hajji	M	Rabat	14/05/95	22/05/95	Visiter plusieurs institutions américaines telles que la National Library of Medicine, Library of Congress et JHU	Washington; Baltimore (E.U.A.)
My Ahmed Ghouli	M	Rabat	14/05/95	26/05/95	Participer au Colloque sur la Gestion de la Qualité	Egypte
Fatima Bakkar	F	Rabat	14/05/95	26/05/95	Participer au Colloque sur la Gestion de la Qualité	Egypte
Jamal Tekni	M	Rabat	14/05/95	26/05/95	Participer au Colloque sur la Gestion de la Qualité	Egypte
Halima Mouniri	F	Rabat	14/05/95	26/05/95	Participer au Colloque sur la Gestion de la Qualité	Egypte
M'Hamed Braikat	M	Rabat	14/05/95	26/05/95	Participer au Colloque sur la Gestion de la Qualité	Egypte
Salah Eddine Ottmani	M	Rabat	14/05/95	26/05/95	Participer au Colloque sur la Gestion de la Qualité	Egypte
Farouk Amrani Joutey	M	Rabat	14/05/95	26/05/95	Participer au Colloque sur la Gestion de la Qualité	Egypte
Mohammed Zaari	M	Rabat	14/05/95	26/05/95	Participer au Colloque sur la Gestion de la Qualité	Egypte
Abdelkader Chergaoui	M	Rabat	14/05/95	26/05/95	Participer au Colloque sur la Gestion de la Qualité	Egypte
Khadija Hamiou	F	Rabat	14/05/95	26/05/95	Participer au Colloque sur la Gestion de la Qualité	Egypte
Brahim Ouchrif	M	Rabat	22/06/95	06/07/95	Travailler avec le personnel comptable à JSI Boston	NY, Boston, Washington
Noureddine Maana	M	Rabat	22/06/95	06/07/95	Travailler avec le personnel comptable à JSI et rencontrer les responsables de Transcentury Matrix et autres qui peuvent assister dans les achats futurs	NY, Boston, Washington
Mustapha Mahfoudi	M	Rabat	22/10/95	27/10/95	Participer à la 5ième rencontre du CVI Consultative Group	Sao Paulo (Brésil)
Fatima El Kadioui	F	Rabat	15/11/95	23/11/95	Participer à la 44ième rencontre annuelle de la Société Américaine de Médecine Tropicale	San Antonio
Jaafar Heikel	M	Rabat	06/12/95	17/12/95	Participer à la IXième Conférence Internationale sur le SIDA et les MST	Kampala (Uganda)
Baba Filali	M	Rabat	06/12/95	17/12/95	Participer à la IXième Conférence Internationale sur le SIDA et les MST	Kampala (Uganda)
Rajae El Aouad	F	Rabat	06/12/95	17/12/95	Participer à la IXième Conférence Internationale sur le SIDA et les MST	Kampala (Uganda)
Abdellatif Lfarakh	M	Rabat	11/12/95	16/12/95	Participer au 9ème colloque de l'association maghrébine pour l'étude de la population	Tunis (Tunisie)
Abdellilah Yaakoubd	M	Rabat	11/12/95	16/12/95	Participer au 9ème colloque de l'association maghrébine pour l'étude de la population	Tunis (Tunisie)
Ahmed Bendali	M	Fès	11/12/95	16/12/95	Participer au 9ème colloque de l'association maghrébine pour l'étude de la population	Tunis (Tunisie)

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Participant	Sexe	Province	Date Départ	Date Retour	Objectif du voyage	Destination
Mina Abakrouch	F	Rabat	11/12/95	16/12/95	Participer au 9ème colloque de l'association maghrébine pour l'étude de la population	Tunis (Tunisie)
El Arbi Rjimati	M	Rabat	16/03/96	25/03/96	Assister à la conférence internationale sur la vitamine A	Guatemala City
Aziza Lyaghfour	F	Rabat	16/03/96	25/03/96	Assister à la conférence internationale sur la vitamine A	Guatemala City
Amina Saad	F	Rabat	16/03/96	25/03/96	Assister à la conférence internationale sur la vitamine A	Guatemala City
Najat Mokhtar	F	Rabat	16/03/96	25/03/96	Assister à la conférence internationale sur la vitamine A	Guatemala City
Rokia Belahsen	F	Rabat	16/03/96	25/03/96	Assister à la conférence internationale sur la vitamine A	Guatemala City
Loubaba Laraki	F	Rabat	16/03/96	25/03/96	Assister à la conférence internationale sur la vitamine A	Guatemala City
Amina Balafrej	F	Rabat	15/06/96	22/06/96	Participer à Conférence sur la prévention de la mortalité maternelle	Accra (Ghana)
Abdelwahab Zerrari	M	Rabat	15/06/96	22/06/96	Participer à Conférence sur la prévention de la mortalité maternelle	Accra (Ghana)
Haddou Sennane	F	Rabat	15/06/96	22/06/96	Participer à Conférence sur la prévention de la mortalité maternelle	Accra (Ghana)
Jawad Mahjour	M	Rabat	05/07/96	12/07/96	Participer à Xième Conférence Internationale sur le SIDA	Vancouver (Canada)
Youssef Chami	M	Rabat	05/07/96	13/07/96	Participer à Xième Conférence Internationale sur le SIDA	Vancouver (Canada)
Jaafar Heikel	M	Rabat	05/07/96	13/07/96	Participer à Xième Conférence Internationale sur le SIDA	Vancouver (Canada)
Ahmed Zidouh	M	Rabat	05/07/96	13/07/96	Participer à Xième Conférence Internationale sur le SIDA	Vancouver (Canada)
Ghizlaine Selka	F	Rabat	05/07/96	13/07/96	Participer à Xième Conférence Internationale sur le SIDA	Vancouver (Canada)
Rachid Bezad	M	Rabat	05/07/96	13/07/96	Participer à Xième Conférence Internationale sur le SIDA	Vancouver (Canada)

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Participant	Sexe	Province	Date Départ	Date Retour	Objectif du voyage	Destination
AbdelKarim Zalim	M	Rabat	01/03/97	14/03/97	Acquérir une opinion complète sur les diverses procédures de tests, normes de qualité, les procédures de tests, normes de qualité, les procédés industriels de fabrication des préservatifs et les paramètres dans le cadre juridique	Seattle (E.U.A.)
Sabria Lahgui	F	Rabat	01/03/97	14/03/97	Acquérir une opinion complète sur les diverses procédures de tests, normes de qualité, les procédures de tests, normes de qualité, les procédés industriels de fabrication des préservatifs et les paramètres dans le cadre juridique	Seattle (E.U.A.)
Laïla Hakkou	F	Rabat	01/03/97	14/03/97	Acquérir une opinion complète sur les diverses procédures de tests, normes de qualité, les procédures de tests, normes de qualité, les procédés industriels de fabrication des préservatifs et les paramètres dans le cadre juridique	Seattle (E.U.A.)
Fatima Akka	F	Rabat	01/03/97	14/03/97	Acquérir une opinion complète sur les diverses procédures de tests, normes de qualité, les procédures de tests, normes de qualité, les procédés industriels de fabrication des préservatifs et les paramètres dans le cadre juridique	Seattle (E.U.A.)
Touria Bellalij	F	Rabat	01/03/97	14/03/97	Acquérir une opinion complète sur les diverses procédures de tests, normes de qualité, les procédures de tests, normes de qualité, les procédés industriels de fabrication des préservatifs et les paramètres dans le cadre juridique	Seattle (E.U.A.)
Najia Hajji	F	Rabat	12/05/97	16/05/97	Définir et finaliser avec JHPIEGO et l'USAID les prochaines étapes de l'activité Révision du Cursus Universitaire	Baltimore (E.U.A.)
Mohamed Abou Ouakil	M	Rabat	30/3/98	3/4/98	Assister à la Conférence "Participation des Hommes dans le domaine de la Santé de la Reproduction"	Ouagadougou (Bourkina Faso)
Dr Mekkaoui	M	Rabat	30/3/98	3/4/98	Assister à la Conférence "Participation des Hommes dans le domaine de la Santé de la Reproduction"	Ouagadougou (Bourkina Faso)
Bouallou Abdelmajid	M	Fès	1/5/98	8/5/98	Présenter l'expérience du projet pilote MSR à la réunion internationale organisée par EMRO/OMS	Sanâa, Yémen

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Participant	Sexe	Province	Date Départ	Date Retour	Objectif du voyage	Destination
Mostafa Tyane	M	Rabat	22/6/98	31/6/98	Participer à la conférence NCIH	Washington (E.U.A.)
Rachid Bezaad	M	Rabat	22/6/98	31/6/98	Participer à la conférence NCIH	Washington (E.U.A.)
Mustapha El Mahoti	M	Tétouan	03/10/98	11/10/98	Participer à la conférence annuelle ISQUA	Budapest (Hongrie)
Ali Wakrim	M	Rabat	03/10/98	11/10/98	Participer à la conférence annuelle ISQUA	Budapest (Hongrie)
Ahmed Serji	M	Rabat	05/11/98	15/11/98	Echange d'expérience dans la constitution de réseaux de médecins de santé préventive parmi les généralistes, et dans l'institutionnalisation de l'assurance qualité par la constitution de groupes de pairs	Caire (Egypte)
Abdelhadi Ben Abbou	M	Rabat	05/11/98	15/11/98	Echange d'expérience dans la constitution de réseaux de médecins de santé préventive parmi les généralistes, et dans l'institutionnalisation de l'assurance qualité par la constitution de groupes de pairs	Caire (Egypte)
Mohamed Ktiri	M	Casa	05/11/98	15/11/98	Echange d'expérience dans la constitution de réseaux de médecins de santé préventive parmi les généralistes, et dans l'institutionnalisation de l'assurance qualité par la constitution de groupes de pairs	Caire (Egypte)
Najia Rguibi	F	Casa	05/11/98	15/11/98	Echange d'expérience dans la constitution de réseaux de médecins de santé préventive parmi les généralistes, et dans l'institutionnalisation de l'assurance qualité par la constitution de groupes de pairs	Caire (Egypte)
Mostafa Tyane	M	Rabat	06/11/98	12/11/98	Echange d'expérience dans la constitution de réseaux de médecins de santé préventive parmi les généralistes, et dans l'institutionnalisation de l'assurance qualité par la constitution de groupes de pairs	Caire (Egypte)
Hassan Khourani	M	Rabat	06/11/98	12/11/98	Echange d'expérience dans la constitution de réseaux de médecins de santé préventive parmi les généralistes, et dans l'institutionnalisation de l'assurance qualité par la constitution de groupes de pairs	Caire (Egypte)

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Participant	Sexe	Province	Date Départ	Date Retour	Objectif du voyage	Destination
Hafida Guessous, UNFM	F	Rabat	06/02/99	12/02/99	Participer à la conférence CIPD + 5	LaHaye (Hollande)
Ben Abla Mustapha	M	Rabat	07/03/99	25/03/99	Participer à la réunion du comité exécutif du partenariat Sud-Sud	Naïrobi (Kenya)
Ben Abla Mustapha	M	Rabat	07/03/99	25/03/99	Participer à la réunion du comité exécutif du partenariat Sud-Sud	Naïrobi (Kenya)
Agyo Ahmed	M	Rabat	14/03/99	27/03/99	Développer un Coursus du 2è cycle des études para-médicales	Montréal (Canada)
Mohamed Boulgana	M	Rabat	14/03/99	27/03/99	Développer un Coursus du 2è cycle des études para-médicales	Montréal (Canada)
Naïma Kalali	F	Rabat	14/03/99	27/03/99	Développer un Coursus du 2è cycle des études para-médicales	Montréal (Canada)
Taoufik Bouhmidi	M	Rabat	28/04/99	12/04/99	Participer à la conférence internationale sur le rôle du médecin de famille dans la communauté	Manama (Bahrein)
Taoufik Bouhmidi	M	Rabat	28/04/99	12/04/99	Participer à la conférence internationale sur le rôle du médecin de famille dans la communauté	Manama (Bahrein)
Aïcha Benbaha, AMSF	F	Rabat	14/05/99	21/05/99	Participer à la Réunion Internationale du Conseil de la Confédération des Sages-Femmes	Manille (Philippines)
Brahim Ouchrif, MS	M	Rabat	29/05/99	08/06/99	Rencontrer les fournisseurs JSI à New York et le spécialiste Achats de JSI à Washington	N.Y./Washington (E.U.A.)
Mohamed Abou Ouakil, MS	M	Rabat	10/06/99	18/06/99	Participer à la réunion de travail dans le cadre du Projet Maroc-Mauritanien, Partenariat Sud-Sud	Nouakchott (Mauritanie)
Najia Hajji, MS	F	Rabat	23/06/99	02/07/99	Participer à la session extraordinaire de l'assemblée générale consacrée à l'examen et l'évaluation de l'application du programme d'action (CIPD+5)	New York (E.U.A.)
Chennaq Driss, AMSISTS	M	Rabat	26/06/99	02/07/99	Participer au centenaire du conseil international des infirmiers (CII)	Londres (G.B.)
El Barqui Mohammed, AMSISTS	M	Rabat	26/06/99	02/07/99	Participer au centenaire du conseil international des infirmiers (CII)	Londres (G.B.)
Chouikh Mahjouba, AMSISTS	F	Rabat	26/06/99	02/07/99	Participer au centenaire du conseil international des infirmiers (CII)	Londres (G.B.)
Fadili Rachida, AMSISTS	F	Rabat	26/06/99	02/07/99	Participer au centenaire du conseil international des infirmiers (CII)	Londres (G.B.)

Projet de Planification Familiale et Santé Maternelle et Infantile Phase V

Nom du Participant	Sexe	Province	Date Départ	Date Retour	Objectif du voyage	Destination
Aziza Lyaghfour	F	Rabat	03/04/00	03/09/00	Revoir le protocole nouvellement développé de l'évaluation PCIME	Dakar (Sénégal)
Aïcha Lamrani	F	Rabat	03/04/00	03/09/00	Revoir le protocole nouvellement développé de l'évaluation PCIME	Dakar (Sénégal)
Ali Bensalah	M	Rabat	02/05/00	04/05/00	Participer à la réunion international sur la Santé de la Mère	Washington (E.U.A.)
Ben Abla Mustapha	M	Rabat	27/05/00	03/06/00	Participer à la réunion des partenaires Sud-Sud	Caire (Egypte)
Abdelwahab Zerrari	M	Rabat	13/06/00	16/06/00	Participer à la Conférence annuelle de Global Health Council	Washington (E.U.A.)
Youssef Riouch	M	Sefrou	13/06/00	16/06/00	Participer à la Conférence annuelle de Global Health Council	Washington (E.U.A.)
Hamid Chekli	M	Rabat	13/06/00	16/06/00	Participer à la Conférence annuelle de Global Health Council	Washington (E.U.A.)
Fatima Guezzar	F	Agadir	13/06/00	16/06/00	Participer à la Conférence annuelle de Global Health Council	Washington (E.U.A.)
Ben Abla Mustapha	M	Rabat	26/08/00	31/08/00	Participer à la réunion du comité exécutif du partenariat Sud-Sud	Caire (Egypte)
Mohamed Abou Ouakil	M	Rabat	26/08/00	31/08/00	Participer à la réunion du comité exécutif du partenariat Sud-Sud	Caire (Egypte)