

USAID/IN SINGLE COPY BEWARE!

PN-ABC-268

PA 85519



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION DE LA PREVENTION ET
DE L'ENCADREMENT SANITAIRE
DIVISION DE LA S. M. I.



**PROJET DE STRATEGIE NATIONALE DE REDUCTION ET DE PREVENTION
DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE MATERNELLES ET PERINATALES
DANS LE CADRE DE LA " MATERNITE SANS RISQUE "**

SERVICE DE PROTECTION DE LA SANTE DE LA MERE

AVRIL 1992

P L A N

INTRODUCTION

I. ANALYSE ET EVOLUTION DE LA SITUATION

1. SURVIE DES ENFANTS
2. MORTALITE MATERNELLE
3. COUVERTURE SANITAIRE
4. COUVERTURE DES SERVICES

II. IDENTIFICATION DES PROBLEMES ET DES LIMITES ACTUELLES

III. ORIENTATIONS D'UN FUTUR PLAN POUR UNE STRATEGIE NATIONALE EN FAVEUR D'UNE MATERNITE SANS RISQUE

1. SOINS DE SANTE DE BASE
2. SOINS HOSPITALIERS
3. INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION
4. CAPACITES INSTITUTIONNELLES
5. RECHERCHE
6. ACTIVITES COMPLEMENTAIRES

IV. STRATEGIE ET PRIORITES

1. STRATEGIE COURT TERME (1992 - 1995)
2. STRATEGIE MOYEN TERME (1996 - 1997)
3. STRATEGIE LONG TERME (1998 - 2002)

ANNEXES

- PROGRAMME DE SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT
- RECOMMANDATIONS DE LA CONFERENCE MAGHREBINE: "MATERNITE SANS RISQUE".

REFERENCES

INTRODUCTION

La santé de la femme adulte est étroitement liée à son rôle procréateur. Les femmes en âge de procréer représentent dans notre pays près du quart de la population et 12 % de ces femmes sont enceintes .

Les femmes durant la période de la maternité, période particulièrement critique est peu protégée . Les risques qu'elle court sont multiples et ne sauraient se limiter, loin s'en faut, aux risques sanitaires .

Faute d'information précise sur l'ampleur et les causes de la mortalité maternelle, ce problème n'a pas été envisagé dans sa perspective mondiale, et l'on n'a pas développé de politique et de programme nationaux .

L'éclairage donné à ce problème par la décennie des Nations-Unies pour la femme (1976 - 1985), les différentes conférences internationales, précisément, la conférence nationale de Nairobi (1987) ont permis de sensibiliser l'opinion à l'ampleur du problème. On a pris conscience du fait que les décès maternels pouvaient être en grande partie évités .

Grâce à cette action de sensibilisation; on commence à s'engager au niveau national et international en faveur de la santé maternelle . Les problèmes liés à la maternité et à l'enfance ont évolué dans leur nature, dans les moyens propres à les résoudre et l'intérêt qui leur est porté .

Au niveau national, le concept de la Protection de la Santé de la Mère et de l'Enfance était limitée au départ (jusqu'à l'année 1987) à la santé de l'enfant ; ce qui a vu la réalisation de progrès notoire puisque la mortalité infantile et du jeune enfant continue à régresser encore par rapport à son taux actuel pour atteindre celui des pays intermédiaires; ceci grâce à une importante réduction des cause dues aux maladies infectieuses et aux diarrhées.

Par contre, les causes liées aux problèmes de périnatalité, conditionnés par la surveillance de la grossesse et la qualité de l'accouchement, accuseront une augmentation et imposeront de plus en plus le recours à des actions mieux structurées et à des moyens d'intervention plus complexe .

Si les conditions de suivi de la grossesse et de l'accouchement ont quelques peu progressé, il reste néanmoins que la mortalité maternelle reste importante et pèsera sur le niveau général de santé du pays et représentera un problème majeur qui nécessite une prise réelle de conscience de la volonté politique . ; d'autant plus qu'il s'agit d'un domaine multidimensionnel et de santé publique, où les investissements sont non productifs à court terme.

Cette situation a poussé les responsables nationaux à entreprendre toute une réflexion sur la question de la maternité, sur la base: de connaissances et d'informations (analyse et évaluation de la situation), de l'évolution des actions développées dans le cadre de la Protection de la Santé de la Mère, de l'identification des contraintes et limites actuelles qui bloquent l'accélération du processus visant à améliorer la situation de la santé maternelle; pour pouvoir déterminer les orientations d'un futur plan de Stratégie Nationale devant déboucher sur des actions prioritaires menées à court, moyen et long terme .

**ANALYSE ET EVOLUTION
DE LA SITUATION**

I. SURVIE DES ENFANTS

On a observé au Maroc (1) au cours de ces vingt dernières années une réduction de 50 % du taux de mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de 5 ans). Il faut préciser que la lutte contre la mortalité infantile a été définie comme priorité dans le cadre du Plan d'Orientation pour le Développement Economique et Social au début des années quatre-vingt. Notons cependant que c'est la période juvénile, de 1 à 4 ans, qui a connu la plus forte réduction (près de 70%) tandis que le taux de mortalité néonatale (0 - 28 jours) n'a baissé que de 29 % (voir Tableau 1).

On espère atteindre un taux de mortalité infantile de 50 pour mille naissances vivantes vers la fin 1992 (13), baisse due à une importante réduction des causes liées aux maladies infectieuses (par la vaccination).

Tableau 1: Quotients de mortalité (pour 1000) selon l'âge au décès et la période, Maroc, 1962-86.

Age au décès	1962-66	1967-71	1972-77	1977-81	1982-86
0 - 27 jours	58	47	49	49	41
28j - 11 mois	60	55	55	43	32
1 - 4 ans	96	79	68	48	31
0 - 4 ans	203	174	165	136	102

Il existe pour la période 1977-86, une nette différence entre le milieu rural (137 pour 1.000 entre 0 et 4 ans) et le milieu urbain (81 pour 1.000), ainsi qu'entre les régions du Sud et du Nord d'une part (115 pour mille) et le Centre d'autre part (75 pour mille).

La mortalité infantile (0 - 11 mois) a été estimée à 73 pour mille pour les années 1982-86: 56% des décès observés durant la première année de vie surviennent au cours de la période néonatale (1). Les principales causes de ces morts néonatales (2) sont les suivantes (en fonction du pourcentage par rapport au nombre total de décès néonataux enregistrés - N = 128):

- tétanos (22%)
- souffrance foetale (20%)
- prématurité (20%)
- pneumopathies (9%)
- hypotrophie (8%)

L'importance relative de ces causes ne varie pas suivant le milieu étudié (rural ou urbain). L'étude des causes associées de décès au cours de la période néonatale met en outre en évidence le rôle de la prématurité (28% des cas), de

l'hypotrophie foetale (15%) et des grossesses multiples (12%) comme facteurs ayant contribué au décès (2).

La moitié des décès observés durant la période néonatale sont directement liés aux pratiques en matière de soins de santé apportés à la mère durant la grossesse et l'accouchement:

- le tétanos néonatal peut être évité par la vaccination anti-tétanique des femmes en âge de procréer et des mesures d'hygiène élémentaires lors de l'accouchement

- la fréquence des faibles poids à la naissance et de la prématurité peut être réduite par la prévention des grossesses précoces et de la multiparité, l'espacement des naissances et la surveillance de la grossesse (nutrition, anémie, charge de travail...)

- la souffrance foetale et les troubles respiratoires du nouveau-né peuvent être prévenu par le dépistage et le suivi des grossesses à risque ainsi qu'une surveillance correcte de l'accouchement.

Il faut signaler également l'importance de la mortinatalité et des faibles poids à la naissance. Le taux de mort-nés a été estimé, dans les formations hospitalières à 41,1 pour mille naissances au niveau national (5) et à 70 pour mille dans quatre provinces du Sud (7). Dans ces mêmes provinces, le pourcentage de faible poids à la naissance serait de 52 pour mille naissances en milieu surveillé.

L'incidence élevée des faibles poids à la naissance est la conséquence de l'état de santé et du niveau nutritionnel de la mère pendant la grossesse. L'hyperfécondité (l'ENPS révèle qu'en 1987 plus de 53 % des femmes mariées ont 4 enfants et plus) actuelle ne fait qu'aggraver la situation.

Il est donc primordial d'améliorer désormais les conditions de prise en charge des femmes enceintes et de l'accouchement si l'on veut continuer à réduire de manière significative la mortalité infantile et la mortinatalité, réduire la fréquence des faibles poids à la naissance et améliorer l'état de santé des enfants.

II. SANTE MATERNELLE

Il existe un certain nombre d'estimations en ce qui concerne la fréquence des décès liés à la grossesse et/ou l'accouchement:

- à Oujda, 122 décès ont été enregistrés entre 1975 et 1981 sur un total de 20.791 naissances, soit un taux de mortalité maternelle de 586 pour 100.000 naissances vivantes (3)

- à Marrakech, 266 décès ont été enregistrés entre 1974 et 1982 sur un total de 65.400 naissances, soit un taux de 406 morts maternelles pour 100.000 naissances vivantes (3)

- à Rabat, sur 20.960 accouchements effectués à la maternité Ibn Sina en 1987 et 1988, 54 décès sont à déplorer, soit un ratio de mortalité maternelle de 257 pour 100.000 accouchements (4).

Il n'existe pas toutefois jusqu'à ce jour d'évaluation directe de la mortalité maternelle: la plupart des estimations se basent en effet sur des statistiques hospitalières. Une mesure plus précise du problème requiert soit un recensement exhaustif des événements au niveau de la population mais la couverture des décès par les statistiques d'état-civil est trop faible actuellement pour être fiable.

Une autre option serait l'organisation d'une enquête spécifique au niveau de la population mais ce genre d'entreprise risque d'absorber une partie non négligeable des ressources qui pourraient être mise à profit pour améliorer la qualité des services de prévention.

Un première tentative d'estimation indirecte de la mortalité maternelle par la mesure du déficit en matière d'interventions obstétricales a été effectuée par l'INAS en 1990 au niveau national (5). Cette étude a mis en évidence un taux de mortalité maternelle intra-hospitalière de 176 pour 100.000 naissances vivantes, un taux d'interventions obstétricales majeures pour indication maternelle absolue de 1% en milieu urbain et de 0.33% en milieu rural. Le déficit en milieu rural se chiffre donc à 3.236 interventions, soit un taux de mortalité de 425 pour 100.000 naissances vivantes (résultats préliminaires).

La persistance de taux élevés de mortalité maternelle est le résultat de la combinaison de facteurs médicaux et de problèmes socio-économiques (conditions de vie précaires), culturels et d'accessibilité géographique (habitat disséminé en milieu rural).

Au point de vue obstétrical, les décès maternels sont le plus souvent attribuables à des causes directes (3):

- dystocies et rupture utérines (15 à 28%)
- hémorragies (18 à 26%)
- infections (17 à 22%)
- toxémies (13 à 15%)

Dans 10% des cas environ, le décès est dû à des causes indirectes (diabète, cardiopathie,...).

Le risque lié à la maternité est donc un problème réel: il se traduit non seulement par un taux de mortalité maternelle élevé (20 à 25 fois supérieur aux taux observés dans les pays occidentaux), sans oublier la dimension sociale matérialisée par la souffrance qu'entraîne un décès maternel dans la famille et la communauté, mais aussi par une morbidité maternelle non négligeable. L'évaluation de la mortalité maternelle ne traduit pas en effet toute la souffrance consécutive à des complications non traitées de la

grossesse et de l'accouchement. Bien qu'il n'existe pas d'informations précises sur l'ampleur de ce problème, on peut estimer que pour chaque femme qui décède, seize autres subissent dans leur santé une atteinte qui risque de persister pendant le reste de leur existence .

Dans leur majorité, les complications à long terme d'un accouchement sont consécutives à des anomalies du travail (et avant tout les dystocies), à une hémorragie obstétricale ou à une infection puerpérale. Parmi les conséquences, on peut citer les fistules vésicovaginales, la stérilité et le prolapsus génital.

III. COUVERTURE SANITAIRE

3.1. Les Soins de Santé de Base

La couverture sanitaire nationale par le secteur public s'appuie essentiellement sur un réseau de Soins de Santé de Base (S.S.B.). Ce dernier comprend:

* en milieu rural, 1.237 établissements (13):

- 42 hôpitaux comportant 1.192 lits d'accouchements et 810 lits d'hospitalisation (soit 1 lit pour 6.730 habitants)
- 182 centres de santé
- 1.013 dispensaires ruraux et dispensaires de base

* Le milieu urbain est desservi par:

- 250 centres de santé
- 166 dispensaires

La desserte actuelle de la population rurale par les services de santé se présente comme suit: le mode fixe ne concerne que le quart de la population rurale tandis que les deux tiers sont couverts par des stratégies mobiles (cette répartition varie bien entendu suivant les régions).

Couverture par le mode fixe:

La distribution de la population rurale par rayon kilométrique autour des formations du réseau fixe de S.S.B. se présente pour l'année 1989 comme suit :

- 3 km = 18 %
- 3 à 6 km = 19 %
- 6 à 10 km = 23 %
- + 10 km = 40 %

40% de la population se trouve donc à plus de 10 km d'un établissement de la santé

publique. Cette situation s'explique par la faible densité de population, la dispersion de l'habitat et la configuration du relief.

Outre la vétusté des bâtiments (40% ont été construits il y a plus de 20 ans) et le sous-équipement des formations sanitaires, tous ces facteurs freinent le développement harmonieux des programmes de santé en milieu rural. Les prestations de service en milieu rural sont donc nettement inférieures à celles du milieu urbain, plus particulièrement en ce qui concerne les taux d'utilisation des consultations à caractère préventif.

Pour faire face à cette situation et améliorer l'accessibilité aux soins, dans un cadre de rationalisation des ressources, le M.S.P. a mis en oeuvre des stratégies mobiles de couverture apportant régulièrement des prestations de soins de santé primaires aux populations situées en dehors du rayon d'attraction des formations sanitaires.

Couverture par le mode mobile:

Cette modalité s'articule autour de l'itinérance par visite à domicile (VAD), l'itinérance par point de contact (P.C.) et l'équipe mobile. Pour un certain nombre d'activités spécifiques, ce mode d'organisation a permis d'obtenir des résultats satisfaisants (vaccination, lutte contre les maladies diarrhéiques, planification familiale). Le personnel itinérant a connu toutefois une régression, ces dernières années passant de 1.580 agents en 1987 à 1.318 en 1989. Par ailleurs, le fonctionnement harmonieux de cette stratégie est compromis par un certain nombre de lacunes en ce qui concerne les moyens de déplacement :

- véhicules et vélomoteurs vétustes (8 ans en moyenne)
- manque de structures et personnel qualifié pour l'entretien du parc automobile).

Le mode participatif ou ressources locales:

Basé sur la collaboration avec des accoucheuses traditionnelles, cette stratégie fût testée dès 1985 dans quelques provinces pilotes (Settat - Taroudant - Agadir). Cette approche n'a pas fait l'objet, jusqu'à l'heure actuelle, d'une évaluation objective visant à en apprécier l'impact sur la santé de la mère et du nouveau-né. Depuis 1987 toutefois, tout un processus de discussion et de réflexion a été entamé afin de pouvoir mettre en place une stratégie d'éducation et d'information pour et avec les accoucheuses traditionnelles.

3.2. Le réseau hospitalier:

Ce réseau, composé de 98 hôpitaux d'une capacité totale de 25.974 lits, se répartit de la façon suivante:

- 12 hôpitaux nationaux ou universitaires (25% de la capacité litière)
- 20 hôpitaux régionaux (20%)
- 46 hôpitaux provinciaux (48%)
- 20 hôpitaux de zone (7%).

Parmi ces hôpitaux on recense 46 maternités provinciales comprenant un total de 1 556 lits.

Les principaux problèmes du réseau hospitalier à l'heure actuelle, sont les suivants:

- vétusté des bâtiments (près de 60% des établissements ont été construits il y a plus de 30 ans)
- niveau de développement insuffisant de leur plateau technique (en ce qui concerne les capacités d'investigation paraclinique d'une part, plus particulièrement dans le domaine de la biologie et de la radiologie, et d'intervention chirurgicale d'autre part).

Un gros effort particulier a été entrepris à partir de 1990 dans le cadre du PRISS où un accent particulier a été mis sur le renouvellement des équipements médicaux et de radiologie d'un certain nombre d'hôpitaux.

IV. SERVICES DE PROTECTION MATERNELLE

4.1. Planification familiale

La fécondité incontrôlée est à l'origine de bon nombre de décès maternels: la baisse de la fécondité devrait donc entraîner une diminution rapide de la mortalité maternelle:

- par la diminution des grossesses, principalement les grossesses à risque, et donc une réduction des morts imputables à des causes obstétricales directes
- par la baisse du nombre de grossesses non désirées.

Au Maroc, au cours des années quatre-vingt, des services de planification familiale ont été mis à la disposition d'une grande partie de la population. Pour preuve, la prévalence contraceptive parmi les femmes mariées, toutes méthodes confondues, est passée de 19% en 1980 à 36% en 1987. Durant la même période, le taux de fécondité a baissé de 21%; les femmes avaient en moyenne 5,8 enfants en 1979-80 contre 4,6 seulement en 1987 (ENPS). Outre la contraception, divers facteurs sont intervenus dans l'évolution de la fécondité: âge au mariage, âge lors de la première grossesse, pourcentage de femmes enceintes avant l'âge de 20 ans (30% au Maroc).

Une demande importante reste toutefois encore à satisfaire: ainsi, près de la moitié des femmes qui n'utilisent pas de méthode de contraception souhaite soit éviter soit, retarder la survenue d'une nouvelle grossesse (1). On observe d'autre part une différence importante entre le milieu urbain (52% d'utilisation d'une méthode contraceptive - 3,2 enfants en moyenne par femme) et le milieu rural (25% d'utilisation et 5,9 enfants).

Outre les impératifs de contrôle de l'accroissement de la population en relation avec le développement socio-économique du pays, la promotion de la planification familiale contribuera, entre autre, à la prévention de la mortalité maternelle: diminution de la

fréquence des grossesses avant 20 ans et après 35 ans, allongement de l'intervalle intergénéral, prévention de la multiparité et des grossesses non désirées.

4.2. Surveillance de la grossesse

Le développement d'un programme structuré de surveillance de la grossesse est relativement récent (1987). Ceci permet d'expliquer en partie pourquoi la couverture des femmes enceintes en matière de surveillance prénatale reste relativement faible (6): au niveau national, 25% des femmes ont eu au moins une consultation et 13% seulement ont été vues au moins trois fois durant leur grossesse. Ici également on observe une différence nette entre le milieu urbain et le milieu rural: (Tab. 2)

Tableau 2: pourcentage de femmes enceintes en fonction du Nombre de consultations prénatales, par milieu, Maroc, 1987 (6).

Milieu	Nombre de consultations	
	Au moins 1	3 ou plus
Rural	13 %	4 %
Urbain	48 %	30 %

Parmi les facteurs qui contribuent à la faible utilisation des services de surveillance prénatale il faut citer: l'accessibilité géographique (6), le manque d'information (4-7), des problèmes de type socio-culturel et un manque d'intégration de la surveillance de la grossesse dans les activités des formations sanitaires. L'ENPS (6) a par ailleurs montré que paradoxalement ce sont les femmes qui appartiennent à certains groupes à risque (moins de 25 ans ou de plus de 34 ans, multipares et analphabètes) qui utilisent le moins les services de surveillance de la grossesse.

Les statistiques du service de Protection de la Santé de la Mère révèlent toutefois une augmentation sensible du nombre de consultations prénatales réalisées au sein des formations sanitaires du secteur public depuis 1987: Tableau 3.

Tableau 3: nombre de consultations prénatales pratiquées dans le secteur public, Maroc, 1987 - 1990.

Milieu	Années	1987	1990
Rural		46.887	121.345
Urbain		92.742	140.532
Total		141.629	261.877

Si l'on rapporte ces consultations au nombre théorique de femme enceintes (851.146 en 1987 et 867.900 en 1990 selon les estimations du C.E.R.E.D.), 4,8% des femmes ont effectué au moins une visite prénatale au 1er trimestre de leur grossesse dans une institution publique en 1987 et 5,9% au 3ème trimestre. Ces taux de couverture auraient doublé en 1990 : 8,2 et 10,8% respectivement au niveau national. Au total toutefois, le nombre moyen de consultation prénatale pour les femmes enceintes qui ont consultés les services publiques, reste relativement faible (1,2).

1
250
261 m
867 m

Une progression encore plus nette est observée à certaines endroits: le taux de couverture serait passé de 5 - 8% à 13 - 22% durant la même période dans quatre provinces du Sud: ces dernières ont toutefois fait l'objet d'un investissement particulier.

Il ne faut pas oublier en outre le rôle du secteur privé dans la couverture en matière de surveillance prénatale: il semble en effet (6) que dans certaines provinces du Centre près de 50% des femmes enceintes consultent des institutions de soins privées.

En ce qui concerne la vaccination antitétanique des femmes en âge de procréer, une enquête réalisée en 1990 (11) a relevé au niveau national des taux de couverture de 67% (54% en milieu urbain et de 77% en milieu rural).

Tout ce qui précède tend à prouver que malgré les progrès observés, il est indispensable de renforcer les activités en matière de surveillance prénatale. Ces dernières constituent la clé de voûte de la prévention de la mortalité et de la morbidité liées à la grossesse et l'accouchement. Les efforts devront porter sur l'information et la sensibilisation de la population

d'une part, et l'organisation des services d'autre part afin d'améliorer le dépistage et la référence des grossesses à risque .

4.3. Surveillance de l'accouchement

L'un des principes fondamentaux des soins de santé maternelle veut que pendant son travail, chaque femme bénéficie de l'assistance d'une personne qualifiée.

Si l'on se base sur les données de l'ENPS (1):

- 71 à 83% (suivant les régions) des accouchements avaient lieu à domicile en 1987,
- 14 à 27% dans des formations sanitaires du secteur public et
- 2 à 11% dans des cliniques privées (6).

En milieu rural, en moyenne 9 accouchements sur dix avaient lieu à domicile, avec du personnel sans qualification ni encadrement (58% d'entre eux ont été assistés par une accoucheuse traditionnelle et 15% par un membre de la famille ou du voisinage). En milieu urbain, la moitié

seulement des accouchements ont eu lieu à domicile; ces derniers sont en outre assistés assez régulièrement par du personnel médical.

Dans le cadre de l'enquête sur le déficit en interventions obstétricales de 1990 (5), le pourcentage d'accouchements pratiqués dans des maternités hospitalières a été estimé à 19% du nombre attendu au niveau national; 87% de ces accouchements assistés auraient été pris en charge par le secteur public.

Les statistiques du Service de Protection de Santé de la Mère révèlent que le nombre d'accouchements en milieu surveillé est passé de 113.000 en 1987 à 153.000 en 1990: Tableau 4. Ces chiffres ne représentent toutefois que les cas où les femmes sont revenues en consultation post-natale, moment auquel l'information sur le lieu de l'accouchement est recueilli. Un nouveau système d'information sanitaire a été mis en place en 1991 et il faudra attendre donc la fin de l'année 1992 pour obtenir des informations correctes et évaluer de manière fiable le taux de couverture en ce qui concerne la surveillance des accouchements par du personnel qualifié.

Tableau 4: Nombre d'accouchements pratiqués dans le secteur public, Maroc, 1987 - 1990.

Milieu	Années	1987	1990
Rural		20.782	37.852
Urbain		92.076	114.563
Total		112.858	152.615

On observe donc un très large déficit en ce qui concerne la surveillance de l'accouchement par du personnel suffisamment formé. Il est urgent par conséquent de mettre en place différentes stratégies pour:

- améliorer l'efficacité de la prévention et du dépistage des complications au cours de l'accouchement,
- faciliter les transferts vers des unités spécialisées lorsque cela s'avère nécessaire et
- améliorer les performances des services de prise en charge des grossesses et des accouchements compliqués.

4.4. Surveillance post-natale:

- D'après les statistiques du Service de Protection de la Santé de la Mère, 50% environ des femmes ont été revues durant leur post-partum en 1990 dans le cadre des services de Santé Maternelle et Infantile: (Tableau 5). Il semble toutefois que la principale raison de cette consultation soit la vaccination des nouveaux-nés par le BCG et non pas une prise en charge de la femme après son accouchement.

Des efforts ont été fait donc pour rendre la consultation et l'examen post-natal de la mère et du nouveau-né effectifs. Par exemple, une fiche de grossesse est désormais ouverte meme si la femme n'a pas été suivie en consultation prénatale.

Tableau 5: Nombre de consultations post-natales pratiquées dans le secteur public, Maroc, 1987 - 1990.

Milieu	Années	1987	1990
Rural		144.230	198.295
Urbain		186.711	210.441
Total		330.941	408.736

**IDENTIFICATION DES PROBLEMES
ET DES LIMITES ACTUELLES**

Malgré le développement récent des activités en faveur de la protection de la santé de la mère, force est de constater que ces efforts sont encore insuffisants:

le taux de mortalité maternelle reste élevé ainsi que le pourcentage de morts-nés. Par ailleurs, plus de 50% des décès infantiles sont liés à un manque de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. En fait, le taux de couverture des soins prénatals et le pourcentage d'accouchements surveillés restent trop faibles, surtout en milieu rural, pour avoir un impact sur la santé des mères et des enfants.

Un certain nombre de problèmes, contraintes et facteurs ont été identifiés, qui seuls ou en combinaison avec d'autres limitent les progrès réalisés quant à la réduction de la mortalité maternelle et périnatale.

I. PERSONNEL:

On observe une carence en ce qui concerne le personnel (3-8):

* carence quantitative (quantité de personnel disponible):

-il n'y a que 295 spécialistes en gynécologie-obstétrique, soit un gynécologue pour 2.820 naissances attendues ou 3.5 gynécologues pour 10.000 naissances attendues, dont la moitié seulement travaille dans le secteur public.

-il n'y a également que 147 sage-femmes diplômées dans ce secteur.

* disparité régionale:

-2 régions (Centre et Nord-Ouest) concentrent 70% du corps médical pour 48% de la population

-plus de 50% des gynéco-obstétriciens (158) sont concentrés à Rabat et Casablanca (14)

-l'estimation du nombre de gynécologues pour 10.000 naissances attendues (INAS, 1991) a montré des différences énormes:

- 42 à Rabat,

- entre 5 et 10 à Casablanca, Tanger, Meknès et Tettouan - 10 provinces se situent près de la moyenne nationale

- 16 autres ont entre 0.5 et 2 gynécologues pour 10.000 naissances

- 14 provinces travaillent sans gynécologue.

* carence qualitative (qualification - adéquation de la formation par rapport aux tâches):

Ce déficit se fait plus particulièrement sentir au niveau rural, où le personnel

est en outre relativement instable et composé essentiellement d'auxiliaires (5), mais également dans les structures de référence comme les maternités hospitalières provinciales.

On note par ailleurs sur le terrain une hétérogénéité du profil du personnel et une prépondérance d'auxiliaires au niveau périphérique. Ces derniers sont peu préparés pour répondre aux besoins de la population d'une part et du Ministère de la Santé d'autre part: ils n'ont pas reçu de formation spécifique en ce qui concerne la surveillance de la grossesse et de l'accouchement (la fiche de surveillance de la grossesse est-elle réellement utilisée comme outil de dépistage ?) et ne sont souvent pas encadrés ni soutenus sur le terrain.

A noter enfin un manque de disponibilité de personnel de sexe féminin. Or il est évident, et cela a été démontré dans le cadre du programme VDMS, que les femmes feront plus facilement appel à du personnel féminin surtout lorsqu'il s'agit de problèmes liés à la grossesse et/ou l'accouchement.

Les problèmes touchant le personnel (qualification, effectif, sexe et répartition) présentent à l'heure actuelle de sérieuses contraintes au développement d'une initiative en faveur de la Maternité Sans Risque.

II. INFRASTRUCTURES:

En l'absence d'une carte sanitaire comme instrument juridique de régulation du développement sanitaire, on constate malheureusement un déficit d'infrastructure. Dans le cadre des SSB, la couverture par des formations sanitaires n'est que de 0,64 établissement pour 10.000 habitants, dont un tiers sont médicalisés, et le nombre de lits d'obstétrique ne serait que de 12 pour 10.000 naissances attendues (15). On observe également une inégalité dans la répartition géographique des structures sanitaires (9): d'une manière générale, le milieu urbain a continué à être privilégié aussi bien par le secteur public que privé.

Il faut déplorer surtout l'absence de maternités hospitalières de référence au niveau de certaines provinces (5). Or ces formations constituent un maillon essentiel d'un programme de surveillance et le manque d'accessibilité à des structures de prise en charge pose donc de gros problèmes particulièrement en cas de complications de l'accouchement.

III. EQUIPEMENT:

Outre le manque d'infrastructure, les centres de santé avec lit d'accouchement et les maternités hospitalières souffrent d'un déficit en équipement, matériel et fournitures, tant en matière de diagnostic que de traitement (4 - 5 - 10). Les informations obtenues suites à l'étude de l'INAS sur le taux des interventions obstétricales, a montré que ce déficit, dans les maternités hospitalières, existe en

milieu urbain aussi bien qu'en milieu rural (sur les 38 hôpitaux ruraux - 810 lits d'hospitalisation - très peu sont à même de faire face à l'urgence et aux accouchements dystociques).

Il est nécessaire donc de dynamiser et d'améliorer l'efficacité de ces maternités sur la base d'un diagnostic objectif et précis. Ces maternités constituent par définition des centres de référence mais ne disposent pas actuellement des moyens nécessaires pour remplir correctement leur rôle.

Il y a lieu de réaménager, rénover et d'améliorer les conditions d'accueil de ces maternités également; la plupart d'entre elles sont vétustes et manquent d'un minimum de confort (linge, repas, chauffage, propreté).

IV. EVACUATIONS:

Un autre point crucial dans ce domaine est celui de l'évacuation des femmes vers une structure de référence en cas de complication: rares sont les centres en effet qui disposent de véhicules leur permettant de transporter les cas nécessitant une intervention d'urgence. Même quand ces véhicules existent ils sont souvent dans un état défectueux et ne peuvent assurer convenablement leur mission.

V. INTEGRATION:

On entend par intégration, dans le domaine de la santé, le fait que, lorsqu'une personne se présente au niveau d'une formation sanitaire, sa demande soit satisfaite d'une part mais également ses besoins (même si ces derniers ne sont pas exprimés ou ressentis - il s'agit alors des besoins définis selon les normes de la politique de santé du pays). Ceci permet d'éviter un certain nombre d'occasions manquées et d'augmenter la couverture de différents programmes de prévention.

Idéalement l'intégration des services de santé ne doit pas se limiter aux activités préventives. Au contraire, chaque fois qu'une personne se présente à une consultation, et ce sera le plus souvent une consultation curative - ce qui correspond à la demande de la population - il s'agira de procéder de la même façon: satisfaire la demande mais aussi prendre en charge l'individu de manière globale. Cette approche, outre l'opportunité d'éviter une occasion manquée, permet de mieux répondre aux demandes de la population tout en répondant aux objectifs de santé publique. On peut considérer cela comme une sorte de technique de "marketing" de la part des "producteurs de santé".

5.1. Dans les dispensaires et les centres de santé:

Il faut déplorer à ce niveau le manque d'intégration des activités: les consultations prénatales par exemple, ne sont pratiquées qu'à un moment précis

de la semaine ou uniquement au centre de SMI par du personnel spécifique. Le personnel ne profite pas des multiples occasions pour essayer de recruter le plus de femmes dans le cadre des activités préventives: satisfaire la demande (curative) mais aussi de veiller à prendre la femme en charge c'est-à-dire demander si elle est enceinte, si elle pratique une méthode contraceptive, si elle a reçu l'anatoxine tétanique, etc... Il est à craindre dans ces conditions qu'un nombre non négligeable d'occasions soient perdues d'enrôler des femmes enceintes dans le programme de PSM, même si cela n'était pas leur demande au départ. Ce manque de prise en charge intégrée/ globale explique en partie les faibles taux d'utilisation de certains services préventifs.

5.2.Niveau central:

Les faiblesses constatées à la périphérie trouvent en partie leur origine au niveau des services centraux du Ministère de la Santé. Il existe en effet autant de programmes et/ou services que d'activités prioritaires et certaines stratégies spécifiques sont développées sans qu'il y ait parfois de réelle coordination et encore moins de véritable synergie. On voit donc se succéder une série de programme de formation, d'études de besoins et de ressources et de campagnes d'information. On note également un manque de participation de la périphérie aux processus de décision.

Est-ce qu'une meilleure concertation au niveau central ne permettrait pas, en matière d'équipement par exemple, de grouper les dotations qui sont prévues, afin d'améliorer non seulement telle ou telle activité prioritaire mais plutôt une prise en charge globale des demandes (de type curatif avant tout) et des besoins (en matière de prévention) de la population?

Il faut reconnaître également que le service de PSM éprouve des difficultés à faire face à toutes les actions entreprises et à entreprendre, chacune de ces actions exigeant des moyens humains et matériels, des compétences, du temps pour le suivi et l'évaluation et, une mobilisation constante.

5.3.Niveau provincial:

Le nombre de programmes prioritaires a abouti au niveau de l'équipe provinciale d'encadrement à la multiplication d'autant de d'animateurs spécialisés. Il existe dans certaines provinces des médecins-chef du SIAAP ou des délégués provinciaux suffisamment motivés pour coordonner les activités de tous ces animateurs: lorsque ce n'est pas le cas, chacun veille au bon déroulement de son programme sans réelle concertation avec les autres. On voit donc se multiplier les visites sur le terrain avec parfois des consignes contradictoires et/ou trop spécifiques pour favoriser une prise en charge globale des problèmes de santé: ces visites par ailleurs, sont rarement organisée dans le cadre d'un véritable programme de supervision, de motivation et de coordination (7).

VI. CLOISONNEMENT:

Outre le manque d'intégration, le système de santé actuel souffre du cloisonnement des différents agents qui le compose. Il n'existe de système organisé de fiche de référence, et encore moins de rétro-information.

6.1. Dans les dispensaires et les centres de santé:

Si la gestion des statistiques d'activités a été révisée, il n'y a par contre pas encore de système efficace de transmission de l'information lors des transferts vers un centre plus spécialisé, que ce soit sous forme de fiche de liaison au moment de la référence ou de rétro-information après que la personne ait été prise en charge.

6.2. Au niveau provincial:

Outre le manque de participation de la périphérie aux processus de décision et les lacunes en matière de supervision, on note également une absence de communication entre l'équipe provinciale et le staff, par exemple, de l'hôpital, ce système de gestion ne favorise pas non plus la responsabilisation du personnel, chacun restant cloisonné dans le service et les tâches qui lui auront été attribués. Pourquoi ne pas prévoir, par exemple, que le gynécologue obstétricien et/ou la sage-femme de la maternité se rendent périodiquement sur le terrain pour mieux comprendre la situation à la périphérie et faire connaissance avec le personnel qui travaille sur le terrain .

Il reste enfin une série de problèmes liés à l'accessibilité. Accessibilité géographique d'abord qui se pose parfois de manière aigue en milieu rural en cas de complication lors de l'accouchement. Les stratégies mobiles, mises en place dans le milieu rural pour faire face au manque d'infrastructures sanitaires, ne sont pas réellement efficaces en matière de surveillance de la grossesse et de l'accouchement. Les conditions essentielles au bon déroulement de ces activités ne sont pas remplies: présence insuffisante de personnel féminin et compétent, manque d'équipement, manque de discrétion (assurée dans le cadre des structures fixes) et absence de continuité des soins et du suivi qui nécessite un tel programme de surveillance.

Il faut parler également, en terme d'accessibilité, du problème des horaires de travail: l'aménagement du temps ne répond pas toujours aux besoins de la population (les activités sont souvent concentrées le matin). Les horaires d'ouverture ne s'adaptent pas à la disponibilité de la population concernée et il existe rarement un système de permanence. Il

faut mentionner également la qualité de l'accueil qui est réservé aux femmes lorsqu'elles se présentent soit à un service de SMI, soit à la maternité.

Accessibilité d'ordre socio-culturelle enfin puisque trois quarts des femmes enceintes ne fréquentent toujours pas les consultations prénatales, soit que cela leur soit interdit de par leurs traditions culturelles, soit que l'information en ce qui concerne l'importance de la surveillance de la grossesse ne leur soit pas parvenue (7).

Ainsi, une étude (7) sur l'utilisation des services de SMI-PF au niveau de 4 provinces (Projet FNUAP MOR/87/PO6), a montré que malgré les efforts investis en matière d'équipement, de formation et de moyens de mobilité, les services de SMI-PF étaient sous-utilisés. Parmi les causes de cette sous-utilisation, on note la qualité de l'accueil, le manque d'information, la disponibilité des moyens d'évacuation mais aussi l'existence de facteurs socio-culturels.

Les problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement sont perçus comme étant imputables non pas à l'état de santé de la mère, mais à des facteurs mythiques ce qui limite le recours systématique aux services médicaux même lorsque ces derniers sont accessibles. D'où la difficulté de combattre certaines causes inapparentes de la mortalité maternelle. Il s'agit de cette partie invisible et difficilement palpable de "l'iceberg" surtout en milieu rural mais aussi en milieu urbain. Ces causes ont pour nom coutumes, traditions et comportements culturels. La persistance de ces croyances et attitudes traditionnelles (négatives) peut constituer un obstacle réel à l'accès aux soins.

On note à ce sujet l'absence d'actions spécifiques et/ou intégrées en matière d'information, éducation et communication (IEC) dans le domaine de la maternité sans risque. Même les consultations prénatales se limitent trop souvent à une série d'actes techniques et ne sont pas assez utilisées pour faire passer des messages tels que les signes éventuels de complication lors de l'accouchement (7).

VII. PLANIFICATION FAMILIALE:

Il faut prendre en compte enfin les problèmes spécifiques du programme de planification familiale qui bénéficie d'un support financier et technique de haut niveau et qui par ailleurs a des implications étroites avec les initiatives en faveur d'une maternité sans risque.

Ces problèmes ont pour nom extension de la couverture, plus particulièrement en milieu rural, amélioration des taux de continuation, diversification de l'éventail des

contraceptifs utilisés au profit des méthodes plus durables (ligature, DIU, injectables et implants) et renforcement des activités en matière d'IEC.

**ORIENTATIONS D'UN FUTUR PLAN
POUR UNE STRATEGIE NATIONALE**

Outre les améliorations qui devront être apportées aux conditions de vie, au statut et au niveau d'instruction de la femme, améliorations fondamentales pour la réduction à long terme des taux de mortalité et de morbidité maternelle et périnatale, l'accent sera mis sur un certain nombre d'actions spécifiques dans le domaine de la santé.

I. SOINS DE SANTE DE BASE:

1.1. AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES:

Pour augmenter la demande et l'utilisation des services de santé maternelle et infantile, il est nécessaire d'améliorer la qualité de ces derniers.

1.1.1. Personnel:

Nombre et compétence:

Face à la carence actuelle en ce qui concerne le personnel, carence tant quantitative que qualitative, il est nécessaire de procéder (au niveau provincial) à un diagnostic de la situation, de définir les besoins et d'établir un plan de répartition (carte sanitaire). Le personnel disposant des qualifications adéquates, sera affecté là où les déficits auront été identifiés, en donnant la priorité au milieu rural.

Une description des activités (rôle des consultations pré et post-natales, par exemple) et des tâches, par niveau, des différents types de personnel sera réalisée. Sur cette base, la formation spécifique de tout le personnel en place sera évaluée et améliorée (plus particulièrement en ce qui concerne les médecins des circonscriptions sanitaires) en étroite collaboration avec les autres programmes de SMI/PF. Des spécialistes (gynécologues sage-femmes) se rendront régulièrement sur le terrain afin de recycler, en collaboration avec les équipes provinciales, le personnel de la périphérie à l'endroit même où ce dernier travaille.

Le contenu des formations de base (depuis l'auxiliaire jusqu'au gynécologue!) sera revu et actualisé (au sujet non seulement du suivi de la grossesse et de la surveillance de l'accouchement, mais aussi de la planification familiale et de la SMI en général). Cette formation sera complétée par des stages (de plusieurs mois chacun) à tous les niveaux du système de santé.

En outre, les conditions d'accès à la formation spécialisée de sage-femme seront revues (directement à partir du BAC) afin d'en augmenter rapidement les effectifs.

Les méthodes d'enseignement seront également adaptées dans le sens de la:

- responsabilisation des individus, ceci afin d'encourager le personnel à:

+ prendre des mesures positives dans le cadre de leur travail quotidien en vue de réduire les problèmes liés à la mortalité maternelle et périnatale

+ avoir un regard critique sur leur pratiques

+ susciter des actions de recherche et y participer

- maîtrise des techniques de communication pour:

+ savoir écouter,

+ animer les discussions et participer à l'éducation, l'information des mères et de la population en général.

En plus du développement des compétences techniques, ces formations veilleront également à développer les capacités du personnel dans le domaine de la gestion des programmes de santé, de l'encadrement, la formation et la supervision. Dans le cadre d'un réaménagement des responsabilités des équipes provinciales, la priorité dans ce domaine ira aux médecins délégués provinciaux et à leurs équipes.

Motivation:

Des efforts importants seront entrepris en ce qui concerne la motivation du personnel, afin que ce dernier ne reçoive pas les demandes du programme en faveur d'une maternité sans risque comme une activité supplémentaire qui lui est imposée sans aucune compensation. Cette motivation pourra revêtir différentes formes:

- révalorisation salariale

- avantages divers (logement, mobilité, affectation près de la famille, ...)

- encadrement plus étroit sous la forme de véritables visites de supervision et de formation continue

- réunions périodiques avec tous les acteurs en matière de santé d'une zone.

I.1.2. Programme de santé maternelle:

Les consultations prénatales et post-natales seront réalisées dans les dispensaires (DR), les centres de santé (CS) et les maternités périphériques ou maisons d'accouchement (MP). Ces consultations auront comme objectif initial de dépister les femmes à risque (de complication durant la grossesse et / ou l'accouchement). Des schémas standardisés de prise en charge et de traitement des complications durant la grossesse seront élaborés (collaboration à cet effet entre les universités et le ministère). Cela concerne notamment le rythme des consultations prénatales, la codification & l'organisation de ces activités

Les maternités périphériques assureront la surveillance des accouchements. Tout comme pour le suivi prénatal, des schémas standardisés de prise en charge et de traitement des complications seront élaborés: surveillance des accouchements normaux à l'aide du partogramme, pratique d'une extraction / ventouse, d'une délivrance artificielle et d'une révision utérine, utilisation correcte de certains produits (ocytociques, par exemple), soins au nouveau-né, premiers gestes de réanimation (mère- enfant) et soins d'urgence pour préparer la femme à un transfert éventuel.

La planification familiale fera l'objet d'un effort particulier (durant la période post- natale, notamment):

- renforcement des activités en matière d'IEC,
- extension de la couverture, plus particulière- ment en milieu rural et parmi les groupes à risque de mortalité maternelle (plus de 20 ans, plus de 35 ans et multipares),
- amélioration des taux de continuation et
- diversification de l'éventail des contraceptifs utilisés au profit des méthodes plus durables (ligature, DIU, injectables et implants).

En parallèle, l'utilisation des fiches de surveillance de la grossesse (DR - CS - MP) et de l'accouchement (MP) d'une part, et le système d'information sanitaire d'autre part, sera étendue à toutes les formations sanitaires et leur contenu sera

adapté à l'évolution du programme de santé maternelle.

1.1.3. Infrastructures et équipement:

Le niveau central établira des normes, par niveau, en ce qui concerne l'équipement minimum nécessaire au suivi de la grossesse et la prise en charge des accouchements normaux (centres de santé ruraux, maternités rurales et maisons d'accouchement). Ensuite, parallèlement à l'évaluation des besoins en personnel, un inventaire des besoins et des ressources en ce qui concerne les infrastructures et les équipements sera réalisé au niveau provincial.

Sur la base de cet inventaire et de l'établissement d'une carte sanitaire, de nouvelles structures sanitaires seront implantées ou des formations existantes seront rénovées. La priorité ira au milieu rural: dispensaires, centre de santé et maisons d'accouchements (ces dernières seront chargées aussi bien du suivi prénatal et que de la surveillance de l'accouchement).

Les formations sanitaires seront équipées, au fur et à mesure du recyclage et/ou de l'affectation de personnel nouvellement formé, en matériel médical et en produits nécessaires à l'examen prénatal et à la surveillance de l'accouchement.

L'amélioration des infrastructures et des équipements se fera en étroite collaboration avec les autres programmes de SMI/PF et de santé en général.

Outre l'équipement de base, les conditions d'accueil seront améliorées: sur base des résultats d'études spécifiques des besoins, les modifications nécessaires seront mise en place. La population devient en effet de plus en plus exigeante en matière de soins de santé. Des efforts particuliers seront donc entrepris afin de:

- Aménager les horaires de travail pour répondre aux demandes de la population
- Organiser des systèmes de garde ou de permanence
- améliorer les conditions d'accueil et de confort
- réduire les délais de prise en charge.

1.1.4. Accessibilité:

En plus du renforcement des activités de protection de la santé

de la mère dans le cadre des stratégies mobiles (activités d'IEC, interro-gatoire sommaire et référence des femmes enceintes au dispensaire), des stratégies alternatives seront mises en place pour améliorer l'accès aux soins prénatals et la couverture en matière de surveillance de l'accouchement parmi les populations en milieu rural isolé.

Le rôle des maternités, largement sous- utilisées en milieu rural fera l'objet d'une attention particulière: faut-il arrêter les nouvelles implantations, ou continuer en prévision du développement du programme prénatal qui va créer un nouveau besoin?

Des blocs de chirurgie seront rénovés et des médecins généralistes formés à la pratique des interventions obstétricales d'urgence dans les provinces dépourvus de maternité de référence.

Le rôle potentiel des personnes qui assistent les accouchements à domicile, dans la lutte contre la mortalité maternelle, ainsi que les tâches à leur confier, sera le sujet d'études dans les provinces à caractère rural.

La pratique libérale, en ce qui concerne les médecins et les sage-femmes, sera encouragée en milieu rural.

1.1.5. Evacuations:

Des véhicules seront mis à la disposition soit des maternités (ou des centres de santé adjacents), soit des maternités de référence (ou de l'hôpital provincial) pour assurer le transfert en urgence des complications obstétricales. Dans la deuxième option, une liaison téléphonique devra être établie entre les structures périphériques et l'hôpital provincial. Les initiatives privées et la collaboration des collectivités locales seront encouragées dans ce domaine.

A l'avenir, une maternité ne pourra prendre en charge la surveillance de l'accouchement que dans la mesure où elle est à même d'assurer dans les meilleurs délais le transfert vers une maternité de référence d'une femme présentant des complications.

I.2. INTEGRATION DES ACTIVITES DE P.S.M:

Force est de constater qu'il n'y a pas une prise en charge intégrée/globale des problèmes de santé au niveau des formations sanitaires, ce qui explique sans doute en partie les faibles taux d'utilisation de certains services préventifs. Il est fondamental donc, dans le cadre d'une initiative pour une maternité sans risque, de veiller sur le bien-être de la mère dans le cadre de tous les programmes de santé.

I.2.1. Coordination centrale:

A cet effet, une meilleure coordination au niveau central est nécessaire, non seulement entre les différents programmes de SMI/PF mais également entre tous les programmes impliqués dans les Soins de Santé de Base (d'autant plus qu'un bon nombre de d'entre eux s'adressent aux mêmes populations cibles par l'intermédiaire des mêmes agents).

I.2.2. Responsabilisation au niveau provincial:

Le rôle des équipes provinciales sera progressivement revu. Ces dernières recevront une assistance technique des services centraux (formation, équipement, évaluation, fournitures..) participeront aux prises de décision et à l'élaboration des programmes, et coordonneront toutes les activités de leurs provinces respectives. Les animateurs seront polyvalents et se verront confier l'exécution de tous les programmes dans le cadre d'une prise en charge globale de la santé de la population (chacun sera responsable d'une zone géographique - responsabilité qu'il partagera avec le médecin de la circonscription).

I.2.3. Intégration périphérique:

L'accent sera mis sur l'intégration systématique des activités de PSM et de PF dans le cadre de toutes les activités des formations sanitaires (disponibilité permanente de tous les services curatifs et préventifs, coordination entre le centre de santé et la SMI, formation du personnel curatif aux activités de prévention....)

I.3. DECLOISONNEMENT DES SERVICES:

Outre le manque d'intégration, le système de santé actuel souffre du cloisonnement des différents agents qui le compose.

I.3.1. Système de référence:

Un mode de communication entre les différents acteurs du système de santé sera donc organisé. Des fiches standardisées de référence, communes à tous les programmes, seront donc mises au point ainsi qu'un système de transmission de l'information, à l'aller et au retour (rétro-information). Cela permettra:

- de créer d'une part un esprit d'équipe, une solidarité entre les agents qui travaillent à différents niveaux

- d'améliorer la continuité des soins (prise en charge du patient jusqu'à la complète résolution de son problème et satisfaction de sa demande),

- de créer, de part la rétro-information, un système d'évaluation permanente et de formation continue

- d'accroître le sens de la responsabilité de chacun.

Dans le cadre plus spécifique de la maternité sans risque, un carnet de santé de la mère sera mis au point également. Remis à la femme, ce dernier suivra celle-ci au cours de ces différentes consultations et à la maternité.

I.3.2. Concertation:

Des réunions communes à tous les agents d'une zone, quel que soit le niveau où ils travaillent, seront organisées afin que ces derniers puissent apprendre à se connaître, confronter leurs problèmes et coordonner leurs efforts. Ces réunions auront lieu soit de manière périodique, soit ponctuellement lorsqu'un problème particulier se présente.

I.3.3. Supervision:

Les équipes provinciales, assistées des spécialistes de la maternité de référence, et en collaboration avec les médecins de circonscription seront chargées d'un programme intégré de supervision. Outre leur rôle spécifique (qui suppose la formation du personnel, le développement d'un programme et l'élaboration d'un contenu adapté et intégré) les visites de supervision contribueront à la motivation du personnel, à sa formation continue et au renforcement des liens et de la collaboration

entre tous les membres de l'équipe de santé qui travaille dans la province.

II. SOINS DE SANTE HOSPITALIERS:

Parallèlement au renforcement du réseau de Soins de Santé de Base (D.R., C.S., Maternités périphériques), la situation des maternités hospitalières sera également améliorée. Ces dernières constituent en effet un maillon essentiel dans la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale: centres de référence pour la prise en charge des complications, leur personnel spécialisé contribuera également à la formation des agents de la périphérie et participera activement aux programmes de recherche et d'encadrement.

2.1. AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES:

2.1.1. Personnel:

Les propositions faites au sujet du personnel des SSB sont applicables également en ce qui concerne le personnel des services hospitaliers.

En matière de formation, l'accent sera mis sur l'apprentissage de conduites à tenir pratiques et codifiées en ce qui concerne la prise en charge des grossesses et des accouchements compliqués. En plus de ces compétences techniques, la formation du personnel des maternités de référence devra leur permettre également d'être à même de:

- Vérifier la bonne utilisation des compétences du personnel des autres niveaux (fonction d'encadrement/supervision) et sa répartition (tâches - fonction)

- identifier les besoins en formation et participer aux programmes de recyclage

- participer aux programmes de supervision et d'évaluation

- procéder à des études et des recherches- action visant à améliorer la qualité des soins

- développer et standardiser les conduites à tenir (arbres, de décision, protocoles...).

2.1.2. Programme de santé maternelle:

Les grossesses à risque seront prises en charge au niveau des maternités hospitalières dans le cadre de consultations prénatales spécialisées. En outre, des services d'hospitalisation spécifiques, avec des moyens d'investigations et de traitements adaptés, seront mis en place à cet effet.

Ces mêmes maternités seront responsables de la prise en charge des accouchements compliqués et leur plateau technique sera amélioré en conséquence (en matière de réanimation notamment). L'utilisation des fiches de surveillance y sera généralisée ainsi que celle du système d'information sanitaire.

En outre, le rôle de ces centres de référence en ce qui concerne la surveillance post-natale et la planification familiale seront renforcés (en collaboration avec le programme de planification familiale).

2.1.3. Infrastructures et équipement:

Un inventaire des besoins et des ressources sera réalisé, tant en ce qui concerne le personnel, que les infrastructures et l'équipement nécessaires à une prise en charge des grossesses à risque et à la surveillance des accouchements. L'amélioration des conditions d'accueil et de séjour sera également prise en compte dans cette étude.

Sur base de cette analyse et de l'établissement d'une carte sanitaire, de nouveaux centres seront soit implantés ou restaurés là où cela s'avère nécessaire: la priorité sera donnée au milieu rural, notamment dans les provinces qui n'ont pas de maternité de référence. A cet effet, la collaboration d'autres programmes sera sollicitée (SMI/PF, notamment, dont les centres de contraception chirurgicale seront aménagés afin de permettre également la pratique d'interventions obstétricales). Il en sera de même en ce qui concerne les équipements.

2.2. DECLOISONNEMENT DES SERVICES:

Les agents spécialisés (sages-femmes et médecins) des maternités de référence seront étroitement impliqués dans les initiatives visant à décroiser le personnel du système de santé. Outre la rétroinformation

par le biais des fiches de transfert, ils seront appelés à participer aux réunions de concertation de tous les agents de la santé travaillant au niveau provincial et au programmes de formation et de supervision du personnel.

2.3. GESTION HOSPITALIERE:

Le problème des urgences obstétricales et de la carence chronique en équipement, matériel et fournitures au niveau hospitalier sera traité en priorité. La répartition des fonds et du matériel sera rationalisée, en donnant la priorité au milieu rural. Des processus simples et cohérents de gestion, impliquant aussi bien le staff médical que le personnel administratif, seront mis en place afin d'optimiser les effets du système de recouvrement des coûts.

Par ailleurs, un système de contrôle de la qualité des soins sera mis en place. Des réunions périodiques seront également organisées tant avec le personnel de la maternité qu'avec les agents de la périphérie pour mieux appréhender le problème de la morbidité et de la mortalité maternelle et mettre au point des stratégies adaptées aux conditions locales.

III. INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION:

Un certain nombre de facteurs culturels contribuent à la faible utilisation de certains services (qui ne sont parfois pas utilisés, même s'ils sont géographiquement accessibles).

Le développement de la stratégie d'I.E.C. nécessite des moyens et des compétences spécifiques dont il faudra disposer si l'on veut obtenir une amélioration certaine des problèmes liés à la maternité. La collaboration avec d'autres services sera donc un point fondamental dans ce domaine ainsi que la participation active du niveau provincial.

3.1. ETUDE ET DEVELOPPEMENT D'UNE STRATEGIE:

Ces facteurs seront donc étudiés afin de développer des campagnes d'Information, d'Education et de Communication et créer ainsi une nouvelle demande. D'autre part, des supports et du matériel éducatif seront produits sur la base de messages simples, concrets et adaptés aux réalités locales et à la population cible.

Le personnel de santé sera le premier et principal vecteur de l'information; des formations spécifiques aux techniques de

communication seront organisées, en collaboration avec d'autres programmes. L'accent sera mis notamment sur le dialogue interpersonnel afin que les consultations soient plus souvent l'occasion de faire passer un message éducatif.

Outre les médias (organisation, chaque année, d'une journée de la mère) le rôle potentiel des leaders d'opinion locaux dans le cadre de la sensibilisation et de l'information sera également testé. Ces derniers devraient permettre notamment de lutter contre certaines habitudes traditionnelles qui mettent la vie des femmes en danger.

Une collaboration intersectorielle sera également développée:

- avec les ministères responsables de l'enseignement qui, outre l'amélioration du niveau d'instruction des femmes, pourront contribuer à la lutte contre la mortalité maternelle par le biais de campagnes spécifiques d'information auprès des futures mères
- avec les centres socio-éducatifs et les associations de jeunes
- avec le secteur privé et des organisations non gouvernementales.

3.2.POPULATIONS CIBLES:

En échelonnant les actions de manière progressive, la stratégie d'IEC touchera les groupes cibles suivants:

- les femmes utilisant déjà les services de santé maternelle et infantile que ce soit pour elles-mêmes ou pour leurs enfants
- les femmes qui ont un accès aux différents services sanitaires, mais qui ne les utilisant pas (zones périurbaines, zones rurales situées à une distance relativement proche d'un service de santé)
- les femmes en âge de procréer et celles qui ont une influence sur le comportement des femmes enceintes (mères, belles-mères)
- les jeunes en milieu scolaire et les hommes.

Un effort particulier sera fait pour identifier les personnes qui assistent aux accouchements à domicile. Ces personnes seront la cible privilégiée des efforts d'IEC en vue, notamment d'améliorer leurs pratiques, de corriger certains comportements nuisibles et de les initier au dépistage précoce des complications

IV. DEVELOPPEMENT DES CAPACITES INSTITUTIONELLES:

4.1. AU NIVEAU PROVINCIAL:

L'initiative pour un maternité sans risque repose en bonne partie sur une amélioration de la gestion des soins de santé au niveau provincial. A cet effet, quelques provinces seront identifiées sur la base des résultats de l'enquête sur les déficits en interventions obstétricales, où la situation en ce qui concerne la mortalité maternelle est particulièrement cruciale. Une équipe composée de représentants des services centraux, de l'INAS et de l'université, se rendra sur place pour identifier avec les responsables provinciaux les principaux problèmes et contraintes qui sont à l'origine des faibles performances du système de soins.

Des stratégies seront ensuite mises au point localement, avec les moyens disponibles. Des problèmes vulnérables tels que l'intégration des activités en faveur d'une prise en charge globale de la santé, la supervision, la transmission de l'information lors des références et la rétro-information, le décloisonnement du personnel et sa responsabilisation, seront la base des modifications apportées à la gestion du système dans ces provinces afin d'améliorer ses performances (en plus des apports dont bénéficieront toutes les provinces).

En parallèle, les médecins délégués aux provinces et leurs équipes recevront une formation complémentaire en matière de gestion des programmes de santé publique.

Les changements ainsi induits dans le mode de fonctionnement et d'organisation au niveau provincial serviront, après évaluation, de modèle au niveau national.

4.2. NIVEAU CENTRAL:

L'organisation et la coordination de tous les efforts pour une maternité sans risque, même s'ils seront le plus possible décentralisés et échelonnés dans le temps, demanderont un investissement considérable en temps, en équipement et en personnel.

Il est clair toutefois que les capacités de gestion du service central de protection de la santé de la mère devront être renforcées. Ceci fera l'objet d'une évaluation des besoins (dès qu'un plan d'action aura été arrêté, assorti de priorités et d'un calendrier de réalisation).

Chacune des actions envisagées dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle, exige des moyens humains, matériels, un suivi et une évaluation sur le terrain. Aussi est-il nécessaire de revoir l'organisation de ce service en vue de lui donner toutes les possibilités d'optimiser les actions actuelles et celles à engager. Il faudra renforcer ce service par

l'institution d'unités fonctionelles sur la base d'une définition de tâches et de besoins :

-Unité planification: Programmation, gestion et évaluation,

-Unité formation : Recyclage, production des supports pédagogiques et techniques,

-Unité équipement : Matériel médico-technique, médicaments et logistique

-Unité études : Recherches

-Unité information : Education et communication.

Le fonctionnement de ces unités nécessite, l'affectation de personnel médical, de sage-femme, de spécialistes divers (en santé publique, notamment) et de matériel tel que micro-ordinateurs, véhicules,

4.3.NIVEAU NATIONAL:

Le service central sera en outre assisté dans sa tâche par un Comité Permanent de Lutte contre la Mortalité Maternelle où seront représentés toutes les parties impliquées ainsi que des décideurs en matière de santé publique. Ce comité veillera, notamment, à ce que le problème de la maternité sans risque se voie attribuer un rang élevé de priorité dans le cadre du développement social au Maroc. Il assurera en outre un suivi technique du développement de l'initiative nationale et du programme de lutte contre la mortalité maternelle.

V.RECHERCHES COMPLEMENTAIRES:

Les informations qui sont à notre disposition actuellement sont suffisantes pour décider de renforcer les activités en faveur de la protection de la santé de la mère (et de l'enfant indirectement). Il est nécessaire toutefois de poursuivre les investigations afin de mieux comprendre les causes et les facteurs qui ont engendrés la situation actuelle.

5.1.ETUDES EPIDEMIOLOGIQUES:

-études sur les causes de morbidité et de mortalité maternelle, mortinatalité, morbidité (dont la souffrance foetale et ses conséquences) et mortalité néonatale;

-études sur les risques et les pathologies liées à la grossesse (anémie,

par exemple) et leur conséquences sur le devenir de la femme enceinte et la santé du nouveau-né:

-études sur les causes associées de décès, en période périnatale, telles que la prématurité, le faible poids à la naissance, et leur mode de prévention.

-mise au point de méthodes d'estimation du taux de mortalité maternelle et évaluation périodique de son évolution.

5.2.EVALUATION:

Outre ces recherches de type épidémiologique, d'autres études plus opérationnelles devront être également menées:

-évaluation de la qualité du suivi prénatal: utilisation par le personnel des fiches techniques, modification de comportement que ces dernières ont entraînées (références proposées à bon escient? les femmes vont-elles réellement consulter le médecin?), sensibilité et valeur prédictive des instruments mis en place pour le dépistage des grossesses à risque;

-impact des instruments mis en place sur les taux de morbidité et de mortalité: le principe de dépister des grossesses à risque et de les référer vers des structures de prise en charge permet-il effectivement de diminuer les taux de mortalité?

-utilité éventuelle d'une fiche technique de prise en charge et de suivi des grossesses à risque?

-rôle des maisons d'accouchement en milieu urbain (désengorgement des maternités hospitalières) et critères de qualité de leurs services?

-place des maisons d'accouchement en milieu rural, largement sous-utilisées: faut-il arrêter les nouvelles implantations, ou attendre le développement du programme prénatal qui va créer un nouveau besoin?

-évaluation de la qualité de la surveillance de l'accouchement et de la prise en charge des complications - assurance de qualité au niveau des maternités hospitalières

5.3.RECHERCHE OPERATIONELLE:

Des recherches seront également entreprises en vue de l'élaboration de stratégies alternatives pour améliorer l'accessibilité des services:

-rénovation de blocs de chirurgie existant et formation de médecins généralistes à la pratique de la césarienne dans les provinces dépourvues

de maternité de référence

-identification des personnes qui assistent les accouchements à domicile; étude de leur rôle potentiel dans la lutte contre la mortalité maternelle et des tâches à leur confier

-étude du rôle les leaders d'opinion locaux en matière d'information et de sensibilisation

-efficacité d'un programme d'éducation de femmes enceintes elles-mêmes, visant à leur permettre de reconnaître les signes de complications durant la grossesse et l'accouchement

-place et le rôle des médecins et des sage-femmes installés en pratique libérale: comment les inciter à s'installer en milieu rural?

-études de la demande de la population en ce qui concerne l'amélioration de la qualité de l'accueil et les effets de son amélioration.

5.4. MODELISATION:

Après l'étude des besoins actuels en matière de prise en charge (infrastructure, équipement, personnel, ...) des femmes enceintes et des accouchements, il est nécessaire également d'étudier plusieurs modèles en ce qui concerne l'évolution future de l'utilisation des services afin de prévoir les besoins en infrastructure, personnel et équipement dans les 5 et 10 années à venir.

VI. ACTIVITES COMPLEMENTAIRES:

6.1. SUPPORT LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE PROTEGEANT LA MERE ET L'ENFANT:

Les textes légaux ayant trait à la santé de la mère et de l'enfant seront recensés et analysés. Lorsque cela s'avère nécessaire, ils seront réactualisés et adaptés à la situation actuelle. Il y a lieu d'introduire, le cas échéant, de nouveaux règlements tenant compte de l'évolution de la situation de la femme et du développement des services de santé.

La femme enceinte ou la parturiente, parce qu'elle représente deux personnes, doit être reconnue comme ayant des droits dans ce sens. Une réflexion sur l'élaboration "d'un code de la femme enceinte" sera entamée, en veillant à ce que ce code soit un instrument adapté, fonctionnel et opérationnel quand à nos réalités socio-culturelles et sanitaires. Il faudra reconnaître notamment à la femme enceinte:

*le droit à l'information en ce qui concerne toute intervention ou manoeuvre obstétricale qui lui serait pratiquée

*le droit à l'information au sujet de tous les effets possibles, risques de danger pour elle-même et son enfant né ou à naître qui peuvent résulter de l'utilisation de traitements médicamenteux prescrit ou administré, ou de manoeuvres obstétricales réalisées, au cours de sa grossesse, du travail, de la naissance, de l'allaitement.

*le droit de participer aux décisions mettant en jeu sa santé, sa vie et celle de son enfant qui va naître sauf s'il ya une urgence médicale évidente qui l'en empêche.

*le droit de connaître le nom et la qualification de la personne qui lui prescrit/administre un médicament ou lui applique un procédé obstétrical au cours du travail ou de la naissance

*le droit de disposer des informations médicales (documents, carnet, ordonnance, dossier) qui la concerne ainsi que son enfant.

6.2.ETAT CIVIL:

Un effort particulier sera fait en ce qui concerne les statistiques d'état civil: la couverture de la collecte des certificats de décès sera étendue et la qualité des informations recueillies sera améliorée. Ce système devrait, au moins en milieu urbain, permettre de surveiller l'évolution du taux de mortalité maternelle. Les données actuellement disponibles de la couverture des statistiques de l'état civil pour 1989 seraient au niveau national de l'ordre de 68% pour les naissances (74% en urbain contre 65% au rural), et de 46.5% pour les décès (70.37% en urbain contre seulement 36.33% au rural). Ce qui indique que les efforts d'amélioration de l'enregistrement à l'état civil sont à mener en priorité au milieu rural

**STRATEGIE ET PRIORITES
DANS LE CADRE DE LA LUTTE
CONTRE LA MORTALITE ET
LA MORBIDITE MATERNELLE
ET PERINATALE**

--00000--

Vu d'une part l'importance du problème de la mortalité maternelle et périnatale,

Etant donnée la multitude de facteurs qui interviennent dans ce domaine,

Vu le nombre de problèmes identifiés en matière de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement,

Suivant les recommandations de la Conférence Maghrébine sur la Maternité Sans Risque (Marrakech, Octobre 1991).

Un plan national de lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale devra être mis en place.

Un Comité National de Lutte contre la Mortalité Maternelle sera donc institué afin de porter le principe de la Maternité sans Risque au niveau politique et d'assurer un suivi scientifique du développement des activités.

Cette initiative devra en effet s'inscrire avec un rang élevé de priorité dans le cadre du développement économique et social du Maroc.

En raison de l'ampleur du travail à accomplir, ce plan sera étalé sur 10 ans et se déroulera en trois phases successives qui feront appel à une stratégie spécifique.

I. STRATEGIE A COURT TERME (1993 - 1994):

Durant cette première phase, outre l'extension de l'utilisation des méthodes de contraception, les principaux objectifs seront les suivants:

- améliorer la couverture et la qualité de la surveillance de la prénatale afin d'orienter les grossesses à risque vers les structures de référence
- renforcer la qualité de la prise en charge au niveau hospitalier des complications de l'accouchement.

Les objectifs opérationnels, pour cette période, seront les suivants:

- 25 % de couverture en prénatale pour le milieu rural,
40 % en milieu urbain
- 15 % d'accouchements en milieu surveillé en milieu rural et 65 % en milieu urbain.

Pour atteindre ces objectifs, une série d'actions seront mises en oeuvre. Elles sont résumées ci-dessous (pour plus de détail, voir la partie intitulée

"Orientations d'un futur plan pour une stratégie nationale").

INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION (IEC):

Un programme d'information, d'éducation et de communication (IEC) sera mis en place (voir le point III. du chapitre "Orientations") pour informer la population sur les risques liés à la grossesse et l'accouchement, sur les mesures préventives à adopter et sur l'importance du programme de surveillance proposé par le Ministère de la Santé.

Des recherches seront effectuées également en ce qui concerne le rôle, dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle, des personnes qui assistent aux accouchements à domicile.

QUALITE DES SERVICES DE SURVEILLANCE PRENATALE:

En parallèle, l'accent sera mis sur l'amélioration de la qualité des services de surveillance prénatale (point I.1.) dans le cadre des SSB: répartition et recyclage du personnel, amélioration de l'équipement, intégration des activités de Protection de la Santé de la Mère (point I.2.) et décloisonnement des services (point I.3.) avec, notamment, la mise en place d'un système de référence.

Durant cette même période, le contenu de la formation (I.1) de tout le personnel de santé sera révisé et adapté aux nouvelles orientations prises en matière de lutte contre la mortalité maternelle et périnatale. En parallèle, la formation et le recrutement dans le secteur public, de spécialistes médicaux et para-médicaux en gynécologie- obstétrique, sera encouragée.

PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT:

On veillera également durant cette période à améliorer la qualité de la prise en charge, au niveau hospitalier, des complications survenant lors de l'accouchement (II.1) et au développement des moyens d'évacuation (I.1.5.). La priorité dans ce domaine, sera donnée au milieu rural, et plus particulièrement aux provinces qui ne disposent pas encore de maternité hospitalière (on envisagera, en attendant, la rénovation de blocs opératoires et la formation de généraliste à la pratique de césariennes).

CAPACITES INSTITUTIONELLES:

Le développement des capacités institutionnelles (IV.), tant au niveau provincial, que central et national, recevra toute l'attention nécessaire. Le

renforcement de ces structures constitue en effet une condition indispensable avant de pouvoir aborder la deuxième phase, à moyen terme, de la lutte contre la mortalité maternelle.

RECHERCHE:

Une équipe de recherche sera constituée en collaboration avec le service de PSM, le service d'information sanitaire, l'INAS et l'université. La priorité en matière de recherche (V.) ira à l'évaluation de la qualité du suivi prénatal, l'évaluation de la prise en charge des accouchements au niveau hospitalier, l'étude de l'impact du dépistage des grossesses à risque et le rôle des maisons d'accouchement (tant en milieu rural qu'en milieu urbain).

II. STRATEGIE A MOYEN TERME (1995 - 1997):

Les principaux objectifs de cette deuxième phase, seront les suivants:

- améliorer la couverture et la qualité de la surveillance de l'accouchement dans le cadre des Soins de Santé de Base, afin de dépister précocément les complications et les orienter vers les structures de références

- renforcer la qualité de la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement au niveau hospitalier.

Les objectifs opérationnels, pour cette période, seront les suivants:

- 35 % de couverture en prénatale pour le milieu rural,
50 % en milieu urbain

- 30 % d'accouchements en milieu surveillé en milieu rural 75 % en milieu urbain.

Pour atteindre ces objectifs, les actions suivantes seront mises en oeuvre:

SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHEMENT

L'accent sera mis ici sur l'amélioration de la qualité des services de surveillance de l'accouchement (point I.1.) dans le cadre des SSB: affectation, recyclage et motivation du personnel, rénovation des formations sanitaires et amélioration de l'équipement, décloisonnement des services (point I.3.) et mise en place de moyens d'évacuation (I.1.5). La promotion de la pratique libérale fera également l'objet d'un effort particulier.

PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS:

La qualité de la prise en charge, au niveau hospitalier, des complications de la grossesse et de l'accouchement sera renforcée: affectation, recyclage et motivation du personnel (II.1), amélioration de l'équipement, mise en place de nouvelles maternités dans les provinces dépourvues, développement des moyens d'évacuation (I.1.5.), décloisonnement des services (II.2.) et amélioration des capacités de gestion (II.3.).

CAPACITES INSTITUTIONELLES:

Les provinces identifiées durant la première phase seront autonomes en matière de gestion des activités de lutte contre la mortalité maternelle. Une dizaine de provinces supplémentaire seront impliquées dans le programme de développement des capacités institutionnelles provinciales (IV.1).

RECHERCHE:

La priorité en matière de recherche ira à l'étude des causes de morbidité et de mortalité maternelle, l'étude des causes associées aux décès périnataux (V.1.), l'évaluation des fiches de prise en charge des grossesses à risque (V.2.), l'efficacité d'un programme d'éducation des femmes enceintes dans le dépistage des complications (V.3.) et la modélisation en ce qui concerne l'utilisation future des services (V.4.).

III. STRATEGIE A LONG TERME (1998 - 2002):

A long terme, les objectifs opérationnels de l'initiative nationale pour une maternité sans risque, seront les suivants:

- 50 % de couverture en prénatale pour le milieu rural,
- 75 % en milieu urbain, avec au moins 2 consultations par femme.
- 60 % d'accouchements en milieu surveillé en milieu rural 90 % en milieu urbain.

Les activités suivantes seront mises en oeuvre:

SOINS DE SANTE DE BASE:

En fonction de la carte sanitaire, les structures fixes seront rénovées/implantées. Au moins une sage-femme et un médecin généraliste ayant reçu une formation adéquate seront affectés dans les centres de santé. Ces centres seront équipés pour la surveillance de l'accouchement et la prise en charge des complications obstétricales. Ils seront reliés systématiquement à la maternité hospitalière par une ligne téléphonique et disposeront de moyens d'évacuation.

SOINS HOSPITALIERS:

Le réseau de maternités hospitalières sera augmenté afin de diminuer le temps de transfert en cas de complication. Au moins un médecin spécialisé en gynécologie obstétrique sera présent dans chacune de ces maternités. Par région, une maternité sera sélectionnée: pour servir de référence et de niveau intermédiaire entre les provinces et les hopitaux universitaires, et assurer l'encadrement du niveau périphérique.

RECHERCHE:

La priorité dans le domaine de la recherche ira aux domaines suivants: estimation de la mortalité maternelle, évaluation de la qualité de la surveillance de l'accouchement, étude des facteurs de risque de la prématurité, de la mortinatalité et de la dysmaturité, et des modes de prévention.

ANNEXES

PROGRAMME DE SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

I. ANNEES 1970:

Les activités de surveillance prénatale sont restées limitées à quelques centres jusqu'au début des années 1970. A partir de 1972, sur base de circulaires ministérielles, s'est opérée une réorientation et une codification des activités de surveillance de la grossesse. Ces dernières ont été intégrées aux activités en faveur de la santé de l'enfant.

Dans le plan quinquennal 1973 - 1977, les actions de PMI (Protection Maternelle et Infantile), actions préventives et essentiellement éducatives orientées vers l'enfant, étaient les suivantes:

- lutte contre la malnutrition et le rachitisme
- lutte contre les maladies infectieuses par les vaccinations, - protection de la mère et planification familiale.

Par la suite, au terme PMI, s'est substitué le terme de PSE (Protection la Santé de l'Enfant) dont les activités avaient pour but la prise en charge, dans tous les dispensaires urbains et centres de santé ruraux, de la population de 0 à 2 ans. Pour les mères, sur la base d'une fiche obstétricale, il était prévu d'organiser des consultations prénatales (1er, 2ème et 3ème trimestre de la grossesse) et postnatales, et une éducation individuelle et collective des mères portant principalement sur l'hygiène générale de la grossesse, la planification familiale et le suivi de l'enfant (pesée, vaccination, etc....).

A partir de 1977, la PSE est remplacée par la PSME (Protection de la Santé de la Mère et de l'Enfant). Cette dernière n'apporte pas de modification fondamentale au suivi des femmes enceintes et ne fait que rappeler que la protection de la santé de l'enfant va de pair avec celle de la mère. Un guide d'activité PSME est produit en 1975 à l'intention du personnel de santé et réédité en 1977, avec un ensemble de fiches techniques en rapport avec les activités de surveillance de la grossesse. A part une expérience limitée de création de quelques maternités périphériques, la surveillance de l'accouchement n'est pas prise en compte.

Durant cette période, si l'état de santé des enfants s'est sensiblement amélioré, le suivi des mères durant la grossesse et l'accouchement n'a pas connu la même progression.

II. ANNEES 1980:

On a vu durant la période qui correspond au plan d'orientation 1981-1985, le développement des Soins de Santé de Base et l'extension de la couverture

sanitaire. Un certain nombre d'enquêtes ont permis en outre de mettre en évidence une série de problèmes spécifiques:

- pour l'ensemble de la population, le taux de recrutement dans les services de santé est de 7,7% (enquête multi-critères 1985);

- l'enquête de Fécondité et Santé Familiale montre que 31% des femmes enquêtées auraient bénéficié d'une consultation publique ou privée: 56 % en milieu urbain et 14 % en milieu rural (12);

- la prévention et le dépistage précoce des risques liés à la grossesse sont pratiquement inexistant;

- le nombre des accouchements en 1985 & en milieu surveillé reste faible: 131 250 accouchements sur un total de 820.665 naissances;

- bien que le taux de mortalité maternelle ne soit pas connu, il est démontré que l'accouchement compliqué est une des causes principales de décès chez les femmes;

- faiblesse des consultations pré-natales et post-natales (ces dernières étant souvent trop tardive, dans le mois qui suit l'accouchement, pour être efficace).

C'est sur la base de cette analyse, des acquis du projet de développement des Soins de Santé de Base et du plan d'extension de la couverture sanitaire, qu'est né en 1987, suite à la restructuration, le Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement (PSGA).

III. LE PROGRAMME DE SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT DANS LE PLAN 1988 - 1992:

Le Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement est devenu en janvier 1990 le Service de Protection de la Santé de la Mère. Il regroupe les activités de surveillance de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale (mère et nouveau-né). Les axes de développement de ces activités s'inscrivent dans le cadre du plan d'orientation 1988 - 1992:

- priorité aux zones rurales en ce qui concerne le développement de l'infrastructure sanitaire de base avec la participation de la population et des collectivités locales

- amélioration de l'efficacité des programmes par la formation du personnel et un processus de programmation au niveau provincial

- instauration d'une collaboration intersectorielle avec tous les autres départements ministériels à caractère social, et avec le secteur privé.

3.1. Objectifs du programme:

Objectif général

Atteindre un taux de couverture satisfaisant en ce qui concerne la surveillance de la grossesse et de l'accouchement, condition indispensable pour obtenir une réduction de la mortalité maternelle et périnatale.

Objectifs opérationnels

Renforcer le dispositif de prise en charge des femmes enceintes en assurant un taux de couverture de 25% des grossesses milieu urbain et de 20 % des grossesses en milieu rural.

Couvrir au moins 50 % des accouchements à la fin du plan par du personnel de santé qualifié et recyclé, et par des accoucheuses traditionnelles éduquées et informées.

Améliorer la prise en charge des accouchées par une surveillance postnatale réelle et effective en assurant un taux de couverture satisfaisant.

3.2. Actions développées:

Les actions développées portent sur les 3 composantes essentielles: la surveillance de la grossesse, l'accouchement et la surveillance postnatale (mère et nouveau-né). Un ensemble d'actions complémentaires ont été menées pour atteindre les objectifs définis dans le cadre de ce plan.

Surveillance de la grossesse:

En 1989, 1.992 sections de Santé Maternelle Infantile (SMI) étaient fonctionnelles (contre 801 en 1985), dont une centaine ont été renouvelées.

Dès 1988, il a été procédé à l'équipement de toutes les sections de surveillance de la santé de la mère sur la base de kits standards (matériel médico-technique essentiel à une consultation prénatale et postnatale).

Des éléments nouveaux ont été introduits dans le programme des activités prénatales, tout en conservant le rythme des consultations déjà prévu: surveillance de la grossesse normale par des consultations régulières (au moins 3 visites, une à chaque trimestre) complétée par des visites supplémentaires en cas de grossesse à risque. Il a été prévu également de faire de la consultation prénatale "une consultation ouverte" pour toute femme enceinte qui vient en dehors des horaires prévus.

Introduction de la vaccination antitétanique dans le cadre du Programme National d'Immunisation : Vaccination systématique des femmes enceintes (3 doses de 1987 à 1989 et 5 doses depuis).

En 1988, près de 3.632 personnels de santé ont bénéficié d'une

formation sur les nouvelles orientations du programme.

Pour renforcer les activités sur le terrain, un guide d'activités de surveillance de la grossesse a été produit en 1988; jusqu'à ce jour 2.441 guides ont été distribués.

Un support opérationnel a été également introduit au niveau de toutes les formations sanitaires disposant d'une consultation prénatale et postnatale; il s'agit de la fiche surveillance de la grossesse (circulaire no. 609 DT/208/292 du 29-4-1989) fondée sur la notion de risque. L'introduction de cette fiche a nécessité la formation de 1.694 personnels de santé.

Une "fiche de suivi" (prénatale, accouchement, postnatale et PF) sous forme d'une carte de vaccination et de santé de la mère a été institué en 1989; elle sert de fiche de liaison en attendant l'élaboration d'un carnet de santé de la mère.

En plus des 2.101 lits d'obstétrique disponibles au niveau des maternités hospitalières (1.600 suivant l'enquête (5) sur le déficit en interventions obstétricales), des lits d'accouchements ont été aménagés au niveau des centres de santé et des dispensaires ruraux.

Dans 9 provinces rurales considérées à haut risque les moyens de mobilité ont été renforcés afin de développer la stratégie mobile.

Le service PSM travaille en outre à l'élaboration de messages éducatifs pour les mères, d'un guide de surveillance de l'accouchement dans les formations sanitaires d'une part et à domicile d'autre part.

Information sanitaire:

Jusqu'à 1991, le système d'information disponible au niveau des provinces, ne permettait pas d'obtenir les données nécessaires à l'évaluation des taux de couverture. C'est ainsi qu'il a été procédé à la révision du sous-système SMI-PF par le SEIS en collaboration avec les programmes et services concernés. Après avoir été prétesté au niveau de neuf provinces (1990 - 1991), le nouveau système est en cours de généralisation et sera opérationnel à partir 1992. Ce système est composé d'une fiche d'activités journalière pré- et post-natale adaptée aux différentes stratégies et d'un rapport mensuel pour chaque activité (niveau secteur, circonscription et province).

Concernant les données sur le suivi prénatal, ces différents documents nous permettront d'avoir des informations sur:

-les performances réalisées (nouvelles inscriptions, autres consultations et grossesses à risque dépistées) et

- les indicateurs d'évaluation : recrutement par stratégie de couverture et par milieu, et la moyenne estimée de visites par stratégie de couverture et par milieu et
- les ressources engagées (produits).

Pour l'accouchement, les documents introduits, à savoir le registre des accouchements (niveau secteur, circonscription et province) nous permettront de recueillir des informations sur:

- les performances des accouchements (normaux, dystociques, évacuations) dans les formations sanitaires par milieu,
- les indicateurs d'évaluation quant à la couverture des accouchements effectués dans les formations sanitaires et par milieu, et
- les ressources engagées (nombre de lits par milieu) et le nombre d'accoucheuses traditionnelles.

L'adjonction des données démographiques (population cible) permettra une standardisation des dénominateurs et l'élaboration de tableaux de bord . Sur la base de ces rapports, il est établi un rapport annuel au niveau central donnant l'état d'avancement des activités. Il faudra attendre toutefois la fin de l'année 1992 pour pouvoir obtenir des informations et indicateurs corrects de couverture.

3.3.Organisation d'une Conférence Maghrébine sur la Maternité Sans Risque. Marrakech du 23 au 26-10-1991.

Suite aux recommandations de la Réunion des Ministres Arabes de la Santé de l'Union du Maghreb (UMA) lors de leur 4ème session tenue à Tripoli (Libye) en Novembre 1990, il a été décidé de la tenue d'une conférence sur la Maternité Sans Risque au Maroc.

Le but de cette conférence à laquelle ont participé les délégués des 5 pays, des experts nationaux et internationaux et des représentants des organisations nationales et internationales, était d'élaborer une stratégie d'action commune en vue d'aboutir à la réduction de la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale .

Il y a lieu de préciser par ailleurs que le conseil des ministres de la santé a adopté lors de la 5ème session tenue à Marrakech le 21 et 22 octobre 1991, une décision rendant exécutoires les recommandations issues de la dite Conférence .

REFERENCES

- 1.M. Azelmat, M. Ayad, H. Belhachmi,
"Enquête nationale sur la planification familiale, la fécondité et la santé de la population au Maroc (ENPS 1987)",
Service des Etudes et de l'Information Sanitaires, Rabat, 1989.
2. Enquête Démographique Nationale à Passages Répétés,
Etude sur les causes et les circonstances de la mortalité infanto-juvénile, résultats préliminaires, Rabat, Sept. 1989.
3. Pr. Alaoui Moulay Tahar,
"Situation et connaissance actuelle de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales",
Communication, Conférence maghrébine sur la maternité sans risque, Marrakech, Octobre 1991.
4. A. Chebki, Z. Sarsah, M. El Farissi,
"Prise en charge des femmes enceintes et des parturientes par les services de santé",
Mémoire de fin d'étude. Ecole des cadres. Rabat, 1989.
5. "Approche de la mortalité maternelle au Maroc à travers l'analyse des taux d'interventions obstétricales". Rapport préliminaire, INAS, Septembre 1991.
6. M. Benamar, A. Fakhreddine,
"Analyse des données sur la surveillance de la grossesse et de l'accouchement (ENPS), 1987",
Service de Protection de la Santé de la Mère, Rabat, Mai 1990.
7. Balkouch, De Brouwere, Jaafar,
"Résultats de l'étude préliminaire sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile, rapport de synthèse", INAS et Service PSM, Rabat, Juillet 1990.
8. Pr El Jai,
"Formation et développement des compétences du personnel de santé et d'autres agents",
Communication, Conférence maghrébine sur la maternité sans risque, Marrakech, Octobre 1991.
9. "Réflexions générales pour la préparation des orientations du futur plan de développement sanitaire".
Document de travail. Division de la Planification, la Statistique et l'Informatique, Ministère de la Santé. Avril 91.

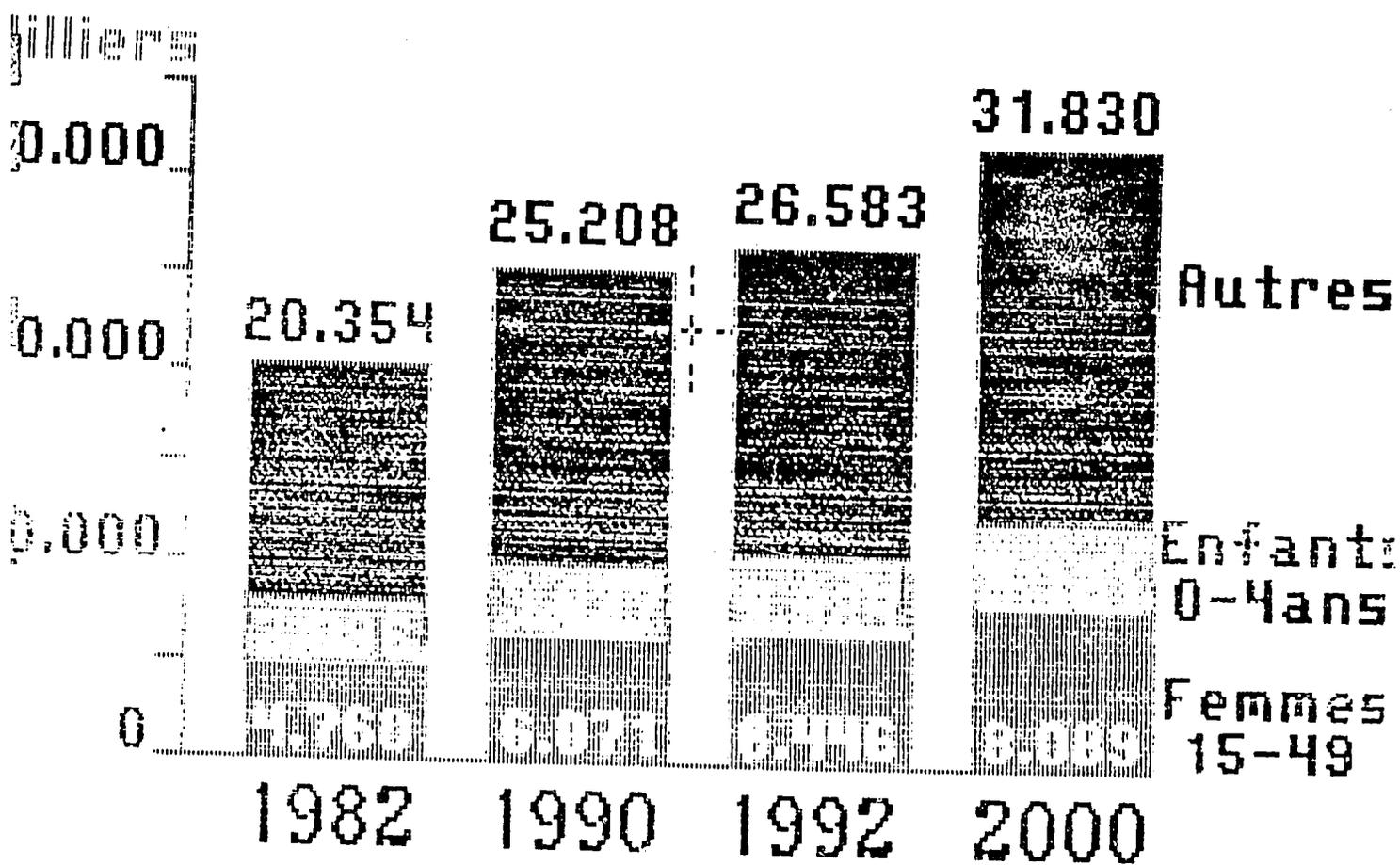
10. Procès-verbal, Réunion des délégués aux provinces et préfectures, Novembre 1991.
11. Enquête nationale sur la couverture vaccinale, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire /Programme National d'Immunisation, M.S.P, Rabat, 1991.
12. ENFPF 1979 - 1980.
EPF (Fécondité et Santé Familiale) 1983 - 1984.
13. Document de la Banque Africaine de Développement, "Avant-projet Santé", Octobre 1991. Division de la planification sanitaire.
14. Annuaire Statistique 1991, Service des Etudes et de l'Information Sanitaire, M.S.P. (en cours d'impression).
15. Plan de Développement Economique et Social 1993-1997, Commission Nationale de la Santé, de la Protection Sociale, de la Nutrition et de la Planification Familiale.
Note d'Orientation pour le Développement Sanitaire, Avant-projet, Décembre 1991.
16. Données de l'état civil
- Statistiques des naissances et des décès pour l'année 1989- Direction de la statistique .
17. Rapport final de la conférence Maghrébine "Maternité Sans Risque" -Marrakech- du 23 au 26 Octobre 1991 .

AUTRES DOCUMENTS:

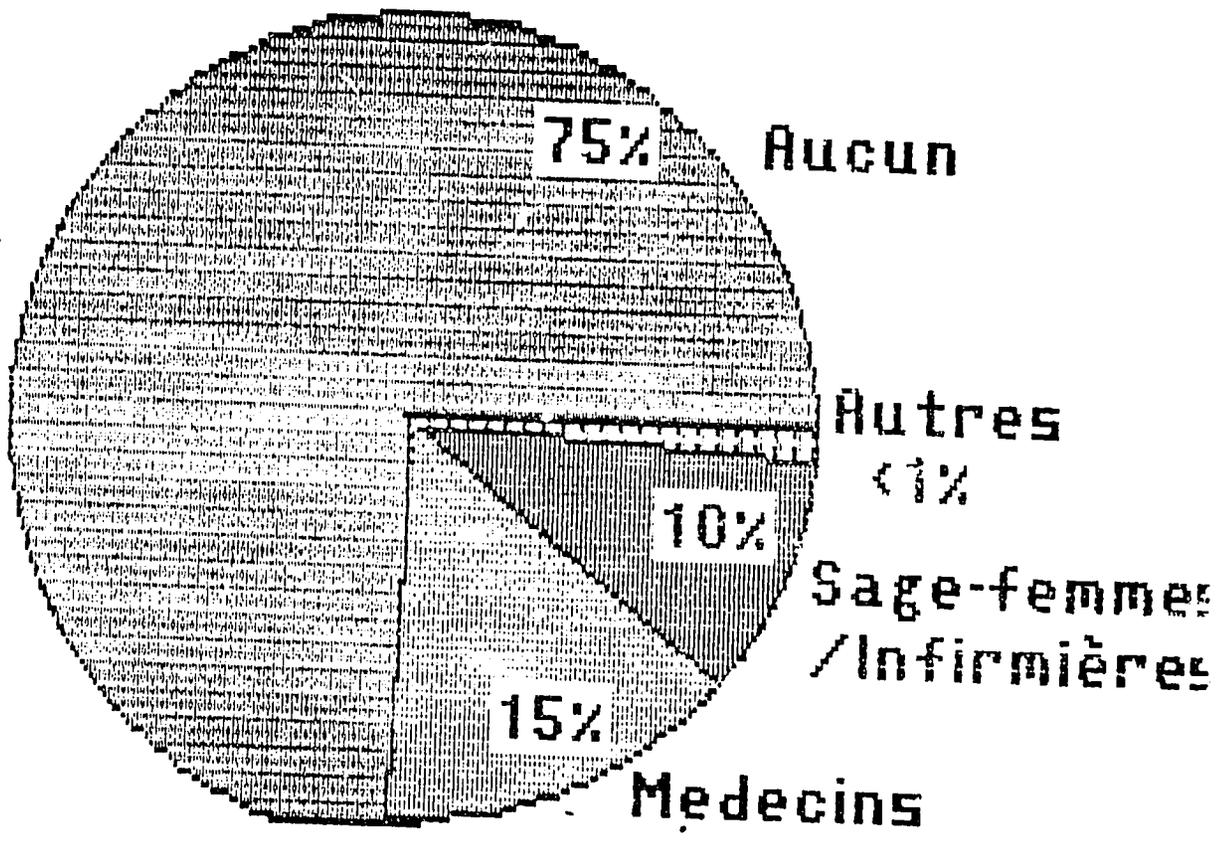
- . Rapport de la consultation organisé sur le thème "Pour une Accoucheuse qualifiée par village" . Alexandrie (EGYPTE) 1989.
- . La prévention des décès maternels- Erica Royston et Sue Armstrong O.M.S. GENEVE. 1990.
- . Prestations obstétricales essentielles au premier niveau de recours -Rapport d'un groupe de travail technique - GENEVE - O.M.S. 23-27 Juin 1986.

POPULATION CIBLE

1982-2000



REPARTITION DES VISITES PRENATALES

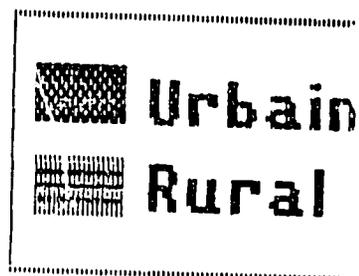
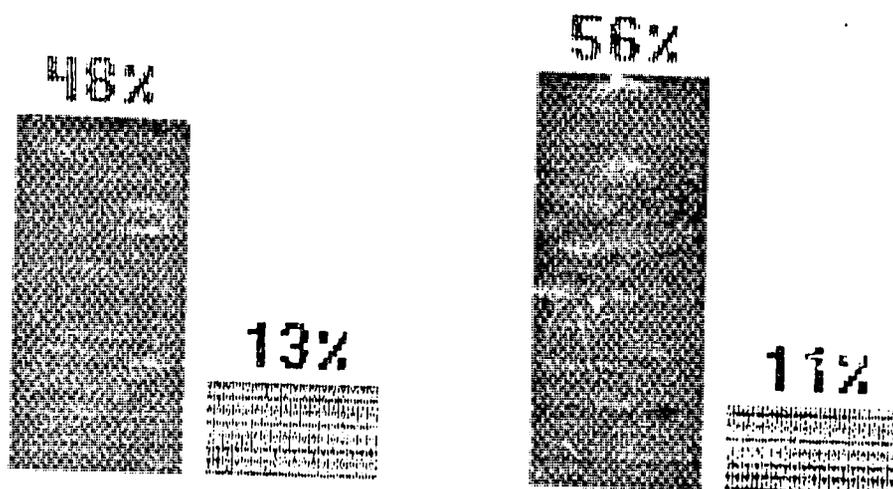


Source: FNPS 1987

% DES FEMMES BENEFICIAINT DES CONSULTATIONS PRENATALES ET ACCOUCHEMENTS ASSISTES

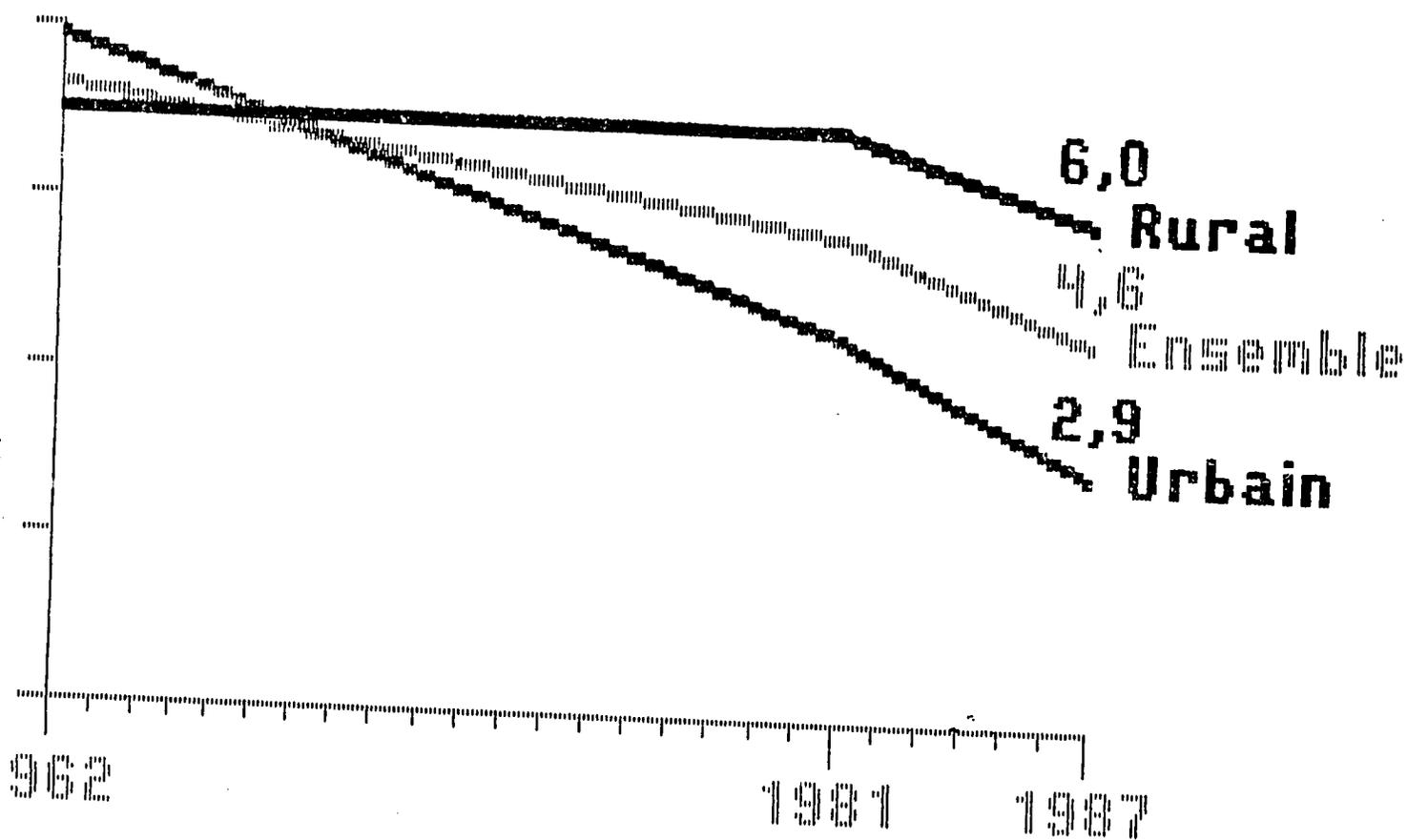
Soins
prénataux

Accouchements
assistés



La fécondité au Maroc

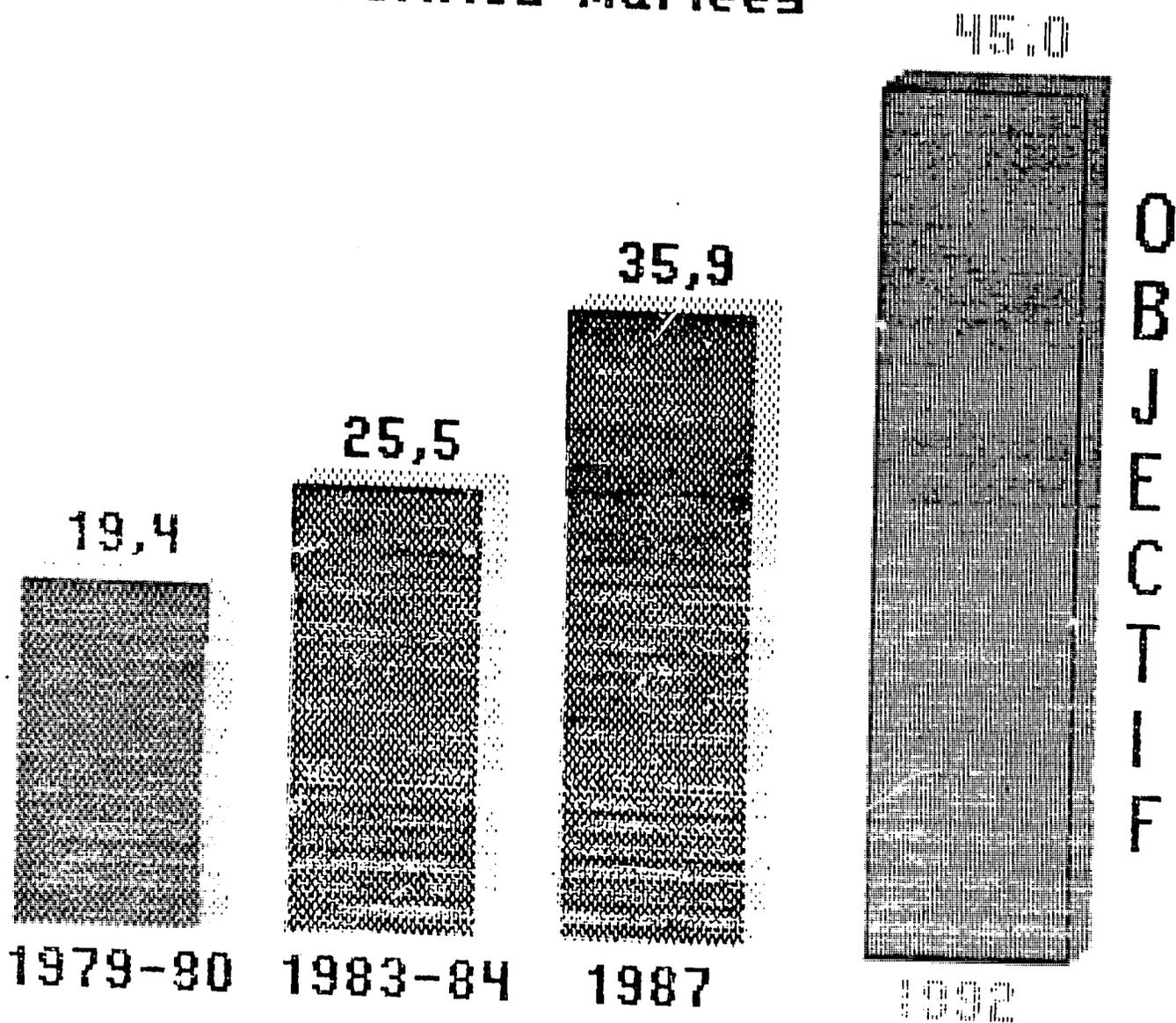
Indice synthétique
de fécondité



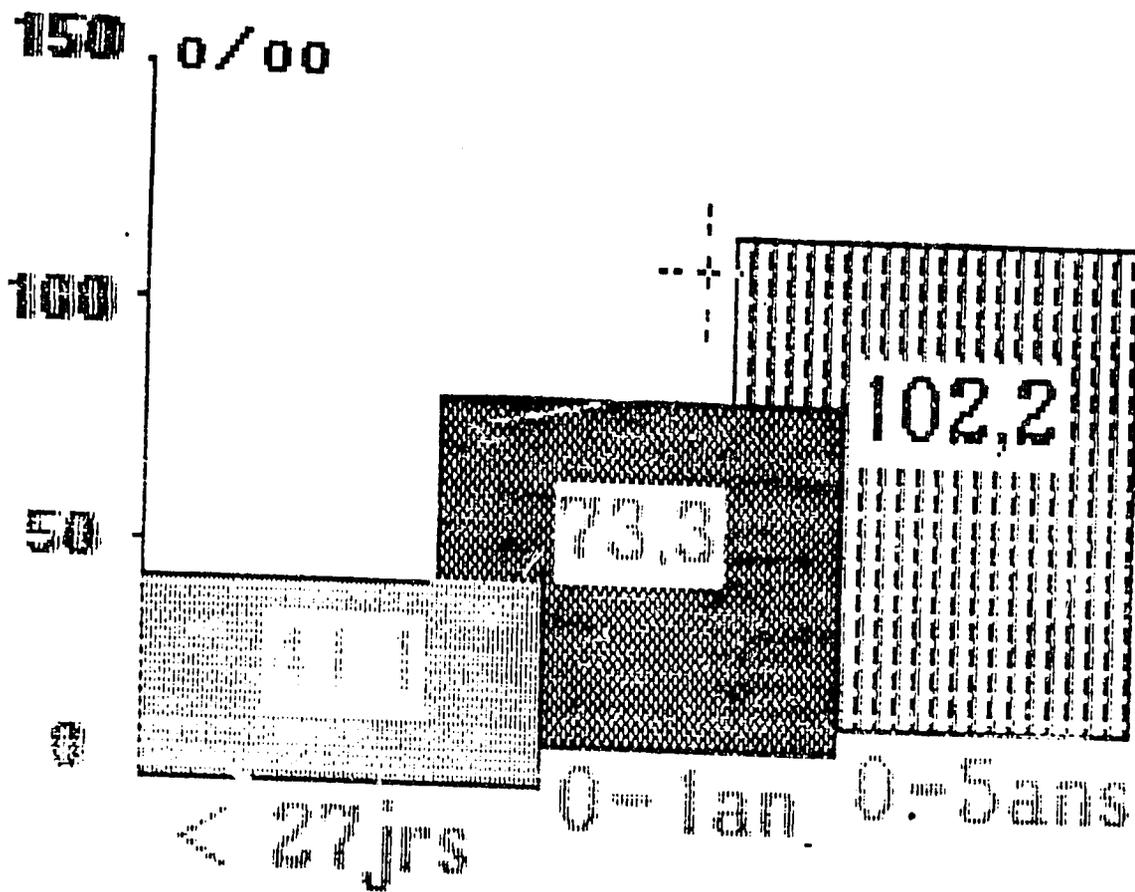
Source: ENPS 1987.

AUX DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE

% des femmes mariées

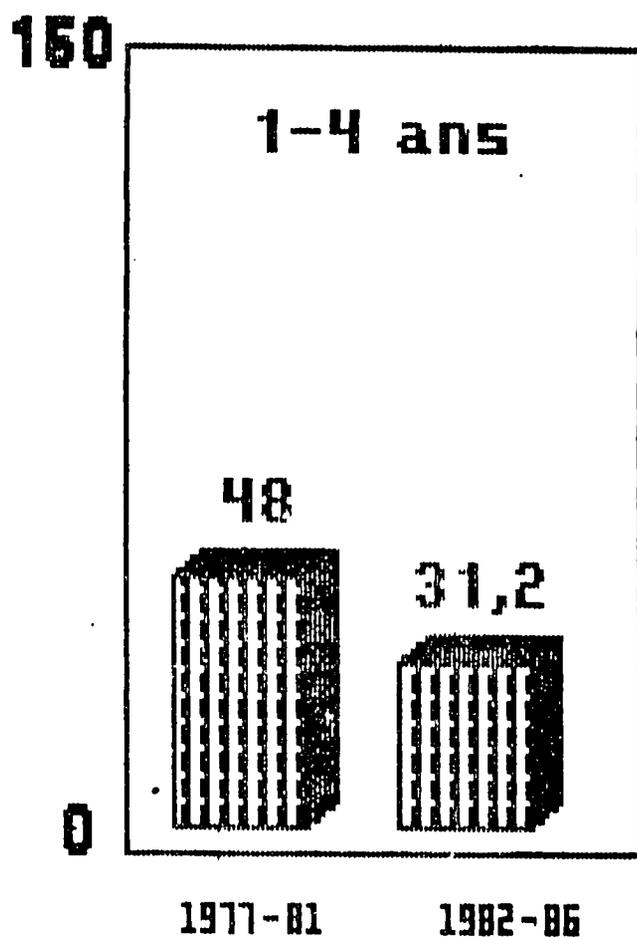
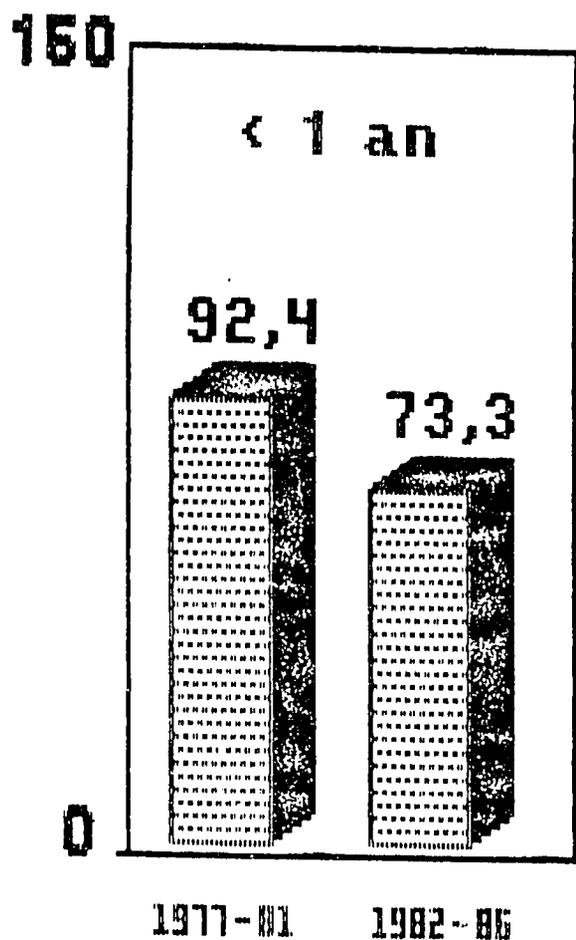


NIVEAU DE MORTALITE INFANTO-JUVENILE (0/00)

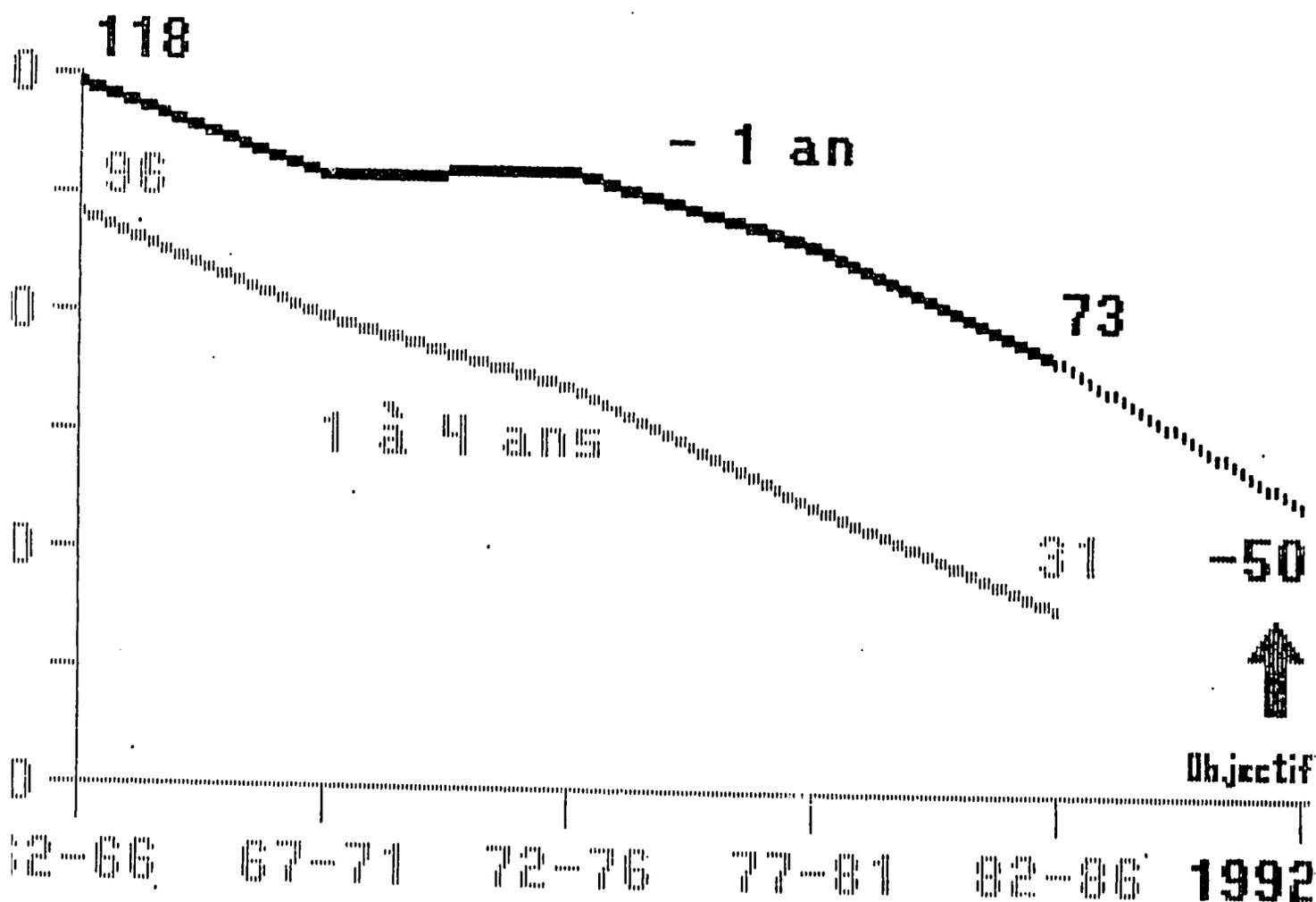


Source: ENPS 1987

TENDANCE DE LA MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE (o/oo)



EVOLUTION DE LA MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE (%)



Source: ENPS 1987

61